

**衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 110 年第 6 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 110 年 10 月 22 日

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 6 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 71

五、優先報告事項

111 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 ----- 85

六、討論事項

(一)111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案 ----- 89

(二)111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案 ----- 116

七、報告事項

(一)中央健康保險署「110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(併「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)---- 151

(二)醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案----- 152

(三)109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 158

八、臨時動議

三、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(110)年 10 月 1 日衛部健字第 1103360127 號函送
委員在案，並於本年 10 月 4 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第5次委員會議紀錄
(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年9月24日上午11時

地點：本部301及304會議室(雙會議室同步連線)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：盛培珠、陳思縉

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、
李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、
侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、
馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、
陳委員石池、陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公
會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、
趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、
鄭委員素華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中
華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、台灣總工會(待聘中)

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)、張組長禹斌、戴組長雪詠

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70~71頁)

貳、議程確認：(詳附錄第71~72頁)

決定：

一、同意將臨時提案「建議健保總額財源應優先解決總額
缺口，不宜再新增任何項目」排入議程，列為討論事
項第二案。

二、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄：(詳附錄第72頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 73 頁)

決定：

一、上次(第 4 次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤共 5 項，同意依擬議，解除追蹤。

二、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第 74~127 頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 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、111 年度各部門總額協商因素項目及其他預算協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：

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

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

二、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中：

(一)達成共識之部門，於本(110)年 10 月份委員會議提報、確認。

(二)未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。

三、請各總額部門受託團體於本年 10 月 8 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；若未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份

委員會議討論。

第二案(臨時提案，如附件六)

提案人：吳委員鏘亮、朱委員益宏、陳委員石池

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部社會保險司及中央健康保險署研議。

陸、報告事項：(詳附錄第 128~133 頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

主席裁示：保留至下次委員會議報告。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

主席裁示：保留至下次委員會議報告。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 10 分。

附錄：與會人員發言實錄

111 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：

111 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+111$ 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 1.843%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.270%，協商因素成長率 1.573%。

(二)專款項目全年經費為 1,738.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.756%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.高風險疾病口腔照護(0.863%)：

(1)執行目標：服務高風險疾病患者 270,062 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底

前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

③檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

2.提升假日就醫可近性(0.314%)：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，辦理下列事項：

(1)加強改善民眾假日就醫不便情形，提升診所假日開診率及民眾假日就醫可近性，並訂定相關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，如下：

執行目標：

①牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。

②週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。

③牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。

預期效益之評估指標：服務人次。

(2)於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

3.其他醫療服務利用及密集度之改變(0.443%)。

4.109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款(-0.024%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)會同牙醫門診總額相關團體，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。

(2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申

報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告，並納入 112 年度總額協商之參據。

5.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.023%)：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,738.8 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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 280 百萬元，持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 672.1 百萬元。

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

3.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：

(1)全年經費 12 百萬元。

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

4.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元，本項經費不應支付預防保健相關服務。

(2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。

5.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

(1)全年經費 271.5 百萬元。

(2)執行目標：服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。

預期效益之評估指標：

①提升就醫率至 60%。

②同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。

(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研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。

②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。

6.高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫：

(1)全年經費 184 百萬元。

(2)執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。

預期效益之評估指標：服務人數。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。

②檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。

7.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 168 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳

率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 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。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

8.品質保證保留款：

(1)全年經費 91.2 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 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。

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

表 1 111 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		0.270%	126.7	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		0.136%		
人口結構改變率		0.309%		
醫療服務成本指數 改變率		-0.175%		
協商因素成長率		1.573%	738.1	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協考量。
其他醫療服 務利用及 密集度 之改變	高風險疾病 口腔照護 (111 年新增 項目)	0.863%	405.0	1.執行目標：服務高風險疾病患 者 270,062 人。 預期效益之評估指標：服務 人數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同牙醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前， 提出具體規劃內容，並提 全民健康保險會報告。 (2)依 111 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。 (3)檢討本項預防處置之實施 成效，提出節流效益並納 入總額預算財源。
	提升假日就 醫可近性 (111 年新增 項目)	0.314%	147.1	請中央健康保險署會同牙醫門 診總額相關團體，辦理下列事 項： 1.加強改善民眾假日就醫不便 情形，提升診所假日開診率 及民眾假日就醫可近性，並 訂定相關「執行目標」及「預

項目			成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
					期效益之評估指標」，如下： 執行目標： (1)牙醫急症處置 92093B：11,900 人次。 (2)週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：282,000 人次。 (3)牙齒外傷急症處理 92096C：500 人次。 預期效益之評估指標：服務人次。 2.於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。
	其他醫療服務利用及密集度之改變		0.443%	208.0	
	其他議定項目	109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目)	-0.024%	-11.4	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，加強牙醫院所感染管制品質之查核與輔導，並提高實地訪查之抽查比率，儘速達成 100%院所符合加強感染管制之標準。 2.持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果)，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告，並納入 112 年度總額協商之參據。
		違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.023%	-10.6	1.為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2.本項不列入 112 年度總額協商之基期費用。
		一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	1.843%	864.8
	總金額	47,779.5			

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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者(含社區醫療網)、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續監測執行結果，以評估照護成效。
0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	0.0	1.本項經費不應支付預防保健相關服務。 2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，檢討計畫內容，並監測執行結果及評估照護成效。
12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111 年新增項目)	271.5	271.5	1.執行目標:服務 12~18 歲青少年 905,099 人次。 預期效益之評估指標： (1)提升就醫率至 60%。 (2)同齡青少年是否參加計畫的恆牙根管治療及拔牙顆數。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體研訂具體實施方案，並於 110 年 12 月底前提報全民健康保險會同意後執行。 (2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				項重複部分之費用。
	高齲齒病患牙齒保存 改善服務計畫 (111 年新增項目)	184.0	184.0	1.執行目標：服務高齲齒患者 122,720 人。 預期效益之評估指標：服務人數。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同牙醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用與管控措施，並提全民健康保險會報告。 (2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源。
	網路頻寬補助費用	168.0	32.0	1.經費如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)檢討、提升牙醫院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。 (2)於協商 112 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。 (3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
	品質保證保留款	91.2	3.3	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 111 年度品質保證保留款(91.2 百萬元)合併運用(計 207.6 百萬元)。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
				2.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	1,738.8	490.8	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	2.756%	1,355.6	
	總金額		49,518.3	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 46,914.8 百萬元(含 110 年一般服務預算為 46,942.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元與加回前 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 69.4 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 48,190.1 百萬元，其中一般服務預算為 46,942.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-96.7 百萬元及未加回前 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 69.4 百萬元)，專款為 1,248.0 百萬元。

3.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。

111 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：

111 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 110 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+110$ 年度專款項目經費

註：校正後 110 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 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 4.176%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.085%，協商因素成長率 3.091%。

(二)專款項目全年經費為 979.8 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，111 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.208%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護(1.814%)：

(1)執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數大於 110 年。

預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容(含適應症及結果面指標)，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

2.其他醫療服務利用及密集度之改變(1.328%)。

3.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.051%)：

(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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 979.8 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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.醫療資源不足地區改善方案：全年經費 172 百萬元，持續辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2.西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 252.7 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及呼吸困難相關疾病中醫照護。

3.中醫提升孕產照護品質計畫：全年經費 81 百萬元。

4.兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費 21.6 百萬元。

5.中醫癌症患者加強照護整合方案：

- (1)全年經費 245 百萬元。
 - (2)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。
- 6.中醫急症處置：
- (1)全年經費 5 百萬元。
 - (2)請提出強化利用率之策略，並檢討計畫執行情形，考量是否持續辦理。
- 7.中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：全年經費 50 百萬元。
- 8.照護機構中醫醫療照護方案：
- (1)全年經費 28 百萬元。
 - (2)執行目標：111 年至少 30 家院所參與服務。
預期效益之評估指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。
 - (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。
 - ②依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。
- 9.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費 98 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
 - (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①檢討、提升門診雲端藥歷查詢率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 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。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

10.品質保證保留款：

(1)全年經費 26.5 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 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。

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

表 2 111 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		1.085%	299.0	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		0.136%		
人口結構改變率		0.756%		
醫療服務成本指數 改變率		0.192%		
協商因素成長率		3.091%	851.8	請於 111 年 7 月底前提報各協 商項目之執行情形，延續性項 目則包含前 1 年成效評估檢討 報告；實施成效並納入下年度 總額協商考量。
其他醫療 服務利用 密集度 之改變	提升民眾於 疾病黃金治 療期針傷照 護 (111 年新增 項目)	1.814%	500.0	1.執行目標：111 年民眾使用針 傷於疾病黃金治療期醫療次 數大於 110 年。 預期效益之評估指標：減少 患者同期使用針傷於疾病 黃金治療期跨院所就醫次 數。 2.請中央健康保險署辦理下列 事項： (1)會同中醫門診總額相關團 體，於 110 年 12 月底前 提出具體規劃內容(含適 應症及結果面指標)，及醫 療利用監控與管理措施， 並提全民健康保險會報 告。 (2)依 111 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度。
其他醫療服務利用 及密集度之改變		1.328%	365.9	

項目				成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	其他議 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	-0.051%	-14.1	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 112 年度總額協 商之基期費用。	
一般服務 成長率 ^{#1}	增加金額		4.176%	1,150.8		
	總金額			28,710.9		
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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成，且均應 於 111 年 7 月底前提報執行情 形及前 1 年成效評估檢討報告。	
醫療資源不足地區改 善方案			172.0	31.4	持續辦理中醫師至無中醫鄉執 業及巡迴醫療服務計畫。	
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			252.7	18.7	持續辦理腦血管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷及呼吸困難相關 疾病中醫照護。	
中醫提升孕產照護品 質計畫			81.0	-9.0		
兒童過敏性鼻炎照護 試辦計畫			21.6	-2.4		
中醫癌症患者加強照 護整合方案			245.0	0.0	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			5.0	-5.0	請提出強化利用率之策略，並 檢討計畫執行情形，考量是否 持續辦理。	
中醫慢性腎臟病門診 加強照護計畫			50.0	0.0		

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	照護機構中醫醫療照護方案 (111 年新增項目)	28.0	28.0	<p>1.執行目標：111 年至少 30 家院所參與服務。</p> <p>預期效益之評估指標：111 年相對 110 年照護機構住民外出就診中醫人次減少。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同中醫門診總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體實施方案，及醫療利用監控與管理措施，並提全民健康保險會報告。</p> <p>(2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。</p>
	網路頻寬補助費用	98.0	17.0	<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，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。</p> <p>(2)於協商 112 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> <p>(3)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。</p>
	品質保證保留款	26.5	1.3	<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 111 年度品質保證保留款(26.5 百萬元)合併運用(計 49.3 百萬元)。</p> <p>2.請中央健康保險署會同中醫</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
				門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
	專款金額	979.8	80.0	
較 110 年度核定總額成長率 (一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	4.208%	1,230.8	
	總金額		29,690.7	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 27,560.0 百萬元(含 110 年一般服務預算 27,592.0 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元與加回前 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 24.0 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率」所採基期費用為 28,491.8 百萬元，其中一般服務預算為 27,592.0 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-56.0 百萬元及未加回前 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 24.0 百萬元)，專款為 899.8 百萬元。

3.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。

111 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)111 年度其他預算增加 426 百萬元，預算總額度為 16,579.2 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表 3。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入 112 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。
 - (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。
 - (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

- 1.全年經費 605.4 百萬元。
- 2.請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。

(三)居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務：

- 1.全年經費 7,300 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。
 - (2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。
 - (3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於 111 年 7 月底前將執行結果提全民健康保險會報告。

(四)支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植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 1,900 百萬元。
- 2.請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 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

目或新藥新科技等之財源之一。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 450 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」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。
- 3.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。

(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 1,000 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 1,500 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)於協商 112 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。
 - (2)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。
- 4.新增提升院所智慧化資訊機制：

執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。

預期效益之評估指標：上傳率。

(九)提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

- 1.全年經費 1,653.8 百萬元。
- 2.請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

(十)腎臟病照護及病人衛教計畫：

- 1.全年經費 450 百萬元。
- 2.持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。
 - (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(十一)提升保險服務成效：

- 1.全年經費 600 百萬元。
- 2.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。
 - (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。
 - (3)請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。

(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.執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。
預期效益之評估指標：服務人次。

表 3 111 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)			<p>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 110 年 11 月底前完成，新增項目原則於 110 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2.請於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。</p>
基層總額轉診型態調整費用	800.0	-200.0	<p>1.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」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)」。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)持續檢討經費動支條件，建立長期效益評估指標，並監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)及評估執行效益。 (2)提出「基層總額轉診型態調整費用」之未來規劃與期程(含退場)。 (3)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」，於 111 年 7 月底前提出專案報告。</p>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	-50.0	請中央健康保險署定期檢討山地離島地區醫療利用情形，並精進執行方案；另請儘速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
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	7,300.0	756.0	<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.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位。</p> <p>(2)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護。</p> <p>(3)訂定反映居家醫療照護品質及效益之績效指標(如減少急診、住院之醫療利用等)，於111年7月底前將執行結果提全民健康保險會報告。</p>
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費	1,900.0	-950.0	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商112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等之財源之一。
推動促進醫療體系整合計畫	450.0	50.0	<p>1.持續辦理「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」、「跨層級醫院合作計畫」及「遠距醫療會診」，請中央健康保險署檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效。</p> <p>2.因應新興傳染性疾病，請中央健康保險署儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務。</p>
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	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。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	1,500.0	520.0	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)於協商 112 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。 (2)確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。 3.新增提升院所智慧化資訊機制： 執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。 預期效益之評估指標：上傳率。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。
腎臟病照護及病人衛教計畫	450.0	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)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。 (2)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
提升保險服務成效	600.0	300.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.精進提升保險服務成效之評估指標，以反映實施成效及節流效益。 2.於協商 112 年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			3.請於 111 年 7 月底前提出成效評估報告。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。 預期效益之評估指標：服務人次。
總 計	16,579.2	426.0	

111 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

■111 年度醫院醫療給付費用總額＝校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+111$ 年度專款項目經費 $+111$ 年度醫院門診透析服務費用

■111 年度醫院門診透析服務費用＝110 年度醫院門診透析服務費用 $\times(1+111$ 年度成長率)

註：校正後 110 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 110 年第 2 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

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

付費者代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 2.669%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.747%。各項協商因素及建議事項如下：

1. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.134%)：
- 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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

(5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

(1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0%)：

(1)需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)請釐清地區醫院在醫療照護體系的定位，以利其在分級醫療政策中發揮應有功能。

5.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0%)：

需保障或鼓勵之醫療服務，應回歸支付標準處理。若確有其必要性，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6.研修病房費給付原則(含 RCW)(0%)：

(1)為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

(2)其中「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護」，改列專款項目。

7.研修住院護理費給付原則(含 RCW)(0%)：

(1)為避免同一病床同日重複給付，維持現行支付方式。

- (2)請中央健康保險署積極導入、全面施行 DRGs，以促使醫療院所主動改變醫療型態，避免過多的微觀管理，以利提升照護成效及國人健康。
- 8.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004 %)：
- 經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年度牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額增加之費用。
- 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(-0.003%)：
- (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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,426.5 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 3,128 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，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。
- 2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：
- (1)全年經費 12,807 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算

相關項目支應。

- (2)請中央健康保險署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。

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,428 百萬元。
- (2)持續辦理糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等 9 項方案。
- (3)其中 60 百萬元用於新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並整合納入「思覺失調症醫療給付改善方案」。
- (4)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，111 年應完成導入第 3 階段 DRGs 項目。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

全年經費 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於協商 112 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。

②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

(1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。

(2)其中 4.08 百萬元由門診透析服務費用移列。(醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元)

(3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。預算如有不足，由品質保證保留款支應，執行效益納入未來總額財源。

(2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

15.品質保證保留款：

(1)全年經費 929.8 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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

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

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

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

3.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.571%。

4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.567%。各細項成長率及金額如表 4。

醫院代表之委員建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 4.650%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 2.728%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.616%)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)於額度內，妥為管理運用，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

(2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。

(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111

年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.349%)：

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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
- (2)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- (3)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.持續推動分級醫療，壯大社區醫院(0.205%)：

- (1)執行目標：強化地區醫院社區照護能力，地區醫院住院照護部分(含診察費、病房費、護理費)，予以保障點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：地區醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

4.提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變(0.411%)：

- (1)執行目標：優先保障加護病房住院診察費及病房費點值每點 1 元，急性一般病床護理費點值每點 1 元。

預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院住院滿意度達 80%。

- (2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

5.研修病房費給付原則(含 RCW)(0.431 %)：

(1)執行目標：

①調整支付標準表給付通則，病房費出院日併入計算。

②提升 RCW 病人同意簽署 DNR。

預期效益之評估指標：

①醫院部門住院滿意度達 80%。

②RCW 簽署 DNR 較現行增加 5%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

6.研修住院護理費給付原則(0.719%)：

(1)執行目標：調整支付標準表給付通則，住院護理費出院日併入計算。

預期效益之評估指標：醫院部門住院滿意度達 80%。

(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.配合 110 年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(0.0004 %)：

經費 2.1 百萬元，用於因應 110 年牙醫門診總額於協商因素編列經費增修診療項目，預估於醫院總額部門增加之費用。

8.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%)：

(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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 31,493.6 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 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 3,428 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技財源之一。

2.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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

3.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,257 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

4.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,127 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、

成長原因分析、等待時間及不同器官移植之存活率等。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 1,435.1 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.急診品質提升方案：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

7.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

(1)全年經費 210 百萬元，用於導入第 3 階段 DRGs 項目。推動 DRGs 計畫已延宕多年，請儘速推行。

(2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務結算。

8.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：全年經費 100 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。

9.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費 1,100 百萬元。

10.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(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)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。
- ②會同醫院及西醫基層總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

11.網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費 200 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①於協商 112 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。
- ②確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

- (1)全年經費 15 百萬元，用於住院病人之腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金。
- (2)其中由醫院門診透析費用移列 4.04 百萬元，西醫基層門診透析費用移列 0.04 百萬元，合計 4.08 百萬元。
- (3)本項於腹膜透析追蹤處置費支付標準修訂後，併入一般服務結算。

13.住院整合照護服務試辦計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)執行目標：鑑於住院照護服務試辦計畫須重新會同社保司、照護司、護理公會研議可行方案，暫無法於 9 月 23 日提供「執行目標」及「預期效益之評估指標」。

預期效益之評估指標：_____。

14.精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫：

(1)全年經費 60 百萬元。

(2)執行目標：配合心口司預定計畫執行，提升精神病人急性後期照護。

預期效益之評估指標：配合心口司規劃，降低 6 個月內精神急性再住院率。

15.建置智慧醫療區域聯防機制：

贊同 15 百萬元由中央健康保險署編列於其他預算。

16.國家慢性病防治整合計畫：

原中長期改革計畫項目之一，鑑於國健署已執行多年，建議續由國健署編列預算並予以執行，醫院部門不再編列預算，但配合計畫給予協助。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 929.8 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 111 年度品質保證保留款(929.8 百萬元)合併運用(計 1,318.5 百萬元)。

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

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

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

及其成長率。

3.門診透析服務總費用成長率為 3.6%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.361%。

4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額專款項目，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：

(1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。

(2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。

(3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。

(四)前述三項額度經換算，111 年度醫院醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.397%。各細項成長率及金額如表 4。

表 4 111 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		1.922%	9,354.2	1.922%	9,354.2
投保人口預估成長率		0.136%		0.136%	
人口結構改變率		2.042%		2.042%	
醫療服務成本指數改變率		-0.258%		-0.258%	
協商因素成長率		0.747%	3,635.6	2.728%	13,285.6
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.616%	3,000.0	0.616%	3,000.0
	藥品及特材給付規定改變	0.134%	650.0	0.349%	1,700.0
	促進醫療資源支付合理	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	持續推動分級醫療，壯大社區醫院	0.000%	0.0	0.205%	1,000.0
	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.000%	0.0	0.411%	2,000.0
	研修病房費給付原則(含RCW)(111年新增項目) (*付費者代表方案將「鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫」改列專款項目。)	0.000%*	0.0*	0.431%	2,100.0
	研修住院護理費給付原則(含RCW)(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.719%	3,500.0
	配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.0004%	2.1	0.0004%	2.1

項目				付費者代表方案		醫院代表方案	
				成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-16.5	-0.003%	-16.5	
		增加金額	2.669%	12,989.8	4.650%	22,639.8	
	總金額	499,682.7		509,324.1			

專款項目(全年計畫經費)

C型肝炎藥費	3,128.0	-300.0	3,428.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	12,807.0	1,108.0	12,807.0	1,108.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	0.0	5,257.0	0.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	0.0	5,127.0	0.0
醫療給付改善方案	1,428.0	60.0	1,435.1	67.1
急診品質提升方案	300.0	54.0	300.0	54.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	0.0	100.0	0.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	0.0	1,100.0	0.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	224.7	-175.3	224.7	-175.3
網路頻寬補助費用	200.0	73.0	200.0	73.0
腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (111年新增項目)	15.0	15.0	15.0	15.0
住院整合照護服務試辦計畫 (111年新增項目)	300.0	300.0	300.0	300.0
精神科病人出院後急性後期照護服務試辦計畫 (111年新增項目) (*付費者代表方案將本計畫整合納入「醫療給付改善方案」項下之「思覺失調症醫療給付改善方案」)	0.0*	0.0*	60.0	60.0

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)
鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫 (111年新增項目) (*醫院代表方案編列於一般服務，內含於「研修病房費給付原則」項目)		300.0	300.0	0.0*	0.0*
品質保證保留款		929.8	49.4	929.8	49.4
專款金額		31,426.5	1,484.1	31,493.6	1,551.2
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款) ^{註2}	增加金額	2.610%	14,473.9	4.486%	24,191.0
	總金額		531,109.2		540,817.7
門診透析服務成長率	增加金額	1.571%	355.1	2.361%	533.7
	總金額		22,958.1		23,136.6
較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{註3}	增加金額	2.567%	14,829.0	4.397%	24,724.7
	總金額		554,067.3		563,954.3

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 486,692.9 百萬元(含 110 年醫院一般服務預算 487,655.2 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 517,597.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 百萬元及未加回前 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 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 540,200.6 百萬元，其中一般服務預算為 487,655.2 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-976.1 萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 13.7 百萬元)，專款為 29,942.4 百萬元、門診透析為 22,603.0 百萬元。(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.0 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。

111 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：

■111 年度西醫基層醫療給付費用總額＝校正後 110 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times(1+111$ 年度一般服務成長率) $+111$ 年度專款項目經費 $+111$ 年度西醫基層門診透析服務費用

■111 年度西醫基層門診透析服務費用＝110 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times(1+111$ 年成長率)

註：校正後 110 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 110 年第 2 次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 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。

二、總額協商結論：

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

付費者代表之委員建議方案：

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 111 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.659%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 0.483%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及扣除替代效應後之增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額，可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。
- 2.藥品及特材給付規定改變(0.216%)：
- 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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。
 - (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
 - (3)藥品價量協議(PVA)之還款金額可做為本項預算不足之財源。
 - (4)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

(5)歷年引進新醫療科技之成效及藥品節流措施所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，以維護民眾就醫權益。請於 112 年度總額協商前提出節流效益，並納入該年度本項預算財源。

3.促進醫療資源支付合理(0%)：

(1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)請中央健康保險署全盤檢討各項支付標準，朝支付點數相對合理的方向調整，積極改革支付制度，提升費用結構及資源配置效益。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0%)：

(1)考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且醫院總額係以前開預算調整支付標準，未另編列預算，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

(2)未來請援例運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，合理調整支付標準，反映各項服務成本，並以同病、同品質、同酬為原則及考量部門衡平性訂定之。

5.蒸汽吸入治療加成(0%)：

本項屬支付標準之調整，考量歷年均運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算調整支付標準，且近年健保財務困難，故本項不新增預算，請由「醫療服務成本及人口因素成長率」所增加之預算支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

(1)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西

醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①會同西醫基層總額相關團體，於 110 年 12 月底前提出具體規劃內容，並提全民健康保險會報告。

②依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

(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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 7,472.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.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於協商 112 年度總額前檢討實施成效，將節流效益納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新科技之財源之一。

②於 111 年 7 月底前提出未來導入一般服務或退場之期程及規劃。

2.代謝症候群防治計畫：

- (1)全年經費 308 百萬元。
 - (2)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 - (3)本計畫收案對象不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複，每人支付費用額度(包含個案管理費及績效獎勵費用)比照家庭醫師整合性照護計畫。
 - (4)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用)，於提報全民健康保險會同意後執行。
- 2.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)依衛生福利部核定結果，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛生福利部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。
 - (3)本項計畫之執行診所需與醫院心臟復健中心簽署合作計畫共同照護病患，或承接醫院出院準備計畫、急性後期整合照護(PAC)計畫下轉病患之照護。
- 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，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
 - (2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
- 4.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，於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

5.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 805 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。

6.強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 920 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程。

②通盤檢討開放表別項目的適當性，並定期檢討既有項目服務之成長情形，分析及監測西醫診所與醫院醫療利用之合理性。

(3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

7.鼓勵院所建立轉診之合作機制：

(1)全年經費 200 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)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討執行結果未達預期之影響因素，改善現行措施(包括：獎勵方式及支付誘因合理性)，以提升執行成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，討論適合轉診案件之定義，提出有效可行之合作模式，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

8.偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

(1)全年經費 50 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。

9.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署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。

10.後天免疫缺乏病毒治療藥費：

(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視本項費用支用之合理性。

11.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

12.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

13.網路頻寬補助費用：

(1)全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①檢討、提升雲端藥歷查詢率及檢驗(查)結果上傳率，並於 111 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

②於協商 112 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。

③確實依退場期程(110~114 年)規劃退場之執行方式，於 111 年 7 月底前提全民健康保險會報告。

14.提升院所智慧化醫療資訊機制：

本項移至其他預算項下之「提升院所智慧化醫療資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構之網路頻寬補助費用」項目編列。

15.因應新興疾病，診所感染管控作業守則：

感染管制是醫療院所維護病人安全的執業基本要求，本項不新增預算。

16.品質保證保留款：

(1)全年經費 120.3 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，持

續檢討品質保證保留款之核發條件及核發結果，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

(三)門診透析服務：

- 1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
- 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- 3.考量進口材料成本下降，且 109 年、110 年 1~6 月透析人數成長趨緩，爰 111 年度門診透析服務總費用成長率為 2.8%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.233%。
- 4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。
- 5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：
 - (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
 - (4)請檢討末期病人使用透析服務之必要性。

(四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 2.239%。各細項成長率及金額，如表 5。

西醫基層代表之委員建議方案：

(一)一般服務成長率為 2.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.176%，協商因素成長率 1.234%。

1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.242%)：

(1)因應民眾實際醫療需求，PVA 的預算是穩定的財源，不足以因應本項。

(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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

②於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程；並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

③建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，並提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值，於 111 年 6 月底前提出專案報告。

2.藥品及特材給付規定改變(0.564%)：

(1)擴大藥品給付規定，已提升醫療品質並嘉惠民眾健康。以基層醫療糖尿病患實際用藥為例(SGLT2 及 GLP1)，在基層使用量逐年增加最多，109 年與原編列之預算差距高達 8 億元，建議逐年滾動式修正預算回歸，反映實際醫療需求。

(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，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人

體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定調整健保給付條件之優先順序。

- ②建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制，並於 111 年 6 月底前提出專案報告。

3.促進醫療資源支付合理(0.010%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)依中央健康保險署新增項目，調整支付點數，含呼吸訓練、腹腔鏡手術、護理照護相關診療、大腸鏡息肉切除等。

4.配合醫院總額調整支付標準所需費用(0.379%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)齊一基層與醫院支付標準差距。

5.蒸汽吸入治療加成(0.014%)：

- (1)111 年醫療服務成本指數改變率為負值，無法支應本項預算。
- (2)本項支付點數已不符成本，應同中央健康保險署「促進醫療資源支付合理」支應。

6.提升國人視力照護品質(0.097%)：

協商因素過去沒有扣減當年未執行額度或補付不足額度之慣例。

7.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.072%)：

- (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 112 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 9,477.1 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 110 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 110 年 12 月底前完成。

1.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,185 百萬元。

(2)醫療群的醫師們在疫情嚴峻期間，不僅堅守崗位守護民眾的健康照顧需求，並擔任第一線防疫工作，也積極協助各地政府籌設大型快篩檢站及疫苗施打站，並滿足原長期醫院就醫病患因疫情限制無法就醫民眾之醫療需求，使民眾醫療需求之保障得以延續。這都是歷年來建立家醫醫療群以整合基層醫療累積的成效，應予重視，不宜以 550 元估算每人之年度照護費。

(3)每個人都需要一位擔任健康守門員的家庭醫師，家庭醫師制度亦建立在醫病雙方良好的認同與互動上，才能增進健康照護。目前已收案人數達 6 百萬人，但仍有很多醫療資源投入不夠的地方，如個案管理費用偏低，此外因為人口老化，民眾醫療需求逐漸增加，較需照護族群也會增加。因現行參與計畫之會員人數及醫師人數眾多，為提升良好照護品質，每年仍需滾動式修正計畫內容，在健保有限資源之下，以符合民眾實際需求。

2.代謝症候群防治計畫：

(1)全年經費 308 百萬元。

(2)執行目標：照護代謝症候群個案人數 20 萬人。

預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案照護服務之完成率、執行率及改善率。

- (3)依據國健署規劃之方案，基層醫師主動積極尋找需要照護之個案，提供介入管理模式，提高對象自我健康照顧的意識，建立健康行為，進而促進健康狀況。
 - (4)不得與家醫計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費。
- 3.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)執行目標：提高心肺病人門診復健涵蓋率。
預期效益之評估指標：最大耗氧量率(心肺功能檢查)、病人運動功能(國際評估問卷量表)、14 天再住院率、死亡率。
- 4.西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
 - (2)請中央健康保險署精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與計畫。
- 5.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。
- 6.醫療給付改善方案：
- (1)全年經費 805 百萬元。
 - (2)持續辦理糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病等 7 項方案。

- (3)請中央健康保險署儘速推動「糖尿病及初期慢性腎臟病共同管理支付項目及獎勵措施」，及通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- 7.強化基層照護能力及「開放表別」項目：
- (1)全年經費 1,220 百萬元。
 - (2)為擴大基層服務量能，強化分級醫療，宜持續編列預算，照顧民眾健康。
 - (3)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
- 8.鼓勵院所建立轉診之合作機制：
- (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)鼓勵院所建立雙向轉診機制，符合分級醫療精神，也是健保永續經營之基石。
- 9.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，並加強推廣，鼓勵醫師參與計畫。
- 10.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視本項費用成長之合理性及加強管控，並於 111 年 7 月底前提報執行情形(含醫療利用及成長原因分析)。
- 11.後天免疫缺乏病毒治療藥費：
- (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視本項費用支用之合理性，並於 111 年 7 月底前提報執行情形。

12.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入一般服務結算。

13.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入各分區一般服務結算。

14.網路頻寬補助費用：

全年經費 253 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應

15.提升院所智慧化醫療資訊機制：

(1)全年經費 210 百萬元。

(2)因應防疫需求，智慧化醫療資訊是世界潮流，減少健保卡接觸成為疾病傳染的來源。

16.因應新興疾病，診所感染管控制作業守則：

(1)全年經費 1,200 百萬元。

(2)延續基層診所後疫情時代感染管控制機制(基層診所防疫 2.0)，且疫情結束後將停止公務預算補助各種防疫物資，考量現有的經費不足應付新興感染性疾病的複雜及多樣性，疾病的發展也難以預測，為了維護醫療品質，及確保民眾就醫與醫護人員安全，建議增加經費，以強化診所感控的每一道防線。

(3)執行目標：以第一階段門診診察費加成給付，強化

基層院所感染管控作業方式。

預期效益之評估指標：

①通過自評之院所得申請門診診察費加成。

②各縣市醫師公會定期抽樣訪查診所。

17.品質保證保留款：

(1)全年經費 120.3 百萬元。

(2)原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 (105.2 百萬元)，與 111 年度品質保證保留款(120.3 百萬元)合併運用(計 225.5 百萬元)。

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

(三)門診透析服務：

1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

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

3.門診透析服務總費用成長率為 3.6%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.044%。

4.自基期減列「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」4.08 百萬元，移列至醫院總額該項專款，其中 4.04 百萬元自醫院門診透析費用減列，0.04 百萬元自西醫基層門診透析費用減列。

5.請中央健康保險署會同門診透析服務相關團體辦理下列事項：

- (1)加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (2)持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測。
- (四)前述三項額度經換算，111 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 110 年度所核定總額成長 4.295%。各細項成長率及金額，如表 5。

表 5 111 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		1.176%	1,459.9	1.176%	1,459.9
	投保人口預估成長率	0.136%		0.136%	
	人口結構改變率	1.257%		1.257%	
	醫療服務成本指數改變率	-0.218%		-0.218%	
協商因素成長率		0.483%	598.0	1.234%	1,530.2
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.242%	300.0	0.242%	300.0
	藥品及特材給付規定改變	0.216%	268.0	0.564%	700.0
	促進醫療資源支付合理(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.010%	11.9
	配合醫院總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.379%	470.9
	蒸汽吸入治療加成(111年新增項目)	0.000%	0.0	0.014%	17.4
	其他醫療服務利用及密集度提升國人視力照護品質(111年新增項目)	0.097%	120.0	0.097%	120.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.072%	-90.0	-0.072%	-90.0
一般服務成長率^{註1}	增加金額	1.659%	2,057.9	2.410%	2,990.1
	總金額		126,203.8		127,136.1

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)
專款項目(全年計畫經費)				
家庭醫師整合性照護計畫	3,948.0	278.0	4,185.0	515.0
代謝症候群防治計畫 (111年新增項目)	308.0	308.0	308.0	308.0
提升心肺疾病患者心肺復健門 診論質計酬(pay for value)計畫 (111年新增項目)	9.7	9.7	9.7	9.7
西醫醫療資源不足地區改善 方案	317.1	0.0	317.1	0.0
C型肝炎藥費	292.0	0.0	292.0	0.0
醫療給付改善方案	805.0	150.0	805.0	150.0
強化基層照護能力及「開放 表別」項目	920.0	0.0	1,220.0	300.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	200.0	-58.0	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	-25.0	30.0	-25.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	-25.0	30.0	-25.0
因應罕見疾病、血友病及後 天免疫缺乏症候群照護衍生 費用	11.0	0.0	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之 藥品調劑費用	178.0	0.0	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	253.0	39.0	253.0	39.0
提升院所智慧化醫療資訊機制 (111年新增項目) (*付費者代表方案移至其他預算 項下編列)	0.0*	0.0*	210.0	210.0
因應新興疾病，診所感染管 控作業守則 (111年新增項目)	0.0	0.0	1,200.0	1,200.0
品質保證保留款	120.3	4.5	120.3	4.5

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)
專款金額		7,472.1	681.2	9,477.1	2,686.2
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款) ^{註 2}	增加金額	1.944%	2,739.1	4.184%	5,676.3
	總金額		133,675.9		136,613.2
門診透析服務 成長率	增加金額	4.233%	820.7	5.044%	977.9
	總金額		20,208.3		20,365.5
較 110 年度核定總額 成長率(一般服務+專 款+門診透析) ^{註 3}	增加金額	2.239%	3,559.8	4.295%	6,654.3
	總金額		153,884.2		156,978.7

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 124,144.2 百萬元(含 110 年西醫基層一般服務預算 124,336.1 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元與加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)。

2.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為 131,127.0 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元。

3.計算「較 110 年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為 150,514.6 百萬元，其中一般服務預算為 124,336.1 百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值-253.7 百萬元及未加回違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 61.8 百萬元)，專款為 6,790.9 百萬元，門診透析為 19,387.62 百萬元(已扣除移列至醫院總額專款「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」0.04 百萬元)。

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

提案人：

吳育昇 朱善岳 陳石池

案由：建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目，提請討論。

說明：

- 一、基於維護二代健保改革之量入為出及收支連動的核心精神。
- 二、臺灣各界，特別是醫療體系經過 109 及 110 年連續二年的疫情衝擊，誠待重整復甦。值此之際，醫院總額 500~600 億落差尚未改善前，實不宜再新增任何項目，尤其更不該強行納入是未有共識的，增加醫院總額執行及保費調漲等負擔。
- 三、承上，建議健保財源優先填補總額缺口，且同步檢討現行健保給付，對於依法非屬健保保險給付範圍（健保法第 51 條）及不符合健保給付等項目（健保法第 2 條），予以剔除。

四、本會重要業務報告

一、上次(第 5 次)及歷次決議(定)列管追蹤事項及其辦理情形：上次委員會議(110.9.24)決議(定)列管追蹤事項共計 2 項，依辦理情形，建議繼續追蹤 2 項；歷次委員會議決議(定)事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有 3 項，辦理情形如附表(第 77~80 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、有關 111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之辦理情形：

(一)依 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序及本會第 5 次委員會議決議，請各總額部門受託團體於本(110)年 10 月 8 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；若未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論。

(二)台灣醫院協會及中醫師公會全國聯合會已分別於 10 月 1 日及 10 月 8 日函送其建議方案，並列入本次會議討論事項第一、二案。至牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於 10 月 1 日函復本會，尚有「移撥特定用途」部分，待 10 月 27 日召開內部會議討論後，再提送本會。另醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)則尚未提送。

(三)請牙全會及醫全會於本年 11 月 3 日前提送地區預算分配之建議方案，以利提 11 月份委員會議討論。若未提送，則由本會掣案提會討論。

三、為利費率審議事宜，本會辦理下列事項：

(一)依照委員意見，整理歷次委員會議決議(定)事項與費率審議有關之最新辦理進度供參，如附件一(第 81~83 頁)。

(二)依全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，於本年 10 月 15 日召開「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，會議結論後附，紀錄另行提供。

四、本會 110 年度工作計畫，原預訂於本年 12 月 16~17 日至中央健康保險署(下稱健保署)東區業務組辦理業務訪視活動暨召開委員會議，考量 COVID-19 防疫需要，仍應減少人員跨區移動為

宜，爰建議取消業務訪視活動，該次委員會議(12月17日)維持在本部召開，敬請委員預留時間。

五、本會更新本年8月彙編之「110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，為提供即時資訊，經同仁持續核對最新統計數據後，業於10月21日將更新版之指標要覽公開於本部網頁，為節能減碳，不再印製紙本資料寄送。若委員及相關單位、團體有參考需要，請至本會網頁自行下載，下載路徑：衛生福利部全民健康保險會/公告及重要工作成果/醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

六、為利委員了解索取資料之程序及本會歷年進行之相關研究成果，茲整理歷屆委員會之共識作法及相關資料，如下：

(一)提供個別委員所要求或委員會議決議(定)資料之原則及流程：

1.原則：在符合本會法定權限^註、政府資訊公開法及相關法規的前提下提供資料。

註：依健保法相關規定之本會法定任務如下：

- (1)保險費率之審議(健保法第5、24條)
- (2)保險給付範圍之審議(健保法第5、26、51條)
- (3)保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配(健保法第5、61條)
- (4)保險政策、法規之研究及諮詢(健保法第5、60條)
- (5)其他有關保險業務之監理事項(健保法第5條、健保法施行細則第2~3條)
- (6)其他全民健康保險法所定健保會辦理事項(健保法第45、72~74條、健保法施行細則第4條)

2.流程：

(1)委員會議決議(定)之資料：由同仁洽請健保署提供，並於下次委員會議提報辦理情形及相關資料。

(2)個別委員要求之資料：由同仁依議事錄中主席之提示或委員書面意見，洽請健保署提供後，轉送委員參考(原則提供所有委員)。

(二)歷年委託研究計畫資料：本會雖年度預算有限，每年仍視業務推動需要爭取預算，委託辦理相關研究計畫，102~109年委託計畫清冊如附件二(第84頁)，其計畫成果均公開於本會網頁，可全文下載(<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1666-2312-116.html>)。

七、健保署依 110 年度總額協定事項，送本會備查案：

(一)依 110 年度西醫基層總額一般服務費用之協定事項，於本年 9 月 27 日函送 110 年度風險調整移撥款執行方式予本會備查，如附錄一(第 187~190 頁)，重點如下：

- 1.風險調整移撥款 6 億元，用於保障東區浮動點值至每點 1 元後，餘款依撥補比率撥補予點值落後地區(點值落後地區係指點值排序第 4、5 及 6 名之分區且浮動點值小於每點 1 元者)。
- 2.當季移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款；如 110 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算占率回歸六分區。

(二)依 110 年度其他預算項下「基層總額轉診型態調整費用」(10 億元)協定事項(略以)：「請持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，本項動支方案(含經費動支條件及相關規劃)應送本會備查」，於本年 10 月 6 日函送「基層總額轉診型態調整費用」動支方案予本會備查，如附錄二(第 191~192 頁)，其動支方案比照 109 年度方式辦理。

八、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 10 月 12 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

本年 9 月 15 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄三(第 193 頁)，修正重點如下：

- 1.增修「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 5 項專業醫療服務品質指標排除案件條件，新增排除「中醫慢性腎病門診加強照護計畫」、「全民健康保險居家醫療照護整合計畫(居家中醫醫療照護計畫)」、「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」之呼吸困難西醫住院病患中醫輔助治療等案件。
- 2.修正指標名稱為「健保醫療資訊雲端查詢系統查詢率」，及

分子修正為「中醫健保醫療資訊雲端查詢系統查詢人數」。

(二)健保署

1.總額相關公告

(1)將公告之總額相關計畫/方案副知本會，如附錄四(第194~200 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，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
110.9.6/ 110.10.1	醫院及西醫基層總額檔案分析審查不予支付指標及處理方式	1.修正醫院總額「眼科門診局部處置申報率」等5項指標之定義或處理方式。 2.修正西醫基層總額「西醫診所 COX II inhibitor 處方不當比率過高」等3項指標之定義或處理方式。
110.9.9/ 110.10.1	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	1.配合110年6月1日生效之「醫療服務給付項目及支付標準」，新增上傳獎勵項目。 2.修正上傳獎勵金之獎勵條件： (1)放寬時效及獎勵方式：新增「於報告日期(或實際檢查日期)1~3日內上傳資料，支付獎勵點數50%」。(現行為24小時內上傳資料，支付獎勵點數100%) (2)放寬住院上傳案件之獎勵起算時效：新增「如屬住院案件，且報告日期在住院期間，須於出院後時效內上傳」。(時效：24小時內支付獎勵點數100%，1~3日內支付獎勵點數50%)
110.9.14/ 110.7.1	全民健康保險乳癌醫療給付改善方案	配合109年醫院總額醫療服務成本指數改變率增加之預算用於調整支付標準，進行定額支付點數校正。各項治療組合支付點數調整為691點至232,129點(調升8~62點，調幅介於0%至1.1%)。
110.9.15/ 110.9.15	110年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫	1.修訂計畫名稱，新增助產機構部分。 2.原計畫內容列為第一章「基層診所」，新增第二章「助產機構」： (1)預算來源：其他預算之「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」項下支應，全年預算1百萬元。 (2)執行內容多同第一章(基層診所)，惟生產案件補助點數為基層診所之9成，並配合助產機構之特性調整部分內容。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
110.9.24/ 110.9.1	全民健康 保險思覺 失調症醫 療給付改 善方案	1.新增「長效針劑注射獎勵措施」(連續施打長效針劑 4 個月以上)為額外獎勵項目，每新增加 1 名符合本指標之固定就醫個案，獎勵 1,000 點；每新增加 1 名符合本指標之非固定就醫及久未就醫個案，獎勵點數 1,500 點。 2.增訂「高風險病人規則門診比率」為品質評量之參考指標，定義為「高風險病人門診就醫間隔未滿 30 天(含診療追蹤後就醫)人次/高風險病人總人次」。
110.10.06/ 110.9.27	全民健康 保險門診 透析總額 支付制度 品質確保 方案	修正附表之三、專業醫療服務品質，血液透析及腹膜透析： 1.修正「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)轉陽率」、「C 型肝炎抗體(anti-HCV)轉陽率」、「B 型肝炎表面抗原(HBsAg)受檢率」、「C 型肝炎抗體(anti-HCV)受檢率」指標：指標定義新增排除條件：排除當年度(統計年)前已死亡以及當年度(統計年)死亡且沒有檢驗值上傳紀錄之個案。 2.新增「C 型肝炎抗體陽性慢性透析病人 HCV RNA 檢查率」、「HCV RNA 陽性慢性透析病人抗病毒藥物治療率」指標。

(2)本年 9 月 10 日函知 110 年暫停執行「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」，如附錄五(第 201~202 頁)。

(3)110 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

總額別 分區別	110 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	0.9446	0.9421	0.9166	0.9844	0.8663
北區	1.0325	1.0001	0.9485	1.0605	
中區	1.0094	0.9670	0.9290	1.0570	
南區	1.0423	0.9977	0.9511	1.0657	
高屏	1.0230	0.9582	0.9562	1.0484	
東區	1.1872	1.1480	0.9283	1.0922	
全區	0.9965	0.9699	0.9343	1.0329	

- ①牙醫門診總額，如附錄六(第 203~206 頁)。
- ②中醫門診總額，如附錄七(第 207~210 頁)。
- ③醫院總額，如附錄八(第 211~213 頁)。
- ④西醫基層總額，如附錄九(第 214~217 頁)。
- ⑤門診透析服務，如附錄十(第 218~220 頁)。
- ⑥其他預算(附錄十一，第 221 頁)，110 年全年經費 16,153.2 百萬元，1~3 月結算數 2,455.7 百萬元，整理預算執行情形如附錄十二(第 222 頁)供參考。

決定：

上次(第 5 次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、上次委員會議：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： 111 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案。	二、請中央健康保險署會同各總額部門相關團體研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，其中： (一)達成共識之部門，於本(110)年 10 月份委員會議提報、確認。 (二)未達共識之部門，於衛生福利部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。	於 110 年 10 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 考量本案各總額部門所提事項，攸關貴會年度評核及各該總額部門品質保證保留款之分配金額；為達貴會所訂期效，請貴會責成各總額部門於排定之委員會議開會前 21 日(約 3 週前)，函送「執行目標」及「預期效益之評估指標」予本署，俾供本署有適當作業期間予以審視及評估；對於未及提送之總額部門，本署建議提報貴會之期程，亦應比照延後辦理。 本會補充說明： 考量 111 年度總額協商程序已於 110 年 6 月份委員會議議定，需依議定時程辦理。爰請健保署本於保險人權責，儘早與各總額部門進行研議，俾依時程提報本會，以利後續報請衛福部核定及公告事宜。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將各部門「執行目標」及「預期效益之評估指標」於委員會議提報及確認後解除追蹤	1.110 年 10 月(達共識部門) 2.衛福部核定後最近 1 次委員會議(未達共識部門)
2	討論事項第 2 案：	委員所提意見，送請衛生福利	於 110 年 10 月 1 日	社保司回復： 1.依據全民健康保	1.繼續追蹤 2.俟社保司	依各單位研議進度

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
	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目。	部社會保險司及中央健康保險署研議。	請辦健保署。	<p>險法第 60 條，全民健康保險採總額支付制度。健保總額支付制度，除藥品屬支出目標制外，其餘為支出上限制。支出上限制之運作，即由供給者與付費者在年度開始前，考量民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，與衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等，事先協定健康保險支出之年度預算。</p> <p>2. 醫療費用支付標準係以相對點數反映不同支付項目之成本，惟每點支付金額並不預先公告，而是隨著實際提供的醫療服務量而變動(每點支付金額=預算/醫療服務總點數)，依上述機制，無總額缺口之情事。</p> <p>健保署回復： 有關貴會委員關切 111 年醫院部門醫療</p>	及健保署依委員意見提供研議結果後解除追蹤	辦理

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
				給付費用總額相關事項(如:醫院總額預算金額、擴大給付項目或範圍、推動住院整合照護服務試辦計畫..等)，業經貴會110年9月23日召開總額協商會議討論，惟該總額部門付費者代表及醫事服務提供者代表之委員協商後未能達成共識，各自提出之建議方案，陳報衛生福利部核定；111年醫院總額預算，本署將配合貴會公告辦理。		

二、歷次委員會議：擬解除追蹤(共 3 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	辦理情形	追蹤建議
1	<p>110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險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。/[於健保署送本會備查後解除追蹤] (109.11 決議、109.12、110.4 決定)</p> <p>「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項，請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，盡速將「110 年度西醫基層總額一般服務費用地區預算之風險調整移撥款執行方式」函報本會備查。/[俟健保署將執行方式送本會備查後解除追蹤] (110.4 決議、110.6 決定)</p>	<p>健保署業於 110 年 9 月 27 日函送西醫基層總額風險調整移撥款執行方式，並提報本次會議備查(詳本會重要業務報告七說明，第 73 頁)。</p>	<p>建議本次委員會議提報通過後，解除追蹤</p>
2	<p>請中央健康保險署依 110 年度總額協定事項，儘速完成「基層總額轉診型態調整費用」動支方案後提報本會備查。/[俟健保署將動支方案提報本會備查後解除追蹤] (110.6、110.7 決定)</p>	<p>健保署業於 110 年 10 月 6 日函送「基層總額轉診型態調整費用」動支方案，並提報本次會議備查(詳本會重要業務報告七說明，第 73 頁)。</p>	<p>建議本次委員會議提報通過後，解除追蹤</p>
3	<p>有關「基層總額轉診型態調整費用」與「鼓勵院所建立轉診之合作機制」執行成效評估(含長期效益評估指標、病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，請中央健康保險署持續精進方案內容並評估執行效益，於 111 年度總額協商前提出量化成果，供協商參考。/[俟健保署於 111 年度總額協商前提出量化成果後解除追蹤] (110.6、110.7 決定)</p>	<p>健保署已提供及納入 110 年 9 月 23 日 111 年度總額協商會議資料。</p>	<p>解除追蹤</p>

歷次委員會議決議(定)事項與費率審議有關之最新辦理進度

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於36%之財務責任，建請衛生福利部恢復101年10月30日修正通過之全民健康保險法施行細則第45條條文內容，並匡正105年度之政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤] (106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第45條，恐有違背母法第27條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤] (107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張[依健保法第76條第1項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額≥ 0)後，再帶入同法第2條、第3條公式]之兩種計算</p>	<p>社保司回復：</p> <p>至「歷次委員會議有關費率審議之列管追蹤事項」一案，本司說明如下：</p> <p>1.有關政府應負擔健保總經費法定下限36%案，已於貴會110年4月30日委員會議追蹤辦理情形，並決議其管考週期為1年，且因相關法規檢討事項尚於研議階段，目前無可供對外之更新進度。</p> <p>2.以下僅就貴會主動將本案列為「有關費率審議」之列管追蹤事項並獨立列表，提供意見供參：</p> <p>(1)政府負擔健保總經費36%下限是二代健保新規定，實施初期本部與主計總處因法規見解差異，致該預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第45條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞；早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，亦已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費，繳費率為100%。費率審議應以法定資料為基礎，案內追蹤事項之委員意見，既非現行法定健保財務計算方式，故與費率審議無關。</p> <p>(2)經洽貴會幕僚同仁表示，此次新增「有關費率審議」之列管追蹤事項並獨立列表，係源自貴會李委員永振於110年8月20日貴會委員會議之建議；經查是日發言實錄，委員係建請貴會同仁提前將歷次會議有關此議題(費率審議)尚在追蹤階段事項整理出來，及早請健保署做充分準備，而非</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
	<p>方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.09、109.10、109.12、110.04 決定)</p>	<p>追蹤本部之辦理情形。另健保署曾為配合貴會「於總額協商及費率審議等會議，針對政府應負擔不足數36%之金額，分別依主管機關依法認定及提案委員主張二種計算方式呈現結果」之決議，於109年3月13日簽報本部，並於同年月20日奉示略以，為使健保財務明確，於正式會議提供之財估資料應以法定之計算結果為基礎，以免混淆視聽。若本部於正式委員會議，主動將本案列為「有關費率審議」之列管追蹤事項，與健保法之規定及本部之政策方向有違，似未妥適，建請再酌。</p>
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補105~107年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補105~107年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>社保司回復： 辦理情形同項次1。</p>
3	<p>近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105~108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤]</p>	<p>社保司回復： 辦理情形同項次1。</p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
	(109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.04 決定)	
4	<p>為監理全民健康保險財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案，請中央健康保險署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。[俟健保署研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性後解除追蹤]</p> <p>(109.6 決議、109.7、109.9、109.12、110.04 決定)</p>	<p>健保署回復：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.本署歷年均積極爭取財政部公益彩券回饋金補助經濟弱勢者健保欠費，並持續透過轉介公益團體及本署愛心專戶，協助弱勢民眾減少欠費及呆帳發生。 2.有關研議健保呆帳納入公務預算或其他財源補助之可能性，依健保法第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限(36%)業由主管機關編列公務預算撥補；現行健保基金其他財務來源補助部分（如菸捐、公益彩券盈餘分配），亦均有相關法源依據，尚屬主管機關權責，若能爭取其他財源補助，本署配合辦理。

健保會 102~109 年委託研究計畫清冊

年度	計畫名稱	研究執行機構	主持人
102	建立全民健康保險業務重要監理指標之研究	國立台灣大學	鍾國彪教授
105	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	國立台灣大學	郭年真助理教授
106	建立監理指標與健保效能之關連性評析案	臺北醫學大學	陳再晉教授
107	利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式平台-以全民健保財務收支連動機制為例	國立臺灣大學	林國明教授
108	如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討-以西醫醫療服務為例	中華經濟研究院	簡毓寧助研究員
108	進行將新醫療科技引進健保給付之科學技術評析方法-健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析(預計 111/04 公開)	國立政治大學	連賢明教授
109	評析全民健康保險民眾滿意度及監理指標資料，提升健保運作效能案	中華經濟研究院	簡毓寧助研究員
109	建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析(預計 112/04 公開)	國立政治大學	連賢明教授
109	精進全民健康保險會議事效率及運作模式	國立政治大學	陳敦源教授

註：103 年及 104 年因立法院凍結預算及採購案流標等因素未能辦理。

五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：111 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(110)年 9 月 23 日完成 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 24 日第 5 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 5~69 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 111 年度總額整體成長率：

兩案併陳之協商結果，經總額計算公式分別估算，其整體成長率：付費者方案為 2.577%，醫界方案為 4.233%(詳如下表)。

111 年度 總額	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 方案		
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	5,540.67	5,639.54	1,538.84	1,569.79	約 8,037.40	約 8,167.21
成長率 (增加金額)	2.756%	4.208%	4.26 億元	2.567%	4.397%	2.239%	4.295%	2.577%	4.233%

註：1.計算成長率所採基期費用為 110 年度核定總額(約 7,835.50 億元)。

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。

(二)請確認達成共識之部門(牙醫門診、中醫門診、其他預算)，其新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

1.依 111 年度總額協商程序及本會 9 月 24 日第 5 次委員會議之決議，請健保署會同達成共識之總額相關團體進行研修後，提報本次委員會議確認。

2.健保署回復研修結果如附件(資料後附)。(至於未達共識之部門，將於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認)

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 111 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：111 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 111 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(110)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(110.10.8 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。台灣醫院協會業依規定於 110.10.1 函送 111 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 107~108 頁)。
- 二、111 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 5 次委員會議(110.9.24)決議，協商結論為：付費者及醫院代表委員未能達成共識，將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。其中，與地區預算分配有關之一般服務成長率(不含門診透析服務)：付費者代表方案為 2.669%，醫院代表方案為 4.650%。
- 三、醫院總額一般服務歷年地區預算執行概況：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
 - (二)分配事項：
 - 1.分配參數：「各地區校正風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。
 - 2.風險校正因子：
 - (1)門診：人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，及轉診型態(醫院門診市場占有率)。
 - (2)住診：人口風險因子(年齡性別指數占 50%，標準化死

亡比占 50%)。

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

4.門、住診費用比率：

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

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

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

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

(三)分配參數中，門、住診費用比率及 R 值、S 值占率於各年協定情形：

年		94	95~96	97~101	102~103	104~105	106~108	109~110
項目	R	15%	38%	45%	46%	46%	50%	51%
	S	85%	62%	55%	54%	54%	50%	49%
住院 (費用比率 55%)	R	10%	38%	40%	40%	41%	45%	45%
	S	90%	62%	60%	60%	59%	55%	55%

(四)風險調整移撥款：106 年由北區移撥 0.45 億元作為東區風險調整基金；108 年自一般服務費用移撥 1.5 億元，109、

110 年各移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

四、台灣醫院協會函提 111 年地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議業經醫院協會專門委員會統合各層級醫院研商並獲共識。

(二)建議內容：

- 1.維持 110 年門、住診 R 值占率：基於嚴重特殊傳染性肺炎仍持續發生，整體醫療資源調整及新科技應用對一般服務的影響，在疫情前景未明情形下，暫維持不變將是確保醫療服務品質較佳的選擇。且醫院部門承中長期醫療改革要求，尚有諸多變動待行，建議續維持 110 年門、住診 R 值比率(即門診 R 值占率 51%、住診 R 值占率 45%)。
- 2.預留風險調整移撥款 2 億元：對於移撥款的使用，醫院部門各分區皆是戰戰兢兢地穩健推動與執行，建議續維持 2 億元預算，鼓勵各區醫療資源就轄區需求進行最適整合及規劃。

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，詳附件三(第 113~115 頁)。

六、111 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 3.887 億元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)門、住診費用比率：是否援例依歷年之方式，以「45：55」計算地區預算所採之門、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)是否同意醫院協會之建議：

- 1.門、住診 R 值占率：111 年度一般服務預算之門、住診 R 值維持 110 年比率，即門診 R 值占率 51%、住診 R 值占

率 45%。

2.風險調整移撥款：自一般服務費用提撥 2 億元，作為風險調整之用，以持續推動各區醫療資源平衡發展，鼓勵各區醫療資源就轄區需求進行最適整合及規劃。若同意，則於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。

七、依 111 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

(一)模擬 111 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 93~95 頁)。

(二)提供 109 年門、住診分配參數、歷年各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 96~106 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 109~112 頁。

擬辦：

一、確認 111 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1-1 111年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分 區	110年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		51% (同110年)		52%		53%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	77,030	78,975	2.52%	78,964	2.51%	78,954	2.50%
北區	28,294	29,008	2.52%	29,054	2.69%	29,100	2.85%
中區	36,766	37,694	2.52%	37,687	2.50%	37,679	2.49%
南區	28,951	29,682	2.52%	29,673	2.49%	29,663	2.46%
高屏	30,474	31,243	2.52%	31,225	2.46%	31,206	2.40%
東區	5,003	5,129	2.52%	5,129	2.51%	5,128	2.50%
全區	206,518	211,731	2.52%	211,731	2.52%	211,731	2.52%

分 區	110年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		54%		55%		56%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	77,030	78,944	2.48%	78,933	2.47%	78,923	2.46%
北區	28,294	29,146	3.01%	29,192	3.17%	29,238	3.34%
中區	36,766	37,672	2.47%	37,665	2.45%	37,658	2.43%
南區	28,951	29,653	2.43%	29,644	2.39%	29,634	2.36%
高屏	30,474	31,188	2.34%	31,170	2.28%	31,152	2.23%
東區	5,003	5,127	2.49%	5,127	2.48%	5,126	2.46%
全區	206,518	211,731	2.52%	211,731	2.52%	211,731	2.52%

註：1. 110年度預算以109年度之結算資料為基礎，依110年度所協定之一般服務成長率5.047%推估之，所採基期之109年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-6.924億元)及加回109年違規扣款0.325億元。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區門診服務預算=門診服務預算×[0.51×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.49×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
 - (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。
 - (3) 依本會109.8.28委員會議決「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(3.887億元)，與110年度品質保證保留款(8.804億元)合併運用(計12.691億元)」；110年醫院門診透析服務成長率1.801%，約226.07億元。
 - (4) 110年醫院附設門診部回歸原醫院之預算507.79百萬元，每季扣減126.95百萬元，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) 110年度風險調整移撥款2億元，於地區預算分配前先行扣除。
2. 111年度預算以110.9.24第5次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率2.669%」推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-9.761億元)及加回110年違規扣款(0.137億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區門診服務預算(以R值=51%為例)=門診服務預算×[0.51×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.49×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
 - (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。
 - (3) 依本會110.6.25委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與111年品保款專款(9.298億元)合併運用(計約13.185億元)；111年醫院門診透析服務成長率1.571%(採付費者方案)，約229.58億元。
 - (4) 111年醫院附設門診部回歸原醫院之預算521.34百萬元〔=507,791,617*(1+2.669%)〕，每季扣減130.34百萬元，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110.10.1來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥款。
3. 本表估算110年度及111年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署109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1-2 111年度醫院住診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分 區	110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110年)		46%		47%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	96,626	98,972	2.43%	98,983	2.44%	98,994	2.45%
北區	38,746	39,687	2.43%	39,775	2.66%	39,864	2.89%
中區	51,002	52,240	2.43%	52,238	2.42%	52,235	2.42%
南區	41,235	42,237	2.43%	42,199	2.34%	42,161	2.24%
高屏	43,877	44,942	2.43%	44,917	2.37%	44,892	2.31%
東區	8,556	8,764	2.43%	8,730	2.03%	8,696	1.64%
全區	280,041	286,842	2.43%	286,842	2.43%	286,842	2.43%

分 區	110年預算 估計值(註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		48%		49%		50%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	96,626	99,005	2.46%	99,017	2.47%	99,028	2.49%
北區	38,746	39,952	3.11%	40,041	3.34%	40,130	3.57%
中區	51,002	52,233	2.41%	52,231	2.41%	52,228	2.41%
南區	41,235	42,122	2.15%	42,084	2.06%	42,046	1.97%
高屏	43,877	44,866	2.26%	44,841	2.20%	44,816	2.14%
東區	8,556	8,662	1.24%	8,628	0.85%	8,594	0.45%
全區	280,041	286,842	2.43%	286,842	2.43%	286,842	2.43%

註：1. 110年度預算以109年度之結算資料為基礎，依110年度所協定之一般服務成長率5.047%推估之，所採基期之109年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-6.924億元)及加回109年違規扣款0.325億元。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住診服務預算＝住診服務預算×[0.45×校正人口風險及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.55×開辦前一年醫院住診醫療費用占率(S值)]。
- (2) 住診服務預算＝(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.55。
- (3) 依本會109.8.28委員會議決「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(3.887億元)，與110年度品質保證保留款(8.804億元)合併運用(計12.691億元)」；110年醫院門診透析服務成長率1.801%，約226.07億元。
- (4) 110年度風險調整移撥款2億元，於地區預算分配前先行扣除。

2. 111年度預算以110.9.24第5次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率2.669%」推估之，所採基期之110年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-9.761億元)及加回110年違規扣款(0.137億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住診服務預算＝住診服務預算×[0.45×校正人口風險及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.55×開辦前一年醫院住診醫療費用占率(S值)]。
- (2) 住診服務預算＝(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.55。
- (3) 依本會110.6.25委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與111年品保款專款(9.298億元)合併運用(計約13.185億元)；111年醫院門診透析服務成長率1.571%(採付費者方案)，約229.58億元。

(4) 依台灣醫院協會110.10.1來文，於地區預算分配前，先提撥2億元為風險調整移撥款。

3. 本表估算110年度及111年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署109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1-3 111年度醫院總額門、住診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分 區	110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 診	51%(同110年)	52%	53%	54%	55%		
			值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率	值 成長率
台北	173,656	45% (同 110 年)	177,947 2.47%	177,937 2.47%	177,926 2.46%	177,916 2.45%	177,906 2.45%		
北區	67,040		68,695 2.47%	68,741 2.54%	68,787 2.61%	68,833 2.67%	68,879 2.74%		
中區	87,767		89,934 2.47%	89,927 2.46%	89,919 2.45%	89,912 2.44%	89,905 2.44%		
南區	70,186		71,919 2.47%	71,909 2.45%	71,900 2.44%	71,890 2.43%	71,881 2.41%		
高屏	74,350		76,185 2.47%	76,167 2.44%	76,148 2.42%	76,130 2.39%	76,112 2.37%		
東區	13,559		13,893 2.46%	13,892 2.46%	13,892 2.45%	13,891 2.45%	13,890 2.45%		
台北	173,656	46%	177,958 2.48%	177,948 2.47%	177,937 2.47%	177,927 2.46%	177,917 2.45%		
北區	67,040		68,784 2.60%	68,830 2.67%	68,876 2.74%	68,922 2.81%	68,968 2.87%		
中區	87,767		89,931 2.47%	89,924 2.46%	89,917 2.45%	89,910 2.44%	89,903 2.43%		
南區	70,186		71,881 2.41%	71,871 2.40%	71,862 2.39%	71,852 2.37%	71,843 2.36%		
高屏	74,350		76,160 2.43%	76,141 2.41%	76,123 2.38%	76,105 2.36%	76,087 2.34%		
東區	13,559		13,859 2.21%	13,858 2.21%	13,858 2.20%	13,857 2.20%	13,857 2.20%		
台北	173,656	47%	177,969 2.48%	177,959 2.48%	177,948 2.47%	177,938 2.47%	177,928 2.46%		
北區	67,040		68,872 2.73%	68,918 2.80%	68,964 2.87%	69,010 2.94%	69,056 3.01%		
中區	87,767		89,929 2.46%	89,922 2.45%	89,915 2.45%	89,907 2.44%	89,900 2.43%		
南區	70,186		71,843 2.36%	71,833 2.35%	71,824 2.33%	71,814 2.32%	71,804 2.31%		
高屏	74,350		76,135 2.40%	76,116 2.38%	76,098 2.35%	76,080 2.33%	76,062 2.30%		
東區	13,559		13,825 1.96%	13,825 1.96%	13,824 1.96%	13,823 1.95%	13,823 1.95%		
台北	173,656	48%	177,980 2.49%	177,970 2.48%	177,959 2.48%	177,949 2.47%	177,939 2.47%		
北區	67,040		68,961 2.86%	69,007 2.93%	69,053 3.00%	69,099 3.07%	69,145 3.14%		
中區	87,767		89,927 2.46%	89,920 2.45%	89,912 2.44%	89,905 2.44%	89,898 2.43%		
南區	70,186		71,804 2.31%	71,795 2.29%	71,785 2.28%	71,776 2.26%	71,766 2.25%		
高屏	74,350		76,109 2.37%	76,091 2.34%	76,073 2.32%	76,055 2.29%	76,036 2.27%		
東區	13,559		13,791 1.71%	13,791 1.71%	13,790 1.71%	13,790 1.70%	13,789 1.70%		
台北	173,656	49%	177,991 2.50%	177,981 2.49%	177,970 2.48%	177,960 2.48%	177,950 2.47%		
北區	67,040		69,049 3.00%	69,095 3.07%	69,141 3.13%	69,187 3.20%	69,233 3.27%		
中區	87,767		89,924 2.46%	89,917 2.45%	89,910 2.44%	89,903 2.43%	89,896 2.42%		
南區	70,186		71,766 2.25%	71,757 2.24%	71,747 2.22%	71,738 2.21%	71,728 2.20%		
高屏	74,350		76,084 2.33%	76,066 2.31%	76,048 2.28%	76,029 2.26%	76,011 2.23%		
東區	13,559		13,757 1.46%	13,757 1.46%	13,756 1.46%	13,756 1.45%	13,755 1.45%		
全區	486,559		498,573 2.47%	498,573 2.47%	498,573 2.47%	498,573 2.47%	498,573 2.47%		

表1-4 109年度醫院總額門住診地區預算分配參數

項目 分區	分配參數數值		R值校正因子(註) =((A*B*B占率)+(A*C*C占率))*D			
	R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素		轉診型態 校正比例 (Trans)(D)
				年齡性別 指數(B)	標準化死 亡比 (SMR)(C)	
門診參數占率	51%	49%	-	80%	20%	100%
台北	0.37060	0.37549	0.36920	0.98889	0.88752	1.03330
北區	0.14763	0.12593	0.16158	0.92957	0.98049	0.96915
中區	0.17636	0.17975	0.18102	0.97878	1.01360	0.98521
南區	0.13799	0.14250	0.12871	1.07540	1.07075	0.99469
高屏	0.14334	0.15197	0.13964	1.05591	1.10756	0.95964
東區	0.02409	0.02437	0.01987	1.09119	1.30638	1.06486
住院參數占率	45%	55%	-	50%	50%	
台北	0.34716	0.34330	0.36920	0.982278	0.88752	—
北區	0.15532	0.12446	0.16158	0.930138	0.98049	
中區	0.18167	0.18249	0.18102	0.981300	1.01360	
南區	0.13994	0.15325	0.12871	1.090728	1.07075	
高屏	0.15185	0.16065	0.13964	1.053733	1.10756	
東區	0.02406	0.03586	0.01987	1.102338	1.30638	

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1-5 105~109年醫院總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	門診				
	105	106	107	108	109
台北	0.9828	0.9855	0.9871	0.9875	0.9889
北區	0.9319	0.9310	0.9312	0.9293	0.9296
中區	0.9819	0.9795	0.9786	0.9778	0.9788
南區	1.0804	1.0782	1.0757	1.0777	1.0754
高屏	1.0542	1.0550	1.0556	1.0571	1.0559
東區	1.0977	1.0963	1.0954	1.0962	1.0912
全區	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

年 分區	住診				
	105	106	107	108	109
台北	0.9732	0.9771	0.9788	0.9801	0.9823
北區	0.9359	0.9350	0.9330	0.9319	0.9301
中區	0.9842	0.9818	0.9810	0.9805	0.9813
南區	1.0995	1.0950	1.0938	1.0932	1.0907
高屏	1.0512	1.0515	1.0532	1.0542	1.0537
東區	1.1161	1.1109	1.1104	1.1073	1.1023
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2-1 109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	36.9%	32.3%	35.7%	18,898
北區	16.2%	16.3%	13.8%	16,656
中區	18.1%	19.4%	18.0%	19,464
南區	12.9%	14.1%	14.5%	21,990
高屏	14.0%	15.6%	15.3%	21,383
東區	2.0%	2.3%	2.8%	27,608
全區	100.0%	100.0%	100.0%	19,556

表2-2 109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	10.6%	3.7%	87.1%	69.2%
北區	16.6%	14.3%	92.2%	64.9%
中區	4.9%	3.2%	81.8%	73.4%
南區	-1.9%	-3.0%	77.3%	80.8%
高屏	-0.5%	-1.6%	76.2%	77.1%
東區	-9.4%	-7.2%	69.7%	87.3%
全區	6.5%	3.0%	83.1%	71.9%

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、105~109年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	7,931	8,608	8,668	8,716	8,753	8,769	838	10.6%
北區	3,292	3,704	3,742	3,776	3,803	3,838	545	16.6%
中區	4,099	4,251	4,271	4,289	4,297	4,299	200	4.9%
南區	3,117	3,097	3,092	3,088	3,072	3,057	-60	-1.9%
高屏	3,333	3,344	3,333	3,323	3,319	3,317	-16	-0.5%
東區	521	487	483	478	474	472	-49	-9.4%
全區	22,294	23,491	23,590	23,671	23,720	23,752	1,457	6.5%
年 分區	戶籍人口數(千人)						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	7,337	7,652	7,648	7,642	7,640	7,608	271	3.7%
北區	3,354	3,692	3,735	3,772	3,807	3,834	480	14.3%
中區	4,438	4,560	4,571	4,579	4,582	4,578	140	3.2%
南區	3,421	3,366	3,357	3,346	3,333	3,317	-104	-3.0%
高屏	3,746	3,718	3,711	3,703	3,698	3,685	-61	-1.6%
東區	581	552	549	547	543	540	-42	-7.2%
全區	22,877	23,540	23,571	23,589	23,603	23,561	685	3.0%
年 分區	投保人口占率(%)						109較95年 增加值	
	95	105	106	107	108	109		
台北	35.6%	36.6%	36.7%	36.8%	36.9%	36.9%	1.3%	
北區	14.8%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	1.4%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%	
南區	14.0%	13.2%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	-1.1%	
高屏	15.0%	14.2%	14.1%	14.0%	14.0%	14.0%	-1.0%	
東區	2.3%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.3%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	
年 分區	戶籍人口占率(%)						109較95年 增加值	
	95	105	106	107	108	109		
台北	32.1%	32.5%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	0.2%	
北區	14.7%	15.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	1.6%	
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	0.0%	
南區	15.0%	14.3%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	-0.9%	
高屏	16.4%	15.8%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	-0.7%	
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、105~109年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
R-門診	38%	46%	50%	50%	50%	51%	13%	—
R-住院	38%	41%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	137,231	144,346	149,998	156,626	165,721	77,152	87.1%
北區	33,255	52,233	55,130	57,752	60,248	63,920	30,665	92.2%
中區	46,017	69,644	73,154	75,913	79,167	83,682	37,665	81.8%
南區	37,916	56,549	58,923	61,103	63,703	67,225	29,309	77.3%
高屏	40,254	59,681	62,493	64,528	67,332	70,921	30,668	76.2%
東區	7,678	11,086	11,474	11,830	12,277	13,027	5,349	69.7%
全區	253,690	386,425	405,520	421,125	439,353	464,497	210,807	83.1%

年 分區	平均每人預算數(元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	11,167	15,942	16,653	17,209	17,893	18,898	7,731	69.2%
北區	10,101	14,104	14,732	15,293	15,841	16,656	6,555	64.9%
中區	11,225	16,382	17,127	17,700	18,422	19,464	8,238	73.4%
南區	12,163	18,258	19,059	19,789	20,735	21,990	9,827	80.8%
高屏	12,076	17,847	18,748	19,416	20,286	21,383	9,306	77.1%
東區	14,744	22,787	23,749	24,729	25,901	27,608	12,865	87.3%
全區	11,379	16,450	17,191	17,791	18,523	19,556	8,177	71.9%

年 分區	預算數占率(%)						109較95年 增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	34.9%	35.5%	35.6%	35.6%	35.6%	35.7%	0.8%
北區	13.1%	13.5%	13.6%	13.7%	13.7%	13.8%	0.7%
中區	18.1%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	18.0%	-0.1%
南區	14.9%	14.6%	14.5%	14.5%	14.5%	14.5%	-0.5%
高屏	15.9%	15.4%	15.4%	15.3%	15.3%	15.3%	-0.6%
東區	3.0%	2.9%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	-0.2%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)						
	95	105	106	107	108	109	
台北	3.0%	5.4%	5.2%	3.9%	4.4%	5.8%	
北區	7.9%	5.7%	5.5%	4.8%	4.3%	6.1%	
中區	4.6%	5.2%	5.0%	3.8%	4.3%	5.7%	
南區	4.9%	4.9%	4.2%	3.7%	4.3%	5.5%	
高屏	5.3%	5.2%	4.7%	3.3%	4.3%	5.3%	
東區	2.2%	5.1%	3.5%	3.1%	3.8%	6.1%	
全區	4.5%	5.3%	4.9%	3.8%	4.3%	5.7%	

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。

表3 91、105~109年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						109較91年	109較91年
	91	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	7,291	10,481	10,997	11,344	12,057	12,637	5,346	73.3%
北區	2,966	3,638	3,737	3,884	4,149	4,212	1,246	42.0%
中區	3,881	5,219	5,390	5,515	5,811	5,983	2,102	54.2%
南區	2,347	3,745	3,854	3,923	4,165	4,248	1,901	81.0%
高屏	3,298	4,662	4,701	4,867	5,100	5,277	1,979	60.0%
東區	573	808	825	839	860	896	323	56.4%
全區	20,356	28,553	29,504	30,372	32,142	33,253	12,897	63.4%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						109較91年	109較91年
	91	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	10.1	13.7	14.4	14.8	15.8	16.6	6.5	64.2%
北區	9.3	9.9	10.0	10.3	10.9	11.0	1.7	18.0%
中區	8.9	11.4	11.8	12.0	12.7	13.1	4.2	47.0%
南區	6.9	11.1	11.5	11.7	12.5	12.8	6.0	86.9%
高屏	8.8	12.5	12.7	13.1	13.8	14.3	5.5	62.5%
東區	9.6	14.6	15.0	15.3	15.8	16.6	7.0	72.7%
全區	9.0	12.1	12.5	12.9	13.6	14.1	5.1	56.1%

表4 91、105~109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)						109較91年	109較91年
	91	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	20,873	22,085	22,306	22,681	22,366	22,938	2,065	9.9%
北區	10,275	10,243	10,307	10,290	10,301	10,654	379	3.7%
中區	13,024	14,558	14,618	15,170	15,311	15,466	2,442	18.8%
南區	9,136	10,543	10,579	10,661	10,755	10,808	1,672	18.3%
高屏	11,732	12,468	12,622	12,638	12,693	12,862	1,130	9.6%
東區	2,213	1,970	1,960	1,961	1,967	1,971	-242	-10.9%
全區	67,253	71,867	72,392	73,401	73,393	74,699	7,446	11.1%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						109較91年	109較91年
	91	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	29.0	28.9	29.2	29.7	29.3	30.2	1.2	4.1%
北區	32.3	27.7	27.6	27.3	27.1	27.8	-4.5	-13.9%
中區	29.8	31.9	32.0	33.1	33.4	33.8	4.0	13.2%
南區	26.7	31.3	31.5	31.9	32.3	32.6	5.9	22.2%
高屏	31.4	33.5	34.0	34.1	34.3	34.9	3.6	11.3%
東區	37.1	35.7	35.7	35.9	36.2	36.5	-0.6	-1.6%
全區	29.9	30.5	30.7	31.1	31.1	31.7	1.8	6.2%

資料來源：110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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	4,138	4,691	4,690	4,737	4,779	4,565	427	10.3%
北區	2,087	2,369	2,354	2,377	2,423	2,367	280	13.4%
中區	2,420	2,786	2,785	2,816	2,878	2,750	330	13.6%
南區	1,719	1,891	1,876	1,892	1,908	1,825	106	6.2%
高屏	2,083	2,189	2,167	2,158	2,165	2,078	-5	-0.2%
東區	320	336	332	331	336	324	4	1.2%
全區	11,849	13,256	13,229	13,336	13,491	12,950	1,102	9.3%

年 分區	住診就醫人數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	515	589	595	609	619	581	66	12.8%
北區	275	297	297	298	306	283	8	3.0%
中區	352	401	404	414	428	406	54	15.4%
南區	249	288	288	289	296	277	28	11.3%
高屏	314	340	342	343	350	325	11	3.6%
東區	54	53	54	56	56	53	-1	-2.6%
全區	1,716	1,932	1,945	1,972	2,020	1,892	176	10.3%

年 分區	門診就醫率(%)						109較95年 增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	52.2%	54.5%	54.1%	54.3%	54.6%	52.1%	-0.1%
北區	63.4%	64.0%	62.9%	62.9%	63.7%	61.7%	-1.7%
中區	59.0%	65.5%	65.2%	65.6%	67.0%	64.0%	4.9%
南區	55.2%	61.1%	60.7%	61.3%	62.1%	59.7%	4.6%
高屏	62.5%	65.5%	65.0%	64.9%	65.2%	62.6%	0.2%
東區	61.5%	69.1%	68.8%	69.2%	70.9%	68.6%	7.2%
全區	53.1%	56.4%	56.1%	56.3%	56.9%	54.5%	1.4%
差值	11.2%	14.6%	14.7%	14.9%	16.3%	16.6%	—

年 分區	住診就醫率(%)						109較95年 增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	6.5%	6.8%	6.9%	7.0%	7.1%	6.6%	0.1%
北區	8.4%	8.0%	7.9%	7.9%	8.1%	7.4%	-1.0%
中區	8.6%	9.4%	9.5%	9.6%	10.0%	9.4%	0.9%
南區	8.0%	9.3%	9.3%	9.4%	9.6%	9.1%	1.1%
高屏	9.4%	10.2%	10.3%	10.3%	10.5%	9.8%	0.4%
東區	10.4%	11.0%	11.2%	11.7%	11.8%	11.2%	0.8%
全區	7.7%	8.2%	8.2%	8.3%	8.5%	8.0%	0.3%
差值	3.9%	4.1%	4.4%	4.7%	4.8%	4.5%	—

資料來源：110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、105~109年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	27,064	33,384	34,169	35,113	35,453	33,998	6,934	25.6%
北區	10,930	13,206	13,438	13,750	14,175	13,668	2,737	25.0%
中區	15,246	18,492	19,123	19,665	20,207	19,426	4,179	27.4%
南區	10,113	12,424	12,725	12,969	13,279	13,033	2,920	28.9%
高屏	13,439	14,559	14,754	14,878	15,065	14,818	1,379	10.3%
東區	2,033	2,226	2,274	2,284	2,321	2,257	223	11.0%
全區	78,826	94,291	96,483	98,660	100,500	97,199	18,373	23.3%

年 分區	平均每人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	3.41	3.88	3.94	4.03	4.05	3.88	0.46	13.6%
北區	3.32	3.57	3.59	3.64	3.73	3.56	0.24	7.3%
中區	3.72	4.35	4.48	4.59	4.70	4.52	0.80	21.5%
南區	3.24	4.01	4.12	4.20	4.32	4.26	1.02	31.4%
高屏	4.03	4.35	4.43	4.48	4.54	4.47	0.44	10.8%
東區	3.90	4.58	4.71	4.78	4.90	4.78	0.88	22.5%
全區	3.54	4.01	4.09	4.17	4.24	4.09	0.56	15.7%
倍數	1.24	1.28	1.31	1.31	1.31	1.34	—	—

年 分區	住診件數(千件)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	759	996	1,009	1,046	1,066	1,019	261	34.4%
北區	373	451	457	461	476	444	72	19.2%
中區	519	671	686	710	744	720	201	38.8%
南區	371	479	486	490	504	478	107	28.8%
高屏	462	548	555	563	576	547	85	18.4%
東區	79	102	104	106	108	103	24	30.2%
全區	2,563	3,248	3,297	3,377	3,474	3,313	749	29.2%

年 分區	平均每人住診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	0.096	0.116	0.116	0.120	0.122	0.116	0.021	21.5%
北區	0.113	0.122	0.122	0.122	0.125	0.116	0.003	2.3%
中區	0.127	0.158	0.161	0.166	0.173	0.168	0.041	32.3%
南區	0.119	0.155	0.157	0.159	0.164	0.156	0.037	31.4%
高屏	0.139	0.164	0.167	0.169	0.173	0.165	0.026	19.0%
東區	0.152	0.209	0.215	0.222	0.228	0.219	0.067	43.7%
全區	0.115	0.138	0.140	0.143	0.146	0.139	0.024	21.3%
倍數	1.59	1.80	1.85	1.85	1.87	1.88	—	—

資料來源：110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、105~109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)						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	47,780	84,226	91,909	98,489	103,589	105,615	57,835	121.0%
北區	18,008	31,712	34,249	36,489	39,260	40,050	22,041	122.4%
中區	26,120	46,866	51,393	54,683	57,948	58,682	32,562	124.7%
南區	17,708	33,356	36,271	38,288	40,845	40,582	22,873	129.2%
高屏	20,865	33,717	36,436	38,664	41,094	41,886	21,021	100.7%
東區	3,782	5,784	6,248	6,671	6,973	7,254	3,472	91.8%
全區	134,264	235,661	256,507	273,285	289,709	294,069	159,805	119.0%
年 分區	住診費用點數(百萬點)						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	48,828	65,789	68,701	73,809	76,458	78,125	29,297	60.0%
北區	20,849	27,129	28,546	29,727	31,186	31,033	10,184	48.8%
中區	28,529	39,302	41,348	44,283	46,169	47,424	18,894	66.2%
南區	21,267	29,619	30,847	32,234	33,094	33,518	12,251	57.6%
高屏	24,691	33,749	34,791	36,137	37,483	38,118	13,428	54.4%
東區	5,196	6,034	6,283	6,709	6,958	7,210	2,014	38.8%
全區	149,360	201,622	210,517	222,900	231,349	235,428	86,067	57.6%
年 分區	平均每人門診費用點數						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	6,024	9,784	10,603	11,299	11,834	12,044	6,020	99.9%
北區	5,470	8,563	9,152	9,663	10,323	10,436	4,966	90.8%
中區	6,372	11,024	12,033	12,750	13,484	13,649	7,277	114.2%
南區	5,680	10,770	11,732	12,400	13,295	13,275	7,594	133.7%
高屏	6,260	10,083	10,931	11,634	12,381	12,629	6,369	101.7%
東區	7,262	11,889	12,933	13,945	14,712	15,373	8,112	111.7%
全區	6,022	10,032	10,874	11,545	12,214	12,381	6,359	105.6%
倍數	1.33	1.39	1.41	1.44	1.43	1.47	—	—
年 分區	平均每人住診費用點數						109較95年	109較95年
	95	105	106	107	108	109	增加值	成長率
台北	6,156	7,642	7,926	8,468	8,735	8,909	2,753	44.7%
北區	6,333	7,325	7,628	7,872	8,200	8,086	1,754	27.7%
中區	6,959	9,245	9,681	10,325	10,743	11,030	4,071	58.5%
南區	6,822	9,563	9,978	10,440	10,772	10,964	4,142	60.7%
高屏	7,407	10,093	10,437	10,873	11,293	11,493	4,085	55.2%
東區	9,977	12,403	13,006	14,025	14,679	15,280	5,303	53.1%
全區	6,699	8,583	8,924	9,417	9,753	9,912	3,213	48.0%
倍數	1.62	1.69	1.70	1.78	1.79	1.89	—	—
年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						109較95年	
	95	105	106	107	108	109	增加值	
台北	49.5%	56.1%	57.2%	57.2%	57.5%	57.5%	8.0%	
北區	46.3%	53.9%	54.5%	55.1%	55.7%	56.3%	10.0%	
中區	47.8%	54.4%	55.4%	55.3%	55.7%	55.3%	7.5%	
南區	45.4%	53.0%	54.0%	54.3%	55.2%	54.8%	9.3%	
高屏	45.8%	50.0%	51.2%	51.7%	52.3%	52.4%	6.6%	
東區	42.1%	48.9%	49.9%	49.9%	50.1%	50.2%	8.0%	
全區	47.3%	53.9%	54.9%	55.1%	55.6%	55.5%	8.2%	

資料來源：110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8-1 102~109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
102Q1	0.8396	0.9312	0.8865	0.8620	0.9302	0.8566	0.8782	6	1	3	4	2	5
102Q2	0.8916	0.9631	0.9311	0.8750	0.9313	0.8472	0.9062	4	1	3	5	2	6
102Q3	0.8470	0.9215	0.9035	0.8302	0.9222	0.8770	0.8851	5	2	3	6	1	4
102Q4	0.8447	0.9054	0.9053	0.8318	0.9298	0.8777	0.8784	5	2	3	6	1	4
103Q1	0.8379	0.9160	0.8790	0.8264	0.9242	0.9063	0.8718	5	2	4	6	1	3
103Q2	0.8835	0.9478	0.9171	0.8419	0.9261	0.8896	0.8943	5	1	3	6	2	4
103Q3	0.8357	0.8982	0.8901	0.8223	0.8996	0.8766	0.8693	5	2	3	6	1	4
103Q4	0.8656	0.9469	0.9166	0.8331	0.9107	0.8882	0.8854	5	1	2	6	3	4
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

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。

表8-2 102~109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	
102Q1	0.9134	0.9452	0.9327	0.9230	0.9531	0.9158	0.9286	6	2	3	4	1	5	
102Q2	0.9393	0.9588	0.9557	0.9296	0.9537	0.9113	0.9447	4	1	2	5	3	6	
102Q3	0.9213	0.9495	0.9445	0.9129	0.9508	0.9309	0.9327	5	2	3	6	1	4	
102Q4	0.9195	0.9384	0.9441	0.9133	0.9539	0.9287	0.9310	5	3	2	6	1	4	
103Q1	0.9120	0.9437	0.9307	0.9071	0.9513	0.9417	0.9255	5	2	4	6	1	3	
103Q2	0.9315	0.9555	0.9486	0.9126	0.9516	0.9320	0.9379	5	1	3	6	2	4	
103Q3	0.9107	0.9382	0.9363	0.9058	0.9387	0.9284	0.9229	5	2	3	6	1	4	
103Q4	0.9231	0.9549	0.9485	0.9089	0.9433	0.9313	0.9330	5	1	2	6	3	4	
104Q1	0.9313	0.9579	0.9462	0.9233	0.9516	0.9177	0.9390	4	1	3	5	2	6	
104Q2	0.9398	0.9530	0.9531	0.9280	0.9522	0.9309	0.9438	4	2	1	6	3	5	
104Q3	0.9314	0.9435	0.9466	0.9342	0.9559	0.9429	0.9402	6	3	2	5	1	4	
104Q4	0.9161	0.9356	0.9448	0.9301	0.9478	0.9323	0.9312	6	3	2	5	1	4	
105Q1	0.9236	0.9645	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395	6	1	3	5	2	3	
105Q2	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387	5	3	1	6	4	2	
105Q3	0.9098	0.9322	0.9351	0.9226	0.9526	0.9445	0.9266	6	4	3	5	1	2	
105Q4	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	

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。

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110年10月1日

發文字號：院協健字第1100200405號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢陳醫院部門111年一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案，請查照。

說明：

- 一、依據 貴會110年8月11日衛部健字第1103360113號書函辦理。
- 二、為妥適陳達醫院部門就旨揭議案主張，經醫協專門委員會統合各層級研商並獲共識，建議如下：
 - (一)基於嚴重特殊傳染性肺炎仍持續發生，雖屢次疫情升溫，經全體醫護及國人合作得以穩住，但醫院仍持續警戒，對於整體醫療資源調整及新科技應用對一般服務的影響在疫情前景未明之情形下，暫維持不變將是確保醫療服務品質較佳的選擇。且，醫院部門承國家中長期醫療改革要求尚有諸多變動待行，爰，建議續維持110年門、住診R值比率（即門診R值51%、住診R值45%）
 - (二)感謝各界對醫院總額風險調整移撥款的鼓勵，對於移撥款的使用，醫院部門各分區皆是戰戰兢兢地穩健推動與執行，經討論建議續維持2億元預算，鼓勵各區醫療資源就轄區需求進行最適整合及規劃。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會



歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健

保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：

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

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

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

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

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

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

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

一、研究結論

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

(二)分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入

罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。

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

(四)中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，其變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入 CCS(以疾病診斷處置反映罹病狀態)則可以提高，建議中醫總額部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。

二、政策建議

(一)短期

1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

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

2.中醫部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制：

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

3.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

4. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

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

(二)中期

1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

建議各部門總額可提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標，

作為進一步研商地區預算分配公式之參考。

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

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

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求：

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

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：

- 一、有關醫院 111 年度總額地區預算分配，因住診 R 值前進 1%，東區預算即相對減少 0.4%，對較小規模東區影響較大，提供貴會參考。
- 二、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。
- 三、另就協定 109 年及 110 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																
109 年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，係自一般服務移撥 2 億元，其餘同 108 年如下：</p> <p>(1). 移撥款使用範圍</p> <p>A.符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區</p> <p>B.所屬轄區須扶弱或援助照護之人口</p> <p>(2). 移撥款以分區為單位，用以襄助各區弱勢及偏鄉醫療之精進，無涉點值回補，亦非補助單院使用。</p> <p>(3). 移撥款分配因素及權重</p> <p>A.山地離島非原住民人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>B.偏遠地區人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>C.重度以上身心障礙人口於各</p>	<p>109 年結算情形：</p> <table><tr><th>分區</th><th>結算金額</th></tr><tr><td>台北</td><td>17,388,194</td></tr><tr><td>北區</td><td>13,447,924</td></tr><tr><td>中區</td><td>16,589,588</td></tr><tr><td>南區</td><td>17,606,916</td></tr><tr><td>高屏</td><td>42,996,209</td></tr><tr><td>東區</td><td>91,971,169</td></tr><tr><td>合計</td><td>200,000,000</td></tr></table>	分區	結算金額	台北	17,388,194	北區	13,447,924	中區	16,589,588	南區	17,606,916	高屏	42,996,209	東區	91,971,169	合計	200,000,000
分區	結算金額																	
台北	17,388,194																	
北區	13,447,924																	
中區	16,589,588																	
南區	17,606,916																	
高屏	42,996,209																	
東區	91,971,169																	
合計	200,000,000																	

年度	協定情形	執行情形																																																
	<p>區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>D. 台閩地區原住民人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>E. 低收入戶人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%</p> <p>F. 6歲以下及65歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率，權重：16.666667%。</p> <p>2. 經計算上述分配因素及權重，109年各分區全年分配金額如下：</p> <table> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> <tr> <td>台北</td><td>17,388,194</td><td>9%</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>13,447,924</td><td>7%</td></tr> <tr> <td>中區</td><td>16,589,588</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>南區</td><td>17,606,916</td><td>9%</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>42,996,209</td><td>21%</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>91,971,169</td><td>46%</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>200,000,000</td><td>100%</td></tr> </table>	分區	全年分配金額	占率	台北	17,388,194	9%	北區	13,447,924	7%	中區	16,589,588	8%	南區	17,606,916	9%	高屏	42,996,209	21%	東區	91,971,169	46%	合計	200,000,000	100%																									
分區	全年分配金額	占率																																																
台北	17,388,194	9%																																																
北區	13,447,924	7%																																																
中區	16,589,588	8%																																																
南區	17,606,916	9%																																																
高屏	42,996,209	21%																																																
東區	91,971,169	46%																																																
合計	200,000,000	100%																																																
110 年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，係自一般服務移撥2億元，其餘同108年。</p> <p>2. 110年各分區全年分配金額如下：</p> <table> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> <tr> <td>台北</td><td>17,347,046</td><td>9%</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>13,596,878</td><td>7%</td></tr> <tr> <td>中區</td><td>16,695,991</td><td>8%</td></tr> <tr> <td>南區</td><td>17,566,705</td><td>9%</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>42,577,353</td><td>21%</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>92,216,027</td><td>46%</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>200,000,000</td><td>100%</td></tr> </table>	分區	全年分配金額	占率	台北	17,347,046	9%	北區	13,596,878	7%	中區	16,695,991	8%	南區	17,566,705	9%	高屏	42,577,353	21%	東區	92,216,027	46%	合計	200,000,000	100%	<p>110 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20,355,725元。</p> <table> <tr> <th>分區</th><th>結算金額</th><th>保留金額</th></tr> <tr> <td>台北</td><td>-</td><td>4,336,762</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>3,399,220</td><td></td></tr> <tr> <td>中區</td><td>4,173,998</td><td></td></tr> <tr> <td>南區</td><td>-</td><td>4,391,676</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>-</td><td>10,644,338</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>12,782,507</td><td>10,271,499</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>20,355,725</td><td>26,644,275</td></tr> </table>	分區	結算金額	保留金額	台北	-	4,336,762	北區	3,399,220		中區	4,173,998		南區	-	4,391,676	高屏	-	10,644,338	東區	12,782,507	10,271,499	合計	20,355,725	26,644,275
分區	全年分配金額	占率																																																
台北	17,347,046	9%																																																
北區	13,596,878	7%																																																
中區	16,695,991	8%																																																
南區	17,566,705	9%																																																
高屏	42,577,353	21%																																																
東區	92,216,027	46%																																																
合計	200,000,000	100%																																																
分區	結算金額	保留金額																																																
台北	-	4,336,762																																																
北區	3,399,220																																																	
中區	4,173,998																																																	
南區	-	4,391,676																																																
高屏	-	10,644,338																																																
東區	12,782,507	10,271,499																																																
合計	20,355,725	26,644,275																																																

年度	協定情形	執行情形
		2. 本署尊重各分區執行方式；台北區、南區及高屏保留 110 年第 1 季至第 3 季預算至第 4 季併結；東區依共管會議決議，保留 110 年第 1 季至第 3 季部分預算至第 4 季併結，其他分區則按季實施。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 111 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(110)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(110.10.8 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)業依規定於 110.10.8 函送 111 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 132~142 頁)。
- 二、111 年度中醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 5 次委員會議(110.9.24)決議，付費者代表與中醫代表委員達成共識方案，111 年度中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 4.176%。
- 三、中醫門診總額一般服務歷年地區預算執行概況(詳附件二，第 143~144 頁)：
 - (一)第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(衛生福利部前身)交付方案，分六區以「各地區校正人口風險後保險對象人數」占率(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」占率(S 值)兩項參數協定後之比率分配地區預算。各年 R 值比率：89.7~90 為 5%；91 年為 15%；92 年為 20%；93 及 94 年為 30%。
 - (二)95 年至 98 年，採事後結算方式的試辦計畫，分配參數未含人口因素。
 - (三)99 年至 110 年，採修正後以事前分配預算的試辦計畫，分配參數含人口因素，且以「戶籍人口數」為依據：
 - 1.地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所

轄範圍，區分為六個地區。

2.分配方式：

(1)東區預算占率 2.22%，其他五分區預算占率 97.78%。

(2)五分區預算分配參數及其占率，如下表：

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

(四)查本會 104.11.20 委員會議討論 105 年中醫門診總額地區預算

分配之決議：「為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標」，近年戶籍人口數占率及風險調整移撥款之協定情形如下表：

1. 戶籍人口數占率(分配參數二)：自 105 年至 110 年，6 年間戶籍人口數占率計調升 6%，110 年度為 13%。
2. 風險調整移撥款：查 106 年至 110 年，中醫自五分區(不含東區)一般服務費用移撥部分經費，用於撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構之點值。110 年度移撥 3,500 萬元。

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

四、中全會函提 111 年地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議業經 110.10.3 中醫門診醫療服務審查執行會第 43 次會議決議。

(二)建議內容：

1. 分配方式：

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

(2)其他五分區預算，依下列參數占率分配：

①各分區實際收入預算占率(參數一)：66%(較 110 年 67% 調降 1%)。

②各分區戶籍人口數占率(參數二)：14%(較 110 年 13% 調升 1%)。

- ③各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)：10%。
- ④各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差(參數四)：4%。
- ⑤各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率(參數五)：5%。
- ⑥偏鄉人口預算分配調升機制(參數六)：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。另修正偏鄉定義，新增「健保署公告山地、離島地區」條件(原僅列每萬人口中醫師數之條件)。

2.不另行編列「風險調整移撥款」。

五、健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果，詳附件四(第 147 頁)。

六、111 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)地區預算分配方式，是否同意中全會之建議方案：

(一)分配方式：

1.東區預算占率 2.22%；其餘五分區預算占率 97.78%。

2.五分區預算依前開 6 項參數占率分配，其中：

(1)各分區實際收入預算占率(參數一)：調降為 66%(110 年為 67%)。

(2)各分區戶籍人口數占率(參數二)：調升為 14%(110 年為 13%)。

(3)其餘 4 項參數及占率同 110 年。

(二)風險調整移撥款：建議不移撥。

七、依 111 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於

110 年 12 月底前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

- (一)模擬 111 年度依「各分區去年同期戶籍人口數占比 13~18%」之各分區預算估計值，如表 1-1(第 121 頁)。
- (二)提供 109 年地區預算分配參數、歷年各分區投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、中醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-2~8-2，第 122~131 頁)。
- (三)歷年地區預算分配相關會議結論及本會委託研究建議，如附件三，第 145~146 頁。

擬辦：

- 一、確認 111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。

決議：

111年度中醫門診總額一般服務地區預算模擬試算表

表1-1 調整參數2

單位：百萬元；%

分區	110年度 預算 ^(註1、3)	分配參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		13%(同110年)		14% (中全會建議方案)		15%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	8,004	8,340	4.194%	8,350	4.325%	8,361	4.455%
北區	3,425	3,568	4.194%	3,581	4.547%	3,593	4.901%
中區	6,953	7,244	4.194%	7,224	3.903%	7,204	3.613%
南區	3,919	4,083	4.194%	4,082	4.175%	4,081	4.156%
高屏	4,396	4,581	4.194%	4,579	4.158%	4,578	4.122%
東區	607	632	4.058%	632	4.058%	632	4.058%
全區	27,304	28,448	4.191%	28,448	4.191%	28,448	4.191%

分區	110年度 預算 ^(註1、3)	分配參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		16%		17%		18%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	8,004	8,371	4.586%	8,382	4.716%	8,392	4.847%
北區	3,425	3,605	5.254%	3,617	5.607%	3,629	5.961%
中區	6,953	7,184	3.322%	7,164	3.032%	7,143	2.741%
南區	3,919	4,081	4.137%	4,080	4.118%	4,079	4.099%
高屏	4,396	4,576	4.085%	4,574	4.049%	4,573	4.013%
東區	607	632	4.058%	632	4.058%	632	4.058%
全區	27,304	28,448	4.191%	28,448	4.191%	28,448	4.191%

註：1.110年一般服務預算：

- (1)以109年結算資料為基礎，於校正投保人口成長率差值(-39.6百萬元)及加回109年度違規扣款29.1百萬元，依110年協定成長率4.260%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。
- (2)110年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%扣除風險調整移撥款後依下列參數分配：
 - ①參數1：95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率：67%。
 - ②參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率：13%。
 - ③參數3：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
 - ④參數4：「各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」指標加權校正後之占率：4%。
 - ⑤參數5：「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率(當年前1季)：5%。
 - ⑥參數6：偏鄉人口預算分配調升機制(補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數1」分配予各區)：1%。本表依108年實際執行情形估算，其中0.3276%預算用於補偏鄉點值，剩餘0.6724%預算按「參數1」分配。

2.111年一般服務預算：

- (1)以110年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(-56.0百萬元)及加回110年度違規扣款24.0百萬元，依111年協定成長率4.176%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%依上開參數分配。(依中全會建議，未有風險調整移撥款)
- (2)預算模擬方式：參數2每增加1%，則參數1相對調降1%。
- 3.本表估算110年度及111年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署109年地區預算分配參數試算，各分區最終之實際結算，仍以健保署結算資料為準。

表1-2 109年度中醫門診總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數					
	參數1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率	參數2：各分區去年同期戶籍人口數占率	參數3：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	參數4：各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差	參數5：當前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率	參數6：偏鄉人口預算分配調升機制
參數占率	67%	13%	9%	5%	5%	1%
台北	29.375%	33.142%	30.555%	29.571%	29.457%	27.123%
北區	12.096%	16.448%	13.837%	11.875%	12.155%	11.586%
中區	27.138%	19.874%	25.879%	27.319%	26.925%	25.106%
南區	14.761%	14.484%	14.082%	14.495%	14.783%	18.643%
高屏	16.630%	16.052%	15.647%	16.741%	16.679%	17.542%

註：1.109年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%扣除風險調整移撥款後依參數1~參數6分配。

- 參數6「偏鄉人口預算分配調升機制」係用於補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數1」分配予各區，本項參數占率依109年實際執行情形估算，其中0.3276%預算用於補偏鄉點值，剩餘0.6724%預算按「參數1」分配。
- 各項參數均採4季均值。

表2-1 109年投保人口數、戶籍人口數、中醫門診總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口數 占率 ^(註1)	戶籍人口數 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	36.9%	32.3%	29.4%	1,009
北區	16.2%	16.3%	12.6%	858
中區	18.1%	19.4%	25.5%	1,454
南區	12.9%	14.1%	14.3%	1,127
高屏	14.0%	15.6%	16.1%	1,141
東區	2.0%	2.3%	2.2%	1,079
全區	100%	100%	100%	1,057

表2-2 109年較95年投保人口、戶籍人口、中醫門診總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口數 成長率 ^(註1)	戶籍人口數 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	10.6%	3.7%	52.2%	46.8%
北區	16.6%	14.3%	61.5%	41.2%
中區	4.9%	3.2%	40.2%	35.9%
南區	-1.9%	-3.0%	48.6%	53.2%
高屏	-0.5%	-1.6%	47.8%	50.3%
東區	-9.4%	-7.2%	49.2%	60.7%
全區	6.5%	3.0%	48.7%	44.4%

表2-3 105~109年各分區人口老化指數

年 分區	105	106	107	108	109
台北	102.7	110.9	119.4	128.0	137.3
北區	72.3	76.7	81.0	86.0	91.6
中區	87.9	93.6	99.4	106.0	113.1
南區	122.8	130.3	137.9	145.5	154.3
高屏	114.9	123.6	132.1	140.3	149.6
東區	119.1	127.3	134.5	141.8	150.6
全區	98.9	105.7	112.6	119.8	127.8

註：1.資料來源：投保人口數(4季季中平均)：採中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件、戶籍人口數(年底)：內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-4。

2.一般服務預算不含品質保證保留款及專款項目並扣除醫療資源不足地區之論量計酬結算金額、扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用，相關資料詳表2-5。

3.老化指數是以65歲以上老年人口數除以14歲以下幼年人口數。

表2-4 95、105~109年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,931	8,608	8,668	8,716	8,753	8,769	838	10.6%
北區	3,292	3,704	3,742	3,776	3,803	3,838	545	16.6%
中區	4,099	4,251	4,271	4,289	4,297	4,299	200	4.9%
南區	3,117	3,097	3,092	3,088	3,072	3,057	-60	-1.9%
高屏	3,333	3,344	3,333	3,323	3,319	3,317	-16	-0.5%
東區	521	487	483	478	474	472	-49	-9.4%
全區	22,294	23,491	23,590	23,671	23,720	23,752	1,457	6.5%

年 分區	戶籍人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,337	7,652	7,648	7,642	7,640	7,608	271	3.7%
北區	3,354	3,692	3,735	3,772	3,807	3,834	480	14.3%
中區	4,438	4,560	4,571	4,579	4,582	4,578	140	3.2%
南區	3,421	3,366	3,357	3,346	3,333	3,317	-104	-3.0%
高屏	3,746	3,718	3,711	3,703	3,698	3,685	-61	-1.6%
東區	581	552	549	547	543	540	-42	-7.2%
全區	22,877	23,540	23,571	23,589	23,603	23,561	685	3.0%

年 分區	投保人口數占率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	35.6%	36.6%	36.7%	36.8%	36.9%	36.9%	1.3%
北區	14.8%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	1.4%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.2%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	-1.1%
高屏	15.0%	14.2%	14.1%	14.0%	14.0%	14.0%	-1.0%
東區	2.3%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100.0%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	32.1%	32.5%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	0.2%
北區	14.7%	15.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	1.6%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	0.0%
南區	15.0%	14.3%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	-0.9%
高屏	16.4%	15.8%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	-0.7%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100.0%	100%	100%	—

表2-5 95、105~109年中醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	5,043	6,567	6,810	7,053	7,305	7,676	2,633	52.2%
北區	2,038	2,766	2,887	3,003	3,119	3,291	1,253	61.5%
中區	4,748	5,840	6,016	6,176	6,389	6,655	1,907	40.2%
南區	2,516	3,240	3,350	3,453	3,575	3,737	1,222	48.6%
高屏	2,844	3,636	3,744	3,879	4,010	4,204	1,360	47.8%
東區	390	502	519	536	556	582	192	49.2%
全區	17,579	22,551	23,327	24,101	24,955	26,145	8,566	48.7%

年 分區	平均每人預算數(元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	687	858	890	923	956	1,009	322	46.8%
北區	608	749	773	796	819	858	251	41.2%
中區	1,070	1,281	1,316	1,349	1,394	1,454	384	35.9%
南區	735	963	998	1,032	1,072	1,127	391	53.2%
高屏	759	978	1,009	1,047	1,085	1,141	382	50.3%
東區	671	909	946	980	1,023	1,079	408	60.7%
全區	768	958	990	1,022	1,057	1,110	341	44.4%

年 分區	預算數占率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	28.7%	29.1%	29.2%	29.3%	29.3%	29.4%	0.7%
北區	11.6%	12.3%	12.4%	12.5%	12.5%	12.6%	1.0%
中區	27.0%	25.9%	25.8%	25.6%	25.6%	25.5%	-1.6%
南區	14.3%	14.4%	14.4%	14.3%	14.3%	14.3%	0.0%
高屏	16.2%	16.1%	16.1%	16.1%	16.1%	16.1%	-0.1%
東區	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	0.0%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	預算數成長率(%)						
	95	105	106	107	108	109	
台北	2.6%	4.1%	3.7%	3.6%	3.6%	5.1%	
北區	0.8%	4.3%	4.4%	4.0%	3.9%	5.5%	
中區	4.9%	3.5%	3.0%	2.7%	3.4%	4.2%	
南區	-0.8%	3.5%	3.4%	3.1%	3.5%	4.6%	
高屏	1.7%	3.6%	3.0%	3.6%	3.4%	4.8%	
東區	5.4%	3.8%	3.5%	3.3%	3.7%	4.8%	
全區	2.4%	3.8%	3.4%	3.3%	3.5%	4.8%	

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

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

扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6

「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用。

2.平均每人預算數＝預算數/年底戶籍人口數。

表3 88~109年各分區中醫師分布情形

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

年 分區	部規劃	試辦計畫						109較94年 增加值	109較94年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	94	104	105	106	107	108	109		
台北	1,259	1,845	1,859	1,925	1,992	2,068	2,150	891	70.8%
北區	508	759	785	792	837	872	898	390	76.8%
中區	1,259	1,692	1,736	1,786	1,830	1,864	1,919	660	52.4%
南區	593	791	811	855	868	896	919	326	55.0%
高屏	616	859	897	927	958	985	1,017	401	65.1%
東區	73	107	112	127	138	153	164	91	124.7%
全區	4,308	6,157	6,305	6,412	6,623	6,838	7,067	2,759	64.0%

表4 歷年全民健保各分區每萬人口中醫師數

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

年 分區	部規劃	試辦計畫						109較94年 增加值	109較94年 成長率
	中醫師數	每萬人口中醫師數							
	94	104	105	106	107	108	109		
台北	1.73	2.41	2.43	2.52	2.61	2.71	2.83	1.10	63.6%
北區	1.54	2.08	2.13	2.12	2.22	2.29	2.34	0.81	52.6%
中區	2.85	3.72	3.81	3.91	4.00	4.07	4.19	1.34	47.1%
南區	1.73	2.34	2.41	2.55	2.59	2.69	2.77	1.04	60.0%
高屏	1.65	2.31	2.41	2.50	2.59	2.66	2.76	1.12	67.8%
東區	1.25	1.93	2.03	2.31	2.52	2.82	3.04	1.79	144.1%
全區	1.89	2.62	2.68	2.72	2.81	2.90	3.00	1.11	58.5%

資料來源：88-89年：健保局(現稱健保署)提報費協會第124次委員會議資料、90-109年：

110年版全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表5 95、105~109年中醫門診總額各分區就醫人數及就醫率

年 分區	就醫人數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	1,955	2,091	2,041	2,055	2,067	1,947	-8	-0.4%
北區	900	975	952	948	964	897	-3	-0.3%
中區	1,649	1,695	1,653	1,641	1,640	1,547	-103	-6.2%
南區	957	947	925	915	918	856	-101	-10.6%
高屏	1,051	1,017	1,008	1,003	1,011	949	-102	-9.7%
東區	138	129	128	131	134	130	-8	-6.0%
全區	6,419	6,610	6,473	6,464	6,501	6,119	-300	-4.7%

年 分區	就醫率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	26.65%	27.32%	26.69%	26.89%	27.06%	25.59%	-1.06%
北區	26.83%	26.42%	25.48%	25.12%	25.32%	23.39%	-3.44%
中區	37.16%	37.17%	36.16%	35.84%	35.80%	33.78%	-3.38%
南區	27.98%	28.14%	27.54%	27.36%	27.53%	25.80%	-2.18%
高屏	28.06%	27.36%	27.16%	27.08%	27.35%	25.77%	-2.29%
東區	23.71%	23.45%	23.32%	23.96%	24.74%	24.01%	0.30%
全區	28.06%	28.08%	27.46%	27.40%	27.54%	25.97%	-2.09%
差值	13.45%	13.72%	12.85%	11.88%	11.06%	9.77%	—

資料來源：110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

2.差值＝分區中最高值－分區中最低值

表6 95、105~109年中醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	8,886	11,075	10,941	11,319	11,662	11,364	2,478	27.9%
北區	3,851	4,947	4,934	4,995	5,196	4,977	1,126	29.3%
中區	9,073	10,558	10,446	10,578	10,780	10,342	1,268	14.0%
南區	5,067	5,503	5,478	5,503	5,622	5,415	349	6.9%
高屏	5,492	5,920	5,995	6,145	6,325	6,157	665	12.1%
東區	613	634	645	688	748	747	135	22.0%
全區	32,981	38,637	38,438	39,229	40,333	39,002	6,021	18.3%

年 分區	平均每人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	1.21	1.45	1.43	1.48	1.53	1.49	0.28	23.3%
北區	1.15	1.34	1.32	1.32	1.36	1.30	0.15	13.1%
中區	2.04	2.32	2.29	2.31	2.35	2.26	0.21	10.5%
南區	1.48	1.63	1.63	1.64	1.69	1.63	0.15	10.2%
高屏	1.47	1.59	1.62	1.66	1.71	1.67	0.20	14.0%
東區	1.05	1.15	1.17	1.26	1.38	1.38	0.33	31.4%
全區	1.44	1.64	1.63	1.66	1.71	1.66	0.21	14.8%
倍數	1.94	2.01	1.95	1.84	1.71	1.63	—	—

年 分區	平均每就醫人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	4.54	5.30	5.36	5.51	5.64	5.84	1.29	28.4%
北區	4.28	5.07	5.18	5.27	5.39	5.55	1.27	29.7%
中區	5.50	6.23	6.32	6.44	6.57	6.69	1.19	21.5%
南區	5.29	5.81	5.92	6.01	6.13	6.33	1.03	19.5%
高屏	5.23	5.82	5.95	6.12	6.26	6.49	1.26	24.1%
東區	4.45	4.90	5.03	5.25	5.57	5.77	1.32	29.7%
全區	5.14	5.85	5.93	6.07	6.20	6.37	1.24	24.1%
倍數	1.29	1.27	1.25	1.23	1.18	1.16	—	—

資料來源：110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診就醫次數＝門診件數/年底戶籍人口數；

平均每就醫人門診就醫次數＝門診件數/就醫人數。

3.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表7 95、105~109年中醫門診總額各分區門診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	5,078	7,137	7,330	7,847	8,395	8,510	3,433	67.6%
北區	2,088	2,985	3,091	3,249	3,558	3,586	1,498	71.7%
中區	4,795	6,390	6,607	6,929	7,389	7,422	2,628	54.8%
南區	2,603	3,402	3,552	3,731	4,019	4,079	1,476	56.7%
高屏	2,926	3,782	4,006	4,236	4,550	4,661	1,735	59.3%
東區	346	437	462	514	580	615	269	77.6%
全區	17,837	24,133	25,049	26,506	28,491	28,874	11,037	61.9%

年 分區	平均每人門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	692	933	958	1,027	1,099	1,119	427	61.6%
北區	623	809	828	861	934	935	313	50.2%
中區	1,080	1,402	1,446	1,513	1,613	1,621	541	50.1%
南區	761	1,011	1,058	1,115	1,206	1,230	469	61.6%
高屏	781	1,017	1,080	1,144	1,231	1,265	484	61.9%
東區	596	792	842	939	1,068	1,140	544	91.3%
全區	780	1,025	1,063	1,124	1,207	1,225	446	57.2%
倍數	1.81	1.77	1.72	1.76	1.73	1.73	—	—

年 分區	平均每就醫人門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	2,597	3,414	3,589	3,816	4,061	4,371	1,774	68.3%
北區	2,321	3,060	3,246	3,427	3,691	3,999	1,678	72.3%
中區	2,907	3,771	3,995	4,220	4,505	4,799	1,892	65.1%
南區	2,719	3,591	3,839	4,074	4,379	4,765	2,046	75.3%
高屏	2,784	3,718	3,973	4,221	4,500	4,909	2,125	76.3%
東區	2,513	3,376	3,610	3,919	4,316	4,745	2,233	88.9%
全區	2,779	3,651	3,867	4,101	4,383	4,719	1,940	69.8%
倍數	1.25	1.23	1.23	1.23	1.22	1.20	—	—

資料來源：110年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診點數＝門診點數/年底戶籍人口數。

3.平均每就醫人門診點數＝門診點數/就醫人數。

4.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表8-1 104~110年第1季中醫門診總額各季浮動點值分布情形

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

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

表8-2 104~110年第1季中醫門診總額各季平均點值分布情形

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

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

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

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月8日
發文字號：(110)全聯醫總富字第1361號
速 別：
附 件：

主 旨：重行檢送「111年度中醫部門總額一般服務地區預算分配案」
修正案，請鑒核。

說 明：

- 一、依本會110年10月3日中醫門診醫療服務審查執行會第43次會議等決議事項辦理。
- 二、「111年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣22.8百萬元）地區預算分配方式：
 - （一）地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
 - （二）分配方式：
 1. 一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
 2. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：
 - （1）各分區實際收入預算占率：66 %。
 - （2）各分區戶籍人口數占率：14 %。
 - （3）各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

(三)修正指標六偏鄉定義為(1)健保署公告山地、離島地區(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)110 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

三、111 年「風險調整提撥款」不另行編列。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署

111 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

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

參、計畫期間：111年1月1日起至111年12月31日止。

肆、預算分配：

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

一、東區預算占率 2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率 97.78%。

二、111 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算，各季預算分配方式如下（操作型定義詳附件 1）：

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

（二）14%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

（三）10%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。

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

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

（六）1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95 年第 4 季至 98 年第 3 季之五分區實

際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)健保署公告山地、離島地區(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)110 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 110 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\Sigma 110$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數 / $\Sigma 110$ 年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 111 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 110 年 12 月之戶籍人口 與中醫師數進行計算。

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

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件 2。

陸、管理機制

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

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

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

附件 1：指標之操作型定義

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

指標 1：95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率 分子：各分區各季總預算(A_{i1}) 分母： Σ 各分區各季總預算加總(ΣA_{i1})

條件說明：

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

指標 2：各區去年同期戶籍人口數占率 分子：各區去年同期戶籍人口數(A_{i2}) 分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(ΣA_{i2}) 條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）

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

- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率 分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3}) 分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3}) 條件說明：

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

=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

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

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

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

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

(三)計算各分區就醫次數之權值

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

全區	4	1.000000	0.902183	1.000000
<p>指標 4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季) 條件說明：</p> <p>一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。</p> <p>二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 (<u>110</u> 年該季/<u>109</u> 年同期) -1。</p> <p>三、醫療費用點數成長率(r)：(<u>110</u> 年該季申報醫療費用點數/<u>109</u> 年同期申報醫療費用點數)-1。</p> <p>四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。</p> <p>五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。</p> <p>六、(p-r)產生的最大值中，其值大於 0 且 p 值大於 0 之區域，權值加計 +5%；(pr)產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計 -5%，非屬前述二要件之區域均以 0 計。</p>				
<p>指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率 分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值 分母：Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值 條件說明：</p> <p>一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。</p> <p>二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。</p> <p>三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。</p> <p>四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。</p> <p>五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 =各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)</p> <p>六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值 (一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 > 全國平均值： *該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率>=全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop) = -5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)</p> <p>*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 < 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。 *各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。</p> <p>(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數<= 全國平均值：</p>				

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

$=+5\%(m) \times (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$

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

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

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

$= \text{各分區} \sum \text{各鄉鎮市區權值}(dr_peop) \times \text{成長率之計算係與前季季中比較。}$

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

- 一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點 1 元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點 1 元，若分區前一季浮動點值大於每點 1 元者，則不予補付。
- 二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標 1「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標 1 至指標 5 之預算進行當季結算。

條件說明：

- 一、 偏鄉定義為每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於) $=110$ 年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
- 二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
- 三、 110 年全國每月申報醫療費用點數之平均值 $= \sum 109$ 年每月申報醫療費用 / $\sum 110$ 年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
- 四、 111 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 110 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件 2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

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

指標 1 預算 GA= (T)*97.78%*67%

指標 2 預算 GB= (T)*97.78%*13%

指標 3 預算 GC= (T)*97.78%* 10 %

指標 4 預算 GD= (T)*97.78%* 4 %

指標 5 預算 GE= (T)*97.78%* 5%

指標 6 預算 GF= (T)*97.78%* 1%

二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

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

指標 1 占率 ($A_{i1}/\sum A_{i1}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(二) 各分區各季預算 Gb

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

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(三) 各分區各季預算 Gc

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

指標 3 占率 ($A_{i3}/\sum A_{i3}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(四) 各分區各季預算 Gd

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

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

※各分區各季經指標 4 加權後之預算 (A_{i4})

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

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

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

※成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

(五) 各分區各季預算 Ge

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

※各分區指標 5 權值＝各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標 5 加權後之預算 (Ai5)

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

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

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(六) 各分區各季預算 Gf

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

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

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

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

1. 成長率＝(110 年該區各季核算 Ty / 109 年該區各季核算 Ty) - 1。

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

(二) 撥補程序

1. 於 110 年第四季結算時，由「成長率大於 0 之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於 0 之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

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

<u>110 年該區全年</u>		<u>111 年該區全年</u>	成長率	負成長 分區差額	撥補比例	撥補方式	調整金額	撥補後 Ty	撥補後成長率
預算 Ty (百萬元)	預算 Ty (百萬元)	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z	Z	W+Z	
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	-	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	-	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	-	-	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	-	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	-	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長分區小計		14,178.9			100.0%		0		

歷年地區預算執行概況

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

依衛生署交議，費協會委員會議決議之相關事項辦理：

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

(二)分配事項：

1.先依各投保分局參數分配預算，再依投保人口實際就醫情形，將其跨區就醫費用歸至就醫分局。

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

3.人口風險校正因子：年齡、性別。

4.分配方式：以「錢跟著人走」方式分配預算，以 8 年為目標，期最終達成預算 100%依校正人口風險後之各分區保險對象人數分配。

5.各年協定之「人口占率」比率分別為：89 年 7 月~90 年 12 月：5%、91 年：15%、92 年：20%、93 及 94 年：30%。

二、95 年至 98 年，採試辦計畫(事後結算、分配參數未含人口因素)：

95 年依衛生署函送方案，協定採試辦計畫方式辦理；96 年至 98 年並經委員會議同意續辦。摘錄 98 年方式如下：

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

(二)五分區預算分配參數及其占率為：

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

三、99 年至 110 年：

(一)採修正後試辦計畫，先扣除東區預算占率 2.22%，其他五分區預算依下列指標占比分配：

- 1.參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」：99 為 80%，110 年降為 67%。
- 2.參數二「各區去年同期戶籍人口數占率」：99 為 5%，110 年上升為 13%。
- 3.參數三「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」：99 為 5%，110 年上升為 10%。
- 4.參數四「去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」：歷年皆為 5%，110 年下降為 4%。
- 5.參數五「當前前一季『各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數』」占率：歷年皆為 5%。
- 6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：歷年皆為 1%

(二)105 年：為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之「各分區戶籍人口數占率」，以 5 年調升 10%為目標。請中醫師公會全國聯合會與中央健康保險署，於討論 106 年度地區預算分配方式前，研提符合前開條件之分配草案；屆時若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應調升 3%。

(三)105、106、108 年：同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(四)107 年：基於中醫門診總額相關團體承諾於討論 108 年度地區預算分配案前，將進行研究、規劃並提出建議方案，爰同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。

(五)108 年：請中醫門診總額承辦團體於討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討執行結果並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應予調升。

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

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

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

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

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

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

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

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

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

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

一、除中醫部門外，其他總額部門皆有預算調整或撥補機制，建議中

醫部門宜建立跨區就醫之預算撥補機制。

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

健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果：

- 一、考量地區預算分配及風險調整移撥款，具分區預算重分配之功能，將依貴會協定共識辦理。
- 二、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。
- 三、109 年及 110 年「風險調整移撥款」，執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形
109 年	提撥 4,200 萬元風險基金，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 50% 予臺北區、50% 予北區。	109 年全年結算： 1. 風險基金撥付(浮動點值補至每點 1 元)：中區 71.0 萬元、南區 122.1 萬元、高屏 139.3 萬元。 2. 風險基金剩餘款撥補：台北 1933.8 萬元、北區 1933.8 萬元。
110 年	提撥 3,500 萬元風險基金，撥補東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，其浮動點值補至每點 1 元，撥補後剩餘款 55% 予臺北區、45% 予北區。	110 第 1 季結算： 1. 風險基金撥付(浮動點值補至每點 1 元)：中區 5.6 萬元、南區 3.0 萬元、高屏 11.6 萬元。 2. 風險基金剩餘款撥補：台北 470.2 萬元、北區 384.7 萬元。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告(併「110 年 8 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：

- 一、110 年第 5 次委員會議(110.9.24)因時間因素，經主席裁定 8 月份業務執行報告保留至本次委員會議提報，爰與 9 月份業務執行報告併案處理。
- 二、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 110 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：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

說明：

- 一、依據台灣醫院協會 110 年 8 月 13 日院協健字第 1100200333 號函暨本署 110 年 8 月 25 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 110 年第 2 次研商議事會議決議辦理。
- 二、台灣醫院協會來函表示鑑於新冠肺炎疫情未來發展混沌不明，為確保全體醫院部門得營運穩健以持續支持國家醫療政策，110 年第 3 季結算基礎調整為 109 年同期(第 3 季)，餘項同第 2 季結算方案，本案並經本署醫院總額研商議事會議討論通過。
- 三、上述會議共識重點如下：110 年第 3 季醫院總額一般服務經排除交付、自墊核退等金額後，依下列 3 階段分配，專款及其他預算仍依現行規定辦理。

(一) 第 1 階段：保障 109 年同期一般服務收入之 9 成

- 1.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入小於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成，則以 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成計算。
- 2.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入介於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之 9 成及 109 年 7~9 月醫院一般服務收入之間，則以 110 年 7~9 月醫院一般服務收入計算。
- 3.如果 110 年 7~9 月醫院一般服務收入大於 109 年 7~9 月醫院一般服務收入，則以 109 年 7~9 月醫院一般服務收入計算。

(二) 第 2 階段：特定醫院醫療收入納入考量

- 1.如果為成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求及配合防疫受影響醫院等，除第 1 階段給予保障外，再由各分區共管會議依據當地醫療狀況，凝聚共識再予分配。
- 2.新設醫院因無基期，亦會納入本階段分配考量。

(三) 第 3 階段餘款再分配：經第 1、2 階段分配後之餘款，再由各分區共管會議決議分配方式。

四、疫情期間，為讓努力對抗疫情之醫院，無後顧之憂，對於配合政策醫療降載之醫院給予基本保障以維持基本營運，經醫院內部共識願意互助合作，以未受疫情影響之費用期間為基礎計算分配方式一節，向貴會報告後，依程序報部核定實施，並依據疫情狀況適時檢討。

報告單位業務窗口：洪于淇科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2667

.....

本會補充說明：

一、本案相關法規摘要如下(詳附件，第 156~157 頁)：

(一) 全民健康保險法：

1. 第 61 條第 1 項 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。〔健保總額協定〕
2. 第 62 條第 3 項 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。〔健保署審查、核付〕

(二) 全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法：

1. 第 6 條第 1 項第 4 款 保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。〔健保署暫付、核定〕
2. 第 12 條 保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內

完成確認。〔按季結算〕

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。〔健保署結算、追扣、補付〕

二、本會委員意見：

中央健康保險署前於本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)報告「110 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」時，說明醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式(保障至 108 年同期 9 成收入，詳附圖，第 155 頁)，本會委員對結算方式曾表達之意見摘要如下：

(一) 付費者、專家學者及公正人士委員意見：

1. 適法性問題：

- (1) 肯定醫療體系於疫情期間貢獻良多，但以健保總額預算做類似紓困的執行方式，是否符合全民健保精神及健保法規定，有待商榷。
- (2) 健保總額之結算，應該依據醫療服務量，惟保障至 108 年同期 9 成收入之措施，未依實際醫療利用核付，有違法之虞。
- (3) 不反對先支付 108 年同期 9 成收入給醫院，讓院所有足夠的資金可順利運轉，但未來款項是否要追扣，建議健保署依法審慎評估。

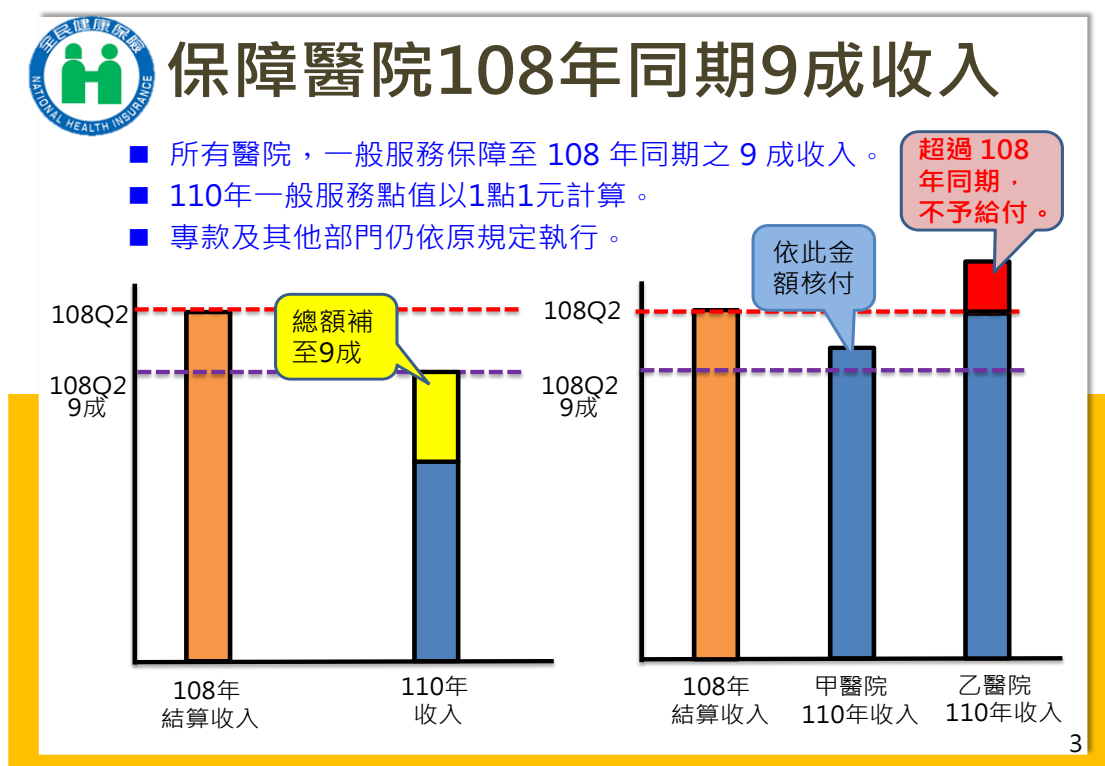
2. 公平性問題：健保署希望在疫情衝擊下維持醫院營運，立意良善，惟對服務不足或超過 9 成之院所，均予保障 9 成，造成不同工卻同酬，不符合公平原則。

3. 政府應提供公務預算支付疫情期間營運受到影響之醫療院所：醫療院所受疫情三級警戒影響致營運有困難或配合降載，與其他受影響之服務業情形一致，行政院已編列紓困預算，建議衛福部應與其他部會一樣，提供受創之醫療機構紓困或融資，協助醫療體系正常運作。

(二) 醫界委員意見：

1. **讓醫院現金流充足，以支應人事支出及醫院基本運作：**醫院協會支持健保署的方案，本案係經台灣醫院協會 3 層級代表討論和折衝所形成的方案，讓服務量低於 9 成的醫院因此方案可以提高支付，但有些醫院服務量可能高於 108 年，在疫情期間，300 多家醫院體現同島一命的價值，捐棄己見，不只考慮自己的利益，在醫療體系受到疫情嚴重打擊的情況下，選擇讓每家醫院不致受到疫情影響，而擔心現金流問題。
2. **總額預算和紓困在實務面很難切割處理：**理論上健保總額預算和紓困應分開處理，但醫療執行上有困難，很多難以切割，醫師公會全聯會支持醫院協會及健保署共同協商的結果，以 9 成暫付款或是其他方式，讓醫院現金流充足，以支應人事支出及醫院基本運作。

附圖：健保署對醫院總額部門於 110 年第 2 季之結算方式



資料來源：本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)健保署業務執行報告口頭報告重點摘要

決定：

全民健康保險法

第 61 條 健保會應於各年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比率。

前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。

第一項醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度。

前項研商應於七日前，公告議程；並於研商後十日內，公開出席名單及會議實錄。

第二項所稱地區之範圍由保險人擬訂，報主管機關核定發布。

第 62 條 保險醫事服務機構應依據醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準，向保險人申報其所提供之醫療服務之點數及藥物費用。

前項費用之申報，應自保險醫事服務機構提供醫療服務之次月一日起六個月內為之。但有不可抗力因素時，得於事實消滅後六個月內為之。

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。

藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

第 6 條 保險醫事服務機構依第四條規定申報醫療費用，且無第三條第二項所列情事者，保險人應依下列規定辦理暫付事宜：

- 一、未有核付紀錄或核付紀錄未滿三個月者，暫付八成五。
- 二、核付紀錄滿三個月以上者，以最近三個月核減率之平均值為計算基準，其暫付成數如附表一。
- 三、每點暫付金額以一元計算，計算至百元，百元以下不計。屬各醫療給付費用總額部門（以下稱總額部門）之保險醫事服務機構，每點暫付金額，以最近三個月預估點值計算，計算至百元，百元以下不計，但每點暫付金額仍以不高於一元為限。
- 四、保險醫事服務機構當月份申報之醫療費用，經保險人審查後，其核定金額低於暫付金額時，保險人應於應撥付醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償。

前項第三款屬各總額部門醫療費用每點暫付金額，保險人得另與各總額部門審查業務受委託專業機構、團體或各總額相關團體，共同擬訂每點暫付金額訂定原則，並依本法第六十一條第四項規定研商後，由保險人報請主管機關核定後公告。

藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所及職能治療所等接受處方機構所適用之每點暫付金額，比照西醫基層總額部門計算。

第 12 條 保險醫事服務機構申報之醫療費用點數按季結算，其每點支付金額以當季結束後第三個月月底前核定之當季及前未核定季別之醫療費用點數計算為原則，但得考量核付進度調整結算日期。每點支付金額應於結算後一個月內完成確認。

結算時，結算金額如低於核定金額，保險人應於應撥付保險醫事服務機構之醫療費用中抵扣，如不足抵扣，應予以追償，但保險醫事服務機構有特殊困難者，得向保險人申請分期攤還；結算金額高於核定金額時，保險人應予補付。

第三案

報告單位：中央健康保險署、本會第二組

案由：109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

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

本會業務窗口：邱臻麗組長，聯絡電話：02-85906867

說明：

一、健保署依本(110)年度工作計畫，於本次委員會議提出 109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果報告簡報(詳附件一，第 161~179 頁)。

二、本會研析說明：

(一) 本次報告之監理架構與指標，係經本會 107 年 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參據。

(二) 本會同仁依健保署提報內容，整理 109 年監理指標監測結果重點摘要，如下頁附表。整體而言，5 大構面之 23 項指標中，有 16 項呈改善或無明顯趨勢，宜繼續保持或長期觀察；7 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(詳附件二，第 180~183 頁)。

三、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，及健保署所提 109 年監測結果報告，併本會整理之近 3 年監測趨勢評析資料，製作 109 年全民健康保險監測結果報告，送委員參考並上網公開。

109 年監理指標監測結果重點摘要

構面	指標	監理重點	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢
(一) 效率 ○：4 ×：3	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	院所營運效率/國際比較	○(醫中逐年下降，其他層級無明顯趨勢)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	急診照護效率	○(整體及各層級醫院為近 3 年最低)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	資源運用適當性/觀察整體趨勢	○(接受安寧者較未接受者醫療費用低)
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護	○(區域醫院以上逐年下降)
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	就醫變動性	×(基層病人數、件數占率逐年下降)
	1.6 藥品費用占率	藥品使用情形	×(藥費占率逐年成長至近 28%)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	監理健保各專案執行之效率	×(牙醫門診、中醫門診執行率未達 9 成)
(二) 醫療品質 ○：2 △：2	2.1 手術傷口感染率	住院照護安全性	△
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	評估門診照護之品質	○(各層級院所逐年上升)
	2.3 照護連續性	評估整合性連續照護之品質	○(近 3 年最高)
	2.4 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布	護理人力之供給情形	△
(三) 效果 ○：1 △：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	民眾就醫結果感受	○(西醫基層、牙醫門診、中醫門診逐年增加，醫院無明顯趨勢)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	糖尿病初級照護之情形	△(惟 75 歲以上病人住院率高於其他年齡層，須留意)

構面	指標	監理重點	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步、△：無明顯趨勢
(三) 效果 ○：1 △：2	3.3 出院後 3 日內再急診比率	監測住院治療 出院後之照護 品質	△
(四) 資源 配置 △：1 ×：2	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門) ^{註2}	人力供給之公平性	×(醫院、基層、牙醫門診為近 3 年最高；又以醫院差異最大)
	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) ^{註2}	醫療利用之公平性	×(牙醫門診、中醫門診近 3 年醫不足及山地離島就醫率皆低於一般地區)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	民眾自付醫材差額之升降趨勢	△(整體無明顯趨勢，其中調控式腦室腹腔引流系統、冠狀動脈塗藥支架、特殊材質加長型伽瑪髓內釘組已逾 6 成)
(五) 財務 ○：3 △：1 ×：2	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	收支餘絀預估之準確性	○(逐年下降)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數	×(逐年下降)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	健保支出成長趨勢	○(逐年微升)
	5.4 資金運用收益率	資金管理效率	△(109 年下降，惟尚高於 5 大銀行定存平均利率)
	5.5 保費收繳率	監理保費收繳之情形	○(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	監理呆帳提列情形	×(逐年上升)

註：1.健保署依 107 年第 6 次委員會議(107.7.27)「全民健康保險業務監理指標修訂」討論案，修正通過之指標定義提報監測數值。

2.指標 4.1 及指標 4.2，雖各部門表現趨勢不同，惟半數(含)以上部門呈退步趨勢，故列屬退步指標。

決定：



全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署



全民健康保險業務監理指標

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

構面	監理指標	構面	監理指標
(一) 效率	1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)	(三) 效果	1.民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)*
	2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)		2.糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率**
	3.癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數*		3.出院後3日內再急診比率**
	4.區域醫院以上初級門診照護率	(四) 資源配置	1.以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
	5.西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率		2.一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)
	6.藥品費用占率*		3.自付差額特材占率(整體及各類別項目)
	7.健保專案計畫之執行成效**	(五) 財務	1.保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
(二) 醫療品質	1.手術傷口感染率		2.安全準備總額折合保險給付支出月數*
	2.糖尿病品質支付服務之照護率		3.全民健保醫療支出占GDP比率*
	3.照護連續性		4.資金運用收益率
	4.護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布		5.保費收繳率**
			6.呆帳提列數與保費收入數之比率**

107年7月27日第3屆107年第6次委員會議決議：

1.修正之指標，共計5項，以*表示。

2.新增之指標，共計5項，以**表示。

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



效率指標：7項

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

3



急性病床平均住院天數(整體及各層級)

- 計算方式：急性病床住院日數/急性病床住院申請件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

107年-109年急性病床平均住院天數

層級\年度	107年	108年	109年
醫院	7.45	7.38	7.44
醫學中心	7.43	7.33	7.27
區域醫院	7.17	7.12	7.24
地區醫院	8.26	8.17	8.28

- 資料來源:中央健康保險署三代倉儲住院明細、醫令檔。
- 資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、代辦案件、其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。
- 住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
- 平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

4



急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)^{1/3}

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

急診留置超過24小時比率(整體)

年度別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數	
	值	值	占率
107年	7,155,606	194,072	2.71%
108年	7,326,102	201,562	2.75%
109年	6,320,904	146,893	2.32%

5



急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體及各層級)^{2/3}

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	占率
107年	醫學中心	1,887,339	128,822	6.83%
	區域醫院	3,629,155	54,885	1.51%
	地區醫院	1,606,144	10,300	0.64%
108年	醫學中心	1,947,901	136,552	7.01%
	區域醫院	3,644,835	57,233	1.57%
	地區醫院	1,733,366	7,777	0.45%
109年	醫學中心	1,617,426	99,314	6.14%
	區域醫院	3,102,035	40,957	1.32%
	地區醫院	1,601,440	6,622	0.41%

6



急診病人留置急診室超過24小時比率

(整體及各層級)^{3/3}

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
107年	醫學中心	13.41%	12.04%	6.00%
	區域醫院	5.74%	3.38%	1.30%
	地區醫院	1.76%	1.88%	0.59%
	合計	8.58%	7.37%	2.57%
108年	醫學中心	14.46%	11.75%	6.31%
	區域醫院	5.47%	3.29%	1.41%
	地區醫院	1.01%	1.16%	0.39%
	合計	7.89%	6.43%	2.57%
109年	醫學中心	12.06%	10.18%	5.57%
	區域醫院	4.56%	2.81%	1.17%
	地區醫院	1.23%	1.32%	0.43%
	合計	6.42%	5.39%	2.17%

7



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
- 指標數值：

死亡年	死前6個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者之醫療
	安寧費用	非安寧費用	合計	
	(點/人)	(點/人)	(點/人)	
106年	68,940	309,150	378,090	415,596
107年	72,043	315,345	387,388	422,068
108年	66,754	332,276	399,030	438,114

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



108年癌末病人生前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)，曾接受或未接受安寧療護者之前5項醫療費用最高之診療類別均為藥費、診療費、治療處置費、放射線診療費及檢查費。其中曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘類別費用均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費(1)	126,188	藥費(1)	141,035
診療費(2)	48,464	診療費(2)	57,946
治療處置費(3)	29,266	檢查費(3)	33,561
放射線診療費(4)	21,102	放射線診療費(4)	25,566
檢查費(5)	20,168	治療處置費(5)	23,903

註：

1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。

9



區域醫院以上初級門診照護率

- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析) / 門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

單位：%

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
107年	14.14%	20.19%	35.12%	22.54%	17.64%
108年	13.80%	19.59%	34.11%	22.22%	17.13%
109年	13.94%	19.35%	32.31%	21.61%	17.04%

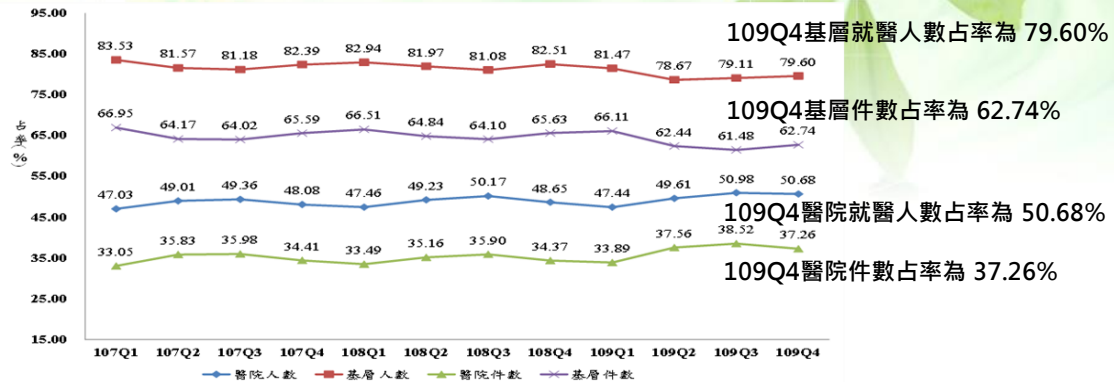
註：105年全面改以ICD-10-CM/PCS疾病編碼，104年以前以ICD-9-CM疾病編碼進行統計。

10



西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率

- 計算方式：病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數
件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數
- 監理重點：就醫變動性
- 監測期程：每季
- 指標數值：



註：資料來源：健保署三代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫基層與醫院總額（含透析）案件。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢箋箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。

11



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
- 指標數值：

年度/費用佔率	層級別				
	(1)整體	(2)醫學中心	(3)區域醫院	(4)地區醫院	(5)基層院所
107年上半年	26.72%	35.44%	28.49%	21.28%	18.12%
107年下半年	26.01%	34.62%	27.71%	20.63%	17.63%
108年上半年	27.26%	35.51%	29.42%	22.78%	18.47%
108年下半年	26.23%	34.49%	27.89%	21.68%	18.04%
109年上半年	27.98%	36.57%	29.96%	23.68%	19.08%
109年下半年	27.08%	35.65%	28.41%	22.65%	18.47%
平均值	26.88%	35.38%	28.65%	22.12%	18.3%
標準差	0.72%	0.76%	0.88%	1.12%	0.49%
平均值±1.5*標準差	(27.96%,25.8%)	(36.52%,34.24%)	(29.96%,27.33%)	(23.8%,20.44%)	(19.04%,17.56%)
平均值±2*標準差	(28.32%,25.44%)	(36.9%,33.86%)	(30.4%,26.89%)	(24.36%,19.88%)	(19.29%,17.32%)

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。

12



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：監理健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標數值：

109年全年專案計畫及進場專案計畫

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
進場、退場之專案計畫	0/13	1/11	1/8	1/4
專款計畫之預算執行率	91%	96%	87%	87%

註：109年西醫基層部門增加「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」、中醫部門增加「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」、牙醫部門增加「牙醫牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。

13



醫療品質指標：4項

- 手術傷口感染率
- 糖尿病品質支付服務之照護率
- 照護連續性
- 護理人力指標-急性病房全日平均護病比占率分布

14



手術傷口感染率

- 計算方式：1.住院手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數
2.ICD-9-CM次診斷碼為996.6、998.1、998.3、998.5或ICD-10-CM次診斷碼全碼為第52頁之指標定義
- 監理重點：住院照護安全性
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

	分子	分母	指標值	院所平均值	院所標準差	平均值 ±1.5*標準差	平均值 ±2*標準差
105年上半年	5,981	504,343	1.19%	0.55%	1.20%	0.00% 2.35%	0.00% 2.95%
105年下半年	6,679	544,031	1.23%	0.89%	4.88%	0.00% 8.21%	0.00% 10.65%
106年上半年	5,919	514,100	1.15%	0.57%	1.33%	0.00% 2.57%	0.00% 3.23%
106年下半年	6,582	555,310	1.19%	0.54%	1.11%	0.00% 2.21%	0.00% 2.76%
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%
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%
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%

- 指標及指標值意義說明：106年下半年起，呈現逐漸下降趨勢，惟108年下半年微幅上升，至109年下半年又略為下降，長期而言呈現平穩趨勢。
 - 院所標準差變動大原因說明：因各院所之分子個案數少，且多為極端值0，是造成院所標準差變動幅度大之原因。
- 備註：105年起改用ICD-10診斷碼。

15



糖尿病品質支付服務之照護率

- 計算方式：分母中有申報管理照護費人數/符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
107年	52.1%	58.2%	51.9%	36.5%	48.9%
108年	55.6%	61.1%	55.1%	42.1%	52.7%
109年	56.7%	63.9%	56.5%	46.1%	55.4%

16



照護連續性

● 計算方式：
$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$$

N = 病患就醫總次數

n_i = 病患在個別院所之就醫次數

M = 就診院所數

- 監理重點：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	107年	108年	109年
平均每人門診 照護連續性	0.401	0.400	0.422

註：資料來源：健保署三代倉儲系統門診明細檔

1. 資料範圍：西醫門診案件（不含牙醫、中醫）。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值（就醫次數≤3次且≥100次）個案，再取算數平均值。
5. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢箋箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫折併報且未申報診察費者」申報案件不計。

17



護理人力指標 -急性病房全日平均護病比占率分布

- 計算方式：1.醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)
加總/每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總
2.護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但
列計「護理長」(以1人計)，自108年5月不列計「護理長」
- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標數值：

109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	
1-12月	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
20%	< 7.0	26.3%	< 10.0	68.4%	< 13.0	87.1%
17%	7.0-7.4	34.0%	10.0-10.4	12.8%	13.0-13.4	2.1%
14%	7.5-7.9	33.3%	10.5-10.9	8.4%	13.5-13.9	1.6%
5%	8.0-8.4	6.3%	11.0-11.4	3.4%	14.0-14.4	1.9%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	6.7%	14.5-14.9	1.2%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.3%	> 14.9	1.4%
不適用 ^{註3}		0%		0%		4.7%
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

備註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數

2.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍

3.護病比為0表示該醫院該費用年未有收治住院個案

18



效果指標：3項

- 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)
- 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率
- 出院後3日內再急診比率

19



民眾對醫療院所醫療結果滿意度 (各部門)

- 計算方式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/ 所有表示意見人數
- 監理重點：民眾就醫整體感受
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位：%

總額別	107年	108年	109年
醫院	89.4%	96.8%	96.0%
西醫基層	92.4%	95.9%	97.2%
牙醫門診	93.2%	94.0%	96.7%
中醫門診	92.2%	95.0%	95.8%

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)」。

20



糖尿病初級照護(可避免住院指標) -糖尿病病人住院率

- 計算方式：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件/15歲以上人口(每十萬人口)
- 監理重點：糖尿病初級照護之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年齡層	107年	108年	109年
15-24	0.02%	0.02%	0.03%
25-34	0.03%	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%	0.06%
45-54	0.11%	0.11%	0.11%
55-64	0.18%	0.17%	0.17%
65-74	0.32%	0.32%	0.31%
75~	0.56%	0.58%	0.57%
整體	0.14%	0.14%	0.14%

21



出院後3日內再急診比率

- 計算方式：分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案件數(跨院)/出院案件數
- 監理重點：監測住院治療出院後之照護品質
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度別	Tw-DRGs案件		一般案件	
	3日內再急診率	增減%	3日內再急診率	增減%
107年	1.96%	0.05	3.82%	-0.08
108年	2.02%	0.06	3.85%	0.03
109年	1.90%	-0.12	3.68%	-0.17

22

資源配置指標：3項

- 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)
- 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)
- 自付差額特材占率(整體及各類別項目)

23

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雨生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類分為1級至5級區域，共5組。
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
107年	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108年	8.24	73.09	2.27	8.82	13.23
109年	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87

註1：原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

- 指標及指標值意義說明
 - 整體人力比值維持穩定
 - 醫院人力比值差異較大
 - 西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫

註2：資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計；戶籍人口數、醫師數：均以該年年底（12月）之統計數字為計算依據。

24



一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率 (各部門)

- 計算方式：1. 門診就醫人數/總人數
2. 醫療資源不足地區：各部門最近一年公告之醫療資源不足地區。
3. 山地離島地區：執行IDS之地區。
- 監理重點：醫療利用之公平性
- 監測期程：每年
- 指標數值：單位：%

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
107年	一般地區	53.75	81.92	46.82	26.58
	醫療資源不足地區	57.37	82.83	32.20	19.81
	山地離島地區	60.22	86.21	41.92	23.27
108年	一般地區	54.28	82.19	47.55	26.64
	醫療資源不足地區	57.82	83.03	32.84	19.77
	山地離島地區	60.94	86.44	42.22	23.51
109年	一般地區	52.36	78.88	46.36	25.18
	醫療資源不足地區	56.65	79.99	31.77	18.83
	山地離島地區	58.63	84.28	41.54	22.63

25



自付差額特材占率(整體)

- 計算方式：自付差額特材申報數量/特材申報數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值：單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
107年上半年	0.0411	0.0436	0.0014	0.0416	0.0457	0.0409	0.0464
107年下半年	0.0423						
107年全年	0.0417						
108年上半年	0.0445						
108年下半年	0.0443						
108年全年	0.0444						
109年上半年	0.0422						
109年下半年	0.0471						
109年全年	0.0448						

註：平均值*：107~109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。

標準差*：107~109年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差。

26



自付差額特材占率(各類別項目)1/5

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
特殊功能人工水晶體	107年	37.3	38.1	0.7	37.0	39.2	36.6	39.6
	108年	37.9						
	109年	39.1						
特殊材質人工關節	107年	26.4	27.8	1.0	26.3	29.3	25.8	29.8
	108年	28.5						
	109年	28.5						
新增功能類別人工心律調節器	107年	51.4	46.1	3.8	40.4	51.8	38.5	53.7
	108年	44.4						
	109年	42.6						
冠狀動脈塗層支架	107年	64.0	65.5	1.0	63.9	67.0	63.4	67.5
	108年	66.1						
	109年	66.3						



自付差額特材占率(各類別項目)2/5

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
特殊材質生物組織心臟瓣膜	107年	41.9	40.9	1.1	39.2	42.6	38.6	43.2
	108年	41.5						
	109年	39.3						
義肢	107年	4.9	7.0	1.5	4.7	9.3	4.0	10.0
	108年	7.7						
	109年	8.4						
調控式腦室腹腔引流系統	107年	80.2	81.3	0.8	80.1	82.5	79.7	82.9
	108年	81.8						
	109年	81.9						
治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	107年	36.5	36.3	0.5	35.5	37.1	35.3	37.3
	108年	36.8						
	109年	35.6						

28



自付差額特材占率(各類別項目)3/5

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標數值

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值±1.5*標準差		平均值±2.0*標準差	
客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	107年	88.3						
	108年	107/12/01起納入健保全額給付						
	109年							
治療複雜性心臟不整脈消融導管	107年	17.2	22.2	7.6	10.8	33.6	7.0	37.4
	108年	16.4						
	109年	32.9						
特殊材質加長型伽瑪髓內釘組	107年	31.8	50.3	13.1	30.6	70.0	24.1	76.6
	108年	58.4						
	109年	60.8						

29



自付差額特材占率(各類別項目)4/5

□ 近3年指標值意義說明：

民眾差額特材全年占率，107年**0.0417%**，108年**0.0444%**，109年**0.0448%**，**平均占率0.0436%**，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加。其中：

- 一. 特殊功能人工水晶體中，於109年調整功能分類，拆分出延伸焦距、二焦點、三焦點等類別，並自109.9.1起由各品項自付差額上限調整為各類別極端值管理，爰自付差額特材申報占率由107年37.3%**上升至**109年**39.1%**。
- 二. 人工心律調節器中「雙腔型人工心律調節器-具有速率調整功能(DDDR)」自108年10月起由自付差額品項改為全額給付品項，爰自付差額特材申報占率由107年51.4%**下降至**109年**42.6%**。
- 三. 特殊材質生物組織心臟瓣膜，於110.2.1起收載「經導管置換瓣膜套組-TAVI」納入全額給付(109年3月及109年11月特材共擬會議討論)，對於高風險置換心臟瓣膜手術的病人有較低之死亡率及合併症，提供該類病人多一種治療方式，故可能導致本項自付差額特材申報占率由107年41.9%**下降至**109年**39.3%**。

30



自付差額特材占率(各類別項目)5/5

- 四. 治療複雜性心臟不整脈消融導管一類中，自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，故自付差額特材申報占率由107年17.2%**上升**至109年**32.9%**。
- 五. 特殊材質加長型伽瑪髓內釘組，因該類特材納入給付後，可替代健保全額給付之動力髌螺釘(DHS)或伽瑪式骨髓內固定釘組，治療轉子下骨折、或轉子間骨折合併轉子下延伸之病患，爰自付差額特材申報占率由107年31.8%**上升**至109年**60.8%**，持續監控特材申報情形，在兼顧健保財務下，評估納入健保全額給付之可行性。
- 六. 調控式腦室腹腔引流系統，自付差額特材申報占率107年至109年**皆達8成以上**，刻正蒐集相關醫學會意見，在兼顧健保財務下，優先研議納入健保全額給付之可行性。

31



財務指標：6項

- 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 全民健保醫療支出占GDP比率
- 資金運用收益率
- 保費收繳率
- 呆帳提列數與保費收入數之比率

32



保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

- 計算方式：1.(保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數)/保險收支餘絀預估數
2.保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出)
- 監理重點：收支餘絀預估之準確性
- 監測期程：每季
- 指標數值：109年截至第4季底，實際數短絀676.07億元，預估數短絀675.58億元；差異率0.07%

● 指標及指標值意義說明：

✓ 以前3年(107至109年)資料計算：

年度	107年	108年	109年
差異率	6.14%	-18.00%	0.07%

減2個標準差	減1.5個標準差	107至109年平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
-24.44%	-19.31%	-3.93%	11.45%	16.58%

✓ 107年至109年為審定決算數。

✓ 108年主要係因實際被保險人數及年終獎金發放數高於預期，致保險費收入實際數較預估數增加約50億元；另因總額部門專款及其他預算結餘增加約28億元，致保險成本實際數較預估數減少。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0.86%。

33



安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
- 監測期程：每季
- 指標數值：截至109年第4季底為1.88個月
- 指標及指標值意義說明：

✓ 以前3年(107至109年)資料計算：

截至年度	107年底	108年底	109年底
約當月數	4.00個月	3.23個月	1.88個月
較前一年度增減數	-266.48億元	-341.97億元	-676.07億元

減2個標準差	減1.5個標準差	107至109年平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
1.29個月	1.73個月	3.04個月	4.35個月	4.79個月

✓ 107年至109年為審定決算數。

✓ 107年至109年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為4.00、3.23及1.88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。

34



全民健保醫療支出占GDP比率

- 計算方式：全民健保醫療支出總額 / GDP × 100
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 監測期程：每年
- 指標數值：

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占GDP比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占GDP比率
106年	3.61%	3.38%
107年	3.69%	3.46%
108年	3.74%	3.52%

資料來源：GDP為行政院主計總處110年8月13日更新資料。

- 指標及指標值意義說明：
 - 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3%-4%之間

35



資金運用收益率

- 計算方式：本季保險資金運用收益/本季保險資金日平均營運量
- 監理重點：資金管理效率
- 監測期程：每季
- 指標數值：109年截至第4季為0.59%

✓ 以107年-109年資料計算：

單位:元

項目 \ 年度	107年	108年	109年
運用收益	1,244,338,940	1,394,646,409	1,013,081,358
日平均營運量	199,617,164,341	207,047,176,199	170,879,228,666
收益率	0.62%	0.67%	0.59%
五大銀行一年期 大額定存平均利率	0.18%	0.18%	0.13%

註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀

減2個標準差	減1.5個標準差	107至109年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.56%	0.58%	0.63%	0.68%	0.70%

- ✓ 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，107年至109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。

36



保費收繳率

- 計算方式：最近5年投保單位及保險對象一般保費實收數/最近5年投保單位及保險對象一般保費應收數
- 監理重點：監理保費收繳之情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位:%

投保單位及保險對象	107年	108年	109年
第一類	99.63	99.61	99.62
第二類	99.64	99.64	99.70
第三類	99.24	99.25	99.35
第六類	84.20	84.37	84.65
整體	98.55	98.56	98.61

- 指標及指標值意義說明：

資料來源：健保署

- ✓ 107~109年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類收繳率約在84%至85%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。
- ✓ 109年整體收繳率較107年及108年微幅成長，主要係因本署持續加強欠費監控機制，及強化催收與移送行政執行。

37



呆帳提列數與保費收入數之比率

- 計算方式：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數/投保單位及保險對象本年度一般保費收入數
- 監理重點：監理呆帳提列情形
- 監測期程：每年
- 指標數值：

單位:%

107年	108年	109年
1.22	1.24	1.31

資料來源：健保署

- 指標及指標值意義說明：

107年及108年本指標數值相近，惟108年起「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正，僅支應中低收入戶1/2自付保險費之法定補助，又109年發生新冠肺炎(Covid-19)疫情衝擊社會經濟生活，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致109年比率上升。

38

109 年監理指標監測結果重點摘要

健保會 110.10

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 109 年監測結果，輔以近 3 年監測趨勢，整理 109 年監測結果重點摘要如下：

一、整體表現情形：

16 項呈改善或無明顯趨勢，宜繼續保持或長期觀察；7 項指標趨勢略有退步，值得特別關注，建議健保署就略有退步部分，進一步探討原因並研議改善策略，以保障民眾權益。

二、各項指標表現情形：

(一)效率構面(7 項指標)：

1.呈進步趨勢(4 項指標)：

(1)指標「1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」：各層級醫院中，醫學中心呈逐年下降趨勢，宜保持。整體、區域、地區醫院無明顯趨勢，然監測數值由 108 年下降，至 109 年轉為微幅上升，宜繼續觀察。

(2)指標「1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)」：整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院 109 年為近 3 年最低，宜保持。

(3)指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」：接受安寧者較未接受者醫療費用低，宜保持。

(4)指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」：區域醫院以上呈下降趨勢，符合分級醫療政策方向，宜保持。惟醫學中心 108 年呈下降趨勢，至 109 年轉為上升，宜繼續觀察。

2.呈退步趨勢(3 項指標)：

(1)指標「1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」：近3年西醫基層部門不論就醫人數或件數占率，均呈下降趨勢，健保總額歷年挹注預算配合推動分級醫療政策，請健保署進一步瞭解原因，檢討相關措施。

(2)指標「1.6 藥品費用占率」：逐年增加，109年成長至近28%，藥費占率過高將排擠其他醫療服務，請健保署監控藥品使用情形，並研議相關管控措施，以提升醫療費用結構配置之合理性。

(3)指標「1.7 健保專案計畫之執行成效」：中醫及牙醫門診部門109年執行率未達9成(均為87%)，可能受COVID-19疫情影響，請健保署進一步瞭解原因並研議改善策略。

(二)醫療品質構面(4項指標)：

1.呈進步趨勢(2項指標)：

(1)指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」：各層級院所皆逐年上升，宜保持。

(2)指標「2.3 照護連續性」：109年監測值為近3年最高，宜保持。

2.無明顯趨勢(2項指標)：

(1)指標「2.1 手術傷口感染率」：無明顯趨勢，宜繼續觀察。

(2)指標「2.4 護理人力指標－急性病房全日平均護病比占率分布」：因108年5月配合醫療機構設置標準之修正，全日平均護病比計算方式，護理人員數改為不列計護理長，尚無法比較監測趨勢，宜繼續觀察。

(三)效果構面(3項指標)：

1.呈進步趨勢(1項指標)：指標「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」：西醫基層、牙醫門診、中醫門診部門滿意度逐年上升，宜保持；醫院未有明顯趨勢，宜繼續觀察。

2.無明顯趨勢(2項指標)：

(1)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」：無明顯趨勢，惟各年齡層中，以 75 歲以上病人住院率最高(將近 0.6%)，值得特別留意，請健保署分析原因並加以改善。

(2)指標「3.3 出院後 3 日內再急診比率」：無明顯趨勢，宜繼續觀察。其中 Tw-DRG 案件再急診率低於一般案件，宜保持。

(四)資源配置構面(3 項指標)：

1.呈退步趨勢(2 項指標)(指標 4.1 及指標 4.2，各部門表現趨勢不同，惟半數(含)以上部門呈退步趨勢，故列屬退步指標)：

(1)指標「4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」：各部門中，醫院、西醫基層、牙醫門診部門 109 年比值為近 3 年最高，又以醫院部門差異最大，請健保署研議鼓勵醫師至發展程度較低地區執業之方案，並持續推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案。另中醫門診部門 109 年比值為近 3 年最低，宜保持。

(2)指標「4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」：近 3 年牙醫門診、中醫門診之醫療資源不足地區、山地離島地區之就醫率皆低於一般地區，宜檢討牙醫及中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案，以確保當地民眾就醫可近性。另醫院、西醫基層部門近 3 年醫療資源不足地區、山地離島地區之就醫率皆高於一般地區，宜保持。

2.無明顯趨勢(1 項指標)：指標「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」：整體自付差額特材占率無明顯趨勢，在 10 項自付差額特材中，「調控式腦室腹腔引流系統」、「冠狀動脈塗藥支架」、「特殊材質加長型伽瑪髓內釘組」等 3 項，占率逐年增加，至 109 已超過 6 成，顯示半數以上病人對該自付差額特材有需求，請健保署持續研議納入健保全額給付之可行性，以減少病人負擔。

(五)財務構面(6 項指標)：

1.呈進步趨勢(3 項指標)：

- (1)指標「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」：差異率逐年下降，健保署預估之準確性高，宜保持。
- (2)指標「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」：呈微幅上升趨勢，近 3 年維持在 3%~4%之間，宜保持。
- (3)指標「5.5 保費收繳率」：在各投保單位及保險對象中，整體及第一、二、三類保險對象收繳率均超過 9 成，第六類保險對象收繳率雖最低，但近 3 年呈上升趨勢，宜保持。

2.呈退步趨勢(2 項指標)：

- (1)指標「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」：安全準備總額逐年下降，請健保署研議財務平衡方案與開源節流相關措施，以維持健保財務穩健。
- (2)指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」：逐年上升，109 年可能因 COVID-19 影響民眾繳費能力，請健保署持續研議爭取減少呆帳之財源，以利改善。

3.無明顯趨勢(1 項指標)：指標「5.4 資金運用收益率」，108 年呈上升趨勢，至 109 年轉為下降，惟尚高於五大銀行一年期大額定存平均利率，宜繼續觀察。

附錄

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳俐欣(02)27065866轉
2659
電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

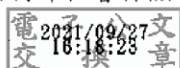
發文日期：中華民國110年9月27日
發文字號：健保醫字第1100034340B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨（1100034340B-1.pdf）

主旨：檢送110年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式（附件），請備查。

說明：依據本署110年9月8日召開之全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額110年第2次研商議事會議決議（諒達）辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會、本署醫務管理組（均含附件）



110.09.28



1103340177

110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、 110 年西醫基層總額一般服務費用預算之參數分配方式：
SMR 及 TRANS 以 105-108 年度數值依 25%、25%、25%、25% 加權平均計算。
- 二、 110 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 110 年一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 1.052 億元)，全年移撥風險調整移撥款 600 百萬元，並依 110 年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算，68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R 值)」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S 值)」比率分配。
 - (三) 六分區預算(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)，依查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「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」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、藥品給付協議及緩起訴捐助款併入一般服務費用，估算六分區浮動點值後進行排序。
 - (四) 六分區估算浮動點值以每點 1.1 元為上限，各季移撥分配方式如下：
移撥估算浮動點值高於上限之分區費用，依當季六分區預算(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，其攤分至各分區以 1 次為限，攤分後分區排序不變，受攤分之分區最多攤分至原點值排序前一名之分區浮動點值。如仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。自 110 年第 2 季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級(含)以上時，則本項費用不移撥。

(五) 風險調整移撥款保障東區點值至每點 1 元後，各區點值重新排序，餘款撥補點值落後地區，撥補方式與比率分配如下：

1. 點值落後地區：係指點值排序第 4 名、第 5 名及第 6 名之分區(共 3 區)且點值小於每點 1 元者。
2. 點值落後地區撥補方式：點值落後地區撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區點值，且點值不超過每點 1 元為止。
3. 點值落後地區撥補比率如下：
 - (1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。
 - (2) 點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。
 - (3) 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持前開撥補比率。

(六) 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點 1 元及點值落後地區預算；如 110 年第 4 季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算(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)占率回歸六分區。

(七) 分區一般服務預算依前開調整後，併入「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，結算點值。

三、 108 年西醫基層總額六分區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 110 年六分區地區預算分配。計算方式如下：

- (一) 扣除額度，臺北 1,919,569 元、北區 4,210,512 元、中區 5,187,119 元、南區 5,542,198 元、高屏 1,510,739 元、東區 163,878 元。
- (二) 110 年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依 108 年四季預算占率計算。
- (三) 110 年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依 108 年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至 110 年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳俐欣(02)27065866轉
2659
電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月6日
發文字號：健保醫字第1100013257號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (1100013257-1.pdf)

主旨：有關貴會函請本署補送110年度其他預算項目「基層總額
轉診型態調整費用」動支方案，檢送比照109年結算方式
之完整方案內容（附件），請備查。

說明：復貴會110年9月30日衛部健字第1103340175號書函。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：本署醫務管理組



110.10.06



1103340184

其他預算項目「基層總額轉診型態調整費用」動支方式：

一、優先計算轉診成功部分(同 108 年結算方式)：

醫院申報「辦理轉診費_回轉及下轉」診療項目者(醫令代碼為 01034B-01035B)，基層院所接受前開轉診案件(醫令代碼為 01038C)之日起 6 個月，該保險對象所有於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數，惟已納入自行就醫之保障期間者，不再重複計算。

二、非屬前開轉診成功而自行就醫部分，並依序結算

(一) 門診(含門診的急診)案件：

當月於基層就醫者，其主診斷自就醫年月(如 109 年 1 月)往前 3 個月(如 108 年 10、11、12 月)，均只在醫院就醫而未在基層就醫者，該保險對象當月以同一主診斷於各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數 x1.5 計算(符合本項條件者，6 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

(二) 住診案件：

當月於基層就醫者，其主診斷前 3 碼自就醫年月(如 109 年 1 月)往前 3 個月(如 108 年 10、11、12 月)均只在醫院門診就醫而未在基層門診就醫，自醫院住院離院後，2 週內至基層各分區西醫基層總額部門申報之門診(含交付機構)案件點數(符合本項條件者，1 個月內符合本專款其他補助條件者不再重複計算)。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



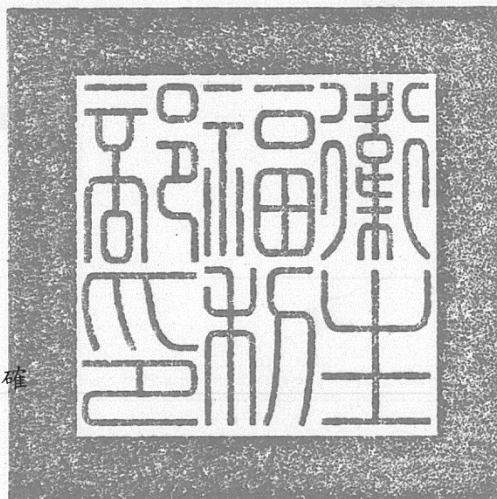
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部社會保險司

發文日期：中華民國110年9月15日

發文字號：衛部保字第1100135975號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長陳時中

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

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110年9月6日

發文字號：健保審字第1100011604號

附件：如主旨



主旨：公告修正全民健康保險檔案分析審查不予支付指標及處理方式醫院總額計5項(附件1)及西醫基層總額計3項(附件2)，指標修正案自110年10月1日(費用年月)起生效。

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」第31條暨衛生福利部110年8月27日衛部保字第1101260269號函、110年5月25日衛部保字第1101260176號函。

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、衛生福利部社會保險司、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、本署企劃組、本署資訊組(請刊登本署全球資訊網)、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知轄區醫事服務機構)

衛生福利部中央健康保險署核對章(2)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300167

第 1 頁 共 1 頁

110. 9. 7

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

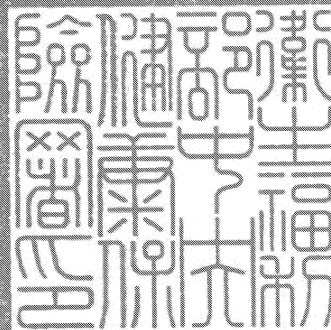
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月9日

發文字號：健保醫字第1100034237號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網即時公告擷取)



主旨：公告「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」，如附件，自110年10月1日起實施。

依據：衛生福利部110年9月3日衛部保字第1101260272號函。

公告事項：

一、旨揭方案修正內容如下：

(一)配合本保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)修正(自110年6月1日生效)，新增本方案上傳獎勵項目「All-RAS基因突變分析(醫令代碼30104B)」及適用開放表別至西醫基層之項目，將「19007B超音波導引(為組織切片、抽吸、注射等)」改為「19007C」：

1、新增項目「All-RAS基因突變分析」(30104B)實施初期3個月內(110年6月至8月)，於費用年月次月底前上傳即予獎勵，自110年9月起，須於報告日期時效內上傳方予獎勵。

2、「超音波導引(為組織切片、抽吸、注射等)」(19007C)比照支付標準於110年6月起實施。

(二)修正上傳獎勵金之獎勵條件：

1、放寬門診上傳案件之獎勵時效於報告日期(或實際檢查日期)1至3日內上傳，支付50%上傳獎勵金。

2、另放寬住院上傳案件之獎勵起算時間，若報告日期落在住院期間，則於住院期間或出院後24小時內上傳，支付100%上傳獎勵金；於出院後1至3日內上傳，支付50%上傳獎勵金；惟報告日期在出院後之案件，獎



勵起算時間仍維持以「報告日期」計算。

二、旨揭方案置於本署全球資訊網/公告，請自行擷取。

三、特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像、檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要之格式說明置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣助產學會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、台灣私立醫療院所協會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組(請刊登全球資訊網)、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署核對章(1)

署長李伯璋

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

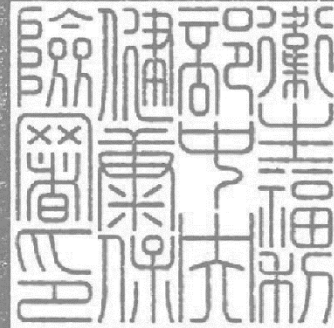
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月14日

發文字號：健保醫字第1100012162號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」，自中華民國一百一十年七月一日起生效。

依據：衛生福利部110年9月7日衛部保字第1101260284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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人臺灣臨床藥學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署核對章(4)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300173

110. 9. 14

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

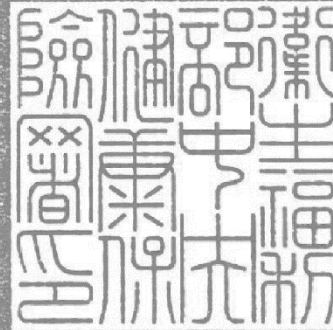
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月15日

發文字號：健保醫字第1100012397號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告「110年度全民健康保險偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫」(附件)。

依據：衛生福利部110年9月10日衛部保字第1101260286號函辦理。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣私立醫療院所協會、台灣教會醫療院所協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、台灣婦產科醫學會、行政院主計總處、地方政府衛生局、連江縣政府、金門縣政府、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組(公告附件請至本署全球資訊網站公告欄擷取)

衛生福利部中央
健康保險署核對章(4)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300175

第 1 頁 共 1 頁

110. 9. 15

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

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110年9月24日

發文字號：健保醫字第1100012653號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」，自中華民國一百一十年九月一日起生效。

依據：衛生福利部110年9月15日衛部保字第1101260287號函。

公告事項：新增長效針劑注射獎勵措施及「高風險病人規則門診比率」品質評量指標。

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、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人臺灣臨床藥學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央
健康保險署核對章(5)

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300183

110. 9. 27

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

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110年10月6日

發文字號：健保醫字第1100013064號

附件：請逕自本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險門診透析總額支付制度品質確保方案」如附件。

依據：衛生福利部110年9月27日衛部保字第1100137029號函。

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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析學會、本署財務組、本署企劃組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署各分區業務組

衛生福利部中央健康保險署公告

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300196

110.10.7

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：邵子川(02)27065866轉
3603
電子信箱：all10881@nhi.gov.tw

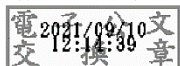
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月10日
發文字號：健保醫字第1100011986號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明 (1100011986-1.pdf)

主旨：110 年暫停執行「全民健康保險中醫門診總額點值保留款
機制作業方案」，請查照。

說明：依衛生福利部110年9月3日衛部保字第1100134861號函（附
件）辦理。

正本：中華民國中醫師公會全國聯合會
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署醫務管理組
（均含附件）



0.09.10



1103340164

衛生福利部 函

機關地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蘇小姐
聯絡電話：(02)8590-6739
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國110年9月3日
發文字號：衛部保字第1100134861號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：文字 /

主旨：所報110年暫停執行「全民健康保險中醫門診總額點值保留款機制作業方案」一案，准予備查，復請查照。
說明：復貴署110年9月1日健保醫字第1100059344號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：電子公文交換章
2021/09/03 14:22:01



檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：林其瑩(02)27065866轉
3618
電子信箱：all1149@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110年9月8日
發文字號：健保醫字第1100034196B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：110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
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年8月24日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議」110年第2次會議決定辦理。
- 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110年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依110年第1季結算點值辦理，並於110年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



110.09.08



1103340163

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、本署醫務管理組



裝

訂



程式代號: RGB13008R01

2. 一般服務浮動每點支付金額	= [調整後分區一般服務預算總額(BD2) - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF) - (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)] / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)]		
臺北分區	= [4,123,940,020 -	785,900,473 - (	38,416,778 - 0) - 223,421 / 3,498,997,803 = 0.94295554
北區分區	= [1,772,576,887 -	401,090,612 - (	14,625,820 - 0) - 78,059 / 1,309,041,097 = 1.03647044
中區分區	= [2,012,154,875 -	183,976,664 - (	17,370,352 - 0) - 77,922 / 1,796,064,046 = 1.00816557
南區分區	= [1,428,581,292 -	214,280,011 - (	10,817,201 - 4,546,919) - 73,550 / 1,155,767,555 = 1.04515605
高屏分區	= [1,567,778,216 -	154,444,398 - (	12,426,581 - 0) - 27,650 / 1,366,662,712 = 1.02503681
東區分區	= [220,198,745 -	36,567,086 - (	2,237,812 - 0) - 3,686 / 151,648,092 = 1.19612557

3. 一般服務全區浮動每點支付金額	= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2) - (核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款) - 自墊核退點數(BJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF) - (95,894,544 - 4,546,919) - 484,288 / 11,072,683,314 = 0.99645206		
-------------------	--	--	--

4. 一般服務分區平均點值	= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)]		
臺北分區	= [4,123,940,020	]/ [ 4,327,070,023 +	38,416,778 - 223,421] = 0.94462065
北區分區	= [1,772,576,887	]/ [ 1,702,112,305 +	14,625,820 - 78,059] = 1.03247913
中區分區	= [2,012,154,875	]/ [ 1,975,899,644 +	17,370,352 - 77,922] = 1.00943486
南區分區	= [1,428,581,292	]/ [ 1,364,310,082 +	10,817,201 - 4,546,919] = 1.04226259
高屏分區	= [1,567,778,216	]/ [ 1,520,062,063 +	12,426,581 - 27,650] = 1.02300917
東區分區	= [220,198,745	]/ [ 183,229,197 +	2,237,812 - 3,686] = 1.18724279

5. 一般服務全區平均點值	= [11,125,230,035		
	]/ [ 11,072,683,314 + 95,894,544 - 4,546,919 + 484,288] = 0.99648125		

6. 牙醫門診總額平均點值=加總〔依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)〕

十、專款專用暫結金額

移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額+移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]

$$\text{加總}[\text{一般服務核定浮動點數}(\text{GF}) + \text{核定非浮動點數}(\text{BG}) - \text{緩起訴捐助款} + \text{自墊核退點數}(\text{BJ})]$$

十、專款專用已支用點數(含品質保證保留款)+ 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

$$= [11, 125, 230, 035 + 273, 615, 730 + 38, 515, 438 + 6, 627, 838]$$
$$\big/ [11, 072, 683, 314 + 95, 894, 544 - 4, 546, 919 + 484, 288 + 265, 142, 803 + 37, 275, 596] = 0.997999907$$

註：1. 專款專用途金額 = 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

一、網路頻寬補助費用暫結金額+牙醫急診醫療不足區獎勵計畫暫結金額+0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫

品質保證款預算

$$= 133,021,190 + 56,705,478 + 33,871,388 + 1,236,000 + 0 + 48,781,674$$
$$= 273,615,730$$

2. 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+110年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年包括:

費用年月109/12(含)以前:於110/04/01~110/06/30期間核付者。

費用年月110/01~110/03:於110/01/01~110/06/30期間核付者。

2. 當也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：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：邵子川(02)27065866轉
3603
電子信箱：all10881@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110年9月8日
發文字號：健保醫字第1100034177B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：110年第1季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年8月19日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額研商議事會議」110年第2次會議決定辦理。
- 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110年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依110年第1季結算點值辦理，並於110年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



0.09.08



1103340161

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、中華民國中醫師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署醫務管理組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



裝

訂



線



衛生福利部中央健康保險署		列印日期：110/08/03	
中醫師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:110/06/30	頁次：	25
110年第1季	結算主要費用年月起迄:110/01—110/03		
=====			
2. 一般服務浮動每點支付金額	= [調整後分區一般服務預算總額(BDI) - (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款) - 各分區自墊核退點數(BJ)] / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)		
臺北分區	= [1, 817, 886, 169		
北區分區	= [781, 695, 963		
中區分區	= [1, 602, 393, 010		
南區分區	= [918, 701, 338		
高屏分區	= [1, 021, 348, 652		
東區分區	= [139, 627, 833		
	- (718, 440, 250 -	0) -	74, 992] / 1, 211, 068, 064 = 0. 90776973
	- (320, 030, 298 -	0) -	34, 211] / 461, 519, 648 = 1. 00024226
	- (610, 617, 368 -	0) -	33, 975] / 1, 046, 391, 411 = 0. 94777313
	- (374, 463, 265 -	0) -	20, 230] / 546, 297, 307 = 0. 99619353
	- (419, 209, 648 -	0) -	12, 801] / 646, 660, 456 = 0. 93113194
	- (42, 936, 632 -	0) -	5, 173] / 78, 688, 991 = 1. 22871099
=====			
3. 全區浮動每點支付金額	= [加總調整後分區一般服務預算總額(BDI) - (加總核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款) - 加總自墊核退點數(GJ)] / 加總一般服務浮動核定點數(GF)		
	= [6, 281, 652, 965		
	- (2, 485, 697, 461 -	0) -	181, 382] / 3, 990, 625, 877 = 0. 95117263

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
 110年第 1季
 列印日期：110/08/03
 頁次：26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)	核計截止日期:110/06/30		
=====			
= [調整後分區一般服務預算總額(BD1)			
÷ [一般服務核定浮動點數(BF)			
+ 該分區核定非浮動點數(BG) - 緩起訴捐助款			
+ 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]			
臺北分區	= [1, 817, 886, 169	]	÷ [ 74, 992] = 0. 94211334
北區分區	= [781, 695, 963	]	÷ [ 34, 211] = 1. 00014305
中區分區	= [1, 602, 393, 010	]	÷ [ 33, 975] = 0. 96701971
南區分區	= [918, 701, 338	]	÷ [ 20, 230] = 0. 99774163
高屏分區	= [1, 021, 348, 652	]	÷ [ 12, 801] = 0. 95821844
東區分區	= [139, 627, 833	]	÷ [ 5, 173] = 1. 14796448
5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)			
= [6, 281, 652, 965			
] ÷ [3, 990, 625, 877 + 2, 485, 697, 461 -			
0 + 181, 382] = 0. 96991406			
6. 中醫門診總額平均點值			
= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B4)]			
÷ [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) - 緩起訴捐助款 + 加總分區自墊核退點數(GJ) +			
專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]			
= [6, 281, 652, 965 + 191, 222, 037 + 51, 519, 071] ÷ [3, 990, 625, 877 + 2, 485, 697, 461 -			
= 0. 97130343			
0 + 181, 382 + 189, 129, 577 + 51, 519, 071]			
註：			
1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質			
計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎過敏試驗計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫			
暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 網			
路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算			
= 31, 015, 045 + 52, 745, 939 + 17, 558, 074 + 43, 248, 263 + 2, 793, 663 + 797, 352 + 10, 956, 547 + 20, 257, 906 + 11, 849, 248			
= 191, 222, 037			
2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算/4			

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月109/12(含)以前：於110/04/01～110/06/30期間核付者。
費用年月110/01～110/03：於110/01/01～110/06/30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：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：張毓芬(02)27065866轉2629
電子信箱：A111037@nlhi.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110年9月13日

發文字號：健保醫字第1100034212B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110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，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年8月25日「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」110年第2次會議決定辦理。
- 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110年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依110年第1季點值辦理，並於110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、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r04

110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

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

列印日期：110/08/11

頁次：38

核付截止日期:110/06/30

5. 非偏遠地區門診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

— 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)

— (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品質量協議 - 緩起訴捐助款)

— 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)(AP2+AP4)

— 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

— 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ 加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)

臺北分區 = [18,520,407,569 + 23,129,664,455 - 4,126,708,837 - (19,864,487,510 - 252,193,474 - 0) - 200,713,778 - 110,392,708 - 11,715,317] / 20,854,564,938 = 0.84337637

北區分區 = [6,801,495,458 + 9,300,041,698 - 2,523,114,594 - (7,317,085,821 - 75,702,492 - 0) - 17,162,230 - 9,798,456 - 4,869,976] / 6,867,167,243 = 0.91816732

中區分區 = [8,753,545,941 + 12,199,637,507 - 1,112,938,538 - (9,241,856,863 - 157,005,686 - 0) - 416,350,049 - 297,134,382 - 7,018,439] / 11,470,219,520 = 0.87486476

南區分區 = [6,978,155,300 + 9,858,516,410 - 1,497,871,409 - (7,796,392,978 - 106,741,448 - 0) - 28,145,261 - 17,055,868 - 3,542,095] / 8,280,002,827 = 0.91792306

高屏分區 = [7,287,741,469 + 10,470,632,178 - 1,035,955,571 - (7,627,129,639 - 82,300,105 - 0) - 105,227,670 - 24,708,387 - 3,250,523] / 9,724,015,333 = 0.93010980

東區分區 = [1,182,179,496 + 2,027,457,795 - 300,819,683 - (1,400,841,186 - 10,336,788 - 0) - 56,994,870 - 20,557,141 - 456,397] / 1,647,823,047 = 0.87406521

6. 非偏遠地區門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) - 藥品質量協議 - 緩起訴捐助款)

— 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)

= [49,523,525,233 + 66,985,950,043 - (53,727,440,939 - 684,279,993 - 0) - 30,852,747] / 71,628,572,841 = 0.88561672

註:藥品質量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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r04

110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

結算主要費用年月起迄:110/01—110/03

列印日期：110/08/11

頁次：39

核計截止日期:110/06/30

7. 非偏遠地區門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浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品價量協議一線起訴補助款

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [18,520,407,569 + 23,129,664,455] ÷ [25,705,935,869 + 19,974,880,218 - 252,193,474] - 0 + 11,715,317] = 0.91658808

北區分區 = [6,801,495,458 + 9,300,041,698] ÷ [9,719,562,258 + 7,326,884,277 - 75,702,492] - 0 + 4,869,976] = 0.94850985

中區分區 = [8,753,545,941 + 12,199,637,507] ÷ [13,166,471,759 + 9,538,991,245 - 157,005,686] - 0 + 7,018,439] = 0.92896216

南區分區 = [6,978,155,300 + 9,858,516,410] ÷ [9,992,470,082 + 7,813,448,846 - 106,741,448] - 0 + 3,542,095] = 0.95107826

高屏分區 = [7,287,741,469 + 10,470,632,178] ÷ [10,998,081,741 + 7,651,838,026 - 82,300,105] - 0 + 3,250,523] = 0.95624887

東區分區 = [1,182,179,496 + 2,027,457,795] ÷ [2,046,051,132 + 1,421,398,327 - 10,336,788] - 0 + 456,397] = 0.92829304

8. 非偏遠地區門診一般服務全區平均點值

= [49,523,525,233 + 66,985,950,043] ÷ [71,628,572,841 + 53,727,440,939 - 684,279,993] - 0 + 30,852,747] = 0.93429879

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)-藥品價量協議一線起訴補助款+自墊核退點數(BJ)]

+ 專款專用已支用點數(含品質保證留款)]

= [49,523,525,233 + 66,985,950,043 + 6,800,611,122]

÷ [71,628,572,841 + 53,727,440,939 - 684,279,993 -

= 0.93769649

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護理品質暫結金額+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+鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額

(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)+品質保證留款預算

+ 網路頻寬補助費用暫結金額

= 838,686,982 + 2,842,609,589 + 1,022,116,516 + 1,159,854,236 + 262,809,745 + 21,539,116 + 26,209,407 + 225,382,909

+ 52,587,100 + 313,054,852 + 35,760,670

= 6,800,611,122

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除廠商負擔款。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品價量協議回收金額。

4. 品質保證留款預算=106年各季品質保證留款預算+110年品質保證留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月109/12(含)以前:於110/04/01~110/06/30期間核付者。

費用年月110/01~110/03:於110/01/01~110/06/30期間核付者(部分追加補付原因別於110/07/20前核付)。

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：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27026324
承辦人及電話：陳俐欣(02)27065866轉
2659
電子信箱：A111183@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月27日
發文字號：健保醫字第1100034340C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：110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
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨110年9月8日「全
民健康保險西醫基層總額研商議事會議」110年第2次會議
決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基
層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自110年9月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核
付，依110年第1季結算點值辦理，並於110年10月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。



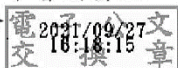
110.09.28



1103340176

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組、各縣市醫師公會



裝

訂



線

(2)點值排序第6名之地區非臺北區時：第4名分區占20%、第5名分區占40%，第6名分區占40%。

(3)點值落後地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥補比率。

4. 當季風險調整移撥款若有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥補當季東區浮動點值至每點1元及點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後之預算(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)占率回歸六分區。

5. 風險調整移撥款撥補後各分區之估算浮動點值(Z)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)－
投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF)－(投保該分區核定
非浮動點數)(BG)－藥品給付協議－緩起訴捐助款)－當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
／投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

六、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算(含「該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

臺北分區 = [10,317,053,768 +	投保該分區核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議－緩起訴捐助款)－當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
北區分區 = [4,741,924,733 +	／投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)
中區分區 = [5,918,175,990 +	630,798－1,485,889,795－(2,916,924,779－
南區分區 = [4,551,627,600 +	3,893,060－755,054,818－(1,333,144,236－
高屏分區 = [4,969,291,108 +	1,708,946－353,325,162－(1,657,976,655－
東區分區 = [641,966,094 +	10,219,820－431,921,720－(1,306,842,767－
	8,014,764－315,706,931－(1,469,330,159－
	16,690,594－73,647,774－(208,536,876－
	300,031－0)－492,753]／
	6,157,184,159 = 0.96061399
	2,457,262,817 = 1.08180047
	3,611,540,748 = 1.08214911
	2,577,452,875 = 1.09587140
	2,981,108,847 = 1.07087416
	329,358,617 = 1.14294132

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(BD6)
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
－ (核定非浮動點數(BG)－藥品給付協議－緩起訴捐助款)
－ 自墊核退點數(BJ)]
／加總一般服務浮動核定點數(GF)
= [31,140,039,293 + 41,157,982－(8,892,755,472－1,105,517－2,609,036)－2,052,331]／21,297,655,547 = 1.04659895

註：藥品給付協議回歸總額，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。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3008r-03

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：110/09/15

110年第 1 季

核付截止日期：110/06/30

頁次：36

3. 一般服務分區平均點值	=[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] /[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議-緩起訴捐助款+自墊核退點數(BJ)]			
臺北分區=[10,317,053,768 +	630,798]/[7,564,479,133 +	2,916,924,779 -	300,031 -	492,753]= 0.98436192
北區分區=[4,741,924,733 +	3,893,060]/[3,142,743,878 +	1,333,144,236 -	162,096 -	429,984]= 1.06046136
中區分區=[5,918,175,990 +	1,708,946]/[3,942,451,858 +	1,657,976,655 -	283,081 -	640,591]= 1.05697395
南區分區=[4,551,627,600 +	10,219,820]/[2,975,192,451 +	1,306,842,767 -	137,059 -	354,932]= 1.06571245
高屏分區=[4,969,291,108 +	8,014,764]/[3,278,299,686 +	1,469,330,159 -	211,860 -	88,217]= 1.04840429
東區分區=[641,966,094 +	16,690,594]/[394,488,541 +	208,536,876 -	11,390 -	45,854]= 1.09219119
4. 一般服務全區平均點值	=[31,140,039,293 + 41,157,982]/[21,297,655,547 + 8,892,755,472 - 1,105,517 - 2,609,036 + 2,052,331]= 1.03287478			
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值=	加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] /加總分區[一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議-緩起訴捐助款 + 自墊核退點數(BJ)+專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]			
	=[31,140,039,293 + 41,157,982 + 428,787,392]/[21,297,655,547 + 8,892,755,472 - 1,105,517 - 2,609,036 + 2,052,331 + 427,717,382]			
	= 1.03245046			

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+家庭醫師整合性照護計畫暫結金額
+ 醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額
+ 鼓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生產補助計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
+ 品質保證保留款預算
= 123,127,982 + -997,662 + 37,301,671 + 121,002,401 + 36,444,650 + 63,479 + 100,113
+ 54,207,191 + 2,486,580 + 55,050,987
= 428,787,392
- C型肝炎藥費、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算=106年各季品質保證保留款預算+110年品質保證保留款預算/4

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月109/12(含)以前：於110/04/01~110/06/30期間核付者。
費用年月110/01~110/03：於110/01/01~110/06/30期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：賴昱廷(02)27065866轉
2605
電子信箱：A111145@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月13日
發文字號：健保醫字第1100034193B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請逕自本署全球資訊網下載



主旨：110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，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定暨110年8月18日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第2次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年9月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依110年第1季結算點值辦理，並於110年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



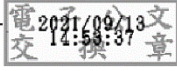
110.09.13



1103340168

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、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊組、本署主計室、本署醫務管理組



訂

線



六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)－核定非浮動點數合計(M)－1×膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,282,983,511 – 705,380,024 – 165,970,036

10,998,631,046

$$= 0.85570953 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

七、平均點值

預算(D2)

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

10, 282, 983, 511

705,380,024 + 165,970,036 + 10,998,631,046

$$= 0.86630159 \quad (\text{四捨五入至小數第8位})$$

八、說明

本季結算費用年月包括：

1. 費用年月109/12(含)以前:於110/04/01~110/06/30期間核付者。
2. 費用年月110/01~110/03:於110/01/01~110/06/30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：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：歐舒欣(02)27065866轉
2614
電子信箱：A110666@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年9月10日
發文字號：健保醫字第1100034224號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

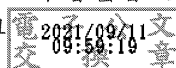
主旨：檢送110年第1季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

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



110.09.11



1103340165

110年度其他預算支用情形

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4	
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫		655.4	137.3				20.9%
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用 ^{註1}		980.0	34.3				3.5%
保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	347.5				21.0%
推動促進醫療體系整合計畫		400.0	48.0				12.0%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫 ^{註2}			11.1				
2.跨層級醫院合作計畫			19.9				
3.急性後期整合照護計畫			16.9				
4.全民健康保險遠距醫療給付計畫			0.0005				
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註3}		290.0	0.5				0.2%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費 ^{註4}		2,850.0	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		1,000.0	0.0				0.0%
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}		450.0	92.0				20.4%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			62.4				
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			18.3				
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				
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(預先扣除，另行結算)			11.3				
提升用藥品質之藥事照護計畫(追扣/補付)		30.0	0.0				0.0%
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		6,544.0	1,480.6				22.6%
1.居家醫療與照護			951.4				
2.助產所			0.7				
3.精神疾病社區復健			518.5				
4.轉銜長照2.0之服務			9.9				
提升保險服務成效		300.0	65.5				21.8%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		1,000.0	250.0				25.0%
總計		16,153.2	2,455.7	0.0	0.0	0.0	15.2%

註：1.資料上傳獎勵費未及於當季結算前完成過帳，遞延1季納入結算，故執行率偏低。

2.因108年第2季修正「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，收案人數下降，故執行率不高。

3.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。

4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。

5.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。

6.第1季支用303,945,130點，超出當季預算，按當季各分區補助總點數之比例分配。

衛生福利部全民健康保險會

第 5 屆 110 年第 6 次委員會議補充資料目錄

會議時間：110 年 10 月 22 日

一、原會議資料議程更新-----	1
二、議程四、「本會重要業務報告」(會議資料第71頁)-----	2
(一)更新：說明二(二)	
(二)補充：說明三(二)「全民健康保險111年度保險費率審 議前意見諮詢會議」會議結論	
三、優先報告事項	
補充：說明一(二)請確認達成共識之部門(牙醫門診、中醫 門診、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」之2.健保署回復(會議資料第85頁) -----	9
四、討論事項	
新增：第三案「111年度西醫基層總額一般服務之地區預算 分配案」 -----	23

衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第6次委員會議議程(更新)

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第5次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 71

五、優先報告事項

111 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 ----- 85

六、討論事項

(一)111 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案----- 89

(二)111 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案 ----- 116

(三)111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案 --- 補充資料第23頁

七、報告事項

(一)中央健康保險署「110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(併「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)---- 151

(二)醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案----- 152

(三)109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 158

八、臨時動議

四、本會重要業務報告

.....

二、有關 111 年度各部門總額一般服務地區預算分配之辦理情形：

- (一)依 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序及本會第 5 次委員會議決議，請各總額部門受託團體於本(110)年 10 月 8 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；若未提送建議方案者，則由本會掣案提 11 月份委員會議討論。
- (二)台灣醫院協會、中醫師公會全國聯合會及醫師公會全國聯合會分別於 10 月 1 日、10 月 8 日及 **10 月 18 日**函送其建議方案，並列入本次會議討論事項第一、二、三案。至牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)於 10 月 1 日函復本會，尚有「移撥特定用途」部分，待 10 月 27 日召開內部會議討論後，再提送本會。
- (三)請牙全會於本年 11 月 3 日前提送地區預算分配之建議方案，以利提 11 月份委員會議討論。若未提送，則由本會掣案提會討論。

三、為利費率審議事宜，本會辦理下列事項：

- (一)依照委員意見，整理歷次委員會議決議(定)事項與費率審議有關之最新辦理進度供參，如附件一(會議資料第 81~83 頁)。
- (二)依全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，於本年 10 月 15 日召開「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，會議結論(如附件，第 3~8 頁)，紀錄另行提供。

全民健康保險111年度保險費率審議前意見諮詢會議紀錄

時間：中華民國110年10月15日上午9時30分

地點：衛生福利部301會議室(台北市南港區忠孝東路6段488號3樓)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑

彭美熒、李德馥

出席者：(依姓名筆劃排序)

曲諮詢委員同光、李諮詢委員永振、郝諮詢委員允仁、黃諮詢委員耀輝、楊諮詢委員銘欽、劉諮詢委員淑瓊、盧諮詢委員瑞芬、羅諮詢委員光達

列席者：(依姓名筆劃排序)

本會委員：干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪(全國勞工聯合總工會賴秘書長元暉代理)、林委員敏華(中華民國農會保險部徐課員珮軒代理)、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、商委員東福、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會吳常務理事國治代理)、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

本部社會保險司：盧副司長胤雯、陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋

中央健康保險署：陳組長美杏、唐研究員蕙文、吳參議科屏、游副組長慧真、張專門委員菊枝、洪科長于淇、李科長仁輝、連科長恆榮

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。

貳、討論事項：中央健康保險署(下稱健保署)研擬之「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」。

參、討論/諮詢建議題綱

(一)就「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」之意見。

(二)開源：就健保收入面而言，除調整費率外，如何從現行制度之既有財源，包括一般保費、補充保費以及其他法定收入(如菸品健康福利捐、公益彩券盈餘等)提出各項開源之建議作法？

(三)節流：健保署自二代健保施行後，推動多項節流措施，包括：藉由雲端資訊系統降低重複檢查、核刪不當用藥及醫療浪費；推動分級醫療執行大醫院門診減量等，皆有相當效果，對於節流成效如何反映於健保財務之具體建議？

(諮詢委員與本會委員意見摘要，如附件)

肆、主席結論

請健保署參酌諮詢委員與本會委員所提意見及需補充資料，修正「全民健康保險111年度保險費率方案」(草案)，於110年11月2日前提案至本會，俾於110年第7次委員會議(110.11.19)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：中午12時15分。

諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」之意見：

- (一)缺乏充分數據支持暫緩調整之結論：健保署所提 111 年度保險費率方案之結論為暫緩調整，然僅以文字描述政府刻正推動有助健保財務之措施，未提供客觀、具體數據予以佐證，請補充相關資料。
 - (二)法定原則不宜輕易打破：健保法第 78 條規定，安全準備維持 1 至 3 個月為「原則」，此原則不宜輕易打破，健保會亦於 110 年 8 月份委員會議，針對第 78 條提出操作性定義，即：當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時，應啟動調漲機制。因此，就保險人立場，於安全準備不到 1 個月時，應提出依法調整費率之建議，建議健保署試算 111~114 每年年底均維持 1 個月安全準備之財務推估及平衡費率，以利觀察健保財務未來趨勢。
 - (三)建議微幅調整 111 年度保險費率：111 年底及 113 年 1 月將分別辦理地方縣市長選舉及總統大選，推論 112、113 年調整費率之可能性不大，若 111~113 年都不調整費率，財務問題將全部積壓到 114 年，依據健保署的財務預估，屆時保險收支累計短絀可能達 1 千億元以上，如欲調整費率彌補財務缺口，可能將直接突破法定上限 6%，因此 111 年是調整費率相對適當的時機。
 - (四)應先檢視支出的合理性，再調整費率：健保開辦至今 20 多年，總額規模由 2 千多億元成長到 8 千多億元，應先檢視整體總額支出的合理性、解決現有體制問題，再討論如何調整費率，才具說服力。
- 二、開源：就健保收入面而言，除調整費率外，如何從現行制度之既有財源，包括一般保費、補充保費以及其他法定收入(如菸品健康福利捐、公益彩券盈餘等)提出各項開源之建議作法？

(一)一般保險費

- 1.調高投保金額上限：從投保金額分級表來看，過去最低、最高月投保金額分別為17,280元及182,000元時，最高為最低一級的10.5倍；111年最低一級月投保金額隨基本工資調整為25,250元後，兩者僅約7.2倍，宜考量調高最高等級之月投保金額，以維持公平性及量能負擔原則，同時亦能為健保開源。
- 2.檢討各類保險對象計費基準：鑑於110年調升第6類保險對象平均保險費後，健保收入大幅增加49億元，建議通盤檢討第1~5類保險對象之保費計收基礎及結構。
- 3.擴大計收保費基礎：可考慮由個人薪資所得擴大至家戶所得，或納入境外所得。

(二)補充保險費

- 1.擴大補充保險費費基：將現已徵收6項補充保費以外之其他所得或收入，如機會中獎等納入徵收範圍；或降低各項補充保險費起徵點，調整計費所得或收入之上下限，如調升單筆補充保險費上限(1千萬元)。
- 2.調整徵收方式：建議將保險對象負擔補充保費之收繳方式，由單次起徵改為年度結算。

(三)其他補充性收入或財源

- 1.建議先設法補回在104、105年健保財務充裕時被減少的財源，例如菸品健康福利捐分配安全準備比率恢復到70%或90%，實務上似較為可行。
- 2.有關政府應負擔健保總經費36%之計算方式，若能參採健保會委員意見，估計105~111年共計增加1,108億元保險收入，則無須調整111年度保險費率。105年12月23日修正發布之健保法施行細則第45條，約使健保收入每年減少107億元，該條文雖經立法院實質審查通過，實則與健保法第27條立法意旨有所牴觸，也是可以努力的方向。

3.就可能的補充性財源逐一評估，例如：營業稅、環境稅、食品健康稅、房地合一稅、檳榔稅、特種消費稅等，選擇和健保關連性較大且影響層面小的項目，較為可行。

4.勞保職業災害保險已單獨立法，建議研析勞保職災代位求償之可能性。

三、節流：健保署自二代健保施行後，推動多項節流措施，包括：藉由雲端資訊系統降低重複檢查、核刪不當用藥及醫療浪費；推動分級醫療執行大醫院門診減量等，皆有相當效果，對於節流成效如何反映於健保財務之具體建議？

節流可以促進健保體制健全發展、醫療資源有效分配、合理化就醫行為，最重要的關鍵是，須在總額架構下建立適當的調整機制(如將節流金額部分回饋付費者、部分回饋醫界)，以反映節流成效，對健保財務才具實質助益。但仍宜審慎思考可能產生之連帶反應，例如將節流效益作為總額減項，可能影響醫療院所之財務，反而將增加的成本轉嫁給民眾。

四、其他意見

(一)不宜以健康保險制度承擔所有醫療責任，給付範圍宜以重症項目為主，回歸保險互助精神，並建議逐步排除輕症，或提高輕症、小病之自付額，以抑制非必要之就醫行為。對於經濟弱勢民眾，則給予社會福利補助或提供免費醫療。

(二)隨著人口老化，針對慢性病問題，可仿效商業保險外溢保單之設計，例如勞動部職業安全衛生署已在勞保職業災害保險中，提供復健補助，可達到健康促進的功能，如此可把風險控制與風險理財結合，降低健保財務負擔。

(三)健保基金之投資策略可參考公教人員退休撫卹基金會之模式，與券商或投顧公司約定保證收益金額，可使投資收益穩健增加。

(四)為落實健保法第 5、24 條所揭示之收支平衡精神，宜先考量保險收入及費率，再協商總額。過去皆先協商總額，健保支出成長過

快，付費者已快要無法負擔。

五、請健保署於提送修正方案(草案)時，補充以下資料，以利本會審議 111 年度保險費率：

- (一)請提供費率暫緩調整之結論所需佐證之相關數據及資料。
- (二)請試算 111~114 年每年年底均維持 1 個月安全準備之財務推估及平衡費率。
- (三)請評估調高投保金額上限之可行性。
- (四)請提供最新平均眷口數資料，以及試算每張慢性病連續處方箋若加收 200 元部分負擔，其影響健保財務之金額。
- (五)請提供歷年代位求償之類型、件數、總金額及求償比率，並分析說明代位求償效果不彰之原因；檢討健保法第 95 條代位求償範圍之合理性。
- (六)請補充投影片第 17 張，非保險給付支出之財務推估方式、細項及預估金額。
- (七)健保安全準備餘額在 99 年 3 月底約負 609 億元，自 99 年 4 月費率由 4.55% 調升至 5.17% 後，至 101 年底健保收支結餘 819 億元，平均 1 年結餘 298 億元；惟 110 年費率自 4.69% 調升為 5.17% 後，110 年即短絀 261 億元，顯示 102 至 110 年，安全準備餘額正負之間差距達 1,085 億元，建議深入探討，及分析總額從健保開辦時 2 千多億元，成長至 110 年 8 千多億元之原因。
- (八)請具體呈現節流相關措施之項目、投入金額、預期目標及具體效益，俾利討論節流成效如何回饋醫事服務提供者及付費者。
- (九)應依健保法規定，不給付指示用藥；也要檢討屬政府公務預算支應，卻由健保支出的部分。
- (十)簡報中僅呈現各年度總額，請補充各年度實際申報醫療點數，以反映其與總額間之財務缺口。

(會議資料第 85 頁)

優先報告事項「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」

說明一(二)請確認達成共識之部門(牙醫門診、中醫門診、其他預算)，其新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

2.健保署回復研修結果及本會研析建議，如下表(健保署回復如附件，第 17~22 頁)：

一、牙醫門診總額

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	牙醫師公會全聯會建議 (10 月 18 日提供)	健保署說明	本會研析建議
一般服務	高風險疾病 口腔照護 (0.863%，405 百萬元)	1.執行目標：服務高 風險疾病患者 270,000 人。 2.預期效益之評估 指標： (1) 近 程 (111-113 年)：增加醫療 服務項目之就 醫可近性，高風 險患者利用全 口牙結石清除 之比率達 50%。 (2) 中 程 (114-115 年)：逐年評估， 有接受完整口 腔照護之患者 比同期未接受 照護者，牙齒狀	1.執行目標：同意牙 全會之執行目標。 2.預期效益之評估 指標： (1)同意牙全會之 預期效益之評 估指標，有關近 程指標「高風險 患者利用本項 全口牙結石清 除之比率達 50%」，本署統 計 109 年上述 高風險病人接 受 91004C「全 口牙結石清除」 比率約 20%，為 達執行目標，建	1.執行目標：請牙全 會確認 270,000 人 是否為 111 年執 行目標及其估算 方式。若否，請提 出 111 年具體執 行目標。 2.預期效益之評估 指標： (1) 近 程 (111~113 年)：請牙全會 確認全口牙結 石清除之比率 達 50%是否為 111 年評估指 標，並請提出分 年評估指標。 (2) 中 程 (114~115 年)：考量反映 照護成效需時 間觀察，建請健 保署會同牙全 會，於 113 年 9

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	牙醫師公會全聯會建議 (10月18日提供)	健保署說明	本會研析建議
一般服務		<p>況改善，同時追蹤服務對象的原始設定疾病控制樣態，視近程結果調整及量化。</p> <p>(3) 遠程 (116-120年)：依中程狀況檢討調整照護內容，使得「接受完整口腔照護患者」牙齒功能改善及平均餘命延長。</p>	<p>請牙全會掌握推動時程及內部訂定推動策略。</p> <p>(2) 建議遠程指標應增列視近、中程執行結果視需要調整及量化。</p>	<p>月協商前，提出具體量化評估指標。</p> <p>(3) 遠程 (116~120年)：考量時程久遠，且影響因素多、不確定性太高，建議不列。</p>
	提升假日就醫可近性 (0.314%，147.1百萬元)	<p>1. 執行目標：提升假日就醫之急症處置(牙醫急症處置、牙醫門診急症處置、牙醫外傷急症處置)就醫人次。</p> <p>(1) 牙醫急症處置 92093B：17,435 人次。</p> <p>(2) 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：412,089 人次。</p> <p>(3) 牙齒外傷急症處理 92096C：734 人次。</p>	<p>1. 執行目標：同意牙全會意見，另查 109 年及 110 年 (1~6 月) 之牙醫急症處置人次分別如下：</p> <p>(1) 92093B 牙醫急症處置為 16,024 人次及 7,675 人次。</p> <p>(2) 92094C 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置為 366,406 人次及 162,775 人次。</p> <p>(3) 92096C 牙齒外傷急症處理為 883 人次及 462 人次。</p>	<p>依本項協商意旨，在改善民眾假日就醫不便，建議將預期效益之評估指標(1)移列為執行目標(2)，合計 2 項：</p> <p>1. 執行目標：</p> <p>(1) 提升假日就醫之急症處置服務人次。</p> <p>【請牙全會確認左列 3 項是否為 111 年執行目標。若否，請提出 111 年執行目標】</p> <p>(2) <u>各分區</u>假日提供看診服務之院所數較 <u>106~108 年平均家數增加 %</u>。</p>

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	牙醫師公會全聯會建議 (10月18日提供)	健保署說明	本會研析建議
一般服務		2. 預期效益之評估指標： (1) 各地區假日提供看診服務之院所數增加。 (2) 接受治療者，其整體就醫滿意度提升。	2. 預期效益之評估指標：同意牙全會意見。	【a. 建議「各地區」修正為「各分區」，以臻明確。 b. 為利後續評估，建議增訂比較基準，考量109~110年受疫情影響，建議以106~108年為比較基準，並請牙全會提出量化目標值】。 2. 預期效益之評估指標： (1) 移列執行目標。 (2) 同牙全會建議。
專款項目	12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (271.5百萬元)	1. 執行目標：服務12~18歲少年900,000人次。 2. 預期效益之評估指標： (1) 111年~114年：提升全國12~18歲少年牙醫就醫率至少不	1. 執行目標：同意牙全會之執行目標。 2. 預期效益之評估指標：同意牙全會意見，查109年全國人民平均牙醫就醫率為47%。	1. 執行目標：請牙全會確認900,000人次是否為111年執行目標及其估算方式。若否，請提出111年具體執行目標。 2. 預期效益之評估指標： (1) 111~114年：提升全國12~18歲少年牙醫就醫率不低於 <u>106</u>

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	牙醫師公會全聯會建議 (10月18日提供)	健保署說明	本會研析建議
專款項目		<p>低於全國人民平均牙醫就醫率，並朝 60% 努力。</p> <p>(2)115 年~116 年：評估並調整計畫內容，使得有參加計畫的少年對比同齡未參加計畫者，恆牙根管治療及拔牙顆數下降，視近程結果調整及量化。</p> <p>(3)117 年：評估計畫醫療需求性，由專案計畫轉至一般服務，無需求則停止此計畫。</p>		<p>~108 年全國人民平均牙醫就醫率，並朝 60% 努力。</p> <p>【為利後續評估，建議增訂比較基準。另請牙全會確認就醫率 60% 是否為 111 年度評估指標，並提出分年評估指標。】</p> <p>(2)115~116 年：考量反映照護成效需時間觀察，建請健保署會同牙全會，於114 年 9 月協商前，提出具體量化評估指標。</p> <p>(3)117 年：是否由專款移回一般服務，須依年度總額協商結果辦理，建議不列。</p>
	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (184 百萬元)	1.執行目標：服務高齲齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。	1.執行目標： (1)同意牙全會意見。 (2)本次牙全會提報服務人數為 92,000 人，比照 92072C 口乾症	1.執行目標：請牙全會 確認 92,000 人是否為 111 年執行目標及其估算方式。若否，請提出 111 年度具體執行目標。

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	牙醫師公會全聯會建議 (10月18日提供)	健保署說明	本會研析建議
專款項目		<p>2. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 近程 (111-114年)：增加醫療服務項目之就醫可近性，增加服務對象的醫療服務量能，高齲齒病患利用塗氟之比率達40%。</p> <p>(2) 中程 (115-116年)：逐年評估，有接受完整保存改善服務之患者比同期未接受者，被拔牙的顆數、接受根管治療顆數下降。</p> <p>(3) 遠程 (117-120年)：依中程狀況檢討調整計畫內容，達到「接受完整保存改善服務患者」牙齒功能及身體狀態改善。</p>	<p>塗氟 90 天可申報 1 次，係以高齲齒率病者每人每年執行 4 次塗氟計算，費用為 184 百萬。 $(92,000 \times 500 \times 4 = 184,00,000)$</p> <p>2. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 同意牙全會意見，有關本項近程指標，推估人數為 272,770 人，牙全會提報目標服務人數為 9.2 萬人，比率約 33.7%。</p> <p>(2) 建議遠程指標增列應視近、中程執行結果視需要調整及量化。</p>	<p>2. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 近程 (111~114年)：請牙全會確認塗氟比率達 40% 是否為 111 年評估指標，並提出分年評估指標。</p> <p>(2) 中程 (115~116年)：考量反映照護成效需時間觀察，建請健保署會同牙全會，於114 年 9 月協商前，提出具體量化評估指標。</p> <p>(3) 遠程 (117~120年)：考量時程久遠，且影響因素多、不確定性太高，建議不列。</p>

二、中醫門診總額

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	中醫師公會全聯會建議 (10月17、18日提供)	健保署說明	本會研析建議
一般服務	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 (1.814%，500百萬元)	<p>1.執行目標：111年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數較110年多出5%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數2%。</p> <p>3.黃金治療期定義：自首次開立同一ICD-10-CM主診斷碼起3個月內(含跨院所)為黃金治療期。</p>	<p>1.尊重中全會110年10月17、18日之修正意見。</p> <p>2.執行目標：本署以109年針傷處置申報件數推算本項協商項目之件數成長率約3.4%： (1)109年中醫針傷處置申報醫令數共25,641,775人次。 (2)另本署前提至110年9月23日總額協商會議之本項協商項目，預估增加817,791人次，總人次成長率為3.4%。 [(25,641,775+817,791)/25,641,775-1]</p>	<p>建議酌修格式如下：</p> <p>1.執行目標：111年民眾使用針傷於疾病黃金治療期^註醫療次數較110年多出5%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期^註跨院所就醫次數2%。</p> <p>註：黃金治療期定義：自首次開立同一ICD-10-CM主診斷碼起3個月內(含跨院所)。</p>

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	中醫師公會全聯會建議 (10月17、18日提供)	健保署說明	本會研析建議
專款項目	照護機構中醫醫療照護方案 (28百萬元)	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)111 年至少 30 家院所參與服務。</p> <p>(2) 服 務 人 次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。</p> <p>2.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件數較未被照護前減少。</p>	尊重中全會 110 年 10 月 17、18 日之修正意見。	<p>1.執行目標：同中全會建議。</p> <p>2.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件數較未被照護前<u>(106~108 年平均)</u>之件數減少。</p> <p>【為利後續評估，建議增訂比較基準，考量 109~110 年受疫情影響，建議以 106~108 年平均就醫件數為比較基準】</p>

三、其他預算

項目	新增項目 (成長率，預估增加金額)	健保署建議 (9月24日提供)	健保署說明	本會研析建議
專款項目	提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(1,500百萬元)	新增提升院所智慧化資訊機制： 1.執行目標：提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達50%。 2.預期效益之評估指標：上傳率。	不予修正。	新增提升院所智慧化資訊機制： 1.執行目標：同健保署建議。 2.預期效益之評估指標：請健保署提出足以反映預期效益之具體評估指標。(如減少重複或不必要之檢驗、檢查費用)
	提升用藥品質之藥事照護計畫(30百萬元)	1.執行目標：年度預計服務達3萬人次。 2.預期效益之評估指標：服務人次。	不予修正。	1.執行目標：同健保署建議。 2.預期效益之評估指標：請健保署提出足以反映預期效益之具體評估指標。(如收案保險對象使用藥品項數下降)

111 年度牙醫總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會中華民國 110 年 10 月 4 日牙全志字第 00253 號函辦理及 110 年 10 月 18 日電子郵件辦理。

新增項目	中華民國牙醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110 年 10 月 4 日建議	110 年 10 月 18 日修正	
高風險疾病口腔照護	<p>1. 執行目標：服務高風險疾病患者 270,000 人。</p> <p>2. 評估指標：</p> <p>(1).近程：增加醫療服務項目之就醫可近性。</p> <p>(2).中程：逐年評估，有接受完整口腔照護之患者比同期未接受照護者，牙齒狀況改善，同時追蹤服務對象的原始設定疾病控制樣態。</p> <p>(3).遠程：依中程狀況檢討調整照護內容，使得「接受完整口腔照護患者」牙齒功能改善及平均餘命延長。</p>	<p>1. 執行目標：服務高風險疾病患者 270,000 人。</p> <p>2. 評估指標：</p> <p>(1).近程(111-113 年)：增加醫療服務項目之就醫可近性，高風險患者利用全口牙結石清除之比率達 50%。</p> <p>(2).中程(114-115 年)：逐年評估，有接受完整口腔照護之患者比同期未接受照護者，牙齒狀況改善，同時追蹤服務對象的原始設定疾病控制樣態，視近程結果調整及量化。</p> <p>(3).遠程(116-120 年)：依中程狀況檢討調整照護內容，使得</p>	<p>1. 執行目標：</p> <p>同意牙全會之執行目標。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1) 同意牙全會之預期效益之評估指標，有關近程指標「高風險患者利用本項全口牙結石清除之比率達 50%」，本署統計 109 年上述高風險病人接受 91004C「全口牙結石清除」比率約 20%，為達執行目標，建請牙全會掌握推動時程及內部訂定推動策略。</p> <p>(2) 建議遠程指標應增列視近、中程執行結果視需要調整及量化。</p>

新增項目	中華民國牙醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110 年 10 月 4 日建議	110 年 10 月 18 日修正	
		「接受完整口腔照護患者」牙齒功能改善及平均餘命延長。	
提高假日 就醫可近 性	1. 執行目標：提升假日就醫之急症處置（牙醫急症處置、牙醫門診急症處置、牙醫外傷急症處置）就醫人次。 2. 評估指標： (1).與健保署合作推動「特殊需求時間之地區」及「特殊需求地區之時間」統計分析。 (2).各地區假日提供看診服務之院所數增加。 (3).接受治療者，其整體就醫滿意度提升。	1.執行目標：提升假日就醫之急症處置（牙醫急症處置、牙醫門診急症處置、牙醫外傷急症處置）就醫人次。 (1).牙醫急症處置 92093B：17,435 人次。 (2).週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：412,089 人次。 (3).牙 齒 外 傷 急 症 處 理 92096C：734 人次。 2.評估指標： (1).各地區假日提供看診服務之院所數增加。 (2).接受治療者，其整體就醫滿意度提升。	1. 執行目標：同意牙全會意見，另查 109 年及 110 年（1-6 月）之牙醫急症處置人次分別如下： (1)92093B 牙醫急症處置為 16,024 人次及 7,675 人次。 (2)92094C 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置為 366,406 人次及 162,775 人次。 (3)92096C 牙齒外傷急症處理為 883 人次及 462 人次。 2. 預期效益之評估指標：同意牙全會意見。
12 ~ 18 歲少年口	1. 執行目標：服務 12 ~ 18 歲少年 543,000 人次。	1.執行目標：服務 12 ~ 18 歲少年 900,000 人次	1. 執行目標：同意牙全會之執行目標。

新增項目	中華民國牙醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110年10月4日建議	110年10月18日修正	
腔提升照 護計劃	<p>2. 預期效益之評估指標：</p> <p>(1).111 年~114 年提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率至少不低於全國人民平均牙醫就醫率，並朝 60%努力。</p> <p>(2).115 年~116 年評估並調整計畫內容，使得有參加計畫的少年對比同齡未參加計畫者，恆牙根管治療及拔牙顆數下降。</p> <p>(3).117 年評估計畫醫療需求性，由專案計畫轉至一般服務，無需求則停止此計畫。</p>	<p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1).111 年~114 年提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率至少不低於全國人民平均牙醫就醫率，並朝 60%努力。</p> <p>(2).115 年~116 年評估並調整計畫內容，使得有參加計畫的少年對比同齡未參加計畫者，恆牙根管治療及拔牙顆數下降，視近程結果調整及量化。</p> <p>(3).117 年評估計畫醫療需求性，由專案計畫轉至一般服務，無需求則停止此計畫。</p>	<p>2. 預期效益之評估指標：同意牙全會意見，查 109 年全國人民平均牙醫就醫率為 47%。</p>
高齶齒病患牙齒保存改善服務計劃	<p>1. 執行目標：服務高齶齒病患（曾接受過複合體填補處置）122,600 人。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：</p>	<p>1.執行目標：服務高齶齒病患（曾接受過複合體填補處置）92,000 人。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p>	<p>1. 執行目標：</p> <p>(1)同意牙全會意見。</p> <p>(2)本次牙全會提報服務人數為 92,000 人，比照 92072C 口乾症</p>

新增項目	中華民國牙醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110年10月4日建議	110年10月18日修正	
	<p>(1).近程:增加醫療服務項目之就醫可近性,增加服務對象的醫療服務量能。</p> <p>(2).中程:逐年評估,有接受完整保存改善服務之患者比同期未接受者,被拔牙的顆數、接受根管治療顆數下降。</p> <p>(3).遠程:依中程狀況檢討調整計畫內容,達到「接受完整保存改善服務患者」牙齒功能及身體狀態改善。</p>	<p>(1).近程(111-114年):增加醫療服務項目之就醫可近性,增加服務對象的醫療服務量能,高齲齒病患利用塗氟之比率達40%。</p> <p>(2).中程(115-116年):逐年評估,有接受完整保存改善服務之患者比同期未接受者,被拔牙的顆數、接受根管治療顆數下降。</p> <p>(3).遠程(117-120年):依中程狀況檢討調整計畫內容,達到「接受完整保存改善服務患者」牙齒功能及身體狀態改善。</p>	<p>塗氟90天可申報1次,係以高齲齒率病者每人每年執行4次塗氟計算,費用為184百萬(92,000*500*4=184,00,000)。</p> <p>2. 預期效益之評估指標:</p> <p>(1)同意牙全會意見,有關本項近程指標,推估人數為272,770人,牙全會提報目標服務人數為9.2萬人,比率約33.7%。</p> <p>(2)建議遠程指標增列應視近、中程執行結果視需要調整及量化。</p>

111 年度中醫總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

依據中華民國中醫師公會全國聯合會中華民國 110 年 10 月 6 日(110)全聯醫總富字第 1356、1357 號函及 110 年 10 月 18 日電子郵件修正建議辦理。

新增項目	中華民國中醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110 年 10 月 6 日建議	110 年 10 月 17、18 日修正建議	
提昇疾病於黃金治療期針傷照護	<ol style="list-style-type: none"> 結果面指標為：增加中醫針灸、傷科處置看診人次。 醫療利用監控與管理措施為：修正各區的管控指標及減少跨院所就診人數。 	<ol style="list-style-type: none"> 黃金治療期定義：「自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)為黃金治療期。」 執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期醫療次數較 110 年多出 5%。 預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期跨院所就醫次數 2%。 	<ol style="list-style-type: none"> 尊重中華民國中醫師公會全國聯合會 110 年 10 月 17、18 日之修正意見。 執行目標:本署以 109 年針傷處置申報件數推算本項協商項目之件數成長率約 3.4%： (1). 109 年中醫針傷處置申報醫令數共 25,641,775 人次。 (2). 另本署前提至 110 年 9 月 23 日總額協商會議之本項協商項目，預估增加 817,791 人次，總人次成長率為 3.4% 【(25,641,775+871,791)/25,641,775-1】。
照護機構中醫醫療方案	<ol style="list-style-type: none"> 執行目標:民國 111 年至少 30 家院所參與服務。 預期效益之評估指標： 	<ol style="list-style-type: none"> 執行目標： (1).111 年至少 30 家院所參與服務。 	尊重中華民國中醫師公會全國聯合會 110 年 10 月 17、18 日之修正意見。

新增項目	中華民國中醫師公會全國聯合會建議「執行目標」及「預期效益之評估指標」		本署說明
	110 年 10 月 6 日建議	110 年 10 月 17、18 日修正建議	
	預期效益之評估指標： 民國 111 年相對 110 年 照護機構住民外出就診 中醫人次減少。	(2).服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。 2. 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件數較未被照護前減少。」	

另 111 年其他預算新增項目之執行目標及評估指標，依衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 5 次委員會議事

錄協定事項，不予修正：

- (一)「提升院所智慧化資訊機制」之執行目標為「提升檢驗所(與基層診所合併計算)資料上傳率達 50%」、評估指標為「上傳率」。
- (二)「提升用藥品質之藥事照護計畫」之執行目標為「年度預計服務達 3 萬人次」、評估指標為「服務人次」。

討論事項第三案

提案單位：本會第三組

案由：111 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 111 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(110)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(110.10.8 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)於 110.10.18 函送 111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 36 頁)。
- 二、111 年度西醫基層醫療給付費用總額，經本會本年第 5 次委員會議(110.9.24)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，將依本會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。其中，與地區預算分配有關之一般服務成長率(不含門診透析服務)：付費者代表方案為 1.659%，西醫基層代表方案為 2.410%。
- 三、西醫基層總額一般服務歷年地區預算執行概況：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
 - (二)分配事項：
 - 1.分配參數：「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。
 - 2.風險校正因子：人口風險因子(年齡性別指數占 90%，標準化死亡比占 10%)，及轉診型態(西醫基層門診市場占有率)。
 - 3.分配方式：依費協會 92.12.26 公告、衛生署(衛福部前身)及

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

(三)分配參數中，R 值、S 值占率於各年協定情形：

年		90.7~ 91.12	92	93	94	95	96	97	98~ 104	105~ 107	108	109~ 110
項目												
協定 結果	R	5%	15%	25%	40%	60%	65%	試辦計畫	65%	66%	67%	68%
	S	95%	85%	75%	60%	40%	35%		35%	34%	33%	32%

註：1.R 值：保險對象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

2.SMR 及 Trans 兩項校正因子則以 4 年(前 5 年~前 2 年)數值加權計算，98 年為 15%、15%、30%、40%；99 年為 40%、40%、5%、15%；100~110 年則各為 25%。

3.微調機制(詳附件二)：

(1)99、101、103~110 年，自一般服務預算提撥部分預算於北區、中區、東區或點值落後區。

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

(四)風險調整移撥款：

歷年西醫基層總額均自一般服務費用移撥部分經費用於撥補點值落後地區或特定分區(詳附件二，第 37~39 頁)，109 及 110 年各移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，均用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

四、醫全會函提 111 年地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議係醫全會於 110.10.14「111 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」第 1 次會議之結論。

(二)建議內容：

考量 COVID-19 疫情存在諸多不確定因素，建議六分區各季費用應比照 110 年度，採 68%依「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)」，32%依「開辦前一年(89 年)各地區實際發生醫療費用(S 值)」比率分配。

五、健保署對醫全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果，詳附件三(第 40 頁)。

六、111 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)R 值占率：是否同意醫全會建議，111 年一般服務預算之 R 值

維持 110 年比率(即 R 值 68%、S 值 32%)。

(二)風險調整移撥款：

醫全會所提方案，未有建議自一般服務費用提撥部分金額，作為風險調整之用，111 年是否提撥風險調整移撥款，請討論。

七、依 111 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

(一)模擬 111 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，及有無提撥「風險調整移撥款」，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-2(第 26~27 頁)。

(二)提供 109 年地區預算分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-3~表 6-2，第 28~35 頁)。

(三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件四，第 41~43 頁。

擬辦：

- 一、確認 111 年度西醫基層總額地區預算分配方式，校正風險後保險對象人數(R 值)占率為____%。
- 二、至於是否提撥「風險調整移撥款」，倘決議需提撥該項費用，則請醫全會於 110 年 11 月 5 日前提送建議額度及用途，以利 11 月份委員會議討論。若未依限提出，則依 111 年度總額協商程序，由本會同仁掣案逕提 11 月份委員會議討論，俾依法於 12 月份委員會議完成協定。

決議：

表1-1 111年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試算表
(未估列風險調整移撥款)

單位：百萬元；%

分區	110年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		68%(同110年度)		69%		70%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	40,963	41,914	2.32%	41,923	2.34%	41,932	2.36%
北區	18,882	19,232	1.85%	19,285	2.13%	19,338	2.42%
中區	23,266	23,661	1.69%	23,657	1.68%	23,653	1.66%
南區	18,106	18,436	1.82%	18,398	1.62%	18,361	1.41%
高屏	19,830	20,234	2.03%	20,221	1.97%	20,209	1.91%
東區	2,583	2,622	1.50%	2,614	1.19%	2,606	0.88%
全區	123,631	126,099	2.00%	126,099	2.00%	126,099	2.00%

分區	110年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		71%		72%		73%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	40,963	41,940	2.39%	41,949	2.41%	41,958	2.43%
北區	18,882	19,391	2.70%	19,445	2.98%	19,498	3.26%
中區	23,266	23,649	1.64%	23,644	1.62%	23,640	1.61%
南區	18,106	18,323	1.20%	18,285	0.99%	18,247	0.78%
高屏	19,830	20,197	1.85%	20,185	1.79%	20,173	1.73%
東區	2,583	2,598	0.58%	2,590	0.27%	2,582	-0.03%
全區	123,631	126,099	2.00%	126,099	2.00%	126,099	2.00%

註：1. 110年度預算以109年度之結算資料為基礎，依110年度所協定之一般服務成長率3.493%推估之，所採基期之109年一般服務預算已調整人口成長率差值(-1.804億元)及加回109年違規扣款(0.35億元)。各分區預算推估方式如下：

(1) 各分區預算=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項110年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款之額度(1.052億元)及風險調整移撥款6億元。

(2) 依109.8.28委員會議決「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與110年度品質保證保留款(1.158億元)合併運用(計2.21億元)」。

(3) 未調校風險調整移撥款。

2. 111年度預算以110.9.24第5次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率1.659%」推估之，所採基期之110年一般服務預算已調整人口成長率差值(-2.537億元)及加回110年違規扣款(0.618億元)。各分區預算推估方式如下：

(1) 各分區預算(以R值=68%為例)=一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項110年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款之額度(1.052億元)。

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

3. 本表估算110年度及111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109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(110年採105~108年數值、111年採106~109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年度西醫基層總額一般服務地區預算模擬試算表
(估列風險調整移撥款，並以110年額度6億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	110年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		68%(同110年度)		69%		70%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	40,963	41,715	1.84%	41,724	1.86%	41,732	1.88%
北區	18,882	19,140	1.37%	19,193	1.65%	19,246	1.93%
中區	23,266	23,548	1.21%	23,544	1.19%	23,540	1.18%
南區	18,106	18,348	1.34%	18,311	1.13%	18,273	0.92%
高屏	19,830	20,137	1.55%	20,125	1.49%	20,113	1.43%
東區	2,583	2,609	1.01%	2,602	0.71%	2,594	0.40%
全區	123,631	125,499	1.51%	125,499	1.51%	125,499	1.51%

分區	110年度預算估計值 (註1,3)	「校正人口風險及轉診型態後保險對象人數(R值)」比率(註2,3)					
		71%		72%		73%	
		值	成長率	值	成長率	值	成長率
台北	40,963	41,741	1.90%	41,750	1.92%	41,758	1.94%
北區	18,882	19,299	2.21%	19,352	2.49%	19,405	2.77%
中區	23,266	23,536	1.16%	23,532	1.14%	23,528	1.12%
南區	18,106	18,236	0.72%	18,198	0.51%	18,160	0.30%
高屏	19,830	20,101	1.37%	20,089	1.30%	20,077	1.24%
東區	2,583	2,586	0.10%	2,578	-0.20%	2,570	-0.51%
全區	123,631	125,499	1.51%	125,499	1.51%	125,499	1.51%

註：1. 110年度預算以109年度之結算資料為基礎，依110年度所協定之一般服務成長率3.493%推估之，所採基期之109年一般服務預算已調整人口成長率差值(-1.804億元)及加回109年違規扣款(0.35億元)。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區預算＝一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項110年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款之額度(1.052億元)及風險調整移撥款6億元。
 - (2) 依109.8.28委員會議決「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與110年度品質保證保留款(1.158億元)合併運用(計2.21億元)」。
 - (3) 未調校風險調整移撥款。
2. 111年度預算以110.9.24第5次委員會議決之付費者代表方案「一般服務成長率1.659%」推估之，所採基期之110年一般服務預算已調整人口成長率差值(-2.537億元)及加回110年違規扣款(0.618億元)。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區預算(以R值=68%為例)＝一般服務預算×[0.68×校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數占率(R值)+0.32×89年西醫基層申報醫療費用占率(S值)]。前項110年一般服務預算已扣除106年品質保證保留款之額度(1.052億元)及風險調整移撥款6億元。
 - (2) 依110.6.25委員會議決「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與111年度品質保證保留款(1.203億元)合併運用(計2.255億元)」。
 - (3) 參照110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110年度及111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109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(110年採105~108年數值、111年採106~109年數值)加權計算，4年數值權重皆為25%。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-3 109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	0.33259	0.32772	0.36920	0.99615	0.87981	0.91566
北區	0.16694	0.12381	0.16157	0.95968	0.98438	1.07611
中區	0.18756	0.18988	0.18101	0.98793	1.01480	1.04592
南區	0.13698	0.16659	0.12871	1.03978	1.07182	1.01805
高屏	0.15682	0.16696	0.13964	1.02845	1.11225	1.08126
東區	0.01912	0.02506	0.01987	1.05171	1.30877	0.88954

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

2.各項參數均採4季均值。

表1-4 105~109年西醫基層總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	人口年齡性別指數				
	105	106	107	108	109
台北	0.99390	0.99558	0.99487	0.99592	0.99615
北區	0.96632	0.96478	0.96263	0.96134	0.95968
中區	0.99082	0.98886	0.98800	0.98737	0.98793
南區	1.03788	1.03685	1.03880	1.03906	1.03978
高屏	1.02292	1.02434	1.02777	1.02783	1.02845
東區	1.04601	1.04701	1.05278	1.05220	1.05171
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2-1 109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	36.9%	32.3%	33.1%	4,537
北區	16.2%	16.3%	15.3%	4,796
中區	18.1%	19.4%	18.8%	5,263
南區	12.9%	14.1%	14.6%	5,758
高屏	14.0%	15.6%	16.0%	5,800
東區	2.0%	2.3%	2.1%	5,347
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,060

表2-2 109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	10.6%	3.7%	54.5%	39.8%
北區	16.6%	14.3%	66.2%	42.6%
中區	4.9%	3.2%	49.4%	42.4%
南區	-1.9%	-3.0%	37.8%	40.5%
高屏	-0.5%	-1.6%	53.6%	54.4%
東區	-9.4%	-7.2%	33.0%	46.8%
全區	6.5%	3.0%	51.8%	42.5%

註：1. 資料來源，投保人數(4季季中均值)；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(含併同點值結算之專款)等。

表2-3 95、105~109年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,931	8,608	8,668	8,716	8,753	8,769	838	10.6%
北區	3,292	3,704	3,742	3,776	3,803	3,838	545	16.6%
中區	4,099	4,251	4,271	4,289	4,297	4,299	200	4.9%
南區	3,117	3,097	3,092	3,088	3,072	3,057	-60	-1.9%
高屏	3,333	3,344	3,333	3,323	3,319	3,317	-16	-0.5%
東區	521	487	483	478	474	472	-49	-9.4%
全區	22,294	23,491	23,590	23,671	23,720	23,752	1,457	6.5%

年 分區	戶籍人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,337	7,652	7,648	7,642	7,640	7,608	271	3.7%
北區	3,354	3,692	3,735	3,772	3,807	3,834	480	14.3%
中區	4,438	4,560	4,571	4,579	4,582	4,578	140	3.2%
南區	3,421	3,366	3,357	3,346	3,333	3,317	-104	-3.0%
高屏	3,746	3,718	3,711	3,703	3,698	3,685	-61	-1.6%
東區	581	552	549	547	543	540	-42	-7.2%
全區	22,877	23,540	23,571	23,589	23,603	23,561	685	3.0%

年 分區	投保人口數占率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	35.6%	36.6%	37.4%	36.8%	36.9%	36.9%	1.3%
北區	14.8%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	1.4%
中區	18.4%	18.1%	18.0%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.2%	12.9%	13.0%	13.0%	12.9%	-1.1%
高屏	15.0%	14.2%	13.8%	14.0%	14.0%	14.0%	-1.0%
東區	2.3%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	32.1%	32.5%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	0.2%
北區	14.7%	15.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	1.6%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	0.0%
南區	15.0%	14.3%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	-0.9%
高屏	16.4%	15.8%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	-0.7%
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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
R值	60%	66%	66%	67%	68%	68%	8%	
台 北	25,747	34,177	35,904	36,974	38,396	39,784	14,037	54.5%
北 區	11,072	15,615	16,369	16,872	17,457	18,404	7,332	66.2%
中 區	15,148	19,711	20,594	21,106	21,695	22,630	7,481	49.4%
南 區	12,771	15,901	16,433	16,751	17,155	17,601	4,830	37.8%
高 屏	12,522	16,799	17,416	17,884	18,409	19,238	6,716	53.6%
東 區	1,897	2,380	2,460	2,508	2,552	2,523	626	33.0%
全 區	79,158	104,583	109,175	112,095	115,665	120,180	41,022	51.8%
年 分區	平均每人預算數(元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	3,246	3,970	4,142	4,242	4,386	4,537	1,291	39.8%
北 區	3,363	4,216	4,374	4,468	4,590	4,796	1,433	42.6%
中 區	3,695	4,637	4,822	4,921	5,048	5,263	1,568	42.4%
南 區	4,097	5,134	5,315	5,425	5,584	5,758	1,661	40.5%
高 屏	3,757	5,024	5,225	5,381	5,546	5,800	2,043	54.4%
東 區	3,642	4,891	5,091	5,243	5,383	5,347	1,704	46.8%
全 區	3,551	4,452	4,628	4,736	4,876	5,060	1,509	42.5%
年 分區	預算數占率(%)						109較95年增加值	
	95	105	106	107	108	109		
台 北	32.5%	32.7%	32.9%	33.0%	33.2%	33.1%	0.6%	
北 區	14.0%	14.9%	15.0%	15.1%	15.1%	15.3%	1.3%	
中 區	19.1%	18.8%	18.9%	18.8%	18.8%	18.8%	-0.3%	
南 區	16.1%	15.2%	15.1%	14.9%	14.8%	14.6%	-1.5%	
高 屏	15.8%	16.1%	16.0%	16.0%	15.9%	16.0%	0.2%	
東 區	2.4%	2.3%	2.3%	2.2%	2.2%	2.1%	-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	105	106	107	108	109		
台 北	2.0%	5.2%	5.1%	3.0%	3.8%	3.6%		
北 區	8.0%	4.0%	4.8%	3.1%	3.5%	5.4%		
南 區	0.3%	3.2%	3.3%	1.9%	2.4%	2.6%		
高 屏	-1.4%	3.3%	3.7%	2.7%	2.9%	4.5%		
東 區	-5.5%	3.3%	3.4%	2.0%	1.7%	-1.1%		
全 區	1.6%	4.2%	4.4%	2.7%	3.2%	3.9%		

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. 本表之預算數不含門診透析、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、105~109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)						109較89年 增加值	109較89年 成長率
	89 (開辦前)	105	106	107	108	109		
台 北	3,415	4,973	5,087	5,202	5,394	5,539	2,124	62.2%
北 區	1,252	2,068	2,103	2,169	2,196	2,254	1,002	80.0%
中 區	2,037	3,138	3,173	3,219	3,269	3,327	1,290	63.3%
南 區	1,517	2,222	2,228	2,251	2,255	2,305	788	51.9%
高 屏	1,774	2,624	2,688	2,730	2,795	2,828	1,054	59.4%
東 區	266	316	324	320	325	324	58	21.8%
全 區	10,261	15,341	15,603	15,891	16,234	16,577	6,316	61.6%

年 分區	每萬人口西醫診所醫師數						109較89年 增加值	109較89年 成長率
	89 (開辦前)	105	106	107	108	109		
台 北	4.79	6.50	6.65	6.81	7.06	7.28	2.49	52.0%
北 區	4.04	5.60	5.63	5.75	5.77	5.88	1.84	45.6%
中 區	4.72	6.88	6.94	7.03	7.13	7.27	2.54	53.8%
南 區	4.44	6.60	6.64	6.73	6.77	6.95	2.51	56.4%
高 屏	4.77	7.06	7.24	7.37	7.56	7.68	2.91	61.0%
東 區	4.44	5.73	5.90	5.85	5.98	6.00	1.56	35.2%
全 區	4.61	6.52	6.62	6.74	6.88	7.04	2.43	52.7%

資料來源：110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、105~109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)						109較89年 增加值	109較89年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	6,347	6,951	6,927	6,974	7,036	6,622	276	4.3%
北 區	3,127	3,618	3,613	3,654	3,689	3,501	374	12.0%
中 區	4,007	4,368	4,325	4,352	4,370	4,147	141	3.5%
南 區	3,076	3,198	3,166	3,172	3,176	3,026	-50	-1.6%
高 屏	3,283	3,440	3,423	3,428	3,438	3,258	-26	-0.8%
東 區	483	494	487	486	488	468	-15	-3.1%
全 區	18,665	20,191	20,126	20,239	20,342	19,442	777	4.2%

年 分區	門診就醫率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台 北	80.0%	79.0%	79.9%	80.0%	80.4%	75.5%	-4.5%
北 區	95.0%	97.3%	96.5%	96.8%	97.0%	91.2%	-3.7%
中 區	97.7%	102.9%	101.3%	101.5%	101.7%	96.5%	-1.3%
南 區	98.7%	104.5%	102.4%	102.7%	103.4%	99.0%	0.3%
高 屏	98.5%	105.6%	102.7%	103.1%	103.6%	98.2%	-0.3%
東 區	92.8%	105.7%	100.8%	101.5%	102.9%	99.2%	6.4%
全 區	83.7%	85.7%	85.3%	85.3%	85.8%	81.9%	-1.9%
差值	18.7%	26.7%	22.8%	23.1%	23.2%	23.7%	—

資料來源：110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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	49,747	55,750	54,864	56,164	57,797	50,482	735	1.5%
北 區	23,367	27,329	26,690	27,508	28,196	24,751	1,383	5.9%
中 區	35,787	38,198	36,523	37,429	38,156	33,512	-2,275	-6.4%
南 區	28,412	28,774	27,993	28,375	28,635	25,705	-2,706	-9.5%
高 屏	30,171	31,360	31,232	31,805	32,441	29,152	-1,019	-3.4%
東 區	4,066	3,769	3,698	3,670	3,709	3,350	-716	-17.6%
全 區	171,550	185,180	181,000	184,953	188,934	166,953	-4,598	-2.7%

年 分區	平均每人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	6.27	6.48	6.33	6.44	6.60	5.76	-0.52	-8.2%
北 區	7.10	7.38	7.13	7.28	7.41	6.45	-0.65	-9.1%
中 區	8.73	8.99	8.55	8.73	8.88	7.79	-0.94	-10.7%
南 區	9.11	9.29	9.05	9.19	9.32	8.41	-0.71	-7.7%
高 屏	9.05	9.38	9.37	9.57	9.77	8.79	-0.26	-2.9%
東 區	7.81	7.75	7.66	7.67	7.82	7.10	-0.71	-9.1%
全 區	7.69	7.86	7.67	7.81	7.97	7.03	-0.67	-8.7%
倍數	1.45	1.45	1.48	1.49	1.48	1.53	—	—

年 分區	門診費用點數(百萬點)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	25,155	32,752	34,139	35,213	36,898	35,390	10,234	40.7%
北 區	11,920	16,340	17,031	17,782	18,612	18,037	6,117	51.3%
中 區	18,035	22,637	23,155	24,126	24,969	24,106	6,071	33.7%
南 區	13,859	16,725	17,251	17,718	18,320	17,863	4,004	28.9%
高 屏	14,813	18,374	19,383	19,953	20,789	20,365	5,551	37.5%
東 區	2,100	2,437	2,532	2,548	2,611	2,562	461	22.0%
全 區	85,883	109,264	113,491	117,339	122,199	118,322	32,439	37.8%

年 分區	平均每人門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台 北	3,172	3,805	3,938	4,040	4,215	4,036	864	27.2%
北 區	3,621	4,412	4,551	4,709	4,894	4,700	1,079	29.8%
中 區	4,399	5,325	5,421	5,625	5,810	5,607	1,207	27.4%
南 區	4,446	5,400	5,580	5,738	5,963	5,843	1,398	31.4%
高 屏	4,444	5,495	5,815	6,004	6,263	6,140	1,696	38.2%
東 區	4,033	5,008	5,240	5,327	5,509	5,429	1,396	34.6%
全 區	3,852	4,640	4,811	4,957	5,152	4,982	1,129	29.3%
倍數	1.40	1.44	1.48	1.49	1.49	1.52	—	—

資料來源：110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6-1 102~109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
102Q1	0.8523	0.9077	0.9200	0.9667	0.9402	1.0817	0.9137	6	5	4	2	3	1
102Q2	0.8599	0.9310	0.8993	0.9688	0.9395	1.0764	0.9121	6	4	5	2	3	1
102Q3	0.8590	0.9444	0.8881	0.9557	0.9640	1.0631	0.9126	6	4	5	3	2	1
102Q4	0.8405	0.8971	0.8525	0.9131	0.9324	1.0010	0.8847	6	4	5	3	2	1
103Q1	0.8083	0.8766	0.8488	0.8731	0.9044	0.9860	0.8592	6	3	5	4	2	1
103Q2	0.8465	0.9066	0.8599	0.9050	0.9213	1.0113	0.8788	6	3	5	4	2	1
103Q3	0.8678	0.9555	0.8858	0.9273	0.9588	1.0148	0.9061	6	3	5	4	2	1
103Q4	0.8823	0.9559	0.8809	0.9346	0.9561	1.0242	0.9138	5	3	6	4	2	1
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
109Q1~Q4 ^註	1.0558	1.1015	1.0677	1.0859	1.0623	1.1308	1.0503	6	2	4	3	5	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6-2 102~109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
102Q1	0.9049	0.9381	0.9443	0.9740	0.9580	1.0389	0.9391	6	5	4	2	3	1
102Q2	0.9057	0.9485	0.9295	0.9732	0.9564	1.0337	0.9376	6	4	5	2	3	1
102Q3	0.9052	0.9561	0.9222	0.9651	0.9719	1.0258	0.9381	6	4	5	3	2	1
102Q4	0.8954	0.9293	0.8998	0.9396	0.9521	0.9916	0.9190	6	4	5	3	2	1
103Q1	0.8740	0.9143	0.8964	0.9136	0.9333	0.9810	0.9018	6	3	5	4	2	1
103Q2	0.8918	0.9276	0.9014	0.9301	0.9419	0.9921	0.9147	6	4	5	3	2	1
103Q3	0.9062	0.9578	0.9189	0.9451	0.9666	0.9958	0.9335	6	3	5	4	2	1
103Q4	0.9191	0.9622	0.9179	0.9521	0.9667	1.0035	0.9395	5	3	6	4	2	1
104Q1	0.9117	0.9624	0.9304	0.9546	0.9611	1.0096	0.9391	6	2	5	4	3	1
104Q2	0.9056	0.9579	0.9231	0.9737	0.9714	1.0292	0.9397	6	4	5	2	3	1
104Q3	0.9353	0.9791	0.9269	0.9742	0.9871	1.0353	0.9563	5	3	6	4	2	1
104Q4	0.9334	0.9716	0.9199	0.9661	0.9755	1.0157	0.9498	5	3	6	4	2	1
105Q1	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335	6	4	5	2	3	1
105Q2	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539	6	4	5	2	3	1
105Q3	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491	6	4	5	3	2	1
106Q1	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795	6	2	4	3	5	1
106Q2	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577	6	3	5	2	4	1
106Q3	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438	6	4	5	2	3	1
106Q4	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688	6	4	5	2	3	1
107Q1	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435	6	3	5	2	4	1
107Q2	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571	6	4	5	2	3	1
107Q4	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587	6	4	5	2	3	1
108Q1	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675	6	3	5	2	4	1
108Q2	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813	6	3	5	2	4	1
108Q3	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523	6	3	5	2	4	1
108Q4	0.9230	0.9579	0.9562	0.9878	0.9642	1.0464	0.9527	6	4	5	2	3	1
109Q1~Q4 ^註	1.0183	1.0480	1.0402	1.0507	1.0361	1.0786	1.0357	6	3	4	2	5	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

聯絡人：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110年10月18日

發文字號：全醫聯字第1100001375號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

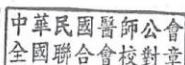
主旨：有關「111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」，如說明段，請 查照。

說明：

- 一、復 貴會110年8月11日衛部健字第1103360113號書函。
- 二、依本會110年10月14日111年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配第1次會議結論辦理。
- 三、考量COVID-19疫情存在諸多不確定因素，本會建議六分區各季費用應比照110年度，採68%依「人口風險因子及轉診型態校正比例（R值）」，32%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率（S值）」比率分配。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署



理事長邱泰源

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、98~110 年：

回歸行政院衛生署(現改制為衛生福利部)規劃方式辦理：

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

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

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

象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

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

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

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

3.100~110年所採之4年權重各為25%。

(五)微調機制：

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

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

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

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

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

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

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

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

依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

9.108 年方式，全年提撥 5 億元作為風險調整基金(六分區提列 4.85 億元，北區另再提列 0.15 億元)，用於撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 2.176%，東區成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

10.109 年方式，全年提撥 6 億元作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

11.110 年方式，全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

健保署對醫全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果：

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

二、另就協定 109 年及 110 年風險調整移撥款，本署執行情形如下：

年度	執行方式	執行情形
109 年	<ol style="list-style-type: none"> 109 年提撥 6 億元風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。 風險基金移撥原則： <ol style="list-style-type: none"> 如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於 1，則風險調整基金於移撥後同時回歸。 如 109 年全年結算後，有部分分區浮動點值小於 1，則風險調整基金按季移撥後，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區。 	109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大於每點 1 元，風險調整基金於移撥後同時回歸，納入一般服務費用結算辦理。
110 年	<ol style="list-style-type: none"> 110 年全年風險調整移撥款 6 億元，依 110 年四季預算占率提列，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區(點值排序第 4-6 名且點值小於每點 1 元者)。 點值落後地區撥補比率： <ol style="list-style-type: none"> 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。 點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持上開撥補比率。 	110 年第 1 季結算，移撥風險調整移撥款 149 百萬元，僅臺北區為點值落後區，撥補 89 百萬元，剩餘款合併至下季撥補。

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」(衡量)之經濟誘因，或可考慮改採以人數或其他因素處理。(95.12.18 衛生署座談會)
- 四、跨區就醫的點值採計方式，尊重各總額部門之共識。(95.12.18 座衛生署談會)
- 五、如考慮變動「Trans」值，需和醫院部門取得共識；至於「SMR」值要用「CMI 值」或「重大傷病」等其他因素取代亦可列入考量，但不建議直接將「SMR」因素刪除，請醫師公會全聯會再研議。若有相關公式細項需調整，則請中央健康保險局(現改制為中央健康保險署，下稱健保署)作為平台，於 99 年總額在費協會(現改制為健保會)協商前，先與該部門取得共識，以提升費協會協商效率。(98.8.6 衛生署座談會)
- 六、有關「R」值之分配比例，以任一區之預算成長率不為負成長，作為地區預算分配之通則，「S」值以不大幅修正為原則。(98.8.6 衛生署座談會)
- 七、地區預算分配以「錢跟著人走」為概念，期保障民眾就醫的公平性，以漸進方式，並考量各總額部門之特性，增進地區預算分配公式之「人口占率」。有關地區預算之分配，請健保署與各

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

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

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

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

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

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

一、研究結論

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

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

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

二、政策建議

(一)短期

1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

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

2.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

3. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

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

(二)中期

1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

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

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

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

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求：

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