

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 9 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 112 年 10 月 18 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 104

五、優先報告事項

113 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----- 116

六、討論事項

(一)113 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案----- 121

(二)113 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案----- 150

(三)113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案----- 171

(四)關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採 4 年平均方式或單年度數值計算方式」之意見蒐集案----- 189

七、報告事項

(一)111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 193

(二)「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)----- 194

(三)中央健康保險署「112 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 208

八、臨時動議

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(112)年 10 月 2 日衛部健字第 1123360133 號函送
委員在案，並於本年 10 月 2 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6屆112年第8次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年9月22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：盧主任委員瑞芬

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)

王委員惠玄、田委員士金*、朱委員益宏*、江委員錫仁、吳委員榮達、吳委員鏘亮(中華民國區域醫院協會劉秘書長碧珠代理)*、李委員永振、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)*、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠*、花委員錦忠*、侯委員俊良*、翁委員文能、張委員清田*、陳委員杰、陳委員相國*、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜*、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗*、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委員守仁*、劉委員淑瓊、滕委員西華*、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉*、鄭委員素華*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

請假人員：陳委員石池

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、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103頁)

貳、議程確認：(詳附錄第103~104頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第104頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第105~107頁)

決定：

- 一、上次(第7次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。
- 二、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第108~149頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診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、113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，經付費者代表及醫事服務提供者代表完成協商，結論如下：

(一)達成共識之部門：

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(112)年10月份委員會議確認。

(二)未達共識之部門：

由付費者代表及醫事服務提供者代表各自提出建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五，將兩案併陳報衛生福利部決定，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛生福利部就政策目標要求，逕予核定。

- 二、請各總額部門相關團體於本年10月2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。

註：中央健康保險署對於其他預算建議維持原提各項預算金額(書面資料，會後補充如附件六)，將併同各部門總額協商結論一併陳報衛生福利部。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

連署人：翁委員文能、陳委員石池、吳委員鏘亮、朱委員益宏、江委員錫仁、詹委員永兆

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間，提請討論。

決議：

- 一、考量本案之退場期程(110~114年)，係經衛生福利部公告之年度總額協定事項，仍請中央健康保險署依期程規劃退場執行方式，以落實總額協定事項。
- 二、請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商114年度總額前，提報本會。

陸、報告事項：(詳附錄第150~153頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：112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)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 12 時 18 分。

113 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：

113 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(牙醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 2.055%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.909%，協商因素成長率-0.854%。
- (二)專款項目全年經費為 3,520.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 2.436%。各細項成長率及金額，如附表。

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 113 年 7 月前提報執行情形，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 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.移列「高風險疾病口腔照護」至專款項目(-0.852%，減列 405 百萬元)：

原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

2.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%，減少 0.8 百萬元)：

本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 3,520.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 310 百萬元。

(2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(3)請中央健康保險署重新檢討執業計畫之執行目標，並研議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 781.7 百萬元。

(2)持續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、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)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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

②持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障別、障等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

本項自 113 年度起停辦。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 171.5 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

②依 113 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 113 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：

本項移併至「高風險疾病口腔照護計畫」專款項目。

7.超音波根管沖洗計畫：

(1)全年經費 144.8 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①加強計畫推動並持續監測執行結果，以評估照護成效。

②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

③請於協商 114 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。

8.高風險疾病口腔照護計畫：

(1)全年經費 1,599 百萬元，合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移列：

- ①原一般服務之「高風險疾病口腔照護」。
- ②原「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」專款項目。
- ③原「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」專款項目。

(2)執行目標(暫列)：

- ①113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C) 達 51,600 人次。
- ②113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。
- ③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。
- ④齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。
- ②國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。
- ③高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。
- ④1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。

(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，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付

方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。

- ②考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。
- ③本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ④請於協商 114 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。

9.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 143 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。
 - ②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 307.1 百萬元。
- (2)本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。
- (3)執行目標：(暫列)

執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。

預期效益之評估指標：(暫列)

執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。

(4)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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於 112 年 12 月前提全民健康保險會報告。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，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(115 年 7 月前)，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。

11.癌症治療品質改善計畫：

- (1)全年經費 10 百萬元，本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達 90%為計畫執行指標。

口腔癌(以篩檢人數 60.5 萬人，陽性率 8.2%估算)：約 14,300 人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：追陽率達 90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

③本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，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 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

12.促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 5.5 百萬元。

(2)執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。

預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：

①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。

②「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於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(4)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。

13.品質保證保留款：

- (1)全年經費 47.8 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 113 年品質保證保留款專款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.909%	1,382.9	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.267%			
醫療服務成本指數 改變率	3.427%			
協商因素成長率	-0.854%	-405.8	請於 113 年 7 月前提報各協商 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。	
其他醫療服務 利用密度之 改變	移列「高風險 疾病口腔照 護」至專款項 目	-0.852%	-405.0	原於一般服務執行，移列 405 百萬元至「高風險疾病口腔照 護計畫」專款項目。
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%	-0.8	
一般服務 成長率 ^{#2}	增加金額	2.055%	977.1	
	總金額		48,516.8	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月前提報執行情形及 前 1 年成效評估檢討報告。	
醫療資源不足地區改 善方案	310.0	30.0	1.持續辦理牙醫師至無牙醫鄉 執業及巡迴醫療服務計畫。 2.請中央健康保險署重新檢討 執業計畫之執行目標，並研	

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
			議更積極鼓勵牙醫師執業之策略。
牙醫特殊醫療服務計畫	781.7	109.6	<p>1.持續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、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。</p> <p>2.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，妥為研訂 113 年度具體實施計畫(含醫療團服務對象、醫療費用加成方式)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)持續監測本計畫醫療團適用對象(含不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。</p>
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	0.0	-10.0	本項自 113 年度起停辦。
0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	0.0	-60.0	本項自 113 年度起停辦。
12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫	171.5	-100.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。</p> <p>2.依 113 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 113 年 7 月提全民健康保險會報</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
			告。
高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫	0.0	-184.0	本項移併至「高風險疾病口腔 照護計畫」專款項目。
超音波根管沖洗計畫	144.8	0.0	請中央健康保險署辦理下列事 項： 1.加強計畫推動並持續監測執 行結果，以評估照護成效。 2.本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或 退場之評估指標及檢討結 果。 3.請於協商 114 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。
高風險疾病口腔照護 計畫	1,599.0	589.0	1.合併辦理以下項目，其中 405 百萬元自一般服務費用移 列： (1)原一般服務之「高風險疾 病口腔照護」。 (2)原「高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫」專款項目。 (3)原「齲齒經驗之高風險患 者氟化物治療計畫」專款 項目。 2.執行目標(暫列)： (1)113 年服務高風險患者執 行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。 (2)113 年高風險疾病患者齲 齒填補顆數為 10 萬顆。 (3)高齲齒率患者(曾接受過 複合體填補處置)氟化物 治療(P7301C)預估服務人

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>次 364,000 人次。</p> <p>(4)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列):</p> <p>(1)高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</p> <p>(2)國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</p> <p>(4)1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>3.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，妥為研訂具體實施計畫(含醫療服務內容、各項服務適用對象、支付方式及成效監測)，於 112 年 12 月前提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>(2)考量「執行目標」及「預期效益之評估指標」涉及具體實施計畫之醫療服務內容，請併同上開報告提全民健康保險會確認。</p> <p>(3)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，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(114 年 7 月前)提出納</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>入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(4)請於協商 114 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>
網路頻寬補助費用	143.0	-25.0	<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。</p> <p>(2)於協商 114 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。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114 年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。</p>
特定疾病病人牙科就醫安全 (113 年新增項目)	307.1	307.1	<p>1.本項經費用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者，以提升其就醫安全。</p> <p>2.執行目標：(暫列) <u>執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。</u> <u>預期效益之評估指標：(暫列)</u> <u>執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 6 成。</u></p> <p>3.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，妥為研訂完整之具體實施計畫(含適用對象之</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>特定疾病病人定義、醫療服務內容、支付方式、稽核機制及成效監測)，於112年12月前提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)本計畫以3年為檢討期限(113~115年)，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(115年7月前)，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。</p>
<p>癌症治療品質改善計畫 (113年新增項目)</p>	<p>10.0</p>	<p>10.0</p>	<p>1.本項經費得與醫院、西醫基層總額同項專款相互流用。</p> <p>2.執行目標：以當年度癌症篩檢陽性/異常個案進行確認診斷之追陽率達90%為計畫執行指標。</p> <p>口腔癌(以篩檢人數60.5萬人，陽性率8.2%估算)：約14,300人(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：追陽率達90%(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。</p> <p>(2)請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效</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>益應適度回饋總額預算。</p> <p>(3)本計畫以 4 年為檢討期限(112~115 年)，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 4 年(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
<p>促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼) (113 年新增項目)</p>	<p>5.5</p>	<p>5.5</p>	<p>1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)。</p> <p>預期效益之評估指標：本項目預定辦理期程為 3 年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下(與醫院、西醫基層總額同項計畫共同辦理)：</p> <p>(1)提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。</p> <p>(2)「支付標準研議諮詢會議」召開 4 場次。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供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(114 年 7 月前)提出納入一般服務</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
				或退場之評估指標及檢討結果。 3.本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入牙醫門診總額一般服務費用結算。
品質保證保留款		47.8	-46.1	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 113 年品質保證保留款專款(47.8 百萬元)合併運用(計 164.2 百萬元)。 2.請中央健康保險署積極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		3,520.4	626.1	
較基期成長率 (一般服務+專款) 註3	增加金額	2.436%	1,603.2	
	總金額		52,037.2	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 47,539.8 百萬元(含 112 年一般服務預算為 47,905.6 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-419.5 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 53.7 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)。

3.計算「較 113 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 50,799.9 百萬元，其中一般服務預算為 47,905.6 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 47,905.6 百萬元，未有需扣除 111 年未導入金額)，專款為 2,894.3 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。

113 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：

113 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 112 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(中醫門診總額 111 年度未有本項扣減金額)。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 4.979%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.002%，協商因素成長率 1.977%。
- (二)專款項目全年經費為 1,276.7 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，113 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.221%。各細項成長率及金額，如附表。

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.中醫利用新增人口(1.990%，預估增加 588 百萬元)：

(1)執行目標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。

預期效益之評估指標(暫列)：

113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況,未明示)、職災及預防保健部分)

(2)依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：

以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以「就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。

(3)請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。

2.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.013%，減少 4 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,276.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 180 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。

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、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
 - (3)針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
- 3.中醫提升孕產照護品質計畫：
- (1)全年經費 70 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
- 4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：
- (1)全年經費 21.2 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - ②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。
- 5.中醫癌症患者加強照護整合方案：
- (1)全年經費 265 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」。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 10 百萬元。
 - (2)執行目標(暫列)：
參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。
預期效益之評估指標(暫列)：
使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數

字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。

(3)請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。

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 48 百萬元。

(2)維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。

(3)執行目標(暫列)：

①113 年至少 90 家院所參與服務。

②服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。

預期效益之評估指標(暫列)：

照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。

(4)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。

②依 113 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。

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 113 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 83 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。

②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 57.4 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 113 年度品質保證保留款(57.4 百萬元)合併運用(計 80.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極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。

附表 113 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	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.002%	886.8	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	-0.757%			
人口結構改變率	0.799%			
醫療服務成本指數 改變率	2.989%			
協商因素成長率	1.977%	584.0	請於 113 年 7 月前提報各協商 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。	
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	中醫利用新 增人口(113 年新增項目)	1.990%	588.0	1.執行目標(暫列)： <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>113 年就醫人數大於 112 年 就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒 感染)、U09.9(嚴重特殊傳染 性肺炎(COVID-19)後的病 況，未明示)、職災及預防保 健部分)。</u> 2.依 113 年中醫實際就醫人數 成長情形，扣減當年未執行 之額度，並列入基期扣減，扣 減方式如下： 以「113 年實際就醫人數」扣 除「112 年實際就醫人數」， 乘以「就醫者平均每人就醫 費用」計算，若低於 113 年 協定增加之預算 588 百萬 元，則扣減未達之差額。 3.請中央健康保險署依上開議

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 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	-0.013%	-4.0	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 114 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率 ^{#2}	增加金額	4.979%	1,470.8	
	總金額		31,011.3	
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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成，且均應於 113 年 7 月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	180.0	8.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1.腦血管疾病 2.顱腦損傷 3.脊髓損傷 4.呼吸困難相關疾病 5.術後疼痛	436.8	0.0	1.持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。 2.針對執行 10 年以上之子計畫，請中央健康保險署評估、規劃納入一般服務之期程。
	中醫提升孕產照護品質計畫	70.0	-11.0	請中央健康保險署持續評估計畫成效，若無法評估計畫效益，建議規劃退場機制。
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.2	-0.4	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.持續檢討計畫執行情形(含完整療程照護人數及比率)及結果面之成效，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。 2.本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

項目	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
中醫癌症患者加強照護整合方案	265.0	20.0	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」。
中醫急症處置	10.0	5.0	<p>1.執行目標(暫列)： <u>參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800 人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：使用視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</u></p> <p>2.請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。</p>
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	105.3	0.0	請持續評估計畫成效，並檢討及監測服務利用之合理性。
照護機構中醫醫療方案	48.0	20.0	<p>1.維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床以上者，得由 15 人次調升至 25 人次。</p> <p>2.執行目標(暫列)： <u>(1)113 年至少 90 家院所參與服務。</u> <u>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較未被照護前(112 年)之件數減少。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</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>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等)，並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依113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。</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113年7月提全民健康保險會報告。</p>
網路頻寬補助費用	83.0	-15.0	<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。</p> <p>(2)於協商114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。</p> <p>(3)請確實依退場期程(110~114年)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。</p>
品質保證保留款	57.4	29.8	<p>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113年度品質保證保留款(57.4百萬元)合併運用(計80.2百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署積極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>

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
專款金額		1,276.7	56.4	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{註3}	增加金額	4.221%	1,527.2	
	總金額		32,288.0	

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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29,540.5百萬元(含112年一般服務費用為29,760.1百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-254.2百萬元、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34.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113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30,980.4百萬元，其中一般服務預算為29,760.1百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為29,760.1百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為1,220.3百萬元。

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。

113 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)113 年度其他預算增加 2,039 百萬元，預算總額度為 17,818.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(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 112 年 11 月前完成，新增項目原則於 112 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 113 年 7 月前提報執行情形，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 114 年度總額協考量。

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。
 - (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。
 - (3)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，以落實編列本項預算之目的。

(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」，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 705.4 百萬元。
- 2.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增 2 分區，擇優試辦。
- 3.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進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、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、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 8,378 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.新增「在宅急症照護試辦計畫」：
 - (1)預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。

(2)執行目標(暫列)：

提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形。

預期效益之評估指標(暫列)：

結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(例如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。

(2) 「在宅急症照護試辦計畫」：

①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

②以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第 4 年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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.請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。

(2)於 113 年 7 月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 1,200 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)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。
 - (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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
 - (4)於協商 114 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。

(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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於 113 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(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)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)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。

(十一)提升保險服務成效：

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)精進並提出能反映整體提升保險服務成效之評估指標。

(2)於協商 114 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。

3.本項於 114 年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。

(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強推動計畫，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)。

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113 年新增項目)：

1. 全年經費 2,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。
2. 執行目標(暫列)：
調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。
預期效益之評估指標(暫列)：
調升護理相關費用之醫院家數占率。
3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於 112 年 10 月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：
 - (1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。
 - (2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。
 - (3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。
4. 於 113 年 7 月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。
5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。
6. 歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。

附表 113 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112年11月前完成，新增項目原則於112年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。 2.請於113年7月前提報執行情形，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114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。 (2)通盤檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，分析是否達到預期效果，提出轉型之改善方案。 (3)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，以落實編列本項預算之目的。 (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」，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	705.4	100.0	1.擴大辦理山地鄉論人計酬試辦計畫，於東區以外新增2分區，擇優試辦。 2.請中央健康保險署持續檢討山地離島地區醫療利用情形，並加強推動山地鄉論人計酬試辦計畫，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	8,378.0	575.0	<p>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。</p> <p>2.新增「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>(1)預算200百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>(2)執行目標(暫列)： <u>提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>結案後14天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次)。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護品質及成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)。</p> <p>(2)「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①擬訂具體實施方案內容(含參與醫療院所之條件、資格認定、醫療服務內容、適用對象、支付方式等)及照護成效監測指標(含照護品質及替代醫院費用情形)，並於113年7月前提全民健康保險會報告。</p> <p>②以4年為檢討期限(113~116年)，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，則於執行第4年，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、	290.0	0.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
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			
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	0.0	請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商114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新科技之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	550.0	0.0	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」。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討執行內容及辦理方式，以提升執行成效。 (2)於113年7月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)。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	800.0	0.0	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	1,200.0	-436.0	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續精進「提升院所智慧化資訊機制」之成效評估指標。 (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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於113年7月前提全民健康保險會報告。 (3)請檢討其他醫事服務機構雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，與建立稽核機制，並於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			(4)於協商114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。
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之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
腎臟病照護及病人衛教計畫	511.0	0.0	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。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續加強腎臟病前期之整合照護，研議與相關疾病照護計畫(如：糖尿病改善方案、代謝症候群防治計畫等)整合，強化延緩病人進入透析之照護。 (2)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。
提升保險服務成效	300.0	-200.0	1.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。 (2)於協商114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。 2.本項於114年度總額退場並不再編列預算，請中央健康保險署爭取公務預算支應。
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強推動計畫，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)。
因應醫院護理人力需求，強化住院護	2,000	2,000	1.優先用於強化住院夜班護理照護量能。 2.執行目標(暫列)：

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
理照護量能 (113年新增項目)			<p><u>調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)：</u></p> <p><u>調升護理相關費用之醫院家數占率。</u></p> <p>3.請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於112年10月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：</p> <p>(1)設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。</p> <p>(2)訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。</p> <p>(3)建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。</p> <p>4.於113年7月前提出強化住院護理照護量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</p> <p>5.護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。</p> <p>6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。</p>
總計	17,818.2	2,039.0	

113 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■ 113 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用 × (1 + 113 年度一般服務成長率) + 113 年度專款項目經費 + 113 年度醫院門診透析服務費用

■ 113 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 × (1 + 113 年度成長率)

註：校正後 112 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 年未導入預算扣減」部分(醫院總額 111 年度未有本項扣減金額)。

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。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.152%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.973%。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)(0.705%，預估增加 3,600 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 600 百萬元，其 PVA(價量協議)或 MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/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 114 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(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 114 年度總額協商前，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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(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 114 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.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：
- 考量本項相關支付標準之調整尚未公告實施，維持編列於「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款項目，爰不新增預算。
- 4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)：
- 考量本項預算執行率尚不穩定，維持編列於「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」專款項目。
- 5.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，爰不新增預算。
- (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，重新檢討並修正總額醫療費用案件之審查作業，以發揮同

儉制約精神，並加速支付制度改革之推進，以使健保能永續經營。

6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)：

(1)本項建議由公務預算支應，並重新調整兒童醫療資源配置，主要考量如下：

①兒童急重症照護支付標準已多次調升，但醫界仍舊反映有虧損問題，顯見已不全然是支付因素。

②兒童急重症照護由於量體過小且診療成本高，支付加成能發揮的效果有限，建議應重新調整兒童醫療資源配置，透過區域化分工形成規模，並挹注公務預算，以提升兒童急重症服務量能。

(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，優先由「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。

7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(0%)：

維持編列於「醫療給付改善方案」專款項目。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行 B 型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

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%，減少 12.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 40,059.7 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥、新特材)：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

2. C 型肝炎藥費：

(1) 全年經費 2,224 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 114 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。

3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1) 全年經費 15,108 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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1) 全年經費 5,580 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，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5. 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)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①本項專款項目已穩定執行多年，請規劃回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
 - ②提報之執行情形，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。
- 6.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 1,693.4 百萬元。
 - (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。
 - (4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。
- 7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護：
- 維持編列於「醫療給付改善方案」專款項下。
- 8.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精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及

急診重大疾病照護品質相關監測指標。

9.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

10.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 115 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。

11.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 1,300 百萬元。

(2)請中央健康保險署確實檢討當地民眾之醫療需求與特性，及其醫療利用情形，並精進計畫內容及提升服務可近性。

12.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 150 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。

②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健康保險會報告。

14.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醫院總額一般服務費用結算。

15.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 560 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①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，並持續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)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎

勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

- (1)全年經費 40 百萬元。(擴增藥品給付規定費用由一般服務「藥品及特材給付規定改變」項目支應)
- (2)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。
- (3)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

19.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 500 百萬元。
- (2)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 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- (1)全年經費 2,772 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。
 - ②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供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(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (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。

21. 癌症治療品質改善計畫：

- (1) 全年經費 414 百萬元，本項經費得與西醫基層、牙醫門診總額同項專款相互流用。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ① 精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。
 - ② 請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - ③ 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(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22. 慢性傳染病照護品質計畫：

- (1) 全年經費 180 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2) 請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ① 於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。
 - ② 精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。
 - ③ 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(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23. 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務

品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

本項經費用於支付標準補付及加成，與「優化醫療服務品質」及「提升分級醫療推動量能」政策目標不盡相符，爰不編列預算。

25.社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案(113 年新增項目)：

考量西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」之家醫群已與地區醫院合作共同提供服務，並支付相關獎勵費用，爰不編列預算。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

考量現行「急診品質提升方案」已提供緊急手術病人之轉出及轉入醫院獎勵費用，爰不編列預算。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增項目)：

本項手術獎勵費用高於現行支付標準，考量支付衡平性，且健保已投入多項經費鼓勵轉診與院所合作，爰不編列預算。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 年新增項目)：

考量醫院部門並未編列本項預算，且感染管制為醫療院所基本要求，爰不編列預算。

29.抗凝血藥品藥師門診方案(113 年新增項目)：併入「醫療給付改善方案」專款項目處理。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署積極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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度醫院醫療給付費用總額，

較基期成長 3.626%。各細項成長率及金額如附表。

醫院代表委員之建議方案：

醫院部門強調續秉持 108 年對非協商因素的主張，即在醫院總額點值未達一點 1 元之前，不應且不得就非協商因素(含醫療服務成本指數改變率；MCPI 預算)以任何附帶決議形式，框定或限定預算的使用。

(一)一般服務成長率為 4.721%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.179%，協商因素成長率 0.542%。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%)：

(1)主張移列專款項目，與暫時性支付(新藥、新特材)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材))編列 1,306 百萬元。

(2)另就付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥，其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」表達堅決的反對立場。

(3)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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次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。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.270%，預估增加 1,377 百萬元)：

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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次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)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥、其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」。
- 3.配合醫療器材使用規範，修訂受影響之診療項目支付點數(0%)：
- (1)配合健保署方案，編列於促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)預算，112 年加 113 年計 1,882 百萬元。
 - (2)相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。
- 4.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.003%，預估增加 15 百萬元)：
- 相關專款預算已併入 112 年醫院總額一般服務費用結算，爰 113 年於一般服務計列成長率。
- 5.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)(0.588%，預估增加 3,000 百萬元)
- 6.提升醫院兒童急重症照護量能(0%)
- 7.「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(0%)：
- 維持編列於專款項目，原由醫療給付改善方案獨立出來為 ICU 臨床藥事照護給付，編列 120 百萬元。另，提升醫院用藥安全與品質方案-地區醫院門診及一般門診維持在醫療給付改善方案中。

8.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(-0.317%，預估減少 1,615.3 百萬元)：

(1)原於一般服務執行，移列 1,615.3 百萬元至「病毒性肝炎藥費」專款項目。

(2)針對 B 型肝炎病毒治療藥費應依健保署版原規劃移列專款專用編足經費，解決因所編列預算不足長期由醫院總額一般服務預算補入而壓縮排擠其他醫療服務的不合理現象。

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%，預估減少 12.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 48,250.4 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.暫時性支付(新藥、新特材)

(1)與一般服務預算-新醫療科技(含新藥、新特材及新增診療項目)合併為新醫療科技(含新藥、新特材、新增診療項目及暫時性支付(新藥、新特材)，編列 1,306 百萬元。

(2)堅決反對付費者代表所擬之協定事項：「本項支付之新藥，其 PVA/MEA 還款金額，應納入本項預算財源」。

2.病毒性肝炎藥費：

(1)全年經費 6,359 百萬元，用於 B 型肝炎及 C 型肝炎治療藥費。

- (2)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。
- (3)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 114 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。
- 3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 15,108 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.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：
- (1)全年經費 5,580 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。
- 5.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)請中央健康保險署辦理下列事項：
- ①規劃本項專款項目回歸一般服務，並持續監測服務量變化情形。
- ②提報之執行情形，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。
- 6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,674.1 百萬元。
 - (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病、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不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以提升執行成效。
7. 「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護：
- (1)全年經費 120 百萬元，由「醫療給付改善方案」專款項下移列。
 - (2)請中央健康保險署積極推動，提升執行成效，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。
8. 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精進方案執行內容，檢討獎勵方式，對實質提升急診處置效率及急診重大疾病照護品質者予以獎勵，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。
9. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：
- (1)全年經費 210 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
10. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 115 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。
- 11.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 1,300 百萬元。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。
- 12.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。
- 13.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。
 - ②於協商 114 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。
- 14.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：
移入一般服務。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。
- 15.住院整合照護服務試辦計畫：
- (1)全年經費 560 百萬元。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①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，並持續建

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)、照護聘任模式、照護人力狀況、民眾使用意向及實際收費情形等結果面指標。

②提報之成效評估檢討報告，應含多元品質監測指標監測結果。

16.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

17.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)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討醫院評比獎勵方式及獎勵標準設定之合理性，以利檢討改善。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 128 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

19.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 500 百萬元。

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 2,790.0 百萬元。

(2)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。

(3)請中央健康保險署於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

21.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 414 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，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)全年經費 180 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，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

23.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

(1)全年經費 600 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成

效之結果面指標及監測結果。

(3)執行目標及指標為 113 年優化地區醫院住診、重症及急診照護能力，其護病比不低於 112 年。

24.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

(1)全年經費 1,200 百萬元，用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)。

②提出之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

(3)評核指標以 14 日內再住院率較 112 年比率減少 1% 為目標，公式： 14 日內再住院的案件數/出院案件數。

25.地區醫院全人全社區照護計畫(原：社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案)：

(1)全年經費 500 百萬元。

(2)執行目標：透過全人全社區照護計畫，接受照護對象能獲得更良善妥適的照護，醫療資源端的使用也更適切、有效率。

預期效益之評估指標：接受照護對象，住院次數較 112 年下降 1%。

26.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：

(1)全年經費 81 百萬元。

(2)執行目標：降低主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術率。

預期效益之評估指標：主動脈剝離手術病人轉診至非轄區醫院手術小於 15%，公式：分子為急性 A 型主動脈剝離(I71.03)病人轉診至非分(轄)區醫院且

執行 68043B 人數；分母：分(轄)區急性 A 型主動脈剝離 (I71.03) 總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。

27.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：

(1)全年經費 127 百萬元。

(2)執行目標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄區醫院手術比率下降。

預期效益之評估指標：腦中風經動脈內取栓 33143B 手術病人轉診至非轄(分)區醫院手術比率 <15%
公式：分子：急性缺血性腦中風 (I63.9)病人轉診至非分(轄)區醫院且執行 33143B 人數。分母：分(轄)區急性缺血性腦中風(I63.9)總病人數。

(3)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：

①於 112 年 12 月前完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)。

②以 5 年為檢討期限，滾動式檢討逐年成效，若計畫持續辦理，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。

28.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：全年經費 0 元。

29.抗凝血藥品藥師門診方案：全年經費 0 元。

30.品質保證保留款：

(1)全年經費 501.5 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 113 年度品質保證保留款(501.5 百萬元)合併運用(計約 890.2 百萬元)。

(3)請中央健康保險署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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 1.586%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(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。

(四)前述三項額度經換算，113 年度醫院醫療給付費總額，較基期成長 4.660%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 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)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		4.179%	21,325.0	4.179%	21,325.0
投保人口預估成長率		-0.757%		-0.757%	
人口結構改變率		2.034%		2.034%	
醫療服務成本指數改變率		2.940%		2.940%	
協商因素成長率		0.973%	4,964.9	0.542%	2,764.6
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) (*醫院代表方案列專款項目)	0.705%	3,600.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.270%	1,377.0	0.270%	1,377.0
	配合醫療器材使用規範,修訂受影響之診療項目支付點數(113 年新增項目) (*付費者及醫院代表方案列專款項目)	* -	* -	* -	* -
	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
	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) (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.588%	3,000.0
提升醫院兒童急重症照護量能 (113 年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0	
鼓勵提升品質及促進保險對象健康	「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護 (113 年新增項目) (*付費者代表方案列專款項目) 「醫療給付改善方案」專款項目 (*醫院代表方案另立專款項目)	* -	* -	* -	* -

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 型肝炎病毒治療藥費移列專款	0.000%	0.0	-0.317%	-1,615.3
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%	-12.1	-0.002%	-12.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額	5.152%	26,289.9	4.721%	24,089.6
	總金額		536,580.5		534,381.1
專款項目(全年計畫經費)					
新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)		* -	* -	1,306.0	1,306.0
暫時性支付(新藥、新特材) (*付費者代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目) (*醫院代表方案併入「新醫療科技」專款項目)		* -	* -	* -	* -
C 型肝炎藥費 (*醫院代表方案本項名稱修正為病毒性肝炎藥費)		2,224.0	-1,204.0	6,359.0	2,931.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材		15,108.0	1,165.0	15,108.0	1,165.0
後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費		5,580.0	323.0	5,580.0	323.0
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		1,693.4	50.0	1,674.1	30.7
「提升醫院用藥安全與品質方案」之 ICU 臨床藥事照護(113 年新增項目) (*付費者代表方案編列於「醫療給付改善方案」專款項目)		* -	* -	120.0	120.0
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		115.0	15.0	115.0	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)
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,300.0	200.0	1,300.0	200.0
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	150.0	-50.0	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	560.0	0.0	560.0	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
因應長新冠照護衍生費用	40.0	0.0	128.0	88.0
因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增	500.0	-500.0	500.0	-500.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,772.0	772.0	2,790.0	790.0
癌症治療品質改善計畫	414.0	12.0	414.0	12.0
慢性傳染病照護品質計畫	180.0	0.0	180.0	0.0
持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.0	-500.0	600.0	100.0
健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.0	-1,000.0	1,200.0	200.0
社區好醫院-地區醫院家庭責任醫師整合方案 (*醫院代表方案本項名稱修正為「地區醫院全人全社區照護計畫」) (113 年新增項目)	0.0	0.0	*500.0	*500.0
區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	81.0	81.0
區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (113 年新增項目)	0.0	0.0	127.0	127.0
抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫 (113 年新增項目)	0.0	0.0	0.0	0.0

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)
抗凝血藥品藥師門診方案 (113 年新增項目) (*付費者代表方案併入「醫療給付改善方案」專款項目處理)	* -	* -	0.0	0.0
品質保證保留款	501.5	-473.8	501.5	-473.8
專款金額	40,059.7	-1,190.8	48,250.4	6,999.9
較基期成長率(一般服務+專款) ^{#3}	增加金額	25,099.1	4.791%	31,089.5
	總金額	576,640.2		582,631.5
門診透析服務成長率	增加金額	374.5	1.586%	374.5
	總金額	23,987.5		23,987.5
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{#4}	增加金額	25,473.6	4.660%	31,464.0
	總金額	600,627.6		606,619.0

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113年度總額之基期(採淨值)，係以112年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111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510,290.3百萬元(含112年一般服務預算為514,745.5百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-4,466.5百萬元、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11.4百萬元，未有需扣除111年未導入金額)。

3.計算「較113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555,995.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元。

4.計算「較113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579,608.9百萬元，其中一般服務預算為514,745.5百萬元(112年度健保醫療給付費用公告金額為514,745.5百萬元，未有需扣除111年未導入金額)，專款為41,250.5百萬元，門診透析為23,613.0百萬元。

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。

113 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：

- 113 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 112 年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+113 年度一般服務成長率)+113 年度專款項目經費+113 年度西醫基層門診透析服務費用
- 113 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×(1+113 年度成長率)

註：校正後 112 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 112 年第 7 次委員會議決定，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「111 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。

付費者代表委員之建議方案：

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 113 年 7 月前提報執行情形，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)；實施成效納入 114 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 3.704%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 0.187%。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)(0.176%，預估增加 224 百萬元)：

(1)含暫時性支付新藥 7 百萬元，其 PVA(價量協議)或

MEA(藥品給付管理合約)還款金額，應納入本項預算財源，並於公務預算挹注或另有基金財源後退場。

(2)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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程(含暫時性支付之執行及費用支付方式、預算估算、擬暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，並於 114 年度總額協商前，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 113 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及暫時性支付之申報費用/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 114 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(0.060%，預估增加 76 百萬元)：

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 113 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，

並於 114 年度總額協商前，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；並請於 113 年 7 月前提報執行情形(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 114 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.配合分級醫療，調高診察費(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.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「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0%)：

(1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算已編列因應成本變動所需預

算，爰不新增預算。

(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，優先由「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.強化高齡人口之基層醫療照護(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量現行 75 歲以上長者診察費已加計 7.5%，且應以民眾醫療需求為導向，提出有別於現行且具有價值之醫療服務內容，爰不新增預算。

7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0%)：

本項所提之國際指引修正，國內是否連動修正，尚需審慎評估，且考量目前加強推動之「代謝症候群防治計畫」，旨在降低高血壓、糖尿病等發生率，早期發現血壓偏高患者應優先調整其生活型態，不必然需要用藥治療，爰不新增預算。

8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0%)：

本項不新增預算，請先檢討「代謝症候群防治計畫」之檢驗(查)使用情形及必要性。

9.提升國人視力照護品質(0%)：

本項不新增預算，請先檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性，及監測照護成效與民眾自費情形，並加強執行面管理與監督。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：

考量現行B型肝炎病人已於一般服務穩定提供治療用藥，尚無移列專款項目之必要，應維持於一般服務支應，故本項不移列專款。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：

(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 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,745.9 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 112 年 11 月前完成，新增計畫原則於 112 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

考量「新醫療科技」與既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

2.暫時性支付：

併入一般服務項目「新醫療科技」支應，故本項不編列專款。

3.西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1)本項維持原支付方式，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。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 3,948 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①建議依論質計酬模式，建立照護指引及訂定相應之品質指標，以提升照護成效。

②持續檢討計畫成效，提出朝全人照護方向整合之具體規劃、實施方案(含實施期程、目標、與相關計畫整合方式，以及導入一般服務之評估規劃)，並於 113 年 7 月前提報專案報告。

5.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積極建立成人健檢個案轉介及資源共享之派案機制，鼓勵醫師參與，加強計畫推動。
- ②滾動式檢討計畫內容，以改變民眾生活習慣為推動方向，檢討擴增收案人數上限合理性，以及現行檢驗(查)使用情形及必要性，監測計畫成效，並與家庭醫師整合性照護計畫及糖尿病醫療給付改善方案之相關指標、費用及效益進行分析比較。
- ③於 113 年 7 月前提報執行情形及成效評估檢討之專案報告。

6.C 型肝炎藥費：

(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 114 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。

7.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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不佳之原因，研議具體改善策略，朝向「以人為中心」提供整合式服務，並檢討品質指標之獎勵效果，以

提升執行成效。

(4)對於執行穩定且具成效的項目，宜回歸一般服務費用與相關醫療處置銜接。

8.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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①提出規劃調整開放之項目與作業時程。

②建立評估機制，檢討各開放項目執行差異因素及其適當性，對於執行占率較高、有助病人留在基層就醫之開放品項，應規劃導入一般服務之時程。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

9.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)請中央健康保險署檢討獎勵方式及支付誘因，納入醫病共享決策之精神，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

10.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內容，研訂以服務成效為支付及獎勵指標，並鼓勵醫師積極參與及投入外部醫療資源。

11.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥

為管理運用。

12.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

13.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)請中央健康保險署檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。
- (3)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

14.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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

15.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 223 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)結果與檢查影像上傳率。
 - ②於協商 114 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)退場，將所規劃之執行方式及辦理進度，於 113 年 7 月前提全民健

康保險會報告。

16.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)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

17.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，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

18.因應長新冠照護衍生費用：

(1)全年經費 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 1,213.6 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 112 年 11 月前將具體實施規劃(包含分年目標、執行方法及期程)及執行情形提報全民健康保險會。

②本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，會同醫療服務提供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(114 年 7 月前)提出納入一

般服務或退場之評估指標及檢討結果。

(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費用結算。

20.癌症治療品質改善計畫：

(1)全年經費 93 百萬元，本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①精進計畫內容，建立完整之癌症篩檢異常個案轉介及資料介接機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，確保癌症治療照護品質。

②請建立疾病照護之結果面指標，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算

③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(115 年 7 月前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 20 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於額度內妥為管理運用，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

②精進計畫內容，建立完整之個案照護銜接及追蹤機制，並監測醫療利用情形及加強執行面監督，提升照護品質。

③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(115 年 7 月

前)，提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22.品質保證保留款：

- (1)全年經費 126.2 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 113 年度品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。
- (3)請中央健康保險署積極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.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。
- 3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
- 4.請中央健康保險署辦理以下事項：
 - (1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.066%。各細項成長率及金額如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

- (一)一般服務成長率為 5.464%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.517%，協商因素成長率 1.947%。
- 1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0%)：建議移列專款。
 - 2.藥品及特材給付規定改變(0.157%，預估增加 200 百萬元)：
 - (1)因修正時程及民眾需求性，財務往往有遞延效應，如需扣減未導入或剩餘預算，建議應有預算不足之回補機制。
 - (2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險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 年增編預算。
 - 3.配合分級醫療，調高診察費(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)：
 - (1)分級醫療是重要政策，應延續 112 年度持續編列。
 - (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。
 - 4.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0.517%，預估增加 659.3 百萬元)：
 - (1)執行目標與預期效益之評估指標：需視執行情形再與中央健康保險署研擬執行目標。

- (2)本項預算以 5 年編列為目標，以朝提高護理人力薪資、維持基層護理人力為中心。
 - (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，請中央健康保險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 年增編預算。
- 5.強化未滿 4 歲兒童之基層專科醫師照護(0.096%，預估增加 122.5 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：本會成立研議「強化基層醫師提升兒(少)虐辨識與通報」小組。
預期效益之評估指標：於本會「醫療安全暨品質研討系列」與醫事司或相關團體合作辦理全國性「兒(少)虐通報之醫事人員教育訓練課程」至少 1 場。
 - (2)現行兒童醫療照護量能持續萎縮中，要保護其服務量能，本項強調「人文關懷」與「保障兒童的醫療需求得到足夠的照護」。
 - (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，請中央健康保險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 年增編預算。
- 6.強化高齡人口之基層醫療照護(0.359%，預估增加 458.2 百萬元)(113 年新增項目)：
- (1)執行目標：強化高齡照顧，其可避免住院率及急診率，較現有比率降低百分之 2。[相關數據計算請中央健康保險署提供]。

預期效益之評估指標：降低「可避免住院率」及「可避免急診率」。

(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，請中央健康保險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 年增編預算。

7.因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度(0.141%，預估增加 180 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：以新發現高血壓且照護病人為目標，新增醫療費用約 4.21 億元(註)，但囿於成長率上限 4.7%，本項醫療費用僅增加編列 180 百萬元。

預期效益之評估指標：執行預算。

註：

①參考健保署統計 2021 年高血壓性疾病就醫人數為 272.5 萬人，醫療費用約 263.4 億元。

②以盛行率增加 40% 計算，將「增加醫療費用」約 105.3 億元。

③再以醫院與基層高血壓照護占比約 6：4，換算西醫基層約 42.19 億點。建議預算可分 10 年編列，1 年增加 4.21 億元。

④因高血壓民眾「病識感」不高，無法立竿見影。西醫基層會非常努力，加強診斷，並先給與非藥物治療、強化健康促進的生活，窮盡一切非藥物治療都沒有辦法改善，才給予藥物治療。但過程中仍會增加醫療利用(診察費等)。

(2)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險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 年增編預算。

(3)檢附參考資料 1。

8.因醫療品質提升，增加之醫療費用(0.395%，預估增加 504 百萬元)(113 年新增項目)：

(1)執行目標：提高收案對象「代謝症候群改善率」。

預期效益之評估指標：同代謝症候群防治計畫中之「代謝症候群改善率」指標定義。

(2)透過定期追蹤的檢驗(查)數值，醫病雙方可以掌握健康進步的狀態，進而調整健康管理的方法。

(3)目前追蹤管理及年度評估的檢驗(查)，都是由一般服務預算支應，並沒有用到專款預算，當收案人數增加，就會提高醫療服務的密集度。

9.提升國人視力照護品質(0.235%，預估增加 300 百萬元)：

(1)執行目標：依核定預算換算目標值。

預期效益之評估指標：每月申報超過 40 件以上白內障手術之醫師，其「VPN 登錄率」大於 90%。

(2)中央健康保險署僅以手術量來推估 112 年費用不足 155.5 百萬元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量。

(3)如需執行預算扣減規劃，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，方可執行。

(4)檢附參考資料 2。

10.B 型肝炎病毒治療藥費移列專款(0%)：維持於一般服務執行。

11.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.049%，減少 62.1 百萬元)：本項不列入 114 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 10,096.3 百萬元。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 234 百萬點。

(2)新醫療科技移列專款的優點：

①不影響民眾就醫權益(用藥、診療等)。

②專款預算未導入部分不需扣減基期，直接回歸安全準備金。

③有效監控新醫療科技使用情形。

2.暫時性支付(包括新增診療項目、新藥及新特材等)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)建議編列於專款項目新醫療科技。

3.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。

(3)巡迴計畫之預算支用範圍，建議修正與醫院一致，包含醫院及診所執行本方案產生之「診察費加成，巡迴醫療服務醫師、護理人員、藥事人員之報酬、診察及診療費用點值最高補至 1 元之費用及執行本方案產生之醫療費用」。

4.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,248 百萬元。

(2)持續與中央健康保險署研擬，執行「大家醫計畫」逐步整合各項疾病照護計畫與家醫會員之聯結。

5.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 616 百萬元。

(2)持續與國民健康署滾動式檢討、精進照護內容。

6.C 型肝炎藥費：

(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。
- 7.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 900.3 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、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。
- 8.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西醫基層總額一般服務費用結算。
- 9.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。
- 10.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。
- 11.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。
- 12.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。
- (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。
- 13.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西醫基層總額一般服務費用結算。
- 14.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，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。
- 15.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)考量醫事機構與健保資料及政策推廣之緊密性及數據傳輸之便利性，且中央健康保險署每年大力要求醫事機構上傳檢驗(查)結果及醫療檢查影像等，持續提出各項資訊更新政策規劃，如醫療費用申報格式改版、健保卡資料上傳格式改版(就醫識別碼)、電子處方箋等，都加劇網路頻寬速度升級的需求。建議持續補助並延長執行期間至少 5 年。
- 16.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。
- 17.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。
- 18.因應長新冠照護衍生費用：全年經費 10 百萬元。
- 19.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：全年經費 1,000 百萬元。
- 20.癌症治療品質改善計畫：
- (1)全年經費 93 百萬元。

(2)本項經費得與醫院、牙醫門診總額同項專款相互流用。

21.慢性傳染病照護品質計畫：

(1)全年經費 20 百萬元。

(2)本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

22.品質保證保留款：

(1)全年經費 126.2 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 113 年品質保證保留款(126.2 百萬元)合併運用(計 231.4 百萬元)。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，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總費用成長率，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。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 4.587%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 45,995.3 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理以下事項：

(1)請鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(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)鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質之具體實施方案請於 112 年 11 月前完成，並於 113 年 7 月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，113 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 4.697%。各細項成長率及金額如附表。

附表 113 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)	
一般服務					
醫療服務成本及人口因素成長率		3.517%	4,482.9	3.517%	4,482.9
投保人口預估成長率		-0.757%		-0.757%	
人口結構改變率		1.470%		1.470%	
醫療服務成本指數改變率		2.837%		2.837%	
協商因素成長率		0.187%	237.9	1.947%	2,484.4
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) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.176%	224.0	* -	* -
	藥品及特材給付規定改變	0.060%	76.0	0.157%	200.0
	配合分級醫療，調高診察費	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.517%	659.3
	強化未滿4歲兒童之基層專科醫師照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.096%	122.5
	強化高齡人口之基層醫療照護 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.359%	458.2
	其他醫療服務利用及密集度之改變				
	因應高血壓指引修正，所增加之醫療服務密集度 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.141%	180.0
	因醫療品質提升，增加之醫療費用 (113年新增項目)	0.000%	0.0	0.395%	504.0

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)	
		提升國人視力照護品質	0.000%	0.0	0.235%	300.0
		B型肝炎病毒治療藥費移列專款(113年新增項目)	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	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	-0.049%	-62.1	-0.049%	-62.1
一般服務成長率 ^{#2}	增加金額		3.704%	4,720.8	5.464%	6,967.3
	總金額			132,186.3		134,429.7

專款項目(全年計畫經費)

新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	234.0	234.0
暫時性支付 (*付費者及西醫基層代表方案併入一般服務「新醫療科技」項目)	* -	* -	* -	* -
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	4,248.0	300.0
代謝症候群防治計畫	616.0	0.0	616.0	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	900.3	0.0	900.3	0.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,320.0	0.0	1,320.0	0.0
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

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)
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	223.0	-30.0	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
因應長新冠照護衍生費用	10.0	0.0	10.0	0.0
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	1,213.6	213.6	1,000.0	0.0
癌症治療品質改善計畫	93.0	-22.0	93.0	-22.0
慢性傳染病照護品質計畫	20.0	0.0	20.0	0.0
品質保證保留款	126.2	1.9	126.2	1.9
專款金額	9,745.9	163.5	10,096.3	513.9
較基期成長率(一般服務+專款)^{註3}	增加金額	4,884.3	4.714%	7,481.2
	總金額	141,932.2		144,526.0
門診透析服務成長率	增加金額	965.2	4.587%	965.2
	總金額	22,007.8		22,007.8
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)^{註4}	增加金額	5,849.6	4.697%	8,446.5
	總金額	163,940.0		166,533.8

註：1.依衛福部報行政院核定之總額設定公式，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用，於一般服務扣除「111 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 127,465.0 百萬元(含 112 年一般服務預算為 128,629.3 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-1,124.3 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 151.7 百萬元，及扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)。

3.計算「較 113 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 138,020.1 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元。

4.計算「較 113 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 159,062.7 百萬元，其中一般服務預算為 128,437.7 百萬元(112 年度健保醫療給付費用公告金額為 128,629.3 百萬元，扣除 111 年度新醫療科技未導入金額 191.7 百萬元)，專款為 9,582.4 百萬元，門診透析為 21,042.6 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。

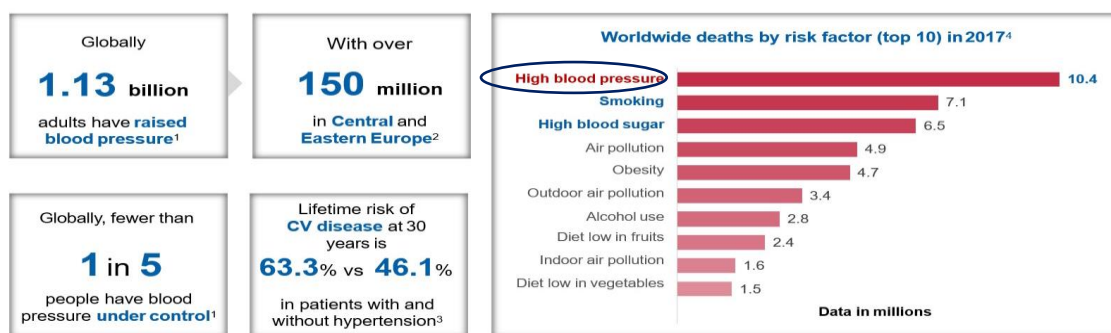
「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」

高血壓是死亡風險因子第一名的疾病，值得吾人多投資經費！尤其台灣國民平均餘命偏低。落後日本、新加坡、韓國等國。

2023.8.4 大岡山醫療群邀請義大醫院內科部何立鈞教學副部長演講「2022 台灣高血壓治療指引」，首先引用 WHO 資料，顯示全球死亡危險因子第一名是高血壓，其次才是抽菸、糖尿病、空氣污染、肥胖...可見控制血壓的重要性。

醫療服務提供者應盡可能找出高血壓病人，努力衛教病人接受治療（因高血壓是一種沒有症狀的沉默殺手）；執行國家政策者應該投予足夠經費，來改善高血壓防治，否則無法改善台灣國民「平均餘命」在日本和亞洲四小龍之間敬陪末座。

Hypertension is a global health issue



CV, cardiovascular.

1 WHO fact sheet for hypertension. Available at <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. Last accessed 14 Oct. 2020.
2 Williams B et al. Eur Heart J 2018;39:3021-3104. 3 Rapsomaniki et al. Lancet 2014;383:1890-1911. 4 Global Burden of Disease Study 2017. IHME, 2018. Available at: <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor>. Last accessed 14 Oct. 2020.

圖 1 WHO 的資料，顯示世界上死亡危險因子第一名是高血壓

<台灣本土資料>

2020.6.5 高雄縣醫師公會林誓揚常務理事到大岡山醫療群演講「慢性病管理之高血壓」，提及台灣大學公衛學院與國健署合作執行「台灣地區歸因於可介入危險因子之主要疾病死亡負擔」研究，利用台灣本土健康資料庫，包括國民健康訪問調查、台灣三高盛行率調查、國民營養健康狀況變遷調查等，及環保署空氣品質測站資料，整合臺灣死因統計資料，評估生活型態、代謝、環境、感染因子對國人死亡影響，分析結果顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子的前三位。高血壓必須加強防治。

可歸因的死亡人口

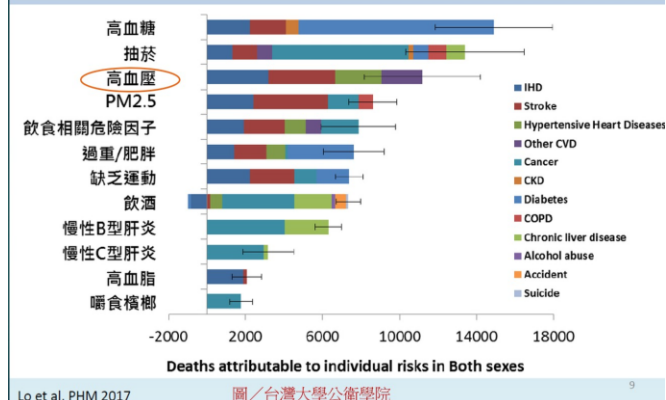


圖 2 台大公衛與國健署研究顯示，高血糖、吸菸與高血壓高居國人健康危險因子前三位

台灣高血壓的病人，有沒有得到適當的治療？ 若只有 20% 得到治療，需不需要投資經費努力改善？

何立鈞副部長引用 2021 年 Lancet 資料，顯示高血壓病人，只有五分之一達到良好的控制，其他五分之四，多數不知道自己患有高血壓，只有少數知道自己患有高血壓卻沒有接受治療，約五分之一有接受治療但沒有得到良好控制。這樣的後果易導致高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等盛行率大增，就會導致台灣平均餘命偏低。這個資料顯示一定要加強高血壓的診斷、衛教、治療。政策面更需投注更多的關注和經費，要國家醫療政策的領導人，決策核心，有此深刻體認，才能大幅改善。

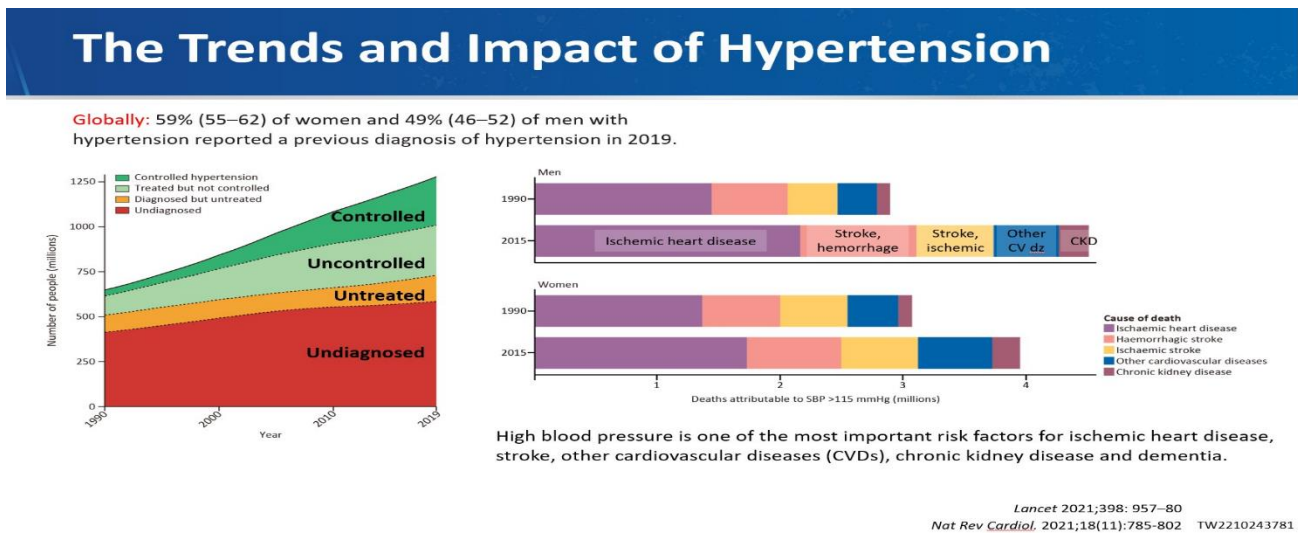


圖 3 Lancet 資料顯示高血壓的病人，只有五分之一達到良好的控制，尚有許多努力的空間。

<台灣本土資料>

高雄縣醫師公會林誓揚常務理事強調高血壓的治療，在台灣有一半以上是沒有得到適當的治療，或是完全沒有治療，如此會導致許多的併發症、後遺症，嚴重傷害國民健康，這就是我們衛福部、健保署、醫界要共同努力的地方。

台灣高血壓良好控制比例，只有 30-40%！需多加強診斷、非藥物治療、藥物治療！

高血壓之自知率及控制率

表 2 20 歲以上民眾高血壓之自知率及控制率

項目	年齡層	男	女	合計
		%	%	%
自知率	20-39 歲	24.6	57.5	34.2
	40-64 歲	70.3	80.4	74.2
	65 歲以上	79.1	82.1	80.7
控制率	20-39 歲	18.2	35.3	23.2
	40-64 歲	45.3	59.6	50.9
	65 歲以上	56.7	59.1	57.9

資料來源：2013-2015 年國民營養健康狀況變遷調查

自知率定義：

控制率定義：分子：體檢值血壓控制在收縮壓 <140mmHg 及舒張壓 <90mmHg。

分母：體檢值收縮壓 ≥140mmHg 或舒張壓 ≥90mmHg 或問卷調查回答有服用降血壓藥物或曾經醫師診斷有高血壓者

- ▶ 三分之一患者不自覺有高血壓
- ▶ 已知高血壓患者良好控制: 30~40%

圖 4 高血壓良好控制比例，只有 30-40%，尚有許多努力空間

十大死因第六名高血壓，可能嚴重低估！ 高血壓直接、間接造成的死亡，和癌症一樣的可怕。

何立鈞副部長提到，一般人比較少知道死亡診斷書的「死亡原因」如何決定。假設有人長期高血壓控制不佳，甚至沒有治療，引起出血性腦中風，最後心肺衰竭死亡，那死亡原因應該要寫最起始的病因～高血壓。但有部份醫院的醫師，因不了解病人數十年疾病過程，他只觀察到住院的情況，認為是出血性腦中風導致死亡，那死亡原因就是出血性腦中風。甚至有的醫師只在急診見病人一面，就寫心肺衰竭死亡，以致死亡原因高血壓常被低估。高血壓雖是我們十大死因第六名，但十大死因第二名心臟疾病，和第四名腦血管疾病，也可能是因高血壓引起，高血壓才是許多死亡原因真正根源，醫師如果沒有正確瞭解最起始疾病，「死亡原因」高血壓就會被低估，所以控制血壓真的很重要。

The Trends and Impact of Hypertension in Taiwan

109年十大死因						110年十大死因							
死因別	死亡人數 (人)		死亡率 (每十萬人口)		標準化死亡率 (每十萬人口)		死因別	死亡人數 (人)		死亡率 (每十萬人口)		標準化死亡率 (每十萬人口)	
		年增率 (%)		年增率 (%)		年增率 (%)			年增率 (%)		年增率 (%)		年增率 (%)
所有死亡原因	173,067	-1.3	733.9	-1.3	390.8	-4.3	所有死亡原因	184,172	6.4	784.8	6.9	405.5	3.8
1. 癌症	50,161	-0.1	212.7	-0.1	117.3	-3.3	1. 癌症	51,656	3.0	220.1	3.5	118.2	0.7
2. 心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	20,457	3.0	86.7	3.1	43.8	0.4	2. 心臟疾病 (高血壓性疾病除外)	21,852	6.8	93.1	7.3	45.6	4.3
3. 肺炎	13,736	-9.5	58.2	-9.5	26.4	-12.1	3. 肺炎	13,549	-1.4	57.7	-0.9	25.3	-4.0
4. 腦血管疾病	11,821	-2.9	50.1	-2.9	25.2	-5.4	4. 腦血管疾病	12,182	3.1	51.9	3.6	25.2	-0.3
5. 糖尿病	10,311	3.2	43.7	3.2	22.0	-1.1	5. 糖尿病	11,450	11.0	48.8	11.6	23.8	8.1
6. 事故傷害	6,767	1.9	28.7	2.0	20.3	1.1	6. 高血壓性疾病	7,886	17.6	33.6	18.2	15.2	13.2
7. 高血壓性疾病	6,706	7.2	28.4	7.3	13.4	3.9	7. 事故傷害	6,775	0.1	28.9	0.6	20.0	-1.4
8. 慢性下呼吸道疾病	5,657	-10.2	24.0	-10.2	11.0	-12.6	8. 慢性下呼吸道疾病	6,238	10.3	26.6	10.8	11.7	6.1
9. 腎炎腎病候群及腎病變	5,096	0.9	21.6	1.0	10.5	-2.3	9. 腎炎、腎病候群及腎病變	5,470	7.3	23.3	7.9	10.9	4.2
10. 慢性肝病及肝硬化	3,964	-6.5	16.8	-6.5	10.3	-7.8	10. 慢性肝病及肝硬化	4,065	2.5	17.3	3.0	10.4	0.6
							19. 嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19)	896	-	3.8	-	2.0	-

Taiwan Ministry of Health and Welfare. Cause of Death Statistics (W2210243781)

圖 5 高血壓常常是心臟疾病、腦血管疾病的根源

「WHO」資料顯示「全球死亡危險因子第一名是高血壓」，如果台灣做的不夠好，國民壽命就會輸給韓國。要迎頭趕上，一定要投資經費於高血壓的診斷和治療。

Lancet 顯示只有五分之一高血壓得到治療。台灣官方資料高血壓有 30-40% 得到治療，更顯示我們應該大力的推廣&「投資經費」於高血壓的診斷和治療。

第三頁指出高血壓是許多共病根源，如果最基礎的高血壓治療不理想，導致後端的腦中風、心肌梗塞等慢性病的照護品質不好。現在醫學非常重視「可避免死亡率」以及「HAQ」(Healthcare Access & Quality Index)，Lancet 評比台灣慢性病照顧不佳，改善高血壓治療，台灣慢性病照顧成績應該會得到長足的進步。

高血壓改善後(要讓高血壓者「都」知道自己有高血壓，先非藥物治療、不得已才藥物治療)，國民會少中風、少心肌梗塞，少腎臟硬化而洗腎等，會活的更健康，活得更久，減少不健康的餘命(7-8 年)，這就是我們的目的。

真正落實健保法第 1 條:為增進全體國民健康，辦理全民健康保險。

綜上，懇請健保署、健保會諸委員大力支持 113 年總額成長率協商項目:「因應高血壓指引修正，所增加醫療服務密集度」，台灣民眾健康甚幸！



圖 8 2022 台灣高血壓治療指引

附錄:計算參考: 美國在 2017 年修改高血壓臨床指引, 將標準下修到 130/80 mmHg。台灣直到 2022 年 5 月才跟進, 正式將高血壓標準從 140/90 調降至 130/80 mmHg。

- (1)高醫蘇河名教授 2022 年研究, 以台灣生物資料庫分析, 如新的定義 130/80 分析, 國人罹患高血壓人數將增加 15.5%, 扣除人口結構改變率 1.47%, 增加 14%。國健署統計 18 歲以上高血壓盛行率 26%, 增加 14%盛行率將增加為 40%。增加高血壓人數為原來 26%「再」增加 14%, 台灣資料增加比例為 $14/26=54\%$ 。
- (2) 陽明醫學院陳震寰院長 2019 研究:根據新的高血壓定義 (130/80), 台灣男性高血壓罹患率為 48.7%, 女性 30.7%; 相較舊定義, 男、女性增加 18.8%、9.4%。
- (3)2017 年美國將高血壓標準從 140/90 下修到 130/80, 罹患率上升 13.7%, 估計比原來的高血壓人口增加 42.9%。(資料自 J Am Coll Cardiol. 2018; 71(2):109-18.)
- (4)110 年全國高血壓性疾病醫療費用 263.41 億點*(約略增)40%, 約增加 105.49 億點。
- (5)再以醫院與基層高血壓照護占比約 6:4, 換算西醫基層約 42.19 億點。
- (6)因應高血壓民眾「病識感」不高, 無法立竿見影。西醫基層診所會非常努力, 希望 10 年內可以達成目標, 建議分 10 年編列, 1 年增加 4.21 億點來照顧民眾健康。

執行方式

1. 當然全聯會一定得多舉辦高血壓學術研討會, 例如每個月都有一個禮拜六, 會舉辦全國大型醫療品質學術演講, 安排傑出的講師, 完善精美的講義, 一定可以讓所有的基層醫師體察到高血壓的診斷不足, 有許多人不知道他有高血壓, 要加強我們的診斷能力, 並先給與**非藥物治療**, 窮盡一切非藥物治療沒有辦法, 才給予藥物治療。
2. 家醫照護計畫和代謝症候群防治計劃等許多計畫, 也可以要求高血壓的診斷和治療品質。有許多可以努力的目標。
3. 「台灣醫界雜誌」可以多多邀稿~有關高血壓的診斷、治療, 強調**非藥物治療**, 讓基層醫師知道高血壓的診斷標準有下修, 以減少高血壓後端的心臟衰竭、心肌梗塞、主動脈剝離、腦中風、慢性腎臟病、糖尿病共病等併發症, 期提高台灣平均餘命。
4. 台灣醫界雜誌最後面「醫師繼續再教育」通訊學分, 也可以加強這方面要求。目前每個月大概有 6000 位醫師有藉由台灣醫界雜誌「醫師繼續再教育」通訊測驗拿到學分~至少醫師會員們一定會很用心研讀這些高血壓學術文章。

提升國人視力照護品質

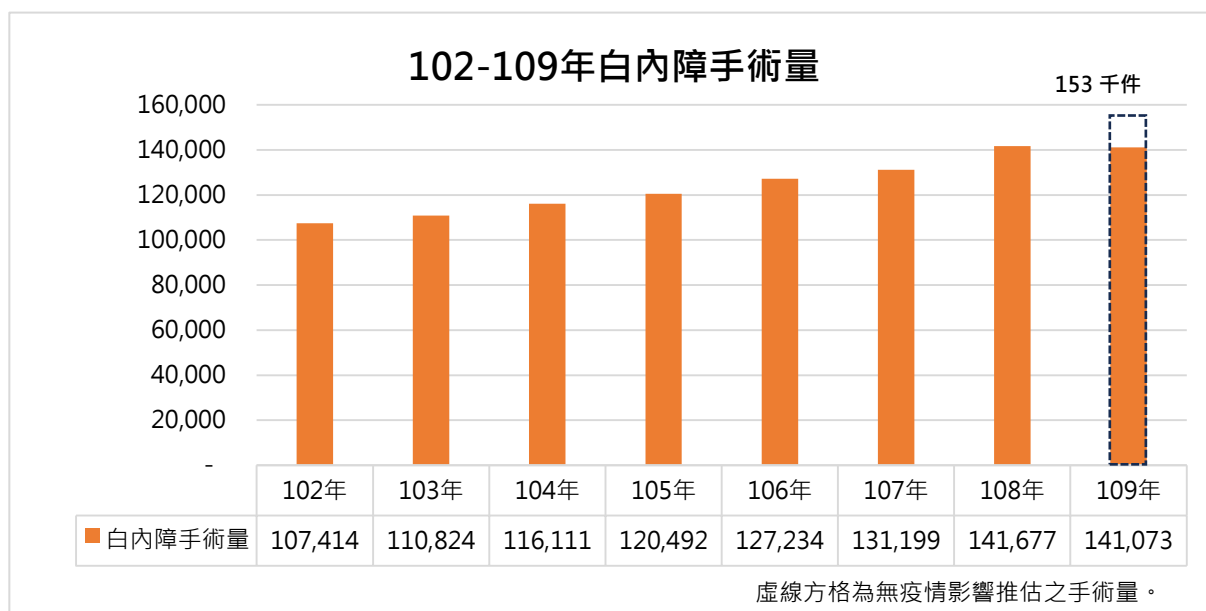
1. 因應人口老化，白內障手術量逐年成長

首先，戰後嬰兒潮出生者(1946~1964 年)開始進入白內障的發生期，增加的人數以前並未詳細估算。

	出生世代	人口數
99 年 55-74 歲人口	1936-1954	3,985,546
109 年 55-74 歲人口	1946-1964	5,850,105

※戰後嬰兒潮出生的 55-74 歲人口(出生年 1946-1964)，人口增加(585 萬)為 10 年前出生之同年齡層 398 萬人 1.5 倍。

且白內障手術成長率遠高於非協商因素的人口結構改變率。自 102 年至 108 年白內障手術量成長介於 3.1%至 8.0% (108 年)，109 年若排除新冠疫情影響，手術量推估達 153 千件，較 108 年增加 12 千件(下圖)。自 111 年起，因應放寬原有「限 40 例」之規定，即取消事前送審規定，爰編列 1.2 億預算因應。



2. 112 年白內障手術量及醫療支出高於預期

依據健保署統計 112 年上半年手術量超出 5226 件，以平均每件白內障手術 30000 元計算，全年費用不足 313.6 百萬元 (超出 5266 件×30000 元×2=313.6 百萬元)。
[白內障手術為論病例計酬保障每點 1 元]

112 年各區點值受疫情嚴重影響大幅滑落，卻仍需補足白內障手術超量

每點 1 元。

以台北區為例，112 年上半年手術量超出 1847 件，全年費用不足 110.8 百萬元（超出 1847 件×30000 元×2=110.8 百萬元）。

台北區平均點值六區最低（第一季 0.9382；第二季 0.8791），還需補足手術費用不足 1 元金額共 5.1 百萬元，全年 10.2 百萬元。

★全國西醫基層 112 年上半年白內障手術案件申報與 110、111 年同期比較

項目	申報件數			112 上半年成長情形		112 年分配預算推估				
	110 上半年 A	111 上半年 B	112 上半年 C	111 上半年	110 上半年	110 年 各區申報 件數 (基期)	111 年 各區估計 可成長 件數 ^{註1}	112 年		
				成長率 C/B-1	成長率 C/A-1			各區全年 估計分配 件數 E ^{註2}	平均 半年分配 件數 F=E/2	超出半 年分配 件數 C-F
臺北	15,669	18,558	19,509	5.1%	24.5%	33,252	1,320	35,323	17,662	1,847
北區	8,144	9,653	10,278	6.5%	26.2%	17,700	600	18,697	9,349	929
中區	13,240	14,545	15,527	6.8%	17.3%	27,240	760	28,608	14,304	1,223
南區	12,115	12,318	13,460	9.3%	11.1%	24,328	600	25,469	12,735	725
高屏	14,359	14,943	15,841	6.0%	10.3%	29,579	640	30,875	15,438	403
東區	930	983	1,061	7.9%	14.1%	1,803	80	1,924	962	99
合計	64,457	71,000	75,676	6.6%	17.4%	133,902	4,000	140,896	70,450	5,226

註1：111 年西基總額分配一般服務新增項目「提升國人視力照護品質」計 1 億 2,000 萬元，以一般服務預算占率推估各區成長件數(資料來源：全聯會提供)。

註2：112 年各區估計分配件數=(110 年各區申報件數+111 年各區估計可成長件數)* (1+112 年一般服務預算成長率_2.172%)。

註3：資料擷取時間：112 年 8 月 16 日。

3. 113 年協商項目「提升國人視力照護品質」預算編列建議

依健保署統計，111 年白內障手術成長量，扣除 110 年申報件數及自然成長率，增加 9,152 件，預算執行率 157.7%，111 年 1.2 億元預算不足約 7 千萬元。

112 年起新冠疫情降級，國人白內障手術需求已逐步恢復疫情前（108 年）情形，但健保署推估 112 年醫療費用 31.995 億點，未將疫情期間的醫療需求遞延效應納入考量；依本會試算 112 年所需醫療費用應為 36.655 億萬元，預算編列應為 6.215 億元（36.655 億元－30.44 億元）。

此外，健保署僅推估至 112 年費用缺口即達 1.555 億元，較 111 年費用缺口 0.233 億元，成長 567%；且 112 年分區點值最低已達 0.8159（台北區 Q2），不可輕視 113 年任何成長項目及費用缺口造成的衝擊。

本會試算「113 年」所需預算為 7.04 億元，考量 113 年成長率上限 4.7%，建議編列 3 億元。本會與健保署就本項 113 年預算編列對照如下：

醫師公會全國聯合會版本

健保署版本

預算編列：7.04 億元

1. 以「限縮 40 例」110 年手術量計算：134,697 件。
2. 以「放寬 40 例」預估 113 年手術量^{註 1}：186,390 件。
3. 與 110 年相較之費用需求^{註 2}：10.69 億
4. 編列預算^{註 3}：7.04 億

註 1：

108 年各季手術量 × (1+109 年無疫情成長率) × (1+110 年無疫情成長率) × (1+111 年放寬 40 例規定成長率) × (1+112 年成長率) × (1+113 年成長率) = 186,390 件
(1) 109 年及 110 年無疫情成長率：

Q1:5.2% ; Q2:4.4% ; Q3:4.9% ; Q4:4.5%

(2) 111 年放寬 40 例規定成長率：

Q1:7.7% ; Q2:12.5% ; Q3:12.2% ; Q4:2.2%

(3) 112 年及 113 年成長率 (102-111 年實際及無疫情成長率之平均)：

Q1:5.4% ; Q2:5.3% ; Q3:5.7% ; Q4:4.3%

註 2：

(186,390 件 - 134,697 件) × 20,679 = 51,693 件 × 20,679 = 10.69 億

註 3：

10.69 億 - 111 年已納入基期之預算 - 112 年已納入基期之預算 - 113 年已納入基期之預算 = 10.69 億 - 1.2 億 - 1.2 億 × (1+2.172%) - 1.2 億 × (1+2.172%) = 10.69 億 - 3.65 億 = 7.04 億
預設 112 年及 113 年一般服務服務成長率均為 2.172%。

預算編列：1.555 億元

1. 查 111 年度預算 120 百萬元係以 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 1.4% 做為自然成長率計算本項預算執行情形。
2. 統計 102 年~111 年各年度件數成長率範圍為-4.6%~8.0%，多數年度較一般服務成長率 1.634%~3.963% 高。觀察除 105 年、109 年及 110 年外，其餘年度件數成長率皆高於該年一般服務成長率。
3. 以 101 年醫療費用及 102~112 年一般服務成長率計算年度可執行預算，112 年不足 1.555 億元。

(申報件數 102 年為 107,148 件、103 年為 110,294 件、104 年為 115,654 件、105 年為 119,930 件、106 年為 126,524 件、107 年為 130,480 件、108 年為 140,936 件、109 年為 140,329 件、110 年為 133,903 件及 111 年 145,329 件)

年度	總醫療費用 (百萬元)D	一般服務成長率% F	年度預算(含一般服務 成長率增加金額) (百萬元) I=102年D*(1+F)	年度可執行預算數(截至111年)(百萬元) J=I-D
101	2,047.6			
102	2,211.4	2.494%	2,098.6	-112.8
103	2,276.4	1.634%	2,247.6	-28.9
104	2,387.1	2.447%	2,302.6	-84.5
105	2,476.0	3.831%	2,390.8	-85.2
106	2,612.1	3.963%	2,485.5	-126.6
107	2,694.2	2.310%	2,542.9	-151.3
108	2,910.0	2.901%	2,616.7	-293.3
109	2,898.2	3.685%	2,713.1	-185.1
110	2,766.3	3.493%	2,807.9	41.5
111	3,002.6	1.831%	2,979.3	-23.3
推估112年	3,199.5	2.172%	3,044.0	-155.5

備註：111年新增「提升國人視力照護品質」預算120.0百萬元，增加111年度可執行預算合計2979.3百萬元。

健保署僅以手術量來推估 112 年費用不足 1.555 億元，但其未將「疫情期間的醫療需求遞延效應」納入考量；依本會重新試算，費用不足 6.215 億元。

單位：百萬元、件

年度	本會版本			健保署版本		
	手術量	醫療費用	費用不足	手術量	醫療費用	費用不足
112 年	177,257	3,665.5	621.5 註 1	154,722	3,199.5	155.5 註 2
113 年	186,390	3,854.4				

註 1：
 (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
 (2) 本會試算 112 年手術量 177,257 件，總醫療費用 3,665.5 百萬元，費用不足 621.5 百萬元。 $[177,257 \text{ 件} \times 20,679 \text{ 點} = 3,665.5 \text{ 百萬元} \cdot 3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,665.5 \text{ 百萬元} = -621.5 \text{ 百萬元}]$

註 2：
 (1) 健保署計算 112 年年度預算 3,044.0 百萬元。 $[111 \text{ 年總醫療費用} \times (1 + 2.172\%) = 3,044.0 \text{ 百萬元}]$
 (2) 健保署推估 112 年總醫療費用 3,199.5 百萬元，費用不足 155.5 百萬元。 $[112 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / (111 \text{ 年 1-6 月總醫療費用} / 111 \text{ 年總醫療費用}) = 3,199.5 \text{ 百萬元} \cdot 3,044.0 \text{ 百萬元} - 3,199.5 \text{ 百萬元} = -155.5 \text{ 百萬元}]$

針對 113 年度其他預算，中央健康保險署建議維持原提各項預算金額，書面意見補充如下：

113 年度其他預算協定項目表				單位：億元
序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
1	基層總額轉診型態調整費用	8.00	0.00	
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（各分區試辦論人計酬計畫）	8.55	2.50	IDS 計畫推動至今，多以醫療診治為主，鼓勵醫療院所投入健康促進取代疾病診療，提供全人整合性照護服務，建構以「整合」為主健康行動，自 111 年起已於花蓮縣秀林鄉試辦山地鄉全人整合照護執行方案，為使全國山地離島地區皆能進行全人照護，建議自 113 年起擴大至各分區均擇 1 地點試辦，作為未來推廣論人計酬之參考，實為政策所需。
3	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(內含在宅急症照護試辦計畫 HAH 預算 2 億元)	83.78	5.75	1.已達共識。 2.為因應高齡化社會，提升失能患者醫療可近性，居家醫療現為本署重點政策，且 113 年為減少病人住院情形，增加提供急症病人適切的在宅醫療服務，新增之預算建議全數保留，以利政策推行。
4	支應醫院及基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病治療藥費、罕見疾病特材、器	2.90	0.00	

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
	官移植專款 不足之經費 與狂犬病治 療藥費			
5	支應醫院及 西醫基層總 額 C 型肝炎 藥費專款不 足之經費 (配合 B 型肝 炎藥費移列 專款，建議 更改名稱為 「支應醫院 及西醫基層 總額病毒性 肝炎藥費專 款不足之經 費」)	6.00	0.00	
6	推動促進醫 療體系整合 計畫 (PAC、 遠距、門診 整合、跨層 級支援)	4.50	-1.00	本項付費者版並未刪減預算，惟考量本項預算有擲節空間，本署建議減列 1 億元。
7	調節非預期風 險及其他非預 期政策改變所 需經費	8.00	0.00	
8	提升院所智 慧化資訊機 制、獎勵上 傳資料及其 他醫事機構	14.86	-1.50	1.本署近年推行各項政策如就醫識別碼、部分負擔新制、電子處方箋等，皆需醫療院所提升網路頻寬及智慧化資訊能力，以利醫療院所即時上傳、迅速查詢病患於不同醫療院所間之醫療資訊；又醫界多次表示

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
	網路頻寬補助費用			資料上傳及提升資訊系統能力均需成本，且本項補助可增進醫療院所與本署間資料傳輸之緊密性、便利性，及配合執行本署緊急政策如疫情期間查詢 TOCC、疫苗注射狀況及確診隔離資訊等。 2. 又本署自 104 年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果等資料，以避免不必要之檢驗(查)，確保病人安全。統計至 112 年 7 月整總體檢驗(查)上傳率已達 95% 以上，惟醫療院所仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本；又基層診所檢驗(查)上傳率約 69.9%，雖較去年上傳率 39.1% 有顯著提升，惟基層診所囿於資訊能力不足，上傳率仍偏低，建議小幅刪減 1.5 億。
9	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	16.54	0.00	
10	腎臟病照護及病人衛教計畫	5.11	0.00	
11	提升保險服務成效	5.00	0.00	1. 為提供醫療院所更優質的醫療資訊作業環境，113 年度本署持續推動以下計畫： (1) 試辦導入國際醫療資料交換標準 (FHIR)，藉由收載結構化資料，建立資料交換標準，提高資料利用價值。 (2) 持續優化醫療雲端查詢系統架構，規劃依臨床實務需求發展特定對象醫療主動提示功能；規劃優化影像調閱作業，提升醫療資訊服務品質。

113 年度其他預算協定項目表

單位：億元

序號	項目	健保署草案		
		113 年 預算	113 年 新增預算	補充說明重要性或必要性
總計(T)		183.54	25.75	
				<p>(3)持續優化醫療審查應用與模型試驗平台，以協助本署監控醫療現況與掌握計畫推行成效，並滾動式修正指標程式邏輯內容因應政策方針修訂。</p> <p>(4)持續強化行動應用服務暨健康資料使用功能，提升為民服務品質。</p> <p>(5)規劃將署本部機房於 113 年搬遷至符合資安標準及節能減碳要求之標準資訊機房(國發會委託中華電信營運的政府國際網路機房(GSN, Government Service Network))，建置兼顧資通安全、機房維運、節能減碳等面向之健保資訊環境。</p> <p>2.除上開資訊計畫，本署也運用醫療科技再評估與前瞻性評估機制提升健保給付項目之效益，另外，亦推動提升為民服務效益全民健保客服中心科技導航服務精進方案。</p> <p>3.建議維持本項預算，以利相關政策之推動。</p>
12	提升用藥品質之藥事照護計畫	0.30	0.00	
13	【新增】因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能	20.00	20.00	<p>考量人口高齡化導致照護需求增加，又面臨護理勞動人口高齡化、護理工作負荷大、護理培育量能不足等因素，導致醫院護理人員不願留任而導致人力短缺。本項目係為提升護理人員薪資以實質運用於護理人員，鼓勵護理人員回流及留任、降低護理工作負荷，以強化護理照護量能。</p>

四、本會重要業務報告

- 一、本會依上次(第 8 次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，如附表(第 109~110 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄一(第 211~213 頁)。
- 二、本會業於本(112)年第 8 次委員會議(112.9.22)完成 113 年度醫療給付費用總額協商結論的初步確認，健保署依照該協商結果及全民健康保險法第 24 條規定將提出費率草案，本會訂於本日委員會議(112.10.18)後，預計下午 1 時繼續召開「全民健康保險 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議」(會議通知諒達)，將邀請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供諮詢意見，敬請委員列席參加。
- 三、有關 113 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 113 年度總額協商程序及第 8 次委員會議決議，請各總額部門受託團體於本年 10 月 2 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、牙醫師公會全國聯合會、醫師公會全國聯合會已分別提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)至中醫師公會全國聯合會迄今尚未提送其地區預算分配之建議方案，請該會儘速提出，若未於 11 月 5 日前提送者，則由本會掣案提 11 月份委員會議(112.11.15)討論定案。
- 四、健保署於本年 9 月 28 日以電子郵件寄送「因新冠疫情對中醫門診總額 112 年第 1 季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」，因提案內容有誤，本會於本年 10 月 3 日以衛部健字第 1123360139 號書函，函復該署重新審視後再行提案，並為衡平考量新冠疫情對各總額部門之影響，建請健保署併同提供 112

年第 1 季及第 2 季各總額部門之醫療利用分析，及其是否符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」之評估結果(函文如附錄二，第 214~215 頁)。

五、衛生福利部(下稱衛福部)於本年 9 月 28 日以衛授國字第 1120760955 號函復本會及本會各團體代表委員對菸品健康福利捐(下稱菸捐)分配及運作辦法修正草案所提意見(詳附錄三，第 216~217 頁)，回復內容摘要如下：

(一)菸捐分配及運作辦法修正草案第 4 條第 1 款新增醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動等事項，係為因應日益增長的健保服務量能，並提供更佳醫療服務，提升醫療品質，亦符合菸害防制法第 5 條第 1 項運用菸捐範疇。

(二)上述業務經費來源常因政策推動或臨時應變措施，公務預算編列時程緩不濟急，基於資源更有效率運用，爰擬擴增菸捐經費使用項目範圍，彈性運用經費於推動健保業務，合理分配醫療照顧資源。為避免發生排擠健保安全準備收入情事，健保署於編列相關預算時，將明確劃分應用於公務或基金預算。

六、有關 112 年度醫院總額「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫執行內容，健保署前於 112 年度第 6 次委員會議提本會確認，決議略以：本案未有共識，請健保署參考委員意見，依法定程序報主管機關決定，並副知本會。健保署業於本年 9 月 26 日將前揭 2 項計畫合併為單一計畫報部核定後公告，如附錄四(第 218~222 頁)。計畫重點摘要如下：

(一)實施期間：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

(二)費用支付：

1.「健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：10 億元。支付區域級(含)以上醫院「加護病床住院診察費」、「新生兒中重度住院診察費」、「急診觀察床病房費、護理費」及「加護病床 ICU 病房費」等 17 項診療項目，其調整前後點數差額(107~693 點)。

2.「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：5 億元。支付地區醫院「慢性呼吸照護病房論日計酬」、「急診診察費」額外加成之補付點數(59~270 點)，及「住院護理費」依護病比額外加成之補付點數(9~170 點)。

(三)結算方式：預算按季均分及結算，由保險人統一計算自費用年月112年1月至12月之補付差額點數，並採浮動點值支付，每點支付金額不高於1元。

(四)評估指標：

1.區域級(含)以上醫院：14 日內再住院率不高於該層級別 108 年比率。分子：14 日內再住院的案件數；分母：出院案件數。

2.地區醫院：全日平均護病比<12.0 之地區醫院家數不低於 108 年。

七、本會針對 113 年度總額協商結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄五(第 223~224 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://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

八、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 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)本年 9 月 7 日公告修正「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」並副知本會，如附錄六(第 225 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
112.9.7/ 112.1.1	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	修正計畫內容，新增二、風險調整移撥款之提撥及分配方式，摘要如下： 1.提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 3,000 萬元，由各季提撥 750 萬元。 2.分配方式： (1)自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。 (2)其浮動點值以該區該季每點支付金額

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>最高補至 0.75 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算。</p> <p>(3)若 2 區以上浮動點值低於 0.75 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.75 元。</p> <p>(4)移撥經費若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。</p> <p>3.112 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算依原分配參數進行分配。</p>

(二)112 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

- 1.牙醫門診總額，如附錄七(第 226~229 頁)。
- 2.中醫門診總額，如附錄八(第 230~232 頁)。
- 3.醫院總額，如附錄九(第 233~235 頁)。
- 4.西醫基層總額，如附錄十(第 236~239 頁)。
- 5.門診透析服務，如附錄十一(第 240~242 頁)。

分區別	112 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	0.9325	0.8843	0.9319	0.9382	0.9065
北區	1.0032	0.8552	0.9534	0.9768	
中區	1.0125	0.8747	0.9301	0.9860	
南區	1.0363	0.8876	0.9855	1.0001	
高屏	1.0212	0.8648	0.9639	0.9734	
東區	1.1500	1.1066	0.9654	1.0344	
全區	0.9861	0.8792	0.9476	0.9692	

(三)112 年 9 月 18 日函送 112 年第 1 季其他預算結算說明表，公文如附錄十二(第 243 頁)，112 年全年經費 15,779.2 百萬元，1~3 月結算數 2,513.7 百萬元，整理預算執行情形如附錄十三

(第 244 頁)供參考。

決定：

上次(第 8 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 1 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	報告事項： 112 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)，請中央健康保險署回復說明。	於 112 年 9 月 28 日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件(第 111~115 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	討論事項第 1 案： 113 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	達成共識之部門，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，結論如附件一、二、三，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(112)年 10 月份委員會議確認。	於 112 年 9 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 本署將儘速與中醫師公會全國聯會及牙醫師公會全國聯合會達成共識後，提報貴會確認。	1.繼續追蹤 2.本項須於 10 月份委員會議確認，俾憑報部，將於健保署提報委員會議確認後解除追蹤。	112 年 10 月
2	討論事項第 2 案： 建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間。	請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商 114 年度總額前，提報本會。	於 112 年 9 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 有關委員所提意見將提報至 113 年「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，蒐集各總額團體意見。	1.繼續追蹤 2.健保署於協商 114 年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤。	113 年 9 月

健保會第 6 屆 112 年第 8 次委員會議之健保署答覆

上次(第 8 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

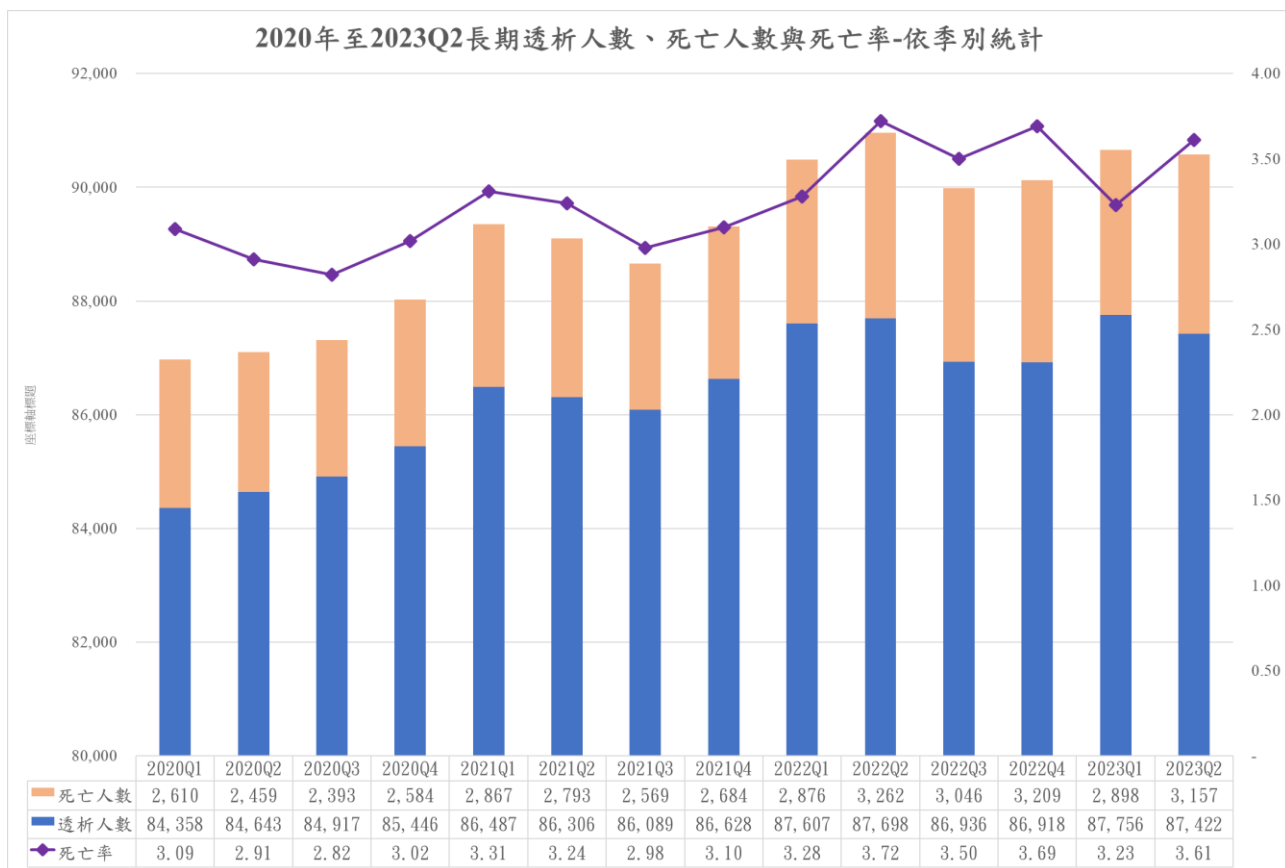
案由：112 年 8 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>吳委員榮達(議事錄第 150-151 頁)</p> <p>我有 2 個部分要說明，我本來是不想發言，但還是忍不住要發言，請看會議資料第 18 頁至第 20 頁，這部分是健保署就上一次會議我的疑問所做說明，我實在是看不下去，本來是要忍耐，還是忍耐不下去，這裡面講到沒理由了，拿了 1 個理由，就是刑事訴訟法第 253 條微罪不舉的概念，我們想想看，如果 1 個詐欺案件是 1 萬元、2 萬元、5 萬元的話，有可能可以用微罪不舉嗎？我不曉得是誰給的建議，如果在司法實務現場上，微罪不舉是很難、很難、很難的，而且是非常、非常、非常特殊的情況，我們這些 A 健保的狀況，可以用微罪不舉的概念，實在是匪夷所思，我不曉得是誰提供這樣的意見，寫出這樣的東西，這東西寫出來真的是會笑死人了！</p> <p>因為上面有提到是經過法學專家與會討論，然後才有這樣的建議，再經過醫師公會全聯會的共識，我們想可不可以提供這個會議資料給我們參考，看當初怎麼樣達成這麼 1 個修正意見的結論，這是第 1 點意見。</p> <p>第 2 點意見是回到業務執行的部分，我有幾點請教，一個一個看好了，</p>	<p>一、有關委員提問違規查處處分與訪查說明如下：</p> <p>(一)本署於112年3月24日召開「保險醫事服務機構違規虛報案件函送偵辦原則討論會議」，邀集法學專家與會討論，就本保險特約醫事服務機構虛報醫療費用，應予函送偵辦之案件類型予以適度修正，之後並將「全民健康保險法第八十一條涉及刑責移送司法機關辦理原則」修正草案內容函送相關醫事團體表示意見，報部簽奉核定後，於112年5月24日修正發布。</p> <p>(二)112年8月本署訪查牙醫診所計15家次，其中逾半數均為民眾檢舉案(計8家次)；其他單位審查或主動發現後移查者亦計有7家次。</p> <p>二、有關委員提問門診慢性病占率說明如下：</p> <p>(一)謝謝委員提醒，有關112年件數及申報點數等相較去年同期略為下降，可能與111年透析死亡人數較高原因(如附圖，第115頁)。</p> <p>(二)有關委員所提西醫基層門診慢性病占率下降一節，經檢視近3年西醫門診慢性病醫療申報情形，無論是整</p>

委員意見	健保署說明
<p>第 1 個是在業務執行報告第 24 頁，屬於非常特殊的，在 8 月份訪查，牙醫一下子跳到 15 家次，這是非常特殊的狀況，是不是可以請健保署讓我們瞭解為什麼一下子跳了這麼大的成長。</p> <p>第 2 個是我們看到透析成長狀況，在業務執行報告第 26 頁，明年透析總額成長率協商已經達成共識了，我們看看這個成長的狀況，我覺得他的申請點數也好，或是申報件數，不是負的就是成長一點點，很奇怪啦！如果真的在事實上因為治療之後，健保各種配套措施造成門診透析人數減少，這當然是一件好事，但還是想要瞭解一下原因，這個是好現象，但還是想瞭解負成長值得觀察的可能原因。</p> <p>再來是有關於業務執行報告第 27 頁跟第 51 頁，這裡面講到西醫基層跟醫院的門診慢性病占比部分，這部分讓我非常、非常的不太能夠接受，原因是我們看了 112 年以來，有關於西醫基層門診的慢性病占率，好像一直在後退，我們花了那麼多的錢去堅實西醫基層，結果慢性病占率好像是節節敗退，我不曉得對於這個數據解讀有沒有錯誤，若有錯誤也請健保署指正一下，大概是以上幾點陳述，謝謝。</p>	<p>體、醫院或西醫基層，慢性病件數、醫療點數占率皆為下降趨勢，推測可能為疫情期間無論是醫院或西醫基層急性病人大幅增加，導致慢性病占率下降，感謝委員指教，本署將持續監控。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 151-152 頁)</p> <p>謝謝，麻煩大家看到業務執行報告第 3 頁，這邊談到護病比的資料，我想請問剛才總額協商中有 1 項 20 億元，我的理解是屆時會從護病比中做</p>	<p>一、有關委員提問護病比資料及 113 年總額爭取住院護理照護量能總額預算說明如下：</p> <p>(一)查全民健康保險醫療服務給付項目</p>

委員意見	健保署說明
<p>一些稽核，我想確認一下這裡的護病比是到小數點 0 位嗎？因為如果牽涉到經費的分配，假設還是只有計算到整數的話，可能會有很大的差異，可不可以釐清一下，在各個機構自己填報的護病比計算是只有到整數嗎？</p> <p>這邊有 1 個回溯填報資料，就是第 3(4)提到，還有所謂的回填，回填就這個資料看起來是比例滿少，不曉得這個資料會有什麼樣的機制鼓勵院所回填？另外就是從媒體才知道，不是從健保會報告得知，署長在媒體的訪談中，回應說屆時會有健保署或是衛福部的雲端醫療雲資料，所以屆時會把各式各樣的各司署資料都彙整在醫療雲裡面，不曉得屆時會不會跟醫事司的醫事人員系統整併，以確認醫院自填護病比的正確性？</p> <p>剛剛也談到這個資料要怎麼樣應用在未來護理人員有關 20 億元的核發，是否也可以稍微透露一下，因為實在不曉得這 20 億元要跟哪些資料訊息勾稽後再核發。我剛剛請教有關衛福部跟行政院目前有的計畫，跟健保署目前醫療雲也好，大家醫計畫也好，這整個資訊流的關係是什麼？可不可以一併說明，謝謝。</p> <p>針對劉林義組長的回應，所以如果要在大家醫平台整合各司署資料，不知道有沒有包含社家署，因為在整個協商過程中，牙醫總額提出很多有關障別的加成補助，不知道過去是怎</p>	<p>及支付標準第二部第一章第三節通則九，醫院按月至健保資訊網服務系統(下稱VPN)填報之護理結構性資料，全日平均護病比係採四捨五入至小數位第一位計算。各醫院自費用年月112年7月起於現行系統由填報之三班護病比資料亦計算至小數位第一位。</p> <p>(二)為針對持續性資料分析，原配合衛生福利部護理及健康照護司之規劃，本署於112年8月16日新增VPN之回溯填報頁面，惟為減輕醫院填報作業負擔，爰無須強制請醫院回溯填報護病比資料。</p> <p>(三)為提升住院護理照護量能，本署配合衛生福利部政策規劃爭取113年健保總額之其他預算專款專用，期能提升護理人員薪資、鼓勵護理人員回流及留任、減輕護理工作負荷。本署將持續觀察各醫院填報之三班護病比相關資料，並籲請各醫院將相關費用全數用於護理人員薪資調整，以回應臨床護理人員辛勞。</p> <p>二、另針對大家醫平台說明如下：</p> <p>(一)為將醫療服務模式逐步轉型為以病人為中心之全人照護，本署規劃建置家醫大平台，彙整現有之個人健康資料，透過家醫大平台將所有數據進行個人歸戶，並以數位化工具進行個案追蹤管理及提醒，賦能民眾及回饋醫師個人化資訊，提升健康管理效率，以落實全人、全家、全</p>

委員意見	健保署說明
<p>麼稽核，但我從協商資料中，健保署答覆一直是說健保資料庫中沒有障別資料，所以無法稽核，在大家醫平台的預期看起來是勢在必行，不曉得在大家醫平台中所謂的各司署整合資料，有沒有機會納入障別？當然也是要告知民眾同意後簽署資訊共享公開，不曉得有沒有這樣的規劃？謝謝。</p>	<p>社區的整合照護。</p> <p>(二)有關上述家醫大平台係以提供病人全人照護為目標，爰係「以病人為中心」收載相關健康資料，如就醫紀錄、預防保健、預防接種、生理量測數據等資料。另為強化基層診所資訊使用效能，亦將規劃介接醫療院所雲端醫療資訊系統(HIS)，促進診所就醫資料轉型，落實資料雲端化，即時提供民眾健康照護服務。</p> <p>(三)針對大家醫平台收載資料來源，本署刻正盤點中，後續會以病人知情同意為基礎，與相關主責單位討論資料介接事宜。</p>



五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：113 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(112)年 9 月 20 日完成 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 22 日第 8 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 5~99 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 113 年度總額整體成長率：

兩案併陳之協商結果，經總額計算公式估算，其整體成長率分別為：付費者方案為 3.645%，醫界方案為 4.672%，如下表。

113 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 ^{註2} 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

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，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分，故 113 年度總額基期淨值約 8,362.3 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

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、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

依 113 年度總額協商程序及本會第 8 次委員會議(112.9.22)之決議，請健保署會同總額部門相關團體參考委員意見，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)。

(三)另未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，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 113 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：113 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 113 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(112)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(112.10.2 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 112.8.25 函送 113 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 142~143 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、113 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(112.9.22)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 5.152%，醫院代表方案為 4.721%。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、醫院總額歷年一般服務地區預算執行概況：
 - (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.R 值的風險校正因子：
 - (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(R 值)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	112
		門診 (費用比率 45%)	R	15%	38%	45%	46%		50%	51%	52%
	S	85%	62%	55%	54%		50%	49%	48%
住院 (費用比率 55%)	R	10%	38%	40%		41%	45%		
	S	90%	62%	60%		59%	55%		

(四)歷年風險調整移撥款協定情形：

1.達成共識：自 108 年起編列該移撥款，該年由一般服務費

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。

2. 兩案併陳，報部決定：

(1) 111、112 年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 億元維持風險款六項因素及權重分配，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 148~149 頁)

四、台灣醫院協會函提 113 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) 基於 112 年衛福部核定之地區預算門診 R 值占率已有調整(由 51% 調升為 52%)，建議 113 年維持 112 年分配方式：

1. 門、住診費用比率續維持 45：55。

2. 門診 R 值占率 52%、住院 R 值占率 45%。

(二) 風險調整移撥款以 2 億元為原則。

五、健保署對醫院協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(詳附件三，第 148~149 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，由健保署與該總額相關團體再行研商。

(二) 111 年及 112 年風險調整移撥款執行情形，詳附件三(第 148~149 頁)。

六、113 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，待討論事項及本會研析資料如下：

(一)計算門、住診費用比率：建議援例依歷年方式，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。

(二)門診、住院之風險校正後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：因衛福部核定 112 年地區預算門診 R 值占率已有調整，爰建議 113 年不調整，維持門、住診 R 值占率(52%及 45%)。

2.待討論事項及本會研析資料：

(1)依衛生署(衛福部前身)規劃地區預算採「錢跟著人走」之原則，為達成「保障民眾就醫公平性」的政策目標，建議適度調升 R 值，說明如下：

①門診部分，112 年 R 值占率已調升 1%，113 年是否依醫院協會建議不調整，請考量。

②住院部分，R 值占率已 7 年(106~112 年)未調整，考量人口成長較高分區，如北區投保人口成長率長年居冠，但所分配之平均每人預算數及成長率，相對其他五分區為低(如表 2-1、2-2)，爰請考量是否適度調升 R 值。

(2)試算 113 年門診及住院 R 值占率前進 1%，相對於維持 112 年占率不調整，對各區預算之影響：

①門診部分：

A.不論 R 值維持或前進 1%，6 分區預算成長率，均為 4.42% 以上(4.42%~4.69%)。

B.若 R 值占率由 52%增加至 53%：除北區多增加 60 百萬元外，其他各區少增加 3~22 百萬元。

單位：百萬元、%

分區	113 年度門診預算推估						
	R 52%(同 112 年)			R53%			R 前進 1%預算 增減(額度占112 年預算比率)
	預算	成長率	較 112 年 度增加	預算	成長率	較 112 年 度增加	
台北	84,713	4.49%	3,641	84,698	4.47%	3,625	-15(-0.019%)
北區	31,806	4.49%	1,367	31,866	4.69%	1,427	60(+0.197%)
中區	40,756	4.49%	1,751	40,753	4.48%	1,748	-4(-0.009%)
南區	31,592	4.49%	1,357	31,575	4.44%	1,341	-17(-0.055%)
高屏	33,461	4.49%	1,438	33,439	4.42%	1,416	-22(-0.069%)
東區	5,420	4.49%	233	5,418	4.44%	230	-3(-0.048%)
全區	227,748	4.49%	9,787	227,748	4.49%	9,787	

②住院部分：

A.不論 R 值維持或前進 1%，6 分區預算成長率，均為 3.77% 以上(3.77%~4.47%)。

B.若 R 值占率由 45%增加至 46%：除北區多增加 108 百萬元、台北區多增加 5 百萬元外，其他各區少增加 1~46 百萬元。其中東區因人口負成長嚴重、預算數較少，相對影響較大。說明如下：

a.若 113 年住院 R 值調升 1%，東區增加 335 百萬元，相較不調整增加 374 百萬元，對東區之預算影響為少增加 39 百萬元。

b.查 112 年醫院風險調整移撥款之分配方式，其中 2 億元係以 6 項因素分配，東區因為原住民、偏遠地區、重度以上身心障礙、低收入戶、6 歲以下及 65 歲以上人口數較多，可分配較多預算。112 年東區合計分配 103.4 百萬元(如附件三，第 149 頁)，已達到風險調整之目的。建議 113 年持續編列風險調整移撥款。

單位：百萬元、%

分區	113 年度住院預算推估						R 前進 1% 預算 增減(額度占 112 年預算比率)
	R 45%(同 112 年)			R46%			
	預算	成長率	較 112 年 度增加	預算	成長率	較 112 年 度增加	
台北	105,852	4.21%	4,273	105,856	4.21%	4,277	5(+0.005%)
北區	43,145	4.21%	1,742	43,253	4.47%	1,849	108(+0.26%)
中區	56,113	4.21%	2,265	56,112	4.21%	2,264	-1(-0.001%)
南區	45,081	4.21%	1,820	45,035	4.10%	1,774	-46(-0.106%)
高屏	48,210	4.21%	1,947	48,183	4.15%	1,920	-27(-0.058%)
東區	9,276	4.21%	374	9,237	3.77%	335	-39(-0.439%)
全區	307,677	4.21%	12,420	307,677	4.21%	12,420	

(三)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，或維持 112 年衛福部核定之 6 億元，請討論。並於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。

七、依 113 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 112 年 12 月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 113 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 128~130 頁)。

(二)提供 111 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 131~141 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 144~147 頁。

擬辦：

一、確認 113 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1-1 113年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	112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)					
		52%(同112年)			53%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	81,073	84,713	4.49%	3,641	84,698	4.47%	3,625
北區	30,439	31,806	4.49%	1,367	31,866	4.69%	1,427
中區	39,005	40,756	4.49%	1,751	40,753	4.48%	1,748
南區	30,234	31,592	4.49%	1,357	31,575	4.44%	1,341
高屏	32,023	33,461	4.49%	1,438	33,439	4.42%	1,416
東區	5,187	5,420	4.49%	233	5,418	4.44%	230
全區	217,961	227,748	4.49%	9,787	227,748	4.49%	9,787

分區	112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%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	81,073	84,682	4.45%	3,610	84,667	4.43%	3,594
北區	30,439	31,926	4.89%	1,487	31,986	5.08%	1,547
中區	39,005	40,749	4.47%	1,744	40,745	4.46%	1,741
南區	30,234	31,559	4.38%	1,324	31,542	4.33%	1,308
高屏	32,023	33,417	4.35%	1,394	33,394	4.28%	1,372
東區	5,187	5,415	4.39%	228	5,413	4.35%	225
全區	217,961	227,748	4.49%	9,787	227,748	4.49%	9,787

- 註：1. 112年度預算以111年度之結算資料為基礎，依112年度所協定之一般服務成長率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111年違規扣款0.165億元，門、住診服務預算比以45:55計算。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×[0.52×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.48×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%，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，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) 112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. 113年度預算以112.9.22第8次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率5.152%」推估之，所採基期之112年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-44.665億元)及加回112年違規扣款(0.114億元)，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=52%為例)=門診服務預算×[0.52×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.48×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112.6.28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113年品保款專款(5.015億元)合併運用(計約8.902億元)；113年醫院門診透析服務成長率1.586%，約239.875億元。
 - (4) 113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算5.672億元〔=539,453,821*(1+5.152%)〕，每季扣減1.418億元，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112.8.25來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥**
3. 本表估算112年度及113年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署111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1-2 113年度醫院住院服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	112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112年)			46%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	101,579	105,852	4.21%	4,273	105,856	4.21%	4,277
北區	41,403	43,145	4.21%	1,742	43,253	4.47%	1,849
中區	53,848	56,113	4.21%	2,265	56,112	4.21%	2,264
南區	43,261	45,081	4.21%	1,820	45,035	4.10%	1,774
高屏	46,263	48,210	4.21%	1,947	48,183	4.15%	1,920
東區	8,902	9,276	4.21%	374	9,237	3.77%	335
全區	295,257	307,677	4.21%	12,420	307,677	4.21%	12,420

分區	112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)					
		47%			48%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	101,579	105,861	4.22%	4,282	105,866	4.22%	4,287
北區	41,403	43,360	4.73%	1,957	43,468	4.99%	2,065
中區	53,848	56,112	4.20%	2,264	56,111	4.20%	2,263
南區	43,261	44,989	3.99%	1,728	44,943	3.89%	1,682
高屏	46,263	48,156	4.09%	1,893	48,129	4.03%	1,866
東區	8,902	9,198	3.33%	296	9,159	2.89%	257
全區	295,257	307,677	4.21%	12,420	307,677	4.21%	12,420

註：1. 112年度預算以111年度之結算資料為基礎，依112年度所協定之一般服務成長率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111年違規扣款0.165億元，門、住診服務預算比以45:55計算。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%，約236.13億元。
- (4) 112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. 113年度預算以112.9.22第8次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率5.152%」推估之，所採基期之112年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-44.665億元)及加回112年違規扣款(0.114億元)，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) 各分區住院服務預算(以R值=45%為例)=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112.6.28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113年品保款專款(5.015億元)合併運用(計約8.902億元)；113年醫院門診透析服務成長率1.586%，約239.875億元。
- (4) **依台灣醫院協會112.8.25來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥**

3. 本表估算112年度及113年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署111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1-3 113年度醫院總額門、住診服務地區預算模擬試算表

分區	112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	52%(同112年)			53%			54%		
			預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	182,652	45% (同 112 年)	190,565	4.33%	7,913	190,549	4.32%	7,898	190,534	4.32%	7,882
北區	71,842		74,951	4.33%	3,109	75,011	4.41%	3,169	75,071	4.49%	3,229
中區	92,853		96,869	4.33%	4,017	96,866	4.32%	4,013	96,862	4.32%	4,009
南區	73,495		76,672	4.32%	3,177	76,656	4.30%	3,160	76,639	4.28%	3,144
高屏	78,286		81,671	4.32%	3,384	81,649	4.29%	3,362	81,627	4.27%	3,340
東區	14,089		14,696	4.31%	607	14,694	4.29%	605	14,691	4.28%	602
台北	182,652	46%	190,570	4.34%	7,918	190,554	4.33%	7,903	190,539	4.32%	7,887
北區	71,842		75,059	4.48%	3,216	75,119	4.56%	3,277	75,179	4.64%	3,337
中區	92,853		96,869	4.32%	4,016	96,865	4.32%	4,012	96,861	4.32%	4,009
南區	73,495		76,627	4.26%	3,131	76,610	4.24%	3,115	76,593	4.22%	3,098
高屏	78,286		81,644	4.29%	3,357	81,622	4.26%	3,335	81,600	4.23%	3,313
東區	14,089		14,657	4.03%	568	14,655	4.02%	566	14,652	4.00%	563
台北	182,652	47%	190,575	4.34%	7,923	190,559	4.33%	7,908	190,544	4.32%	7,892
北區	71,842		75,167	4.63%	3,324	75,227	4.71%	3,384	75,287	4.79%	3,444
中區	92,853		96,868	4.32%	4,015	96,864	4.32%	4,011	96,861	4.32%	4,008
南區	73,495		76,581	4.20%	3,085	76,564	4.18%	3,069	76,548	4.15%	3,052
高屏	78,286		81,617	4.25%	3,330	81,595	4.23%	3,308	81,573	4.20%	3,286
東區	14,089		14,618	3.76%	529	14,616	3.74%	527	14,613	3.72%	524
全區	513,217		535,425	4.33%	22,207	535,425	4.33%	22,207	535,425	4.33%	22,207

表1-4 111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 年齡性別 指數(B)	標準化死 亡比 (SMR)(C)	轉診型態 校正比例 (Trans)(D)
門診參數占率	51%	49%	-	80%	20%	100%
台北	0.36870	0.37549	0.36808	0.99048	0.87847	1.03179
北區	0.15232	0.12593	0.16545	0.92970	0.98936	0.97456
中區	0.17819	0.17975	0.18117	0.98086	1.01694	0.99236
南區	0.13524	0.14250	0.12699	1.07337	1.07621	0.98862
高屏	0.14228	0.15197	0.13870	1.05498	1.12054	0.95740
東區	0.02327	0.02437	0.01961	1.08475	1.25186	1.05792
住院參數占率	45%	55%	-	50%	50%	
台北	0.34493	0.34330	0.36808	0.98497	0.87847	
北區	0.15948	0.12446	0.16545	0.92625	0.98936	
中區	0.18224	0.18249	0.18117	0.98244	1.01694	—
南區	0.13832	0.15325	0.12699	1.08899	1.07621	
高屏	0.15187	0.16065	0.13870	1.05558	1.12054	
東區	0.02317	0.03586	0.01961	1.09721	1.25186	

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1-5 107~111年醫院總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	門診				
	107	108	109	110	111
台北	0.9871	0.9875	0.9889	0.9899	0.9905
北區	0.9312	0.9293	0.9296	0.9278	0.9297
中區	0.9786	0.9778	0.9788	0.9789	0.9809
南區	1.0757	1.0777	1.0754	1.0762	1.0734
高屏	1.0556	1.0571	1.0559	1.0564	1.0550
東區	1.0954	1.0962	1.0912	1.0884	1.0848
全區	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

年 分區	住院				
	107	108	109	110	111
台北	0.9788	0.9801	0.9823	0.9841	0.9850
北區	0.9330	0.9319	0.9301	0.9283	0.9262
中區	0.9810	0.9805	0.9813	0.9814	0.9824
南區	1.0938	1.0932	1.0907	1.0896	1.0890
高屏	1.0532	1.0542	1.0537	1.0543	1.0556
東區	1.1104	1.1073	1.1023	1.0975	1.0972
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2-1 111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 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人預算數 ^(註2) (元)
台北	36.8%	32.0%	35.5%	20,579
北區	16.5%	16.5%	14.0%	18,001
中區	18.1%	19.5%	18.1%	21,291
南區	12.7%	14.0%	14.4%	24,124
高屏	13.9%	15.6%	15.3%	23,455
東區	2.0%	2.3%	2.8%	30,079
全區	100.0%	100.0%	100.0%	21,317

表2-2 111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 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	9.1%	1.4%	101.1%	84.3%
北區	18.1%	14.8%	110.6%	78.2%
中區	3.9%	2.3%	97.1%	89.7%
南區	-4.2%	-4.5%	90.0%	98.3%
高屏	-2.2%	-3.0%	90.0%	94.2%
東區	-11.5%	-8.6%	80.6%	104.0%
全區	5.5%	1.7%	97.5%	87.3%

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、107~111年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,931	8,716	8,753	8,769	8,738	8,653	722	9.1%
北區	3,292	3,776	3,803	3,838	3,869	3,890	597	18.1%
中區	4,099	4,289	4,297	4,299	4,291	4,259	160	3.9%
南區	3,117	3,088	3,072	3,057	3,027	2,986	-132	-4.2%
高屏	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	3,261	-72	-2.2%
東區	521	478	474	472	468	461	-60	-11.5%
全區	22,294	23,671	23,720	23,752	23,689	23,510	1,215	5.5%
年 分區	戶籍人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,337	7,642	7,640	7,608	7,502	7,442	105	1.4%
北區	3,354	3,772	3,807	3,834	3,839	3,850	496	14.8%
中區	4,438	4,579	4,582	4,578	4,554	4,539	101	2.3%
南區	3,421	3,346	3,333	3,317	3,290	3,268	-153	-4.5%
高屏	3,746	3,703	3,698	3,685	3,655	3,634	-111	-3.0%
東區	581	547	543	540	535	531	-50	-8.6%
全區	22,877	23,589	23,603	23,561	23,375	23,265	388	1.7%
年 分區	投保人口占率(%)						111較95年 增加值	
	95	107	108	109	110	111		
台北	35.6%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	1.2%	
北區	14.8%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	1.8%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%	
南區	14.0%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	-1.3%	
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	-1.1%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.4%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	
年 分區	戶籍人口占率(%)						111較95年 增加值	
	95	107	108	109	110	111		
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	-0.1%	
北區	14.7%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	1.9%	
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	-0.9%	
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	-0.8%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	

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、107~111年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
R-門診	38%	50%	50%	51%	51%	51%	13%	—
R-住院	38%	45%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	149,998	156,626	165,721	169,121	178,079	89,510	101.1%
北區	33,255	57,752	60,248	63,920	67,135	70,021	36,765	110.6%
中區	46,017	75,913	79,167	83,682	91,612	90,681	44,664	97.1%
南區	37,916	61,103	63,703	67,225	70,126	72,022	34,107	90.0%
高屏	40,254	64,528	67,332	70,921	75,567	76,482	36,228	90.0%
東區	7,678	11,830	12,277	13,027	13,643	13,866	6,188	80.6%
全區	253,690	421,125	439,353	464,497	487,204	501,152	247,462	97.5%

年 分區	平均每人預算數(元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	11,167	17,209	17,893	18,898	19,356	20,579	9,412	84.3%
北區	10,101	15,293	15,841	16,656	17,350	18,001	7,900	78.2%
中區	11,225	17,700	18,422	19,464	21,350	21,291	10,065	89.7%
南區	12,163	19,789	20,735	21,990	23,168	24,124	11,961	98.3%
高屏	12,076	19,416	20,286	21,383	22,923	23,455	11,378	94.2%
東區	14,744	24,729	25,901	27,608	29,155	30,079	15,336	104.0%
全區	11,379	17,791	18,523	19,556	20,566	21,317	9,938	87.3%

年 分區	預算數占率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	34.9%	35.6%	35.6%	35.7%	34.7%	35.5%	0.6%
北區	13.1%	13.7%	13.7%	13.8%	13.8%	14.0%	0.9%
中區	18.1%	18.0%	18.0%	18.0%	18.8%	18.1%	0.0%
南區	14.9%	14.5%	14.5%	14.5%	14.4%	14.4%	-0.6%
高屏	15.9%	15.3%	15.3%	15.3%	15.5%	15.3%	-0.6%
東區	3.0%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	107	108	109	110	111
台北	3.0%	3.9%	4.4%	5.8%	2.1%	5.3%
北區	7.9%	4.8%	4.3%	6.1%	5.0%	4.3%
中區	4.6%	3.8%	4.3%	5.7%	9.5%	-1.0%
南區	4.9%	3.7%	4.3%	5.5%	4.3%	2.7%
高屏	5.3%	3.3%	4.3%	5.3%	6.5%	1.2%
東區	2.2%	3.1%	3.8%	6.1%	4.7%	1.6%
全區	4.5%	3.8%	4.3%	5.7%	4.9%	2.9%

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、107~111年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						111較91年 增加值	111較91年 成長率
	91	107	108	109	110	111		
台北	7,291	11,344	12,057	12,637	12,984	13,069	5,778	79.2%
北區	2,966	3,884	4,149	4,212	4,327	4,379	1,413	47.6%
中區	3,881	5,515	5,811	5,983	6,147	6,274	2,393	61.7%
南區	2,347	3,923	4,165	4,248	4,337	4,394	2,047	87.2%
高屏	3,298	4,867	5,100	5,277	5,441	5,584	2,286	69.3%
東區	573	839	860	896	916	918	345	60.2%
全區	20,356	30,372	32,142	33,253	34,152	34,618	14,262	70.1%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						111較91年 增加值	111較91年 成長率
	91	107	108	109	110	111		
台北	10.1	14.8	15.8	16.6	17.3	17.6	7.4	73.6%
北區	9.3	10.3	10.9	11.0	11.3	11.4	2.1	22.1%
中區	8.9	12.0	12.7	13.1	13.5	13.8	4.9	55.5%
南區	6.9	11.7	12.5	12.8	13.2	13.4	6.6	96.2%
高屏	8.8	13.1	13.8	14.3	14.9	15.4	6.6	74.3%
東區	9.6	15.3	15.8	16.6	17.1	17.3	7.7	79.7%
全區	9.0	12.9	13.6	14.1	14.6	14.9	5.8	64.6%

表4 91、107~111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)						111較91年 增加值	111較91年 成長率
	91	107	108	109	110	111		
台北	20,873	22,681	22,366	22,938	23,280	23,650	2,777	13.3%
北區	10,275	10,290	10,301	10,654	10,930	11,142	867	8.4%
中區	13,024	15,170	15,311	15,466	15,735	15,862	2,838	21.8%
南區	9,136	10,661	10,755	10,808	10,896	10,882	1,746	19.1%
高屏	11,732	12,638	12,693	12,862	13,046	13,178	1,446	12.3%
東區	2,213	1,961	1,967	1,971	1,983	2,023	-190	-8.6%
全區	67,253	73,401	73,393	74,699	75,870	76,737	9,484	14.1%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						111較91年 增加值	111較91年 成長率
	91	107	108	109	110	111		
台北	29.0	29.7	29.3	30.2	31.0	31.8	2.8	9.7%
北區	32.3	27.3	27.1	27.8	28.5	28.9	-3.3	-10.3%
中區	29.8	33.1	33.4	33.8	34.6	34.9	5.1	17.1%
南區	26.7	31.9	32.3	32.6	33.1	33.3	6.6	24.9%
高屏	31.4	34.1	34.3	34.9	35.7	36.3	4.9	15.6%
東區	37.1	35.9	36.2	36.5	37.1	38.1	0.9	2.5%
全區	29.9	31.1	31.1	31.7	32.5	33.0	3.1	10.5%

資料來源：112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、107~111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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	4,138	4,737	4,779	4,565	4,400	4,716	578	14.0%
北區	2,087	2,377	2,423	2,367	2,286	2,489	402	19.3%
中區	2,420	2,816	2,878	2,750	2,696	2,828	408	16.8%
南區	1,719	1,892	1,908	1,825	1,783	1,861	141	8.2%
高屏	2,083	2,158	2,165	2,078	2,035	2,103	20	0.9%
東區	320	331	336	324	312	326	6	1.8%
全區	11,849	13,336	13,491	12,950	12,618	13,342	1,494	12.6%

年 分區	住院就醫人數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	515	610	620	582	527	543	28	5.4%
北區	275	298	306	283	260	267	-8	-2.9%
中區	352	414	428	406	387	389	37	10.6%
南區	249	290	297	278	266	260	12	4.7%
高屏	314	343	350	326	307	305	-9	-2.9%
東區	54	56	56	53	50	48	-6	-10.8%
全區	1,716	1,975	2,023	1,895	1,769	1,784	68	4.0%

年 分區	門診就醫率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	52.2%	54.3%	54.6%	52.1%	50.4%	54.5%	2.3%
北區	63.4%	62.9%	63.7%	61.7%	59.1%	64.0%	0.6%
中區	59.0%	65.6%	67.0%	64.0%	62.8%	66.4%	7.4%
南區	55.2%	61.3%	62.1%	59.7%	58.9%	62.3%	7.2%
高屏	62.5%	64.9%	65.2%	62.6%	61.7%	64.5%	2.0%
東區	61.5%	69.2%	70.9%	68.6%	66.7%	70.7%	9.2%
全區	53.1%	56.3%	56.9%	54.5%	53.3%	56.8%	3.6%
差值	11.2%	14.9%	16.3%	16.6%	16.3%	16.2%	—

年 分區	住院就醫率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	6.5%	7.0%	7.1%	6.6%	6.0%	6.3%	-0.2%
北區	8.4%	7.9%	8.1%	7.4%	6.7%	6.9%	-1.5%
中區	8.6%	9.7%	10.0%	9.5%	9.0%	9.1%	0.6%
南區	8.0%	9.4%	9.7%	9.1%	8.8%	8.7%	0.7%
高屏	9.4%	10.3%	10.5%	9.8%	9.3%	9.3%	-0.1%
東區	10.4%	11.7%	11.8%	11.2%	10.8%	10.5%	0.1%
全區	7.7%	8.3%	8.5%	8.0%	7.5%	7.6%	-0.1%
差值	3.9%	4.7%	4.8%	4.5%	4.7%	4.2%	-

資料來源：112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、107~111年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	27,064	35,113	35,453	33,999	31,979	34,923	7,859	29.0%
北區	10,930	13,750	14,175	13,668	13,052	14,386	3,456	31.6%
中區	15,246	19,665	20,207	19,426	19,164	20,256	5,010	32.9%
南區	10,113	12,969	13,279	13,033	12,916	13,437	3,324	32.9%
高屏	13,439	14,878	15,065	14,818	14,668	15,150	1,710	12.7%
東區	2,033	2,284	2,321	2,257	2,202	2,270	236	11.6%
全區	78,826	98,660	100,500	97,200	93,981	100,421	21,595	27.4%

年 分區	平均每人門診就醫次數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	3.41	4.03	4.05	3.88	3.66	4.04	0.62	18.3%
北區	3.32	3.64	3.73	3.56	3.37	3.70	0.38	11.4%
中區	3.72	4.59	4.70	4.52	4.47	4.76	1.04	27.9%
南區	3.24	4.20	4.32	4.26	4.27	4.50	1.26	38.7%
高屏	4.03	4.48	4.54	4.47	4.45	4.65	0.61	15.2%
東區	3.90	4.78	4.90	4.78	4.71	4.92	1.02	26.1%
全區	3.54	4.17	4.24	4.09	3.97	4.27	0.74	20.8%
倍數	1.24	1.31	1.31	1.34	1.40	1.33	—	—

年 分區	住院件數(千件)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	759	1,046	1,066	1,019	907	926	168	22.1%
北區	373	461	476	444	403	412	39	10.6%
中區	519	710	744	720	687	690	171	33.0%
南區	371	490	504	478	456	443	72	19.3%
高屏	462	563	576	547	513	506	44	9.5%
東區	79	106	108	103	99	97	18	22.1%
全區	2,563	3,377	3,474	3,313	3,065	3,075	512	20.0%

年 分區	平均每人住院就醫次數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	0.096	0.120	0.122	0.116	0.104	0.107	0.011	11.9%
北區	0.113	0.122	0.125	0.116	0.104	0.106	-0.007	-6.4%
中區	0.127	0.166	0.173	0.168	0.160	0.162	0.035	28.0%
南區	0.119	0.159	0.164	0.156	0.151	0.148	0.029	24.6%
高屏	0.139	0.169	0.173	0.165	0.156	0.155	0.017	11.9%
東區	0.152	0.222	0.228	0.219	0.211	0.210	0.058	37.9%
全區	0.115	0.143	0.146	0.139	0.129	0.131	0.016	13.8%
倍數	1.59	1.85	1.87	1.89	2.03	1.98	—	—

資料來源：112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、107~111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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	47,780	98,489	103,590	105,619	107,170	114,972	67,191	140.6%
北區	18,008	36,489	39,260	40,050	40,870	44,121	26,113	145.0%
中區	26,120	54,683	57,948	58,683	61,305	64,345	38,225	146.3%
南區	17,708	38,288	40,845	40,582	42,119	43,842	26,133	147.6%
高屏	20,865	38,664	41,094	41,886	44,079	45,858	24,993	119.8%
東區	3,782	6,671	6,974	7,257	7,510	7,684	3,902	103.2%
全區	134,264	273,285	289,712	294,078	303,054	320,821	186,557	138.9%
年 分區	住院費用點數(百萬點)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	48,828	73,809	76,460	78,130	75,468	78,609	29,781	61.0%
北區	20,849	29,727	31,186	31,033	30,734	31,677	10,828	51.9%
中區	28,529	44,283	46,170	47,428	48,600	49,857	21,328	74.8%
南區	21,267	32,234	33,094	33,519	33,958	33,902	12,635	59.4%
高屏	24,691	36,137	37,483	38,118	38,569	38,686	13,995	56.7%
東區	5,196	6,709	6,959	7,213	7,360	7,351	2,155	41.5%
全區	149,360	222,900	231,352	235,441	234,690	240,082	90,721	60.7%
年 分區	平均每人門診費用點數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	6,024	11,299	11,834	12,044	12,265	13,286	7,262	120.5%
北區	5,470	9,663	10,323	10,436	10,562	11,343	5,873	107.4%
中區	6,372	12,750	13,484	13,649	14,287	15,107	8,736	137.1%
南區	5,680	12,400	13,295	13,275	13,915	14,685	9,004	158.5%
高屏	6,260	11,634	12,381	12,629	13,372	14,063	7,804	124.7%
東區	7,262	13,945	14,713	15,379	16,049	16,667	9,406	129.5%
全區	6,022	11,545	12,214	12,381	12,793	13,646	7,624	126.6%
倍數	1.33	1.44	1.43	1.47	1.52	1.47	—	—
年 分區	平均每人住院費用點數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	6,156	8,468	8,735	8,910	8,637	9,084	2,928	47.6%
北區	6,333	7,872	8,200	8,086	7,943	8,144	1,811	28.6%
中區	6,959	10,325	10,744	11,031	11,326	11,706	4,746	68.2%
南區	6,822	10,440	10,772	10,964	11,219	11,355	4,533	66.5%
高屏	7,407	10,873	11,293	11,493	11,700	11,864	4,456	60.2%
東區	9,977	14,025	14,681	15,286	15,728	15,946	5,969	59.8%
全區	6,699	9,417	9,754	9,912	9,907	10,212	3,513	52.4%
倍數	1.62	1.78	1.79	1.89	1.98	1.96	—	—
年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						111較95年 增加值	
	95	107	108	109	110	111		
台北	49.5%	57.2%	57.5%	57.5%	58.7%	59.4%	9.9%	
北區	46.3%	55.1%	55.7%	56.3%	57.1%	58.2%	11.9%	
中區	47.8%	55.3%	55.7%	55.3%	55.8%	56.3%	8.5%	
南區	45.4%	54.3%	55.2%	54.8%	55.4%	56.4%	11.0%	
高屏	45.8%	51.7%	52.3%	52.4%	53.3%	54.2%	8.4%	
東區	42.1%	49.9%	50.1%	50.2%	50.5%	51.1%	9.0%	
全區	47.3%	55.1%	55.6%	55.5%	56.4%	57.2%	9.9%	

資料來源：112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8-1 104~111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
104Q1	0.8794	0.9474	0.9089	0.8590	0.9236	0.8548	0.8952	4	1	3	5	2	6
104Q2	0.8979	0.9341	0.9236	0.8694	0.9249	0.8829	0.9054	4	1	3	6	2	5
104Q3	0.8782	0.9085	0.9096	0.8822	0.9307	0.9061	0.8998	6	3	2	5	1	4
104Q4	0.8451	0.8893	0.9053	0.8725	0.9158	0.8833	0.8830	6	3	2	5	1	4
105Q1	0.8636	0.9207	0.9122	0.8918	0.9434	0.9181	0.8963	6	2	4	5	1	3
105Q2	0.8814	0.9221	0.9161	0.8650	0.9147	0.9185	0.8973	5	1	3	6	4	2
105Q3	0.8351	0.8836	0.8870	0.8595	0.9251	0.9100	0.8764	6	4	3	5	1	2
105Q4	0.8147	0.8828	0.9037	0.8580	0.9086	0.8846	0.8661	6	4	2	5	1	3
106Q1	0.8704	0.9075	0.8990	0.8514	0.9348	0.9218	0.8861	5	3	4	6	1	2
106Q2	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.8265	0.8959	0.8853	0.8622	0.9203	0.8789	0.8694	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591	6	2	5	4	1	3
107Q2	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705	6	2	3	5	1	4
108Q1	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804	6	3	5	2	1	4
108Q2	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.8762	0.8968	0.8816	0.8869	0.9138	0.8808	0.8873	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794	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	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862	6	5	4	2	1	3
109Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.8434	0.9182	0.8749	0.9179	0.9301	0.8741	0.8856	6	2	4	3	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.8724	0.9504	0.8970	1.0137	0.9600	0.8913	0.9224	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9776	1.0266	0.9466	1.0374	1.0509	1.1156	0.9872	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.8664	0.9338	0.9050	1.0161	1.0170	1.0058	0.9405	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9171	0.9627	0.9065	1.0119	0.9960	1.0054	0.9475	5	4	6	1	3	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8-2 104~111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
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	0.8983	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	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.9352	0.9689	0.9447	0.9995	0.9755	0.9418	0.9567	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9830	0.9975	0.9713	1.0094	1.0187	1.0404	0.9934	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.9413	0.9739	0.9554	1.0058	1.0072	1.0020	0.9687	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9579	0.9766	0.9530	0.9998	0.9946	0.9969	0.9720	5	4	6	1	3	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112年8月25日

發文字號：院協健字第1120200427號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：醫院部門113年全民健保醫療給付成長率暨項目.pdf、醫院113年總額協商自行檢核表20230825.pdf

主旨：敬呈醫院部門113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商
草案最終版本及地區預算分配之建議方案，請鑑查。

說明：

- 一、復 貴會衛部健字第1123360113號書函。
- 二、旨揭醫院總額協商草案終版及地區預算分配案，業經112年8月22日台灣醫院協會112年第2至第3次全民健康保險委員會專案研商並各層級共識，所提草案詳如附件所示。
- 三、有關113年一般服務地區預算分配建議經共識，基於各地區風險校正R值已於112年衛福部核定已有調動，建議113年暫維持112年分配方式，即門診：住診費用比續維持45:55，門診服務（不含門診透析）預算52%依各地區校正人口風險因

子及轉診型態；住診服務預算45%依各地區校正人口風險因子分配之。

四、風險調整移撥款以2億為原則。

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(均含附件)



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要：

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要(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要，以作為未來規劃醫療資源配置之參考。

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 111 年及 112 年「風險調整移撥款」，本署執行情形如下：

年度	協定情形	執行情形																																								
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 年地區預算各區 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="395 1503 893 1962"> <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 年全年結算情形：</p> <table border="1" data-bbox="946 741 1385 1173"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>結算金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>160,144,932</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>68,728,689</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>88,962,403</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,311,594</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>103,535,670</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,316,712</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>600,000,000</td> </tr> </tbody> </table>	分區	結算金額	臺北	160,144,932	北區	68,728,689	中區	88,962,403	南區	75,311,594	高屏	103,535,670	東區	103,316,712	合計	600,000,000
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																																									
臺北	160,144,932																																									
北區	68,728,689																																									
中區	88,962,403																																									
南區	75,311,594																																									
高屏	103,535,670																																									
東區	103,316,712																																									
合計	600,000,000																																									

年度	協定情形	執行情形																																																
112 年	<p>1.「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，同 111 年係自一般服務移撥 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：112 年移撥款各區預算採兩項計算方式之合計，2 億元維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配，4 億元維持 111 年，以 107 年至 109 年地區預算各區 R 值 S 值平均占率計算。</p> <p>3.112 年各分區全年分配金額如下：</p> <table border="1" data-bbox="368 1093 884 1547"> <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>160,167,780</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>68,902,891</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>89,028,079</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,242,231</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>103,232,903</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,426,116</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	160,167,780	27%	北區	68,902,891	11%	中區	89,028,079	15%	南區	75,242,231	13%	高屏	103,232,903	17%	東區	103,426,116	17%	合計	600,000,000	100%	<p>112 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 57,968,312 元。</p> <table border="1" data-bbox="927 450 1442 882"> <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>160,167,780</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>17,225,723</td> <td>51,677,168</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>21,355,039</td> <td>67,673,040</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>-</td> <td>75,242,231</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>-</td> <td>103,232,903</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>19,387,550</td> <td>84,038,566</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>57,968,312</td> <td>542,031,688</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 112 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，調整 112 年各季分配金額。</p>	分區	結算金額	保留金額	臺北	-	160,167,780	北區	17,225,723	51,677,168	中區	21,355,039	67,673,040	南區	-	75,242,231	高屏	-	103,232,903	東區	19,387,550	84,038,566	合計	57,968,312	542,031,688
分區	全年分配金額	占率																																																
臺北	160,167,780	27%																																																
北區	68,902,891	11%																																																
中區	89,028,079	15%																																																
南區	75,242,231	13%																																																
高屏	103,232,903	17%																																																
東區	103,426,116	17%																																																
合計	600,000,000	100%																																																
分區	結算金額	保留金額																																																
臺北	-	160,167,780																																																
北區	17,225,723	51,677,168																																																
中區	21,355,039	67,673,040																																																
南區	-	75,242,231																																																
高屏	-	103,232,903																																																
東區	19,387,550	84,038,566																																																
合計	57,968,312	542,031,688																																																

第二案

提案單位：本會第三組

案由：113 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 113 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(112)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(112.10.2 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(下稱醫全會)業於 112.10.4 函送 113 年度西醫基層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 163~164 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、113 年度西醫基層醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(112.9.22)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 3.704%，西醫基層代表方案為 5.464%。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委員之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。
- 三、西醫基層總額歷年一般服務地區預算執行概況：
 - (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.R 值的風險校正因子：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：

(1)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(R 值)分配，惟期程及過渡漸進方式可視實際狀況檢討修訂。

(2)查衛福部 112.1.9 公告「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」，未來西醫基層總額地區預算分配比率之「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)，請每 2 年增加 1%，逐步調至 75%後再作評估。

(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	112
R	5%	15%	25%	40%	60%	65%	試辦	65%	66%	67%	68%	69%
S	95%	85%	75%	60%	40%	35%	計畫	35%	34%	33%	32%	31%

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%；100~112 年則各為 25%。

3.微調機制(詳附件二)：

(1)99、101、103~112 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)歷年風險調整移撥款協定情形：

109~112 年公告，西醫基層總額風險調整移撥款每年均為 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。歷年地區預算執行概況詳附件二，第 165~167 頁。

四、醫全會函提 113 年度地區預算分配建議方案，該建議係經該會召開會議之結論，內容摘要如下：

(一)維持 112 年度 R 值占率：

69%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)」，31%依「西醫基層總額開辦前一年(89 年)各地區保險對象實際發生醫療費用(S 值)」。

(二)風險調整移撥款 6 億元，分配撥補順序如下：

- 1.臺北區。
- 2.優先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」)。
- 3.因占率前進而減少預算分區。
- 4.點值落後地區(不含臺北區、東區)。

五、健保署對醫全會所提建議方案之執行面意見及移撥款執行結果：
(資料後附)。

六、113 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.醫全會建議不調整：維持 112 年分配方式，R 值占率 69%、S 值 31%。
- 2.本會建議：依衛福部 112 年公告事項，西醫基層總額地區預算分配之 R 值占率「每 2 年增加 1%，逐步調至 75%後再作評估」，查西醫基層總額 R 值占率已於 112 年度調升 1%(由 68%調升至 69%)，依前揭衛福部公告，113 年度可考量維持 69%，暫不調升。

(二)風險調整移撥款：

是否同意醫全會建議，請討論：

- 1.額度：自一般服務費用提撥 6 億元。
- 2.用途：依序用於臺北區、保障東區浮動點值每點 1 元、因占率前進而減少預算分區(若 113 年 R 值占率不前進，則本項刪除)、撥補點值落後地區。

若同意，則於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。

七、依 113 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 112 年 12 月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 113 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，及假設提撥 6 億元「風險調整移撥款」，分配之各區預算估計值如表 1-1(第 154 頁)。
- (二)提供 111 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 1-2~表 6-2，第 155~162 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，如附件三，第 168~170 頁。

擬辦：

- 一、確認 113 年度西醫基層總額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1-1 113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112年額度6億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	112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)					
		69%(同112年度)			70%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	42,447	43,745	3.06%	1,298	43,754	3.08%	1,307
北區	19,962	20,547	2.93%	585	20,609	3.24%	647
中區	23,979	24,600	2.59%	622	24,595	2.57%	616
南區	18,396	18,953	3.02%	556	18,910	2.79%	514
高屏	20,352	20,984	3.11%	632	20,970	3.04%	618
東區	2,597	2,653	2.16%	56	2,643	1.80%	47
全區	127,732	131,481	2.93%	3,749	131,481	2.93%	3,749

分區	112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%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	42,447	43,764	3.10%	1,317	43,773	3.12%	1,326
北區	19,962	20,671	3.55%	709	20,732	3.86%	771
中區	23,979	24,590	2.55%	611	24,584	2.53%	606
南區	18,396	18,867	2.56%	471	18,824	2.33%	428
高屏	20,352	20,956	2.97%	604	20,942	2.90%	590
東區	2,597	2,634	1.44%	37	2,625	1.08%	28
全區	127,732	131,481	2.93%	3,749	131,481	2.93%	3,749

註：1. 112年度預算以111年度之結算資料為基礎，依112年度所協定之一般服務成長率2.172%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-5.73億元、加回111年違規扣款0.9億元及扣除111年新醫療科技未導入1.88億元。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區預算=一般服務預算×[0.69×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.31×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項112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) 未調校風險調整移撥款。
2. 113年度預算以112.9.22第8次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率3.704%」推估之，所採基期之112年一般服務預算已調整人口成長率差值-11.24億元及加回112年違規扣款1.52億元。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區預算(以R值=69%為例)=一般服務預算×[0.69×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.31×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項113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112.6.28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113年度品質保證保留款(1.262億元)合併運用(計2.314億元)」。
 - (3) 參照112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112年度及113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111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(112年採107~110年數值、113年採108~111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1-2 111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)	
參數占率	68%	32%		90%	10%	100%
台北	0.33419	0.32772	0.36808	0.99815	0.88208	0.92344
北區	0.17108	0.12381	0.16545	0.96933	0.98234	1.06114
中區	0.18745	0.18988	0.18117	0.99235	1.01693	1.01809
南區	0.13361	0.16659	0.12699	1.02828	1.06667	1.02765
高屏	0.15532	0.16696	0.13870	1.02049	1.11716	1.10278
東區	0.01834	0.02506	0.01961	1.03618	1.29419	0.86106

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1-3 107~111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				
		107	108	109	110	111
台北		0.99487	0.99592	0.99615	0.99657	0.99815
北區		0.96263	0.96134	0.95968	0.95892	0.96933
中區		0.98800	0.98737	0.98793	0.98817	0.99235
南區		1.03880	1.03906	1.03978	1.04002	1.02828
高屏		1.02777	1.02783	1.02845	1.02898	1.02049
東區		1.05278	1.05220	1.05171	1.04934	1.03618
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2-1 111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 ^{註1}	戶籍人口 占率 ^{註1}	一般服務預算 占率 ^{註2}	平均每人預算數 ^{註2}
台北	36.8%	32.0%	33.3%	4,851
北區	16.5%	16.5%	15.6%	5,045
中區	18.1%	19.5%	18.8%	5,570
南區	12.7%	14.0%	14.4%	6,073
高屏	13.9%	15.6%	15.9%	6,149
東區	2.0%	2.3%	2.0%	5,589
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,363

表2-2 111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 ^{註1}	戶籍人口 成長率 ^{註1}	一般服務預算 成長率 ^{註2}	平均每人預算 成長率 ^{註2}
台北	9.1%	1.4%	63.0%	49.4%
北區	18.1%	14.8%	77.2%	50.0%
中區	3.9%	2.3%	56.6%	50.7%
南區	-4.2%	-4.5%	42.0%	48.2%
高屏	-2.2%	-3.0%	60.1%	63.7%
東區	-11.5%	-8.6%	35.8%	53.4%
全區	5.5%	1.7%	59.3%	51.0%

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、107~111年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,931	8,716	8,753	8,769	8,738	8,653	722	9.1%
北區	3,292	3,776	3,803	3,838	3,869	3,890	597	18.1%
中區	4,099	4,289	4,297	4,299	4,291	4,259	160	3.9%
南區	3,117	3,088	3,072	3,057	3,027	2,986	-132	-4.2%
高屏	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	3,261	-72	-2.2%
東區	521	478	474	472	468	461	-60	-11.5%
全區	22,294	23,671	23,720	23,752	23,689	23,510	1,215	5.5%

年 分區	戶籍人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,337	7,642	7,640	7,608	7,502	7,442	105	1.4%
北區	3,354	3,772	3,807	3,834	3,839	3,850	496	14.8%
中區	4,438	4,579	4,582	4,578	4,554	4,539	101	2.3%
南區	3,421	3,346	3,333	3,317	3,290	3,268	-153	-4.5%
高屏	3,746	3,703	3,698	3,685	3,655	3,634	-111	-3.0%
東區	581	547	543	540	535	531	-50	-8.6%
全區	22,877	23,589	23,603	23,561	23,375	23,265	388	1.7%

年 分區	投保人口數占率(%)						111較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	35.6%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	1.2%
北區	14.8%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	1.8%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	-1.3%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	-1.1%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.4%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						111較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	-0.1%
北區	14.7%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	1.9%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	-0.9%
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

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、107~111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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	25,747	36,974	38,396	39,784	41,196	41,978	16,231	63.0%
北區	11,072	16,872	17,457	18,404	19,079	19,623	8,551	77.2%
中區	15,148	21,106	21,695	22,630	23,365	23,725	8,576	56.6%
南區	12,771	16,751	17,155	17,601	18,098	18,130	5,359	42.0%
高屏	12,522	17,884	18,409	19,238	19,871	20,052	7,530	60.1%
東區	1,897	2,508	2,552	2,523	2,582	2,577	680	35.8%
全區	79,158	112,095	115,665	120,180	124,192	126,085	46,927	59.3%

年 分區	平均每人預算數(元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	3,246	4,242	4,386	4,537	4,715	4,851	1,605	49.4%
北區	3,363	4,468	4,590	4,796	4,931	5,045	1,682	50.0%
中區	3,695	4,921	5,048	5,263	5,445	5,570	1,875	50.7%
南區	4,097	5,425	5,584	5,758	5,979	6,073	1,976	48.2%
高屏	3,757	5,381	5,546	5,800	6,028	6,149	2,393	63.7%
東區	3,642	5,243	5,383	5,347	5,518	5,589	1,947	53.4%
全區	3,551	4,736	4,876	5,060	5,243	5,363	1,813	51.0%

年 分區	預算數占率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	32.5%	33.0%	33.2%	33.1%	33.2%	33.3%	0.8%
北區	14.0%	15.1%	15.1%	15.3%	15.4%	15.6%	1.6%
中區	19.1%	18.8%	18.8%	18.8%	18.8%	18.8%	-0.3%
南區	16.1%	14.9%	14.8%	14.6%	14.6%	14.4%	-1.8%
高屏	15.8%	16.0%	15.9%	16.0%	16.0%	15.9%	0.1%
東區	2.4%	2.2%	2.2%	2.1%	2.1%	2.0%	-0.4%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	107	108	109	110	111
台北	2.0%	3.0%	3.8%	3.6%	3.6%	1.9%
北區	8.0%	3.1%	3.5%	5.4%	3.7%	2.9%
中區	1.0%	2.5%	2.8%	4.3%	3.2%	1.5%
南區	0.3%	1.9%	2.4%	2.6%	2.8%	0.2%
高屏	-1.4%	2.7%	2.9%	4.5%	3.3%	0.9%
東區	-5.5%	2.0%	1.7%	-1.1%	2.4%	-0.2%
全區	1.6%	2.7%	3.2%	3.9%	3.3%	1.5%

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、107~111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)						111較89年 增加值	111較89年 成長率
	89 (開辦前)	107	108	109	110	111		
台北	3,415	5,202	5,394	5,539	5,565	5,760	2,345	68.7%
北區	1,252	2,169	2,196	2,254	2,296	2,364	1,112	88.8%
中區	2,037	3,219	3,269	3,327	3,363	3,417	1,380	67.7%
南區	1,517	2,251	2,255	2,305	2,323	2,350	833	54.9%
高屏	1,774	2,730	2,795	2,828	2,860	2,922	1,148	64.7%
東區	266	320	325	324	328	324	58	21.8%
全區	10,261	15,891	16,234	16,577	16,735	17,137	6,876	67.0%

年 分區	每萬人口西醫診所醫師數						111較89年 增加值	111較89年 成長率
	89 (開辦前)	107	108	109	110	111		
台北	4.79	6.81	7.06	7.28	7.42	7.74	2.95	61.6%
北區	4.04	5.75	5.77	5.88	5.98	6.14	2.10	52.1%
中區	4.72	7.03	7.13	7.27	7.39	7.53	2.80	59.4%
南區	4.44	6.73	6.77	6.95	7.06	7.19	2.75	61.8%
高屏	4.77	7.37	7.56	7.68	7.82	8.04	3.27	68.7%
東區	4.44	5.85	5.98	6.00	6.13	6.10	1.66	37.3%
全區	4.61	6.74	6.88	7.04	7.16	7.37	2.76	59.9%

資料來源：112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、107~111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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	6,347	6,974	7,036	6,622	6,275	6,477	130	2.1%
北區	3,127	3,654	3,689	3,501	3,351	3,502	375	12.0%
中區	4,007	4,352	4,370	4,147	3,967	4,093	86	2.1%
南區	3,076	3,172	3,176	3,026	2,895	2,953	-123	-4.0%
高屏	3,283	3,428	3,438	3,258	3,122	3,189	-94	-2.9%
東區	483	486	488	468	430	443	-40	-8.4%
全區	18,665	20,239	20,342	19,442	18,727	19,222	557	3.0%

年 分區	門診就醫率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	80.0%	80.0%	80.4%	75.5%	71.8%	74.8%	-5.2%
北區	95.0%	96.8%	97.0%	91.2%	86.6%	90.0%	-5.0%
中區	97.7%	101.5%	101.7%	96.5%	92.5%	96.1%	-1.6%
南區	98.7%	102.7%	103.4%	99.0%	95.7%	98.9%	0.2%
高屏	98.5%	103.1%	103.6%	98.2%	94.7%	97.8%	-0.7%
東區	92.8%	101.5%	102.9%	99.2%	91.8%	96.0%	3.3%
全區	83.7%	85.3%	85.8%	81.9%	79.1%	81.8%	-2.0%
差值	18.7%	23.1%	23.2%	23.7%	23.8%	24.1%	—

資料來源：112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、107~111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)						111較95年	111較95年
	95	107	108	109	110	111	增加值	成長率
台北	49,747	56,164	57,797	50,482	44,424	48,322	-1,425	-2.9%
北區	23,367	27,508	28,196	24,751	22,021	24,160	793	3.4%
中區	35,787	37,429	38,156	33,512	30,046	32,551	-3,236	-9.0%
南區	28,412	28,375	28,635	25,705	23,284	24,453	-3,959	-13.9%
高屏	30,171	31,805	32,441	29,153	26,736	27,906	-2,265	-7.5%
東區	4,066	3,670	3,709	3,350	2,953	3,046	-1,020	-25.1%
全區	171,550	184,953	188,934	166,953	149,464	160,438	-11,113	-6.5%

年 分區	平均每人門診就醫次數						111較95年	111較95年
	95	107	108	109	110	111	增加值	成長率
台北	6.27	6.44	6.60	5.76	5.08	5.58	-0.69	-11.0%
北區	7.10	7.28	7.41	6.45	5.69	6.21	-0.89	-12.5%
中區	8.73	8.73	8.88	7.79	7.00	7.64	-1.09	-12.5%
南區	9.11	9.19	9.32	8.41	7.69	8.19	-0.92	-10.1%
高屏	9.05	9.57	9.77	8.79	8.11	8.56	-0.49	-5.5%
東區	7.81	7.67	7.82	7.10	6.31	6.61	-1.20	-15.4%
全區	7.69	7.81	7.97	7.03	6.31	6.82	-0.87	-11.3%
倍數	1.45	1.49	1.48	1.53	1.60	1.53	—	—

年 分區	門診費用點數(百萬點)						111較95年	111較95年
	95	107	108	109	110	111	增加值	成長率
台北	25,155	35,213	36,898	35,390	34,644	37,685	12,530	49.8%
北區	11,920	17,782	18,613	18,037	17,878	19,308	7,388	62.0%
中區	18,035	24,126	24,969	24,106	23,938	25,733	7,698	42.7%
南區	13,859	17,718	18,320	17,865	17,753	18,805	4,946	35.7%
高屏	14,813	19,953	20,790	20,365	20,517	21,647	6,833	46.1%
東區	2,100	2,548	2,612	2,562	2,509	2,602	502	23.9%
全區	85,883	117,339	122,202	118,325	117,239	125,780	39,897	46.5%

年 分區	平均每人門診費用點數						111較95年	111較95年
	95	107	108	109	110	111	增加值	成長率
台北	3,172	4,040	4,215	4,036	3,965	4,355	1,183	37.3%
北區	3,621	4,709	4,894	4,700	4,620	4,964	1,343	37.1%
中區	4,399	5,625	5,810	5,607	5,579	6,042	1,642	37.3%
南區	4,446	5,738	5,963	5,844	5,865	6,299	1,853	41.7%
高屏	4,444	6,004	6,264	6,140	6,224	6,638	2,194	49.4%
東區	4,033	5,327	5,511	5,429	5,361	5,645	1,612	40.0%
全區	3,852	4,957	5,152	4,982	4,949	5,350	1,498	38.9%
倍數	1.40	1.49	1.49	1.52	1.57	1.52	—	—

資料來源：112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6-1 104~111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
104Q1	0.8750	0.9445	0.9020	0.9341	0.9420	1.0134	0.9130	6	2	5	4	3	1
104Q2	0.8689	0.9405	0.8910	0.9666	0.9607	1.0506	0.9153	6	4	5	2	3	1
104Q3	0.9206	0.9780	0.8971	0.9626	0.9834	1.0554	0.9385	5	3	6	4	2	1
104Q4	0.9050	0.9558	0.8851	0.9496	0.9628	1.0184	0.9290	5	3	6	4	2	1
105Q1	0.8531	0.9129	0.8932	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	0.8933	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	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413	6	3	5	2	4	1
106Q3	0.8984	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	0.8745	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	0.8900	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	0.8971	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340	6	3	5	2	4	1
108Q4	0.8957	0.9399	0.9399	0.9869	0.9511	1.0740	0.9344	6	4	5	2	3	1
109 Q1~Q4 ^註	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
111Q1	1.0200	1.1168	1.1073	1.1428	1.1111	1.1461	1.0923	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0484	1.1403	1.0865	1.1093	1.0562	1.2092	1.0808	6	2	4	3	5	1
111Q3	0.9195	0.9762	0.9799	0.9910	0.9765	1.0430	0.9801	6	5	3	2	4	1
111Q4	0.9184	0.9727	0.9695	0.9872	0.9726	1.0507	0.9569	6	3	5	2	4	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6-2 104~111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
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 ^註	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
111Q1	1.0301	1.0845	1.0756	1.0993	1.0754	1.1020	1.0652	6	3	4	2	5	1
111Q2	1.0308	1.0943	1.0619	1.0789	1.0420	1.1276	1.0567	6	2	4	3	5	1
111Q3	0.9598	1.0083	0.9921	1.0047	0.9888	1.0461	0.9859	6	2	4	3	5	1
111Q4	0.9408	0.9813	0.9790	0.9915	0.9813	1.0321	0.9694	6	4	5	2	3	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112年10月4日
發文字號：全醫聯字第1120001274號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：檢送113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、依本會112年9月27日113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。
- 二、地區預算分配比率為69%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)，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率(S 值)分配。
- 三、「風險調整移撥款」額度為6億，分配撥補順序如下：
 - (一)臺北區。
 - (二)優先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」)。
 - (三)因占率前進而減少預算分區。
 - (四)點值落後地區(不含臺北區、東區)。

正本：衛生福利部全民健康保險會





副本：電文
2023/10/04
16:28:51
交換

理事長 周慶明

裝

訂



線

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、98~112 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 67/33，109~111 年 R/S 比值為 68/32，112

年 R/S 比值為 69/31，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%。

3.100~112 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)。
- 13.112 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 億元優先用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元，其次為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。

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要(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：113 年度牙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 113 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(112)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(112.10.2 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。中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)業於 112.8.25 及 112.9.28 函送 113 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配暨特定用途移撥款建議方案(詳附件一，第 185~187 頁)，爰排入本次會議討論。

二、113 年度牙醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(112.9.22)決議，付費者代表與牙醫代表委員達成共識方案，113 年度牙醫門診總額涉及需進行地區預算分配之一般服務成長率為 2.055%。

三、牙醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況：

(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)牙醫部門自 95 年度開始，一般服務之地區預算，100%依各地區校正人口風險(年齡性別指數)後之保險對象人數占率(R 值)分配。

(三)分配參數中，校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)於各年協定情形：

項目	年	87.07~ 88.06	88.07~ 89.12	90	91	92~93	94	95~112
	協定 結果	R	10%	20%	40%	50%	70%	80%	100%
	S	90%	80%	60%	50%	30%	20%	0%

(四)特定用途移撥款：自 99 年度起自一般服務預算移撥部分經費

用於特定用途，近年移撥經費及用途，如說明六之彙整表(第 174 頁)，其中自 108 年起移撥經費用於「牙周病統合治療方案」，牙全會規劃以 5 年為期，逐年減少移撥比率，本會並於 110 年第 7 次委員會議(110.11.19)決議：自 113 年度總額起，回歸依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配。

四、牙全會函提 113 年度地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議業經牙全會第 15 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議。

(二)建議內容：

1.牙醫門診總額一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算已達 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配。

2.特定用途移撥款：建議移撥 3.3 億元，用於下列項目：

(1)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：經費 2 億元，為避免因預算不足，排擠偏鄉民眾就醫之權利。

(2)「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」：經費 0.8 億元，以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。

(3)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」：經費 0.3 億元，用於投保人口就醫率最高之二區(中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元)。

(4)「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」：經費 0.2 億元，為鼓勵該計畫執行，該計畫每點支付金額 1 元。

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘則回歸一般服務費用，並依 111 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配至各區。

五、健保署對牙全會所提建議方案之執行面意見，及移撥款執行結

果：(資料後附)

六、113 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 116.4 百萬元)地區預算分配方式，已 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配，待討論事項為「特定用途移撥款」內容：

(一)彙整 108~112 年度移撥款及牙全會 113 年度之建議(如下頁表)，主要修正重點如下：

- 1.第 1~3 項移撥用途及經費同 112 年度。
- 2.新增第 4 項移撥用途「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(經費 0.2 億元)：本項為 113 年度新增專款計畫，為鼓勵該計畫執行，每點支付金額 1 元。
- 3.調整第 5 項移撥款若有結餘之用途：建議優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」，其次用於 113 年度新增之「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。
- 4.牙全會業依 110 年第 7 次委員會議(110.11.19)決議辦理，113 年度不再移撥經費用於「牙周病統合治療方案」，另亦刪除 2 項移撥用途「牙醫特殊醫療服務計畫」、「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」。

(二)有關第 5 項移撥款若有結餘之用途，優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」一節，本會補充說明如下：

- 1.查「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」自 113 年度起停辦，經洽牙全會補充說明(詳附件二，第 188 頁)，該計畫 112 年度之品質獎勵費用，計算時間會遞延至 113 年度(註)，爰以 113 年度各項移撥經費之結餘款支應。

註：品質獎勵費用核發原則：本項費用按季結算，接受完整計畫期間(複診治療次數達 3 次者)，再發生齲齒填補顆數 1 顆以下(自家+他家)每一個案獎勵費用 1,500 點。

- 2.依上述牙全會補充說明，建議酌修第 5 項用途文字(如下)，以臻明確，併請討論：

各項移撥經費全年預算若有結餘，建議優先用於「112 年度

0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

單位：億元

用途項目	108	109	110	111	112	113
1.醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	2	2	2	2	2	2
2.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.8	0.65	0.8	0.8	0.8	0.8
3.該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款	0.15	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
4.特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113年新增)	—	—	—	—	—	0.2
5.移撥款若有結餘之用途	回歸一般服務費用。	1.優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2.若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(109年、110年分別為0.4億元、1億元)」。 3.若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1.優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2.若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1.優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2.若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1.優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2.若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1.優先用於「0歲至6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫」。 2.其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。 3.若再有剩餘則回歸一般服務費用。
牙周病統合治療方案(113年刪除)	25.272 (28.08*90%)	19.656 (28.08*70%)	14.04 (28.08*50%)	8.724 (29.08*30%)	8.724 (29.08*30%)	—
牙醫特殊醫療服務計畫(113年刪除)	0.5	—	0.5	0.5	0.5	—
高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)(113年刪除)	—	—	—	—	0.15	—
合計 (移撥經費占當年度一般服務預算比率)	28.722 (約 6.5%)	22.606 (約 5.0%)	17.64 (約 3.8%)	12.324 (約 2.6%)	12.474 (約 2.6%)	3.3 (約 0.7%)

七、依 113 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，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 12 月前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

提供 111 年地區預算分配參數、歷年各分區年齡性別人口指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數與醫療利用(就醫人數、次數、點數)，及點值等資料供參(如表 1 至 7，第 176~184 頁)。

擬辦：

- 一、確認 113 年度牙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(含特定用途移撥款)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 111年牙醫門診總額地區預算分配參數

年 分區	分配參數數值 R值	R值校正因子 ^(註) =(A*B)	
參數占率	100%	保險對象人數 占率(A)	年齡性別指數 (B)
台北	0.37129	0.36920	1.00568
北區	0.16143	0.16158	0.99909
中區	0.18101	0.18102	0.99999
南區	0.12755	0.12871	0.99100
高屏	0.13906	0.13964	0.99580
東區	0.01967	0.01987	0.98993

資料來源：健保署，牙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。

註：1.111年牙醫門診總額地區預算係依109年度各季R值相關參數分配。

2.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，並校正年齡性別指數。

3.各項參數均為4季均值。

表1-2 107~111年牙醫門診總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	107	108	109	110	111
台北	1.00504	1.00582	1.00568	1.00549	1.00559
北區	1.00045	0.99895	0.99909	0.99909	0.99901
中區	1.00077	1.00006	0.99999	1.00008	1.00013
南區	0.99104	0.99087	0.99100	0.99126	0.99123
高屏	0.99511	0.99570	0.99580	0.99579	0.99555
東區	0.98955	0.98964	0.98993	0.99053	0.99057

註：1.資料來源：健保署，牙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。

2.各分區人口指數為4季均值。

表1-3 111年投保人口、戶籍人口、牙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 占率 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人 預算數(元) ^(註2)
台北	36.8%	32.0%	37.1%	1,992
北區	16.5%	16.5%	16.1%	1,927
中區	18.1%	19.5%	18.1%	1,973
南區	12.7%	14.0%	12.8%	1,983
高屏	13.9%	15.6%	13.9%	1,980
東區	2.0%	2.3%	2.0%	1,981
全區	100.0%	100.0%	100.0%	1,975

表1-4 111年較95年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額
一般服務預算及平均每人預算數成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	9.1%	1.4%	52.9%	40.1%
北區	18.1%	14.8%	59.7%	35.2%
中區	3.9%	2.3%	44.4%	38.9%
南區	-4.2%	-4.5%	35.2%	41.2%
高屏	-2.2%	-3.0%	37.4%	40.5%
東區	-11.5%	-8.6%	25.2%	41.5%
全區	5.5%	1.7%	46.9%	39.3%

註：1.投保人數(4季季中均值)採牙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；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。相關資料詳表2。

2.一般服務預算不含品質保證保留款、專款項目及特定用途移撥款，相關資料詳表3。

表2 95、107~111年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年成 長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,931	8,716	8,753	8,769	8,738	8,653	722	9.1%
北區	3,292	3,776	3,803	3,838	3,869	3,890	597	18.1%
中區	4,099	4,289	4,297	4,299	4,291	4,259	160	3.9%
南區	3,117	3,088	3,072	3,057	3,027	2,986	-132	-4.2%
高屏	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	3,261	-72	-2.2%
東區	521	478	474	472	468	461	-60	-11.5%
全區	22,294	23,671	23,720	23,752	23,689	23,510	1,215	5.5%
年 分區	戶籍人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年成 長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,337	7,642	7,640	7,608	7,502	7,442	105	1.4%
北區	3,354	3,772	3,807	3,834	3,839	3,850	496	14.8%
中區	4,438	4,579	4,582	4,578	4,554	4,539	101	2.3%
南區	3,421	3,346	3,333	3,317	3,290	3,268	-153	-4.5%
高屏	3,746	3,703	3,698	3,685	3,655	3,634	-111	-3.0%
東區	581	547	543	540	535	531	-50	-8.6%
全區	22,877	23,589	23,603	23,561	23,375	23,265	388	1.7%
年 分區	投保人口占率(%)						111較95年 增加值	
	95	107	108	109	110	111		
台北	35.6%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	1.2%	
北區	14.8%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	1.8%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%	
南區	14.0%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	-1.3%	
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	-1.1%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.4%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	
年 分區	戶籍人口占率(%)						111較95年 增加值	
	95	107	108	109	110	111		
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	-0.1%	
北區	14.7%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	1.9%	
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	-0.9%	
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	-0.8%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	

資料來源：投保人數(4季季中均值)採牙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；
戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。

表3 95、107~111年牙醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	11,278	14,740	15,119	15,993	16,726	17,239	5,961	52.9%
北區	4,695	6,329	6,514	6,897	7,219	7,497	2,802	59.7%
中區	5,822	7,254	7,427	7,836	8,165	8,405	2,582	44.4%
南區	4,380	5,222	5,316	5,585	5,782	5,921	1,541	35.2%
高屏	4,697	5,661	5,754	6,037	6,278	6,456	1,759	37.4%
東區	729	819	829	864	891	913	184	25.2%
全區	31,601	40,025	40,959	43,212	45,062	46,431	14,829	46.9%

年 分區	平均每人預算數(元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	1,422	1,691	1,727	1,824	1,914	1,992	570	40.1%
北區	1,426	1,676	1,713	1,797	1,866	1,927	501	35.2%
中區	1,420	1,691	1,728	1,823	1,903	1,973	553	38.9%
南區	1,405	1,691	1,730	1,827	1,910	1,983	578	41.2%
高屏	1,409	1,703	1,733	1,820	1,904	1,980	571	40.5%
東區	1,400	1,712	1,749	1,832	1,905	1,981	581	41.5%
全區	1,417	1,691	1,727	1,819	1,902	1,975	557	39.3%

年 分區	預算數占率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	35.7%	36.8%	36.9%	37.0%	37.1%	37.1%	1.44%
北區	14.9%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.1%	1.29%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.32%
南區	13.9%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.8%	-1.11%
高屏	14.9%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	-0.96%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.34%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	107	108	109	110	111
台北	0.4%	2.8%	2.6%	5.8%	4.6%	3.1%
北區	7.1%	2.9%	2.9%	5.9%	4.7%	3.8%
中區	0.2%	2.4%	2.4%	5.5%	4.2%	2.9%
南區	4.0%	1.9%	1.8%	5.1%	3.5%	2.4%
高屏	3.2%	2.1%	1.6%	4.9%	4.0%	2.8%
東區	7.1%	1.5%	1.2%	4.2%	3.1%	2.5%
全區	2.4%	2.5%	2.3%	5.5%	4.3%	3.0%

資料來源：健保署，預算數摘自牙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、專款項目及特定用途移撥款(移撥經費107~111年分別為3.45、28.722、22.606、17.64及12.324億元。(依111年總額協定事項，一般服務於實際年度結算時扣減高風險疾病口腔照護未執行額度401.5百萬元及12~18歲青少年口腔照護計畫與一般服務重複費用計1.1百萬元)

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4 90、107~111年各分區牙醫師分布情形

年 分區	牙醫師數(人)						111較90年 增加值	111較90年 成長率
	90	107	108	109	110	111		
台北	3,660	6,125	6,328	6,478	6,552	6,645	2,985	81.6%
北區	1,051	1,986	2,057	2,153	2,253	2,325	1,274	121.2%
中區	1,741	2,662	2,698	2,757	2,825	2,865	1,124	64.6%
南區	963	1,623	1,644	1,672	1,683	1,708	745	77.4%
高屏	1,303	2,049	2,108	2,152	2,217	2,245	942	72.3%
東區	146	217	217	215	217	224	78	53.4%
全區	8,864	14,662	15,052	15,427	15,747	16,012	7,148	80.6%

年 分區	每萬人口牙醫師數						111較90年 增加值	111較90年 成長率
	90	107	108	109	110	111		
台北	5.11	8.01	8.28	8.51	8.73	8.93	3.82	74.8%
北區	3.34	5.26	5.40	5.62	5.87	6.04	2.70	80.6%
中區	4.01	5.81	5.89	6.02	6.20	6.31	2.30	57.4%
南區	2.81	4.85	4.93	5.04	5.12	5.23	2.41	85.8%
高屏	3.49	5.53	5.70	5.84	6.06	6.18	2.69	77.0%
東區	2.44	3.97	4.00	3.98	4.06	4.21	1.77	72.6%
全區	3.96	6.22	6.38	6.55	6.74	6.88	2.93	74.0%

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表5 95、107~111年牙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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	3,275	4,060	4,134	3,991	3,787	3,937	662	20.2%
北區	1,347	1,822	1,864	1,824	1,767	1,842	495	36.7%
中區	1,915	2,304	2,334	2,268	2,197	2,265	350	18.3%
南區	1,224	1,474	1,497	1,463	1,418	1,450	226	18.4%
高屏	1,414	1,699	1,727	1,688	1,644	1,679	264	18.7%
東區	197	207	208	203	196	196	-2	-0.8%
全區	9,155	11,311	11,508	11,200	10,794	11,145	1,990	21.7%

年 分區	就醫率(%)						111較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	41.3%	46.6%	47.2%	45.5%	43.3%	45.5%	4.2%
北區	40.9%	48.3%	49.0%	47.5%	45.7%	47.3%	6.4%
中區	46.7%	53.7%	54.3%	52.8%	51.2%	53.2%	6.5%
南區	39.3%	47.7%	48.7%	47.9%	46.9%	48.6%	9.3%
高屏	42.4%	51.1%	52.0%	50.9%	49.9%	51.5%	9.1%
東區	37.9%	43.4%	43.9%	43.0%	41.8%	42.5%	4.6%
全區	41.1%	47.8%	48.5%	47.2%	45.6%	47.4%	6.3%
差值	8.8%	10.4%	10.4%	9.7%	9.4%	10.7%	—

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙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。

- 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6-1 95、107~111年牙醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	9,891	11,842	12,148	11,842	10,878	11,449	1,558	15.8%
北區	3,831	5,036	5,196	5,137	4,886	5,099	1,267	33.1%
中區	5,818	6,650	6,749	6,580	6,299	6,514	696	12.0%
南區	3,712	4,473	4,555	4,470	4,255	4,342	630	17.0%
高屏	4,502	5,332	5,371	5,249	5,037	5,165	663	14.7%
東區	593	598	595	585	545	542	-51	-8.6%
全區	28,347	33,930	34,615	33,862	31,900	33,111	4,764	16.8%
年 分區	平均每人門診就醫次數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	1.25	1.36	1.39	1.35	1.25	1.32	0.08	6.1%
北區	1.16	1.33	1.37	1.34	1.26	1.31	0.15	12.6%
中區	1.42	1.55	1.57	1.53	1.47	1.53	0.11	7.8%
南區	1.19	1.45	1.48	1.46	1.41	1.45	0.26	22.1%
高屏	1.35	1.60	1.62	1.58	1.53	1.58	0.23	17.3%
東區	1.14	1.25	1.26	1.24	1.16	1.18	0.04	3.3%
全區	1.27	1.43	1.46	1.43	1.35	1.41	0.14	10.8%
倍數	1.25	1.28	1.29	1.28	1.31	1.35	—	—

表6-2 95、107~111年牙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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	11,042	15,756	16,208	16,367	15,240	16,267	5,225	47.3%
北區	4,399	7,129	7,378	7,461	7,131	7,444	3,045	69.2%
中區	6,807	8,893	9,017	9,091	8,946	9,349	2,542	37.3%
南區	4,149	5,978	6,054	6,128	5,851	5,964	1,815	43.7%
高屏	5,072	6,739	6,915	7,029	6,837	7,057	1,986	39.2%
東區	659	851	838	852	797	804	145	22.0%
全區	32,127	45,346	46,410	46,928	44,801	46,885	14,758	45.9%
年 分區	平均每人門診費用點數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	1,392	1,808	1,852	1,866	1,744	1,880	488	35.0%
北區	1,336	1,888	1,940	1,944	1,843	1,914	578	43.2%
中區	1,661	2,074	2,098	2,114	2,085	2,195	535	32.2%
南區	1,331	1,936	1,970	2,005	1,933	1,998	667	50.1%
高屏	1,522	2,028	2,083	2,119	2,074	2,164	643	42.2%
東區	1,265	1,779	1,768	1,805	1,702	1,743	478	37.8%
全區	1,441	1,916	1,957	1,976	1,891	1,994	553	38.4%
倍數	1.31	1.17	0.84	1.17	1.22	1.26	—	—

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙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。

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

2.倍數=分區中最高值/分區中最低值

表7-1 104~112年第1季牙醫門診總額各季浮動點值分布情形

年(季)	分區	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		0.8513	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113	6	2	4	3	5	<i>I</i>
104Q2		0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609	6	2	4	3	5	<i>I</i>
104Q3		0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843	6	2	5	3	4	<i>I</i>
104Q4		0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846	1.1371	0.9770	6	3	4	2	5	<i>I</i>
105Q1		0.9677	1.0679	1.0069	1.0363	0.9797	1.1430	0.9980	6	2	4	3	5	<i>I</i>
105Q2		0.9004	0.9797	0.9536	0.9648	0.9605	1.0789	0.9523	6	2	5	3	4	<i>I</i>
105Q3		0.9584	1.0391	0.9782	1.0070	1.0202	1.1557	0.9843	6	2	5	4	3	<i>I</i>
105Q4		0.9058	0.9922	0.9643	0.9680	0.9916	1.0913	0.9595	6	2	5	4	3	<i>I</i>
106Q1		0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507	6	2	3	4	5	<i>I</i>
106Q2		0.8788	0.9558	0.9486	0.9467	0.9554	1.0672	0.9303	6	2	4	5	3	<i>I</i>
106Q3		0.8750	0.9490	0.9309	0.9421	0.9673	1.0744	0.9217	6	3	5	4	2	<i>I</i>
106Q4		0.9198	1.0037	0.9759	0.9884	0.9932	1.0982	0.9575	6	2	5	4	3	<i>I</i>
107Q1		0.8832	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319	6	2	5	4	3	<i>I</i>
107Q2		0.8951	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406	6	3	5	4	2	<i>I</i>
107Q3		0.8751	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458	6	4	5	3	2	<i>I</i>
107Q4		0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521	6	3	5	4	2	<i>I</i>
108Q1		0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573	6	4	5	3	2	<i>I</i>
108Q2		0.8984	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553	6	5	3	4	2	<i>I</i>
108Q3		0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580	6	4	5	2	3	<i>I</i>
108Q4		0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606	6	5	4	2	3	<i>I</i>
109Q1~Q2 ^註		0.9771	1.0480	1.0323	1.0340	1.0252	1.1554	1.0053	6	2	4	3	5	<i>I</i>
109Q3		0.8659	0.9446	0.9671	0.9710	0.9741	1.1132	0.9425	6	5	4	3	2	<i>I</i>
109Q4		0.9491	1.0204	1.0230	1.0275	1.0068	1.1579	0.9829	6	4	3	2	5	<i>I</i>
110Q1		0.9430	1.0365	1.0082	1.0452	1.0250	1.1961	0.9965	6	3	5	2	4	<i>I</i>
110Q2		1.3400	1.3212	1.2318	1.3026	1.2249	1.4910	1.2460	2	3	5	4	6	<i>I</i>
110Q3		0.9401	0.9933	1.0248	1.0467	1.0482	1.1941	1.0491	6	5	4	3	2	<i>I</i>
110Q4		0.9339	0.9998	0.9888	1.0384	1.0036	1.1765	0.9818	6	4	5	2	3	<i>I</i>
111Q1		0.9613	1.0450	1.0115	1.0727	1.0281	1.2101	1.0048	6	3	5	2	4	<i>I</i>
111Q2		1.0766	1.1581	1.0800	1.1291	1.0864	1.3586	1.0859	6	2	5	3	4	<i>I</i>
111Q3		0.9224	0.9800	1.0067	1.0559	1.0187	1.2049	1.0024	6	5	4	2	3	<i>I</i>
111Q4		0.9676	1.0426	1.0264	1.0819	1.0513	1.2363	1.0122	6	4	5	2	3	<i>I</i>
112Q1		0.9232	0.9911	1.0112	1.0282	1.0180	1.1346	0.9859	6	5	4	2	3	<i>I</i>

資料來源：健保署牙醫門診總額各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年牙醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.依據「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」，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109、110、111年因應COVID-19疫情影響，

表7-2 104~112年第1季牙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	0.8685	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9605	1.0549	1.0053	1.0336	0.9803	1.1401	0.9981	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9140	0.9988	0.9587	0.9757	0.9627	1.0884	0.9527	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9479	1.0263	0.9763	1.0008	1.0142	1.1416	0.9844	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9166	1.0025	0.9658	0.9741	0.9946	1.1006	0.9599	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8871	0.9653	0.9503	0.9492	0.9556	1.0678	0.9309	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8768	0.9509	0.9331	0.9433	0.9664	1.0724	0.9224	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9120	0.9918	0.9721	0.9815	0.9906	1.0932	0.9578	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8912	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8937	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8803	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9626	1.0347	1.0285	1.0283	1.0221	1.1523	1.0052	6	2	3	4	5	1
109Q3	0.8879	0.9679	0.9733	0.9809	0.9795	1.1189	0.9430	6	5	4	2	3	1
109Q4	0.9336	1.0033	1.0177	1.0187	1.0034	1.1485	0.9830	6	5	3	2	4	1
110Q1	0.9446	1.0325	1.0094	1.0423	1.0230	1.1872	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.2548	1.2572	1.2100	1.2718	1.2038	1.4382	1.2447	4	3	5	2	6	1
110Q3	1.0192	1.0656	1.0423	1.0837	1.0645	1.2382	1.0486	6	3	5	2	4	1
110Q4	0.9356	0.9983	0.9922	1.0392	1.0081	1.1773	0.9820	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9564	1.0342	1.0094	1.0664	1.0254	1.2021	1.0048	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0529	1.1344	1.0731	1.1192	1.0799	1.3284	1.0856	6	2	5	3	4	1
111Q3	0.9527	1.0215	1.0132	1.0669	1.0252	1.2282	1.0024	6	4	5	2	3	1
111Q4	0.9592	1.0276	1.0244	1.0771	1.0476	1.2282	1.0121	6	4	5	2	3	1
112Q1	0.9325	1.0032	1.0125	1.0363	1.0212	1.1500	0.9861	6	5	4	2	3	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各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年牙醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.依據「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」，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109、110、111年起因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫。

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.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 112 年 8 月 25 日
發文字號：牙全仁字第 00097 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
請 查照。

說明：

- 一、復 貴會衛部健字第 1123360113 號函。
- 二、牙醫一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，有關一般服務預算移撥特定用途部分，待本會 10 月 25 日內部會議討論後提送。

正本：衛生福利部全民健康保險會



理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療 主委決行
服務密全執行會

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300198

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.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 112 年 9 月 28 日

發文字號：牙全仁字第 00280 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
詳如說明段，請 查照。

說明：

- 一、復 貴會衛部健字第 1123360113 號函暨衛部健字第 1123300198 號函。
- 二、依據本會第 15 屆第 2 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議，113 年地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」移撥 0.2 億元，共 3.3 億元。
 - (一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。
 - (二)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題，計畫內容另送健保署牙醫總額研商議事會

議討論。

- (三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。
- (四)「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」移撥 0.2 億元，為鼓勵該計畫執行，該計畫每點支付金額 1 元。
- (五)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫，其次用於特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 111 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

正本：衛生福利部全民健康保險會

牙醫全聯會
校對章(266)

訂
線
理事長 江錫仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

全民健康保險會張靈

寄件者: 牙醫師全聯會邵格蘊 <green@cda.org.tw>
寄件日期: 2023年9月28日星期四 下午 2:39
收件者: 全民健康保險會張靈
主旨: 公文-113年地區預算分配
附件: 公文_113年地區預算分配案.pdf; 1120928_發00280_健保會113年地區分配預算.doc

張靈好

公文電子檔如附檔

紙本將於今日寄出

另補充說明如下：

全民健康保險牙醫門診總額 0 歲至 6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫於 113 年停止試辦，然 112 年計畫之品質獎勵費用，計算時間會橫跨 113 年，該費用以地區預算結餘款支應

全聯會格蘊

中華民國牙醫師公會全國聯合會

邵格蘊

green@cda.org.tw

[TEL:02-2500-0133ext261](tel:02-2500-0133ext261)

[FAX:02-2500-0126](tel:02-2500-0126)

第四案

提案單位：本會第三組

案由：關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)數值採 4 年平均方式或單年度數值計算方式」之意見蒐集案，提請討論。

說明：

- 一、衛生福利部(下稱衛福部)社會保險司(下稱社保司)依全民健康保險法第60條(略以)規定，於年度開始6個月前擬訂總額範圍，諮詢本會後，報行政院核定。總額範圍包含低推估值、高推估值，低推估值內含MCPI、投保人口預估成長率、人口結構改變率等3項，其中MCPI係反映醫療服務成本指數，包括支付標準的調整。
- 二、近年社保司對於總額低推估值之計算方式持續研議、精進，在召開之相關會議提出，考量現行MCPI採單年度數值計算，其變動幅度較大，恐無法做為調整支付標準之穩定財源；若改採4年平均計算，MCPI趨勢似相對平穩，或可供建立調整機制之需。爰期就MCPI之計算改採「4年平均方式」或維持「單年度數值」部分，蒐集各界意見。
- 三、本會業請社保司提供低推估公式中MCPI採4年平均或單年度數值之計算方式、模擬試算及優缺點比較資料(後附)，以利討論。

擬辦：本案討論結果，送請衛福部(社保司)做為研擬 114 年度總額範圍之參考。

決議：

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：111 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。(資料後附)

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請鑒察。

說明：

- 一、按 112 年度醫院總額及西醫基層總額協定事項，「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款分別編列 2,000 百萬元、1,000 百萬元，用於配合醫療器材使用規範修訂及通盤研議各項支付標準調整。
- 二、本署依急迫性及影響層面陸續辦理，前述專款於 112 年醫院總額已執行約 1,395 百萬點、西醫基層約 383 百萬點，執行情況摘要如下：
 - (一) 配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，推估增加支出約 1,408 百萬點(醫院 1,383 百萬點、西醫基層 20 百萬點、牙醫 5 百萬點)，經提至本署 112 年 9 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)共同擬訂會議 112 年第 3 次會議，同意修訂，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。未調整項目，將持續與相關學會共同研議調整方式。
 - (二) 修訂支付規範及調整西醫基層及醫院支付點數一致，均於 112 年 10 月 1 日前生效：
 1. 修訂 17006C「支氣管擴張劑試驗」等 19 項支付規範，將原審查注意事項之「限制執行次數」或「不得併報」規定，增列至支付規範，不影響財務支出。
 2. 調升 29016C「脊椎穿刺」等 145 項西醫基層適用診療項目支付點數暨手術及麻醉兒童加成方式及手術折付方式至與醫院一致，增加支出約 363 百萬點。

3. 考量不同專科別醫師照護兒科病人之支付衡平性，修訂支付標準第二部第一章第二節住院診察費通則，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範，增加支出約 11.8 百萬點。

三、除前述支付標準修訂外，規劃參考醫療服務資源耗用相對值 (RBRVS) 調整模式，邀請醫界共同通盤審視各診療項目中英文名稱、支付規範及支付點數之合理性，進而提出具體調整建議方案，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，考量調整項目及點數幅度涉及各層級及多個專科別，須與醫界多次討論方能確認調整項目，規劃於 112 年至 114 年期間分年辦理，說明如下：

(一) 112 年 4 至 12 月彙整資料並召開說明會議：

1. 112 年 4 至 9 月：蒐集建議、盤點執行項目、統計分析及規劃 RBRVS 執行方式。召開內部工作小組會議，進行教育訓練、分工說明。

2. 112 年 10 月~12 月召開外部會議凝聚專科共識：

- (1) 召開支付標準相對值評量溝通會議：規劃邀請總額受託單位，就 RBRVS 辦理方式及流程交換意見。

- (2) 辦理專科說明會及評量會議：除說明辦理方式及流程外，透過分科別召開會議，共同檢視其負責評量之診療項目中英文名稱、章節分類之合理性及相對值評量方式，並由醫學會評量各診療項目相對值，以實際反應臨床投入成本。

- (3) 計算各專科評量結果，由本署挑選各專科之代表項目，以展開成本分析調查。

(二) 113 年依上述會議結果，完成下列事項：

1. 代表項成本分析：

- (1) 徵詢醫院提供成本分析資料意願，召開成本分析說明會，齊一辦理方式。

(2) 綜整醫院回復之成本分析資料。

(3) 串連各專科代表項之相對值。

(4) 召開專家小組會議，檢視成本分析資料之正確性。

2. 凝聚跨科共識：邀集醫界之內、外、婦產、兒科及急診等領域專家召開專家會議，針對上述資料串聯後結果，共同討論預算運用方式，如診療項目全面同調幅調整或排定優先調整順序，以合理分配醫療資源。

3. 提報醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論。

4. 陳報衛生福利部核定後公告實施。

(三) 預算運用方式：按上述會議決議及各項支付標準調整推估所需預算額度，逐年爭取編列預算，調整支付標準。盼能使支付標準更契合臨床實務，讓醫療提供者得到合理醫療給付。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3606

.....
本會補充說明：

一、依 112 年度總額核(決)定事項，分別在醫院及西醫基層總額編列「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款項目，預算分別為 20 億元及 10 億元，本項決定事項如下：

項目	總額 別	金額 (百萬元)	決定事項
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)	醫院	2,000.0	1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。 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，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下： ①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。 ②「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。
	西醫基層	1,000.0	2.請健保署辦理下列事項： (1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含 <u>支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程</u>)，並定期提報執行情形。 (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額及西醫基層總額一般服務費用結算。 (3)本項以 <u>3年為檢討期限(112~114年)</u> ，會同醫療服務提供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。

二、依前開決定事項，健保署所提報內容需包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程之具體實施規劃。

三、整理本會委員在相關會議對本項專款之意見重點摘要如下：

(一)RBRVS曾於93年及102年推動，惟執行時遭遇很多問題，爰未能全面實施，當時的問題在於醫療院所的成本資料不透

明，難以估算成本；另醫院端也擔心提高醫師診察費會影響醫師費制度，為避免重蹈覆轍，請健保署說明執行方式及討論過程。(113 年度總額協商會前會 112.8.16)

(二)112 年度總額決定事項明訂本項應提出具體實施規劃，包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程，惟健保署迄今仍未提出，並在 113 年持續增編預算，且所編列預算大多用於醫療器材使用規範修訂之補貼，請健保署依 112 年度總額決定事項提出整體規劃作法等說明。(113 年度總額協商座談會 112.8.23)

三、本會研析意見

(一)依本項決定事項之檢討期限為 112~114 年，查健保署簡報所提期程規劃為 112.04~113.09(會議資料第 207 頁)，請該署依前開決定事項及委員意見，於 113 年 7 月前提出涵蓋 112~114 年支付標準檢討之分年目標、執行方法等規劃內容，以利 114 年總額協商參考。

(二)另請健保署於會中說明決定事項所列「執行目標」、「預期效益之評估指標」目前之辦理情形，例如「支付標準研議諮詢會議」之執行情形。

決定：

全民健康保險會112年10月份委員會議

報告事項第二案

「促進醫療服務診療項目支付衡平性
(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃

提案單位：衛生福利部中央健康保險署

112年10月18日

1

112年總額協定事項

112年度專款編列

醫院總額：20億元

西醫基層總額：10億元

執行目標：

- 通盤研議支付標準調整
- 配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數

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

辦理期程：3年

評估指標：

- 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃
- 召開4場「支付標準研議諮詢會議」

2

分年目標說明

01 配合現行法規變動，調整支付點數 — 112年部分修訂

02 通盤研議支付標準調整 — 依急迫性、影響層面及預算額度，112~114年分年導入

- 修訂支付規範
- 調整支付一致性
- 啟動RBRVS

3

配合現行法規變動，調整支付點數(1)

醫界重複使用一次性手術耗材引議

綜合報導

發布時間：2019-06-26 12:51

更新時間：2019-06-26 15:17

一次性

醫療

衛福部

醫材

奇摩
一次性醫材修法罰則明年起生效 這3大類嚴禁重消使用

2020年10月11日



ETtoday新聞雲

一次性醫材重消納管新制！113年起重消業者需核准才可執行

2020年11月4日



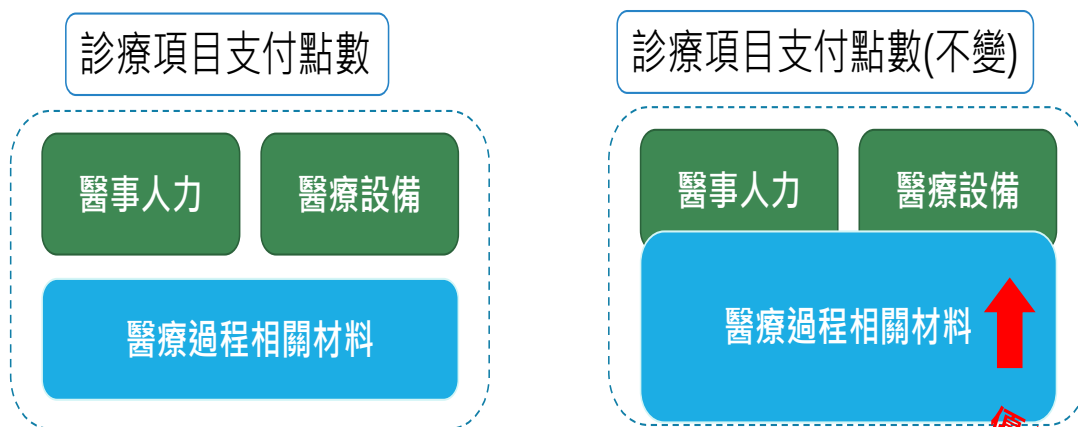
PTS
Tai-qi sin-bun
中書新聞

先開罰又增訂重新消毒指引 衛福部挨批

4

配合現行法規變動，調整支付點數(2)

- 配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用



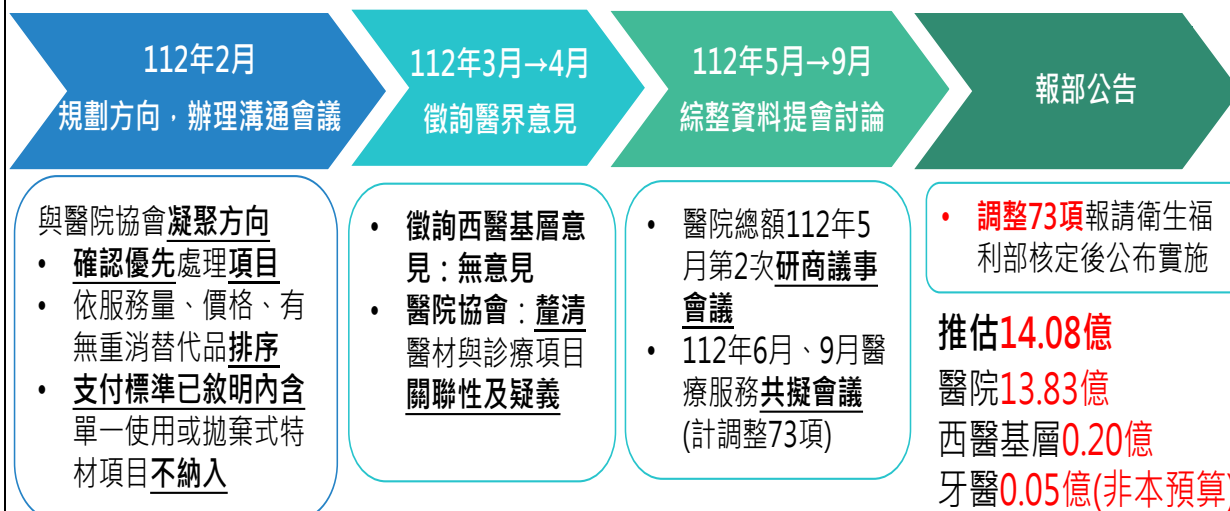
為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備成本

優先調整

5

配合現行法規變動，調整支付點數(3)

- 辦理期程-已修訂73項



6

配合現行法規之變動，調整支付點數(4)

●待研議-眼科白內障手術內含醫材

醫院協會提供受影響 診療項目	醫院協會 推估增加預算(億)
86009C 囊外水晶體超音波乳化術	0.08
86008C 水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	23.06
總計	23.14

●學會陸續提出其他受SUD議題影響之診療項目

Continue >>

7

現行醫療服務給付項目及支付標準

統計至112年10月1日之支付標準項目數，計4,812項



基本診療：診察費、病床費、護理費等
特定診療：手術、處置、檢驗、檢查等



診察、放射線診療、牙科處置及手術



診察、診療、藥費等



居家照護、論病例計酬、住院診斷關聯群、
論品質計酬

8

通盤研議支付標準調整(1)

ETtoday新聞雲 > ETtoday健康雲

2021年02月24日 11:17

健保保費、給付雙漲「醫護依舊血汗」 醫療工會提出2大訴求

【寵物】歡慶兩週年 寵物用品全館滿額折百



▲台北市立聯合醫院企業工會常務理事曹芸華護理師健保給付漲了，勞動條件未改善。(圖/記者嚴云岑攝)

報導者 THE REPORTER 贊助 評論 專題 攝影 多媒體 議題

健保給付中逐年下降的醫師費，會帶來什麼影響？

貶值的醫療專業——診察費被剝2層皮，問診愈仔細、做得愈心酸

udn/ 元氣網/ 焦點/ 醫藥新聞

救命CPR遭諷比按摩便宜 健保23年首次漲給付

2018-12-22 12:48:01 中央社 / 記者張茗喧台北22日電

救命的心肺復甦術 (CPR) 因健保給付低，遭諷「比腳底按摩便宜」。健保署多次開會決議，CPR給付將從755元漲至1000元，漲幅約32%，是23年來首次調漲，最快明年上路。

外國人讚台灣健保好便宜！前台大醫曝背後真相：台灣的驕傲與悲哀

撰文 | 蘇君薇 分類 | 保險 圖檔來源 | 劉威昌攝影、王明銜醫師臉書

日期 | 2019-03-03 10:28

9

通盤研議支付標準調整(2)

已執行3.75億

●分年分階段完成- 112年已修訂項目

單位：億點

	盤點及規劃方向	項數	徵詢意見及提會討論	公告實施	財務影響
修訂部分支付規範	審查注意事項屬限制規範，移列支付標準	19	112年3月~4月 醫院/西基研商、共擬會議	7月1日	不增加
支付一致性	調整西醫基層支付點數與醫院一致	145+ 通則	112年5月~6月西基研商、共擬會議	10月1日	3.63
	小兒外科專科醫師住院診察費加成	通則	112年5月~6月醫院研商、共擬會議	10月1日	0.12

10

歷年RBRVS調整情形

• 87年【牙醫醫療費用相對值】：健保小組與牙醫師公會全國聯合會合作

90~91年 RBRVS評量作業

- 93年7月：外科等27科導入
95年1月：婦產科導入
- 點數調升1,336項
點數調降164項
新增27項
刪除9項
- 共計增加71億點(63億點+8億點)

100~101年 重啟RBRVS評量作業

- 102年1月導入
- 特定診療項目點數調升516項
基本診療項目點數調升5項
兒童加成率提升151項
新增地區醫院門診及急診加成22項
- 共計增加50.55億點

11

啟動RBRVS-目標及規劃

群策群力

合理支付

明確規範

與時俱進

照護弱勢

署內端作業

- 盤點項目、彙整意見
- 統計分析
- 規劃RBRVS執行方式



與醫界合作

- 分專科別討論
- 溝通凝聚共識
- 協力合作

12

執行方法(1)

112年4月~10月

站在巨人的肩膀上

步驟1-資料彙整及溝通

1. 最近一次RBRVS及成本分析串聯結果
2. 近年各學協公會提出修訂診療項目建議
3. 函釋或審查注意事項
4. 近年申報量(無申報量項目、未列項)



→ 召開支付標準相對值評量溝通會議

13

執行方法(2)-專科共識

112年10月~12月

集思廣益

步驟2-總說明會及分科討論

1. 依申報量分派專科別(部定專科、申報之就醫科別)
2. 討論內容：
 - ✓ 中英文名稱、章節歸屬正確性
 - ✓ 建議支付點數(or 相對值)



14

執行方法(3)

113年~

協力合作

步驟3—代表項成本分析

1. 徵詢及確認可提供成本分析之醫院
2. 召開成本分析說明會
3. 收集代表項目成本分析資料
4. 串連各專科代表項之相對值



15

執行方法(4)-跨科共識

絞盡腦汁

步驟4—跨科討論

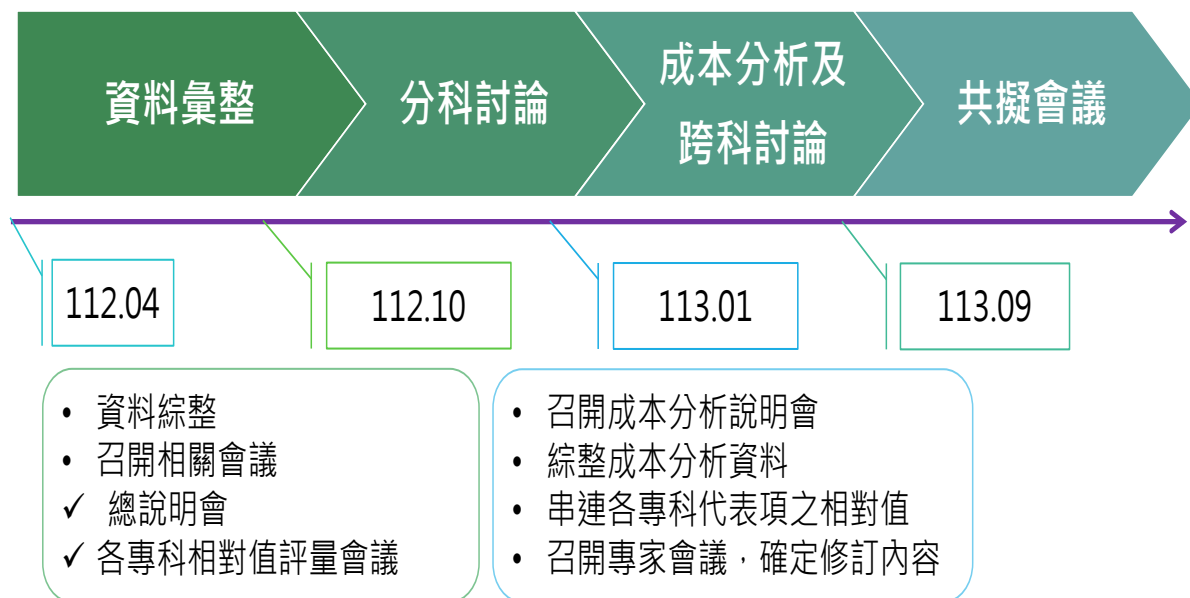
1. 組成專家會議討論
2. 討論內容：
 - ✓ 通盤審視調整方案
 - ✓ 有限的資源下，如何合理配置
 - ✓ 分階段執行內容



→ 依程序提至醫療服務共同擬訂會議並報部核定公告實施

16

RBRVS期程規劃



17

預算規劃運用

- 112年預算執行情形：
 - ✓ 醫院總額：預算20億元，已執行約13.95億點
 - ✓ 西醫基層：預算10億元，已執行約3.83億點
- 依相關會議決議及各項支付標準調整推估所需預算額度，逐年爭取編列預算，調整支付標準
- 盼能使支付標準更契合臨床實務，讓醫療提供者得到合理醫療給付

18

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 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 112 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(含書面意見)之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>王委員惠玄(議事錄第 145 頁)</p> <p>再來也謝謝健保署同仁的說明，我也瞭解中華電信固網企業光纖方案，的確比一般家用網路貴了許多，但我也想請教健保署同仁，有沒有相對應的稽核機制？也就是說，給予這樣的頻寬補助，他們的上傳率如何？我們講上傳率不是只有使用，包括雲端藥歷的查詢率，我知道過去這是稽核項目，但是採取重點藥物重複用藥核扣制度後，查詢率應該要大幅上升，但現在後續是有各式各樣的檢驗檢查，甚至分得非常細，我有機會看到健保署提供很細項的資料，所以我也很感謝健保署同仁的努力及用心，但是我想請教頻寬補助有沒有在上傳率方面去稽核？有沒有在使用效能方面稽核？因為這裡面包含不同類型檢驗檢查項目上傳與否，甚至也包括時效，這個議題就是衛福部、甚至於行政院，這幾年都有針對醫療服務所建置的重大政策，甚至於基礎建設，包括醫療雲、5G，甚至行政院都有特別針對醫療服務的 1 個計畫，不曉得衛福部跟行政院針對醫療服務的資通科技升級，跟健保署現在提出來的案子，在剛剛討論很多其他項目的種種補助，不管是頻寬補助、或是提升保險效能以及本討論案提出的訴求，其中的差異是什麼？謝謝。</p>	<p>一、有關本署「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」頻寬補助之計算方式，已於 107 年第 4 次「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，由獎勵指標改為結構指標，參加方案即全額月租費補助，但依特約層級別及本署與電信公司之合約訂有上限。</p> <p>二、本署持續輔導各層級醫療院所上傳檢驗(查)結果，查 112 年 8 月檢驗(查)總上傳率計 95.6%，各層級總上傳率如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)醫學中心計 99.0%。 (二)區域醫院計 98.4%。 (三)地區醫院計 97.3%。 (四)基層院所(含檢驗所)計 79.5%。 <p>三、查衛生福利部規劃之「次世代數位醫療發展政策」目的係為優化並建置國際標準的資訊規範，協助醫院進行資訊的規格統一，加速醫療資訊系統之革新；又「導入 5G 及智慧科技提升醫療與健康照護計畫」系為於偏鄉等實作環境提出結合 5G 的整合方案以解決相關醫療資源缺乏問題，皆與本署之頻寬補助之性質不同。</p>

委員意見	健保署說明
<p>林委員恩豪(議事錄第 146 頁)</p> <p>另剛剛聽到健保署說明內容中，有個部分我想要確認一下，剛才提到落日方式是要移到一般服務，是這樣的嗎？這個就是不合法的，怎麼可能還移到一般服務？我想要再確認一下這件事。</p>	<p>一、本署自 104 年起辦理即時查詢方案，鼓勵醫療院所上傳檢驗(查)結果，載入健保醫療資訊雲端查詢系統及健康存摺，以作為醫事人員提供醫療服務時診斷和治療之參考依據，並供民眾查閱，以保障民眾知的權利。</p> <p>二、考量醫療院所上傳檢驗(查)報告及醫療檢查影像等資料仍需逐步汰換舊型醫療設備、更新院內資訊系統、臨床判讀及整理等成本，爰建議針對上傳率較高之項目移列至一般部門，以利醫療院所持續上傳作業，並非頻寬補助費用移列一般。</p> <p>三、另有關「全民健康保險保險憑證製發及存取資料管理辦法」所訂應上傳之檢驗(查)項目，本署尚未取得與醫界之共識，將再與醫界溝通研議。</p>
<p>林委員文德(議事錄第 147 頁)</p> <p>有關本案的補助費用，先不管適法性的問題，我比較想要知道，如果這個補助停止了，到底會有什麼損失？那如果繼續的話，是不是可以比我們所補助的額度，帶來更大的效益？這也是健保會在評析意見中提出的，希望健保署是不是可以提出比較詳細的成效評估，因為我覺得現在對健康投資有很多意見，大家都覺得健保的費用不足，那應該要有更多投資，這個投資不一定是從健保會</p>	<p>查本項預算包含網路頻寬補助費用、獎勵上傳資料及提升院所智慧化資訊機制獎勵，如移除相關補助獎勵恐降低院所上傳意願，導致醫療院所配合本署資訊政策之困難。</p>

委員意見	健保署說明
<p>這邊，政府公務預算投資也很重要，但還是希望能夠知道，如果不繼續支持這方案，那其成本及損失到底如何？如果繼續的話，它所帶來的效益到底是不是能比投資的部分更多？這個效益有沒有辦法回饋到總額部分？這也是我們一直 concern 的，因為我們投入很多錢，號稱很多成效，但是這成效好像沒有反映在總額費用上，還一直在成長，所以我們的投資好像肉包子打狗，有去無回，因此還是希望健保署能夠說明一下，謝謝。</p>	

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張嘉云
聯絡電話：02-85906873
傳真：02-85906046
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年10月3日
發文字號：衛部健字第1123360139號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：關於貴署日前所送「因新冠疫情對中醫門診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」提案內容有誤，請重新審視後再行提出，請查照。

說明：

- 一、依據貴署本(112)年9月28日所送旨揭提案辦理。
- 二、經檢視貴署提案資料，其中評估指標2「112年醫療服務成本及人口因素成長率」引用數據有誤，請重新檢視修正，並與中醫門診總額部門共同完成評估，如能於本年10月8日前重新提案，將列入本會本年第9次委員會議(112.10.18)議程。
- 三、為衡平考量新冠疫情對各總額部門之影響，請併同提供112年第1季及第2季各總額部門之醫療利用分析，及其是否符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目

之適用範圍與動支程序」之評估結果。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：中華民國中醫師公會全國聯合會

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六段
488號

聯絡人：黃建銘

聯絡電話：02-25220888 分機：604

傳真：02-25220621

電子郵件：ming0408@hpa.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112年9月28日

發文字號：衛授國字第1120760955號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關貴會各團體代表對本部預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案」提出相關意見一案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復貴會112年8月9日衛部健字第1123360108號書函、貴會各團體代表112年8月18日全勞聯總豪字第112080008號聯名函。
- 二、本次旨揭辦法修正草案第4條第1款新增醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動等事項，係因保險醫事服務機構、藥物提供者等申請相關服務或提供建議案件日增，且為因應醫療科技迅速發展之趨勢，日益增長的健保服務量能，並提供更佳醫療服務，提升醫療品質。此亦符合菸害防制法第5條第1項運用菸品健康福利捐範疇。
- 三、上述業務經費來源常因政策推動或臨時應變措施，公務預算編列時程緩不濟急，基於資源更有效率運用，爰擬擴增菸捐經費使用項目範圍，彈性運用經費於推動健保業務，



112.09.28



1123340253

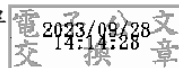
合理分配醫療照顧資源，為避免有排擠健保安全準備收入情事，本部中央健康保險署於編列相關預算時，將視各項業務執行之實質內容，明確劃分應用於公務或基金預算。

四、本部前於 104 年 10 月 15 日以部授國字第

10407012021 號令、台財庫字第 10400159311 號令會銜修正發布菸品健康福利捐分配及運作辦法全文 7 條；其中修正條文第 4 條為使菸品健康福利捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，增列由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用，以有助於癌症防治；另配合長期照顧服務法制定公布，增列長期照顧資源發展之用途，爰進行菸捐分配額度評估與檢討，調整第一項各款比率，將菸捐百分之七十供全民健康保險之安全準備調降為百分之五十。

正本：衛生福利部全民健康保險會、田委員士金、李委員永振、吳委員鏘亮、林委員恩豪、林委員淑珍、花委員錦忠、周委員慶明、侯委員俊良、翁委員文能、陳委員石池、陳委員杰、張委員清田、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、董委員正宗、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、鄭委員力嘉、鄭委員素華、劉委員守仁、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟

副本：行政院、衛生福利部中央健康保險署



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112年9月26日

發文字號：健保醫字第1120119309號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告新增「112年全民健康保險醫院醫療給付費用總額『健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能』及『持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能』專款計畫」（附件）。

依據：衛生福利部112年9月21日衛部保字第1121260360號函。

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、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、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、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長石崇良 出差
副署長李丞華 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300222

112. 9. 27

112 年全民健康保險醫院醫療給付費用總額

「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」及
「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」專款計畫

112 年 9 月 26 日健保醫字第 1120119309 號公告

壹、依據

全民健康保險會（以下稱健保會）協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的

藉由本計畫實施，提升地區醫院住診及急診照護服務品質、平衡區域級（含）以上醫院門住診費用結構，以落實分級醫療策略。

參、實施期間：112 年 1 月 1 日至 112 年 12 月 31 日。

肆、預算來源

- 一、本計畫涉醫學中心及區域醫院之診療項目，由 112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」項下 10 億元支應。
- 二、本計畫涉地區醫院之診療項目，由 112 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」項下 5 億元支應。

伍、醫療費用支付

- 一、依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（下稱支付標準）、全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法等相關規定，辦理醫療費用審查及核付事宜。
- 二、「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：區域級（含）以上醫院依表一所列急重症基本診療項目，支付其調整前後點數差額。

表一 區域級(含)以上醫院急重症基本診療項目支付點數調整表

單位：點

醫令代碼	診療項目	區域醫院	醫學中心	現行支付點數	調整後點數	補付差額
02011K	加護病床住院診察費(天)		v	1,925	2,034	109
02017K	新生兒中重度住院診察費(天)		v	819	1,512	693
02018A		v		777	884	107
	急診觀察床					
03073A	--病房費(第一天)	v	v	367	551	184
03018A	--病房費(第二天起)	V	v	167	334	167
03075A	--護理費(第一天)	v	v	571	857	286
03042A	--護理費(第二天起)	v	v	175	350	175
	加護病床ICU					
03010E	--病房費(天)		v	2,852	3,177	325
03011F		v		2,406	3,000	594

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」計算加成後，補付其差額。

三、「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：

地區醫院依下列診療項目支付其額外加成之點數：

(一)部分急重症診療項目額外加成，如表二。

表二 地區醫院急重症診療項目額外加成之補付點數表

單位：點

醫令代碼	診療項目	地區醫院	現行支付點數	額外加成	補付差額
P1011C	慢性呼吸照護病房論日計酬 (第1-90日/第91天以後)	v	4,451	3%	134
P1012C		v	3,674	3%	110
01015C	急診診察費	v	667	15%	100
	急診診察費(按檢傷分類)				
00201B	檢傷分類第一級	v	1,800	15%	270
00202B	檢傷分類第二級	v	1,000	15%	150
00203B	檢傷分類第三級	v	776	15%	116
00204B	檢傷分類第四級	v	449	15%	67
00225B	檢傷分類第五級	v	390	15%	59

註：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

(二)住院護理費：如地區醫院之全日平均護病比達區域級(含)以上醫院級距範圍，則依其護病比予以不同加成，如表三。

表三 地區醫院住院護理費依護病比額外加成之補付點數表

單位：點

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			急性一般病床(含精神)					
			第一天 03079B、03088B/ 850 點			第二天起 03029B、03060B/ 654 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	1,020	1,037	17	785	798	13
11.0-11.4	20%	24%	1,020	1,054	34	785	811	26
10.5-10.9	20%	26%	1,020	1,071	51	785	824	39
10.0-10.4	20%	28%	1,020	1,088	68	785	837	52
9.0-9.9	20%	30%	1,020	1,105	85	785	850	65
8.5-8.9	20%	32%	1,020	1,122	102	785	863	78
8.0-8.4	20%	34%	1,020	1,139	119	785	876	91
7.5-7.9	20%	36%	1,020	1,156	136	785	889	104
7.0-7.4	20%	38%	1,020	1,173	153	785	903	118
<7.0	20%	40%	1,020	1,190	170	785	916	131

住院護理費加成項目 編號及點數 加成率			經濟病床(含精神)					
			第一天 03082B、03091B/ 573 點			第二天起 03033B、03066B/ 441 點		
護病比 級距範圍	現行 加成率	調整後 加成率	現行 支付點數	調整後 點數	補付 差額	現行支 付點數	調整後 點數	補付 差額
11.5-11.9	20%	22%	688	699	11	529	538	9
11.0-11.4	20%	24%	688	711	23	529	547	18
10.5-10.9	20%	26%	688	722	34	529	556	27
10.0-10.4	20%	28%	688	733	45	529	564	35
9.0-9.9	20%	30%	688	745	57	529	573	44
8.5-8.9	20%	32%	688	756	68	529	582	53
8.0-8.4	20%	34%	688	768	80	529	591	62
7.5-7.9	20%	36%	688	779	91	529	600	71
7.0-7.4	20%	38%	688	791	103	529	609	80
<7.0	20%	40%	688	802	114	529	617	88

註1：本表住院護理費，係指符合支付標準第二部第一章第三節通則九、(二)之全日平均護病比加成規範者。

註2：依前述規範，地區醫院護病比<13.0者，其加成率為20%，爰本表之「現行支付點數」係以加計20%後之點數呈現。

註3：本計畫依本表所列項目之「補付差額」點數支付。

四、結算方式：

(一)本計畫預算按季均分及結算，由全民健康保險保險人（下稱保險人）統一計算自費用年月 112 年 1 月至 12 月之補付差額點數（申報日期於 113 年 2 月 29 日前），並採浮動點值支付，每點支付金額不高於 1 元。當季預算若有結餘則流用至下季。

(二)補付點數之計算方式：

1. 「健全區域級（含）以上醫院門住診結構，優化重症照護量能」：依表一所列「補付差額」點數計算，如適用支付標準加成規定者，依「調整後點數」加成後，計算補付差額點數。
2. 「持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能」：依表二及表三所列之「補付差額」點數計算。

陸、評估指標

一、區域級（含）以上醫院：十四日內再住院率不高於該層級別 108 年比率。

(一)分子：十四日內再住院的案件數。

(二)分母：出院案件數。

二、地區醫院：全日平均護病比 <12.0 之地區醫院家數不低於 108 年。

柒、訂定與修正程序

本計畫由保險人與醫院總額相關團體共同研訂，報請主管機關核定後公告實施，並副知健保會。本計畫之修訂，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險保法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

113 年度健保總額協商結果

健保會 112.10.5

健保會於本(112)年 9 月 20 日依據衛福部交付行政院核定之 113 年度健保總額成長率範圍(2.621%~4.7%)，完成明(113)年度健保總額的協商工作。113 年度總額的協商空間為 174 億元，在我國人口老化、慢性病增加，民眾期待新醫療科技引進，醫療利用需求不斷增加的情況下，如何將有限健保資源做最有效率的配置，是健保會協商的一大挑戰。在保險付費者委員與各總額部門醫界代表歷經 14 個多小時的協商後，結果為中醫門診、牙醫門診總額有共識；而醫院及西醫基層總額，雙方均釋出最大善意、盡力協商，但因彼此對於健保資源優先投入項目仍有相當差距，將以兩案併陳送衛福部決定。其中付費者代表方案約 8,667.1 億元(成長率 3.645%)、醫界代表方案約 8,753.0 億元(成長率 4.672%)，兩者差距約為 85.9 億元。

就有共識部分，牙醫門診總額新增 3.07 億元用於加強特定疾病病人之照護，藉由擬訂牙醫治療計畫，提升其就醫安全與品質，另為提供高風險病人更完整之口腔照護，將現行 3 項計畫加以整合(包含牙結石清除及塗氟等服務)，並增加牙醫特殊醫療服務計畫之預算，強化弱勢民眾照護。中醫門診總額主要增加 5.88 億元以反映新冠肺炎後，民眾對中醫信任度提高，新增就醫人口的醫療費用。

付費者委員與醫界代表在醫院總額及西醫基層總額雖未獲共識，但雙方對於照護弱勢族群，如：罕見疾病及血友病、愛滋病治療藥費、加強偏鄉醫療照護等，及配合健保中長期計畫之政策，包括「住院整合照護服務試辦計畫」(5.6 億元)，「代謝症候群防治計畫」(6.16 億元)等，均同意持續編列預算，以積極提升國人健康。至於門診透析預算總成長率為 3%，其中指定 4.335 億元專款預算，用於鼓勵醫療院所加強推動腹膜透析及提升照護品質。

付費者代表方面，鑑於在健保資源有限的情況下，主張投資健康，優先投入預算在為民眾購買實質醫療服務的項目。醫界與付費者代表都支持編列「新醫療科技」預算，以提高病友取得新藥、新增診療服務的可近性，但付費者代表主張擴編新醫療科技、新藥預算，其中包含暫時性支付新藥 6.07 億元，在兼顧加速新藥導入及用藥安全前提下，要求健保署應規劃完整的配套措施，也期待未來有公務預算及其他財源支應。此外，付費者代表考量我國人口老化及臨床照護需要，在多項整合性照護計畫、在宅急症照護試辦計畫等項目，都投入諸多預算。

在醫界方面，醫院代表則考量國人健康的維持需要長期且持續性投資，惟整體投入醫療體系的預算不足，尤其疫情結束後民眾需求提高造成點值下滑，影響院所的經營，建議分年提撥預算以調節因總額制度產生的醫療困境。西醫基層代

表則以支付標準調整方式，提出數項提升基層護理照護品質、強化兒童及高齡人口醫療照護之項目，並希望新增預算以因應高血壓指引修正及白內障手術案件成長之費用，穩定基層醫療，因雙方有各自立場，最後將以兩案併陳送衛福部決定。

健保會協商完成後，預計於 10 月份委員會議確認後，依法將已達成共識之牙醫門診、中醫門診總額的協商結果，與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 113 年度健保醫療費用總額結果如下表：

113 年度 醫療費用	達成共識		其他 預算	未獲共識兩案併陳				整 體 合 計	
	牙醫 門診	中醫 門診		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)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	8,667.1	8,753.0
成長率	2.436%	4.221%	增加 20.4 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

註：1.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。
2.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。

檔 號：
保存年限：

副本

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112年9月7日
發文字號：健保醫字第1120117867號
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：公告修正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如附件，並自112年1月1日起實
施。

依據：衛生福利部112年9月4日衛部保字第1121260343號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議
會、衛生福利部中醫藥司、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本
署財務組、本署企劃組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署資訊組、衛生福
利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生
福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛
生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300203

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：阮柏歡
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112年9月7日
發文字號：健保醫字第1120663744A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：112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112年8月22日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112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112年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依112年第1季結算點值辦理，並於112年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



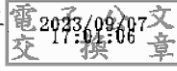
112.09.08



1123340231

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



裝



訂

線



程式代號: RGBI3208R01
 112年第 1 季

六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)
 - 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)
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 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	= [4, 206, 246, 196 - 849, 600, 572 - 38, 993, 205 - 180, 463] / 3, 593, 379, 493 = 0. 92321781
北區分區	= [1, 832, 096, 620 - 446, 200, 696 - 12, 486, 235 - 66, 066] / 1, 385, 670, 545 = 0. 99110400
中區分區	= [2, 100, 270, 109 - 192, 774, 258 - 17, 852, 063 - 63, 368] / 1, 868, 599, 158 = 1. 01122834
南區分區	= [1, 435, 826, 833 - 232, 720, 383 - 13, 197, 273 - 43, 623] / 1, 157, 246, 332 = 1. 02818693
高屏分區	= [1, 607, 177, 803 - 165, 204, 038 - 13, 132, 819 - 27, 673] / 1, 403, 480, 745 = 1. 01804979
東區分區	= [213, 473, 575 - 38, 622, 356 - 2, 339, 210 - 8, 079] / 152, 042, 693 = 1. 13457560

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)
 - (核定非浮動點數(BG) - 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(GF)

= [11, 395, 091, 136 - 98, 000, 805 - 389, 272] / 11, 457, 699, 551 = 0. 98594845

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]
 / [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, 206, 246, 196 - 4, 471, 396, 325 + 38, 993, 205 + 180, 463] / 0. 93253097
北區分區	= [1, 832, 096, 620 - 1, 813, 628, 743 + 12, 486, 235 + 66, 066] / 1. 00323932
中區分區	= [2, 100, 270, 109 - 2, 056, 421, 349 + 17, 852, 063 + 63, 368] / 1. 01250199
南區分區	= [1, 435, 826, 833 - 1, 372, 353, 740 + 13, 197, 273 + 43, 623] / 1. 03625317
高屏分區	= [1, 607, 177, 803 - 1, 560, 617, 487 + 13, 132, 819 + 27, 673] / 1. 02122270
東區分區	= [213, 473, 575 - 183, 281, 907 + 2, 339, 210 + 8, 079] / 1. 15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值 = [11, 395, 091, 136 - 98, 000, 805 + 389, 272] = 0. 98606808

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診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:112/06/30 頁次: 40
 112年第1季 列印日期: 112/08/14

5. 修正後牙醫門診總額平均點值 = 加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額
 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額
 + 移撥支應高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)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) + 自墊核退點數(BJ)
 + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]
 = [11,395,091,136 + 323,348,517 + 40,344,963 + 2,325,494 + 131,367]
 / [11,457,699,551 + 98,000,805 + 389,272 + 316,230,982 + 37,894,149] = 0.98749197

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
 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 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 + 超音波根管沖洗計畫 + 齲齒經驗之高風險患者口腔
 健康照護試辦計畫 + 品質保證保留款預算
 = 137,496,349 + 59,525,801 + 35,026,610 + 1,381,000 + 91,009 + 5,814,665 + 16,181,755 + 3,802,824
 + 13,746,830 + 50,281,674
 = 323,348,517

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括:
 費用年月111/12(含)以前:於112/04/01~112/06/30期間核付者。
 費用年月112/01~112/03:於112/01/01~112/06/30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@nh.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112年8月28日
發文字號：健保醫字第1120663612A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：112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」(附件)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112年8月17日「全
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112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112年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依112年第1季結算點值辦理，並於112年9月辦理點值
結算追扣補付事宜。

電子
文
轉

8

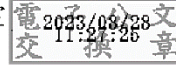
2.08.28



1123340224

正本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組

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



調整後一般服務浮動總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額	= [風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]					
- 各分區一般服務核定非浮動點數(BJ)]						
/ 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, 970, 172, 731	-	878, 569, 441	55, 085] /	1, 349, 358, 564 =	0. 80893858
北區分區	= [872, 284, 111	-	428, 999, 994	48, 274] /	590, 981, 124 =	0. 75000000
中區分區	= [1, 732, 719, 956	-	749, 594, 635	50, 145] /	1, 231, 194, 613 =	0. 79847261
南區分區	= [995, 372, 924	-	464, 055, 606	21, 912] /	657, 321, 067 =	0. 80827381
高屏分區	= [1, 107, 610, 481	-	519, 259, 368	3, 800] /	761, 554, 690 =	0. 77256082
東區分區	= [152, 042, 435	-	50, 861, 684	13, 031] /	86, 524, 149 =	1. 16924259
2. 全區浮動每點支付金額	= [加總風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]					
- 加總核定非浮動點數(GG)						
- 加總自墊核退點數(GJ)]						
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)						
= [6, 830, 202, 638						
3. 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)	= [風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD2)]					
/ [一般服務核定浮動點數(BF)]						
+ 該分區核定非浮動點數(BG)						
+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]						
= [1, 970, 172, 731						
= [872, 284, 111						
= [1, 732, 719, 956						
= [995, 372, 924						
= [1, 107, 610, 481						
= [152, 042, 435						
= [1, 349, 358, 564 +						
= [878, 569, 441						
= [590, 981, 124 +						
= [428, 999, 994						
= [1, 231, 194, 613 +						
= [749, 594, 635						
= [464, 055, 606						
= [519, 259, 368						
= [50, 861, 684						
= [55, 085] +						
= [48, 274] +						
= [50, 145] +						
= [21, 912] +						
= [3, 800] +						
= [13, 031] +						
= [192, 247] /						
= [4, 676, 934, 207 =						
= [0. 79938470						
4. 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, 830, 202, 638						
= [4, 676, 934, 207 +						
= [3, 091, 340, 728						
= [192, 247] =						
= [0. 87922141						

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

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112年9月11日

發文字號：健保醫字第1120663805A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112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112年8月30日全民健康保險醫療給付費用醫院總額112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112年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依112年第1季點值辦理，並於112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

核付截止日期:112/06/30

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =	
[調整後分區門住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五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 = [19,541,521,917 + 24,470,407,350 - 4,359,499,163 - (22,373,870,653 - 288,214,590)	
- 174,915,460 - 148,314,070 - 19,394,042] / 20,192,612,273 = 0.85299268	
北區分區 = [7,300,330,615 + 9,932,052,820 - 2,732,065,331 - (8,751,511,509 - 99,864,973)	
- 17,361,287 - 13,849,627 - 8,798,680] / 6,498,807,245 = 0.89380432	
中區分區 = [9,255,617,050 + 12,845,220,478 - 1,150,299,782 - (11,167,307,097 - 150,354,592)	
- 346,037,773 - 371,338,899 - 5,522,851] / 10,790,378,746 = 0.85360171	
南區分區 = [7,301,977,905 + 10,315,617,119 - 1,508,216,329 - (8,442,371,166 - 124,184,337)	
- 23,748,791 - 20,627,021 - 4,311,103] / 7,916,880,926 = 0.97797416	
高屏分區 = [7,677,293,122 + 11,003,510,708 - 1,084,145,821 - (9,233,563,283 - 110,371,438)	
- 74,964,962 - 52,046,276 - 5,008,951] / 8,980,819,823 = 0.92880674	
東區分區 = [1,235,149,977 + 2,113,300,050 - 294,980,559 - (1,588,410,671 - 14,552,704)	
- 59,781,213 - 27,220,841 - 902,809] / 1,494,944,164 = 0.93094222	
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)	
= [52,311,890,586 + 70,680,108,525 - (62,190,431,113 - 787,542,634) - 43,938,436] / 68,343,218,084	
= 0.90053079	

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。

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 = [19,541,521,917 + 24,470,407,350] / [24,975,746,353 + 22,522,184,723 - 288,214,590 + 19,394,042] = 0.93188139
 北區分區 = [7,300,330,615 + 9,932,052,820] / [9,400,233,207 + 8,765,361,136 - 99,864,973 + 8,798,680] = 0.95340710
 中區分區 = [9,255,617,050 + 12,845,220,478] / [12,367,138,535 + 11,538,645,996 - 150,354,592 + 5,522,851] = 0.93013263
 南區分區 = [7,301,977,905 + 10,315,617,119] / [9,533,143,795 + 8,462,998,187 - 124,184,337 + 4,311,103] = 0.98552977
 高屏分區 = [7,677,293,122 + 11,003,510,708] / [10,200,642,284 + 9,285,609,559 - 110,371,438 + 5,008,951] = 0.96387753
 東區分區 = [1,235,149,977 + 2,113,300,050] / [1,866,313,910 + 1,615,631,512 - 14,552,704 + 902,809] = 0.96544542
 8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值 = [52,311,890,586 + 70,680,108,525] / [68,343,218,084 + 62,190,431,113 - 787,542,634 + 43,938,436] = 0.94762275
 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(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)] = [52,311,890,586 + 70,680,108,525 + 7,357,539,211] / [68,343,218,084 + 62,190,431,113 - 787,542,634 + 43,938,436 + 7,361,595,311] = 0.95040452

註:

1. 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 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額 + 鼓勵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 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額 + 品質保證保留款預算 + 網路類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 + 鼓勵院所建立轉診合作機制暫結金額 + 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 + 癌症治療品質改善計畫暫結金額 + 慢性傳染病照護品質計畫暫結金額 + 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能暫結金額 + 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額 = 441,393,758 + 3,181,235,009 + 1,097,936,756 + 1,210,287,003 + 251,029,881 + 23,697,923 + 29,059,576 + 200,831,533 + 49,084,750 + 336,779,852 + 37,298,235 + 54,553,748 + 0 + 444,351,187 + 0 + 0 = 7,357,539,211

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。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算/4。
5. 註1專款專用暫結金額，係指不包括112年總額公告專款專入一般服務之專款項目。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/12(含)以前：於112/04/01~112/06/30期間核付者。
 費用年月112/01~112/03：於112/01/01~112/06/30期間核付者。
2. 當地就醫分區未跨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：陳怡蓓
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@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112年9月12日
發文字號：健保醫字第1120663898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：112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項規定暨本署112年9月5日
健保醫字第1120663095號函辦理。
- 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、依據全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦
法、112年4月7日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額
研商議事會議112年第1次臨時會議決議暨衛生福利部同年5
月23日衛部保字第1120119359號函，自112年9月15日起，
西醫基層總額費用之暫付、核付，以112年第1季結算與112



112.09.13



1123340239

年第2季預估點值取較保守者之9成計算，並於112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、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、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



裝

訂

線



=====

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. 一般服務分區浮動點值支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10) + 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) - 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	= [10,695,784,902 +	630,798 - 1,518,286,465 - (3,144,082,061 -	755,496) -	610,996] /	6,603,609,911 =	0.91377167
北區分區	= [5,000,740,256 +	3,893,060 - 768,391,609 - (1,535,463,235 -	279,850) -	596,618] /	2,797,819,766 =	0.96520217
中區分區	= [6,089,993,813 +	1,708,946 - 361,751,844 - (1,848,612,295 -	341,727) -	413,912] /	3,956,453,713 =	0.98099630
南區分區	= [4,654,628,943 +	10,219,820 - 430,150,760 - (1,455,925,879 -	233,657) -	403,681] /	2,772,390,329 =	1.00224058
高屏分區	= [5,136,775,659 +	8,014,764 - 316,823,415 - (1,677,065,258 -	365,574) -	155,187] /	3,282,661,197 =	0.95992609
東區分區	= [657,673,563 +	16,690,594 - 76,783,318 - (232,347,603 -	16,612) -	89,254] /	346,463,186 =	1.05396651

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD10)

+ 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)

- 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [32,235,597,136 + 41,157,982 - (9,893,496,331 - 1,992,916) - 2,269,648] / 23,410,250,458 = 0.95611886

註：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。

3. 一般服務分區平均點值		= [風險調整撥款補償後一般服務預算總額(BD10)	藥品給付協議 +	自墊核退點數(BJ)]
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]		630,798] / [8,256,770.688 + 3,144,082,061 -	755,496 +	610,996] = 0.93822379
臺北分區	= [10,695,784.902 +	3,893,060] / [3,587,815,271 + 1,535,463,235 -	279,850 +	596,618] = 0.97678155
北區分區	= [5,000,740.256 +	1,708,946] / [4,329,570,627 + 1,848,612,295 -	341,727 +	413,912] = 0.98599081
中區分區	= [6,089,993.813 +	10,219,820] / [3,208,129,425 + 1,455,925,879 -	233,657 +	403,681] = 1.00013366
南區分區	= [4,654,628.943 +	8,014,764] / [3,608,421,344 + 1,677,065,258 -	365,574 +	155,187] = 0.97341940
高屏分區	= [5,136,775.659 +	16,690,594] / [419,543,103 + 232,347,603 -	16,612 +	89,254] = 1.03435900
東區分區	= [657,673,563 +			
4. 一般服務全區平均點值		= [32,235,597,136 + 41,157,982] / [23,410,250,458 + 9,893,496,331 - 1,992,916 + 2,269,648] = 0.96915483		
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整撥款補償後一般服務預算總額(BD10)		+ 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		+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]		
= [32,235,597,136 + 41,157,982 + 469,561,165] / [23,410,250,458 + 9,893,496,331 - 1,992,916 + 2,269,648 + 469,078,310]		= 0.96959753		

註：

1. 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 + 鼓勵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產科補助試辦計畫 + 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 + 癌症治療品質改善計畫 + 慢性傳染病照護品質計畫 + 品質保證保留款預算 = 125,522,556 + -16,390,375 + 41,666,763 + 144,845,330 + 36,056,250 + 354,722 + 2,628,208 + 55,231,095 + 4,891,386 + 8,906,500 + 1,262,300 + 7,410,443 + 469,561,165 = 469,561,165
2. 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。
3. 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。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 112年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：費用年月111/12(含)以前；於112/04/01~112/06/30期間核付者。費用年月112/01~112/03；於112/01/01~112/06/30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：張祐禎
聯絡電話：02-27065866 分機：3626
傳真：02-27069043
電子郵件：A111344@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112年8月24日
發文字號：健保醫字第1120663552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：112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、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關112年第1季門診透析預算一般服務部門點值，前於112年8月9日以健保醫字第1120663274號函請全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭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及醫療服務審查辦法規定，自112年9月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依112年第1季結算點值辦理，並於112年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

112.08.25



1123340219

正本：本署各分區業務組

副本：田代表士金、白代表其怡、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表丞華、林代表元
灝、邱代表琦皓、洪代表冠予、張代表孟源、郭代表咏臻、陳代表文琴、陳代表
盈凱、陳代表鴻文、曾代表國憲、黃代表尚志、楊代表五常、楊代表孟儒、朱代
表文洋、廖代表秋錫、劉代表林義、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、羅
代表永達、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全
國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、衛生福利部社會保險
司、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃
組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組



裝



訂

線

程式代號：RGBI3208R05

112年第1季

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算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:112/01~112/03

列印日期：112/08/08

頁次：14

核付截止日期:112/06/30

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,838,935,522 - 734,570,920 - 162,185,424

11,060,396,974

= 0.89889895 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

核定非浮動點數合計(M)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定浮動點數合計(P)

10,838,935,522

734,570,920 + 162,185,424 + 11,060,396,974

= 0.90648127 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值＝加總[預算(D3)＋專款專用暫結金額]

／加總[核定浮動點數合計(P)＋腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)＋核定非浮動點數合計(M)＋專款專用已支用點數]

＝[10,838,935,522 +

0] ÷ [11,060,396,974 + 162,185,424 + 734,570,920 + 0] = 0.90648127

註：專款專用暫結金額＝鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額＝

0

十、說明

本季結算費用年月包括：

1.費用年月111/12(含)以前：於112/04/01~112/06/30期間核付者。

2.費用年月112/01~112/03：於112/01/01~112/06/30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：李羿萱
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：27069043
電子郵件：A111360@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112年9月18日
發文字號：健保醫字第1120663906號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：112Q1全民健康保險其他部門結算說明表

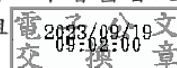
主旨：檢送112年第1季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：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\
其他部門，請自行下載利用。

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、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、
本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫務管理組



112.09.19



1123340242

112年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		小計
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	136.2			136.2	22.5%
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 ^{註1}		1,636.0	38.5			38.5	2.4%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	376.8			376.8	22.8%
推動促進醫療體系整合計畫		550.0	43.8			43.8	8.0%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			9.0			9.0	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2			14.2	
3.急性後期整合照護計畫			19.1			19.1	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			1.5			1.5	
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 ^{註2}		290.0	0.27			0.3	0.1%
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 ^{註3}		600.0	0.0			0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		800.0	0.0			0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		511.0	101.3			101.3	19.8%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			69.0			69.0	
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.0			21.0	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0			0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3			11.3	
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註6}		30.0	0.02			0.02	0.1%
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	1,595.1			1,595.1	20.4%
1.居家醫療與照護			979.7			979.7	
2.助產所			0.8			0.8	
3.精神疾病社區復健			605.9			605.9	
4.轉銜長照2.0之服務			8.7			8.7	
提升保險服務成效		500.0	89.0			89.0	17.8%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		800.0	132.8			132.8	16.6%
總計		15,779.2	2,513.7	0.0	0.0	2,513.7	15.9%

註：1.「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」自112.9.1起生效，其中醫療費用申報格式改版等多項獎勵項目屬全年結算，故執行率偏低。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應之情形。)

2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。

3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

4.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

5.「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。

6.111年度起限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」，即基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 9 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 10 月 18 日

一、議程確認

新增：臨時提案「因新冠疫情對中醫門診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」----- 1

二、本會重要業務報告

更新說明一：上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項新增「擬解除追蹤項次2」及同步刪除「擬繼續追蹤項次1」(會議資料第104、109、110頁)----- 29

三、優先報告事項

「113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)請確認達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「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116頁)-- 31

四、討論事項

- (一)第二案「113 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」之健保署意見(會議資料第 152 頁)----- 56
- (二)第三案「113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」之健保署意見(會議資料第 172~173 頁)----- 58
- (三)第四案「關於『總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值計算方式』諮詢案」(會議資料第 189 頁)----- 59

五、報告事項

- (一)第一案「111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」(會議資料第 193 頁)----- 63

一、議程確認：新增臨時提案

臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情對中醫門診總額 112 年第 1 季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

說明：

- 一、依據 112 年 8 月 17 日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額 112 年第 3 次研商議事會議決定、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件一，第 7~8 頁)、中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)112 年 9 月 19 日(112)全聯醫總兆字第 0707 號函(附件二，第 9 頁)，暨貴會 112 年 7 月 26 日委員會議決議辦理。
- 二、查中醫門診總額 112 年第 1 季點值業經確認，經比照前開貴委員會議決議「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍與動支程序評估方式，評估結果如附件三(第 10~11 頁)，該季各分區皆符合預期風險範圍與動支程序，前述評估方式業經中全會確認。
- 三、補助方式：以該分區該季平均點值，補至前一年(以 108 年計算)同分區同季平均點值，上限補至 0.9，最低補至全區同季平均點值估算補助經費。經統計 112 年第 1 季所需經費約 1.898 億元(表 4，第 16 頁)。
- 四、另醫界反映 COVID-19 醫療照護費用自 112 年 3 月 20 日起疫情降級，改由健保總額支應，導致點值下降幅度甚於以往。本案補助方式建議改以該分區該季浮動點值，補至 0.9 元方式執行(中醫 112 年第 1 季約須 4.94 億元如表 5(第 17 頁)，另推估中醫及西醫基層第 2 季約需 12.81 億元，其中中醫 5.62 億元，西醫基層 7.19 億元)，一併提供貴會討論。

.....

本會補充說明：

- 一、本案係健保署提出中醫門診總額因受COVID-19疫情影響醫療費用，請求動支112年度「其他預算」項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，依該協定事項，其預算編列為8億元，且經費之支用，須依本會議定之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』之適用範圍與動支程序」(下稱非預期風險動支程序，如附件一，第7~8頁)辦理，截至目前為止，112年該項費用並未動支。
- 二、查中醫門診總額於112年第6次委員會議(112.7.26)，已使用上開同樣理由提請動支111年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算，該次會議依健保署調整後之非預期風險動支程序評估方式(註)，決議同意動支3億1,283萬元撥補111年第3、4季之費用在案。

註：調整後動支程序指標2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)－受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」

三、有關新冠疫情對112年總額之影響評估：

為衡平考量新冠疫情對四總額部門之影響，本會於112.10.3函請健保署提供112年第1季及第2季各總額部門之醫療利用分析及評估是否符合「非預期風險動支程序」。健保署於112.10.6函復**第2季資料須俟點值結算後提供，預計12月上旬**(詳附件四，第18~19頁)，目前僅提供112年第1季之評估資料(如附件五~七，第20~28頁)，評估結果如下：

- (一)112年第1季：非預期風險動支程序規定，2項評估指標中1項符合即可提請動支本項預算，依健保署評估結果，僅**中醫門診總額**符合指標門檻且2項指標均符合。

評估指標 1				
項目 \ 總額部門	醫院	基層	牙醫	中醫
門檻	平均點值<0.9，且較去年同季點值下降幅度達5%			
111Q1 全區平均點值	0.9567	1.0652	1.0048	1.0289
112Q1 全區平均點值	0.9476	0.9692	0.9861	0.8792
下降幅度	-0.95%	-9.01%	-1.86%	-14.55%
(符合者 V)	X	X	X	V
評估指標 2(調整後)				
各總額部門調整後成長率需大於門檻，才符合動支條件				
項目 \ 總額部門	醫院	基層	牙醫	中醫
門檻 ^{註1}	一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)－受影響年度(109~111年)一般服務成長率>(112年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上			
	7.250%	6.400%	5.642%	6.394%
健保署計算一般服務醫療費用				
112Q1 較 108Q1 成長率	15.42%	11.47%	6.67%	21.78%
調整後成長率 ^{註2}	1.86%	2.46%	-1.79%	8.64%
(符合者 V)	X	X	X	V

註：

1.各總額部門門檻計算方式為「112年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

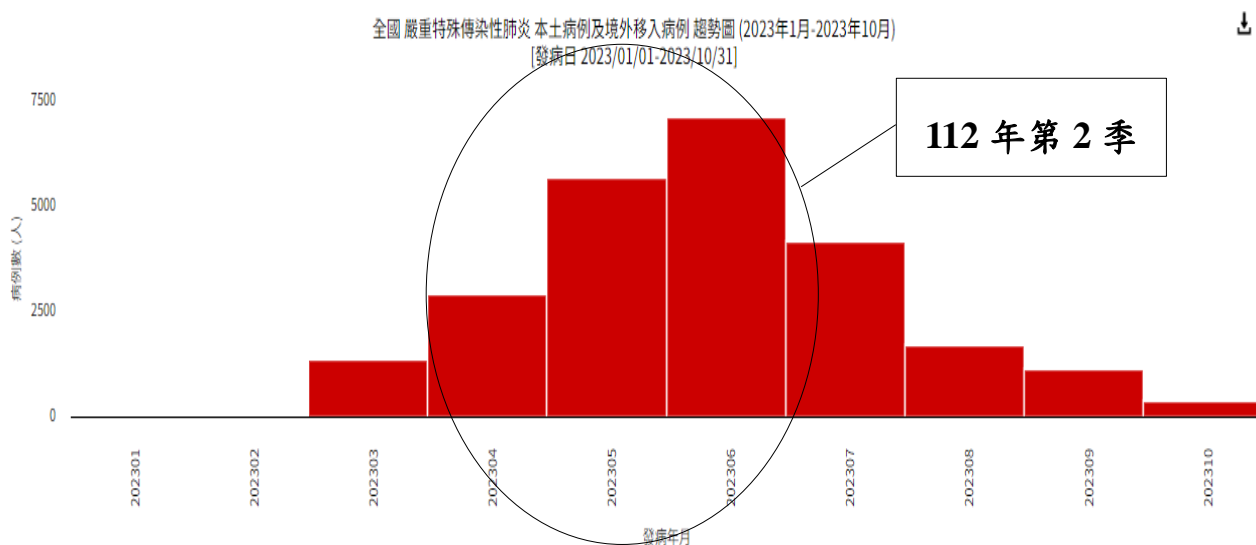
- (1)醫院：7.250%(2.250%+5%)。
- (2)西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。
- (3)牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。
- (4)中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

2.調整後成長率之計算方式為「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以108年為基期)－受影響年度(109~111)一般服務成長率」：

- (1)醫院：1.86%=15.42%-13.567%(5.471%+5.047%+3.049%)
- (2)西醫基層：2.46%=11.47%-9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)
- (3)牙醫門診：-1.79%=6.67%-8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)
- (4)中醫門診：8.64%=21.78%-13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

(二)112 年第 2 季：

- 1.中央流行疫情指揮中心宣布自 112.5.1 將 COVID-19 由第 5 類降為第 4 類法定傳染病，防疫及民眾就醫回歸常態化，另依疾管署統計資料顯示(如下圖)，新冠疫情持續流行，112 年在降階後於 5 月、6 月(112 年第 2 季)達到高峰，考量疫情流行趨勢，宜整體評估所有總額部門第 1、2 季醫療費用是否受疫情影響。



圖：疾管署統計嚴重特殊傳染性肺炎確定病例數趨勢圖

- 2.基於健保署目前尚無法提供 112 年第 2 季評估資料，爰本會蒐集健保署研商議事會議、及網站、指標要覽資料，推估 112 年第 2 季指標符合情形供參，推估結果與健保署 112 年第 2 季推估結果(提案說明四)相符：
 - (1)評估指標 1(預估點值)：**中醫門診總額**可能符合門檻。
 - (2)評估指標 2(因未有一般服務醫療費用資料，乃以可取得之一般服務及專款之整體醫療費用資料試行評估)：**除中醫門診總額外，西醫基層總額**也可能符合指標門檻。

評估指標 1					
項目	總額部門	醫院	基層	牙醫	中醫
門檻	平均點值<0.9，且較去年同季點值下降幅度達5%				
111Q2 全區平均點值		0.9934	1.0567	1.0856	1.0010
112Q2 全區平均點值 ^{*1}		0.9285	0.9134	0.9903	<u>0.8735</u>
下降幅度		<u>-6.53%</u>	<u>-13.56%</u>	<u>-8.78%</u>	<u>-12.74%</u>
(符合者 V)		X	X	X	V
評估指標 2(調整後)					
各總額部門調整後成長率需大於門檻，才符合動支條件					
項目	總額部門	醫院	基層	牙醫	中醫
門檻 ^{註2}	一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)－受影響年度(109~111年)一般服務成長率>(112年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上				
		7.250%	6.400%	5.642%	6.394%
健保會估算整體醫療費用點數(一般服務加專款)供參					
112Q2 較 108Q2 ^{註4}					
成長率		14.58%	16.66%	7.38%	23.43%
調整後成長率 ^{註3}		1.01%	<u>7.65%</u>	-1.08%	<u>10.30%</u>
(符合者 V)		X	V	X	V

註：

1. 健保署僅提供 112Q1 平均點值，112Q2 各總額部門全區平均點值為預估點值，資料摘自健保署網站「各總額部門結算及預估點值(112.9.12 更新)」。
2. 各總額部門門檻計算方式為「112 年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：
 - (1) 醫院：**7.250%**(2.250%+5%)。
 - (2) 西醫基層：**6.400%**(1.400%+5%)。
 - (3) 牙醫門診：**5.642%**(0.642%+5%)。
 - (4) 中醫門診：**6.394%**(1.394%+5%)。
3. 調整後成長率之計算方式為「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以 108 年為基期)－受影響年度(109~111)一般服務成長率」：
 - (1) 醫院：**1.01%**=14.58%-13.567%(5.471%+5.047%+3.049%)
 - (2) 西醫基層：**7.65%**=16.66%-9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)
 - (3) 牙醫門診：**-1.08%**=7.38%-8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)
 - (4) 中醫門診：**10.30%**=23.43%-13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)
4. 健保署僅提供 112 年 Q1 醫療費用資料(一般服務)，各總額部門 112 年 Q2 較 108 年 Q2 整體醫療費用(一般服務加專款)參考 112 年指標要覽及各總額部門研商議事會議資料。

四、針對本案整理下列研析意見，建請委員審酌，最後仍依照委員討論結果處理：

(一)有關動支額度計算方式，建議採平均點值估算：

- 1.若依健保署提案說明四以浮動點值補至 0.9 元方式執行估算，112 年第 1 季約需 4.94 億元(中醫門診總額)、第 2 季約需 12.81 億元(中醫門診總額 5.62 億元+西醫基層總額 7.19 億元)，已超過 112 年本項預算 8 億元。
- 2.考量非預期風險動支程序之評估指標，係以平均點值進行評估，且本會 112 年第 6 次委員會議同意動支本項 111 年預算，其動支額度亦以平均點值估算(註)。為計算方式之一致性、延續性，建議採平均點值估算動支額度。

註：111 年中醫門診總額第 3、4 季動支額度，以該分區該季平均點值，補至前一年(以 108 年計算)同分區同季平均點值，上限補至 0.9，最低補至全區同季平均點值估算。

(二)本案 112 年預算僅編列 8 億元，請委員考量是否先撥補 112 年第 1 季受影響部門，或於第 2 季結算後再整體評估對四部門總額之影響為宜：

- 1.先撥補 112 年第 1 季：依健保署 112 年第 1 季評估結果，撥補中醫門診總額第 1 季受新冠疫情影響之醫療費用為 1.898 億元。
- 2.於 112 年第 2 季結算後整體考量：考量新冠肺炎為全國廣泛性流行，且對四總額部門均造成影響，為四總額部門分配之公平性，建議俟第 2 季點值結算後，預計 12 月初請健保署整體評估後，再提案討論。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

- 1.年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 2.應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

- 1.年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
- 2.應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

- (1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>

5%以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5%$)以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

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.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國 112 年 9 月 19 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0707 號
速 別：
附 件：

主 旨：有關大署對於中醫門診總額 112 年第 1 季之醫療費用，符合動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」的試算方式乙案，本會敬表同意並惠請協助辦理後續相關事宜，請鑒察。

說 明：復大署 112 年 9 月 12 日健保醫字第 1120663705 號函。



正本：福利部中央健康保險署
副本：

理事長 詹永兆

中醫門診總額 112 年第 1 季之醫療費用是否符合其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估結果：

一、112 年第 1 季中醫門診醫療利用之分析：

中醫總額申報量較疫情前大幅成長，感染症就醫次數較疫情前之基期增加 537.6%(增加 41 萬件)，申報醫療費用成長 987.0%(增加 3.9 億點)(表 1)。

二、108 年至 112 年第 1 季中醫總額部門各分區點值一覽表如表 2。

三、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，依 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 7 次委員會議通過之評估方式，動支程序評估指標 2 一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」建議以「疫情前一年(108 年)」作為比較基期，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率(實際作業如表 3)。

四、評估結果(附件)：中醫部門各分區均符合啟動條件。

五、補助方式：

甲案：以該分區該季平均點值，補至前一年(以108年計算)同分區同季平均點值，上限補至0.9，最低補至全區同季平均點值估算補助經費。經統計112年第1季所需經費約1.898億元(表4)。

乙案：以該分區該季浮動點值，補至0.9元，約須4.94億元(表5)。

表 1、健保總額內及 C5 代辦 COVID-19 案件診斷別申報統計—中醫

統計值/ 費用年月	感染症											合計 (J=H+I)				
	C5代辦 COVID-19 (A)	總額內 COVID-19 (B)	類流感 (C)	小計 (D=A+B+C)	其他感染症 或呼吸道 癥候 (E)	小計 (F=D+E)	其他 COVID-19 後病況 (G)	感染症小計 (H=F+G)	非感染症 (I)							
就醫件數 (千件)																
108年	1月	-	-	29	29	-	256	285	-	-	285	-	3,270	-	3,554	-
	2月	-	-	20	20	-	186	206	-	-	206	-	2,350	-	2,556	-
	3月	-	-	26	26	-	238	264	-	-	264	-	3,103	-	3,366	-
	小計	-	-	76	76	-	679	754	-	-	754	-	8,722	-	9,477	-
112年	1月	210	2	20	232 (702.8%)		343	575 (102.0%)		31	606 (112.8%)		2,772 (-15.2%)		3,378 (-5.0%)	
	2月	141	2	20	163 (695.0%)		368	531 (157.7%)		32	563 (173.3%)		2,923 (24.4%)		3,486 (36.4%)	
	3月	56	9	21	86 (231.0%)		368	455 (72.3%)		29	483 (83.1%)		3,591 (15.7%)		4,074 (21.0%)	
	小計	407	13	61	481 (537.6%)		1,079	1,561 (106.8%)		92	1,652 (119.0%)		9,286 (6.5%)		10,938 (15.4%)	
醫療點數 (百萬點)																
108年	1月	-	-	15	15	-	136	151	-	-	151	-	2,273	-	2,424	-
	2月	-	-	11	11	-	99	110	-	-	110	-	1,624	-	1,734	-
	3月	-	-	14	14	-	131	145	-	-	145	-	2,232	-	2,376	-
	小計	-	-	39	39	-	366	405	-	-	405	-	6,128	-	6,534	-
112年	1月	198	1	12	211 (1313.5%)		203	414 (173.9%)		22	435 (188.1%)		2,184 (-3.9%)		2,619 (8.1%)	
	2月	133	1	12	145 (1263.1%)		216	362 (229.1%)		22	383 (248.8%)		2,288 (40.9%)		2,672 (54.1%)	
	3月	56	4	12	72 (423.0%)		216	288 (99.6%)		20	308 (113.3%)		2,844 (27.4%)		3,152 (32.7%)	
	小計	387	6	36	428 (987.0%)		635	1,064 (162.4%)		63	1,127 (177.9%)		7,316 (19.4%)		8,443 (29.2%)	

表 2、108 年至 112 年第 1 季中醫門診總額各分區點值一覽表

年季	月份	項目	台北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542
		平均點值	0.8886	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069
第2季	4-6月	浮動點值	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612
		平均點值	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110
第3季	7-9月	浮動點值	0.8174	0.8411	0.8017	0.8391	0.8438	1.1344	0.8290
		平均點值	0.8807	0.9016	0.8703	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906
第4季	10-12月	浮動點值	0.7874	0.8107	0.8152	0.8656	0.8217	1.1033	0.8196
		平均點值	0.8619	0.8842	0.8796	0.9179	0.8881	1.0688	0.8851
109年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
		平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
第2季	4-6月	浮動點值	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702
		平均點值	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195
第3季	7-9月	浮動點值	0.8307	0.8859	0.8634	0.8894	0.8902	1.1356	0.8687
		平均點值	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178
第4季	10-12月	浮動點值	0.9121	0.9788	0.9422	0.9906	0.9457	1.2212	0.9500
		平均點值	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687
110年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512
		平均點值	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699
第2季	4-6月	浮動點值	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362
		平均點值	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460
第3季	7-9月	浮動點值	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361
		平均點值	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844
第4季	10-12月	浮動點值	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245
		平均點值	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153
111年									
第1季	1-3月	浮動點值	1.0464	1.0833	1.0153	1.0546	1.0378	1.2759	1.0469
		平均點值	1.0289	1.0500	1.0096	1.0324	1.0229	1.1773	1.0289
第2季	4-6月	浮動點值	1.0311	0.9913	0.9604	1.0048	0.9858	1.3132	1.0016
		平均點值	1.0192	0.9948	0.9750	1.0029	0.9913	1.2000	1.0010
第3季	7-9月	浮動點值	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220
		平均點值	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	0.8911
第4季	10-12月	浮動點值	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746
		平均點值	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	0.8633
112年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8089	0.7500	0.7985	0.8083	0.7726	1.1692	0.7994
		平均點值	0.8843	0.8552	0.8747	0.8876	0.8648	1.1066	0.8792

中醫門診總額 112 第 1 季「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序-評估作業

一、依健保會 112 年 7 月 26 日委員會議決議，動支程序評估指標 2-一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」建議以「疫情前一年(108 年)作為比較基期算，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率，指標實際作業如下：

- (一) 評估指標 1：平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 >5% 以上。
- (二) 評估指標 2(實際作業)：一般服務之醫療費用核定點數成長率－受影響年度一般服務成長率 > 當年度醫療服務成本及人口因素成長率 + 5%) 以上」。

註：1. 受影響年度一般服務成長率係指 109-111 年一般服務成長率

(4.696%+4.260%+4.176%=13.132%)。

2. 112 年醫療服務成本及人口因素成長率(1.394%+5%=6.394%)。

二、動支程序評估結果(表 4)：

- (一) 評估指標 1：除東區以外，其他分區皆符合。
- (二) 評估指標 2(實際作業)：除臺北、中區分區外，其他分區皆符合。
- (三) 動支程序為符合評估指標 1 或 2，爰六分區皆符合。

表3、中醫門診112年第1季點值(基期點值111年)評估表

表1中醫門診112年第1季點值(基期點值111年)		製表日期:1121002
---------------------------	--	--------------

評估指標1:平均點值在0.9以下,且較去年同季點值下降幅度>5%以上

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
111年									
第1季	1-3月	浮動點值	1.0464	1.0833	1.0153	1.0546	1.0378	1.2759	1.0469
		平均點值	1.0289	1.0500	1.0096	1.0324	1.0229	1.1773	1.0289
第2季	4-6月	浮動點值	1.0311	0.9913	0.9604	1.0048	0.9858	1.3132	1.0016
		平均點值	1.0192	0.9948	0.9750	1.0029	0.9913	1.2000	1.0010
第3季	7-9月	浮動點值	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220
		平均點值	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	0.8911
第4季	10-12月	浮動點值	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746
		平均點值	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	0.8633

112年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8089	0.7500	0.7985	0.8083	0.7726	1.1692	0.7994
		平均點值	0.8843	0.8552	0.8747	0.8876	0.8648	1.1066	0.8792
條件1	點值<0.9		Y	Y	Y	Y	Y	N	
	同季平均點值成長率		-14%	-19%	-13%	-14%	-15%	-6%	
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y	Y	Y	Y	
條件1&2			Y	Y	Y	Y	Y	N	

評估指標2-實際作業:一般服務之醫療費用核定點數成長率(基期年以108年計算)-受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上。

門檻:112年醫療服務成本及人口因素成長率(1.394%)+5%=6.394%; 點數單位:百萬點
109-111年一般服務成長率合計13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)。

年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	一般服務點數	1,879	792	1,666	900	1,028	115	6,379
第2季	4-6月	一般服務點數	2,088	871	1,805	971	1,101	126	6,961
第3季	7-9月	一般服務點數	2,156	897	1,873	991	1,124	130	7,171
第4季	10-12月	一般服務點數	2,164	908	1,881	1,016	1,173	134	7,277
112年									
第1季	1-3月	一般服務點數	2,228	1,020	1,981	1,121	1,281	137	7,768
		較108年同期點數成長率	18.58%	28.78%	18.89%	24.58%	24.65%	19.98%	21.78%
		扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率	5.45%	15.65%	5.75%	11.45%	11.52%	6.85%	8.64%
條件:成長率>門檻			N	Y	N	Y	Y	Y	

表 4、112 年中醫結算平均點值補至 108 年同期之平均點值以 0.9 為上限，最低補至全國平均點值估算所需的經費

112Q1											
就醫 分區	分區預算 (百萬元) (G1)	點數(百萬)			結算點值			108Q1平均點值 (E1)	108Q1全區 平均點值(F1)	補助經費採 用 點值(P1) ^註	需補助的差額(百萬元) ((A1+B1+C1)*P1-G1)
		浮動 (A1)	非浮動 (B1)	自墊核退 (C1)	小計 H1=A1+B1+C1	平均點值 (D1)	浮動點值 (NP1)				
臺北	1,970	1,349	879	0.06	2,227.98	0.88428532	0.80893858	0.88859588	0.90689352	0.9	35.01
北區	872	591	429	0.05	1,020.03	0.85515586	0.75000000	0.90084245	0.90689352	0.9	45.74
中區	1,733	1,231	750	0.05	1,980.84	0.87474026	0.79847261	0.89088263	0.90689352	0.9	50.04
南區	995	657	464	0.02	1,121.40	0.88761742	0.80827381	0.94237913	0.90689352	0.9	13.89
高屏	1,108	762	519	0.00	1,280.82	0.86476814	0.77256082	0.91561849	0.90689352	0.9	45.13
東區	152	87	51	0.01	137.40	1.10657709	1.16924259	1.12468546	0.90689352	0.9	0.00
合計	6,830	4,677	3,091	0.19	7,768.47	0.87922141	0.79938470	0.90689352	0.90689352	0.9	189.80
資料來源：資訊組112年第1季結算點值報表。											
註：若112年該區平均點值大於108年同期平均點值，則經費補至108年同期全區平均點值；											
若112年該區平均點值小於108年同期平均點值，則經費補至108年同期平均點值或全區平均點值(取高者)；惟上限補至0.9。											

表 5、112 年中醫結算浮動點值補至 0.9 所需經費

112Q1									
就醫 分區	分區預算 (百萬元) (G1)	點數(百萬)				結算點值		補助經費採用 點值(P1) ^註	需補助的差額(百萬元) ((P1*A1+B1+C1)-G1)
		浮動 (A1)	非浮動 (B1)	自墊核退 (C1)	小計 H1=A1+B1+C1	平均點值 (D1)	浮動點值 (NP1)		
臺北	1,970	1,349	879	0.06	2,227.98	0.88428532	0.80893858	0.9	122.87
北區	872	591	429	0.05	1,020.03	0.85515586	0.75000000	0.9	88.65
中區	1,733	1,231	750	0.05	1,980.84	0.87474026	0.79847261	0.9	125.00
南區	995	657	464	0.02	1,121.40	0.88761742	0.80827381	0.9	60.29
高屏	1,108	762	519	0.00	1,280.82	0.86476814	0.77256082	0.9	97.05
東區	152	87	51	0.01	137.40	1.10657709	1.16924259	0.9	0.00
合計	6,830	4,677	3,091	0.19	7,768.47	0.87922141	0.79938470	0.9	493.87

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：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112年10月6日
發文字號：健保醫字第1120120228號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨、說明二、三 (A21030000I_1120120228_doc2_Attach1.pdf、
A21030000I_1120120228_doc2_Attach2.pdf、
A21030000I_1120120228_doc2_Attach3.pdf、
A21030000I_1120120228_doc2_Attach4.pdf)

主旨：有關「因新冠疫情對中醫門診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費項目」提案單案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)112年10月5日電子郵件辦理兼復貴會同年9月28日1120928074號請辦單暨同年10月3日衛部健字第1123360139號書函。
- 二、旨揭提案單修正如附件1，其中評估指標2「112年醫療服務成本及人口因素成長率」誤植為3.986%，請修正為1.394%，評估結果由「除東區外，其餘5分區均符合」修正「六分區皆符合」，因東區點值大於0.9，爰查前開誤植不影響本案補助金額(1.898億元)，並業與中全會確認無誤。另增列醫界反映意見併案討論。

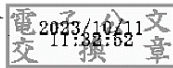


三、檢送醫院、西醫基層、牙醫門診總額112年第1季之醫療利用，及其是否符合「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」之評估結果如附件2，其均未符合動支經費適用範圍及動支程序。

四、另前開評估方式係依貴會112年7月26日委員會議決議採結算資料為依據，爰112年第2季評估結果須俟點值結算確認後再行提供(預計12月上旬提供)。

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



裝

訂



線

醫院總額 112 年第 1 季醫療利用分析及「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序-評估作業

一、112 年第 1 季醫療利用分析如表 1-1。

二、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序之評估結果如表 1-2：

(一) 依據 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會通過之評估方式，調整後動支程序指標 2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108 年)」作為計算基期)－受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」，指標實際作業如下：

1、評估指標 1：平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。

2、評估指標 2(實際作業)：一般服務之醫療費用核定點數成長率－受影響年度一般服務成長率>當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

註：1. 受影響年度一般服務成長率係指 109-111 年一般服務成長率

(5.047%+5.471%+3.049%=13.567%)。

2. 112 年醫療服務成本及人口因素成長率(2.250%+5%=7.250%)。

(二) 動支程序評估結果(同表 1-2)：

評估指標 1 及 2：112 年第 1 季，六分區皆不符合動支條件。

表 1-1

健保總額內及 C5 代辦 COVID-19、COVID-19 後病況案件診斷別申報統計－西醫醫院

統計值/ 費用年 月	感 染 症										非感染症 (I)	合計 (J=H+I)			
	C5代辦 COVID-19 (A)	總額內 COVID-19 (B)	類流感 (C)	小計 (D=A+B+C)		其他感染症 或呼吸道 癥候 (E)	小計 (F=D+E)		其他 COVID-19 後病況 (G)	感染症小計 (H=F+G)					
就醫件數(千件)															
108年	-	-	1,244	1,244	-	2,644	3,888	-	-	3,888	-	56,199	-	60,086	-
1月	-	-	190	190	-	376	566	-	-	566	-	8,578	-	9,144	-
2月	-	-	179	179	-	315	494	-	-	494	-	6,456	-	6,949	-
3月	-	-	177	177	-	374	551	-	-	551	-	8,182	-	8,732	-
小計	-	-	545	545	-	1,065	1,610	-	-	1,610	-	23,216	-	24,826	-
112年	335	360	913	1,608	(29.3%)	2,563	4,171	(7.3%)	81	4,252	(9.4%)	60,063	(6.9%)	64,315	(7.0%)
1月	187	15	112	314	(65.0%)	309	622	(9.9%)	11	633	(11.9%)	7,422	(-13.5%)	8,055	(-11.9%)
2月	97	13	100	210	(17.8%)	324	534	(8.1%)	12	545	(10.5%)	8,072	(25.0%)	8,618	(24.0%)
3月	37	17	119	173	(-1.9%)	392	565	(2.7%)	13	578	(5.0%)	9,698	(18.5%)	10,276	(17.7%)
小計	322	45	331	697	(27.9%)	1,024	1,721	(6.9%)	35	1,757	(9.1%)	25,192	(8.5%)	26,948	(8.5%)
醫療點數(百萬點)															
108年	-	-	9,807	9,807	-	18,198	28,006	-	-	28,006	-	274,930	-	302,935	-
1月	-	-	1,380	1,380	-	2,374	3,755	-	-	3,755	-	41,953	-	45,707	-
2月	-	-	1,297	1,297	-	2,223	3,520	-	-	3,520	-	31,741	-	35,261	-
3月	-	-	1,415	1,415	-	2,771	4,186	-	-	4,186	-	40,081	-	44,267	-
小計	-	-	4,093	4,093	-	7,368	11,461	-	-	11,461	-	113,775	-	125,235	-
112年	2,878	2,129	9,342	14,349	(46.3%)	15,830	30,179	(7.8%)	510	30,689	(9.6%)	317,386	(15.4%)	348,075	(14.9%)
1月	816	181	1,237	2,235	(61.9%)	2,088	4,323	(15.1%)	79	4,401	(17.2%)	40,978	(-2.3%)	45,379	(-0.7%)
2月	739	210	1,197	2,147	(65.5%)	2,001	4,148	(17.9%)	67	4,215	(19.7%)	42,173	(32.9%)	46,388	(31.6%)
3月	486	249	1,356	2,091	(47.8%)	2,380	4,471	(6.8%)	95	4,566	(9.1%)	50,111	(25.0%)	54,676	(23.5%)
小計	2,042	640	3,791	6,473	(58.2%)	6,469	12,942	(12.9%)	240	13,182	(15.0%)	133,261	(17.1%)	146,443	(16.9%)

註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/8/3)。

2. 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。

3. 統計定義：

(1) 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。

(2) 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。

(3) 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癥候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。

- COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。

- 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。

- 其他感染症或呼吸道相關癥候：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明熱(246)類別者。

- 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。

(4) C5代辦：原處方案件分類為C5之案件，其總額別依處方機構權屬別特約類別及原案件醫事類別區分。

表 1-2

醫院總額 112 年第 1 季評估結果(費用點數以 108 年為基期並扣除疫情影響)

評估指標1:平均點值<0.9且較去年同季降幅>5%註記									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
111年(結算點值)									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8724	0.9504	0.8970	1.0137	0.9600	0.8913	0.9224
		平均點值	0.9352	0.9689	0.9447	0.9995	0.9755	0.9418	0.9567
第2季	4-6月	浮動點值	0.9776	1.0266	0.9466	1.0374	1.0509	1.1156	0.9872
		平均點值	0.9830	0.9975	0.9713	1.0094	1.0187	1.0404	0.9934
第3季	7-9月	浮動點值	0.8664	0.9338	0.9050	1.0161	1.0170	1.0058	0.9405
		平均點值	0.9413	0.9739	0.9554	1.0058	1.0072	1.0020	0.9687
第4季	10-12月	浮動點值	0.9171	0.9627	0.9065	1.0119	0.9960	1.0054	0.9475
		平均點值	0.9579	0.9766	0.9530	0.9998	0.9946	0.9969	0.9720
112年(結算點值)									
第1季	1-3月	浮動點值	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005
		平均點值	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476
條件1	點值<0.9		N	N	N	N	N	N	
	同季平均點值成長率		0%	-2%	-2%	-1%	-1%	3%	
條件2	同季降幅>5%註記		N	N	N	N	N	N	
條件1&2			N	N	N	N	N	N	
評估指標2-實際作業:一般服務之醫療費用核定點數成長率-受影響年度一般服務成長率> (當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上									
門檻:112年醫療服務成本及人口因素成長率(2.250%)+5%=7.250%; 109-111年一般服務成長率13.567%(5.047%+5.471%+3.049%)									
點數單位:百萬點									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	一般服務點數	40,443	15,393	20,287	16,320	16,866	3,136	112,446
第2季	4-6月	一般服務點數	42,410	16,326	21,220	17,143	17,684	3,271	118,053
第3季	7-9月	一般服務點數	42,756	16,300	21,581	17,303	18,081	3,348	119,368
第4季	10-12月	一般服務點數	44,027	44,027	16,770	22,014	17,546	18,449	3,487
112年(以108年為基期)									
第1季	1-3月	一般服務點數	47,229	18,075	23,761	17,876	19,381	3,468	129,790
較前一年同期點數成長率			16.78%	17.42%	17.12%	9.54%	14.91%	10.58%	15.42%
扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率			3.21%	3.85%	3.56%	-4.03%	1.34%	-2.98%	1.86%
條件:成長率>門檻			N	N	N	N	N	N	

西醫基層總額 112 第 1 季醫療利用分析及「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序-評估作業

一、112 年第 1 季醫療利用分析如表 2-1。

二、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序之評估結果如表 2-2：

(一) 依據 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會通過之評估方式，調整後動支程序指標 2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108 年)」作為計算基期)－受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」，指標實際作業如下：

- 1、評估指標 1：平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 >5% 以上。
- 2、評估指標 2(實際作業)：一般服務之醫療費用核定點數成長率－受影響年度一般服務成長率>當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

註：1. 受影響年度一般服務成長率係指 109-111 年一般服務成長率
(3.685%+3.493%+1.831%=9.009%)。

2. 112 年醫療服務成本及人口因素成長率(1.4%+5%=6.4%)。

(二) 動支程序評估結果(同表 2-2)：

評估指標 1 及 2：112 年第 1 季，六分區皆不符合動支條件。

健保總額內及 C5 代辦 COVID-19、COVID-19 後病況案件診斷別申報統計－西醫基層

統計值/ 費用年 月	感染症										非感染症 (I)	合計 (J=H+I)			
	C5代辦 COVID-19 (A)	總額內 COVID-19 (B)	類流感 (C)	小計 (D=A+B+C)	其他感染症 或呼吸道 癥候 (E)	小計 (F=D+E)	其他 COVID-19 後病況 (G)	感染症小計 (H=F+G)							
就醫件數 (千件)															
108年	-	-	13,039	13,039	-	6,015	19,054	-	-	19,054	-	90,386	-	109,440	-
1月	-	-	2,416	2,416	-	901	3,317	-	-	3,317	-	14,260	-	17,577	-
2月	-	-	1,830	1,830	-	698	2,528	-	-	2,528	-	10,934	-	13,462	-
3月	-	-	2,090	2,090	-	861	2,951	-	-	2,951	-	13,692	-	16,643	-
小計	-	-	6,335	6,335	-	2,461	8,796	-	-	8,796	-	38,887	-	47,682	-
112年	1,803	1,479	11,273	14,554	(11.6%)	5,812	20,366	(6.9%)	256	20,623	(8.2%)	90,316	(-0.1%)	110,938	(1.4%)
1月	949	8	1,595	2,551	(5.6%)	690	3,242	(-2.3%)	3	3,244	(-2.2%)	11,862	(-16.8%)	15,107	(-14.1%)
2月	622	4	1,387	2,013	(10.0%)	711	2,724	(7.8%)	3	2,727	(7.9%)	11,688	(6.9%)	14,415	(7.1%)
3月	231	36	1,622	1,889	(-9.6%)	863	2,753	(-6.7%)	10	2,762	(-6.4%)	14,359	(4.9%)	17,122	(2.9%)
小計	1,801	48	4,604	6,453	(1.9%)	2,265	8,718	(-0.9%)	15	8,734	(-0.7%)	37,909	(-2.5%)	46,643	(-2.2%)
醫療點數 (百萬點)															
108年	-	-	5,667	5,667	-	3,564	9,231	-	-	9,231	-	61,999	-	71,230	-
1月	-	-	1,012	1,012	-	495	1,507	-	-	1,507	-	9,596	-	11,103	-
2月	-	-	785	785	-	401	1,186	-	-	1,186	-	7,323	-	8,509	-
3月	-	-	897	897	-	518	1,415	-	-	1,415	-	9,224	-	10,639	-
小計	-	-	2,694	2,694	-	1,414	4,108	-	-	4,108	-	26,143	-	30,251	-
112年	2,077	596	5,225	7,897	(39.4%)	3,665	11,563	(25.3%)	116	11,679	(26.5%)	71,580	(15.5%)	83,259	(16.9%)
1月	1,254	4	730	1,988	(96.5%)	439	2,427	(61.0%)	2	2,429	(61.2%)	9,296	(-3.1%)	11,725	(5.6%)
2月	600	3	660	1,262	(60.8%)	458	1,720	(45.0%)	2	1,722	(45.2%)	9,486	(29.5%)	11,208	(31.7%)
3月	222	14	752	988	(10.2%)	548	1,537	(8.6%)	5	1,541	(8.9%)	11,392	(23.5%)	12,933	(21.6%)
小計	2,076	21	2,141	4,238	(57.3%)	1,445	5,683	(38.3%)	8	5,692	(38.6%)	30,174	(15.4%)	35,866	(18.6%)

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/8/3)。
- 資料範圍：總額內案件或C5代辦COVID-19、COVID-19後病況案件。
- 統計定義：
 - 就醫件數：門住診就醫註記欄位(OP_CASE/HP_CASE)合計，交付機構不計。
 - 醫療點數：申報點數及部分負擔金額合計。
 - 感染症/非感染症：COVID-19、類流感、其他感染症或呼吸道癥候、其他COVID-19後病況之案件歸類為感染症，其餘為非感染症。
 - COVID-19：主診斷碼為U07.1、U07.2、U09.9者，惟依現行申報規定，僅有主診斷U07.1之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為J09-J18、A22、A37、B25、B44或診斷碼為J06.9者。
 - 其他感染症或呼吸道相關癥候：排除類流感後，主診斷第一碼為A、B者(涵蓋感染症及寄生蟲病)，或主診斷第一碼為R且CCS分類屬呼吸道病症(126,133,134)或不明熱(246)類別者。
 - 其他COVID-19後病況：排除上述主診斷條件後，任一診斷碼為「U09.9=COVID-19後病況」者。
 - C5代辦：原處方案件分類為C5之案件，其總額別依處方機構權屬別特約類別及原案件醫事類別區分。

表 2-2

西醫基層112年第1季點值(基期點值111年)			製表日期：1121002						
評估指標1:平均點值<0.9且較去年同季降幅>5%註記									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
111年									
第1季	1-3月	浮動點值	1.0200	1.1168	1.1073	1.1428	1.1111	1.1461	1.0923
		平均點值	1.0301	1.0845	1.0756	1.0993	1.0754	1.1020	1.0652
第2季	4-6月	浮動點值	1.0484	1.1403	1.0865	1.1093	1.0562	1.2092	1.0808
		平均點值	1.0308	1.0943	1.0619	1.0789	1.0420	1.1276	1.0567
第3季	7-9月	浮動點值	0.9195	0.9762	0.9799	0.9910	0.9765	1.0430	0.9801
		平均點值	0.9598	1.0083	0.9921	1.0047	0.9888	1.0461	0.9859
第4季	10-12月	浮動點值	0.9184	0.9727	0.9695	0.9872	0.9726	1.0507	0.9569
		平均點值	0.9408	0.9813	0.9790	0.9915	0.9813	1.0321	0.9694
112年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.9138	0.9652	0.9810	1.0022	0.9599	1.0540	0.9561
		平均點值	0.9382	0.9768	0.9860	1.0001	0.9734	1.0344	0.9692
條件1	點值<0.9		N	N	N	N	N	N	
	同季平均點值成長率		-9%	-10%	-8%	-9%	-9%	-6%	
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y	Y	Y	Y	
條件1&2			N	N	N	N	N	N	
評估指標2-實際作業:一般服務之醫療費用核定點數成長率-受影響年度一般服務成長率>當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上									
門檻:112年醫療服務成本及人口因素成長率(1.4%)+5%=6.4%;									
109-111年一般服務成長率9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)									
點數單位:									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	一般服務點數	10,224	4,468	5,607	4,278	4,690	610	29,878
第2季	4-6月	一般服務點數	10,210	4,506	5,602	4,303	4,700	621	29,942
第3季	7-9月	一般服務點數	10,166	4,484	5,672	4,351	4,793	620	30,086
第4季	10-12月	一般服務點數	10,928	4,817	5,995	4,568	5,079	651	32,037
112年(以108年為基期)									
第1季	1-3月	一般服務點數	11,401	5,124	6,178	4,664	5,285	652	33,304
	較前一年同期點數成長率		11.51%	14.67%	10.18%	9.02%	12.70%	6.82%	11.47%
	扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率		2.50%	5.66%	1.17%	0.01%	3.70%	-2.19%	2.46%
條件:成長率>門檻			N	N	N	N	N	N	

牙醫門診總額 112 年第 1 季醫療利用分析及「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序-評估作業

一、112 年第 1 季醫療利用分析如表 3-1。

二、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序之評估結果如表 3-2：

(一) 依據 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會通過之評估方式，調整後動支程序指標 2：「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108 年)」作為計算基期)－受影響年度一般服務成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」，指標實際作業如下：

1. 評估指標 1：平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。
2. 評估指標 2(實際作業)：一般服務之醫療費用核定點數成長率－受影響年度一般服務成長率>當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上」。

註：1. 受影響年度一般服務成長率係指 109-111 年一般服務成長率

(3.559%+3.054%+1.843%=8.456%)。

2. 112 年醫療服務成本及人口因素成長率(0.642%+5%=5.642%)。

(二) 動支程序評估結果(同表 3-2)：

評估指標 1 及 2：112 年第 1 季，六分區皆不符合動支條件。

牙醫總額 112 年第 1 季醫療費用分析

費用年月	統計值	成長率
就醫件數 (千件)		
108年		
1月	3,143	-
2月	2,257	-
3月	2,935	-
小計	8,335	-
112年		
1月	2,415	-23.14%
2月	2,804	24.24%
3月	3,251	10.74%
小計	8,470	1.62%
醫療點數 (百萬點)		
108年		
1月	4,145	-
2月	2,977	-
3月	3,927	-
小計	11,048	-
112年		
1月	3,363	-18.85%
2月	3,895	30.86%
3月	4,578	16.59%
小計	11,836	7.14%
註：		
1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台門住診、交付機構明細(彙算日期：2023/10/5)。		
2. 資料範圍：牙醫總額之門、住診及交付機構之醫療費用申報資料計算		
3. 統計定義：		
(1) 就醫次數係醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：		
a. 門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」、「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。		
b. 住院件數排除「補報部分醫令或醫令差額」及「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」案件。		
(2) 醫療點數為申請點數及部分負擔(住診含已收取之部分負擔點數)之合計。		

表 3-2

牙醫門診總額 112 年第 1 季評估結果(費用點數以 108 年為基期並扣除疫情影響)

牙醫門診總額112年第1季點值(基期點值111年)			製表日期：1121002						
評估指標1:平均點值<0.9且較去年同季降幅>5%註記									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
111年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.9613	1.0450	1.0115	1.0727	1.0281	1.2101	1.0048
		平均點值	0.9564	1.0342	1.0094	1.0664	1.0254	1.2021	1.0048
第2季	4-6月	浮動點值	1.0766	1.1581	1.0800	1.1291	1.0864	1.3586	1.0859
		平均點值	1.0529	1.1344	1.0731	1.1192	1.0799	1.3284	1.0856
第3季	7-9月	浮動點值	0.9224	0.9800	1.0067	1.0559	1.0187	1.2049	1.0024
		平均點值	0.9527	1.0215	1.0132	1.0669	1.0252	1.2282	1.0024
第4季	10-12月	浮動點值	0.9676	1.0426	1.0264	1.0819	1.0513	1.2363	1.0122
		平均點值	0.9592	1.0276	1.0244	1.0771	1.0476	1.2282	1.0121
112年									
第1季	1-3月	浮動點值	0.9232	0.9911	1.0112	1.0282	1.0180	1.1346	0.9859
		平均點值	0.9325	1.0032	1.0125	1.0363	1.0212	1.1500	0.9861
條件1	點值<0.9		N	N	N	N	N	N	
	同季平均點值成長率		-2%	-3%	0%	-3%	0%	-4%	
條件2	同季降幅>5%註記		N	N	N	N	N	N	
條件1&2			N	N	N	N	N	N	
評估指標2-實際作業:一般服務之醫療費用核定點數成長率-受影響年度一般服務成長率>當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上									
門檻:112年醫療服務成本及人口因素成長率0.642%+5%=5.642%; 109-111年一般服務成長率8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)									
點數單位:百萬點									
年季	月份	項目	臺北分區	北區分區	中區分區	南區分區	高屏分區	東區分區	全區
108年									
第1季	1-3月	一般服務點數	4,208	1,671	1,930	1,358	1,480	187	10,834
第2季	4-6月	一般服務點數	4,399	1,739	1,970	1,411	1,538	192	11,250
第3季	7-9月	一般服務點數	4,526	1,797	2,080	1,431	1,591	196	11,622
第4季	10-12月	一般服務點數	4,608	1,821	2,065	1,458	1,608	200	11,760
112年(以108年為基期)									
第1季	1-3月	一般服務點數	4,511	1,826	2,074	1,386	1,574	186	11,556
較前一年同期點數成長率			7.20%	9.29%	7.46%	2.01%	6.33%	-0.48%	6.67%
扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率			-1.26%	0.83%	-0.99%	-6.44%	-2.13%	-8.94%	-1.79%
條件:成長率>門檻			N	N	N	N	N	N	

(會議資料第 104、109、110 頁)

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議解除追蹤**2**項，繼續追蹤**1**項，如附表(第29~30頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄一(會議資料第211~213頁)。

附表

上次(第8次)委員會議繼續列管追蹤事項

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	報告事項： 112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)，請中央健康保險署回復說明。	於112年9月28日請辦健保署。	健保署回復：委員所提意見，說明如附件(會議資料第111~115頁)。	解除追蹤	—
2	討論事項第1案： 113年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	達成共識之部門，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，結論如附件一、二、三，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(112)年10月份委員會議確認。	於112年9月28日請辦健保署。	健保署回復： <u>已提報於本次會議優先報告事項(詳第46~55頁)確認。</u>	<u>於委員會議確認後解除追蹤</u>	—

二、擬繼續追蹤(共 1 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	討論事項第 1 案： 113 年度醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	達成共識之部門，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，結論如附件一、二、三，其中新增或延續性項目「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(112)年 10 月份委員會議確認。	於 112 年 9 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 本署將儘速與中醫師公會全國聯會及牙醫師公會全國聯合會達成共識後，提報貴會確認。	1.繼續追蹤 2.本項須於 10 月份委員會議確認，俾憑報部，將於健保署提報委員會議確認後解除追蹤。	112 年 10 月
2	討論事項第 2 案： 建議各總額部門專款「網路頻寬補助費用」項目及其他預算「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」項目延長執行期間。	請中央健康保險署參考委員意見，會同各總額部門相關團體妥為研議退場後之執行規劃(包含財源規劃，例如由公務預算等其他財源支應)，並於協商 114 年度總額前，提報本會。	於 112 年 9 月 28 日請辦健保署。	健保署回復： 有關委員所提意見將提報至 113 年「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」，蒐集各總額團體意見。	1.繼續追蹤 2.健保署於協商 114 年度總額前，提報退場後之執行規劃，始解除追蹤。	113 年 9 月

(會議資料第 116 頁)

五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：113 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(112)年 9 月 20 日完成 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 22 日第 8 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如會議資料第 5~99 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 113 年度總額整體成長率：

兩案併陳之協商結果，經總額計算公式估算，其整體成長率分別為：付費者方案為 3.645%，醫界方案為 4.672%，如下表。

113 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 ^{註2} 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

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，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分，故 113 年度總額基期淨值約 8,362.3 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

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、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

依 113 年度總額協商程序及本會第 8 次委員會議(112.9.22)之決議，請健保署會同總額部門相關團體參考委員意見，共同討

論研修後，提報本次委員會議確認。健保署於 112 年 10 月 17 日函復研修結果如附件(第 46~55 頁)。

二、本會研析健保署所送之執行目標、預期效益之評估指標，建議如下：

(一)整體性意見：查健保署回復與各總額部門共同討論研修提報本會之內容，其中「執行目標」多數有研訂量化數值之執行目標，「預期效益之評估指標」多數係呈現改善方向，如減少負向情形(再住院率較前一年下降)或增加正向情形(疼痛狀況後測較前測改善)，未提出量化之評估指標閾值，委員是否同意，請討論。說明如下：

- 1.本會近年總額協商對於「執行目標」及「預期效益之評估指標」，係依據衛福部 111 年 3 月 15 日之 112 年總額交議函指示(略以)：「未來健保會協商各部門總額計畫之前，應先訂定好相關 KPI，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、如何回饋付費者和醫界；同時亦應訂定評估標準，以利後續評估擴大辦理(或持續辦理)或減少預算(或退場)」辦理。過去本會同意之「預期效益之評估指標」多數訂有量化評估指標閾值，以利預算執行後，對於是否達到預期效益，有明確的評估標準，作為執行成果評核及預算協商參考。
- 2.今年健保署提報之「預期效益之評估指標」多數係呈現改善方向，可能考量新增項目為第一年執行，尚無法提出明確效益之量化數值。若委員同意，建議對各總額部門之要求宜有一致標準，且請健保署及各總額部門未來於提報執行成果時，對於指標趨勢進行解讀，並就投入預算與執行結果提出成本效益分析。

(二)個別協定項目之意見，如後附表(第 34~45 頁)：

- 1.牙醫門診總額，詳第 34~37 頁。
- 2.中醫門診總額，詳第 38~42 頁。
- 3.其他預算，詳第 43~45 頁。

(三)有關健保署與中全會建議，中醫門診總額一般服務第 1 項「中醫利用新增人口」協定事項扣減方式之修正文字：

- 1.健保署與中全會研議將「就醫者平均每人就醫費用」新增年度，修改為「113 年就醫者平均每人就醫費用」。
- 2.新增採計年度，使指標定義更為明確，不影響實質內容，應屬合理，建議同意修正。

三、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 113 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。至未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛福部就政策要求，逕予核定。

決定：

一、牙醫門診總額

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析意見	
				研析意見	對指標修正之建議
專款項目	(一) 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (3.071 億元)	1.執行目標： 執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。		1.執行目標： (1)牙全會所建議之執行目標為執行本計畫之院所達 2 成，其目標值設定偏低，請補充說明理由及合理性。 (2)若依協商當時之預算推估方式(3.071 億元 = 206.8 萬人 * 就醫率 48.2% * 3.08 次 * 100 點)，可考量改以服務人數(99.7 萬人)為執行目標(建議修正如右欄)。	1.執行目標： (1)是否同意健保署與牙全會研議結果： 「執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成」。 (2)或採協商預算估算方式，以服務人數為執行目標： 「113 年度本計畫服務病人數全年以 99.7 萬人為基準，並以 113 年度修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值」。

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析意見	
				研析意見	對指標修正之建議
		<p>2. 預期效益之評估指標： 執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率达到 68 成。</p> <p>.....</p> <p>【牙全會回復健保署意見說明： (1) 修訂為執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率达到 8 成。 (2) 考量自評表中包含每就診病人都要查詢雲端藥歷，健保署可依據雲端藥歷查詢系統，對於未查詢之病人核減費用，故合格率訂為 8 成。】</p>	<p>1. 有關預期效益評估指標：「執行『特定疾病病人牙科就醫安全』院所數自我評估合格率达到 6 成。」，因健保會表示自評合格率無法反映就醫安全提升的結果，<u>建議牙全會配合健保會意見研議修正為符合預算執行目的之結果面指標。</u></p> <p>2. 倘若因方案執行初期，難以立即評估特定病人就醫安全之效益，仍須保留本項指標，考量本項目為院所自評後申報，理論上應為全數合格，惟考量目前為執行第 1 年，<u>尊重牙全會訂定指標為自我評估合格率达到 8 成。</u></p>	<p>2. 預期效益之評估指標： (1) 查協定事項明訂「本項用於評估特定疾病病人用藥情形後，擬定對應之牙醫治療計畫者」，爰非有查詢雲端藥歷即可申報費用，合先敘明。 (2) 牙全會所研議之評估指標「自我評估合格率」，屬過程面指標，無法反映就醫安全提升之結果。建議研議修正為符合預算執行目的之結果面指標。 (3) 協商時牙醫部門主張使用抗凝血劑、抗骨鬆藥物等患者，容易於牙科處置時發生特定風險，爰爭取預算提升該類病人接受牙科處置之就醫安全，<u>建議修正為特定疾病病人就醫風險降低之結果面指標(如右欄)。</u></p>	<p>2. 預期效益之評估指標： (1) 是否同意健保署與牙全會研議結果： 「執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率达到 8 成」。 (2) 或採本會建議以降低協商時主張之重點特定疾病病人就醫風險為評估指標： 「1 年後(114 年起)，特定疾病病人就醫風險降低，至少包括： ① 使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。 ② 使用抗骨鬆藥物者，牙科處置後顎骨壞死風險降低」。 【註：上開特定疾病就醫風險降低之具體評估方式，請健保署會同牙全會妥為研訂。】</p>

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析意見	
				研析意見	對指標修正之建議
專款項目	(二) 高風險疾病口腔照護計畫 (15.99 億元)	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)113 年服務高風險患者執行牙結石清除 (91090C) 達 51,600 人次。</p> <p>(2)113 年高風險疾病患者齲齒填補顆數為 10 萬顆。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)氟化物治療 (P7301C)預估服務人次 364,000 人次。</p> <p>(4)齲齒經驗之高風險患者氟化物治療 (P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率,111~113 年</p>	<p>1.執行目標：</p> <p><u>統計「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之服務人次</u>，112 年上半年服務 37,774 人次、推估 112 年全年可服務約 7.5 萬人次，建議 113 年度執行目標仍應高於 112 年執行值。</p> <p>2.預期效益之評估指標： <u>有關評估指標-國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加</u>，資料來源</p>	<p>依協定事項(詳會議資料第 9 頁)，本計畫之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，涉及具體實施計畫之醫療服務內容，俟健保署 112 年 12 月前提報具體實施計畫時併同確認，本次暫不討論及確認。</p>	

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析意見	
				研析意見	對指標修正之建議
		<p>分別為 40%、45%、50%。</p> <p>(2)國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>(3)高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</p> <p>(4)1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>.....</p> <p>【牙全會回復健保署意見說明：維持原建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p>	<p>為衛生福利部「成年與老年人口腔健康調查計畫」，依口腔健康法規定為每六年提出國民口腔健康狀況調查及研究之報告(最近執行年度為 104-105 年)，經詢問衛生福利部口腔司，次一期的執行年度為 110-111，因受疫情影響延至今年驗收。</p> <p>3.其餘指標尊重牙全會建議。</p>		

二、中醫門診總額

項目	新增或延續性項目 (成長率, 預估增加金額)	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	對指標修正之建議
一般服務	(一) 中醫利用新增人口 (1.990%, 588 百萬元)	1.執行目標： 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。 2.預期效益之評估指標： 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況, 未明示)、職災及預		1.執行目標： 健保署與中全會係以「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數」為執行目標，似過於寬鬆，無法達到提升就醫人數之意義。建請健保署及中全會說明指標設定依據。 2.預期效益之評估指標： 健保署與中全會所提預期效益之評估指標同執行目標，僅增加指標定義。似無法呈現資源投入之具體效益，建請健保署及中全會提出就醫人數增加，對於	1.執行目標： (1)是否同意健保署與中全會研議結果： 「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數」。 (2)或參考扣款計算方式設定執行目標： 「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數之目標值，以本項預算 588 百萬元除以『113 年就醫者平均每人就醫費用點數』計算」。 2.預期效益之評估指標： (1)是否同意健保署與中全會研議結果： 「113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性

項目	新增或延續性項目 (成長率, 預估增加金額)	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	對指標修正之建議
		防保健部分)。		醫療品質或增加效益之結果面指標。	肺炎 (COVID-19) 後的病況, 未明示)、職災及預防保健部分)。 (2)或請健保署及中全會提出指標修訂, 可考量中醫就醫人數增加, 對於提升醫療品質或效益之結果面指標。
專款項目	(二) 中醫急症處置 (延續 107 年項目) (10 百萬元)	1.執行目標： 參與院所數為 7 家及服務人數以 <u>1,800</u> <u>2,500</u> 人為目標。 【中全會回復健保署意見說明： 因為中醫急診 112 年 1-6 月服務 2,064 人, 但 7 月僅提供 100 人的照護是否因看診人數爆增, 造成急診點值過低, 醫院產生觀望而降低服務次數, 故 113 年不宜用	1. 執行目標： 查本計畫 112 年 1-6 月服務人數為 2,064 人, 考量 113 年本項經費編列 10 百萬元(增加 5 百萬元), 爰建議修正為「參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人(109 年至 111 年平均每人費用為 1,664 點至 1,990 點, 113 年經費編	1.執行目標： 健保署以 113 年預算數除以 111 年平均每人費用, 並以執行率 80%推估服務人數 <u>4,000</u> 人, 較為合理, 建議參採健保署意見。	1.執行目標： 建議參採健保署意見, 修正如下： 「參與院所數為 7 家及服務人數以 <u>4,000</u> 人為目標」。

項目	新增或延續性項目 (成長率, 預估增加金額)	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	對指標修正之建議
		<p>1-6 月人數乘 2 做為依據，建議以 2,500 人為目標值。】</p> <p>2. 預期效益之評估指標：使用視覺類比量表 (Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表 (Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況 (Present Pain Intensity, PPI) 等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</p>	<p>列 10 百萬元，推估服務人數 10 百萬元 /1,990 點 =5,025 人，以執行率 80% 推估約 4,000 人) 為目標」。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：考量中華民國中醫師公會全國聯合會所提業以該計畫相關量表之前、後測結果評量改善情形，爰尊重該會所提建議。</p>	<p>2. 預期效益之評估指標：健保署與中全會均建議以計畫相關量表之前、後測結果評量改善情形，尚屬合理，建議尊重健保署及中全會意見，僅酌修文字，如右欄。</p>	<p>2. 預期效益之評估指標：建議依健保署與中全會研議結果，並酌修文字如下： 「依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表，如：視覺類比量表 (Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表 (Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況 (Present Pain Intensity, PPI) 等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善」。</p>

項目	新增或延續性項目 (成長率, 預估增加金額)	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	對指標修正之建議
	(三) 照護機構 中醫醫療 照護方案 (延續 111 年 項目) (48 百萬元)	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)113 年至少 90家院所 <u>參與服務服務 90 家</u> <u>照護機構</u>。</p> <p>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</p> <p>.....</p> <p>【中全會回復健保署意見說明： 執行目標「113 年至少 90 家院所參與服務」，修正為「113 年至少服務 90 家照護機構」。】</p> <p>2.預期效益之評估指標： <u>照護機構接受中醫醫療</u> <u>照護後，其住民外出中</u> <u>醫就醫比率較 112 年減</u> <u>少</u>。</p> <p>.....</p> <p>【中全會回復健保署意</p>	<p>1.有關執行目標部分，113 年目標值已較 112 年高，又 113 年服務人次調升，考量本方案預算執行率可能達 100%，爰本署同意中全會之意見。</p> <p>2.另預期效益之評估指標： 本署建議修正為「<u>照護機構接受中醫醫療</u>照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少」，並請中全會</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)中全會修正執行目標，將「參與院所數」修正為「<u>服務照護機構數</u>」，應屬合理。</p> <p>(2)中全會提出服務人次及服務總天數，健保署表示均高於 112 年計畫所定之目標值，尚屬合理。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 中全會同意健保署之修正建議，「<u>照護機構</u>接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少」。已參考 9 月份委員會議所提意見釐清比較</p>	<p>1.執行目標： 建議依健保署與中全會研議結果： (1)113 年至少 <u>服務 90 家</u> <u>照護機構</u>。</p> <p>(2)服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 建議依健保署與中全會研議結果： 「<u>照護機構</u>接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少」。</p>

項目	新增或延續性項目 (成長率, 預估增加金額)	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	健保署意見	本會研析建議	
				研析意見	對指標修正之建議
		見說明： <u>預期效益之評估指標依健保署建議修改。】</u>	確認所提預期效益之評估指標。	基準，尚屬合理。	

三、其他預算

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	健保署修正提報之建議	本會研析建議	
			研析意見	對指標修正之建議
專款項目	<p>(一) 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 (83.78 億元)</p>	<p>在宅急症照護試辦計畫 1.執行目標： 113年至少100家院所參與服務。 2.預期效益之評估指標： 結案後14天內轉住院率^註較前一年下降。113年為觀察年度。 註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次</p>	<p>1.執行目標： 健保署以院所參與家數為執行目標，考量本試辦計畫屬全新的照護模式，第1年執行未有病人數基礎資料，爰鼓勵院所參與尚屬合理，建議未來朝訂定照護服務病人數目標為宜。 2.預期效益之評估指標： 健保署以減少病人14日內轉住院率為結果面指標屬合理。惟其比較標準「較前一年下降」不明確，考量本項屬新試辦計畫未有前1年資料可比較，建議修正與前1年醫院住院同診斷病人比較，故修正文字如右欄。</p>	<p>1.執行目標： 建議依健保署所提目標：「113年至少100家院所參與服務」。 另建議未來朝訂定照護服務病人數目標為宜。 2.預期效益之評估指標： 建議修正文字如劃線處： <u>「本計畫收案對象結案後14天內轉住院率^註較前1年醫院住院同診斷病人14日再住院率下降」。</u> 註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次</p>

項目	新增或延續性項目 (全年經費)	健保署修正提報之建議	本會研析建議	
			研析意見	對指標修正之建議
專款項目	(二) 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目) (20億元)	1.執行目標： 調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。 2.預期效益之評估指標： 調升護理相關費用之醫院家數占率	1.執行目標： <u>健保署所提之執行目標「調升護理相關費用」、「醫院家數達一定比率」不明確。</u> 建議酌修文字以臻明確，說明如下： (1)考量本項協定事項明訂「預算優先用於強化住院夜班護理照護量能」，建議目標明訂「調升醫院住院夜班費用」。 (2)執行目標宜有具體量化標準，建請健保署會上補充明「一定比率」為何。 2.預期效益之評估指標： (1)健保署以調升護理費之醫院家數為預期效益之評估指標，惟其較屬過程面指標。考量本項預算協商時，主要訴求解決護理人力不足問題，建議執行效益評估，宜回應預算用途，呈現資源投入之具體效益為宜。 (2)查現行醫院總額執行成果評核指標(簡稱評核指標)，包含「淨增加總人數」、「平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員數」、「2年以上年資護理人員比率」等5項護理人力監測指標(如參考資料)，建議可參採作為效益評估指標。	1.執行目標： 是否同意健保署研提目標，並建議修正如劃線處： 「調升醫院住院夜班費用之醫院家數達____%」 並請健保署補充說明醫院家數目標百分比目標值。 2.預期效益之評估指標： (1)是否同意健保署研提指標，並建議修正文字如劃線處： 「調升醫院住院夜班費用之醫院家數占率」。 (2)或參採評核指標，選取以下建議之相關指標： ①醫院護理人員總人數較112年成長。 ②平均每月實際於一般急性病床照護之護理人員較112年成長。 ③醫院2年以上年資護理人員比率較112年增加。

107~111 年各層級醫院護理人力改善情形

項目	年	107	108	109	110	111
淨增加總人數		2,581	2,412	1,288	632	212
--醫學中心		1,016	907	464	300	-128
--區域醫院		985	884	307	27	24
--地區醫院		555	621	485	294	317
平均每月實際於一般急性病 床照護之護理人員數		31,756	31,423	31,588	32,341	31,926
--醫學中心		11,803	11,718	11,699	12,078	11,712
--區域醫院		13,311	13,070	13,042	13,072	12,920
--地區醫院		6,642	6,635	6,847	7,191	7,294
3 個月以上年資護理人員離 職率(%)		2.65	2.39	2.28	2.28	2.59
--醫學中心		1.92	1.88	1.64	1.65	2.07
--區域醫院		2.93	2.57	2.57	2.50	2.79
--地區醫院		3.26	2.88	2.89	3.00	3.03
年資未滿 2 年之護理人員 離職率(%)		...	2.39	1.77	1.49	1.42
--醫學中心		...	1.06	0.87	0.69	0.75
--區域醫院		...	1.59	2.23	1.88	1.48
--地區醫院		...	3.33	2.54	2.21	2.35
2 年以上年資護理人員比率(%)		75.22	75.38	76.78	77.67	77.68
--醫學中心		80.07	80.34	83.04	83.05	82.64
--區域醫院		75.70	76.49	77.30	78.74	79.16
--地區醫院		66.26	65.49	65.20	66.34	67.61

資料來源：中央健康保險署 111 年度各總額部門執行成果報告(上冊)

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：鄭智仁

聯絡電話：02-27065866 分機：2627

傳真：02-27026324

電子郵件：a111087@nh.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112年10月17日

發文字號：健保醫字第1120664366號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

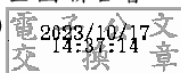
附件：如主旨 (A21030000I_1120664366_doc2_Attach1.pdf、
A21030000I_1120664366_doc2_Attach2.pdf、
A21030000I_1120664366_doc2_Attach3.pdf)

主旨：檢送113年度中醫、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預
算新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」研
議結果(附件1-3)，請查照。

說明：依據貴會112年9月22日第6屆112年第8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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本
署企劃組(均含附件)



112.10.17



1123340268

113 年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」 -
健保署及中醫師公會全國聯合會研議結果

項目	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	中全會說明	本署意見
中醫新用人口年項 (113 新增目)	<p>1. 執行目標： 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。 預期效益之評估指標： 113 年就醫人數大於 112 年就醫人數。(就醫人數均不含 U07.1(確認 COVID-19 病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎 (COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)。</p> <p>2. 依 113 年中醫實際就醫人數成長情形，扣減當年未執行之額度，並列入基期扣減，扣減方式如下：以「113 年實際就醫人數」扣除「112 年實際就醫人數」，乘以</p>	<p>同意健保署建議。</p>	<p>建議協定事項文字「就醫者平均每人就醫費用」新增年度，修改文字為「113 年就醫者平均每人就醫費用」。</p>

項目	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	中全會說明	本署意見
中醫急症處置	<p>「113 年就醫者平均每人就醫費用」計算，若低於 113 年協定增加之預算 588 百萬元，則扣減未達之差額。</p> <p>3. 請中央健康保險署依上開議定之預算扣減方式，會同中醫門診總額相關團體提出其執行細節後，於 113 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>	<p>因為中醫急診 112 年 1-6 月服務了 2,064 人，但 7 月僅提供 100 人的照護是否因看診人數爆增，造成急診點值過低，醫院產生觀望而降低服務次數，故 113 年不宜用 1-6 月人數乘 2 做為依據，建議以 2,500 人做為目標值。</p>	<p>1. 執行目標： 查本計畫 112 年 1-6 月服務人數為 2,064 人，考量 113 年本項經費編列 10 百萬元(增加 5 百萬元)，爰建議修正為「參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人(109 年至 111 年平均每人費用為 1,664 點至 1,990 點，113 年經費編列 10 百萬元；推估服務人數 10 百萬元/1,990 點=5,025 人，以執行率 80%推估約 4,000 人)為目標」。</p>
中醫急症處置	<p>1. 執行目標： 參與院所數為 7 家及服務人數以 1,800-2,500 人為目標。</p> <p>預期效益之評估指標： 使用視覺類比量表 (Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表 (Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI) 等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</p>	<p>因為中醫急診 112 年 1-6 月服務了 2,064 人，但 7 月僅提供 100 人的照護是否因看診人數爆增，造成急診點值過低，醫院產生觀望而降低服務次數，故 113 年不宜用 1-6 月人數乘 2 做為依據，建議以 2,500 人做為目標值。</p>	<p>1. 執行目標： 查本計畫 112 年 1-6 月服務人數為 2,064 人，考量 113 年本項經費編列 10 百萬元(增加 5 百萬元)，爰建議修正為「參與院所數為 7 家及服務人數以 4,000 人(109 年至 111 年平均每人費用為 1,664 點至 1,990 點，113 年經費編列 10 百萬元；推估服務人數 10 百萬元/1,990 點=5,025 人，以執行率 80%推估約 4,000 人)為目標」。</p>

項目	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	中全會說明	本署意見
醫療中照醫構醫案 機醫方 護中療 照構醫案	2. 請中央健康保險署訂定結果面成效指標，檢討執行成效及計畫執行情形，若未有明顯成效或執行率偏低，則請考量是否持續辦理。		2. 預期效益之評估指標：考量中華民國中醫師公會全國聯合會所提業以該計畫相關量表之前、後測結果評量改善情形，爰尊重該會所提建議。
	1. 維持每診次看診人次 15 人次規範，惟照護機構核定床數 50 床上者，得由 15 人次調升至 25 人次。 2. 執行目標： (1) 113 年至少 90 家院所參與服務服務 90 家照護機構。 (2) 服務人次 20,000 人次，服務總天數 3,500 天。 預期效益之評估指標： 照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。 3. 請中央健康保險署辦理下列事項：	1. 執行目標「113 年至少 90 家院所參與服務」，修正為「113 年至少服務 90 家照護機構」。 2. 預期效益之評估指標依健保署建議修改。	1. 有關執行目標部分，113 年目標值已較 112 年高，又 113 年服務人次調升，考量本方案預算執行率可能達 100%，爰本署同意中全會之意見。 2. 另預期效益之評估指標本署建議修正為「 <u>照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫比率較 112 年減少。</u> 」，並請中全會確認所提預期效益之評估指標。

項目	中醫師公會全聯會 112 年 10 月 6 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」	中全會說明	本署意見
	<p>(1)請監測參與本計畫照護機構之中醫利用情形(照護機構住民人數、就醫人數與占率及機構外就醫等),並檢討醫療利用之合理性及評估計畫成效。</p> <p>(2)依 113 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。</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 113 年 7 月提全民健康保險會報告。</p>		

113 年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」 - 健保署及牙醫師公會全國聯合會研議結果

<p>項目</p>	<p>牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 日修正提報建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」</p>	<p>牙全會說明</p>	<p>本署意見</p>
<p>高風險口腔疾病照畫</p>	<p>1. 執行目標： (1) 113 年服務高風險患者執行牙結石清除(91090C)達 51,600 人次。 (2) 113 年高風險疾病患者齶齒填充類數為 10 萬顆。 (3) 高齶齒率患者(曾接受過複合體填充補處置)氟化物治療(P7301C)預估服務人次 364,000 人次。 (4) 齶齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)預估服務人次 202 萬人次。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：</p>	<p>維持原建議之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。</p>	<p>1. 執行目標： 統計「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之服務人次，112 年上半年服務 37,774 人次，推估 112 年全年可服務約 7.5 萬人次，建議 113 年度執行目標仍應高於 112 年執行值。</p> <p>2. 預期效益之評估指標： 有關評估指標-國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加，資料來源為衛生福利部「成年與老年人口腔健康調查計畫」，依口腔健康法規定為每六年提出國民口腔健康狀況調查及研究之報告(最近執行年度為 104-</p>

項目	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 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>(1) 高風險疾病病人利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</p> <p>(2) 國人牙齒保存數較 104-105 年衛福部口腔健康調查結果增加。</p> <p>(3) 高齲齒率患者(曾接受過複合體填補處置)利用塗氟之比率 113 年為 50%。</p> <p>(4) 1 年後(113 年起)高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p>		<p>105 年)，經詢問衛生福利部口腔司，次一期的執行年度為 110-111，因受疫情影響延至今年驗收。</p> <p>3. 其餘指標尊重牙全會建議。</p>
特定疾病牙科就醫安全(113 年新增項目)	<p>1. 執行目標： 執行特定疾病病人牙科就醫安全的院所數達 2 成。</p> <p>2. 預期效益之評估指標： 執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率達到 68 成。</p>	<p>1. 修訂為執行「特定疾病病人牙科就醫安全」院所數自我評估合格率达到 8 成。</p> <p>2. 考量自評表中包含每就診病人都要查詢雲端藥歷，健保署可依據雲端藥歷查詢系統，對於未查</p>	<p>1. 有關預期效益評估指標：「執行『特定疾病病人牙科就醫安全』院所數自我評估合格率达到 6 成。」，因健保會表示自評合格率無法反映就醫安全提升的結果，建議牙全會配合健保會意見研議</p>

項目	牙醫師公會全聯會 112 年 10 月 12 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 詢之病人核減費用，故合格率訂為 8 成。	本署意見 <u>修正為符合預算執行目的之結果面指標。</u> 2. 倘若因方案執行初期，難以立即評估特定病人就醫安全之效益，仍須保留本項指標，考量本項目為院所自評後申報，理論上應為全數合格，惟考量目前為執行第一年， <u>尊重牙全會訂定指標為自我評估合格率 8 成。</u>
----	---	-------------------------------	---

113 年度其他預算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	協定事項	本署修正意見
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務-在宅急症照護試辦計畫	<p>1. 預算 200 百萬元，本項費用不包含現行由醫院總額一般服務支應之住院醫療費用。</p> <p>2. 執行目標(暫列)： 提供急症病人適當之在宅醫療服務，減少病人住院情形。</p> <p>預期效益之評估指標(暫列)： 結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)。</p>	<p>建議執行目標及預期效益之評估指標修正如下： (1) 執行目標：<u>113 年至少 100 家院所參與服務。</u> (2) 預期效益之評估指標：<u>結案後 14 天內轉住院率(在宅急症照護個案結案後 14 天內住院人次/在宅急症照護總人次)較前一年下降。113 年為觀察年度。</u></p>
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113 年新增項目)	<p>1. 全年經費 2,000 百萬元，優先用於強化住院夜班護理照護量能。</p> <p>2. 執行目標(暫列)： 調升護理相關費用之醫院家數達一定比率。 預期效益之評估指標(暫列)： 調升護理相關費用之醫院家數占率。</p>	<p>無修正意見</p>

項目	協定事項	本署修正意見
	<p>3. 請中央健康保險署會同中華民國護理師護士公會全國聯合會於112年10月底前將具體實施規劃，提報全民健康保險會同意後，依程序辦理。規劃建議如下：</p> <p>(1) 設定適用對象、動支條件、獎勵費用計算及撥款方式。</p> <p>(2) 訂定監測指標(含護病比、薪資調整情形)。</p> <p>(3) 建立實質回饋住院夜班護理人員之稽核方式。</p> <p>4. 於113年7月前提出強化住院護理照量能之專案報告(含歷年相關預算執行檢討結果)。</p> <p>5. 護理人力留任及流動議題與勞動環境及條件存在複雜關係，建議主管機關提出改善策略，宜由公務預算挹注經費支應。</p> <p>6. 歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照量能。</p>	

(會議資料第 152 頁)

討論事項第二案「113 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」
後附資料(健保署意見)

健保署對醫全會所提建議方案之執行面意見及移撥款執行結果：

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 111 年及 112 年第 1 季風險調整移撥款，本署執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形																
111 年	<p>1.111 年全年風險調整移撥款 6 億元，3 億元用於撥補臺北區，3 億元用於撥補點值落後地區(不含臺北區)，點值落後地區係指臺北區以外之五分區估算浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用)，低於「五分區浮動點值」且不超過每點 1 元之地區。</p> <p>2.點值落後地區撥補比率：</p> $\left\{ \frac{(M - An) \times Yn}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Yn]} \right\}$ <p style="text-align: center;">× 當季風險調整移撥款</p> <p>註：M=五分區浮動點值;A=該區浮動點值 Y=該分區一般服務預算(不含違規查處、專款及其他部門)占率 n=低於五分區浮動點值且不超過每點 1 元之地區。</p> <p>3.若有剩餘或未動用之移撥款，則當季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。</p>	<p>111 年全年結算結果：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區別</th> <th>結算金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北</td> <td>300,000,000</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>58,767,968</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>103,684,070</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>36,858,005</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>95,459,027</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>5,230,930</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>600,000,000</td> </tr> </tbody> </table>	分區別	結算金額	台北	300,000,000	北區	58,767,968	中區	103,684,070	南區	36,858,005	高屏	95,459,027	東區	5,230,930	合計	600,000,000
分區別	結算金額																	
台北	300,000,000																	
北區	58,767,968																	
中區	103,684,070																	
南區	36,858,005																	
高屏	95,459,027																	
東區	5,230,930																	
合計	600,000,000																	
112 年	<p>1.112 年全年風險調整移撥款 6 億元，3 億元撥補臺北區，3 億元優先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」)，其</p>	<p>112 年第 1 季結算結果：</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區別</th> <th>結算金額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北</td> <td>74,696,067</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>13,387,891</td> </tr> </tbody> </table>	分區別	結算金額	台北	74,696,067	北區	13,387,891										
分區別	結算金額																	
台北	74,696,067																	
北區	13,387,891																	

年度	分配方式	執行情形	
	<p>次為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之減少費用(不含臺北區)，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。</p> <p>2.4 分區(不含臺北區、東區)一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、強化基層照護能力開放表別項目等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品給付協議)估算浮動點值後進行排序，點值排序第 3 名及第 4 名，且點值小於每點 1 元者，點值排序第 3 名撥補 30%，點值排序第 4 名撥補 70%。點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。</p> <p>3.若還有剩餘或未動用之移撥款，則當季依 5 分區(不含臺北區)移撥後(撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之減少費用後)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。</p>	中區	2,980,007
		南區	10,930,934
		高屏	34,654,130
		東區	12,743,105
		合計	149,392,134

(會議資料第 172~173 頁)

討論事項第三案「113 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案」
後附資料(健保署意見)

-
- 健保署對牙全會所提建議方案之執行面意見，及特定用途移撥款執行結果：
- 一、有關各總額部門地區預算分配及特定用途移撥款，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 111 年及 112 年第 1 季「特定用途移撥款」，本署執行情形如下：

單位：億元

年度	執行方式	預算數	111 年執行數
111 年	一般服務之特定用途移撥款	12.324	10.810
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2	1.693
	2.支應牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0
	3.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(109 年起改為季結算)	0.8	0.094
	4.投保人口就醫率全國最高二區之保障款(中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.3
	5.支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」	8.724	8.724
	6.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0

單位：億元

年度	執行方式	預算數	112 年第 1 季執行數
112 年	一般服務之特定用途移撥款	12.474	2.684
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2	0.403
	2.支應牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0
	3.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(109 年起改為季結算)	0.8	0.023
	4.投保人口就醫率全國最高二區之保障款(中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.075
	5.支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」	8.724	2.181
	6.支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	0.15	0.001
	7.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0

(會議資料第 189 頁)

討論事項第四案

提案單位：本會第三組

案由：關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)數值採 4 年平均方式或單年度數值計算方式」諮詢案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第60條規定：「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定」。其中總額範圍包含低推估值、高推估值，而低推估值主要反映醫療服務成本及人口因素改變所造成的費用成長，內含MCPI、投保人口預估成長率、人口結構改變率等3項。MCPI屬醫療服務成本變動之情形，為支付標準調整之參考依據。
- 二、近年衛福部本於主管機關權責及行政院109年函示「請儘速進行總額公式檢討，以合理反映經社環境改變下，醫療費用需求之變動」，乃持續研議、精進總額低推估值之計算方式。在112年3月17日召開113年度總額範圍擬訂會議時，提出除現行單年度數值計算方式外，又提出4年平均計算方式。本會業請社保司提供低推估公式中MCPI採4年平均或單年度數值之計算方式、模擬試算及優缺點比較資料，如附件(第61~62頁)。
- 三、有關MCPI與支付標準調整關聯性，分析如下：
 - (一)維持現行採單年度數值計算：由MCPI預算調整支付標準，惟採單年度數值變動幅度較大，可視其額度決定支付標準調整內容。
 - (二)改採4年平均方式計算：MCPI趨勢似相對平穩，可建立調整支付標準機制，或可考量每年總額協商時，爭取一部分預算調整支付標準。
- 四、衛福部為研擬114年度總額範圍案，對於MCPI究採現行單年度數值計算或4年平均計算為宜，期能事先取得各界對MCPI計算

方式之共識，乃提出本諮詢案。

擬辦：本案討論結果，送請衛福部(社保司)做為研擬 114 年度總額範圍之參考。

決議：

醫療服務成本指數改變率(MCPI) 採「4年平均」或「單年度數值」比較

一、計算方式比較：

(一) 4年平均：

1. 以當下可取得最近4年MCPI數據，加總後除以4計算平均值，惟數據落後2年。
2. 以113年總額為例，係採最近4年可取得之108、109、110和111年度MCPI數值，加總後除以4計算平均值，數據落後2年。

(二) 單年度數值：

1. 直接採用該年度可取得之MCPI數據，惟數據落後2年。
2. 以113年總額為例，採111年MCPI數值，數據落後2年。

二、近10年(104年至113年)2方案模擬數據比較：

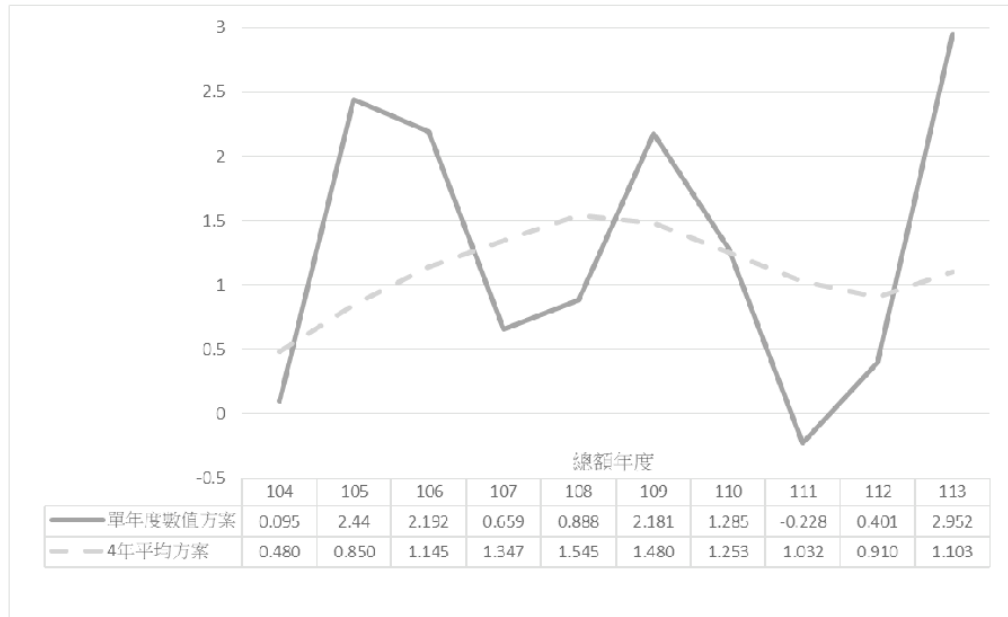
(一) 4年平均：

總額年度	採用之最近4年可取得之MCPI平均值(%)	總額年度	採用之最近4年可取得之MCPI平均值(%)
104	0.480	109	1.480
105	0.850	110	1.253
106	1.145	111	1.032
107	1.347	112	0.910
108	1.545	113	1.103

(二) 單年度數值：

總額年度	採用之MCPI (%)	總額年度	採用之MCPI (%)
104	0.095	109	2.181
105	2.44	110	1.285
106	2.192	111	-0.228
107	0.659	112	0.401
108	0.888	113	2.952

(三) 2 方案比較圖：



三、優缺點：

(一) 4 年平均：

1. 數據趨勢平穩且單一年度不易產生負值。
2. 每年變動幅度較小，較易預期變動情形。

(二) 單年度數值：

1. 數據變動較大，可能於單一年度產生負值(如 111 年度總額)。
2. 每年變動幅度較大，不易預期變動情形。

(會議資料第 193 頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 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。

說明：

- 一、本署依本(112)年度工作計畫，於貴會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議提報 111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果報告。
- 二、前揭監測結果，本署係依貴會 107 年第 6 次委員會議(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，包含：監測效率、醫療品質、效果、資源配置及財務之五大構面，共 23 項指標，供委員作為業務監理之參據。
- 三、各監理指標監測結果之摘要說明如下表，簡報資料如附件一(第 72~90 頁)。

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. 109 年至 111 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.44、7.64、7.44 天，呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.28、8.49、8.31 天，已較 110 年略降。 3. 查 111 年平均住院天數回到 109 年水準，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，本署將持續觀察。
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	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。 2. 111 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 110 年上升約 0.05 個百分點、較 109 年上升約 0.24 個百分點。111 年區域醫院及地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，醫學中心指標表現則較 109 年上升，惟較 110 年下降。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>3. 111 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 級較 110 年上升 0.14 個百分點至 1.82 個百分點、較 109 年上升 0.31 個百分點至 2.50 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 110 年上升 1.99 個百分點、區域醫院上升 2.43 個百分點、地區醫院上升 0.73 個百分點。</p> <p>4. 查 111 年之急診件數及急診留置超過 24 小時件數皆為近 3 年最高，可能係因 111 年本土 COVID-19 疫情升溫，Omicron 病毒傳播快速，眾多 COVID-19 病人為進行篩檢湧入急診，排擠醫院急診資源，加上各醫院配合中央流行疫情指揮中心，要求保留特定比率病床做為專責病床，影響病人轉入住院病房時程。</p>
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	<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 111 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. 111 年癌症病人死前 6 個月曾接受與未接受安寧療護者之前 5 大醫療費用支出為藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費。另曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘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. 109 年至 111 年醫院初級門診照護率分別為 21.61%、21.03%、21.19%，整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.04%、16.73%、17.21%，趨勢持平。</p> <p>3. 考量部分地區醫院之急性一般服務病床數大於 250 床，已有提供急重症照護之能力；若將急性一般服務病床數大於 250 床之地區醫院排除，則 111 年地區醫院之初級門診照護率達 31.8%。</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. 基層就醫人數占率自 111 年第 3 季起回升，考量最近 3 年均為疫情期間，對應中央流行疫情指揮中心防疫政策調整，民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		行為隨之改變，未來仍須向民眾再加強溝通宣導，並持續觀察。
	1.6 藥品費用占率	<ol style="list-style-type: none"> 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，111 年係因藥品費用分配比率目標制 (DET) 方案調整藥價致藥費占率下降。經排除新藥申報金額之影響，109 年至 111 年藥費占率均維持在 25% 上下。 2. 藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，110 年及 111 年 DET 方案經參採藥界意見，於 111 年 12 月 20 日公告兩年合併辦理，成長率分別為 4.524%、3.159%，新藥品支付價格生效日期為 112 年 4 月 1 日。超出額度調整金額則考量近年疫情、俄烏戰爭及物價通貨膨脹上升等因素，參考行政院主計總處公布之消費者物價指數年增率 (即通貨膨脹率) 後予以調整。
	1.7 健保專案計畫之執行成效	<ol style="list-style-type: none"> 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。 2. 111 年進場專案計畫達 8 項(精神科長效針劑藥費同時併列於西醫基層與醫院總額)，係因協商當年度總額時配合部定 111 年度全民健保醫療給付費用總額政策(含健保總額中長期改革計畫)，結合公衛、醫療與照護體系間合作及其資源，精進照護模式，透過論價值支付及提升臨終照護品質等目標，新增多項專案。
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	本項指標微幅上升後呈現穩定趨勢，無明顯變化。另補充本項指標院所平均值之定義為各院所之指標值加總/院所數。
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 109 年 55.4%，111 年增加為 60.9%。各層級糖尿病照護率亦從 109 年 46.1%~63.9%，111 年增加為 49.0%~65.0%，其中區域醫院照護率最高。
	2.3 照護連續性	<ol style="list-style-type: none"> 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. 111 年平均每人照護連續性為 0.424，較 110 年略降，接近 109 年水準。 3. 考量最近 3 年屬疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，且 110 年 5 月中旬因國內 COVID-19 疫情進入社區流行階段，中央流行疫情指揮中心為保全醫療量能，指揮中心要求醫療營運降載，可能進而影響民眾

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>後續就醫，111年各項防疫措施亦滾動性調整，建議後續應持續觀察。</p>
(三) 效果	<p>2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率分布</p>	<p>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。</p> <p>2. 109年至111年各層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達91%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年至111年資料無法與108年比較。</p>
	<p>3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)</p>	<p>111年醫院滿意度為94.1%、西醫基層滿意度為94.2%、牙醫門診滿意度為95.3%、中醫門診滿意度為94.7%，在95%信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為±3個百分點以內。</p>
	<p>3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率</p>	<p>111年糖尿病病人各年齡層住院率大多有下降，仍以75歲以上年齡層之住院率最高；整體住院率110年為0.13%，至111年下降至0.12%。</p>
	<p>3.3 出院後3日內再急診比率</p>	<p>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。</p> <p>2. 109年至111年Tw-DRGs案件之3日內再急診率維持為約1.8%-1.9%，相較一般住院案件3.6%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。</p>
(四) 資源配置	<p>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>	<p>1. 本指標係依「行政院研考會之委託研究報告：鄉鎮市區數位發展分類研究報告，謝雨生(2011)」將鄉鎮市區依發展程度分類為5組後(第1組表都市發展程度最高)，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. 觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，111年醫院、西醫基層比值分別為95.81、2.47皆較110年增加，中醫、牙醫比值分別為9.45、14.43較110年略減。</p> <p>3. 另查最高與最低兩組「每萬人口醫師數」： (1)最高組醫師數：111年醫院、西醫基層、中醫及牙醫門診之每萬人口醫師數皆較110年增加。</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>(2)最低組醫師數：111年西醫基層、牙醫及中醫門診每萬人口醫師數較110年增加，但醫院較110年略減。</p> <p>4. 綜上，在發展程度最高與最低地區之戶籍人數皆減少的情況下，111年醫院及西醫基層醫師人力比值較110年高，係因醫院之最高組111年醫師數較110年增加，最低組111年醫師數較110年略減少所致；另西醫基層之最高組及最低組111年醫師數雖皆較110年增加，惟最高組增加幅度較最低組高，故該部門最高與最低兩組醫師人力之比值略為上升。</p> <p>5. 為鼓勵醫師及院所至山地離島及偏遠等醫療資源不足地區提供醫療服務，本署積極推動IDS計畫、西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案等，辦理開(執)業或巡迴醫療服務，每年評估各方案施行區域之合宜性，依實際需求修訂方案，以平衡城鄉醫療資源差距。</p>
	<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>	<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. 111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，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；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。</p> <p>3. 111年牙醫門診、中醫門診部門山地離島或醫療資源不足地區就醫率低於一般地區，可能原因為牙醫及中醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴地區覆蓋率(執行服務鄉鎮數/公告鄉鎮數)未能完整覆蓋，查111年牙醫醫療資源不足地區改善方案地區覆蓋率為85.6%(131/153)、中醫醫療資源不足地區改善方案為78.8%(123/156)，囿於上述地區交通不便等因素，惟已相較110年增加，本署持續與中醫師公會全聯會及牙醫師公會全聯會共同努力，提升覆蓋率，以期導入醫療資源至醫療資源不足或山地離島地區，俾提升當地民眾就醫可近性。</p> <p>4. 本署每年檢視各方案施行地區及服務內容之合宜性，滾動式調整執行內容，就牙醫部分，112年牙醫醫療資源不足地區改善方案新增於本方案施行地區得提供全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，及執行「健保牙醫特殊醫療服務計畫」服務之服務對象新增自閉症及失智症患者規定；中醫</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	<p>部分，112 年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，持續鼓勵院所參與開業計畫及巡迴醫療。</p> <p>1. 整體：自付差額特材占全年特材使用率，109 年 0.0448%，110 年 0.0449%，111 年 0.0449%，平均占率 0.0523%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，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>A. 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。本署已彙整相關專家及學會意見，且函請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)就臨床專家建議之給付規定，協助進行醫療科技評估，已於 112 年 1 月完成報告。經再提 112 年 8 月 18 日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，共識優先以具臨床實證適應症範圍納入全額給付，後續再依程序提至特材共同擬訂會議討論。</p> <p>B. 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，決議同意先將市占率最高(67%)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，並自 111 年 11 月 1 日生效。爰自付差額特材申報占率已由 110 年 82.7%下降至 111 年 70.5%，將持續觀察。</p> <p>C. 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。爰自付差額申報占率由 109 年 60.8%上升至 111 年 76.5%，將持續觀察。</p> <p>(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，造成占率之變動，將持續觀察。</p>
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	111 年主要係因補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」增加，加上基本工資由 24,000 元調整為 25,250 元，軍公教待遇調升 4%，致保險費收入實際數較預估數增加約 387 億元；另總額專款結餘增加約 38 億元，致保險成本減少 38 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-3.54%。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	111 年底安全準備總額折合保險給付支出月數為 1.68 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	110 年全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率為 3.55%，全民健保醫療支出(不含部分負擔)占 GDP 比率為 3.38%，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 111 年資金運用收益率為 0.57%，高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
	5.5 保費收繳率	1. 109 年至 111 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 86% 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，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。 2. 另 111 年整體收繳率較 109 年及 110 年微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	109 年發生 COVID-19 疫情，嚴重衝擊民生經濟，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標上升。110 年疫情雖仍嚴峻，惟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，故本指標較 109 年下降；111 年疫情趨緩，本署恢復催收力道，並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，爰指標再較 110 年下降。

健保署業務窗口：李忠懿簡任視察，聯絡電話：02-27065866 分機 2542

本會補充說明：

- 一、本會同仁依健保署提報內容，整理完成 111 年監理指標監測結果報告初稿(併本次委員會議資料提供委員參考)，監測結果之重點摘要如附件二(第 91~93 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，宜保持；13 項指標趨勢略有退步，尤其效率及資源配置構面的指標大多或全部呈現退步之趨勢，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。

111 年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步
(一) 效率 ○：2 ×：5	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○ (111 年較 110 年下降)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× (除 111 年醫學中心略降外，整體及區域與地區醫院呈上升趨勢)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	× (111 年有申報安寧費用者的比率較 110 年下降)
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	× (111 年較 110 年上升)
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	× (基層就醫人數比例及件數占率各季未有上升趨勢)
	1.6 藥品費用占率	○ (111 年藥費占率下降係因 109 年 DET 延後調整，宜再觀察)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	× (預算執行率呈下降趨勢，醫院及牙醫門診未達 8 成)
(二) 醫療品質 ○：2 ×：2	2.1 手術傷口感染率	○ (111 年較 110 年略降)
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ (整體照護率呈上升趨勢，且為近 3 年最高)
	2.3 照護連續性	× (111 年較 110 年略降)
	2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升	× (區域醫院及地區醫院達加成占率逐年遞減，醫學中心則全數達成) *宜留意醫學中心低護病比(<7 人)加成月次占率略降
(三) 效果 ○：2 ×：1	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	× (111 年醫院及中醫門診滿意度上升，西醫基層及牙醫略為下降；不滿意部分，除牙醫下降外餘均上升)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	○ (111 年整體及各年齡之糖尿病病人住院率略降)
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	○ (111 年較 110 年略降)
(四) 資源配置 ×：3	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)	× (醫院及西醫基層呈上升趨勢，牙醫及中醫門診較 110 年略降)
	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 年醫療資源不足及山地離島地區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)	× (111 年整體占率較 110 年略升) *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
(五) 財務 ○：4 ×：2	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	× (逐年擴大)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	○ (111 年略升)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	× (逐年下降)
	5.4 資金運用收益率	○ (111 年略升)
	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	○ (逐年下降) *宜留意呆帳金額隨著保費收入成長而增加

二、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，與健保署會後之補充說明，研修本會趨勢評析意見，將 111 年全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿，並上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第9次委員會議



全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

1

全民健康保險業務監理指標^{23項}

一、效率

- 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就醫人數及申報件數分布
- 藥品費用占率*
- 健保專案計畫之執行成效**

五、財務

- 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率**

二、醫療品質

- 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-全日平均護病比達加成之占率提升

四、資源配置

- 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)

三、效果

- 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**

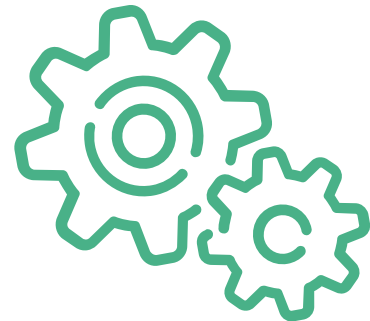
依據衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」：

- 修正之指標，共計5項，以*表示；新增之指標，共計5項，以**表示。
- 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

- 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 1.4 區域醫院以上初級門診照護率
- 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
- 1.6 藥品費用占率
- 1.7 健保專案計畫之執行成效



3



效率 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
- 指標值說明：

層級\年度	109年	110年	111年
醫院	7.44	7.64	7.44
醫學中心	7.27	7.44	7.18
區域醫院	7.24	7.42	7.26
地區醫院	8.28	8.49	8.31

- 註：1.資料來源:中央健康保險署多模型健保資料平台住院明細、醫令檔。
 2.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。
 3.住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
 4.平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

- 109-111年醫院急性病床平均住院天數呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，已較110年略降。
- 查111年平均住院天數回到109年水準，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，本署將持續觀察。



4



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(整體)

- 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
- 指標值說明：

年度別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
	值	值	值	占率
109年	6,320,904		146,893	2.32%
110年	5,893,834		147,737	2.51%
111年	7,390,371		189,436	2.56%

- 111年整體急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，較110年上升約0.05%、較109年上升約0.24%。111年區域醫院及地區醫院急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，醫學中心指標表現則較109年上升，惟較110年下降。(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)
- 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。



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)1/2

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	值	值	占率
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%
111年	醫學中心	1,730,483		109,995	6.36%
	區域醫院	3,634,110		63,872	1.76%
	地區醫院	2,025,778		15,569	0.77%

- 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。111年醫學中心急診留置超過24小時比率較110年下降0.49%，後續將持續觀察。



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)2/2

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
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%
111年	醫學中心	16.59%	11.28%	5.90%
	區域醫院	6.66%	4.16%	1.67%
	地區醫院	2.69%	2.70%	0.82%
	合計	8.92%	6.51%	2.48%

7



效率
指標1.3

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數

1/2

- 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
- 指標值說明：

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
	安寧費用	非安寧費用	合計	
	(點/人)	(點/人)	(點/人)	
109年	68,583	333,506	402,089	445,252
110年	57,120	344,630	401,751	458,675
111年	51,329	349,823	401,152	466,160

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



效率 指標1.3

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數

2/2

- 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5大醫療費用支出，皆包含藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費，曾接受安寧療護者費用，除治療處置費外，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	129,379	藥費	153,840
診療費	51,167	診療費	62,673
治療處置費	28,764	檢查費	37,678
檢查費	21,282	放射線診療費	25,344
放射線診療費	18,482	治療處置費	25,236

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。



效率 指標1.4

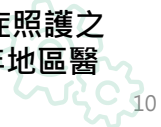
區域醫院以上初級門診照護率

- 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
- 指標值說明：

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
109年	13.94%	19.35%	32.31%	21.61%	17.04%
110年	13.94%	18.85%	30.86%	21.03%	16.73%
111年	14.40%	19.34%	30.26%	21.19%	17.21%

註：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。

- 109-111年醫院初級門診照護率整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為17.04%、16.73%、17.21%，趨勢持平。
- 考量部分地區醫院之急性一般服務病床數大於250床，已有提供急重症照護之能力；若將急性一般服務病床數大於250床之地區醫院排除，則111年地區醫院之初級門診照護率達31.8%。



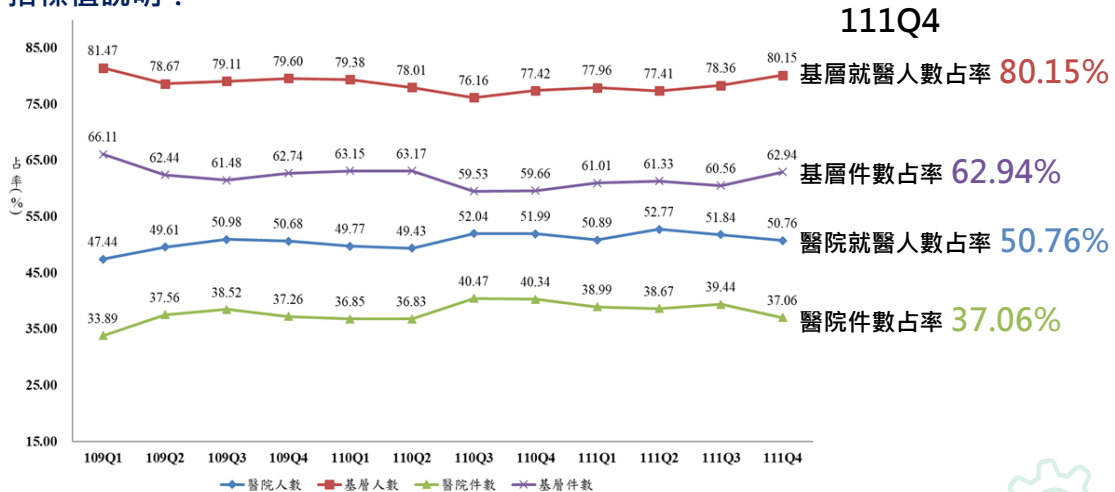


效率

指標1.5

西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布

- 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
- 指標值說明：



註：1.資料來源：健保署多模型健保資料平台門診明細檔；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。；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日未申報診察費者」申報案件不計。



效率

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、地區醫院分列
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

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
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%
111年上半年	27.80%	36.97%	29.41%	23.82%	18.70%
111年下半年	26.88%	36.01%	28.84%	23.65%	18.00%
平均值	27.84%	36.88%	29.46%	23.65%	18.79%
標準差	0.70%	0.95%	0.67%	0.48%	0.46%
平均值±1.5*標準差	(26.79%, 28.89%)	(35.45%, 38.30%)	(28.45%, 30.47%)	(22.93%, 24.36%)	(18.11%, 19.48%)
平均值±2*標準差	(26.43%, 29.25%)	(34.98%, 38.78%)	(28.11%, 30.81%)	(22.69%, 24.60%)	(17.88%, 19.71%)

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」。



效率
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：健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

111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	3/17	3/15	1/10	2/8
專款計畫之預算執行率	70%	87%	85%	59%

- 111年進場專案計畫達8項(精神科長效針劑藥費同時併列於西醫基層與醫院總額)，係因協商當年度總額時配合部定111年度全民健保醫療給付費用總額政策(含健保總額中長期改革計畫)，結合公衛、醫療與照護體系間合作及其資源，精進照護模式，透過論價值支付及提升臨終照護品質等目標，新增多項專案。



13



醫療品質

2.1 手術傷口感染率

2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

2.3 照護連續性

2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升



14



手術傷口感染率^{1/2}

- 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
- 指標值說明：



年度	分子	分母	指標值	院所		平均值		平均值	
				平均值	標準差	±1.5*標準差	±2*標準差		
107年上半年	5,886	522,929	1.13%	0.79%	4.75%	0.00%	7.91%	0.00%	10.29%
107年下半年	6,252	555,332	1.13%	0.68%	2.54%	0.00%	4.49%	0.00%	5.76%
107年全年	12,052	1,033,710	1.17%	0.75%	2.91%	0.00%	5.12%	0.00%	6.57%
108年上半年	5,980	529,937	1.13%	0.95%	5.18%	0.00%	8.72%	0.00%	11.31%
108年下半年	6,538	564,529	1.16%	1.18%	6.94%	0.00%	11.59%	0.00%	15.06%
108年全年	12,412	1,048,670	1.18%	1.22%	6.87%	0.00%	11.53%	0.00%	14.96%
109年上半年	6,064	489,243	1.24%	0.87%	2.18%	0.00%	4.14%	0.00%	5.23%
109年下半年	6,704	576,211	1.16%	0.65%	1.84%	0.00%	3.41%	0.00%	4.33%
109年全年	12,647	1,020,871	1.24%	0.77%	1.77%	0.00%	3.43%	0.00%	4.31%
110年上半年	5,958	487,283	1.22%	0.93%	3.49%	0.00%	6.17%	0.00%	7.91%
110年下半年	6,500	539,222	1.21%	1.09%	6.01%	0.00%	10.10%	0.00%	13.11%
110年全年	12,376	983,219	1.26%	1.05%	4.10%	0.00%	7.20%	0.00%	9.25%
111年上半年	5,847	488,948	1.20%	0.99%	4.14%	0.00%	7.20%	0.00%	9.27%
111年下半年	6,704	562,730	1.19%	1.04%	4.73%	0.00%	8.14%	0.00%	10.50%
111年全年	12,474	1,007,339	1.24%	1.07%	4.39%	0.00%	7.66%	0.00%	9.85%

註：105年起改用ICD-10診斷碼。

15



手術傷口感染率^{2/2}

- 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，至111年上、下半年呈現微幅下降趨勢，評估109上半年及110年指標值上升原因，可能係因COVID-19疫情影響，醫療院所為因應疫情發展、保全醫療量能，爰減少或延後非緊急住院手術，分母(住院手術病人數)減少所致，建議持續觀察。
- 另108年及110年下半年標準差較大之原因，此項指標為負向指標，大多數院所指標值皆為0%(分子個案數為0)(108年下半年461家院所中260家分子為0；110年下半年436家院所中236家分子為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)(108年下半年461家院所所有2家分子及分母皆為1；110年下半年有436家院所所有1家分子及分母皆為1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。



16



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
- 指標值說明：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
109年	56.7%	63.9%	56.5%	46.1%	55.4%
110年	58.8%	65.5%	58.6%	47.5%	59.9%
111年	60.6%	65.0%	62.4%	49.0%	60.9%



17



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*i*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
- 指標值說明：

年度	109年	110年	111年
平均每人門診照護連續性	0.422	0.436	0.424

註：1. 資料來源：健保署多模型健保資料平台門診明細檔；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。



18



護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升

- 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
- 指標值說明：111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	42.7%	< 10.0	78.8%	< 13.0	86.5%
17%	7.0-7.4	35.0%	10.0-10.4	7.6%	13.0-13.4	1.8%
14%	7.5-7.9	16.3%	10.5-10.9	4.9%	13.5-13.9	1.4%
5%	8.0-8.4	6.0%	11.0-11.4	2.5%	14.0-14.4	1.0%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	5.5%	14.5-14.9	1.1%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.7%	> 14.9	1.1%
不適用 ^{註3}		0%		0%		7.1%
	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月未有收治住院個案。

19



3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)

3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率

3.3 出院後3日內再急診比率



20



效果 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
- 指標值說明：

總額別	109年	110年	111年
醫院	96.0%	93.9%	94.1%
西醫基層	97.2%	95.0%	94.2%
牙醫門診	96.7%	95.5%	95.3%
中醫門診	95.8%	94.5%	94.7%

註：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)」。

- 111年各部門滿意度為94.1%-95.3%之間，有效樣本數為醫院2,221份、西醫基層2,380份、牙醫門診1,268份、中醫門診1,278份，在95%信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為±3個百分點以內。
- 111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>)。



21



效果 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
- 指標值說明：

年齡層	109年	110年	111年
15-24	0.03%	0.02%	0.02%
25-34	0.03%	0.03%	0.02%
35-44	0.06%	0.05%	0.05%
45-54	0.11%	0.10%	0.09%
55-64	0.17%	0.15%	0.14%
65-74	0.31%	0.27%	0.25%
75~	0.57%	0.50%	0.48%
整體	0.14%	0.13%	0.12%

- 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。



22

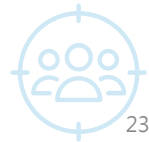


效果
指標3.3

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：住院治療出院後之照護品質
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

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%
109年	1.90%	-0.12	3.68%	-0.17
110年	1.93%	0.03	3.76%	0.08
111年	1.82%	-0.11	3.60%	-0.16



23



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)

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)

4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)



24



資源配置
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
- 指標值說明：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
109年	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87
110年	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13
111年	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43

註：1.原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

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(112.4.16製作);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。

- 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。

25



資源配置
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
- 指標值說明：

單位：%

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
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
111年	一般地區	54.18	78.31	46.46	27.64
	醫療資源不足地區	56.74	78.94	31.92	20.03
	山地離島地區	60.26	83.84	41.10	24.26

26



資源配置
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
- 指標值說明：

單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值			
				±1.5*標準差	±2.0*標準差		
109年上半年	0.0422	0.0473	0.0035	0.0421	0.0526	0.0403	0.0543
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						
111年上半年	0.0514						
111年下半年	0.0531						
111年全年	0.0523						

註：1.平均值*：109-111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*：109-111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。

- 自付差額特材占全年特材使用率，109年**0.0448%**，110年**0.0449%**，111年**0.0523%**，**平均占率0.0473%**，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。

27



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)1/6

- 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
- 指標值說明：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值			
					±1.5*標準差	±2.0*標準差		
特殊功能 人工水晶體	109年	39.1	41.7	2.2	38.3	45.0	37.2	46.1
	110年	41.4						
	111年	44.5						
特殊材質 人工腕關節	109年	28.5	29.3	0.8	28.0	30.5	27.6	30.9
	110年	28.9						
	111年	30.4						
特殊功能 人工心律調節器	109年	42.6	45.5	2.3	42.0	48.9	40.9	50.1
	110年	45.6						
	111年	48.2						
冠狀動脈 塗藥支架	109年	66.3	68.3	1.6	65.9	70.7	65.1	71.5
	110年	68.4						
	111年	70.2						

- 冠狀動脈塗藥支架：
 - 自付差額特材申報占率109-111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。
 - 經彙整相關專家及學會意見後，函請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)就**臨床專家建議之給付規定**，協助進行醫療科技評估，並於112年1月完成評估報告。
 - 經再提112年8月18日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，共識**優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付**，後續再依程序提至特材共同擬訂會議討論。

28



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)2/6

- 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
- 指標值說明：

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	109年	39.3	41.4	1.6	39.1	43.7	38.3	44.5
	110年	41.9						
	111年	43.0						
義肢	109年	8.4	5.5	2.4	1.8	9.2	0.6	10.4
	110年	5.7						
	111年	2.4						
腦脊髓液分流 系統	109年	81.9	78.4	5.6	70.0	86.7	67.2	89.5
	110年	82.7						
	111年	70.5						
治療淺股動脈 狹窄之塗藥裝置	109年	35.6	38.8	2.4	35.3	42.3	34.1	43.5
	110年	39.6						
	111年	41.2						

- 腦脊髓液分流系統：
 - 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(67%)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，自111年11月1日生效。
 - 自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至111年70.5%，將持續觀察。



29



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)3/6

- 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
- 指標值說明：

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	109年	32.9	43.9	8.3	31.4	56.3	27.3	60.5
	110年	45.7						
	111年	53.0						
特殊功能及材質 髓內釘組	109年	60.8	67.1	6.8	56.9	77.3	53.5	80.7
	110年	64.0						
	111年	76.5						

- 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109年32.9%上升至111年53.0%，將持續觀察。
- 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。
 - 自付差額申報占率由109年60.8%上升至111年76.5%，將持續觀察。
- 其餘自付差額品項，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。



30



- 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 5.3 全民健保醫療支出占GDP比率
- 5.4 資金運用收益率
- 5.5 保費收繳率
- 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率



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
- 指標值說明：

年度	109年	110年	111年
差異率	0.07%	-35.49%(2.31%註2)	-134.89%(-3.54%註2)

減2個標準差	減1.5個標準差	109-111年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-171.00%	-142.44%	-56.77%	28.91%	57.47%

註:1.109-111年為審定決算數。

2. 110及111年扣除非預期風險後差異率分別為2.31%、-3.54%。

- 111年截至第4季底，實際賸餘數112.73億元，預估短絀數323.08億元；差異率-134.89%，扣除非預期風險後的差異率為-3.54%
- 111年主要因補充保險費收入數高於預期、基本工資調整、軍公教待遇調升、總額專款結餘增加等，若扣除前揭非預期風險因素之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為-3.54%。





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
- 指標值說明：

截至年度	109年底	110年底	111年底
約當月數	1.88個月	1.55個月	1.68個月
增減數	-676.07億元	-155.15億元	112.73億元
安全準備累計餘額	1,091億元	936億元	1,049億元

減2個標準差	減1.5個標準差	109-111年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
1.42個月	1.49個月	1.70個月	1.91個月	1.98個月

註:109-111年為審定決算數。

- 109-111年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為1.88、1.55及1.68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。



33



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
- 指標值說明：

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
108年	3.75%	3.52%
109年	3.73%	3.53%
110年	3.55%	3.38%

資料來源：GDP為行政院主計總處資料(112年8月18日更新)。

- 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3-4%之間。



34



財務
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
- 指標值說明：

項目	年度	109年	110年	111年
運用收益(億元)		10.13	5.47	9.93
日平均營運量(億元)		1,708.79	1,670.80	1,745.78
收益率		0.59%	0.33%	0.57%
五大銀行一年期 大額定存平均利率		0.13%	0.13%	0.30%

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	109-111年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.26%	0.32%	0.50%	0.68%	0.74%

- 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，109-111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。
- 109-110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。

35



財務
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：保費收繳之情形
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

投保單位及保險對象	109年	110年	111年
第一類	99.62%	99.55%	99.59%
第二類	99.70%	99.72%	99.71%
第三類	99.35%	99.44%	99.46%
第六類	84.65%	85.15%	86.05%
整體	98.61%	98.63%	98.78%

- 109-111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86%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，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。
- 另111年整體收繳率較109年及110年微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。



36



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：呆帳提列情形
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

109年	110年	111年
1.31%	1.27%	1.2%

➤ 109年發生COVID-19疫情，嚴重衝擊民生經濟，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標上升。110年疫情雖仍嚴峻，惟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，故本指標較109年下降；111年疫情趨緩，本署恢復催收力道，並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，爰指標再較110年下降。



THANK YOU

111 年監理指標監測結果重點摘要

健保會 112.10

現行監理架構經 107 年 6 月(107.6.22)及 7 月份委員會議(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 111 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢，整理 111 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，宜保持；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—進步 2/7、退步 5/7)：

「指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」、「指標 1.6 藥品費用占率」，呈進步趨勢，其餘 5 項指標呈退步趨勢，其中「指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，整體呈上升趨勢；「指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率」較 110 年上升，及「指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」，基層占率未有上升，宜留意是否符合分級醫療期待壯大基層及提高基層服務量能之方向；「指標 1.7 健保專案計畫之執行成效」，呈下降趨勢。建議健保署宜留意急診壅塞、分級醫療推動、提升專款計畫執行成效等事宜，並研議改善策略。

(二)醫療品質構面(4 項指標—進步 2/4、退步 2/4)：

2 項指標呈進步趨勢，2 項指標呈退步趨勢，其中「指標 2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升」，區域及地區醫院達加成月次占率逐年遞減，醫學中心護病比小於 7 人之加成月次占率略為下降，建議健保署持續觀察疫後的變化，及檢討歷年健

保總額投入提升護理照護品質相關預算之執行成效。

(三)效果構面(3項指標—進步 2/3、退步 1/3)：

2項指標呈進步趨勢，「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率」及「指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率」，111 年均較 110 年略降；至於呈現微幅退步之「指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」，考量 COVID-19 疫情期間，醫療提供情形不若非疫情期間穩定，請健保署持續觀察疫後之醫療利用情形，及民眾對醫療結果之滿意度變化，提供各總額部門作為業務改進參考。

(四)資源配置構面(3項指標—退步 3/3)：

3項指標均呈退步趨勢，其中「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)」，醫院及西醫基層呈上升趨勢，宜留意西醫醫師人力城鄉分布差距是否逐漸擴大，另指標「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 年牙醫與中醫門診之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，建議健保署進一步瞭解原因，並與各總額部門共同研議因地制宜的改善措施，及滾動檢討相關方案或計畫。「指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，呈上升趨勢，「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」等 2 項占率，已超過 7 成，建議健保署宜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。

(五)財務構面(6項指標—進步 4/6、退步 2/6)：

111 年除了「指標 5.1 保險收支餘絀實際數與預估數之差異率」、「指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」，呈退步趨勢外，其餘 4 項指標均有改善。關於指標 5.1，建議檢視補充保險費預估模型之妥適性，以提升即時因應健保財務問題之機動性；「指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」呈現下降趨勢，近 3 年間健保醫療支出之成長，已擴增近 500 億元，如何在兼顧整體經濟成長、社會環境及民眾付費能力下，投資健保醫療支出，相當重要。

建議健保署及早研析人口結構高齡化、少子女化下，對健保財務收支之影響，預為規劃因應；「指標 5.4 資金運用收益率」略有提升，建議健保署宜持續研議提升投資績效之策略；至「指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，雖近年比率變化不大(1.2%~1.31%)，但呆帳提列數有逐年持續增加趨勢，建議健保署宜持續解析呆帳原因，尋求解決對策，尤其對弱勢民眾之協助，以減少呆帳情形。

討論事項四相關意見(林文德)--更新表格

一、四年平均成長率與單一年度成長率兩種方式經過時間累積後，累積成長仍會存在差異，且受採用年度當年成長率與四年平均成長率之差異的影響。

二、兩者的差異以數學式呈現如下：

以單一年度成長率計算四年的累積成長： $X_4X_5X_6X_7$

以四年平均成長率計算四年的累積成長： $Y_4Y_5Y_6Y_7$

$$= (X_1X_2X_3X_4)^{\frac{1}{4}} \times (X_2X_3X_4X_5)^{\frac{1}{4}} \times (X_3X_4X_5X_6)^{\frac{1}{4}} \times (X_4X_5X_6X_7)^{\frac{1}{4}} = (X_1^1X_2^2X_3^3X_4^4X_5^3X_6^2X_7^1)^{\frac{1}{4}}$$

$$\text{校正方法：} \frac{(X_1^1X_2^2X_3^3X_4^4X_5^3X_6^2X_7^1)^{\frac{1}{4}}}{(X_1^1X_2^2X_3^3)^{\frac{1}{4}}} \times (X_5X_6^2X_7^3)^{\frac{1}{4}} = X_4X_5X_6X_7$$

$$\text{校正因子：} \left(\frac{X_5^1X_6^2X_7^3}{X_1^1X_2^2X_3^3} \right)^{\frac{1}{4}}$$

三、以 104~113 年度的實際數值試算結果如附表，其中累積成長(A)為單一年度成長率低於四年平均成長率時，累積成長(B)為單一年度成長率高於四年平均成長率時。

註：107 年度後之四年平均成長率係以幾何平均加以計算，故與討論事項四之附件數據略有不同。

採四年度平均成長率之累積成長校正結果表

總額年度	單年度(%)	累積成長(A)	累積成長(B)	四年平均(%)	累積成長(A)	校正因子	校正後 累積成長(A)	累積成長(B)	校正因子	校正後 累積成長(B)
104	0.095									
105	2.44									
106	2.192	1			1					
107	0.659	1.0066		1.342	1.0134					
108	0.888	1.0155	1	1.542	1.0290			1		
109	2.181	1.0377	1.0218	1.478	1.0442			1.0148		
110	1.285	1.0510	1.0349	1.252	1.0573	0.9940	1.0510	1.0275		
111	-0.228	1.0486	1.0326	1.028	1.0682			1.0380		
112	0.401	1.0528	1.0367	0.906	1.0779			1.0474	0.9898	1.0367
113	2.952	1.0839	1.0673	1.095	1.0897			1.0589		

註：累積成長(A)自107年起算，累積成長(B)自109年起算