

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 9 次委員會議資料

本資料未上網公開前
請勿對外提供

中華民國 113 年 10 月 23 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	93
五、優先報告事項	
114 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 -----	100
六、討論事項	
(一)114 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案-----	105
(二)114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案 -----	130
(三)114 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案 -----	150
(四)114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案 -----	188
七、報告事項	
(一)新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)-----	207
(二)中央健康保險署「113 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)-----	210
八、臨時動議	

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 10 月 7 日衛部健字第 1133360132 號函送委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆113年第8次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年9月27日上午9時30分

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

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：盛培珠、張嘉云

出席委員：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

王委員惠玄*、田委員士金、朱委員益宏*、江委員錫仁、吳委員榮達*、吳委員鏘亮*、李委員飛鵬(台灣醫院協會廖秘書長振成代理)*、李委員永振、周委員慶明*、周委員麗芳*、林委員文德*、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員綉珠*、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、侯委員俊良、張委員清田*、陳委員杰、陳委員石池(台灣醫學中心協會游秘書長進邦代理)*、陳委員相國(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)*、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟*、黃委員金舜*、楊委員玉琦*、楊委員芸蘋、董委員正宗*、詹委員永兆(中華民國中醫師公會全國聯合會中醫門診醫療服務審查執行會蘇執行長守毅代理)、劉委員玉娟、劉委員守仁*、劉委員淑瓊、滕委員西華*、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華*、謝委員佳宜*、韓委員幸紋

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、陳副署長亮好

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第93頁)

貳、議程確認：(詳附錄第93~94頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第94頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第95~107頁)

決定：

- 一、上次(第7次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- 二、歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。
- 三、有關委員關切114年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。

四、餘洽悉。

伍、討論事項：(詳附錄第108~133頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114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、鑑於行政院在114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍核定函內容提及「114年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複」，爰建請衛生福利部對114年度移由公務預算支應之項目及預算，自115年度起不得再納入總額及其基期，且若未來再納由總額支應，則政府應編列預算挹注健保經費。
- 二、114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，經付費者代表及醫事服務提供者代表完成協商，結論如下：
(一)達成共識之部門：

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報本(113)年10月份委員會議(113.10.23)確認。

註：中央健康保險署對於其他預算第(十二)項之預算金額有不同意見，將一併陳報主管機關決定。

(二)未達共識之部門：

由付費者代表及醫事服務提供者代表各自提出建議方案：醫院總額及西醫基層總額，如附件四、五，將兩案併陳報衛生福利部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛生福利部就114年總額政策目標要求，逕予核定。

三、請各總額部門相關團體於本年10月7日前，提送地區預算分配之建議方案，於10月份委員會議討論；若部門未提送分配建議方案，則由本會掣案提11月份委員會議(113.11.20)討論，以能依法於年底前完成協定。

第二案

提案人：滕委員西華、吳委員榮達、韓委員幸紋、蔡委員麗娟、劉委員淑瓊、陳委員節如、楊委員芸蘋、林委員恩豪、侯委員俊良、李委員永振、陳委員鴻文

代表類別：專家學者及公正人士、被保險人代表、雇主代表

案由：建請健保署成立「心臟—乳癌」照護模式，納入並給付心臟科醫師成為「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」支付標準內之必要共照醫師成員，於處方藥物治療前由心臟科醫師評估病人心臟/心血管情況，且於治療期間注意監測、追蹤病人是否產生心臟與心血管併發症，並同時新增非「全民健康保險乳癌醫療給付改善方案」院所，給付前述相同之心臟科醫師醫療照護費用案，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

第三案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：居家醫療照護整合計畫訪視費及個案管理費應衡酌實務給予合理調升，並將居家醫療整合照護預算逐步提升至健保整體預算百分之一規模案，提請討論。

決議：本案係屬保險業務監理事項，委員所提監理建議，請中央健康保險署研參。

第四案

提案人：陳委員節如

代表類別：保險付費者代表之被保險人代表

案由：全民健保應強化社區型急性後期照顧(PAC)服務模式，協助病患重返家庭生活案，提請討論。

決議：委員所提意見，請中央健康保險署研參，及持續精進PAC 照護模式、評核指標，並於114年7月前提本會報告。

陸、報告事項：(詳附錄第134頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：113年8月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午 11 時 35 分。

114 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：

114 年度牙醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)牙醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

(一)一般服務成長率為 2.676%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.675%，協商因素成長率 0.001%。

(二)專款項目全年經費為 4,663.3 百萬元。

(三)前述二項額度經換算，114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 4.679%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(0.011%，預估增加 5.5 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂已導入支付標準修訂

項目，於一般服務編列預算。

- 2.「12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫」專款與一般服務重複費用扣減(0.000%，減列 0.2 百萬元)(114 年新增項目)。
- 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(-0.010%，減少 4.7 百萬元)：

本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 4,663.3 百萬元。

具體實施方案由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 323.8 百萬元。

(2)持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

(3)請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

(1)全年經費 805.9 百萬元。

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

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。

②依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本

項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。

3.12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫：

- (1)全年經費 171.5 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙顆數、齲齒情形等結果面指標)，以評估照護成效。

4.超音波根管沖洗計畫：

- (1)全年經費 144.8 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果，及評估照護成效。
 - ②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
 - ③請於協商 115 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。

5.高風險疾病口腔照護計畫：

- (1)全年經費 2,800 百萬元。
- (2)加強高風險疾病病人口腔照護，並增加照護人數。
- (3)執行目標(暫列)：
 - ①「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達150 萬人次。
 - ②「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)
預估服務人次 150 萬人次。

預期效益之評估指標(暫列)：

- ①國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。
- ②自 113 年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。
- ③65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。

(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，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。
- ②本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ③請於協商 115 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。

6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫：

- (1)全年經費 307.1 百萬元。
- (2)適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。
- (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，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限(113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。

7.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：本項移列一般服務。

8.非齒源性口腔疼痛處置(114 年新增項目)：

(1)全年經費 14.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：每年執行 10,000 人次。

預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。

(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，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②本計畫以 3 年為檢討期限(114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

9.品質保證保留款：

(1)全年經費 95.8 百萬元。

(2)本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(116.4 百萬元)，合併運用(計 212.2 百萬元)。

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

10.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 143 百萬元，114 年改由公務預算支應。

11. 癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 10 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項	
一般服務				
醫療服務成本及人口 因素成長率	2.675%	1,306.0	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	0.362%			
人口結構改變率	0.257%			
醫療服務成本指數 改變率	2.048%			
協商因素成長率	0.001%	0.7	請於 114 年 7 月前提報各協商 項目之執行情形，延續性項目 則包含前 1 年成效評估檢討報 告；實施成效納入 115 年度總 額協商考量。	
保險給 付 項 目 及 支 付 標 準 之 改 變	1.促進醫療 服務診療 項目支付 衡平性(含 醫療器材 使用規範 修訂之補 貼) (114 年新 增項目)	0.011%	5.5	本項配合醫療器材使用規範修 訂已導入支付標準修訂項目， 於一般服務編列預算。
其他議 定項目	2.「12~18 歲青少年 口腔提升 照護試辦 計畫」專 款與一般 服務重複 費用扣減 (114 年新 增項目)	0.000%	-0.2	
	3.違反全民 健康保險 醫事服務	-0.010%	-4.7	本項不列入 115 年度總額協商 之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	機構特約 及管理辦 法之扣款			
一般服務	增加金額	2.676%	1,306.7	
成長率 ^{註1}	總金額		50,129.8	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		323.8	13.8	1. 持續辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 請中央健康保險署檢討改善本計畫之執行規劃，並研議更有效之鼓勵策略。
2. 牙醫特殊醫療服務計畫		805.9	24.2	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形症患者、特定障別之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構及護理之家與居家牙醫醫療服務。 2. 請中央健康保險署辦理下列事項： (1) 持續監測本計畫醫療團適用對象(包含：不同障礙別、障礙等級)之醫療利用情形，以評估照護成效及資源分配公平性。 (2) 依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用。其預算扣減方式規劃，請會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提全民健康保險會報告。
3. 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫		171.5	0.0	請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，加強計畫推動並持續監測執行結果(如：參

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			加本計畫追蹤 1 年後平均拔牙 顆數、齲齒情形等結果面指 標)，以評估照護成效。
4.超音波根管沖洗計 畫	144.8	0.0	<p>請中央健康保險署辦理下列事 項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.會同牙醫門診總額相關團 體，加強計畫推動並持續監 測執行結果，及評估照護成 效。 2.本計畫以 3 年為檢討期限 (112~114 年)，請會同牙醫 門診總額相關團體滾動式檢 討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入 一般服務或退場之評估指標 及檢討結果。 3.請於協商 115 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。
5.高風險疾病口腔照 護計畫	2,800.0	1,201.0	<p>1.加強高風險疾病病人口腔照 護，並增加照護人數。</p> <p>2.執行目標(暫列)：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)「高風險疾病病人牙結石 清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 (2)「齲齒經驗之高風險患者 氟化物治療」(P7302C)預 估服務人次 150 萬人次。 預期效益之評估指標(暫 列)： (1)國人牙齒保存數較衛生福 利部「110-112 年度我國 成年及老年人口腔健康調 查計畫成果報告」結果增 加。 (2)自 113 年起，高風險疾病 病人平均齲齒填補顆數增

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>加率減緩。</p> <p>(3)65 歲以上病人 3 年後(116 年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。</p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，於具體實施計畫中，妥為研訂「高風險疾病病人牙結石清除/塗氟」增加照護人數之作法，並評估其完整照護率及照護成效，研議朝完整照護包裹式支付、論病例或論質計酬等方向，進行支付制度改革。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，並於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>(3)請於協商 115 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>
6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	307.1	0.0	<p>1.適用對象新增帕金森氏病人、失智症病人、甲狀腺相關疾病病人、與牙科治療相關之自體免疫系統病人。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定「預期效益之評估指標」之監測值，以利評估成效，並於 114 年 7 月前提報全民健康保險</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			<p>會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (113~115 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年 (115 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，執行成效之節流效益應適度回饋總額預算。</p>
7.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	0.0	-5.5	本項移列一般服務。
8.非齒源性口腔疼痛處置 (114 年新增項目)	14.4	14.4	<p>1.執行目標(暫列)：每年執行 10,000 人次。 預期效益之評估指標(暫列)：病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)會同牙醫門診總額相關團體，訂定醫療服務內容(含適應症之條件及申報資格，如限定專科別及層級別等)，於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)本計畫以 3 年為檢討期限 (114~116 年)，請會同牙醫門診總額相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年 (116 年 7 月)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p>
9.品質保證保留款	95.8	48.0	1.本項專款額度(95.8 百萬元)，應與其一般服務預算

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			保留匡列原 106 年品質保證 保留款之額度(116.4 百萬 元)，合併運用(計 212.2 百 萬元)。 2.請中央健康保險署會同牙醫 門診總額相關團體，積極檢 討品質保證保留款之核發條 件及結果，訂定更具醫療品 質鑑別度之標準，落實本款 項獎勵之目的。
10.網路頻寬補助費用	0.0	-143.0	本項 113 年預算 143 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
11.癌症治療品質改善 計畫	0.0	-10.0	本項 113 年預算 10 百萬元， 114 年改由公務預算支應。
專款金額	4,663.3	1,142.9	
較基期成長率 (一般服務+專 款) ^{**2}	增加金額 總金額	2,449.6 4.679% 54,793.1	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 48,823.3 百萬元(含 113 年一般服務預算為 48,516.8 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 305.7 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 0.8 百萬元)。
 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 52,343.7 百萬元，其中一般服
務預算為 48,823.3 百萬元，專款為 3,520.4 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。

114 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：

114 年度中醫門診醫療給付費用總額=校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用×(1+114 年度一般服務成長率)+114 年度專款項目經費

註：校正後 113 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)中醫門診一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

- (一)一般服務成長率為 5.468%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.588%，協商因素成長率 1.880%。
- (二)專款項目全年經費為 1,283.4 百萬元。
- (三)前述二項額度經換算，114 年度中醫門診醫療給付費用總額，較基期成長 5.274%。各細項成長率及金額，如附表。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務(上限制)：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
2. 提升用藥品質(1.112%，預估增加 347 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。

預期效益之評估指標(暫列)：

①確保用藥安全。

②中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。

(2)請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：

①應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。

②於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。

③研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。

3. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(0.513%，預估增加 160 百萬元)(114 年新增項目)。

4. 「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(-0.018%，減列 5.5 百萬元)(114 年新增項目)。

5. 「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(0.276%，預估增加 86 百萬元)(114 年新增項目)。

6. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.003%，減少 0.8 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 1,283.4 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1)全年經費 183 百萬元。

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

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：

(1)全年經費 465.9 百萬元。

(2)持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。

3. 中醫提升孕產照護品質計畫：

(1)全年經費 82 百萬元。

(2)請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。

4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

本項目自 114 年度起停辦。

5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1)全年經費 352.3 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

服務人數 14,000 人。

預期效益之評估指標(暫列)：

FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。

②其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。

6. 中醫急症處置：

(1)全年經費 10 百萬元。

(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，持續檢討計畫執行情形及成效，於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

②本計畫再試辦 1 年，若未呈現具體成效則應退場。

7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1)全年經費 152.4 百萬元。

(2)執行目標(暫列)：

參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。

預期效益之評估指標(暫列)：

eGFR 量表評量結果呈正向發展。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

①請持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。

②依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會

同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月
提全民健康保險會報告。

8. 照護機構中醫醫療照護方案：

- (1) 本計畫編列論次費用 8 百萬元，論量計酬費用移列一般服務。
- (2) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。

9. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 29.8 百萬元。
- (2) 本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 52.6 百萬元)。
- (3) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

10. 網路頻寬補助費用：本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
一般服務			
醫療服務成本及人口 因素成長率	3.588%	1,119.5	<p>1. 計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1$</p> <p>2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(約 752.6 百萬元)，其中 53.4 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。</p>
協商因素成長率	1.880%	586.7	請於 114 年 7 月前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。
保險 給付 項目 及支 付標 準之 改變	1. 提升用藥品 質(114 年新 增項目)	1.112%	<p>1. <u>執行目標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 確保用藥安全。</p> <p>(2) 中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</p> <p><u>預期效益之評估指標(暫列)</u>：</p> <p>(1) 確保用藥安全。</p> <p>(2) 中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</p> <p>2. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理下列事項：</p> <p>(1) 應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2) 於額度內妥為管理運用，</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
				並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。 (3)研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。
其他醫療服務利用及密集度之改變	2. 中醫門診總額「醫療資源不足地區改善方案」專款之論量計酬費用移撥至一般服務費用不足部分(114 年新增項目)	0.513%	160.0	
其他議定項目	3.「中醫癌症患者加強照護整合方案」專款(114 年新增子宮頸癌、子宮體癌、甲狀腺癌)與一般服務重複費用扣減(114 年新增項目)	-0.018%	-5.5	
	4.「照護機構中醫醫療照護方案」專款之論量計酬費用移列一般服務(114 年新增項目)	0.276%	86.0	
	5.違反全民健康保險醫事服務機構特	-0.003%	-0.8	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。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
	約及管理辦法之扣款			2.本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	5.468%	1,706.2	
	總金額		32,908.6	
專款項目(全年計畫經費)				各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成，且均應於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。
1. 醫療資源不足地區改善方案		183.0	3.0	請中央健康保險署加強推動中醫巡迴醫療服務及獎勵開業服務計畫，並優先改善偏遠等級高地區之醫療服務。
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病 (5)術後疼痛		465.9	29.1	持續辦理腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷、呼吸困難相關疾病及術後疼痛中醫照護。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫		82.0	12.0	請中央健康保險署持續評估本計畫提升孕產照護的成效，對於執行成效良好之保胎項目，請規劃導入一般服務；另對成效有待提升之助孕項目，請研提改善策略，以提升助孕成功率。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		0.0	-21.2	本項自 114 年度起停辦。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案		352.3	87.3	<p>1.執行目標(暫列)： 服務人數 14,000 人。 預期效益之評估指標(暫列)： <u>FACT-G</u>、<u>CTCAE</u> 等整體成效評估有改善。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p>

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加 金額(百萬元)	協定事項
			(1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。 (2)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。
6. 中醫急症處置	10.0	0.0	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，持續檢討計畫執行情形及成效，於114年7月前提全民健康保險會報告。 2.本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場。
7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	152.4	47.1	1. <u>執行目標(暫列)：</u> <u>參與院所數為150家及服務人數以7,000人為目標。</u> <u>預期效益之評估指標(暫列)：</u> <u>eGFR量表評量結果呈正向發展。</u> 2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)請持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。 (2)依114年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於114年7月提全民健康保險會報告。
8. 照護機構中醫醫療照護方案	8.0	-40.0	1.本計畫編列論次費用8百萬元，論量計酬費用移列一般服務。

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中醫門診總額相關團體，檢討本計畫費用(含論量計酬費用)申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，朝論質計酬及建立合理支付等方向，精進支付制度。
9.品質保證保留款	29.8	-27.6	1.本項專款額度(29.8 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(22.8 百萬元)，合併運用(計 52.6 百萬元)。 2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。
10.網路頻寬補助費用	0.0	-83.0	本項 113 年預算 83 百萬元，114 年改由公務預算支應。
專款金額	1,283.4	6.7	
較基期成長率 (一般服務+專款) ^{*2}	增加金額 5.274%	1,712.9	
		34,192.0	

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 31,202.4 百萬元(含 113 一般服務費用為 31,011.3 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 187.1 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 4.0 百萬元)。
 2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 32,479.1 百萬元，其中一般服務預算為 31,202.4 百萬元，專款為 1,276.7 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。

114 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協商結論：

(一)114 年度其他預算減少 1,092.1 百萬元，預算總額度為 18,227.7 百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如附表。

(二)請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

- 1.屬計畫型項目，應提出具體實施方案(含預定達成目標及預期效益之評估指標)，其中延續型計畫應於 113 年 11 月前完成，新增項目原則於 113 年 12 月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。
- 2.請於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估檢討報告；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

二、預算分配相關事項：

(一)基層總額轉診型態調整費用：

- 1.全年經費 800 百萬元。
- 2.優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。
- (2)持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。
- (3)評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務

影響，以落實編列本項預算之目的。

(4)上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告。

(二)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1.全年經費 1,356.6 百萬元。

2.預期效益之評估指標：(暫列)

①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。

②成人預防保健利用率。

③子宮頸抹片利用率。

執行目標：(暫列)

①山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。

②成人預防保健利用率 ≥ 20%。

③子宮頸抹片利用率 ≥ 16%。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估 114 年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。

(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。

(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點 1 元之合理性，並訂定排除條件。

(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。

(三)居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務：

- 1.全年經費 9,378 百萬元。
- 2.本項醫療點數以每點 1 元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條規定採浮動點值處理。
- 3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。

(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：

- ①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。
- ②收集及分析本計畫替代醫院住院費用情形，供 115 年度總額協商參考。
- ③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- ④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。

(四)支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費 215 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：本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎

藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。

(六)推動促進醫療體系整合計畫：

- 1.全年經費 520 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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。
- 3.「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標：
預期效益之評估指標(暫列)：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。
執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加 10%。
- 4.請中央健康保險署辦理下列事項：
 - (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。
 - (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。
 - (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。
 - (4)於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。

(七)調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

- 1.全年經費 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 1,928.1 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於 114 年 7 月前提全民健康保險會報告。

(2)為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協調矯正機關加強改善衛生環境。

(九)腎臟病照護及病人衛教計畫：

1.全年經費 500 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，並於額度內妥為管理運用。

3.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。

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

(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。

(十)提升用藥品質之藥事照護計畫：

1.全年經費 30 百萬元。

2.請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。

(十一)提升保險服務成效：本項 113 年預算 500 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十二)114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整 (RBRVS) 等(114 年新增項目)：

1.全年經費 2,500 百萬元。

2.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重罕症診療費等，多年未通盤調整的部分，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點 0.95 元相關費用。

(2)支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。

中央健康保險署不同意見：建議全年經費 3,377 百萬元。

(十三)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：本項 113 年預算 1,486 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(十四)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能：本項 113 年預算 4,000 百萬元，114 年改由公務預算支應。

附表 114 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113年11月前完成，新增項目原則於113年12月前完成，請依相關程序辦理，並副知全民健康保險會。</p> <p>2. 請於114年7月前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估檢討報告；實施成效納入115年度總額協商考量。</p>
1. 基層總額轉診型態調整費用	800.0	0.0	<p>1. 優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」專款項目不足之費用，其餘預算限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。</p> <p>2. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 訂定分級醫療成效評估指標，持續監測病人流向(包含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形)，評估分級醫療之執行效益。 (2) 持續檢討鼓勵分級醫療政策及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，提出改善方案，以提升下轉成效。 (3) 評估推動分級醫療相關措施對西醫基層總額之財務影響，以落實編列本項預算之目的。 (4) 上開事項併同醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
2. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	1,356.6	501.2	<p>1. <u>預期效益之評估指標：(暫列)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</u> <u>(2)成人預防保健利用率。</u> <u>(3)子宮頸抹片利用率。</u> <p>執行目標：(暫列)</p> <p><u>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</u></p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p><u>畫民眾滿意度達95%。</u></p> <p><u>(2)成人預防保健利用率$\geq 20\%$。</u></p> <p><u>(3)子宮頸抹片利用率$\geq 16\%$。</u></p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續檢討山地離島地區民眾之醫療利用情形及照護品質(含建立醫療品質監測指標)，並評估114年新增鼓勵提升山地離島地區醫療服務措施之成效。</p> <p>(2)新增「公費醫師在地服務診次費用」：建立評估機制，檢討本項預算對鼓勵公費醫師留鄉之成效，包括公費醫師留鄉比率、區內開業情形及區內就醫率等，並提出退場規劃。</p> <p>(3)新增「山地離島地區醫療院所點值保障費用」：應審慎評估鄰近都會地區醫療院所保障點值每點1元之合理性，並訂定排除條件。</p> <p>(4)加強推動「偏鄉地區全人整合照護執行方案」，精進執行面及成果面之監測指標，以評估計畫成效。</p>
3.居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,000.0	<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：</p> <p>(1)持續精進居家醫療照護模式，提升品質與成效之評估指標(如依「居家醫療」、「重度居家醫療」與「安寧療護」等不同照護階段之特性與目的，訂定監測指標)，並檢討、修訂「居家醫療照護整合計畫」相關支付標準。</p> <p>(2)擴大辦理「在宅急症照護試辦計畫」：</p> <p>①加強監測病人安全、治療品質及成效，並滾動檢討計畫內容，以精進在宅急症照護模式。</p> <p>②收集及分析本計畫替代醫院住院</p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>費用情形，供 115 年度總額協商參考。</p> <p>③以 4 年為檢討期限(113~116 年)，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則於執行第 4 年(116 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。</p> <p>④於 114 年 7 月前提報執行情形及前 1 年成效評估檢討報告(應含近年支付標準調整情形及成效指標監測結果)。</p>
4. 支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費	215.0	125.0	
5. 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	0.0	-125.0	本項移併至「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費」專款項目。
6. 推動促進醫療體系整合計畫	520.0	70.0	<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」，及擴大辦理「遠距醫療會診」。</p> <p>2. 「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標： <u>預期效益之評估指標(暫列)：增加2個</u></p>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p><u>山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。</u></p> <p><u>執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加10%。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)檢討計畫執行方式，及評估醫療品質與成效，研提改善策略，以提升執行成效。 (2)為配合醫院「擴大多重慢性病收案照護」之政策，加強推動「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」，強化多重慢性病人之整合照護。 (3)擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 (4)於114年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告(應含支付標準調整情形及執行成效檢討)。
7.調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	1,000.0	559.4	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。
8.提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	274.3	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討門診次數成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。 2.為減少疥瘡等傳染病發生，請衛生福利部協調矯正機關加強改善衛生環境。
9.腎臟病照護及病人衛教計畫	500.0	-11.0	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

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
			<p>計畫，並於額度內妥為管理運用。</p> <p>2.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續強化整合腎臟病前期之相關疾病照護計畫(如逐步整合至大家醫計畫)，並朝向以人為中心之整合服務，以延緩病人進入透析之照護。</p> <p>(2)積極提升初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案及末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫之照護率。</p> <p>(3)檢討「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之預算額度及核發指標，訂定更具鑑別度之獎勵方式，以落實獎勵之目的。</p>
10.提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會加強推動計畫，輔導特約藥局加入執行本計畫，並監測計畫之醫療利用及執行成效。
11.提升保險服務成效	0.0	-500.0	本項113年預算500百萬元，114年改由公務預算支應。
12.114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS) 等(114 年新增項目)	<u>2,500.0</u>	<u>2,500.0</u>	<p>請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>1.本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中住院護理費、急重難罕症診療費等，多年未通盤調整的部分，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值每點0.95元相關費用。</p> <p>2.支付標準調整請以「預算中平」為調整原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於114年度總額公告後，將具體執行方案(如預算用途、執行內容及支付方式等)，提全民健康保險會同意後，依程序辦理。</p> <p>中央健康保險署不同意見：建議全年經費3,377百萬元。</p>
13.提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫	0.0	-1,486.0	本項113年預算1,486百萬元，114年改由公務預算支應。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
事機構網路 頻寬補助費用			
14.因應醫院護理 人力需求，強化住院護理 照護量能	0.0	-4,000.0	本項113年預算4,000百萬元，114年改由公務預算支應。
總計	18,227.7	-1,092.1	

114 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 114 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度一般服務成長率})$
+ 114 年度專款項目經費 + 114 年度醫院門診透析服務費用
- 114 年度醫院門診透析服務費用 = 113 年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 113 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)醫院一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

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

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 5.410%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 1.066%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.825%，預估增加 4,463.0 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2)積極引進新特材，避免新增差額給付項目。對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4)歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2.給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

- (1)含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給

付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

- ②若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- ③歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0%)(114 年新增項目)：

依中央健康保險署建議，維持編列於專款項目。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂，及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0%)(114 年新增項目)：

本項屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0%)(114 年新增項目)：

C 肝篩檢屬於預防保健服務，宜由公務預算支應。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(0%)(114 年新增項目)：

考量歷年「醫療服務成本指數改變率」已編列醫療服務成本變動所需費用，及依中央健康保險署意見，本項併入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」規劃辦理，不另編預算。

9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0%)(114 年新增項目)：

(1)「因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增」，維持於專款項目編列。

(2)國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

10.全日護病比(-0.462%，預估減少 2,500 百萬元)：

114 年起自醫院總額一般服務費用移除，改由公務預算支應。

11.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114 年新增項目)：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 45,947.3 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)：

(1)全年經費 542 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2.C 型肝炎藥費：

(1)全年經費 2,224 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 115 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源，做為提升醫療品質、給付新診療項目或新藥等新醫療科技之財源之一。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 17,996 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

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

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

- (1)全年經費 5,750 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控，於額度內妥為管理運用。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1)全年經費 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6.醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 1,814.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質、生物相似性藥品等方案。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。另請檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。
 - ②朝全人照護方向整合相關計畫(如：代謝症候群防治計畫、家庭醫師整合性照護計畫、地區醫院全

人全社區照護計畫等)，以避免病患被重複收案。

- ③建議依病患之疾病風險提供分級管理照護服務，並依據病患的疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理費，以避免逆選擇效應。
- ④訂定過程面(如：多科看診狀況)及結果面(如：潛在可避免急診率及不當用藥比率等)監測指標。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署會同醫院總額相關團體辦理下列事項：
 - ①精進方案執行內容，以解決急診壅塞為目標，並增訂壅塞無法達標之處理方式，以提升急診處置效率及照護品質，並於 114 年 7 月前提出專案報告。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①積極推動 DRGs 雙軌方案，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。
 - ②於 114 年 7 月前提出專案報告，說明雙軌制試辦期程及短、中、長期目標。

9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用

情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

(1)全年經費 2,000 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，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」，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

②檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效，及計畫之評估指標，包含醫療資源不足地區民眾醫療利用之過程面指標，及提升醫療品質之結果面指標，以利評估計畫成效。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

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

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。

②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

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

(2)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

13.精神科長效針劑藥費：

- (1)全年經費 3,006 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)請中央健康保險署評估本項專款之替代效果及執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

- (1)全年經費 300 百萬元。
- (2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益之評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

- (1)全年經費 120 百萬元。
- (2)本項以 3~5 年為檢討期限，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請最遲於 116 年 7 月前提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (3)本項經費依實際執行情形併入醫院總額一般服務費用結算。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- (1)全年經費 2,423.2 百萬元。
- (2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，其中 10 億元用於調整病房費，另住院護理費、急重難罕症診

療費等，有多年未通盤調整情形，建議列為優先調整項目，並不得用於保障點值。

- (3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年 7 月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。
- (4)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (5)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

- (1)全年經費 1,000 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
- ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

20. 地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21. 區域聯防-提升急重症照護品質：

- (1)全年經費 268 百萬元。其中包含「主動脈剝離手術病患照護跨院合作」81 百萬元，及「腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作」127 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22. 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

- (1)全年經費 225 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23. 品質保證保留款：

- (1)全年經費 1,029.5 百萬元。
- (2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(388.7

百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

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

24.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門

診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。

- (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.055%。各細項成長率及金額，如附表。

醫院代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

基於醫院部門自實施總額支付制度起算迄今，醫院部門平均點值從未達每點 1 元，為確保醫院維持恆常醫療服務水準，續堅持醫院總額核付點值未達每點 1 元之前，拒絕以任何附加決議形式，就低推估預算(含醫療服務成本指數

改變率)指定預算用途及限定作法。

(一)一般服務成長率為 10.904%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.344%，協商因素成長率 6.560%。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)(0.554%，預估增加 3,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2)對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。

(3)鑑於新醫療科技的引進具有費用遞延成長的效果，爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請中央健康保險署於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

2. 藥品及特材給付規定改變(0.370%，預估增加 2,000 百萬元)：

請中央健康保險署辦理下列事項：

(1)在額度內妥為管理運用。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度藥品及特材給付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

(2)鑑於藥品及特材給付規定改變，無論就擴充給付範圍亦或修訂給付規定都同新醫療科技的新醫療項目(含新藥、新特材及新增診療項目)引進具有費用遞延成長的效果。爰，建議在醫院部門點值未達立法院所決議之每點 0.95 之前，暫緩執行年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度之設定；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。

3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(0.001%，預估增加 8 百萬元)(114 年新增項目)：

自專款項目「腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金」移列一般服務。

4.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.334%，預估增加 1,808.8 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合「醫療器材使用規範修訂」及「提升醫院兒童急重症照護量能」已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

5.因應牙醫支付標準調整所增加預算(0.0001%，預估增加 0.7 百萬元)(114 年新增項目)：

用於因應牙醫門診總額 112 年度調整支付標準，預估於醫院總額增加之費用。

6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR 所增加預算(0.037%，預估增加 200 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：配合國家衛生政策調整 Pre-ESRD 及 Early-CKD 臨床指引為 UACR。

預期效益之評估指標：本項為臨床指引的變更，尚無法設計評估指標。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內

妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

7.因應 C 肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之 C 肝篩檢納入健保給付所增加之費用(0.018%，預估增加 100 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：持續發掘具有共病的 C 肝患者。

預期效益之評估指標：共病族群(含 DM、DKD、CKD、Early CKD 及 Pre-ESRD)執行 C 肝篩檢率較 113 年提升。公式：C 肝共病族群執行 C 肝篩檢人數/總 C 肝篩檢人數。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境(4.564%，預估增加 24,698 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：通盤檢討醫院部門基本診療支付標準。

預期效益之評估指標：醫院人事費用佔比增加：醫院人事成本佔總醫療成本比率高於 113 年。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

(3)反對設定執行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。

9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變(0.554%，預估增加 3,000 百萬元)(114 年新增項

目)：

(1)執行目標：妥適承接國健署癌篩個案醫療照護需求。

預期效益之評估指標：追陽率達 70%，就國健署 5 嘴篩之陽性/偽陽性個案於第一年達 70% 追蹤率

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

10.全日護病比(0%)：

反對 114 年起自醫院總額一般服務費用移除。

11.因應長新冠照護衍生費用(0.129%，預估增加 700 百萬元)(114 年新增項目)

基於醫學文獻顯示，病人患新冠肺炎後仍有一段不明原因的病癥，稱為長新冠，需持續性醫療照護。為妥適照護國人，建議疫後持續編列預算至少 3 年再退場。

(1)執行目標：持續照護長新冠病人至少三年。

預期效益之評估指標：擬於中央健康保險署商議後提出。

(2)請中央健康保險署監測醫療利用情形，並於額度內妥為管理運用。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.001%，減少 3.2 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 18,698.0 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1. 暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材、新增診療項目)：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)基於政府擬設置百億癌症基金以支應新醫療科技之費用支出，建議本項專款項目由醫院部門移列其他預算編列。

2.C 型肝炎藥費、檢驗檢查：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

(1)全年經費 0 百萬元。

(2)依據「優化醫療環境，確保全民健保十大策略」的主張：設立癌藥基金並爭取以公務預算撥補，研議將公共衛生性質之項目，改以公務預算支應，以減輕健保負荷、提升健保效率、抑制不必要支出。

(3)本項回歸公務預算編列。

5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

(1)全年經費 5,364.33 百萬元，經費如有不足，由其他

預算相關項目支應。

- (2)中央健康保險署提報之執行情形及成效評估報告，應含醫療利用、等待時間及不同器官移植之存活率等。

6. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 2,271.8 百萬元。

- (2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質及生物相似性藥品等方案。

- (3)新增化療學名藥方案及擴大多重慢性病收案照護。

- (4)請中央健康保險署滾動式檢討方案內容，對執行多年方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。

7.急診品質提升方案：

- (1)全年經費 300 百萬元。

- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①精進方案執行內容，提升急診處置效率及急診照護品質，並於額度內妥為管理運用，以提升執行成效。
- ②提報之成效評估檢討報告，應含急診處置效率及急診重大疾病照護品質相關監測指標。

8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)：

- (1)全年經費 210 百萬元。

- (2)請中央健康保險署積極推動 DRGs 雙軌方案，朝建立論價值支付制度為推動方向，以醫院為單位進行

試辦，早日完成全面導入 DRGs 支付制度。

9. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費 135.5 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

10. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

- (1)全年經費 2,000 百萬元。經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)執行目標：穩定離島、山地、健保醫療資源不足地區、偏遠地區燈塔型醫院醫療服務量能，以確保國人就醫可近性及醫療平權的提升。

預期效益之評估指標：

- ①醫院增設 24 小時急診之家數情形。
- ②醫院增設內科、外科、婦科及小兒科之家數情形。
- ③醫院提供預防保健服務量，於計畫期間之服務量較前一年成長。
- ④民眾滿意度提升。

- (3)請中央健康保險署檢討「燈塔型醫院」之補助方式、獎勵成效及計畫之評估指標(含結果面指標)，呈現計畫之具體效益。

11. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

- (1)全年經費 224.7 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)請中央健康保險署會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金：

本項自專款項目移列至一般服務。

13.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 3,006 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)請中央健康保險署評估本項專款之執行效益，建立照護成效相關指標，並於額度內妥為管理運用。

14.鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫：

(1)全年經費 300 百萬元。

(2)請中央健康保險署精進計畫內容，檢討執行目標、預期效益評估指標及其目標值，以利檢討改善。

15.因應長新冠照護衍生費用：

本項自專款項目移列至一般服務。

16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增：

(1)本項自專款項目移列至一般服務，併入「配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用性提升，醫療服務密集度改變」預算中。

(2)鑑於「健康台灣」政策擴大國健署癌症篩檢費用，預計將大幅增加癌症篩檢人數，經篩檢為陽性及偽陽性的病人勢將增加，進而對健保的醫療需求擴增，形成醫療服務密集度改變。參據「醫院總額研議方案」所指因政策致使醫療服務密集度改變得提列為協商因素研商之。

(3)另就醫院實務執行面，鑑於國健署癌篩方案後續轉健保進行二次評估及處置部分，實難以透過申報區分來源，爰現行各級醫院幾乎都以健保一般服務申

報，致使原因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增專案的執行成效不顯著。

17.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

- (1)全年經費 1,423.2 百萬元。
- (2)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。
- (3)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額一般服務費用結算。

18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
 - ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能：

- (1)全年經費 1,000 百萬元。
- (2)本項經費用於優化醫療服務品質及提升分級醫療推動量能。
- (3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①會同醫院總額相關團體，滾動式檢討各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效(含提升民眾醫療服務之成效)，並定期提報執行情形。
- ②提報之成效評估檢討報告，應含分級醫療具體成效之結果面指標及監測結果。

20. 地區醫院全人全社區照護計畫：

- (1)全年經費 500 百萬元。
- (2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

21. 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作：

- (1)全年經費 81 百萬元。
- (2)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。
- (3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

22. 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作：

- (1)全年經費 127 百萬元。
- (2)鑑於本項計畫正式執行僅半年不到，建議待成效明確再予合併為宜。且中央健康保險署擬新增之術後加速康復 ERAS 計畫，因醫院部門尚未完全推動，亦希望再行觀察一年後再議。
- (3)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成

效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫：

(1)全年經費 225 百萬元。

(2)本計畫以 5 年為檢討期限(113~117 年)，請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第 5 年(117 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

24.品質保證保留款：

(1)全年經費 1,029.5 百萬元。

(2)本項專款額度(1,029.5 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(388.7 百萬元)，合併運用(計 1,418.2 百萬元)。

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

25.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 200 百萬元，114 年改由公務預算支應。

26.住院整合照護服務試辦計畫：

本項 113 年預算 560 百萬元，114 年改由公務預算支應。

27.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 414 百萬元，114 年改由公務預算支應。

28.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 180 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，醫院總額本項服務費用成長率為 2.917%。
3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。
4. 請中央健康保險署辦理下列事項：
- (1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
 - (2) 鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
 - (3) 持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
 - (4) 研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
 - (5) 持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。
- (四)前述三項額度經換算，114 年度醫院醫療給付費用總額，較基期成長 5.461%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 年度醫院醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	4.344%	23,504.9	4.344%	23,504.9
投保人口預估成長率	0.362%		0.362%	
人口結構改變率	1.807%		1.807%	
醫療服務成本指數改變率	2.161%		2.161%	
協商因素成長率	1.066%	5,769.3	6.560%	35,512.3
保險給付項目及支付標準之改變	1.新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.825%	4,463.0	0.554%
	2.藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱修正為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」)	0.370%	2,000.0	0.370%
	3.腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金 (114 年新增項目) (*付費者代表方案列專款項目)	* -	* -	0.001%
	4.因支付衡平性已調整支付標準項目 (114 年新增項目)	0.334%	1,808.8	0.334%
	5.因應牙醫支付標準調整所增加預算 (114 年新增項目)	0.0001%	0.7	0.0001%
	6.因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引 - UPCR 修訂為 UACR 所增加預算 (114 年新增項目) (*付費者代表方案併入項目 2.「給付規定改變」)	* -	* -	0.037%
				200.0

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)
保險給付項目及支付標準之改變	7.因應C肝共病族群(DM、DKD、CKD、Early-CKD 及 Pre-ESRD)之C肝篩檢納入健保給付所增加之費用 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	0.018%	100.0
	8.調整基本診療章支付標準、病房費調整(含 RBRVS)，合理支撐醫療經營成本(如配合政府公教人員調薪的薪資幅度等……)，以改善台灣醫療血汗的環境 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	4.564%	24,698.0
其他醫療服務利用密集度之改變	9.配合賴總統 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變 (114 年新增項目)	0.000%	0.0	0.554%	3,000.0
其他議定項目	10.全日護病比	-0.462%	-2,500.0	0.000%	0.0
其他醫療服務利用密集度	11.因應長新冠照護衍生費用	0.000%	0.0	0.129%	700.0
其他議定項目	12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.001%	-3.2	-0.001%	-3.2
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	5.410%	29,274.2	10.904%	59,017.2
	總金額		570,362.9		600,090.4
專款項目(全年計畫經費)					
1.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材) (*醫院代表方案建議列其他預算)		542.0	-1,887.9	*0.0	*-2,429.9
2.C型肝炎藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應，名稱修正為「C型肝炎藥費、檢驗檢查」)		2,224.0	0.0	*0.0	*-2,224.0

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)
3.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	17,996.0	2,888.0	*0.0	*-15,108.0
4.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費 (*醫院代表方案建議由公務預算支應)	5,750.0	170.0	*0.0	*-5,580.0
5.鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,364.33	156.3	5,364.33	156.3
6.醫療給付改善方案	1,814.1	0.0	2,271.8	457.7
7.急診品質提升方案	300.0	0.0	300.0	0.0
8.鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	0.0	210.0	0.0
9.醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	135.5	20.5	135.5	20.5
10.全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫(含燈塔型醫院補助)	2,000.0	700.0	2,000.0	700.0
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0.0	224.7	0.0
12.腹膜透析追蹤處置費及APD租金 (*醫院代表方案列一般服務)	15.0	0.0	*0	*-15.0
13.精神科長效針劑藥費	3,006.0	342.0	3,006.0	342.0
14.鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫	300.0	0.0	300.0	0.0
15.因應長新冠照護衍生費用 (*醫院代表方案列一般服務)	0.0	-128.0	*0.0	*-128.0
16.因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 (*醫院代表方案併入一般服務 項目9.「配合賴總統888健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用提升，醫療服務密集度改變」)	120.0	-380.0	*0.0	*-500.0
17.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	2,423.2	-245.8	1,423.2	-1,245.8
18.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	500.0	0.0	500.0	0.0
19.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	1,000.0	0.0	1,000.0	0.0

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	
20.地區醫院全人全社區照護計畫	500.0	0.0	500.0	0.0	
21.區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作 (*付費者代表方案併入項目 22，名稱修正為「區域聯防-提升急重症照護品質」)	268.0	187.0	81.0	0.0	
22.區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作 (*付費者代表方案移併項目 21)	*0.0	*-127.0	127.0	0.0	
23.抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	225.0	0.0	225.0	0.0	
24.品質保證保留款	1,029.5	528.0	1,029.5	528.0	
25.網路頻寬補助費用 (*改由公務預算支應)	0.0	-200.0	0.0	-200.0	
26.住院整合照護服務試辦計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-560.0	0.0	-560.0	
27.癌症治療品質改善計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-414.0	0.0	-414.0	
28.慢性傳染病照護品質計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-180.0	0.0	-180.0	
專款金額	45,947.3	869.1	18,698.0	-26,380.2	
較基期成長率(一般服務+專款) ^{**2}	增加金額 總金額	5.142% 616,310.2	30,143.3 616,310.2	5.565% 618,788.4	32,637.0 618,788.4
門診透析服務成長率	增加金額 總金額	2.917% 24,687.2	699.7 24,687.2	2.917% 24,687.2	699.7 24,687.2
較基期成長率(一般服務+專款+門診透析) ^{**3}	增加金額 總金額	5.055% 640,997.4	30,843.0 640,997.4	5.461% 643,475.6	33,336.7 643,475.6

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為541,089.9百萬元(含113年一般服務預算

537,784.8百萬元，及校正前2年度(112年)投保人口預估成長率與實際之差值3,293.0百萬元、加回前1年度(113年)健保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核定金額12.1百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為586,168.2百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為610,155.7百萬元，其中一般服務預算為541,089.9百萬元，專款為45,078.3百萬元，門診透析為23,987.5百萬元。

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。

114 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：

- 114 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度一般服務成長率}) + 114 \text{ 年度專款項目經費} + 114 \text{ 年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 114 年度西醫基層門診透析服務費用 = 113 年度西醫基層門診透析服務費用 $\times (1 + 114 \text{ 年度成長率})$

註：校正後 113 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依衛生福利部 113.9.3 衛部保字第 1130139528 號交議總額範圍函確認，以前 1 年度(113 年)西醫基層一般服務醫療給付費用，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值，及加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額。

二、總額協商結論：

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

付費者代表委員之建議方案：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 1.851%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 -1.895%。各項協商因素及建議事項如下：

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0.170%，預

估增加 228 百萬元)：

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1) 在額度內妥為管理運用，於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之新增項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2) 對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，並加強醫療科技再評估(HTR)機制，檢討已收載之品項，加快療效及經濟效益評估。
- (3) 若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。
- (4) 歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於給付新醫療科技，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

2. 給付規定改變(藥品、特材、診療項目)(0.363%，預估增加 486 百萬元)：

- (1) 含慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目，由 UPCR(尿蛋白與尿液肌酸酐比值)修訂為 UACR(尿微蛋白與尿液肌酸酐比值)所增加預算。

(2) 請中央健康保險署辦理下列事項：

- ① 在額度內妥為管理運用，經費如有不足或因成本調整，由藥物價量調查調整支付點數所節省之金額支應。於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出規劃之調整項目與作業時程，並於 115 年度總額協商前，提出年度給

付規定改變之預算規劃與預估內容，俾落實管控。

- ②若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度；並請於 114 年 7 月前提報執行情形(含給付規定改變項目及增加費用/點數)。
- ③歷年節流效益、藥價調整與特材價量調查調整支付點數所節省之金額，應適度運用於調整給付規定，並於 115 年度總額協商前提出節流效益及藥價調整與特材價量調查所節省之金額，納入該年度本項預算財源。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費(0%)：

- (1)本項屬支付標準之調整，考量「醫療服務成本指數改變率」已編列因應醫療服務成本變動所需預算，且本項屬鼓勵調整薪資用途，112、113 年已編列預算並滾入基期，112 年有調升護理人員薪資之診所占率為 58.5%(註)，應先檢討執行效益及預算編列之必要性與政策目標達成情形，爰 114 年不編列預算。
- (2)請中央健康保險署通盤檢討支付標準之合理性，若經評估確有調整必要，優先由「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算支應，或納入專款項目「促進醫療服務診療項目支付衡平性」併同考量。

註：以該診所聘僱護理人員的 50%，薪資較前一年度調升幅度達本保險投保金額次一投保等級進行認定計算。

4.提升國人視力照護品質(-2.488%，減列 3,335.7 百萬元)：

依中央健康保險署建議，移列白內障手術醫療費用 3,335.7 百萬元至專款項目「提升國人視力照護品質」，以利管理。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0%)(114 年新

增項目)：

國民健康署擴大癌症篩檢，旨在早期發現、早期治療，整體醫療費用應有所節省，篩檢初期衍生之費用，建議爭取公務預算支應，本項不編列預算。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0%)(114 年新增項目)：

考量代謝症候群照護及擴大 C 肝篩檢屬早期發現、早期治療之作法，理應節省整體醫療費用，不宜再編列衍生費用，且現行「代謝症候群防治計畫」可採用 90 天內檢驗(查)數據，應避免不必要之檢驗(查)，爰不編列預算。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0%) (114 年新增項目)：

本項為修訂慢性腎臟病方案追蹤之必要檢查項目所需預算，屬單一檢驗項目之放寬，性質符合「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」，爰併入該項。

8.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.064%，預估增加 86.1 百萬元)(114 年新增項目)：

本項配合醫療器材使用規範修訂及層級支付不一致部分，已導入支付標準修訂項目，於一般服務編列預算。

9.因應長新冠照護衍生費用(0%)(114 年新增項目)：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少 5 百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入 115 年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為 13,320.5 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 113 年 11 月前完成，新增計畫原則於 113 年 12 月前完成。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114 年新增項目)：

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

2.藥品及特材給付規定改變(114 年新增項目)：

考量「藥品及特材給付規定改變」與既有項目大多具有替代效應，不易切割，爰維持於一般服務支應，故本項不編列預算。

3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)(114 年新增項目)：

(1)全年經費 58 百萬元。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

①在額度內妥為管理運用，並於 114 年度總額公告後，至全民健康保險會最近 1 次委員會議提出具體實施規劃(含執行方式、預算估算及財務控管、擬定暫時收載年限、療效評估與退場機制等)，俾落實管控。

②請於 114 年 7 月前提報執行情形(含新增項目及申報費用/點數)。

4.提升國人視力照護品質(114 年新增項目)：

(1)全年經費 3,503 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

①依衛生福利部核定結果，研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。

- ②持續檢討白內障手術案件成長合理性、手術時機適當性，及監測照護成效與民眾自費情形，以確保醫療品質及民眾權益。
- ③加強執行面管理與監督，建立診療指引及醫療利用監測機制，提升分區管理及專業自律。
- ④本項以 5 年為檢討期限，之後回歸一般服務。

5.鼓勵論病例計酬案件(114 年新增項目)：

- (1)本項應與「提升國人視力照護品質」項目一併考量，因該項目已移列專款項目，則不影響一般服務點值。
- (2)考量總額精神係預算統籌運用，每點支付金額是總額管理之結果，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，故本項不編列預算。

6.西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)執行巡迴醫療產生之醫療費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費 317.1 百萬元，經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)請中央健康保險署持續檢討醫療需求特性及其利用情形，並精進計畫內容，鼓勵醫師積極參與。

7.家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費 4,648 百萬元。
- (2)請中央健康保險署辦理下列事項：
 - ①依論質計酬模式，以改變民眾生活習慣為計畫推動方向，提出全人照護整合之具體規劃，建立照護指引及訂定相應之品質指標。
 - ②請落實依個案疾病風險分級管理照護，建議依會員疾病風險、追蹤頻率及管理密度，擬定對應的個案管理照護費，避免逆選擇效應。
 - ③新增之風險管理照護、生活習慣諮詢服務，應建

立執行面指標(如病人知情同意、群內就醫率)及結果面成效與品質指標(如健康成效、就醫行為改變)，以利評估成效。

④為持續檢討計畫成效，依前開建議事項於 114 年 7 月前提出專案報告。

8.C 型肝炎藥費：

- (1)全年經費 462 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2)請中央健康保險署於額度內妥為管理運用，並於協商 115 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。

9. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費 903.1 百萬元。
- (2)維持 113 年方案，持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品等方案。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①滾動式檢討方案內容，對執行多年的方案，若實施模式成熟且成效良好，請比照糖尿病方案導入支付標準，若照護率低或成效不明確，應提出改善策略，或啟動退場機制。
- ②檢討生物相似性藥品方案之執行成效，評估對醫療費用及醫療品質的影響。

10. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)執行開放表別產生之衍生費用維持由一般服務支應，本項專款全年經費 1,720 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」，提報全民健康保險會最近1次委員會議。

(3)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①提出規劃調整開放之項目與作業時程。
- ②對於開放多年且穩定實施之項目，建議規劃導入一般服務項目。

(4)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11.鼓勵院所建立轉診合作機制：

(1)全年經費 258 百萬元，經費如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2)請中央健康保險署辦理下列事項：

- ①為落實分級醫療之健保重要政策，建議以減少大醫院門診初級照護率及提升基層醫療品質為努力目標，精進分級醫療轉診策略，以改善分級醫療推動成效。
- ②會同西醫基層及醫院總額相關團體，持續檢討獎勵方式及支付誘因之合理性，並建立引導院所適當轉診之機制，研訂合適之監測指標及轉診相關規範，以提升執行成效。

12.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，鼓勵醫師積極參與，提供生產服務。

13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

(1)全年經費 30 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專

款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

15.因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體檢討及加強醫療服務提供，並妥為管理運用。

(3)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

16.新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.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 10 百萬元。

(2)請中央健康保險署加強計畫推動，並持續監測醫療利用情形與照護成效。

18.精神科長效針劑藥費：

(1)全年經費 100 百萬元，本項經費得與醫院總額同項

專款相互流用，經費如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體積極提升基層院所使用長效針劑之比率，並評估本項專款之替代效果及執行效益。

19.因應長新冠照護衍生費用：

考量新冠疫情已逐年遞減並回歸常態醫療，爰不編列預算。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 913.9 百萬元。

(2)本項經費用於通盤檢討及修訂支付標準，不得用於保障點值。

(3)支付標準調整請以「預算中平」為原則(有調升項目亦相對有調降項目)，並於 114 年 7 月前提出近年支付標準檢討及調整情形之專案報告。

(4)本項以 3 年為檢討期限(112~114 年)，請中央健康保險署會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，於執行第 3 年(114 年 7 月前)提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

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

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)本項專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，積極檢討品質保證保留款之核發條件及結果，訂定更

具醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23.網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24.癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25.慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三)門診透析服務：

1.門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.090%。

3.門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4.請中央健康保險署辦理下列事項：

- (1)考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。
- (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
- (3)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 3.990%。各細項成長率及金額，如附表。

西醫基層代表委員之建議方案：

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 114 年 7 月前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估檢討報告(包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果)；實施成效納入 115 年度總額協商考量。

(一)一般服務成長率為 6.391%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.746%，協商因素成長率 2.645%。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(0%)：
建議移列專款。

2.藥品及特材給付規定改變(0%)：
建議移列專款。

3.因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費
(0.492%，預估增加 659.3 百萬元)：

(1)執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數達 70%。
預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

4.提升國人視力照護品質(0.742%，預估增加 995 百萬元)：

(1)執行目標：期望藉由增加白內障手術預算，放寬及增加可執行之手術量，將縮短病人等待手術的時間，提升病人的就醫滿意度。其次，手術量的增加，將提高醫療團隊的手術經驗和技術水平，進而提升手術成功率與安全性。
預期效益之評估指標：

①術前指標：久未看診當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。
(註：久未看診：同病人同院所，自手術日回推 180 日內無就醫資料。)

②術後指標：術後 90 日內眼內炎併發症之件數比率。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有

訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

5.因應預防保健政策改變衍生之醫療費用(0.269%，預估增加 360 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為避免預防保健政策改變產生之醫療費用，排擠健保其他醫療項目預算，爰編列相關預算支應。

預期效益之評估指標：整體癌症篩檢之陽追率較前一年度提升。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

6.代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用(0.467%，預估增加 626.6 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：為使原一般服務預算之醫療資源不致排擠，且因應醫療品質提升，爰編列預算支應。

預期效益之評估指標：

①代謝症候群介入成效率，較前一年度提升。

②C 型肝炎 RNA 陽性率，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

7.DM、CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測(0.149%，預估增加 199.8 百萬元)(114 年新增項目)：

(1)執行目標：DM、CKD 方案病人採用 UACR 檢測尿蛋白，增進追蹤作業效率。

預期效益之評估指標：新增申報 Pre-ESRD 之人數，較前一年度減少。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

8.因支付衡平性已調整支付標準項目(0.350%，預估增加469.2百萬元)(114年新增項目)：

為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

9.因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用(0.180%，預估增加241.3百萬元)(114年新增項目)：

(1)執行目標：提供新冠肺炎患者及其康復後之潛在醫療需求，協助轉介與照護，以恢復患者健康之生活品質為目標。

預期效益之評估指標：比照113年專款項目，本項預算執行率達80%。

(2)為符合總額精神，協商因素項目之協定事項，若有訂未執行完畢需扣減預算者，則應加註：「若執行超出預算需補足之」。

10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款(-0.004%，減少5百萬元)：

(1)為提升同儕制約精神，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。

(2)本項不列入115年度總額協商之基期費用。

(二)專款項目：全年經費為9,740.2百萬元。

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目)(114年新增項目)：

(1)全年經費228百萬元。

(2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達1點1元前，不須扣減。

2.藥品及特材給付規定改變(114 年新增項目)：

(1)全年經費 486 百萬元。

(2)現行預算若超支未有補足機制，建議本項預算如未執行完畢，在點值未達 1 點 1 元前，不須扣減。

3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材)(114 年新增項目)：
本項不編列預算。

4.提升國人視力照護品質(114 年新增項目)：
本項不編列預算。

5.鼓勵論病例計酬案件(114 年新增項目)：

(1)全年經費 450 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入西醫基層總額當季該分區一般服務費用結算。

6.西醫醫療資源不足地區改善方案：

建議移列其他預算。依 113 年預算 317.1 百萬元，並加計衍生之醫療費用 120 百萬元，全年經費 437.1 百萬元。

7.家庭醫師整合性照護計畫：

(1)全年經費 4,648 百萬元。

(2)新增「整合照護」、「多重慢性病人門診整合」、「糖尿病/慢性腎臟病整合照護提升」、「個案疾病風險分級管理照護」、「生活習慣資料上傳及改善鼓勵」等項目。

8.C 型肝炎藥費：

全年經費 90 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。

9.醫療給付改善方案：

(1)全年經費 900.3 百萬元。

(2)持續辦理糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合、氣喘、

思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦、慢性阻塞性肺疾病、生物相似性藥品等方案。

10. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

(1)全年經費 1,412.5 百萬元。

(2)本項經費依實際執行扣除原基期點數併入西醫基層總額一般服務費用結算。

11. 鼓勵院所建立轉診合作機制：

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。

12. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫：

全年經費 50 百萬元。

13. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材：

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。

14. 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費：

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。

15. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用：

(1)全年經費 11 百萬元。

(2)本項經費依實際執行併入西醫基層總額一般服務費用結算。

16. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：

(1)全年經費 178 百萬元。

(2)本項經費依六分區執行醫藥分業後所增預算額度分

配，併入西醫基層總額各分區一般服務費用結算。

17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫：

全年經費 10 百萬元。

18.精神科長效針劑藥費：

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。

19.因應長新冠照護衍生費用：

原於專款項目執行，移列至一般服務項目「因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用」。

20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)：

(1)全年經費 800 百萬元。

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

21.品質保證保留款：

(1)全年經費 128.4 百萬元。

(2)114 年度品保專款額度(128.4 百萬元)，應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品保款之額度(105.2 百萬元)，合併運用(計 233.6 百萬元)。

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

22.代謝症候群防治計畫：

本項 113 年預算 616 百萬元，114 年改由公務預算支應。

23. 網路頻寬補助費用：

本項 113 年預算 253 百萬元，114 年改由公務預算支應。

24. 癌症治療品質改善計畫：

本項 113 年預算 93 百萬元，114 年改由公務預算支應。

25. 慢性傳染病照護品質計畫：

本項 113 年預算 20 百萬元，114 年改由公務預算支應。

(三) 門診透析服務：

1. 門診透析服務總費用成長率為 3%，合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務總費用成長率，再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。依上述分攤基礎，西醫基層總額本項服務費用成長率為 3.090%。

3. 門診透析服務總費用成長率 3%(總費用 47,375.2 百萬元)，維持 433.5 百萬元用於鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質，其中 300 百萬元不得流用於一般服務。

4. 請中央健康保險署辦理下列事項：

(1) 考量「居家血液透析」為新的照護模式，請會同門診透析服務相關團體審慎研議，於 114 年度總額公告後，完成擬訂專款「居家血液透析與提升其照護品質」之具體實施方案(包含：參與院所及醫師之資格條件與認定、適用對象、支付方式及結果面為導

向之品質監測指標)，並提全民健康保險會報告。

- (2)鼓勵院所加強推動腹膜透析及腎臟移植，以提升透析病人生活品質。
- (3)持續推動腎臟病前期之整合照護，並檢討照護成效，強化延緩病人進入透析之照護。
- (4)研議末期腎臟病患者之包裹式支付(bundled payment)方式，以提升照護完整性及醫療資源使用效率。
- (5)持續加強鼓勵院所精進推動腹膜透析與提升其照護品質之實施方案，監測腹膜透析病人照護品質及健康結果與執行成效，並於 114 年 7 月前提報專案報告。

(四)前述三項額度經換算，114 年度西醫基層醫療給付費用總額，較基期成長 5.500%。各細項成長率及金額，如附表。

附表 114 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(兩案送主管機關決定)

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)
一般服務				
醫療服務成本及人口因素成長率	3.746%	5,021.4	3.746%	5,021.4
投保人口預估成長率	0.362%		0.362%	
人口結構改變率	1.232%		1.232%	
醫療服務成本指數改變率	2.140%		2.140%	
協商因素成長率	-1.895%	-2,540.6	2.645%	3,546.2
1. 新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目) (*西醫基層代表方案列專款項目)	0.170%	228.0	* -	* -
2. 藥品及特材給付規定改變 (*付費者代表方案名稱為「給付規定改變(藥品、特材、診療項目)」) (*西醫基層代表方案列專款項目)	*0.363%	*486.0	* -	* -
3. 因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.000%	0.0	0.492%	659.3
4. 提升國人視力照護品質 (*付費者代表方案列專款項目，並自一般服務移列費用)	*-2.488%	*-3,335.7	0.742%	995.0
5. 因應預防保健政策改變衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.269%	360.0
6. 代謝症候群及C肝照護品質提升衍生之醫療費用 (114年新增項目)	0.000%	0.0	0.467%	626.6

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)
保險給付項目及支付標準之改變	7.DM、CKD方案比照DKD方案採用UACR檢測 (114年新增項目) (*付費者代表方案併入一般服務項目2.「給付規定改變」)	0.000%	0.0	0.149%	199.8
	8.因支付衡平性已調整支付標準項目 (114年新增項目)	0.064%	86.1	0.350%	469.2
其他醫療服務利用及密集度之改變	9.因應長新冠照護衍生費用 (114年新增項目) (*西醫基層代表方案名稱為「因應新冠肺炎及長新冠照護衍生費用」)	0.000%	0.0	0.180%	241.3
其他議定項目	10.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.004%	-5.0	-0.004%	-5.0
一般服務成長率 ^{註1}	增加金額	1.851%	2,480.8	6.391%	8,567.6
	總金額		136,529.4		142,615.2

專款項目(全年計畫經費)

1.新醫療科技(新藥、新特材、新增診療項目) (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	228.0	228.0
2.藥品及特材給付規定改變 (114年新增項目) (*付費者代表方案列一般服務)	* -	* -	486.0	486.0
3.暫時性支付(新藥(非癌藥)、新特材) (114年新增項目)	58.0	58.0	0.0	0.0
4.提升國人視力照護品質 (114年新增項目) (*西醫基層代表方案列一般服務)	3,503.0	3,503.0	* -	* -

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
5.鼓勵論病例計酬案件 (114年新增項目)	0.0	0.0	450.0	450.0
6.西醫醫療資源不足地區改善方案 (*西醫基層代表方案建議列其他預算)	317.1	0.0	*0.0	*-317.1
7.家庭醫師整合性照護計畫	4,648.0	400.0	4,648.0	400.0
8.C型肝炎藥費	462.0	170.0	90.0	-202.0
9.醫療給付改善方案	903.1	2.8	900.3	0.0
10.強化基層照護能力及「開放表別」項目	1,720.0	400.0	1,412.5	92.5
11.鼓勵院所建立轉診合作機制	258.0	0.0	258.0	0.0
12.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
13.罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0.0	30.0	0.0
14.後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費	30.0	0.0	30.0	0.0
15.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
16.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
17.提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫	10.0	0.3	10.0	0.3
18.精神科長效針劑藥費	100.0	0.0	30.0	-70.0
19.因應長新冠照護衍生費用 (*西醫基層代表方案列一般服務)	0.0	-10.0	*0.0	*-10.0
20.促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)	913.9	-86.1	800.0	-200.0
21.品質保證保留款	128.4	2.2	128.4	2.2
22.代謝症候群防治計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-616.0	0.0	-616.0

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
23.網路頻寬補助費用 (*改由公務預算支應)	0.0	-253.0	0.0	-253.0
24.癌症治療品質改善計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-93.0	0.0	-93.0
25.慢性傳染病照護品質計畫 (*改由公務預算支應)	0.0	-20.0	0.0	-20.0
專款金額	13,320.5	3,458.2	9,740.2	-122.1
較基期成長率(一般 服務+專款) ^{註2}	增加金額 總金額	4.127%	5,939.0	8,445.5
門診透析服務成長率			149,849.9	152,355.4
較基期成長率(一般 服務+專款+門診透 析) ^{註3}	增加金額 總金額	3.990%	6,619.0	9,125.5
			172,537.8	175,043.3

註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為 134,048.2 百萬元(含 113 年一般服務預算 133,169.1 百萬元，及校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值 817.0 百萬元、加回前 1 年度(113 年)健保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核定金額 62.1 百萬元)。

2.計算「較基期成長率(一般服務+專款)」，所採基期費用為 143,910.5 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元。

3.計算「較基期成長率(一般服務+專款+門診透析)」，所採基期費用為 165,918.3 百萬元，其中一般服務預算為 134,048.2 百萬元，專款為 9,862.3 百萬元，門診透析為 22,007.8 百萬元。

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

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第8次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依討論事項第四案決議，針對建議中央健康保險署(下稱健保署)持續精進急性後期照顧(PAC)照護模式、評核指標，並於明(114)年7月提本會報告一節，將納入明年度工作計畫安排該署進行專案報告。

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形，擬建議解除追蹤1項，繼續追蹤1項，如附表(第97~99頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，相關單位回復如附錄一(第213~219頁)。

二、本會業於本(113)年第8次委員會議(113.9.27)完成114年度醫療給付費用總額協商結論的初步確認，健保署依照該協商結果及全民健康保險法第24條規定將提出費率草案，本會訂於本日委員會議(113.10.23)後，預計下午1時30分繼續召開「全民健康保險114年度保險費率審議前專家諮詢會議」(開會通知諒達)，將邀請精算師、保險財務專家、經濟學者提供諮詢意見，敬請委員列席參加。

三、本會訂於本年第11次委員會議(113.12.25)後，邀請國立台灣大學林先和教授進行專題演講，題目為「數字會說話嗎？從十大死因到疾病負擔研究」，敬請委員預留時間踴躍參加。

四、為提供即時資訊，本會更新本年8月彙編之「113年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，經同仁持續核對最新統計數據後，業於10月22日將更新版之指標要覽電子檔公開於本部網頁。為節能減碳，將不再印製紙本資料寄送，若委員及相關單位、團體有參考需要，請至本會網頁自行下載，下載路徑：衛生福利部全民健康保險會>公告及重要工作成果>醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

五、下次(第10次)委員會議(113.11.20)依本年度工作計畫安排之專案報告主題為「112年全民健康保險業務監理指標之監測結果

及研析報告」，請委員最晚於本年 10 月 28 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

六、本會針對 114 年度總額協商結果作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄二(第 220~221 頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

七、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 9 月至 10 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 10 月 16 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部：本年 9 月 16 日修正發布「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第 2 條附表一，如附錄三(第 222 頁)，修正重點如下：

1.配合健保署特約醫療院所申報費用之診斷及處置代碼，自明年 1 月 1 日起，由現行 2014 年版 ICD-10-CM/PCS 轉為 2023 年版，爰修正附表一重大傷病項目疾病之診斷代碼，並區隔本年 12 月 31 日以前適用 2014 年版、明年 1 月 1 日以後適用 2023 年版。

2.另配合勞工職業災害保險已單獨立法，爰修正附表一第 19 類職業病範圍，改以勞工職業災害保險職業傷病審查準則第 18 條附表所載職業病範圍為限。(原規定文字為「以勞工保險條例第 34 條第 1 項規定之職業病種類表所載職業病範圍為限」)

(二)健保署

1.本年 9 月 18 日訂定發布「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，並自即日生效，如附錄四(第 223 頁)，重點如下：

(1)符合下列情形之一者，得辦理醫療科技評估：

①新收載案件：

A.屬新功能類別特材，且預估納入給付後 5 年間，有

任 1 年之特材費用超過 3,000 萬元。

B. 廠商申請自付差額特材。

②擴增適應症案件：已收載特材，預估擴增給付範圍後 5 年間，有任 1 年擴增部分之特材費用超過 3,000 萬元。

(2) 支付標準收載特材，符合下列情形之一者，得進行醫療科技再評估：

①給付後需監測臨床實證：暫時性健保支付(Conditional Listing)、國內外臨床指引更新或新實證出現、藥物共同擬訂會議建議事項。

②國際已執行醫療科技再評估檢討機制或調整給付之功能類別。

③衛生主管機關、保險人或其他因應政策提案者。

(3) 醫療科技評估、再評估報告，於共擬會議提案者，得依藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法公開。

2. 公告總額相關計畫如附錄五(第 224~226 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.9.16/ 113.1.1	113 年度 全民健康 保險牙醫 門診總額 醫療資源 不足地區 改善方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1. 原支付標準第三部牙醫醫令代碼 P7301C(高齲齒率患者氟化物治療)、P7302C(齲齒經驗之高風險患者氟化物治療)、及 91090C(高風險疾病患者牙結石清除-全口)等 3 項診療項目提供至 113 年 2 月 29 日止。</p> <p>2. 增訂本方案執業計畫及巡迴計畫均得提供「高風險疾病口腔照護計畫」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。</p> <p>3. 巡迴計畫提供上開 2 項計畫之服務，依其計畫規定申報醫療費用，並由專款費用支應，不再額外加計 2 成。</p>
113.10.1/ 114.1.1	「全民健 康保險西 醫住院病 人中醫特 定疾病輔 助醫療計	<p>本次修訂之 10 項方案/計畫如下，主要為因應申報資料自 114 年 1 月 1 日起全面改版為 2023 年版國際疾病分類第十版(ICD-10-CM/PCS)，爰修訂支付標準及專案計畫相關代碼：</p> <p>1. 全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
	「 等 10 項方案/計 畫	<p>病輔助醫療計畫。</p> <p>2.全民健康保險中醫急症處置計畫。</p> <p>3.全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案。</p> <p>4.全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式計畫。</p> <p>5.醫院以病人為中心門診整合照護計畫。</p> <p>6.113 年度全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫。</p> <p>7.全民健康保險安寧共同照護試辦方案。</p> <p>8.全民健康保險急診品質提升方案。</p> <p>9.全民健康保險末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫。</p> <p>10.全民健康保險 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者醫療給付改善方案。</p>

3.113 年第 1 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄六(第 227~229 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄七(第 230~232 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄八(第 233~236 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄九(第 237~240 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十(第 241~243 頁)。

總額別 分區別	113 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	0.9146	0.9239	0.9338	0.8696	0.9295
北區	0.9974	0.8820	0.9526	0.9044	
中區	0.9791	0.8906	0.9391	0.9254	
南區	1.0259	0.9099	0.9967	0.9461	
高屏	0.9881	0.8977	0.9533	0.9269	
東區	1.1500	1.1032	0.9796	1.0351	
全區	0.9662	0.9067	0.9501	0.9078	

決定：

附表

上次(第8次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	有關委員關切114年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度,請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。	於 113 年 10 月 4 日請辦社保司。	社保司回復： 1.114 年移由公務預算支應項目多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含於低推估成長。每年總額係以，經校正之前 1 年總額乘上低推估公式{〔1+人口結構改變對醫療費用影響(A)+醫療服務成本指數改變率(B)〕x〔1+投保人口預估成長率(C)〕-1}x 前一年校正後一般服務費用占率，計算出低推估；再加上協商因素後，得出高推估；其中低推估公式有「校正後一般服務費用」占率，不含專款項目及其他部門預算。 2.移除總額至公務預算編列之經費，為公共衛生、預防保健、資訊或政策需要等項目，排擠原本可能於一般服務之	解除追蹤	—

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
				醫療服務運用資源配置，114 年該等項目回歸公務預算支應，挪出額度歸還一般醫療服務等上述公式計算，爰不於基期扣除。		

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項 第一案： 114 年度 醫院、西 醫基層、 中醫門 診、牙醫 門診醫療 給付費用 他預算協 商結論案。 達成共識之部門，牙 醫門診總額、中醫門 診總額及其他預算， 如附件一、二、三， 其中新增或延續性 項目之「執行目標」 及「預期效益之評估 指標」，暫列如劃線 處，請中央健康保險 署會同總額部門相 關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員 會議 (113.10.23) 確 認。	於 113 年 10 月 4 日 請辦健保 署。	健保署回復： 本署將參考各計畫 執行成效及評估指 標合適性，儘速與 總額相關醫界團體 達成共識後，提報 貴會確認。		1.繼續追蹤 2.本項須於 10月份委 員會議確 認，俾憑 報部，將 於健保署 提報委員 會議確認 後解除追 蹤。	113 年 10 月

五、優先報告事項

報告單位：本會第三組

案由：114 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(113)年 9 月 25 日完成 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，並於 9 月 27 日第 8 次委員會議確認四部門總額及其他預算協商結論(如第 6~92 頁)，為辦理後續報部事宜，尚須確認以下事項：

(一)請確認 114 年度總額整體成長率：

兩案併陳之協商結果，經總額計算公式估算，其整體成長率分別為：付費者方案為 4.605%，醫界方案為 5.171%，如下表。

114 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算 (註 2)	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)	547.93	341.92	182.28	6,409.97	6,434.76	1,725.38	1750.43	約 9,207.48	約 9,257.32
成長率/ 增加金額	4.679%	5.274%	減少 10.92 億元	5.055%	5.461%	3.990%	5.500%	4.605%	5.171%

註：1. 門診透析服務總成長率 3%、總金額 473.8 億元，其中醫院總額為 246.9 億元，西醫基層總額為 226.9 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

2. 健保署對於其他預算第(十二)項之預算金額有不同意見，將一併陳報衛福部決定。

3. 年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

(二)請確認達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：

依 114 年度總額協商程序及本會第 8 次委員會議(113.9.27)之決議，請健保署會同總額部門相關團體參考委員意見，共同討論研修後，提報本次委員會議確認。健保署回復研修結果如附件(資料後附)。

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114年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛福部核(決)定。至未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報部決定，其中新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請衛福部就政策目標要求，逕予核定。

決定：

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：114 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 114 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(113)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(113.10.7 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。台灣醫院協會業於 113.10.7 函送 114 年度醫院總額一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案(詳附件一，第 124~125 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、114 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(113.9.27)決議，協商結論為：付費者代表及醫院代表未能達成共識，爰依本會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。
- 三、醫院總額歷年一般服務地區預算執行概況：

(一) 地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二) 分配事項：

1. 分配參數：「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值」(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)。

2. R 值的風險校正因子：

(1) 門診：人口風險因子(年齡性別指數占 80%，標準化死亡比占 20%)，及轉診型態(醫院門診市場占有率)。

(2) 住院：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) 醫院總額並未區分門、住診預算，但由於門、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 項目		94	95~96	97~101	102~103	104~105	106~108	109~111	112~113
門診 (費用比率45%)	R	15%	38%	45%	46%		50%	51%	52%
	S	85%	62%	55%	54%		50%	49%	48%
住院 (費用比率55%)	R	10%	38%	40%		41%	45%		
	S	90%	62%	60%		59%	55%		

(四) 歷年風險調整移撥款協定情形：

1.達成共識：自 108 年起編列該移撥款，該年由一般服務費用移撥 1.5 億元，109、110 年移撥 2 億元。依健保署提報之執行方式，其分配因素係採山地離島非原住民、偏遠地區、重度以上身心障礙、台閩地區原住民、低收入戶人口、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率等 6 項因素分配。

2.兩案併陳，報部決定：

(1)111~113 年本項額度經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就雙方之建議額度(111~113 年付費者代表均建議 6 億元，醫院代表 111~112 年建議 2 億元、113 年 4 億元)報請衛福部決定，最後經衛福部決定採付費者建議額度 6 億元。

(2)執行方式：採兩項計算方式之合計，2 億元維持風險調整移撥款六項因素及權重分配，4 億元以 107~109 年地區預算 R 值、S 值平均占率計算。

四、台灣醫院協會函提 114 年度地區預算分配建議方案，該建議業經邀集各層級醫院協會代表召開會議研商，決議略以：

(一)114 年醫院總額地區預算維持 113 年分配方式：

1.門、住診費用比率維持 45：55。

2.門診 R 值占率 52%、住院 R 值占率 45%。

(二)風險調整移撥款續以 6 億元為原則。

五、健保署對醫院協會所提建議方案之執行面意見及風險調整移撥款執行結果回復詳附件三(資料後附)。

六、114 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)計算門、住診費用比率：建議援例依歷年方式，以「45：55」作為計算地區預算之門、住診費用比率，並依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區浮動點

值以核付費用。

(二)門、住診之各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)
分配比率：

1.醫院協會建議不調整：維持 113 年分配方式，門、住診 R 值占率為 52% 及 45%。

2.待討論事項：

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

①門診部分，112 年 R 值占率前進 1%，113 年則未變動，114 年是否依醫院協會建議不調整，請考量。

②住院部分，R 值占率已 8 年(106~113 年)未調整，考量人口成長較高分區，如北區投保人口成長率長年居冠，但所分配之平均每人預算數及成長率，相對其他五分區為低(如表 2-1、2-2)，爰請考量是否適度調升 R 值。

(三)風險調整移撥款：是否同意醫院協會建議，自一般服務費用提撥 6 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，請討論。並於分配六分區預算前，先扣除移撥經費。

七、依 114 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 113 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一)模擬 114 年度依不同「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-3(第 110~112 頁)。

(二)提供 112 年門、住診分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、

投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫療供給(醫師數、急性一般病床數)與利用(就醫人數、次數、點數)及點值等資料供參(如表 1-4、1-5、2-1~8-2，第 113~123 頁)。

(三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件二，第 126~129 頁。

擬辦：

- 一、確認 114 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1-1 114年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	113年預算估計值(註1,3)	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		52%(同113年)			53%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	85,292	90,625	6.25%	5,333	90,617	6.24%	5,325
北區	31,949	33,947	6.25%	1,998	34,013	6.46%	2,063
中區	40,658	43,200	6.25%	2,542	43,193	6.24%	2,535
南區	31,447	33,413	6.25%	1,966	33,391	6.18%	1,944
高屏	33,381	35,468	6.25%	2,087	35,442	6.17%	2,061
東區	5,382	5,718	6.25%	337	5,715	6.19%	333
全區	228,109	242,371	6.25%	14,261	242,371	6.25%	14,261

分區	113年預算估計值(註1,3)	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		54%			55%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	85,292	90,610	6.23%	5,318	90,603	6.23%	5,311
北區	31,949	34,078	6.66%	2,129	34,144	6.87%	2,195
中區	40,658	43,186	6.22%	2,528	43,179	6.20%	2,521
南區	31,447	33,370	6.11%	1,923	33,348	6.05%	1,901
高屏	33,381	35,415	6.09%	2,034	35,389	6.02%	2,008
東區	5,382	5,711	6.12%	329	5,707	6.05%	326
全區	228,109	242,371	6.25%	14,261	242,371	6.25%	14,261

註：1. 113年度預算以112年度之結算資料為基礎，依113年度所協定之一般服務成長率5.388%推估之，所採基期之112年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-44.665億元)及加回112年違規扣款(0.114億元)，門、住診服務預算比以45:55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區門診服務預算 = 門診服務預算 $\times [0.52 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.48 \times \text{開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)}]$ 。
 - (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) $\times 0.45$ - 門診透析費用。
 - (3) 依本會112.6.28委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與113年品保款專款(5.015億元)合併運用(計約8.902億元)；113年醫院門診透析服務成長率1.586%，約239.875億元。
 - (4) 113年醫院附設門診部回歸原醫院之預算5.685億元，每季扣減1.421億元，並依各分區實際已回歸院所需費用，回歸該季該分區門診一般服務預算。
 - (5) 113年度風險調整移撥款6億元，於地區預算分配前先行扣除。
2. 114年度預算以113.9.27第8次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率5.410%」推估之，所採基期之113年度一般服務預算已調整人口成長率差值(32.93億元)及加回113年違規扣款(0.121億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區門診服務預算(以R值=52%為例) = 門診服務預算 $\times [0.52 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.48 \times \text{開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)}]$ 。
 - (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) $\times 0.45$ - 門診透析費用。
 - (3) 依本會113.6.19委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與114年品保款專款(10.295億元)合併運用(計約14.182億元)；114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.872億元。
 - (4) 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算5.993億元〔=568,519,593*(1+5.41%)〕，每季扣減1.498億元，並依各分區實際已回歸院所需費用，回歸該季該分區門診一般服務預算。
 - (5) 依台灣醫院協會113.10.7來文，於地區預算分配前，先提撥6億元為風險調整移撥款。
3. 本表估算113年度及114年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署112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1-2 114年度醫院住院服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	113年預算估計值(註1,3)	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		45%(同113年)			46%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	106,882	113,225	5.93%	6,343	113,251	5.96%	6,369
北區	43,352	45,925	5.93%	2,573	46,043	6.21%	2,691
中區	55,954	59,274	5.93%	3,321	59,268	5.92%	3,314
南區	44,782	47,439	5.93%	2,657	47,382	5.81%	2,600
高屏	47,956	50,802	5.93%	2,846	50,766	5.86%	2,810
東區	9,193	9,738	5.93%	546	9,695	5.46%	502
全區	308,118	326,404	5.93%	18,286	326,404	5.93%	18,286

分區	113年預算估計值(註1,3)	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		47%			48%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	106,882	113,277	5.98%	6,395	113,303	6.01%	6,421
北區	43,352	46,160	6.48%	2,808	46,278	6.75%	2,926
中區	55,954	59,261	5.91%	3,308	59,255	5.90%	3,301
南區	44,782	47,325	5.68%	2,543	47,268	5.55%	2,486
高屏	47,956	50,730	5.78%	2,773	50,693	5.71%	2,737
東區	9,193	9,651	4.98%	458	9,607	4.51%	414
全區	308,118	326,404	5.93%	18,286	326,404	5.93%	18,286

註：1. 113年度預算以112年度之結算資料為基礎，依113年度所協定之一般服務成長率5.388%推估之，所採基期之112年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-44.665億元)及加回112年違規扣款(0.114億元)，門、住診服務預算比以45:55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住院服務預算 = 住院服務預算 $\times [0.45 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.55 \times \text{開辦前一年醫院住院醫療費用占率(S值)}]$ 。
- (2) 住院服務預算 = (一般服務預算 + 門診透析費用 - 品質保證保留款 - 風險調整移撥款 - 醫院附設門診回歸各分區之預算) $\times 0.55$ 。
- (3) 依本會112.6.28委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與113年品保款專款(5.015億元)合併運用(計約8.902億元)；113年醫院門診透析服務成長率1.586%，約239.875億元。
- (4) 113年度風險調整移撥款6億元，於地區預算分配前先行扣除。
2. 114年度預算以113.9.27第8次委員會議決議之付費者代表方案「一般服務成長率5.410%」推估之，所採基期之113年度一般服務預算已調整人口成長率差值(32.93億元)及加回113年違規扣款(0.121億元)，門、住診服務預算比暫以45:55進行試算。各分區預算推估方式如下：
 - (1) 各分區住院服務預算(以R值=45%為例) = 住院服務預算 $\times [0.45 \times \text{各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)} + 0.55 \times \text{開辦前一年醫院住院醫療費用占率(S值)}]$ 。
 - (2) 住院服務預算 = (一般服務預算 + 門診透析費用 - 品質保證保留款 - 風險調整移撥款 - 醫院附設門診回歸各分區之預算) $\times 0.55$ 。
 - (3) 依本會113.6.19委員會議決議：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與114年品保款專款(10.295億元)合併運用(計約14.182億元)；114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.872億元。
 - (4) 依台灣醫院協會113.10.7來文，於地區預算分配前，先提撥6億元為風險調整移撥款。
3. 本表估算113年度及114年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署112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1-3 114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	113年 預算 估計值	「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)」比率										
		門 診	52%(同113年)			53%			54%			
			預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額	預算			
台北 北區 中區 南區 高屏 東區	192,174	45%	203,850	6.08%	11,676	203,842	6.07%	11,669	203,835	6.07%	11,661	
	75,301		79,872	6.07%	4,570	79,937	6.16%	4,636	80,003	6.24%	4,702	
	96,612		102,475	6.07%	5,863	102,467	6.06%	5,856	102,460	6.05%	5,849	
	76,229		113	80,852	6.07%	4,623	80,831	6.04%	4,602	80,809	6.01%	4,580
	81,337		86,270	6.06%	4,933	86,244	6.03%	4,907	86,218	6.00%	4,880	
	14,575		15,457	6.05%	882	15,453	6.03%	878	15,450	6.00%	875	
台北 北區 中區 南區 高屏 東區	192,174	46%	203,876	6.09%	11,702	203,868	6.09%	11,695	203,861	6.08%	11,687	
	75,301		79,989	6.23%	4,688	80,055	6.31%	4,754	80,121	6.40%	4,820	
	96,612		102,468	6.06%	5,856	102,461	6.05%	5,849	102,454	6.05%	5,842	
	76,229		80,795	5.99%	4,566	80,773	5.96%	4,545	80,752	5.93%	4,523	
	81,337		86,234	6.02%	4,896	86,208	5.99%	4,870	86,181	5.96%	4,844	
	14,575		15,413	5.75%	838	15,409	5.73%	835	15,406	5.70%	831	
台北 北區 中區 南區 高屏 東區	192,174	47%	203,902	6.10%	11,728	203,894	6.10%	11,720	203,887	6.10%	11,713	
	75,301		80,107	6.38%	4,806	80,173	6.47%	4,872	80,239	6.56%	4,938	
	96,612		102,462	6.06%	5,850	102,454	6.05%	5,843	102,447	6.04%	5,836	
	76,229		80,738	5.91%	4,509	80,716	5.89%	4,487	80,694	5.86%	4,466	
	81,337		86,198	5.98%	4,860	86,171	5.94%	4,834	86,145	5.91%	4,808	
	14,575		15,369	5.45%	795	15,366	5.43%	791	15,362	5.40%	787	
全區	536,228		568,775	6.07%	32,547	568,775	6.07%	32,547	568,775	6.07%	32,547	

表1-4 112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) $=((A*B*B\text{占率})+(A*C*C\text{占率}))*D$				
	R值	S值	保險對象人數占率(A)	人口風險因素 年齡性別指數(B)	標準化死亡比(SMR)(C)	轉診型態校正比例(Trans)(D)	
門 診	台北	0.37245	0.37549	0.36939	0.99282	0.90496	1.03125
	北區	0.15310	0.12593	0.16644	0.92896	0.99438	0.97370
	中區	0.17682	0.17975	0.18078	0.98108	1.00453	0.98956
	南區	0.13359	0.14250	0.12608	1.07062	1.05610	0.98979
	高屏	0.14117	0.15197	0.13795	1.05356	1.10208	0.95980
	東區	0.02288	0.02437	0.01937	1.08300	1.21336	1.06227
參數占率		52%	48%	-	80%	20%	100%
住 院	台北	0.35125	0.34330	0.36939	0.98768	0.90496	
	北區	0.16053	0.12446	0.16644	0.92457	0.99438	
	中區	0.18051	0.18249	0.18078	0.98235	1.00453	
	南區	0.13570	0.15325	0.12608	1.08595	1.05610	
	高屏	0.14954	0.16065	0.13795	1.05500	1.10208	
	東區	0.02247	0.03586	0.01937	1.09664	1.21336	
參數占率		45%	55%	-	50%	50%	—

註：1.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，校正人口風險因子【年齡性別指數、SMR(標準化死亡比)】，門診部分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1-5 108~112年醫院總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	門診				
	108	109	110	111	112
台北	0.9875	0.9889	0.9899	0.9905	0.9928
北區	0.9293	0.9296	0.9278	0.9297	0.9290
中區	0.9778	0.9788	0.9789	0.9809	0.9811
南區	1.0777	1.0754	1.0762	1.0734	1.0706
高屏	1.0571	1.0559	1.0564	1.0550	1.0536
東區	1.0962	1.0912	1.0884	1.0848	1.0830
全區	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000

年 分區	住院				
	108	109	110	111	112
台北	0.9801	0.9823	0.9841	0.9850	0.9877
北區	0.9319	0.9301	0.9283	0.9262	0.9246
中區	0.9805	0.9813	0.9814	0.9824	0.9823
南區	1.0932	1.0907	1.0896	1.0890	1.0859
高屏	1.0542	1.0537	1.0543	1.0556	1.0550
東區	1.1073	1.1023	1.0975	1.0972	1.0966
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2-1 112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%	32.1%	35.8%	21,177
北區	16.6%	16.6%	14.0%	18,396
中區	18.1%	19.5%	18.0%	21,755
南區	12.6%	14.0%	14.3%	24,701
高屏	13.8%	15.5%	15.2%	23,992
東區	1.9%	2.3%	2.7%	30,836
全區	100.0%	100.0%	100.0%	21,838

表2-2 112較95年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	9.9%	2.5%	108.4%	89.6%
北區	19.3%	16.2%	117.2%	82.1%
中區	4.1%	2.8%	101.7%	93.8%
南區	-4.6%	-4.5%	93.8%	103.1%
高屏	-2.4%	-2.8%	94.0%	98.7%
東區	-12.2%	-9.0%	83.5%	109.2%
全區	5.8%	2.4%	103.1%	91.9%

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、108~112年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,931	8,753	8,769	8,738	8,653	8,716	785	9.9%
北區	3,292	3,803	3,838	3,869	3,890	3,927	635	19.3%
中區	4,099	4,297	4,299	4,291	4,259	4,266	166	4.1%
南區	3,117	3,072	3,057	3,027	2,986	2,975	-143	-4.6%
高屏	3,333	3,319	3,317	3,297	3,261	3,255	-79	-2.4%
東區	521	474	472	468	461	457	-64	-12.2%
全區	22,294	23,720	23,752	23,689	23,510	23,595	1,301	5.8%
年 分區	戶籍人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,337	7,640	7,608	7,502	7,442	7,523	187	2.5%
北區	3,354	3,807	3,834	3,839	3,850	3,898	544	16.2%
中區	4,438	4,582	4,578	4,554	4,539	4,562	124	2.8%
南區	3,421	3,333	3,317	3,290	3,268	3,268	-154	-4.5%
高屏	3,746	3,698	3,685	3,655	3,634	3,641	-105	-2.8%
東區	581	543	540	535	531	529	-52	-9.0%
全區	22,877	23,603	23,561	23,375	23,265	23,420	544	2.4%
年 分區	投保人口占率(%)						112較95年 增加值	
	95	108	109	110	111	112		
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%		1.4%
北區	14.8%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%		1.9%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%		-0.3%
南區	14.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%		-1.4%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%		-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%		-0.4%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		—
年 分區	戶籍人口占率(%)						112較95年 增加值	
	95	108	109	110	111	112		
台北	32.1%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%		0.1%
北區	14.7%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%		2.0%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%		0.1%
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%		-1.0%
高屏	16.4%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%		-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%		-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		—

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

表2-4 95、108~112年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
R-門診	38%	50%	51%	51%	51%	52%	14%	—
R-住院	38%	45%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	156,626	165,721	169,121	178,079	184,571	96,002	108.4%
北區	33,255	60,248	63,920	67,135	70,021	72,246	38,991	117.2%
中區	46,017	79,167	83,682	91,612	90,681	92,795	46,778	101.7%
南區	37,916	63,703	67,225	70,126	72,022	73,478	35,562	93.8%
高屏	40,254	67,332	70,921	75,567	76,482	78,087	37,833	94.0%
東區	7,678	12,277	13,027	13,643	13,866	14,093	6,414	83.5%
全區	253,690	439,353	464,497	487,204	501,152	515,271	261,581	103.1%

年 分區	平均每人預算數(元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	11,167	17,893	18,898	19,356	20,579	21,177	10,009	89.6%
北區	10,101	15,841	16,656	17,350	18,001	18,396	8,296	82.1%
中區	11,225	18,422	19,464	21,350	21,291	21,755	10,530	93.8%
南區	12,163	20,735	21,990	23,168	24,124	24,701	12,539	103.1%
高屏	12,076	20,286	21,383	22,923	23,455	23,992	11,915	98.7%
東區	14,744	25,901	27,608	29,155	30,079	30,836	16,093	109.2%
全區	11,379	18,523	19,556	20,566	21,317	21,838	10,459	91.9%

年 分區	預算數占率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	34.9%	35.6%	35.7%	34.7%	35.5%	35.8%	0.9%
北區	13.1%	13.7%	13.8%	13.8%	14.0%	14.0%	0.9%
中區	18.1%	18.0%	18.0%	18.8%	18.1%	18.0%	-0.1%
南區	14.9%	14.5%	14.5%	14.4%	14.4%	14.3%	-0.7%
高屏	15.9%	15.3%	15.3%	15.5%	15.3%	15.2%	-0.7%
東區	3.0%	2.8%	2.8%	2.8%	2.8%	2.7%	-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	108	109	110	111	112	
台北	3.0%	4.4%	5.8%	2.1%	5.3%	3.6%	
北區	7.9%	4.3%	6.1%	5.0%	4.3%	3.2%	
中區	4.6%	4.3%	5.7%	9.5%	-1.0%	2.3%	
南區	4.9%	4.3%	5.5%	4.3%	2.7%	2.0%	
高屏	5.3%	4.3%	5.3%	6.5%	1.2%	2.1%	
東區	2.2%	3.8%	6.1%	4.7%	1.6%	1.6%	
全區	4.5%	4.3%	5.7%	4.9%	2.9%	2.8%	

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

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

表3 91、108~112年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						112較91年 增加值	112較91年 成長率
	91	108	109	110	111	112		
台北	7,291	12,057	12,637	12,984	13,069	13,099	5,808	79.7%
北區	2,966	4,149	4,212	4,327	4,379	4,405	1,439	48.5%
中區	3,881	5,811	5,983	6,147	6,274	6,425	2,544	65.6%
南區	2,347	4,165	4,248	4,337	4,394	4,464	2,117	90.2%
高屏	3,298	5,100	5,277	5,441	5,584	5,631	2,333	70.7%
東區	573	860	896	916	918	912	339	59.2%
全區	20,356	32,142	33,253	34,152	34,618	34,936	14,580	71.6%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						112較91年 增加值	112較91年 成長率
	91	108	109	110	111	112		
台北	10.1	15.8	16.6	17.3	17.6	17.4	7.3	72.1%
北區	9.3	10.9	11.0	11.3	11.4	11.3	2.0	21.4%
中區	8.9	12.7	13.1	13.5	13.8	14.1	5.2	58.4%
南區	6.9	12.5	12.8	13.2	13.4	13.7	6.8	99.4%
高屏	8.8	13.8	14.3	14.9	15.4	15.5	6.7	75.5%
東區	9.6	15.8	16.6	17.1	17.3	17.2	7.6	79.3%
全區	9.0	13.6	14.1	14.6	14.9	14.9	5.9	65.0%

表4 91、108~112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)						112較91年 增加值	112較91年 成長率
	91	108	109	110	111	112		
台北	20,873	22,366	22,938	23,280	23,650	23,564	2,691	12.9%
北區	10,275	10,301	10,654	10,930	11,142	10,960	685	6.7%
中區	13,024	15,311	15,466	15,735	15,862	15,787	2,763	21.2%
南區	9,136	10,755	10,808	10,896	10,882	10,899	1,763	19.3%
高屏	11,732	12,693	12,862	13,046	13,178	13,064	1,332	11.4%
東區	2,213	1,967	1,971	1,983	2,023	2,000	-213	-9.6%
全區	67,253	73,393	74,699	75,870	76,737	76,274	9,021	13.4%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						112較91年 增加值	112較91年 成長率
	91	108	109	110	111	112		
台北	29.0	29.3	30.2	31.0	31.8	31.3	2.4	8.1%
北區	32.3	27.1	27.8	28.5	28.9	28.1	-4.1	-12.8%
中區	29.8	33.4	33.8	34.6	34.9	34.6	4.8	16.0%
南區	26.7	32.3	32.6	33.1	33.3	33.4	6.7	25.1%
高屏	31.4	34.3	34.9	35.7	36.3	35.9	4.5	14.4%
東區	37.1	36.2	36.5	37.1	38.1	37.8	0.7	1.8%
全區	29.9	31.1	31.7	32.5	33.0	32.6	2.7	9.1%

資料來源：113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	4,138	4,779	4,565	4,400	4,716	4,814	676	16.3%
北區	2,087	2,423	2,367	2,286	2,489	2,584	497	23.8%
中區	2,420	2,878	2,750	2,696	2,828	2,946	526	21.8%
南區	1,719	1,908	1,825	1,783	1,861	1,947	228	13.3%
高屏	2,083	2,165	2,078	2,035	2,103	2,220	137	6.6%
東區	320	336	324	312	326	344	24	7.6%
全區	11,849	13,491	12,950	12,618	13,342	13,784	1,935	16.3%

年 分區	住院就醫人數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	515	620	582	527	543	611	96	18.6%
北區	275	306	283	260	267	304	29	10.4%
中區	352	428	406	387	389	438	86	24.5%
南區	249	297	278	266	260	287	38	15.4%
高屏	314	350	326	307	305	342	28	9.0%
東區	54	56	53	50	48	54	-0.04	-0.1%
全區	1,716	2,023	1,895	1,769	1,784	2,004	288	16.8%

年 分區	門診就醫率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	52.2%	54.6%	52.1%	50.4%	54.5%	55.2%	3.1%
北區	63.4%	63.7%	61.7%	59.1%	64.0%	65.8%	2.4%
中區	59.0%	67.0%	64.0%	62.8%	66.4%	69.1%	10.0%
南區	55.2%	62.1%	59.7%	58.9%	62.3%	65.5%	10.3%
高屏	62.5%	65.2%	62.6%	61.7%	64.5%	68.2%	5.7%
東區	61.5%	70.9%	68.6%	66.7%	70.7%	75.4%	13.9%
全區	53.1%	56.9%	54.5%	53.3%	56.8%	58.4%	5.3%
差值	11.2%	16.3%	16.6%	16.3%	16.2%	20.1%	—

年 分區	住院就醫率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	6.5%	7.1%	6.6%	6.0%	6.3%	7.0%	0.5%
北區	8.4%	8.1%	7.4%	6.7%	6.9%	7.7%	-0.6%
中區	8.6%	10.0%	9.5%	9.0%	9.1%	10.3%	1.7%
南區	8.0%	9.7%	9.1%	8.8%	8.7%	9.6%	1.7%
高屏	9.4%	10.5%	9.8%	9.3%	9.3%	10.5%	1.1%
東區	10.4%	11.8%	11.2%	10.8%	10.5%	11.8%	1.4%
全區	7.7%	8.5%	8.0%	7.5%	7.6%	8.5%	0.8%
差值	3.9%	4.8%	4.5%	4.7%	4.2%	4.8%	-

資料來源：113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、108~112年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	27,064	35,453	33,999	31,979	34,923	37,508	10,444	38.6%
北區	10,930	14,175	13,668	13,052	14,386	15,457	4,527	41.4%
中區	15,246	20,207	19,426	19,164	20,256	21,840	6,594	43.2%
南區	10,113	13,279	13,033	12,916	13,437	14,324	4,211	41.6%
高屏	13,439	15,065	14,818	14,668	15,150	16,580	3,140	23.4%
東區	2,033	2,321	2,257	2,202	2,270	2,476	442	21.8%
全區	78,826	100,500	97,200	93,981	100,421	108,184	29,358	37.2%

年 分區	平均每人門診就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	3.41	4.05	3.88	3.66	4.04	4.30	0.89	26.1%
北區	3.32	3.73	3.56	3.37	3.70	3.94	0.62	18.6%
中區	3.72	4.70	4.52	4.47	4.76	5.12	1.40	37.7%
南區	3.24	4.32	4.26	4.27	4.50	4.82	1.57	48.4%
高屏	4.03	4.54	4.47	4.45	4.65	5.09	1.06	26.3%
東區	3.90	4.90	4.78	4.71	4.92	5.42	1.51	38.8%
全區	3.54	4.24	4.09	3.97	4.27	4.59	1.05	29.7%
倍數	1.24	1.31	1.34	1.40	1.33	1.38	—	—

年 分區	住院件數(千件)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	759	1,066	1,019	907	927	1,055	296	39.0%
北區	373	476	444	403	412	471	98	26.3%
中區	519	744	720	687	690	775	256	49.3%
南區	371	504	478	456	443	485	114	30.6%
高屏	462	576	547	513	506	569	107	23.1%
東區	79	108	103	99	97	106	27	33.5%
全區	2,563	3,474	3,313	3,065	3,075	3,460	897	35.0%

年 分區	平均每人住院就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	0.096	0.122	0.116	0.104	0.107	0.121	0.025	26.5%
北區	0.113	0.125	0.116	0.104	0.106	0.120	0.007	5.9%
中區	0.127	0.173	0.168	0.160	0.162	0.182	0.055	43.4%
南區	0.119	0.164	0.156	0.151	0.148	0.163	0.044	36.9%
高屏	0.139	0.173	0.165	0.156	0.155	0.175	0.036	26.0%
東區	0.152	0.228	0.219	0.211	0.210	0.232	0.079	52.1%
全區	0.115	0.146	0.139	0.129	0.131	0.147	0.032	27.5%
倍數	1.59	1.87	1.89	2.03	1.98	1.93	—	—

資料來源：113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	47,780	103,590	105,619	107,170	114,985	122,597	74,817	156.6%
北區	18,008	39,260	40,050	40,870	44,122	47,080	29,072	161.4%
中區	26,120	57,948	58,683	61,305	64,349	68,043	41,923	160.5%
南區	17,708	40,845	40,582	42,119	43,845	45,609	27,901	157.6%
高屏	20,865	41,094	41,886	44,079	45,859	48,565	27,700	132.8%
東區	3,782	6,974	7,257	7,510	7,684	8,214	4,432	117.2%
全區	134,264	289,712	294,078	303,054	320,844	340,108	205,844	153.3%
年 分區	住院費用點數(百萬點)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	48,828	76,460	78,130	75,468	78,629	86,881	38,053	77.9%
北區	20,849	31,186	31,033	30,734	31,677	34,865	14,015	67.2%
中區	28,529	46,170	47,428	48,600	49,857	53,890	25,360	88.9%
南區	21,267	33,094	33,519	33,958	33,902	36,462	15,195	71.4%
高屏	24,691	37,483	38,118	38,569	38,686	41,888	17,198	69.7%
東區	5,196	6,959	7,213	7,360	7,351	7,914	2,718	52.3%
全區	149,360	231,352	235,441	234,690	240,102	261,900	112,540	75.3%
年 分區	平均每人門診費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	6,024	11,834	12,044	12,265	13,288	14,066	8,042	133.5%
北區	5,470	10,323	10,436	10,562	11,343	11,988	6,518	119.2%
中區	6,372	13,484	13,649	14,287	15,108	15,952	9,580	150.4%
南區	5,680	13,295	13,275	13,915	14,686	15,332	9,652	169.9%
高屏	6,260	12,381	12,629	13,372	14,063	14,921	8,662	138.4%
東區	7,262	14,713	15,379	16,049	16,668	17,973	10,711	147.5%
全區	6,022	12,214	12,381	12,793	13,647	14,414	8,392	139.4%
倍數	1.33	1.43	1.47	1.52	1.47	1.50	—	—
年 分區	平均每入住院費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	6,156	8,735	8,910	8,637	9,086	9,968	3,812	61.9%
北區	6,333	8,200	8,086	7,943	8,144	8,878	2,545	40.2%
中區	6,959	10,744	11,031	11,326	11,706	12,634	5,675	81.5%
南區	6,822	10,772	10,964	11,219	11,355	12,257	5,435	79.7%
高屏	7,407	11,293	11,493	11,700	11,864	12,870	5,463	73.7%
東區	9,977	14,681	15,286	15,728	15,946	17,317	7,340	73.6%
全區	6,699	9,754	9,912	9,907	10,213	11,100	4,400	65.7%
倍數	1.62	1.79	1.89	1.98	1.96	1.95	—	—
年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	49.5%	57.5%	57.5%	58.7%	59.4%	58.5%	9.1%	
北區	46.3%	55.7%	56.3%	57.1%	58.2%	57.5%	11.1%	
中區	47.8%	55.7%	55.3%	55.8%	56.3%	55.8%	8.0%	
南區	45.4%	55.2%	54.8%	55.4%	56.4%	55.6%	10.1%	
高屏	45.8%	52.3%	52.4%	53.3%	54.2%	53.7%	7.9%	
東區	42.1%	50.1%	50.2%	50.5%	51.1%	50.9%	8.8%	
全區	47.3%	55.6%	55.5%	56.4%	57.2%	56.5%	9.2%	

資料來源：113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8-1 105~112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
105Q1	0.8636	0.9207	0.9122	0.8918	0.9434	0.9181	0.8963	6	2	4	5	1	3
105Q2	0.8814	0.9221	0.9161	0.8650	0.9147	0.9185	0.8973	5	1	3	6	4	2
105Q3	0.8351	0.8836	0.8870	0.8595	0.9251	0.9100	0.8764	6	4	3	5	1	2
105Q4	0.8147	0.8828	0.9037	0.8580	0.9086	0.8846	0.8661	6	4	2	5	1	3
106Q1	0.8704	0.9075	0.8990	0.8514	0.9348	0.9218	0.8861	5	3	4	6	1	2
106Q2	0.8846	0.9082	0.9225	0.8640	0.9343	0.9087	0.8984	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.8323	0.8780	0.8912	0.8545	0.9086	0.8880	0.8726	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.8265	0.8959	0.8853	0.8622	0.9203	0.8789	0.8694	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.8173	0.8841	0.8525	0.8642	0.9129	0.8678	0.8591	6	2	5	4	1	3
107Q2	0.8428	0.9018	0.9067	0.8838	0.9138	0.8626	0.8770	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.8195	0.9010	0.8905	0.8792	0.9298	0.8899	0.8731	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.8470	0.8943	0.8745	0.8571	0.9017	0.8643	0.8705	6	2	3	5	1	4
108Q1	0.8633	0.8842	0.8748	0.8855	0.9250	0.8751	0.8804	6	3	5	2	1	4
108Q2	0.8717	0.8678	0.8844	0.8761	0.9139	0.8958	0.8822	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.8762	0.8968	0.8816	0.8869	0.9138	0.8808	0.8873	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.8528	0.8830	0.8817	0.8860	0.9146	0.8539	0.8794	6	3	4	2	1	5
109Q1~Q2	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492	6	2	5	1	3	4
109Q3	0.8419	0.8638	0.8776	0.8925	0.9175	0.8797	0.8862	6	5	4	2	1	3
109Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.8434	0.9182	0.8749	0.9179	0.9301	0.8741	0.8856	6	2	4	3	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.8724	0.9504	0.8970	1.0137	0.9600	0.8913	0.9224	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9776	1.0266	0.9466	1.0374	1.0509	1.1156	0.9872	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.8664	0.9338	0.9050	1.0161	1.0170	1.0058	0.9405	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9171	0.9627	0.9065	1.0119	0.9960	1.0054	0.9475	5	4	6	1	3	2
112Q1	0.8530	0.8938	0.8536	0.9780	0.9288	0.9309	0.9005	6	4	5	1	3	2
112Q2	0.8708	0.9086	0.8931	0.9913	0.9364	0.9093	0.9071	6	4	5	1	2	3
112Q3	0.8808	0.9447	0.8949	0.9901	0.9582	0.9152	0.9176	6	3	5	1	2	4
112Q4	0.8558	0.9366	0.8842	0.9834	0.9343	0.9484	0.9063	6	3	5	1	4	2

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

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

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

點值；112年點值之計算，未包含由112年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及
112年公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表8-2 105~112年醫院總額各季平均點值分布情形

年季 分區	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
105Q1	0.9236	0.9645	0.9476	0.9381	0.9618	0.9476	0.9395	6	1	3	5	2	3
105Q2	0.9315	0.9480	0.9493	0.9247	0.9466	0.9481	0.9387	5	3	1	6	4	2
105Q3	0.9098	0.9322	0.9351	0.9226	0.9526	0.9445	0.9266	6	4	3	5	1	2
105Q4	0.8983	0.9283	0.9421	0.9198	0.9425	0.9297	0.9208	6	4	2	5	1	3
106Q1	0.9246	0.9378	0.9397	0.9166	0.9562	0.9470	0.9333	5	4	3	6	1	2
106Q2	0.9322	0.9404	0.9522	0.9230	0.9568	0.9423	0.9395	5	4	2	6	1	3
106Q3	0.9086	0.9299	0.9371	0.9202	0.9438	0.9334	0.9243	6	4	2	5	1	3
106Q4	0.9044	0.9340	0.9332	0.9222	0.9488	0.9273	0.9234	6	2	3	5	1	4
107Q1	0.9004	0.9295	0.9166	0.9241	0.9450	0.9224	0.9179	6	2	5	3	1	4
107Q2	0.9095	0.9340	0.9421	0.9308	0.9442	0.9173	0.9271	6	3	2	4	1	5
107Q3	0.9007	0.9370	0.9354	0.9306	0.9539	0.9328	0.9249	6	2	3	5	1	4
107Q4	0.9137	0.9339	0.9275	0.9207	0.9390	0.9200	0.9239	6	2	3	4	1	5
108Q1	0.9215	0.9295	0.9272	0.9331	0.9515	0.9262	0.9299	6	3	4	2	1	5
108Q2	0.9254	0.9228	0.9317	0.9285	0.9454	0.9360	0.9299	5	6	3	4	1	2
108Q3	0.9278	0.9357	0.9304	0.9339	0.9456	0.9286	0.9329	6	2	4	3	1	5
108Q4	0.9186	0.9316	0.9316	0.9346	0.9469	0.9182	0.9293	5	3	3	2	1	6
109Q1~Q2	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707	6	3	5	1	2	4
109Q3	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338	6	4	5	2	1	3
109Q4	0.9264	0.9354	0.9329	0.9432	0.9556	0.9449	0.9361	6	4	5	3	1	2
110Q1	0.9166	0.9485	0.9290	0.9511	0.9562	0.9283	0.9343	6	3	4	2	1	5
110Q2	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q3	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
110Q4	0.8682	0.8903	0.8842	0.9036	0.9303	0.9108	0.8903	6	4	5	3	1	2
111Q1	0.9352	0.9689	0.9447	0.9995	0.9755	0.9418	0.9567	6	3	4	1	2	5
111Q2	0.9830	0.9975	0.9713	1.0094	1.0187	1.0404	0.9934	5	4	6	3	2	1
111Q3	0.9413	0.9739	0.9554	1.0058	1.0072	1.0020	0.9687	6	4	5	2	1	3
111Q4	0.9579	0.9766	0.9530	0.9998	0.9946	0.9969	0.9720	5	4	6	1	3	2
112Q1	0.9319	0.9534	0.9301	0.9855	0.9639	0.9654	0.9476	5	4	6	1	3	2
112Q2	0.9332	0.9502	0.9439	0.9870	0.9636	0.9496	0.9499	6	3	5	1	2	4
112Q3	0.9375	0.9642	0.9448	0.9868	0.9742	0.9527	0.9552	6	3	5	1	2	4
112Q4	0.9285	0.9634	0.9409	0.9849	0.9640	0.9691	0.9497	6	4	5	1	3	2

資料來源：健保署醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1. 平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)。

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

3. 因應COVID-19疫情影響，醫院總額110年第2、3季各醫院費用分別以108、109年同期之9成為基礎支付，無一般服務點值；112年點值之計算，未包含由112年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及112年公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

附件一

檔 號：

保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：251新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
聯絡人：林佩菽
電話：02-28083300分機52
傳真：02-28083304
電子郵件：peichiou@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

案

發文日期：中華民國113年10月7日
發文字號：院協健字第1130200555號
速別：速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：敬呈醫院部門114年全民健康保險醫療費用總額地區預算分配建議案，請鑑查。

說明：

訂

- 一、依 貴會113年7月5日衛部健字第1133360086號書函辦理。
- 二、有關旨揭議案，經本會113年7月4日全民健康保險專門會議並邀集各層級醫院協會代表研商，決議：114年醫院總額地區預算維持113年分配水準，即門診：住診醫療費用比維持45:55，門診服務（不含門診透析）預算52%依各地區校正人口風險因子及轉診型態：住診服務預算45%依各地區校正人口風險因子分配之。
- 三、風險調整移撥款續以6億為原則。

線



正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

- 壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：
- 一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」，及漸進促成「資源分布均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各區調適。(95.5.1 費協會座談會)
 - 二、制度應具延續性，若需變動，幅度不要過大，宜漸進調整，以減少衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
 - 三、「人口占率」達 100% 之 8 年期限，可視需要，事先議定方式延長，且每年變動比率以不超過 15% 為宜，以利各區調適及減緩衝擊。(95.5.1 費協會座談會)
 - 四、有關醫院總額部門供給面因素的影響，可考慮於醫院年度總額預算分配中，納入供給面的考量，並配合年度總額的協商與醫療體系的規劃，建立合理的連動機制。對於已發生影響者，可採以逐年攤回方式，公平處理。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 五、對於地區預算分配公式之檢討修正，請各總額部門針對爭議性議題，先尋求內部共識。有共識之處，原則予以尊重，並循行政程序處理；未獲共識處，再由本署召開會議研處。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 六、跨區就醫點值採計方式，尊重各總額部門之共識。(95.12.18 衛生署座談會)
 - 七、目前已有公式維持不變之共識，至於各項校正指標及其權重是否合理，可進一步討論，例如「SMR」可考量是否作為住院的校正因子較為適宜等。在無共識的情況下，政策不宜驟然大幅變動，以漸進改革為宜。(98.8.6 衛生署座談會)
 - 八、地區預算分配以「錢跟著人走」為概念，期保障民眾就醫的公平性，以漸進方式，並考量各總額部門之特性，增進地區預算分配

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

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

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

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

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

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

一、研究結論

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

(二)分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入

罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。

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

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

二、政策建議

(一)短期

1. 地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

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

2. 中醫部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制：

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

3. 可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

4. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

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

(二)中期

1. 預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

建議各部門總額可提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標，

作為進一步研商地區預算分配公式之參考。

2. 可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

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

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需要：

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

第二案

提案單位：本會第三組

案由：114 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 114 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(113)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(113.10.7 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)業於 113.10.11 函送 114 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配暨風險調整移撥款建議方案(詳附件一，第 143 頁)，爰排入本次會議討論。

二、114 年度西醫基層醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(113.9.27)決議，協商結論為：付費者代表及西醫基層代表未能達成共識，爰依本會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者及西醫基層代表之建議方案當中各提一案，報請主管機關決定。

三、西醫基層總額歷年一般服務地區預算執行概況：

(一) 地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(二) 分配事項：

1. 分配參數：「各地區保險對象人數校正風險因子後之數值」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。

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

3. 分配方式：

(1) 依費協會 92.12.26 公告、衛生署(衛福部前身)及費協會

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

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

(三)分配參數中，R 值、S 值占率於各年協定情形：

年 項目	90.7~ 91.12	92	93	94	95	96	97	98~ 104	105~ 107	108	109~ 111	112~ 113
R	5%	15%	25%	40%	60%	65%	試辦	65%	66%	67%	68%	69%
S	95%	85%	75%	60%	40%	35%	計畫	35%	34%	33%	32%	31%

註：1.R 值：保險對象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

2.SMR 及 Trans 兩項校正因子則以 4 年(前 5 年~前 2 年)數值加權計算，98 年為 15%、15%、30%、40%；99 年為 40%、40%、5%、15%；100~113 年則各為 25%。

3.健保署與西醫基層部門訂有微調機制，98~108 年微調方式詳附件二。

(四)歷年風險調整移撥款協定情形：

109~113 年西醫基層總額風險調整移撥款每年均為 6 億元，多用於保障東區浮動點值每點 1 元，以及撥補特定分區或點值落後地區。歷年地區預算執行概況詳附件二，第 144~146 頁。

四、醫全會來函，有關 114 年度地區預算分配之建議方案，經該會召開會議未獲共識，內容摘要如下：

(一)114 年度 R 值占率：

對於 R 值占率是否前進，未獲共識，其中臺北區建議 100%(前進 31%)、北區建議 70%(前進 1%)、東區無意見、其餘 3 分區建議維持 69%。

(二)風險調整移撥款：

建議待 R 值占率確認後，再提出風險調整移撥款額度、用途及執行細節。

五、健保署對醫全會來函內容之執行面意見及移撥款執行結果回復詳附件四(資料後附)。

六、114 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 105.2 百萬元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數(R 值)分配比率：

1.醫全會未提出共識建議。

2.依衛福部 112 年公告事項，西醫基層總額地區預算分配之 R 值占率「每 2 年增加 1%，逐步調至 75% 後再作評估」，查 113 年度西醫基層總額 R 值占率維持 69%(同 112 年度)，依前揭衛福部公告，114 年度須調升至 70%(調升 1%)。

(二)風險調整移撥款：

是否同意醫全會建議，於本次會議議定 R 值占率後，再由該會依會議結論，提出風險調整移撥款額度、用途，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議。

七、依 114 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 113 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一)模擬 114 年度依不同「各地區校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率(成長率以付費者代表方案及醫界代表方案之平均值估算)，及假設提撥 6 億元「風險調整移撥款」，分配之各區預算估計值如表 1-1(第 134 頁)。

(二)提供 112 年地區預算分配參數、歷年各區人口年齡性別指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-2~表 6-2，第 135~142 頁)。

(三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件三，第 147~149 頁。

擬辦：

- 一、確認 114 年度西醫基層總額地區預算 R 值占率。
- 二、請西醫基層總額相關團體依會議結論，提送建議之風險調整移撥款額度、用途，提第 10 次委員會議(113.11.20)討論。

決議：

表1-1 114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113年額度6億元暫列)

分區	113年度預算估計值 (註1,3)	「各地區保險對象校正風險後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		69%(同113年度)			70%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	43,770	45,992	5.08%	2,222	46,005	5.11%	2,235
北區	20,476	21,484	4.93%	1,009	21,549	5.24%	1,073
中區	24,489	25,610	4.58%	1,122	25,603	4.55%	1,114
南區	18,867	19,777	4.82%	910	19,732	4.58%	865
高屏	20,908	21,934	4.91%	1,026	21,919	4.84%	1,011
東區	2,636	2,751	4.35%	115	2,741	3.97%	105
全區	131,145	137,549	4.88%	6,403	137,549	4.88%	6,403

分區	113年度預算估計值 (註1,3)	「各地區保險對象校正風險後之數值(R值)」比率(註2,3)					
		71%			72%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	43,770	46,018	5.14%	2,248	46,032	5.17%	2,262
北區	20,476	21,614	5.56%	1,138	21,678	5.87%	1,203
中區	24,489	25,596	4.52%	1,107	25,589	4.49%	1,100
南區	18,867	19,686	4.34%	819	19,641	4.10%	774
高屏	20,908	21,904	4.77%	996	21,889	4.69%	981
東區	2,636	2,731	3.59%	95	2,720	3.20%	84
全區	131,145	137,549	4.88%	6,403	137,549	4.88%	6,403

註：1. 113年度預算以112年度之結算資料為基礎，依113年度所協定之一般服務成長率4.475%推估之，所採基期之112年度一般服務預算已調整人口成長率差值(-11.24億元)及加回112年違規扣款(1.52億元)。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區預算 = 一般服務預算 $\times [0.69 \times \text{各地區保險對象校正人口風險因子及轉診型態後之數值(R值)} + 0.31 \times 89\text{年西醫基層申報醫療費用(S值)}]$ 。前項113年度一般服務預算已扣除106年度品質保證保留款1.052億元、風險調整移撥款6億元、112年調升護理人力診察費6.593億元及113年調升護理人力診察費6.593億元。
- (2) 依112.6.28委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與113年度品質保證保留款(1.262億元)合併運用(計2.314億元)」。
- (3) 未調校風險調整移撥款。
2. 114年度西醫基層總額協商為兩案併陳，因兩案之一般服務成長率差距大，故114年度預算以113.9.27第8次委員會議決議之付費者代表方案一般服務成長率(1.851%)及醫界代表方案一般服務成長率(6.391%)之平均4.121%推估，所採基期之113年一般服務預算已調整人口成長率差值(8.17億元)及加回113年違規扣款(0.62億元)。各分區預算推估方式如下：
 - (1) 各分區預算(以R值=69%為例) = $[0.69 \times \text{各地區保險對象校正人口風險因子及轉診型態後之數值(R值)} + 0.31 \times 89\text{年西醫基層申報醫療費用(S值)}]$ 。前項113年度一般服務預算已扣除106年度品質保證保留款1.052億元、風險調整移撥款6億元、112年調升護理人力診察費6.593億元及113年調升護理人力診察費6.593億元。
 - (2) 依113.6.19委員會議決議「原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(1.052億元)，與114年度品質保證保留款(1.284億元)合併運用(計2.336億元)」。
 - (3) 參照113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113年度及114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112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(113年採108~111年數值、114年採109~112年數值)加權計算，4年數值權重皆為25%。各分區最終之實際預算，仍以健保署結算資料為準。

表1-2 112年度西醫基層總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數		R值校正因子(註) $=((A*B*B\text{占率})+(A*C*C\text{占率}))*D$			
	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	0.33592	0.32772	0.36939	0.99944	0.88442	0.92074
北區	0.17103	0.12381	0.16644	0.96328	0.98812	1.06746
中區	0.18624	0.18988	0.18078	0.99104	1.01500	1.03676
南區	0.13323	0.16659	0.12607	1.03097	1.06711	1.01886
高屏	0.15553	0.16696	0.13794	1.02361	1.11177	1.09042
東區	0.01805	0.02506	0.01937	1.04008	1.28587	0.87202

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

2.各項參數均採4季均值。

表1-3 108~112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				
	108	109	110	111	112
台北	0.99592	0.99615	0.99657	0.99815	0.99944
北區	0.96134	0.95968	0.95892	0.96933	0.96328
中區	0.98737	0.98793	0.98817	0.99235	0.99104
南區	1.03906	1.03978	1.04002	1.02828	1.03097
高屏	1.02783	1.02845	1.02898	1.02049	1.02361
東區	1.05220	1.05171	1.04934	1.03618	1.04008
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2-1 112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%	32.1%	33.4%	4,920
北區	16.6%	16.6%	15.6%	5,108
中區	18.1%	19.5%	18.7%	5,618
南區	12.6%	14.0%	14.3%	6,176
高屏	13.8%	15.5%	15.9%	6,256
東區	1.9%	2.3%	2.1%	5,843
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,438

表2-2 112較95年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^{註1}	戶籍人口 成長率 ^{註1}	一般服務預算 成長率 ^{註2}	平均每人預算 成長率 ^{註2}
台北	9.9%	2.5%	66.6%	51.6%
北區	19.3%	16.2%	81.2%	51.9%
中區	4.1%	2.8%	58.2%	52.0%
南區	-4.6%	-4.5%	43.8%	50.7%
高屏	-2.4%	-2.8%	62.6%	66.5%
東區	-12.2%	-9.0%	40.8%	60.4%
全區	5.8%	2.4%	62.1%	53.2%

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

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

表2-3 95、108~112年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,931	8,753	8,769	8,738	8,653	8,716	785	9.9%
北區	3,292	3,803	3,838	3,869	3,890	3,927	635	19.3%
中區	4,099	4,297	4,299	4,291	4,259	4,266	166	4.1%
南區	3,117	3,072	3,057	3,027	2,986	2,975	-143	-4.6%
高屏	3,333	3,319	3,317	3,297	3,261	3,255	-79	-2.4%
東區	521	474	472	468	461	457	-64	-12.2%
全區	22,294	23,720	23,752	23,689	23,510	23,595	1,301	5.8%

年 分區	戶籍人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,337	7,640	7,608	7,502	7,442	7,523	187	2.5%
北區	3,354	3,807	3,834	3,839	3,850	3,898	544	16.2%
中區	4,438	4,582	4,578	4,554	4,539	4,562	124	2.8%
南區	3,421	3,333	3,317	3,290	3,268	3,268	-154	-4.5%
高屏	3,746	3,698	3,685	3,655	3,634	3,641	-105	-2.8%
東區	581	543	540	535	531	529	-52	-9.0%
全區	22,877	23,603	23,561	23,375	23,265	23,420	544	2.4%

年 分區	投保人口數占率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	1.4%
北區	14.8%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	1.9%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	-1.4%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	-0.4%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	32.1%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	0.1%
北區	14.7%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	2.0%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	-1.0%
高屏	16.4%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

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

表2-4 95、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	25,747	38,396	39,784	41,196	41,978	42,884	17,137	66.6%
北區	11,072	17,457	18,404	19,079	19,623	20,060	8,988	81.2%
中區	15,148	21,695	22,630	23,365	23,725	23,965	8,817	58.2%
南區	12,771	17,155	17,601	18,098	18,130	18,370	5,599	43.8%
高屏	12,522	18,409	19,238	19,871	20,052	20,362	7,839	62.6%
東區	1,897	2,552	2,523	2,582	2,577	2,670	773	40.8%
全區	79,158	115,665	120,180	124,192	126,085	128,312	49,155	62.1%

年 分區	平均每人預算數(元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	3,246	4,386	4,537	4,715	4,851	4,920	1,674	51.6%
北區	3,363	4,590	4,796	4,931	5,045	5,108	1,745	51.9%
中區	3,695	5,048	5,263	5,445	5,570	5,618	1,923	52.0%
南區	4,097	5,584	5,758	5,979	6,073	6,176	2,079	50.7%
高屏	3,757	5,546	5,800	6,028	6,149	6,256	2,499	66.5%
東區	3,642	5,383	5,347	5,518	5,589	5,843	2,200	60.4%
全區	3,551	4,876	5,060	5,243	5,363	5,438	1,888	53.2%

年 分區	預算數占率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	32.5%	33.2%	33.1%	33.2%	33.3%	33.4%	0.9%
北區	14.0%	15.1%	15.3%	15.4%	15.6%	15.6%	1.6%
中區	19.1%	18.8%	18.8%	18.8%	18.8%	18.7%	-0.5%
南區	16.1%	14.8%	14.6%	14.6%	14.4%	14.3%	-1.8%
高屏	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	15.9%	15.9%	0.0%
東區	2.4%	2.2%	2.1%	2.1%	2.0%	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	108	109	110	111	112	
台北	2.0%	3.8%	3.6%	3.6%	1.9%	2.2%	
北區	8.0%	3.5%	5.4%	3.7%	2.9%	2.2%	
中區	1.0%	2.8%	4.3%	3.2%	1.5%	1.0%	
南區	0.3%	2.4%	2.6%	2.8%	0.2%	1.3%	
高屏	-1.4%	2.9%	4.5%	3.3%	0.9%	1.5%	
東區	-5.5%	1.7%	-1.1%	2.4%	-0.2%	3.6%	
全區	1.6%	3.2%	3.9%	3.3%	1.5%	1.8%	

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

註：1.本表不含門診透析、品質保留款、其他併同點值結算之專款項目，並扣減新醫療科技未導入部分。

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、108~112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)					112較89年 增加值	112較89年 成長率
	89 (開辦前)	108	109	110	111		
台北	3,415	5,394	5,539	5,565	5,760	5,921	2,506
北 区	1,252	2,196	2,254	2,296	2,364	2,468	1,216
中 区	2,037	3,269	3,327	3,363	3,417	3,481	1,444
南 区	1,517	2,255	2,305	2,323	2,350	2,438	921
高 屏	1,774	2,795	2,828	2,860	2,922	2,961	1,187
東 区	266	325	324	328	324	320	54
全 区	10,261	16,234	16,577	16,735	17,137	17,589	7,328
							71.4%

年 分區	每萬人口西醫診所醫師數					112較89年 增加值	112較89年 成長率
	89 (開辦前)	108	109	110	111		
台北	4.79	7.06	7.28	7.42	7.74	7.87	3.08
北 区	4.04	5.77	5.88	5.98	6.14	6.33	2.29
中 区	4.72	7.13	7.27	7.39	7.53	7.63	2.91
南 区	4.44	6.77	6.95	7.06	7.19	7.46	3.02
高 屏	4.77	7.56	7.68	7.82	8.04	8.13	3.37
東 区	4.44	5.98	6.00	6.13	6.10	6.05	1.61
全 区	4.61	6.88	7.04	7.16	7.37	7.51	2.90
							63.0%

資料來源：113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)×10,000。

表4 95、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	6,347	7,036	6,622	6,275	6,477	7,010	664	10.5%
北 区	3,127	3,689	3,501	3,351	3,502	3,853	725	23.2%
中 区	4,007	4,370	4,147	3,967	4,093	4,381	374	9.3%
南 区	3,076	3,176	3,026	2,895	2,953	3,154	77	2.5%
高 屏	3,283	3,438	3,258	3,122	3,189	3,418	134	4.1%
東 区	483	488	468	430	443	482	-1	-0.2%
全 区	18,665	20,342	19,442	18,727	19,222	20,388	1,723	9.2%

年 分區	門診就醫率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	80.0%	80.4%	75.5%	71.8%	74.8%	80.4%	0.4%
北 区	95.0%	97.0%	91.2%	86.6%	90.0%	98.1%	3.1%
中 区	97.7%	101.7%	96.5%	92.5%	96.1%	102.7%	5.0%
南 区	98.7%	103.4%	99.0%	95.7%	98.9%	106.0%	7.3%
高 屏	98.5%	103.6%	98.2%	94.7%	97.8%	105.0%	6.5%
東 区	92.8%	102.9%	99.2%	91.8%	96.0%	105.5%	12.8%
全 区	83.7%	85.8%	81.9%	79.1%	81.8%	86.4%	2.7%
差值	18.7%	23.2%	23.7%	23.8%	24.1%	25.6%	—

資料來源：113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	49,747	57,797	50,482	44,424	48,322	59,241	9,494	19.1%
北 区	23,367	28,196	24,751	22,021	24,161	30,079	6,712	28.7%
中 区	35,787	38,156	33,512	30,046	32,551	38,512	2,725	7.6%
南 区	28,412	28,635	25,705	23,284	24,453	28,363	-49	-0.2%
高 屏	30,171	32,441	29,153	26,736	27,906	32,505	2,334	7.7%
東 区	4,066	3,709	3,350	2,953	3,046	3,504	-561	-13.8%
全 区	171,550	188,934	166,953	149,464	160,439	192,205	20,654	12.0%

年 分區	平均每人門診就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	6.27	6.60	5.76	5.08	5.58	6.80	0.52	8.4%
北 区	7.10	7.41	6.45	5.69	6.21	7.66	0.56	7.9%
中 区	8.73	8.88	7.79	7.00	7.64	9.03	0.30	3.4%
南 区	9.11	9.32	8.41	7.69	8.19	9.53	0.42	4.6%
高 屏	9.05	9.77	8.79	8.11	8.56	9.99	0.94	10.3%
東 区	7.81	7.82	7.10	6.31	6.61	7.67	-0.14	-1.8%
全 区	7.69	7.97	7.03	6.31	6.82	8.15	0.45	5.9%
倍數	1.45	1.48	1.53	1.60	1.53	1.47	—	—

年 分區	門診費用點數(百萬點)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	25,155	36,898	35,390	34,644	37,687	43,393	18,238	72.5%
北 区	11,920	18,613	18,037	17,878	19,309	22,406	10,486	88.0%
中 区	18,035	24,969	24,106	23,938	25,734	28,694	10,659	59.1%
南 区	13,859	18,320	17,865	17,753	18,805	20,692	6,834	49.3%
高 屏	14,813	20,790	20,365	20,517	21,647	24,029	9,216	62.2%
東 区	2,100	2,612	2,562	2,509	2,602	2,820	719	34.2%
全 区	85,883	122,202	118,325	117,239	125,786	142,035	56,151	65.4%

年 分區	平均每人門診費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	3,172	4,215	4,036	3,965	4,355	4,979	1,807	57.0%
北 区	3,621	4,894	4,700	4,620	4,964	5,705	2,085	57.6%
中 区	4,399	5,810	5,607	5,579	6,042	6,727	2,328	52.9%
南 区	4,446	5,963	5,844	5,865	6,299	6,956	2,511	56.5%
高 屏	4,444	6,264	6,140	6,224	6,638	7,383	2,939	66.1%
東 区	4,033	5,511	5,429	5,361	5,645	6,170	2,137	53.0%
全 区	3,852	5,152	4,982	4,949	5,350	6,020	2,167	56.3%
倍數	1.40	1.49	1.52	1.57	1.52	1.48	—	—

資料來源：113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6-1 105~111年西醫基層總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	浮動點值							點值排序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
105Q1	0.8531	0.9129	0.8932	0.9464	0.9419	1.0327	0.9050	6	4	5	2	3	1
105Q2	0.9084	0.9677	0.9148	0.9844	0.9686	1.0756	0.9354	6	4	5	2	3	1
105Q3	0.9213	0.9742	0.9216	0.9888	0.9982	1.0534	0.9519	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.8933	0.9424	0.9049	0.9475	0.9641	1.0125	0.9283	6	4	5	3	2	1
106Q1	0.9631	1.0157	0.9789	0.9870	0.9636	1.0783	0.9709	6	2	4	3	5	1
106Q2	0.8792	0.9551	0.9475	0.9911	0.9513	1.0351	0.9413	6	3	5	2	4	1
106Q3	0.8984	0.9367	0.9076	0.9446	0.9409	1.0106	0.9223	6	4	5	2	3	1
106Q4	0.9349	0.9825	0.9482	0.9956	0.9793	1.0597	0.9565	6	3	5	2	4	1
107Q1	0.8745	0.9362	0.9226	0.9436	0.9219	1.0300	0.9206	6	3	4	2	5	1
107Q2	0.9476	0.9746	0.9621	1.0000	0.9765	1.1000	0.9606	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.8900	0.9551	0.9241	0.9758	0.9736	1.1000	0.9408	6	4	5	2	3	1
107Q4	0.9177	0.9567	0.9280	0.9799	0.9625	1.0915	0.9427	6	4	5	2	3	1
108Q1	0.9044	0.9724	0.9686	1.0114	0.9686	1.1149	0.9544	6	3	4	2	4	1
108Q2	0.9480	0.9883	0.9761	1.0238	0.9761	1.1439	0.9741	6	3	4	2	4	1
108Q3	0.8971	0.9480	0.9270	0.9562	0.9280	1.0528	0.9340	6	3	5	2	4	1
108Q4	0.8957	0.9399	0.9399	0.9869	0.9511	1.0740	0.9344	6	4	5	2	3	1
109 Q1~Q4 ^註	1.0558	1.1015	1.0677	1.0859	1.0623	1.1308	1.0503	6	2	4	3	5	1
110Q1	0.9606	1.0818	1.0821	1.0959	1.0709	1.1429	1.0466	6	4	3	2	5	1
110Q2	1.1875	1.1985	1.1481	1.1625	1.1047	1.2221	1.1439	3	2	5	4	6	1
110Q3	1.0752	1.1606	1.1279	1.1279	1.0991	1.1883	1.1211	6	2	3	4	5	1
110Q4	1.1314	1.1343	1.1085	1.1331	1.0944	1.2126	1.1205	4	2	5	3	6	1
111Q1	1.0200	1.1168	1.1073	1.1428	1.1111	1.1461	1.0923	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0484	1.1403	1.0865	1.1093	1.0562	1.2092	1.0808	6	2	4	3	5	1
111Q3	0.9195	0.9762	0.9799	0.9910	0.9765	1.0430	0.9801	6	5	3	2	4	1
111Q4	0.9184	0.9727	0.9695	0.9872	0.9726	1.0507	0.9569	6	3	5	2	4	1
112Q1	0.9138	0.9652	0.9810	1.0022	0.9599	1.0540	0.9561	6	4	3	2	5	1
112Q2	0.8270	0.8809	0.8877	0.9305	0.8929	1.0566	0.8873	6	5	4	2	3	1
112Q3	0.8183	0.8732	0.8800	0.9185	0.9022	1.0587	0.8695	6	5	4	2	3	1
112Q4	0.8130	0.8669	0.8735	0.9084	0.9019	1.0634	0.8637	6	5	4	2	3	1

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

註：因應COVID-19疫情影響，109年西醫基層總額採全年結算；112年點值之計算，未包含由112年其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及112年公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表6-2 105~112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
105Q1	0.9018	0.9448	0.9251	0.9634	0.9614	1.0196	0.9335	6	4	5	2	3	1
105Q2	0.9258	0.9692	0.9383	0.9856	0.9764	1.0451	0.9539	6	4	5	2	3	1
105Q3	0.9408	0.9806	0.9440	0.9917	0.9969	1.0371	0.9657	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.9262	0.9635	0.9338	0.9671	0.9771	1.0124	0.9491	6	4	5	3	2	1
106Q1	0.9637	1.0007	0.9810	0.9874	0.9748	1.0437	0.9795	6	2	4	3	5	1
106Q2	0.9224	0.9763	0.9642	0.9933	0.9664	1.0276	0.9577	6	3	5	2	4	1
106Q3	0.9220	0.9567	0.9358	0.9650	0.9589	1.0096	0.9438	6	4	5	2	3	1
106Q4	0.9472	0.9807	0.9607	0.9921	0.9831	1.0340	0.9688	6	4	5	2	3	1
107Q1	0.9170	0.9614	0.9466	0.9654	0.9491	1.0225	0.9435	6	3	5	2	4	1
107Q2	0.9510	0.9761	0.9705	0.9947	0.9801	1.0584	0.9717	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.9269	0.9703	0.9476	0.9851	0.9815	1.0663	0.9571	6	4	5	2	3	1
107Q4	0.9354	0.9686	0.9483	0.9854	0.9743	1.0617	0.9587	6	4	5	2	3	1
108Q1	0.9318	0.9780	0.9753	1.0050	0.9778	1.0728	0.9675	6	3	5	2	4	1
108Q2	0.9553	0.9892	0.9824	1.0157	0.9827	1.0924	0.9813	6	3	5	2	4	1
108Q3	0.9307	0.9684	0.9504	0.9753	0.9523	1.0450	0.9523	6	3	5	2	4	1
108Q4	0.9230	0.9579	0.9562	0.9878	0.9642	1.0464	0.9527	6	4	5	2	3	1
109 Q1~Q4 ^註	1.0183	1.0480	1.0402	1.0507	1.0361	1.0786	1.0357	6	3	4	2	5	1
110Q1	0.9844	1.0605	1.0570	1.0657	1.0484	1.0922	1.0329	6	3	4	2	5	1
110Q2	1.1024	1.1213	1.0995	1.1069	1.0698	1.1355	1.1008	4	2	5	3	6	1
110Q3	1.0690	1.1162	1.0899	1.0917	1.0683	1.1249	1.0843	5	2	4	3	6	1
110Q4	1.0860	1.0972	1.0768	1.0912	1.0651	1.1340	1.0843	4	2	5	3	6	1
111Q1	1.0301	1.0845	1.0756	1.0993	1.0754	1.1020	1.0652	6	3	4	2	5	1
111Q2	1.0308	1.0943	1.0619	1.0789	1.0420	1.1276	1.0567	6	2	4	3	5	1
111Q3	0.9598	1.0083	0.9921	1.0047	0.9888	1.0461	0.9859	6	2	4	3	5	1
111Q4	0.9408	0.9813	0.9790	0.9915	0.9813	1.0321	0.9694	6	4	5	2	3	1
112Q1	0.9382	0.9768	0.9860	1.0001	0.9734	1.0344	0.9692	6	4	3	2	5	1
112Q2	0.8850	0.9280	0.9255	0.9583	0.9295	1.0372	0.9192	6	4	5	2	3	1
112Q3	0.8661	0.9097	0.9141	0.9437	0.9309	1.0388	0.9057	6	5	4	2	3	1
112Q4	0.8622	0.9055	0.9097	0.9367	0.9315	1.0414	0.9019	6	5	4	2	3	1

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

註：因應COVID-19疫情影響，109年西醫基層總額採全年結算；112年點值之計算，未包含由112年其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及112年公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

附件一

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：106646臺北市大安區安和路1段29號
9樓
承辦人：吳韻婕
電話：(02)2752-7286分機154
傳真：(02)2771-8392
電子郵件：yulia@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

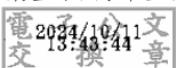
發文日期：中華民國113年10月11日
發文字號：全醫聯字第1130001284號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關114年西醫基層總額一般服務地區預算分配之建議方案，如說明段，請查照。

說明：

- 一、復貴會113年7月5日衛部健字第1133360086號書函。
- 二、依本會113年10月7日114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配會議第1次會議結論辦理。
- 三、有關R值是否前進，本會未獲共識。【臺北分會建議直接前進至100%；北區分會建議至少前進1%(R值70%)；中區分會、南屏分會、高屏分會建議維持不變(R值69%)；東區分會表示無意見。】
- 四、建議待R值確認後，本會再覆風險調整移撥款金額、用途及執行細節。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本： 2024/10/11
13:43:44

理事長 周慶明

113.10.11

第 1 頁，共 1 頁



1133340266

歷年地區預算執行概況

一、第一期(90.7~91.12)至 96 年：

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

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

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

(三)分配方式：

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

2.R 值分別為 5%、15%、25%、40%、60%、65%。

二、97 年：

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

(一)先撥 1.5 億予中區。

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

(三)前述分配方式所涉執行面部分，請中央健康保險局會同西醫基層團體議定之。

(四)須配合原則：

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

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

三、98~112 年：

回歸行政院衛生署(現改制為衛生福利部)規劃方式辦理：

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

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

(三)98~104 年 R/S 比值為 65/35，105~107 年 R/S 比值為 66/34，108 年 R/S 比值為 67/33，109~111 年 R/S 比值為 68/32，112

年 R/S 比值為 69/31，保險對象人數及人口結構校正比率均依預算當年人口計算。

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

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

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

3.100~112 年所採之 4 年權重各為 25%。

(五)微調機制：

1.98 及 99 年：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：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：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：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：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：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：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：提撥風險調整基金後，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：提撥風險調整基金後，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。

(六)風險調整基金/風險調整移撥款：

1.107 年：全年移撥 4.48 億元，用於撥補臺北區 3 億元、點值落後地區 1 億元，及東區 0.48 億元。

2.108 年：全年移撥 5 億元作為風險調整基金，用於撥補點值落後地區。

3.109 年：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。

4.110 年：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。

5.111 年：全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，其中 3 億元撥補臺北區，3 億元撥補點值落後地區(不含臺北區)。

6.112 年：全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，其中 3 億元撥補臺北區，3 億元優先用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元，其次為撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。

7.113 年：全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，其中 3 億元撥補臺北區，3 億元優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)、因占率前進而減少預算分區及點值落後地區(不含臺北區、東區)。

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

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

- 一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」及漸進促成「資源分配均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各區調適。(95.5.1 費協會座談會)
- 二、標準化死亡比(SMR)做為資源耗用之校正因子，可進一步驗證其合理性，但在無共識情況下，政策不宜驟然大幅變動，以漸進改革為宜。(95.11.3 衛生署座談會)
- 三、轉診型態因子(Trans)之權重及計算，可就過去經驗值評估檢討，避免「可操作」、「逆向」(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要 (unmet need)，建議可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求，以作為未來規劃醫療資源配置之參考。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：114 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 114 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(113)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(113.10.7 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 113.10.4 函送 114 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 167~182 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、114 年度中醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(113.9.27)決議，付費者代表及中醫代表達成共識方案，114 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 5.468%。
- 三、中醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況(詳附件二，第 183~185 頁)：
 - (一)第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(衛福部前身)交付方案，分六區以「各地區校正人口風險後保險對象人數」占率(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」占率(S 值)兩項參數協定後之比率分配地區預算。各年 R 值比率：89.7~90 為 5%；91 年為 15%；92 年為 20%；93 及 94 年為 30%。
 - (二)95 年至 98 年，採事後結算方式的試辦計畫，分配參數未含人口因素。
 - (三)99 年至 113 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)	年度 99 ~ 101	各參數占率(%)									
		102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111 、 112	113	
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	66	66	
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	14	15	
參數三 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率 (反映各分區民眾就醫情形)	5	5	9	9	9	9	9	10	10	9	
參數四 各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率 (反映各分區就醫人數、費用點數成長的合理狀況)	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	
參數五 當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率 (反映各分區醫師分布狀況)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
參數六 偏鄉人口預算分配調升機制 (1. 符合「偏鄉」定義之中醫院所，依該分區前1季浮動點值補至最高每點1元。2.若有剩餘款，則按指標1分配予各分區)	-	1	1	1	1	1	1	1	1	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」，協定情形如下表：

1. 戶籍人口數占率(分配參數二)：自 105 年 8% 至 113 年 15%，9 年間戶籍人口數占率計調升 8%，113 較 112 年調升 1%。

2. 風險調整移撥款：

(1)查 106 年~110 年，中醫自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 32~42 百萬元，撥補就醫率較高之分區，或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。

(2)112 年移撥 30 百萬元用於因新冠疫情影響，撥補就醫率上升而點值偏低之分區。

(3)113 年移撥 60 百萬元，其中 40 百萬元補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於第二低分區)；20 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

年 項目	99 ~ 101	102 ~ 103	104	105	106	107	108 ~ 110	111	112	113
戶籍人口 數占率	5%	6%	7%	8% (+1%)	11% (+3%)	11% (+0%)	13% (+2%)	14% (+1%)	14% (+0%)	15% (+1%)
風險調整移 撥款(萬元)	-	-	-	-	4,000	3,600	3,200~ 4,200	-	3,000	6,000

註：108~110 年風險調整移撥款分別為 3,200、4,200、3,500 萬元。

四、中全會函提 114 年地區預算分配建議方案，係依據該會於本年 10 月 3 日召開相關會議之決議事項辦理，建議方案詳附件一，第 167~182 頁，內容摘要如下：

(一) 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(同 113 年)：

- (1)各分區實際收入預算占率(參數一)：66%。
- (2)各分區戶籍人口數占率(參數二)：15%。
- (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)：9%。
- (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。

(二)風險調整移撥款：

- 1.提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 1.5 億元，由各季提撥 37.5 百萬元。
- 2.分配方式(略以)：逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用。

五、健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及移撥款執行結果回復詳附件四(資料後附)。

六、114 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 22.8 百萬元)地區預算分配方式，待討論事項如下：

(一)分配方式：

1.中全會建議：

- (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，同 113 年。

2.查本會 104.11.20 委員會議決議(略以)：「自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標」。自 105 年至 113 年 9 年期間，戶籍人口數占率

計調升 8%，尚未達 5 年調升 10% 之目標值。

3.近 3 年評核委員意見：

(1) 中醫地區預算分配參數「各分區戶籍人口數占率」相較其他總額部門，人口占率調升速度緩慢，仍有相當大的努力空間。

(2) 北區 112 年醫療費用點數成長快速，請檢討各區民眾醫療資源分配及利用的公平性，減少健康不平等。

(3) 112 年風險調整移撥款 30 百萬元均用於撥補北區點值，不符總額專業自主、分區管控之精神。

4.是否同意中全會建議，「各分區戶籍人口數占率」維持 15%，或予提高，請討論。

(二) 風險調整移撥款：是否同意中全會建議，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 1.5 億元，用於補助浮動點值最低分區，最高補至 0.9 元之差值，請討論。

七、依 114 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 113 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一) 模擬 114 年度依參數二「各分區去年同期戶籍人口數占比 15~18%」(依 113 年調整方式，參數二提升 1%，參數三「各分區每人於各分區就醫次數之權值占率」相對調降 1%) 之各分區預算估計值，如表 1-1(第 156 頁)。

(二) 提供 112 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~表 8-2，第 157~166 頁)。

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

擬辦：

- 一、確認 114 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(含風險調整移撥款)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，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

114年度中醫門診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114年額度1.5億元暫列)

表1-1 調升參數二占率(相對調降參數三占率)

單位：百萬元；%

分區	113年度 預算 ^(註1、3)	分配參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		15% (中全會建議方案，同113年)			16%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	8,989	9,514	5.840%	525	9,521	5.917%	532
北區	3,898	4,126	5.840%	228	4,134	6.063%	236
中區	7,761	8,214	5.840%	453	8,196	5.609%	435
南區	4,412	4,669	5.840%	258	4,670	5.860%	259
高屏	4,942	5,231	5.840%	289	5,233	5.869%	290
東區	683	724	6.128%	42	724	6.128%	42
全區	30,685	32,479	5.846%	1,794	32,479	5.846%	1,794

分區	113年度 預算 ^(註1、3)	分配參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		17%			18%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	8,989	9,528	5.994%	539	9,535	6.071%	546
北區	3,898	4,143	6.286%	245	4,152	6.509%	254
中區	7,761	8,178	5.378%	417	8,160	5.147%	399
南區	4,412	4,671	5.881%	259	4,672	5.901%	260
高屏	4,942	5,234	5.898%	291	5,235	5.926%	293
東區	683	724	6.128%	42	724	6.128%	42
全區	30,685	32,479	5.846%	1,794	32,479	5.846%	1,794

註：1.113年一般服務預算：

- (1)以112年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(-254.2百萬元)及加回112年度違規扣款34.5百萬元，依113年協定成長率4.979%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。
- (2)113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(60百萬元)後，依下列參數分配：
 - ①參數一：95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率：66%。
 - ②參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率：15%。
 - ③參數三：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
 - ④參數四：「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：4%。
 - ⑤參數五：「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%。
 - ⑥參數六：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「參數一」分配予各區)：1%。本表依112年實際執行情形估算，其中48.19%預算用於補偏鄉點值，剩餘51.81%預算按「參數一」分配。

2.114年一般服務預算：

- (1)以113年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(187.1百萬元)及加回113年度違規扣款4.0百萬元，依114年協定成長率5.468%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%，扣除風險調整移撥款(以1.5億元暫估)後，依上開參數分配。
- (2)預算模擬方式：參數二每增加1%，則參數三相對調降1%。
- 3.本表估算113年度及114年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署112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1-2 112年度中醫門診總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數					
	參數一：95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	參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率	參數三：各分區去年同期每個人於各分區就醫次數之權值占率	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	參數五：當年前三季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率	參數六：偏鄉人口預算分配調升機制
參數占率	66%	14%	10%	4%	5%	1%
台北	29.375%	32.713%	30.533%	29.554%	29.553%	25.064%
北區	12.096%	16.888%	14.137%	11.561%	12.193%	12.730%
中區	27.138%	19.975%	25.631%	27.303%	26.858%	21.963%
南區	14.761%	14.415%	14.134%	14.851%	14.739%	20.445%
高屏	16.630%	16.009%	15.566%	16.731%	16.658%	19.797%

註：1.112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一~參數六分配。

2.參數六「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「參數一」分配予各區，本項參數占率依111年實際執行情形估算，其中48.19%預算用於補偏鄉點值，剩餘51.81%預算按「參數一」分配。

3.各項參數均採4季均值。

表2-1 112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%	32.1%	29.3%	1,127
北區	16.6%	16.6%	12.8%	948
中區	18.1%	19.5%	25.4%	1,609
南區	12.6%	14.0%	14.3%	1,267
高屏	13.8%	15.5%	16.1%	1,276
東區	1.9%	2.3%	2.2%	1,220
全區	100%	100.0%	100.0%	1,236

表2-2 112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	9.9%	2.5%	68.1%	63.9%
北區	19.3%	16.2%	81.3%	56.0%
中區	4.1%	2.8%	54.6%	50.4%
南區	-4.6%	-4.5%	64.5%	72.3%
高屏	-2.4%	-2.8%	63.4%	68.1%
東區	-12.2%	-9.0%	65.4%	81.7%
全區	5.8%	2.4%	64.6%	60.8%

表2-3 108~112年各分區人口老化指數

年 分區\年	108	109	110	111	112
台北	128.0	137.3	147.1	157.9	169.6
北區	86.0	91.6	97.5	103.7	110.3
中區	106.0	113.1	121.0	128.3	135.8
南區	145.5	154.3	163.8	172.8	181.1
高屏	140.3	149.6	159.2	168.7	177.5
東區	141.8	150.6	159.8	168.0	176.4
全區	119.8	127.8	136.3	144.9	153.8

- 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歲以上老年戶籍人口數除以14歲以下幼年戶籍人口數。

表2-4 95、108~112年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)							112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111	112		
台北	7,931	8,716	8,753	8,769	8,738	8,653	8,716	785	9.9%
北區	3,292	3,776	3,803	3,838	3,869	3,890	3,927	635	19.3%
中區	4,099	4,289	4,297	4,299	4,291	4,259	4,266	166	4.1%
南區	3,117	3,088	3,072	3,057	3,027	2,986	2,975	-143	-4.6%
高屏	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	3,261	3,255	-79	-2.4%
東區	521	478	474	472	468	461	457	-64	-12.2%
全區	22,294	23,671	23,720	23,752	23,689	23,510	23,595	1,301	5.8%

年 分區	戶籍人口數(千人)							112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111	112		
台北	7,337	7,642	7,640	7,608	7,502	7,442	7,523	187	2.5%
北區	3,354	3,772	3,807	3,834	3,839	3,850	3,898	544	16.2%
中區	4,438	4,579	4,582	4,578	4,554	4,539	4,562	124	2.8%
南區	3,421	3,346	3,333	3,317	3,290	3,268	3,268	-154	-4.5%
高屏	3,746	3,703	3,698	3,685	3,655	3,634	3,641	-105	-2.8%
東區	581	547	543	540	535	531	529	-52	-9.0%
全區	22,877	23,589	23,603	23,561	23,375	23,265	23,420	544	2.4%

年 分區	投保人口數占率(%)							112較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	112	
台北	35.6%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	1.4%
北區	14.8%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	1.9%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	-1.4%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	-0.4%
全區	100%	100.0%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)							112較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	112	
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	0.1%
北區	14.7%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	2.0%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	-1.0%
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100%	100.0%	100%	100%	100.0%	100%	100%	—

表2-5 95、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	5,043	7,305	7,676	8,039	8,337	8,477	3,434	68.1%
北區	2,038	3,119	3,291	3,450	3,591	3,694	1,656	81.3%
中區	4,748	6,389	6,655	6,963	7,235	7,340	2,592	54.6%
南區	2,516	3,575	3,737	3,909	4,075	4,138	1,623	64.5%
高屏	2,844	4,010	4,204	4,392	4,581	4,645	1,802	63.4%
東區	390	556	582	608	632	646	255	65.4%
全區	17,579	24,955	26,145	27,360	28,452	28,941	11,363	64.6%

年 分區	平均每人預算數(元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	687	956	1,009	1,071	1,120	1,127	439	63.9%
北區	608	819	858	899	933	948	340	56.0%
中區	1,070	1,394	1,454	1,529	1,594	1,609	539	50.4%
南區	735	1,072	1,127	1,188	1,247	1,267	531	72.3%
高屏	759	1,085	1,141	1,201	1,261	1,276	517	68.1%
東區	671	1,023	1,079	1,136	1,189	1,220	549	81.7%
全區	768	1,057	1,110	1,170	1,223	1,236	467	60.8%

年 分區	預算數占率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	28.7%	29.3%	29.4%	29.4%	29.3%	29.3%	0.6%
北區	11.6%	12.5%	12.6%	12.6%	12.6%	12.8%	1.2%
中區	27.0%	25.6%	25.5%	25.4%	25.4%	25.4%	-1.6%
南區	14.3%	14.3%	14.3%	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%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	108	109	110	111	112
台北	2.6%	3.6%	5.1%	4.7%	3.7%	1.7%
北區	0.8%	3.9%	5.5%	4.8%	4.1%	2.9%
中區	4.9%	3.4%	4.2%	4.6%	3.9%	1.4%
南區	-0.8%	3.5%	4.6%	4.6%	4.2%	1.6%
高屏	1.7%	3.4%	4.8%	4.5%	4.3%	1.4%
東區	5.4%	3.7%	4.8%	4.4%	4.0%	2.1%
全區	2.4%	3.5%	4.8%	4.6%	4.0%	1.7%

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元所需費用及依112年總額協定事項扣減金額(一般服務「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「中醫小兒傷科照護品質」

及「特定疾病門診加強照護」等3項目，扣除當年度未執行之額度，分別為408.93、

、2.08及13.64百萬元；專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」，於一般服務扣減與本項重複部分之費用1.11百萬元)。

2.平均每人預算數=預算數/年底戶籍人口數。

表3 88~112年各分區中醫師分布情形

年 分區	總額開辦前 中醫師數	衛生福利部規劃之分配方式 中醫師數						94較88年 增加值	94較88年 成長率
		88	89	90	91	92	93		
	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 中醫師數	試辦計畫 中醫師數						112較94年 增加值	112較94年 成長率
		94	107	108	109	110	111		
台北	1,259	1,992	2,068	2,150	2,191	2,235	2,301	1,042	82.8%
北區	508	837	872	898	928	954	1,002	494	97.2%
中區	1,259	1,830	1,864	1,919	1,971	2,017	2,078	819	65.1%
南區	593	868	896	919	934	959	981	388	65.4%
高屏	616	958	985	1,017	1,051	1,086	1,119	503	81.7%
東區	73	138	153	164	160	157	161	88	120.5%
全區	4,308	6,623	6,838	7,067	7,235	7,408	7,642	3,334	77.4%

表4 88~112年全民健保各分區每萬人口中醫師數

年 分區	總額開辦前 中醫師數	衛生福利部規劃之分配方式 中醫師數						94較88年 增加值	94較88年 成長率
		88	89	90	91	92	93		
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 中醫師數	試辦計畫 每萬人口中醫師數						112較94年 增加值	112較94年 成長率
		94	107	108	109	110	111		
台北	1.73	2.61	2.71	2.83	2.92	3.00	3.06	1.33	77.0%
北區	1.54	2.22	2.29	2.34	2.42	2.48	2.57	1.04	67.4%
中區	2.85	4.00	4.07	4.19	4.33	4.44	4.55	1.71	59.9%
南區	1.73	2.59	2.69	2.77	2.84	2.93	3.00	1.27	73.4%
高屏	1.65	2.59	2.66	2.76	2.88	2.99	3.07	1.43	86.8%
東區	1.25	2.52	2.82	3.04	2.99	2.95	3.04	1.80	144.4%
全區	1.89	2.81	2.90	3.00	3.10	3.18	3.26	1.37	72.5%

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、90-112年：
113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	1,955	2,067	1,947	1,726	2,107	2,164	209	10.7%
北區	900	964	897	805	1,021	1,108	209	23.2%
中區	1,649	1,640	1,547	1,412	1,666	1,709	60	3.6%
南區	957	918	856	781	941	989	32	3.3%
高屏	1,051	1,011	949	866	1,027	1,063	12	1.1%
東區	138	134	130	117	137	140	2	1.4%
全區	6,419	6,501	6,119	5,541	6,684	7,174	755	11.8%

年 分區	就醫率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	26.65%	27.06%	25.59%	23.00%	28.31%	28.77%	2.12%
北區	26.83%	25.32%	23.39%	20.98%	26.52%	28.44%	1.61%
中區	37.16%	35.80%	33.78%	31.00%	36.70%	37.47%	0.31%
南區	27.98%	27.53%	25.80%	23.72%	28.81%	30.28%	2.29%
高屏	28.06%	27.35%	25.77%	23.70%	28.27%	29.19%	1.13%
東區	23.71%	24.74%	24.01%	21.93%	25.72%	26.42%	2.71%
全區	28.06%	27.54%	25.97%	23.70%	28.73%	30.63%	2.57%
差值	13.45%	11.06%	10.39%	10.02%	10.97%	11.04%	—

資料來源：113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	8,886	11,662	11,364	9,801	11,871	12,582	3,696	41.6%
北區	3,851	5,196	4,977	4,412	5,401	5,947	2,097	54.5%
中區	9,073	10,780	10,342	9,392	10,973	11,513	2,440	26.9%
南區	5,067	5,622	5,415	4,990	5,838	6,288	1,221	24.1%
高屏	5,492	6,325	6,157	5,655	6,550	6,994	1,501	27.3%
東區	613	748	747	669	740	764	151	24.6%
全區	32,981	40,333	39,002	34,919	41,371	44,088	11,107	33.7%

年 分區	平均每人門診就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	1.21	1.53	1.49	1.31	1.60	1.67	0.46	38.1%
北區	1.15	1.36	1.30	1.15	1.40	1.53	0.38	32.9%
中區	2.04	2.35	2.26	2.06	2.42	2.52	0.48	23.4%
南區	1.48	1.69	1.63	1.52	1.79	1.92	0.44	29.9%
高屏	1.47	1.71	1.67	1.55	1.80	1.92	0.45	31.0%
東區	1.05	1.38	1.38	1.25	1.39	1.44	0.39	37.0%
全區	1.44	1.71	1.66	1.49	1.78	1.88	0.44	30.6%
倍數	1.94	1.72	1.74	1.79	1.74	1.75	—	—

年 分區	平均每就醫人門診就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	4.54	5.64	5.84	5.68	5.63	5.81	1.27	27.9%
北區	4.28	5.39	5.55	5.48	5.29	5.37	1.09	25.4%
中區	5.50	6.57	6.69	6.65	6.59	6.74	1.23	22.4%
南區	5.29	6.13	6.33	6.39	6.20	6.36	1.06	20.1%
高屏	5.23	6.26	6.49	6.53	6.37	6.58	1.35	25.9%
東區	4.45	5.57	5.77	5.71	5.41	5.46	1.02	22.9%
全區	5.14	6.20	6.37	6.30	6.19	6.15	1.01	19.6%
倍數	1.29	1.22	1.20	1.21	1.25	1.26	—	—

資料來源：113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、108~112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)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	5,078	8,395	8,510	7,553	8,968	9,701	4,623	91.1%
北區	2,088	3,558	3,586	3,329	4,019	4,578	2,490	119.2%
中區	4,795	7,389	7,422	7,036	8,120	8,821	4,027	84.0%
南區	2,603	4,019	4,079	3,937	4,527	4,965	2,362	90.7%
高屏	2,926	4,550	4,661	4,432	5,070	5,523	2,597	88.7%
東區	346	580	615	597	652	704	358	103.3%
全區	17,837	28,491	28,874	26,885	31,356	34,293	16,456	92.3%

年 分區	平均每人門診費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	692	1,099	1,119	1,007	1,195	1,289	597	86.3%
北區	623	934	935	867	1,047	1,175	552	88.6%
中區	1,080	1,613	1,621	1,545	1,783	1,934	853	79.0%
南區	761	1,206	1,230	1,197	1,376	1,520	759	99.7%
高屏	781	1,231	1,265	1,213	1,387	1,517	736	94.2%
東區	596	1,068	1,140	1,117	1,219	1,331	735	123.4%
全區	780	1,207	1,225	1,150	1,341	1,464	685	87.8%
倍數	1.81	1.73	1.73	1.78	1.70	1.65	—	—

年 分區	平均每就醫人門診費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	2,597	4,061	4,371	4,377	4,257	4,482	1,885	72.6%
北區	2,321	3,691	3,999	4,133	3,938	4,130	1,809	78.0%
中區	2,907	4,505	4,799	4,985	4,875	5,161	2,254	77.5%
南區	2,719	4,379	4,765	5,044	4,808	5,019	2,300	84.6%
高屏	2,784	4,500	4,909	5,116	4,935	5,197	2,413	86.6%
東區	2,513	4,317	4,746	5,094	4,769	5,037	2,525	100.5%
全區	2,779	4,383	4,719	4,852	4,691	4,780	2,002	72.0%
倍數	1.25	1.22	1.23	1.24	1.25	1.26	—	—

資料來源：113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8-1 105~112年中醫門診總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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	0.9115	0.8574	0.9613	0.9021	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
110Q2	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245	3	2	5	4	6	1
111Q1	1.0464	1.0833	1.0153	1.0546	1.0378	1.2759	1.0469	4	2	6	3	5	1
111Q2	1.0311	0.9913	0.9604	1.0048	0.9858	1.3132	1.0016	2	4	6	3	5	1
111Q3	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746	3	6	4	2	5	1
112Q1 ^註	0.8089	0.7500	0.7985	0.8083	0.7726	1.1692	0.7994	2	6	4	3	5	1
112Q2	0.8292	0.7162	0.7855	0.7715	0.7821	1.1221	0.7930	2	6	3	5	4	1
112Q3	0.8728	0.7416	0.8327	0.8177	0.8458	1.1719	0.8388	2	6	4	5	3	1
112Q4	0.7925	0.6942	0.7799	0.7778	0.7606	1.0902	0.7750	2	6	3	4	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；

112年點值之計算，未包含由112年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及112年由公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表8-2 105~112年中醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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
110Q2	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153	3	2	5	4	6	1
111Q1	1.0289	1.0500	1.0096	1.0324	1.0229	1.1773	1.0289	4	2	6	3	5	1
111Q2	1.0192	0.9948	0.9750	1.0029	0.9913	1.2000	1.0010	2	4	6	3	5	1
111Q3	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	0.8911	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	0.8633	3	6	4	2	5	1
112Q1 ^註	0.8843	0.8552	0.8747	0.8876	0.8648	1.1066	0.8792	3	6	4	2	5	1
112Q2	0.8933	0.8290	0.8621	0.8620	0.8664	1.0799	0.8712	2	6	4	5	3	1
112Q3	0.9207	0.8445	0.8926	0.8904	0.9062	1.1136	0.9000	2	6	4	5	3	1
112Q4	0.8705	0.8157	0.8580	0.8656	0.8526	1.0600	0.8598	2	6	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；

112年點值之計算，未包含由112年其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及112年由公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

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 113 年 10 月 4 日

發文字號：(113)全聯醫總兆字第 1519 號

速 別：

附 件：114 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(草案)，乙件。

主 旨：檢陳「114 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(草案)」，請鑒核。

說 明：

一、依本會 113 年 10 月 3 日召開「113 年中醫門診總額地區預算分配第 1 次會議」決議事項辦理。

二、「114 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」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：15 %。

(3) 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

(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)風險調整移撥款之提撥及分配：

1、提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 150
百萬元，由各季提撥37.5百萬元。

2、分配方式：用於補助點值，補助方式如下：

(1)自114年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為
止。

(2)其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至
0.9元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季
經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，
實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算
(折付比例=經費/ Σ 各院補助金額)。

(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總
額，並依114年第4季各分區一般預算服務總額占率分
配至各區。



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 詹永兆

114 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(草案)

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：114 年 1 月 1 日起至 114 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、 風險調整移撥款之提撥及分配：

(一) 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 150 百萬元，由各季提撥 37.5 百萬元。

(二) 分配方式：用於補助點值，補助方式如下：

(1) 自 114 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2) 其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.9 元之差值(但最高不大於點值第二低的分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費 / \sum 各院補助金額)。

(3) 移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 114 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、 114 年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(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)15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。

(三)9%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)全民健康保險保險人（以下稱保險人）公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)113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. 113年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 113年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ Σ 113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. 114 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 113 年 12 月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、 經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，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，並報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。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) / \sum 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 \sum 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(五) 計算各區每人就醫次數之權值(K1)

= 各區每位病患之就醫次數比率(T) / 全國就醫人數(p)

(六) 扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

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

四、舉例說明：

(一) 本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二) 計算(a)、(a%)、(T)

分區	患 a1 就於各區就醫次數	次數	比率(a1%)	病患 a2 就醫次數	數比率(a2%)	於各區就醫次數	病患 a3 就醫次數	於各區就醫次數比	病患 a4 就醫次數	於各區就醫次數比	各區每位病患
											T=(a1%+a2%+a3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	58.3333%	0.916667	
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	41.6667%	1.024603	
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	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	權值各區每位病患之			
		(K1)=T/(全區 P)	扣除東區分區權值(K2)	就醫次數比率(T)	
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	0.902183	1.000000

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：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 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 (113 年該季/112 年同期) -1。
- 三、醫療費用點數成長率(r)：(113 年該季申報醫療費用點數/112 年同期申報醫療費用點數)-1。
- 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。
- 五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。
- 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%；(p-r 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。

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：

- 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」。
- 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。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 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)

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

*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。

(二)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)

*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(Σ dr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標 6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

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

條件說明：

- 一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於 1.8 人且中醫師數不大於 9 人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)=113 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、113年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 113年每月申報醫療費用 / Σ 113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、114年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以113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)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

指標 1 預算 GA= (T)*97.78%* 66%

指標 2 預算 GB= (T)*97.78%* 15%

指標 3 預算 GC= (T)*97.78%* 9%

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 $Gc = \text{各季預算 } GC * \text{指標 3 占率 } (Ai3 / \sum Ai3)$ 。

指標 3 占率 $(Ai3 / \sum Ai3)$

= 各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值 $(Ai3) / \sum \text{去年同期每人於各分區就醫次數之權值 } (\sum Ai3)$ 。

※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 $GD * \text{指標 4 加權後之預算占率 } (Ai4 / \sum Ai4)$ 。

※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 $(Ai4)$

=95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 $(Ai1) * (1 + \text{指標 4 權值 } K2)$

※各分區各季經指標 4 加權後之預算占率 $(Ai4 / \sum Ai4)$

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

※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 $GE * \text{指標 5 加權後之預算占率 } (Ai5 / \sum Ai5)$ 。

※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 $(Ai1) * [\sum \text{指標 5 權值和 } (\sum dr_peop)]$

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

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

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

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 $Gf +$ 當季撥補之風險調整移撥款 Gh 。

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

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

1. 成長率 = $(\underline{114} \text{ 年該區各季核算 } Ty / \underline{113} \text{ 年該區各季核算 } Ty) - 1$ 。
2. 各分區撥補比例 = $(\text{成長率大於 } 0 \text{ 之分區 } Ty) / \sum (\text{成長率大於 } 0 \text{ 之分區 } Ty)$ 。

(二)撥補程序

1. 於 114 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。

	113 年該區		114 年該區		負成長		撥補 方式	金額	調整 Ty	撥補後 Ty	撥補後 成長率
	全年 預算 Ty (百萬元)	全年 預算 Ty (百萬元)	成長 率	差額 比率	分區 撥補	撥補					
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%		
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%		
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%		
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%		
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%		
正成長 分區小 計		14,178.9			100.0%	0					

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

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

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

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

三、平均點值

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

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

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

歷年地區預算執行概況

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

依衛生署交議，費協會委員會議決議之相關事項辦理：

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

(二) 分配事項：

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

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

3. 人口風險校正因子：年齡、性別。

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

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

二、95 年至 98 年，採試辦計畫(事後結算、分配參數未含人口因素)：95 年依衛生署函送方案，協定採試辦計畫方式辦理；96 年至 98 年並經委員會議同意續辦。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 112 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%，112 年降為 66%。
- 2.參數二「各區去年同期戶籍人口數占率」：99 為 5%，112 年上升為 14%。
- 3.參數三「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」：99 為 5%，112 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%，112 年下降為 4%。
- 5.參數五「當年前一季『各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數』」占率：歷年皆為 5%。
- 6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：歷年皆為 1%

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

(三)105、106、108~110 年：同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

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

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

應予調升。

(六)111 年：不列風險調整移撥款。

(七)112 年：中全會原建議 112 年不移撥風險調整移撥款，考量受新冠疫情影響，造成 112 年中醫各區醫療利用增加、各區點值也存有差異，爰需增列風險調整移撥款，以為因應，於 112 年第 5 次委員會議(112.6.28)對衛福部公告之 112 年度地區預算分配，提出修正案。建議增列風險調整移撥款 3,000 萬元，用於撥補受新冠疫情影響造成點值過低之分區。

(八)113 年：113 年移撥 6,000 萬元，其中 4,000 萬元補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於第二低分區)；2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

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

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

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

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

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

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

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

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

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

一、除中醫部門外，其他總額部門皆有預算調整或撥補機制，建議中

醫部門宜建立跨區就醫之預算撥補機制。

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

第四案

提案單位：本會第三組

案由：114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 114 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(113)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(113.10.7 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)業於 113.10.1 函送 114 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配暨特定用途移撥款建議方案(詳附件一，第 201~203 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、114 年度牙醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(113.9.27)決議，付費者代表及牙醫代表達成共識方案，114 年度牙醫門診總額涉及需進行地區預算分配之一般服務成長率為 2.676%。

三、牙醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況：

- (一) 地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
- (二) 牙醫部門自 95 年度開始，一般服務之地區預算，100% 依各地區保險對象人數校正人口風險(年齡性別指數)後之數值(R 值)分配。

(三) 分配參數中，R 值於各年協定情形：

年 項目		87.07~ 88.06	88.07~ 89.12	90	91	92~93	94	95~113
協定 結果	R	10%	20%	40%	50%	70%	80%	100%
	S	90%	80%	60%	50%	30%	20%	0%

- (四) 特定用途移撥款：自 99 年度起自一般服務預算移撥部分經費用於特定用途，近年移撥經費及用途，如說明六之彙整表(第

190 頁)。

四、牙全會函提 114 年度地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議方案業經牙全會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議。

(二)建議內容：

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

2.特定用途移撥款：建議移撥 3.8 億元，用於下列項目：

(1)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：經費 2.2 億元，為避免因預算不足，排擠偏鄉民眾就醫之權利。

(2)「牙醫特殊醫療服務計畫」：經費 0.5 億元，為避免因預算不足，排擠身障民眾就醫之權利。

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

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

(5)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」，若再有剩餘則回歸一般服務費用，並依 112 年第 4 季保險對象人數校正人口風險後之數值(R 值)分配至各區。

五、經洽請健保署對牙全會所提建議方案表示意見，該署回復將配合本會協定共識辦理，並與總額團體研議執行面及操作細節，另提供 112 年及 113 年第 1 季「特定用途移撥款」之執行情形供參(詳附件二，第 204 頁)。

六、114 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 116.4 百萬元)地區預算分配方式，已 100%依各地區保險對象人數校正人口風險後之數值(R 值)分配，待討論事項為

「特定用途移撥款」內容：

(一)彙整 109~113 年度移撥款及牙全會 114 年度之建議(如下表)，

114 年移撥款主要內容如下：

- 1.第 1~4 項之用途均與過去年度相同，主要撥補醫療資源不足地區、弱勢鄉鎮、牙醫特殊醫療服務計畫，及就醫率較高之分區。其中第 2 項「牙醫特殊醫療服務計畫」113 年因考量預算增加 109.6 百萬元，爰未列入移撥用途，114 年考量專款預算執行情形，再度列入移撥用途。
- 2.調整第 5 項移撥款若有結餘之用途：優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」。
- 3.刪除 1 項 113 年移撥用途「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。

單位：億元

年度 用途項目	109	110	111	112	113	114(建議案)
1.醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	2	2	2	2	2	2.2
2.牙醫特殊醫療服務計畫	—	0.5	0.5	0.5	—	0.5
3.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.65	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
4.該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
5.移撥款若有結餘之用途	1.優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2.若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(109 年、110 年分別為 0.4 億元、1 億元)」。	優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。	優先用於「0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」。 2.其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」。		優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」。	
若再有剩餘，則回歸一般服務費用。						
特定疾病病人牙科就醫安全計畫 (114 年刪除)	—	—	—	—	0.2	—
牙周病統合治療方案 (113 年刪除)	19.656 (28.08 *70%)	14.04 (28.08 *50%)	8.724 (29.08 *30%)	8.724 (29.08 *30%)	—	—
高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C) (113 年刪除)	—	—	—	0.15	—	—
合計 (移撥經費占當年度一般服務預算比率)	22.606 (約 5.0%)	17.64 (約 3.8%)	12.324 (約 2.6%)	12.474 (約 2.6%)	3.3 (約 0.7%)	3.8 (約 0.8%)

七、依 114 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 113 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

提供 112 年地區預算分配參數、歷年各分區年齡性別人口指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數與醫療利用(就醫人數、次數、點數)，及點值等資料供參(如表 1 至 7，第 192~200 頁)。

擬辦：

- 一、確認 114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 112年牙醫門診總額地區預算分配參數

年 分區	分配參數數值 R值	R值校正因子^(註) =(A*B)	
		保險對象人數 占率(A)	年齡性別指數 (B)
參數占率	100%		
台北	0.37086	0.36884	1.00549
北區	0.16319	0.16334	0.99909
中區	0.18115	0.18114	1.00008
南區	0.12665	0.12777	0.99126
高屏	0.13858	0.13916	0.99579
東區	0.01957	0.01975	0.99053

資料來源：健保署，牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.112年牙醫門診總額地區預算係依110年度各季R值相關參數分配。

2.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，並校正年齡性別指數。

3.各項參數均為4季均值。

表1-2 108~112年牙醫門診總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	108	109	110	111	112
台北	1.00582	1.00568	1.00549	1.00559	1.00535
北區	0.99895	0.99909	0.99909	0.99901	0.99977
中區	1.00006	0.99999	1.00008	1.00013	1.00041
南區	0.99087	0.99100	0.99126	0.99123	0.99108
高屏	0.99570	0.99580	0.99579	0.99555	0.99495
東區	0.98964	0.98993	0.99053	0.99057	0.99019

註：1.資料來源：健保署，牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

2.各分區人口指數為4季均值。

表1-3 112年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人 預算數(元) ^(註2)
台北	36.9%	32.1%	37.1%	1,980
北區	16.6%	16.6%	16.3%	1,935
中區	18.1%	19.5%	18.1%	1,977
南區	12.6%	14.0%	12.7%	1,981
高屏	13.8%	15.5%	13.9%	1,981
東區	1.9%	2.3%	2.0%	1,993
全區	100.0%	100.0%	100.0%	1,973

表1-4 112年較95年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額一般服務預算及平均每人預算數成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	9.9%	2.5%	53.0%	39.3%
北區	19.3%	16.2%	61.8%	35.7%
中區	4.1%	2.8%	44.8%	39.2%
南區	-4.6%	-4.5%	34.6%	41.0%
高屏	-2.4%	-2.8%	37.3%	40.6%
東區	-12.2%	-9.0%	24.9%	42.3%
全區	5.8%	2.4%	47.3%	39.2%

註：1.投保人數(4季季中均值)採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及

附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。相關資料詳表2。

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

表2 95、108~112年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年成 長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,931	8,753	8,769	8,738	8,653	8,716	785	9.9%
北區	3,292	3,803	3,838	3,869	3,890	3,927	635	19.3%
中區	4,099	4,297	4,299	4,291	4,259	4,266	166	4.1%
南區	3,117	3,072	3,057	3,027	2,986	2,975	-143	-4.6%
高屏	3,333	3,319	3,317	3,297	3,261	3,255	-79	-2.4%
東區	521	474	472	468	461	457	-64	-12.2%
全區	22,294	23,720	23,752	23,689	23,510	23,595	1,301	5.8%

年 分區	戶籍人口數(千人)						112較95年 增加值	112較95年成 長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	7,337	7,640	7,608	7,502	7,442	7,523	187	2.5%
北區	3,354	3,807	3,834	3,839	3,850	3,898	544	16.2%
中區	4,438	4,582	4,578	4,554	4,539	4,562	124	2.8%
南區	3,421	3,333	3,317	3,290	3,268	3,268	-154	-4.5%
高屏	3,746	3,698	3,685	3,655	3,634	3,641	-105	-2.8%
東區	581	543	540	535	531	529	-52	-9.0%
全區	22,877	23,603	23,561	23,375	23,265	23,420	544	2.4%

年 分區	投保人口占率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	1.4%
北區	14.8%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	1.9%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	-1.4%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	-0.4%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	戶籍人口占率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	32.1%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	0.1%
北區	14.7%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	2.0%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	-1.0%
高屏	16.4%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

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

表3 95、108~112年牙醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	11,278	15,119	15,993	16,726	17,239	17,260	5,982	53.0%
北區	4,695	6,514	6,897	7,219	7,497	7,597	2,902	61.8%
中區	5,822	7,427	7,836	8,165	8,405	8,432	2,609	44.8%
南區	4,380	5,316	5,585	5,782	5,921	5,894	1,514	34.6%
高屏	4,697	5,754	6,037	6,278	6,456	6,449	1,751	37.3%
東區	729	829	864	891	913	911	181	24.9%
全區	31,601	40,959	43,212	45,062	46,431	46,542	14,941	47.3%

年 分區	平均每人預算數(元)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	1,422	1,727	1,824	1,914	1,992	1,980	558	39.3%
北區	1,426	1,713	1,797	1,866	1,927	1,935	509	35.7%
中區	1,420	1,728	1,823	1,903	1,973	1,977	556	39.2%
南區	1,405	1,730	1,827	1,910	1,983	1,981	576	41.0%
高屏	1,409	1,733	1,820	1,904	1,980	1,981	572	40.6%
東區	1,400	1,749	1,832	1,905	1,981	1,993	592	42.3%
全區	1,417	1,727	1,819	1,902	1,975	1,973	555	39.2%

年 分區	預算數占率(%)						112較95年 增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	35.7%	36.9%	37.0%	37.1%	37.1%	37.1%	1.40%
北區	14.9%	15.9%	16.0%	16.0%	16.1%	16.3%	1.47%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.31%
南區	13.9%	13.0%	12.9%	12.8%	12.8%	12.7%	-1.20%
高屏	14.9%	14.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.9%	-1.01%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.35%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	108	109	110	111	112
台北	0.4%	2.6%	5.8%	4.6%	3.1%	0.1%
北區	7.1%	2.9%	5.9%	4.7%	3.8%	1.3%
中區	0.2%	2.4%	5.5%	4.2%	2.9%	0.3%
南區	4.0%	1.8%	5.1%	3.5%	2.4%	-0.5%
高屏	3.2%	1.6%	4.9%	4.0%	2.8%	-0.1%
東區	7.1%	1.2%	4.2%	3.1%	2.5%	-0.3%
全區	2.4%	2.3%	5.5%	4.3%	3.0%	0.2%

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

註：1.本表不含品質保證保留款、專款項目及特定用途移撥款(移撥經費108~112年分別為

28,722、22,606、17,64、12,324及12,474億元。)

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

表4 90、108~112年各分區牙醫師分布情形

年 分區	牙醫師數(人)						112較90年 增加值	112較90年 成長率
	90	108	109	110	111	112		
台北	3,660	6,328	6,478	6,552	6,645	6,751	3,091	84.5%
北區	1,051	2,057	2,153	2,253	2,325	2,378	1,327	126.3%
中區	1,741	2,698	2,757	2,825	2,865	2,930	1,189	68.3%
南區	963	1,644	1,672	1,683	1,708	1,753	790	82.0%
高屏	1,303	2,108	2,152	2,217	2,245	2,268	965	74.1%
東區	146	217	215	217	224	223	77	52.7%
全區	8,864	15,052	15,427	15,747	16,012	16,303	7,439	83.9%

年 分區	每萬人口牙醫師數						112較90年 增加值	112較90年 成長率
	90	108	109	110	111	112		
台北	5.11	8.28	8.51	8.73	8.93	8.97	3.87	75.7%
北區	3.34	5.40	5.62	5.87	6.04	6.10	2.76	82.5%
中區	4.01	5.89	6.02	6.20	6.31	6.42	2.41	60.2%
南區	2.81	4.93	5.04	5.12	5.23	5.36	2.55	90.7%
高屏	3.49	5.70	5.84	6.06	6.18	6.23	2.74	78.5%
東區	2.44	4.00	3.98	4.06	4.21	4.22	1.77	72.6%
全區	3.96	6.38	6.55	6.74	6.88	6.96	3.00	76.0%

資料來源：113年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表5 95、108~112年牙醫門診總額各分區就醫人數及就醫率

年 分區	就醫人數(千人)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	3,275	4,134	3,991	3,787	3,937	4,192	916	28.0%
北區	1,347	1,864	1,824	1,767	1,842	1,972	625	46.4%
中區	1,915	2,334	2,268	2,197	2,265	2,373	458	23.9%
南區	1,224	1,497	1,463	1,418	1,450	1,503	279	22.8%
高屏	1,414	1,727	1,688	1,644	1,679	1,752	338	23.9%
東區	197	208	203	196	196	200	3	1.4%
全區	9,155	11,508	11,200	10,794	11,146	11,754	2,599	28.4%

年 分區	就醫率(%)						112較95年增加值
	95	108	109	110	111	112	
台北	41.3%	47.2%	45.5%	43.3%	45.5%	48.1%	6.8%
北區	40.9%	49.0%	47.5%	45.7%	47.3%	50.2%	9.3%
中區	46.7%	54.3%	52.8%	51.2%	53.2%	55.6%	8.9%
南區	39.3%	48.7%	47.9%	46.9%	48.6%	50.5%	11.3%
高屏	42.4%	52.0%	50.9%	49.9%	51.5%	53.8%	11.4%
東區	37.9%	43.9%	43.0%	41.8%	42.5%	43.8%	5.9%
全區	41.1%	48.5%	47.2%	45.6%	47.4%	49.8%	8.8%
差值	8.8%	10.4%	9.7%	9.4%	10.7%	11.8%	—

資料來源：113年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表6-1 95、108~112年牙醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	9,891	12,148	11,842	10,878	11,449	12,301	2,410	24.4%
北區	3,831	5,196	5,137	4,886	5,099	5,476	1,644	42.9%
中區	5,818	6,749	6,580	6,299	6,514	6,816	998	17.2%
南區	3,712	4,555	4,470	4,255	4,342	4,493	780	21.0%
高屏	4,502	5,371	5,249	5,037	5,165	5,397	895	19.9%
東區	593	595	585	545	542	559	-34	-5.7%
全區	28,347	34,615	33,862	31,900	33,111	35,042	6,694	23.6%

年 分區	平均每人門診就醫次數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	1.25	1.39	1.35	1.25	1.32	1.41	0.16	13.2%
北區	1.16	1.37	1.34	1.26	1.31	1.39	0.23	19.8%
中區	1.42	1.57	1.53	1.47	1.53	1.60	0.18	12.6%
南區	1.19	1.48	1.46	1.41	1.45	1.51	0.32	26.8%
高屏	1.35	1.62	1.58	1.53	1.58	1.66	0.31	22.8%
東區	1.14	1.26	1.24	1.16	1.18	1.22	0.09	7.5%
全區	1.27	1.46	1.43	1.35	1.41	1.49	0.21	16.8%
倍數	1.25	1.29	1.28	1.31	1.35	1.36	—	—

表6-2 95、108~112年牙醫門診總額各分區門診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	11,042	16,208	16,367	15,240	16,267	17,525	6,483	58.7%
北區	4,399	7,378	7,461	7,131	7,444	7,982	3,584	81.5%
中區	6,807	9,017	9,091	8,946	9,349	9,865	3,058	44.9%
南區	4,149	6,054	6,128	5,851	5,964	6,254	2,105	50.7%
高屏	5,072	6,915	7,029	6,837	7,057	7,311	2,240	44.2%
東區	659	838	852	797	804	839	181	27.4%
全區	32,127	46,410	46,928	44,801	46,886	49,777	17,650	54.9%

年 分區	平均每人門診費用點數						112較95年 增加值	112較95年 成長率
	95	108	109	110	111	112		
台北	1,392	1,852	1,866	1,744	1,880	2,011	619	44.4%
北區	1,336	1,940	1,944	1,843	1,914	2,033	697	52.1%
中區	1,661	2,098	2,114	2,085	2,195	2,313	652	39.3%
南區	1,331	1,970	2,005	1,933	1,998	2,102	771	58.0%
高屏	1,522	2,083	2,119	2,074	2,164	2,246	725	47.6%
東區	1,265	1,768	1,805	1,702	1,743	1,836	572	45.2%
全區	1,441	1,957	1,976	1,891	1,994	2,110	669	46.4%
倍數	1.31	0.84	1.17	1.22	1.26	1.26	—	—

資料來源：113年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

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

2.倍數=分區中最高值/分區中最低值

表7-1 104~112年第1季牙醫門診總額各季浮動點值分布情形

年(季)	分區	點 值							點 值 排 序						
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	
104Q1		0.8513	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113	6	2	4	3	5	1	
104Q2		0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609	6	2	4	3	5	1	
104Q3		0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843	6	2	5	3	4	1	
104Q4		0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846	1.1371	0.9770	6	3	4	2	5	1	
105Q1		0.9677	1.0679	1.0069	1.0363	0.9797	1.1430	0.9980	6	2	4	3	5	1	
105Q2		0.9004	0.9797	0.9536	0.9648	0.9605	1.0789	0.9523	6	2	5	3	4	1	
105Q3		0.9584	1.0391	0.9782	1.0070	1.0202	1.1557	0.9843	6	2	5	4	3	1	
105Q4		0.9058	0.9922	0.9643	0.9680	0.9916	1.0913	0.9595	6	2	5	4	3	1	
106Q1		0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507	6	2	3	4	5	1	
106Q2		0.8788	0.9558	0.9486	0.9467	0.9554	1.0672	0.9303	6	2	4	5	3	1	
106Q3		0.8750	0.9490	0.9309	0.9421	0.9673	1.0744	0.9217	6	3	5	4	2	1	
106Q4		0.9198	1.0037	0.9759	0.9884	0.9932	1.0982	0.9575	6	2	5	4	3	1	
107Q1		0.8832	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319	6	2	5	4	3	1	
107Q2		0.8951	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406	6	3	5	4	2	1	
107Q3		0.8751	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458	6	4	5	3	2	1	
107Q4		0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521	6	3	5	4	2	1	
108Q1		0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573	6	4	5	3	2	1	
108Q2		0.8984	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553	6	5	3	4	2	1	
108Q3		0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580	6	4	5	2	3	1	
108Q4		0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606	6	5	4	2	3	1	
109Q1~Q2 ^註		0.9771	1.0480	1.0323	1.0340	1.0252	1.1554	1.0053	6	2	4	3	5	1	
109Q3		0.8659	0.9446	0.9671	0.9710	0.9741	1.1132	0.9425	6	5	4	3	2	1	
109Q4		0.9491	1.0204	1.0230	1.0275	1.0068	1.1579	0.9829	6	4	3	2	5	1	
110Q1		0.9430	1.0365	1.0082	1.0452	1.0250	1.1961	0.9965	6	3	5	2	4	1	
110Q2		1.3400	1.3212	1.2318	1.3026	1.2249	1.4910	1.2460	2	3	5	4	6	1	
110Q3		0.9401	0.9933	1.0248	1.0467	1.0482	1.1941	1.0491	6	5	4	3	2	1	
110Q4		0.9339	0.9998	0.9888	1.0384	1.0036	1.1765	0.9818	6	4	5	2	3	1	
111Q1		0.9613	1.0450	1.0115	1.0727	1.0281	1.2101	1.0048	6	3	5	2	4	1	
111Q2		1.0766	1.1581	1.0800	1.1291	1.0864	1.3586	1.0859	6	2	5	3	4	1	
111Q3		0.9224	0.9800	1.0067	1.0559	1.0187	1.2049	1.0024	6	5	4	2	3	1	
111Q4		0.9676	1.0426	1.0264	1.0819	1.0513	1.2363	1.0122	6	4	5	2	3	1	
112Q1		0.9232	0.9911	0.9871	1.0282	1.0020	1.1346	0.9801	6	4	5	2	3	1	
112Q2		0.9086	0.9900	0.9850	1.0236	0.9996	1.1555	0.9662	6	4	5	2	3	1	
112Q3		0.9182	0.9977	0.9992	1.0564	1.0398	1.1511	0.9789	6	5	4	2	3	1	
112Q4		0.9319	1.0162	1.0049	1.0468	1.0194	1.1517	0.9858	6	4	5	2	3	1	

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

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

3.依據「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109、110、111年因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫。

表7-2 104~112年第1季牙醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值						點 值 排 序						
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
104Q1	0.8685	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9605	1.0549	1.0053	1.0336	0.9803	1.1401	0.9981	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9140	0.9988	0.9587	0.9757	0.9627	1.0884	0.9527	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9479	1.0263	0.9763	1.0008	1.0142	1.1416	0.9844	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9166	1.0025	0.9658	0.9741	0.9946	1.1006	0.9599	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8871	0.9653	0.9503	0.9492	0.9556	1.0678	0.9309	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8768	0.9509	0.9331	0.9433	0.9664	1.0724	0.9224	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9120	0.9918	0.9721	0.9815	0.9906	1.0932	0.9578	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8912	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8937	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8803	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9626	1.0347	1.0285	1.0283	1.0221	1.1523	1.0052	6	2	3	4	5	1
109Q3	0.8879	0.9679	0.9733	0.9809	0.9795	1.1189	0.9430	6	5	4	2	3	1
109Q4	0.9336	1.0033	1.0177	1.0187	1.0034	1.1485	0.9830	6	5	3	2	4	1
110Q1	0.9446	1.0325	1.0094	1.0423	1.0230	1.1872	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.2548	1.2572	1.2100	1.2718	1.2038	1.4382	1.2447	4	3	5	2	6	1
110Q3	1.0192	1.0656	1.0423	1.0837	1.0645	1.2382	1.0486	6	3	5	2	4	1
110Q4	0.9356	0.9983	0.9922	1.0392	1.0081	1.1773	0.9820	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9564	1.0342	1.0094	1.0664	1.0254	1.2021	1.0048	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0529	1.1344	1.0731	1.1192	1.0799	1.3284	1.0856	6	2	5	3	4	1
111Q3	0.9527	1.0215	1.0132	1.0669	1.0252	1.2282	1.0024	6	4	5	2	3	1
111Q4	0.9592	1.0276	1.0244	1.0771	1.0476	1.2282	1.0121	6	4	5	2	3	1
112Q1	0.9325	1.0032	0.9908	1.0363	1.0069	1.1500	0.9802	6	4	5	2	3	1
112Q2	0.9120	0.9903	0.9853	1.0242	0.9999	1.1500	0.9665	6	4	5	2	3	1
112Q3	0.9170	0.9959	0.9980	1.0507	1.0353	1.1500	0.9790	6	5	4	2	3	1
112Q4	0.9298	1.0117	1.0044	1.0479	1.0214	1.1500	0.9860	6	4	5	2	3	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)。

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

3.依據「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，平均點值超過 1.15

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

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 113 年 10 月 1 日

發文字號：牙全仁字第 01795 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 114 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
詳如說明段，請查照。

說明：

一、復 貴會衛部健字第 1133360086 號函。

二、依據本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會工作組會議決議，114 年地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，共 3.8 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2.2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算移撥 2.2 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務支應，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算移撥 0.5 億於此。該預算按季均分及結算，



以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

- (三)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題，計畫內容另提送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議討論。
- (四)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。
- (五)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 112 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

正本：衛生福利部全民健康保險會 牙醫全聯會
核對章(265)

理事長江錦仁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門急醫療
服務督導執行會 主委決行

全民健康保險會張嘉云

寄件者: 牙醫師全聯會邵格蘊 <green@cda.org.tw>
寄件日期: 2024年10月4日星期五下午 2:05
收件者: 全民健康保險會張嘉云
副本: 徐邦賢主委
主旨: RE: 檢送114年牙醫門診總額地區預算分配方式公文

嘉云好

有關114年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案

牙醫一般服務(不含106年品質保證保留款)地區預算已達100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，有關一般服務預算移撥特定用途部分請詳牙全仁字第01795號函

全聯會格蘊

From: 牙醫師全聯會邵格蘊 <green@cda.org.tw>
Sent: Tuesday, October 1, 2024 11:23 AM
To: '全民健康保險會張嘉云' <HS101825@mohw.gov.tw>
Subject: 檢送114年牙醫門診總額地區預算分配方式公文
Importance: High

嘉云好

檢送114年牙醫門診總額地區預算分配方式公文電子檔如附檔

請查收

紙本文預計今天寄出

謝謝

全聯會格蘊

中華民國牙醫師公會全國聯合會

邵格蘊

green@cda.org.tw

TEL:02-2500-0133ext261

FAX:02-2500-0126

附件二

健保署對牙全會所提建議方案之執行面意見，及特定用途移撥款執行結果：

一、有關各總額部門地區預算分配及特定用途移撥款，本署將配合貴會協定共識辦理，並與總額團體研議執行面及操作細節。

二、112 年及 113 年第 1 季「特定用途移撥款」，本署執行情形如下：

單位：億元

年度	執行方式	預算數	112 年 執行數
112 年	一般服務之特定用途移撥款	12.474	11.047
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2.0	1.872
	2.支應牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0
	3.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 (109 年起改為季結算)	0.8	0.140
	4.投保人口就醫率全國最高二區之保障款 (中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.3
	5.支應「牙周病統合治療方案(原於專款 - 牙周病統合照護計畫)」	8.724	8.724
	6.支應「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」	0.15	0.012
	7.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0

單位：億元

年度	執行方式	預算數	113 年第 1 季 執行數
113 年	一般服務之特定用途移撥款	3.3	0.589
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2.0	0.394
	2.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 (109 年起改為季結算)	0.8	0.120
	3.投保人口就醫率全國最高二區之保障款 (中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.075
	4.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	0.2	0
	5.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0
	6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	前開預算剩餘款	0

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)，
請鑒察。(資料後附)

.....

本會補充說明：

一、依 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)決議，新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討，健保署應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。衛福部自 112.7.1 實施「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」(如附件，第 209 頁)後，健保署前於本(113)年第 3 次委員會議(113.4.24)提出執行半年之監測結果及成效檢討報告，會議決定略以：委員所提意見請健保署研參，並請於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。

二、有關委員針對前揭半年監測報告所提意見，摘要如下：

(一)保障弱勢民眾就醫權益：請健保署持續監測新制部分負擔調整後，對中低收入戶、身心障礙者、慢性病患等民眾在就醫權益及財務負擔之影響。

(二)對推動分級醫療、改善急診壅塞之效益：請健保署提供相關數據，以利瞭解新制部分負擔對推動分級醫療、改善急診壅塞成

效之參考。另健保推動分級醫療政策多年，已建立醫療院所轉診合作機制，及提供轉診支付誘因，此外，急診品質提升方案亦訂有提升急診處置效率之相關獎勵措施，宜併同納入分析、考量。

(三)整合多重慢性病患照護資源：委員關切新制部分負擔對多重慢性病患之就醫影響，建議健保署應朝整合多重慢性病患之門診、用藥，並進行共病管理，以減少多科看診情形，提升資源使用效率。

決定：

1.調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次 以後調劑
基層院所/ 中醫	免收 【與原規定同】	比率 20% 上限 200 元 【與原規定同】	免收 【原免收】	免收 【原免收】
地區醫院		比率 20% 上限 300 元 【原上限 200 元】	比照一般藥品 【原免收】	
醫學中心 區域醫院	10 元 【原免收】			

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2.中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

2.調整急診部分負擔：

特約類別	公告內容		原規定	
	不區分檢傷		檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級
基層診所	150		150	
地區醫院	150		150	
區域醫院	300 ^{註2}	400	300	
醫學中心	550 ^{註2}	750	450	550

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2.中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔 150 元。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113 年 9 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 113 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 3、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項(含書面意見)之相關單位回復

委員意見	相關單位說明
<p>(議事錄第 96、100~101 頁)</p> <p>李委員永振 第3點依據聯合新聞網9月21日報導引述邱部長的談話，提及針對政府負擔的36%健保費，行政院答應調整計算方式，新增100多億元挹注在健保。依目前的健保財務狀況，這如同天降甘霖，付費者是相當期待，是不是可以請主責單位進一步說明詳情，計算公式怎麼調整，金額是怎麼估計出來的，讓委員一起來分享這個好消息。以我粗淺的估算，114年應該不只多100億元，如果按照我們已經長期爭議的這個議題，我個人算法114年依照健保署資料，會差244億元，在資料第34頁的財務報表，各位可以參考看看。</p> <p>李委員永振 另外1個我要確認一下，健保法施行細則第45條修法案什麼時候送出去，這個修法不需要討論嗎？這是衛福部權責，如果沒有異議半年就生效了。那什麼時候送出去？</p>	<p>社保司回復：</p> <p>全民健康保險法施行細則第45條修正草案，本部業於113年6月函報行政院，行政院特額外撥補134億元於明(114)年至健保基金，其計算依全民健康保險法第3條及同法施行細則第45條規定，政府應負擔健保總經費36%，其中依其他法律補助之原住民、65歲以上離島地區居民、中低收入70歲以上國民、中低18歲以下兒童及少年、中低收入戶、中度及重度身心障礙者、災區健保費與受僱者育嬰留職停薪期間由政府補助雇主負擔健保費，經依據112年上開項目金額共85.76億元，排除納入36%計算後，政府每年將增加負擔134億元(85.76億元+85.76億元/64%*36%)。後續本部將配合政策方向辦理。</p>
<p>(議事錄第 102~105 頁)</p> <p>李委員永振 剛才健保署的說明，我瞭解資料在「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議資料(參考資料)」的第74頁，你們委託健康署評估 C 肝的節流效益部分，他們有估算，但我不懂，提供</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、有關相關計畫之節流效益，本署皆已依委員意見於總額協商前提供相關資料在案。</p> <p>二、慢性傳染病照護品質計畫及癌症治療品質改善計畫：有關兩計畫</p>

委員意見	相關單位說明
<p>2050年的估算數據，但我們要的是114年的節流效益，2050年的數據也太遙遠了，那時候都物是人非了。另外，第1個計畫，我忘記那是哪個單位提的，也很明確提出每個計畫節流效益的數字，唯獨健保署沒有，你自己主責的卻沒有提出。如果說這很難估，我不知道，但是剛才我已經舉出來雲端藥歷查詢系統，2年前已經估出來節省金額的數字了，還不去面對問題，不去進行說明。</p> <p>上次委員會議我已經退一步，建議健保署是不是用你們自己主責的項目擬個案估出數字，規劃將來要怎麼做。我一直強調，第1個，先讓數字出來讓大家瞭解，不然每次協商時都看到投入預算所增加的錢，也都想將來可以減少醫療費用，但是錢給了後、做了之後就不見了，這樣不對，應該要前後一致。計畫就是這樣，計畫會有假設、實際會有差異，這我們都可以接受，因為我就是搞計畫出來的，在還沒退休前就負責企劃，你這樣讓我們覺得是不是公務機關的做法不一樣？我不知道，如果是，請說明一下讓我們瞭解，我們就不再問了。所以你先讓數字出來，至於怎麼分配？我再回來擔任委員已經第4年了，我忘記自己講幾次了，至少要把處理的方式確認下來，不要在這邊付費者、社保司、健保署，足球只會有2隊，現在我們3隊在那邊踢，付費者踢進去的球門都踢錯了，不曉得要踢給誰，這樣不好。</p> <p>劉委員淑瓊</p>	<p>之節流效益部分，由於疾病管制署及國民健康署兩署皆係採用該疾病發生後所需之醫療費用做為節流效益，惟疾病所衍生之費用，除涉及該疾病之治療，尚須考慮性別、年齡、共病、併發症、治療技術等原因，如提供具體節流效益之評估方式，本署將配合試算。</p> <p>三、C型肝炎藥費：依國民健康署提供之「C肝全口服新藥治療效益分析」，C肝口服新藥策略相較於無治療策略，在C肝相關併發症醫療費用上，與無治療策略相比，至114年節省約57.5億元；C肝口服新藥策略與每年治療8,000人的干擾素策略相較，在C肝相關併發症醫療費用上至114年節省約36.1億元。</p> <p>四、網路頻寬補助費用：依行政院核定114年歲出預算之「健保財務協助方案」，114年「提升院所智慧化資訊機制」已由其他預算移出，改由公務預算支應。</p> <p>五、提升保險服務成效項目：於114年總額協商會議，業依委員建議刪除本項預算。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>我就接續李永振委員的發言，建議健保署對於節流效益這塊還是要儘量去估算。因為我們昨天看報紙，石崇良署長接受媒體的採訪說到，短期之內看是費用增加，但長期而言，對健保財務是健康的方向。這個說法也在這邊講了很多次，找到初期的病人，然後將來花費會比較少，每次都用這塊肉在前面吊我們，我們也瞭解這個錢是該花，也認同這些癌症陽追方案，但還是提醒，健保署有很強大的數據能力，儘量能夠請各司署幫忙，把這個數據算出來，你可以低推估，但是你要有那個數據我們才談得下去，我要再講1遍，在座所有付費者代表都要跟後面的民眾、代表的團體去交代，健保署每次都訴諸這樣的大方向，聽起來有道理，但是就協商來講，其實都是抓不到帳。</p> <p>朱委員益宏</p> <p>李永振委員每次提到所謂節流效益這個議題時，我一定要再次陳述，所謂節流效益這件事情，其實要考慮的層面非常多，還要去計算節流效益的時間點，是用當次住院節流，還是1年之內節流，還是用一生人年的概念去做節流，這個都有不同的時間點，當然對金額上會有不同的影響。剛剛說像健康署提到某些措施會有人年的效益、延長壽命等等，它也陳述在裡面，但是疾管署說實際上節流多少錢這件事情，我覺得各司署都要非常明確，節省了這些錢，往後5、10年不會增加其他費用嗎？這樣到</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>底是節流還是增加支出？我覺得這件事情，如果要搞清楚就應該要非常明確把所有效益都明確講出來，而不是只有評估當次住院節流、今年度的總額節流，還是怎麼樣的狀況，謝謝。</p>	
<p>劉委員淑瓊</p> <p>有一點跟朱益宏委員的意見是一樣，就是要把方法論設定出來，就是我們要用什麼樣的方法來估算。我剛剛講過可以低推估，但不能一直告訴付費者，我們沒有明確的數字，這個很難做。我覺得就以我們現在各個學術領域能夠發展出來1個最新的、多數人可接受合理的方法論，然後來做推估，我覺得有這樣的計算基礎，然後有這個數據，都是非常重要的 accountability。</p>	
<p>林委員文德</p> <p>有關節流時間的效益很難去明確的界定，估算不容易的這件事情，我是認同的。但我們增加很多項目，實際上是有替代的效果，例如當年就可以知道我做了哪些事情，替代掉原本會做的事情。舉例來說，其他預算的「在宅急症照護試辦計畫」，這些病人原本要住院治療，現在改以居家治療的方式來替代，事實上是可以算出這筆專款給的錢，替代掉原來的一些治療項目。或是「精神科長效針劑」，用了精神科長效針劑實際上可以讓病人病情穩定，減少門診就醫的次數，這些都不用講到10年或幾年之後，而是可以馬上計算出來的，所以我建議這個部分應該可以優先</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>做處理。</p> <p>李委員永振</p> <p>很抱歉。我是要講，我贊成朱益宏委員和林文德委員的看法，我最主要是提出1個東西，這個案子蒐集意見也沒關係，踏出第1步，不要只聽樓梯響，人都看不到，都沒有下來，到底什麼時候下來？我們的時間有限，謝謝。</p> <p>韓委員幸紋</p> <p>我覺得是這樣，就是事實上我們編了這個預算、花了錢後，其實也不是只有節流效益。我們在學術上，也可以折現、做當期比較，不是完全不能解決的，或是賴總統說要健康投資，但到底我們花這個錢是否真的能夠買到健康，這些都不可能說完全不做評估，所以我覺得至少、至少，例如在編列預算時，金額比較大、大家比較有爭議、影響層面比較大的部分，真的我支持李永振委員提的，先踏出第1步，這些資訊還是要有，不然我們編列預算會沒有根據，我還是支持後續要把這個部分補上。</p>	
<p>(議事錄第 119 頁)</p> <p>李委員永振會後書面意見</p> <p>為瞭解114年度總額基期之變化，請幕僚同仁整理過去年度總額基期計算方式改變情形，及一般服務未導入、未執行預算於點值結算及總額基期之扣減情形，提供參考。</p>	<p>本會回復：</p> <p>(資料後附)</p>
<p>(議事錄第 131~132 頁)</p> <p>陳委員節如</p>	<p>健保署回復：</p>

委員意見	相關單位說明
<p>其實 PAC 分很多階段，比較重要的階段是在醫院，而社區的 PAC 其實可以併入中醫，我忘了哪個國家，中西合併的 PAC 非常熱絡，有針灸、藥草泡澡，很多的中西醫合併治療，還有自理生活訓練，我覺得這些都要考慮進去。PAC 不是只有 1 個單位就可以做好，涉及的專業非常非常多，尤其復健的部分。</p>	<p>一、現行 PAC 計畫係對具積極復健潛能之個案，在治療黃金期提供高強度且密集復健，以恢復功能或降低失能程度，其復健治療費用未包括中醫服務。</p>
<p>另外我要提醒健保署，現在蓋 1 個章可以做 6 次復健(指同一療程)，但這 6 次就只能治療同 1 個部位，也不能做其他的部位，是不是可以通融一下，現在長照需求攀升，但這樣限制非常的無奈，怎麼會做得好呢。我沒有提案，可是我在這裡用口頭提案，請署長關注一下，謝謝。</p>	<p>二、又 PAC 計畫為符合不同疾病之治療黃金期，針對各種疾病分別訂有照護期間，如腦中風及創傷性神經損傷最長可照護 12 週(84 日)、燒燙傷及心臟衰竭最長可照護 6 個月，並無住滿 28 天即需換醫院之情事。</p>
<p>劉委員淑瓊</p> <p>我們常常在委員會議這裡反映問題時，健保署都說絕對沒有這件事，但我們醫改會接到民眾來電，就常常聽到民眾講，比方 PAC，民眾會講住滿 28 天就一定要換 1 家醫院，然後換出去後，過 28 天再回來，你知道這個造成多少民怨，而我們每次跟健保署反映，從以前的署長開始，回應都說絕無此事，包括健保署幕僚也是這樣說。但是包括我們接的電話，還有我周圍的朋友，都說明明有這件事情啊，28 天就必須打包行李準備要換醫院。還有剛剛提到復健 6 次只能看同 1 個部位，署長您說沒有這回事，但因為本人最近就是寡人有疾，</p>	<p>三、根據健保支付標準及健保醫療費用審查注意事項，並未規定同一療程的 6 次復健僅能治療單一部位；復健部位應依據醫師開立醫囑進行治療，若在同一療程中，有病情變化(如：其他非當次治療部位疼痛)，應由醫師重新評估後再予適當之治療。</p> <p>四、有關西醫復健治療以 6 次以內之治療為療程，說明如下：</p> <p>(一) 依全民健康保險醫療辦法第 8 條及第 23 條規定，同一療程指特定診療項目，於一定期間施行之連續治療療程。西醫復健治療，自首次治療日起三十日內，六次以內治療為療程，保險對象須於開立處方日(含當日)起三十日內，向保險醫事服務機構預約排程。保險醫事服務機構對於同一療程診療服務之提供，應僅登錄可</p>

委員意見	相關單位說明
<p>復健真的是這樣，不只剛剛陳節如委員的經驗，我的經驗也是。所以我要講的重點就是，一般民眾實際就醫的經驗不要跟健保署的規範不一樣，因為這樣會浪費健保資源，民眾也沒有得到好的照顧，以上謝謝。</p> <p>盧主任委員瑞芬</p> <p>這個部分要請健保署加強稽查，他們會去看一下瞭解實際狀況。</p>	<p>累計就醫序號之就醫類別一次，除第一次外，療程內之後續診療不得申報診察費。</p> <p>(二) 西醫復健同一療程治療，係參據臨床診療次數需要，非一次門診可完成，當以連續診療為一療程，並考量在足夠的頻率及治療強度下，以達該治療應有之療效，惟復健治療之同一療程內，診療部位及範圍應由醫師依病人病情，依其專業判斷排定適當之治療次數。</p>

114 年度健保總額協商結果

健保會 113.9.27

健保會於本(113)年 9 月 25 日依據衛福部交付行政院核定之 114 年度健保總額成長率範圍(3.521%~5.5%)，完成明(114)年度健保總額的協商工作。114 年度總額依成長率範圍計算，增加金額介於 310 億元至 484 億元之間，健保總額將突破 9 千億元，其中反映人口老化及成本變動等不需經協商的自然成長預算，所增加金額即達 310 億元，可供健保會協商之空間為 174 億元。

在我國人口老化、慢性病增加，民眾期待新藥、新醫療科技引進，醫療利用需求不斷增加的情況下，如何將有限健保資源做最有效率的配置，都是健保會每年協商的一大挑戰。在保險付費者委員與各總額部門醫界代表歷經近 14 小時的協商後，結果為牙醫門診、中醫門診總額及門診透析服務有共識；而醫院、西醫基層總額，雙方均釋出最大善意、在理性及和諧的氣氛下盡力磋商，但因協商空間有限，對於健保資源優先投入項目彼此仍有差距，將以兩案併陳送衛福部決定。

就有共識部分，牙醫門診總額總成長率 4.679%，主要增加 12.01 億元專款用於加強高風險疾病及 65 歲以上病人之牙結石清除、塗氟及補牙等服務，提供國人更完整之口腔照護。中醫門診總額總成長率 5.274%，主要增加 3.47 億元用於調升中醫每日藥費、增加健保給付的中藥品項，以提升民眾中醫用藥的品質。至於門診透析服務總成長率為 3%，其中指定 4.335 億元專款預算，用於持續鼓勵醫療院所加強推動腹膜透析，並新增「居家血液透析照護模式」，以提升透析病人照護及生活品質。

醫院及西醫基層總額兩部門整體總額雖未獲共識，然付費者及醫界雙方均期盼在有限的健保資源中，尋求最佳的資源配置及運用。對於各界關心加速引進新醫療科技(新藥、新特材、新診療項目)、暫時性支付(新藥、新特材)及藥品特材給付規定改變等項目均有增編預算，期使更多需要的民眾受益。另針對加強偏鄉及山地離島地區、弱勢族群醫療照護及偏遠地區燈塔型醫院等項目，也同意持續增編預算，以確保當地民眾就醫權益。

為落實賴總統提出的健康台灣願景，醫界及付費者代表委員對於強化全人照護與慢性疾病管理，均支持編列相關預算，包括：擴大慢性病照護及強化整合性照護模式，於家庭醫師整合性照護計畫新增風險管理與生活習慣諮詢服務，於地區醫院全人全社區照護計畫加強三高病人照護，並擴大居家及安寧照護、在宅急症照護及急性後期整合照護等計畫。另對於友善醫事人員環境，也增編經費優先調整病房費及以醫事人力服務為主、急重難症等支付標準。但最後因協商雙方對於部分項目仍有差距，無法達成共識。

114 年度總額協商，在雙方平和及理性協商氛圍下，已盡可能縮小彼此差距，最後將兩案併陳，其中付費者代表方案成長率 4.605%、醫界代表方案成長率 5.171%，預計於 10 月份委員會議確認後，依法報請衛福部核(決)定。

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：羅資文
聯絡電話：(02)8590-6778
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgpower2th@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年9月16日
發文字號：衛部保字第1131260508C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含修正規定)1份

主旨：「全民健康保險保險對象免自行負擔費用辦法」第二條附表一，業經本部於中華民國113年9月16日以衛部保字第1131260508號令修正發布，茲檢送發布令影本(含修正規定)1份，請查照轉知。

正本：中華民國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、中華民國中醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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、台灣病歷資訊管理學會、勞動部、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

副本：

113.09.16

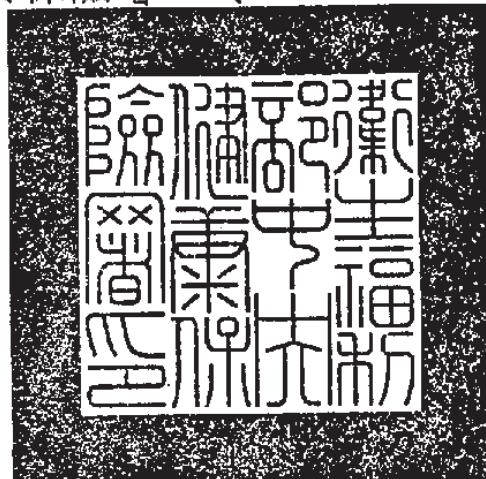


113CC00715

檔 號：
保存年限：附錄四

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國113年9月18日
發文字號：健保審字第1130672575號
附件：全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點



訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，並自即日生效。

附「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」

署長石宗良

司
線

副本

檔 號： 附錄五
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



45

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113年9月16日

發文字號：健保醫字第1130664335號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修正「113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：113年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」第十三點規定。

公告事項：配合衛生福利部113年2月27日衛部保字第1131260098號令修正自113年3月1日起刪除「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」第三部牙醫醫令代碼91090C、P7301C及P7302C，並於113年3月12日公告追溯自113年1月1日起實施「全民健康保險牙醫門診總額高風險疾病口腔照護計畫」及於113年3月22日公告自113年4月1日起實施「全民健康保險牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，修正事項如下，並追溯自113年1月1日起生效：

一、旨揭方案執業計畫之門診、巡迴醫療服務及巡迴計畫之巡迴點、社區醫療站醫療服務，均可提供上開兩項計畫照護服務。

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300234

二、於本方案巡迴計畫服務中提供上開兩項計畫照護服務時，上開兩項計畫之醫令代碼於醫療費用申報時不另加計2成。

副本：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、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人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、行政院主計總處、地方政府衛生局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、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

署長 石宗良



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年10月1日

發文字號：健保醫字第1130118837號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」等十項計畫(方案)，並自中華民國一百十四年一月一日起生效。

依據：衛生福利部113年9月6日衛部保字第1131260499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、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、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

訂

線

署長石宗良



1133300249

113.10.4

第1頁 共1頁

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：莊玉芬
聯絡電話：02-27065866 分機：3607
傳真：02-27069043
電子郵件：A111392@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113年9月13日
發文字號：健保醫字第1130664369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：113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」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說
明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨本署113年9月5日
健保醫字第1130664088號函辦理。
- 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113年9月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依113年第1季結算點值辦理，並於113年9月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

113.09.16



1133340252

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

電子公文
交換章
2024/09/16
16:01:37

裝

訂



六、修正後一般服務各分區點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)
- 投保該分區核定非浮動點數(BG)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)
- / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4,254,726,513 -	852,515,039 -	39,690,521 -	273,609] / 3,697,068,249 = 0.90943610
北區分區	= [1,880,496,209 -	452,181,320 -	16,648,125 -	101,339] / 1,423,731,014 = 0.99145514
中區分區	= [2,082,936,341 -	195,670,130 -	18,732,115 -	60,554] / 1,913,941,430 = 0.97624385
南區分區	= [1,449,035,511 -	230,022,495 -	12,229,071 -	45,094] / 1,180,384,040 = 1.02232732
高屏分區	= [1,592,287,026 -	166,981,854 -	13,496,729 -	32,012] / 1,434,215,015 = 0.98435480
東區分區	= [215,870,424 -	37,419,773 -	2,243,254 -	1,974] / 152,977,810 = 1.15183649

2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額 = 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)

- 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)
 - / 加總一般服務浮動核定點數(GF)
 - 103,039,815 -
- = [11,475,352,024] / [514,582] / 11,772,778,421 = 0.96594000

3. 修正後一般服務分區平均點值 = [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]

臺北分區	= [4,254,726,513	/ [一 般 服 務 核 定 浮 動 點 數 (GF)	+ 核 定 非 浮 動 點 數 (BG)]	+ 自 墊 核 退 點 數 (BJ)]
北區分區	= [1,880,496,209	/ [4,611,852,576 +	39,690,521 +	273,609] = 0.91463761
中區分區	= [2,082,936,341	/ [1,868,684,137 +	16,648,125 +	101,339] = 0.99738130
南區分區	= [1,449,035,511	/ [2,108,648,236 +	18,732,115 +	60,554] = 0.97908070
高屏分區	= [1,592,287,026	/ [1,400,113,724 +	12,229,071 +	45,094] = 1.02594728
東區分區	= [215,870,424	/ [1,598,011,564 +	13,496,729 +	32,012] = 0.98805287
		/ [185,468,184 +	2,243,254 +	1,974] = 1.15000000

4. 修正後一般服務全區平均點值
= [11,475,352,024] / [11,772,778,421 + 103,039,815 + 514,582] = 0.96623699

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年9月6日
發文字號：健保醫字第1130664104A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：113年第1季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」（附件）已確認並公布於本署全球資訊網，下
載路徑如說明，請查照。



說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年8月15日「全
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額113年第3次研商議
事會議」決定辦理。



二、旨掲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113年9月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核
付，依113年第1季結算點值辦理，並於113年9月辦理點值
結算追扣補付事宜。

113.09.09



1133340238

正本：本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高
屏業務組、本署東區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國中醫師公會全國
聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電文
交換章
2024/09/09
10:48

裝



訂



線

五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)

$$= \begin{array}{l} - 各分區一般服務核定非浮動點數(BG) \\ - 各分區自墊核退點數(BJ) \\ \diagup 各分區一般服務核定浮動點數(BF) \end{array}$$

臺北分區	= [2,050,202,035
北區分區	= [922,654,105
中區分區	= [1,795,614,121
南區分區	= [1,038,746,157
高屏分區	= [1,152,372,879
東區分區	= [158,483,953

臺北分區	= [863,402,709
北區分區	= [428,826,025
中區分區	= [737,747,438
南區分區	= [464,133,783
高屏分區	= [507,968,813
東區分區	= [50,190,359

臺北分區	= [47,397] / 1,355,546,927 = 0.87547831
北區分區	= [30,707] / 617,246,716 = 0.80000000
中區分區	= [54,610] / 1,278,394,095 = 0.82745382
南區分區	= [32,722] / 677,485,444 = 0.84810627
高屏分區	= [7,956] / 775,654,955 = 0.83077676
東區分區	= [7,476] / 93,466,198 = 1.15855914

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整移撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD3)

$$= \begin{array}{l} - 加總核定非浮動點數(GG) \\ - 加總自墊核退點數(GJ) \\ \diagup 加總一般服務浮動核定點數(GF) \end{array}$$

臺北分區	= [3,052,269,127
北區分區	-
中區分區	-
南區分區	-
高屏分區	-
東區分區	-

臺北分區	= [180,868] / 4,797,794,335 = 0.84739423
北區分區	-
中區分區	-
南區分區	-
高屏分區	-
東區分區	-

臺北分區	= [1,355,546,927 + 863,402,709
北區分區	= [617,246,716 + 428,826,025
中區分區	= [1,278,394,095 + 737,747,438
南區分區	= [677,485,444 + 464,133,783
高屏分區	= [775,654,955 + 507,968,813
東區分區	= [93,466,198 + 50,190,359

臺北分區	= [47,397] / 30,707 = 0.92393185
北區分區	= [54,610] / 54,610 = 0.88199127
中區分區	= [32,722] / 32,722 = 0.89059496
南區分區	= [7,956] / 7,956 = 0.89774416
高屏分區	= [7,476] / 7,476 = 1.10315679

臺北分區	= [4,797,794) / [4,797,794,335 + 3,052,269,127
北區分區	= [180,868] / [180,868] = 0.90673270
中區分區	-
南區分區	-
高屏分區	-
東區分區	-

檔 號：

附錄八

保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629
電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年9月12日

發文字號：健保醫字第1130664319號

速別：速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨

主旨：檢送113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」，相關資料已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年9月4日全民健康保險醫療給付費用醫院總額113年第3次研商議事會議決定辦理。

二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。

三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自113年9月15日起暫付、核付之醫院總額費用依113年第1季點值辦理，並於113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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、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

程式代號：rgbi3308r04

113年第1季

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：113/09/02

核算主要費用年月起迄：113/01~113/03

頁次：68

5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

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

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

- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)

- 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)

- 加總(門住診當地就醫分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)

/ 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)

$$\text{臺北分區} = [20,597,950,535 + 25,739,795,170 - 4,403,405,320 - (23,384,525,775 - 536,934,617)] \\ - 182,082,305 - 163,200,460 - 20,516,227] / 21,537,193,678 = 0.86923814$$

$$\text{北區分區} = [7,655,725,513 + 10,408,060,966 - 2,764,737,727 - (9,168,189,483 - 208,853,177)] \\ - 20,261,665 - 14,828,272 - 11,183,816] / 6,904,764,475 = 0.91146320$$

$$\text{中區分區} = [9,742,229,621 + 13,506,502,526 - 1,157,882,840 - (11,565,835,543 - 298,071,485)] \\ - 359,240,645 - 396,630,084 - 8,198,030] / 11,423,623,110 = 0.88054520$$

$$\text{南區分區} = [7,642,945,846 + 10,811,511,040 - 1,507,860,146 - (8,729,139,432 - 220,603,685)] \\ - 26,707,326 - 23,488,416 - 5,024,878] / 8,287,659,644 = 1.01148463$$

$$\text{高屏分區} = [8,033,910,104 + 11,488,461,073 - 1,086,284,700 - (9,698,826,967 - 228,316,448)] \\ - 75,856,999 - 53,496,112 - 4,303,950] / 9,673,349,384 = 0.91301560$$

$$\text{東區分區} = [1,286,522,674 + 2,212,280,408 - 292,216,213 - (1,651,847,103 - 29,465,308)] \\ - 55,009,226 - 26,963,126 - 675,492] / 1,542,491,386 = 0.97346231$$

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = 「調整後門診一般服務預算總額(D4) + 調整後住診一般服務預算總額(D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)

- 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

/ 加總(門住診一般服務核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

$$= [54,959,284,293 + 74,166,611,183 - (64,876,970,773 - 1,522,244,720) - 49,902,393] / 72,501,429,432 \\ = 0.90648236$$

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值

$\sqrt{[調整後分區門診一般服務核定浮動點數] (GF) + [門住診一般服務核定浮動點數] (GF) + [加總(門住診保該分區核定非浮動點數)] (BG1+BG2+BG3+BG4)}$

+ 加總(門住診保該分區核定非浮動點數) (B1+B3)

+ 加總(門住診就醫分區自墊核退點數) (B1+B3)

+ 加總(門住診就醫分區自墊核退點數) (B1+B3)

臺北分區 = [20, 597, 950, 535 + 25, 739, 795, 170] / [26, 590, 479, 889 + 23, 547, 726, 235 - 536, 934, 617 + 20, 516, 227] = 0, 93381855

北區分區 = [7, 655, 725, 513 + 10, 408, 060, 966] / [9, 976, 467, 467 + 9, 183, 017, 755 - 208, 853, 177 + 11, 183, 816] = 0, 95264012

中區分區 = [9, 742, 229, 621 + 13, 506, 502, 526] / [13, 082, 724, 533 + 11, 962, 465, 627 - 298, 071, 485 + 8, 198, 030] = 0, 93914097

南區分區 = [7, 642, 945, 846 + 10, 811, 511, 040] / [9, 979, 388, 527 + 8, 752, 627, 848 - 220, 603, 685 + 5, 024, 878] = 0, 99665267

高屏分區 = [8, 033, 910, 104 + 11, 488, 461, 073] / [10, 950, 661, 890 + 9, 752, 323, 079 - 228, 316, 448 + 4, 303, 950] = 0, 95328861

東區分區 = [1, 286, 522, 674 + 2, 212, 280, 408] / [1, 921, 707, 126 + 1, 678, 810, 229 - 29, 465, 308 + 675, 492] = 0, 97958286

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [54, 959, 284, 293 + 74, 166, 611, 183] / [72, 501, 429, 432 + 64, 876, 970, 773 - 1, 522, 244, 720 + 49, 902, 393] = 0, 95011140

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]

$\sqrt{[-一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(B1) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]}$

= [54, 959, 284, 293 + 74, 166, 611, 183 + 8, 064, 427, 994]

$\sqrt{[72, 501, 429, 432 + 64, 876, 970, 773 - 1, 522, 244, 720 + 49, 902, 393 + 8, 064, 427, 994]}$

= 0.95290589

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材)暫結金額+C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額 + 急診品質提升方案暫結金額+鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGS)暫結金額 + 醫院支援西醫療資源不足地區改善方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額 + 醫院所建立轉診合作機制暫結金額+網路寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+癌症治療品質改善計畫暫結金額+慢性傳染病照護品質評量能暫結金額+持續推動分級醫療、優化社區醫院服務品質及量能暫結金額 + 健全區域(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能暫結金額+地區醫院全人全社區照護計畫暫結金額 + 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作暫結金額+區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作暫結金額 + 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫暫結金額+品質保證保留款預算
- | | | | | | | | |
|---|--------------|-----------------|--------------------|--------------------|--------------------|-----------------|--------------------|
| = | 4,795, 140 + | 284, 818, 400 + | 3, 484, 769, 864 + | 1, 110, 276, 144 + | 1, 283, 103, 345 + | 276, 485, 965 + | 33, 003, 017 |
| + | 0 + | 25, 861, 377 + | 179, 060, 623 + | 50, 704, 400 + | 37, 237, 791 + | 111, 446, 250 + | 554, 703, 405 |
| + | 0 + | 1, 600 + | 34, 830, 821 + | 125, 000, 000 + | 250, 000, 000 + | 0 + | 0 |
| + | 0 + | 0 + | 218, 329, 852 | | | | |
| | | | | | | | = 8, 064, 427, 994 |

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：陳怡蒨
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-2706-9043
電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年9月12日
發文字號：健保醫字第1130664355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：113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」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說
明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年8月22日全民
健康保險醫療給付費用西醫基層總額113年第3次研商議事
會議決定辦理。
- 二、旨掲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113年9月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核
付，依113年第1季結算點值辦理，並於113年9月辦理點值
結算追扣補付事宜。



113.09.13



1133340247

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、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室

電文
交換章
2024/09/13
10:54:12

裝

訂



線



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

1. 一般服務分區浮動點值之計算

$$\text{該分區浮動點值} = [\text{風險調整移轉款撥補後一般服務預算總額(BD11)} + \text{該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用}] - \text{投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數} \times \text{前季投保分區浮動點值(AT)}$$

- (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	630,798 - 1,568,520,305 - (3,430,256,095 - 4,681,107) -	582,611]／ 7,523,695,206 = 0.82476310
3,893,060 -	779,997,543 - (1,659,552,647 - 3,609,887) -	858,698]／ 3,214,257,422 = 0.86562140
1,708,946 -	370,514,594 - (1,958,303,871 - 3,579,269) -	545,059]／ 4,442,014,487 = 0.89752231
10,219,820 -	439,017,259 - (1,544,210,596 - 2,222,377) -	607,289]／ 3,065,370,735 = 0.92494838
8,014,764 -	333,350,230 - (1,754,726,436 - 3,500,821) -	220,155]／ 3,595,943,331 = 0.89385728
16,690,594 -	84,776,133 - (236,070,565 - 331,891) -	105,949]／ 365,733,481 = 1.05160050

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移轉款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
 - (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)
 - 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

$$= [33,511,711,289 + 41,157,982 - (10,583,120,210 - 17,925,352) - 2,919,761] / 26,392,755,428 = 0.87087363$$

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值

= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

$$\begin{aligned} \text{臺北分區} &= [11,199,313,250 + 630,798] / [9,452,920,366 + 3,430,256,095 - 4,681,107 + 582,611] = 0.86966313 \\ \text{北區分區} &= [5,215,235,963 + 3,893,060] / [4,113,970,509 + 1,659,552,647 - 3,609,887 + 858,698] = 0.90440743 \\ \text{中區分區} &= [6,310,882,419 + 1,708,946] / [4,866,204,008 + 1,958,303,871 - 3,579,269 + 545,059] = 0.92539995 \\ \text{南區分區} &= [4,806,702,630 + 10,219,820] / [3,548,648,001 + 1,544,210,596 - 2,222,377 + 607,289] = 0.94611905 \\ \text{高屏分區} &= [5,291,041,355 + 8,014,764] / [3,965,560,075 + 1,754,726,436 - 3,500,821 + 220,155] = 0.92683360 \\ \text{東區分區} &= [688,535,672 + 16,690,594] / [445,452,469 + 236,070,565 - 331,891 + 105,949] = 1.03512297 \end{aligned}$$

4. 一般服務全區平均點值

$$= [33,511,711,289 + 41,157,982] / [26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761] = 0.90779436$$

5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)]

+ 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)

$$\begin{aligned} &\quad \times \text{加總分區} [\text{一般服務核定浮動點數(GF)} + \text{核定非浮動點數(BG)} - \text{藥品給付協議} \\ &\quad + \text{自整核退點數(BI)} + \text{專款專用已支用點數(含品質保證保留款)}] \\ &= [33,511,711,289 + 41,157,982 + 1,189,830,578] / [26,392,755,428 + 10,583,120,210 - 17,925,352 + 2,919,761 + 1,187,597,788] \\ &= 0.91072333 \end{aligned}$$

註：

$$\begin{aligned} 1. \text{專款專用暫結金額} &= \text{C型肝炎藥費暫結金額} + \text{家庭醫師整合性照護計畫暫結金額} \\ &+ \text{醫療資源不足地區改善方案暫結金額} + \text{醫療給付改善方案暫結金額} \\ &+ \text{鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額} + \text{罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材} + \text{後天免疫缺乏病毒治療藥費} \\ &+ \text{經路頻寬補助費用} + \text{基層診所產婦生產補助試辦計畫} \\ &+ \text{代謝症候群防治計畫暫結金額} + \text{提升心肺疾患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額} \\ &+ \text{精神科長效針劑藥費暫結金額} + \text{癌症治療品質改善計畫} + \text{慢特性傳染病照護品質計畫} + \text{品質保證保留款預算} \\ &= 83,436,186 + 642,593,265 + 79,275,000 + 163,697,245 + 38,125,150 + 375,668 + 4,593,820 \\ &\quad + 55,797,477 + 0 + 31,420,500 + 1,169,000 + 9,789,379 + 18,400 + 1,883,501 + 57,650,987 \\ &= 1,189,830,578 \end{aligned}$$

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議。

4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 113年品質保證保留款預算 / 4

七、說明

1. 本季核算費用年月包括：

費用年月112/12(含)以前：於113/04/01~113/06/30期間核付者。

費用年月113/01~113/03：於113/01/01~113/06/30期間核付者。

2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張美鳳
聯絡電話：02-27065866 分機：2605
傳真：02-27069043
電子郵件：A111423@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113年9月5日
發文字號：健保醫字第1130663986A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：113年第1季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨113年8月14日全民健康保險醫療給付費用門診透析預算113年第3次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報及醫療服務審查辦法規定，自113年9月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依113年第1季結算點值辦理，並於113年9月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

113.09.05



1133340235

正本：本署各分區業務組

副本：龐代表一鳴、田代表士金、白代表其怡、洪代表冠予、陳代表文琴、楊代表孟儒、林代表元灝、廖代表秋鐸、謝代表侑伶、楊代表五常、黃代表尚志、劉組長林義、羅代表永達、朱代表文洋、陳代表鴻文、陳代表盈凱、郭代表咏臻、張代表孟源、吳代表麥斯、宋代表俊明、施代表孟甫、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏代表大翔、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、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅署、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組、本署醫審及藥材組

電 2024/09/06 文
交換章
14:31:05

裝



訂

線



衛生福利部中央健康保險署

列印日期：113/08/12
頁 次：15

程式代號：RGB13308D05 門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表
113年第1季 結算主要費用年月起迄：113/01~113/03 核付截止日期：113/06/30

七、一般服務浮動每點支付金額

= 預算(D3) - 核定非浮動點數合計(M) - 1x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)

= 11,213,029,354 - 745,532,489 - 163,011,479

= 11,154,664,894

= 0.92378260 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

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

= 11,213,029,354

= 745,532,489 + 163,011,479 + 11,154,664,894

= 0.9252294 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]
+ 加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M)] + 專款專用已支用點數
= [11,213,029,354 + 17,891,498]
/ [11,154,664,894 + 163,011,479 + 745,532,489 + 17,891,498] = 0.92962731

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫暫結金額 = 17,891,498
十、說明
本季結算費用年月包括：

- 費用年月112/12(含)以前：於113/04/01~113/06/30期間核付者。
- 費用年月113/01~113/03；於113/01/01~113/06/30期間核付者。

衛生福利部全民健康保險會

第6屆113年第9次委員會議補充資料目錄

會議時間：113年10月23日

一、本會重要業務報告

(一)更新說明一之(二)上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項(會議資料第93、97~99頁)	1
(二)補充說明一之(二)個別委員關切事項回復1則(會議資料第217頁)	4
(三)新增說明八、健保署來函修正113年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」決定事項之品質監測指標(會議資料第96頁)	14

二、優先報告事項

「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案」之說明一之(二)請確認達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」健保署回復研修結果及本會補充說明(會議資料第100頁)	20
---	----

三、討論事項

(一)第一案「114年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」說明五(會議資料第107頁)	65
(二)第二案「114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」說明五(會議資料第132頁)	68
(三)第三案「114年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」說明五(會議資料第153頁)	70

四、報告事項

(一)第一案「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)」(會議資料第207頁)	71
---	----

(會議資料第 93、98、99 頁)

四、本會重要業務報告

(會議資料第 93 頁)

一、本會依上次(第 8 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(二)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 2 項，依辦理情形，擬建議解除追蹤 2 項，~~繼續追蹤 1 項~~，如附表(第 1~2 頁)；但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，相關單位回復如附錄一(會議資料第 213~219 頁)。

*更新說明：配合健保署 113.10.22 提報優先報告事項辦理

(會議資料第 97~98 頁)

附表

上次(第 8 次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共 2 項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	有關委員關切 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。	於 113 年 10 月 4 日請辦社保司。	社保司回復： 1.114 年移由公務預算支應項目多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含於低推估成長。每年總額係以，經校正之前 1 年總額乘上低推估公式 $\{ [1 + \text{人口結構改變對醫療費用影響(A)} + \text{醫療服務成本指數改變率(B)}] \times [1 + \text{投保人口預估成長率(C)}] - 1 \} \times \text{前一年校正後一般服務費用占率}$ ，計算	解除追蹤	—

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
				<p>出低推估；再加上協商因素後，得出高推估；其中低推估公式有「校正後一般服務費用」占率，不含專款項目及其他部門預算。</p> <p>2.移除總額至公務預算編列之經費，為公共衛生、預防保健、資訊或政策需要等項目，排擠原本可能於一般服務之醫療服務運用資源配置，114年該等項目回歸公務預算支應，挪出額度歸還一般醫療服務等上述公式計算，爰不於基期扣除。</p>		
2	討論事項第一案： 114 年度醫院、西醫基層、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算，協商結論案。	達成共識之部門，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，如附件一、二、三，其中新增或診醫療給付延續性項目之費用總額及其他預算協商結論案。	於 113 年 10 月 4 日請辦健保署。	<p>健保署回復：</p> <p><u>已提報本次會議優先報告事項(詳第 20~64 頁)確認。</u></p>	<u>於委員會 議確認後 解除追蹤</u>	—

二、擬繼續追蹤(共 1 項)

項 次	案——由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項 第一案： 114 年度 醫院、西 醫基層、 中 醫門 診、牙 醫及「 門診 給付 總額 及其 他預 算協 商結 案。	達成共識之部門，牙 醫門診總額、中醫門 診總額及其他預算， 如附件一、二、三， 項目之「執行目標」 及「預期效益之評估 醫療指標」，暫列如 劃線處，請中央健康保險 署會同總額部門相 關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員 會議 (113.10.23) 確 認。	於 113 年 10 月 4 日 請辦健保 署。	健保署回復： 本署將參考各計畫 執行成效及評估指 標合適性，儘速與 總額相關醫界團體 達成共識後，提報 貴會確認。	1.繼續追蹤 2.本項須於 10 月份委 員會議確 認，俾憑 報部，將 於健保署 提報委員 會議確認 後解除追 蹤。	113 年 10 月

(會議資料第 217 頁)

附錄一

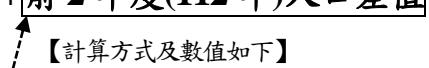
本會重要業務報告說明一之(二)

個別委員關切事項(含書面意見)之相關單位回復(補充 1 則)

委員意見	相關單位說明
(議事錄第 119 頁) 李委員永振會後書面意見 為瞭解114年度總額基期之變化，請 幕僚同仁整理過去年度總額基期計算 方式改變情形，及一般服務未導入、未 執行預算於點值結算及總額基期之扣 減情形，提供參考。	本會回復： 說明如附件(第5~13頁)。

附錄一之附件

一、歷年總額基期計算方式改變情形：

項目	111 年度總額(含)以前	112、113 年度總額	114 年度總額						
總額基期	前 1 年度健保醫療給付費用 (一般+專款+透析) 【由健保署提供數值，早期年度有扣除未導入預算(詳第 7~8 頁表)】	前 1 年度(111、112 年)健保醫療給付費用總額公告金額(一般+專款+透析) -前 2 年度(110、111 年)未導入預算扣減部分	前 1 年度(113 年)健保醫療給付費用總額公告金額 (一般+專款+透析) +前 1 年度(113 年)違規扣款^{#2} +前 2 年度(112 年)人口差值 						
低推估成長率	107 年(含)之前，直接採「醫療服務成本及人口因素成長率」。 自 108 年起，納入以下之校正因素： <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>總額年度</th> <th>校正因素</th> </tr> <tr> <td>108~109</td> <td>前 1 年度一般服務預算占率</td> </tr> <tr> <td>110~113</td> <td> ·前 1 年度一般服務預算占率 ·前 2 年度人口差值 </td> </tr> </table>	總額年度	校正因素	108~109	前 1 年度一般服務預算占率	110~113	·前 1 年度一般服務預算占率 ·前 2 年度人口差值	「醫療服務成本及人口因素成長率」，再校正： ·前 1 年度(111、112 年)一般服務預算占率 +前 2 年度(110、111 年)人口差值	「醫療服務成本及人口因素成長率」，再校正： 前 1 年度(113 年)一般服務預算占率
總額年度	校正因素								
108~109	前 1 年度一般服務預算占率								
110~113	·前 1 年度一般服務預算占率 ·前 2 年度人口差值								

註：1. 資料來源為歷年衛福部報行政院之年度總額範圍(草案)。

2. 過去(113 年度總額前)衛福部擬訂總額範圍時所採基期，未處理前 1 年度違規扣款之回補；然本會依總額協商原則，自 108 年度總額起，於總額協商計算各總額部門一般服務成長金額之基期，會加回前 1 年度違規扣款金額。

依衛福部 113.6.28 函報行政院總額範圍案，114 年度總額基期計算方式及數值如下：

$$\begin{aligned}
 114 \text{ 年度總額基期約 } 8,802.17 \text{ 億元} = & \text{前 1 年度(113 年)健保總額預算}(8,755.35 \text{ 億元}) \\
 & + \text{校正前 2 年度(112 年)人口差值}(+46.03 \text{ 億元}) \\
 & + \text{加回前 1 年度(113 年)違規扣款}(+0.79 \text{ 億元})。
 \end{aligned}$$

註：1. 前 1 年度(113 年)健保總額預算(8,755.35 億元)=113 年一般服務預算(7,504.82 億元)+113 年專款預算 790.57 億元+113 年透析預算 459.95 百萬元。

2. 114 年度總額基期不扣減 112 年西醫基層總額「一般服務未導入預算」新醫療科技(約 0.204 億元)，及 112 年中醫門診總額「一般服務未執行預算」(約 4.2 億元)【包含「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」408.93 百萬元、「中醫小兒傷科照護品質」2.08 百萬元、「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」13.64 百萬元】。

3. 因應行政院考量健保面臨財務問題，自 114 年起將原有的 8 個協定項目，合計金額 110.6 億元，移由公務預算支應，惟 114 年度總額基期未將移出公務預算支應之額度 110.6 億元扣除。

二、一般服務未導入、未執行預算之扣減情形：

(一)歷年總額預算扣減之事項，包含「一般服務項目未導入預算(主要為新醫療科技)」、「一般服務項目未執行額度」、「專款項目與一般服務重複費用」等 3 類，辦理原則說明如下：

1.當年度總額：健保署均依照總額核(決)定事項辦理。

於點值結算時扣減當年度一般服務未導入預算、未執行額度及專款項目與一般服務重複費用，本項扣減係依當年度執行情形，核實扣減，無涉基期之計算。

2.未來年度總額基期扣減與否：基期之計算屬衛福部(社保司)之權責，因此對於未執行額度是否納入基期扣減，歷來均由衛福部(社保司)規劃辦理。

(1)行政院核定 108~110 年度總額時，每年均函示檢討總額基期之合理性，爰衛福部擬定 112 年度總額範圍時，將前 2 年度(110 年)「一般服務項目未導入預算」自基期扣減。

(2)衛福部於擬訂 113 年度總額範圍(詳參考資料 1，第 9~10 頁)時，持續於基期扣減 111 年「一般服務項目未導入預算」，但對於「一般服務項目未執行額度」，考量新增項目/計畫執行初期不穩定，應設立執行率之觀察期，以 111 年新增項目/計畫為例，如設立執行率未達目標之 2 年觀察期，則於 115 年度總額開始扣除未執行預算額度，故 113 年度尚不扣減，後續將持續研議相關處理方式。

(3)衛福部於擬訂 114 年度總額範圍(詳參考資料 2，第 11~13 頁)時，不扣減一般服務項目「未導入預算」及「未執行額度」，考量理由如下：
①112 年新醫療科技預算執行率高於 9 成。
②112 年中醫部門 3 項計畫初辦及疫情因素，預算預估不準確，實際執行未穩定需校正。

(二)歷年之當年度總額點值結算扣減，及協商年度總額基期扣減情形對照表：

類別	當年度總額-點值結算扣減(百萬元)				協商年度總額 -基期扣減(百萬元)
	總額部門 (扣減項目)	年度	預算數	扣減 預算數	
一般服務 未導入預算	醫院 <u>(扣減未於年底 前導入之新診 療項目、新特 材預算)</u>	103	2,001.4	281.0	105、108、109 年度總 額-基期不含本項未導 入預算
		106	2,063.0	248.0	
		107	3,440.0	155.0	
		108	3,019.0	276.0	
		110	3,562.0	62.6	
	西醫基層 <u>(扣減未於年底 前導入之新診 療項目及新藥 預算)</u>	110	190.3	39.0	112 年度總額-基期扣 減 39.0
		111	300.0	187.6	113 年度總額-基期扣 減 191.7(187.6*(1+112 年一般服務成長率 2.171%))
		112	196.0	20.4	114 年度總額-基期不 予扣減未導入預算 (詳參考資料 2)
		111	405	401.5	113 年度總額-基期尚 不扣減未執行額度 (詳參考資料 1) (衛福部函報行政院 113 年度總額 範圍，研議設立執行率之觀察 期，如設立執行率未達目標之 2 年觀察期，則於 115 年度總額基 期扣減。惟本計畫已於 113 年移 列專款，並自一般服務減列費用)
		112	407.8	378.3 (註 2)	
一般服務 未執行額度	中醫門診 <u>(扣減 3 項協商項 目未執行額度)</u>	112	496.4	424.7 (註 3)	114 年度總額-基期不 予扣減未執行額度 (詳參考資料 2)

類別	總額執行年度-點值結算扣減(百萬元)				協商年度總額 -基期扣減(百萬元)
	總額部門 (扣減項目)	執行 年度	預算數	扣減 預算數	
專款項目 與一般服務 重複費用	牙醫門診 (扣減「12~18 歲青 少年口腔提升照 護試辦計畫」計 畫與一般服務重 複費用)	111	271.5	1.1	已於各年度總額協商 列減項，不扣減總額基 期
	護試辦計畫」計 畫與一般服務重 複費用)	112	271.5	0.08	
	中醫門診 (扣減「照護機構 中醫醫療照護方 案」計畫與一般 服務重複費用)	111	28.0	1.7	
	中醫醫療照護方 案」計畫與一般 服務重複費用)	112	28.0	1.1	

註：1.依醫院總額研商議事會議(108.11.27、111.5.25)決定扣減當年預算，但 109、111 年一般服務基期費用不扣減。

2.111 年牙醫門診總額一般服務新增「高風險疾病口腔照護」項目，協定事項須扣減當年度一般服務未執行之額度，健保署於 112 年度總額結算持續扣減未執行額度，另 113 年度總額本項自一般服務移列專款，並自一般服務減列 4.05 億元。

3.112 年中醫門診總額一般服務「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、「中醫小兒傷科照護品質」及「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」等 3 項目之協定事項，依 112 年度預算執行結果，扣除當年度未執行之額度，爰於 112 年第 4 季分別扣減 408.93 百萬元、2.08 百萬元及 13.64 百萬元。

113 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂(節錄自 112.6.7 衛福部報院資料)

第一節 113 年總額範圍(草案)

本部所擬之 113 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 112 年度健保醫療給付費用總額(淨值)為基期(約 8,362.32 億元)，總額範圍下限金額約 8,581.49 億元至上限金額約 8,780.43 億元(成長率 2.621% 至 5%)。

113 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & \text{113 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ & = 112 \text{ 年度健保醫療給付費用(淨值)} \\ & \quad \times (1 + 113 \text{ 年度健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

範圍擬訂公式各項計算指標之定義及其說明如下：

一、113 年總額範圍基期(淨值)：

依據 112 年 3 月 17 日會議決議，自 112 年度總額起，本部擬訂健保總額範圍時，所採計之基期淨值，係以前 1 年度保險醫療給付費用扣除前 2 年度預算未執行/未導入等金額而得，包含一般服務之「未導入預算」(主要以新醫療科技項目為主)及計畫項目「未執行預算」、專款計畫項目「未執行預算」，以及「節流效益之回饋款」。

其中一般服務(新醫療科技)「未導入預算」及計畫項目「未執行額度」係由健保署完成該年度費用結算作業後提供。另專款部分，本部於 112 年 3 月 17 日偕同健保署、健保會研商總額各階段行政程序後，決議各項專款計畫如有未執行完預算或與一般服務

重複之費用，於總額協商階段處理。

據此，113 年總額基期淨值約為 **8,362.32** 億元，係以 112 年度保險醫療給付費用扣除 111 年西醫基層總額一般服務之新醫療科技未導入預算約 1.92 億元而得。相關各項扣減項目規劃與執行情形如下表。

113 年總額基期扣減項目說明表

基期扣減項目	說 明
一般服務 未導入預算額度	依據健保署 112 年 5 月 15 日健保醫字第 1120108713 號書函，本項為扣除西醫基層總額 111 年全年「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」未導入預算額度(新診療項目 55,590,000+新藥 132,002,449)，並乘以「112 年度西醫基層醫療給付費用總額一般服務成長率」(2.172%)，共 191,666,957 元。
一般服務 計畫項目預算 未執行額度	依據 112 年 3 月 17 日偕同健保署、健保會召開之三方研商會議決議，未來總額新增計畫應設立執行率之觀察期，以 111 年度新增計畫為例，如設立執行率未達目標之 2 年觀察期，則於 115 年總額開始扣除未執行預算額度。故 113 年度尚不扣減本項目，後續本部將與健保署、健保會持續研議相關處理方式。
專款項目 與一般服務 重複部分之費用	參採健保署及健保會建議，於當年度總額協商階段處理。
成效回饋款	113 年度尚無相關扣減額度。

114 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂(節錄自 113.6.28 衛福部報院資料)

第二節 114 年總額範圍(草案)

本部所擬之 114 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 114 年度健保總額基期 8,802.17 億元計算，總額下限金額約 9,112.08 億元至上限金額約 9,286.28 億元(成長率 3.521% 至 5.5%)。

114 年度健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & \text{114 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ & = \text{114 年度健保總額基期} \\ & \quad \times (1 + \text{114 年度健保醫療給付費用成長率之低推估值} \sim \text{高推估值}) \end{aligned}$$

一、114 年度總額範圍基期(8,802.17 億元)：

(一) 本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(113 年)健保總額預算(8,755.35 億元)，校正前 2 年度(112 年)投保人口預估成長率與實際之差值(+46.03 億元)、加回前 1 年度(113 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.79 億元)，即為 8,802.17 億元($8,755.35+46.03+0.79$)。各項校正因素分述如下：

$$\begin{aligned} & \text{114 年基期金額 } 8,802.17 \text{ 億元} \\ & = \text{前 1 年度 (113 年) 健保醫療給付費用總額} + \text{前 2 年度 (112 年) 投保人口預估成長率與實際之差值} + \text{前 1 年度 (113 年) 總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款} \\ & = 8,755.35 + 46.03 + 0.79 \\ & = 8,802.17 \end{aligned}$$

1. 前 1 年度(113 年)健保醫療給付費用總額 8,755.35 億元：依本部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年度健保醫療給付費用總額核定結果。
2. 前 2 年度（112 年）投保人口預估成長率與實際之差值 +46.03 億元：
 - (1) 因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
 - (2) 以 114 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 112 年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 111 年擬訂 112 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 112 年實際投保人口成長數，爰以 110 年較 109 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 113 年擬訂 114 年總額時，始取得 112 年實際投保人口成長數，故於 114 年度總額校正。
3. 加回前 1 年度（113 年）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+0.79 億元：依本部前開 112 年 12 月 26 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 114 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度（113 年）前開金額。
4. 112 年西醫基層一般服務新醫療科技(預算 3.41 億元)未導入 2,036 萬元，考量執行率高於 9 成，不於基期扣減；112 年中醫一般服務「多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度」、

「提升中醫小兒傷科照護品質」、「增加『特定疾病門診加強照護』適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)」等 3 項計畫(預算 4.964 億元)未執行 4.281 億元，考量總額為前瞻性預算，計畫初辦及疫情因素，預算預估不準確，實際執行未穩定需校正，不予以扣減。

第三節 本部就各界意見之回應

本部經彙整 113 年 4 月 2 日對外說明低推估會議及 6 月 19 日諮詢健保會之各界意見，就總額範圍基期、低推估公式等議題說明如下：

- 一、114 年總額基期金額(8,802.17 億元)較 113 年總額核定金額(8755.35 億元)高，主要係因疫後人口回流，人口費用差值校正後，增加 46.03 億元所致。
- 二、為求總額基期精準計算，並與總額協商所採用之基期計算方式一致，爰自 114 年起，人口費用差值及回補違規扣款金額改於基期校正，使低推估公式回歸僅有投保人口結構改變對醫療費用之影響率、醫療服務成本指數改變率、投保人口預估成長率等參數。
- 三、考量西醫基層一般服務「新醫療科技(3.41 億元)」執行率高於 9 成，不予以扣減未導入預算；中醫部門 3 項計畫未執行預算為 4.281 億元，惟考量總額為前瞻性預算，計畫初辦及疫情因素，預算預估不準確，實際執行未穩定，爰不予以扣減未執行預算。

四、本會重要業務報告

八、中央健康保險署(下稱健保署)於本年 10 月 17 日函送 113 年度西醫基層總額一般服務項目「提升國人視力照護品質」決定事項之品質監測指標(如附件，第 15~19 頁)，依其建議之指標及目標值辦理。重點摘要如下：

- (一)該署前依 113 年度總額決定事項，擬訂本項具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標等)，提本會 113 年第 6 次委員會議(113.7.30)確認，會中委員建請健保署訂定「以結果面為導向之品質監測指標」，以呈現指標與治療結果之關聯性，決議：委員所提意見，提供健保署修正參考。
- (二)健保署依上開決議提「西醫基層總額 113 年第 3 次研商議事會議」(113.8.22)討論，並請中華民國眼科醫學會提供操作型定義及目標值後，該署建議 3 項品質監測指標及目標值，如下：
 - 1.指標 1：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。
 - 2.指標 2：術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 0.25\%$ 。
 - 3.指標 3：術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 。

附件

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：周筱芸
聯絡電話：02-27065866 分機：3616
傳真：27069043
電子郵件：A111241@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113年10月17日

發文字號：健保醫字第1130057793號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨（A21030000I_1130057793_doc2_Attach1.odt、
A21030000I_1130057793_doc2_Attach2.odt）

主旨：檢送「113年度全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額
『提升國人視力照護品質』項目決定事項之品質監測指標
案（附件）」，請列入最近一次委員會議報告，請查照。

說明：依鈞部112年12月26日衛部健字第1123360189號公告辦
理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國眼科醫學會（均含附件）

2024/10/18
11:46:09

113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」項目決定事項 之品質監測指標案

說明：

一、依衛生福利部 112 年 12 月 26 日衛部健字第 1123360189 號公告 113 年西醫基層醫療給付費用總額(下稱基層總額)、本署 113 年 8 月 22 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額研商議事會議(下稱研商會議)113 年第 3 次會議決議暨中華民國眼科醫學會(下稱眼科學會)113 年 9 月 6 日中眼台(113)字第 1130000242 號函辦理。

二、旨案決定事項如下：

(一)請本署會同西醫基層總額相關團體，完成擬訂具體實施方案(包含執行內容、支付方式及以結果面為導向之品質監測指標)提至全民健康保險會委員會議確認。

(二)檢討放寬白內障手術規範後，案件成長之合理性及監測照護成效與民眾自費情形，加強執行面管理與監督。

三、執行內容及支付方式：查本項預算用於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準自 111 年 3 月 1 日起刪除「醫師執行白內障手術四十例以上須送事前審查」規定。

四、結果面為導向之品質監測指標：

(一)本署 113 年 5 月 23 日研商會議決議訂定「久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 」等共 3 項品質指標，經提至 113 年 7 月 30 日貴會委員會議報告，決議請本署依委員意見修正本預算之具體實施方案。爰本署續提至同年 8 月 22 日研商會議，會議決議訂定品質指標如下，並請眼科學會提供操作型定義及目標值，眼科學會同年 9 月 6 日回復內容如下：

1. 指標 1：*久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。
2. 指標 2：術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 1.3\%$ 。
3. 指標 3：術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 。

*註：久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。

(二)本署說明：

- 1.指標(1)：為監測醫療院所申報白內障手術合宜性，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件 145,163 件、152,729 件，另以執行白內障手術前 180 日未在手術診所就醫件數 1,169 件、827 件計算，久未看診而當日就診即白內障手術比率分別為 0.81%、0.54%(111 年、112 年執行情形較目標值 0.5% 需再減少 0.31%、0.04%)。
- 2.指標(2)：為避免醫療院所浮濫申報或手術品質有疑慮，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層白內障手術 145,163 件、152,729 件及 90 天內同眼再執行手術 413 件、386 件計算，術後 90 日內同眼再執行白內障手術之比率分別為 0.28%、0.25%(111 年、112 年執行情形皆較目標值 1.3% 低)，爰建議目標值訂為 $\leq 0.25\%$ 。
- 3.指標(3)：為提升視力照護成效，並確保醫療照護品質，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件 145,163 件、152,729 件，另以執行白內障手術後 30 日併發眼內炎就醫件數 199 件、226 件計算，術後 30 日內併發眼內炎之件數比率分別為 0.1371%、0.1480%(111 年、112 年執行情形較目標值 0.1315% 需再減少 0.0056%、0.0165%)。

113 年全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額

「提升國人視力照護品質」項目

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
西醫基層總額一般服務	新增「提升國人視力照護品質」 (155.5 百萬元)	<p>一、指標1^{註1}：久未看診而當日就診即執行白內障手術比例$\leq 0.5\%$。</p> <p>二、指標2：術後90日內同眼再執行白內障手術之件數比率$\leq 1.3\%$。</p> <p>三、指標3^{註2}：術後30日內併發症(眼內炎)之件數比率$\leq 0.1315\%$。</p> <p>*註 1：<u>久未看診</u>：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。</p> <p>1.分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。</p> <p>2.分母：白內障手術件數。</p> <p>* 註 2：<u>眼內炎</u>診斷為 H44.0。</p> <p>1.分子：白內障手術術後 30 日併發眼內炎之件數。</p> <p>2.分母：白內障手術件數。</p>	<p>一、指標1：為監測醫療院所申報白內障手術合宜性，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層申報白內障手術案件 145,163 件、152,729 件，另以執行白內障手術前 180 日未在手術診所就醫件數 1,169 件、827 件計算，久未看診而當日就診即執行白內障手術比率分別為 0.81%、0.54% (111 年、112 年執行情形較目標值 0.5% 需再減少 0.31%、0.04%)。</p> <p>二、指標2：為避免醫療院所浮濫申報或手術品質有疑慮，爰建議訂定本項品質監測指標。以 111 年、112 年基層白內障手術 145,163 件、152,729 件及 90 天內同眼再執行手術 413 件、386 件計算，術後 90 日內同眼再執行白內障手術之比率分別為 0.28%、0.25% (111 年、112 年執行情形皆較目標值 1.3% 低)，爰建議目標值訂為 $\leq 0.25\%$。</p> <p>三、指標3：為提升視力照護成效，並確保醫療照護品質，爰</p>

總額別	項目 (預算金額)	品質監測指標	本署說明
			建議訂定本項品質監測指標。以111年、112年基層申報白內障手術案件145,163件、152,729件，另以執行白內障手術後30日併發眼內炎就醫件數199件、226件計算，術後30日內併發眼內炎之件數比率分別為0.1371%、0.1480%(111年、112年執行情形較目標值0.1315%需再減少0.0056%、0.0165%)。

(會議資料第 100 頁)

優先報告事項「114 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)請確認達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」：健保署業於本(113)年 10 月 22 日函送研修結果(如附件，第 38~64 頁)，彙整其研修結果及本會補充說明，如下附表。

附表

一、牙醫門診總額

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)	1.執行目標(暫列)： (1)「高風險疾病 病人牙結石 清除-全口」 (91090C) 達 150萬人次。 (2)「齲齒經驗之 高風險患者 氟化物治療」 (P7302C) 預 估服務人次 150萬人次。	1.執行目標： (1)無修訂意見。 (2)無修訂意見。	1.執行目標： (1)本計畫支付標準係於 113 年 3 月 1 日起適用，「高風險疾病病人牙結石清除-全口(91090C)」之服務人次，113 年 4-6 月服務約 37 萬人次，若以當季人次*4 推估全年，可服務約 148.1 萬人次，114 年目標服務人次 150 萬人次，應屬合理。 (2)113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」之服務人次，113 年 4-6 月服務約 47.3 萬人次，若以當季人次*4 推估全年，可服務約 189 萬人次，建議 114 年度執行目標應不低於 113 年服務人次(189 萬人次)。	1.執行目標： (1)牙全會所訂指標值為 150 萬人次；健保署以 113 年實際執行數估算，全年約 148.1 萬人次，150 萬人次應屬合理。 (2)牙全會所訂指標值為 150 萬人次；健保署以 113 年實際執行數估算，全年約 <u>189</u> 萬人次，建議不低於 189 萬人次。	1.執行目標： (1)尊重健保署與牙全會研議結果： 「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。 (2)是否依健保署建議修正如下： 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次 <u>189</u> 萬人次。

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)	參採健保會研 析意見(113 年 第 8 次委員會 議之本會研 析)，建議新增 (3)、(4)目標： (3)「高風險疾 病病人牙 結石清除- 全 口」 (91090C)照 護人數為 60 萬人。			<p>考量協定事項包含增 加高風險疾病病人牙 結石清除及塗氟之 「照護人數」，爰建議 納入執行目標，牙全 會業新增 2 項執行目 標：</p> <p>(3)牙全會所訂指標值 為 60 萬人；健保署 以 113 年實際執行 數估算，全年約 <u>73</u> 萬人，建議不低於 73 萬人。</p>	<p>(3)是否依健保署建議 修正如下： 「高風險疾病病人 牙結石清除-全口」 (91090C)照護人數 為 <u>73</u> 萬人。</p>

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)			<p>推估 113 年非 65 歲以上執行 91090C 人數約 11.5 萬人。</p> <p>③依上述計算 <u>113 年服務人數約 73 萬人(61.5 萬+11.5 萬)</u>，建議 114 年度執行目標應不低於 113 年服務人數(73 萬人)。</p> <p>(4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」之服務人數，113 年 1-8 月約 85 萬人，112 年 1-8 月 P7301C+P7302C 約 31 萬人，成長率 170%，以 112 年全年服務 44 萬人，推估 113 年全年服務約 120 萬人 [$44 \text{ 萬人} * (1 + 170\%)$]，建議 114 年度執行目標應不低於 113 年服務人數(120 萬人)。</p>		<p>(4)牙全會所訂指標值為 75 萬人；健保署以 113 年實際執行數估算，全年約 <u>120</u> 萬人，建議不低於 120 萬人。</p> <p>(4)是否依健保署建議修正如下： 「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數為 <u>120</u> 萬人。</p>

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)	<p>2.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>(3)65歲以上病人3年後(116年)起因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數減少。</p>	<p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)、(2)無修訂意見。</p> <p>(3)指標建議修訂為「65歲以上病人3年後(116年)執行完，自117年起)因</p>	<p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)、(2)無修正意見。</p> <p>(3)經洽牙全會表示本項指標定義為：「114年65歲以上且在114-116年每年執行2次以上91090C+P7302C的病人，計算該群病人117年(68歲以上)因牙周病拔牙</p>	<p>2.預期效益之評估指標：有關指標(1)、(2)：已提本會113年第1次委員會議(113.1.24)同意在案，114年沿用，尚屬合理。</p> <p>有關指標(3)：</p> <p>(1)本項指標為113年評核委員建議「拔牙數」相關指標，牙全會增加評估年限之具體時程，</p>	<p>2.預期效益之評估指標：尊重健保署與牙全會研議結果：</p> <p>(1)國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</p> <p>(2)自113年起，高風險疾病病人平均齲齒填補顆數增加率減緩。</p> <p>(3)尊重牙全會研議結果：65歲以上病人3年後(116年執行完，自117年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該</p>

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)		<p>牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少。」</p> <p>①指標定義為「連續3年每年至少執行2次或2次以上91090C+P7302C之65歲以上(以114年1月1日為基準)病人，第4年起因牙周病，每年被拔牙的顆數」。</p> <p>②牙周病之ICD-10碼為：</p>	<p>顆數有無減少。比較族群為117年68歲以上至牙科就診之民眾該年度因為牙周病拔牙的平均拔牙顆數」。</p> <p>請牙全會說明：</p> <p>①如117年無牙或少牙之病人，可能無拔牙之情形，若納入效益評估之對象是否合宜？</p> <p>②如須排除無牙或少牙病人，惟本署無民眾剩餘牙齒顆數資料，建議由牙全會提供此資訊。</p>	<p><u>更為明確</u>，建議予以尊重。</p> <p>(2)另，健保署提出117年無牙或少牙之病人，納入效益評估之對象是否合宜，請牙全會說明，如須排除，建議由牙全會提供此資訊。</p>	<p><u>年度減少</u>。</p> <p>有關指標定義，是否排除無牙或少牙之病人，依牙全會說明及討論結果辦理。若需排除，請健保署及牙全會妥為研議資料取得方式後，提報本會。</p>

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 高風險 疾病口 腔照護 計畫 (延續 113 年專款項 目) (28 億元)		K05.00(急性 齒齦炎,牙菌 斑導致之) K05.10(慢性 齒齦炎,牙菌 斑導致之) K05.21(侵襲 性牙周炎,局 部) K05.22(侵襲 性牙周炎,一 般性) K05.20(侵襲 性牙周炎) K05.30(慢性 牙周炎) K05.31(慢性 牙周炎,局部 性) K05.32(慢性 牙周炎,一般 性) K05.4(牙周 病)			

項目	本會113年第8次委員會議 (113.9.27)暫列之KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(二) 非齒源性口腔疼痛處置 (114年新增專款項目) (14.4百萬元)	<p>1.執行目標(暫列)： 每年執行 10,000 人次。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)： 病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</p>	<p>1.執行目標： 修訂為「114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值」。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1) 指標修訂為「本計畫 2 年後(即 115 年執行完，自 116 年起)，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成」。 (2) 本會將與中華民國</p>	<p>1.執行目標： 無修正意見。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 有關預期效益之評估指標，本署無法取得疼痛分數數值，建議由牙全會追蹤相關數值並彙整效益。</p>	<p>1.執行目標： 牙全會考量 114 年預算係以 12,000 人次估算，爰調升執行人次為 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值，尚屬合理，建議予以尊重。</p> <p>2.預期效益之評估指標： (1) 牙全會增加<u>評估年限之具體時程，更為明確</u>，建議予以尊重。</p> <p>(2) 有關健保署請牙全會追蹤疼痛分數數值，並彙整其效益，請健保署及牙全會研議實際</p>	<p>1.執行目標： 尊重健保署與牙全會研議結果： <u>114年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值</u>。</p> <p>2.預期效益之評估指標： 尊重牙全會研議結果： <u>本計畫 2 年後(即 115 年執行完，自 116 年起)</u>，病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</p> <p>請健保署及牙全會妥為研議資料取得方式後，提報本會。</p>

項目	本會113年第8次 委員會議 (113.9.27)暫列之 KPI	牙全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
		口腔病理學會研議資料應如何取得與呈現。		資料取得方式，並提報本會。	

二、中醫門診總額

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 提升用藥 品質 (114 年一般 服務新增項 目) (1.112%， 347 百萬 元)	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)確保用藥安全。</p> <p>(2)中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數/總用藥人次 *100%)。</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>執行目標建議修正為慢性病長日數(大於 7 日)處方箋使用率指標</p> <p>-目標：提高慢性病長日數(大於 7 日)處方箋的使用，減少不必要的就診頻率。</p> <p>-KPI：符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比例提高 1%。</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)「慢性病長日數(大於 7 日)處方箋使用率指標」建議詳列出指標計算之操作型定義(如：計算之分母與分子)。</p> <p>(2)按中全會提供之定義條件，以 113 年 1-8 月中醫院所申報案件分類 24 且開藥日數大於 7 日處方箋案件數，推估 113 年全年申報件數，較 112 年件數成長約 3.74%，</p> <p>(3)惟慢性病處方箋件數成長與提升用藥安全關聯性，建議中全會予以說明。</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)中全會參考 113 年第 8 次委員會議之本會研析意見修正「執行目標」。惟所提分為「目標」及「KPI」兩段，文字多有重複，<u>建議修訂如右欄</u>。</p> <p>(2)為使指標計算明確，依健保署建議應詳列指標計算之操作型定義(如：計算之分母與分子)。</p> <p>(3)另依健保署意見，請中全會說明慢性病處方箋件數成長與提升用藥安全關聯性。</p>	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)參考中全會及健保署意見，建議酌修文字如下： <u>提高慢性病處方箋的使用</u>，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的<u>比率較前 1 年提升 1%</u>。</p> <p>(2)<u>有關指標之操作型定義</u>，請健保署及中全會研議後提報本會。</p>

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 提升用藥品質 (114 年一般服務新增項目) (1.112%， 347 百萬元)	2.預期效益之評估指標(暫列)： (1)確保用藥安全。 (2)中藥不良反應報告數量低於 0.1% (計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 *100%)。	2.預期效益之評估指標： 「中藥不良反應報告數」本署無相關統計資料，須請中全會或中醫藥司協助於年度結束，提供該指標數值執行情形。另目前訂定指標之依據為中國之資料，可能無法完全適用於本國情形，爰建議先與中醫藥司取得中藥不良反應報告比例應高	2.預期效益之評估指標： 「中藥不良反應報告數」本署無相關統計資料，須請中全會或中醫藥司協助於年度結束，提供該指標數值執行情形。另目前訂定指標之依據為中國之資料，可能無法完全適用於本國情形，爰建議先與中醫藥司取得中藥不良反應報告比例應高	惟查 114 年度協定事項包含「…提升用藥品質，並減少民眾用藥自費情形」，且 112 年度執行成果評核資料，中醫自付費用情形之理由中，「多開藥」之比率為各部門最高，本項指標確有改善之必要。	2.預期效益之評估指標： (1)參考中全會及健保署意見，建議酌修文字如下： 「中藥不良反應報告數量較前 1 年改善(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)」

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(一) 提升用藥品質 (114 年一般服務新增項目) (1.112%， 347 百萬元)		<p>於 0.1%，惟台灣目前沒有相關統計資料，故建議預期效益為「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」，待實施後，收集相關數據再進行滾動式修正。</p> <p>2. 中藥不良反應報告之資料建議由衛生福利部中醫藥司之中藥不良反應通報系統中取得^{註 1、2}。】</p>	<p>應報告數量相關資料，再行訂定合適指標。</p>	<p>統中取得，爰建議以我國前 1 年數值為比較基準，建議修正指標值如右欄。</p> <p>(2) 有關健保署建議俟取得中藥不良反應相關資料，再訂定合適指標。惟考量本會需於本次會議後，將 114 年度總額協定結果，陳報衛生福利部核定。爰建議先設立指標，俟收集相關數據後，再滾動檢討修正指標及指標值。</p>	<p>(2) 請健保署及中全會妥為研議資料取得方式。俟收集相關數據後，再滾動檢討修正指標及指標值。</p>

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(二) 中醫癌症患者加強照護整合方案 (延續 107 年專款項目) (352.3 百萬元)	1.執行目標(暫列): 服務人數 14,000 人。	1.執行目標: 服務人數 16,000 人。 【中全會回復健保署意見說明: 本會敬表同意, 尊重健保署意見。】	1.執行目標: 查本計畫 112 年及 113 年 1-6 月服務總人數為分別為 14,879 人及 11,675 人, 另考量 114 年擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌, 以前開三癌符合收案條件之中醫就醫人數及收案率 18% 計算, 推估約增加 1,133 人,爰建議服務人數目標提升至 16,000 人。	1.執行目標: 本項原定目標為服務人數 14,000 人, 健保署以實際服務人數, 以及 114 年擴大 3 項適應症之人數進行推估, 服務人數 16,000 人, <u>中全會同意配合修正, 建議予以尊重</u> 。	1.執行目標: 尊重健保署與中全會研議結果: 「服務人數 <u>16,000</u> 人」。
	2.預期效益之評估指標(暫列): FACT-G 、 CTCAE 等整體成效評估有改善。	2.預期效益之評估指標: (1)FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數增加。 (2)CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數降低。	2.預期效益之評估指標: FACT-G 、 CTCAE 等整體成效評估有改善之指標, 建議詳細列出各評估量表改善之操作型定義(如: 收案對象中 50% 的人量表分數降低)。	2.預期效益之評估指標: 中全會參考健保署建議(明列改善之具體定義)修訂指標, 以收案對象中 50% 分數改善為指標值, <u>尚屬合理, 惟建議列出比較基準, 指標修正如右欄</u> 。	2.預期效益之評估指標: 參考中全會及健保署意見, 建議酌修文字如下: (1)FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數增加。

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
		【中全會回復健保署意見說明：本會敬表同意，尊重健保署意見。】			表分數，較收案時增加。 (2)CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時降低。
(三) 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (延續 109 年專款項目) (152.4 百萬元)	1.執行目標(暫列： 參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。)	1.執行目標： 參與院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人為目標。 【中全會回復健保署意見說明：本會敬表同意，尊重健保署意見。】	1.執行目標： (1)查本計畫 112 年執行院所數已達 158 家，且 113 年 1-6 月執行院所數則為 169 家(成長 7%)，目前所提執行目標及預期效益為參與院所數為 150 家，建議提升家數至 180 家 [169x(1+7%)]。	1.執行目標： 健保署以實際執行數估算，建議院所數為 180 家及服務人數以 8,000 人，較為合理， <u>中全會同意配合修正，建議予以尊重。</u>	1.執行目標： 尊重健保署與中全會研議結果： 「參與院所數為 <u>180</u> 家及服務人數以 <u>8,000</u> 人為目標」。

項目	本會 113 年第 8 次委員會議 (113.9.27) 暫列之 KPI	中全會說明	健保署研修結果	本會補充說明	
				研析意見	對指標修正之討論
(三) 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (延續 109 年專款項目) (152.4 百萬元)	2.預期效益之評估指標(暫列)： eGFR 量表評量結果呈正向發展。	2.預期效益之評估指標： 收案對象平均 eGFR 分數增加。 【中全會回復健保署意見說明：本會敬表同意，尊重健保署意見。】	(2)查本計畫 112 年服務人數為 6,866 人，113 年 1-6 月服務人數已達 5,529 人，從 110 年至 112 年每年服務人數約增加 25%，故建議服務人數以 8,000 人為目標。 2.另預期效益之評估指標： eGFR 量表評量結果呈正向發展之指標，建議列出評量結果呈正向發展之操作型定義(如：收案對象平均 eGFR 維持或提高)。	2.預期效益之評估指標： 中全會參考健保署建議(明列正向發展之具體定義)，修訂指標為「收案對象平均 eGFR 分數增加」， <u>尚屬合理，惟建議列出比較基準，指標修正如右欄</u> 。	2.預期效益之評估指標： 參考中全會及健保署意見，建議酌修文字如下： 「收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加」。

註 1：中醫藥司業務職掌：中藥不良反應通報及評估相關業務及中醫藥用藥安全(網址：<https://gov.tw/tsW>)。

註 2：中藥不良反應通報專區：自 111 年 1 月 1 日啟用中藥不良反應案件通報功能(網址：<https://gov.tw/LtA>)。

三、其他預算

項目	本會 113 年第 8 次委員會議(113.9.27)暫列之 KPI	健保署研修結果	本會補充說明	
			研析意見	對指標修正之討論
(一) 山地離島地區 醫療給付效益 提昇計畫 (延續項目) (13.566 億元)	<p>1.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <p>(2)成人預防保健利用率。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率。</p> <p>2.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達95%。</p> <p>(2)成人預防保健利用率$\geq 20\%$。</p>	<p>1.預期效益之評估指標： 無修正意見。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)無修正意見。</p> <p>(2)無修正意見</p>	<p>1.健保署所提「預期效益之評估指標」及「執行目標」，指標內容相同，爰予合併說明。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>(1)有關「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度」指標，查112年各部門總額滿意度介於91.6~95.5%，所訂滿意度95%已相當高，建議予以尊重。</p> <p>(2)有關「成人預防保健利用率」指標，查111年全國成人之預防保健服務利用率為26.7%^註。考量山地離島地區照護對象特性及醫療</p>	<p>1.預期效益之評標： 尊重健保署研議結果：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。</p> <p>(2)成人預防保健利用率。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率。</p> <p>2.執行目標： 尊重健保署研議結果：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達95%。</p> <p>(2)成人預防保健利用率$\geq 20\%$。</p>

項目	本會 113 年第 8 次委員會會議(113.9.27)暫列之 KPI	健保署研修結果	本會補充說明	
			研析意見	對指標修正之討論
(一) 山地離島地區 醫療給付效益 提昇計畫 (延續項目) (13.566 億元)	(3)子宮頸抹片利用率 $\geq 16\%$ 。	(3)子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$ ：依112年山 地離島在地診所及 IDS計畫申報案件 中30歲以上女性人 數為分母，有利用 子宮頸抹片檢查 (31、35、37、38)人 數為分子，統計112 年子宮頸抹片為 7.58%，建議預期 目標值下修為8% (子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$ 。	<p>可近性較不足，所訂目標低 於全國利用率，惟建議健保 署未來持續提升利用率，並 逐年檢討執行目標。</p> <p>(3)有關「子宮頸抹片利用率」 指標：</p> <p>①健保署原提執行目標\geq 16%，本次建議修正為 $\geq 8\%$，係考量112年實 際利用率為7.58%，下修 執行目標尚屬合理。</p> <p>②查「西醫基層總額品質 確保方案」，112年「子宮 頸抹片檢查利用率」為 11.18%，考量山地離島 地區照護對象特性及醫 療可近性較不足，所訂 目標低於西醫基層，惟 建議健保署未來持續提 升利用率，並逐年檢討 執行目標。</p>	(3)子宮頸抹片利 用率 $\geq 8\%$ 。

項目	本會 113 年第 8 次委員會會議(113.9.27)暫列之 KPI	健保署研修結果	本會補充說明	
			研析意見	對指標修正之討論
(二) 推動促進醫療體系整合計畫 (延續項目) (5.2 億元)	遠距醫療會診 1.預期效益之評估指標(暫列)： 增加2個山地離島適用地區、80個醫療資源缺乏地區、51所矯正機關及3所分監等保險對象專科門診可近性。 2.執行目標(暫列)： 服務人次較前一年增加10%。	1.預期效益之評估指標： 無修正意見。 2.執行目標： 無修正意見。	查 114 年度本計畫項下之「遠距醫療會診」，預算增幅達 100%，健保署規劃用於增加遠距服務適用地區及服務人次。該署所訂執行目標及預期效益評估指標，屬於醫療服務利用之擴增，尚屬合理，建議予以尊重。	遠距醫療會診 1.預期效益之評估指標： 尊重健保署研議結果： 增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。 2.執行目標： 尊重健保署研議結果： 服務人次較前一年增加 10%。

註：資料來源為行政院性平會重要性別統計資料庫，分母：當年度內政統計人口($40\text{-}64$ 歲人口數 $\times 1/3$)+(65 歲以上人口數 $\times 1$)【 $40\text{-}64$ 歲每 3 年可檢查 1 次， 65 歲以上每年可檢查 1 次】；分子：成人預防保健服務件數。

附件

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年10月22日
發文字號：健保醫字第1130664770號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1130664770_doc1_Attach1.odt、
A21030000I_1130664770_doc1_Attach2.pdf、
A21030000I_1130664770_doc1_Attach3.odt、
A21030000I_1130664770_doc1_Attach4.odt)

主旨：檢送114年度中醫、牙醫門診醫療給付費用總額及其他預算新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」研議結果(附件)，請查照。

說明：依據貴會113年9月27日第6屆113年第8次委員會議議事錄辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、本署企劃組

電子公文
2024/10/22
11:06:57
交換章

113.10.22

第 1 頁，共 1 頁



1133340273

114 年牙醫門診醫療給付費用總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」 -

健保署及牙醫師公會全國聯合會研議結果

項目	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增 加金額 (百萬元)	協定事項	牙全會說明	本署意見
高風險 疾病口 腔照護 計畫	2,800.0	1,201.0	<p>1.執行目標(暫列)：</p> <p>(1)「<u>高風險疾病病人牙結石清除 - 全口</u>」<u>(91090C)</u>達<u>150 萬人</u>次。</p> <p>(2)「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」<u>(P7302C)</u>預估服務人次<u>150 萬人次</u>。</p> <p>2.預期效益之評估指標(暫列)：</p> <p>(1)<u>國人牙齒保存數較衛生福利部「110-112 年度我國成年及老年人口腔健康調查計畫成果報告」結果增加。</u></p> <p>(2)自 113 年起，<u>高風險疾病病人平均齲齒填補</u></p>	<p>1. 執行目標：參採健保會研析意見建議新增：</p> <p>(3)「<u>高風險疾病病人牙結石清除-全口</u>」<u>(91090C)</u>照護人數為<u>60 萬人</u>。</p> <p>(4)「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療</u>」<u>(P7302C)</u>照護人數為<u>75 萬人</u>。</p> <p>2.預期效益之評估指標(3)：</p> <p>(1)指標建議修訂為「<u>65 歲以上病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少。</u>」。</p> <p>(2)指標定義為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上 (以 114 年 1 月 1 日為基</p>	<p>1. 有關執行目標：</p> <p>(1) 本計畫支付標準係於 113 年 3 月 1 日起適用，「<u>高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)</u>」之服務人次，113 年 4-6 月服務約 37 萬人次，若以當季人次*4 推估全年，可服務約 148.1 萬人次，114 年目標服務人次 150 萬人次，應屬合理。</p> <p>(2) 113 年「<u>齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)</u>」之服務人次，113 年 4-6 月服務約 47.3 萬人次，若以當季人次*4 推估全年，可服務約 189 萬人次，建議 114 年度執行目標應不低於</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	牙全會說明	本署意見
			<p><u>顆數增加率減緩。</u></p> <p><u>(3)65 歲以上病人 3 年後</u></p> <p><u>(116 年)起因牙周病被</u></p> <p><u>拔牙的每人平均拔牙</u></p> <p><u>顆數減少。</u></p>	<p>準) 病人，第 4 年起因牙周病，每年被拔牙的顆數」。</p> <p>牙周病之 ICD-10 碼為：</p> <p>K05.00(急性齒齦炎，牙菌斑導致之)</p> <p>K05.10(慢性齒齦炎，牙菌斑導致之)</p> <p>K05.21(侵襲性牙周炎，局部)</p> <p>K05.22(侵襲性牙周炎，一般性)</p> <p>K05.20(侵襲性牙周炎)</p> <p>K05.30(慢性牙周炎)</p> <p>K05.31(慢性牙周炎，局部性)</p> <p>K05.32(慢性牙周炎，一般性)</p> <p>K05.4(牙周病)</p>	<p><u>113 年服務人次(189 萬人次)。</u></p> <p>(3) 113 年「高風險疾病患者牙結石清除 - 全口(91090C)」之服務人數推估：</p> <p>i. 113 年 4-6 月 65 歲以上執行 91090C 約 31 萬人，約占 65 歲以上就醫人數 3 成，以 112 年 65 歲以上就醫人數、成長率 11% 推估 113 年 65 歲以上就醫人數約 205 萬人，113 年 65 歲以上執行 91090C 約 (205 萬 *30%) 61.5 萬人。</p> <p>ii. 112 年執行 91090C(適用對象無 65 歲)人數 3.7 萬人(較 111 年成長 218%)，推估 113 年非 65 歲以上執行 91090C 人數約 11.5 萬人。</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	牙全會說明	本署意見
					<p>iii. 依上述計算 <u>113 年服務人數約 73 萬人(61.5 萬 +11.5 萬)</u>，建議 <u>114 年度執行目標應不低於 113 年服務人數(73 萬人)</u>。</p> <p>(4) <u>113 年「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)」之服務人數，113 年 1-8 月約 85 萬人，112 年 1-8 月 P7301C+P7302C 約 31 萬人，成長率 170%，以 112 年全年服務 44 萬人，推估 113 年全年服務約 120 萬人[44 萬人*(1+170%)]，建議 <u>114 年度執行目標應不低於 113 年服務人數(120 萬人)</u>。</u></p> <p>2. 有關預期效益之評估指標「65 歲以上病人 3 年後(116 年執行完，自 117 年起)因牙</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	牙全會說明	本署意見
					<p>周病被拔牙的每人平均拔牙顆數較該年度減少。」，經治牙全會表示指標定義為：「114 年 65 歲以上且在 114-116 年每年執行 2 次以上 91090C+P7302C 的病人，計算該群病人 117 年(68 歲以上)因牙周病拔牙顆數有無減少。比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之民眾該年度因為牙周病拔牙的平均拔牙顆數」。請牙全會說明：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 如 117 年無牙或少牙之病人，可能無拔牙之情形，若納入效益評估之對象是否合宜？ (2) 如須排除無牙或少牙病人，惟本署無民眾剩餘牙齒顆數資料，建議由牙全會提供此資訊。

項目	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增 加金額 (百萬元)	協定事項	牙全會說明	本署意見
非齒源性口腔疼痛處置 (114年新增項目)	14.4	14.4	<p><u>1.執行目標：(暫列)</u> <u>每年執行 10,000 人次。</u></p> <p><u>2.預期效益之評估指標：</u> <u>(暫列)</u> <u>病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。</u></p>	<p>1.執行目標：修訂為「114 年執行 12,000 人次，並以 114 年實施時程等比率換算目標值。」。</p> <p>2.預期效益之評估指標</p> <p>(1)指標修訂為「本計畫 2 年後（即 115 年執行完，自 116 年起），病歷記載之疼痛分數下降超過 3 成。」。</p> <p>(2)本會將與中華民國口腔病理學會研議資料應如何取得與呈現。</p>	有關預期效益之評估指標，本署無法取得疼痛分數數值，建議由牙全會追蹤相關數值並彙整效益。

114 年中醫門診醫療給付費用總額新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」 -

健保署及中醫師公會全國聯合會研議結果

項目	114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配之「執行目標」及「預期效益之評估指標」暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員會議(113.10.23)確認。	中全會說明	本署意見
提升用藥品質 (1.112%，預估增加 347 百萬元)(114 年新增項目)	<p><u>1.執行目標：</u></p> <p><u>(1)確保用藥安全。</u></p> <p><u>(2)中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</u></p> <p><u>預期效益之評估指標：</u></p> <p><u>1.確保用藥安全。</u></p> <p><u>2.中藥不良反應報告數量低於 0.1%(計算方法：中藥不良反應報告數 / 總用藥人次 * 100%)。</u></p> <p>2.請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體辦理以下事項：</p> <p>(1)應增加健保中藥給付品項、提升用藥品質，並減少民眾用藥</p>	<p>本會說明。</p> <p>1.執行目標建議修正為慢性病長日數(大於 7 日)處方箋使用率指標 -目標：提高慢性病長日數(大於 7 日)處方箋的使用，減少不必要的就診頻率 -KPI：符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比例提高 1 %。</p> <p>2.效益指標(「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」)說明</p> <p>a.根據中國《國家藥品不良反應監測年度報告(2020 年)》的資料(如參考資料)，2020 年中藥的不良反應報告占總體藥品不良反應報告的 13.4%，嚴重不良反應的比例占 6.3%。2020 年 65 歲及以上老年患者</p>	<p>1.「慢性病長日數(大於 7 日)處方箋使用率指標」建議詳列出指標計算之操作型定義(如：計算之分母與分子)。</p> <p>2.「中藥不良反應報告數」本署無相關統計資料，須請中全會或中醫藥司協助於年度結束，提供該指標數值執行情形。另目前訂定指標之依據為中國之資料，可能無法完全適用於本國情形，爰建議先與中醫藥司取得中藥不良反應報告數量相關資料，再行訂定合適指標。</p> <p>3.按中全會提供之定義條件，以 113 年 1-8 月中醫院所申報案件分類 24 且開藥日數大於 7 日處方箋案件數，推估 113 年全年</p>

項目	114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配之「執行目標」及「預期效益之評估指標」暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員會議(113.10.23)確認。	中全會說明	本署意見
	<p>自費情形，具體規劃於 113 年 12 月前提報全民健康保險會。</p> <p>(2)於額度內妥為管理運用，並落實中藥用藥品質提升及費用之監督與管理。</p> <p>(3)請研議將科學中藥納入核實申報及進行藥價調查之可行性。</p>	<p>的藥品不良反應/事件報告中，中藥佔 12.3%。2020 年中藥不良反應/事件報告按照給藥途徑統計，口服給藥佔 56.4%。中藥不良反應/事件報告數量排名前 5 位的類別分別是理血劑中活血化瘀藥、清熱劑中清熱解毒藥、祛濕劑中清熱除濕藥、補益劑中益氣養陰藥、祛濕劑中祛風勝濕藥。根據這些數據推估，中國之中藥不良反應報告的比例應高於 0.1%。然台灣目前沒有相關正式統計數字，是故建議預期效益為「中藥不良反應報告數量低於 0.1%」。待實施後，收集相關數字再做滾動式修正。</p> <p>b. 中藥不良反應報告之資料取得方式 建議由衛生福利部中醫藥司之中藥不良反應通報系統 (https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/cp-3925-40818-108.html) 來取得相關資料。</p>	<p>申報件數，較 112 年件數成長約 3.74%，</p> <p>4. 惟慢性病處方箋件數成長與提升用藥安全關聯性，建議中全會予以說明。</p>

項目	114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配之「執行目標」及「預期效益之評估指標」暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員會議(113.10.23)確認。	中全會說明	本署意見
中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.<u>執行目標：</u> <u>服務人數 14,000 人。</u></p> <p>2.<u>執行目標：</u> <u>FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善。</u></p> <p>3.請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1)持續辦理「癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫」、「癌症患者中醫門診延長照護計畫」及「癌症患者中醫門診加強照護計畫」。</p> <p>(2)其中「癌症患者中醫門診加強照護計畫」，擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌。</p>	<p>1.本會敬表同意，尊重健保署意見。</p> <p>2.FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數增加；CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數降低。</p>	<p>1.查本計畫 112 年及 113 年 1-6 月服務總人數為分別為 14,879 人及 11,675 人，另考量 114 年擴大適用於子宮頸癌、子宮體癌及甲狀腺癌，以前開三癌符合收案條件之中醫就醫人數及收案率 18% 計算，推估約增加 1,133 人，爰建議服務人數目標提升至 16,000 人。</p> <p>2. FACT-G、CTCAE 等整體成效評估有改善之指標，建議詳細列出各評估量表改善之操作型。定義(如：收案對象中 50% 的人量表分數降低)。</p>

項目	114 年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配之「執行目標」及「預期效益之評估指標」暫列如劃線處，請中央健康保險署會同總額部門相關團體研訂，並提報 113 年 10 月份委員會議(113.10.23)確認。	中全會說明	本署意見
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	<p>1. <u>執行目標：</u> <u>參與院所數為 150 家及服務人數以 7,000 人為目標。</u></p> <p>2. <u>執行目標：</u> <u>eGFR 量表評量結果呈正向發展。</u></p> <p>3. 請中央健康保險署辦理下列事項：</p> <p>(1) 請持續檢討費用申報之合理性，並分析治療模式、醫療服務介入成效等，以建立合理給付標準。</p> <p>(2) 依 114 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用，其預算扣減方式規劃，請會同中醫門診總額相關團體議定後，於 114 年 7 月提健保會報告。</p>	本會敬表同意，尊重健保署意見。	<p>1. 查本計畫 112 年執行院所數已達 158 家，且 113 年 1-6 月執行院所數則為 169 家(成長 7%)，目前所提執行目標及預期效益為參與院所數為 150 家，建議提升家數至 180 家 [169x(1+7%)]。</p> <p>2. 查本計畫 112 年服務人數為 6,866 人，113 年 1-6 月服務人數已達 5,529 人，從 110 年至 112 年每年服務人數約增加 25%，故建議服務人數以 8,000 人為目標。</p> <p>3. eGFR 量表評量結果呈正向發展之指標，建議列出評量結果呈正向發展之操作型定義(如：收案對象平均 eGFR 維持或提高)。</p>

註 1. 中醫藥司業務職掌：中藥不良反應通報及評估相關業務(第三科中藥藥證科)/中醫藥用藥安全(第四科政策發展科)(網址：

<https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/cp-887-2398-108.html>

註 2. 中藥不良反應通報專區：自 111 年 1 月 1 日啟用中藥不良反應案件通報功能(網址：<https://dep.mohw.gov.tw/DOCMAP/cp-3925-40834-108.html>)

114 年度其他預算新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

項目	協定事項	本署修正意見
山地離島地區 醫療給付效益 提昇計畫	<p>一、預期效益之評估指標：(暫列)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度。 2. 成人預防保健利用率。 3. 子宮頸抹片利用率。 <p>二、執行目標：(暫列)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫民眾滿意度達 95%。 2. 成人預防保健利用率$\geq 20\%$。 3. 子宮頸抹片利用率$\geq 16\%$。 	依 112 年山地離島在地診所及 IDS 計畫申報案件中 30 歲以上女性人數為分母，有利用子宮頸抹片檢查(31、35、37、38)人數為分子，統計 112 年子宮頸抹片為 7.58%，建議預期目標值下修為 8%(子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$)
推動促進醫療 體系整合計畫	<p>「遠距醫療會診」之執行目標及預期效益之評估指標：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預期效益(暫列)：增加 2 個山地離島適用地區、80 個醫療資源缺乏地區、51 所矯正機關及 3 所分監等保險對象專科門診可近性。 2. 執行目標(暫列)：服務人次較前一年增加 10%。 	無修正意見

附件之参考资料

2024/10/14 下午1:26

国家药品不良反应监测年度报告(2020年)

国家药品不良反应监测年度报告(2020年)

发布时间: 2021-03-26

为全面反映2020年我国药品不良反应监测情况,提高安全用药水平,更好地保障公众用药安全,国家药品不良反应监测中心组织编撰《国家药品不良反应监测年度报告(2020年)》。

第1章 药品不良反应监测工作情况

2020年,面对突如其来的新冠肺炎疫情,全国各级药品不良反应监测机构上下同心,全力以赴,按照习近平总书记对食品药品“四个最严”要求,药品不良反应监测评价工作平稳有序开展,法规制度不断完善,监测评价体系逐步健全,报告数量和质量稳步提升,风险控制手段更加成熟,各项工作取得明显成效,为药品监管提供了科学有力支撑。

一是强化顶层设计,规划体系能力建设目标。发布《关于进一步加强药品不良反应监测评价体系和能力建设的意见》,明确“十四五”期间监测评价体系和能力建设的六项目标、九项任务和三项保障,加快完善监测评价制度体系,不断提高监测评价能力。

二是落实法规要求,推动配套技术规范出台。发布《药物警戒委托协议撰写指导原则(试行)》,起草《药物警戒质量管理规范》,指导药品上市许可持有人(以下简称持有人)开展监测、报告、分析和评价工作,推动药物警戒制度建立健全。

三是科学分析评价,充分发挥技术支撑作用。密切关注国内外监管动态,强化监测数据分析评价。根据评价结果,及时发布药品安全警示信息。2020年发布注销安乃近注射液等品种药品注册证书公告共3期,发布药品说明书修订公告共47期。

四是有效监测风险,保障疫情防控用药安全。面对疫情,全国各级监测机构迅速响应,密切跟进《新型冠状病毒肺炎诊疗方案》所列药品,重点关注相关预警信号、群体事件及药品不良反应报告情况,全面加强新冠肺炎防控及治疗药品监测、分析和评价,切实保障疫情防控用药安全。

五是升级信息系统,助力监测评价工作发展。加快转化实施ICH E2B(R3)数据标准,建成兼容在线报告、网关传输、XML文件递交多种报告途径的药品上市许可持有人直报系统。继续加强与医疗机构的合作,迄今为止,已在全国366家三级医疗机构建立药品不良反应监测哨点。

第2章 药品不良反应/事件报告情况

2.1 报告总体情况

2.1.1 2020年度药品不良反应/事件报告情况

2020年全国药品不良反应监测网络收到《药品不良反应/事件报告表》167.6万份。1999年至2020年,全国药品不良反应监测网络累计收到《药品不良反应/事件报告表》1,687万份(图1)。

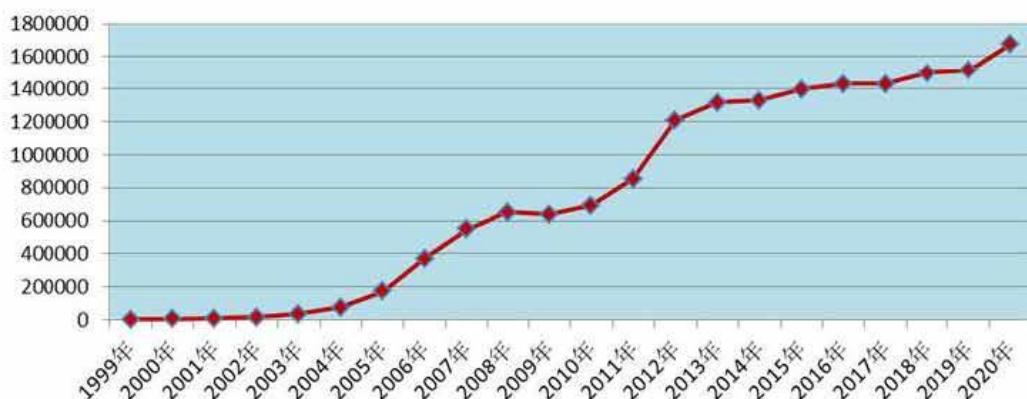


图 1 1999 年-2020 年全国药品不良反应/事件报告数量增长趋势。

2.1.2 新的和严重药品不良反应/事件报告情况

2020年全国药品不良反应监测网络收到新的和严重药品不良反应/事件报告50.6万份;新的和严重药品不良反应/事件报告占同期报告总数的30.2%。

2020年全国药品不良反应监测网络收到严重药品不良反应/事件报告16.7万份,严重药品不良反应/事件报告占同期报告总数的10.0%(图2)。

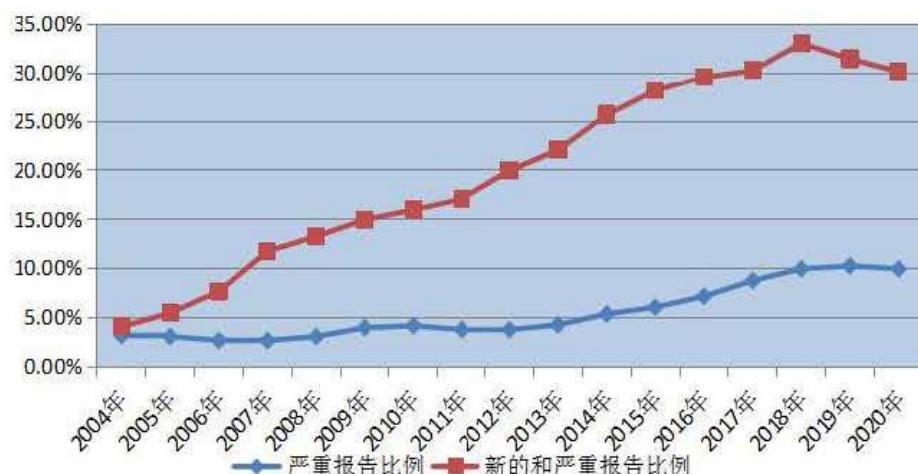


图 2 2004 年-2020 年新的和严重以及严重药品不良反应/事件报告比例。

小贴士：**如何认识药品不良反应报告？**

药品不良反应是指合格药品在正常使用用量下出现的与用药目的无关的有害反应。药品不良反应是药品的固有属性，一般来说，所有药品都会存在或多或少、或轻或重的不良反应。

药品不良反应监测是药品上市后安全监管的重要支撑，其目的是及时发现和控制药品安全风险。持有人、经营企业、医疗机构应当报告所发现的药品不良反应，国家鼓励公民、法人和其他组织报告药品不良反应。

经过各方努力，持有人、经营企业、医疗机构报告药品不良反应的积极性已经逐步提高，我国药品不良反应报告数量总体呈上升趋势。严重药品不良反应/事件报告比例是衡量报告总体质量和可利用性的重要指标之一，药品不良反应监测评价工作一直将收集和评价新的和严重反应作为重点内容。新的和严重药品不良反应报告，尤其是严重药品不良反应报告数量多了，并非说明药品安全水平下降，而意味着监管部门掌握的信息越来越全面，对药品的风险更了解，风险更可控，对药品的评价更加有依据，监管决策更加准确。同样，在医疗实践中，能及时了解药品不良反应发生的表现、程度，并最大限度地加以避免，也是保证患者用药安全的重要措施。

2.1.3 每百万人口平均报告情况

每百万人口平均报告数量是衡量一个国家药品不良反应监测工作水平的重要指标之一。2020年我国每百万人口平均报告数为1,251份。

2.1.4 药品不良反应/事件县级报告比例

药品不良反应/事件县级报告比例是衡量我国药品不良反应监测工作均衡发展及覆盖程度的重要指标之一。2020年全国98.3%的县级地区报告了药品不良反应/事件。

2.1.5 药品不良反应/事件报告来源

持有人、经营企业和医疗机构是药品不良反应报告的责任单位。按照报告来源统计，2020年来自医疗机构的报告占85.4%；来自经营企业的报告占10.6%；来自持有人的报告占3.9%；来自个人及其他报告者的报告占0.1%（图3）。

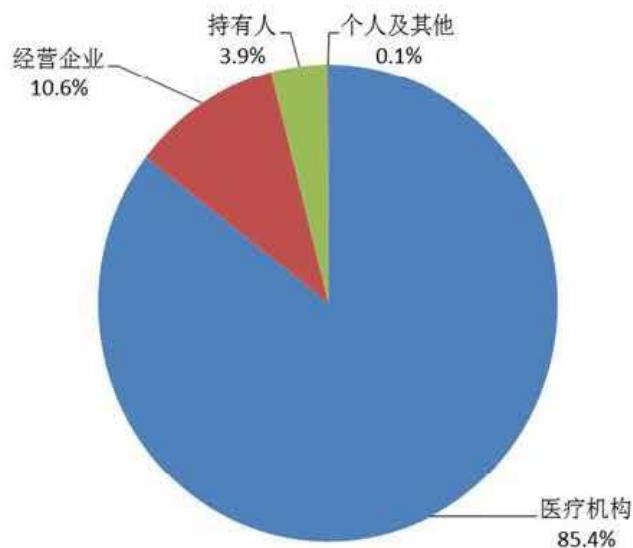


图3 2020年药品不良反应/事件报告来源

2.1.6 报告人职业

按照报告人职业统计，医生占55.3%，药师占24.7%，护士占13.7%，其他职业占6.3%（图4）。

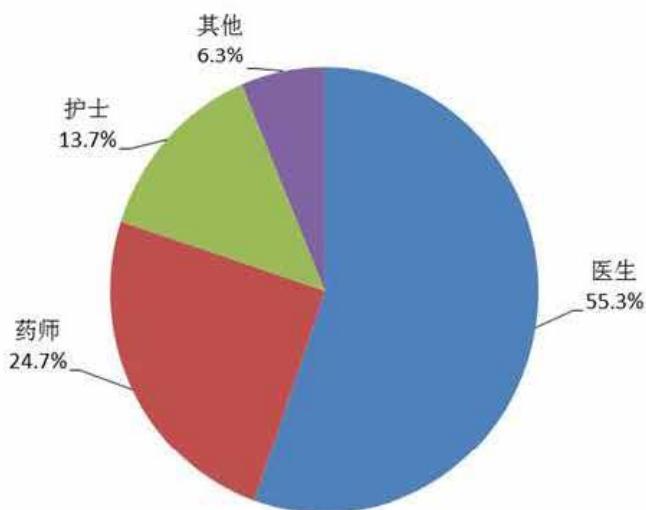


图4 2020年报告人职业构成

2.1.7 药品不良反应/事件报告涉及患者情况

2020年药品不良反应/事件报告中，男女性别比为0.87:1，女性略多于男性。从年龄分布看，14岁以下儿童占7.7%，65岁及以上老年患者占30.3%（图5）。

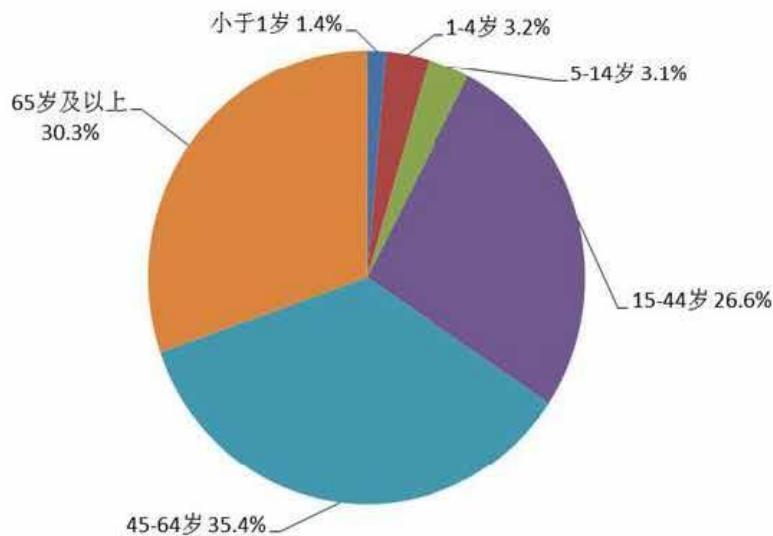


图 5 2020 年药品不良反应/事件报告涉及患者年龄。

2.1.8 药品不良反应/事件报告涉及药品情况

按照怀疑药品类别统计，化学药品占 83.0%、中药占 13.4%、生物制品占 1.1%、无法分类者占 2.5%（图6）。

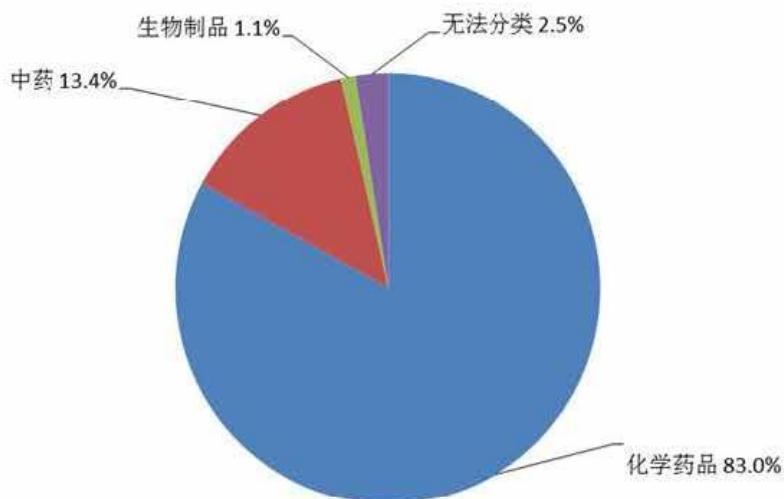


图 6 2020 年药品不良反应/事件报告涉及药品类别。

按照给药途径统计，2020 年药品不良反应/事件报告中，注射给药占 56.7%、口服给药占 38.1%、其他给药途径占 5.2%，注射给药中，静脉注射给药占 91.1%、其他注射给药占 8.9%（图7）。

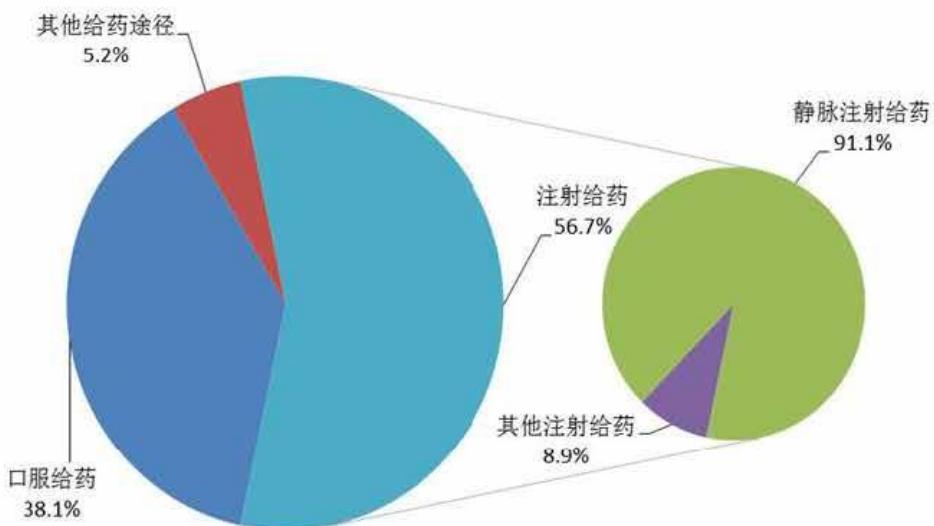


图 7 2020 年药品不良反应/事件报告涉及给药途径。

2.1.9 药品不良反应/事件累及器官系统情况

2020 年报告的药品不良反应/事件中，累及器官系统排名前 3 位依次为胃肠系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、全身性疾病及给药部位各种反应。

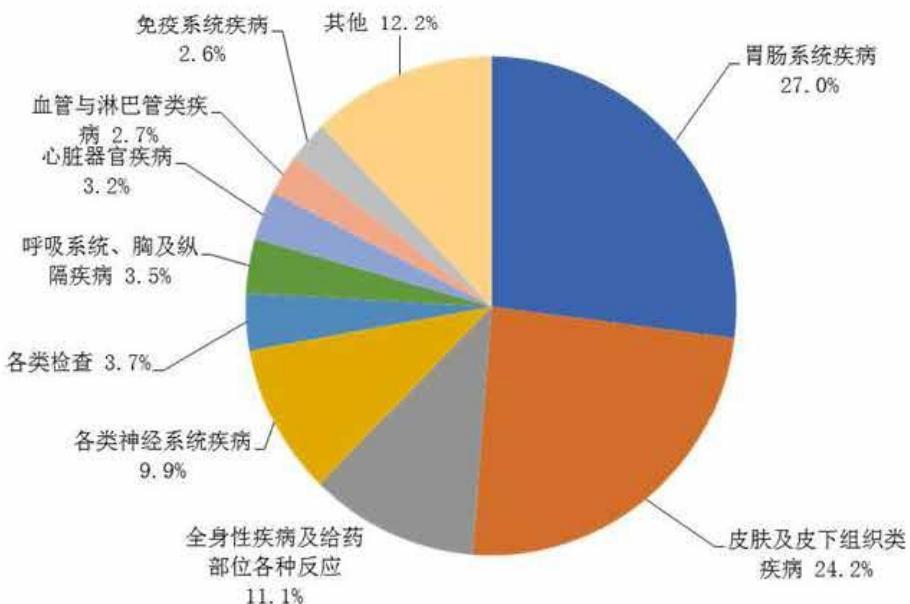


图 8 2020 年药品不良反应/事件累及器官系统。

2.2 基本药物监测情况

2.2.1 国家基本药物监测总体情况

2020 年全国药品不良反应监测网络共收到《国家基本药物目录(2018 年版)》收载品种的不良反应/事件报告 83.0 万份，其中严重报告 8.8 万份，占 10.6%。报告涉及化学药品和生物制品占 88.1%，中成药占 11.9%。

2.2.2 国家基本药物化学药品和生物制品情况分析

《国家基本药物目录(2018 年版)》化学药品和生物制品部分共 417 个(类)品种。2020 年全国药品不良反应监测网络共收到

国家基本药物化学药品和生物制品药品不良反应/事件报告78.1万例次，其中严重报告10.4万例次，占13.4%。

2020年国家基本药物化学药品和生物制品不良反应/事件报告按照药品类别统计，报告数量排名前5位的分别是抗微生物药、心血管系统用药、抗肿瘤药、激素及影响内分泌药、治疗精神障碍药；累及器官系统排名前5位的是胃肠系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、各类神经系统疾病以及各类检查。

2.2.3 国家基本药物中成药情况分析

《国家基本药物目录（2018年版）》中成药共涉及268个品种。2020年全国药品不良反应监测网络收到国家基本药物中成药不良反应/事件报告10.5万例次，其中严重报告6,358例次，占6.0%。2020年国家基本药物7大类中成药中，药品不良反应/事件报告总数由多到少依次为内科用药、骨伤科用药、妇科用药、外科用药、耳鼻喉科用药、儿科用药、眼科用药。

以上监测数据表明，2020年国家基本药物监测总体情况基本保持平稳。

小贴士：

《国家基本药物目录（2018年版）》收录品种情况

2018年11月1日起，我国正式启用《国家基本药物目录（2018年版）》。该目录主要分为化学药品和生物制品、中成药和中药饮片三个部分。其中化学药品和生物制品部分包括抗微生物药、抗寄生虫病药、麻醉药等26类药品，中成药部分包括内科用药、外科用药、妇科用药等7类药品。与2012年版基药目录相比，2018年版基药目录共调入药品187种，调出22种（其中17个为化药），目录总品种数量由原来的520种增加到685种，其中西药417种、中成药268种。

2.3 化学药品、生物制品监测情况

2.3.1 总体情况

2020年药品不良反应/事件报告中，涉及怀疑药品179.8万例次，其中化学药品占83.0%，生物制品占1.1%。2020年严重不良反应/事件报告涉及怀疑药品21.3万例次，其中化学药品占90.3%，生物制品占1.2%。

2.3.2 涉及患者情况

2020年化学药品、生物制品不良反应/事件报告中，男女患者比为0.86:1，女性多于男性。14岁以下儿童患者的报告占7.7%，65岁及以上老年患者的报告占30.9%。

2.3.3 涉及药品情况

2020年药品不良反应/事件报告涉及的化学药品中，例次数排名前5位的类别依次为抗感染药、心血管系统用药、肿瘤用药、电解质/酸碱平衡及营养药、神经系统用药。2020年严重药品不良反应/事件涉及化学药品中，报告数量最多的为肿瘤用药，占32.2%；其次是抗感染药，占28.3%。按严重报告占本类别报告比例计算，肿瘤用药的严重报告比例最高，为41.5%，其次是免疫系统用药，为21.4%。

2020年药品不良反应/事件报告涉及的生物制品中，抗毒素及免疫血清占37.8%，细胞因子占27.7%，血液制品占4.9%。

按剂型统计，2020年化学药品不良反应/事件报告中，注射剂、口服制剂所占比例分别为60.4%和35.0%，其他剂型占4.6%。生物制品中，注射剂、口服制剂占比分别为94.4%和0.3%，其他制剂占5.3%。

2.3.4 总体情况分析

2020年化学药品和生物制品不良反应/事件报告情况与2019年基本一致。从不良反应涉及患者年龄看，14岁以下儿童占比较2019年明显降低，提示儿童用药的安全性总体良好；65岁及以上老年患者占比持续升高，提示临床应加大对老年患者安全用药的管理。从药品类别上看，抗感染药报告数量依然居于首位，但占比已连续9年呈下降趋势，反映出临床抗感染药的使用日趋合理；肿瘤用药占比依然呈上升趋势，其严重报告构成比居于首位，提示肿瘤用药的安全性风险需持续关注。从药品剂型上看，化学药品和生物制品报告中注射剂占比均出现较明显下降，与总体报告中注射剂不良反应的下降趋势基本一致。

小贴士：

什么是药物相互作用？

药物与药物之间的相互作用，是指两种或两种以上药物同时或先后序贯应用时，药物之间的相互影响和干扰可改变药物的体内过程及机体对药物的反应性，从而使药物的药理效应或毒性发生变化。药物的相互作用包括两个方面：一是不影响药物在体液中的浓度但改变药理作用，使原有的效应增强或减弱；二是通过药物的吸收、分布、代谢和排泄，改变药物在作用部位的浓度而影响药物作用。引起药物相互作用的因素较多，一些弱酸性或弱碱性药物可能改变体内pH值，从而影响其他药物的解离度，如抗酸药奥美拉唑可以与酮康唑等药物发生相互作用；一些药物可以抑制肝脏药物代谢酶，减慢其他药物的代谢，如西咪替丁可以与华法林等药物发生相互作用；一些药物可能与其他药物竞争结合受体，导致其他药物的治疗作用增强或减弱，如普萘洛尔可以与异丙肾上腺素等药物发生相互作用。药物相互作用情况，可以参见药品说明书中【药物相互作用】项下的内容。患者应养成记录自己使用药物的习惯，看医生或去药店购买药品时，准确告诉医生和药师目前正在使用的药物；用药前详细阅读药品说明书，如果有疑问应及时咨询医生或药师。

2.4 中药监测情况

2.4.1 总体情况

2020年药品不良反应/事件报告中，涉及怀疑药品179.8万例次，其中中药占13.4%；2020年严重不良反应/事件报告涉及怀疑药品21.3万例次，其中中药占6.3%。

2.4.2 涉及患者情况

2020年中药不良反应/事件报告中，男女患者比为0.82:1。14岁以下儿童患者占6.0%，65岁及以上老年患者占28.1%。

2.4.3 涉及药品情况

2020年药品不良反应/事件报告涉及的中药中，例次数排名前5位的类别分别是理血剂中活血化瘀药（25.8%）、清热剂中清热解毒药（11.9%）、祛湿剂中清热除湿药（6.5%）、补益剂中益气养阴药（5.7%）、祛湿剂中祛风胜湿药（4.6%）。2020年中药严重不良反应/事件报告的例次数排名前5位的类别分别是理血剂中活血化瘀药（41.2%）、补益剂中益气养阴药（12.7%）、开窍剂中凉开药（7.9%）、清热剂中清热解毒药（7.3%）、祛湿剂中清热除湿药（3.0%）。

2020年中药不良反应/事件报告按照给药途径统计，注射给药占33.3%、口服给药占56.4%、其他给药途径占10.3%。注射给药

中，静脉注射给药占97.8%、其他注射给药占2.2%。

2.4.4 总体情况分析

与2019年相比，2020年中药不良反应/事件报告数量有所上升，但严重报告占比有所下降。从给药途径看，注射给药占比下降较为明显。从药品类别上看，活血化瘀药的报告数量依然居首位，但占比略有下降。从总体情况看，2020年中药占总体不良反应/事件报告比例呈下降趋势，但仍需要注意安全用药。

小贴士：

为什么中药会引起不良反应？

中药和其他药品一样，也可能会产生不良反应。辨证论治是中医认识疾病和治疗疾病的基本原则，中药的使用讲究合理组方、一人一方、随证加减，有时还存在讲究道地药材、如法炮制等。严格地说，在这样的情况下服用中药，有助减少和避免不良反应/事件。但是如果遵守辨证论治的原则或者辨证不当，组方不合理，将引发更多不良反应/事件。现在许多中成药、中药新剂型在使用过程中，不良反应也很多，应该引起重视。

第3章 相关风险控制措施

根据2020年药品不良反应监测数据和分析评价结果，国家药品监督管理局对发现存在安全隐患的药品及时采取相应风险控制措施，以保障公众用药安全。

发布关于注销安乃近注射液等品种、含磺胺二甲嘧啶制剂、羟布宗片药品注册证书的公告共3期。

发布甲磺酸阿帕替尼片、银杏叶片、复方甘草片等药品说明书修订公告共47期，增加或完善57个（类）品种说明书中的警示语、不良反应、注意事项、禁忌等安全性信息。

发布《药物警戒快讯》12期，报道国外药品安全信息61条。

第4章 各论

根据药品不良反应监测结果以及公众关注情况，对抗感染药、心血管系统用药、诊断用药、注射剂、老年人用药的不良反应报告情况进行分析，并提示安全风险如下：

4.1 关注抗感染药用药风险

抗感染药是指具有杀灭或抑制各种病原微生物作用的药品，包括抗生素、合成抗菌药、抗真菌药、抗病毒药等，是临床应用最为广泛的药品类别之一，其不良反应/事件报告数量一直居于首位，是药品不良反应监测工作关注的重点。

2020年全国药品不良反应监测网络共收到抗感染药不良反应/事件报告49.5万份，其中严重报告4.9万份，占9.8%。抗感染药不良反应/事件报告占2020年总体报告的29.5%。

4.1.1 涉及药品情况

2020年抗感染药不良反应/事件报告数量排名前3位的药品类别分别是头孢菌素类、喹诺酮类、青霉素类，严重不良反应/事件报告数量排名前3位的药品类别分别是头孢菌素类、喹诺酮类、抗结核病药。

2020年抗感染药不良反应/事件报告中，注射剂占76.0%，口服制剂占20.3%，其他剂型占3.7%；与药品总体报告剂型分布相比，注射剂比例偏高。严重不良反应/事件报告中，注射剂占78.8%，口服制剂占20.2%，其他剂型占1.0%。

4.1.2 累及器官系统情况

2020年抗感染药不良反应/事件报告中，整体报告和严重报告的药品不良反应/事件累及器官系统情况详见图9。与抗感染药的整体报告相比，严重报告的全身性疾病及给药部位各种反应、免疫系统疾病、呼吸系统、胸及纵隔疾病、各类检查构成比明显偏高。

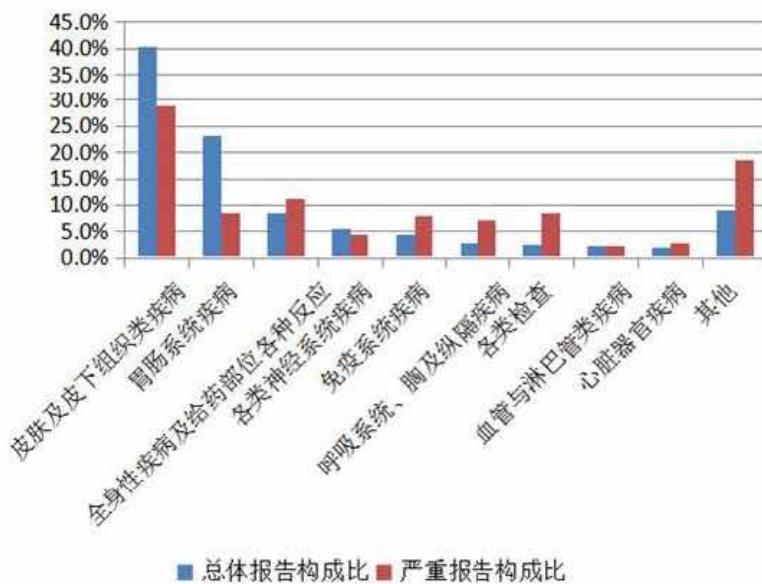


图 9 2020 年抗感染药不良反应/事件累及器官系统构成比

抗感染药整体药品不良反应/事件报告中，口服制剂累及器官系统排名前5位的是胃肠系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、各类神经系统疾病、肝胆系统疾病、全身性疾病及给药部位各种反应；注射剂累及器官系统排名前5位是皮肤及皮下组织类疾病、胃肠系统疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、各类神经系统疾病、免疫系统疾病。

抗感染药严重药品不良反应/事件报告中，口服制剂累及器官系统排名前5位是皮肤及皮下组织类疾病、肝胆系统疾病、各类检查、胃肠系统疾病、代谢及营养类疾病；注射剂累及器官系统排名前5位是皮肤及皮下组织类疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、免疫系统疾病、呼吸系统、胸及纵隔疾病、胃肠系统疾病。

4.1.3 监测情况分析及安全风险提示

近年来，抗感染药不良反应/事件报告占总体报告比例呈现持续下降趋势，说明国家加强抗感染药使用管理等措施取得一定实效，但其严重不良反应报告数量仍然很高，提示抗感染药的用药风险仍需继续关注。

小贴士：

阿米卡星的严重不良反应主要有哪些？

阿米卡星是一种氨基糖苷类抗生素，是2018年版国家基本药物目录品种。和所有的氨基糖苷类药物一样，阿米卡星也有潜在的耳毒性、肾毒性以及神经肌肉毒性。耳毒性主要是对第八脑神经的毒性作用，会导致听觉丧失、平衡失调或者两者同时发生。在肾损害患者中，氨基糖苷类药物出现神经毒性的风险性更大。高频耳聋通常最先出现，并且仅能够通过听觉测试检查出来。神经毒性的其他表现还有麻木、皮肤针刺感、肌肉抽搐和惊厥等。氨基糖苷药物的耳毒性通常是不可逆的。肾毒性主要表现是肾功能不全，严重的可导致急性肾损伤。神经肌肉毒性主要是急性肌肉麻痹和呼吸暂停。阿米卡星注射剂还有发生严重过敏反应的风险，包括过敏性休克，严重者可导致死亡。使用阿米卡星时请仔细阅读药品说明书，对于接受阿米卡星的患者需要进行密切临床观察。

4.2 关注心血管系统用药风险

心血管系统用药是指用于心脏疾病治疗、血管保护、血压和血脂调节的药品，包括降血压药、抗心绞痛药、血管活性药、抗动脉粥样硬化药、抗心律失常药、强心药和其他心血管系统用药。近年来，心血管系统用药不良反应/事件报告数量及严重报告占比均呈现上升趋势，提示应对该类药品风险给予更多关注。

2020年全国药品不良反应监测网络共收到心血管系统用药的不良反应/事件报告15.7万份，占总体报告的9.3%；其中严重报告9,008份，占5.7%。

4.2.1 涉及患者情况

按性别统计，2020年心血管系统用药不良反应/事件报告中，女性患者比男性患者高2.6个百分点；严重报告中，男性患者比女性患者高2.1个百分点。

按年龄统计，2020年心血管系统用药不良反应/事件报告中，45-64岁与65岁及以上年龄组分别占43.5%和46.6%（图10），远高于其他年龄组比例；严重报告中，65岁及以上年龄组占52.4%。

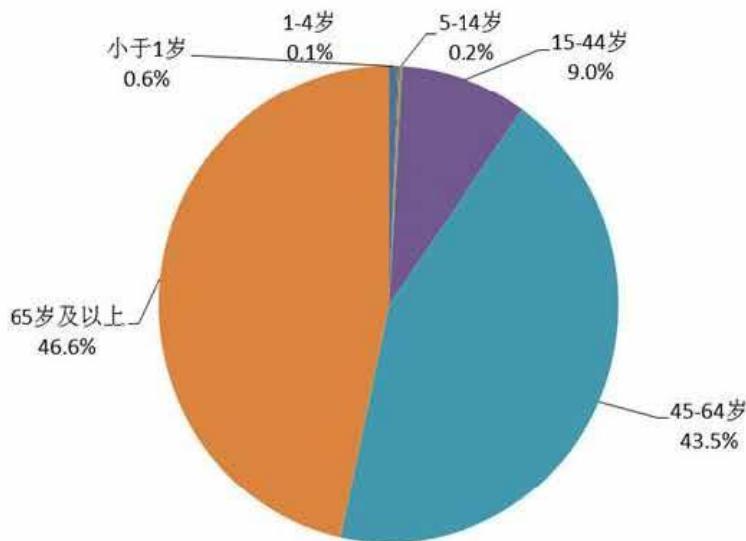


图 10 2020 年心血管系统用药不良反应/事件报告涉及患者年龄。

4.2.2 涉及药品情况

2020年心血管系统用药不良反应/事件报告数量排名前3位的药品类别是降血压药、抗心绞痛药、抗动脉粥样硬化药；心血管系统用药严重报告数量排名前3位的药品类别是抗动脉粥样硬化药、降血压药、抗心绞痛药。

2020年心血管系统用药不良反应/事件报告中，注射剂占29.0%，口服制剂占70.1%，其他剂型占0.9%；严重报告中，注射剂占44.1%，口服制剂占55.4%，其他剂型占0.5%。

4.2.3 累及器官系统情况

2020年心血管系统用药不良反应/事件报告中，口服制剂累及器官系统排名前5位是肝胆系统疾病、各类检查、各类神经系统疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、皮肤及皮下组织类疾病；注射剂累及器官系统前5位是全身性疾病及给药部位各种反应、各类神经系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、心脏器官疾病、呼吸系统、胸及纵隔疾病（图11）。

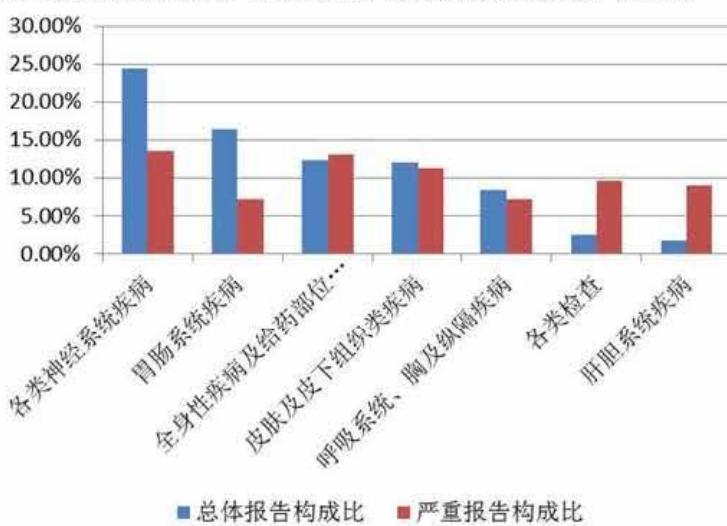


图 11 2020 年心血管系统用药不良反应/事件累及器官系统。

4.2.4 监测情况分析及安全风险提示

统计分析结果显示，心血管系统用药不良反应/事件报告中，65岁及以上年龄组患者报告占比及严重报告占比均明显高于总体报告中该年龄组患者水平，提示老年患者是心血管系统用药的主要群体，医务人员和患者应关注发生严重不良反应的风险。

2020年心血管系统用药不良反应/事件报告中，口服制剂的报告占比明显高于注射剂，提示心血管系统用药不良反应/事件报告更多来自口服给药途径，同时不排除与疫情期间患者的诊治方式发生变化有关。口服制剂中，硝苯地平不良反应/事件报告数量最

多。这可能与高血压患者需要长期用药，使用较多有关；严重不良反应/事件报告中，他汀类药品报告数量最多。这可能与他汀类药品使用较多有关，他汀类药品除用于血脂代谢紊乱及相关心血管疾病的治疗，还用于此类疾病的预防；此外，不排除其中存在的不合理、不规范使用情况，提示医务人员和患者应关注此类药品的风险。

小贴士：

患者使用降血压药类药品应注意什么？

降压药物为处方药，使用需要医生诊断和处方。降血压药类药品包括血管扩张类降压药、肾素-血管紧张素系统抑制药、利尿性降压药、交感神经抑制药、钙通道阻滞药等。此类药品严重不良反应主要表现为头痛、肝功能异常、胸部不适、头晕、呼吸困难、恶心、低血压、寒战等。不同类别降压药物的不良反应存在差异，患者在使用此类药品前应仔细阅读药品说明书不良反应、注意事项、警示、禁忌等安全性提示信息，服药时应注意以下几点：1.明确所服用高血压药的剂量及服用时间；2.从小剂量开始服用，不要随意加大剂量或减少剂量，严格按照医嘱服药；3.高血压患者需要终生服用药物；4.老年人降压切忌过快、过低，应结合原来的血压水平，将其控制在合理范围；5.在服药过程中如出现不适，应及时与医生或药师联系，避免发生严重不良反应。

4.3 关注诊断用药风险

诊断用药可分为医学影像学检查对比剂、器官功能检查用药以及其他诊断用药。临床使用较为广泛的诊断用药有40多个品种，以医学影像检查中使用的对比剂为主，其种类较多，常用的有用于心血管造影的含碘对比剂、用于磁共振的含钆对比剂以及消化道造影的硫酸钡等。近年来，含碘、含钆对比剂的相关风险有所增加，提示应陔该类药品风险给予关注。

2020年全国药品不良反应监测网络共收到诊断用药的不良反应/事件报告1.7万份，占总体报告的1.0%；其中严重报告2,934份，占17.2%。

4.3.1 涉及患者情况

按性别统计，2020年诊断用药不良反应/事件报告中，男性患者比女性患者高7.9个百分点；严重报告中，男性患者比女性患者高4.6个百分点。

按年龄统计，2020年诊断用药不良反应/事件报告中，14岁以下年龄组占1.1%，15-44岁年龄组占18.7%，45-64岁与65岁及以上年龄组分别占50.2%和30.0%，高于其他年龄组比例；严重报告中，45-64岁与65岁及以上年龄组分别占48.0%和34.1%。

4.3.2 涉及药品情况

2020年诊断用药不良反应/事件报告数量排名前3位的药品是碘克沙醇、碘海醇、碘佛醇（图12）；诊断用药严重报告数量排名前3位的药品是碘克沙醇、碘海醇、碘佛醇。

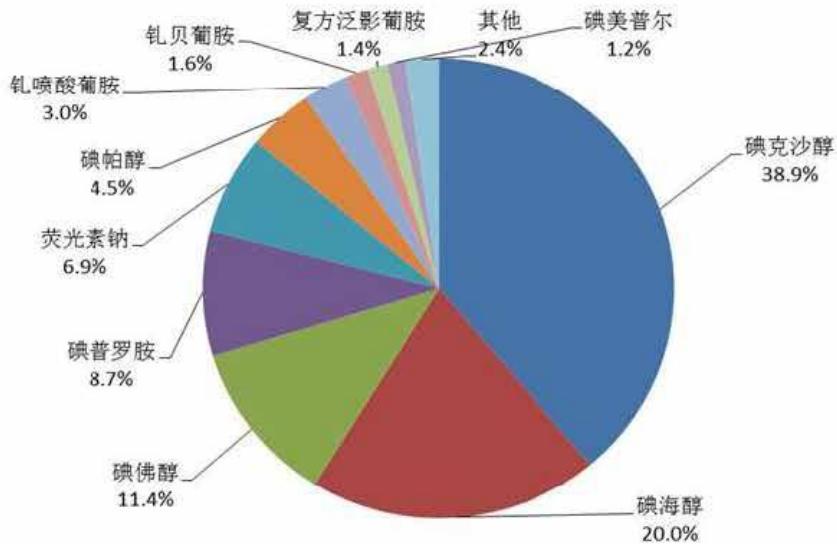


图12 2020年诊断用药不良反应/事件涉及药品

4.3.3 累及器官系统情况

2020年诊断用药严重不良反应/事件报告累及器官系统排名前5位的是皮肤及皮下组织类疾病、免疫系统疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、呼吸系统、胸及纵隔疾病、各类神经系统疾病（图13）。诊断用药严重不良反应/事件报告中，不良反应主要表现为皮疹、过敏性休克、瘙痒症、类速发严重过敏反应、呼吸困难、超敏反应、胸部不适、血压降低等。

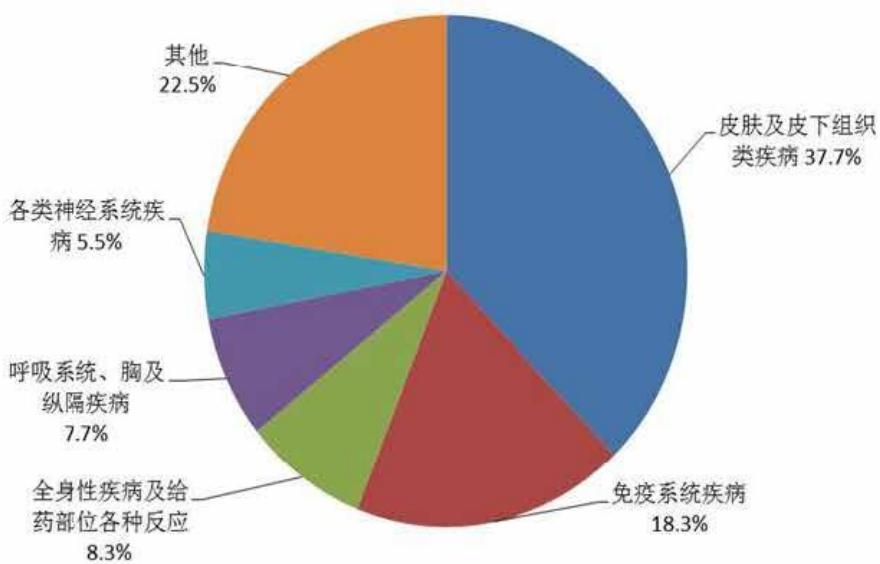


图 13 2020 年诊断用药严重药品不良反应/事件报告累及器官系统。

4.3.4 监测情况分析及安全风险提示

2020年诊断用药不良反应/事件报告总数排名前10位品种主要为含碘对比剂和含钆对比剂，严重不良反应/事件报告与以上情况相似，其中含钆对比剂报告数量占比略有上升。2020年诊断用药严重不良反应/事件报告相比于整体报告，免疫系统疾病和呼吸系统、胸及纵隔疾病排名上升，报告数占比增加。

诊断用药不良反应/事件报告中，45岁及以上年龄组患者报告占比在80%以上，提示中老年患者是诊断用药使用后产生不良反应的主要群体，医务人员和患者应关注该群体发生严重不良反应的风险。

使用含碘或含钆对比剂的患者发生的过敏性休克等严重不良反应，时间过程通常比较短，抢救不及时甚至有致命危险。对过敏性休克等严重反应要着重于严密观察、及早发现并及时处理。造影检查室内要配备各种处理和抢救的药品和器械，要有掌握处理技能的医护人员在场。同时，为进一步保障公众用药安全，生产企业应加强含碘、含钆对比剂的上市后安全性监测与研究，并及时将产品安全性信息传达给医务人员及患者。

小贴士：

目前国内上市的含碘、含钆对比剂有哪些？有哪些严重不良反应？

对比剂种类多样，产品也不断在更新换代。目前国内上市的含碘对比剂主要包括碘海醇注射液、碘美普尔注射液、碘佛醇注射液、碘帕醇注射液、碘普罗胺注射液、碘克沙醇注射液、碘比醇注射液、碘克沙酸葡胺钠注射液、泛影葡胺注射液和复方泛影葡胺注射液。国内上市的含钆对比剂主要包括钆喷酸葡胺注射液、钆双胺注射液、钆贝葡胺注射液、钆塞酸二钠注射液、钆特酸葡胺注射液、钆特醇注射液、钆布醇注射液。此类药品严重不良反应主要表现为皮疹、过敏性休克、瘙痒症、类速发严重过敏反应、呼吸困难、超敏反应等。

使用含碘、含钆对比剂应注意什么？

医务人员及患者应仔细阅读药品说明书不良反应、注意事项、警示、禁忌等安全性提示信息；患者在检查过程中，对个人健康状况有疑问时，应及时询问医务人员。使用含碘、含钆对比剂过程中，要严密观察、及早发现并及时处理出现的严重不良反应。造影检查室内要配备各种处理和抢救的药品和器械，要有掌握处理技能的医护人员在场。公众还可从国家药品监督管理局（www.nmpa.gov.cn）及国家药品不良反应监测中心（www.cdr-adr.org.cn）官方网站，查询到国家近年来发布的针对含碘、含钆对比剂相关风险的提示信息。

4.4 关注注射剂用药风险

2020年注射剂（不含疫苗）不良反应/事件与2019年同期相比，总体报告数小幅下降，严重报告数小幅增长。按制剂型统计，2020年药品总体不良反应/事件报告中注射剂（不含疫苗）占57.0%，严重报告中注射剂（不含疫苗）占73.0%。按药品分类统计，注射剂（不含疫苗）总体报告中化学药品注射剂占88.1%，中药注射剂占7.8%，生物制品占1.5%，无法分类者占2.6%；注射剂（不含疫苗）严重报告中化学药品注射剂占90.4%，中药注射剂占6.1%，生物制品占1.4%，无法分类者占2.1%。

4.4.1 药品情况

化学药品注射剂报告数量排名前3位的药品类别是抗感染药，肿瘤用药，电解质、酸碱平衡及营养药（图14）。

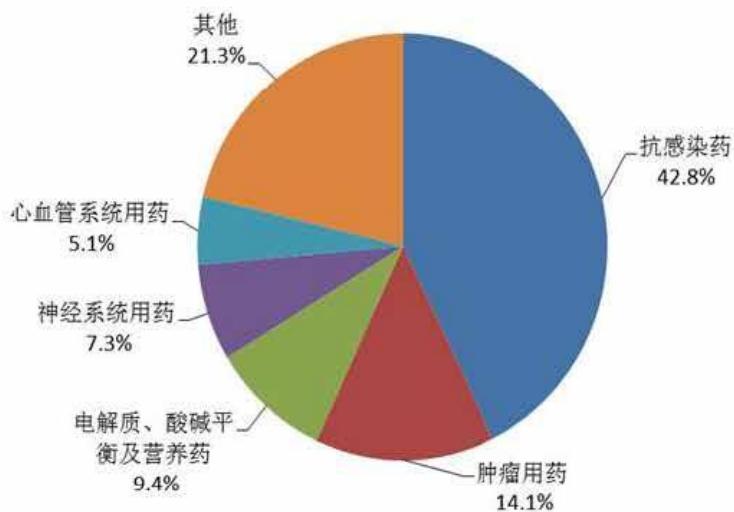


图 14 2020 年化学药品注射剂不良反应/事件报告涉及药品类别。
中药注射剂总体报告涉及中药注射剂类别排名前 5 位的是理血剂、补益剂、开窍剂、清热剂、祛瘀剂(图 15)。

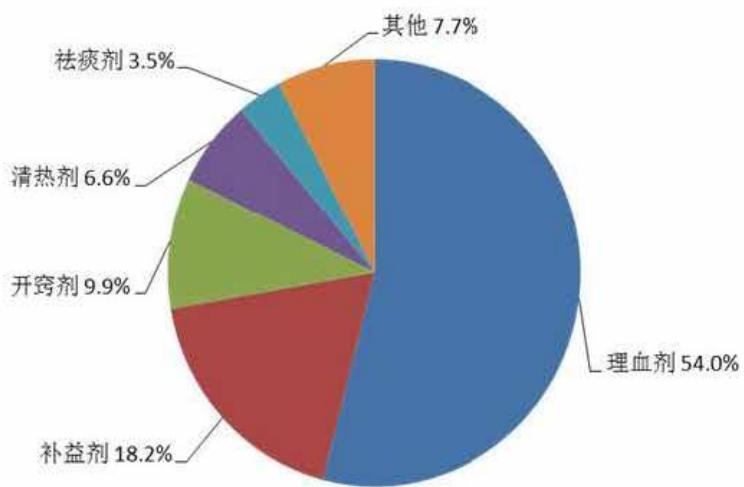


图 15 2020 年中药注射剂不良反应/事件报告涉及药品类别。

4.4.2 累及器官系统情况

2020 年注射剂总体不良反应/事件报告中, 累及器官系统排名前 5 位的是皮肤及皮下组织类疾病、胃肠系统疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、各类神经系统疾病和各类检查。注射剂严重不良反应/事件中, 累及器官系统排名前 5 位的是血液及淋巴系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、各类检查、全身性疾病及给药部位各种反应和胃肠系统疾病(图 16)。

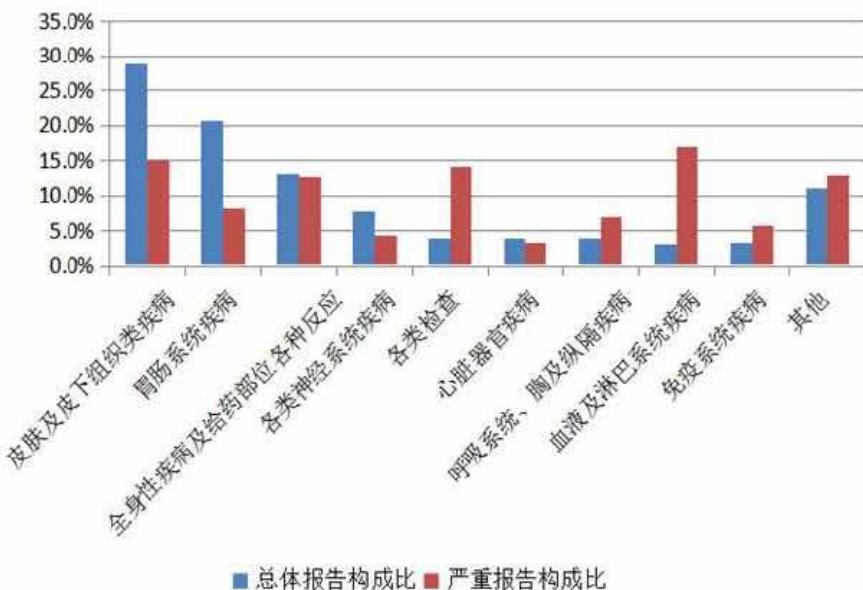


图 16 2020 年注射剂不良反应/事件累及器官系统

4.4.3 监测情况分析及安全风险提示

从剂型统计情况看，2020年注射剂（不含疫苗）不良反应/事件总体报告数量与2019年同期相比小幅下降，但占比仍然相对较高，与近年来总体情况基本一致。从用药人群统计情况看，儿童的注射剂（不含疫苗）不良反应/事件报告数量与2019年同期相比小幅下降，但总体占比仍相对较高。根据注射剂监测情况，建议临床医生用前仔细阅读产品说明书，重点关注相关安全性内容，处方前进行充分的获益与风险分析，始终遵照“能吃药不打针，能打针不输液”的用药原则合理选择用药。儿童作为特殊用药人群，受脏器发育尚未完全等因素影响，对药物更为敏感，耐受性较差，更应谨慎用药。

小贴士：

怎样合理选择给药途径？

临幊上给药途径多种多样，主要包括经胃肠道给药途径和非经胃肠道给药途径。经胃肠道给药途径，即口服给药途径，常见剂型如片剂、颗粒剂、胶囊剂、散剂、溶液剂、丸剂等；非经胃肠道给药途径，即除口服给药途径以外的所有其他途径，如注射给药、呼吸道给药、皮肤给药等，常见剂型如注射剂、喷雾剂、外用溶液剂、滴眼剂、栓剂等。其中，注射给药途径包括皮下注射、皮内注射、肌内注射、静脉注射等。不同给药途径具有不同的临床意义，如口服给药途径，是最常用、相对安全、方便、经济的给药途径；注射给药途径，优点是吸收快，药量准确可控，缺点是未经过人体的天然屏障，直接进入体内，可引起组织损伤、疼痛、感染，甚至严重不良反应。临幊上应根据用藥实际，遵循“能口服给药的，不选用注射给药；能肌内注射给药的，不选用静脉注射或滴注给药”的原则，合理选择给药途径。

4.5 关注老年人用藥安全

2020年全国药品不良反应监测网络中65岁及以上老年患者相关报告占30.3%，较2019年略有升高。2020年共收到老年患者严重报告占老年患者报告总数的11.5%，高于2020年总体报告中严重报告比例。

4.5.1 涉及老年患者情况

2020年老年患者药品不良反应/事件报告中，男性和女性患者比例为0.97:1。65-69岁老年患者报告占33.7%，70-74岁老年患者报告占26.4%（图17）。

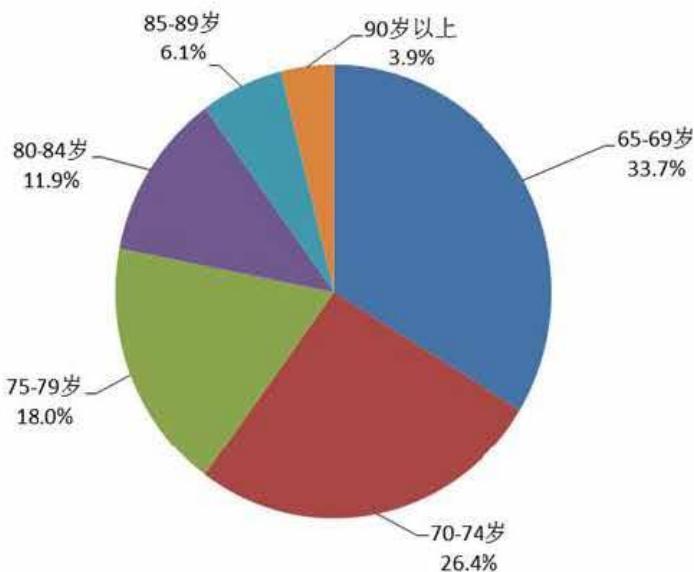


图 17 2020 年老年患者药品不良反应/事件涉及患者年龄。

4.5.2 涉及药品情况

按照药品类别统计，化学药品占84.6%，中药占12.3%，生物制品占0.6%，无法分类者占2.5%。化学药品排名前5位的是抗感染药、心血管系统用药、肿瘤用药、神经系统用药、电解质、酸碱平衡及营养药；中药排名前5位的是理血剂、补益剂、祛湿剂、清热剂、开窍剂。

按照药品给药途径统计，注射给药占61.7%、口服给药占34.4%、其他给药途径占3.9%（图18）。注射给药中，静脉注射给药占92.7%，其他注射给药占7.3%。

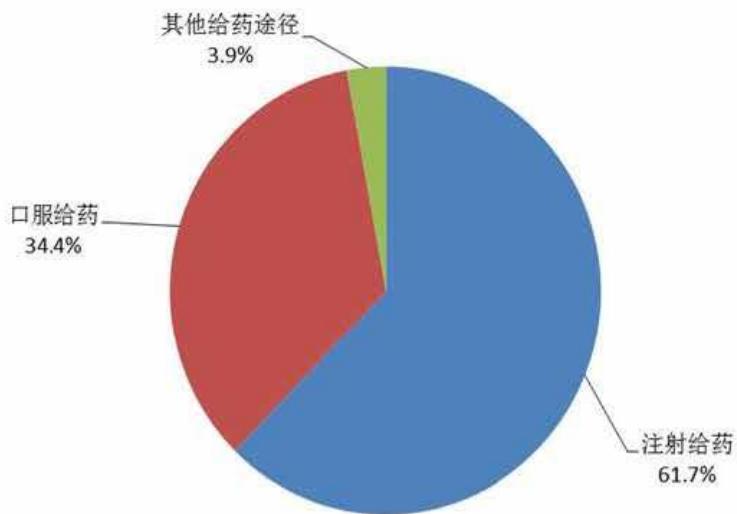
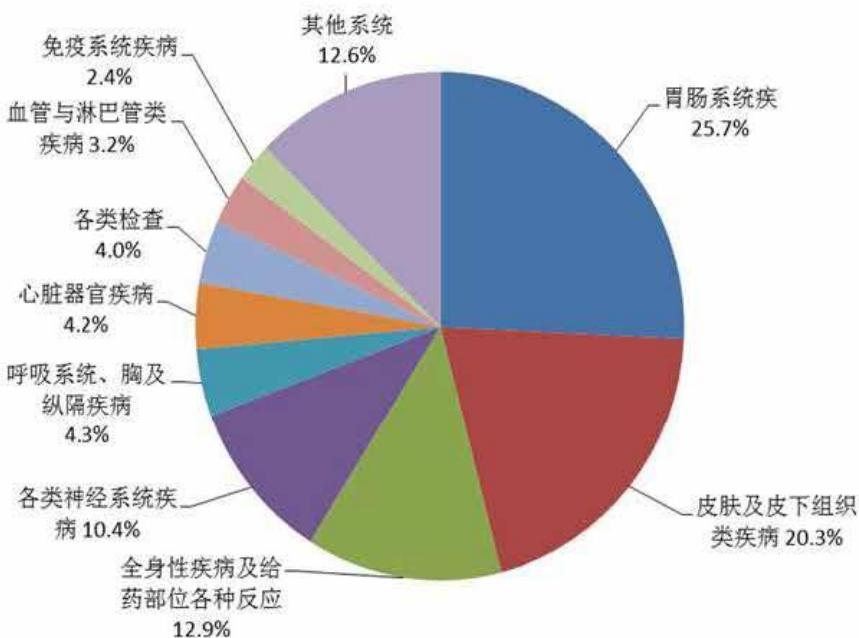


图 18 2020 年老年患者药品不良反应/事件涉及给药途径。

4.5.3 累及器官系统情况

2020年老年患者药品不良反应/事件报告中，累及器官系统排名前5位的是胃肠系统疾病、皮肤及皮下组织类疾病、全身性疾病及给药部位各种反应、各类神经系统疾病、呼吸系统、胸及纵隔疾病，化学药品、中药累及器官系统排名前5位的与总体基本一致。

(图19)。

图 19 2020 年老年患者药品不良反应/事件累及器官系统⁴

4.5.4 监测情况分析及安全风险提示

2020年老年患者药品不良反应/事件报告占报告总数的30.3%，老年患者严重药品不良反应/事件报告所占比例高于总体报告中严重报告的构成比，提示老年患者受基础疾病较多、机体代谢水平较差以及用药情况复杂等因素影响，发生药品不良反应的风险更大，因此仍应持续关注老年人群用药安全。

从2020年统计数据看，在药品类别分布上，老年患者用的化学药品中，与2019年相同，心血管系统用药、神经系统用药的构成比高于该类别药品在化学药品总体报告中的构成比，提示老年患者使用以上药品较多，不良反应发生情况较多；中药排名居前的药品类别为理血剂、补益剂、祛湿剂，这3类药品的使用与老年人疾病谱和生理特点有关。

小贴士：

老年患者及家属应如何提高安全用药的认识？

我国老年人口众多，而老年人常常同时患多种慢性疾病，随着年龄的增加，老年人罹患多种疾病和接受多种药物治疗的机会明显增加，多重用药可明显增加因药物之间相互作用所导致的药物不良反应的风险。因此应提高老年患者及家属安全用药的认识和能力，最大限度地减少药物治疗中给患者带来潜在的药源性损害，保障老年患者的用药安全。

鼓励老年患者按时门诊随访，知晓自己健康状况，一旦出现药物治疗相关的异常反应，及时就诊。建议老年患者设立个人专用药物记录本记录用药及不良反应。同时，家属需定时检查老年患者用药情况，做到按时、按医嘱规定剂量服药，要协助患者提高用药依从性和对药物的管理。老年人由于记忆力减退，容易漏服、多服、误服药物，以致难以获得疗效或加重病情。

此外，建议老年人及其家属避免随意自我药疗，不宜凭自己的经验自作主张，随便联合用药。切记不要轻信民间“偏方”、“秘方”，以免造成延误治疗或因药物间相互作用带来疗效下降或毒性增加。

第5章 有关说明

5.1 本年度报告中的数据来源于国家药品不良反应监测数据库中2020年1月1日至2020年12月31日各地区上报的数据。

5.2 与大多数国家一样，我国药品不良反应报告是通过自发报告系统收集并录入到数据库中的，存在自发报告系统的局限性，如漏报、填写不规范、信息不完善、无法计算不良反应发生率等。

5.3 每种药品不良反应/事件报告的数量受到该药品的使用量和不良反应发生率等诸多因素的影响，故药品不良反应/事件报告数量的多少不能直接代表药品不良反应发生率的高低或者严重程度。

5.4 本年度报告完成时，其中一些严重报告、死亡报告尚在调查和评价的过程中，所有统计结果均为现阶段数据收集情况的真实反映，并不代表最终的评价结果。

5.5 本年度报告统计时采用监管活动医学词典（MedDRA），既往采用世界卫生组织不良反应术语集（WHO-ART）。MedDRA是在人用药品技术要求国际协调理事会（ICH）主办下编制的标准化国际医学术语集，用于与人用医疗产品相关的监管沟通和数据评估。

5.6 专业人员会分析药品与不良反应/事件的关联性，提取药品安全性风险信息，根据风险的普遍性或者严重程度，决定是否需要采取相关措施，如在药品说明书中加入安全性信息，更新药品如何安全使用的信息等。当药品的获益不再大于风险时，药品也会撤市。

2024/10/14 下午1:26

国家药品不良反应监测年度报告 (2020年)

5.7 本年度报告数据均来源于全国药品不良反应监测网络，不包含疫苗不良反应/事件的监测数据。

(會議資料第 107 頁)

討論事項第一案「114 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」說明五

經洽請健保署對醫院協會所提建議方案提出執行面意見及風險調整移撥款執行結果，該署回復：建議 R 值占率可適度前進，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整之原則；另提供 112 年及 113 年第 1 季供參(來函如附件，第 67 頁)

年度	分配方式	執行情形																																								
112年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」（下稱移撥款），同 111 年係自一般服務移撥 6 億元，用於鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合與規劃，以持續推動區域間平衡發展。</p> <p>2. 分配方式：112 年移撥款各區預算採兩項計算方式之合計，2 億元維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配，4 億元維持 111 年，以 107 年至 109 年地區預算 R 值、S 值平均占率計算。</p> <p>3. 112 年各分區全年分配金額如下：</p> <p style="text-align: center;">單位：元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>全年分配金額</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>160,167,780</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>68,902,891</td> <td>11%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>89,028,079</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,242,231</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>103,232,903</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,426,116</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>600,000,000</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	160,167,780	27%	北區	68,902,891	11%	中區	89,028,079	15%	南區	75,242,231	13%	高屏	103,232,903	17%	東區	103,426,116	17%	合計	600,000,000	100%	<p>112 年全年結算結果：</p> <p style="text-align: right;">單位：元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>結算金額(元)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>160,167,780</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>68,902,891</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>89,028,079</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,242,231</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>103,232,903</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,426,116</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>600,000,000</td> </tr> </tbody> </table>	分區	結算金額(元)	臺北	160,167,780	北區	68,902,891	中區	89,028,079	南區	75,242,231	高屏	103,232,903	東區	103,426,116	合計	600,000,000
分區	全年分配金額	占率																																								
臺北	160,167,780	27%																																								
北區	68,902,891	11%																																								
中區	89,028,079	15%																																								
南區	75,242,231	13%																																								
高屏	103,232,903	17%																																								
東區	103,426,116	17%																																								
合計	600,000,000	100%																																								
分區	結算金額(元)																																									
臺北	160,167,780																																									
北區	68,902,891																																									
中區	89,028,079																																									
南區	75,242,231																																									
高屏	103,232,903																																									
東區	103,426,116																																									
合計	600,000,000																																									

年度	分配方式	執行情形			
113年	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，同112年係自一般服務移撥6億元，用於鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合與規劃，以持續推動區域間平衡發展。</p> <p>2. 分配方式：113年移撥款各區預算採兩項計算方式之合計，2億元維持111年、112年風險調整計算六因素及權重計算分配，4億元採以107~109年地區預算R值、S值平均占率計算。</p> <p>3. 113年各分區全年分配金額如下：</p>	<p>1.113第1季各分區併入一般服務結算金額合計57,526,918元。</p> <p>2. 113年各季、各分區規劃分配情形如下：</p>			
		單位：元			
	分區	第1季	第2季	第3季	第4季
	臺北	900,000	-	-	159,218,090
	北區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050
	中區	15,995,396	28,897,090	9,790,885	34,402,979
	南區	-	30,361,293	-	44,723,814
	高屏	-	-	-	102,999,583
	東區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123
	合計	57,526,918	95,848,532	46,166,911	400,457,639

分區	全年分配金額	占率
臺北	160,118,090	27%
北區	69,040,197	12%
中區	89,086,350	15%
南區	75,085,107	13%
高屏	102,999,583	17%
東區	103,670,673	17%
合計	600,000,000	100%

附件

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國113年10月22日

發文字號：健保醫字第1130121567號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三 (A21030000I_1130121567_doc1_Attach1.odt、
A21030000I_1130121567_doc1_Attach2.odt、
A21030000I_1130121567_doc1_Attach3.odt)

主旨：有關114年度醫院總額、西醫基層總額及中醫門診總額一般服務地區預算分配案，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴會113年10月8日第1131008994號、1131008765號及同年月11日第1131011901號請辦單。

二、有關114年度醫院總額、西醫基層總額及中醫門診總額一般服務地區預算分配一節，本署建議R值占率可適度前進，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整之原則。

三、另檢送醫院總額、西醫基層總額及中醫門診總額112年及113年第1季「風險調整基金」執行情形如附件。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、本署企劃組

電子文
章
交換



(會議資料第 132 頁)

討論事項第二案「114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案」說明五

經洽請健保署對醫全會來函內容提出執行面意見及風險調整移撥款執行結果，該署回復：建議 R 值占率可適度前進，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整之原則；另提供 112 年及 113 年第 1 季供參(來函如附件，第 67 頁)

年度	分配方式	執行情形																																											
112 年	<p>1.112 年移撥風險調整移撥款 6 億元，3 億元用於撥補臺北區，3 億元優先用於保障東區浮動點值不低於每點 1 元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補因 R 值前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依 112 年西醫基層總額四季預算占率提列。</p> <p>2.風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：</p> <p>(1)點值落後地區：係指點值排序第 3 名及第 4 名地區且點值小於每點 1 元者。</p> <p>(2)撥補比率：點值排序第 3 名地區撥補 30%，點值排序第 4 名地區撥補 70%。</p> <p>(3)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。</p> <p>(4)點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。</p>	<p>112 年各季結算結果：</p> <p style="text-align: right;">單位：元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>112Q1</th> <th>112Q2</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北</td> <td>74,696,067</td> <td>74,771,193</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>13,387,891</td> <td>22,397,624</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>2,980,007</td> <td>10,872,409</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>10,930,934</td> <td>10,871,889</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>34,654,130</td> <td>2,368,575</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>12,743,105</td> <td>28,260,696</td> </tr> <tr> <th>分區</th> <th>112Q3</th> <th>112Q4</th> </tr> <tr> <td>台北</td> <td>72,968,619</td> <td>77,564,121</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>29,614,001</td> <td>22,092,423</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>13,269,583</td> <td>9,468,182</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>9,659,104</td> <td>11,162,119</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>3,541,775</td> <td>5,317,023</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>16,884,156</td> <td>29,524,374</td> </tr> </tbody> </table>		分區	112Q1	112Q2	台北	74,696,067	74,771,193	北區	13,387,891	22,397,624	中區	2,980,007	10,872,409	南區	10,930,934	10,871,889	高屏	34,654,130	2,368,575	東區	12,743,105	28,260,696	分區	112Q3	112Q4	台北	72,968,619	77,564,121	北區	29,614,001	22,092,423	中區	13,269,583	9,468,182	南區	9,659,104	11,162,119	高屏	3,541,775	5,317,023	東區	16,884,156	29,524,374
分區	112Q1	112Q2																																											
台北	74,696,067	74,771,193																																											
北區	13,387,891	22,397,624																																											
中區	2,980,007	10,872,409																																											
南區	10,930,934	10,871,889																																											
高屏	34,654,130	2,368,575																																											
東區	12,743,105	28,260,696																																											
分區	112Q3	112Q4																																											
台北	72,968,619	77,564,121																																											
北區	29,614,001	22,092,423																																											
中區	13,269,583	9,468,182																																											
南區	9,659,104	11,162,119																																											
高屏	3,541,775	5,317,023																																											
東區	16,884,156	29,524,374																																											

年度	分配方式	執行情形														
	<p>3.若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。</p> <p>4.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。</p>															
113 年	自一般服務移撥 6 億元，執行方式同 112 年。	<p>113 年第 1 季結算結果：</p> <p style="text-align: right;">單位：元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>113Q1</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>台北</td> <td>74,705,316</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>18,563,336</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>3,432,166</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>11,534,168</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>11,720,975</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>29,454,671</td> </tr> </tbody> </table>	分區	113Q1	台北	74,705,316	北區	18,563,336	中區	3,432,166	南區	11,534,168	高屏	11,720,975	東區	29,454,671
分區	113Q1															
台北	74,705,316															
北區	18,563,336															
中區	3,432,166															
南區	11,534,168															
高屏	11,720,975															
東區	29,454,671															

(會議資料第 153 頁)

討論事項第三案「114 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」
說明五

.....

經洽請健保署對中全會所提建議方案提出執行面意見及風險調整移撥款執行結果，該署回復：建議各分區去年同期戶籍人口數占率(參數二)可適度前進，以落實總額預算地區預算分配應依人口調整之原則；另提供 112 年及 113 年第 1 季供參(來函如附件，第 67 頁)。

年度	分配方式	執行情形
112 年	提撥 3,000 萬元風險調整移撥款，自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。用於逐季補助當季浮動點值低於 0.75 者則補至 0.75。	112 年全年結算結果： 風險調整移撥款撥付(浮動點值補至每點 0.75 元)：北區 3,000 萬元。
113 年	提撥 6,000 萬元風險調整移撥款： 1.其中 4,000 萬元，自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。用於逐季補助當季浮動點值低於 0.8 者則補至 0.8 之差值(但最高不大於點值第二低的分區)。若兩區以上浮動點值低於 0.8 元時，優先補助最低一區至次低的浮動點值，剩餘經費再依相同浮動點值分配，每點浮動點值最高補至 0.8 元。 2.其中 2,000 萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。	113 年第 1 季結算結果： 1.風險調整移撥款撥付(浮動點值補至每點 0.8 元)：北區 2,800 萬元，剩餘 1,200 萬元。 2.風險調整移撥款撥補當季就醫率最高之分區：中區 500 萬元，剩餘 1,500 萬元。

(會議資料第 207 頁)

報告事項第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告(全年資料)，
如附件一(第73~89頁)，請鑒察。

說明：

一、依貴會 113 年第 3 次委員會議決議(定)事項辦理。

二、本署辦理情形如下：

(一)衛生福利部(下稱衛福部)112 年 7 月 1 日發布修正之「全民健
康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」內容，
主要為落實分級醫療與珍惜醫療資源，期待民眾就醫分流，
並保障弱勢族群，原免部分負擔對象(如重大傷病、低收入戶
等)不受影響，另中低收入者與身心障礙者門診藥品部分負擔
以基層診所方式計收、急診維持原方案收費，以落實保障弱
勢民眾權益。

(二)112 年部分負擔新制執行一年後成效：

- 1.促進分級醫療：112 年下半年部分負擔實施後，基層門診就
醫件數占率較實施前持續上升；慢性病人亦同。
- 2.改善急診壅塞：各層級醫院急診輕症檢傷(4-5 級)案件較疫
情前同期占率下降。
- 3.藥費公平分擔：整體慢箋每次調劑藥費下降 26 元；慢箋第
一次調劑部分負擔收取 65 元，增加收入 23 億元。
- 4.保障弱勢族群：弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數變
化較一般民眾略為增加。

(三)觀察部分負擔調整方案實施一年後，基層就醫件數占率上升、
急診輕症占率略降，已見成效；惟未見對民眾就醫次數之影
響。

報告單位業務窗口：王智廣科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3609

本會補充說明：

一、依 111 年第 5 次委員會議(111.5.27)決議，新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討，健保署應自公告實施日起，每半年定期向本會提出報告。衛福部自 112.7.1 實施「全民健康保險保險對象門診藥品、急診應自行負擔之費用」(如附件二，第 90 頁)後，健保署前於本(113)年第 3 次委員會議(113.4.24)提出執行半年之監測結果及成效檢討報告，會議決定略以：委員所提意見請健保署研參，並請於 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔全年成效檢討報告時，併同回應委員意見及說明改善行為，以利評估執行成效。

二、有關委員針對前揭半年監測報告所提意見，摘要如下：

- (一)保障弱勢民眾就醫權益：請健保署持續監測新制部分負擔調整後，對中低收入戶、身心障礙者、慢性病患等民眾在就醫權益及財務負擔之影響。
- (二)對推動分級醫療、改善急診壅塞之效益：請健保署提供相關數據，以利瞭解新制部分負擔對推動分級醫療、改善急診壅塞成效之參考。另健保推動分級醫療政策多年，已建立醫療院所轉診合作機制，及提供轉診支付誘因，此外，急診品質提升方案亦訂有提升急診處置效率之相關獎勵措施，宜併同納入分析、考量。
- (三)整合多重慢性病患照護資源：委員關切新制部分負擔對多重慢性病患之就醫影響，建議健保署應朝整合多重慢性病患之門診、用藥，並進行共病管理，以減少多科看診情形，提升資源使用效率。

決定：



新制部分負擔監測指標之 實施一年成效

113/10/23

中央健康保險署醫務管理組

1

112年部分負擔新制調整重點

藥品部分負擔

調整醫學中心及區域醫院 藥費百元以下收取10元、上限增加100元
醫院慢性病連續處方箋第一次調劑 比照一般藥品計收

院所層級	一般藥品		慢連箋 第1次 調劑	慢連箋 第2次 以後調劑
	藥費 100元 以下	藥費 101元 以上		
基層院所/ 中醫	免收	比率20% 上限200元	免收	免收
地區醫院				
醫學中心	10元 【原免收】	比率20% 上限300元 【原上限200元】	比照一般 藥品 【原免收】	
區域醫院				

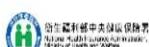
*中低收入戶及身心障礙者不分層級別，皆以基層院所計收。

急診部分負擔

不區分檢傷分類 按就醫醫院層級別定額收取
醫學中心 增加200-300元；區域醫院 增加100元

特約類別	原本方案		新方案
	檢傷 1-2級	檢傷 3-5級	不區分檢傷
基層診所	150		150
地區醫院	150		150
區域醫院	300		400
醫學中心	450	550	750

*中低收入戶及身心障礙者皆以原本方案計收：醫學中心550元(以檢傷3-5級計收)、區域醫院300元。



※法定免部分負擔或其他單位補助如重大傷病、山地離島、低收入戶、榮民遺眷皆維持免部分負擔。

2

部分負擔新制執行1年後就醫情形觀察

1-促進分級醫療 | 112年部分負擔實施後，基層門診就醫件數占率較實施前持續上升；慢性病人亦同。

2-改善急診壅塞 | 各層級醫院急診輕症檢傷(4-5級)案件較疫情前同期占率下降。

3-藥費公平分擔 | 整體慢箋每次調劑藥費下降26元；慢箋第一次調劑部分負擔收取65元，增收23億元。

4-保障弱勢族群 | 弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數變化較一般民眾略為增加。

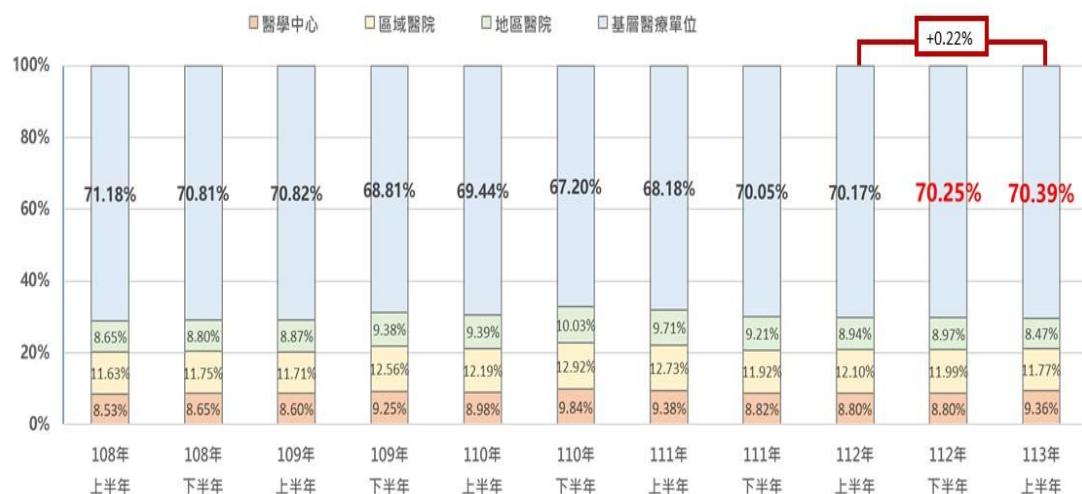


3

1-促進分級醫療

基層診所就醫件數占率增加

113年上半年基層診所案件占率較112年上半年增加0.22%，持續成長。



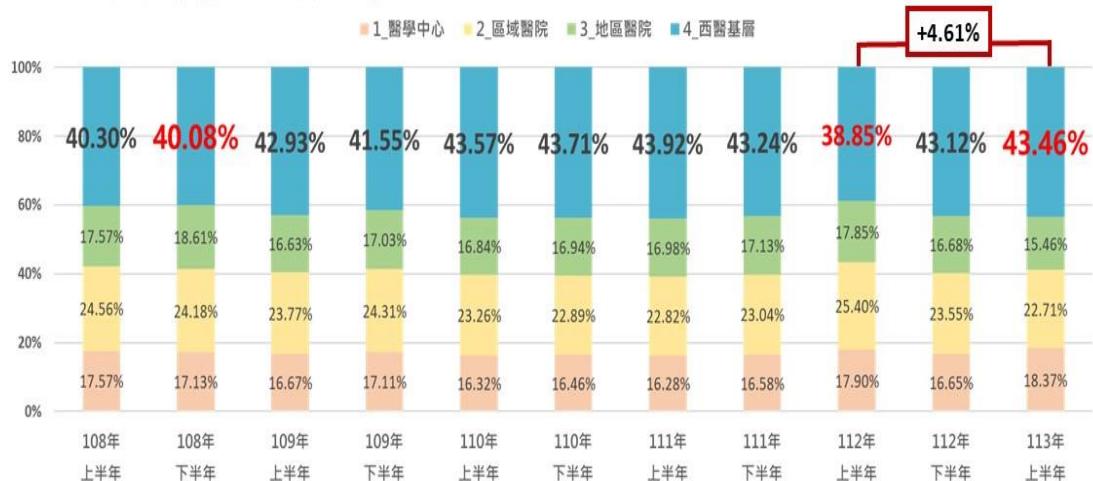
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(不含急診)、僅計醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、慢性病連續處方箋調劑、病理中心、交付機構之補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)者。
- 另自113年3月起醫院評鑑名單更動，醫學中心增3家、區域醫院增1家(5家升區域、1家降地區及3家升醫中)。



4

慢性病人(不含重大傷病)基層就醫占率成長

113年上半年慢性病人至基層診所就醫件數占率，較112年上半年增加4.61%，且已超過疫情前同期占率。



1. 資料來源：多模型健保資料平台門診、交付機構及住院明細檔。(擷取日期：113年04月01日)

2. 統計範圍：門診醫院、西醫基層總額部門(不含門診透析)案件。

3. 本表排除重大傷病註記係申報部分負擔代碼001、011、012、013之案件

4. 慢性病係指(原)案件類別為04、05、06、08、E1、E2、E3或給藥天數>14天之案件；並排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、「慢性病連續處方箋調劑」、「病理中心」、「交付機構」。

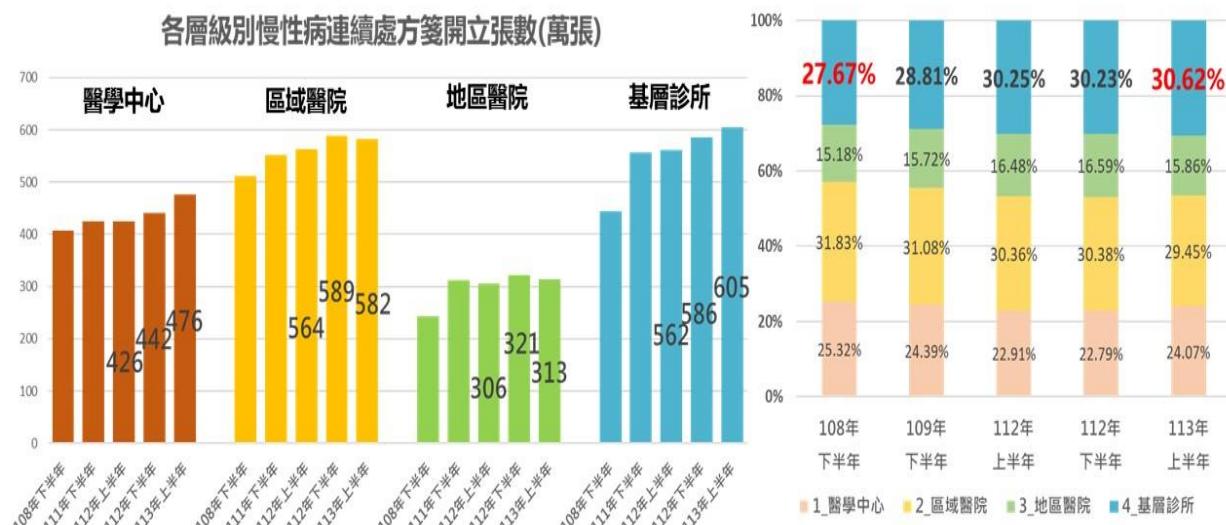


5

慢性病連續處方箋開立持續增加

113年上半年慢性病連續處方箋開立件數各層級持續增加，基層診所開立件數占率則較疫情前同期提升。

慢性病連續處方箋件數占率



備註：1. 資料來源為健保署醫療服務指標系統(DA)，指標1858(門診開立一般處方箋、慢性病連續處方箋比率)。

2. 醫學中心與區域醫院開立張數消長，可能與113年醫院評鑑3家醫院升格醫中有關，惟觀察醫院總開立張數持續成長。

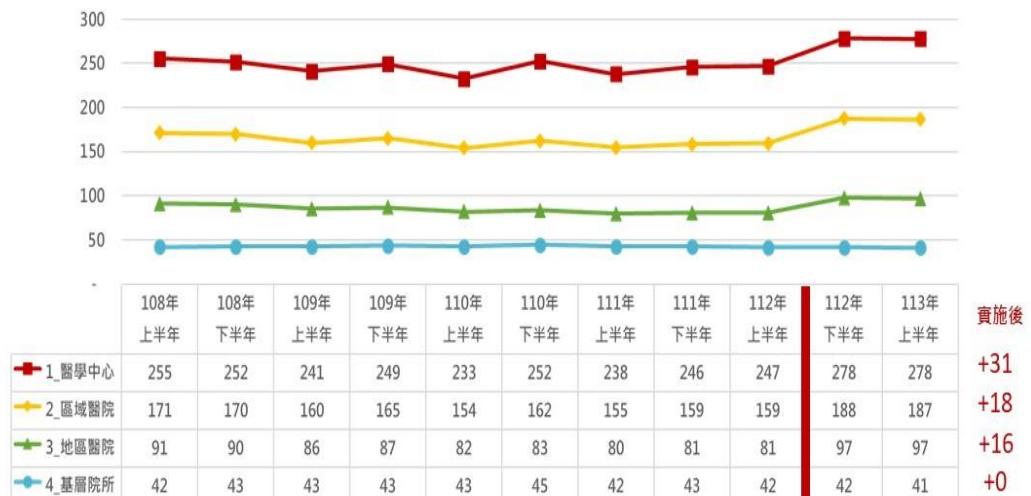


6

民眾至醫院就醫部分負擔變化

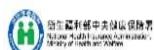
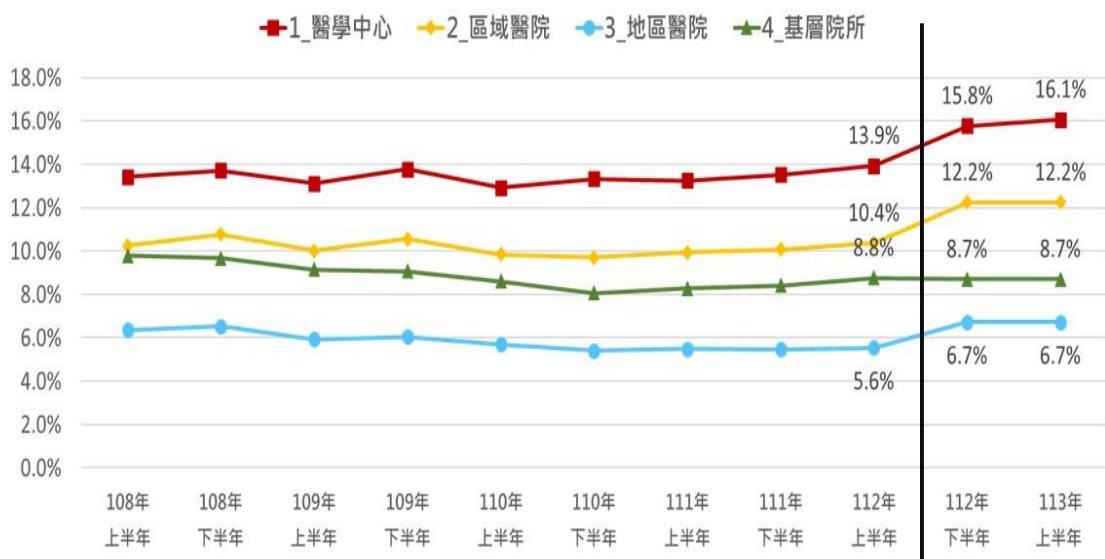
部分負擔調整後，醫學中心與區域醫院增加約30元、地區醫院增加17元；基層診所不變；實施後無明顯變化。

平均每次就醫部分負擔費用(元)



門診部分負擔占醫療費用比率略有上升

調整後，醫學中心部分負擔占率約16%、區域醫院約12%、地區醫院最低約7%；基層診所不變。



部分負擔調整與就醫次數關係

- 新制實施一年後，平均每人部分負擔較111年增加299元；較108年增加233元。
- 門診平均每人就醫次數仍較111年增加1.6人次，也較108年增加0.9人次。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(不含急診)、僅計醫師(就醫)看診次數，排除以下案件：門診件數排除「接受其他院所委託代(轉)檢案件且未申報費用者」、慢性病連續處方箋調劑、病理中心、交付機構’補報部分醫令或醫令差額及其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)者。



9

部分負擔金額變化

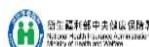
新制實施一年後，部分負擔金額較前一年同期增加約52.7億元；相較以108年申報資料推估全年影響30億元高。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料(急診分列)
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

- 108年推估金額係以當年度就醫案件並以新制部分負擔推估，計算其部分負擔增加金額。

* 成長率係以112/7-113/6收取部分負擔較前一年(111/7-112/6)收取部分負擔計算。

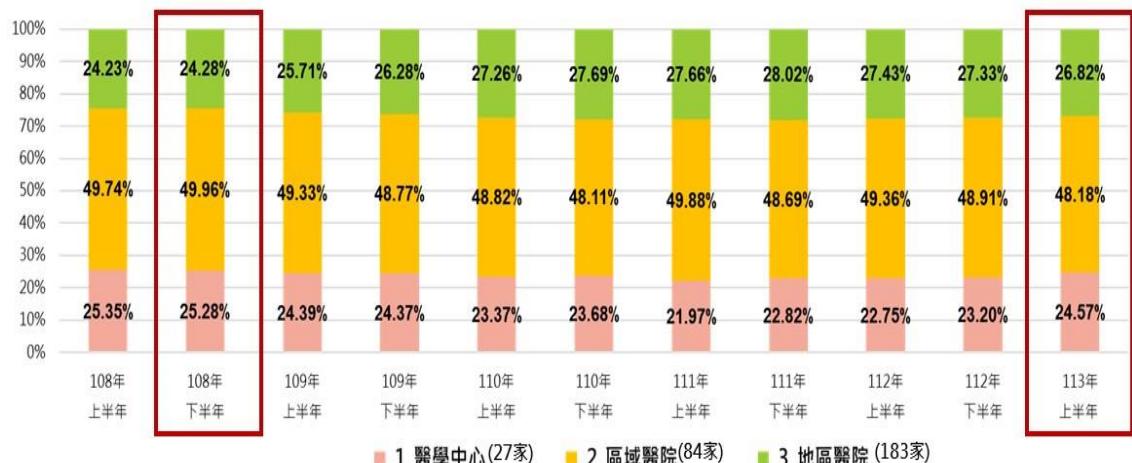


10

急診申報件數變化

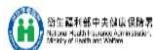
部分負擔新制實施一年，地區醫院件數占率較疫情前增加。

急診申報件數層級別占率(%)



■ 1_醫學中心(27家) ■ 2_區域醫院(84家) ■ 3_地區醫院(183家)

- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。
- 因自113年3月起醫院評鑑名單更動，113年上半年較去年同期，申報急診案件之院所家數，醫學中心自24家增為27家(3家升醫中)、區域醫院自83家增為84家(5家升區域、1家降地區及3家升醫中)，地區醫院約196家降為183家(含歇業及5家升區域、1家降地區)。



11

急診檢傷分類分析

部分負擔新制實施後，各層級別醫院急診輕症(檢傷分類4-5級)占率，皆較疫情前同期下降；檢傷分類1-2級占率，醫學中心及區域醫院也較疫情前下降。

醫學中心

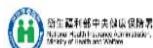
區域醫院

地區醫院



■ 檢傷1-2級 ■ 檢傷3級 ■ 檢傷4-5級

- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



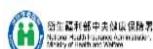
12

整體急診就醫行為

- 新制實施一年以來，平均每人部分負擔增加**149元**。
- 急診平均每人就醫次數仍較111年增加0.1次，也與108年相近。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



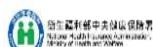
13

一般處方箋藥費及部分負擔變化

- 一般處方箋：新制調高醫學中心與區域醫院上限($200 \rightarrow 300$ 元)。
- 實施後藥品部分負擔略有增加；每張處方藥費略有下降。



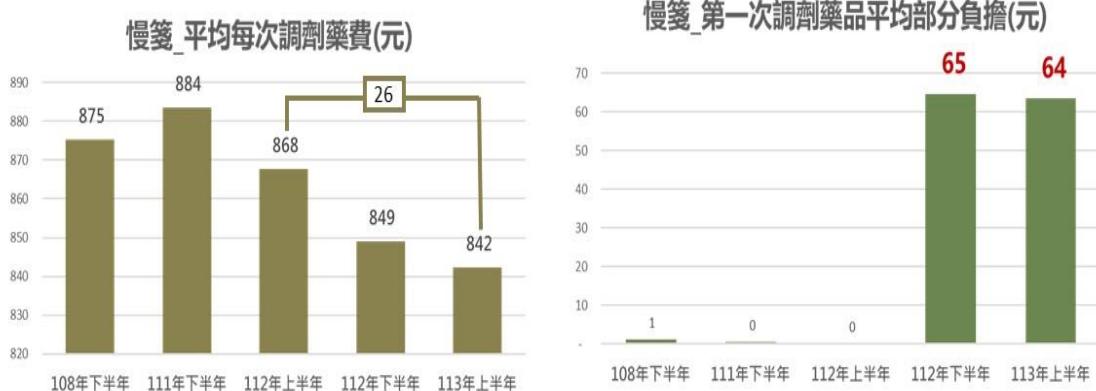
- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



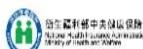
14

慢性病連續處方藥費及部分負擔變化

- 醫院開立慢性病連續處方箋第一次調劑比照一般藥品收費，第二次以後調劑維持免收：
 - 醫學中心和區域醫院上限300元、地區醫院上限200元、基層診所免收。
- 新制實施後藥費略降，每次調劑藥費較實施前下降26元；慢箋第一次調劑部分負擔平均收取65元，增加收入23億元。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。
- 慢性病連續處方箋每次調劑27天以下，不論層級皆比照一般藥品收取藥品部分負擔。
- 慢箋第一次調劑增加收入係以112/7-113/6較111/7-112/6之藥品部分負擔計。



15

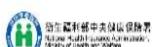
中低收入戶與身心障礙者-就醫次數並無減少

- 部分負擔新制除醫學中心檢傷分類1-2級調升100元外，其他皆不受影響。
- 整體就醫次數：身心障礙者及中低收入戶者就醫並無減少。

族群	中低收入戶(平均每人)		身心障礙者(平均每人)	
	111年	112/7-113/6	111年	112/7-113/6
		就醫次數		就醫次數
門診	12.7	13.5	22.5	23.5
急診	1.7	1.8	1.9	2.0

備註：

- 中低收入戶由健保署註記身分於健保卡中，就醫時由醫事機構逕行減免。
- 身心障礙者需於就醫時出示相關證明文件，方可以身心障礙身分就醫以減免其部分負擔。



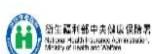
16

中低收入/身心障礙者急診就醫

- 新制實施後，中低收入戶及身心障礙者，急診就醫次數並未因新制而下降。
- 平均每位就醫者急診部分負擔金額、身心障礙者約增加93元、中低收入戶增68元，一般民眾增加149元。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。



17

中低收入/身心障礙醫學中心檢傷分類1-2級

- 因中低收入戶及身心障礙者醫學中心檢傷分類1-2級較原制度增加100元，統計112年7月-113年6月急診案件，影響金額中低收入戶至p95為200元、身心障礙者至p90才為200元(看急診2次)。
- 影響人數約占整體族群2%(中低收入戶1.25%、身心障礙者2.23%)。

中低收入者 (N=359,880)

就醫人數	就醫次數	平均次數	部分負擔金額人均差額推估		總計影響金額	最小值	中位數	P90	P95	最大值
			平均值	標準差						
4,514	5,399	1.20	119.6	62.3	451,400	100	100	100	200	1100

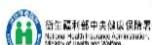
身心障礙者 (N=1,206,409)

就醫人數	就醫次數	平均次數	部分負擔金額人均差額推估		總計影響金額	最小值	中位數	P90	P95	最大值
			平均值	標準差						
26,922	33,703	1.25	125.2	70.5	2,692,200	100	100	200	200	3,200

備註：1. 以112年7月-113年6月健保申報醫療費用計算

2. 中低收入戶及身心障礙者以112年7月投保身分註冊計算，共約156萬人，總影響金額約314萬元。

18



總結

- 持續宣導並運用政策鼓勵分級醫療。
- 新制部分負擔實施一年後就醫情形觀察：
 - 基層門診就醫件數占率較實施前持續成長；慢性病人亦同。
 - 各層級醫院急診輕症檢傷(4-5級)案件較疫情前同期占率下降，醫學中心、區域醫院重症占率也下降。
 - 整體慢箋每次調劑藥費下降26元；慢箋第一次調劑部分負擔收取65元，增收23億元。
 - 弱勢族群就醫權益仍持續保障，就醫次數變化較一般民眾略有增加。
- 觀察部分負擔調整方案實施一年後，基層就醫件數占率上升、急診輕症占率略降，有初步成效；惟對於民眾就醫次數較無明顯影響。



19



20

備參-健保會委員關切議題-醫改會建議補充指標

健保署所提監測指標		醫改會建議補充
整體	1-1 門診就醫件數占率 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率	 ✓ 1-1 平均每次門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 ✓ 1-2 平均每人門診點數、藥費、檢驗檢查費用之變化 ✓ 1-3 每人(歸戶後)每年門診部分負擔金額之分布 ✓ 1-4 多重慢性病人(1種~5種以上)每年門診部分負擔金額之分布 ✓ 1-6 高風險特定群體(弱勢保險對象)每年門診部分負擔金額之分布 (平均值、標準差、中位數、最高值、80/90/95百分位數) 1-7 慢性病人規律就醫情形之變化 1-8 慢性病人有效醫療*使用率之變化 <small>*如果健保署認為「有效醫療」難以定義，請健保署以論質支付的5項疾病來分析，該論質支付的指標即是有效醫療指標。這些健保論質的重點照護慢性疾病包含：糖尿病、乳癌、氣喘、C肝、思覺失調。</small>
門診 藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 2-3 門診開立連續處方箋率變化	✓ 2-1 平均每人(歸戶後)每年平均藥費之變化 ✓ 2-2 門診開立連續處方箋之變化(各層級) ✓ 2-3 門診釋出連續處方箋之變化(各層級)
檢驗 檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率	 3-1 平均每人(歸戶後)每年平均門診檢驗檢查費用之變化 3-2 醫令申報成長點數前10大 3-3 醫令執行率前10大 3-4 指標篩選件數前10大
急診	4-1 急診檢傷分類各申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化	✓ 4-1 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第一、二、三級占率 ✓ 4-2 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第四、五級占率 4-3 地區醫院夜間及假日看診之比率 ✓ 4-4 西醫基層夜間及假日看診之比率

21

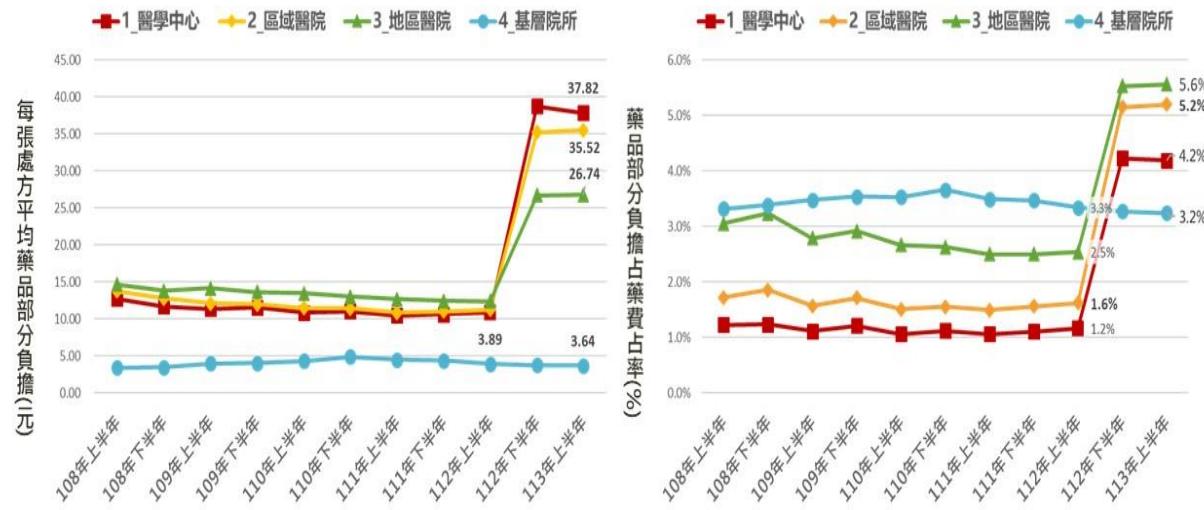
備參-健保會委員關切議題-醫改會建議補充指標

健保署所提監測指標		醫改會建議補充
整體	1-1 門診就醫件數占率 1-2 門診部分負擔占醫療費用占率變化 1-3 門診平均就醫次數變化 1-4 門診平均每次就醫部分負擔費用 1-5 門診初級照護案件占率 1-6 門診轉診人次(含上、下轉)占率	1-7與1-8 慢性病人規律就醫及有效醫療使用率 較難定義，暫不列入指標 1-7 慢性病人規律就醫情形之變化 1-8 慢性病人有效醫療*使用率之變化 <small>*如果健保署認為「有效醫療」難以定義，請健保署以論質支付的5項疾病來分析，該論質支付的指標即是有效醫療指標。這些健保論質的重點照護慢性疾病包含：糖尿病、乳癌、氣喘、C肝、思覺失調。</small>
門診 藥品	2-1 門診每張處方箋平均部分負擔變化 2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 2-3 門診開立連續處方箋率變化	2-1 平均每人(歸戶後)每年平均藥費之變化 2-2 門診開立連續處方箋之變化(各層級) 2-3 門診釋出連續處方箋之變化(各層級)
檢驗 檢查	3-1 門診經轉診檢驗、檢查占率 3-2 門診檢驗、檢查費用占比變化 3-3 門診檢驗、檢查件數占率變化 3-4 門診指標性檢查(高價檢查CT/MRI)執行率	3-1 平均每人(歸戶後)每年平均門診檢驗檢查費用之變化 3-2 醫令申報成長點數前10大 3-3 醫令執行率前10大 3-4 指標篩選件數前10大
急診	4-1 急診檢傷分類各申報占率 4-2 急診檢傷分類各級暫留時間變化	4-1 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第一、二、三級占率 4-2 各層級醫療機構急診假日及夜間檢傷分級第四、五級占率 4-3 地區醫院夜間及假日看診之比率 4-4 西醫基層夜間及假日看診之比率

22

2-1門診每張處方平均藥品部分負擔 觀察每次就醫民眾自付額

門診藥品部分負擔調高醫學中心與區域醫院上限至300元及醫院慢箋第一次收費，顯示調整後醫院每張處方藥品部分負擔增加，負擔比例亦有上升，基層則維持不變。



- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

23

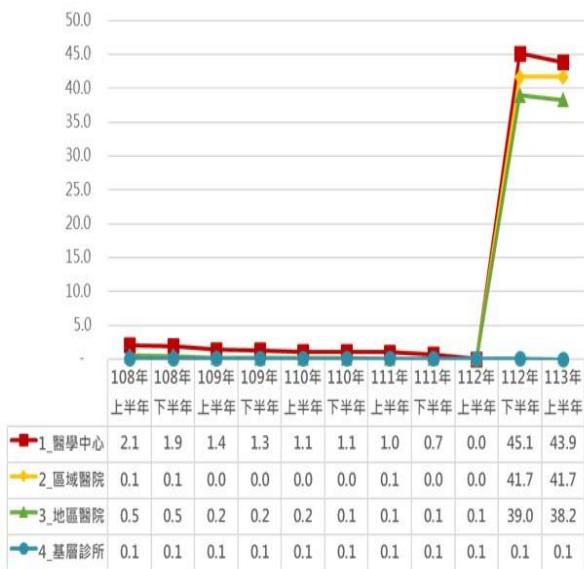
2-1門診每張處方平均藥品部分負擔 拆分一般處方與慢連箋

- 一般處方箋藥品部分負擔：新制實施後醫學中心、區域醫院上升；地區和診所略降。
- 慢性病連續處方箋藥品部分負擔：新制實施後醫院層級之慢連箋部分負擔上升，基層診所無影響。

一般處方箋-平均每次調劑藥品部分負擔(元)



慢性病連續處方箋-平均每次調劑藥品部分負擔(元)

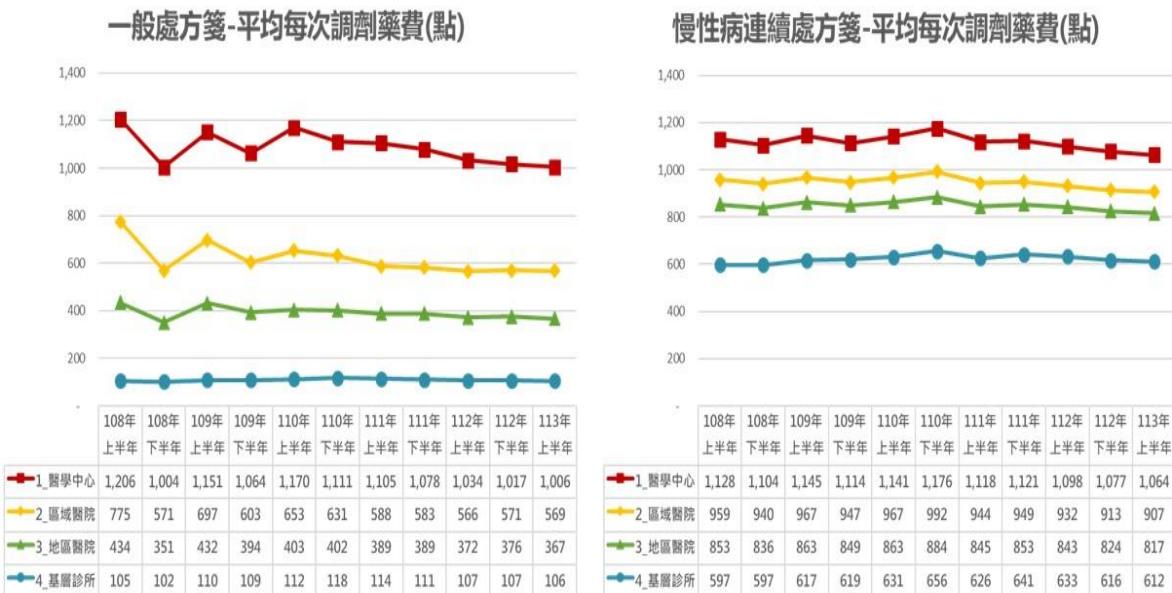


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
- 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

24

2-2 門診每張處方箋平均藥費變化 觀察醫師處方藥品是否改變

- 一般處方箋藥品藥費：醫院和基層藥費自110年上半年起逐年下降。
- 慢性病連續處方箋藥費：醫院和基層藥費自110年下半年起逐年下降。

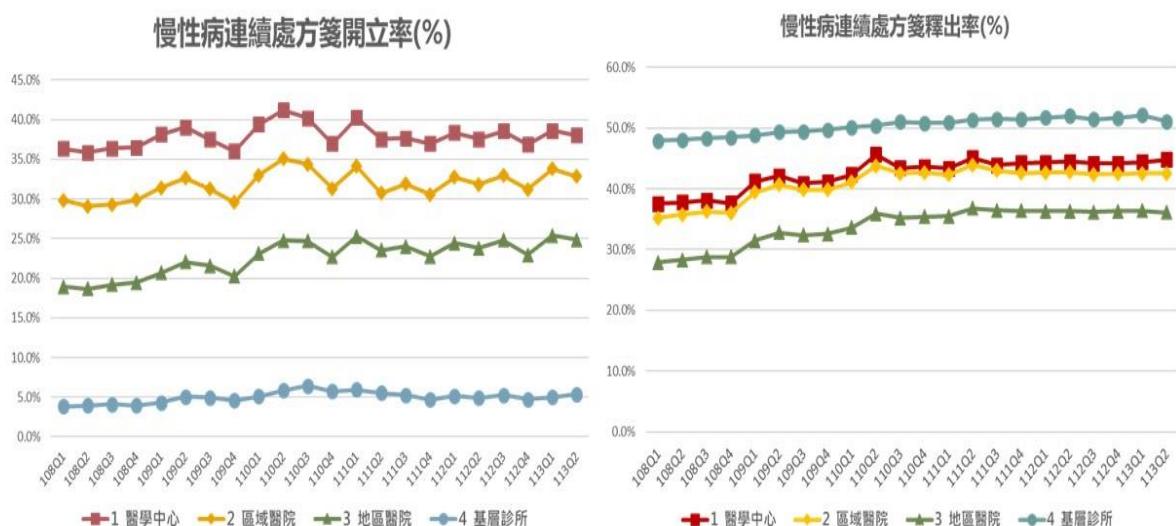


1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料，醫事類別為西醫基層和西醫醫院，且不含急診案件。
2. 排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

25

2-3 門診連續處方箋開立率及釋出率變化 醫改會建議監測

慢性病連續處方箋開立率以醫學中心最高，約在35-40%間，尚無明顯變動趨勢；慢連箋釋出率以基層診所最高，整體有上升之趨勢。

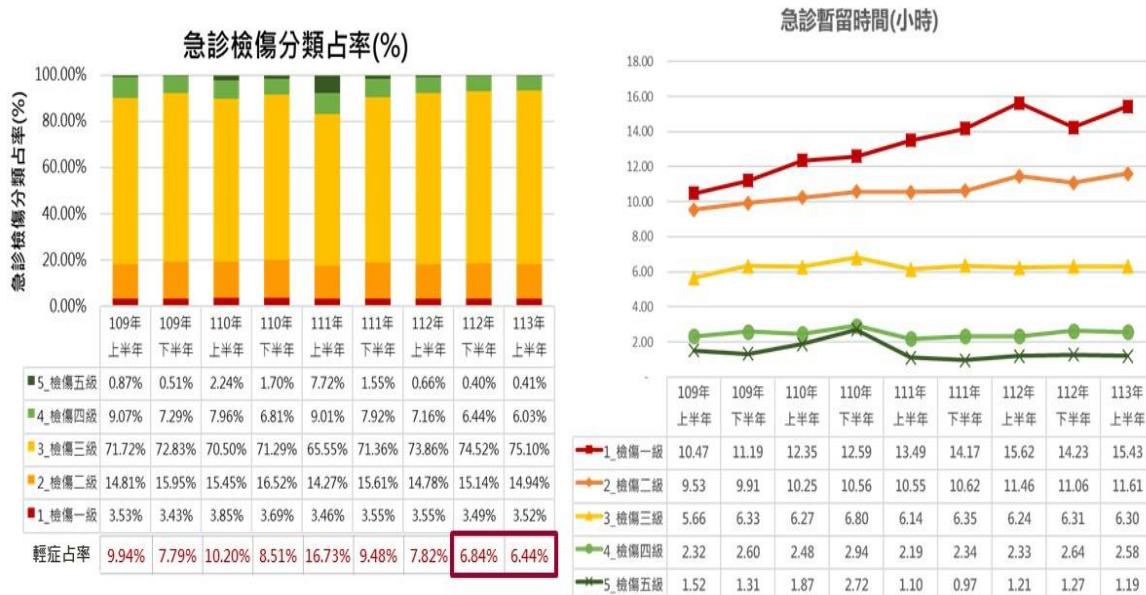


備註：資料來源為健保署醫療服務指標系統(DA)，指標1858(門診開立一般處方箋、慢性病連續處方箋比率)、及指標842.00(慢性病連續處方箋釋出率)。

26

3-2急診檢傷占率與暫留時間(醫學中心)

部分負擔新制實施後，輕症(檢傷分類4-5級)占率持續下降。



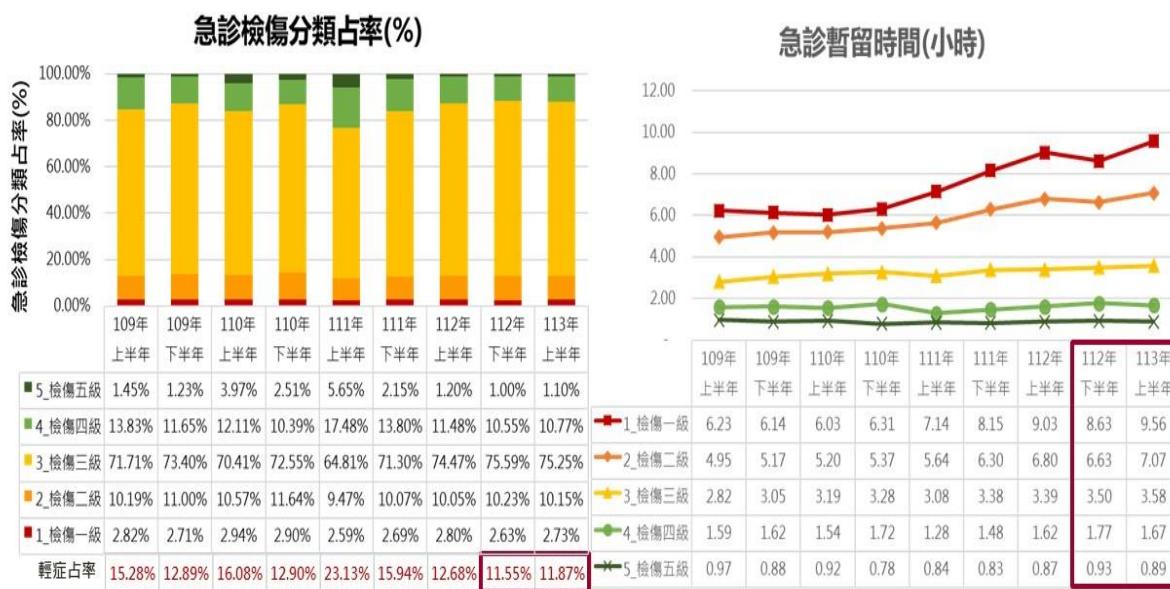
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

27

3-2 急診檢傷分類占率與暫留時間(區域醫院)

部分負擔新制實施後，輕症(檢傷分類4-5級)占率下降；輕症急診暫留時間略下降。



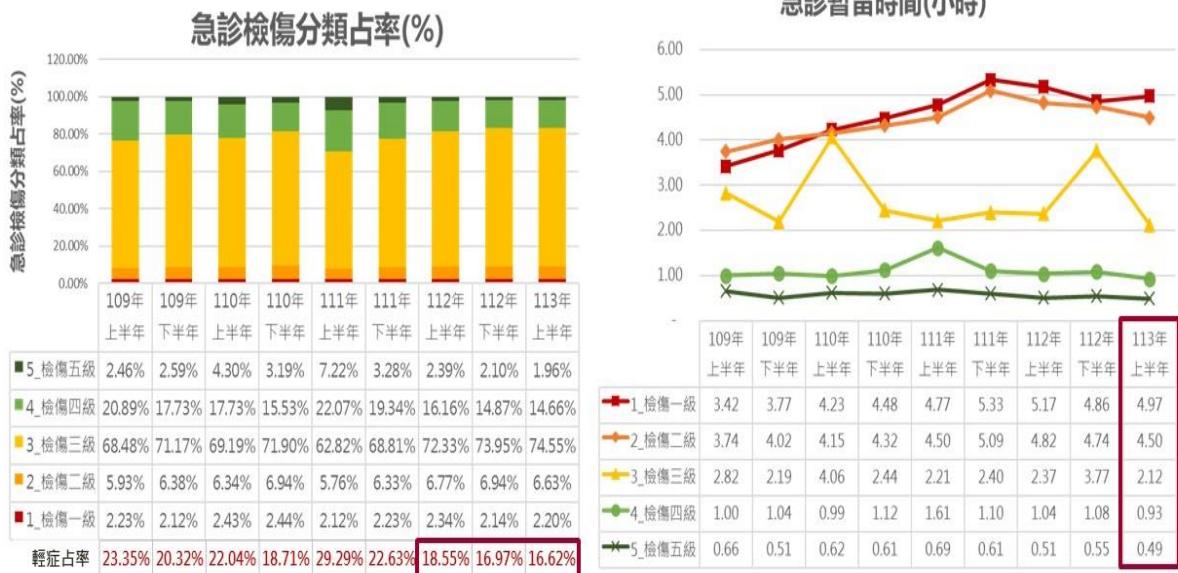
1. 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件

2. 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,BA,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

28

3-2 急診檢傷分類占率與暫留時間(地區醫院)

113年上半年輕症(檢傷4-5級)占率下降；除檢傷分類1級外，急診暫留時間均略有下降。

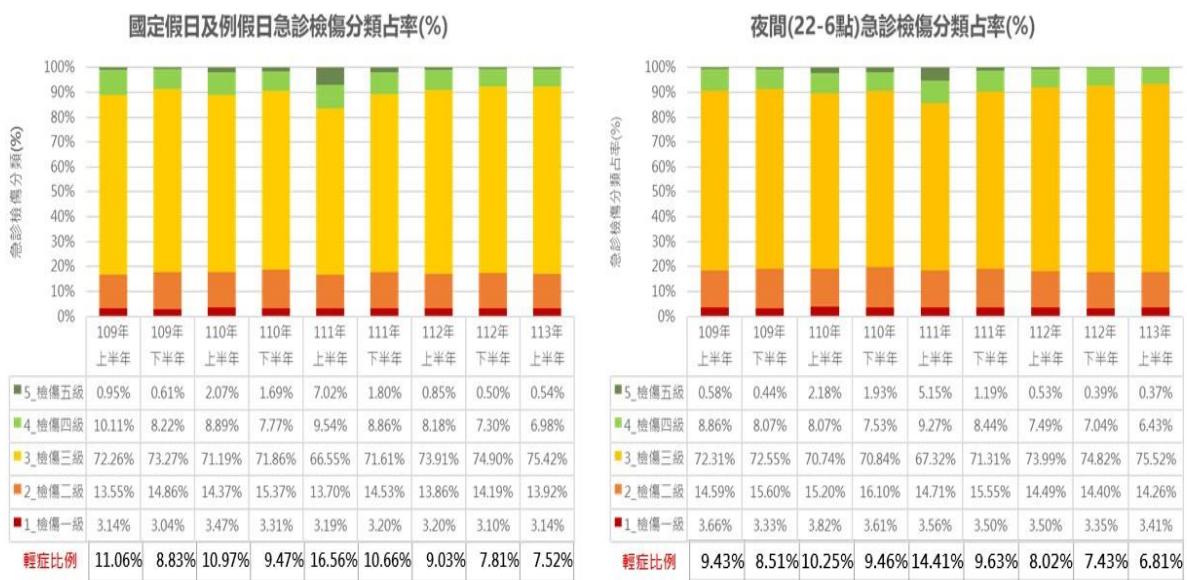


- 資料來源為醫務管理組MASS系統之門診醫療費用申報資料之急診案件
- 排除以下案件：排除代辦案件(案件分類為A3,B1,B6,B7,B8,B9,C4,D1,D2,HN,B4,DF,C5)、及法定免部分負擔案件(含部分負擔類別009)、外單位請款、需自行負擔案件。

29

3-3 夜間及假日急診檢傷分類占率 (醫學中心)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為7.5-7.8%、夜間為6.8-7.4%，皆較部分負擔新制實施前略降。

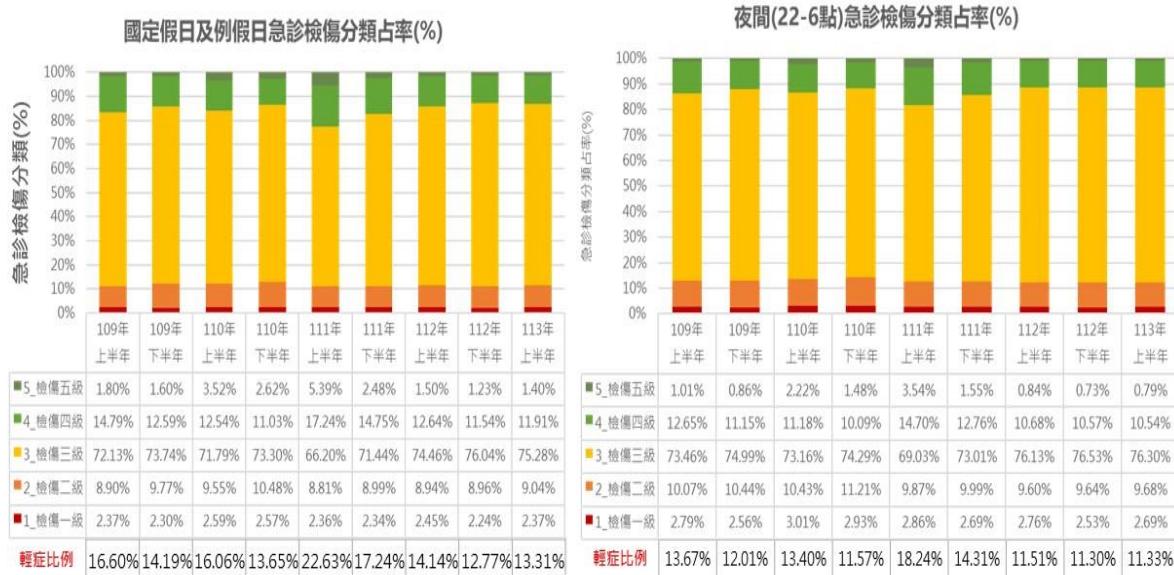


- 備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

30

3-3夜間及假日急診檢傷分類占率 (區域醫院)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為12-13%、夜間為11.30%，皆較部分負擔實施前略降。

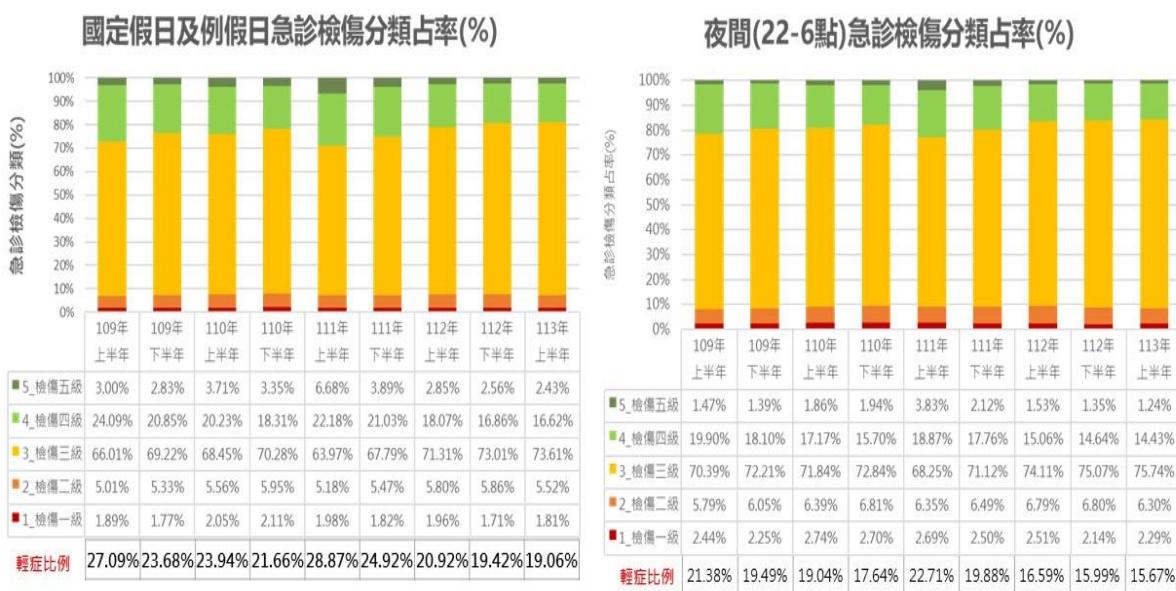


備註：1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

31

3-3夜間及假日急診檢傷分類占率 (地區醫院)

部分負擔新制實施後檢傷分類4-5級假日為19%、夜間為15.99%，皆較部分負擔實施前略降。

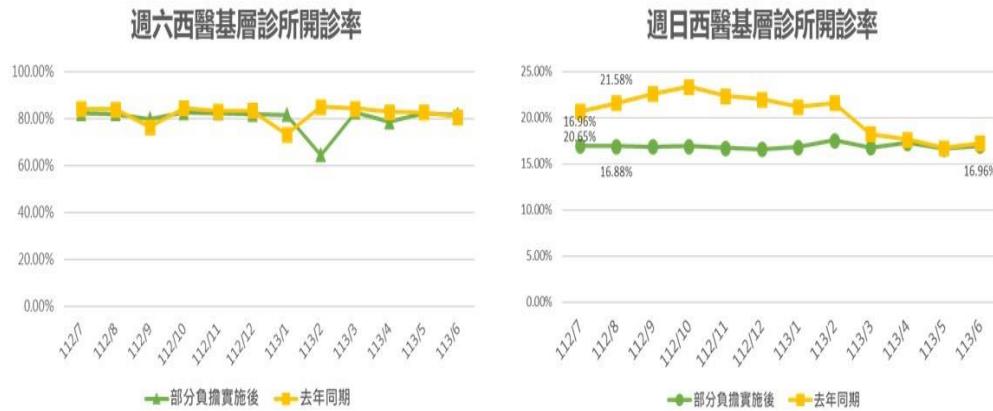


1. 資料來源為四代倉儲多模型平台急診醫療利用明細彙總檢視表
2. 夜間係以進入急診室時間為晚間22-6點、假日含國定假日及例假日。

32

3-5 基層診所假日開診率 監測假日開診率與急診檢傷占率趨勢

112年因疫情趨緩，基層診所開診率略為下降，週六開診率約維持在80%以上、周日開診率則較去年同期略為下降，約為15-20%間。



資料來源：健保署全球資訊網>健保資料站>健保統計專區>醫務管理>西醫、牙醫基層院所及中醫院所假日看診統計資料
(<https://www.nhi.gov.tw/ch/cp-5148-4acf7-3034-1.html>)

附件二

1. 調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次 以後調劑
基層院所/ 中醫	免收 【與原規定同】	比率 20% 上限 200 元 【與原規定同】	免收 【原免收】	免收 【原免收】
地區醫院				
醫學中心 區域醫院	10 元 【原免收】	比率 20% 上限 300 元 【原上限 200 元】	比照一般藥品 【原免收】	

- 註：1. 低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。
 2. 中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

2. 調整急診部分負擔：

特約類別	公告內容		原規定	
	不區分檢傷		檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級
基層診所	150		150	
地區醫院	150		150	
區域醫院	300 ^{註2}	400	300	
醫學中心	550 ^{註2}	750	450	550

- 註：1. 低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。
 2. 中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔 150 元。