

衛生福利部全民健康保險會  
第 5 屆 111 年第 10 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 111 年 10 月 28 日



# 衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 10 次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認(補充說明，如下頁)

## 三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄----- 1

## 四、本會重要業務報告----- 91

## 五、優先報告事項

### 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案----- 101

## 六、討論事項

### (一)112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案----- 105

### (二)112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案----- 132

### (三)112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案----- 155

### (四)有關 111 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案----- 188

## 七、報告事項

### (一)111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃 --- 203

### (二)110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 209

### (三)中央健康保險署「111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 246

## 八、臨時動議



議程確認補充說明：

有關黃委員振國及顏委員鴻順提出「為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供『執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點』實際核發情形」(如後附)，處理意見說明如下：

本案於提案單之「內容與本會任務符合情況」欄位勾選屬「保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)」，惟審視提案內容，本案涉及嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別條例及其相關規定，屬專款專用於該項法定傳染病之特別公務預算，且為疾病管制署權責，非屬健保總額之協議訂定及分配事項，本案與健保資源無涉，亦非本會職掌，建議不納入議程。

另本年總額協商時，有委員關心關於政府因應 COVID-19 疫情所編列之特別預算，用於醫療院所之防疫獎勵、營運損失補助及防治人員津貼之支用情形，健保署已提供相關資料在案(詳 111 年 9 月 21 日總額協商參考資料第 33~34 頁)，另該資料亦註明，相關支用情形均公布於主計總處及本部網站上可供參考。



# 全民健康保險會提案單

提案日期： 111 年 10 月 7 日

提案者	黃振國委員、顏鴻順委員
委員代表類別	醫療服務提供者
提案屬性 (請勾選)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形。
說 明	<p>一、 在 112 年總額協商會議、各次會議的溝通過程中，多位委員表示疫情期間，衛生福利部「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」，已核發相關補助獎勵津貼，對於醫界爭取相關成長率項目，表示健保不用額外編列預算。</p> <p>二、 111 年 9 月 21 日 112 年總額協商會議資料健保署說明(236 頁)，前揭獎勵要點針對「符合獎勵資格之<u>醫護人員</u>發給每日(班)<u>一萬元津貼</u>」。經查核，係指「<u>重度級急救責任醫院</u>，執行收治疑似或確診病例之床位協調、跨院溝通及重症病人維生儀器調度相關事項之<u>專責協調人員</u>」。診所，僅 109 年 2-4 月核予每家 1-13 萬元獎勵金。</p> <p>三、 參考中央健保署醫院、西醫基層總額研商議事會議資料指出，110 年醫院醫師數約 34,000 人，基層診所醫師數約 16,000 人，及護理師護士全聯會「110 年護理人力監測指標」數據，醫院執業約有 122,100 人，診所執業約有 27,400 人。</p> <p>四、 未免造成各界誤解，請衛生福利部提供醫院及基層發放家數、人數及金額之細項數據，以釐清實際獎勵核發情形及平均每位醫護人員究竟得到多少獎勵補助。</p>

擬 辦	依說明四辦理。
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	



三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 10 月 3 日衛部健字第 1113360125 函送委員在案，並於本年 10 月 3 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第9次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年9月23日上午9時30分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、張靈

出席委員：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

干委員文男、朱委員益宏\*、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮\*、李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華\*、林委員綉珠\*、侯委員俊良\*、柯委員富揚、胡委員峰賓\*、翁委員文能、翁委員燕雪\*、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍\*、張委員鈺民、許委員駢洪\*、陳委員石池\*、陳委員有慶\*、陳委員秀熙、陳委員彥廷、黃委員金舜\*、黃委員振國\*、楊委員芸蘋、董委員正宗\*、趙委員曉芳\*、劉委員守仁\*、劉委員國隆\*、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華\*、盧委員瑞芬、謝委員佳宜\*、顏委員鴻順\*(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

列席人員：(\*為參與視訊會議)

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋\*、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第91~92頁)

貳、議程確認：(詳附錄第92頁)

決定：確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第92~94頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第95~106頁)

決定：

一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤1項，同意繼續追蹤。

二、請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「全民健康保險急診品質提升方案」相關監測指標，並將研修結果提報本會。

三、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第107~137頁)

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案，提請討論。

決議：

一、112年度各部門總額及其他預算協商結論如下：

(一)付費者代表及醫事服務提供者代表協商達成共識之方案：牙醫門診總額及中醫門診總額，與其他預算，如附件一、二、三。

(二)付費者代表及醫事服務提供者代表協商後未能達成共識，各自提出之建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五。

二、有關新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

(一)達成共識之牙醫門診總額及中醫門診總額，如附件一、二劃線處，文字暫列。請中央健康保險署會同該總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修，將研修結果提報本(111)年10月份委員會議確認。

(二)未達共識之醫院總額及西醫基層總額，將兩案併陳報部，請衛生福利部就政策要求，逕予核定。

三、各部門總額協商結論於報請衛生福利部核(決)定時，請將總額協商會議議事錄一併報部。

四、請各總額部門受託團體於本年10月6日前，提送地區預算分配之建議方案，以利提10月份委員會議討論；若

部門未提送分配建議方案者，則由本會掣案提11月份  
委員會議討論。

附帶決議：有關醫院總額及西醫基層總額之「藥品及特材給  
付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物  
成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之  
金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保  
險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報  
告，每半年向本會提報。

陸、報告事項：(詳附錄第138~142頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：111年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，送請中央健康  
保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時38分。

## 112 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：

112 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費

註：校正後 111 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 0.702%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.642%，協商因素成長率 0.060%。
- (二)專款項目全年經費為 2,894.3 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，112 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.588%。各細項成長率及金額，如表 1。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

##### 1. 顱顎關節相關支付項目(0.033%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

##### 2. 複雜型顱顎障礙症治療及追蹤(0.028%)：

基於健保總額預算之經費統籌運用精神，未來不得以單一支付項目預算不足為由增加預算。

3. 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆(0.112%)：

(1)本項經費與特定牙周保存治療-全口總齒數4至8顆 91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數9至15顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等3項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用。

(2)執行目標(暫列)：

112年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達100,000人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

5年(117年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛生福利部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與91016C、91015C、91018C等3項診療項目預算中平之目的。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。

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(-0.113%)：

本項不列入113年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為2,894.3百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於111年11月底前完成，新增計畫原則於111年12月底前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，

持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

(2)辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，評估照護成效，於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。

(3)本計畫再行試辦 1 年，若未呈現具體成效即應退場。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
- ②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

執行醫令數全年達 724,000。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①執行超音波根管沖洗的數量。
- ②有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

8.齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫：

(1)全年經費 1,010 百萬元。

(2)本計畫適用對象：



- ①65 歲以上病人。
- ②糖尿病病人。
- ③腦血管疾病患者。
- ④血液透析及腹膜透析患者。
- ⑤使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。
- ⑥惡性腫瘤患者。
- ⑦不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。

(3)本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟 92051B、口乾症塗氟 92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。

(4)執行目標(暫列)：

- ①112 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,000,000。
- ②113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。
- ③114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。

預期效益之評估指標(暫列)：

3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。

(5)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦

理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

#### 9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

#### 10.品質保證保留款：

(1)全年經費 93.9 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 1 112 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	0.642%	305.4	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.255%			
醫療服務成本指數 改變率	0.653%			
協商因素成長率	0.060%	28.8	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
保險給 付項目 及支付 標準之 改變	顱顎關節相 關支付項目	0.033%	15.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一支 付項目預算不足為由增加預 算。
	複雜型顱顎 障礙症治療 及追蹤	0.028%	13.5	基於健保總額預算之經費統籌 運用精神，未來不得以單一支 付項目預算不足為由增加預 算。
其他醫療 服務利用 密集度之 改變	特定牙周保 存治療-新增 全口總齒數 一至三顆 (112 年新增 項目)	0.112%	53.5	1.本項經費與特定牙周保存治 療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療- 全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預 算中平，經費整體統籌運用。 2.執行目標(暫列)： <u>112 年特定牙周保存治療-全 口總齒數一至三顆執行次數 達 100,000 人次。</u> <u>預期效益之評估指標(暫 列)：</u> <u>5 年(117 年)後國人無牙率 減少(此項指標需配合衛生</u>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
				福利部的國人口腔健康狀況調查)。惟本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目預算中平之目的。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體,於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)。	
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.113%	-53.7	本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	0.702%	334.3	
		總金額		47,905.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案,屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成,新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成,且均應於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。	
	醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	牙醫特殊醫療服務計畫		672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫		10.0	-2.0	1.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體,持續監測執行結果,評估照護成效,於 112 年 7 月將評估結果提全民健康保險會報告。 2.本計畫再行試辦 1 年,若未呈

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			現具體成效即應退場。
0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.依112年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於112年7月提全民健康保險會報告。
高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184.0	0.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。 2.檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
超音波根管沖洗計畫(112年新增項目)	144.8	144.8	1.執行目標(暫列)： 執行醫令數全年達724,000。 預期效益之評估指標(暫列)： (1)執行超音波根管沖洗的數量。 (2)有執行超音波根管沖洗的牙齒，兩年根管治療再治療率。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於111年12月底前提

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>出具體實施方案(含給付條件)，及醫療利用監控與管理措施，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
<p>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增項目)</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1,010.0</p>	<p>1.本計畫適用對象：</p> <p>(1)65歲以上病人。</p> <p>(2)糖尿病病人。</p> <p>(3)腦血管疾病患者。</p> <p>(4)血液透析及腹膜透析患者。</p> <p>(5)使用雙磷酸鹽類或抗骨鬆單株抗體藥物患者。</p> <p>(6)惡性腫瘤患者。</p> <p>(7)不符合「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」之肢體障礙、慢性精神病患者或重要器官失去功能者。</p> <p>2.本項經費不得與現行一般服務給付之診療項目(如：塗氟92051B、口乾症塗氟92072C)及既有專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」重複支應。</p> <p>3.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)112年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達<u>1,000,000</u>。</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>(2)113 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,400,000。</p> <p>(3)114 年齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達 1,600,000。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)： 3 年(115 年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者的齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>4.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含給付條件、醫療服務內容及成效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)檢討本項處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。</p>
網路頻寬補助費用	168.0	0.0	<p>1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 113 年度總額前檢</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				<p>討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款		93.9	2.7	<p>1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(116.4 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(93.9 百萬元)合併運用(計 210.3 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。</p>
專款金額		2,894.3	1,155.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2.588%	1,489.8	
	總金額		50,799.9	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 47,571.7 百萬元(含 111 年一般服務預算為 47,779.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-218.4 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 10.6 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 49,518.3 百萬元，其中一般服務預算為 47,779.5 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,779.5 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 1,738.8 百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。



## 112 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：

112 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+112$  年度一般服務成長率) $+112$  年度專款項目經費

註：校正後 111 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分(未有需扣除 110 年未導入金額)。

### 二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.072%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.394%，協商因素成長率 2.678%。

(二)專款項目全年經費為 1,220.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，112 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.344%。各細項成長率及金額，如表 2。

### 三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

#### (一)一般服務(上限制)：

1.提升中醫小兒傷科照護品質(0.009%)：

##### (1)執行目標(暫列)：

112 年度中醫小兒傷科照護達成 10,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

申報 6 歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼

同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出提升小兒傷科照護品質具體規劃內容，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，應以點數調升所增加之費用計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(1.667%)：

(1)執行目標(暫列)：

112 年度中醫整合醫療照護達成 4,500,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項用於提供多重慢性病及跨科別之中醫整合服務，請會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案(含申請條件、整合醫療照護服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提報全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保

險會報告。

3.針傷合併治療合理給付(1.063%)：

(1)執行目標(暫列)：

112 年度申請針傷合併治療之總案件數達成 1,000,000 服務人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前 5 年平均下降 3%。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

4.增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)(0.060%)：

(1)本項適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者：

執行目標(暫列)：

診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。

預期效益之評估指標(暫列)：

診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。
- ②依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。
- ③有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

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(-0.121%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,220.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 172 百萬元。

(2)檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

- (1)全年經費 436.8 百萬元。
  - (2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。
  - (3)增列「術後疼痛」中醫照護：  
執行目標(暫列)：  
符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。  
預期效益之評估指標(暫列)：
    - ① 符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。
    - ② 符合術後疼痛適應症案件之簡明疼痛量表(BPI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。
  - (4)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。
    - ②請將腦血管疾病、顱腦損傷等 2 項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。
    - ③新增「術後疼痛」項目，以 3 年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
- (1)全年經費 21.6 百萬元。
  - (2)請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行

情形，評估退場機制。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 245 百萬元。

(2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

(3)癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護腺癌及口腔癌。

6.中醫急症處置：

(1)全年經費 5 百萬元。

(2)請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。

7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 105.3 百萬元。

(2)請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。

8.照護機構中醫醫療照護方案：

(1)全年經費 28 百萬元。

(2)請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。

②有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

9.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提報全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

- (1)全年經費 27.6 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

表 2 112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
<b>一般服務</b>				
醫療服務成本及人口 因素成長率	1.394%	398.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長 率=[(1+人口結構改變率+醫療 服務成本指數改變率)×(1+投 保人口預估成長率)]-1。	
投保人口預估成長 率	-0.264%			
人口結構改變率	0.830%			
醫療服務成本指數 改變率	0.832%			
協商因素成長率	2.678%	765.9	請於 112 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。	
鼓勵提升醫療品質及 促進保險對象健康	提升中醫小 兒傷科照護 品質 (112 年新增 項目)	0.009%	2.5	1.執行目標(暫列)： <u>112 年度中醫小兒傷科照護 達成 10,000 服務人次。</u> 預期效益之評估指標(暫列)： <u>申報 6 歲以下中醫小兒傷科 同一病人同一診斷碼同月跨 院所看診人次較前 5 年平均 下降 3%。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 111 年 12 月底前提 出提升小兒傷科照護品 質具體規劃內容，並提報 全民健康保險會。 (2)依 112 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。其當年度執行額 度，應以點數調升所增加 之費用計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請 會同中醫門診總額相關團 體議定後，於 112 年 7 月提 全民健康保險會報告。



項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
其他醫療服務 利用及 集中度 之 改變	多重慢性疾 病之中醫醫 療照護密集 度 (112 年新增 項目)	1.667%	476.7	<p>1.執行目標(暫列):  <u>112 年度中醫整合醫療照護 達成 4,500,000 服務人次。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫 列):</u>  <u>申報中醫整合醫療照護費 之慢性疾病或重大疾病同 一病人同一診斷碼同季跨 院所看診人次較前5年平均 下降 3%。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列 事項：  (1)本項用於提供多重慢性病 及跨科別之中醫整合服 務，請會同中醫門診總額 相關團體，於 111 年 12 月 底前提出具體實施方案 (含申請條件、整合醫療照 護服務內容、醫療利用管 控及療效監測)，並提報全 民健康保險會。  (2)依 112 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。  (3)有關預算扣減方式規劃， 請會同中醫門診總額相 關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報 告。</p>
	針傷合併治 療合理給付 (112 年新增 項目)	1.063%	304.0	<p>1.執行目標(暫列):  <u>112 年度申請針傷合併治療 之總案件數達成 1,000,000 服務人次。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫 列):</u>  <u>申報中醫針傷合併治療同 一病人同一診斷碼同月跨 院所看診人次較前5年平均 下降 3%。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列 事項：  (1)會同中醫門診總額相關團</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>體，於 111 年 12 月底前提出針傷科合併治療給付案件之管理方案(含適應症、申請條件、醫療服務內容、醫療利用管控及療效監測)，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，應以調升針傷合併治療給付增加之費用與原申報費用之差額計算。</p> <p>(3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>
<p>增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (112 年新增項目)</p>	<p>0.060%</p>	<p>17.2</p>	<p>1.本項適用範圍新增「自診斷日起 2 年內」腦血管後遺症(診斷碼 I69)之患者：  <u>執行目標(暫列)：</u>  <u>診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數大於 1,200 人。</u>  <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u>  <u>診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：  (1)會同中醫門診總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並副知全民健康保險會。  (2)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度，其當年度執行額度，</p>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				應以新增腦血管適應症(診斷碼 I69)與既有適應症申報費用之差額計算。 (3)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
其他議 定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.121%	-34.5	1.為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。 2.本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	4.072%	1,164.5	
	總金額		29,760.1	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成，且均應於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
	醫療資源不足地區改善方案	172.0	0.0	檢討並加強推動中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務及加強獎勵開業服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 (112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69)) 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛 (112 年新增項目)	436.8	184.1	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。並新增腦血管疾病適應症，提供發病 6 個月黃金治療期內之腦血管後遺症(診斷碼 I69)病患之服務。 2.增列「術後疼痛」中醫照護： <u>執行目標(暫列)：</u> <u>符合術後疼痛適應症之收案達成 12,000 服務人次。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			<p>(1)符合術後疼痛適應症案件之<u>歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)</u>評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)符合術後疼痛適應症案件之<u>簡明疼痛量表(BPI)</u>評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於111年12月底前依實證資料，訂定術後疼痛適應症條件，並提報全民健康保險會。</p> <p>(2)請將腦血管疾病、顱腦損傷等2項執行成效良好之專案，規劃納入一般服務，列為常規醫療。</p> <p>(3)新增「術後疼痛」項目，以3年為檢討期限，請會同中醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0.0	
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0.0	請檢討方案完整療程照護人數之比率，及計畫執行情形，評估退場機制。
中醫癌症患者加強照護整合方案 (112年新增胃癌、攝護腺癌及口腔癌)	245.0	0.0	<p>1.持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>2.癌症患者中醫門診加強照護計畫，擴大適用於胃癌、攝護</p>

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			腺癌及口腔癌。
中醫急症處置	5.0	0.0	請檢討計畫執行情形，並考量是否持續辦理。
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	55.3	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療照護方案	28.0	0.0	1.請監測本計畫照護機構住民之中醫利用情形(含機構外就醫)，並評估執行成效。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)依 112 年度預算執行結果，於一般服務扣除與本項重複部分之費用。 (2)有關預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。
網路頻寬補助費用	98.0	0.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告 (2)於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提報全民健康保險會報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
品質保證保留款		27.6	1.1	1.原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(22.8 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(27.6 百萬元)合併運用(計 50.4 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
專款金額		1,220.3	240.5	
較基期成長率 (一般服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	4.344%	1,405.0	
	總金額		30,980.4	

- 註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 28,595.7 百萬元(含 111 年一般服務預算為 28,710.9 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-129.3、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 14.1 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 29,690.7 百萬元，其中一般服務預算為 28,710.9 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 28,710.9 百萬元，未有需扣除 110 年未導入金額)，專款為 979.8 百萬元。
- 4.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 112 年度全民健康保險其他預算及其分配

### 一、總額協商結論：

(一)112 年度其他預算減少 800 百萬元，預算總額度為 15,779.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 111 年 11 月底前完成，新增項目原則於 111 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

### 二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。
  - (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。
  - (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
  - (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立

轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,803 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。
  - (2)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 290 百萬元。

(五)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執



行模式，以提升執行成效。

(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

1.全年經費 550 百萬元。

2.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。

(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。

(3)於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1.全年經費 800 百萬元。

2.經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

(八)提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用：

1.全年經費 1,636 百萬元。

2.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。

(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。

(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。

(4)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1.全年經費1,653.8百萬元。

2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費511百萬元。

2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。

(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效。

(十一)提升保險服務成效：

1.全年經費500百萬元。

2.考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公

務預算支應相關行政經費為宜。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。

(2)於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

(十二)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。

表 3 112 年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
其他預算(全年計畫經費)			1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於111年11月底前完成，新增項目原則於111年12月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於112年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。
基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響。 (2)持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，及評估分級醫療之執行效益。 (3)通盤檢討鼓勵分級醫療誘因及實際操作方式之合理性，與是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，並提全民健康保險會報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請中央健康保險署加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，並訂定執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	7,803.0	503.0	1.本項醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)各項服務支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>性，並朝分級支付方向規劃，以鼓勵急重症、困難疾病之照護。並持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標。</p> <p>(2)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	600.0	-1,300.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.於額度內妥為管理運用，並評估、調整未來計畫執行模式，以提升執行成效。</p> <p>2.於協商113年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥新科技之財源之一。</p>
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	100.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>(2)「急性後期整合照護計畫」支付標準之調整，應考量各部門總額相關支付項目間之衡平性。</p> <p>(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	-200.0	經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,636.0	136.0	<p>1.四部門總額「網路頻寬補助費用」專款項目經費如有不足，由本項預算剩餘款支應。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)加強推動「提升院所智慧化資訊機制」，並持續監測及精進成效評估指標。</p> <p>(2)「獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」，請確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(3)於112年7月底前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含「提升院所智慧化資訊機制」成效指標監測結果及檢討)。</p> <p>(4)於協商113年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	61.0	<p>1.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測NSAIDs藥物使用情形及管理成效。</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升保險服務成效	500.0	-100.0	<p>1. 考量健保財務困難，請中央健康保險署應積極爭取公務預算支應相關行政經費為宜。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標，其精進之評估指標及執行成果請提全民健康保險會報告。</p> <p>(2) 於協商113年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。</p>
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加速推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效(含執行目標及預期效益之評估指標)。
總計	15,779.2	-800.0	

## 112 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

- 112 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率) +112 年度專款項目經費+112 年度醫院門診透析服務費用
- 112 年度醫院門診透析服務費用＝111 年度醫院門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 二、總額協商結論：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

#### 付費者代表之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.092%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%，協商因素成長率 0.842%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：



- (1)在額度內妥為管理運用，於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.228%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調

整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。
- (2)涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
- (3)請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升地區醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含假日及夜間門診開診率等提升民眾醫療服務之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

- (1)依 112 年度總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不新增預算。

- (2) 涉及支付點數調升(加成)之醫療服務項目，請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
  - (3) 請中央健康保險署持續檢討推動之分級醫療策略，並評估過去投入預算對提升區域級(含)以上醫院發揮其分級醫療角色功能之成效(含初級門診照護率等降低初級門診照護及促進門住診結構改變之成效，且不宜以滿意度為評估指標)，提全民健康保險會報告。
6. 因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(0%)：
- (1) 依中央健康保險署意見，本項尚須進行調查，以確認單次使用醫材之價格、重消次數、是否屬內含於診療項目之醫材及對應診療項目之正確性。
  - (2) 考量本項對健保給付醫材的影響尚無實際資料可供評估，爰編列於專款項目處理。
7. 平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0%)：
- (1) 現行總額支付制度為支出上限制，點值隨著醫療服務量變動，本項與總額支付制度之設計不符，故不新增預算。
  - (2) 醫界所稱點值不平衡，真正的關鍵是「論量計酬」，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體共同思考如何節制服務量及提升照護成效的策略，並應加速 DRGs、論質(值)等支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。
8. 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：

維持編列於專款項目。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,050.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 13,943 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥

費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎，提報全民健康保險會。

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,643.4 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討計畫之評估指標，新增結果面指標，呈現計畫之具體效益。

10.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
- ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
- ③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

#### 12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

- (1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- (2)本項經費依實際執行情形併入一般服務費用結算。

#### 13.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 600 百萬元。
- (2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式及評估整合服務成效，建立多元品質監測指標，包括病人安全(如：院內感染、跌倒發生率)、勞動狀況、照護聘任模式、照護人力流動、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

#### 14.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

#### 15.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符

合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

16. 因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生費用：

- (1) 本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。
- (2) 請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。

17. 新設醫院影響醫院總額資源配置：

健保總額預算係以保險對象「需求面」為整體估算基礎，而新設醫院屬醫療供給面，兩者面向不同，故本項不新增預算。

18. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案健保後續費用擴增：

- (1) 全年經費 1,000 百萬元，用於國民健康署肺癌篩檢後疑似陽性個案後續確診費用。

(2) 執行目標：

① 111 年之陽性個案於 112 年追蹤且非肺癌確診者 37,775 人。

② 112 年之陽性個案於第 1 年追蹤 86,461 人。

預期效益之評估指標：

診斷為早期肺癌的人數占率提升。

(3) 依實際執行情形併入醫院總額一般服務結算。

(4) 本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，節流效益應適度回饋總額預算。

19. 促進醫療服務診療項目支付衡平性：

(1) 全年經費 1,000 百萬元。

(2) 執行目標：

通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各



項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。

預期效益之評估指標：

- ①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。
- ②評估指標：本項目預定辦理期程為3年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：
  - A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。
  - B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。
- ②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。
- ③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。
- ④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

20.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼：

- (1)全年經費300百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
- ②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討之分年目標、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。
- ③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫院總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 402 百萬元。

(2)執行目標：

以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

- ①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7%估算)：約 54,300 人。
- ②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 33,400 人。
- ③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54%估算)：約 8,600 人。
- ④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8%估算)：約 57,600 人。
- ⑤肺癌(以篩檢人數 60 萬人，陽性率 14.67%估算)：約 81,000 人。

預期效益之評估指標：

追陽率達 90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常

個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

- ②本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

## 22.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)本項併「因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用」項目，全年經費 180 百萬元。

(2)執行目標：

- ①結核病及潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112年LTBI治療人數約12,000人。
- ②愛滋照護管理品質支付服務：112年照護感染者人數約35,000人。
- ③長照機構加強型結核病防治：112年LTBI檢驗人數約20,000人。

預期效益之評估指標：

- ①112年潛伏結核感染者完成治療比率達85%。
- ②112年愛滋感染者有服藥比率目標達95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達96%。
- ③112年長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率達70%，完成治療率達70%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，

增加服務人數。

- ②本計畫以 4 年為檢討期限(112 年~115 年)，請會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

### 23.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

### (三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 3%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.405%。
- 4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。
- 5.請中央健康保險署辦理以下事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底

前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等),並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護,並檢討照護成效,強化延緩病人進入透析之照護。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理,並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算,112 年度醫院醫療給付費用總額,較基期成長 3.269%。各細項成長率及金額如表 4。

#### 醫院代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體,依協定事項辦理,並於 112 年 7 月底前提報執行情形,延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標;新增計畫僅需提供初步執行結果);實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.455%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.250%,協商因素成長率 2.205%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：

考量醫療資源有限,現下健保收支失衡,宜先行全面調整不足項目,縮減亟需改善財務落差後,穩住恆常醫療服務,方得再行增列新醫療科技項目(含新藥、新特材及新增診療項目)。

2.藥品及特材給付規定改變(0%)：

鑑於現行藥品費用佔總醫療費用 28.9%左右，考量健保財務運用，資源不足宜先行暫緩擴充藥品及特材給付規定改變。先把基本醫療服務顧好，行有餘之時再考量擴充適應症，爰 112 年藥品及特材給付規定改變，暫不編列預算。

3.平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(0.401%)：

(1)執行目標：為合理反應醫護投入及產出的合理價值，擬調整一般服務住院服務支付點數，將各層級護理費及病房費等項依預算金額妥適分配，以縮小支付點數與實際成本的差距。

(2)預期效益之評估指標：一般住院服務(含急性一般病床、經濟病床、精神急性一般病床、精神急性經濟病床)的護理費及病房費支付點數高於 110 年。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.200%)：

(1)執行目標：強化地區醫院住診、重症及急診照護能力。視預算編列調整：

①依護病比調升住院護理費不同加成率，每級距 2%。

②調升慢性呼吸照護病房 3%。

③地區醫院加護病房護理費、診察費及病房費保障固定點值。

④採預算中平原則，餘數用以調升急診診察費點數。

(2)預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度平均達 85%。

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.401%)：

(1)執行目標：擬用該項預算調整：

①區域級(含)以上醫院急診案件採固定點值。

②住診案件兒婦外傷、外科處置採固定點值。

③預算優先用於前二項，餘額用以調增住診診察費點數。

(2)預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度平均達 85%。

6.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(0.601%)：

(1)執行目標：減緩政策的修正對例行醫療處置及手術施行的財務衝擊，醫院得以維持正常的手術運作。

(2)預期效益之評估指標：至少維持同 111 年手術案件數。

7.平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(0.601%)：

(1)執行目標：取 108 年醫院總額預算與實際申報差距為基礎，分 5 年為期逐年調整點值不平衡的問題，用以調升點值。

(2)評估指標：相較前一年同期點值有成長。

8.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)依 112 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。其當年度執行額度，以調整支付標準費用與既有支付標準費用之差額計算。

(2)有關預算扣減方式規劃(含執行數之計算方式)，請中央健康保險署於 112 年 7 月提全民健康保險會報告。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.002%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 39,059.2 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)：

(1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，並於協商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。

②若經評估「罕見疾病藥費及特材」與「血友病藥費」仍有分列預算之必要，請於協商 113 年度總額前，提出預算拆分之優缺點分析及分列之計算基礎。

3.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總



額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,208.06 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,495.1 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。

(3)請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請精進方案執行內容，增進急診處置效率、紓解醫學中心急診壅塞，並提出急診重大疾病照護品質指標，以提升執行成效。

②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率相關監測指標。

- 7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1)全年經費 210 百萬元，請積極推動 DRGs 雙軌制度，加速導入第 3 至 5 階段 DRGs 項目。
  - (2)本項經費應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.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
  - (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：  
全年經費 1,100 百萬元，並請中央健康保險署檢討成效指標之合理性。
- 10.鼓勵院所建立轉診合作機制：
- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
  - (2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。
- 11.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
    - ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。

③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。

12.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請加強計畫之推動，發展提升整體照護成效之整合照護服務模式，及評估整合服務成效。

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 2,664 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)具體實施方案請於 111 年 11 月底前完成，並應符合鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器、簽署 DNR 及強化安寧緩和醫療，提高臨終照護品質之目標。

15.因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療及疫苗施打副作用衍生之費用：

(1)全年經費 990 百萬元。

(2)執行目標：處理 COVID-19 確診併發 MIS-C 案件。  
預期效益之評估指標：無法估列，因本項係為預先支應高價免疫球蛋白費用，擬視實際情況，追蹤 3~5 年，待 COVID-19 解除法傳，其費用支出併回醫院總額。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同醫院總額相關團體，於 111 年 12 月底前提出具體規劃內容(包含醫療利用監控、管理措施

及結果面品質指標)，並提全民健康保險會同意後執行。

②預算按季均分，並依執行情形併入醫院總額一般服務結算。

③請持續監測醫療利用情形，以 5 年為檢討期限，並會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

#### 16.新設醫院影響醫院總額資源配置：

(1)全年經費 1,000 百萬元。

(2)執行目標：緩和因新設醫院加入，對地區預算造成衝擊。

預期效益之評估指標：與該區前 1 年同期點值比較波動幅度不超過 5%。

(3)本項以 5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

#### 17.因應國健署肺癌篩檢疑似陽性健保後續費用擴增：

(1)全年經費 2,500 百萬元。

(2)執行目標：配合國民健康署 LDCT 肺癌篩檢政策執行，提供確診後續追蹤處置。

預期效益之評估指標：無法估列，因本項係為預先支應因國家衛生政策所導致之醫療費用增加之情形，主要量能由國民健康署控管。

(3)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行效益未來應適度回饋

總額預算。

18.品質保證保留款：

- (1)全年經費 975.3 百萬元。
- (2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (388.7 百萬元)，與 112 年度品質保證保留款(975.3 百萬元)合併運用(計 1,364 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.門診透析服務總費用成長率為 4%。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 3.4%。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
  - (1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質之具體實施計畫(包含提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等)，並提全民健康保險會報告。
  - (2)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
  - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並持續監測 NSAIDs 藥物

使用情形及管理成效。

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算，112 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 4.529%。各細項成長率及金額如表 4。

表 4 112 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	2.250%	11,234.4	2.250%	11,234.4	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	2.128%		2.128%		
醫療服務成本指數改變率	0.393%		0.393%		
協商因素成長率	0.842%	4,204.6	2.205%	11,003.6	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,078.0	0.000%	0.0
	藥品及特材給付規定改變	0.228%	1,138.0	0.000%	0.0
	平衡長期偏低之醫院基本醫療服務點數(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
其他醫療服務利用及密度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.200%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.401%	2,000.0
保險給付項目及支付標準之改變	因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成醫院特材成本高於健保支付點數之補貼(112年新增項目)(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.601%	3,000.0
	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差(點值不平衡調整方案)(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.601%	3,000.0
其他議定項目	腹膜透析追蹤處置費及APD租金(*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.003%	15.0

項目		付費者代表方案		醫院代表方案		
		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-11.4	-0.002%	-11.4
一般服務成長率 <sup>#2</sup>	增加金額	3.092%	15,439.0	4.455%	22,238.0	
	總金額		514,745.5		521,551.0	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>						
	C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案名稱為「C 型肝炎藥費(含檢驗檢查等相關費用)」)	3,428.0	0.0	3,428.0	0.0	
	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	13,943.0	1,136.0	12,807.0	0.0	
	後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,208.06	0.0	5,208.06	0.0	
	醫療給付改善方案	1,643.4	148.3	1,495.1	0.0	
	急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0	
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0	
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0	
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0	
	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0	
	網路頻寬補助費用	200.0	0.0	200.0	0.0	
	腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	0	-15.0	
	住院整合照護服務試辦計畫	600.0	300.0	300.0	0.0	
	精神科長效針劑藥費	2,664.0	0.0	2,664.0	0.0	
	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0	
	因應 COVID-19 新興疾病解隔後續治療衍生之費用 (112 年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	990.0	990.0	



項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
新設醫院影響醫院總額資源配置 (112 年新增項目)	0.0	0.0	1,000.0	1,000.0	
因應肺癌篩檢疑似陽性個案 健保後續費用擴增 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	2,500.0	2,500.0	
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112 年新增項目)	1,000.0	1,000.0	0.0	0.0	
因醫療法就醫醫療器材使用規 範重新修訂，造成醫院特材成 本高於健保支付點數之補貼 (112 年新增項目) (*醫院代表方案列一般服務)	300.0	300.0	* -	* -	
癌症治療品質改善計畫 (112 年新增項目)	402.0	402.0	0.0	0.0	
慢性傳染病照護品質計畫 (112 年新增項目)	180.0	180.0	0.0	0.0	
品質保證保留款	975.3	45.5	975.3	45.5	
<b>專款金額</b>	<b>39,050.5</b>	<b>4,511.8</b>	<b>39,059.2</b>	<b>4,520.5</b>	
<b>較基期成長率(一般 服務+專款)<sup>#3</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.306%</b>	<b>19,950.8</b>	<b>4.578%</b>	<b>26,758.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>553,795.9</b>		<b>560,610.2</b>
門診透析服務 成長率	增加金額	2.405%	554.6	3.400%	784.0
	總金額		23,613.0		23,842.4
<b>較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析)<sup>#4</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.269%</b>	<b>20,505.4</b>	<b>4.529%</b>	<b>27,542.5</b>
	<b>總金額</b>		<b>577,408.9</b>		<b>584,452.6</b>

- 註：1.依衛生福利部報行政院核定之總額設定公式，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分。
- 2.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 499,306.9 百萬元(含 111 年一般服務預算為 501,532.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-2,241.8 百萬元、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 16.5 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)。
- 3.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」成長率，所採基期費用為 536,070.8 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元。

- 4.計算「較 112 年度總額基期(採淨值)(一般服務+專款+門診透析)」成長率，所採基期費用為 559,129.2 百萬元，其中一般服務預算為 501,532.1 百萬元(111 年度健保醫療給付費用公告金額為 501,532.1 百萬元，未扣除 110 年度新醫療科技未導入預算)，專款為 34,538.7 百萬元，門診透析為 23,058.4 百萬元。
- 5.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

## 112 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：

- 112 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+112 年度一般服務成長率)+112 年度專款項目經費+112 年度西醫基層門診透析服務費用
- 112 年度西醫基層門診透析服務費用＝111 年度西醫基層門診透析服務費用×(1+112 年度成長率)

註：校正後 111 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 111 年第 6 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值、加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款及扣除「110 年未導入預算扣減」部分。

### 二、總額協商結論：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

#### 付費者代表之建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 112 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.551%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%，協商因素成長率 0.151%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.156%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 112 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

## 2.藥品及特材給付規定改變(0.115%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。
- (2)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 112 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- (3)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，

並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

### 3.促進醫療資源支付合理(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

### 4.比照醫院規定，修訂手術通則(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

### 5.門診診察費加成一一致(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

### 6.7580 診察費(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量健保法規定，本保險係

於民眾發生疾病、傷害事故或生育時提供醫療服務，爰不宜以年齡別為給付條件，應以民眾醫療需求為導向，研提醫療服務內容，故本項不新增預算。

7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算。

(2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

8.外傷換藥不計入同一療程(0%)：

本項屬支付規範之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且依健保法第 41 條規定，單項支付標準及給付規範之訂定，尚非全民健康保險會權責。

9.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,497.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

- (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。
- 2.家庭醫師整合性照護計畫：
- (1)全年經費 3,948 百萬元。
- (2)請中央健康保險署朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，檢討計畫服務模式及成效，積極進行計畫轉型，並規劃與代謝症候群防治計畫及相關論質計酬計畫共同執行。
- 3.代謝症候群防治計畫：
- (1)全年經費 616 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①請朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，評估、規劃與家庭醫師整合性照護計畫及相關論質計酬計畫共同執行。
- ②請精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- ③請積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。
- ④請會同西醫基層總額相關團體檢討、改進計畫內容，於 111 年 12 月底前提出改進方案(包含服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，提全民健康保險會同意後，經費始得動支。
- 4.C 型肝炎藥費：(維持原有名稱)
- (1)全年經費 292 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協

商 113 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 805 百萬元。
- (2) 持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。
- (3) 請中央健康保險署通盤檢討各項方案照護成效及照護率不高之原因，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升執行成效。

6. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 1,220 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
  - ① 於 111 年 12 月委員會議提出規劃調整開放之項目與作業時程。
  - ② 訂定反映效益之績效指標(如提升照護品質、民眾就醫便利性等)，以評估執行效益。
- (3) 本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

7. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1) 全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，檢討獎勵方式、支付誘因及經費配置合理性，研擬改善措施，以提升執行成效。

8. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

- (1) 全年經費 50 百萬元。



- (2)請中央健康保險署精進計畫評核指標，並檢討計畫實施成效、加強推廣，鼓勵醫師參與。
- 9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，於 112 年 7 月底前提報執行情形專案報告(含醫療利用、藥費及其成長原因分析，並說明「罕見疾病藥費」結算邏輯改變前後之影響)。
- 10.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- 11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：
- (1)全年經費 11 百萬元。
- (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- 12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
- (1)全年經費 178 百萬元。
- (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
- 13.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
    - ①請檢討、提升門診雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
    - ②於協商 113 年度總額前檢討本項實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源。
    - ③請確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，提全民健康保險會報告。
- 14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：
- (1)全年經費 9.7 百萬元。
  - (2)請中央健康保險署持續監測本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
- 15.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，並於額度內妥為管理運用。
- 16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：
- (1)本項併入「慢性傳染病照護品質計畫」。
  - (2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形。
- 17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：
- (1)全年經費 100 百萬元。
  - (2)執行目標：

通盤研議支付標準調整，考量支付衡平性並檢討各

項支付點數，提出支付標準調整建議及具體調整時程。

預期效益之評估指標：

①預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。

②評估指標：本項目預定辦理期程為3年，又考量支付標準調整項目數視核定預算而定，故建議評估指標如下：

A.提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

B.「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①預算用於通盤檢討醫療服務支付標準合理性，於111年12月底前提出具體實施規劃(包含支付標準檢討規劃、執行方法及期程)，並定期提報執行情形。

②應運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算。

③本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入西醫基層總額一般服務結算。

④本項以3年為檢討期限(112~114年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成西醫基層特材成本高於健保支付點數之補貼：

(1)全年經費20百萬元，經費如有不足，由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。
- ②請於 111 年 12 月底前提出實施規劃(包含健保給付醫材影響檢討規劃、執行方法及期程)，並於 112 年 7 月底前提報執行情形。
- ③本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同西醫基層總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

19.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 115 百萬元。

(2)執行目標：

以當年度 5 項癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

- ①大腸癌(以篩檢人數 126 萬人，陽性率 7%估算)：約 25,000 人。
- ②口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人。
- ③子宮頸癌(以篩檢人數 220 萬人，陽性率 0.54%估算)：約 2,600 人。
- ④乳癌(以篩檢人數 87 萬人，陽性率 8%估算)：約 4,500 人。

預期效益之評估指標：

追陽率達 90%。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並考量與現行健保

專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

- ②本計畫以4年為檢討期限(112~115年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

## 20.慢性傳染病照護品質計畫：

- (1)本項併「新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護」項目，全年經費20百萬元。

### (2)執行目標：

- ①結核病及潛伏結核感染(LTBI)治療品質支付服務：112年LTBI治療人數約12,000人。
- ②愛滋照護管理品質支付服務：112年照護感染者人數約35,000人。
- ③長照機構加強型結核病防治：112年LTBI檢驗人數約20,000人。

### 預期效益之評估指標：

- ①112年潛伏結核感染者完成治療比率達85%。
- ②112年愛滋感染者有服藥比率目標達95%，服藥感染者病毒量測不到(病毒量<200 copies/ml)比率目標達96%。
- ③112年長照機構LTBI檢驗陽性加入治療比率達70%，完成治療率達70%。

### (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①擬訂具體實施方案，建立完整之個案照護銜接及資料介接機制，並考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。

②本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，請會同西醫基層總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則請於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

#### 21.品質保證保留款：

(1)全年經費 124.3 百萬元。

(2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品質保證保留款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

#### (三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為 3%。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.675%。

4.112 年度門診透析服務之新增預算，優先用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品質。

5.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請會同門診透析服務相關團體，於 111 年 12 月底前提出鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升照護品

質之具體實施計畫(包含設定提升腹膜透析之執行目標、提升腹膜透析與品質之具體措施、院所獎勵方式、品質監測指標等),並提全民健康保險會報告。

(2)持續推動腎臟病前期之整合照護,並檢討照護成效,強化延緩病人進入透析之照護。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理,並持續監測 NSAIDs 藥物使用情形及管理成效。

(4)請於 112 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(四)前述三項額度經換算,112 年度西醫基層醫療給付費用總額,較基期成長 1.800%。各細項成長率及金額如表 5。

#### 西醫基層代表之委員建議方案：

1.關於西醫基層各項目詳細說明,請詳見 111 年 9 月 21 日協商會議資料及附件與協商代表發言實錄。

2.請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體,依協定事項辦理。

(一)一般服務成長率為 4.539%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.400%,協商因素成長率 3.139%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.318%)：

(1)反對協定事項之建議「於 111 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程,若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘,則扣減其預算額度」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額,應適度運用於給付新醫療科技,並請於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額,納入該年度本項預算財源」。

- (2)反對理由：新醫療科技引進能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。
- (3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.318%)：
- (1)反對協定事項之建議「於 111 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」及「歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 113 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，並納入該年度本項預算財源」。
- (2)反對理由：藥品及特材給付規定修正能提升民眾照護品質，對初級醫療、輕症照護有極大的效益，可減少的是其後續急重症、住院、中醫甚至洗腎的醫療費用(非西醫基層總額部門)。
- (3)如經部長裁定，仍需執行前述之協定事項建議，請中央健保署提出具體預算及執行方式，與西醫基層總額相關團體議定後，方得執行。
- 3.促進醫療資源支付合理(0.079%)：
- (1)本項預算賡續執行 111 年本項預算中「西醫基層未與醫院調成一致之支付標準項目」。
- (2)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。



(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

4.比照醫院規定，修訂手術通則(0.003%)：

(1)預期目標：同工同酬，弭平醫院與西醫基層申報費用規定所造成之點數差距。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

5.門診診察費加成一一致(0.734%)：

(1)預期目標：促進基層科別均衡發展，建議第一階段門診診察費（去科別化）調整一致，以維護醫療照護品質。

(2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。

(3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理

(4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

6.7580 診察費(1.255%)：

(1)預期目標：因應超高齡社會來臨，挹注資源加強對高齡者照護品質。

- (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
  - (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理
  - (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。
- 7.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.524%)：
- (1)預期目標：反應近年勞動法令制度改變，聘用護理人員成本增加，提高診察費以提升護理照護品質。
  - (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
  - (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理
  - (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。
- 8.外傷換藥不計入同一療程(0.028%)：
- (1)預期目標：合理反映外傷換藥成本，提供民眾更完善之醫療照護服務。
  - (2)評估指標：依據衛生福利部公告修訂之支付標準調整辦理。
  - (3)不應使用「醫療服務成本指數改變率」所增預算支應，不應併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」處理。
  - (4)如需執行預算扣減規劃，請中央健保署會同西醫基

層總額相關團體議定後，方可執行；如 113 年執行預算不足，請於 114 年編列預算。

9.違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.120%)：

本項不列入 113 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 8,847.4 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 111 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 111 年 12 月底前完成。

1.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 317.1 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,146 百萬元。

(2)本計畫與代謝症候群防治計畫之服務對象不同：本計畫收案對象以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，而代謝症候群防治計畫則偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，兩者收案對象不同，不建議整合。

3.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)本計畫與家庭醫師整合性照護計畫之服務對象不同：本計畫偏向無固定就醫習慣、體重過重、血壓、血脂等較高，且尚未進入慢性病階段的民眾為主要照護目標，家醫計畫收案對象則以前一年慢性病病患、醫療利用率較高之民眾為優先，兩者收案對象不同，不建議整合。

(3)考量 111 年本項計畫執行時間較短，建議先維持原有預算額度，待提高執行率後再增編預算。

#### 4.C 型肝炎治療費：

(1)全年經費 292 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(3)配合國家 C 肝根除政策，惟所衍生之醫療費用應一併編列於本項專款項目。

#### 5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

#### 6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,320 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務費用結算。

#### 7.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元。

(2)經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

#### 8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

#### 9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

#### 10.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 30 百萬元。
  - (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：
- (1)全年經費 11 百萬元。
  - (2)本項經費依實際執行併入一般服務費用結算。
- 12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
- (1)全年經費 178 百萬元。
  - (2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務費用結算。
- 13.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 253 百萬元。
  - (2)經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
  - (3)為配合國家相關衛生健康政策之推動，網路頻寬須有較高運作功能，提升效率，建議應持續補助。
- 14.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：
- 全年經費 9.7 百萬元。
- 15.精神科長效針劑藥費：
- (1)全年經費 100 百萬元。
  - (2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- 16.新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護：
- (1)全年經費 500 百萬元。
  - (2)本項目與「慢性病傳染病照護品質計畫」照護對象不同，不應併入處理。
  - (3)預期目標：提供新冠輕症確診者長新冠醫療照護。

- (4)評估指標：長新冠後遺症治癒情形(接受照護之個案，長新冠後遺症獲得改善，3 個月後無再次相關就醫情形)。
- (5)衛福部 110 年 12 月推動「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」，染疫期間由公務預算或疾管署特別預算支應，但解隔離後的醫療照護費用該計畫適用醫院層級(總額支應)。長新冠醫療照護，回歸社區是最適宜的，建議編列預算。
- (6)本項以 2 年為檢討期限(112~113 年)，滾動式檢討逐年成效，若本項持續辦理，則請於執行第 2 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- 17.促進醫療服務診療項目支付衡平性：
- (1)全年經費 0 百萬元。
- (2)不應併入「醫療服務成本指數改變率」所增預算處理。
- 18.因醫療法就醫療器材使用規範重新修訂，造成特材成本高於健保支付點數之補貼：
- (1)全年經費 20 百萬元。
- (2)本項經費配合醫院部門同步編列。後續執行細節請中央健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。
- (3)本項經費應依實際執行之項目與季別，併西醫基層總額一般服務費用結算。
- 19.癌症治療品質改善計畫：
- (1)全年經費 0 百萬元。
- (2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。
- 20.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)考量無法達到付費者建議之協定事項期許，且西醫基層團體內部無共識，待釐清後，再編列預算。

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 124.3 百萬元。

(2)原 106 年度一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 112 年品保款專款(124.3 百萬元)合併運用(計 229.5 百萬元)。

(三)門診透析服務：對透析成長率不預設立場，尊重透析代表與政府主管機關協商結果，對付費者建議之協定事項，西醫基層部門採取中立立場，不予背書。

表 5 112 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
<b>一般服務</b>					
醫療服務成本及人口因素成長率	1.400%	1,762.5	1.400%	1,762.5	
投保人口預估成長率	-0.264%		-0.264%		
人口結構改變率	1.402%		1.402%		
醫療服務成本指數改變率	0.266%		0.266%		
協商因素成長率	0.151%	189.3	3.139%	3,951.1	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.156%	196.0	0.318%	400.0
	藥品及特材給付規定改變	0.115%	145.0	0.318%	400.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.079%	100.0
	比照醫院規定，修訂手術通則(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.003%	3.2
	門診診察費加成一至(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.734%	924.6
	7580診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	1.255%	1,580.1
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.524%	659.3
	外傷換藥不計入同一療程(112年新增項目)	0.000%	0.0	0.028%	35.6
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.120%	-151.7	-0.120%	-151.7
一般服務成長率 <sup>註2</sup>	增加金額	1.551%	1,951.9	4.539%	5,713.7
	總金額		127,848.3		131,610.0



項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>				
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	0.0	4,146.0	198.0
代謝症候群防治計畫	616.0	308.0	308.0	0.0
C型肝炎藥費 (*西醫基層代表方案名稱為「C型肝炎治療費」)	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	0.0	900.3	95.3
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,220.0	0.0	1,320.0	100.0
鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	253.0	0.0	253.0	0.0
提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	9.7	0.0	9.7	0.0
精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	100.0	0.0
新冠輕症確診者長新冠後遺症(Long COVID)照護 (112年新增項目) (*付費者代表方案併入「慢性傳染病照護品質計畫」)	* -	* -	500.0	500.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
促進醫療服務診療項目支付 衡平性 (112年新增項目)	100.0	100.0	0.0	0.0
因醫療法就醫療器材使用規 範重新修訂，造成西醫基層 特材成本高於健保支付點數 之補貼 (112年新增項目)	20.0	20.0	20.0	20.0
癌症治療品質改善計畫 (112年新增項目)	115.0	115.0	0.0	0.0
慢性傳染病照護品質計畫 (112年新增項目)	20.0	20.0	0.0	0.0
品質保證保留款	124.3	4.0	124.3	4.0
<b>專款金額</b>	<b>8,497.1</b>	<b>567.0</b>	<b>8,847.4</b>	<b>917.3</b>
較基期成長率(一般 服務+專款) <sup>註3</sup>	增加金額	2,518.9	4.578%	6,631.0
	總金額	136,345.4		140,457.4
門診透析服務成長率	增加金額	745.9	註5	註5
	總金額	21,042.6		20,296.7
較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析) <sup>註4</sup>	增加金額	3,264.8	註5	6,631.0
	總金額	157,388.0		160,754.1

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，112年度總額之基期(採淨值)，係以111年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110年未導入預算扣減」部分。

2.計算「一般服務成長率」，所採基期費用為125,895.6百萬元(含111年一般服務預算126,417.3百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-572.7百萬元、加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款90.0百萬元與扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)。

3.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為134,308.4百萬元，其中一般服務預算為126,378.3百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為126,417.3百萬元，扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)，專款為7,930.1百萬元。

4.計算「較112年度總額基期(採淨值)成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為154,605.1百萬元，其中一般服務預算為126,378.3百萬元(111年度健保醫療給付費用公告金額為126,417.3百萬元，扣除110年度新醫療科技未導入金額39.0百萬元)，專款為7,930.1百萬元，門診透析為20,296.7百萬元。

5.西醫基層代表方案未提出112年度門診透析服務成長率及增加金額，故無法計算整體預算(一般服務+專款+門診透析)較基期成長率。

6.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第9次)及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計4項，依辦理情形，建議解除追蹤2項，繼續追蹤2項，如附表(第96~97頁)；另個別委員關切事項，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄一(第249~250頁)。

(二)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有1項，如附表(第98頁)。

以上各項解除追蹤事項，最後仍依委員會議定結果辦理。

二、本會第12次委員會議原訂於本(111)年12月23日上午9時30分召開，將改至同日下午1時30分舉行，委員會後安排部長與本會委員就全民健康保險相關業務進行座談(以餐敘方式辦理，預訂晚上6時30分至8時30分)，敬請委員預留時間與會。

三、本會於10月14日依健保法第24條規定召開「112年度保險費率審議前專家諮詢會議」，邀請7位諮詢委員(曲同光、吳榮達、李永振、郝充仁、楊子霆、楊銘欽、羅光達)，就健保署提出112年度保險費率方案(草案)提供意見，本會委員列席(實體13位、視訊19位)進行意見交流。會議討論重點及結論如下：(詳附錄三，第252~257頁)

(一)會議討論題綱及意見重點摘要：

1.就「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」之意見：依據健保財務推估及112年總額協商結果，在現行費率5.17%下，112年底安全準備約當1.24(付費者方案)或1.05(醫界方案)個月，符合健保法第78條所定1~3個月原則，多數諮詢委員建議112年度維持現行費率5.17%，惟112年可以維持現行費率不調整，係因行政院主計總處撥補健保基金240億元，否則安全準備仍低於1個月保險給付支出，有調整費率可能。

2.對全民健保財務調整措施有何看法與建議：贊成實施部分負

擔，惟應兼顧弱勢族群就醫權益；至停復保制度應檢討制度缺失，避免旅外國人有取巧機會。

3.給付範圍、支付制度合理性及法定費率上限 6%修法之建議：建議調整費率上限 6%前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、依健保法第 26 條通盤檢討給付範圍或強化政府財務責任；另調整費率上限應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，及其為保護被保險人財務負擔的防線，不宜輕易打破。

(二)會議結論：請健保署參酌諮詢委員與本會委員所提意見及需補充資料，修正「全民健康保險 112 年度保險費率方案」(草案)，於 11 月 1 日前提案至本會，俾於第 11 次委員會議(111.11.18)審議。

四、有關 112 年度各部門總額一般服務地區預算分配之辦理情形：

(一)依本會 112 年度總額協商程序及第 9 次委員會議決議，請各總額部門受託團體於本(111)年 10 月 6 日前，提送地區預算分配之建議方案，以利提 10 月份委員會議討論；若部門未提送分配建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定。

(二)台灣醫院協會、醫師公會全國聯合會、中醫師公會全國聯合會已分別函送各該部門總額之地區預算分配建議方案，並列入本次會議討論事項第一~三案。

(三)至牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於 10 月 3 日函復本會，其地區預算已達 100%依 R 值分配，惟「移撥特定用途款」部分，將待 10 月 26 日內部會議討論後，再提送本會。已函復該會務必於本年 11 月 2 日前提出，以利提 11 月份委員會議討論。若未提送者，則由本會掣案提會討論。

五、為提供即時資訊，本會持續更新本年 8 月彙編之「111 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，經同仁持續核對最新統計數據後，業於 10 月 18 日將更新版之指標要覽電子

檔公開於本部網頁。為節能減碳，將不再印製紙本資料寄送，若委員及相關單位、團體有參考需要，請至本會網頁自行下載，下載路徑：衛生福利部全民健康保險會/公告及重要工作成果/醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

六、本會針對 112 年度總額協商結果作成委員關切重要議題會訊報導主題，並依 111 年第 9 次委員會議之委員意見備註該次會議之相關決議或出處(網址)，內容詳附錄四(第 258~259 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

七、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 10 月 14 日寄至各委員電子信箱]

#### (一)衛福部

1.本年 10 月 6 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第 65 條、第 66 條及第 63 條附件一，如附錄五(第 260 頁)，修正重點如下：

(1)第 65 條：為符合臨床實務，增訂屬特殊審查項目者，如因事出緊急，保險醫事服務機構得依緊急報備程序，先行治療病人，後續再依專業審查程序辦理；惟本標準藥品給付規定屬特殊專案審查或不適用緊急報備者除外。

(2)第 66 條：配合第 65 條之修正，增列特殊審查案件經緊急報備後未及經審查回復即施行者，亦應依專業審查核定結果辦理。

(3)第 63 條附件一：配合第 65 條之修正，修正附件一全民健康保險藥品及特殊材料事前審查申請書之內容。

#### (二)健保署

1.本年 9 月 23 日修正發布「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」如附錄六(第 261~265 頁)，本次修正重點如下：

(1)第 5 點：

- ①增列未成年人為經健保署查核未具清償能力者，可比照經濟弱勢者得不移送行政執行。
- ②因應社會救助法等相關法規修正，將「中低收入家庭」修正為「中低收入戶」。
- ③配合身心障礙者權益保障法用語，將持有「身心障礙手冊」修正為「身心障礙證明」；配合機關名稱更改，將「行政院原住民族委員會」修正為「原住民族委員會」。

(2)第 10 點：針對小額欠費逾寬限期已達一定期間，既經健保署催繳或免催繳而仍未繳納，即依程序轉銷為呆帳。

2.本年 9 月 28 日副知，公告修正「111 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，本次修訂醫療團每診次限制申報點數計算方式：「每位牙醫師每月平均每診次」申報點數不超過 3 萬點(以加成後論量支付點數計算)，若超過 3 萬點以上者，超過部分不予支付，自 111 年 10 月 1 日起生效，如附錄七(第 266 頁)。

3.111 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄八(第 267~270 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄九(第 271~274 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄十(第 275~278 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十一(第 279~282 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十二(第 283~285 頁)。

總額別 分區別	111 年第 1 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9564	1.0289	0.9352	1.0301	0.9060
北區	1.0342	1.0500	0.9689	1.0845	
中區	1.0094	1.0096	0.9447	1.0756	
南區	1.0664	1.0324	0.9995	1.0993	
高屏	1.0254	1.0229	0.9755	1.0754	
東區	1.2021	1.1773	0.9418	1.1020	
全區	1.0048	1.0289	0.9567	1.0652	

決定：

## 上次(第9次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

## 一、上次委員會議(共4項)

## (一)擬解除追蹤(共2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項： 112年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	有關新增項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」：達成共識之牙醫門診總額及中醫門診總額，如附件一、二劃線處，文字暫列。請中央健康保險署會同該總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修，將研修結果提報本(111)年10月份委員會議確認。	於111年9月30日請辦健保署。	健保署回復： 本署已與中醫師公會全國聯合會及牙醫師公會全國聯合會共同討論研修，並將研修結果提報貴會確認。	解除追蹤 (已安排於本次會議之優先報告事項確認)	—
2	報告事項： 111年8月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見(含書面意見)，送請中央健康保險署回復說明。	於111年9月30日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件(第99~100頁)。	解除追蹤	—



(二)擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「全民健康保險急診品質提升方案」相關監測指標，並將研修結果提報本會。	於 111 年 9 月 30 日請辦健保署。	健保署回復：急診品質提升方案監測指標研修結果後提醫院總額研商議事會議討論後將結果提報貴會。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將研修結果提報本會後解除追蹤	111 年 12 月
2	討論事項：112 年度醫院、牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	附帶決議：有關醫院總額及西醫基層總額之「藥品及特材給付規定改變」項目，付費者版本之協定事項「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，請中央健康保險署將其辦理情形，列入全民健康保險業務執行報告，每半年向本會提報。	於 111 年 9 月 30 日請辦健保署。	健保署回復：有關「藥物成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應」，如奉衛生福利部核定，健保署將配合辦理列入全民健康保險業務執行報告，每半年向健保會提報。	1.繼續追蹤 2.如奉衛生福利部核定，俟健保署首次提報業務執行報告後解除追蹤	112 年 6 月

二、歷次委員會議：達解除追蹤條件(共 1 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請參考委員意見，依全民健康保險法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。[於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤] (110.10 決議、110.11、110.12、111.6 決定)	健保署回復： <u>審計部已審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算(如附錄二，第 251 頁)</u> ，建請解除追蹤。	解除追蹤 (審計部已審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算，爰建議解除追蹤)

健保會第5屆111年第9次委員會議之健保署答覆

上次(第9次)委員會議之擬解除追蹤項次2

案由：111年8月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄 p.138)</p> <p>我提出2點意見，第1點可能10月14日的費率諮詢會議會用到。請各位看到會議資料第16頁「109至112年健保財務收支情形表」，請健保署分析檢討去年提供的費率審議財務分析及實際結算差異的原因，做為今年推估時的參考。去年8月的累積短絀是47億元，當時提出預估年底短絀261億元，但從本頁資料來看，去年底實際後來修正定稿的應該是短絀155億元，中間相差106億元，就是預估跟實際相差106億元。106億元相當於0.17個月安全準備的約當給付支出！今年8月累積的短絀是51億元，較去年同期多了4億元，預估到年底，本頁的表裡面年底短絀314億元，比去年的261億元多了53億元。今年8月只相差4億元，到年底增到53億元，若實際推估趨勢與去年近似，則誤差可能由106億元擴增至150億元，150億元相當於0.24個月的約當保險給付，對安全準備的影響相差到0.24個月。我看到報導說部長表示明年費率傾向不調整，我看到標題還嚇一跳，因為低推估才0.98個月，不到1個月。但部長有釋疑，新的部分負擔可能上路，新的部</p>	<p>一、110年保險收支實際短絀155億元，與原預估短絀261億元，差異106億元，主要係因補充保險費收繳高於預期，致政府應負擔健保總經費及整體保費收入較預估增加。</p> <p>二、111年因企業配發獎金及配息增加，致補充保險費上半年收繳較去年同期成長約2成，爰以111年1月至6月補充保險費實際收繳情形，重新估算保險收入，重估後111年保險收支短絀由314億元，修正為85億元。112年在保險費率5.17%下，總額成長率無論為付費者代表版本或醫界代表版本，112年底安全準備總額均大於1個月保險給付支出。</p>

委員意見	健保署說明
<p>分負擔約可增99億元相當於0.16個月安全準備。部長提到傾向不調費率是有可能，但是不能出現0.24個月的誤差，剛好在1個月的邊緣，估得稍微不準，到時候又像去年一樣，大家討論得很熱烈，要兩案併陳調或不調，會有很多爭議，我提出建議給健保署參考。</p>	
<p>李委員永振(議事錄 p.138-139)</p> <p>第2點，業務執行報告第3頁第七項「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫執行推動情形」，成功比例平均達到98.4%，效果算是很好，但為什麼在協商提供的資料提到C肝從106年到現在投入353.9億元，節省的效益才25.3億元？98.4%已經接近100%，成效相當好，但節省的費用怎麼只有這麼一滴滴。</p>	<p>關於C肝病人治癒後所節省相關併發症衍生之醫療費用效益，會隨追蹤時間延長而持續增加，醫療費用節省從106年累積到111年為25.3億元、累積到114年為57.5億元、累積到139年則為423億元。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.139)</p> <p>業務執行報告的第2頁有關公告「全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)試辦方案續行試辦1年至110年及其目標值成長率」，請問是指112年或110年？還是補109年的公告結果？意思是說從今年開始就不再有DET？請問110年是指今年，那明年就沒有DET？</p>	<p>一、有關本署111年8月24日「全民健康保險藥品費用分配比率目標制(DET)試辦方案續行試辦1年至110年及其目標值成長率」公告，係公告「110年DET方案」相關資訊。</p> <p>二、另110年DET方案生效日期原為111年4月1日，因受COVID-19疫情及前一年方案生效日延後之影響，遂參酌外界建議，延後至112年1月1日生效。又111年藥價調整方案，待與外界溝通討論。</p>

## 五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

說明：

一、本會業於本(111)年 9 月 21 日完成 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 23 日第 9 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 5~90 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 112 年度總額整體成長率：

兩案併陳之協商結果，經總額計算公式分別估算，其整體成長率：付費者方案為 2.821%，醫界方案為 4.224%(詳如下表)。

112 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 <sup>註2</sup> 方案		
金額 (億元)	508.00	309.80	157.79	5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	<b>8,323.56</b>	<b>8,437.17</b>
成長率	2.588%	4.344%	減少 8 億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	<b>2.821%</b>	<b>4.224%</b>

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，112 年度總額之基期(採淨值)，係以 111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除「110 年未導入預算扣減」部分，故 112 年度總額基期淨值(約 8,095.2 億元)。

2.門診透析服務預算經協商未達共識，付費者方案成長率為 3%，醫界方案成長率為 4%。其中西醫基層醫界方案未依醫界之門診透析服務成長率計列，致無法計算其整體成長率(含透析)，惟為呈現年度整體總額成長率之需，仍以門診透析服務預算 4%計算西醫基層成長率(含透析)，至後續報部決定時，將尊重並以西醫基層醫界方案內容提送。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)請確認達成共識之牙醫門診總額及中醫門診總額，其新增協定項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

1.依 112 年度總額協商程序及本會第 9 次委員會議(111.9.23)之決議，請健保署會同達成共識之總額部門相關團體，並參考委員意見，共同討論研修後，提報本次委員會議確認。健保署回復研修結果如附件(資料後附)。

2.另未達共識之醫院及西醫基層總額部門新增協定項目之執行目標等，將兩案併陳報部，請衛福部就政策要求，逕予核定。

二、經本次委員會議確認整體成長率及前開協定事項後，將併入 112 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛福部核(決)定。至各部門總額一般服務之地區預算分配方式，將於後續完成協定後，另案報部。

決定：

# 討論事項





## 第一案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 112 年度醫療給付費用總額協商程序(略以)，有關各部門總額一般服務地區預算之分配方式：請各總額部門於本(111)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(111.10.6 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。台灣醫院協會業於 111.10.3 函送 112 年度醫院總額一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案(詳附件一，第 124 頁)。
- 二、112 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 9 次委員會議(111.9.23)決議，協商結論為：付費者及醫院代表委員未能達成共識，其中，對於一般服務成長率(不含門診透析服務)之建議，付費者代表方案為 3.092%，醫院代表方案為 4.455%。爰依本會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。
- 三、醫院總額一般服務歷年地區預算執行概況：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
  - (二)分配事項：
    - 1.分配參數：「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。
    - 2.風險校正因子：
      - (1)門診：人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，及轉診型態(醫院門診市場占有率)。
      - (2)住診：人口風險因子(年齡性別指數占 50%，標準化死

亡比占 50%)。

3.分配方式：依費協會 93.12.30 醫院總額公告，地區預算自 93 年起，原則上以 8 年為期，逐年達成預算 100%依據校正風險後之各分區保險對象人數分配，惟該期程可視實況檢討修訂。

4.門、住診費用比率：

(1)由於門、住診地區預算分配之風險校正因子不同，因此須先議定門、住診費用比率，以進行風險校正。

(2)自 94 年度起，用於「計算」地區預算所採之門、住診費用比率均為 45:55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

(3)歷年均採上開比率，主要係考量健保署於本會 103.5.23 委員會議有關醫院總額門、住診費用分配合理性之專案報告，其建議：「以目前醫療科技之發展，部分傳統住診之開刀手術由門診內視鏡手術、非侵入性治療(放射線)、藥物等所取代、住院化療服務也漸由門診化療服務所取代，門、住診醫療費用最適比率，因應醫療科技發展，尚無合理之比率數據」。

5.門、住診服務合併預算：將上開門、住診費用分別校正 R 值、S 值後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

(三)分配參數中，門、住診費用比率及 R 值、S 值占率於各年協定情形：

項目 \ 年		94	95~96	97~101	102~103	104~105	106~108	109~111
門診 (費用比率 45%)	R	15%	38%	45%	46%	46%	50%	51%
	S	85%	62%	55%	54%	54%	50%	49%
住院 (費用比率 55%)	R	10%	38%	40%	40%	41%	45%	45%
	S	90%	62%	60%	60%	59%	55%	55%

(四)風險調整移撥款：

1.108~110 年：108 年自一般服務費用移撥 1.5 億元，109、110 年移撥 2 億元。依健保署提報之執行方式，其分配因素係採山地離島非原住民、偏遠地區、重度以上身心障礙、台閩地區原住民、低收入戶人口、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率等 6 項因素分配(詳附件三，第 130~131 頁)。

2.111 年：

(1)本項額度經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就雙方之建議額度(付費者代表建議 6 億元，醫院代表建議 2 億元)報請衛福部決定，最後經衛福部決定採付費者建議額度 6 億元。

(2)執行方式：採兩項計算方式之合計，2 億元維持 110 年風險調整計算六因素及權重分配，4 億元以 107~109 年地區預算 R 值、S 值平均占率計算。(如附件三，第 131 頁)

四、台灣醫院協會函提 112 年度地區預算分配建議方案，該建議業經該會召開會議研商，並獲各層級醫院協會共識。內容摘要如下：

(一)維持 111 年門、住診 R 值占率：鑑於衛福部及健保署擬就醫院總額一般服務地區預算計算公式進行通盤性檢討，評估規劃新修正公式，且刻正就後疫情時代醫療服務提供進行檢討，112 年醫院總額一般服務地區預算分配，建議續維持 111 年門、住診 R 值比率(即門診 R 值占率 51%、住診 R 值占率 45%)。

(二)預留風險調整移撥款 2 億元：基於預算來源仍為醫院總額一般服務費用，考量恆常醫療服務提供仍應優先，建議續維持 110 年金額 2 億元，做為各分區推動資源平衡及鼓勵建設發展之用。

五、健保署對醫院協會所提建議方案之執行面意見，回復略以(詳附件三，第 129~131 頁)：

(一)有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，援例配合本會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由該署與各總額相關團體再行研商。

(二)110 年及 111 年風險調整移撥款執行結果，詳附件三(第 130~131 頁)。

六、112 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)門診、住院之風險校正後之各分區保險對象人數(R 值)分配比率：

1.醫院協會建議不調整：醫院協會因衛福部及健保署進行公式檢討中，爰建議維持 111 年門、住診 R 值占率。

2.本會建議：仍應適度調升 R 值。考量門診部分已 3 年(109~111 年)未調整，住院部分已 6 年(106~111 年)未調整，且歷年投保人口成長率居冠的北區(如表 2-3)，其所分配之平均每人預算數及成長率相對其他 5 分區較低(如表 2-1、2-2)，爰建議應適度調升 R 值，以符衛生署(衛福部前身)規劃地區預算時採「錢跟著人走」之原則，達成「保障民眾就醫公平性」的政策目標。

(二)風險調整移撥款：是否同意醫院協會建議，自一般服務費用提撥 2 億元，做為各分區推動資源平衡及鼓勵建設發展之用，請討論。若同意，則於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。

(三)門、住診費用比率：

1.是否援例依歷年方式，以「45：55」作為計算地區預算之門、住診費用比率，並依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2.考量目前計算地區預算所採之門、住診費用比率，自 94

年起即為 45：55 未變動，而目前醫療科技之發展迅速，部分傳統住診手術已由門診手術或非侵入性治療、藥物等所取代，建請衛福部及健保署於目前評估規劃新修正公式時，將門、住診醫療費用最適比率納入研議，以利來年納入地區預算協商參考。

七、依 112 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一)模擬 112 年度依不同「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-3(第 110~112 頁)。

(二)提供 110 年門、住診分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫療供給(醫師數、病床數)與利用(就醫人數、次數、點數)及點值等資料供參(如表 1-4、1-5、2-1~8-2，第 113~123 頁)。

(三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件二，第 125~128 頁。

擬辦：

一、確認 112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 112年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	111年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		51% (同111年)		52%		53%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	79,352	81,525	2.74%	81,517	2.73%	81,509	2.72%
北區	29,314	30,117	2.74%	30,168	2.91%	30,220	3.09%
中區	37,799	38,834	2.74%	38,827	2.72%	38,819	2.70%
南區	29,547	30,356	2.74%	30,342	2.69%	30,328	2.64%
高屏	31,225	32,080	2.74%	32,060	2.67%	32,039	2.60%
東區	5,089	5,228	2.74%	5,227	2.70%	5,225	2.67%
全區	212,327	218,141	2.74%	218,141	2.74%	218,141	2.74%

分區	111年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		54%		55%		56%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	79,352	81,502	2.71%	81,494	2.70%	81,487	2.69%
北區	29,314	30,272	3.27%	30,324	3.45%	30,376	3.62%
中區	37,799	38,812	2.68%	38,805	2.66%	38,797	2.64%
南區	29,547	30,314	2.59%	30,299	2.55%	30,285	2.50%
高屏	31,225	32,018	2.54%	31,997	2.47%	31,976	2.40%
東區	5,089	5,223	2.64%	5,222	2.60%	5,220	2.57%
全區	212,327	218,141	2.74%	218,141	2.74%	218,141	2.74%

- 註：1. 111年度預算以110年度之結算資料為基礎，依111年度所協定之一般服務成長率3.049%推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-9.761億元)及加回110年違規扣款0.137億元。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區門診服務預算=門診服務預算×[0.51×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.49×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
  - (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。
  - (3) 依本會110.6.25委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與111年品保款專款(9.298億元)合併運用(計約13.185億元)；111年醫院門診透析服務成長率2.015%，約230.58億元。
  - (4) 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算5.234億元，每季扣減1.308億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區門診一般服務預算。
  - (5) 111年度風險調整移撥款6億元，於地區預算分配前先行扣除。
2. 112年度預算以111.9.23第9次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率3.092%」推估之，所採基期之111年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-22.418億元)及加回110年違規扣款(0.165億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區門診服務預算(以R值=51%為例)=門診服務預算×[0.51×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.49×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
  - (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。
  - (3) 依本會111.6.24委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與112年品保款專款(9.753億元)合併運用(計約13.64億元)；112年醫院門診透析服務成長率2.405%(採付費者方案)，約236.13億元。
  - (4) 112年醫院附設門診部回歸原醫院之預算5.395億元〔=523,274,183\*(1+3.092%)〕，每季扣減1.349億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區門診一般服務預算。
  - (5) 依台灣醫院協會111.10.3來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥款。
3. 本表估算111年度及112年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署110年度地區預算分配參數。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-2 112年度醫院住院服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	111年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		45% (同111年)		46%		47%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	99,362	102,050	2.71%	102,064	2.72%	102,077	2.73%
北區	40,104	41,189	2.71%	41,287	2.95%	41,385	3.19%
中區	52,415	53,834	2.71%	53,832	2.70%	53,830	2.70%
南區	42,151	43,292	2.71%	43,248	2.60%	43,203	2.50%
高屏	44,956	46,172	2.71%	46,143	2.64%	46,114	2.58%
東區	8,706	8,941	2.71%	8,904	2.28%	8,867	1.86%
全區	287,693	295,477	2.71%	295,477	2.71%	295,477	2.71%

分區	111年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		48%		49%		50%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	99,362	102,091	2.75%	102,104	2.76%	102,118	2.77%
北區	40,104	41,483	3.44%	41,581	3.68%	41,679	3.93%
中區	52,415	53,828	2.69%	53,826	2.69%	53,824	2.69%
南區	42,151	43,159	2.39%	43,115	2.29%	43,071	2.18%
高屏	44,956	46,086	2.51%	46,057	2.45%	46,028	2.39%
東區	8,706	8,831	1.44%	8,794	1.01%	8,757	0.59%
全區	287,693	295,477	2.71%	295,477	2.71%	295,477	2.71%

註：1. 111年度預算以110年度之結算資料為基礎，依111年度所協定之一般服務成長率3.049%推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-9.761億元)及加回110年違規扣款0.137億元。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住院服務預算=住院服務預算×[0.45×校正人口風險及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.55×開辦前一年醫院住院醫療費用占率(S值)]。
- (2) 住院服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.55。
- (3) 依本會110.6.25委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與111年品保款專款(9.298億元)合併運用(計約13.185億元)；111年醫院門診透析服務成長率2.015%，約230.58億元。
- (4) 111年度風險調整移撥款6億元，於地區預算分配前先行扣除。
2. 112年度預算以111.9.23第9次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率3.092%」推估之，所採基期之111年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-22.418億元)及加回110年違規扣款(0.165億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：
  - (1) 各分區住診服務預算=住診服務預算×[0.45×校正人口風險及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.55×開辦前一年醫院住診醫療費用占率(S值)]。
  - (2) 住診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.55。
  - (3) 依本會111.6.24委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與112年品保款專款(9.753億元)合併運用(計約13.64億元)；112年醫院門診透析服務成長率2.405%(採付費者方案)，約236.13億元。
  - (4) 依台灣醫院協會111.10.3來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥款。
3. 本表估算111年度及112年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署110年度地區預算分配參數。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-3 112年度醫院總額門、住診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	111年 預算 估計值	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數」比率										
		門 診 住 院	51%(同111年)		52%		53%		54%		55%	
			值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	178,713	45% (同 111 年)	183,575	2.72%	183,567	2.72%	183,560	2.71%	183,552	2.71%	183,544	2.70%
北區	69,418		71,305	2.72%	71,357	2.79%	71,409	2.87%	71,461	2.94%	71,513	3.02%
中區	90,215		92,668	2.72%	92,660	2.71%	92,653	2.70%	92,646	2.69%	92,638	2.69%
南區	71,698		73,648	2.72%	73,634	2.70%	73,620	2.68%	73,605	2.66%	73,591	2.64%
高屏	76,181		78,252	2.72%	78,231	2.69%	78,210	2.66%	78,190	2.64%	78,169	2.61%
東區	13,795		14,169	2.72%	14,168	2.70%	14,166	2.69%	14,164	2.68%	14,163	2.67%
台北	178,713	46%	183,588	2.73%	183,581	2.72%	183,573	2.72%	183,566	2.71%	183,558	2.71%
北區	69,418		71,403	2.86%	71,455	2.93%	71,507	3.01%	71,559	3.08%	71,611	3.16%
中區	90,215		92,666	2.72%	92,658	2.71%	92,651	2.70%	92,644	2.69%	92,636	2.68%
南區	71,698		73,604	2.66%	73,590	2.64%	73,575	2.62%	73,561	2.60%	73,547	2.58%
高屏	76,181		78,224	2.68%	78,203	2.65%	78,182	2.63%	78,161	2.60%	78,140	2.57%
東區	13,795		14,133	2.45%	14,131	2.44%	14,129	2.43%	14,128	2.41%	14,126	2.40%
台北	178,713	47%	183,602	2.74%	183,594	2.73%	183,587	2.73%	183,579	2.72%	183,572	2.72%
北區	69,418		71,501	3.00%	71,553	3.08%	71,605	3.15%	71,657	3.23%	71,709	3.30%
中區	90,215		92,664	2.71%	92,657	2.71%	92,649	2.70%	92,642	2.69%	92,634	2.68%
南區	71,698		73,560	2.60%	73,546	2.58%	73,531	2.56%	73,517	2.54%	73,503	2.52%
高屏	76,181		78,195	2.64%	78,174	2.62%	78,153	2.59%	78,132	2.56%	78,111	2.53%
東區	13,795		14,096	2.18%	14,094	2.17%	14,092	2.16%	14,091	2.15%	14,089	2.13%
台北	178,713	48%	183,615	2.74%	183,608	2.74%	183,600	2.73%	183,593	2.73%	183,585	2.73%
北區	69,418		71,599	3.14%	71,651	3.22%	71,703	3.29%	71,755	3.37%	71,807	3.44%
中區	90,215		92,662	2.71%	92,655	2.70%	92,647	2.70%	92,640	2.69%	92,632	2.68%
南區	71,698		73,516	2.53%	73,501	2.51%	73,487	2.49%	73,473	2.47%	73,459	2.46%
高屏	76,181		78,166	2.61%	78,145	2.58%	78,124	2.55%	78,103	2.52%	78,083	2.50%
東區	13,795		14,059	1.92%	14,057	1.90%	14,056	1.89%	14,054	1.88%	14,052	1.87%
台北	178,713	49%	183,629	2.75%	183,621	2.75%	183,614	2.74%	183,606	2.74%	183,599	2.73%
北區	69,418		71,697	3.28%	71,749	3.36%	71,801	3.43%	71,853	3.51%	71,905	3.58%
中區	90,215		92,660	2.71%	92,653	2.70%	92,645	2.69%	92,638	2.69%	92,630	2.68%
南區	71,698		73,472	2.47%	73,457	2.45%	73,443	2.43%	73,429	2.41%	73,415	2.39%
高屏	76,181		78,137	2.57%	78,117	2.54%	78,096	2.51%	78,075	2.49%	78,054	2.46%
東區	13,795		14,022	1.65%	14,021	1.64%	14,019	1.63%	14,017	1.61%	14,015	1.60%
全區	500,020		513,617	2.72%	513,617	2.72%	513,617	2.72%	513,617	2.72%	513,617	2.72%



表1-4 110年度醫院總額門住診地區預算分配參數

項目 分區	分配參數數值		R值校正因子(註) =((A*B*B占率)+(A*C*C占率))*D			
	R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素		轉診型態 校正比例 (Trans)(D)
				年齡性別 指數(B)	標準化死 亡比 (SMR)(C)	
<b>門診參數占率</b>	<b>51%</b>	<b>49%</b>	<b>-</b>	<b>80%</b>	<b>20%</b>	<b>100%</b>
台北	0.37204	0.37549	0.36884	0.98990	0.89254	1.03660
北區	0.14971	0.12593	0.16334	0.92784	0.99087	0.97165
中區	0.17634	0.17975	0.18114	0.97891	1.01507	0.98431
南區	0.13597	0.14250	0.12777	1.07619	1.06370	0.98827
高屏	0.14237	0.15197	0.13916	1.05643	1.10264	0.95715
東區	0.02358	0.02437	0.01975	1.08844	1.26033	1.05961
<b>住院參數占率</b>	<b>45%</b>	<b>55%</b>	<b>-</b>	<b>50%</b>	<b>50%</b>	—
台北	0.34790	0.34330	0.36884	0.98415	0.89254	
北區	0.15763	0.12446	0.16334	0.92832	0.99087	
中區	0.18183	0.18249	0.18114	0.98140	1.01507	
南區	0.13831	0.15325	0.12777	1.08956	1.06370	
高屏	0.15092	0.16065	0.13916	1.05431	1.10264	
東區	0.02341	0.03586	0.01975	1.09748	1.26033	

註：1.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，先校正人口風險因子【年齡性別指數、SMR(標準化死亡比)】，再校正轉診型態校正比例【Trans(門診市場占有率)】。

2.各項參數均為4季均值。

表1-5 106~110年醫院總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	門診				
	106	107	108	109	110
台北	0.9855	0.9871	0.9875	0.9889	0.9899
北區	0.9310	0.9312	0.9293	0.9296	0.9278
中區	0.9795	0.9786	0.9778	0.9788	0.9789
南區	1.0782	1.0757	1.0777	1.0754	1.0762
高屏	1.0550	1.0556	1.0571	1.0559	1.0564
東區	1.0963	1.0954	1.0962	1.0912	1.0884
全區	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

年 分區	住院				
	106	107	108	109	110
台北	0.9771	0.9788	0.9801	0.9823	0.9841
北區	0.9350	0.9330	0.9319	0.9301	0.9283
中區	0.9818	0.9810	0.9805	0.9813	0.9814
南區	1.0950	1.0938	1.0932	1.0907	1.0896
高屏	1.0515	1.0532	1.0542	1.0537	1.0543
東區	1.1109	1.1104	1.1073	1.1023	1.0975
全區	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

資料來源：健保署，醫院總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：各分區人口指數為4季均值。

表2-1 110年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 占率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 占率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算數 <sup>(註2)</sup> (元)
台北	36.9%	32.1%	34.7%	19,356
北區	16.3%	16.4%	13.8%	17,350
中區	18.1%	19.5%	18.8%	21,350
南區	12.8%	14.1%	14.4%	23,168
高屏	13.9%	15.6%	15.5%	22,923
東區	2.0%	2.3%	2.8%	29,155
全區	100.0%	100.0%	100.0%	20,566

表2-2 110較95年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 成長率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 成長率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算 成長率 <sup>(註2)</sup>
台北	10.2%	2.3%	90.9%	73.3%
北區	17.5%	14.5%	101.9%	71.8%
中區	4.7%	2.6%	99.1%	90.2%
南區	-2.9%	-3.8%	85.0%	90.5%
高屏	-1.1%	-2.4%	87.7%	89.8%
東區	-10.1%	-8.0%	77.7%	97.7%
全區	6.3%	2.2%	92.0%	80.7%

註：1.投保人數(4季季中均值)採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。相關資料詳表2-3。

2.一般服務預算不含門診透析、品質保證保留款、專款項目及其他未分區結算之服務，相關資料詳表2-4。

表2-3 95、106~110年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,931	8,668	8,716	8,753	8,769	8,738	806	<b>10.2%</b>
北區	3,292	3,742	3,776	3,803	3,838	3,869	577	<b>17.5%</b>
中區	4,099	4,271	4,289	4,297	4,299	4,291	192	<b>4.7%</b>
南區	3,117	3,092	3,088	3,072	3,057	3,027	-91	<b>-2.9%</b>
高屏	3,333	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	-37	<b>-1.1%</b>
東區	521	483	478	474	472	468	-53	<b>-10.1%</b>
全區	22,294	23,590	23,671	23,720	23,752	23,689	1,395	<b>6.3%</b>
年 分區	戶籍人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,337	7,648	7,642	7,640	7,608	7,502	166	<b>2.3%</b>
北區	3,354	3,735	3,772	3,807	3,834	3,839	485	<b>14.5%</b>
中區	4,438	4,571	4,579	4,582	4,578	4,554	116	<b>2.6%</b>
南區	3,421	3,357	3,346	3,333	3,317	3,290	-131	<b>-3.8%</b>
高屏	3,746	3,711	3,703	3,698	3,685	3,655	-90	<b>-2.4%</b>
東區	581	549	547	543	540	535	-47	<b>-8.0%</b>
全區	22,877	23,571	23,589	23,603	23,561	23,375	499	<b>2.2%</b>
年 分區	投保人口占率(%)						110較95年 增加值	
	95	106	107	108	109	110		
台北	35.6%	36.7%	36.8%	36.9%	36.9%	<b>36.9%</b>	1.3%	
北區	14.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	<b>16.3%</b>	1.6%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	<b>18.1%</b>	-0.3%	
南區	14.0%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	<b>12.8%</b>	-1.2%	
高屏	15.0%	14.1%	14.0%	14.0%	14.0%	<b>13.9%</b>	-1.0%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	<b>2.0%</b>	-0.4%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	—	
年 分區	戶籍人口占率(%)						110較95年 增加值	
	95	106	107	108	109	110		
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	<b>32.1%</b>	0.0%	
北區	14.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	<b>16.4%</b>	1.8%	
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	<b>19.5%</b>	0.1%	
南區	15.0%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	<b>14.1%</b>	-0.9%	
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	<b>15.6%</b>	-0.7%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	<b>2.3%</b>	-0.3%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	—	

資料來源：投保人數(4季季中均值)採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；  
戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。

表2-4 95、106~110年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
R-門診	38%	50%	50%	50%	51%	51%	13%	—
R-住院	38%	45%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	144,346	149,998	156,626	165,721	169,121	80,552	<b>90.9%</b>
北區	33,255	55,130	57,752	60,248	63,920	67,135	33,879	<b>101.9%</b>
中區	46,017	73,154	75,913	79,167	83,682	91,612	45,594	<b>99.1%</b>
南區	37,916	58,923	61,103	63,703	67,225	70,126	32,210	<b>85.0%</b>
高屏	40,254	62,493	64,528	67,332	70,921	75,567	35,313	<b>87.7%</b>
東區	7,678	11,474	11,830	12,277	13,027	13,643	5,965	<b>77.7%</b>
全區	253,690	405,520	421,125	439,353	464,497	487,204	233,514	<b>92.0%</b>

年 分區	平均每人預算數(元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	11,167	16,653	17,209	17,893	18,898	19,356	8,189	<b>73.3%</b>
北區	10,101	14,732	15,293	15,841	16,656	17,350	7,249	<b>71.8%</b>
中區	11,225	17,127	17,700	18,422	19,464	21,350	10,124	<b>90.2%</b>
南區	12,163	19,059	19,789	20,735	21,990	23,168	11,006	<b>90.5%</b>
高屏	12,076	18,748	19,416	20,286	21,383	22,923	10,847	<b>89.8%</b>
東區	14,744	23,749	24,729	25,901	27,608	29,155	14,411	<b>97.7%</b>
全區	11,379	17,191	17,791	18,523	19,556	20,566	9,187	<b>80.7%</b>

年 分區	預算數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	34.9%	35.6%	35.6%	35.6%	35.7%	<b>34.7%</b>	-0.2%
北區	13.1%	13.6%	13.7%	13.7%	13.8%	<b>13.8%</b>	0.7%
中區	18.1%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	<b>18.8%</b>	0.7%
南區	14.9%	14.5%	14.5%	14.5%	14.5%	<b>14.4%</b>	-0.6%
高屏	15.9%	15.4%	15.3%	15.3%	15.3%	<b>15.5%</b>	-0.4%
東區	3.0%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	<b>2.8%</b>	-0.2%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	106	107	108	109	110
台北	3.0%	5.2%	3.9%	4.4%	5.8%	2.1%
北區	7.9%	5.5%	4.8%	4.3%	6.1%	5.0%
中區	4.6%	5.0%	3.8%	4.3%	5.7%	9.5%
南區	4.9%	4.2%	3.7%	4.3%	5.5%	4.3%
高屏	5.3%	4.7%	3.3%	4.3%	5.3%	6.5%
東區	2.2%	3.5%	3.1%	3.8%	6.1%	4.7%
全區	4.5%	4.9%	3.8%	4.3%	5.7%	4.9%

資料來源：健保署，預算數摘自醫院總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.本表不含門診透析、品質保證保留款、專款項目及其他未分區結算之服務。

2.平均每人預算數=預算數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.因應COVID-19疫情影響，醫院總額110年第2、3季分區預算，依近3年(107~109)當季就醫分區預算占率分配。

表3 91、106~110年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						110較91年 增加值	110較91年 成長率
	91	106	107	108	109	110		
台北	7,291	10,997	11,344	12,057	12,637	12,984	5,693	78.1%
北區	2,966	3,737	3,884	4,149	4,212	4,327	1,361	45.9%
中區	3,881	5,390	5,515	5,811	5,983	6,147	2,266	58.4%
南區	2,347	3,854	3,923	4,165	4,248	4,337	1,990	84.8%
高屏	3,298	4,701	4,867	5,100	5,277	5,441	2,143	65.0%
東區	573	825	839	860	896	916	343	59.9%
全區	20,356	29,504	30,372	32,142	33,253	34,152	13,796	67.8%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						110較91年 增加值	110較91年 成長率
	91	106	107	108	109	110		
台北	10.1	14.4	14.8	15.8	16.6	17.3	7.2	71.1%
北區	9.3	10.0	10.3	10.9	11.0	11.3	2.0	21.0%
中區	8.9	11.8	12.0	12.7	13.1	13.5	4.6	51.9%
南區	6.9	11.5	11.7	12.5	12.8	13.2	6.3	92.4%
高屏	8.8	12.7	13.1	13.8	14.3	14.9	6.1	68.9%
東區	9.6	15.0	15.3	15.8	16.6	17.1	7.5	78.2%
全區	9.0	12.5	12.9	13.6	14.1	14.6	5.6	61.6%

表4 91、106~110年各分區醫院急性一般病床數分布情形

年 分區	急性一般病床數(床)						110較91年 增加值	110較91年 成長率
	91	106	107	108	109	110		
台北	20,873	22,306	22,681	22,366	22,938	23,280	2,407	11.5%
北區	10,275	10,307	10,290	10,301	10,654	10,930	655	6.4%
中區	13,024	14,618	15,170	15,311	15,466	15,735	2,711	20.8%
南區	9,136	10,579	10,661	10,755	10,808	10,896	1,760	19.3%
高屏	11,732	12,622	12,638	12,693	12,862	13,046	1,314	11.2%
東區	2,213	1,960	1,961	1,967	1,971	1,983	-230	-10.4%
全區	67,253	72,392	73,401	73,393	74,699	75,870	8,617	12.8%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						110較91年 增加值	110較91年 成長率
	91	106	107	108	109	110		
台北	29.0	29.2	29.7	29.3	30.2	31.0	2.1	7.1%
北區	32.3	27.6	27.3	27.1	27.8	28.5	-3.8	-11.7%
中區	29.8	32.0	33.1	33.4	33.8	34.6	4.7	15.8%
南區	26.7	31.5	31.9	32.3	32.6	33.1	6.4	24.2%
高屏	31.4	34.0	34.1	34.3	34.9	35.7	4.3	13.8%
東區	37.1	35.7	35.9	36.2	36.5	37.1	0.0	-0.1%
全區	29.9	30.7	31.1	31.1	31.7	32.5	2.6	8.7%

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：醫師數及急性一般病床數採每年12月數值；每萬人口醫師數或急性一般病床數=(醫師數或急性一般病床數/年底戶籍人數)\*10,000。

表5 95、106~110年醫院總額各分區門、住診就醫人數及就醫率

年 分區	門診就醫人數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	4,138	4,690	4,737	4,779	4,565	4,400	262	6.3%
北區	2,087	2,354	2,377	2,423	2,367	2,286	200	9.6%
中區	2,420	2,785	2,816	2,878	2,750	2,696	276	11.4%
南區	1,719	1,876	1,892	1,908	1,825	1,783	64	3.7%
高屏	2,083	2,167	2,158	2,165	2,078	2,035	-48	-2.3%
東區	320	332	331	336	324	312	-8	-2.5%
全區	11,849	13,229	13,336	13,491	12,950	12,618	769	6.5%

年 分區	住院就醫人數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	515	596	610	620	582	527	11	2.2%
北區	275	298	298	306	283	260	-15	-5.4%
中區	352	404	414	428	406	387	35	10.1%
南區	249	289	290	297	278	266	17	6.9%
高屏	314	342	343	350	326	307	-7	-2.1%
東區	54	54	56	56	53	50	-4	-6.7%
全區	1,716	1,948	1,975	2,023	1,895	1,769	53	3.1%

年 分區	門診就醫率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	<b>52.2%</b>	<b>54.1%</b>	<b>54.3%</b>	<b>54.6%</b>	<b>52.1%</b>	<b>50.4%</b>	-1.8%
北區	<b>63.4%</b>	62.9%	62.9%	63.7%	61.7%	59.1%	-4.3%
中區	59.0%	65.2%	65.6%	67.0%	64.0%	62.8%	3.8%
南區	55.2%	60.7%	61.3%	62.1%	59.7%	58.9%	3.8%
高屏	62.5%	65.0%	64.9%	65.2%	62.6%	61.7%	-0.7%
東區	61.5%	<b>68.8%</b>	<b>69.2%</b>	<b>70.9%</b>	<b>68.6%</b>	<b>66.7%</b>	5.2%
全區	53.1%	56.1%	56.3%	56.9%	54.5%	53.3%	0.1%
差值	11.2%	14.7%	14.9%	16.3%	16.6%	16.3%	—

年 分區	住院就醫率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	<b>6.5%</b>	<b>6.9%</b>	<b>7.0%</b>	<b>7.1%</b>	<b>6.6%</b>	<b>6.0%</b>	-0.5%
北區	8.4%	8.0%	7.9%	8.1%	7.4%	6.7%	-1.6%
中區	8.6%	9.5%	9.7%	10.0%	9.5%	9.0%	0.4%
南區	8.0%	9.4%	9.4%	9.7%	9.1%	8.8%	0.8%
高屏	9.4%	10.3%	10.3%	10.5%	9.8%	9.3%	-0.1%
東區	<b>10.4%</b>	<b>11.2%</b>	<b>11.7%</b>	<b>11.8%</b>	<b>11.2%</b>	<b>10.8%</b>	0.4%
全區	7.7%	8.3%	8.3%	8.5%	8.0%	7.5%	-0.2%
差值	3.9%	4.4%	4.7%	4.8%	4.5%	4.7%	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表6 95、106~110年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	27,064	34,169	35,113	35,453	33,999	31,979	4,915	18.2%
北區	10,930	13,438	13,750	14,175	13,668	13,052	2,122	19.4%
中區	15,246	19,123	19,665	20,207	19,426	19,164	3,918	25.7%
南區	10,113	12,725	12,969	13,279	13,033	12,916	2,803	27.7%
高屏	13,439	14,754	14,878	15,065	14,818	14,668	1,229	9.1%
東區	2,033	2,274	2,284	2,321	2,257	2,202	169	8.3%
全區	78,826	96,483	98,660	100,500	97,200	93,981	15,155	19.2%

年 分區	平均每人門診就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	3.41	3.94	4.03	4.05	3.88	3.66	0.25	7.3%
北區	3.32	<b>3.59</b>	<b>3.64</b>	<b>3.73</b>	<b>3.56</b>	<b>3.37</b>	0.05	1.6%
中區	3.72	4.48	4.59	4.70	4.52	4.47	0.75	20.1%
南區	<b>3.24</b>	4.12	4.20	4.32	4.26	4.27	1.02	31.5%
高屏	<b>4.03</b>	4.43	4.48	4.54	4.47	4.45	0.42	10.4%
東區	3.90	<b>4.71</b>	<b>4.78</b>	<b>4.90</b>	<b>4.78</b>	<b>4.71</b>	0.80	20.5%
全區	3.54	4.09	4.17	4.24	4.09	3.97	0.43	12.2%
倍數	1.24	1.31	1.31	1.31	1.34	1.39	—	—

年 分區	住院件數(千件)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	759	1,009	1,046	1,066	1,019	907	148	19.5%
北區	373	457	461	476	444	403	30	8.0%
中區	519	686	710	744	720	687	168	32.3%
南區	371	486	490	504	478	456	85	22.9%
高屏	462	555	563	576	547	513	50	10.9%
東區	79	104	106	108	103	99	19	24.5%
全區	2,563	3,297	3,377	3,474	3,313	3,064	500	19.5%

年 分區	平均每人住院就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	<b>0.096</b>	<b>0.116</b>	<b>0.120</b>	<b>0.122</b>	<b>0.116</b>	<b>0.104</b>	0.008	8.5%
北區	0.113	0.122	0.122	0.125	0.116	0.104	-0.009	-8.1%
中區	0.127	0.161	0.166	0.173	0.168	0.160	0.033	26.4%
南區	0.119	0.157	0.159	0.164	0.156	0.151	0.032	26.6%
高屏	0.139	0.167	0.169	0.173	0.165	0.156	0.017	12.1%
東區	<b>0.152</b>	<b>0.215</b>	<b>0.222</b>	<b>0.228</b>	<b>0.219</b>	<b>0.211</b>	0.059	38.6%
全區	0.115	0.140	0.143	0.146	0.139	0.129	0.014	12.5%
倍數	1.59	1.85	1.85	1.87	1.88	2.04	—	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

- 註：1.就醫人數係當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區歸戶計算人數。  
 2.平均每人就醫次數=件數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。  
 3.門診件數不含門診透析、慢性病連續處方調劑案件、補報部分醫令或醫令差額、排檢及交付機構之申報件數。  
 4.倍數=分區中最高值/分區中最低值。



表7 95、106~110年醫院總額各分區門、住診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	47,780	91,909	98,489	103,590	105,619	107,161	59,381	124.3%
北區	18,008	34,249	36,489	39,260	40,050	40,869	22,861	126.9%
中區	26,120	51,393	54,683	57,948	58,683	61,305	35,185	134.7%
南區	17,708	36,271	38,288	40,845	40,582	42,119	24,411	137.8%
高屏	20,865	36,436	38,664	41,094	41,886	44,079	23,214	111.3%
東區	3,782	6,248	6,671	6,974	7,257	7,510	3,728	98.6%
全區	134,264	256,507	273,285	289,712	294,078	303,043	168,779	125.7%
年 分區	住院費用點數(百萬點)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	48,828	68,701	73,809	76,460	78,130	75,415	26,587	54.5%
北區	20,849	28,546	29,727	31,186	31,033	30,734	9,885	47.4%
中區	28,529	41,348	44,283	46,170	47,428	48,593	20,063	70.3%
南區	21,267	30,847	32,234	33,094	33,519	33,958	12,691	59.7%
高屏	24,691	34,791	36,137	37,483	38,118	38,569	13,878	56.2%
東區	5,196	6,283	6,709	6,959	7,213	7,356	2,159	41.6%
全區	149,360	210,517	222,900	231,352	235,441	234,624	85,264	57.1%
年 分區	平均每人門診費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	6,024	10,603	11,299	11,834	12,044	12,265	6,240	103.6%
北區	<b>5,470</b>	<b>9,152</b>	<b>9,663</b>	<b>10,323</b>	<b>10,436</b>	<b>10,562</b>	5,092	93.1%
中區	6,372	12,033	12,750	13,484	13,649	14,287	7,915	124.2%
南區	5,680	11,732	12,400	13,295	13,275	13,915	8,235	145.0%
高屏	6,260	10,931	11,634	12,381	12,629	13,371	7,112	113.6%
東區	<b>7,262</b>	<b>12,933</b>	<b>13,945</b>	<b>14,713</b>	<b>15,379</b>	<b>16,047</b>	8,786	121.0%
全區	6,022	10,874	11,545	12,214	12,381	12,792	6,770	112.4%
倍數	1.33	1.41	1.44	1.43	1.47	1.52	—	—
年 分區	平均每人住院費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	<b>6,156</b>	7,926	8,468	8,735	8,910	8,631	2,475	40.2%
北區	6,333	<b>7,628</b>	<b>7,872</b>	<b>8,200</b>	<b>8,086</b>	<b>7,943</b>	1,610	25.4%
中區	6,959	9,681	10,325	10,744	11,031	11,324	4,365	62.7%
南區	6,822	9,978	10,440	10,772	10,964	11,219	4,397	64.5%
高屏	7,407	10,437	10,873	11,293	11,493	11,700	4,293	58.0%
東區	<b>9,977</b>	<b>13,006</b>	<b>14,025</b>	<b>14,681</b>	<b>15,286</b>	<b>15,718</b>	5,741	57.5%
全區	6,699	8,924	9,417	9,754	9,912	9,904	3,205	47.8%
倍數	1.62	1.70	1.78	1.79	1.89	1.98	—	—
年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						110較95年 增加值	
	95	106	107	108	109	110		
台北	49.5%	57.2%	57.2%	57.5%	57.5%	58.7%	9.2%	
北區	46.3%	54.5%	55.1%	55.7%	56.3%	57.1%	10.7%	
中區	47.8%	55.4%	55.3%	55.7%	55.3%	55.8%	8.0%	
南區	45.4%	54.0%	54.3%	55.2%	54.8%	55.4%	9.9%	
高屏	45.8%	51.2%	51.7%	52.3%	52.4%	53.3%	7.5%	
東區	42.1%	49.9%	49.9%	50.1%	50.2%	50.5%	8.4%	
全區	47.3%	54.9%	55.1%	55.6%	55.5%	56.4%	9.0%	

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.平均每人就醫點數=點數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值；門診不含門診透析服務點數。

2.倍數=分區中最高者/分區中最低值。

表8-1 103~110年醫院總額各季浮動點值分布情形

分區 年季	浮 動 點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	<b>0.8379</b>	0.9160	<b>0.8790</b>	<b>0.8264</b>	0.9242	0.9063	<b>0.8718</b>	5	2	4	6	1	3
103Q2	<b>0.8835</b>	0.9478	0.9171	<b>0.8419</b>	0.9261	<b>0.8896</b>	<b>0.8943</b>	5	1	3	6	2	4
103Q3	<b>0.8357</b>	<b>0.8982</b>	<b>0.8901</b>	<b>0.8223</b>	<b>0.8996</b>	<b>0.8766</b>	<b>0.8693</b>	5	2	3	6	1	4
103Q4	<b>0.8656</b>	0.9469	0.9166	<b>0.8331</b>	0.9107	<b>0.8882</b>	<b>0.8854</b>	5	1	2	6	3	4
104Q1	<b>0.8794</b>	0.9474	0.9089	<b>0.8590</b>	0.9236	<b>0.8548</b>	<b>0.8952</b>	4	1	3	5	2	6
104Q2	<b>0.8979</b>	0.9341	0.9236	<b>0.8694</b>	0.9249	<b>0.8829</b>	0.9054	4	1	3	6	2	5
104Q3	<b>0.8782</b>	0.9085	0.9096	<b>0.8822</b>	0.9307	0.9061	<b>0.8998</b>	6	3	2	5	1	4
104Q4	<b>0.8451</b>	<b>0.8893</b>	0.9053	<b>0.8725</b>	0.9158	<b>0.8833</b>	<b>0.8830</b>	6	3	2	5	1	4
105Q1	<b>0.8636</b>	0.9207	0.9122	<b>0.8918</b>	0.9434	0.9181	<b>0.8963</b>	6	2	4	5	1	3
105Q2	<b>0.8814</b>	0.9221	0.9161	<b>0.8650</b>	0.9147	0.9185	<b>0.8973</b>	5	1	3	6	4	2
105Q3	<b>0.8351</b>	<b>0.8836</b>	<b>0.8870</b>	<b>0.8595</b>	0.9251	0.9100	<b>0.8764</b>	6	4	3	5	1	2
105Q4	<b>0.8147</b>	<b>0.8828</b>	0.9037	<b>0.8580</b>	0.9086	<b>0.8846</b>	<b>0.8661</b>	6	4	2	5	1	3
106Q1	<b>0.8704</b>	0.9075	<b>0.8990</b>	<b>0.8514</b>	0.9348	0.9218	<b>0.8861</b>	5	3	4	6	1	2
106Q2	<b>0.8846</b>	0.9082	0.9225	<b>0.8640</b>	0.9343	0.9087	<b>0.8984</b>	5	4	2	6	1	3
106Q3	<b>0.8323</b>	<b>0.8780</b>	<b>0.8912</b>	<b>0.8545</b>	0.9086	<b>0.8880</b>	<b>0.8726</b>	6	4	2	5	1	3
106Q4	<b>0.8265</b>	<b>0.8959</b>	<b>0.8853</b>	<b>0.8622</b>	0.9203	<b>0.8789</b>	<b>0.8694</b>	6	2	3	5	1	4
107Q1	<b>0.8173</b>	<b>0.8841</b>	<b>0.8525</b>	<b>0.8642</b>	0.9129	<b>0.8678</b>	<b>0.8591</b>	6	2	5	4	1	3
107Q2	<b>0.8428</b>	0.9018	0.9067	<b>0.8838</b>	0.9138	<b>0.8626</b>	<b>0.8770</b>	6	3	2	4	1	5
107Q3	<b>0.8195</b>	0.9010	<b>0.8905</b>	<b>0.8792</b>	0.9298	<b>0.8899</b>	<b>0.8731</b>	6	2	3	5	1	4
107Q4	<b>0.8470</b>	<b>0.8943</b>	<b>0.8745</b>	<b>0.8571</b>	0.9017	<b>0.8643</b>	<b>0.8705</b>	6	2	3	5	1	4
108Q1	<b>0.8633</b>	<b>0.8842</b>	<b>0.8748</b>	<b>0.8855</b>	0.9250	<b>0.8751</b>	<b>0.8804</b>	6	3	5	2	1	4
108Q2	<b>0.8717</b>	<b>0.8678</b>	<b>0.8844</b>	<b>0.8761</b>	0.9139	<b>0.8958</b>	<b>0.8822</b>	5	6	3	4	1	2
108Q3	<b>0.8762</b>	<b>0.8968</b>	<b>0.8816</b>	<b>0.8869</b>	0.9138	<b>0.8808</b>	<b>0.8873</b>	6	2	4	3	1	5
108Q4	<b>0.8528</b>	<b>0.8830</b>	<b>0.8817</b>	<b>0.8860</b>	0.9146	<b>0.8539</b>	<b>0.8794</b>	6	3	4	2	1	5
109Q1~Q2	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492	6	2	5	1	3	4
109Q3	<b>0.8419</b>	<b>0.8638</b>	<b>0.8776</b>	<b>0.8925</b>	0.9175	<b>0.8797</b>	<b>0.8862</b>	6	5	4	2	1	3
109Q4	<b>0.8682</b>	<b>0.8903</b>	<b>0.8842</b>	0.9036	0.9303	0.9108	<b>0.8903</b>	6	4	5	3	1	2
110Q1	<b>0.8434</b>	0.9182	<b>0.8749</b>	0.9179	0.9301	<b>0.8741</b>	<b>0.8856</b>	6	2	4	3	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	<b>0.8682</b>	<b>0.8903</b>	<b>0.8842</b>	0.9036	0.9303	0.9108	<b>0.8903</b>	6	4	5	3	1	2

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.浮動點值 = [當季預算 - (藥費及議定點值核算之金額)] ÷ 浮動之服務項目核定總點數。

2.因應COVID-19疫情影響，109年醫院總額點值採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.因應COVID-19疫情影響，醫院總額110年第2、3季各醫院費用分別以108、109年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值。

表8-2 103~110年醫院總額各季平均點值分布情形

分區 年季	平均點值							點值排序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	0.9120	0.9437	0.9307	0.9071	0.9513	0.9417	0.9255	5	2	4	6	1	3
103Q2	0.9315	0.9555	0.9486	0.9126	0.9516	0.9320	0.9379	5	1	3	6	2	4
103Q3	0.9107	0.9382	0.9363	0.9058	0.9387	0.9284	0.9229	5	2	3	6	1	4
103Q4	0.9231	0.9549	0.9485	0.9089	0.9433	0.9313	0.9330	5	1	2	6	3	4
104Q1	0.9313	0.9579	0.9462	0.9233	0.9516	0.9177	0.9390	4	1	3	5	2	6
104Q2	0.9398	0.9530	0.9531	0.9280	0.9522	0.9309	0.9438	4	2	1	6	3	5
104Q3	0.9314	0.9435	0.9466	0.9342	0.9559	0.9429	0.9402	6	3	2	5	1	4
104Q4	0.9161	0.9356	0.9448	0.9301	0.9478	0.9323	0.9312	6	3	2	5	1	4
105Q1	0.9236	0.9645	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395	6	1	3	5	2	3
105Q2	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387	5	3	1	6	4	2
105Q3	0.9098	0.9322	0.9351	0.9226	0.9526	0.9445	0.9266	6	4	3	5	1	2
105Q4	<b>0.8983</b>	0.9283	0.9421	0.9198	0.9425	0.9297	0.9208	6	4	2	5	1	3
106Q1	0.9246	0.9378	0.9397	0.9166	0.9562	0.9470	0.9333	5	4	3	6	1	2
106Q2	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.9044	0.9340	0.9332	0.9222	0.9488	0.9273	0.9234	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179	6	2	5	3	1	4
107Q2	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239	6	2	3	4	1	5
108Q1	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299	6	3	4	2	1	5
108Q2	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.9278	0.9357	0.9304	0.9339	0.9456	0.9286	0.9329	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293	5	3	3	2	1	6
109Q1~Q2	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707	6	3	5	1	2	4
109Q3	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338	6	4	5	2	1	3
109Q4	0.9264	0.9354	0.9329	0.9432	0.9556	0.9449	0.9361	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.9166	0.9485	0.9290	0.9511	0.9562	0.9283	0.9343	6	3	4	2	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	<b>0.8682</b>	<b>0.8903</b>	<b>0.8842</b>	0.9036	0.9303	0.9108	<b>0.8903</b>	6	4	5	3	1	2

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)。

2.因應COVID-19疫情影響，109年醫院總額點值採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.因應COVID-19疫情影響，醫院總額110年第2、3季各醫院費用分別以108、109年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值。

檔 號：

保存年限：

## 台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓

承辦人：林佩菽

電話：02-28083300#52

傳真：02-28083304

電子信箱：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月3日

發文字號：院協健字第1110200504號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：敬復全民健保112年醫院部門一般服務地區預算分配建議案，請查照。

說明：

- 一、復 貴會111年8月11日衛部健字第1113360108號書函。
- 二、有關旨揭議案業經本會111年7月21日全民健康保險委員會111年第三次會議研商並獲各層級醫院協會共識決議辦理。
- 三、鑑於衛生福利部暨中央健康保險署擬就具討論空間之醫院總額一般服務地區預算計算公式進行通盤性檢討，擬評估規劃新修正公式，且刻正亦須是否就後疫情時代醫療服務之提供進行檢討，爰，112年醫院部門一般服務地區預算分配建議再續一年（同111年分配參數門診R值51%、住診R值45%）。
- 四、至於醫院總額風險調整移撥款，基於預算來源仍為醫院總額一般服務費用，為考量恆常醫療服務提供仍應優先，爰112年維持110年所設預算金額2億元，做為各分區推動資源平衡及鼓勵建設發展之用。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

## 歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：

- 一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」，及漸進促成「資源分布均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各區調適。(95.5.1 費協會座談會)
- 二、制度應具延續性，若需變動，幅度不要過大，宜漸進調整，以減少衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
- 三、「人口占率」達 100%之 8 年期限，可視需要，事先議定方式延長，且每年變動比率以不超過 15%為宜，以利各區調適及減緩衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
- 四、有關醫院總額部門供給面因素的影響，可考慮於醫院年度總額預算分配中，納入供給面的考量，並配合年度總額的協商與醫療體系的規劃，建立合理的連動機制。對於已發生影響者，可採以逐年攤回方式，公平處理。(95.12.18 衛生署座談會)
- 五、對於地區預算分配公式之檢討修正，請各總額部門針對爭議性議題，先尋求內部共識。有共識之處，原則予以尊重，並循行政程序處理；未獲共識處，再由本署召開會議研處。(95.12.18 衛生署座談會)
- 六、跨區就醫點值採計方式，尊重各總額部門之共識。(95.12.18 衛生署座談會)
- 七、目前已有公式維持不變之共識，至於各項校正指標及其權重是否合理，可進一步討論，例如「SMR」可考量是否作為住院的校正因子較為適宜等。在無共識的情況下，政策不宜驟然大幅變動，以漸進改革為宜。(98.8.6 衛生署座談會)
- 八、地區預算分配以「錢跟著人走」為概念，期保障民眾就醫的公平

性，以漸進方式，並考量各總額部門之特性，增進地區預算分配公式之「人口占率」。有關地區預算之分配，請中央健康保險署與各總額部門共同討論，以進行公式細項之檢討，並於後續總額協商時，協助提供相關資料，以使地區預算合理分配。(103.8.6 衛福部座談會)

九、專家學者多認同「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，而考量醫療供給及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率須否達100%，尚有討論空間。尤其是醫院部門的住院服務，考量跨區住院是合理存在的現況，R值無須達100%。為促使醫療資源合理分布，以分區點值差異作為誘因有其必要性，醫界代表希望分區點值趨近之作法，宜慎重考慮；地區預算分配後，分區自主管理措施才是運作重點。(105.3.4 健保會座談會)

十、專家學者所提下列意見，請健保署協助模擬試算，供未來討論地區預算分配案參考(105.3.4 健保會座談會)：

(一)西醫部門自91年全面實施總額已10餘年，各地區之人口及其利用已有變動，其S值(過去利用參數)仍採總額開辦前1年各地區保險對象實際發生醫療費用，似不符時宜，建議檢視相關資料並進行試算。

(二)Trans(門診市場占有率)分配參數易受外在因素影響，惟若驟然刪除，恐影響太大，初步可研議減少其分配占率。

貳、本會於105年委託國立台灣大學辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，研究結論及政策建議如下：

#### 一、研究結論

(一)經由文獻探討發現，多數國家之地區預算分配均採用「以人口為基礎(population-based)」或稱為「以需求為基礎(Need-based)」之分配方式。各國預算分配機制除反映不同地區民眾對醫療需求的差異，也透過地區預算的分配，降低地區間的醫療資源分配不公平。

- (二)分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。
- (三)有些國家納入未被滿足的醫療需求(例如偏鄉、族裔等調整因子)，以縮小可避免的不平等。
- (四)中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，其變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入 CCS(以疾病診斷處置反映罹病狀態)則可以提高，建議中醫總額部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。

## 二、政策建議

### (一)短期

#### 1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

我國地區預算分配，在健保分區涵蓋人口眾多的特性下，僅以年齡、性別因子進行預算分配之模擬分析，即具有極佳之變異解釋能力，且國際文獻指出，以現在的利用資料進行未來資源的分配，將導致現況下資源配置不公平現象仍將延續；建議各部門總額的 R 值(校正風險後保險對象人數)應持續推進。

#### 2.中醫部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制：

其他國家對跨區就醫均有以事前或事後之預算調整或撥補之機制，我國除中醫外亦有此機制，故實際執行並無困難，考量預算分配之合理性，建議中醫總額部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制。

#### 3.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

#### 4. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

多數國家分配地區預算所引用之資料多為近期，建議 S 值可從總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料(如 n+1 年之 S 值採 n-1 年資料)。

### (二)中期

#### 1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

建議各部門總額可提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標，作為進一步研商地區預算分配公式之參考。

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

許多國家預算分配公式多有納入「社經地位」作為分配之參考因子，台灣長期以來並無標準化的社經特性測量工具，建議可發展本土化、共通性的社經特性測量工具。

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求：

許多國家在分配地區預算時，除反映地區民眾的醫療需求，並進一步縮小不同地區間的健康不平等；但台灣長期欠缺探討不同地區或特性的民眾到底現況下有多少未被滿足的醫療需求(unmet need)，建議可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求，以作為未來規劃醫療資源配置之參考。



檔 號：

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：歐舒欣

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-27069043

電子郵件：A110666@nhl.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月11日

發文字號：健保醫字第1110061578號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：本署將配合貴會協定共識辦理「各總額部門地區預算分配及風險調整基金」，並與總額團體研議執行面及操作細節；另檢送醫院總額110、111年風險調整移撥款執行情形如附件，請查照。

說明：依據貴會111年10月4日表單編號:1111004395請辦事宜辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：

有關本署就醫界團體意見之說明

一、有關各總額部門地區預算分配及風險調整基金，本署援例配合貴會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由本署與該總額團體再行研商。

二、另就協定 110 年及 111 年「風險調整基金」，本署執行情形如下：

年度	協定情形	執行情形																
110 年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，係自一般服務移撥 2 億元，其餘同 108 年如下：</p> <p>(1). 移撥款使用範圍</p> <p>A. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區</p> <p>B. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口</p> <p>(2). 移撥款以分區為單位，用以襄助各區弱勢及偏鄉醫療之精進，無涉點值回補，亦非補助單院使用。</p> <p>(3). 移撥款分配因素及權重</p> <p>A. 山地離島非原住民人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>B. 偏遠地區人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>C. 重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>D. 台閩地區原住民人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>E. 低收入戶人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>F. 6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%。</p>	<p>110 全年結算情形：</p> <table border="1" data-bbox="842 533 1155 920"> <thead> <tr> <th data-bbox="842 533 935 589">分區</th> <th data-bbox="935 533 1155 589">結算金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="842 589 935 645">臺北</td> <td data-bbox="935 589 1155 645">17,347,046</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 645 935 701">北區</td> <td data-bbox="935 645 1155 701">13,596,878</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 701 935 757">中區</td> <td data-bbox="935 701 1155 757">16,695,991</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 757 935 813">南區</td> <td data-bbox="935 757 1155 813">17,566,705</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 813 935 869">高屏</td> <td data-bbox="935 813 1155 869">42,577,353</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 869 935 920">東區</td> <td data-bbox="935 869 1155 920">92,216,027</td> </tr> <tr> <td data-bbox="842 920 935 976">合計</td> <td data-bbox="935 920 1155 976">200,000,000</td> </tr> </tbody> </table>	分區	結算金額	臺北	17,347,046	北區	13,596,878	中區	16,695,991	南區	17,566,705	高屏	42,577,353	東區	92,216,027	合計	200,000,000
分區	結算金額																	
臺北	17,347,046																	
北區	13,596,878																	
中區	16,695,991																	
南區	17,566,705																	
高屏	42,577,353																	
東區	92,216,027																	
合計	200,000,000																	

年度	協定情形	執行情形																																																
	<p>2. 經計算上述分配因素及權重，110年各分區全年分配金額如下：</p> <table border="1" data-bbox="268 349 778 763"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>全年分配金額</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>17,347,046</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>13,596,878</td> <td>7%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>16,695,991</td> <td>8%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>17,566,705</td> <td>9%</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>42,577,353</td> <td>21%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>92,216,027</td> <td>46%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>200,000,000</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	17,347,046	9%	北區	13,596,878	7%	中區	16,695,991	8%	南區	17,566,705	9%	高屏	42,577,353	21%	東區	92,216,027	46%	合計	200,000,000	100%																									
分區	全年分配金額	占率																																																
臺北	17,347,046	9%																																																
北區	13,596,878	7%																																																
中區	16,695,991	8%																																																
南區	17,566,705	9%																																																
高屏	42,577,353	21%																																																
東區	92,216,027	46%																																																
合計	200,000,000	100%																																																
111年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，係自一般服務移撥6億元，用於鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合與規劃，以持續推動區域間平衡發展。</p> <p>2. 分配方式:111年移撥款各區預算採兩項計算方式之合計，2億元維持110年風險調整計算六因素及權重計算分配，4億元以107年至109年地區預算R值S值平均占率計算。</p> <p>3. 111年各分區全年分配金額如下：</p> <table border="1" data-bbox="268 1460 778 1863"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>全年分配金額</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>160,144,932</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>68,728,689</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>88,962,403</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,311,594</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>103,535,670</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,316,712</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>600,000,000</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	160,144,932	27%	北區	68,728,689	11%	中區	88,962,403	15%	南區	75,311,594	13%	高屏	103,535,670	17%	東區	103,316,712	17%	合計	600,000,000	100%	<p>111年第1季結算情形：</p> <p>1. 各分區第1季併入一般服務結算金額如下，合計44,062,294元。</p> <table border="1" data-bbox="842 927 1353 1319"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>結算金額</th> <th>保留金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>-</td> <td>40,036,233</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>17,182,172</td> <td>-</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>11,952,505</td> <td>10,288,096</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>-</td> <td>18,827,899</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>-</td> <td>25,883,918</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>14,927,617</td> <td>10,901,560</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>44,062,294</td> <td>105,937,706</td> </tr> </tbody> </table> <p>2. 本署尊重各分區執行方式；臺北區、南區及高屏保留111年第1季至第3季預算至第4季併結；中區及東區依共管會議決議，保留111年第1季至第3季部分預算至第4季併結，其他分區則按季實施。</p>	分區	結算金額	保留金額	臺北	-	40,036,233	北區	17,182,172	-	中區	11,952,505	10,288,096	南區	-	18,827,899	高屏	-	25,883,918	東區	14,927,617	10,901,560	合計	44,062,294	105,937,706
分區	全年分配金額	占率																																																
臺北	160,144,932	27%																																																
北區	68,728,689	11%																																																
中區	88,962,403	15%																																																
南區	75,311,594	13%																																																
高屏	103,535,670	17%																																																
東區	103,316,712	17%																																																
合計	600,000,000	100%																																																
分區	結算金額	保留金額																																																
臺北	-	40,036,233																																																
北區	17,182,172	-																																																
中區	11,952,505	10,288,096																																																
南區	-	18,827,899																																																
高屏	-	25,883,918																																																
東區	14,927,617	10,901,560																																																
合計	44,062,294	105,937,706																																																

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 112 年度醫療給付費用總額協商程序(略以)，有關各部門總額一般服務地區預算之分配方式：請各總額部門於本(111)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(111.10.6 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫師公會全聯會)業於 111.10.11 函送 112 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 146 頁)。
- 二、112 年度西醫基層醫療給付費用總額，經本會本年第 9 次委員會議(111.9.23)決議，協商結論為：付費者及西醫基層代表委員未能達成共識，其中，對於一般服務成長率(不含門診透析服務)之建議，付費者代表方案為 1.551%，西醫基層代表方案為 4.539%。爰依本會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。
- 三、西醫基層總額一般服務歷年地區預算執行概況：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
  - (二)分配事項：
    - 1.分配參數：「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。
    - 2.風險校正因子：人口風險因子(年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%)，及轉診型態(西醫基層門診市場占有率)。
    - 3.分配方式：依費協會 92.12.26 公告、衛生署(衛福部前身)及

費協會召開相關會議結論，自 90 年度起，原則以 7 年為期，逐步達成預算 100%按風險校正後之各分區保險對象人數分配，惟期程及過渡漸進方式可視實際狀況檢討修訂。

(三)分配參數中，R 值、S 值占率於各年協定情形：

年 項目	90.7~ 91.12	92	93	94	95	96	97	98~ 104	105~ 107	108	109~ 111
R	5%	15%	25%	40%	60%	65%	試辦	65%	66%	67%	68%
S	95%	85%	75%	60%	40%	35%	計畫	35%	34%	33%	32%

註：1.R 值：保險對象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

2.SMR 及 Trans 兩項校正因子則以 4 年(前 5 年~前 2 年)數值加權計算，98 年為 15%、15%、30%、40%；99 年為 40%、40%、5%、15%；100~111 年則各為 25%。

3.微調機制(詳附件二)：

(1)99、101、103~111 年，自一般服務預算提撥部分預算於特定分區或點值落後區。

(2)98~102、104~108 年，依公式計算後，各分區預算成長率若超出或低於一定成長率，則再予微調，使各分區預算不低於下限成長率。

(四)風險調整移撥款及其用途：(詳附件二，第 147~149 頁)

1.109~110 年：各移撥 6 億元，用於保障東區浮動點值每點 1 元，以及撥補點值落後地區。

2.111 年：移撥 6 億元，其中 3 億元撥補臺北區，3 億元撥補點值落後地區(不含臺北區)。

四、醫師公會全聯會函提 112 年度地區預算分配建議方案，該建議係為經該會召開會議之結論，內容摘要如下：

(一)維持 111 年度 R 值占率：考量 COVID-19 疫情仍處於高原期以及諸多不確定因素，建議六分區各季費用應比照 111 年度，採 68%依「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)」，32%依「總額開辦前一年(89 年)各地區保險對象實際發生醫療費用(S 值)」比率分配。

(二)有關「風險調整移撥款」之額度及用途，待該會討論後提供。

(本會補充：考量「風險調整移撥款」為地區預算分配之一部份，分配時需納入一併考量處理，爰已函請該會於 10 月 19 日前補充前揭內容送會，若未提供，為利議案之完整性，將參

考歷年資料提出建議，供本會委員討論。)

五、健保署對醫師公會全聯會所提建議方案之執行面意見，回復略以(詳附件三，第 150~151 頁)：

(一)有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，援例配合本會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由該署與西醫基層總額相關團體再行研商。

(二)110 年及 111 年風險調整移撥款執行結果，詳附件三(第 151 頁)。

六、112 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)分配比率：

1.醫師公會全聯會建議不調整：該會考量 COVID-19 疫情及諸多不確定因素，爰建議維持 111 年 R 值占率 68%、S 值 32%。

2.本會建議：西醫基層總額 R 值占率近 3 年(109~111 年)均未調整，而衛生署(衛福部前身)規劃地區預算時係採「錢跟著人走」之原則，請考量是否宜適度調升 R 值占率，以利達成「保障民眾就醫的公平性」的政策目標。

(二)風險調整移撥款：

1.將視醫師公會全聯會是否於會前補充「風險調整移撥款」之額度及用途，如能及時提出，則請依其建議內容，進行討論；若未及提出，則建議比照 111 年度，提撥 6 億元做為風險調整移撥款。

2.本項所涉執行面及計算(含風險調整移撥款用途與執行方式)等相關細節，則授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之。

七、依 112 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

#### 八、相關參考資料：

- (一)模擬 112 年度依不同「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，及有無提撥「風險調整移撥款」，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-2(第 136~137 頁)。
- (二)提供 110 年地區預算分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-3~6-2，第 138~145 頁)。
- (三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件四，第 152~154 頁。

#### 擬辦：

- 一、確認 112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

#### 決議：

表1-1 112年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試算表  
(未估列風險調整移撥款)

單位：百萬元；%

分區	111年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		68%(同111年度)		69%		70%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	41,756	42,460	1.69%	42,469	1.71%	42,477	1.73%
北區	19,294	19,609	1.63%	19,665	1.92%	19,721	2.21%
中區	23,593	23,924	1.40%	23,919	1.38%	23,914	1.36%
南區	18,299	18,613	1.71%	18,574	1.50%	18,535	1.29%
高屏	20,128	20,505	1.87%	20,493	1.81%	20,480	1.75%
東區	2,603	2,632	1.13%	2,624	0.81%	2,615	0.49%
全區	125,672	127,742	1.65%	127,742	1.65%	127,742	1.65%

分區	111年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		71%		72%		73%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	41,756	42,486	1.75%	42,495	1.77%	42,504	1.79%
北區	19,294	19,777	2.50%	19,832	2.79%	19,888	3.08%
中區	23,593	23,909	1.34%	23,904	1.32%	23,899	1.30%
南區	18,299	18,495	1.07%	18,456	0.86%	18,417	0.64%
高屏	20,128	20,468	1.69%	20,456	1.63%	20,444	1.57%
東區	2,603	2,607	0.16%	2,598	-0.16%	2,590	-0.48%
全區	125,672	127,742	1.65%	127,742	1.65%	127,742	1.65%

註：1. 111年度預算以110年度之結算資料為基礎，依111年度所協定之一般服務成長率1.831%推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值-2.53億元、加回110年違規扣款0.62億元及扣除110年新醫療科技未導入0.39億元。各分區預算推估方式如下：

(1) 各分區預算=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項111年度一般服務預算已扣除106年度品質保證保留款1.052億元及風險調整移撥款6億元。

(2) 依110.6.25委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與111年度品質保證保留款(1.203億元)合併運用(計2.255億元)」。

(3) 未調校風險調整移撥款。

2. 112年度預算以111.9.23第9次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率1.551%」推估之，所採基期之111年一般服務預算已調整人口成長率差值-5.73億元及加回111年違規扣款0.9億元。各分區預算推估方式如下：

(1) 各分區預算(以R值=68%為例)=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項112年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款1.052億元。

(2) 依111.6.24委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與112年度品質保證保留款(1.243億元)合併運用(計2.295億元)」。

3. 本表估算111年度及112年度各分區預算之R值，其人口結構校正因子(投保人口占率×人口指數)因尚無資料，均採健保署110年地區預算分配參數試算，而SMR及Trans二項校正因子則以過去4年數值(111年採106~109年數值、112年採107~110年數值)加權計算，4年數值權重皆為25%。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。



表1-2 112年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試算表  
(估列風險調整移撥款，並以111年額度6億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	111年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		68%(同111年度)		69%		70%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	41,756	42,260	1.21%	42,269	1.23%	42,278	1.25%
北區	19,294	19,517	1.15%	19,573	1.44%	19,628	1.73%
中區	23,593	23,811	0.93%	23,806	0.90%	23,802	0.88%
南區	18,299	18,526	1.24%	18,487	1.02%	18,448	0.81%
高屏	20,128	20,409	1.39%	20,396	1.33%	20,384	1.27%
東區	2,603	2,620	0.65%	2,611	0.33%	2,603	0.01%
全區	125,672	127,142	1.17%	127,142	1.17%	127,142	1.17%

分區	111年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		71%		72%		73%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	41,756	42,287	1.27%	42,295	1.29%	42,304	1.31%
北區	19,294	19,684	2.02%	19,739	2.31%	19,795	2.59%
中區	23,593	23,797	0.86%	23,792	0.84%	23,787	0.82%
南區	18,299	18,408	0.60%	18,369	0.38%	18,330	0.17%
高屏	20,128	20,372	1.21%	20,360	1.15%	20,348	1.09%
東區	2,603	2,595	-0.31%	2,586	-0.63%	2,578	-0.95%
全區	125,672	127,142	1.17%	127,142	1.17%	127,142	1.17%

- 註：1. 111年度預算以110年度之結算資料為基礎，依111年度所協定之一般服務成長率1.831%推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值-2.53億元、加回110年違規扣款0.62億元及扣除110年新醫療科技未導入0.39億元。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區預算=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項111年度一般服務預算已扣除106年度品質保證保留款1.052億元及風險調整移撥款6億元。
  - (2) 依110.6.25委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與111年度品質保證保留款(1.203億元)合併運用(計2.255億元)」。
  - (3) 未調校風險調整移撥款。
2. 112年度預算以111.9.23第9次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率1.551%」推估之，所採基期之111年一般服務預算已調整人口成長率差值-5.73億元及加回111年違規扣款0.9億元。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區預算(以R值=68%為例)=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項112年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款1.052億元及風險調整移撥款6億元。
  - (2) 依111.6.24委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與112年度品質保證保留款(1.243億元)合併運用(計2.295億元)」。
  - (3) 參照111年度分配方式，於進行地區預算分配時，先提撥6億元做為風險調整移撥款(分4季提撥)，並未調校風險調整移撥款。
3. 本表估算111年度及112年度各分區預算之R值，其人口結構校正因子(投保人口占率×人口指數)因尚無資料，均採健保署110年地區預算分配參數試算，而SMR及Trans二項校正因子則以過去4年數值(111年採106~109年數值、112年採107~110年數值)加權計算，4年數值權重皆為25%。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-3 110年度西醫基層總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數		R值校正因子(註) = ((A*B*B占率)+(A*C*C占率))*D			
	R值	S值	保險對象 人數占率(A)	人口風險因素		轉診型態 (Trans)(D)
				年齡性別 指數(B)	標準化死亡 比(SMR)(C)	
<b>參數占率</b>	<b>68%</b>	<b>32%</b>		<b>90%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>
台北	0.33284	0.32772	0.36884	0.99657	0.87983	0.91667
北區	0.16784	0.12381	0.16334	0.95892	0.98415	1.07170
中區	0.18757	0.18988	0.18114	0.98817	1.01656	1.04495
南區	0.13609	0.16659	0.12777	1.04002	1.06748	1.01905
高屏	0.15686	0.16696	0.13916	1.02898	1.11779	1.08453
東區	0.01881	0.02506	0.01975	1.04934	1.29786	0.88317

註：1.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，先校正人口風險因素〔年齡性別指數、SMR(標準化死亡比)〕，再校正轉診型態校正比例〔Trans(門診市場占有率)〕。  
2.各項參數均採4季均值。

表1-4 106~110年西醫基層總額各分區人口年齡性別指數

分區	年	人口年齡性別指數				
		106	107	108	109	110
台北		0.99647	0.99487	0.99592	0.99615	0.99657
北區		0.96601	0.96263	0.96134	0.95968	0.95892
中區		0.98872	0.98800	0.98737	0.98793	0.98817
南區		1.03427	1.03880	1.03906	1.03978	1.04002
高屏		1.02367	1.02777	1.02783	1.02845	1.02898
東區		1.04626	1.05278	1.05220	1.05171	1.04934
全區		1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

資料來源：健保署，西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：各分區人口指數為4季均值。

表2-1 110年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 <sup>註1</sup>	戶籍人口 占率 <sup>註1</sup>	一般服務預算 占率 <sup>註2</sup>	平均每人預算數 <sup>註2</sup>
台北	36.9%	32.1%	33.2%	4,715
北區	16.3%	16.4%	15.4%	4,931
中區	18.1%	19.5%	18.8%	5,445
南區	12.8%	14.1%	14.6%	5,979
高屏	13.9%	15.6%	16.0%	6,028
東區	2.0%	2.3%	2.1%	5,518
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,243

表2-2 110較95年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 <sup>註1</sup>	戶籍人口 成長率 <sup>註1</sup>	一般服務預算 成長率 <sup>註2</sup>	平均每人預算 成長率 <sup>註2</sup>
台北	10.2%	2.3%	60.0%	45.2%
北區	17.5%	14.5%	72.3%	46.6%
中區	4.7%	2.6%	54.2%	47.4%
南區	-2.9%	-3.8%	41.7%	46.0%
高屏	-1.1%	-2.4%	58.7%	60.5%
東區	-10.1%	-8.0%	36.1%	51.5%
全區	6.3%	2.2%	56.9%	47.7%

註：1.資料來源：投保人數(4季季中均值)採西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件，戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-3。

2.一般服務預算不包門診透析、品質保留款及專款項目(合併同點值結算之專款)等，相關資料詳表2-4。

表2-3 95、106~110年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,931	8,668	8,716	8,753	8,769	8,738	806	<b>10.2%</b>
北區	3,292	3,742	3,776	3,803	3,838	3,869	577	<b>17.5%</b>
中區	4,099	4,271	4,289	4,297	4,299	4,291	192	<b>4.7%</b>
南區	3,117	3,092	3,088	3,072	3,057	3,027	-91	<b>-2.9%</b>
高屏	3,333	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	-37	<b>-1.1%</b>
東區	521	483	478	474	472	468	-53	<b>-10.1%</b>
全區	22,294	23,590	23,671	23,720	23,752	23,689	1,395	<b>6.3%</b>

年 分區	戶籍人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,337	7,648	7,642	7,640	7,608	7,502	166	<b>2.3%</b>
北區	3,354	3,735	3,772	3,807	3,834	3,839	485	<b>14.5%</b>
中區	4,438	4,571	4,579	4,582	4,578	4,554	116	<b>2.6%</b>
南區	3,421	3,357	3,346	3,333	3,317	3,290	-131	<b>-3.8%</b>
高屏	3,746	3,711	3,703	3,698	3,685	3,655	-90	<b>-2.4%</b>
東區	581	549	547	543	540	535	-47	<b>-8.0%</b>
全區	22,877	23,571	23,589	23,603	23,561	23,375	499	<b>2.2%</b>

年 分區	投保人口數占率(%)						110較95年增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	35.6%	37.4%	36.8%	36.9%	36.9%	<b>36.9%</b>	1.3%
北區	14.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	<b>16.3%</b>	1.6%
中區	18.4%	18.0%	18.1%	18.1%	18.1%	<b>18.1%</b>	-0.3%
南區	14.0%	12.9%	13.0%	13.0%	12.9%	<b>12.8%</b>	-1.2%
高屏	15.0%	13.8%	14.0%	14.0%	14.0%	<b>13.9%</b>	-1.0%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	<b>2.0%</b>	-0.4%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						110較95年增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	<b>32.1%</b>	0.0%
北區	14.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	<b>16.4%</b>	1.8%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	<b>19.5%</b>	0.1%
南區	15.0%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	<b>14.1%</b>	-0.9%
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	<b>15.6%</b>	-0.7%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	<b>2.3%</b>	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>	—

資料來源：投保人數(4季季中均值)採西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。

表2-4 95、106~110年度西醫基層總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	25,747	35,904	36,974	38,396	39,784	41,196	15,449	<b>60.0%</b>
北區	11,072	16,369	16,872	17,457	18,404	19,079	8,007	<b>72.3%</b>
中區	15,148	20,594	21,106	21,695	22,630	23,365	8,216	<b>54.2%</b>
南區	12,771	16,433	16,751	17,155	17,601	18,098	5,327	<b>41.7%</b>
高屏	12,522	17,416	17,884	18,409	19,238	19,871	7,349	<b>58.7%</b>
東區	1,897	2,460	2,508	2,552	2,523	2,582	685	<b>36.1%</b>
全區	79,158	109,175	112,095	115,665	120,180	124,192	45,034	<b>56.9%</b>

年 分區	平均每人預算數(元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	3,246	4,142	4,242	4,386	4,537	<b>4,715</b>	1,469	<b>45.2%</b>
北區	3,363	4,374	4,468	4,590	4,796	<b>4,931</b>	1,568	<b>46.6%</b>
中區	3,695	4,822	4,921	5,048	5,263	<b>5,445</b>	1,750	<b>47.4%</b>
南區	4,097	5,315	5,425	5,584	5,758	<b>5,979</b>	1,883	<b>46.0%</b>
高屏	3,757	5,225	5,381	5,546	5,800	<b>6,028</b>	2,271	<b>60.5%</b>
東區	3,642	5,091	5,243	5,383	5,347	<b>5,518</b>	1,876	<b>51.5%</b>
全區	3,551	4,628	4,736	4,876	5,060	<b>5,243</b>	1,692	<b>47.7%</b>

年 分區	預算數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	32.5%	32.9%	33.0%	33.2%	33.1%	<b>33.2%</b>	0.6%
北區	14.0%	15.0%	15.1%	15.1%	15.3%	<b>15.4%</b>	1.4%
中區	19.1%	18.9%	18.8%	18.8%	18.8%	<b>18.8%</b>	-0.3%
南區	16.1%	15.1%	14.9%	14.8%	14.6%	<b>14.6%</b>	-1.6%
高屏	15.8%	16.0%	16.0%	15.9%	16.0%	<b>16.0%</b>	0.2%
東區	2.4%	2.3%	2.2%	2.2%	2.1%	<b>2.1%</b>	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	106	107	108	109	110
台北	2.0%	5.1%	3.0%	3.8%	3.6%	3.6%
北區	8.0%	4.8%	3.1%	3.5%	5.4%	3.7%
中區	1.0%	4.5%	2.5%	2.8%	4.3%	3.2%
南區	0.3%	3.3%	1.9%	2.4%	2.6%	2.8%
高屏	-1.4%	3.7%	2.7%	2.9%	4.5%	3.3%
東區	-5.5%	3.4%	2.0%	1.7%	-1.1%	2.4%
全區	1.6%	4.4%	2.7%	3.2%	3.9%	3.3%

資料來源：健保署，預算數摘自西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.本表不含門診透析、品質保留款及其他併同點值結算之專款項目(如「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」及「強化基層照護能力及開放表別項目」)等。

2.平均每人預算數=預算數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

表3 89、106~110年各分區西醫基層醫師分布情形

年 分區	西醫診所醫師數(人)						110較89年 增加值	110較89年 成長率
	89 (開辦前)	106	107	108	109	110		
台北區	3,415	5,087	5,202	5,394	5,539	5,565	2,150	63.0%
台北區	1,252	2,103	2,169	2,196	2,254	2,296	1,044	83.4%
中區	2,037	3,173	3,219	3,269	3,327	3,363	1,326	65.1%
南區	1,517	2,228	2,251	2,255	2,305	2,323	806	53.1%
高屏區	1,774	2,688	2,730	2,795	2,828	2,860	1,086	61.2%
東區	266	324	320	325	324	328	62	23.3%
全區	10,261	15,603	15,891	16,234	16,577	16,735	6,474	63.1%

年 分區	每萬人口西醫診所醫師數						110較89年 增加值	110較89年 成長率
	89 (開辦前)	106	107	108	109	110		
台北區	4.79	6.65	6.81	7.06	7.28	7.42	2.63	54.8%
台北區	4.04	5.63	5.75	5.77	5.88	5.98	1.94	48.1%
中區	4.72	6.94	7.03	7.13	7.27	7.39	2.66	56.3%
南區	4.44	6.64	6.73	6.77	6.95	7.06	2.62	58.9%
高屏區	4.77	7.24	7.37	7.56	7.68	7.82	3.06	64.2%
東區	4.44	5.90	5.85	5.98	6.00	6.13	1.69	38.1%
全區	4.61	6.62	6.74	6.88	7.04	7.16	2.55	55.4%

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：醫師數採每年12月數值；每萬人口醫師數=(醫師數/年底戶籍人數)x10,000。

表4 95、106~110年西醫基層總額各分區門診就醫人數及就醫率

年 分區	門診就醫人數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北區	6,347	6,927	6,974	7,036	6,622	6,275	-72	-1.1%
台北區	3,127	3,613	3,654	3,689	3,501	3,351	224	7.1%
中區	4,007	4,325	4,352	4,370	4,147	3,967	-39	-1.0%
南區	3,076	3,166	3,172	3,176	3,026	2,895	-181	-5.9%
高屏區	3,283	3,423	3,428	3,438	3,258	3,122	-161	-4.9%
東區	483	487	486	488	468	430	-54	-11.1%
全區	18,665	20,126	20,239	20,342	19,442	18,727	62	0.3%

年 分區	門診就醫率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北區	<b>80.0%</b>	<b>79.9%</b>	<b>80.0%</b>	<b>80.4%</b>	<b>75.5%</b>	<b>71.8%</b>	-8.2%
台北區	95.0%	96.5%	96.8%	97.0%	91.2%	86.6%	-8.4%
中區	97.7%	101.3%	101.5%	101.7%	96.5%	92.5%	-5.3%
南區	<b>98.7%</b>	102.4%	102.7%	103.4%	99.0%	<b>95.7%</b>	-3.0%
高屏區	98.5%	<b>102.7%</b>	<b>103.1%</b>	<b>103.6%</b>	98.2%	94.7%	-3.8%
東區	92.8%	100.8%	101.5%	102.9%	<b>99.2%</b>	91.8%	-1.0%
全區	83.7%	85.3%	85.3%	85.8%	81.9%	79.1%	-4.7%
差值	18.7%	22.8%	23.1%	23.2%	23.7%	23.8%	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，投保人數(4季季中均值)採西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表5 95、106~110年西醫基層總額各分區門診就醫次數、費用點數

年 分區	門診件數(千件)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	49,747	54,864	56,164	57,797	50,482	44,424	-5,323	-10.7%
北區	23,367	26,690	27,508	28,196	24,751	22,021	-1,347	-5.8%
中區	35,787	36,523	37,429	38,156	33,512	30,046	-5,742	-16.0%
南區	28,412	27,993	28,375	28,635	25,705	23,284	-5,127	-18.0%
高屏	30,171	31,232	31,805	32,441	29,153	26,736	-3,435	-11.4%
東區	4,066	3,698	3,670	3,709	3,350	2,953	-1,112	-27.4%
全區	171,550	181,000	184,953	188,934	166,953	149,464	-22,086	-12.9%

年 分區	平均每人門診就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	<b>6.27</b>	<b>6.33</b>	<b>6.44</b>	<b>6.60</b>	<b>5.76</b>	<b>5.08</b>	-1.19	-18.9%
北區	7.10	7.13	7.28	7.41	6.45	5.69	-1.41	-19.8%
中區	8.73	8.55	8.73	8.88	7.79	7.00	-1.73	-19.8%
南區	<b>9.11</b>	9.05	9.19	9.32	8.41	7.69	-1.42	-15.6%
高屏	9.05	<b>9.37</b>	<b>9.57</b>	<b>9.77</b>	<b>8.79</b>	<b>8.11</b>	-0.94	-10.4%
東區	7.81	7.66	7.67	7.82	7.10	6.31	-1.50	-19.2%
全區	7.69	7.67	7.81	7.97	7.03	6.31	-1.39	-18.0%
倍數	1.45	1.48	1.49	1.48	1.53	1.60	—	—

年 分區	門診費用點數(百萬點)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	25,155	34,139	35,213	36,898	35,390	34,643	9,487	37.7%
北區	11,920	17,031	17,782	18,613	18,037	17,878	5,957	50.0%
中區	18,035	23,155	24,126	24,969	24,106	23,938	5,903	32.7%
南區	13,859	17,251	17,718	18,320	17,865	17,753	3,894	28.1%
高屏	14,813	19,383	19,953	20,790	20,365	20,516	5,703	38.5%
東區	2,100	2,532	2,548	2,612	2,562	2,509	408	19.4%
全區	85,883	113,491	117,339	122,202	118,325	117,236	31,353	36.5%

年 分區	平均每人門診費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	<b>3,172</b>	<b>3,938</b>	<b>4,040</b>	<b>4,215</b>	<b>4,036</b>	<b>3,965</b>	793	25.0%
北區	3,621	4,551	4,709	4,894	4,700	4,620	1,000	27.6%
中區	4,399	5,421	5,625	5,810	5,607	5,579	1,179	26.8%
南區	<b>4,446</b>	5,580	5,738	5,963	5,844	5,865	1,419	31.9%
高屏	4,444	<b>5,815</b>	<b>6,004</b>	<b>6,264</b>	<b>6,140</b>	<b>6,224</b>	1,780	40.0%
東區	4,033	5,240	5,327	5,511	5,429	5,361	1,328	32.9%
全區	3,852	4,811	4,957	5,152	4,982	4,949	1,097	28.5%
倍數	1.40	1.48	1.49	1.49	1.52	1.57	—	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，投保人數(4季季中均值)採西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.平均每人就醫次數及費用點數，分母採4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

2.件數不含門診透析、慢性病連續處方調劑案件、補報部分醫令或醫令差額、排檢及交付機構(包括特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所及物理治療所)申報件數；費用點數不含門診透析服務點數。

3.倍數=分區中最高者/分區中最低值。

表6-1 103~110年西醫基層總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	浮動點值							點值排序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	<b>0.8083</b>	<b>0.8766</b>	<b>0.8488</b>	<b>0.8731</b>	0.9044	0.9860	<b>0.8592</b>	6	3	5	4	2	1
103Q2	<b>0.8465</b>	0.9066	<b>0.8599</b>	0.9050	0.9213	1.0113	<b>0.8788</b>	6	3	5	4	2	1
103Q3	<b>0.8678</b>	0.9555	<b>0.8858</b>	0.9273	0.9588	1.0148	0.9061	6	3	5	4	2	1
103Q4	<b>0.8823</b>	0.9559	<b>0.8809</b>	0.9346	0.9561	1.0242	0.9138	5	3	6	4	2	1
104Q1	<b>0.8750</b>	0.9445	0.9020	0.9341	0.9420	1.0134	0.9130	6	2	5	4	3	1
104Q2	<b>0.8689</b>	0.9405	<b>0.8910</b>	0.9666	0.9607	1.0506	0.9153	6	4	5	2	3	1
104Q3	0.9206	0.9780	<b>0.8971</b>	0.9626	0.9834	1.0554	0.9385	5	3	6	4	2	1
104Q4	0.9050	0.9558	<b>0.8851</b>	0.9496	0.9628	1.0184	0.9290	5	3	6	4	2	1
105Q1	<b>0.8531</b>	0.9129	<b>0.8932</b>	0.9464	0.9419	1.0327	0.9050	6	4	5	2	3	1
105Q2	0.9084	0.9677	0.9148	0.9844	0.9686	1.0756	0.9354	6	4	5	2	3	1
105Q3	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519	6	4	5	3	2	1
105Q4	<b>0.8933</b>	0.9424	0.9049	0.9475	0.9641	1.0125	0.9283	6	4	5	3	2	1
106Q1	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709	6	2	4	3	5	1
106Q2	<b>0.8792</b>	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413	6	3	5	2	4	1
106Q3	<b>0.8984</b>	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223	6	4	5	2	3	1
106Q4	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565	6	3	5	2	4	1
107Q1	<b>0.8745</b>	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206	6	3	4	2	5	1
107Q2	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606	6	4	5	2	3	1
107Q3	<b>0.8900</b>	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408	6	4	5	2	3	1
107Q4	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427	6	4	5	2	3	1
108Q1	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544	6	3	4	2	4	1
108Q2	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9761	1.1439	0.9741	6	3	4	2	4	1
108Q3	<b>0.8971</b>	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340	6	3	5	2	4	1
108Q4	<b>0.8957</b>	0.9399	0.9399	0.9869	0.9511	1.0740	0.9344	6	4	5	2	3	1
109 Q1~Q4 <sup>註</sup>	1.0558	1.1015	1.0677	1.0859	1.0623	1.1308	1.0503	6	2	4	3	5	1
110Q1	0.9606	1.0818	1.0821	1.0959	1.0709	1.1429	1.0466	6	4	3	2	5	1
110Q2	1.1875	1.1985	1.1481	1.1625	1.1047	1.2221	1.1439	3	2	5	4	6	1
110Q3	1.0752	1.1606	1.1279	1.1279	1.0991	1.1883	1.1211	6	2	3	4	5	1
110Q4	1.1314	1.1343	1.1085	1.1331	1.0944	1.2126	1.1205	4	2	5	3	6	1

資料來源：健保署西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：因應COVID-19疫情影響，109年西醫基層總額採全年結算。



表6-2 103~110年西醫基層總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	平均點值							點值排序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	<b>0.8740</b>	0.9143	<b>0.8964</b>	0.9136	0.9333	0.9810	0.9018	6	3	5	4	2	1
103Q2	<b>0.8918</b>	0.9276	0.9014	0.9301	0.9419	0.9921	0.9147	6	4	5	3	2	1
103Q3	0.9062	0.9578	0.9189	0.9451	0.9666	0.9958	0.9335	6	3	5	4	2	1
103Q4	0.9191	0.9622	0.9179	0.9521	0.9667	1.0035	0.9395	5	3	6	4	2	1
104Q1	0.9117	0.9624	0.9304	0.9546	0.9611	1.0096	0.9391	6	2	5	4	3	1
104Q2	0.9056	0.9579	0.9231	0.9737	0.9714	1.0292	0.9397	6	4	5	2	3	1
104Q3	0.9353	0.9791	0.9269	0.9742	0.9871	1.0353	0.9563	5	3	6	4	2	1
104Q4	0.9334	0.9716	0.9199	0.9661	0.9755	1.0157	0.9498	5	3	6	4	2	1
105Q1	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335	6	4	5	2	3	1
105Q2	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539	6	4	5	2	3	1
105Q3	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491	6	4	5	3	2	1
106Q1	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795	6	2	4	3	5	1
106Q2	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577	6	3	5	2	4	1
106Q3	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438	6	4	5	2	3	1
106Q4	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688	6	4	5	2	3	1
107Q1	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435	6	3	5	2	4	1
107Q2	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571	6	4	5	2	3	1
107Q4	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587	6	4	5	2	3	1
108Q1	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675	6	3	5	2	4	1
108Q2	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813	6	3	5	2	4	1
108Q3	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523	6	3	5	2	4	1
108Q4	0.9230	0.9579	0.9562	0.9878	0.9642	1.0464	0.9527	6	4	5	2	3	1
109 Q1~Q4 <sup>註</sup>	1.0183	1.0480	1.0402	1.0507	1.0361	1.0786	1.0357	6	3	4	2	5	1
110Q1	0.9844	1.0605	1.0570	1.0657	1.0484	1.0922	1.0329	6	3	4	2	5	1
110Q2	1.1024	1.1213	1.0995	1.1069	1.0698	1.1355	1.1008	4	2	5	3	6	1
110Q3	1.0690	1.1162	1.0899	1.0917	1.0683	1.1249	1.0843	5	2	4	3	6	1
110Q4	1.0860	1.0972	1.0768	1.0912	1.0651	1.1340	1.0843	4	2	5	3	6	1

資料來源：健保署西醫基層總額(不含門診透析)各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：因應COVID-19疫情影響，109年西醫基層總額採全年結算。

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號  
9樓  
承辦人：吳韻婕  
電話：(02)27527286-154  
傳真：(02)2771-8392  
Email：yulia@.tma.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月11日  
發文字號：全醫聯字第1110001952號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：有關「112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」，如說明段，請 查照。

說明：

- 一、復 貴會111年8月11日衛部健字第1113360108號書函。
- 二、依本會111年10月5日112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配第1次會議結論辦理。
- 三、考量COVID-19疫情仍處於高原期以及諸多不確定因素，本會維持六分區各季費用比照111年度，採68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例（R值）」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率（S值）」比率分配。
- 四、有關「風險調整移撥款」之額度及用途，待本會討論後提供。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電 2022/10/11  
交 16:26:11  
換 文 章

理事長 周慶明



## 歷年地區預算執行概況

### 一、第一期(90.7~91.12)至 96 年：

依行政院衛生署(現改制為衛生福利部)交議、費協會第 38、42 與 81 次委員會議決議等之相關事項辦理：

(一)分配參數：「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。

(二)風險校正因子：人口風險(年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%)、轉診型態(西醫基層門診市場占有率)。

(三)分配方式：

1.以 7 年為期，逐步達成預算 100%按校正風險後之各區保險對象人數分配。

2.R 值分別為 5%、15%、25%、40%、60%、65%。

### 二、97 年：

依中華民國醫師公會全聯會建議及費協會第 134 次委員會議決議之相關事項辦理：

(一)先撥 1.5 億予中區。

(二)其餘相關預算，以各地區 94 至 96 年之三年平均總額預算數之占率分配，且各地區預算成長率與 96 年預算數相較，皆不得低於 2.5%。

(三)前述分配方式所涉執行面部分，請中央健康保險局會同西醫基層團體議定之。

(四)須配合原則：

1.上開分配方式為特例，僅用於 97 年度，往後須回歸衛生署規劃分配方式辦理。

2.行政院衛生署來年所修訂地區預算分配方式，西醫基層團體當遵照辦理，不得有異議。

### 三、98~111 年：

回歸行政院衛生署(現改制為衛生福利部)規劃方式辦理：

(一)分配參數：「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。

(二)風險校正因子：人口風險(年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%)、轉診型態(西醫基層門診市場占有率)。

(三)98~104 年 R/S 比值為 65/35，105~107 年 R/S 比值為 66/34，108 年 R/S 比值為 67/33，109 年 R/S 比值為 68/32，保險對

象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

(四)人口風險因子(SMR)及轉診型態比例(Trans)之計算公式，以4年(前5年~前2年)數值加權計算：

1.98年採93~96年數值加權計算，4年權重分別為15%、15%、30%、40%。

2.99年採94~97年數值加權計算，4年權重分別為40%、40%、5%、15%。

3.100~110年所採之4年權重各為25%。

(五)微調機制：

1.98及99年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率 $\pm 10\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；99年並另從一般服務預算中提撥6,000萬元予北區。

2.100及101年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率 $\pm 22\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；101年並另從一般服務預算中分別提撥1.5億元予北區及6,000萬元予中區。

3.102年計得之各區預算成長率，若低於全國平均成長率之17%，則再予微調，直至各區預算成長率皆不低於下限為止。

4.103年方式，全年提撥1,000萬元予東區及4億元作為風險基金(補浮動點值 $< 0.9$ 之分區)。

5.104年方式，全年提撥5,500萬元予東區，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之15%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

6.105年方式，全年提撥3.5億元予台北區；1.5億元予中區；7,500萬元予東區，及五分區成長率不得低於3.26%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

7.106年方式，全年提撥4億元予台北區；2億元予中區；8,000萬元予東區，及五分區成長率不得低於3.37%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

8.107年方式，全年提撥3億元予台北區；4,800萬元予東區；1億元撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於1.96%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，

依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

- 9.108 年方式，全年提撥 5 億元作為風險調整基金(六分區提列 4.85 億元，北區另再提列 0.15 億元)，用於撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 2.176%，東區成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 10.109 年方式，全年提撥 6 億元作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
- 11.110 年方式，全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
- 12.111 年方式，全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，其中 3 億元撥補臺北區，3 億元撥補點值落後地區(不含臺北區)。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：歐舒欣  
聯絡電話：02-27065866 分機：2614  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月18日

發文字號：健保醫字第1110061904號

速別：最速件

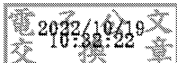
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001\_1110061904\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：本署將配合貴會協定共識辦理「各總額部門地區預算分配及風險調整基金」，並與總額團體研議執行面及操作細節；另檢送西醫基層總額110、111年風險調整移撥款執行情形如附件，請查照。

說明：依據貴會111年10月13日表單編號:1111012190請辦事宜辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



健保署對醫師公會全聯會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果：

一、有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，本署爰例配合貴會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由本署與該總額團體再行研商。

二、另就協定 110 年及 111 年風險調整移撥款，本署執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形
110	<p>1.風險調整移撥款 6 億元，依 110 年四季預算占率提列，用於保障東區浮動點值至每點 1 元，及撥補點值落後地區(點值排序第 4~6 名且點值小於每點 1 元者)。</p> <p>2.點值落後地區撥補比率：</p> <p>(1)點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。</p> <p>(2)點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。</p> <p>(3)點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持上開撥補比率。</p>	<p>110 年全年結算後，僅第 1 季臺北區為點值落後區，撥補 89 百萬元，剩餘款則依移撥後預算占率回歸六分區，納入一般服務結算辦理。</p>
111	<p>1.風險調整移撥款 6 億元，提撥 3 億元撥補臺北區，3 億元撥補點值落後地區(指臺北區以外五分區點值低於「五分區浮動點值」且不超過每點 1 元之地區)，各季提列比率依 111 年西醫基層總額四季預算占率計算。</p> <p>2.點值落後地區撥補比率：</p> <p>(1)撥補點值落後分區點值最高補至與爰點值排序第一名之分區點值，且點值不超過每點 1 元為止。</p> <p>(2)撥補後剩餘款依 5 分區移撥後預算占率於當季攤分回 5 分區。</p>	<p>111 年第 1 季結算，撥補臺北區 75 百萬元(依 111 年四季預算占率提列)，另撥補點值落後地區之預算 75 百萬元，因當季無點值落後地區，爰依 5 分區移撥後預算占率回歸 5 分區，納入一般服務結算辦理。</p>

## 歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：

- 一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」及漸進促成「資源分配均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各區調適。(95.5.1 費協會座談會)
- 二、標準化死亡比(SMR)做為資源耗用之校正因子，可進一步驗證其合理性，但在無共識情況下，政策不宜驟然大幅變動，以漸進改革為宜。(95.11.3 衛生署座談會)
- 三、轉診型態因子(Trans)之權重及計算，可就過去經驗值評估檢討，避免「可操作」、「逆向」(衝量)之經濟誘因，或可考慮改採以人數或其他因素處理。(95.12.18 衛生署座談會)
- 四、跨區就醫的點值採計方式，尊重各總額部門之共識。(95.12.18 座衛生署談會)
- 五、如考慮變動「Trans」值，需和醫院部門取得共識；至於「SMR」值要用「CMI 值」或「重大傷病」等其他因素取代亦可列入考量，但不建議直接將「SMR」因素刪除，請醫師公會全聯會再研議。若有相關公式細項需調整，則請中央健康保險局(現改制為中央健康保險署，下稱健保署)作為平台，於 99 年總額在費協會(現改制為健保會)協商前，先與該部門取得共識，以提升費協會協商效率。(98.8.6 衛生署座談會)
- 六、有關「R」值之分配比例，以任一區之預算成長率不為負成長，作為地區預算分配之通則，「S」值以不大幅修正為原則。(98.8.6 衛生署座談會)
- 七、地區預算分配以「錢跟著人走」為概念，期保障民眾就醫的公平性，以漸進方式，並考量各總額部門之特性，增進地區預算分配公式之「人口占率」。有關地區預算之分配，請健保署與各



總額部門共同討論，以進行公式細項之檢討，並於後續總額協商時，協助提供相關資料，以使地區預算合理分配。(103.8.6 衛福部座談會)

八、專家學者多認同「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，而考量醫療供給及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率須否達 100%，尚有討論空間。(105.3.4 健保會座談會)

九、專家學者所提下列意見，請健保署協助模擬試算，供未來討論地區預算分配案參考(105.3.4 健保會座談會)：

(一)西醫部門自 91 年全面實施總額已 10 餘年，各地區之人口及其利用已有變動，其 S 值(過去利用參數)仍採總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，似不符時宜，建議檢視相關資料並進行試算。

(二)Trans(門診市場占有率)分配參數易受外在因素影響，惟若驟然刪除，恐影響太大，初步可研議減少其分配占率。

貳、本會於 105 年委託國立台灣大學辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，研究結論及政策建議如下：

### 一、研究結論

(一)經由文獻探討發現，多數國家之地區預算分配均採用「以人口為基礎(population-based)」或稱為「以需求為基礎(Need-based)」之分配方式。各國預算分配機制除反映不同地區民眾對醫療需求的差異，也透過地區預算的分配，降低地區間的醫療資源分配不公平。

(二)分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。

(三)有些國家納入未被滿足的醫療需求(例如偏鄉、族裔等調整因子)，以縮小可避免的不平等。

### 二、政策建議

(一)短期

1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

我國地區預算分配，在健保分區涵蓋人口眾多的特性下，僅以年齡、性別因子進行預算分配之模擬分析，即具有極佳之變異解釋能力，且國際文獻指出，以現在的利用資料進行未來資源的分配，將導致現況下資源配置不公平現象仍將延續；建議各部門總額的 R 值(校正風險後保險對象人數)應持續推進。

2.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

3. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

多數國家分配地區預算所引用之資料多為近期，建議 S 值可從總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料(如 n+1 年之 S 值採 n-1 年資料)。

## (二)中期

1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

建議各部門總額可提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標，作為進一步研商地區預算分配公式之參考。

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

許多國家預算分配公式多有納入「社經地位」作為分配之參考因子，台灣長期以來並無標準化的社經特性測量工具，建議可發展本土化、共通性的社經特性測量工具。

## (三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求：

許多國家在分配地區預算時，除反映地區民眾的醫療需求，並進一步縮小不同地區間的健康不平等；但台灣長期欠缺探討不同地區或特性的民眾到底現況下有多少未被滿足的醫療需求(unmet need)，建議可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求，以作為未來規劃醫療資源配置之參考。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 112 年度醫療給付費用總額協商程序(略以)，有關各部門總額一般服務地區預算之分配方式：請各總額部門於本(111)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(111.10.6 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 111.10.17 函送 112 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 171~182 頁)。
- 二、112 年度中醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 9 次委員會議(111.9.23)決議，付費者代表與中醫代表委員達成共識方案，112 年度中醫門診總額一般服務成長率為 4.072%。
- 三、中醫門診總額一般服務歷年地區預算執行概況(詳附件二，第 183~185 頁)：
  - (一)第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(衛福部前身)交付方案，分六區以「各地區校正人口風險後保險對象人數」占率(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」占率(S 值)兩項參數協定後之比率分配地區預算。各年 R 值比率：89.7~90 為 5%；91 年為 15%；92 年為 20%；93 及 94 年為 30%。
  - (二)95 年至 98 年，採事後結算方式的試辦計畫，分配參數未含人口因素。
  - (三)99 年至 111 年，採修正後以事前分配預算的試辦計畫，分配參數含人口因素，且以「戶籍人口數」為依據：
    - 1.地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

## 2.分配方式：

(1)東區預算占率 2.22%，其他五分區預算占率 97.78%。

(2)五分區預算分配參數及其占率，如下表：

年度 分配參數(參數意涵)		各參數占率(%)								
		99~ 101	102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111
參數一	95年第4季至98年第3季加總之各分區各季實際收入預算占率 (反映各分區過去醫療利用狀況)	80	78	74	73	72	69	67	67	<b>66</b>
參數二	各分區去年同期戶籍人口數占率 (反映各分區民眾就醫需求)	5	6	6	7	8	11	13	13	<b>14</b>
參數三	各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率 (反映各分區民眾就醫情形)	5	5	9	9	9	9	9	10	10
參數四	各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率 (反映各分區就醫人數、費用點數成長的合理狀況)	5	5	5	5	5	5	5	4	4
參數五	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率 (反映各分區醫師分布狀況)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
參數六	偏鄉人口預算分配調升機制 (1.符合「偏鄉」定義之中醫院所，依該分區前1季浮動點值補至最高每點1元。2.若有剩餘款，則按指標1分配予各分區)	-	1	1	1	1	1	1	1	1

(四)查本會 104.11.20 委員會議討論 105 年中醫門診總額地區預算分配之決議：「為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源

均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10%為目標」，近年戶籍人口數占率及風險調整移撥款之協定情形如下表：

- 1.戶籍人口數占率(分配參數二)：自 105 年至 111 年，7 年間戶籍人口數占率計調升 7%，111 年度為 14%。
- 2.風險調整移撥款：查 106 年至 110 年，中醫自五分區(不含東區)一般服務費用移撥部分經費，用於撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構之點值。111 年不移撥風險調整移撥款。

年	99	102								
項目	~	~	104	105	106	107	108	109	110	111
	101	103								
戶籍人口數占率	5%	6%	7%	8% (+1%)	11% (+3%)	11% (+0%)	13% (+2%)	13% (+0%)	13% (+0%)	14% (+1%)
風險調整移撥款(萬元)	-	-	-	-	4,000	3,600	3,200	4,200	3,500	-

四、中全會函提 112 年地區預算分配建議方案，係依據該會於本年 10 月 16 日召開內部相關會議之決議事項辦理，建議方案詳附件一，第 171~182 頁。

五、健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果，詳附件四(資料後附)。

六、112 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)分配方式：

1.中全會建議不調整：維持 111 年分配方式。

(1)一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

(2)其他五分區預算，依下列參數占率分配：

①各分區實際收入預算占率(參數一)：66%。

②各分區戶籍人口數占率(參數二)：14%。

③各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)：10%。

④各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差(參數四)：4%。

⑤各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率(參數五)：5%。

⑥偏鄉人口預算分配調升機制(參數六)：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

(3)不另行編列「風險調整移撥款」。

2.本會建議：本會 104.11.20 委員會議決議(略以)：「自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10%為目標」，自 105 年至 111 年戶籍人口數占率計調升 7%(111 年調升 1%)，請考量 112 年是否調升戶籍人口數占率。

(二)風險調整移撥款：中全會建議同 111 年不設風險調整移撥款，惟 106~110 年均有移撥部分經費撥補中醫資源較不足鄉鎮市區之中醫院所點值(東區除外)，請考量 112 年是否須提撥此筆移撥款。

七、依 112 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，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，請健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一)模擬 112 年度依「各分區去年同期戶籍人口數占比 14~19%」之各分區預算估計值，如表 1-1(第 160 頁)。

(二)提供 110 年地區預算分配參數、歷年各分區投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、中醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-2~8-2，第 161~170 頁)。

(三)歷年地區預算分配相關會議結論及本會委託研究建議，如附件三，第 186~187 頁。

擬辦：

- 一、確認 112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。

決議：

## 112年度中醫門診總額一般服務地區預算模擬試算表

表1-1 調整參數2

單位：百萬元；%

分區	111年度 預算 <sup>(註1、3)</sup>	分配參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率 <sup>(註2、3)</sup>					
		14%(同111年) (中全會建議方案)		15%		16%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	8,378	<b>8,684</b>	<b>3.655%</b>	8,695	3.782%	8,705	3.910%
北區	3,593	<b>3,724</b>	<b>3.655%</b>	3,737	4.015%	3,750	4.376%
中區	7,242	<b>7,507</b>	<b>3.655%</b>	7,486	3.365%	7,465	3.075%
南區	4,074	<b>4,223</b>	<b>3.655%</b>	4,222	3.632%	4,221	3.609%
高屏	4,580	<b>4,748</b>	<b>3.655%</b>	4,746	3.617%	4,744	3.579%
東區	633	<b>656</b>	<b>3.655%</b>	656	3.655%	656	3.655%
全區	28,500	<b>29,542</b>	<b>3.655%</b>	29,542	3.655%	29,542	3.655%

分區	111年度 預算 <sup>(註1、3)</sup>	分配參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率 <sup>(註2、3)</sup>					
		17%		18%		19%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	8,378	8,716	4.037%	8,727	4.165%	8,737	4.293%
北區	3,593	3,763	4.737%	3,776	5.098%	3,789	5.458%
中區	7,242	7,444	2.785%	7,423	2.496%	7,402	2.206%
南區	4,074	4,221	3.586%	4,220	3.563%	4,219	3.540%
高屏	4,580	4,743	3.541%	4,741	3.503%	4,739	3.465%
東區	633	656	3.655%	656	3.655%	656	3.655%
全區	28,500	29,542	3.655%	29,542	3.655%	29,542	3.655%

註：1.111年一般服務預算：

(1)以110年結算資料為基礎，於校正投保人口成長率差值(-56.0百萬元)及加回110年度違規扣款24.0百萬元，依110年協定成長率4.176%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。

(2)111年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%(111年無風險調整移撥款)

依下列參數分配：

①參數1：95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率：66%。

②參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率：14%。

③參數3：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

④參數4：「各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」指標加權校正後之占率：4%。

⑤參數5：「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率(當年前1季)：5%。

⑥參數6：偏鄉人口預算分配調升機制(補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數1」分配予各區)：1%。本表依110年實際執行情形估算，其中5.71%預算用於補偏鄉點值，剩餘94.29%預算按「參數1」分配。

2.112年一般服務預算：

(1)以111年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(-129.3百萬元)及加回111年度違規扣款14.1百萬元，依112年協定成長率4.072%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%依上開參數分配。(依中全會建議，未有風險調整移撥款)

(2)預算模擬方式：參數2每增加1%，則參數1相對調降1%。

3.本表估算111年度及112年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署110年地區預算分配參數試算，各分區最終之實際結算，仍以健保署結算資料為準。



表1-2 110年度中醫門診總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數					
	參數1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率	參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率	參數3：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	參數4：各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差	參數5：當前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率	參數6：偏鄉人口預算分配調升機制
<b>參數占率</b>	<b>67%</b>	<b>13%</b>	<b>10%</b>	<b>4%</b>	<b>5%</b>	<b>1%</b>
台北	29.375%	33.089%	30.714%	29.553%	29.509%	30.398%
北區	12.096%	16.586%	13.710%	12.168%	12.193%	11.549%
中區	27.138%	19.874%	25.863%	27.301%	26.939%	26.961%
南區	14.761%	14.429%	14.014%	14.669%	14.752%	14.095%
高屏	16.630%	16.023%	15.699%	16.309%	16.607%	16.997%

註：1.110年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%扣除風險調整移撥款後依參數1~參數6分配。

2.參數6「偏鄉人口預算分配調升機制」係用於補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數1」分配予各區，

本項參數占率依110年實際執行情形估算，其中5.71%預算用於補偏鄉點值，剩餘94.29%預算按「參數1」分配。

3.各項參數均採4季均值。

表2-1 110年投保人口數、戶籍人口數、中醫門診總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口數 占率 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口數 占率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 占率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算 數 <sup>(註2)</sup>
台北	36.9%	32.1%	29.4%	1,071
北區	16.3%	16.4%	12.6%	899
中區	18.1%	19.5%	25.4%	1,529
南區	12.8%	14.1%	14.3%	1,188
高屏	13.9%	15.6%	16.1%	1,201
東區	2.0%	2.3%	2.2%	1,136
全區	100%	100%	100%	1,170

表2-2 110年較95年投保人口、戶籍人口、中醫門診總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口數 成長率 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口數 成長率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 成長率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算 成長率 <sup>(註2)</sup>
台北	10.2%	2.3%	59.4%	55.9%
北區	17.5%	14.5%	69.3%	47.9%
中區	4.7%	2.6%	46.6%	42.9%
南區	-2.9%	-3.8%	55.4%	61.6%
高屏	-1.1%	-2.4%	54.5%	58.3%
東區	-10.1%	-8.0%	55.7%	69.3%
全區	6.3%	2.2%	55.6%	52.3%

表2-3 106~110年各分區人口老化指數

分區 \ 年	106	107	108	109	110
台北	110.9	119.4	128.0	137.3	147.1
北區	76.7	81.0	86.0	91.6	97.5
中區	93.6	99.4	106.0	113.1	121.0
南區	130.3	137.9	145.5	154.3	163.8
高屏	123.6	132.1	140.3	149.6	159.2
東區	127.3	134.5	141.8	150.6	159.8
全區	105.7	112.6	119.8	127.8	136.3

- 註：1.資料來源：投保人口數(4季季中平均)：採中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件、戶籍人口數(年底)：內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-4。  
 2.一般服務預算不含品質保證保留款及專款項目並扣除醫療資源不足地區之論量計酬結算金額、扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用，相關資料詳表2-5。  
 3.老化指數是以65歲以上老年戶籍人口數除以14歲以下幼年戶籍人口數。

表2-4 95、106~110年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,931	8,668	8,716	8,753	8,769	8,738	806	<b>10.2%</b>
北區	3,292	3,742	3,776	3,803	3,838	3,869	577	<b>17.5%</b>
中區	4,099	4,271	4,289	4,297	4,299	4,291	192	<b>4.7%</b>
南區	3,117	3,092	3,088	3,072	3,057	3,027	-91	<b>-2.9%</b>
高屏	3,333	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	-37	<b>-1.1%</b>
東區	521	483	478	474	472	468	-53	<b>-10.1%</b>
全區	22,294	23,590	23,671	23,720	23,752	23,689	1,395	<b>6.3%</b>

年 分區	戶籍人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,337	7,648	7,642	7,640	7,608	7,502	166	<b>2.3%</b>
北區	3,354	3,735	3,772	3,807	3,834	3,839	485	<b>14.5%</b>
中區	4,438	4,571	4,579	4,582	4,578	4,554	116	<b>2.6%</b>
南區	3,421	3,357	3,346	3,333	3,317	3,290	-131	<b>-3.8%</b>
高屏	3,746	3,711	3,703	3,698	3,685	3,655	-90	<b>-2.4%</b>
東區	581	549	547	543	540	535	-47	<b>-8.0%</b>
全區	22,877	23,571	23,589	23,603	23,561	23,375	499	<b>2.2%</b>

年 分區	投保人口數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	35.6%	36.7%	36.8%	36.9%	36.9%	<b>36.9%</b>	1.3%
北區	14.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	<b>16.3%</b>	1.6%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	<b>18.1%</b>	-0.3%
南區	14.0%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	<b>12.8%</b>	-1.2%
高屏	15.0%	14.1%	14.0%	14.0%	14.0%	<b>13.9%</b>	-1.0%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	<b>2.0%</b>	-0.4%
全區	100%	100%	100.0%	100%	100%	<b>100%</b>	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	<b>32.1%</b>	0.0%
北區	14.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	<b>16.4%</b>	1.8%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	<b>19.5%</b>	0.1%
南區	15.0%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	<b>14.1%</b>	-0.9%
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	<b>15.6%</b>	-0.7%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	<b>2.3%</b>	-0.3%
全區	100%	100%	100.0%	100%	100%	<b>100%</b>	—

表2-5 95、106~110年中醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	5,043	6,810	7,053	7,305	7,676	8,039	2,996	<b>59.4%</b>
北區	2,038	2,887	3,003	3,119	3,291	3,450	1,412	<b>69.3%</b>
中區	4,748	6,016	6,176	6,389	6,655	6,963	2,215	<b>46.6%</b>
南區	2,516	3,350	3,453	3,575	3,737	3,909	1,393	<b>55.4%</b>
高屏	2,844	3,744	3,879	4,010	4,204	4,392	1,548	<b>54.5%</b>
東區	390	519	536	556	582	608	217	<b>55.7%</b>
全區	17,579	23,327	24,101	24,955	26,145	27,360	9,781	<b>55.6%</b>

年 分區	平均每人預算數(元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	687	890	923	956	1,009	<b>1,071</b>	384	<b>55.9%</b>
北區	608	773	796	819	858	<b>899</b>	291	<b>47.9%</b>
中區	1,070	1,316	1,349	1,394	1,454	<b>1,529</b>	459	<b>42.9%</b>
南區	735	998	1,032	1,072	1,127	<b>1,188</b>	453	<b>61.6%</b>
高屏	759	1,009	1,047	1,085	1,141	<b>1,201</b>	442	<b>58.3%</b>
東區	671	946	980	1,023	1,079	<b>1,136</b>	465	<b>69.3%</b>
全區	768	990	1,022	1,057	1,110	<b>1,170</b>	402	<b>52.3%</b>

年 分區	預算數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	28.7%	29.2%	29.3%	29.3%	29.4%	<b>29.4%</b>	0.7%
北區	11.6%	12.4%	12.5%	12.5%	12.6%	<b>12.6%</b>	1.0%
中區	27.0%	25.8%	25.6%	25.6%	25.5%	<b>25.4%</b>	-1.6%
南區	14.3%	14.4%	14.3%	14.3%	14.3%	<b>14.3%</b>	0.0%
高屏	16.2%	16.1%	16.1%	16.1%	16.1%	<b>16.1%</b>	-0.1%
東區	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	<b>2.2%</b>	0.0%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	<b>100%</b>	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	106	107	108	109	110
台北	2.6%	3.7%	3.6%	3.6%	5.1%	4.7%
北區	0.8%	4.4%	4.0%	3.9%	5.5%	4.8%
中區	4.9%	3.0%	2.7%	3.4%	4.2%	4.6%
南區	-0.8%	3.4%	3.1%	3.5%	4.6%	4.6%
高屏	1.7%	3.0%	3.6%	3.4%	4.8%	4.5%
東區	5.4%	3.5%	3.3%	3.7%	4.8%	4.4%
全區	2.4%	3.4%	3.3%	3.5%	4.8%	4.6%

資料來源：健保署，其中預算數摘自中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.本表不含品質保證保留款及專款項目，並扣除醫療資源不足地區之論量計酬結算金額、

扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6

「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用。

2.平均每人預算數=預算數/年底戶籍人口數。

表3 88~110年各分區中醫師分布情形

年 分區	總額開辦前	衛生福利部規劃之分配方式						94較88年 增加值	94較88年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	88	89	90	91	92	93	94		
台北	936	964	1,063	1,184	1,211	1,250	1,259	323	34.5%
北區	351	362	400	450	455	492	508	157	44.7%
中區	1,022	1,024	1,097	1,151	1,164	1,254	1,259	237	23.2%
南區	421	425	465	509	513	563	593	172	40.9%
高屏	431	466	498	533	558	600	616	185	42.9%
東區	57	57	56	55	62	66	73	16	28.1%
全區	3,218	3,298	3,579	3,882	3,963	4,225	4,308	1,090	33.9%

年 分區	部規劃	試辦計畫						110較94年 增加值	110較94年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	94	105	106	107	108	109	110		
台北	1,259	1,859	1,925	1,992	2,068	2,150	2,191	932	74.0%
北區	508	785	792	837	872	898	928	420	82.7%
中區	1,259	1,736	1,786	1,830	1,864	1,919	1,971	712	56.6%
南區	593	811	855	868	896	919	934	341	57.5%
高屏	616	897	927	958	985	1,017	1,051	435	70.6%
東區	73	112	127	138	153	164	160	87	119.2%
全區	4,308	6,200	6,412	6,623	6,838	7,067	7,235	2,927	67.9%

表4 歷年全民健保各分區每萬人口中醫師數

年 分區	總額開辦前	衛生福利部規劃之分配方式						94較88年 增加值	94較88年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	88	89	90	91	92	93	94		
台北	1.33	1.35	1.48	1.64	1.68	1.72	1.73	0.40	30.3%
北區	1.15	1.17	1.27	1.41	1.41	1.51	1.54	0.38	33.3%
中區	2.39	2.37	2.53	2.64	2.65	2.85	2.85	0.46	19.1%
南區	1.24	1.24	1.36	1.49	1.50	1.64	1.73	0.50	40.1%
高屏	1.16	1.25	1.33	1.42	1.49	1.60	1.65	0.48	41.4%
東區	0.94	0.95	0.94	0.92	1.04	1.12	1.25	0.30	31.8%
全區	1.46	1.48	1.60	1.72	1.75	1.86	1.89	0.44	29.9%

年 分區	部規劃	試辦計畫						110較94年 增加值	110較94年 成長率
	中醫師數	每萬人口中醫師數							
	94	105	106	107	108	109	110		
台北	1.73	2.43	2.52	2.61	2.71	2.83	2.92	1.19	69.0%
北區	1.54	2.13	2.12	2.22	2.29	2.34	2.42	0.88	57.4%
中區	2.85	3.81	3.91	4.00	4.07	4.19	4.33	1.48	51.9%
南區	1.73	2.41	2.55	2.59	2.69	2.77	2.84	1.11	64.0%
高屏	1.65	2.41	2.50	2.59	2.66	2.76	2.88	1.23	74.8%
東區	1.25	2.03	2.31	2.52	2.82	3.04	2.99	1.75	140.3%
全區	1.89	2.63	2.72	2.81	2.90	3.00	3.10	1.20	63.6%

資料來源：88-89年：健保局(現稱健保署)提報費協會第124次委員會議資料、90-110年：

111年版全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：醫師數採每年12月數值，每萬人口醫師數=(醫師數/年底戶籍人口數)×10,000。

表5 95、106~110年中醫門診總額各分區就醫人數及就醫率

年 分區	就醫人數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	1,955	2,041	2,055	2,067	1,947	1,726	-230	-11.7%
北區	900	952	948	964	897	805	-94	-10.5%
中區	1,649	1,653	1,641	1,640	1,547	1,412	-238	-14.4%
南區	957	925	915	918	856	781	-177	-18.5%
高屏	1,051	1,008	1,003	1,011	949	866	-185	-17.6%
東區	138	128	131	134	130	117	-21	-14.9%
全區	6,419	6,473	6,461	6,501	6,119	5,541	-878	-13.7%

年 分區	就醫率(%)						110較95年增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	26.65%	26.69%	26.89%	27.06%	25.59%	23.00%	-3.65%
北區	26.83%	25.48%	25.12%	25.32%	<b>23.39%</b>	<b>20.98%</b>	-5.85%
中區	<b>37.16%</b>	<b>36.16%</b>	<b>35.84%</b>	<b>35.80%</b>	<b>33.78%</b>	<b>31.00%</b>	-6.16%
南區	27.98%	27.54%	27.36%	27.53%	25.80%	23.72%	-4.26%
高屏	28.06%	27.16%	27.08%	27.35%	25.77%	23.70%	-4.36%
東區	<b>23.71%</b>	<b>23.32%</b>	<b>23.96%</b>	<b>24.74%</b>	24.01%	21.93%	-1.78%
全區	28.06%	27.46%	27.39%	27.54%	25.97%	23.70%	-4.36%
差值	13.45%	12.85%	11.88%	11.06%	10.39%	10.02%	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數；就醫率=就醫人數/年底戶籍人口數。

2.差值=分區中最高值-分區中最低值

表6 95、106~110年中醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	8,886	10,941	11,319	11,662	11,364	9,801	915	10.3%
北區	3,851	4,934	4,995	5,196	4,977	4,412	562	14.6%
中區	9,073	10,446	10,578	10,780	10,342	9,392	319	3.5%
南區	5,067	5,478	5,503	5,622	5,415	4,990	-77	-1.5%
高屏	5,492	5,995	6,145	6,325	6,157	5,655	163	3.0%
東區	613	645	688	748	747	669	57	9.2%
全區	32,981	38,438	39,229	40,333	39,002	34,919	1,938	5.9%

年 分區	平均每人門診就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	1.21	1.43	1.48	1.53	1.49	1.31	0.10	7.9%
北區	1.15	1.32	1.32	<b>1.36</b>	<b>1.30</b>	<b>1.15</b>	0.00	0.1%
中區	<b>2.04</b>	<b>2.29</b>	<b>2.31</b>	<b>2.35</b>	<b>2.26</b>	<b>2.06</b>	0.02	0.9%
南區	1.48	1.63	1.64	1.69	1.63	1.52	0.04	2.4%
高屏	1.47	1.62	1.66	1.71	1.67	1.55	0.08	5.5%
東區	<b>1.05</b>	<b>1.17</b>	<b>1.26</b>	1.38	1.38	1.25	0.20	18.7%
全區	1.44	1.63	1.66	1.71	1.66	1.49	0.05	3.6%
倍數	1.94	1.95	1.84	1.72	1.74	1.79	—	—

年 分區	平均每就醫人門診就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	4.54	5.36	5.51	5.64	5.84	5.68	1.13	25.0%
北區	<b>4.28</b>	5.18	5.27	<b>5.39</b>	<b>5.55</b>	<b>5.48</b>	1.20	28.0%
中區	<b>5.50</b>	<b>6.32</b>	<b>6.45</b>	<b>6.57</b>	<b>6.69</b>	<b>6.65</b>	1.15	20.9%
南區	5.29	5.92	6.01	6.13	6.33	6.39	1.10	20.8%
高屏	5.23	5.95	6.13	6.26	6.49	6.53	1.30	24.9%
東區	4.45	<b>5.04</b>	<b>5.25</b>	5.57	5.77	5.71	1.26	28.4%
全區	5.14	5.94	6.07	6.20	6.37	6.30	1.16	22.7%
倍數	1.29	1.25	1.23	1.22	1.20	1.21	—	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診就醫次數＝門診件數/年底戶籍人口數；

平均每就醫人門診就醫次數＝門診件數/就醫人數。

3.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表7 95、106~110年中醫門診總額各分區門診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	5,078	7,330	7,847	8,395	8,510	7,553	2,476	48.8%
北區	2,088	3,091	3,249	3,558	3,586	3,328	1,240	59.4%
中區	4,795	6,607	6,928	7,389	7,422	7,036	2,241	46.7%
南區	2,603	3,552	3,731	4,018	4,079	3,937	1,333	51.2%
高屏	2,926	4,005	4,234	4,548	4,659	4,431	1,504	51.4%
東區	346	462	514	580	615	597	251	72.5%
全區	17,837	25,047	26,504	28,489	28,871	26,882	9,045	50.7%

年 分區	平均每人門診費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	692	958	1,027	1,099	1,119	1,007	315	45.5%
北區	623	<b>828</b>	<b>861</b>	<b>934</b>	<b>935</b>	<b>867</b>	244	39.2%
中區	<b>1,080</b>	<b>1,446</b>	<b>1,513</b>	<b>1,613</b>	<b>1,621</b>	<b>1,545</b>	465	43.0%
南區	761	1,058	1,115	1,206	1,230	1,196	436	57.2%
高屏	781	1,079	1,143	1,230	1,265	1,212	431	55.1%
東區	<b>596</b>	842	939	1,068	1,139	1,117	521	87.5%
全區	780	1,063	1,124	1,207	1,225	1,150	370	47.5%
倍數	1.81	1.75	1.76	1.73	1.73	1.78	—	—

年 分區	平均每就醫人門診費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	2,597	3,591	3,818	4,061	4,370	4,377	1,780	68.5%
北區	<b>2,321</b>	<b>3,248</b>	<b>3,429</b>	<b>3,691</b>	<b>3,999</b>	<b>4,133</b>	1,812	78.1%
中區	<b>2,907</b>	<b>3,998</b>	<b>4,222</b>	<b>4,505</b>	4,799	4,985	2,077	71.5%
南區	2,719	3,841	4,076	4,379	4,765	5,043	2,324	85.5%
高屏	2,784	3,974	4,222	4,498	<b>4,908</b>	<b>5,114</b>	2,329	83.7%
東區	2,513	3,611	3,920	4,316	4,745	5,093	2,580	102.7%
全區	2,779	3,869	4,102	4,382	4,718	4,852	2,073	74.6%
倍數	1.25	1.23	1.23	1.22	1.23	1.24	—	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診點數=門診點數/年底戶籍人口數。

3.平均每就醫人門診點數=門診點數/就醫人數。

4.倍數=分區中最高值/分區中最低值。



表8-1 104~110年中醫門診總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
104Q1	0.9025	0.9205	<b>0.8860</b>	0.9611	0.9762	1.3080	0.9263	5	4	6	3	2	1
104Q2	<b>0.8905</b>	0.9080	<b>0.8879</b>	0.9468	0.9828	1.3012	0.9204	5	4	6	3	2	1
104Q3	0.9167	0.9425	0.9109	0.9700	0.9899	1.2989	0.9428	5	4	6	3	2	1
104Q4	<b>0.8724</b>	0.9054	0.9034	0.9750	0.9768	1.2983	0.9218	6	4	5	3	2	1
105Q1	0.9742	0.9909	0.9729	1.0513	1.0541	1.3015	1.0045	5	4	6	3	2	1
105Q2	<b>0.8730</b>	<b>0.8794</b>	<b>0.8638</b>	0.9239	0.9380	1.2939	<b>0.8952</b>	5	4	6	3	2	1
105Q3	<b>0.8769</b>	<b>0.8883</b>	<b>0.8777</b>	0.9412	0.9592	1.2933	0.9062	6	4	5	3	2	1
105Q4	<b>0.8630</b>	<b>0.8734</b>	<b>0.8737</b>	0.9510	0.9260	1.2939	<b>0.8961</b>	6	5	4	2	3	1
106Q1	0.9112	0.9123	<b>0.8955</b>	0.9610	0.9307	1.2989	0.9236	5	4	6	2	3	1
106Q2	0.9278	0.9194	<b>0.8960</b>	0.9521	0.9401	1.2912	0.9297	4	5	6	2	3	1
106Q3	<b>0.8648</b>	<b>0.8769</b>	<b>0.8516</b>	0.9029	<b>0.8954</b>	1.2902	<b>0.8797</b>	5	4	6	2	3	1
106Q4	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585	5	3	6	2	4	1
107Q1	<b>0.8821</b>	0.9051	<b>0.8748</b>	0.9409	<b>0.8922</b>	1.2988	<b>0.8998</b>	5	3	6	2	4	1
107Q2	<b>0.8689</b>	0.9169	<b>0.8718</b>	0.9369	0.9226	1.2942	0.9002	6	4	5	2	3	1
107Q3	<b>0.8533</b>	<i>0.9115</i>	<b>0.8574</b>	0.9613	<i>0.9021</i>	1.2577	<b>0.8903</b>	6	3	5	2	4	1
107Q4	<b>0.8527</b>	0.9008	<b>0.8572</b>	0.9205	<b>0.8925</b>	1.2559	<b>0.8824</b>	6	3	5	2	4	1
108Q1	<b>0.8285</b>	<b>0.8381</b>	<b>0.8330</b>	0.9064	<b>0.8663</b>	1.1887	<b>0.8542</b>	6	4	5	2	3	1
108Q2	<b>0.8419</b>	<b>0.8575</b>	<b>0.8439</b>	<b>0.8814</b>	<b>0.8747</b>	1.1861	0.8612	6	4	5	2	3	1
108Q3	<b>0.8174</b>	<b>0.8411</b>	<b>0.8017</b>	<b>0.8391</b>	<b>0.8438</b>	1.1344	<b>0.8290</b>	5	3	6	4	2	1
108Q4	<b>0.7874</b>	<b>0.8107</b>	<b>0.8152</b>	<b>0.8656</b>	<b>0.8217</b>	1.1033	<b>0.8196</b>	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 <sup>註</sup>	<b>0.8584</b>	<b>0.8859</b>	<b>0.8447</b>	0.9004	<b>0.8660</b>	1.1292	<b>0.8702</b>	5	3	6	2	4	1
109Q3	<b>0.8307</b>	<b>0.8859</b>	<b>0.8634</b>	<b>0.8894</b>	<b>0.8902</b>	1.1356	<b>0.8687</b>	6	4	5	3	2	1
109Q4	0.9121	0.9788	0.9422	0.9906	0.9457	1.2212	0.9500	6	3	5	2	4	1
110Q1	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512	6	2	4	3	5	1
110Q2	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245	3	2	5	4	6	1

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：因應COVID-19疫情影響，109年中醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

表8-2 104~110年中醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
104Q1	0.9347	0.9496	0.9237	0.9758	0.9849	1.2000	0.9519	5	4	6	3	2	1
104Q2	0.9255	0.9408	0.9240	0.9663	0.9889	1.2000	0.9472	5	4	6	3	2	1
104Q3	0.9435	0.9631	0.9397	0.9811	0.9935	1.2000	0.9622	5	4	6	3	2	1
104Q4	0.9137	0.9391	0.9348	0.9843	0.9852	1.2000	0.9484	6	4	5	3	2	1
105Q1	0.9827	0.9942	0.9818	1.0320	1.0344	1.2000	1.0030	5	4	6	3	2	1
105Q2	0.9127	0.9220	0.9067	0.9512	0.9596	1.2000	0.9298	5	4	6	3	2	1
105Q3	0.9156	0.9277	0.9164	0.9624	0.9735	1.2000	0.9373	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.9064	0.9186	0.9140	0.9687	0.9518	1.2000	0.9308	6	4	5	2	3	1
106Q1	0.9401	0.9443	0.9295	0.9753	0.9552	1.2000	0.9497	5	4	6	2	3	1
106Q2	0.9499	0.9478	0.9286	0.9690	0.9605	1.2000	0.9526	4	5	6	2	3	1
106Q3	0.9066	0.9198	<b>0.8980</b>	0.9372	0.9310	1.2000	0.9189	5	4	6	2	3	1
106Q4	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721	5	3	6	2	4	1
107Q1	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348	5	3	6	2	4	1
107Q2	0.9114	0.9473	0.9138	0.9601	0.9499	1.2000	0.9342	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.9015	0.9442	0.9045	0.9749	0.9370	1.1753	0.9277	6	3	5	2	4	1
107Q4	0.9019	0.9379	0.9046	0.9501	0.9306	1.1731	0.9232	6	3	5	2	4	1
108Q1	<b>0.8886</b>	0.9008	<b>0.8909</b>	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069	6	4	5	2	3	1
108Q2	<b>0.8964</b>	0.9124	<b>0.8978</b>	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110	6	4	5	2	3	1
108Q3	<b>0.8807</b>	0.9016	<b>0.8703</b>	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906	5	3	6	4	2	1
108Q4	<b>0.8619</b>	<b>0.8842</b>	<b>0.8796</b>	0.9179	<b>0.8881</b>	1.0688	0.8851	6	4	5	2	3	1
109Q1~Q2 <sup>註</sup>	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195	5	3	6	2	4	1
109Q3	<b>0.8919</b>	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178	6	4	5	2	3	1
109Q4	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687	6	3	5	2	4	1
110Q1	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699	6	2	4	3	5	1
110Q2	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153	3	2	5	4	6	1

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.100年起醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬費用(每點支付金額以1元計)，自專款項目改移列由一般服務預算支付，本表平均點值含括該部分。

2.因應COVID-19疫情影響，109年中醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

檔 號：  
保存年限：

## 中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2  
電話：(02)2959-4939  
傳真：(02)2959-2499  
E-mail：tw.tn@msa.hinet.net  
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月17日  
發文字號：(111)全聯醫總富字第2023號

速 別：

附 件：

主 旨：檢陳「112年度中醫部門總額一般服務地區預算分配案」，  
請鑒核。

說 明：

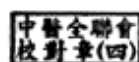
- 一、依本會111年10月16日中醫門診醫療服務審查執行會第47次會議等決議事項辦理。
- 二、「112年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣22.8百萬元）地區預算分配方式：
  - (一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
  - (二)分配方式：
    1. 一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
    2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：
      - (1)各分區實際收入預算占率：66%。
      - (2)各分區戶籍人口數占率：14%。
      - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率  
差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入  
依「各分區實際收入預算占率」分配。

三、112年「風險調整提撥款」不另行編列。



正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 **柯富揚**

## 112 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

### 壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

### 貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：112年1月1日起至112年12月31日止。

### 肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以 1 元支付）後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率 2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率 97.78%。

二、112年東區之外五分區中醫總額一般服務預算，各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件 1）：

（一）66%預算以「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實際預算占率」分配。

（二）14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

（三）10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

（四）4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。

（五）5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配（當年前一季）。

（六）1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，其經費由本項預算支應。本項預

算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)健保署公告山地、離島地區(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 111年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\frac{\sum 111 \text{年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum 111 \text{年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 112年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以111年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

三、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會(以下稱中醫全聯會)應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與全民健康保險保險人(以下稱保險人)成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，送全民健康保險會備查，並報請主管機關核定後公告實施。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

## 附件 1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第 6 位（如：99.9905%  
≈ 0.999905） ※計算時程：每季 指標：

指標 1：95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率 分子：各分區各季總預算(Ai1) 分母： $\Sigma$  各分區各季總預算加總( $\Sigma Ai1$ )

條件說明：

- 一、第 1 季：96Q1+97Q1+98Q1 預算加總
- 二、第 2 季：96Q2+97Q2+98Q2 預算加總
- 三、第 3 季：96Q3+97Q3+98Q3 預算加總
- 四、第 4 季：95Q4+96Q4+97Q4 預算加總

指標 2：各區去年同期戶籍人口數占率 分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2) 分母： $\Sigma$  各分區去年同期戶籍人口數加總( $\Sigma Ai2$ ) 條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

[http://www.ris.gov.tw/zh\\_TW/346](http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346)（首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03 鄉鎮戶數及人口數）

- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率 分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3) 分母： $\Sigma$  各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總( $\Sigma Ai3$ ) 條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月 20 日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0 之案件。
- 三、計算步驟：
  - （一）計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
  - （二）計算每位病患於各區就醫次數(a)
  - （三）計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/ $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數( $\Sigma a$ )

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區  $\Sigma$  每位病患於各區就醫次數比率( $\Sigma a\%$ ) (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p) (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值( $\Sigma K1$ )

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患 就醫 次數 a1	於各區就 醫次數 比率(a1%)	病患 就醫次 數 a2	於各區就 醫次 數比率 (a2%)	病患 就醫次 數 a3	於各區就 醫次數比 率(a3%)	病患 就醫 次數 a4	於各區就 醫次數比 率(a4%)	各區每位病患
									之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+a3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就 醫 人 數 P	各區每位病患 之就醫次數比 率(T)	權值 (K1)=T/(全 區 P)	扣除東區分 區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-



全區	4	1.000000	0.902183	1.000000
<p>指標 4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)</p> <p>條件說明：</p> <p>一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。</p> <p>二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 (<u>111</u>年該季/<u>110</u>年同期) -1。</p> <p>三、醫療費用點數成長率(r)：(<u>111</u>年該季申報醫療費用點數/<u>110</u>年同期申報醫療費用點數)-1。</p> <p>四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。</p> <p>五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。</p> <p>六、(p-r)產生的最大值中，其值大於 0 且 p 值大於 0 之區域，權值加計 +5%；(pr)產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計 -5%，非屬前述二要件之區域均以 0 計。</p>				
<p>指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率</p> <p>分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值</p> <p>分母：<math>\Sigma</math> 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值</p> <p>條件說明：</p> <p>一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。</p> <p>二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。</p> <p>三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。</p> <p>四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。</p> <p>五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數  <math display="block">= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)</math></p> <p>六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值</p> <p>(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 &gt; 全國平均值：</p> <p>*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 <math>\geq</math> 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)  <math display="block">= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})</math></p> <p>*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 &lt; 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。</p> <p>*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。</p> <p>(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 <math>\leq</math> 全國平均值：</p>				

\*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率  $\geq$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)

= +5%(m)\*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

\*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率  $<$  全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr\_peop)為 0 (m)。

\*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標 5)之權值和( $\Sigma$ dr\_peop)

=各分區  $\Sigma$  各鄉鎮市區權值(dr\_peop) \* 成長率之計算係與前季季中比較。

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，若分區前一季浮動點值大於每點 1 元者，則不予補付。

二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標 1「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標 1 至指標 5 之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)111 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

三、 111 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 =  $\Sigma$ 110 年每月申報醫療費用 /  $\Sigma$ 111 年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、 112 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 111 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

## 附件 2 五分區預算分配之計算及點值核算

### ※五分區預算分配之計算操作型定義

一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)  
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+ 預算(東區)

指標 1 預算 GA= (T)\*97.78%\*66%

指標 2 預算 GB= (T)\*97.78%\*14%

指標 3 預算 GC= (T)\*97.78%\*10%

指標 4 預算 GD= (T)\*97.78%\* 4%

指標 5 預算 GE= (T)\*97.78%\* 5%

指標 6 預算 GF= (T)\*97.78%\* 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

=各季預算 GA\*指標 1 占率 ( $A_{i1}/\sum A_{i1}$ )。

指標 1 占率 ( $A_{i1}/\sum A_{i1}$ )

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) /  $\sum$  95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 ( $\sum A_{i1}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(二) 各分區各季預算 Gb

=各季預算 GB\*指標 2 占率 ( $A_{i2}/\sum A_{i2}$ )。

指標 2 占率 ( $A_{i2}/\sum A_{i2}$ )

=去年同期各分區戶籍人口數 ( $A_{i2}$ ) /  $\sum$  去年同期各分區戶籍人口數 ( $\sum A_{i2}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(三) 各分區各季預算 Gc

=各季預算 GC\*指標 3 占率 ( $A_{i3}/\sum A_{i3}$ )。

指標 3 占率 ( $A_{i3}/\sum A_{i3}$ )

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $A_{i3}$ ) /  $\sum$  去年同期每人於各分區就醫次數之權值 ( $\sum A_{i3}$ )。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(四) 各分區各季預算 Gd

=各季預算 GD\*指標 4 加權後之預算占率 ( $A_{i4}/\sum A_{i4}$ )。

※各分區指標 4 權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標 4 加權後之預算 ( $A_{i4}$ )

=95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 ( $A_{i1}$ ) \* (1+指標 4 權值 K2)

※各分區各季經指標 4 加權後之預算占率 ( $A_{i4}/\sum A_{i4}$ )

=各分區各季經指標 4 加權後之預算 (Ai4) /  $\Sigma$  各分區各季經指標 4 加權後之預算 ( $\Sigma Ai4$ )

※成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

(五) 各分區各季預算 Ge

=預算 GE\*指標 5 加權後之預算占率 (Ai5/ $\Sigma Ai5$ )。

※各分區指標 5 權值=各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標 5 加權後之預算 (Ai5)

=95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 (Ai1) \* 【1+指標 5 權值和( $\Sigma dr\_peop$ )】

※各分區各季經指標 5 加權後之預算占率 (Ai5/ $\Sigma Ai5$ )

=各分區各季經指標 5 加權後之預算 (Ai5) /  $\Sigma$  各分區各季經指標 5 加權後之預算 ( $\Sigma Ai5$ )

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(六) 各分區各季預算 Gf

= (預算 GF -  $\Sigma$  指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算)\*指標 1 占率 (Ai1/ $\Sigma Ai1$ )。

三、各分區各季預算 Ts = 該區當季預算 Ga + 該區當季預算 Gb + 該區當季預算 Gc + 該區當季預算 Gd + 該區當季預算 Ge + 該區當季預算 Gf。

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義：各分區全年預算  $Ty = \Sigma$  該區各季 Ts +  $\Sigma$  指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算。

1. 成長率 =  $(112$  年該區各季核算  $Ty / 111$  年該區各季核算  $Ty) - 1$ 。

2. 各分區撥補比例 =  $($ 成長率大於 0 之分區  $Ty) / \Sigma$  (成長率大於 0 之分區  $Ty)$ 。

(二) 撥補程序

1. 於 112 年第四季結算時，由「成長率大於 0 之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於 0 之分區」，使全年預算  $Ty$  負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於 0 之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於 0 為止。

	111年該區全年 112年該區全年		成長率	負成長 分區差額	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後 Ty	撥補後成長率
	預算 Ty (百萬元)	預算 Ty (百萬元)							
	V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	-	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	-	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	-	-	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	-	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	-	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計		14,178.9			100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一)東區浮動每點支付金額=[預算(東區)-東區核定非浮動點數-東區自墊核退點數]/東區一般服務浮動核定點數。

(二)各分區浮動每點支付金額=[預算(各分區)-各分區核定非浮動點數-各分區自墊核退點數]/各分區一般服務浮動核定點數。

(三)全區浮動每點支付金額=[全區一般服務預算總額-全區核定非浮動點數-全區自墊核退點數]/全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

(一)東區平均點值=[預算(東區)/[東區一般服務核定浮動點數+東區核定非浮動點數+東區自墊核退點數]

(二)各分區平均點值=[各分區預算/[各分區一般服務核定浮動點數+各分區核定非浮動點數+各分區自墊核退點數]

(三)全區平均點值=[全區一般服務預算總額/[全區一般服務核定浮動點數+全區核定非浮動點數+全區自墊核退點數]

## 歷年地區預算執行概況

一、第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)交付方案：

依衛生署交議，費協會委員會議決議之相關事項辦理：

(一)地區範圍：以中央健康保險局(現改制為中央健康保險署)六分局所轄範圍區分為六地區。

(二)分配事項：

- 1.先依各投保分局參數分配預算，再依投保人口實際就醫情形，將其跨區就醫費用歸至就醫分局。
- 2.分配參數：「各地區校正人口風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。
- 3.人口風險校正因子：年齡、性別。
- 4.分配方式：以「錢跟著人走」方式分配預算，以 8 年為目標，期最終達成預算 100%依校正人口風險後之各分區保險對象人數分配。
- 5.各年協定之「人口占率」比率分別為：89 年 7 月~90 年 12 月：5%、91 年：15%、92 年：20%、93 及 94 年：30%。

二、95 年至 98 年，採試辦計畫(事後結算、分配參數未含人口因素)：95 年依衛生署函送方案，協定採試辦計畫方式辦理；96 年至 98 年並經委員會會議同意續辦。摘錄 98 年方式如下：

(一)東區預算占率 2.22%，餘 97.78%依其他五分區分配參數分配(依就醫分局分配預算)。

(二)五分區預算分配參數及其占率為：

占率	分配指標	備註
90%	依當(98)年各分區各季校正後申請醫療費用點數(需經上限調整)占率分配	反映各分區當年利用狀況
10%	依當(98)年各分區經 6 項管控指標加權計算後之申請醫療費用點數占率分配	反映各分區當年費用管控狀況

三、99 年至 111 年：

- (一)採修正後試辦計畫，先扣除東區預算占率 2.22%，其他五分區預算依下列指標占比分配：
- 1.參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」：99 為 80%，111 年降為 66%。
  - 2.參數二「各區去年同期戶籍人口數占率」：99 為 5%，111 年上升為 14%。
  - 3.參數三「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」：99 為 5%，111 年上升為 10%。
  - 4.參數四「去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」：歷年皆為 5%，111 年下降為 4%。
  - 5.參數五「當前前一季『各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數』」占率：歷年皆為 5%。
  - 6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：歷年皆為 1%
- (二)105 年：為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之「各分區戶籍人口數占率」，以 5 年調升 10%為目標。請中醫師公會全國聯合會與中央健康保險署，於討論 106 年度地區預算分配方式前，研提符合前開條件之分配草案；屆時若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應調升 3%。
- (三)105、106、108~110 年：同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。
- (四)107 年：基於中醫門診總額相關團體承諾於討論 108 年度地區預算分配案前，將進行研究、規劃並提出建議方案，爰同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。
- (五)108 年：請中醫門診總額承辦團體於討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討執行結果並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」



應予調升。

(六)111年：中醫門診總額相關團體建議未移撥風險調整移撥款。

## 歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：

一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」及漸進促成「資源分布均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各分區調適。(95.5.1 費協會座談會)

二、目前(指 95~98 年試辦計畫)主要以「利用面」作為分配依據，除從管理面作分配外，亦應兼顧「需求面」，建議公式仍應適度反映人口占率因素，至於「人口占率」所占比重之多寡，可再調整。(98.8.6 衛生署座談會)

三、「人口占率」調升比率，應以各分區預算沒有負成長為前提。(98.8.6 衛生署座談會)

四、專家學者多認同「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，而考量醫療提供及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率是否達 100%，尚有討論空間。(105.3.4 座談會)

五、專家學者所提下列意見，請健保署協助模擬試算，供未來討論地區預算分配案參考(105.3.4 座談會)：

(一)所採「戶籍人口數占率」分配參數，宜校正年齡、性別等風險因素，以反映該區人口需求。

(二)年度總額協商因素項目之新增費用，均已指定用途，若欲將「新增醫療費用」挪做地區預算分配，如何兼顧總額協定事項的執行，宜慎重考量其妥適性。

貳、本會於 105 年委託國立台灣大學辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，中醫相關之研究結論及政策建議如下：

一、除中醫部門外，其他總額部門皆有預算調整或撥補機制，建議中

- 醫部門宜建立跨區就醫之預算撥補機制。
- 二、中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入 CCS(以疾病診斷處置反映罹病狀態)則可提高，建議中醫部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。
  - 三、建議 S 值可從總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料。

#### 第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關 111 年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，提請討論。

說明：

- 一、依據 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配暨本署 111 年 8 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議決議辦理。
- 二、按 111 年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配之「高風險疾病口腔照護」項目，其總額協定事項之一為「請健保署依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行額度」。
- 三、查 111 年度本項編列 4.05 億元，針對 5 類高風險疾病患者，增加全口牙結石清除及牙周暨齲齒控制基本處置之服務次數，協商預算推估方式：高風險疾病患者人數(54 萬人)×就醫率(50%)×每人增加 1,500 點。其中每人增加 1,500 點=全口牙結石清除 600 點×增加 2 次(1 年 2 次增至 4 次)+牙周暨齲齒控制基本處置 100 點×3 次(1 年 1 次增至 4 次)。
- 四、為辦理上述事宜，貴會於 111 年 7 月 29 日委員會議請本署提具「扣減當年度未執行額度」處理規劃，並建議依 111 年度預算編列推估方式，預算執行數(增加申報點數)之認列，須針對 5 類高風險病人，扣除原已提供服務次數之費用。
- 五、本署依上開建議於 111 年 8 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議提報本項扣減方式，說明如下：
  - (一)本項預算用於擴大特定對象服務頻率所增加之金額，並自 111 年 3 月 1 日起新增 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」(700 點)，費用包含「牙菌斑偵測」及「去除維護教導」，每 90 天得申報 1 次。
  - (二)前述項目未實施前，健保係提供每人半年 1 次 91004C「牙結

石清除—全口」(600 點)，及每年 1 次 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」(100 點)，執行牙菌斑偵測及去除維護教導。

(三)研擬扣減當年度未執行額度之計算方式：

1.實際增加費用(A)=111 年申報 91090C 之費用-111 年申報 91090C 者曾於 108 年至 110 年任一年執行原相關服務之基期費用。

2.扣減未執行額度之費用=預算 405 百萬元-實際增加費用(A)。

六、承上，上開會議牙醫部門意見摘述如下：

(一)本項預算協定事項「扣減當年度未執行之額度」因與 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫之協定事項「於一般服務扣減與本項重複部分之費用」不同，爰不應扣減重複之費用。

(二)本項預算係用於申報 91090C「高風險疾病患者牙結石清除-全口」，未執行額度應為申報本項醫令點數加總與預算差異之費用。

(三)本項經費係已扣除重複費用後之新增預算，且執行以新項目 91090C 申報，故僅應計算未執行額度，不應扣原相關服務之基期費用。

七、綜上，因本署與牙醫部門對於總額協定事項認知不同，會議決議提報貴會決定，請就「扣減當年度未執行之額度」之定義提請討論。

擬辦：依決議辦理扣減當年度未執行之額度相關事宜。

健保署業務窗口：陳依婕專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2646

.....  
本會補充說明：

一、本案係健保署與牙醫部門對 111 年度總額協定項目「高風險疾病口腔照護」之協定事項「依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」認知不同，爰將未執行之額度扣減計算方式，提請本會討論。

## 二、111 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表(摘錄)：

項目	成長率	預估增加金額(百萬元)	協定事項
<b>一般服務</b>			
高風險疾病口腔照護(111 年新增項目)	0.863%	405.0	1.執行目標：111 年服務高風險疾病患者 27 萬人。 預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。 (2) <u>依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。</u> (3)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

## 三、111 年度總額協商當時背景資料提要：

(一)協商 111 年度總額時，於一般服務已提供適用所有患者之「牙結石清除-全口(91004C)」(下稱一般牙結石清除)1 年 2 次，及「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)」(下稱一般牙周暨齲齒控制基本處置，其服務內容為牙菌斑偵測及去除維護教導)1 年 1 次。

(二)牙醫部門爭取 111 年度總額新增「高風險疾病口腔照護」項目，訴求針對高風險疾病患者，增加全口牙結石清除(1 年 2 次增為 4 次)及牙周暨齲齒控制基本處置(1 年 1 次增為 4 次)之服務頻率。協商當時預算推估方式如下(詳參考資料 1，第 195~198 頁)：

1.高風險疾病患者人數(54 萬人)×就醫率(50%)×每人增加 1,500 點。

【54 萬人×50%×1,500 點=4.05 億】

2.其中每人增加 1,500 點，係以增加頻率所增加之點數推估：

1,500 點/人=全口牙結石清除 600 點/次×增加 2 次(1 年 2 次增至 4 次)+牙周暨齲齒控制基本處置 100 點/次×增加 3 次(1 年 1 次增至 4 次)

(三)協商時，委員同意照牙醫部門之預算編列方式估算經費，增加 4.05 億元。惟因實施第 1 年，以就醫率 50%推估可能高估，

爰決議依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

(四)健保署為執行本項目，於 111.3.1 新增支付項目「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，提供高風險疾病患者 1 年 4 次之全口牙結石清除、牙菌斑偵測及去除維護教導服務。新增項目及原一般服務已提供項目執行內容、頻率與支付點數，詳下表：

項目名稱	111 年協商新增項目 -適用高風險患者	原一般服務已提供項目 -適用所有患者	
	高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)	牙結石清除-全口(91004C)	牙周暨齶齒控制基本處置(91014C)
執行內容 (摘錄)	1.適用高風險疾病患者之牙醫醫療服務申報，每 90 天限申報 1 次。 2.包含牙菌斑偵測及去除維護教導。	限有治療需要之病人，每半年最多申報 1 次。	牙菌斑偵測及去除維護教導，每 360 天限申報 1 次。
執行頻率	4 次/年	2 次/年	1 次/年
支付點數	700 點/次	600 點/次	100 點/次
每人支付點數	2,800 點/年	1,300 點/年	
增加頻率 所增加費用	每人：2,800 點/年-1,300 點/年=1,500 點/年		

四、本案健保署及牙醫部門主張處理方式(試算增加點數如附件，第 194 頁)，摘要如下：

(一)健保署：認為預算執行額度，應以 111 年「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」申報費用(1 年至多 4 次【2,800 點/人】)，扣除病人過去(108~110 年任一年)於一般服務相關利用次數費用，並從寬認定，若個案過去無相關利用則不扣減(健保署牙醫門診總額研商議事會議提案之試算資料，詳參考資料 2，第 199 頁)。

(二)牙醫部門：認為預算執行額度，應以 111 年「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之所有申報費用計算。

五、提供本會研析及試算資料供參：

(一)上開健保署新增「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」(1 年可申報 4 次)，其申報費用每人 2,800 點/年(700 點/次\*4

次/年)中，包含兩部分：

- 1.其中包含原一般服務已涵蓋相關服務次數費用每人1,300點/年(一般牙結石清除600點/次\*2次/年+一般牙周暨齲齒控制基本處置100點/次\*1次/年)。此部分費用已包含於一般服務基期費用，不宜由本項預算支應。
- 2.其中因增加服務頻率之次數費用每人1,500點/年，為依協商共識新增之費用，應由本項預算支應。
- 3.依111年總額協商時之預算推估方式，預算係以每人增加頻率所增加之點數1,500點推估。故計算本項預算執行額度，應以增加處置頻率所增加的點數計算，即「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」申報費用，扣除原一般服務已涵蓋相關服務次數費用，每人增加點數至多以1,500點為限。
- 4.本會建議「預算執行額度」之計算方式=  
 (申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」1次人數\*增加0點  
 +申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」2次人數\*增加100點  
 +申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」3次人數\*增加800點  
 +申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」4次人數\*增加1,500點)

5.增加點數計算方式詳下表：

111年協商新增項目	原一般服務已提供項目			本項預算支應 增加點數 (E=A-D)
「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」 申報次數/ 點數(A)	一般牙結石清除(91004C) 服務次數/ 點數(B)	一般牙周暨齲齒控制基本處置(91014C) 服務次數/ 點數(C)	小計 (D=B+C)	
1次/ 700點	1次/ 600點		700點	0點
2次/ 1,400點	2次 /1,200點	1次/ 100點	1,300點	100點
3次/ 2,100點			1,300點	800點
4次/ 2,800點			1,300點	1,500點



六、本案處理建議：

- (一)歷來總額協商皆秉持一般服務預算基期已包含費用不能重複編列預算之原則，本案建議應依循此原則辦理。
- (二)考量「高風險疾病口腔照護」協商當時之預算編列，係以增加服務頻率所產生之費用計算，預算執行方式應與經費編列邏輯一致，須扣除原一般服務已涵蓋相關服務次數之費用。
- (三)綜上，建議採本會試算之扣減方式，較符合協商原則及預算編列意旨，請委員討論扣減方式，後續請健保署依決議辦理扣減事宜。
- (四)另建議健保署，未來針對協商新增項目之支付標準設計，宜與既有一般服務支付項目有所區隔，避免衍生預算執行認定之疑義。

決議：

健保署及牙醫部門「預算執行額度」之計算方式比較表

預算執行額度	健保署(預算執行額度 Z=X-Y)	牙醫部門(預算執行額度 Z=X)																																	
計算方式	111年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之所有利用次數費用(X) 扣除 個案曾於108年至110年任一年執行原一般服務相關服務次數之費用【一般牙結石清除(91004C)1年至多2次、一般牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)1年至多1次之費用】(Y)	111年申報「高風險疾病患者牙結石清除全口(91090C)」之所有利用次數費用(X)																																	
舉例一： 甲病人過去有使用一般牙結石清除及一般牙周暨齲齒控制基本處置	<p><b>甲病人：Z=1500點(2,800-1,300)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111年申報91090C(高風險牙結石清除)</td> <td>4次</td> <td>2,800(4*700)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(X)</td> <td>2,800</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align:center">扣除</td> </tr> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> <tr> <td>108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)</td> <td>2次</td> <td>1,200(2*600)</td> </tr> <tr> <td>108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)</td> <td>1次</td> <td>100(1*100)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(Y)</td> <td>1,300</td> </tr> </tbody> </table>	項目	利用次數	申報費用	111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)	小計(X)		2,800	扣除			項目	利用次數	申報費用	108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)	2次	1,200(2*600)	108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)	1次	100(1*100)	小計(Y)		1,300	<p><b>甲病人：Z=2800點(2,800)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111年申報91090C(高風險牙結石清除)</td> <td>4次</td> <td>2,800(4*700)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(X)</td> <td>2,800</td> </tr> </tbody> </table>	項目	利用次數	申報費用	111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)	小計(X)		2,800
項目	利用次數	申報費用																																	
111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)																																	
小計(X)		2,800																																	
扣除																																			
項目	利用次數	申報費用																																	
108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)	2次	1,200(2*600)																																	
108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)	1次	100(1*100)																																	
小計(Y)		1,300																																	
項目	利用次數	申報費用																																	
111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)																																	
小計(X)		2,800																																	
舉例二： 乙病人過去沒有使用一般牙結石清除及一般牙周暨齲齒控制基本處置	<p><b>乙病人：Z=2,800點(2,800-0)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111年申報91090C(高風險牙結石清除)</td> <td>4次</td> <td>2,800(4*700)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(X)</td> <td>2,800</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align:center">扣除</td> </tr> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> <tr> <td>108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)</td> <td>0次</td> <td>0(0*600)</td> </tr> <tr> <td>108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)</td> <td>0次</td> <td>0(0*100)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(Y)</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>	項目	利用次數	申報費用	111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)	小計(X)		2,800	扣除			項目	利用次數	申報費用	108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)	0次	0(0*600)	108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)	0次	0(0*100)	小計(Y)		0	<p><b>乙病人：Z=2,800點(2,800)</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>項目</th> <th>利用次數</th> <th>申報費用</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>111年申報91090C(高風險牙結石清除)</td> <td>4次</td> <td>2,800(4*700)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">小計(X)</td> <td>2,800</td> </tr> </tbody> </table>	項目	利用次數	申報費用	111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)	小計(X)		2,800
項目	利用次數	申報費用																																	
111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)																																	
小計(X)		2,800																																	
扣除																																			
項目	利用次數	申報費用																																	
108~110年任一年申報91004C(一般牙結石清除)	0次	0(0*600)																																	
108~110年任一年申報91014C(一般牙周暨齲齒控制基本處置)	0次	0(0*100)																																	
小計(Y)		0																																	
項目	利用次數	申報費用																																	
111年申報91090C(高風險牙結石清除)	4次	2,800(4*700)																																	
小計(X)		2,800																																	

111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(摘錄)

表 4 111 年度牙醫門診總額醫療給付費用成長率項目表(草案)

項目	牙醫部門草案		健保署依總額部門草案，提供試算及說明		說明
	成長率	預估增加金額	成長率	預估增加金額	
一般服務					<p>(單位：%；百萬元) 健保會 110.9.23</p> <p>健保會幕僚補充意見</p> <p>1.110 及 109 年度牙醫門診總額協定事項與執行情形，詳表 4-1 及 4-2。</p> <p>2.105-109 年牙醫醫療服務利用情形，詳表 4-3。</p> <p>3.111 年度總額協商架構及原則：</p> <p>(1)總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，對有限健保資源，應予合理配置。</p> <p>(2)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保費總額。依據行政院核定之年度醫療給付費用總額範圍及政策目標進行協議擬訂，使健保政策延續並扣連醫療給付費用總額。</p> <p>(4)一般服務之協商因素項目，應於年度協商時提出執行目標及預期效益(含評估指標)、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料(過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用)。並於年度實施前提出具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)，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；實施成效並納入下年度總額協商考量。(111 年度協商架構及原則，詳參考資料一)</p> <p>(5)需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。</p> <p>4.111 年度總額協商程序：</p> <p>(1)各總額部門及健保署提送所規劃之協商草案，請對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。</p> <p>(2)請部門於協商會議 9 月 23 日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提 9 月 24 日委員會討論再討論。(111 年度總額協商程序，詳參考資料二)</p>

項目	金額(元)
111 年牙醫一般服務基期(a+b+c)	46,914,838,003
110 年一般服務預算(a)	46,942,098,384
人口差值校正(b)	- 96,651,120
加回前一年違規扣款金額(c)	69,390,739
110 年牙醫專款	1,248,000,000

項目	牙醫部門草案		健保署依總額部門草案，提供試算及說明		健保會幕僚補充意見
	成長率	預估增加金額	成長率	預估增加金額	
醫療服務成本及人口因素成長率	0.270%	126.7	0.270%	126.7	<p>1.104-111年「醫療服務成本及人口因素成長率」及「人口差值」金額，詳表 4-4。</p> <p>2.105~110年牙醫「支付標準調整之預算及修訂情形」，詳表 4-5。</p> <p>3.110年1~6月及109年支付標準增修項目與年增點數，詳表 4-6及 4-7。</p> <p>4.評核委員意見：</p> <p>(1)健保醫療資源有限，在論量計酬支付下，目前的醫療服務多是密集度(如：用藥、檢驗檢查)增加，而非病人健康提升，論量計酬已對健保財務造成很大的挑戰，健保署應積極改革支付制度，並強化醫療院所與民眾的盡責度。</p> <p>(2)支付標準多年未定期全盤檢討，建議新年度能進行第三(或第四)次以 RBRVS 為基礎的通盤檢討，以平衡不同科別或項目之支付標準，減少高科技、高利潤檢查或治療誘因，提升急重症支付標準。</p> <p>.....</p> <p>5.111年醫療服務成本指數改變率雖為-0.175%，惟綜觀 101~110年數值，除 108 年為負值(-0.453%)外，其餘年度均為正值(0.260%、2.369%)詳表 4-4)，顯示其受經濟環境影響有高有低，但大部分年度仍為正成長。</p>
	0.136%		0.136%		
	0.309%		0.309%		
醫療服務成本指數改變率	-0.175		-0.175		
協商因素成長率	3.227%	1,514.3	2.331%	1,093.5	
其他醫療服務利用及密集度之改變	[111年新增加]	405.1	0.863	405.0	<p>1.本項係牙醫部門擬對高風險疾病患者「腦血管疾病、洗腎、使用雙磷酸鹽類藥物患者」執行「牙結石清除」頻率，由每年 2 次增加至 4 次，執行「牙周暨齲齒控制基本處置」之頻率，由每年 1 次增加至 4 次。</p> <p>2.本項與年齡、疾病型態改變相關，已反映在歷年「人口結構改變率」增加之預算(詳表 4-4)。</p> <p>3.現行健保已提供「牙結石清除」、「牙周暨齲齒控制基本處置」之預防處置，並納入總額基期，支付標準如下：(詳表 4-18)</p> <p>(1)牙結石清除-局部、全口(91003C、91004C)：有治療需要之病人(不分疾病別)每半年(180 天)最多申報 1 次。</p> <p>(2)牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)：①牙菌斑偵測及去除維護指導。②需併同牙結石清除(91003C、91004C、91005C)實施，每 360 天除申報 1 次；併同牙菌斑去除維護(91020C)，每</p>
1.高風險疾病口腔照顧	0.863%	405.1	0.863	405.0	<p>1.建議考量以調整牙科支付標準點數相對低者，爭取一般服務增加預算。</p> <p>2.本署以 109 年門、住診申報資料，推估各高風險疾病患者人數如下，合計 69.9 萬人：</p> <p>(1)腦血管疾病：取主診斷碼前三碼 160 至 169，推估人數約 42.3 萬人。</p> <p>(2)洗腎：取案件分類為 05，推估人數約 9.4 萬人。</p> <p>(3)使用雙磷酸鹽類藥物患者：擷取 ATC 藥品分類碼前 4 碼為 M05B，推估人數約 18.1 萬人。</p> <p>3.現行支付標準已針對口乾症(91005C)、懷孕婦女(91017C)、特殊狀況(91014C)、糖尿病患者牙結石清除(91089C)等族群訂定特殊牙結石清除支付標準，每 90 天申報 1 次。</p>

項目	牙醫部門草案			健保署依總額部門草案，提供試算及說明			健保會幕僚補充意見
	成長率	預估增加金額	說明	成長率	預估增加金額	說明	
			<p>(1)腦血管疾病(中風):取主診診斷碼前三碼160-169 推估人數約 42.3 萬人。</p> <p>(2)洗腎人數:取案件分類 05,推估人數約 9.4 萬人。</p> <p>(3)服用雙磷酸鹽類藥物人數:擷取 ATC 藥品分類碼前 4 碼為 M05B,推估人數約 18.1 萬人。</p> <p>(4)高風險疾病患者扣除已接受口腔症牙結石清除-全口(91005C)、特殊狀況牙結石清除-全口(91017C)、懷孕婦女-全口(91017C)、牙周病綜合治療第二階段(91002C)、牙周病支持性治療(91018C) =698,652-399-4,699-16-5,702-6,203-141,509=540,124。</p> <p>(5)目前牙醫就醫率為 48.62%，提升高風險疾病患者就醫率，以 50%為推估執行率。</p> <p>3.目標及評估指標(摘自牙醫部門提供之補充資料，詳參考資料四-2)：</p> <p>(1)目標：服務高風險疾病(腦血管疾病(中風)、洗腎、使用雙磷酸鹽類藥物患者)270,062 人。</p> <p>(2)評估指標：回目標。</p>			<p>180 天限申報 1 次。</p> <p>(3)特殊狀況牙結石清除-局部、全口(91103C、91044C)：特殊需要病人，90 天最多申報 1 次(重度以上,60 天 1 次)。</p> <p>4.為增進口腔健康，103~110 年總額合計增編約 5.4 億元，針對特殊需求病人，增加「牙結石清除」、「牙周暨齦齒控制基本處置」之頻率或放置適用範圍，預算及用途如下：(詳表 4-13)</p> <p>(1)103 年「口腔症患者照護」(0.301 億元)：口腔症牙結石清除(91005C)。(1 年 4 次)</p> <p>(2)104 年「懷孕婦女照護」(0.8 億元)：懷孕婦女牙結石清除(91017C)。(1 年 4 次)</p> <p>(3)106 年「加強全民口腔疾病照護」(0.387 億元)及「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護及預防」(原 13 歲)適用範圍。</p> <p>(4)107 年「12 歲牙結石清除、加強全民口腔疾病照護及預防」(原 13 歲)適用範圍。</p> <p>(5)110 年「糖尿病患者口腔照護」(2.25 億元)：糖尿病患者牙結石清除(91089C)。</p> <p>5.健保署建議請考量就特定疾病對象增設牙結石清除之必要性，意見如下：</p> <p>(1)過去放寬口腔症、懷孕婦女、特殊狀況者執行牙結石清除 1 年 4 次，惟 109 年每人申報僅 1.15-2.01 次。</p> <p>(2)並非所有高風險疾病患者均需牙結石清除，109 年利用率約 20%。</p> <p>(3)有關本項高風險疾病之一雙磷酸鹽類藥物相關顎骨壞死症狀患者，請牙醫部門說明適用的疾病，及是否將非屬雙磷酸鹽類藥物仿單所提之顎骨壞死，納入適用對象。</p> <p>6.經費推估(健保署提供試算)：</p> <p>(1)牙醫部門以高風險患者人數(扣除已執行牙結石清除、牙周病綜合治療方案及糖尿病之相關人數)*增加頻率之費用*就醫率 50%估算，所需預算 4.051 億元。</p> <p>(2)健保署除以上開方式估算費用外，另以 2 種方式估算費用：</p> <p>①高風險疾病患者接受「全口牙結石清除 91004C」之利用率 20%估算，所需費用 1.62 億元。</p> <p>②以就醫率 34%、40%估算，所需預算分別為</p>	

項目	牙醫部門草案		健保署依總額部門草案，提供試算及說明		健保會幕僚補充意見
	成長率	預估增加金額	成長率	預估增加金額	
					<p>2.75 億元、3.24 億元。</p> <p>7.綜上：            (1)考量目前已支付特殊族群牙結石清除 1 年 4 次，實際僅利用 1.15~2.01 次，爰牙醫部門訴求增加頻率至 4 次，有高估之虞。            (2)健保署以「高風險疾病患者之全口牙結石清除 91004C」利用率 20%估算，較牙醫部門以就醫率 50%更貼近實際需求，推估所需費用 1.62 億元，相對合理。            (3)考量高風險疾病之雙磷酸鹽類藥物患者定義尚待釐清，仍需審酌預算額度。            8.考量現行健保不分疾病別，已有「牙結石清除」及「牙周暨齶齒控制基本處置」之相關支付標準，高風險疾病患者有需求，即可使用本項服務；歷年均編列「人口結構改變率」增加之預算，反映人口老化、疾病型態改變所需之經費，且 103~110 年間已針對特殊需求病人另增編預算，所提供預防性處置之節省費用，應適度運用於提升給付效益，建議：            (1)本項不新增預算。            (2)若經健保署評估確有修訂支付標準之需求，則建議由「人口結構改變率」(145.0 百萬元)所增加之預算調整。</p> <p>9.若本項同意編列，請委員考量實際就醫需求，審酌預算額度。            10.協定事項建議如下：            (1)於執行滿 1 年後檢討執行情形，並於協商 113 年度總額時，依預算執行情形，扣減未執行之額度。            (2)請檢討本項預防處置之實施成效，將節流效益納入總額預算財源。            (3)依協商原則及程序，請牙醫部門依據 9 月 23 日協商結論，以結果面為導向，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，俾利 9 月 24 日委員會議進行討論。</p>

參考資料 2

健保署牙醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議(111.8.23)

報告事項第五案資料(摘錄)

附件 1

111年申報 91090C情 形	申報次數	1次	2次	3次	4次	合計	
	人數	4,217	124	-	-	4,341	
	申報醫療費用	2,972,550	174,020	-	-	3,146,570	
111年利用 91090C者 108-110年 原提供服 務利用情 形	91004C全口 牙結石清除 (600點)	108-110年 任一年申報 1次且未有 申報2次人 數(A)	1,514	39	-	-	1,553
		108-110年 任一年申報 2次人數(B)	1,956	73	-	-	2,029
	91014C牙周 暨齲齒控制 基本處置 (100點)	108-110年 任一年申報 1次人數(E)	2,457	80	-	-	2,537
扣減一般 服務執行 原相關服 務之基期 費用	91004C全口 牙結石清除 (600點)	1.申報91090C 1 次者:於108至110 年有申報91004C 者,各扣減1次 91004C費用。 2.申報91090C2次 者: (1)於108至110 年申報91004C屬 (A)者,各扣減1 次91004C費用。 (2)於108至110年 申報91004C屬 (B)者,各扣減2 次91004C費用。	600*(1,514+1 ,956)= 2,082,000	600*39+1,20 0*73= 111,000	-	-	2,193,000
	91014C牙周 暨齲齒控制 基本處置 (100點)	於108-110年任一 申報91014C 1次 ,各扣減1次 91014C費用。	100*2,457=2 45,700	100*80=8,00 0	-	-	253,700
	合計	2,327,700	119,000	-	-	2,446,700	





# 報告事項



## 第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，請鑒察。

說明：

- 一、依據鈞部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號函公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會第 5 屆 111 年第 7 次委員會議決定事項辦理。
- 二、檢送本署 111 年度總額協定事項預算扣減項目之處理規劃如附件(第 205~208 頁)。

報告單位業務窗口：洪于淇專門委員，聯絡電話：02-27065866分機2667

.....  
本會補充說明：

- 一、本項健保署業於本(111)年第 7 次委員會議(111.7.29)，依本會通過之「111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程」，提報預算扣減及評估節流效益之處理規劃，惟尚有 5 項 111 年度總額預算扣減方式，及 3 項效益評估方式未提出具體規劃(註)，故該次委員會議決定(略以)，請健保署參考委員所提意見及本會補充說明，辦理下列事項：
  - (一)部分未完成項目，請儘速規劃具體之 111 年度總額預算扣減及效益評估方式，最遲於 111 年 12 月份委員會議將規劃結果提報本會。
  - (二)為利 113 年度總額預算之協商，請中央健康保險署於 112 年 2 月提報本會「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。

註：

- 1.其中 5 項尚未提報預算扣減方式之項目：中醫門診總額之「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」及「照護機構中醫醫療照護方案」、牙醫門診總額之「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」及「高風險疾

病口腔照護」、西醫基層總額之「提升國人視力照護品質」。

2.其中3項尚未提報效益評估方式之項目：牙醫門診總額之「高風險疾病口腔照護」及「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、醫院總額之「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」。

二、本次報告係健保署就未完成項目提出規劃方式，經檢視內容，本會研析及說明如下：

(一)5項111年度總額預算扣減方式之處理規劃：

1.4項為中醫門診、西醫基層及牙醫門診總額之預算扣減方式：健保署所提之預算扣減方式規劃，與本會協商時之預算編列方式相符，建議尊重健保署提報之內容。詳細說明如附件(第205~208頁)，供參。

2.另1項牙醫門診總額之「高風險疾病口腔照護」項目，因健保署與牙醫門診總額相關團體對扣款計算方式認定不同，故健保署已提案至討論事項第四案討論(詳第188頁)，將依決議辦理。

(二)3項效益評估方式之處理規劃：健保署尚未提出具體規劃，爰請該署依本會7月份委員會議之決定，儘速將規劃結果提報本會。

三、請健保署依本會通過之預算扣減方式辦理後續事宜，並於112年2月提報本會「111年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果，供協商113年度總額之用。

決定：

健保署提報之「111 年度總額協定事項處理預算扣減項目之規劃」及本會研析建議

(一)一般服務，2 項：

部門	項目	111 年度協定事項	健保署對協定事項之處理規劃	本會研析及建議
中醫門診總額	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	<p>1.本項預算係用以修訂全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第四部中醫通則，中醫醫療院所專任醫師每月看診日平均針灸、傷科及針灸合併傷科治療合計申報量上限，自 45 人次調升為 60 人次。推估調升合理量，同時將影響院所申報態樣；另中醫刪除其不予支付指標每月每位病人看診次數限制。</p> <p>2.扣減當年度未執行額度之計算方式，經提本署 111 年 8 月 18 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議討論，決議如下：</p> <p>(1)以 111 年針傷處置申報量較 110 年增加數，扣除近 5 年(106 年到 110 年)平均成長率(視為自然成長)後，作為針傷處置因本項放寬之執行情形。</p>	<p>健保署所提扣減方式，與本會協商時預算編列之邏輯一致、合理，<b>建議尊重健保署處理規劃</b>，說明如下：</p> <p>1.本會協商時之預算推估方式：</p> <p>(1)以放寬針傷處置費申報上限之增加次數(即扣除原有次數)，計算針傷處置費。</p> <p>(2)因前述措施會併增加診察費及藥費，故再加計需增加之診察費及藥費。</p> <p>2.健保署對預算執行額度之計算方式：</p> <p>(1)以 111 年針傷處置較 110 年申報量增加數(即扣除 110 年申報量)，再扣除近 5 年(106~110 年)平均成長率(視為自然成長)計算本項預算執行額度。</p> <p>(2)再加計以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估增</p>

部門	項目	111 年度 協定事項	健保署對協定事項之 處理規劃	本會研析及建議
			(2)另因針傷處置次數增加，將增加診察費及藥費，爰將以平均每件針傷處置申報之診察費及藥費推估此部分增加點數。	加點數。
西醫基層總額	提升國人視力照護品質	依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.有關全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規定，業於 111 年 2 月 15 日公告並自 111 年 3 月 1 日生效。</li> <li>2.扣減當年度未執行額度之計算方式，經提本署 111 年 8 月 25 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 3 次研商議事會議決議，以 111 年申報件數相較於 110 年(基期)增加數，並扣除過去 5 年(106~110 年)年平均成長率做為自然成長率計算本項預算執行情形。</li> </ol>	<p>健保署所提扣減方式，與本會協商時預算編列之邏輯一致、合理，<b>建議尊重健保署處理規劃</b>，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本會協商時之預算推估方式： 刪除四十例以上須送事前審查之規範後，以申報 40 例以上的醫師數增加，及其超過之件數(即扣除原有件數)推估預算。</li> <li>2.健保署對預算執行額度之計算方式： 以 111 年白內障手術較 110 年申報量增加數(即扣除 110 年申報量)，再扣除近 5 年(106~110 年)平均成長率(視為自然成長)，計算本項預算執行額度。</li> </ol>

(二)專款項目，計 2 項：

部門	項目	111 年度 協定事項	健保署對協定事項之 處理規劃	本會研析及建議
牙醫門診總額	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用	於一般服務扣減與本項重複部分費用之計算方式，經提本署 111 年 8 月 23 日全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議報告，決定扣減費用計算方式為 111 年申報 P7101C「青少年齲齒控制照護處置」者，若其曾於 108 至 110 年任一年申報醫令代碼 91014C「牙周暨齲齒控制基本處置」，將依其申報 91014C 之點數扣減一般服務費用。	<p>健保署所提扣減方式，與本會協商時，要求扣減與一般服務重複費用之邏輯一致、合理，<b>建議尊重健保署處理規劃</b>，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本會協商時要求扣減與一般服務重複費用之考量： 本項專款增加照護項目，考量部分內容與原一般服務照護範圍重複，基於不重複編列預算原則，爰要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</li> <li>2.健保署扣減與一般服務重複費用之計算方式： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)本項新增「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」，其與原一般服務提供之「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)」照護範圍重複。</li> <li>(2)健保署以 111 年有申報「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」者，於 108~110 年任一年曾申報「牙周暨齲齒控制基本處置(91014C)」之點數，視為自一般服務轉移自專款之費用，於 111</li> </ol> </li> </ol>

部門	項目	111 年度 協定事項	健保署對協定事項之 處理規劃	本會研析及建議
				年一般服務予以扣減。
中醫門診總額	照護機構 中醫醫療 照護方案	依 111 年 度預算執 行結果， 於一般服 務扣減與 本項重複 部分之費 用	於一般服務扣減與本 項重複部分費用之計 算方式，經提本署 111 年 8 月 18 日全民健康 保險醫療給付費用中 醫門診總額 111 年第 3 次研商議事會議討 論，決議俟 111 年第 4 季結算時，依本方案 申報費用之收案住 民，回推該住民 110 年 全年中醫門診申報醫 療費用點數，排除「全 民健康保險西醫住院 病患中醫特定疾病輔 助醫療計畫」專款後 點數，於 111 年一般 服務予以扣減。	<p>健保署所提扣減方式，與本會協商時，要求扣減與一般服務重複費用之邏輯一致、合理，<b>建議尊重健保署處理規劃</b>，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.本會協商時要求扣減與一般服務重複費用之考量： 本項專款係中醫至照護機構提供住民中醫服務，考量住民外出至中醫門診就醫，屬現行一般服務範圍。基於不重複編列預算原則，爰要求於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</li> <li>2.健保署扣減與一般服務重複費用之計算方式： 以本方案收案住民之申報費用，回推其 110 年中醫門診申報之點數，視為自一般服務轉移自專款之費用，於 111 年一般服務予以扣減。</li> </ol>



## 第二案

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

健保署業務窗口：李忠懿簡任視察，聯絡電話：02-27065866 分機 2542  
本會業務窗口：邱臻麗組長，聯絡電話：02-85906867

說明：

- 一、健保署依本(111)年度工作計畫，提報 110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果(簡報資料詳附件一，第 217~241 頁)。
- 二、前揭監測結果，健保署係依照本會 107 年 7 月份委員會議(107.7.27)修正通過之全民健康保險業務監理架構與指標辦理，包括：監測效率、醫療品質、效果、資源配置及財務等 5 大構面，共 23 項指標，供委員作為業務監理之參據。
- 三、為精進監測結果之解讀與運用，本會特委請專家學者就 110 年度監測結果及近 3 年趨勢評析提供意見，其中有關個別指標之建議，送請健保署再補充說明，對指標之修正建議，則由本會納入未來指標研修參考。專家學者意見及健保署與本會回復說明，詳「110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告(初稿)」之參考資料(第 83~90 頁)。
- 四、健保署整理各監理指標監測結果之重點與說明如下表：

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	1.以醫院急性病床平均住院天數作為衡量院所營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。 2.110 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.64 天，其中地區醫院最高(8.49 天)；惟刪除申報呼吸照護案件(給付類別 9)後，平均住院天數為 7.84 天，已接近整體平均值(7.64 天)。
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小	1.本指標可瞭解病人在急診室留置時間，評估醫院對急診病人的處理效率。數值低表示駐留時間較短，醫院在急診病人後續照護、病床管理表現較佳。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(一) 效率	時比率 (整體及各層級)	<p>2.110年整體急診留置超過24小時件數比率較109年上升約0.19個百分點，惟仍較108年下降約0.24個百分點。110年地區醫院急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，醫學中心及區域醫院指標表現較109年上升，惟仍較108年下降。</p> <p>3.110年整體急診留置超過24小時比率，在檢傷分類第1級至第3級均較109年上升0.17至0.68個百分點，惟仍較108年下降。</p>
	1.3 癌末病人 生前6個月 每人申報 醫療費 點數	<p>1.癌末病人疾病嚴重度較高，醫療利用或費用相對也高，若自我意願下選擇接受安寧緩和療護，生活較有品質，並減少臨終前無意義之過度醫療。本指標可了解癌末病人臨終前6個月整體醫療費用變化情形。</p> <p>2.108至110年癌症病人死前6個月使用安寧療護者之醫療費用皆較未使用者低，顯示安寧療護推動除提升生活品質亦有助於減少癌症病人生命終段醫療費用支出。</p> <p>3.110年癌症病人死前6個月曾接受與未接受安寧療護者之前3大醫療費用支出為藥費、病房費及診療費。另曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘診療項費用類別均低於未使用者。</p>
	1.4 區域醫院 以上初 級門診 照護率	<p>1.本項指標用於觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護，考量區域醫院以上層級應以急重症照護為主，藉由本指標可觀察資源有無過度投入初級照護之情形。</p> <p>2.108至110年醫院及區域醫院以上初級門診照護率均呈現下降趨勢。</p>
	1.5 西醫基層 與醫院 門診服 務病人 數、件 數占率	<p>1.本項指標係觀察西醫基層與醫院總額部門間服務量變化及轉移情形，作為資源分配及調整之參考。</p> <p>2.110年基層件數及人數占率較109年略為下降，可能原因為109年起因疫情影響，民眾加強個人防疫措施(如戴口罩、勤洗手及保持社交距離等)，降低病毒感風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒等就醫人數明顯減少，致基層院所就醫次數大幅減少，而急、重、難、罕患者仍需固定至大醫院就診。</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(一) 效率	1.6 藥品費用占率	<p>1.在藥品費用占率部分，108年至110年之藥費占率呈現上升趨勢。分析藥費占率上升原因，包含：嚴重特殊傳染性肺炎疫情造成醫療費用申報點數降低導致藥費占率增加，另108及109年藥品費用分配比率目標制(DET)方案年度調整之新藥價延後生效及新藥申報金額逐年增加。經排除新藥申報金額之影響，108年至109年藥費占率均維持在25%上下。</p> <p>2.藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，109年藥品費用超過目標總額之百分率增加至4.4%，可能係因預計於109年4月1日進行DET之藥價調整因疫情延後至109年10月1日。110年DET方案比照前一年度方案辦理，已於111年8月24日公告，成長率為4.524%，新藥品支付價格生效日期為112年1月1日。</p>
	1.7 健保專案計畫執行成效	<p>1.各總額部分專案試辦多年，未能適時退場或轉入常態支付項目，且專案數目有逐漸增加之趨勢，有必要監理及提升各專案執行之效率。</p> <p>2.專案計畫數目之多寡，由每年醫界與付費者協商而定，本署配合每年總額公告內容辦理各項專款計畫研修事宜，110年僅牙醫部門新增「0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」。</p>
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	<p>1.108年下半年至110年呈現上升趨勢(109年下半年略降)，109年及110年指標值上升原因，可能受COVID-19疫情影響，非急迫性手術延後執行，住院手術病人數(分母)減少所致。</p> <p>2.另108年及110年下半年標準差較大之原因，大多數院所指標值皆為0%(分子個案數為0)，108年及110年下半年有院所指標值為100%(分子、分母個案數皆為1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。</p>
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	<p>1.糖尿病為慢性病，須控制血糖以避免發生併發症。即時且有效地提供糖尿病患門診照護，將可避免住院，進而減少不必要的醫療費用支出，並提升生活品質。本指標可瞭解民眾加入健保照護方案的情形，指標值愈高，表示接受方案照護的民眾愈多。</p> <p>2.全國糖尿病品質支付服務之照護率，從108年55.4%，至110年增加為59.9%。各層級之糖尿病</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(二) 醫療 品質		照護率亦從 108 年約 42.1%~61.1%，至 110 年增加為約 47.5%~65.5%，其中以區域醫院照護率為最高。
	2.3 照護連續性	1.提供連續性照護將產生較佳的照護效果、較高的病患滿意度與較低的醫療費用，亦可作為整合性照護相關方案或計畫之評估參考；指標值介於 0~1 之間，越接近 1 代表照護連續性越高。 2.110 年平均每人照護連續性為 0.436，較 109 年(0.422)增加。
	2.4 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占分布	1.在醫療人力中，護理人員之占比最高，人力之供給，攸關醫療品質之良窳。本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。 2.108 年至 110 年 3 層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達 93% 以上，另 109 年計算方式，全日平均上班護理人員數改為不列計護理長，爰 109、110 年資料無法與 108 年比較。
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	1.110 年醫院滿意度為 93.9%、西醫基層滿意度為 95.0%、牙醫門診滿意度為 95.5%、中醫門診滿意度為 94.5%。 2.110 年調查報告書(含問卷內容)皆於「政府研究資訊系統(GRB)」公開。
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	1.本指標用於觀測糖尿病初級照護之情形，提升初級照護品質，有助於降低民眾住院率，節省醫療費用。 2.110 年糖尿病病人各年齡層之住院率皆有下降，仍以 75 歲以上年齡層之住院率最高；整體住院率 108 年及 109 年皆為 0.14%，110 年下降至 0.13%。
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	1.本指標係監測住院治療出院後之照護品質；DRGs 既為重要政策，監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。 2.109 年至 110 年 Tw-DRGs 案件之 3 日內再急診率維持為約 1.9%，相較一般住院案件 3.7% 至 3.8% 低，顯示 Tw-DRGs 推動有助改善疾病急性期治療醫療效率與品質。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(四) 資源 配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	<p>1.本指標係將鄉鎮市區依發展程度分類為5組後，計算每萬人口醫師數最高與最低兩組比值，用以衡量鄉鎮間醫師人力分布的均勻程度。</p> <p>2.經分析各部門最高與最低兩組「醫師人力之比值」：110年醫院為90.13，西醫基層為2.45、中醫門診為9.51，牙醫門診為15.13，數值皆較109年增加。</p>
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	<p>1.本指標以該地區戶籍人數的保險對象為分母，計算該區就醫人數之占率，用以觀察偏遠地區就醫率是否低於一般地區，評估醫療利用之公平性。</p> <p>2.110年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高(57.85%)，醫療資源不足地區居次(55.51%)，一般地區就醫率較低(51.23%)；另中醫及牙醫門診部門則相異，以一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區，惟110年中醫及牙醫之不同地區就醫率差距皆較109年減少。</p>
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	<p>1.整體：自付差額特材占全年特材使用率，108年0.0444%，109年0.0448%，110年0.0449%，平均占率0.0447%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。</p> <p>2.各類別項目：</p> <p>(1)近3年自付差額特材申報占率已達6成以上之項目：</p> <p>①冠狀動脈塗藥支架，已於111年3月提案至全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群，爰委託藥品查驗中心(CDE)協助進行醫療科技再評估(HTR)，將俟評估結果，再依程序辦理。</p> <p>②腦脊髓液分流系統，已於111年9月提案至全民健保特材共同擬訂會議中，決議同意先將市占率最高的「調控式腦室腹腔引流系統-流速</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付。 (2)另有關自付差額品項因調整功能分類、再新增自付差額品項數、或改為全額給付，造成占率之變動，將持續觀察。
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	110 年保險收支餘絀實際數 155.15 億元、預估數 240.49 億元，兩者之差異率為 35.49%。主要係因補充保險費收入數高於預期，致保險費收入實際數較預估數增加約 91 億元，若排除前揭因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 2.31%。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	110 年底安全準備總額折合保險給付支出月數為 1.55 個月，尚符合健保法第 78 條保險安全準備總額以 1 至 3 個月保險給付支出為原則之規定。
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	109 年全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率為 3.75%，全民健保醫療支出(不含部分負擔)占 GDP 比率為 3.55%，近 3 年來全民健保醫療支出占 GDP 比率維持在 3% 至 4% 之間。
	5.4 資金運用收益率	全民健康保險基金 110 年資金運用收益率為 0.33%，高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
	5.5 保費收繳率	近 3 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98% 以上，且經本署持續加強欠費監控機制及強化催收與移送行政執行，110 年整體收繳率較 108 年及 109 年微幅成長。
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	COVID-19 疫情衝擊社會經濟生活並影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致 109 年本指標較 108 年上升。110 年疫情再轉嚴峻，惟因一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，加以年底疫情趨緩後本署催收力道轉強，故該年本指標較 109 年下降。

五、本會同仁依健保署提報內容，整理 110 年監理指標監測結果重點摘要(詳附件二，第 242~245 頁，摘錄如下附表)。整體而言，5 大構面之 23 項指標中，有 10 項呈進步或穩定趨勢，宜保持或繼續觀察；13 項指標趨勢略有退步，尤其效率面的指標大都呈現退步之趨勢，值得特別關注，建議健保署進一步探討原因並研議改善策略。

## 110 年監理指標監測結果重點摘要

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢
(一) 效率 ○：1 ×：6	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	× (整體及各層級醫院均呈上升趨勢，且為近 3 年最高)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× (整體及各層級醫院均較 109 年增加)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	× (癌末病人死亡前一年申報安寧費用比率為近 3 年最低)
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	○ (呈下降趨勢，且為近 3 年最低) *宜留意醫學中心未明顯下降
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	× (基層病人數、件數占率逐年下降，與分級醫療政策方向不符)
	1.6 藥品費用占率	× (藥費占率逐年成長至近 29%)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	× (呈下降趨勢，僅西醫基層執行率達 9 成，牙醫門診則未達 8 成)
(二) 醫療品質 ○：3 △：1	2.1 手術傷口感染率	△ (無明顯變化)
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ (呈上升趨勢，且為近 3 年最高) *宜留意基層診所照護率最低
	2.3 照護連續性	○ (呈上升趨勢，且為近 3 年最高)
	2.4 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布	○ (醫學中心及區域醫院有改善) *宜留意醫學中心及區域醫院之高護病比占率微幅增加、地區醫院低護病比占率略降
(三) 效果 ○：1 ×：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	× (各部門均較 109 年低)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	○ (整體及各年齡層均較 109 年為低，且為近 3 年最低) *宜留意 75 歲以上病人住院率較高
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	× (較 109 年增加)
(四) 資源配置 △：1 ×：2	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	× (各部門比值為近 3 年最高)
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	× (牙醫門診、中醫門診近 3 年醫不足及山地離島就醫率皆低於一般地區)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	△ (整體之占率無明顯變化) *宜留意部分項目自付差額特材占率逐年增加

構面	指標	近 3 年監測結果	
		○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢	
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	×	(110 年差異率較大)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	×	(逐年下降)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	△	(未有明顯增加)
	○：1 △：2 ×：3	×	(逐年下降)
	5.4 資金運用收益率	×	(逐年下降)
	5.5 保費收繳率	○	(整體及第 1~3 類已達 9 成，第 6 類逐年上升)
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比 率	△	(未有明顯增加) *宜留意實際上呆帳金額隨著保費收入成長而增加

註：依 107 年第 6 次委員會議(107.7.27)「全民健康保險業務監理指標修訂」討論案，修正通過之指標定義提報。

六、在本次專案報告後，本會同仁將彙整委員於會中所提供之建議、健保署所提 110 年監測結果報告、專家學者審查意見及健保署回復說明，併本會趨勢評析意見，製作 110 年全民健康保險監理指標之監測結果報告，送委員參考並上網公開。

決定：





# 全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署



## 全民健康保險業務監理指標

- 依據衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」，指標項目共計23項：

構面	監理指標	構面	監理指標
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	(二)	1.民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)*
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)		2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人 效果 住院率**
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數*		3.出院後3日內再急診比率**
	4.區域醫院以上初級門診照護率	(四) 資源 配置	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫 師人力之比值(各部門)
	5.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率		2.一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之 就醫率(各部門)
	6.藥品費用占率*		3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)
	7.健保專案計畫之執行成效**		1.保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
(二) 醫療 品質	1.手術傷口感染率	(五) 財務	2.安全準備總額折合保險給付支出月數*
	2.糖尿病品質支付服務之照護率		3.全民健保醫療支出占GDP比率*
	3.照護連續性		4.資金運用收益率
	4.護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率 分布		5.保費收繳率**
			6.呆帳提列數與保費收入數之比率**

107年7月27日第3屆107年第6次委員會議決議：

- 1.修正之指標，共計5項，以\*表示。
- 2.新增之指標，共計5項，以\*\*表示。
- 3.刪除之指標，共計9項，分別為效率2項：「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」、「各層級醫院服務量占率」；醫療品質2項：「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」、「醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)」；效果2項：「未滿月新生兒死亡率」、「孕產婦死亡率」；資源配置1項「家庭自付醫療保健費用比率」；財務2項：「健保費成長率與GDP成長率比值」、「國民醫療保健支出占GDP比率」。



## 效率指標：7項

- 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 區域醫院以上初級門診照護率
- 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
- 藥品費用占率
- 健保專案計畫之執行成效

3



### 指標1.1 急性病床平均住院天數 (整體及各層級)

- 計算方式：急性病床住院日數/急性病床住院申請件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 監測期程：每半年
- 指標數值： 108年-110年急性病床平均住院天數

層級\年度	108年	109年	110年
醫院	7.38	7.44	7.64
醫學中心	7.33	7.27	7.44
區域醫院	7.12	7.24	7.42
地區醫院	8.17	8.28	8.49

- 資料來源:中央健康保險署三代倉儲住院明細、醫令檔。
- 資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、代辦案件、其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。
- 住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
- 平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

註:1.109年起平均住院天數上升，可能受疫情影響輕症病人未住院，屬急重難罕者病人仍持續就醫，致平均住院天數較高。  
2.110年地區醫院急性病床住院天數排除呼吸照護案件(給付類別9)，平均住院天數為7.84天；已接近整體平均值(7.64天)。

4



## 指標1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)<sup>1/3</sup>

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標數值：急診留置超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
	值	占率	值	占率
108年	7,326,102		201,562	2.75%
109年	6,320,904		146,893	2.32%
110年	5,893,834		147,737	2.51%

註：1.109年及110年急診總件數下降至6.3百萬件及5.9百萬件，顯示病人可能受疫情影響，確有急症才就醫(簡報第41頁之補充資料附表1)。另109年及110年留置急診超過24小時比率均較疫情前(106年至108年)低。

造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床或急性一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素。

2.各級檢傷分類均為醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，應係受病人急診就醫習慣及醫院病床占床率影響，且其收治之病人病況危急度及嚴重度較高，所需之緊急處置項目較耗時。

5



## 指標1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)<sup>2/3</sup>

年度別	特約類別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
		值	占率	值	占率
108年	醫學中心	1,947,901		136,552	7.01%
	區域醫院	3,644,835		57,233	1.57%
	地區醫院	1,733,366		7,777	0.45%
109年	醫學中心	1,617,426		99,314	6.14%
	區域醫院	3,102,035		40,957	1.32%
	地區醫院	1,601,440		6,622	0.41%
110年	醫學中心	1,461,185		100,043	6.85%
	區域醫院	2,859,894		38,474	1.35%
	地區醫院	1,572,755		9,220	0.59%

註：醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，可能係受病人急診就醫習慣(選擇至醫學中心就醫)及醫院病床占床率影響，且醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度可能較其他層級別院所高，故病人所需之緊急處置項目可能較耗時。查110年醫學中心急診留置超過24小時比率雖略高於109年，惟仍較108年為低，後續仍將持續觀察。

6



## 指標1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)<sup>3/3</sup>

醫院檢傷分類分級比率統計表

年度別	層級別	一級	二級	三級
108年	醫學中心	14.46%	11.75%	6.31%
	區域醫院	5.47%	3.29%	1.41%
	地區醫院	1.01%	1.16%	0.39%
	合計	7.89%	6.43%	2.57%
109年	醫學中心	12.06%	10.18%	5.57%
	區域醫院	4.56%	2.81%	1.17%
	地區醫院	1.23%	1.32%	0.43%
	合計	6.42%	5.39%	2.17%
110年	醫學中心	14.60%	11.02%	6.23%
	區域醫院	4.23%	2.79%	1.20%
	地區醫院	1.96%	1.67%	0.61%
	合計	7.10%	5.63%	2.34%

7



## 指標1.3 癌末病人生前6個月每人申報 醫療費用點數<sup>1/2</sup>

- 計算方式：癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

死亡年	死前6個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者醫療費用 (點/人)
	安寧費用	非安寧費用	合計	
	(點/人)	(點/人)	(點/人)	
108年	72,043	315,345	387,388	422,068
109年	66,754	332,276	399,030	438,114
110年	57,120	344,630	401,751	458,675

註：

1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。

8



## 指標1.3 癌末病人生前6個月每人申報 醫療費用點數<sup>2/2</sup>

- 排除基本診療費用後(含安寧費用)，曾接受與未接受安寧療護者前3大醫療費用支出，皆包含藥費、病房費及診療費，曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘類別費用均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費(1)	134,035	藥費(1)	154,410
病房費(2)	56,154	診療費(2)	59,735
診療費(3)	46,188	病房費(3)	56,390
治療處置費(4)	29,526	檢查費(4)	35,874
診察費(5)	29,814	診察費(5)	30,014

註：

1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。

9



## 指標1.4 區域醫院以上初級門診照護率

- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

單位：%

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
108年	13.80%	19.59%	34.11%	22.22%	17.13%
109年	13.94%	19.35%	32.31%	21.61%	17.04%
110年	13.94%	18.85%	30.86%	21.03%	16.73%

註：1.105年全面改以ICD-10-CM/PCS疾病編碼，104年以前以ICD-9-CM疾病編碼進行統計。

2.108-110年醫院各層級初級門診照護率，醫學中心已低於區域醫院及地區醫院，惟區域醫院及地區醫院仍呈現下降趨勢，醫學中心則維持13.94%持平。

3.110年仍屬疫情期間，民眾於各總額部門整體就醫件數均呈現負成長，其中急性上呼吸道感染、急性鼻竇炎、急性支氣管炎、急性鼻咽炎(感冒)及肺炎等案件皆大幅減少，惟因COVID-19之症狀初期與上呼吸道感染等症狀相似而影響病人至大醫院就醫。

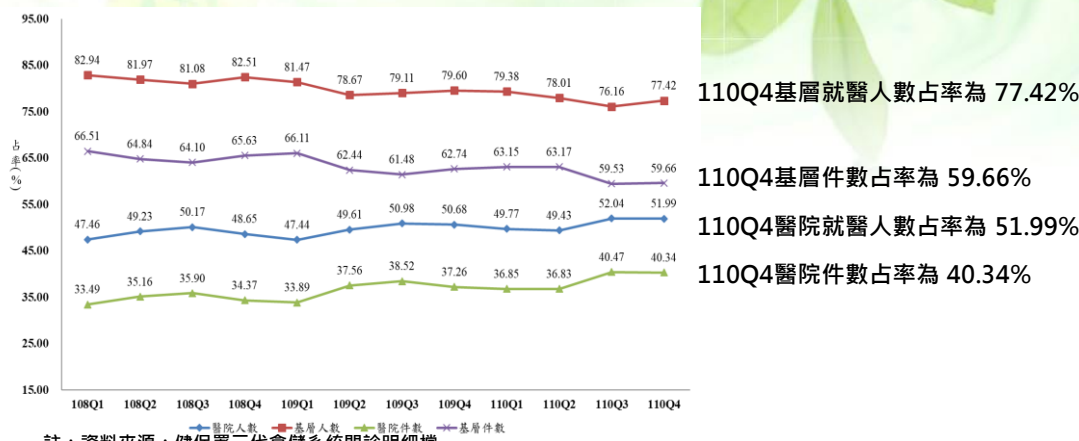
4.108-110年初級照護前10大疾病及就醫件數如補充資料附表2(簡報第42頁)。

10



## 指標1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率

- 計算方式：病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數  
件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數
- 監理重點：就醫變動性
- 監測期程：每季
- 指標數值：



註：資料來源：健保署三代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫基層與醫院總額（含透析）案件。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。
5. 108-110年三層級醫院門診就醫人數及件數占率如補充資料附表3(簡報第43頁)。

11



## 指標1.6 藥品費用占率

- 計算方式：1. 藥品申報醫療點數/整體申報醫療點數  
2. 醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院、地區醫院分列
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

年度/費用佔率	層級別				
	(1)整體	(2)醫學中心	(3)區域醫院	(4)地區醫院	(5)基層院所
108年上半年	27.26%	35.51%	29.42%	22.78%	18.47%
108年下半年	26.23%	34.49%	27.89%	21.68%	18.04%
109年上半年	27.98%	36.57%	29.96%	23.68%	19.08%
109年下半年	27.08%	35.65%	28.41%	22.65%	18.47%
110年上半年	28.91%	38.47%	30.42%	24.17%	19.33%
110年下半年	28.39%	37.60%	29.71%	23.91%	19.18%
平均值	27.64%	36.38%	29.30%	23.15%	18.76%
標準差	0.97%	1.47%	0.96%	0.94%	0.51%
平均值±1.5*標準差	(29.10%, 26.18%)	(38.58%, 34.18%)	(30.75%, 27.85%)	(24.56%, 21.73%)	(19.52%, 18.0%)
平均值±2*標準差	(29.59%, 25.69%)	(39.31%, 33.45%)	(31.23%, 27.37%)	(25.03%, 21.26%)	(19.78%, 17.75%)

註：1. 藥品給付協議還款金額回歸總額自107年第二季實施，故自107年上半年起，藥品實際申報費用為藥品申報費用扣除還款金額。  
2. 有關110年醫學中心占率超過37%，醫學中心近三年藥費占率平均值為36.38%，尚落於平均值±1.5標準差範圍內，藥費占率略增原因可能為「新冠肺炎影響民眾就醫習慣」及「108及109年藥價調整延後實施」。

12



## 指標1.7 健保專案計畫之執行成效

- 計算方式：1.本年度導入(進場)、退場之專案計畫數/本年度進行中之專案計畫總數  
2.各部門擇一計畫，計算KPI(含經費)達成率
- 監理重點：監理健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標數值：

### 110年全年專案計畫及進場專案計畫

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
進場、退場之專案計畫	0/14	0/12	0/9	1/6
專款計畫之預算執行率	86%	94%	84%	76%

註：110年牙醫部門增加「0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫」。

13



## 醫療品質指標：4項

- 手術傷口感染率
- 糖尿病品質支付服務之照護率
- 照護連續性
- 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

14



## 指標2.1 手術傷口感染率

- 計算方式：1.住院手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數  
2.ICD-9-CM次診斷碼為996.6、998.1、998.3、998.5或ICD-10-CM次診斷碼全碼為第52頁之指標定義

- 監理重點：住院照護安全性
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

單位：%

	分子	分母	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2*標準差
106年上半年	5,919	514,100	1.15%	0.57%	1.33%	0.00%	2.57%
106年下半年	6,582	555,310	1.19%	0.54%	1.11%	0.00%	2.21%
107年上半年	5,886	522,929	1.13%	0.79%	4.75%	0.00%	7.91%
107年下半年	6,252	555,332	1.13%	0.68%	2.54%	0.00%	4.49%
108年上半年	5,980	529,937	1.13%	0.95%	5.18%	0.00%	8.72%
108年下半年	6,538	564,529	1.16%	1.18%	6.94%	0.00%	11.59%
109年上半年	6,064	489,243	1.24%	0.87%	2.18%	0.00%	4.14%
109年下半年	6,704	576,211	1.16%	0.65%	1.84%	0.00%	3.41%
110年上半年	5,958	487,283	1.22%	0.93%	3.49%	0.00%	6.17%
110年下半年	6,500	539,222	1.21%	1.09%	6.01%	0.00%	10.10%

- 指標及指標值意義說明：108年下半年起，呈上升趨勢，至109年下半年略為下降，110年上、下半年又略為上升，109年及110年指標值上升原因，可能受COVID-19疫情影響，非急迫性手術延後執行，住院手術病人數(分母)減少所致。
- 院所標準差變動大原因說明：大多數院所指標值皆為0(分子個案數為0)，108年及110年下半年有院所指標值為100%(分子、分母個案數皆為1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。

註：105年起改用ICD-10診斷碼。

15



## 指標2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

- 計算方式：分母中有申報管理照護費人數/符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
108年	55.6%	61.1%	55.1%	42.1%	52.7%
109年	56.7%	63.9%	56.5%	46.1%	55.4%
110年	58.8%	65.5%	58.6%	47.5%	59.9%

註:各分區照護率及各層級參與院所家數如補充資料附表4及附表5(簡報第44頁)。

16





## 指標2.3 照護連續性

● 計算方式：
$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$$

N = 病患就醫總次數

$n_i$  = 病患在個別院所之就醫次數

M = 就診院所數

- 監理重點：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	108年	109年	110年
平均每人門診 照護連續性	0.400	0.422	0.436

註：資料來源：健保署三代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫門診案件 (不含牙醫、中醫)。

2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。

3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。

4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值 (就醫次數≤3次且≥100次) 個案，再取算數平均值。

5. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢箋箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。

17



## 指標2.4 護理人力指標 -急性病房全日平均護病比占率分布

- 計算方式：1. 醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)  
加總/每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總  
2. 護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但  
列計「護理長」(以1人計)，自108年5月不列計「護理長」

- 監理重點：護理人力之供給情形

- 監測期程：每半年

- 指標數值：110年1-12月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
20%	< 7.0	44.7%	< 10.0	77.0%	< 13.0	86.2%
17%	7.0-7.4	31.0%	10.0-10.4	8.8%	13.0-13.4	2.5%
14%	7.5-7.9	17.7%	10.5-10.9	6.9%	13.5-13.9	1.7%
5%	8.0-8.4	6.7%	11.0-11.4	2.5%	14.0-14.4	1.3%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	4.4%	14.5-14.9	1.0%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.4%	> 14.9	1.4%
不適用 <sup>註3</sup>		0%		0%		5.9%
小計		100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：各醫院至健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料。

註：1. 月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數。

2. 精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

3. 護病比為0表示該醫院該費用年未有收住院個案。

4. 近3年各層級護病比變化如補充資料附表6(簡報第45頁)，各層級醫院全日平均護病比加成修訂歷程如附表7(簡報第46頁)。

18



## 效果指標：3項

- 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)
- 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率
- 出院後3日內再急診比率

19



### 指標3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度 (各部門)

- 計算方式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數
- 監理重點：民眾就醫整體感受
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

總額別	108年	109年	110年
醫院	96.8%	96.0%	93.9%
西醫基層	95.9%	97.2%	95.0%
牙醫門診	94.0%	96.7%	95.5%
中醫門診	95.0%	95.8%	94.5%

註：1.本項指標105年(含)以前指標名稱為「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」，每年調查民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度；106年起考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，原測量醫療環境、醫師態度、治療結果及整體滿意度部分予以精簡，只保留治療結果滿意度，指標名稱已修正為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

2.110年度調查各部門有效樣本數為醫院1,380份、西醫基層1,326份、牙醫門診1,301份、中醫門診1,292份。

3.110年度調查報告書(含問卷內容)公開於「政府研究資訊系統(GRB)」(網址：<https://www.grb.gov.tw>)。

20



## 指標3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標) -糖尿病病人住院率

- 計算方式：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件/15歲以上人口(每十萬人口)
- 監理重點：糖尿病初級照護之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年齡層	108年	109年	110年
15-24	0.02%	0.03%	0.02%
25-34	0.03%	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%	0.05%
45-54	0.11%	0.11%	0.10%
55-64	0.17%	0.17%	0.15%
65-74	0.32%	0.31%	0.27%
75~	0.58%	0.57%	0.50%
整體	0.14%	0.14%	0.13%

註:隨人口老化和生活型態改變,糖尿病病人逐年增加。糖尿病可能導致多項併發症,包含視網膜、腎臟及神經病變、動脈硬化症等,且如病情控制不佳,易引發心臟病、中風外,甚至造成失明、洗腎和截肢。查糖尿病病人不同年齡層住院率,歷年於各年齡層分布之趨勢皆一致,隨年紀增加而上升,且以年齡層最高組別(75歲以上)有相對最高之住院率,其主要與高齡者之病情穩定度差、共病較多及自我照護能力之限制有關。

21



## 指標3.3 出院後3日內再急診比率

- 計算方式：分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案件數(跨院)/出院案件數
- 監理重點：監測住院治療出院後之照護品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度別	Tw-DRGs案件		一般案件	
	3日內再急診率	增減%	3日內再急診率	增減%
108年	2.02%	0.06	3.85%	0.03
109年	1.90%	-0.12	3.68%	-0.17
110年	1.93%	0.03	3.76%	0.08

22



## 資源配置指標：3項

- 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
- 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)
- 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

23



### 指標4.1 以鄉鎮市區之發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

- 計算方式：1.依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值。  
2.鄉鎮市區發展程度分類採謝兩生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類分為1級至5級區域，共5組。
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
108年	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23
109年	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87
110年	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13

註1：原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

- 指標及指標值意義說明
  - 整體人力比值維持穩定
  - 醫院人力比值差異較大
  - 西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫

註2：資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計；戶籍人口數、醫師數：均以該年年底（12月）之統計數字為計算依據。

註3：補充103~110年無醫院鄉鎮數及偏鄉地區醫療服務之各項推動計畫如補充資料(簡報第47、48頁)。

24



## 指標4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)

- 計算方式：1. 門診就醫人數/總人數  
2. 醫療資源不足地區：各部門最近一年公告之醫療資源不足地區。  
3. 山地離島地區：執行IDS之地區。
- 監理重點：醫療利用之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值： 單位：%

年度	總額別		醫院	西醫基層	牙醫	中醫
	地區別					
108年	一般地區		54.28	82.19	47.55	26.64
	醫療資源不足地區		57.82	83.03	32.84	19.77
	山地離島地區		60.94	86.44	42.22	23.51
109年	一般地區		52.36	78.88	46.36	25.18
	醫療資源不足地區		56.65	79.99	31.77	18.83
	山地離島地區		58.63	84.28	41.54	22.63
110年	一般地區		51.23	76.26	45.00	22.91
	醫療資源不足地區		55.51	77.62	31.09	16.88
	山地離島地區		57.85	82.97	40.47	20.72

註：有關牙、中醫於醫療資源不足地區與山地離島地區之就醫率較一般地區低之可能原因及解決方案如補充資料(簡報第49頁)。

25



## 指標4.3 自付差額特材占率(整體)

- 計算方式：自付差額特材申報數量/特材申報數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值： 單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
108年上半年	0.0445	0.0447	0.0002	0.0444	0.0450	0.0443	0.0451
108年下半年	0.0443						
108年全年	0.0444						
109年上半年	0.0422						
109年下半年	0.0471						
109年全年	0.0448						
110年上半年	0.0429						
110年下半年	0.0469						
110年全年	0.0449						

註：1.平均值\*：108~110年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值。  
2.標準差\*：108~110年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差。

26



### 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>1/6</sup>

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊功能人工 水晶體	108年	37.9	39.5	1.5	37.3	41.6	36.6	42.4
	109年	39.1						
	110年	41.4						
特殊材質人工 髖關節	108年	28.5	28.6	0.2	28.4	28.9	28.3	29.0
	109年	28.5						
	110年	28.9						
特殊功能人工 心律調節器	108年	44.4	44.2	0.9	42.9	45.6	42.4	46.0
	109年	42.6						
	110年	45.6						
冠狀動脈塗層 支架	108年	66.1	66.9	1.0	65.4	68.5	64.9	69.0
	109年	66.3						
	110年	68.4						

27



### 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>2/6</sup>

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊材質生物組織 心臟瓣膜	108年	41.5	40.9	1.1	39.2	42.6	38.6	43.2
	109年	39.3						
	110年	41.9						
義肢	108年	7.7	7.3	1.1	5.6	9.0	5.0	9.6
	109年	8.4						
	110年	5.7						
腦脊髓液分流系統	108年	81.8	82.1	0.4	81.5	82.7	81.3	82.9
	109年	81.9						
	110年	82.7						
治療淺股動脈狹窄 之塗藥裝置	108年	36.8	37.3	1.7	34.8	39.8	34.0	40.7
	109年	35.6						
	110年	39.6						

28



### 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>3/6</sup>

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
治療複雜性心臟 不整脈消融導管	108年	16.4	31.7	12.0	13.7	49.7	7.7	55.7
	109年	32.9						
	110年	45.7						
特殊功能及材質 髓內釘組	108年	58.4	61.1	2.3	57.6	64.5	56.6	65.7
	109年	60.8						
	110年	64.0						

29



### 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>4/6</sup>

#### □ 近3年指標值意義說明：

自付差額特材占全年特材使用率，108年**0.0444%**，109年**0.0448%**，110年**0.0449%**，**平均占率0.0447%**，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。其中：

#### 一. 特殊功能人工水晶體：

- 109年調整功能分類(如延伸焦距、二焦點、三焦點)
- 較健保單焦球面人工水晶體有不同功能性  
(涉及民眾自身的工作型態及生活機能，而有不同選擇)
- 自付差額特材申報占率由108年**37.9%**上升至110年**41.4%**。

#### 二. 特殊功能人工心律調節器：

- 自108年10月：「**雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)**」由自付差額品項改為全額給付品項，致109年自付差額特材**下降至42.6%**。
- 110年使用量回復與108年申報情形相同，將持續觀察。

30



## 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>5/6</sup>

### 三. 冠狀動脈塗藥支架：

- 自付差額特材申報占率108年至110年皆達**60%以上**
- 已提案至111年3月全民健保特材專家諮詢會議，與會專家建議應**重新規劃**給付條件以符合健保給付效益，以**臨床實證**為先決條件，研議納入全額給付之病人族群。
- 委託藥品查驗中心(CDE)協助進行**醫療科技再評估(HTR)**，將俟評估結果再依程序辦理。

### 四. 腦脊髓液分流系統：

- 自付差額特材申報占率108年至110年皆達**8成**以上
- 已提案至111年9月全民健保特材共同擬訂會議，決議：此案特材具有臨床需要性，同意先將市占率最高的「**調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)**」類別**納入健保全額給付**，後續將依程序辦理相關事宜。

31



## 指標4.3 自付差額特材占率(各類別項目)<sup>6/6</sup>

### 五. 治療複雜性心臟不整脈消融導管：

- 108年12月：**再新增**「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」為自付差額特材。
- 自付差額特材申報占率由108年**16.4%****上升至**110年**45.7%**。

### 六. 特殊功能及材質髓內釘組：

- 考量健保**支付一致性**原則及保險對象使用之權益，110年9月將民眾**自費**使用「**股骨幹**」、「**脛骨**」、「**肱骨**」**鈦合金材質髓內釘品項**，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付，自110年12月1日起生效。
- 自付差額特材申報占率由108年**58.4%****上升至**110年**64.0%**。

32





## 財務指標：6項

- 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 全民健保醫療支出占GDP比率
- 資金運用收益率
- 保費收繳率
- 呆帳提列數與保費收入數之比

33



### 指標5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

- 計算方式：1.(保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數)/保險收支餘絀預估數  
2.保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出)
- 監理重點：收支餘絀預估之準確性
- 監測期程：每季
- 指標數值：110年截至第4季底，實際數短絀155.15億元，預估數短絀240.49億元；差異率-35.49%
- 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(108至110年)資料計算：

年度	108年	109年	110年
差異率	-18.00%	0.07%	-35.49%

減2個標準差	減1.5個標準差	108至110年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-46.84%	-39.58%	-17.81%	3.97%	11.23%

- 108年至110年為審定決算數。
- 110年主要係因補充保險費收入數高於預期，致保險費收入實際數較預估數增加約91億元。若排除前揭因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為2.31%
- 差異原因主要為補充保險費收繳高於預期，補充保險費實際數易受景氣波動影響，係非預期影響因素。

34



## 指標5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
- 監測期程：每季
- 指標數值：截至110年第4季底為1.55個月
- 指標及指標值意義說明：

➢ 以前3年(108至110年)資料計算：

截至年度	108年底	109年底	110年底
約當月數	3.23個月	1.88個月	1.55個月
較前一年度增減數	-341.97億元	-676.07億元	-155.15億元

減2個標準差	減1.5個標準差	108至110年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
0.76個月	1.13個月	2.22個月	3.31個月	3.68個月

- 108年至110年為審定決算數。
- 108年至110年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為3.23、1.88及1.55個月，尚符合健保法第78條保險安全準備總額以1至3個月保險給付支出為原則之規定。

35



## 指標5.3 全民健保醫療支出占GDP比率

- 計算方式：全民健保醫療支出總額 / GDP×100
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占GDP比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占GDP比率
107年	3.69%	3.46%
108年	3.75%	3.52%
109年	3.75%	3.55%

資料來源：GDP為行政院主計總處111年8月12日更新資料。

- 指標及指標值意義說明：
  - 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3%-4%之間

36



## 指標5.4 資金運用收益率

- 計算方式：本季保險資金運用收益/本季保險資金日平均營運量
- 監理重點：資金管理效率
- 監測期程：每季
- 指標數值：110年截至第4季為0.33%
  - 以108年-110年資料計算：

單位:億元

項目	年度	108年	109年	110年
運用收益		13.95	10.13	5.47
日平均營運量		2,070.47	1,708.79	1,670.80
收益率		0.67%	0.59%	0.33%
五大銀行一年期 大額定存平均利率		0.18%	0.13%	0.13%
註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀				

減2個標準差	減1.5個標準差	108至110年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.24%	0.31%	0.53%	0.75%	0.83%

- 因全民健康保險資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準，108年至110年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
- 108年至110年因國內存款利率進入降息階段，爰收益率受其影響逐年走低，直至111年3月中央銀行宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息，健保基金收益率亦獲逐步改善。

37



## 指標5.5 保費收繳率

- 計算方式：最近5年投保單位及保險對象一般保費實收數/最近5年投保單位及保險對象一般保費應收數
- 監理重點：監理保費收繳之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位:%

投保單位及保險對象	108年	109年	110年
第一類	99.61	99.62	99.55
第二類	99.64	99.70	99.72
第三類	99.25	99.35	99.44
第六類	84.37	84.65	85.15
整體	98.56	98.61	98.63

資料來源：健保署

- 指標及指標值意義說明：
  - 108~110年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類收繳率約在84%至85%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。
  - 110年整體收繳率較108年及109年微幅成長，主要係因本署持續加強欠費監控機制，及強化催收與移送行政執行。

38



## 指標5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率

- 計算方式：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數/投保單位及保險對象本年度一般保費收入數
- 監理重點：監理呆帳提列情形
- 監測期程：每年
- 指標數值： 單位:%

108年	109年	110年
1.24	1.31	1.27

### ● 指標及指標值意義說明：

資料來源：健保署

109年發生COVID-19疫情衝擊社會經濟生活，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標較108年上升。110年疫情再轉嚴峻，呆帳提列數較109年略為增加，惟因一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，加以年底疫情趨緩後本署催收力道轉強，故本指標較109年下降。本署將持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生。

39



# 補充資料



附表1.急診病人留置急診室超過24小時比率

年度	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
	值	值	值	占率(%)
106年	7,004,929		192,618	2.75
107年	7,081,221		192,786	2.72
108年	7,326,102		201,562	2.75
109年	6,320,904		146,893	2.32
110年	5,893,834		147,737	2.51

41



附表2.108-110年初級照護前10大疾病及就醫件數

年度	主診斷疾病別	初級照護次數 (百萬)(B)	年度	主診斷疾病別	初級照護次數 (百萬)(B)
110	急性上呼吸道多處或未明示感染	10.54	108	急性上呼吸道多處或未明示感染	23.03
	本態性(原發性)高血壓	8.44		急性支氣管炎	8.79
	結膜炎	4.84		本態性(原發性)高血壓	7.93
	急性支氣管炎	3.44		急性鼻咽炎(感冒)	6.18
	背痛	3.4		結膜炎	5.96
	急性鼻咽炎(感冒)	3.21		急性咽炎	4.02
	其他和未明示的皮膚炎	2.61		背痛	3.51
	退化性脊椎炎	2.35		急性鼻竇炎	3.34
	胃炎及十二指腸炎	2.35		其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.88
	其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.2		急性喉炎和氣管炎	2.74
109	急性上呼吸道多處或未明示感染	15.84			
	本態性(原發性)高血壓	8.12			
	急性支氣管炎	5.61			
	結膜炎	5.44			
	急性鼻咽炎(感冒)	4.54			
	背痛	3.52			
	急性咽炎	2.83			
	其他和未明示的皮膚炎	2.61			
	其他及未明示非傳染性胃腸炎及結腸炎	2.55			
	退化性脊椎炎	2.54			

42



**附表3.108-110年三層級醫院門診就醫人數及件數占率**

年度	就醫人數占率			就醫件數占率		
	108	109	110	108	109	110
醫學中心	23.91%	23.55%	23.28%	10.30%	10.99%	11.56%
區域醫院	32.32%	31.36%	30.75%	14.02%	14.79%	15.28%
地區醫院	24.73%	24.60%	24.89%	10.40%	11.01%	11.76%

註:同一病人同一年度如於不同層級醫院就醫，將分別計算。

43



**附表4.分區別糖尿病品質支付服務之照護率**

年度	項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	總計
108年	照護人數	228,996	127,475	171,903	113,626	123,165	19,172	783,803
	符合收案人數	433,440	219,022	288,789	215,385	237,873	35,686	1,414,995
	照護率(%)	52.8%	58.2%	59.5%	52.8%	51.8%	53.7%	55.4%
109年	照護人數	255,863	142,025	185,299	126,633	139,396	21,969	870,760
	符合收案人數	453,143	233,011	306,010	226,546	252,251	38,442	1,493,187
	照護率(%)	56.5%	61.0%	60.6%	55.9%	55.3%	57.1%	58.3%
110年	照護人數	275,049	154,198	196,789	136,254	150,192	24,097	936,195
	符合收案人數	475,291	244,957	318,964	235,986	265,559	40,190	1,563,199
	照護率(%)	57.9%	63.4%	61.5%	57.7%	56.2%	59.8%	59.9%

**附表5.各層級糖尿病品質支付服務之參與院所家數**

年度	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
108年	19	75	179	910	1,183
109年	19	75	184	1,027	1,305
110年	19	76	191	1,103	1,389

44



## 附表6.108年至111年5月全日平均護病比統計

護病比	<7.0	7.0~7.4	7.5~7.9	8.0~8.4	8.5~8.9	≥9.0	未填或護病比為0
108年	10.7%	21.3%	47.0%	18.7%	2.3%	0.0%	0.0%
109年	26.3%	34.0%	33.3%	6.3%	0.0%	0.0%	0.0%
110年	44.7%	31.0%	17.7%	6.7%	0.0%	0.0%	0.0%
111年	50.4%	34.4%	10.4%	4.8%	0.0%	0.0%	0.0%
1-5月							
護病比	<10	10.0~10.4	10.5~10.9	11.0~11.4	11.5~11.9	≥12.0	未填或護病比為0
108年	57.9%	17.3%	12.1%	4.5%	7.3%	1.0%	0.0%
109年	68.4%	12.8%	8.4%	3.4%	6.7%	0.3%	0.0%
110年	77.0%	8.8%	6.9%	2.5%	4.4%	0.4%	0.0%
111年	80.7%	6.7%	4.6%	2.3%	5.3%	0.5%	0.0%
1-5月							
護病比	<13.0	13.0~13.4	13.5~13.9	14.0~14.4	14.5~14.9	≥15.0	未填或護病比為0
108年	86.8%	2.3%	1.6%	1.5%	1.7%	0.9%	5.2%
109年	87.1%	2.1%	1.6%	1.9%	1.2%	1.4%	4.7%
110年	86.2%	2.5%	1.7%	1.3%	1.0%	1.4%	5.9%
111年	85.1%	2.2%	1.7%	1.2%	1.2%	1.5%	7.2%
1-5月							

- 註：1. 月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次/該層級之總申報月次數。  
 2. 精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成。  
 3. 護病比為0表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。  
 4. 108年5月起護理人力不列計「護理長」。

45



## 附表7.住院護理費護病比加成調整情形

全日平均護病比範圍			106.4以前 加成率	106.5以後 加成率	107.12以後 加成率
醫學中心	區域醫院	地區醫院			
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9	11%	9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4		12%	17%
<7.0	<10.0	<13.0		14%	20%

- 註：  
 1. 104年醫院總額於一般服務部門編列20億元預算，其中12億元用於護病比與健保支付連動。爰自104年1月起，推行「護病比與健保支付連動」，加成級距分3級，醫學中心護病比小於9、區域醫院小於12、地區醫院小於15，其住院護理費支付點數可依不同護病比級距，加成9%、10%、11%。  
 2. 為鼓勵護病比表現較佳之醫院，106年5月加成級距由3級調整為5級並調整加成率。  
 3. 107年12月將全日平均護病比較高之加成率下修，並提升全日平均護病比較佳之加成率  
 4. 108年至110年3層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達93%以上，另109年計算方式，全日平均上班護理人員數改為不列計護理長，爰109、110年資料無法與108年比較。

46



## 以鄉鎮市區之發展程度，觀察最高與最低 兩組醫師人力之比值(各部門)-補充說明資料<sup>1/2</sup>

健保署提升無醫院鄉鎮地區之醫療可近性

1. 偏遠及離島地區因地理環境致交通不便、人口稀少且分散，故醫事人力招募不易、醫療資源相對於一般地區不足。

2. 103~110年無醫院鄉鎮數如下表：

年度	103	104	105	106	107	108	109	110
無醫院鄉鎮數	203	203	203	202	202	203	204	205

47



## 以鄉鎮市區之發展程度，觀察最高與最低 兩組醫師人力之比值(各部門)-補充說明資料<sup>2/2</sup>

3. 為提升偏遠及離島當地民眾就醫可近性，本署及衛福部相關單位積極推動偏鄉地區醫療服務之各項計畫，臚列如下：

部門	計畫及策略
健保署	(1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(IDS計畫)
	(2)西醫、中醫、牙醫醫療資源不足地區改善方案
	(3)偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫
	(4)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫
	(5)醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫
	(6)衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」
衛福部	(1)優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力
	(2)改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援
	(3)推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可近性

48





## 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率 (各部門)-補充說明

1. 109及110年因國內COVID-19疫情嚴峻，可能改變民眾就醫習慣，一般地區、醫療資源不足地區或是山地離島地區，牙醫及中醫 其就醫率相較108年皆呈現下降趨勢。
2. 本署因應COVID-19之調整作為如下：
  - (1) 中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，放寬管理原則，包括：巡迴點平均每診10人次限制及獎勵開業計畫保障額度核付管控原則(毋須管控保障額度核付百分比)。
  - (2) 牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，放寬管理原則，包括：
    - A. 執業計畫診所：巡迴服務每人每月平均就診人次、每月提供巡迴醫療服務次數及保障額度核付管控原則(毋須管控保障額度核付百分比)
    - B. 巡迴計畫醫療團：每診次最低就醫人數之管控。
3. 透過上開放寬措施及滾動式檢討，持續鼓勵中醫師及牙醫師至醫療資源不足地區與山地離島地區提供巡迴醫療、辦理開業等，提供符合當地需求之醫療服務。

49



敬請指教

## 110 年監理指標監測結果重點摘要

健保會 111.10

現行監理架構經 107 年 6 月(107.6.22)及 7 月份委員會(107.7.27)討論通過，包括：效率、醫療品質、效果、資源配置及財務等 5 大構面，內含 23 項指標，供委員作為業務監理之依據。本會同仁依健保署提報之 110 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢，整理 110 年監測結果重點摘要如下：

### 一、整體表現情形：

有 10 項指標呈進步或穩定趨勢，宜保持或繼續觀察；另有 13 項指標趨勢略有退步，值得特別關注，建議健保署就略有退步部分，進一步探討原因並研議改善策略，以保障民眾權益。

### 二、各項指標表現情形：

#### (一)效率構面(7 項指標)：

##### 1.呈進步趨勢(1 項指標)：

指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」：區域醫院以上呈下降趨勢，符合分級醫療政策方向，宜保持。惟醫學中心未有明顯下降趨勢，請健保署進一步研析原因及研議改善策略。

##### 2.呈退步趨勢(6 項指標)：

(1)指標「1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」：110 年整體及各層級醫院均呈上升趨勢(為近 3 年最高)，且又以地區醫院最高，請健保署瞭解原因及推動相關改善作為。

(2)指標「1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」：急診總件數逐年下降，然 110 年急診留置超過 24 小時比率卻呈增加趨勢(醫學中心歷年監測數值均較其他層級醫院高)，請健保署瞭解醫學中心病人留置急診原因，以利改善其急診壅塞問題。

(3)指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」：110

年癌末病人死亡前一年申報安寧費用比率為近 3 年最低，請健保署進一步瞭解原因，並繼續推動安寧緩和療護服務，鼓勵癌末病人接受安寧療護，以維持生命尊嚴，提高生活品質。

(4)指標「1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」：近 3 年西醫基層部門就醫人數及件數占率，均呈下降趨勢。歷年健保總額挹注預算配合推動分級醫療政策，請健保署瞭解原因及檢討相關措施。

(5)指標「1.6 藥品費用占率」：逐年增加，110 年成長至近 29%，藥費占率過高將排擠其他醫療服務，請健保署持續留意藥品使用情形及藥品費用結構合理性，以利研議相關管控措施。

(6)指標「1.7 健保專案計畫之執行成效」：110 年各部門執行率均下降(僅西醫基層執行率達 9 成)，可能受 COVID-19 疫情影響，請健保署進一步瞭解原因並研議改善策略。

## (二)醫療品質構面(4 項指標)：

### 1.呈進步趨勢(3 項指標)：

(1)指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」：各層級院所皆逐年上升，宜保持。

(2)指標「2.3 照護連續性」：呈上升趨勢，且為近 3 年最高，宜保持。

(3)指標「2.4 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布」：近 2 年醫學中心及區域醫院朝低護病比方向移動，惟高護病比占率亦微幅增加，且醫學中心護病比小於 7 之占率，尚未達 50%，歷年健保總額挹注相關預算，以提升住院護理照護品質，請健保署與醫護團體共同研議策略，促使醫學中心護病比能早日往 1:7 的方向邁進。

### 2.無明顯趨勢(1 項指標)：

指標「2.1 手術傷口感染率」：無明顯趨勢，宜繼續觀察。

## (三)效果構面(3 項指標)：

### 1.呈進步趨勢(1 項指標)：

指標「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)–糖尿病病人住院率」：110年整體及各年齡層(尤以65歲以上者)糖尿病病人住院率，相較108及109年略有改善，宜保持。

2.呈退步趨勢(2項指標)：

(1)指標「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」：110年各部門之滿意度均較109年低，宜繼續觀察。

(2)指標「3.3 出院後3日內再急診比率」：110年出院後3日內再急診率，較109年增加，宜繼續觀察。

(四)資源配置構面(3項指標)：

1.無明顯趨勢(1項指標)：

指標「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」：整體自付差額特材占率無明顯趨勢，然「腦脊髓液分流系統」自付差額占率已逾8成，「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」等2項占率已逾6成，請健保署積極研議將已近於常態或必要使用之自付差額特材納入全額給付，以減少民眾就醫的財務負擔。

2.呈退步趨勢(2項指標)：

(1)指標「4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」：110年各部門之比值為近3年最高，又以醫院部門差異最大，請健保署瞭解原因，並與各部門共同研議因地制宜的改善措施。

(2)指標「4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」：近3年各部門各地區就醫率呈減少趨勢，可能與COVID-19疫情影響病人就醫意願有關，宜繼續觀察疫情後之變化。另牙醫及中醫門診部門之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，請健保署滾動檢討山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案，以確保健保投入總額預算能確實提升當地民眾就醫之方便性。

(五)財務構面(6 項指標)：

1.呈進步趨勢(1 項指標)：

指標「5.5 保費收繳率」：整體保費收繳率已達 98%，惟第六類保險對象收繳率仍維持 85%，請健保署瞭解原因並研議如何提升第六類保險對象之保費收繳率。

2.無明顯趨勢(2 項指標)：

(1)指標「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」：近 3 年維持在 3%~4%之間，宜繼續觀察。

(2)指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」：近年比率變化不大(1.24%~1.31%)，然呆帳提列數持續增加，請健保署持續爭取財源，協助弱勢民眾，以減少呆帳情形。

3.呈退步趨勢(3 項指標)：

(1)指標「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」：110 年差異率(-35.49%)較大，請健保署具體檢討差異率增加的原因，並探討近 3 年疫情對財務收支影響，以作為未來財務預估之參考。

(2)指標「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」：呈逐年降低趨勢，請健保署積極研議財務平衡及開源節流相關措施，並全盤檢視調整財務收支結構，以維持健保財務穩健。

(3)指標「5.4 資金運用收益率」：逐年下降，請健保署積極檢討並研議提升投資績效之策略。

### 第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

# 附錄





個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄p.104-105)</p> <p>請各位委員參閱會議資料第10頁，這是有關於平均眷口數實際計算的數值，這個表格裏面有很詳細的說明。我將各年的實際計算數值與上個月提供的公告數據比對，有3點發現，在此也回饋給健保署做為未來作業時的參考，如下：</p> <p>(一)102至112年，11年來投保單位多繳了216億元的保費，看起來政府似乎也相對地多繳了126億元的保費負擔，但目前因為尚處於須補足36%保費負擔之情況下，這126億元可作為彌補數之來源，所以實質上只有投保單位多繳，政府單位並未多繳。</p> <p>(二)105年之前公告適用數值之小數第3位，並未以直接進位的方式處理，比方說104年用0.62，是用0.622直接捨棄小數第3位的2，接下來105年也一樣的方式。106年才改用直接進位的方式處理(例如106年由0.602人進位為0.61人，112年由0.562人進位為0.57人，且未即時公告)，所以健保署是不是可以考量未來要怎麼樣來處理比較妥適，之前我也建議過，四捨五入或是小數第3位都可以考量，當然小數第3位可能比較複雜。</p> <p>(三)我用102年到110年的實際數據，以依法每年公告時點(實際公告時間會有落差)，分別用四捨五入或採至</p>	<p>有關委員所提建議，本署將於日後簽辦平均眷口數時，一併納入參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>小數後第3位等兩種方式試算。若以直接進位的做法與四捨五入法做比較，直接進位法使投保單位9年約多繳36億元，平均每年約4億元；如果算到小數第3位則約多繳32.4億元，平均每年約3.6億元。2種方式的差異並不是很大，2種方式中哪種比較妥適，請健保署要予以妥適考量。因為無論是3.6億元或4億元都不是小數字，總額協商時，大家總會為幾千萬元熱烈討論，所以這樣的差距並不算小。</p>	
<p>李委員永振(議事錄p.105-106)</p> <p>請參閱會議資料第24頁，攸關計算政府負擔健保保費36%法定下限的健保法第76條，為什麼沒有納入法規遵循範圍？這個爭議的問題點健保法第76條也是關鍵，是不是可以進一步說明？</p>	<p>有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>

## 審計部 函

地址：10058臺北市杭州北路1號  
承辦人：陳思穎  
電話：(02)23971366分機737  
傳真：(02)23977883  
電子信箱：sychen@mail.audit.gov.tw

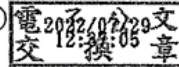
受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國111年7月29日  
發文字號：台審部三字第1110063133號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如文 (11130P000418\_1110063133\_111D2006429-01.docx)

主旨：全民健康保險基金110年度附屬單位決算業已審核竣事，  
茲發給審定書1份如附件，請查照。

說明：依據審計法第45條規定辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署  
副本：行政院主計總處、衛生福利部(均含附件)



總收文 111.07.29



1110112531

全民健康保險 112 年度保險費率審議前意見諮詢會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 111 年 10 月 14 日星期五上午 9 時 30 分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑  
彭美熒、李德馥  
許至昌

出席者：(依姓名筆劃排序)

曲諮詢委員同光、吳諮詢委員榮達、李諮詢委員永振、郝諮詢委員充仁、楊諮詢委員子霆、楊諮詢委員銘欽、羅諮詢委員光達

列席者：(依姓名筆劃排序，\*為參與視訊會議)

本會委員：干委員文男、朱委員益宏、吳委員鴻來、吳委員鏘亮\*、李委員麗珍\*、卓委員俊雄、林委員敏華\*、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能\*、翁委員燕雪\*、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍\*、張委員鈺民、許委員駢洪\*、陳委員石池\*、陳委員有慶\*、陳委員秀熙、陳委員彥廷\*、黃委員金舜\*、黃委員振國\*、楊委員芸蘋、董委員正宗\*、趙委員曉芳、劉委員國隆\*、劉委員淑瓊\*、滕委員西華\*、鄭委員素華\*、盧委員瑞芬\*、謝委員佳宜、顏委員鴻順\*

本部社會保險司：陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋、林科長蕙卿

中央健康保險署：李副署長丞華、唐研究員蕙文、陳組長美杏、戴參議雪詠、劉副組長林義、張專門委員菊枝、溫科長怡琿、李科長仁輝

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：中央健康保險署(下稱健保署)報告「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」：略。

參、討論題綱

- (一)就「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」之意見。
  - (二)衛生福利部(下稱衛福部)於111年1月提出「全民健保財務調整措施」(詳參考資料)，包括：調整部分負擔、調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任及補充保險費制度改革。對前述財務調整措施有何看法與建議。
  - (三)行政院核定112年度總額範圍時，提及人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加，惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動，將影響保險收入之成長速度，應通盤檢討包括給付範圍、支付制度之合理性，健保相關政策制度應如何調整因應為宜。
  - (四)為維持健保財務穩健、收入保持成長動力，未來可能須修法調整健保法第18條規定之費率上限6%，對費率法定上限修法建議為何。
- (諮詢委員與本會委員意見摘要，如附件)

肆、主席結論

請健保署參酌諮詢委員與本會委員所提意見及需補充資料，修正「全民健康保險112年度保險費率方案」(草案)，於111年11月1日前提案至本會，俾於111年第11次委員會議(111.11.18)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：中午12時15分。

附錄：與會人員發言實錄

## 全民健康保險112年度保險費率審議前意見諮詢會議

### --諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」之意見。

(一)在112年安全準備符合法定額度之前提下，建議維持現行費率5.17%：依據健保財務推估及112年總額協商結果，在維持現行費率5.17%下，112年底安全準備約當1.24(付費者方案)或1.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月原則，多數諮詢委員建議112年度維持現行費率5.17%。惟112年可以維持不調整，係因行政院主計總處撥補健保基金240億元，否則安全準備仍低於1個月保險給付支出，有調整費率可能。113、114年之財務狀況預估仍低於1個月安全準備，審議費率時宜一併考量。

(二)宜深入分析財務推估差異原因：健保署財務推估的專業與用心值得肯定，惟110年、111年財務收入推估差異金額分別為107億元、238億元，該差異金額對於費率調整決策十分關鍵，宜深入分析差異原因。

二、衛福部於111年1月提出「全民健保財務調整措施」，包括：調整部分負擔、調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任及補充保險費制度改革。對前述財務調整措施有何看法與建議。

(一)調整部分負擔

1.應兼顧弱勢族群就醫權益：贊成部分負擔回歸法令規定逐步實施，惟應同時考量民眾可負擔性，及一併推動弱勢民眾之配套措施，例如門診部分負擔相較於住院部分負擔未設上限，可能影響年輕或低所得族群就醫權益。

2.落實健康促進且擷節支出：部分負擔新制可參考商業保險，結合大數據及區塊鏈之應用，例如逐步將給付項目結合質化指標，對

慢性病執行成效佳者之醫療院所給予獎勵，以達成健康促進與擷節支出的效果。

(二)檢討旅外國人權利義務：由健保資料顯示旅外國人使用之醫療資源並未超出於其整體保費收入，應檢討制度設計之缺失，避免旅外國人有取巧機會。

(三)增加補充保險費費基及補充性財源的建議作法：探討增加補充保險費費基與其他財源的可能性，前者包括：海外所得、機會中獎獎金、不動產交易收入，後者包括：加熱菸課徵菸稅或菸捐、針對醫療設備課徵特種銷售稅。

三、行政院核定112年度總額範圍時，提及人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加，惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動，將影響保險收入之成長速度，應通盤檢討包括給付範圍、支付制度之合理性，健保相關政策制度應如何調整因應為宜。

(一)宜通盤檢討給付範圍：依健保法第26條通盤檢討給付範圍，並將檢討結果提送健保會討論，如要縮減給付範圍，須同時考量如何照顧弱勢族群權益。

(二)健保資源分配係以照顧最大多數人為考量：健保收入來自民眾繳納的保費及政府撥補的稅捐，應將其用來照顧最大多數人，提供民眾必要的醫療服務，在健保資源有限情況下，每年總額均引進新醫療科技約20~30億元，減少民眾自費負擔，至特殊族群醫療費用應另尋解決方法，或轉由政府支出，財務才能平衡。

四、為維持健保財務穩健、收入保持成長動力，未來可能須修法調整健保法第18條規定之費率上限6%，對費率法定上限修法建議為何。

(一)費率法定上限6%修法宜併同給付範圍調整審慎評估：在修法調高費率法定上限6%前，宜先處理健保財務收支結構性失衡問題，依健保法第26條通盤檢討給付範圍，不能只是每年討論費率，需同步考量支出面控管，方能落實收支連動精神。

- (二)費率法定上限6%為保護被保險人保費負擔之防線，調整宜審慎為之：建議調整費率上限6%前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、強化政府財務責任，同時應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，及其為保護被保險人財務負擔的防線，不宜輕易打破。
- (三)探討費率法定上限修法對雇主之影響：健保費屬於員工福利成本，費率調漲會影響雇主獲利空間，建議相關單位規劃委託研究案，探討健保與勞保等法定成本增加對雇主之影響，如邀請國際性人力資源公司一起探討國內外費率內涵，以及雇主和員工保費負擔比例之合理性。
- (四)強化政府財務責任：調整費率法定上限前，應考量將政府負擔健保總經費法定下限36%，調整到二代健保修法時曾經討論的38%或37%，若還有不足的部分，再考慮調整費率上限。

## 五、其他意見

- (一)有關政府應負擔健保總經費法定下限36%之財務責任：因本會委員與健保署主張計算方式不同，兩者計算方式之差異金額至112年已累積約1,100億元，如獲挹助可使健保財務再維持2~3年不調費率，減輕健保財務壓力。
- (二)宣導正確健保觀念認知：健保資源有限，宜適時教育民眾，民眾有照顧本身健康之權利義務，不能全部依賴健保，未來調整給付範圍民眾接受度才會比較高；另外從經濟學角度，醫療服務所得之彈性大於1，當消費者所得增加時，醫療支出金額增加幅度必定大於所得增加幅度，長期而言，為了維持健保財務穩定，費率調漲應是常態。
- (三)探討新冠疫情對醫療利用之影響：運用健保大數據，分析COVID-19疫情下保險對象就醫習慣改變及長新冠症狀對醫療利用的變化情形，於明(112)年3月前提供社保司參考，納入113年度總額範



圍考量。

(四)研議呆帳由公務預算支出之可行性：健保呆帳逐年增加，影響健保財務，政府應從社會福利政策考量是否擴大公務預算補助範圍，以減少呆帳發生。

六、請健保署於提送修正方案(草案)時，補充以下資料，以利本會審議112年度保險費率：

(一)依據健保署111.9.12提供資料顯示，111年健保財務為短絀314億元，111.9.29提供資料為短絀85億元，請補充說明前後17天相差229億元之原因。

(二)請補充說明投影片第19張113~115年保險收入平均年成長率0.79%較110年推估112~114年保險收入平均成長率1.56%，有2年相同成長率卻差異減少近1倍原因；113~115年總額平均年成長率較110年推估112~114年總額平均年成長率增加0.6%，以及113年、115年總額成長率分別為2.240%、5.977%之原因。

(三)請補充說明行政院主計總處112年挹注健保安全準備之240億元，係為一次性或常態性撥補、其撥補原因或標準為何，以及112年後各年之健保收入推估是否也有計入240億元。

(四)我國已連續7年調漲基本工資，110年、111年均使健保收入增加超過50億元，請補充說明113年度以後之財務推估是否已納入基本工資調漲之影響。

(五)方案內容如有提及保險成本或保險給付之數字時，請一併備註該年度之浮動點值。

## 112 年度健保總額協商結果

健保會 111.10.4

健保會於本(111)年 9 月 21 日完成明(112)年度全民健康保險醫療給付費用總額的協商工作。依據衛福部 8 月 10 日交付健保會有關行政院核定之 112 年度健保總額範圍(1.307%~4.5%)，協議訂定 112 年度總額及分配方式。保險付費者委員與各總額部門醫界代表歷經 12 小時的協商，其中牙醫門診、中醫門診總額及其他預算獲得共識，至於醫院及西醫基層總額，雙方雖已盡力協商，但因彼此對健保資源運用仍有相當之落差，對部分項目有各自的堅持，最終作成以兩案併陳送衛福部決定。其中付費者代表方案約 8,324 億元、醫界代表方案約 8,437 億元。

近年來因健保財務壓力日益沉重，加上受 COVID-19 疫情影響國內整體民生經濟尚未復甦，在民眾付費能力有限情況下，本次總額協商，健保會委員須在健保收支衡平，且顧及民眾醫療需求的前提下，通盤考量有限健保資源配置，將錢用在刀口上，因此協商困難度相當大。但由於健保會事前已召開多場會前會多方溝通，協商雙方均已充分了解各自的主張，所以能順利在晚上 9 點半就完成協商，相較於過去協商至凌晨，今年堪稱最有議事效率的一年。

就有共識部分，牙醫門診總額總計增加 14.898 億元，主要希望能提升國人自然牙保存，減少國人無牙率，其中 12.083 億元主要用途包括：導入超音波根管沖洗之新醫療技術、將特定牙周保存治療服務對象擴及全口總齒數一至三顆病人，並提供齲齒經驗之高風險患者(如糖尿病等)塗氟處置。中醫門診總額總計增加 14.05 億元，其中 7.979 億元用於多重慢性疾病病人中醫整合醫療照護、提供中醫針灸及傷科合併照護給付、中醫特定疾病加強照護對象擴大納入腦血管疾病後遺症病人。其他預算則於配合政策推動，加強居家醫療照護與精神疾病社區復健治療、擴大辦理急性後期照護計畫、提升院所智慧化資訊機制及鼓勵增加檢驗(查)資料上傳等項目，皆持續增編經費。

醫院總額及西醫基層總額雖未獲共識，但付費者與醫界代表雙方於罕見疾病及血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、加強偏鄉醫療照護等均有編列經費，以持續照顧弱勢族群。除此之外，因雙方對於有限健保資源之運用及經費編列仍有相當之落差，最終以兩案併陳送衛福部決定。醫界方面，醫院代表考量目前健保財務收支失衡，建議將經費挹注於調整支付不足部分，穩住恆常醫療服務。西醫基層代表則提出數項支付標準調整項目，希望提升支付反映成本。此外，兩部門都建議增編長新冠確診者後遺症照護之相關預算。

付費者方面，雖有感於健保財務困難，但為引進新醫療科技，仍編列「新醫

療科技」(增加 32.74 億元)及「藥品及特材給付規定改變」(增加 12.83 億元)預算，以減少民眾自費之負擔。此外，也支持衛福部「健保總額中長期改革計畫」政策，編列「住院整合照護試辦計畫」(6 億元)及「代謝症候群防治計畫」(6.16 億元)經費，擴大照護對象，並同意新增「癌症治療品質改善計畫」(5.17 億元)及「慢性傳染病照護品質計畫」(2 億元)2 項計畫，加強癌症篩檢疑似陽性個案追蹤治療，及提升結核病及後天免疫缺乏病毒感染早期診斷及追蹤治療。另付費者委員一致肯定醫界在 COVID-19 疫情期間照護民眾健康之辛勞，對於醫界提出長新冠確診者後遺症照護之相關預算，則建議併入「慢性傳染病照護品質計畫」處理，並持續監測其醫療利用情形。此外，考量腹膜透析可提升病人生活品質，惟其使用人數占率逐年降低，乃希望透過專案計畫之推動，將新增預算優先用於鼓勵加強推動腹膜透析與提升照護品質之院所。因雙方仍有各自看法，最後將以兩案併陳送衛福部決定。

健保會協商完成後，依法將已達成共識之牙醫門診、中醫門診總額、其他預算的協商結果，及未達共識之醫院及西醫基層總額，以兩案併陳方式，報請衛福部決定。

健保會協定之 112 年度健保醫療費用總額結果如下表：

112 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				總額 及成長率	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	508.00	309.80	157.79	5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	8,323.56	8,437.17
成長率	2.588%	4.344%	減少 8 億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	2.821%	4.224%

註：門診透析服務成長率之付費者方案及醫界方案分別以 3%及 4%計算。

出處：相關內容詳 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議(111.9.21) 議事錄(路徑：健保會首頁>委員會會議>委員會會議議事錄(自 110 年 6 月 25 日委員會會議起附會議資料)，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1655-72043-116.html>)

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：江小姐  
聯絡電話：(02)8590-6766  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月6日  
發文字號：衛部保字第1111260319C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第六十五條、第六十六條及第六十三條附件一，業經本部於中華民國111年10月6日以衛部保字第1111260319號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、歐洲在台商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會、勞動部勞工保險局  
副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司、本部中醫藥司、本部心理健康司(均含附件)

111.10.06



111CC00665

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

115204  5  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號  
聯絡人：邱惠美  
聯絡電話：02-27065866 分機：2342  
傳真：02-27024091  
電子郵件：A110567@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月23日  
發文字號：健保承字第1110640697A號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」規定文字檔、提要表文字檔

主旨：「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」，業經本署於中華民國111年9月23日以健保承字第1110640697號令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心(請刊登公報)  
副本：行政院法規會、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、審計部、法務部行政執行署、本署主計室、本署政風室、本署企劃組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(均含附件)

衛生福利部中央健康保險署

衛生福利部全民健康保險會收發  
  
1113300216

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國111年9月23日  
發文字號：健保承字第1110640697號  
附件：如文



修正「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第五點、第十點，並自即日生效。

附修正「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第五點、第十點

署長李伯璋

## 衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國111年9月23日

發文字號：健保承字第1110640697號

附件：如文

修正「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第五點、第十點，並自即日生效。

附修正「全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點」第五點、第十點

裝

訂

線

## 全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點第五點、第十點修正規定

五、欠費經催繳仍未繳清者，應於執行期間屆滿前移送行政執行。但欠費者符合下列情形之一者，得不移送行政執行：

(一)投保單位、扣費義務人欠費金額累計在新臺幣五千元以下、保險對象欠費金額累計在新臺幣七千五百元以下。

(二)死亡且查無財產或有財產但執行無實益。

(三)具備下列情形之一：

1. 社會救助法規定之低收入戶成員資格。
2. 中低收入七十歲以上老人資格。
3. 中低收入戶內未滿十八歲之兒童及少年資格。

(四)具備下列情形之一，且不具有清償能力：

1. 本法第一百條所稱經濟困難資格。
2. 持有身心障礙證明。
3. 原住民族委員會補助全民健康保險保險費之對象。
4. 持有重大傷病卡。
5. 未成年人。

欠費者曾具有本法第一百條所稱經濟困難資格者，如不具有清償能力，其有效資格截止日前之欠費，仍適用前項但書得不移送行政執行之規定。

十、欠費者符合下列情形之一者，應於保險人依行政作業程序經其首長核准後轉銷為呆帳：

(一)無財產可供執行，或有財產但無法受償，或執行無實益已取得債權憑證。但尚在營業之投保單位，非經超過繳納期限一年以上，不得報請轉銷為呆帳。

(二)欠費經雙掛號催繳，仍無法送達，且經有關機關證明已歇業、解散、停業或他遷不明；或經實地查核確無營業或他遷不明。



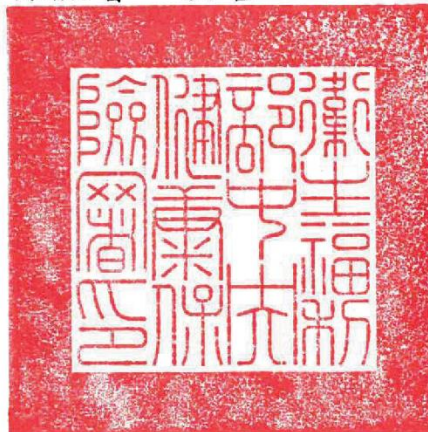
- (三)投保單位、扣費義務人欠費金額累計在新臺幣五千元以下、保險對象欠費金額累計在新臺幣七千五百元以下，經催繳仍未繳納，或依第四點第一款規定得免催繳，且已逾寬限期二年。
- (四)依破產法規定聲請和解經和解成立或受破產宣告，致未清償。
- (五)依消費者債務清理條例聲請債務更生、清算，或依公司法辦理清算、重整，並經法院裁定確定，致未清償。
- (六)對於同一欠費者，前已取得債權憑證，嗣又就其欠費部分取得執行名義，但執行已顯無實益。
- (七)死亡且查無財產或執行無實益。
- (八)因天然災害或其他不可抗力之事故，未受清償。
- (九)符合第五點第一項第三款情形之一。
- (十)符合第五點第一項第四款或第二項情形之一，且經連續二年查核，均不具有清償能力；或查得具有清償能力時，執行期間已屆滿。
- (十一)其他原因，未受清償，經取具證明。

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2  
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月28日  
發文字號：健保醫字第1110116297號  
附件：請自行至本署全球資訊網擷取

主旨：公告修訂「111年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，部分項目自111年10月1日起生效。

依據：衛生福利部111年9月20日衛部保字第1110137015號函。

公告事項：修訂旨揭計畫「醫療團每診次限制申報點數計算方式」。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長李伯璋



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：阮柏叡  
聯絡電話：02-27065866 分機：2670  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月6日  
發文字號：健保醫字第1110662661A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第1季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年8月23日「全  
民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年第3次研商議  
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自111年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核  
付，依111年第1季結算點值辦理，並於111年9月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。



111.09.06



1113340194

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

2022/09/08  
17:58:51  
電子交換章

裝

訂



線



2. 一般服務浮動每點支付金額		= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)	
- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)		177,189] / 3,509,806,762 = 0.96130199	
- (投保該分區核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)		0) -	
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]		0) -	
/ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)		52,465] / 1,331,963,753 = 1.04500326	
臺北分區	= [ 4,198,922,462 -	788,176,895 - (	36,584,138 +
北區分區	= [ 1,810,594,016 -	403,377,444 - (	15,257,644 +
中區分區	= [ 2,048,436,108 -	179,563,894 - (	15,385,214 +
南區分區	= [ 1,444,462,677 -	217,474,218 - (	12,813,140 +
高屏分區	= [ 1,583,580,972 -	152,176,902 - (	12,804,521 +
東區分區	= [ 222,568,150 -	35,536,197 - (	2,220,494 +
3. 一般服務全區浮動每點支付金額		= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)	
- (核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)		- (核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款)	
- 自墊核退點數(BJ)]		- 自墊核退點數(BJ)]	
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)		/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
	= [11,308,564,385	- (	95,065,151 + 6,098,103 ) -
			369,126] / 11,153,164,586 = 1.00482979
4. 一般服務分區平均點值		= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]	
/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]		/ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]	
臺北分區	= [ 4,198,922,462	]/ [ 4,353,763,004 +	36,584,138 +
北區分區	= [ 1,810,594,016	]/ [ 1,735,431,618 +	15,257,644 +
中區分區	= [ 2,048,436,108	]/ [ 2,013,855,227 +	15,385,214 +
南區分區	= [ 1,444,462,677	]/ [ 1,336,611,996 +	12,813,140 +
高屏分區	= [ 1,583,580,972	]/ [ 1,530,576,406 +	12,804,521 +
東區分區	= [ 222,568,150	]/ [ 182,926,335 +	2,220,494 +
5. 一般服務全區平均點值		= [11,308,564,385	
		] / [ 11,153,164,586 +	
		95,065,151 + 6,098,103 +	
		369,126 ] = 1.00478622	

註：  
 1. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。  
 2. 依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

6. 牙醫門診總額平均點值+加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

+	專款專用暫結金額	
+	移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]	
/	加總[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)+緩起訴捐助款+自墊核退點數(BJ)]	
+	專款專用已支用點數(含品質保證保留款)+移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]	
=	[ 11,308,564,385+274,135,303+ 38,321,731+ 2,213,002]	
/	[ 11,153,164,586+ 95,065,151+ 6,098,103+ 369,126+266,353,201+ 37,246,076]= 1.00561832	

註: 1. 專款專用暫結金額=牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)+醫療資源不足地區改善方案支付金額  
 +網路擴充補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額+0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫  
 +12-18歲青少年口腔提升試辦計畫+高齲齒牙齒保存改善服務計畫+品質保證保留款預算  
 = 130,004,185+ 57,596,209+ 34,645,550+ 1,237,000+ 121,746+ 87,678+ 836,261+ 49,606,674  
 = 274,135,303  
 2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括:  
 費用年月110/12(含)以前:於111/04/01~111/06/30期間核付者。  
 費用年月111/01~111/03:於111/01/01~111/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區,即不區別其保險對象投保分區,以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月6日

發文字號：健保醫字第1110662660A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：111年第1季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年8月18日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額111年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依111年第1季結算點值辦理，並於111年9月辦理點值結算追扣補付事宜。



正本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高  
屏業務組、本署東區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國聯合會、財  
政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

2022/09/29  
16:34:29  
電文  
交換



訂

線



程式代號：RGB13108R02

111年第1季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：111/01-111/03 核付截止日期：111/06/30

列印日期：111/08/04

頁次：25

2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD1) - (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款) - 各分區自墊核退點數(BJ)] / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [ 1,920,284,592	- ( 705,643,399 +	0) -	81,265 ] /	1,160,687,796 =	1.04641397
北區分區	= [ 823,689,182	- ( 313,165,747 +	272,760) -	10,213 ] /	470,990,445 =	1.08333506
中區分區	= [ 1,683,049,580	- ( 613,599,786 +	424,692) -	22,678 ] /	1,052,928,916 =	1.01526552
南區分區	= [ 966,947,133	- ( 381,442,693 +	11,576) -	17,275 ] /	555,146,541 =	1.05463251
高屏分區	= [ 1,077,685,900	- ( 415,297,605 +	0) -	6,475 ] /	638,245,377 =	1.03781687
東區分區	= [ 146,935,517	- ( 44,593,875 +	0) -	6,682 ] /	80,203,798 =	1.27593658

3. 全區浮動每點支付金額 = [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) - (加總核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款) - 加總自墊核退點數(GJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 6,618,591,904 - ( 2,473,743,105 + 709,028) - 144,588 ] / 3,958,202,873 = 1.04693855

註：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號:RCB13108R02

111年第一季

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

核付截止日期:111/06/30

列印日期:111/08/04

頁次:26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [調整後分區一般服務預算總額(BDI)  
 / [一般服務核定浮動點數(BF)  
 + 該分區核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款  
 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 1,920,284,592 ] / [ 1,160,687,796 + 705,643,399 + 0 + 81,265 ] = 1.02886400
北區分區	= [ 823,689,182 ] / [ 470,990,445 + 313,165,747 + 272,760 + 10,213 ] = 1.05003577
中區分區	= [ 1,683,049,580 ] / [ 1,052,928,916 + 613,599,786 + 424,692 + 22,678 ] = 1.00964231
南區分區	= [ 966,947,133 ] / [ 555,146,541 + 381,442,693 + 11,576 + 17,275 ] = 1.03238145
高屏分區	= [ 1,077,685,900 ] / [ 638,245,377 + 415,297,605 + 0 + 6,475 ] = 1.02290964
東區分區	= [ 146,935,517 ] / [ 80,203,798 + 44,593,875 + 0 + 6,682 ] = 1.17732684

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 6,618,591,904 ] / [ 3,958,202,873 + 2,473,743,105 + 709,028 + 144,588 ] = 1.02888203

6. 中醫師診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BDI) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額(B4)]  
 / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 緩起訴捐助款 + 加總分區自墊核退點數(GJ) +  
 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案\_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

= [ 6,618,591,904 + 204,174,848 + 39,610,219 ] / [ 3,958,202,873 + 2,473,743,105 + 709,028 + 144,588 + 208,348,395 + 39,610,219 ]  
 = 1.02718535

註:

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病補助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額,則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算  
 = 27,454,320 + 63,175,000 + 16,188,446 + 46,988,669 + 3,791,126 + 519,065 + 12,500,000 + 845,612  
 = 204,174,848
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

五、說明

- 本季結算費用年月份包括:  
 費用年月份110/12(含)以前:於111/04/01~111/06/30期間核付者。  
 費用年月份111/01~111/03:於111/01/01~111/06/30期間核付者。

檔 號：

保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

傳真：02-27069043

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月6日

發文字號：健保醫字第1110662658A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第1季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年8月24日全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。



三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依111年第1季點值辦理，並於111年9月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署違規查處室



程式代號：rgbi3108r04

111年第1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：111/08/11

頁次：42

核付截止日期：111/06/30

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)		
-	(加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)	
-	(加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)	
-	加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)	
-	加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)	
-	加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
/	加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)	
臺北分區	= [18,827,006,496 + 23,552,625,543 - 4,255,028,015 - (20,711,040,021 - 741,088,967) - 211,049,737 - 117,459,655 - 16,947,484] / [20,414,431,911 - 0.87238264]	
北區分區	= [7,014,764,414 + 9,560,300,788 - 2,660,065,379 - (7,828,952,591 - 272,325,296) - 20,231,919 - 11,190,303 - 4,748,034] / [6,652,227,863 - 0.95038871]	
中區分區	= [8,984,632,828 + 12,488,695,442 - 1,108,624,559 - (10,045,477,752 - 402,024,635) - 389,747,816 - 319,274,270 - 7,508,570] / [11,153,306,573 - 0.89701829]	
南區分區	= [7,133,439,777 + 10,070,496,970 - 1,487,706,486 - (8,094,600,521 - 277,575,933) - 26,185,224 - 17,371,110 - 2,776,953] / [7,747,027,377 - 1.01366266]	
高屏分區	= [7,465,437,967 + 10,728,362,096 - 1,058,737,409 - (8,318,945,537 - 276,581,133) - 100,498,931 - 24,764,952 - 3,574,265] / [9,337,165,849 - 0.96001937]	
東區分區	= [1,205,325,479 + 2,065,818,204 - 305,772,098 - (1,489,647,975 - 47,015,858) - 59,040,350 - 19,361,286 - 732,833] / [1,619,601,212 - 0.89133361]	

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

-	(加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)	
/	加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
/	加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)	
=	[50,630,606,961 + 68,466,299,043 - (56,998,085,973 - 2,016,611,822) - 36,288,139] / [69,471,101,788 - 0.92238560]	

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

程式代號：rgbi3108r04

111年第1季

衛生福利部中央健康保險署

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/01-111/03

列印日期：111/08/11

頁次：43

核付截止日期:111/06/30

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)]

÷ [加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [18,827,006,496 + 23,552,625,543] ÷ [25,211,700,766 + 20,828,499,676] - 741,088,967 + 16,947,484] = 0.93520119  
 北區分區 = [7,014,764,414 + 9,560,300,788] ÷ [9,534,254,840 + 7,840,142,894] - 272,325,296 + 4,748,034] = 0.96891560  
 中區分區 = [8,984,632,828 + 12,488,695,442] ÷ [12,759,649,307 + 10,364,752,022] - 402,024,635 + 7,508,570] = 0.94471785  
 南區分區 = [7,133,439,777 + 10,070,496,970] ÷ [9,374,574,373 + 8,111,971,631] - 277,575,933 + 2,776,953] = 0.99954622  
 高屏分區 = [7,465,437,967 + 10,728,362,096] ÷ [10,580,403,412 + 8,343,710,489] - 276,581,133 + 3,574,265] = 0.97548097  
 東區分區 = [1,205,325,479 + 2,065,818,204] ÷ [2,010,519,090 + 1,509,009,261] - 47,015,858 + 732,833] = 0.94181187

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [50,630,606,961 + 68,466,299,043] ÷ [69,471,101,788 + 56,998,085,973] - 2,016,611,822 + 36,288,139] = 0.95668723

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3) + 專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BI)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]

= [50,630,606,961 + 68,466,299,043 + 6,788,243,965]

÷ [69,471,101,788 + 56,998,085,973] - 2,016,611,822 + 36,288,139 + 6,788,243,965]

= 0.95892690

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病藥費暫結金額 + 鼓動器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額 + 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 鼓動院所建立轉診合作機制暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 鼓動RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 = 507,091,854 + 2,855,879,951 + 1,065,958,417 + 1,178,613,891 + 222,091,365 + 22,248,603 + 24,750,211 + 186,399,698 + 50,247,650 + 325,404,852 + 36,871,833 + 0 + 312,685,640 = 6,788,243,965

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4。

5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額 = 第4季已支用點數 + 全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

五、說明

1. 本季結算費用年包包括：

費用年月110/12(含)以前：於111/04/01~111/06/30期間核付者。

費用年月111/01~111/03：於111/01/01~111/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：陳俐欣

聯絡電話：02-27065866 分機：2659

傳真：02-27026324

電子郵件：A111183@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月5日

發文字號：健保醫字第1110662672A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第1季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年8月25日「全  
民健康保險西醫基層總額研商議事會議」111年第3次會議  
決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表（105年起）/西醫基  
層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自111年9月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核  
付，依110年第3季結算點值辦理，並於111年10月辦理該季  
點值結算後追扣補付事宜。



111.09.05



1113340188

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組、各縣市醫師公會

2022/09/05  
18:18:42  
電文  
交換章



裝

訂

線





註：1. 依據111年3月3日西醫基層總額研商議事會議111年第1次會議決議，點值落後地區係指臺北以外五分區之點值低於「五分區浮動點值」且不過每點1元之地區。

2. 撥補點值落後地區之預算 = [(五分區浮動點值 × 該區浮動點值) × 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率] / 加總[(五分區浮動點值 × 該區浮動點值) × 五分區一般服務預算(不含違規查處、專款項目及其他部門)占率] × 當季風險調整移撥款。

3. 五分區一般服務預算占率(BDI\_P) = 各分區一般服務預算(BDI) / 加總五分區一般服務預算總額。

4. 撥補後五分區之估算浮動點值(72) = [撥補後五分區一般服務預算總額(BB6) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

5. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不過每點1元為止。

6. 當季剩餘款依五分區移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分回五分區。

#### 六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區 = [ 10,460,902,960 +	711,331 +	0) -	485,127] /	5,941,044,938 =	1.02002413
北區分區 = [ 4,865,307,892 +	289,911 +	951,287 -	298,300] /	2,458,752,058 =	1.11682035
中區分區 = [ 6,005,865,570 +	313,607 +	536,143 -	330,289] /	3,609,054,524 =	1.10731226
南區分區 = [ 4,571,566,253 +	341,053 +	422,955 -	219,371] /	2,535,607,860 =	1.14278974
高屏分區 = [ 5,010,845,763 +	302,845 +	191,627 -	59,888] /	2,917,095,449 =	1.11113756
東區分區 = [ 640,527,168 +	41,183 +	0) -	40,539] /	323,256,813 =	1.14606495

#### 2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款調整後一般服務預算總額(BD7)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款)

- 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(QF)

= [ 31,555,015,606 + 41,157,982 - ( 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012) - 1,433,514] / 20,959,084,047 = 1.09225717

註：1. 藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

2. 自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號：rgbi3108r03

111年第1季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期:111/06/30

列印日期：111/08/11

頁次：37

3. 一般服務分區平均點值

= [風險調整撥款調整後一般服務預算總額(BD7)  
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]  
÷ [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) -  
自墊核退點數(BJ)]

臺北分區 = [ 10,460,902,960 + 630,798 ] ÷ [ 7,361,316,084 + 2,794,923,430 - 485,127 ] = 1.03008271  
北區分區 = [ 4,865,307,892 + 3,893,060 ] ÷ [ 3,145,966,191 + 1,342,775,000 - 289,911 ] = 1.08452681  
中區分區 = [ 6,005,865,570 + 1,708,946 ] ÷ [ 3,932,145,578 + 1,652,530,347 - 313,607 ] = 1.07561835  
南區分區 = [ 4,571,566,253 + 10,219,820 ] ÷ [ 2,923,770,261 + 1,244,001,743 - 341,053 ] = 1.09925756  
高屏分區 = [ 5,010,845,763 + 8,014,764 ] ÷ [ 3,208,683,410 + 1,458,490,507 - 302,845 ] = 1.07536505  
東區分區 = [ 640,527,168 + 16,690,594 ] ÷ [ 387,202,523 + 209,207,242 - 41,183 ] = 1.10195793

4. 一般服務全區平均點值

= [ 31,555,015,606 + 41,157,982 ] ÷ [ 20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514 ] = 1.06518744

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整撥款調整後一般服務預算總額(BD7)  
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)]  
÷ 加總分區 [ 一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款  
+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) ]

= [ 31,555,015,606 + 41,157,982 + 424,236,258 ] ÷ [ 20,959,084,047 + 8,701,928,269 - 1,999,930 + 2,102,012 + 1,433,514 + 424,236,258 ]  
= 1.06426827

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額  
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額  
+ 鼓鑾院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費  
+ 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額  
+ 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額  
(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算  
= 109,051,104 + -798,192 + 30,554,791 + 130,671,100 + 66,162 + 38,416  
+ 54,912,398 + 4,579,885 + 0 + 3,549,407 + 56,175,987  
= 424,236,258

- C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：  
費用年月110/12(含)以前；於111/04/01~111/06/30期間核付者。  
費用年月111/01~111/03；於111/01/01~111/06/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：賴昱廷  
聯絡電話：02-27065866 分機：2605  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111145@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年9月5日  
發文字號：健保醫字第1110662605A號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：111年第1季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨111年8月17日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算111年第3次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年9月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依111年第1季結算點值辦理，並於111年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



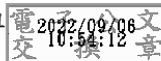
111.09.06



1113340190

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署資訊組、本署主計室、本署違規查處室、本署承保組、本署財務組



裝

訂



線



程式代號：RGB13108R05

衛生福利部中央健康保險署

門診透折預算一般服務每點支付金額結算說明表

111年第1季

結算主要費用年月起迄:111/01~111/03

列印日期：111/07/29

頁次：13

核付截止日期:111/06/30

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)-核定非浮動點數合計(M)-1x腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,650,652,939 - 658,637,329 - 155,346,923

10,941,245,949

= 0.89904465 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

核定非浮動點數合計(M)+腹膜透折追蹤處置費核定點數合計(P1)+核定浮動點數合計(P)

10,650,652,939

658,637,329 + 155,346,923 + 10,941,245,949

= 0.90603525 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

- 1.費用年月110/12(含)以前:於111/04/01~111/06/30期間核付者。
- 2.費用年月111/01~111/03:於111/01/01~111/06/30期間核付者。

# 衛生福利部全民健康保險會

## 第 5 屆 111 年第 10 次委員會議補充資料目錄

會議時間：111 年 10 月 28 日

### 一、優先報告事項

「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」之說明一、(二)請確認達成共識之中醫門診總額及牙醫門診總額，其新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」健保署回復研修結果及本會研析建議(會議資料第 101 頁)----- 1

### 二、討論事項

(一)第二案「112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」醫師公會全聯會補充「風險調整移撥款」之額度及用途(會議資料第 134 頁)----- 23

(二)第三案「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」之健保署對中全會所提建議方案之執行面意見及風險調整移撥款執行結果(會議資料第 157 頁)----- 25



(會議資料第 101 頁)

優先報告事項「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之  
整體成長率及部分協定事項確認案」

.....  
說明一、(二)請確認達成共識之中醫門診總額及牙醫門診總額，其新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

1.健保署回復研修結果(如附件，第 14~22 頁)及本會研析建議，如下表。



## 一、中醫門診總額

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	健保署及中醫師公會全聯會 研議結果	本會研析建議	
			研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務	(一) 提升中醫小兒傷科照護品質 (0.009%, 2.5百萬元)	<p>1.執行目標： 以健保署推估本預算 112 年全年中醫小兒傷科照護執行約 12,425 服務人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p>	<p>1.執行目標： 健保署與中全會研議之結果，係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，並依實施時程等比率換算目標值計算，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議結果，僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)以同一病人同一診斷碼同月「跨院所」看診人次進行評估，並參考 9 月份本會委員意見調降目標值(由下降 3% 調為下降 1%)，建議尊重健保署與中全會研議結果。 (2)另考量本項旨在提升小兒傷科照護品質，若能減少「跨院所」看診，最終應可減少「整體」平均就醫次數。爰建議附帶決定請健保署於年度評核時，一併提供「整體」看診人次資料，供評核參考。</p>	<p>執行目標： <u>112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</u></p> <p>預期效益之評估指標： 申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。 <u>附帶決定：</u> <u>請健保署於年度評核報告，一併提供「申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。</u></p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	健保署及中醫師公會全聯會 研議結果	本會研析建議	
			研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務	(二) 多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度 (1.667% , 476.7 百萬元)	<p>1.執行目標： 以健保署推估本預算 112 年全年中醫整合醫療照護執行約 681 萬人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p>	<p>1.執行目標： 健保署與中全會研議之結果，係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，並依實施時程等比率換算目標值計算，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議結果，僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)以同一病人同一診斷碼同季「跨院所」看診人次進行評估。並參考 9 月份本會委員意見調降目標值(由下降 3% 調為下降 1%)，建議尊重健保署與中全會研議結果。 (2)另考量本項旨在提供中醫整合醫療服務，減少病人因不同疾病就醫及減少「跨院所」看診，最終應可減少「整體」平均就醫次數。爰建議附帶決定請健保署於年度評核時，一併提供「整體」看診人次資料，供評核參考。</p>	<p>執行目標： <u>112 年度中醫整合醫療照護服務人次全年以 681 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</u></p> <p>預期效益之評估指標： 申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p><u>附帶決定：</u> 請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	健保署及中醫師公會全聯會 研議結果	本會研析建議	
			研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務	(三) 針傷合併治療合理給付 (1.063%, 304百萬元)	<p>1.執行目標： 以健保署推估本預算 112 年全年申報針傷合併治療約執行 130 萬人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p>	<p>1.執行目標： 健保署與中全會研議之結果，係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，並依實施時程等比率換算目標值計算，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議結果，僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)以同一病人同一診斷碼同月「跨院所」看診人次進行評估。並參考 9 月份本會委員意見調降目標值(由下降 3%調為下降 1%)，建議尊重健保署與中全會研議結果。 (2)另考量本項旨在提供中醫針傷合併治療，減少病人「跨院所」看診，最終應可減少「整體」平均就醫次數。爰建議附帶決定請健保署於年度評核時，一併提供「整體」看診人次資料，供評核參考。</p>	<p>執行目標： <u>112 年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</u></p> <p>預期效益之評估指標： 申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。 <u>附帶決定：</u> <u>請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。</u></p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	健保署及中醫師公會全聯會 研議結果	本會研析建議	
			研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務	(四) 增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69) (0.060%, 17.2百萬元)	<p>1.執行目標： 以健保署推估本預算 112 年全年診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數 1,347 人為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>	<p>1.執行目標： 健保署與中全會研議之結果，係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，並依實施時程等比率換算目標值計算，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議結果，僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 本項旨在擴增服務對象，將腦中風後遺症病人納入「特定疾病門診加強照護」對象，以國際上用以評估日常生活功能之巴氏量表，作為療效評估工具，應屬合理，建議尊重健保署與中全會研議之結果，僅酌修文字，如右欄。</p>	<p>執行目標： <u>112 年度</u>診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>預期效益之評估指標： <u>本收案對象</u>診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	健保署及中醫師公會全聯會 研議結果	本會研析建議	
			研析意見	建議修正(劃線處)
專款項目	<p>(五) 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</p> <p>1.腦血管疾病(112年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69))</p> <p>2.顱腦損傷</p> <p>3.脊髓損傷</p> <p>4.呼吸困難相關疾病</p> <p>5.術後疼痛(112年新增項目) (436.8 百萬元)</p>	<p>1.執行目標： 以健保署推估本預算 112 年全年符合術後疼痛適應症收案約 15,000 人次為基準，以 112 年修訂後計畫之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。 (2)符合術後疼痛適應症案件之 Short Form McGill Pain Questionnaire(SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>	<p>1.執行目標： 健保署與中全會研議之結果，係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，並依實施時程等比率換算目標值計算，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議結果，僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 本項旨在擴增服務對象，將術後疼痛納入「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療」對象，以評估功能限制及失能程度之歐氏失能量表(ODI)，及用以評估疼痛程度之簡易麥克吉爾疼痛問卷(SF-MPQ)，作為療效評估工具，尚屬合理，建議尊重健保署與中全會研議之結果，僅酌修文字，如右欄。</p>	<p>執行目標： <u>112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。</u></p> <p>預期效益之評估指標： <u>本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：</u></p> <p>1.歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。 2.簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>

## 二、牙醫門診總額

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務	(一) 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆 (0.112%, 53.5 百萬元)	1.執行目標： 因本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 預算中平之目的，112 年特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達 100,000 人次。 <b>【牙全會說明：</b> (1)本項與特定牙周保存治療-全口總齒數四至八顆(91016C)、特定牙周保存治療-全口總齒數九至十五顆(91015C)、牙周病支持性治療(91018C)皆為牙周相關治療項目，且有預算中平之目的。 (2)依據健保署提供試算	1.執行目標： (1)依預算推估方式，執行人次約 15 萬人次，本次牙全會提出執行目標之服務人次為 10 萬人次，占預算推估之 67%。 (2)本案後續需依程序增修支付標準，未必於 112 年 1 月 1 日起實施，建議依實施時程等比率換算目標值，另牙全會表示本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 預算中平之目的，本署推估前述三項診療項目 111 年約不足 105.9 百萬。	1.執行目標： (1)健保署係以協商之預算推估方式，換算目標執行數，推估全口總齒數一至三顆服務人次約 15 萬人次，並建議依實施時程等比率換算目標值。理論上符合協商之預算推估方式。 (2)惟考量本會協定事項(註)，預算用途尚需與 91016C、91015C、91018C 等 3 項診療項目之預算(111 年不足約 105.9 百萬元)整體統籌運用，故亦需保留部分預算支應上開不足費用，爰建議參考牙全會及健保署意見訂定執行目標，如右欄。 註：協定事項：「本項經費與	執行目標： <u>112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</u>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務		<p>資料，91016C、91015C、91018C 之 111 年預算約不足 105.9 百萬。】</p> <p>2. 預期效益之評估指標： 5 年(117 年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。</p>	<p>2. 預期效益之評估指標： (1) 查衛生福利部委託牙全會辦理之 104-105 年度成年與老年人口腔健康調查計畫，該計畫以「沒有一顆自然牙」定義為無牙，經調查 18 歲以上無牙率為 1.4%。 (2) 請牙全會說明待 117 年「衛福部國人口腔健康狀況調查」完成前，如何評估本項之預期效益。</p>	<p>特定牙周保存治療-全口總齒數 4 至 8 顆 91016C、特定牙周保存治療-全口總齒數 9 至 15 顆 91015C、牙周病支持性治療 91018C 等 3 項診療項目採預算中平，經費整體統籌運用」。</p> <p>2. 預期效益之評估指標： (1) <b>建議增訂短期評估指標：</b> 考量牙全會所提之指標，屬長期評估指標，且須配合衛福部調查及資料公開時程，無法及時評估逐年成效，<b>建議參考健保署意見，增訂短期評估指標：</b> <b>A. 本會建議新增之短期效益評估指標：</b> 考量健保申報資料為每年皆可取得之客觀數據，並參考牙全會 110 年度所訂之重點項目績效指標(註)，<b>建議新增指標 1。</b></p>	<p>預期效益之評估指標： 1. <b>新增指標 1：</b> <u>有執行牙周保存相關治療(特定牙周保存治療及牙周病支持性治療)之 18 歲以上患者，平均拔牙顆數小於最近 3 年全國平均值。</u> 2. <b>修訂指標 2：</b> <u>5 年後(117 年)18 歲以上國人無牙率低於 1.4%(104</u></p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
一般服務				<p>註：110 年度重點項目及績效指標值，「國人牙齒保存現況與改善情形」項目，指標為「有就醫者平均拔牙顆數」小於最近 3 年全國平均值*(1+10%)。</p> <p>B.請牙全會提出 117 年衛福部完成調查前，可評估效益之評估指標。</p> <p>(2)修訂長期評估指標： 綜合牙全會及健保署意見，<u>建議修訂指標 2</u>，如右欄。</p>	<p>~105 年衛福部國人口腔健康狀況調查之數值)。</p>
專款項目	<p>(二) 超音波根管沖洗計畫 (144.8 百萬元)</p>	<p>1.執行目標： 執行醫令數全年達 1,013,600 件。 【牙全會說明： (1)依據 111.9.23 健保會研析意見修訂執行目標及評估指標。 (2)考量本項為新增項目，支付表公告及宣導會</p>	<p>1.執行目標： (1)依預算推估方式，執行醫令數約 144.8 萬件，本次牙全會提出執行目標醫令數達 1,013,600 件，占預算推估之 70%。 (2)本案後續需依程序增修支付標準，未必於</p>	<p>1.執行目標： 健保署係以協商之預算推估方式，換算目標執行件數，並建議依實施時程等比率換算目標值計算，<b>較合理，建議參採健保署意見，僅酌修文字，如右欄。</b></p>	<p>執行目標： <u>112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</u></p>



項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
專款項目		<p>員執行等均需要作業時間等因素訂定執行目標。】</p> <p>2.預期效益之評估指標： 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。</p> <p>【牙全會說明： 根管治療後之疾病需一段時間後才會產生，故本項指標需觀察兩年。指標定義如下： (1)使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率 分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。</p>	<p>112 年 1 月 1 日起實施，建議依實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 「使用超音波根管沖洗牙齒之兩年內根管再治療率較未使用超音波根管沖洗低」指標，經洽牙全會，未使用超音波根管沖洗再治療率之分母所指為 90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90016C、90018C，本署尊重牙全會所提。</p>	<p>2.預期效益之評估指標： (1)本項旨在導入超音波根管沖洗技術，提升根管治療效果，所提之成效評估指標，應屬合理，建議尊重牙全會建議之指標。 (2)另依健保署意見，酌修評估指標之定義，如右欄。</p>	<p>預期效益之評估指標： 使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。</p> <p>【評估指標之定義： 1.使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率 分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
專款項目		<p>分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。</p> <p>公式：分子/分母*100%。</p> <p>(2)未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率</p> <p>分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數。</p> <p>分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>			<p>分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。</p> <p>公式：分子/分母*100%。</p> <p>2.未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率</p> <p>分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數(指 <u>90001C</u>、<u>90002C</u>、<u>90003C</u>、<u>90019C</u>、<u>90020C</u>、<u>90016C</u>、<u>90018C</u>)</p> <p>分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
專款項目	(三) 齶齒經驗之高風險患者 氟化物治療計畫 (1,010 百萬元)	<p>1.執行目標： 齶齒經驗之高風險患者 氟化物執行人次達 1,400,000 人次。 【牙全會說明： 依據 111.9.23 健保會研 析意見修訂執行目標， 考量本項為新增項目， 支付表公告及宣導會 員執行等均需要作業 時間等因素訂定執行 目標。】</p> <p>2.預期效益之評估指標： 3 年(115 年)後平均每一 位齶齒經驗之高風險 患者的齶齒填補顆數 增加率減緩。 【牙全會說明： 評估指標計算方式： (1)年度高風險患者的平 均牙齒填補顆數(牙位</p>	<p>1.執行目標： (1)依預算推估方式，執 行人次約 200 萬人 次，本次提出執行目 標之服務人次為 140 萬人，占預算推估人 次之 70%。 (2)本案後續需依程序增 修支付標準，未必於 112 年 1 月 1 日起實 施，建議依實施時程 等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 依牙全會提供之評估 指標評估方式，係高風 險患者平均齶齒填補 顆數較前一年減緩，爰 建議毋須待 3 年後，自 112 年起即可逐年觀 察其變化趨勢。</p>	<p>1.執行目標： 健保署係以協商之預算推 估方式，換算目標執行件 數，並建議依實施時程等比 率換算目標值計算，較合 理，<u>建議參採健保署意見</u>， 僅酌修文字，如右欄。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1)健保署就牙全會所提之評 估指標，認為可自 112 年 起逐年觀察其變化趨勢， 毋須待 3 年後(115 年)再 評估。 (2)考量 112 年為高風險患者 氟化物治療之第 1 年，建 議待執行 1 年後(113 年</p>	<p>執行目標： <u>112 年度齶齒經驗</u> <u>之高風險患者氟化</u> <u>物治療執行人次全</u> <u>年以 200 萬人次為</u> <u>基準，並以 112 年</u> <u>修訂支付標準後之</u> <u>實施時程等比率換</u> <u>算目標值。</u></p> <p>預期效益之評估指 標： <u>1 年後(113 年起)齶</u> <u>齒經驗之高風險患</u> <u>者平均齶齒填補顆</u> <u>數增加率減緩。</u> 【評估指標之定 義：</p>

項目	新增項目 (成長率, 預估增加金額)	牙醫師公會全聯會 10 月 19 日修正提報之建議	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	建議修正(劃線處)
專款項目		<p>歸戶)。</p> <p>分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>(2)每年之平均牙齒填補增加率。</p> <p>分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數) — (前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)。</p> <p>分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>		<p>起), 即開始監測成效, 爰建議修訂評估指標, 如右欄。</p> <p>【評估指標計算方式同牙全會說明】</p>	<p>1. 年度高風險患者的平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>2. 每年之平均牙齒填補增加率。</p> <p>分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數) — (前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)。</p> <p>分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：宋宛蓁  
聯絡電話：02-27065866 分機：2635  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111141@nhi.gov.tw

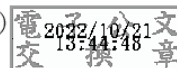
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月21日  
發文字號：健保醫字第1110663256號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A210300001\_1110663256\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：檢送本署與中華民國中醫師公會全國聯合會（下稱中全會）就112年度中醫門診醫療給付費用總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」研議結果（附件），請查照。

說明：依據貴會111年9月23日第5屆111年第9次委員會議議事錄辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、本署企劃組(均含附件)



111.10.21



1113340232

**112 年度中醫門診醫療給付費用協定項目執行目標及預期效益之評估指標—  
健保署及中醫師公會全國聯合會研議結果**

項目	新增項目 (預估增加金額)	執行目標	預期效益之評估指標
一般服務	提升中醫小兒傷科照護品質(2.5百萬元)	以健保署推估本預算 112 年全年中醫小兒傷科照護執行約 12,425 服務人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。	申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。
	多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度(476.7百萬元)	以健保署推估本預算 112 年全年中醫整合醫療照護執行約 681 萬人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。	申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。
	針傷合併治療合理給付(304百萬元)	以健保署推估本預算 112 年全年申報針傷合併治療約執行 130 萬人次為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。	申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。
	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(I69)(17.2百萬元)	以健保署推估本預算 112 年全年診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案之總人數 1,347 人為基準，以 112 年修訂後支付標準之實施時程等比率換算目標值。	診斷為 I69 之腦中風案件之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。
專款項目	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1. 腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(I69)) 2. 顱腦損傷 3. 脊髓損傷 4. 呼吸困難 5. 術後疼痛(112 年新增項目) (436.8 百萬元)	以健保署推估本預算 112 年全年符合術後疼痛適應症收案約 15,000 人次為基準，以 112 年修訂後計畫之實施時程等比率換算目標值。	1. 符合術後疼痛適應症案件之歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)評估，後測平均分數優於前測平均分數。 2. 符合術後疼痛適應症案件之 Short Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：蔡孟芸  
聯絡電話：02-27065866 分機：3622  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111198@nhi.gov.tw

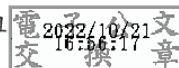
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月21日  
發文字號：健保醫字第1110663292號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨 (A21030000I\_1110663292\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：檢送本署與社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會就  
112年度牙醫門診醫療給付費用總額新增項目之「執行目  
標」及「預期效益之評估指標」研議結果（附件），請查  
照。

說明：依據貴會111年9月23日第5屆111年第9次委員會議議事錄辦  
理。

正本：衛生福利部全民健康保險會  
副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本署企劃組



111.10.21



1113340233

112 年度牙醫總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

項目	健保會研析意見	牙全會 111 年 10 月 19 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	牙全會說明	本署意見
<p>特牙保存-口齒一三 治全總數至顆 (53.5 百萬元)</p>	<p><b>執行目標</b> 1. 本項經費 53.5 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 894 萬人*0.9%*1.9 次/年*350 點，<b>即應執行人次約 15 萬人次</b>。 2. 所訂執行目標僅 10 萬人次，宜審酌合理性。</p>	<p><b>執行目標</b> 因本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 預算中平之目的，112 年特牙保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數達 100,000 人次。</p>	<p>1. 本項與特牙保存治療-全口總齒數四至八顆(91016C)、特牙保存治療-全口總齒數九至十五顆(91015C)、牙周病支持性治療(91018C)皆為牙周相關治療項目，且有預算中平之目的。 2. 依據健保署提供試算資料，91016C、91015C、91018C 之 111 年預算約不足 105.9 百萬。</p>	<p><b>執行目標</b> 1. 依預算推估方式，執行人次約 15 萬人次，本會提出執行目標之服務人次為 10 萬人次，占預算推估之 67%。 2. 本案後續需依程序增修支付標準，未必於 112 年 1 月 1 日起實施，<b>建議依實施時程等比率換算目標值</b>，另牙全會表示本項新增預算還有與 91016C、91015C、91018C 預算中平之目的，本署推估前述三項診療項目 111 年約不足 105.9 百萬。</p>



項目	健保會研析意見	牙全會 111 年 10 月 19 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	牙全會說明	本署意見
		<p><b>預期效益之評估指標</b></p> <p>5 年(117 年)後國人無牙率減少(此項指標需配合衛福部的國人口腔健康狀況調查)。</p>		<p><b>預期效益之評估指標</b></p> <p>1. 查衛生福利部委託牙全會辦理之 104-105 年度成年與老年人口腔健康調查計畫，該計畫以「沒有一顆自然牙」定義為無牙，經調查 18 歲以上無牙率為 1.4%。</p> <p>2. 請牙全會說明待 117 年「衛福部國人口腔健康狀況調查」完成前，如何評估本項之預期效益。</p>

項目	音根沖計 超波管洗畫 (144.8 百萬元)	健保會研析意見	牙全會111年10月19日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	牙全會說明	本署意見
	<p><b>執行目標</b></p> <p>1. 宜載明執行醫令數之單位(件)，以臻明確。</p> <p>2. 本項經費 144.8 百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為 1.81 百萬件*執行率 40%*2 次/年*100 點，<b>即應執行醫令數約 144.8 萬件。</b></p> <p>3. 所訂執行目標僅 72.4 萬件，宜審酌合理性。</p>	<p><b>執行目標</b></p> <p>執行醫令數全年達 1,013,600 件。</p>	<p>1. 依據健保會研析意見修訂執行目標及評估指標。</p> <p>2. 考量本項為新增項目，支付表公告及宣導會會員執行等需要作業時間等因素訂定執行目標。</p>	<p><b>執行目標</b></p> <p>1. 依預算推估方式，執行醫令數約 144.8 萬件，本次牙全會提出執行目標醫令數達 1,013,600 件，占預算推估之 70%。</p> <p>2. 本案後續需依程序增修支付標準，未必於 112 年 1 月 1 日起實施，建議依實施時程等比率換算目標值。</p>	

項目	<p>保健會研析意見</p> <p><b>預期效益之評估指標</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>有關超音波根管沖洗數量，屬過程指標，建議非執行效益指標，建議刪除。</li> <li>有關根管治療再治療率，建議訂定具體降幅之量化值。</li> </ol>	<p>牙全會111年10月19日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p> <p><b>預期效益之評估指標</b></p> <p>使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。</p>	<p>牙全會說明</p> <p>3. 評估指標之說明：  (1) 根管治療後之疾病發生率，故本項指標需觀察兩年。  (2) 使用超音波根管治療之牙齒兩年內根管治療之再治療率  分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。  分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報90015C之牙齒數(牙位歸戶)。  公式：分子/分母*100%  (3) 未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率  分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管牙齒數。  分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報90015C之牙齒數(牙位歸戶)。  公式：分子/分母*100%。</p>	<p>本署意見</p> <p><b>預期效益之評估指標</b></p> <p>「使用超音波根管沖洗之兩年內根管治療率較未使用超音波根管沖洗」指標，經洽牙全會，未使用超音波根管沖洗再治療率之分母所指為90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90016C、90018C，本署尊重牙全會所提。</p>
----	--	---	---	--

項目	<p>齒驗高險者化治計 經之風患氟物療畫 (1,010 百元)</p>	<p>健保會研析意見</p> <p><b>執行目標</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>配合總額預算年度，執行目標應以112年度為主，尚無須訂定113年及114年目標。且應載明單位(人次)，以臻明確。</li> <li>本項經費1,010百萬元，依協商時健保署方案，預算推估方式為2,744,048人*執行率37%*1.99次/年*500點，即應執行人次約<b>200萬人次</b>。</li> <li>所訂112年執行目標僅100萬人次，宜審酌合理性。</li> </ol>	<p>牙全會111年10月19日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p> <p><b>執行目標</b></p> <p>齲齒經驗之高風險患者氟化物執行人次達1,400,000人次。</p>	<p>牙全會說明</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依據健保會研析意見訂執行目標，考量本項為新增項目，支付表公告及宣導會執行等均需要作業時間等因素訂定執行目標。</li> </ol>	<p>本署意見</p> <p><b>執行目標</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>依預算推估方式，執行人次約200萬人次，本次提出執行目標之服務人次為140萬人，占預算推估人次之70%。</li> <li>本案後續需依程序增修支付標準，未必於112年1月1日起實施，建議依實施時程等比率換算目標值。</li> </ol>
----	---	---	--	---	---

項目	<p>健保會研析意見</p> <p>預期效益之評估指標 有關齲齒填補顆數增加率減緩，建議訂定具體量化值。</p>	<p>牙全會111年10月19日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p> <p>預期效益之評估指標 3年(115年)後平均每一位齲齒經驗之高風險患者之齲齒填補顆數增加率減緩。</p>	<p>牙全會說明</p> <p>2.評估指標計算方式： (1)年度高風險患者(牙位)之填補顆數(牙位)。 分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位)。 分母：當年度高風險患者之就醫人數。 公式：分子/分母。 (2)每年之平均牙齒填補增加率。 分子：(當年度高風險患者之平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險患者之平均牙齒填補顆數)。 分母：前一年度高風險患者之平均牙齒填補顆數。 公式：分子/分母*100%。</p>	<p>本署意見</p> <p>預期效益之評估指標 依牙全會提供之評估指標，係高風險患者平均齲齒填補顆數較前一年減緩，爰建議毋須待3年後，自112年起即可逐年觀察其變化趨勢。</p>
----	--	--	--	--

(會議資料第 134 頁)

討論事項第二案「112 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」  
醫師公會全聯會補充「風險調整移撥款」之額度及用途

.....

一、醫師公會全聯會於 111.10.20 函送 112 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之「風險調整移撥款」額度及用途如下(詳附件，第 24 頁)：

維持 68%「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)」，32%「總額開辦前一年(89 年)各地區保險對象實際發生醫療費用(S 值)」分配比率，其「風險調整移撥款」額度為 6 億元，用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)及撥補點值落後地區。

二、前開所提「風險調整移撥款」額度及用途，併入會議資料第 134 頁說明六、(二)項次 1 討論。

## 中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號  
9樓  
承辦人：吳韻婕  
電話：(02)27527286-154  
傳真：(02)2771-8392  
Email：yulia@.tma.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

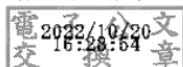
發文日期：中華民國111年10月20日  
發文字號：全醫聯字第1110002014號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：檢送112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配之  
「風險調整移撥款」額度及用途，如說明段，請查照。

說明：

- 一、復 貴會111年10月14日衛部健字第1113360136號書函。
- 二、依本會111年10月19日112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配第2次會議結論辦理。
- 三、本會維持68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例（R值）」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率（S值）」比率分配，其「風險調整移撥款」額度為6億，用於保障東區浮動點值不低於每點1元（不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」）及撥補點值落後地區。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：

理事長 周慶明



(會議資料第 157 頁)

討論事項第三案「112 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」  
健保署之補充資料

.....

說明五、健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果，回復略以(健保署回復詳附件，第 26~27 頁)：

一、有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，援例配合本會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由該署與該總額團體再行研商。

二、110 年風險調整移撥款執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形
110 年	提撥 3,500 萬元風險調整移撥款，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，按季撥補其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 55%予臺北區、45%予北區。	110 年全年結算： 1.風險調整移撥款撥付(浮動點值補至每點 1 元):中區 11.0 萬元、南區 4.0 萬元、高屏區 26.8 萬元。 2.風險調整移撥款剩餘款撥補：台北區 1,902.0 萬元、北區 1,556.2 萬元。

註：111 年度中醫門診總額無提撥風險調整移撥款。



檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：歐舒欣

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-27069043

電子郵件：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月25日

發文字號：健保醫字第1110062345號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001\_1110062345\_doc2\_Attach1.pdf)

主旨：本署將配合貴會協定共識辦理「各總額部門地區預算分配及風險調整基金」，並與總額團體研議執行面及操作細節；另檢送中醫門診總額110年風險調整移撥款執行情形如附件，請查照。

說明：依據貴會111年10月19日表單編號:1111019883請辦事宜辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



## 有關本署就醫界團體意見之說明

一、有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，本署爰例配合貴會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由本署與該總額團體再行研商。

二、110 年「風險調整移撥款」，執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形
110 年	提撥 3,500 萬元風險調整移撥款，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，按季撥補其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 55%予臺北區、45%予北區。	110 年全年結算： 1.風險調整移撥款撥付(浮動點值補至每點 1 元):中區 11.0 萬元、南區 4.0 萬元、高屏區 26.8 萬元。 2.風險調整移撥款剩餘款撥補：台北區 1,902.0 萬元、北區 1,556.2 萬元。