

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 113 年第 10 次委員會議資料

本資料未上網公開前
請勿對外提供

中華民國 113 年 11 月 20 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 113 年第 10 次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄 -----	1
四、本會重要業務報告 -----	10
五、優先報告事項	
中央健康保險署「113 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)-----	17
六、討論事項	
(一)114 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配續請討論案 -	21
(二)114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配續請討論案 -	79
(三)114 年度醫院總額一般服務之地區預算分配續請討論案 ---	107
(四)全民健康保險 114 年度保險費率方案(草案)審議案 -----	138
七、報告事項	
112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 -	181
八、臨時動議	

三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(113)年 11 月 1 日衛部健字第 1133360140 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9次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國113年10月23日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

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、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全
國聯合會林副秘書長恆立代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林
委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、張委員清田、陳
委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文(中華民
國全國工業總會何常務理事語代理)、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、
楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、
劉委員守仁(中華民國全國商業總會王處長麗萍代理)、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(全國工人總工會陳幹事怡伊代理)、韓
委員幸紋

請假委員：謝委員佳宜

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、龐副署長一鳴

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9頁)

貳、議程確認：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第9頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第10~20頁)

決定：

- 一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：
擬解除追蹤共2項，項次2同意解除追蹤，項次1改列繼續追蹤，俟衛生福利部(社會保險司)召開總額基期檢討相關諮詢會議後，再解除追蹤。
- 二、肯定中央健康保險署訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於本(113)年底前提出專案報告。
- 三、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」之品質監測指標，依中央健康保險署建議之指標及目標值(如附件一)辦理。
- 四、本會本年第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。
- 五、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第21~43頁)

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。

決定：

一、確認114年度總額協商結果之整體成長率，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				
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.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。
3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以中央健康保險署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入114年度總額協商結果，報請衛生福利部核定。

三、未達共識之醫院及西醫基層總額部門，將兩案併陳報請衛生福利部決定，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」，將請衛生福利部就政策目標要求，逕予核定，必要時得諮詢本會。

陸、討論事項(詳附錄第44~73頁)

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。

決議：本案請醫院總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配住院及門診之R值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)占率均至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

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。

決議：本案請西醫基層總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配R值(各地區保險對象人數校正風險

因子後之數值)占率至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

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。

決議：本案請中醫門診總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配以各分區戶籍人口數占率(參數二)至少前進1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第10次委員會議(113.11.20)續議。

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。

決議：

一、114年度全民健康保險牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(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.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.8億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項特定用途，移撥經費若有剩

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。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險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。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險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。

柒、報告事項(詳附錄第74~83頁)

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署研參，並持續監測執行成效，定期向本會提報。

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。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午1時30分。

113 年度西醫基層總額「提升國人視力照護品質」決定事項之「品質監測指標」

指標 1	<p>久未看診而當日就診即執行白內障手術比例 $\leq 0.5\%$ 。</p> <p>註：1.久未看診：病人手術日回推 180 日內無同院所就醫資料。</p> <p>2.分子：久未看診而當日就診即執行白內障手術之件數。</p> <p>分母：白內障手術件數。</p>
指標 2	術後 90 日內同眼再執行白內障手術之件數比率 $\leq 0.25\%$ 。
指標 3	<p>術後 30 日內併發症(眼內炎)之件數比率 $\leq 0.1315\%$ 。</p> <p>註：1.眼內炎診斷為 H44.0 。</p> <p>2.分子：白內障手術術後 30 日併發眼內炎之件數。</p> <p>分母：白內障手術件數。</p>

附件二

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項 之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	專款項目	<p>高風險疾病口腔照護計畫</p> <p>1.執行目標：</p> <p>(1)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達 150 萬人次。</p> <p>(2)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於 189 萬人次。</p> <p>(3)「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)照護人數不低於 66 萬人。</p> <p>(4)「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)照護人數不低於 100 萬人。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</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 歲以上接受照護病人(註 1)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比較族群(註 2)減少。</p> <p>【註：</p> <p>1.65 歲以上接受照護病人為「連續 3 年每年至少執行 2 次或 2 次以上 91090C+P7302C 之 65 歲以上病人」。</p> <p>2.該年度比較族群為 117 年 68 歲以上至牙科就診之人。】</p>
	非齒源性口腔疼痛處置	<p>1.執行目標：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(註)：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>【註：請健保署及牙全會妥為研議資料取得方式後，提報本會。】</p>
中醫門診總額	一般服務	<p>提升用藥品質</p> <p>1.執行目標(註)：提高慢性病處方箋的使用，符合條件的慢性病患者使用長日數(大於 7 日)處方箋的比率較前 1 年提升 1%。</p> <p>2.預期效益之評估指標(註)：中藥不良反應報告數</p>

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
專款項目		<p>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%)。</p> <p>【註：請健保署及中全會研議指標之操作型定義，後，提報本會。另請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>
	中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.執行目標：服務人數 16,000 人。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)FACT-G 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時增加。</p> <p>(2)CTCAE 收案對象中 50% 的人量表分數，較收案時降低。</p>
其他預算	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	<p>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。</p> <p>2.預期效益之評估指標：收案對象平均 eGFR 分數，較收案時增加。</p>
	山地離島地區醫療給付效益提升計畫	<p>1.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。</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：</p> <p>(1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度達 95%。</p> <p>(2)成人預防保健利用率 $\geq 20\%$。</p> <p>(3)子宮頸抹片利用率 $\geq 8\%$。</p>
	推動促進醫療體系整合計畫	<p>「遠距醫療會診」：</p> <p>1.預期效益之評估指標：</p> <p>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。</p> <p>2.執行目標：</p> <p>服務人次較前一年增加 10%。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第9次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)依優先報告事項及第8次委員會議紀錄確認之決定，將本會完成辦理之「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果」，於本(113)年11月6日以衛部健字第1133360147號書函陳報衛生福利部(下稱衛福部)核(決)定，如附錄一(第185~186頁)。
- (二)依本會重要業務報告之決定，將安排健保署於第11次委員會議(113.12.25)提出「醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)」專案報告。
- (三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，擬建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表(第12~13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二(第187~196頁)。

二、本會業依健保法第24條規定，於本年10月23日召開「全民健康保險114年度保險費率審議前專家諮詢會議」，邀請專家學者就中央健康保險署(下稱健保署)所研擬114年度保險費率方案(草案)提供意見，本會委員計25位列席參加，會議紀錄業於本年11月6日函送委員在案，詳附錄三(第197~222頁)。

三、下次(第11次)委員會議(113.12.25)依委員會議決議及年度工作計畫安排之報告主題為「自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告」、「代謝症候群防治計畫之專案報告(含113年執行情形及成效評估檢討)」及「醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)」，請委員最晚於本年11月25日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

四、本會針對上次(第9次)委員會議對新制部分負擔實施1年之成效作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄四(第223~224頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

五、健保署於本年 10 月至 11 月份公告總額相關計畫並副知本會，如附錄五(第 225~226 頁)，修訂重點如下表：[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 11 月 13 日寄至各委員電子信箱]

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
113.10.24/ 113.10.1	全民健康保險 鼓勵醫事服務 機構即時查詢 病患就醫資訊 方案	本次修正重點如下： 醫療費用申報格式改版獎勵：增訂「2023 年 版 ICD-10-CM/PCS 改版預檢獎勵」，於 113 年 12 月 31 日前修正醫療費用申報格式並 完成預檢作業者，醫院每家獎勵 11,000 點， 診所及其他醫事服務機構每家獎勵 3,000 點。
113.10.29/ 113.1.1	全民健康保險 醫療資源不足 地區之醫療服 務提升計畫	本次修訂重點如下： 1. 醫院名單異動：新增南星醫院、彰化基督 教醫療財團法人雲林基督教醫院 2 家，刪 除衛生福利部草屯療養院 1 家。 2. 符合主管機關公告之當年度「緊急醫療資 源不足地區急救責任醫院」之區域級醫院 其保障額度，修正為「最高以 1,500 萬元 為上限，最低保障 500 萬元」。 3. 偏遠地區燈塔型地區醫院補助措施： (1) 預算(2 億元)如不足支應，得由本計畫 年度未執行預算支應。 (2) 增列成長型醫院補助至本計畫該醫院 適用之保障金額上限。

決定：

附表
上次(第9次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共1項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第2案： 113年9月份全 民健康保險業 務執行報告。	委員所提意見 (含書面意見)， 請中央健康保 險署回復說明。	於113年 11月1日 請辦健保 署。	健保署回復： 遵示辦理，委員所 提意見，說明如附 件(第14~16頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告	肯定中央健康保險署訂定「全民健康保險辦理特殊材料醫療科技評估作業要點」，為利委員瞭解醫療科技評估辦理情形及未來規劃(包含組織架構及分工、對病友權益保障等)，請於 113 年底前提出專案報告。	於 113 年 11 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 配合貴會安排提報。	1.繼續追蹤 2.於健保署提出專案報告後解除追蹤。	113 年 12 月
2	討論事項 第 4 案： 114 年度 牙醫門診 總額一般 服務之地 區預算分 配案。	所涉執行面及計算 (含特定用途移撥款) 等相關細節，授權中 央健康保險署會同 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。	於 113 年 11 月 1 日請辦健保署。	健保署回復： 配合辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會備查後解除追蹤。	114 年 3 月

健保會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議之健保署回復

上次(第 9 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：113 年 9 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>韓委員幸紋(議事錄第 80 頁)</p> <p>另外我要提到第六類被保險人收繳的問題，收繳率一直偏低，健保署有沒有去看欠繳者特性？因為在我的分析資料中，看不到第六類被保險人到底誰欠繳，現行制度中確實存在高度選擇性投保的問題，譬如學生、退休者投保第六類，如果其子女或父母本來就投保在第六類，所以他們投保第六類就很正常，但如果他們子女或父母投保在第一類不是在第六類，我們發現平均投保金額每個月高出 1~2 萬元，所以明顯是選擇性投保，他們不去依附然後跑到第六類，請問健保署這部分有沒有辦法進一步查核？</p>	<p>一、按健保法規定，健保被保險人依職業別區分為 6 類，第一類至第三類被保險人不得為第四類及第六類被保險人；第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉(鎮、市、區)公所為投保單位。</p> <p>二、現行各鄉(鎮、市、區)公所受理申報投保，會按保險對象檢附之相關證明文件及最近加保身分資料進行審核。本署亦透過定期辦理說明會，及發函、電話、電子郵件或相關會議等多元管道加強宣導，輔導投保單位及保險對象正確申報投保身分及投保金額。</p> <p>三、查第六類被保險人欠費者中，18 歲以下未成年人及 65 歲以上長者人數占約 8%、欠費金額占約 6%。另本署自 87 年起即陸續以財稅資料、勞保及勞退等外部資料執行投保身分及投保金額輔導查核作業，使保險對象以正確之身分及金額投保健保。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第 83 頁)</p> <p>在上週 10 月 17、18、19 日連續 3 天看到全民健保的好消息，令人雀躍，值得肯定。17、18 日在自由時報都在頭版，17 日標題「全球首創，胃癌+大腸癌一次篩，擬全國</p>	<p>一、有關「在宅急症照護試辦計畫」說明如下：</p> <p>(一) 截至 113 年 10 月 31 日止，在宅急症照護試辦計畫共收案 722 人次，結案 647 人次；平均照護天數肺炎 6.4 天、</p>

委員意見	健保署說明
<p>實施」，效果：胃癌發生率下降 32%，大腸癌死亡率降 28%，民眾參與率提升了 14%。18 日標題「大腸癌篩檢，發生率可減逾 10%」，篩檢已減少男性發生率 12.4%，女性 11.6%，114 年篩檢年齡將由 50 歲放寬至 45 歲。19 日署長前往宜蘭參加「在宅急症—社區整合照顧的關鍵時刻」居家醫療研討會時指出，試辦至今 96% 的收案對象不需要轉到醫院，降低長者交叉感染風險，也為健保省錢。這三項好消息前面兩項為健康署業務，但最後的結果仍會減少醫療支出，建請健保署於下個月做業務執行季報告時，能撥點篇幅說明一下可能帶來的具體效益。</p> <p>114 年度保險費率試算結果(草案)投影片第 14 張，有關「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數」計算方式的註 1：114 年起依行政院 114 年健保財務協助方案，僅以健保法規範者為限。114 年度差額增加 134 億元，此原則是 114 年以後都如此，還是只有 114 年適用？該數額是以保費收入或公務預算列於其他收入項呈現？另請依所列示之方式詳列 111~114 年計算過程和結果，提供委員們 11 月委員會議審議費率討論時參考。</p>	<p>尿路感染 5.2 天、軟組織感染 5 天，均較住院日數(約 8-14 天)低。</p> <p>(二) 上述結案的個案中，約 90.4% 完成治療結案，9% 轉急診、住院或中斷治療(如病人拒絕訪視或遷居)及 0.6% 死亡。</p> <p>(三) 本案於 7 月開始試辦，上述為試辦 4 個月的初步成果，後續將檢討擴大辦理。</p> <p>二、有關 114 年度保險費率試算結果(草案)中針對政府應負擔保險總經費之計算，113 年含括依健保法施行細則第 45 條規定，納計之政府依其他法律規定及受僱者育嬰留職停薪期間補助之保險費，114 年(含)以後依行政院 114 年健保財務協助方案，僅以健保法規範者為限。前揭調整所增加之差額，係以保險費收入呈現。</p> <p>三、111~114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算說明如附表(第 16 頁)。</p>

附件之附表

111年至114年政府應負擔健保總經費法定下限36%計算說明

單位：億元

計算項目	111年度	112年度	113年度 (P)	114年度 (P)	
				付費者版本	醫界版本
保險給付支出(A)	7,491	7,771	8,003	8,516	8,565
應提列或增列安全準備(B) ²	113	339	276	-128	-178
其他法定收入(C) ³	130	380	339	169	169
政府應負擔健保總經費(D) D=(A+B-C)×36%	2,691	2,783	2,859	2,959	2,959

製表日期：113.11.5

- 說明：1、依健保法第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%；又依健保法第2條規定，保險經費係指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；換言之，政府應負擔保險總經費=[(保險給付支出A+應提列或增列之安全準備B)-法定收入C]×36%。
- 2、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入；實際營運值係指當年度保險收支餘額數。
- 3、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列(減項)、投資淨收益、呆帳收回及雜項收入等。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：113年第3季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、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。
- 二、參照106年10月27日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。
- 三、本次進行口頭報告，並依113年1月24日委員會議決定，併同於3、5、8、11月季報告呈現分級醫療執行情形、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。

決定：

討論事項

第一案

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，續請討論。

說明：

- 一、本案係依上次(113 年第 9 次)委員會議討論事項第三案之決議辦理，內容如下：請中醫門診總額相關團體採行中央健康保險署提出地區預算分配以各分區戶籍人口數占率(參數二)至少前進 1%之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議。
- 二、中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)依上開決議，於 113.10.27 召開「113 年中醫門診總額一般服務之地區預算分配第 2 次會議」討論後，於 113.11.1 來函重新提送地區預算分配之建議方案(詳附件一，第 26~39 頁)，本次方案與上次委員會議所提內容差異，摘要如下：

中全會本次建議方案 (113.11.1 函送)	中全會上次建議方案 (113.10.4 函送)
一、分配方式：	
無修正。	(一)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。
(二)其他五分區預算，依下列參數占率分配： 1.各分區實際收入預算占率(參數一)： <u>65%(調降 1%)</u> 。 2.各分區戶籍人口數占率(參數二)： <u>16%(調升 1%)</u> 。 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%。	(二)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)： <u>66%</u> 。 2.各分區戶籍人口數占率(參數二)： <u>15%</u> 。 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%。

中全會本次建議方案 (113.11.1 函送)	中全會上次建議方案 (113.10.4 函送)
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。	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：	
無修正。	(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： 1.其中 110 百萬元用於點值最低分區，運用方式如下： (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。 2.其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。 <u>註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。</u>	(二)分配方式： <u>用於補助點值，補助方式如下：</u> 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。

三、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.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。
- 2.中全會依上次委員會議決議採行健保署所提「各分區戶籍人口數占率」(參數二)至少前進 1% 之建議，重新提出 114 年度五分區(不含東區)預算分配之「各分區戶籍人口數占率」(參數二)由 15% 調升至 16%(調升 1%)，並相對調降「各分區實際收入預算占率」(參數一)，是否同意，請討論。

(二)風險調整移撥款：中全會亦重新提出建議，自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 150 百萬元，其中 110 百萬元用於點值最低分區，其浮動點值最高補至 0.9 元之差值，另 40 百萬元按季用於就醫率最高之分區，是否同意，請討論。

四、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。

五、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%」(依中全會建議之調整方式，參數二提升 1%，參數一「各分區實際收入預算占率」相對調降 1%)之各分區預算估計值，如附表(第 25 頁)。
- (二)檢附上次委員會議提案及相關參考資料(詳附件二，第 40~77 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 調升參數二占率(相對調降參數一占率)

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% (同113年)			16% (中全會建議方案)		
		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	9,525	5.957%	536
北區	3,898	4,126	5.840%	228	4,141	6.230%	243
中區	7,761	8,214	5.840%	453	8,191	5.547%	430
南區	4,412	4,669	5.840%	258	4,668	5.816%	257
高屏	4,942	5,231	5.840%	289	5,229	5.800%	287
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	9,535	6.075%	546	9,546	6.192%	557
北區	3,898	4,156	6.620%	258	4,171	7.010%	273
中區	7,761	8,168	5.254%	408	8,146	4.961%	385
南區	4,412	4,667	5.791%	255	4,666	5.767%	254
高屏	4,942	5,227	5.761%	285	5,225	5.721%	283
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%，則參數一相對調降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。

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

發文日期：中華民國 113 年 11 月 1 日
發文字號：(113)全聯醫總兆字第 1574 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 27 日召開「113 年中醫門診總額地區預算分配第 2 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：65 %。

(2) 各分區戶籍人口數占率：16 %。

(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：

(1)其中110百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：

A、自114年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。
B、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)。

C、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。

(2)其中40百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

中醫全聯會
校對章(四)

正本：衛生福利部

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：

1、其中 110 百萬元用於點值最低分區，運用方式如下：

(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。

2、其中 40 百萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

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)65%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)16%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(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總(Σ Ai1)

條件說明：

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

指標 2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總(Σ Ai2)

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）
http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346 (首頁 > 人口政策及統計資料 > 人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03 鄉鎮戶數及人口數)
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(Σ Ai3)

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類 B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月 20 日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0 之案件。

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季)(p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

＝每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

＝各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)

(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			病患 a2 就醫於各區就醫次數	病患 a3 就醫次數	於各區就醫次數比	於各區就病	各區每位病患之就醫次數比
	次數	比率(a1%)	次數					
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%
								4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 P	權值各區每位病患之			
		(K1)=T/(全	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	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
 $=$ 各分區各鄉鎮市區中醫師數 \div (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%*(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 = 113 年每月申報醫療費用 / 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 $GA = (T) * 97.78\% * \underline{65\%}$

指標 2 預算 $GB = (T) * 97.78\% * \underline{16\%}$

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 $GA * \text{指標 1 占率 } (Ai1/\Sigma Ai1)$ 。

指標 1 占率 $(Ai1/\Sigma Ai1)$

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 $(Ai1) / \Sigma 95 \text{ 年第 4 季至 } 98 \text{ 年第 3 季之各區各季預算 } (\Sigma Ai1)$ 。

※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 $GB * \text{指標 2 占率 } (Ai2/\Sigma Ai2)$ 。

指標 2 占率 $(Ai2/\Sigma Ai2)$

=去年同期各分區戶籍人口數 $(Ai2) / \Sigma \text{去年同期各分區戶籍人口數 } (\Sigma Ai2)$ 。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(三)各分區各季預算 Gc =各季預算 $GC * \text{指標 3 占率 } (Ai3/\Sigma Ai3)$ 。

指標 3 占率 $(Ai3/\Sigma Ai3)$

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

※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 * 指標 4 加權後之預算占率 (Ai4/ΣAi4)。

※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+指標 4 權值 K2)

※各分區各季經指標 4 加權後之預算占率 (Ai4/ΣAi4)

= 各分區各季經指標 4 加權後之預算 (Ai4) / Σ 各分區各季經指標 4 加權後之預算 (ΣAi4)

※成長率占率：四捨五入至小數點第 6 位

(五)各分區各季預算 Ge

= 預算 GE * 指標 5 加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)。

※各分區指標 5 權值 = 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標 5 加權後之預算 (Ai5)

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

※各分區各季經指標 5 加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)

= 各分區各季經指標 5 加權後之預算 (Ai5) / Σ 各分區各季經指標 5 加權後之預算 (ΣAi5)

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(六)各分區各季預算 Gf

= (預算 GF - Σ 指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算) * 指標 1 占率 (Ai1/ΣAi1)。

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 = Σ 該區各季 Ts + Σ 指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算。

1.成長率 = (114 年該區各季核算 Ty / 113 年該區各季核算 Ty) - 1。

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

(二)撥補程序

1.於 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 全 114 年該區		負成長		撥補		調 整	
年	全年	成長	分區	撥補	撥補後	金 額	成長率
預算	Ty	預算	率	差額	比例	方式	Ty
(百萬元)	(百萬元)						
		V	W	W/V-1	X	Y	X*Y=Z
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2
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]

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]

上次(113年第9次)委員會議提案及相關參考資料

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(詳附件二之一，第 26~39 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(詳附件二之二，第 40~77 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	各參數占率(%)									
		99 ~ 101	102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111 、 112	113
參數一 (反映各分區過去醫療利用狀況)	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	80	78	74	73	72	69	67	67	66	66
參數二 (反映各分區民眾就醫需求)	各分區去年同期戶籍人口數占率	5	6	6	7	8	11	13	13	14	15
參數三 (反映各分區民眾就醫情形)	各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	5	5	9	9	9	9	9	10	10	9
參數四 (反映各分區就醫人數、費用點數成長的合理狀況)	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	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4
參數五 (反映各分區醫師分布狀況)	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	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
參數六 (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)	偏鄉人口預算分配調升機制	-	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，建議方案詳附件二之一，第 57~71 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、經洽請健保署對中全會所提建議方案提出執行面意見，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 季風險調整移撥款之執行情形供參(詳附件二之四，第 77 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 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 46 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 47~56 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，如附件二之三，第 75~76 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：當年前一季「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	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

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
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

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
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。

車醫全聯會
核對章(四)

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/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。

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。

五、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($\Sigma K1$)

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

(三) 計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數 P	權值各區每位病患之就醫次數比率(T) (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	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。
- 六、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。
- 七、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。
- 八、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。
- 九、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：

- 五、「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」。
- 六、「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。
- 七、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 八、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
=各分區各鄉鎮市區中醫師數÷(各分區各鄉鎮市區戶籍人口數÷10,000)
- 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」

三、 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。

四、 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 (Ai1/ \sum Ai1)。

指標 1 占率 (Ai1/ \sum Ai1)

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 (Ai1) / \sum 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 (\sum Ai1)。

※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 (Ai2/ \sum Ai2)。

指標 2 占率 (Ai2/ \sum Ai2)

=去年同期各分區戶籍人口數 (Ai2) / \sum 去年同期各分區戶籍人口數 (\sum Ai2)。

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(三)各分區各季預算 $G_c = \text{各季預算 } G_c * \text{指標 3 占率 } (Ai3 / \sum Ai3)$ 。

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 G_d

=各季預算 $G_d * \text{指標 4 加權後之預算占率 } (Ai4 / \sum Ai4)$ 。

※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 G_e

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

※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 G_f

$= (\text{預算 } GF - \sum \text{指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算}) * \text{指標 1 占率}$
 $(A_{i1} / \sum A_{i1})$ 。

三、各分區各季預算 $T_s = \text{該區當季預算 } G_a + \text{該區當季預算 } G_b + \text{該區當季預算 } G_c + \text{該區當季預算 } G_d + \text{該區當季預算 } G_e + \text{該區當季預算 } G_f + \text{當季撥補之風險調整移撥款 } G_h$ 。

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 $T_y = \sum \text{該區各季 } T_s + \sum \text{指標 6 各區各季補至每點 1 元所需預算}$ 。

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

(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 T_y 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。

預算 (百萬元)	全年 預算 Ty (百萬元)	113 年該區		114 年該區		負成長 率	成長 率	分區 差額	撥補 比例	撥補 方式	調整 金額	撥補後 Ty	撥補後 成長率
		V	W	W/V-1	X							Z	W+Z
台北	5,604.8	5,723.8	2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%				
北區	2,336.2	2,389.2	2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%				
中區	5,188.3	5,174.2	-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%				
南區	2,802.0	2,858.7	2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%				
高屏	3,144.2	3,207.2	2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%				
正成長 分區小 計		14,178.9		100.0%	0								

※各分區點值之核算操作型定義：

三、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。

四、浮動點值

(四) 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。

(五) 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。

(六) 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

(三) 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]

(四) 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]

(五) 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 113 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。

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 季風險調整移撥款之執行情形供參(來函如第 78 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。

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 (A21030001_1130121567_doc1_Attach1.odt、
A21030001_1130121567_doc1_Attach2.odt、
A21030001_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 2024/10/22
文
交 檢 章
11300001

113.10.22



1133340274

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，續請討論。

說明：

- 一、本案係依上次(113 年第 9 次)委員會議討論事項第二案之決議辦理，內容如下：請西醫基層總額相關團體採行中央健康保險署(下稱健保署)提出地區預算分配 R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)占率至少前進 1% 之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議。
- 二、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)依上開決議，於 113.10.30 召開「114 年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配專案小組第 2 次會議」討論後，於 113.11.8 來函重新提送地區預算分配之建議方案(詳附件一，第 82~83 頁)，本次方案與上次委員會議所提內容差異，摘要如下：

醫全會本次建議方案 (113.11.8 函送)	醫全會上次建議方案 (113.10.11 函送)
一、分配方式：	
基於多數分區共識決定原則，該會尊重「西醫基層 R 值占率每 2 年增加 1%」之意見， <u>同意 114 年度西醫基層總額地區預算分配 R 值占率由 69% 增加至 70%</u> 。 註：臺北區建議 R 值占率增加至 100%，將導致相對應之配套措施執行困難，無異等同取消 R 值公式分配，爰尊重每 2 年增加 1% 為原則。	有關 R 值占率是否前進，該會未獲共識。 註：臺北分會建議直接前進至 100%、北區分會建議至少前進 1%(70%)、東區分會無意見、其餘 3 分會建議維持 69%。
二、風險調整移撥款：	
待 R 值占率確定，再討論風險調整移撥款及分配方式執行細節。	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。

三、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)分配方式：

- 1.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。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%)。
- 2.醫全會依前開衛福部公告、上次委員會議決議採行健保署提出 R 值占率至少前進 1% 之建議，重新提出 114 年度 R 值占率由 69% 調升至 70%(調升 1%)，是否同意，請討論。

(二)風險調整移撥款：

- 1.醫全會建議待 R 值占率確定，再討論風險調整移撥款及分配方式執行細節。考量年度總額及地區預算分配方式，依法應於年度總額實施前完成擬訂並公告，為預留陳報衛福部核定時間，爰 114 年度總額協商程序規定略以「倘部門未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，並完成協定」，故需於本次會議併同議定風險調整移撥款額度及用途。
- 2.摘要歷年移撥款額度、用途(詳附件二之二，第 98~101 頁)，及提供 113 年評核委員建議供參：

(1)歷年移撥款額度及用途：

年 項目	107	108	109~113
額度	4.48 億元	5 億元	6 億元
用途	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(詳附件二之二)。 (112 年及 113 年第 1 季執行情形詳附件二之四)		

(2)113 年評核委員建議：風險調整移撥款之分配方式，期待效仿醫院總額，用於因應各區民眾不同需求，若用於撥補點值，則建議撥補艱困科別或品質獎勵等。

3.西醫基層總額「風險調整移撥款」之額度、用途，請討論。

四、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。

五、檢附上次委員會議提案及相關參考資料供參(詳附件二，第 84~106 頁)。

擬辦：

- 一、確認 114 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

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11月8日

發文字號：全醫聯字第1130001397號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關再議114年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，如說明段，請查照。

說明：

- 一、依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次委員會決議暨本會113年10月30日「114年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配」專案小組第二次會議會議結論辦理。
- 二、基於多數分區共識決定原則，本會尊重貴會「西醫基層R值占率每2年增加1%」意見，同意114年西醫基層總額地區預算分配R值占率，由69%增加至70%。（備註：台北區建議R值占率增加至100%，將導致相對應之配套措施執行困難，無異等同取消R值公式分配，爰尊重每2年增加1%為原則。）
- 三、待R值占率確定，再討論風險調整移撥款及分配方式執行細節。

正本：衛生福利部全民健康保險會

113.11.08



1133340289

副本：電 2024/11/08 文
交 15:02:06 章

理事長 周 慶 明

裝



訂

線



第 2 頁，共 2 頁

上次(113年第9次)委員會議提案及相關參考資料

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(詳附件二之一，第 97 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：

項目\年	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之二，第 98~101 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、經洽請健保署對醫全會來函內容提出執行面意見，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 季風險調整移撥款之執行情形供參(詳附件二之四，第 105~106 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 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 88 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 89~96 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，如附件二之三，第 102~104 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 \times 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占率)+(A*C*C占率))*D			
	R值	S值	保險對象 人數占率(A)	人口風險因素		轉診型態 (Trans)(D)
				年齡性別 指數(B)	標準化死亡 比(SMR)(C)	
參數占率	68%	32%		90%	10%	100%
台北	0.33592	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
北區	1,252	2,196	2,254	2,296	2,364	2,468	1,216
中區	2,037	3,269	3,327	3,363	3,417	3,481	1,444
南區	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
東區	266	325	324	328	324	320	54
全區	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
北區	4.04	5.77	5.88	5.98	6.14	6.33	2.29
中區	4.72	7.13	7.27	7.39	7.53	7.63	2.91
南區	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
東區	4.44	5.98	6.00	6.13	6.10	6.05	1.61
全區	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%
北區	3,127	3,689	3,501	3,351	3,502	3,853	725	23.2%
中區	4,007	4,370	4,147	3,967	4,093	4,381	374	9.3%
南區	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%
東區	483	488	468	430	443	482	-1	-0.2%
全區	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%
北區	95.0%	97.0%	91.2%	86.6%	90.0%	98.1%	3.1%
中區	97.7%	101.7%	96.5%	92.5%	96.1%	102.7%	5.0%
南區	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%
東區	92.8%	102.9%	99.2%	91.8%	96.0%	105.5%	12.8%
全區	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%
北區	23,367	28,196	24,751	22,021	24,161	30,079	6,712	28.7%
中區	35,787	38,156	33,512	30,046	32,551	38,512	2,725	7.6%
南區	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%
東區	4,066	3,709	3,350	2,953	3,046	3,504	-561	-13.8%
全區	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%
北區	7.10	7.41	6.45	5.69	6.21	7.66	0.56	7.9%
中區	8.73	8.88	7.79	7.00	7.64	9.03	0.30	3.4%
南區	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%
東區	7.81	7.82	7.10	6.31	6.61	7.67	-0.14	-1.8%
全區	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%
北區	11,920	18,613	18,037	17,878	19,309	22,406	10,486	88.0%
中區	18,035	24,969	24,106	23,938	25,734	28,694	10,659	59.1%
南區	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%
東區	2,100	2,612	2,562	2,509	2,602	2,820	719	34.2%
全區	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%
北區	3,621	4,894	4,700	4,620	4,964	5,705	2,085	57.6%
中區	4,399	5,810	5,607	5,579	6,042	6,727	2,328	52.9%
南區	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%
東區	4,033	5,511	5,429	5,361	5,645	6,170	2,137	53.0%
全區	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。

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

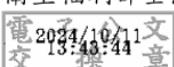
發文日期：中華民國113年10月11日
發文字號：全醫聯字第1130001284號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

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



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、98~113 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 68/32，112~113 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%。

3.100~113 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。

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 季風險調整移撥款之執行情形供參(來函如第 78 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>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</p>	<p>112 年各季結算結果：</p> <p>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>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	<p>自一般服務移撥 6 億元，執行方式同 112 年。</p>	<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															

第三案

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，續請討論。

說明：

- 一、本案係依上次(113 年第 9 次)委員會議討論事項第一案之決議辦理，內容如下：請醫院總額相關團體採行中央健康保險署(下稱健保署)提出地區預算分配住院及門診之 R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值)占率均至少前進 1% 之建議及參考付費者委員意見，重新提出分配建議方案及其風險調整移撥款額度與用途等相關配套措施，於第 10 次委員會議(113.11.20)續議。
- 二、台灣醫院協會(下稱醫院協會)依上開決議，於 113.11.7 邀集三層級醫院協會暨六分區分會召開會議研商，並於 113.11.8 來函說明會議決議(略以)：鑑於現行地區預算公式無法真實反映各區醫療需求及人口老化程度，長此以往各分區間爭議擴大，醫院部門地區預算難以往前推進，且該會曾於 111 年接受健保署委辦計畫，彙整各區意見提出新地區預算分配計算公式，惟尚未能推動，經討論多時仍無法取得一致性意見，爰建議續維持 113 年分配方式(詳附件一，第 109~110 頁)。摘要如下(同上次委員會議所提內容)：
 - (一)門、住診費用比率維持 45：55。
 - (二)門診 R 值占率 52%、住院 R 值占率 45%。
 - (三)風險調整移撥款續以 6 億元為原則。
- 三、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. 有關上次委員會議決議採行健保署提出之門、住診 R 值占率至少前進 1% 之建議，醫院協會經討論多時仍無法取得一致性意見，爰重新提出之建議方案仍續維持 113 年分配方式。
2. 惟依衛生署(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，是否依上次(113 年第 9 次)委員會議決議，門、住診 R 值占率至少前進 1%，或同意醫院協會提出維持 113 年分配方式，請討論。

(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，或參考上次委員會議發言實錄中健保署及付費者委員提及，因 R 值提升對東區預算造成影響，宜增加提撥金額(付費者建議再增加 1 億元)，以因應東區因 R 值前進而受到的財務衝擊，及持續推動各分區資源平衡發展，請討論。

四、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。

五、檢附上次委員會議提案及相關參考資料供參(詳附件二，第 111~137 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：

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：林佩萩
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

發文日期：中華民國113年11月8日
發文字號：院協健字第1130200629號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：復醫院部門114年一般服務地區預算分配建議案，請查照。

說明：

- 一、依據大部全民健康保險會113年10月23日113年第9次委員會議決議辦理。
- 二、旨揭議案經本會113年11月7日邀請三層級醫院協會暨六分區分會召開專門會議研商，鑑於現行地區預算公式無法真實反應各區醫療需求、人口老化程度而計算出合於各區合理的預算，長此以往各分區間爭議年益擴大。爰，醫院部門地區預算難以往前推前且本會曾於111年承健保署委辦計畫，彙整各區意見而提出新地區預算分配計算公式（即以健保歷年實際數據資料為基礎，各分區排除特定族群之保險對象人數，

分別依性別、年齡別以一定歲數為組距進行統計，以全國平均醫療費用推算各分區之地區預算的基本數；另就特定族群之保險對象或無法以平均醫療費用表現之項目，採外加費用，併入地區預算基本數為各分區實際可茲使用之地區預算），遺憾尚未能推動。

三、綜上，經討論多時仍無法取得一致性意見。爰，建議續維持113年一般服務地區預算分配，請鑑查。

- (一) 門診：住診費用比率維持45%：55%。
- (二) 門診R值占率52%；住診R值占率45%。
- (三) 風險調整移撥款續以6億元為原則。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：

上次(113年第9次)委員會議提案及相關參考資料

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(詳附件二之一，第 130~131 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%		55%
	S	90%	62%	60%		59%			

(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，該建議案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、經洽請健保署對醫院協會所提建議方案提出執行面意見，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 季風險調整移撥款之執行情形供參(詳附件二之三，第 136~137 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 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 116~118 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 119~129 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，如附件二之二，第 132~135 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占率)+(A*C*C占率))*D				
	R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素 年齡性別 指數(B)	標準化死 亡比 (SMR)(C)	轉診型態 校正比例 (Trans)(D)	
門 診	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	平均每入門診費用點數						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

年季 分區	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。

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

線

- 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。



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，建立合理的運動機制。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。

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 季風險調整移撥款之執行情形供參(來函如第 78 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 style="text-align: right;">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>160,118,090</td> <td>27%</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>69,040,197</td> <td>12%</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>89,086,350</td> <td>15%</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>75,085,107</td> <td>13%</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>102,999,583</td> <td>17%</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>103,670,673</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	160,118,090	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%	<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> <p style="text-align: right;">單位：元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>分區</th> <th>第1季</th> <th>第2季</th> <th>第3季</th> <th>第4季</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>臺北</td> <td>900,000</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>159,218,090</td> </tr> <tr> <td>北區</td> <td>17,260,049</td> <td>17,260,049</td> <td>17,260,049</td> <td>17,260,050</td> </tr> <tr> <td>中區</td> <td>15,995,396</td> <td>28,897,090</td> <td>9,790,885</td> <td>34,402,979</td> </tr> <tr> <td>南區</td> <td>-</td> <td>30,361,293</td> <td>-</td> <td>44,723,814</td> </tr> <tr> <td>高屏</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>102,999,583</td> </tr> <tr> <td>東區</td> <td>23,371,473</td> <td>19,330,100</td> <td>19,115,977</td> <td>41,853,123</td> </tr> <tr> <td>合計</td> <td>57,526,918</td> <td>95,848,532</td> <td>46,166,911</td> <td>400,457,639</td> </tr> </tbody> </table>	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%																																																																			
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																																																																	

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 114 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

說明：

- 一、本案經貴會於本(113)年 10 月 23 日「全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議」結論，請本署參酌會中所提意見，修正全民健康保險 114 年度保險費率試算結果(草案)，於本年 11 月 5 日前提案至貴會，俾於本年第 10 次委員會議(113.11.20)審議。
- 二、本署爰依前揭決議事項，研提「全民健康保險 114 年度保險費率試算結果(草案)」(附件一，第 142~176 頁)，提請審議。
- 三、前揭本署研提之費率試算結果(草案)，已參酌委員意見，修正處理情形詳附件一簡報第 3~6 張投影片(第 143~145 頁)。

擬辦：依全民健康保險法(下稱健保法)第 24 條規定辦理，完成審議後由貴會報衛生福利部(下稱衛福部)轉報行政院核定後由衛福部公告之。

健保署業務窗口：溫怡珺科長，聯絡電話：02-27065866 分機 1507

.....

本會補充說明：

- 一、本會進行保險費率審議及其決議方式之相關法規依據如下：

(一)健保法第 5 條第 1 項

本保險下列事項由全民健康保險會(以下稱健保會)辦理：

- 一、保險費率之審議。
- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

(二)健保法第 24 條

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健

保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

(三)健保法第 78 條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

(四)決議方式：依全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條第 3 項第 2 款規定，略以：本法第 5 條第 1 項第 1 款(保險費率之審議)之決議方式，應經委員會議出席委員超過二分之一同意行之。

二、本會業依健保法第 24 條規定，於本年 10 月 23 日召開「全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，會議重點意見摘要如下(會議紀錄業於 113 年 11 月 6 日函送委員在案，詳附錄三，第 197~222 頁)：

(一)就「全民健康保險 114 年度保險費率方案(草案)」之意見：

1. 114 年度保險費率維持現行 5.17% 不調整：依據 114 年度總額協商結果及健保署財務推估，在維持現行費率 5.17% 下，114 年底安全準備累計餘額為 2.14(付費者方案)或 2.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條所定 1~3 個月原則，114 年度可維持現行費率不調整。

2. 檢視財務推估準確度：健保署 110~113 年之財務預估值與實際值均有百億元以上的差距，且有增加之趨勢，有關政府每年是否補助健保及補助額度雖難以預測，仍宜分析產生差異之因素

及探究是否具常態性，以減少推估之差距，提高財務推估準確度。

3.請健保署補充、說明下列資料，以利本會審議 114 年度保險費率：

- (1)驗算總額公式調整前後計算結果之一致性。
- (2)110~113 年健保財務餘绌差異影響因素分析。
- (3)保障點值 0.95 元的對應管理措施。
- (4)提供規劃調整補充保險費費率之資料。
- (5)未來年度總額成長率納入敏感性分析。
- (6)投影片第 16 張其他保險收入推估方法。

(二)對短期開源節流措施之看法及建議：

1.整體盤點各項收入面措施，確立改革方向：近來健保收入面的相關討論，集中在補充保險費收取制度，惟其僅占整體保險收入10%以下，主要問題仍在一般保險費收取方式，爰宜整體盤點目前所蒐集之各項可行做法，提出明確改革方向，必要時與財政部共同研議，謀求未來稽徵實務之可行方案。

2.政府應負擔健保總經費法定下限36%議題之討論：行政院政務委員於104、106年協商政府應負擔健保總經費法定下限36%相關計算公式時，當時政府財政較為困難，惟健保安全準備累積金額較高，現在情形已經反轉，爰建議就36%相關議題重啟討論，包括：健保法施行細則第45條恢復二代健保原先立法內容，36%計算公式中應提列安全準備之定義等。

3.活化運用現有資金：114年預估投資收益率為1.52%，如能活化運用現有資金，將投資報酬率提高至5%，推估1年可增加52億元收入，幾乎等同112年7月調整民眾部分負擔費用所產生的財務效果。

(三)對中長期開源節流措施之看法與建議：

1.參採行政院對114年健保總額範圍核定函之重點提示：參採行

政院對114年總額範圍核定函之重點提示，正視健保財務收支失衡問題，及早規劃並提出相關改善措施，包括：檢討總額公式、研議節流效益如何回饋至總額預算等。

- 2.財務改革須收支並行考量：健保制度面改革須一併考量收入面(收費制度)及支出面(總額成長)的各項因素，制度才能更為完善。
- 3.預為考量人口結構改變之影響：現行一般保險費以薪資所得論口計費，對年輕人、多眷口家庭、以薪資為主之被保險人較為不利，致使工作年齡世代成為保費的主要負擔者，造成世代分配不公問題，未來調整收入面相關作為時，宜一併考量人口結構改變的影響。
- 4.其他補充財源：完善所得資料，以掌握民眾經濟能力，研議將詐騙集團不法所得及地下經濟所得納入費基，亦可爭取房地合一稅作為健保之補充財源。

(四)前揭專家諮詢會議結論所提意見及需補充資料，健保署業已說明於附件一簡報之第3~6張(第143~145頁)。

三、114年度健保財務推估重要數據彙整如下表：

114年度兩案併陳 之總額成長率	維持現行費率5.17%下， 114年底之安全準備月數
4.605% (付費者)	2.17
5.171% (醫界)	2.08

四、檢附107~112年委員會議費率審議相關決議供參，如附件二(第177~178頁)。

決議：



全民健康保險114年度 保險費率試算結果(草案)

衛生福利部中央健康保險署
113年11月20日



大綱

- 法令依據
- 諮詢會議意見處理情形及說明
- 近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估
- 前一年推估結果準確度評估
- 推估方法重要差異
- 平衡費率計算公式
- 推估方法
- 平衡費率試算假設、方式及結果
- 敏感度分析及試算
- 結論
- 附錄



法令依據

■ 全民健康保險法第24條(由保險人提請費率審議)

- 第18條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。
- 前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。
- 第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

2



諮詢會議意見處理情形及說明_{1/4}

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、檢視財務推估準確度：110~113年之財務預估值與實際值均有百億元以上的差距，且有增加趨勢，有關政府每年是否補助健保及補助額度雖難以預測，仍宜分析產生差異之因素及探究是否具常態性，以減少推估之差距，提高財務推估準確度。	近年保險收入實際數較前一年預估數差異較大，主要均係補充保險費收繳金額較原預估增加，連帶使政府應負擔健保總經費增加所致，爰於敏感度分析中納入補充保險費金額增減5%影響；另本署將於114年委託專家學者辦理健保補充保險費收入與各項經濟指標之關聯性分析，探究可作為補充保險費收入推估基礎之指標，期提高推估準確度。
二、驗算總額公式調整前後計算結果之一致性：衛福部於114年度調整總額基期計算公式，請以實際數值代入總額公式，以利了解調整前、後之計算結果是否一致。	有關總額公式之調整，非本署權管，本試算結果(草案)之推估，業依衛福部陳報114年度總額範圍(草案)之計算公式進行計算。
三、110~113年健保財務餘绌差異影響因素分析：110~113年健保財務在費率5.17%下，分別短绌155億元、結餘113億元、339億元、276億元，請分析造成前述結餘或短绌差異之原因，惟須扣除外來因素影響金額(如：政府挹注健保安全準備及補貼點值金額)。	111年至113年於排除112年及113年政府以預算挹注各240億元、200億元後，該3年收支仍有結餘，主要係受惠於補充保險費較110年以前大幅增加，連帶使政府應負擔健保總經費增加所致。

3



諮詢會議意見處理情形及說明2/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
四、保障點值0.95元的對應管理措施：立法院通過主決議要求於114年6月30日前達到平均點值1點0.95元，估計健保署尚需籌措300億元以上的財源，請問健保署在實務上採取哪些對應的管理措施，以利委員瞭解目前規劃辦理情形。	相關管理措施整理於附錄(會議資料第175-176頁)。
五、提供規劃調整補充保險費費率之資料：近日媒體提及目前有調整補充保險費費率之相關規劃，其涉及健保財務收入，亦將影響一般保險費費率之調整時機，爰請於費率審議時一併提供相關資料。另投影片第13張補充保險費推估方法，114年各項補充保險費持續緩降，尤其在高額獎金與股利所得都大幅下降，請說明推估補充保險費持續緩降的具體依據。	(一)有關補充保險費政策規劃，衛福部業成立修法小組研議，惟因涉及層面較廣，未來尚需要時間取得社會共識，讓制度更公平，財務更穩健。 (二)111年高額獎金與股利補充保險費收入高，主要受惠於110年經濟景氣榮景，112年、113年則呈現減少趨勢，基於財務穩健立場，爰114年維持112年至113年之減少趨勢推估。

4



諮詢會議意見處理情形及說明3/4

諮詢會議意見	處理情形及說明																																																						
六、未來年度總額成長率納入敏感性分析：健保收入或支出的低估對財務的影響不同，支出低估的影響比較大，在第22~25張投影片中，115、116年的總額成長率均以4%左右推估，若實際成長率超過5%，調漲費率的時間點可能會提前，建議健保署將未來年度的總額成長率納入敏感性分析。	111年至113年醫療給付費用總額平均年成長率為4.24%，依歷史趨勢推估115年至117年總額成長率介於4.05%-4.3%。若114年起均採114年上限5.5%，財務狀況如下表： <table border="1"> <thead> <tr> <th>年別</th><th>當年 平衡費率</th><th>保險 費率</th><th>保險收入 (億元)</th><th>保險成本 (億元)</th><th>總額 成長率</th><th>保險收支 餘額 (億元)</th><th>保險收支 累計餘額 (億元)</th><th>約當保險 給付支出 月數(月)</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>113年(P)</td><td>-</td><td>5.17%</td><td>8,280</td><td>8,003</td><td>4.700%</td><td>276</td><td>1,664</td><td>2.50</td></tr> <tr> <td>114年(P)</td><td>5.31%</td><td>5.17%</td><td>8,387</td><td>8,593</td><td>5.500%</td><td>-206</td><td>1,458</td><td>2.04</td></tr> <tr> <td>115年(P)</td><td>5.62%</td><td>5.17%</td><td>8,430</td><td>9,140</td><td>5.500%</td><td>-710</td><td>748</td><td>0.98</td></tr> <tr> <td>116年(P)</td><td>5.86%</td><td>5.17%</td><td>8,496</td><td>9,616</td><td>5.500%</td><td>-1,120</td><td>-373</td><td>-0.47</td></tr> <tr> <td>117年(P)</td><td>6.08%</td><td>5.17%</td><td>8,579</td><td>10,108</td><td>5.500%</td><td>-1,529</td><td>-1,902</td><td>-2.26</td></tr> </tbody> </table>	年別	當年 平衡費率	保險 費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘額 (億元)	保險收支 累計餘額 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)	113年(P)	-	5.17%	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50	114年(P)	5.31%	5.17%	8,387	8,593	5.500%	-206	1,458	2.04	115年(P)	5.62%	5.17%	8,430	9,140	5.500%	-710	748	0.98	116年(P)	5.86%	5.17%	8,496	9,616	5.500%	-1,120	-373	-0.47	117年(P)	6.08%	5.17%	8,579	10,108	5.500%	-1,529	-1,902	-2.26
年別	當年 平衡費率	保險 費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘額 (億元)	保險收支 累計餘額 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)																																															
113年(P)	-	5.17%	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50																																															
114年(P)	5.31%	5.17%	8,387	8,593	5.500%	-206	1,458	2.04																																															
115年(P)	5.62%	5.17%	8,430	9,140	5.500%	-710	748	0.98																																															
116年(P)	5.86%	5.17%	8,496	9,616	5.500%	-1,120	-373	-0.47																																															
117年(P)	6.08%	5.17%	8,579	10,108	5.500%	-1,529	-1,902	-2.26																																															
七、菸捐分配健保安全準備比率從90%下降到70%，再由70%下降到50%，去年又修法與醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費共用這50%，請問114年有多少比率分配給安全準備？	有關114年菸捐分配健保安全準備比率，業經簽奉部長核定為47.7%。																																																						

5



諮詢會議意見處理情形及說明4/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
八、有關其他保險收入推估方法，說明4提及，其他收入114年含括行政院健保財務協助方案中，以公務預算挹注健保基金之生理食鹽水供應鏈穩定專案11億元及罕病藥費20億元，另114年以公務預算支應暫時性支付癌症藥品50億元，請說明其在健保基金之列帳方式。	(一)有關公務預算挹注健保基金之生理食鹽水供應鏈穩定專案11億元及罕病藥費20億元，因前開經費如有賸餘將留供安全準備之用，爰以收支併列方式，同時列入其他收入及保險成本。 (二)至以公務預算支應暫時性支付癌症藥品50億元，因非屬總額範圍且為專款專用性質，若有賸餘，將留供未來使用，不影響安全準備，爰未於收支呈現。

6



近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估

實施日	措施	實際或預估增減數/年
112年1月	平均眷口數由0.58人調整為0.57人	-21億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由25,250元調整為26,400元	53億元
	行政院撥補全民健康保險基金240億元	240億元
	補貼COVID-19對點值之影響註	-80億元
112年7月	修正保險對象門診藥品及急診應自行負擔費用	53億元
113年1月	平均眷口數由0.57人調整為0.56人	-21億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由26,400元調整為27,470元	52億元
	軍公教人員待遇調升4%	12億元
	「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元	200億元
114年1月	政府應負擔健保費的計算範圍，以健保法規範者為限	134億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由27,470元調整為28,590元	53億元
	軍公教人員待遇調升3% 註：點值補貼全年88億元，其中8億元動支該年健保總額預算之其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，爰財務影響為-80億元。	9億元

7



前一年推估結果準確度評估

年別	項目	實際數 /最新預估數 (億元)(A)	前一年 預估數 (億元)(B)	差異數	
				金額(億元) (A-B)	差異率 (A-B)/B
112年	保險收入	8,110	8,009	101	1.26%
	保險成本	7,771	7,782	-11	-0.14%
113年	保險收入	8,280	8,087	193	2.39%
	保險成本	8,003	8,104	-101	-1.25%

註：1、113年度保險費率試算結果(草案)資料依同年度核定之醫療給付費用總額成長率調整。

2、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

■ 差異原因說明

- ◎112年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加101億元，主要係補充保險費下半年收繳金額較原預估增加，連帶使政府應負擔健保總經費增加。
- ◎113年保險收入「最新預估數」較「前一年預估數」增加193億元，主要因當年投保金額及補充保險費原以疫情前之成長趨勢推估，致一般保險費及補充保險費均低估，連帶使政府應負擔健保總經費低估。
- ◎113年保險成本「最新預估數」較「前一年預估數」減少101億元，主要因當年保險對象應自行負擔費用及專款未執行數調整所致。

8



推估方法重要差異

配合衛福部陳報114年度總額範圍(草案)之計算公式進行修正

項目	113年度(old)	114年度(new)
總額公式 = 基期 \times (1 + 醫療給付費用總額成長率)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 基期^{old}=前一年公告預算+回補違規扣款金額-未執行或未導入預算金額 ➤ 非協商調整因素^{old}$=[(1 + A + B) \times (1 + C) - 1] \times$一般服務費用占率^{old} + <u>投保人口成長率差值</u> ➤ 一般服務費用占率^{old}$=$前一年一般服務預算/基期^{old} 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 基期^{new}=前一年公告預算+回補違規扣款金額-未執行或未導入預算金額+<u>人口費用差值金額</u> ➤ 非協商調整因素^{new}$=[(1 + A + B) \times (1 + C) - 1] \times$一般服務費用占率^{new} ➤ 一般服務費用占率^{new}$=$(前一年一般服務預算+回補違規扣款金額-未執行或未導入預算金額+人口費用差值金額)/基期^{new}
= 基期 \times (1 + 非協商調整因素 + 協商調整因素)		

各項歷史數依114年度總額範圍(草案)之調整後計算公式重新計算數值，再進行未來推估

調整前後之總額成長率換算關係如下：

- ✓ 醫療給付費用總額成長率^{new} $=$ 醫療給付費用總額成長率^{old} \times 基期^{old} / 基期^{new}
- ✓ 協商調整因素^{new} $=$ 協商調整因素^{old} \times 基期^{old} / 基期^{new}
- ✓ 非協商調整因素^{new} $=$ 醫療給付費用總額成長率^{new} - 協商調整因素^{new}

說明：A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率；B：醫療服務成本指數改變率；C：投保人口預估成長率；
new：114年度總額範圍(草案)之計算公式；old：113年度總額範圍之計算公式

9



平衡費率計算公式

$$P_t(r) = B_t + \Delta S_t$$

$$S_t = \Delta S_t + S_{t-1}$$

$P_t(r)$: t年之保險收入註，為當年一般保險費平衡費率r之函數
(補充保險費費率依一般保險費費率之成長率調整)

t : 推估年數

r : t年之一般保險費平衡費率

B_t : t年之保險成本

ΔS_t : t年之保險收支餘緝

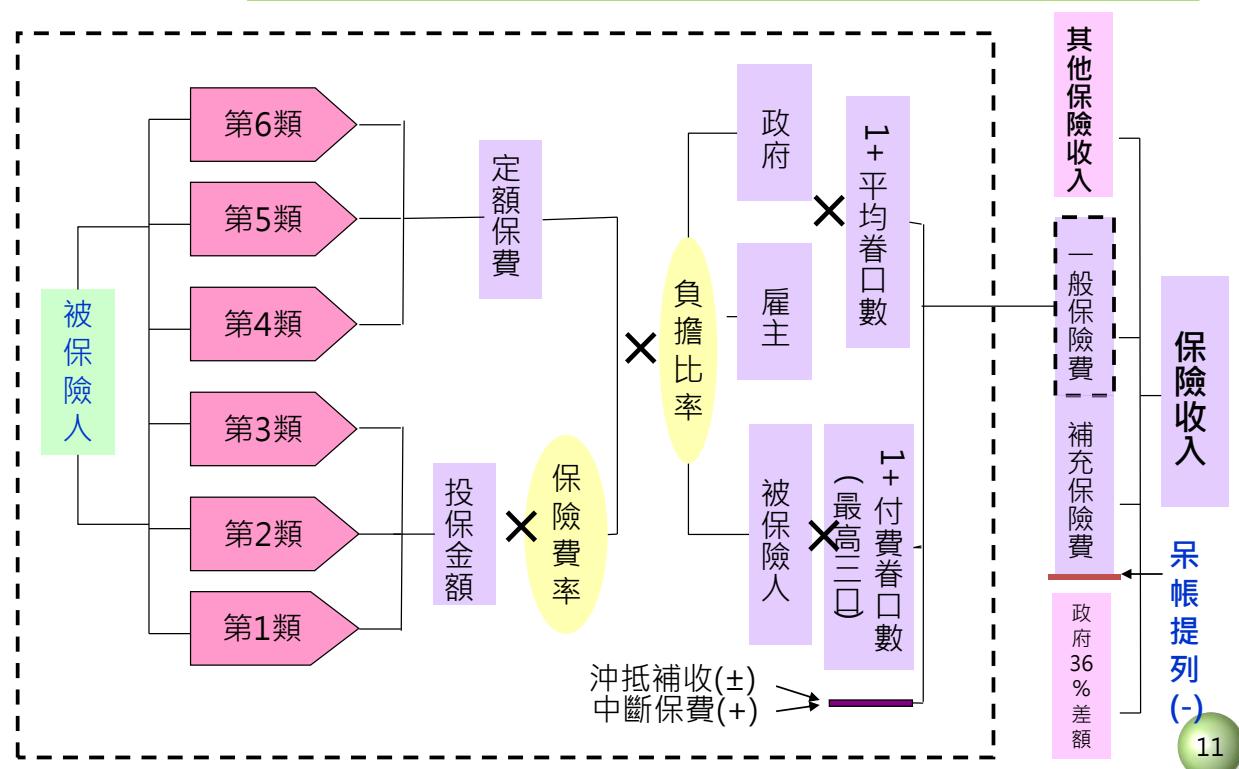
S_t : t年底之安全準備餘額

註：保險收入含保險費收入及其他保險收入，保險費收入如一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定36%之差額，其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。

10



推估方法-保險收入



11



推估方法-一般保險費1/5

■ **投保人口成長率**：拆分本國籍人口及非本國籍人口，113年保險對象人數以1至6月實際數推估，114年起依下列進行推估。

◎本國籍保險對象：參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2024年至2070年)」報告中推估結果之年底人口數換算為年中人口數成長率推估。

◎非本國籍保險對象：依外籍人士投保人數歷史趨勢推估。

年別	年中現住人口 (內政部/國發會)	保險對象				
		小計		本國籍		非本國籍
	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)
110年	-0.47	2,388	-0.28	2,304	-0.24	84
111年	-1.00	2,371	-0.73	2,288	-0.67	82
112年	0.59	2,379	0.36	2,290	0.09	89
113年(預估)	0.21	2,387	0.33	2,292	0.07	95
114年(預估)	-0.17	2,385	-0.08	2,288	-0.17	96

說明：1、年中現住人口，112年(含)以前為內政部統計資料，110年及111年呈現負成長主要係受自然增加及社會增加皆為負成長所致，113年為內政部當年1至8月統計資料預估，114年則為國發會推估資料。

2、110年及111年本國籍保險對象人數成長率均高於現住人口成長率，主要係受疫情影響出國停保人數減少所致；112年及113年本國籍保險對象人數成長率均低於現住人口成長率，主要係受疫情趨緩，出國停保人數增加所致。

12



推估方法-一般保險費2/5

■ 被保險人與眷屬人數比率

◎眷屬人數按年齡層區分為0~19歲、20~64歲及65歲以上等3組

◎依據過去歷史資料，並參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2024年至2070年)」報告，同年齡層之未來人口趨勢推估

年別	被保險人數 占率(%)	眷屬人數 占率(%)
110年	67.25	32.75
111年	67.67	32.33
112年	68.01	31.99
113年(預估)	68.27	31.73
114年(預估)	68.30	31.70

說明：113年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

13



推估方法-一般保險費3/5

■ 保險對象投保類別結構

依各類保險對象人數之變動趨勢及政府施政政策目標作為假設推估基礎 單位：%

年別	被保險人人數占率						眷屬人數占率			
	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第1類	第2類	第3類	第6類
110年	57.75	14.76	8.75	0.55	1.78	16.42	63.82	15.87	8.16	12.15
111年	58.49	14.82	8.50	0.56	1.75	15.87	64.67	15.92	7.89	11.52
112年	58.83	14.48	8.15	0.57	1.68	16.29	65.12	15.68	7.53	11.67
113年(預估)	59.11	14.07	7.84	0.57	1.58	16.83	65.53	15.35	7.19	11.94
114年(預估)	59.26	13.93	7.64	0.58	1.58	17.01	65.88	15.27	6.96	11.89

說明：

- 1、113年各類被保險人及眷屬人數以1至6月實際數預估。
- 2、第1類被保險人及眷屬人數占率逐年上升，係因是類被保險人工作期間延長、延退效應。
- 3、第2類被保險人及眷屬人數占率，111年上升，係受疫情影響，部分第1類被保險人移轉至是類所致；112年起回歸疫情前遞減趨勢。
- 4、第3類被保險人及眷屬人數占率逐年降低，係因農業人口高齡化，農業就業人數逐年下降之影響所致。
- 5、第4類被保險人人數占率穩定，另針對94年次以後出生之役男自113年起兵役延長為1年政策，假設其畢業後方服兵役，預估政策主要影響年度為116年以後。
- 6、第5類被保險人人數占率逐年降低，係因每年重新審核其資格，而不符合資格者為脫貧或轉入中低收入戶所致。
- 7、第6類被保險人人數占率，111年下降，主要係保險對象因疫情戶籍遷出國外致退保人數略增，112年起因戶籍被遷出者陸續回復戶籍，致占率增加；眷屬人數占率，原則隨被保險人趨勢，114年本類占率下降，係因本類依附眷屬人數減少所致。
- 8、第4類及第5類均限以被保險人身分加保，因此該兩類投保類別無眷屬人數占率。

14



推估方法-一般保險費4/5

■ 平均投保金額及定額保險費

◎第1、2類平均投保金額成長率，依據過去歷史趨勢推估

◎第3、4、5及6類投保金額及平均保險費依現況推估

單位：元

年別	平均投保金額		第3類 投保 金額	定額保險費		
	第1類	第2類		第4類	第5類	第6類
110年	45,458	27,509	24,000	1,825	1,825	1,377
111年	47,206	28,403	25,250	1,839	1,839	1,377
112年	48,666	29,250	26,400	2,063	2,063	1,377
113年(預估)	50,384	30,093	27,470	2,160	2,160	1,377
114年(預估)	51,828	30,881	28,590	2,160	2,160	1,377

說明：1、113年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。

2、114年已納入基本工資調升及軍公教調薪之影響。

15



推估方法-一般保險費5/5

■ 呆帳提列

隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估

■ 沖抵補收保險費

隨一般保險費成長率推估

■ 中斷投保開單保險費

依保險對象人數成長率及第6類定額保險費成長率推估

16



推估方法-補充保險費

■ 各項補充保險費依歷史資料推估

單位：億元

項目 年別	投保單位負擔		高額獎金	非所屬投 保單位給 付之薪資 所得 (兼職所得)	執行業務 收入	股利所得	利息所得	租金收入	合計
	政府雇主	民營雇主							
110年	51	264	89	22	10	110	5	31	582
111年	50	320	123	24	10	167	6	33	734
112年	50	316	115	24	10	157	13	35	723
113年(預估)	51	309	106	25	12	131	16	36	686
114年(預估)	52	294	96	24	12	122	15	37	653

說明：

- 1、113年各補充保險費項目以1至6月實際數預估，另股利參考公開發行公司公布之1至9月股利分派情形進行預估。
- 2、111年補充保險費收入高峰，112年起開始緩降，近年預估維持緩降趨勢。
- 3、利息所得補充保險費自111年起增加，主要係受我國中央銀行升息所致。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

17



推估方法-「政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數」計算方式

「政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數」
= 政府應負擔保險總經費^{註1} - 政府已負擔

政府應負擔保險總經費^{註2}
= [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備^{註3}) - 法定收入] × 36%

註1：政府應負擔保險總經費，113年含括依健保法施行細則第45條規定，納計之政府依其他法律規定及受僱者育嬰留職停薪期間補助之保險費，114年起依行政院114年健保財務協助方案，僅以健保法規範者為限。

註2：健保法第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

註3：依行政院協商確立之法律見解及計算方式，「應提列或增列之安全準備」以實際營運值計算。

18



推估方法-其他保險收入1/2

■ 滯納金

隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

■ 公益彩券盈餘分配收入

依預估當年1至6月實際數定值推估。

■ 菸品健康福利捐分配收入

依18歲以上平均每人每日消費量及未來18歲以上之人口數作為消費量推估依據，按目前受配比率，並參考國民健康署公布吸菸率推估。

■ 投資收益率

參考現行可運用投資工具利率推估。

■ 其他收入

主要為呆帳收回及過期帳，隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

19



推估方法-其他保險收入2/2

年別	滯納金 (億元)	公益彩券盈餘 分配收入 (億元)	菸品健康福利 捐分配收入 (億元)	其他收入 (億元)	投資收益率 (%)
110年	4.45	15	146	12	0.33
111年	5.22	14	140	13	0.57
112年	5.30	18	130	254	1.34
113年(預估)	5.89	16	128	213	1.52
114年(預估)	6.05	16	134	45	1.52

說明：

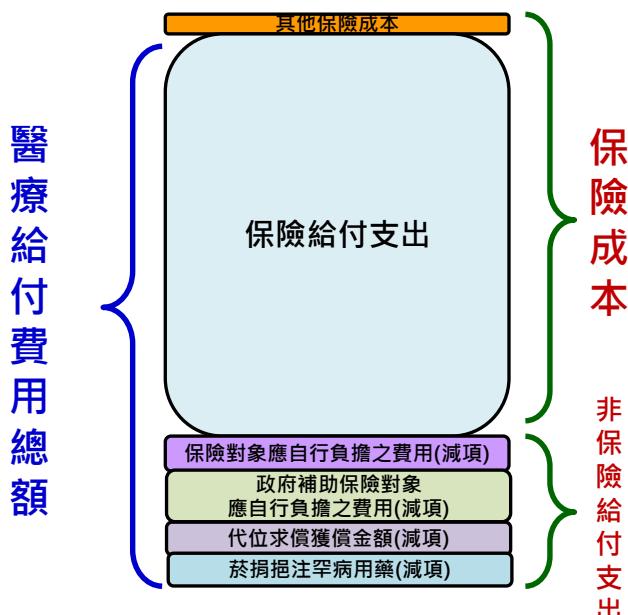
- 1、113年其他保險收入以1至6月實際數預估。
- 2、112年公益彩券盈餘分配收入較高，係受當屆(103年至112年)公益彩券發行機構契約屆滿結算之故。
- 3、114年菸品健康福利捐分配收入較高，係因原以菸捐支應補助中低收入戶自付健保費，改以公務預算支應，致當年安全準備受配比率較高。
- 4、其他收入主要為呆帳收回及過期帳，其中，112年及113年含括政府額外挹注健保基金之240億元及200億元；114年含括行政院健保財務協助方案中以公務預算挹注之生理食鹽水供應穩定專案11億元及罕病藥費20億元。

20



推估方法-保險成本架構

保險成本=醫療給付費用總額-非保險給付支出+其他保險成本



21



114年度醫療給付費用總額成長率

- ✓ 114年度總額基期：**8,802.17億元**
- ✓ 114年度低推估值：**3.521%**
- ✓ 114年度健保總額成長率範圍：行政院核定為**3.521%至5.5%**
- ✓ 健保會依據衛福部交付行政院核定之成長率範圍完成協商結果如下：
 - 付費者代表方案成長率**4.605%(9,208億元)**
 - 醫界代表方案成長率**5.171%(9,257億元)**

22



推估方法-非保險給付支出

■ 保險對象應自行負擔之費用

以歷史平均成長趨勢推估

■ 政府補助保險對象應自行負擔之費用

◎項目：榮民及榮眷、低收入戶、油症患者、三歲以下兒童、替代役男、警
消海巡空勤軍

◎依各項目未來人口趨勢及歷史醫療利用狀況推估

■ 代位求償獲償金額

參考目前求償原則之獲償金額定值推估

■ 菸捐挹注罕病用藥

依收入面推估菸品健康福利捐之課徵金額，按目前受配比率推估

23



推估方法-保險成本

◎114年度醫療給付費用總額醫院及西醫基層部門尚未達共識，目前整體成長率協商結果分別為付費者代表版4.605%及醫界版代表5.171%。

年別	醫療給付費用總額(億元)	成長率	非保險給付支出占率	保險成本(億元)
110年	7,836	4.107%	7.22%	7,274
111年	8,096	3.320%	7.52%	7,491
112年	8,364	3.323%	7.15%	7,771
113年(預估)	8,755	4.700%	8.65%	8,003
114年 (預估)	4.605% (付費者代表版)	9,208	4.605%	7.56% 8,516
	5.171% (醫界代表版)	9,257	5.171%	7.53% 8,565

說明：

- 1、保險成本=醫療給付費用總額-非保險給付支出+其他保險成本，其他保險成本包括菸捐專項業務、折舊、折耗及攤銷，以及保險費小額(10元以內)短繳、逾二年保險收支未兌現支票重開等。
- 2、非保險給付支出占率，112年因點值補貼致占率較低，113年因保險對象應自行負擔費用增加及專款未執行數較高致占率較高。

24



平衡費率試算假設、方式及結果_{1/5} 試算假設及方式

■ 計算平衡費率之假設條件

◎醫療給付費用總額成長率：

- 114年暫依9/27協商結果分別為付費者代表版本4.605%及醫界代表版本5.171%
- 115年起依基期、非協商及協商因素之歷史趨勢推估

✓基期：

➤人口費用差值金額：採收入面投保人口預估成長率計算

✓非協商因素：

➤醫療服務成本指數改變率：以近5年(110年至114年)採計之平均值定值推估
➤人口結構改變對醫療服務點數之影響率：參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2024年至2070年)」報告中推估結果，隨人口變動

➤投保人口預估成長率：採收入面推計結果

➤一般服務總費用占率：採推估前一年校正後一般服務預算/基期計算

✓協商因素：

➤協商調整因素：以非協商及協商因素資料之關聯推估

◎115~117年保險收入平均年成長率：0.81%(付費者代表版本)、0.80%(醫界代表版本)

◎115~117年總額平均年成長率：4.11%(付費者代表版本)、4.16%(醫界代表版本)

25



平衡費率試算假設、方式及結果_{2/5}

依「現行費率5.17%」推估(付費者代表版本)

◎113年保險收支累計結餘約1,664億元(約當2.50個月保險給付支出)。

◎116年保險收支累計結餘不足1個月保險給付支出。

◎117年安全準備用罄，保險收支累計發生短绌。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
112年	-	5.17%	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113年(P)	-	5.17%	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114年(P)	5.26%	5.17%	8,388	8,516	4.605%	-128	1,536	2.17
115年(P)	5.49%	5.17%	8,433	8,945	4.232%	-513	1,023	1.37
116年(P)	5.65%	5.17%	8,503	9,282	4.060%	-779	244	0.32
117年(P)	5.79%	5.17%	8,594	9,621	4.050%	-1,027	-783	-0.98

註：114年度總額成長率採4.605% · 115年起依歷史趨勢推估。

26



平衡費率試算假設、方式及結果_{3/5}

依「現行費率5.17%」推估(醫界代表版本)

◎113年保險收支累計結餘約1,664億元(約當2.50個月保險給付支出)。

◎116年保險收支累計結餘不足1個月保險給付支出。

◎117年安全準備用罄，保險收支累計發生短绌。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
112年	-	5.17%	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113年(P)	-	5.17%	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114年(P)	5.29%	5.17%	8,387	8,565	5.171%	-178	1,486	2.08
115年(P)	5.53%	5.17%	8,431	9,003	4.284%	-572	915	1.22
116年(P)	5.69%	5.17%	8,501	9,345	4.104%	-844	70	0.09
117年(P)	5.83%	5.17%	8,591	9,689	4.093%	-1,099	-1,028	-1.27

註：114年度總額成長率採5.171% · 115年起依歷史趨勢推估。

27



平衡費率試算假設、方式及結果4/5 依「年底安全準備1個月」推估(付費者代表版本)

◎116年保險費率由5.17%調整為5.50%。

◎117年保險費率再調整為5.81%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘緒 (億元)	保險收支 累計餘緒 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
112年	-	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113年(P)	-	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114年(P)	5.26%	5.17%	-	8,388	8,516	4.605%	-128	1,536	2.17
115年(P)	5.49%	5.17%	-	8,433	8,945	4.232%	-513	1,023	1.37
116年(P)	5.65%	5.50%	6.38%	9,034	9,282	4.060%	-248	775	1.00
117年(P)	5.79%	5.81%	5.64%	9,649	9,621	4.050%	28	803	1.00

註：114年度總額成長率採4.605% · 115年起依歷史趨勢推估。

28



平衡費率試算假設、方式及結果5/5 依「年底安全準備1個月」推估(醫界代表版本)

◎116年保險費率由5.17%調整為5.61%。

◎117年保險費率再調整為5.86%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘緒 (億元)	保險收支 累計餘緒 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
112年	-	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113年(P)	-	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114年(P)	5.29%	5.17%	-	8,387	8,565	5.171%	-178	1,486	2.08
115年(P)	5.53%	5.17%	-	8,431	9,003	4.284%	-572	915	1.22
116年(P)	5.69%	5.61%	8.51%	9,211	9,345	4.104%	-134	781	1.00
117年(P)	5.83%	5.86%	4.46%	9,730	9,689	4.093%	41	821	1.02

註：114年度總額成長率採5.171% · 115年起依歷史趨勢推估。

29



敏感度分析及試算1/2

	低推估	高推估
收入面	<ul style="list-style-type: none">✓ 114年起第1、2類被保險人投保金額成長率減少0.5個百分點✓ 114年起補充保險費金額減少5%	<ul style="list-style-type: none">✓ 114年起第1、2類被保險人投保金額成長率增加0.5個百分點✓ 114年起補充保險費金額增加5%
支出面	<ul style="list-style-type: none">✓ 114年起部分負擔金額減少5%✓ 114年度醫療給付費用總額成長率採上限(5.5%)	<ul style="list-style-type: none">✓ 114年起部分負擔金額增加5%

30



敏感度分析及試算2/2

	假設條件	維持保險費率5.17%下	
		預估114年安全準備影響金額	本假設與基本假設安全準備月數之差異
收入面	114年起第1、2類被保險人投保金額成長率增減0.5個百分點	32億元	0.05個月
	114年起補充保險費金額增減5%	47億元	0.07個月
支出面	114年起部分負擔金額增減5%	26億元	0.04個月
	114年度醫療給付費用總額成長率採上限5.5%	醫界：減29億元 付費者：減78億元	醫界：減0.05個月 付費者：減0.13個月

31



結論

- 113年底保險收支累計結餘預估為1,664億元(約當2.50個月保險給付支出)。
- 114年在維持現行費率5.17%，並納入軍公教調薪3%、基本工資調整為28,590元，以及政府應負擔健保費的計算範圍，以健保法規範者為限，醫療給付費用總額成長率分別以下列版本試算，預估當年底保險收支累計結餘皆逾1個月保險給付支出：
 - ◎付費者代表版本4.605%
 - ★114年底保險收支累計結餘約為1,536億元(約當2.17個月保險給付支出)。
 - ◎醫界代表版本5.171%
 - ★114年底保險收支累計結餘約為1,486億元(約當2.08個月保險給付支出)。
- 以上試算結果，提請討論。

目次

一、敏感度分析說明	第 160 頁
二、敏感度分析試算表	第 161 頁
(一)114 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 4.605%	第 161 頁
1、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點	第 161 頁
2、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點	第 162 頁
3、114 年起補充保險費金額減少 5%	第 163 頁
4、114 年起補充保險費金額增加 5%	第 164 頁
5、114 年起部分負擔金額減少 5%	第 165 頁
6、114 年起部分負擔金額增加 5%	第 166 頁
(二)114 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版本 5.171%.....	第 167 頁
1、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點	第 167 頁
2、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點	第 168 頁
3、114 年起補充保險費金額減少 5%	第 169 頁
4、114 年起補充保險費金額增加 5%	第 170 頁
5、114 年起部分負擔金額減少 5%	第 171 頁
6、114 年起部分負擔金額增加 5%	第 172 頁
(三)114 年度醫療給付費用總額成長率採上限(5.5%)	第 173 頁
三、111 年至 114 年健保財務收支情形表	第 174 頁
四、提升點值至 0.95 元之相關管理措施	第 175 頁

一、敏感度分析說明

(一)分別以 114 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 4.605% 及醫界代表版本 5.171%，試算下列假設條件維持現行費率，以及 114 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果：

- 1、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點。
- 2、114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點。
- 3、114 年起補充保險費金額減少 5%。
- 4、114 年起補充保險費金額增加 5%。
- 5、114 年起部分負擔金額減少 5%。
- 6、114 年起部分負擔金額增加 5%。

(二)以 114 年度醫療給付費用總額成長率採上限(5.5%)，試算維持現行費率，以及 114 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果。

二、敏感度分析試算表

(一)114 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 4.605%

1.自 114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,356	8,516	4.605%	-160	1,504	2.12
115 年(P)	5.17%	-	8,367	8,945	4.232%	-578	926	1.24
116 年(P)	5.17%	-	8,403	9,282	4.060%	-879	47	0.06
117 年(P)	5.17%	-	8,458	9,621	4.050%	-1,163	-1,116	-1.39

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,356	8,516	4.605%	-160	1,504	2.12
115 年(P)	5.17%	-	8,367	8,945	4.232%	-578	926	1.24
116 年(P)	5.63%	8.90%	9,138	9,282	4.060%	-144	782	1.01
117 年(P)	5.90%	4.80%	9,647	9,621	4.050%	25	808	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

2.自 114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,420	8,516	4.605%	-96	1,568	2.21
115 年(P)	5.17%	-	8,498	8,945	4.232%	-447	1,121	1.50
116 年(P)	5.17%	-	8,603	9,282	4.060%	-678	442	0.57
117 年(P)	5.17%	-	8,732	9,621	4.050%	-889	-447	-0.56

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,420	8,516	4.605%	-96	1,568	2.21
115 年(P)	5.17%	-	8,498	8,945	4.232%	-447	1,121	1.50
116 年(P)	5.38%	4.06%	8,948	9,282	4.060%	-334	787	1.02
117 年(P)	5.72%	6.32%	9,654	9,621	4.050%	32	819	1.02

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

3.自 114 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,340	8,516	4.605%	-176	1,488	2.10
115 年(P)	5.17%	-	8,385	8,945	4.232%	-560	928	1.25
116 年(P)	5.17%	-	8,454	9,282	4.060%	-828	101	0.13
117 年(P)	5.17%	-	8,544	9,621	4.050%	-1,078	-977	-1.22

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,340	8,516	4.605%	-176	1,488	2.10
115 年(P)	5.17%	-	8,385	8,945	4.232%	-560	928	1.25
116 年(P)	5.59%	8.12%	9,128	9,282	4.060%	-154	775	1.00
117 年(P)	5.85%	4.65%	9,662	9,621	4.050%	40	815	1.02

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

4.自 114 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,435	8,516	4.605%	-81	1,583	2.23
115 年(P)	5.17%	-	8,480	8,945	4.232%	-465	1,118	1.50
116 年(P)	5.17%	-	8,552	9,282	4.060%	-730	387	0.50
117 年(P)	5.17%	-	8,645	9,621	4.050%	-977	-589	-0.74

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,435	8,516	4.605%	-81	1,583	2.23
115 年(P)	5.17%	-	8,480	8,945	4.232%	-465	1,118	1.50
116 年(P)	5.41%	4.64%	8,942	9,282	4.060%	-340	778	1.01
117 年(P)	5.78%	6.84%	9,655	9,621	4.050%	33	811	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

5.自 114 年起部分負擔金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,542	4.605%	-154	1,510	2.12
115 年(P)	5.17%	-	8,432	8,972	4.232%	-540	970	1.30
116 年(P)	5.17%	-	8,502	9,309	4.060%	-807	163	0.21
117 年(P)	5.17%	-	8,593	9,649	4.050%	-1,057	-894	-1.11

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,542	4.605%	-154	1,510	2.12
115 年(P)	5.17%	-	8,432	8,972	4.232%	-540	970	1.30
116 年(P)	5.55%	7.35%	9,117	9,309	4.060%	-192	778	1.00
117 年(P)	5.83%	5.05%	9,682	9,649	4.050%	33	811	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

6.自 114 年起部分負擔金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,388	8,490	4.605%	-102	1,562	2.21
115 年(P)	5.17%	-	8,433	8,919	4.232%	-486	1,076	1.45
116 年(P)	5.17%	-	8,504	9,255	4.060%	-751	326	0.42
117 年(P)	5.17%	-	8,596	9,594	4.050%	-998	-672	-0.84

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,388	8,490	4.605%	-102	1,562	2.21
115 年(P)	5.17%	-	8,433	8,919	4.232%	-486	1,076	1.45
116 年(P)	5.45%	5.42%	8,954	9,255	4.060%	-300	776	1.01
117 年(P)	5.80%	6.42%	9,630	9,594	4.050%	37	813	1.02

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(二) 114 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版本 5.171%

1.自 114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,355	8,565	5.171%	-210	1,454	2.04
115 年(P)	5.17%	-	8,366	9,003	4.284%	-637	817	1.09
116 年(P)	5.17%	-	8,401	9,345	4.104%	-944	-127	-0.16
117 年(P)	5.17%	-	8,455	9,689	4.093%	-1,235	-1,361	-1.69

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,355	8,565	5.171%	-210	1,454	2.04
115 年(P)	5.17%	-	8,366	9,003	4.284%	-637	817	1.09
116 年(P)	5.74%	11.03%	9,309	9,345	4.104%	-36	782	1.00
117 年(P)	5.95%	3.66%	9,727	9,689	4.093%	37	819	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

2.自 114 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,419	8,565	5.171%	-146	1,518	2.13
115 年(P)	5.17%	-	8,497	9,003	4.284%	-506	1,012	1.35
116 年(P)	5.17%	-	8,601	9,345	4.104%	-744	269	0.34
117 年(P)	5.17%	-	8,729	9,689	4.093%	-961	-692	-0.86

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,419	8,565	5.171%	-146	1,518	2.13
115 年(P)	5.17%	-	8,497	9,003	4.284%	-506	1,012	1.35
116 年(P)	5.49%	6.19%	9,124	9,345	4.104%	-221	791	1.02
117 年(P)	5.76%	4.92%	9,717	9,689	4.093%	27	818	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

3.自 114 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,340	8,565	5.171%	-225	1,439	2.02
115 年(P)	5.17%	-	8,384	9,003	4.284%	-619	820	1.09
116 年(P)	5.17%	-	8,452	9,345	4.104%	-893	-73	-0.09
117 年(P)	5.17%	-	8,540	9,689	4.093%	-1,149	-1,222	-1.51

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,340	8,565	5.171%	-225	1,439	2.02
115 年(P)	5.17%	-	8,384	9,003	4.284%	-619	820	1.09
116 年(P)	5.70%	10.25%	9,304	9,345	4.104%	-41	779	1.00
117 年(P)	5.89%	3.33%	9,728	9,689	4.093%	39	818	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

4.自 114 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,434	8,565	5.171%	-131	1,533	2.15
115 年(P)	5.17%	-	8,479	9,003	4.284%	-524	1,009	1.35
116 年(P)	5.17%	-	8,549	9,345	4.104%	-795	214	0.27
117 年(P)	5.17%	-	8,641	9,689	4.093%	-1,048	-834	-1.03

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,434	8,565	5.171%	-131	1,533	2.15
115 年(P)	5.17%	-	8,479	9,003	4.284%	-524	1,009	1.35
116 年(P)	5.52%	6.77%	9,116	9,345	4.104%	-229	780	1.00
117 年(P)	5.82%	5.43%	9,717	9,689	4.093%	27	808	1.00

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

5.自 114 年起部分負擔金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,591	5.171%	-204	1,460	2.04
115 年(P)	5.17%	-	8,431	9,030	4.284%	-599	861	1.15
116 年(P)	5.17%	-	8,500	9,372	4.104%	-872	-11	-0.01
117 年(P)	5.17%	-	8,589	9,717	4.093%	-1,128	-1,139	-1.41

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,591	5.171%	-204	1,460	2.04
115 年(P)	5.17%	-	8,431	9,030	4.284%	-599	861	1.15
116 年(P)	5.67%	9.67%	9,305	9,372	4.104%	-67	794	1.02
117 年(P)	5.87%	3.53%	9,745	9,717	4.093%	27	821	1.01

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

6.自 114 年起部分負擔金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,539	5.171%	-152	1,512	2.13
115 年(P)	5.17%	-	8,432	8,976	4.284%	-544	968	1.29
116 年(P)	5.17%	-	8,502	9,318	4.104%	-816	152	0.20
117 年(P)	5.17%	-	8,592	9,662	4.093%	-1,069	-917	-1.14

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,387	8,539	5.171%	-152	1,512	2.13
115 年(P)	5.17%	-	8,432	8,976	4.284%	-544	968	1.29
116 年(P)	5.56%	7.54%	9,132	9,318	4.104%	-186	782	1.01
117 年(P)	5.84%	5.04%	9,697	9,662	4.093%	35	817	1.02

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(三)114 年度醫療給付費用總額成長率採上限(5.5%)

1.依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,434	8,593	5.500%	-159	1,505	2.10
115 年(P)	5.17%	-	8,478	9,023	4.229%	-545	960	1.28
116 年(P)	5.17%	-	8,549	9,362	4.058%	-814	146	0.19
117 年(P)	5.17%	-	8,640	9,705	4.048%	-1,065	-919	-1.14

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

2.依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
112 年	5.17%	-	8,110	7,771	3.323%	339	1,388	2.14
113 年(P)	5.17%	-	8,280	8,003	4.700%	276	1,664	2.50
114 年(P)	5.17%	-	8,434	8,593	5.500%	-159	1,505	2.10
115 年(P)	5.17%	-	8,478	9,023	4.229%	-545	960	1.28
116 年(P)	5.57%	7.74%	9,196	9,362	4.058%	-166	794	1.02
117 年(P)	5.83%	4.67%	9,736	9,705	4.048%	31	825	1.02

註：115 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

三、111 年至 114 年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	111年	112年	113年	114年	
				總額成長率 採付費者 版本4.605%	總額成長率 採醫界版本 5.171%
	審定決算數		預估數		
醫療給付費用總額	8,096	8,364	8,755	9,208	9,257
總額成長率	3.320%	3.323%	4.700%	4.605%	5.171%
保險成本	7,491	7,771	8,003	8,516	8,565
保險成本成長率	2.98%	3.74%	2.99%	6.40%	7.02%
非保險給付占率	7.52%	7.15%	8.65%	7.56%	7.53%
保險收入	7,603	8,110	8,280	8,388	8,387
保險收入成長率	6.81%	6.66%	2.10%	1.30%	1.30%
一、保險費相關收入	7,435	7,935	8,100	8,207	8,207
(一)保險費收入	7,474	7,730	7,941	8,219	8,219
1.一般保險費	5,857	6,075	6,286	6,440	6,440
2.補充保險費	734	723	686	653	653
3.政府負擔不足法定36%之差額	883	933	969	1,126	1,126
(二)其他收入	-39	205	159	-11	-11
二、安全準備相關收入	169	175	180	180	180
當年安全準備填補金額	56	0	0	309	358
當年保險收支餘額	113	339	276	-128	-178
保險收支累計餘額	1,049	1,388	1,664	1,536	1,486
約當保險給付支出月數	1.68	2.14	2.50	2.17	2.08

製表日期：113.11.6

- 說明：1、113年起以「全民健康保險114年度保險費率試算結果(草案)」資料之假設為基礎進行推估。
- 2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 3、保險成本=醫療給付費用總額-保險對象應自行負擔之費用-代位求償獲償金額-菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳+其他保險成本。
- 4、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 5、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘額，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、114年保險費率維持以5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 8、114年全民健康保險醫療給付費用總額，係以8,802.17億元為基期進行計算。
- 9、已納入112年行政院撥補健保基金240億元、113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元、114年「政府健保費法定下限認列範圍排除其他法令部分」134億元以及114年1月起基本工資調整為28,590元(一年53億元)、軍公教調薪3%(一年9億元)之財務影響。
- 10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

四、提升點值至 0.95 元之相關管理措施

(一)研議策進總額制度：

健保制度施行多年，面對新醫療科技及人口老化等挑戰，為因應新時代變化之檢討精進，本署業於 113 年 9 月 25 日提報「健保總額制度之檢討策進研析」議題至國衛院論壇，以廣納各界意見，精益求精。

(二)穩定醫療服務點值：

1. 為穩定點值，除爭取每年總額適當成長，亦檢討總額基期內含項目，同時請各分區共管會議加強點值管理措施。
2. 本署將邀集學者專家及醫界代表共同研議支付衡平性檢討，推動支付改革，優先且適切反應醫事人力之投入。

(三)醫療配置合理化：

1. 分級醫療政策及家醫制度，低風險或穩定慢性病人於基層院所照護，讓區域級以上醫院可保存醫療量能照顧高風險或重症病患，以合理分配醫療資源。
2. 醫院門住診比率合理化。
3. 鼓勵區域聯盟及轉診，113 年截至 6 月底止，共計組成 81 個策略聯盟，6,900 家特約院所參與，持續推動醫療體系之院所間轉診合作。

(四)分區總額治理：

考量各區現行生活圈及區域資源不同，如要將現行六分區調整為單一分區，將需更多討論及共識，本署將再邀集各界討論研議，並在共識形成前先行強化現行六分區總額治理制度，加強醫界代表與分區業務組共管會議之角色，尋求六分區能共同一致遵守的原則。

(五)持續合理控制藥品及特材價格調整幅度：

自 102 年至 112 年實施藥品費用分配比率目標制(DET)，累計藥價調整約節省 611.92 億元；特材價量調查累計節省(100 年至 112 年)約 32.9 億點。

(六)落實實證基礎給付：

強化醫療科技評估，依臨床實證為給付依據，從給付前後效益採循環式管理，近五年新藥物評估案件每年皆達 100 件以上。自 113 年 1 月 1 日成立國家級健康政策與醫療科技評估中心專責辦公室並朝向獨立法人設立目標，擴增醫療科技評估量能，另特殊材料醫療科技評估作業要點已於 113.9.18 公告。

(七)持續促進健保醫療合理使用：

針對不符醫療常規或醫療品質不佳之服務，與醫療專業團體合作，建立資訊共享及共管機制，建立篩異指標，由專業醫師審查服務合理性，針對不合理者核減費用等，統計 112 年審查核減費用約 52 億點。

(八)持續運用健保大數據結合資訊科技強化照護效率：

本署建置健保醫療資訊雲端查詢系統，協助醫師掌握病人用藥及檢驗檢查等就醫資訊，以減少重複處方或檢驗檢查，推估 103 年至 112 年累計約減少 142 億元重複用藥支出，107 年至 112 年累計約減少 23.8 億點重複檢驗檢查費用。

107~112 年委員會議費率審議相關決議

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
112.11.15 討論事項第四案(中央健康保險署)	全民健康保險 113 年度保險 費率方案(草案), 提請審議。	一、113年度保險費率經本會審議結果,建議維持現行費率5.17%。 二、上述審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定,併同與會人員發言實錄函請衛生福利部轉陳行政院核定,另請中央健康保險署就委員意見研參妥處。
111.11.18 討論事項第 1 案(中央健康保險署)	全民健康保險 112 年度保險 費率方案(草案), 提請審議。	一、112年度保險費率經本會審議結果,建議維持現行費率5.17%。 二、前揭審議結果將依全民健康保險法第24條第3項規定,併同與會人員發言實錄陳報衛生福利部,副本抄送中央健康保險署,請就委員意見研參妥處。
110.11.19 討論事項第 2 案(中央健康保險署)	全民健康保險 111 年度保險 費率方案(草案), 提請審議。	一、全民健康保險111年度保險費率,經本會審議結果,兩案併陳: (一)甲案:維持現行費率5.17%。 (二)乙案:費率調整為5.22%~5.32%(以111年度醫療給付費用總額兩案併陳之協商結果,並維持111年底安全準備1個月保險給付支出法定原則估算)。 二、請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料,供費率核定參考。 三、依全民健康保險法第24條第3項規定,將上開審議結果及與會人員發言實錄,陳報衛生福利部。
110.8.20 討論事項 (何委員語、李委員永振、張委員文龍、劉委員守仁、賴委員博司、許委員馮洪、干委員文男、陳委員有慶、楊委員芸蘋、林委員恩豪、馬委員海霞、鄭委員素華、李委員麗珍)	為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢,建請依據健保法第78 條規定,以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定,做為健保費率審議依據,提請討論。	本會審議健保費率依全民健康保險法第 78 條 ^註 規定辦理。 註:全民健康保險法第 78 條 本保險安全準備總額,以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
109.11.27 討論事項第 1 案(中 央健康保險署)	全民健康保險 110 年度保險 費率方案(草 案)，提請審 議。	<p>一、全民健康保險 110 年度保險費率，經本會審議結果未能達成共識，綜整在場 38 位委員意見後，獲致兩項建議費率，分別由現行 4.69% 調整為甲案：4.97%(18 位委員支持；書面連署 19 位委員，如附件)；乙案：5.47%~5.52%(12 位委員支持)，無意見 8 位。</p> <p>二、依全民健康保險法第 24 條第 3 項規定，本會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度費率之審議。請幕僚將上開審議結果併同與會人員發言實錄，依法陳報衛生福利部。</p>
108.11.15 討論事項第一案(中 央健康保險署)	全民健康保險 109 年度保險 費率方案，提 請審議。	<p>一、全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、依中央健康保險署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元(以付費者版本為例)，約當 0.32 個月保險給付支出，請衛生福利部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。</p>
107.11.16 討論事項第五案(中 央健康保險署)	108 年度全 民健康保險保 險費率方案(草 案)，提請審 議。	<p>一、108 年度全民健康保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、委員提出保險成本增加項目如有涉及疾病管制署、食品藥物管理署、國民健康署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見。</p>

報告事項

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。(資料後附)

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張靈
聯絡電話：(02)8590-6868
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hslingchang@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國113年11月6日
發文字號：衛部健字第1133360147號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：奉交議「協定114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

一、依據鈞部113年9月3日衛部保字第1130139528號函、本會第6屆113年第8次(113.9.27)委員會議決議及第9次(113.10.23)委員會議決定辦理。

二、本會業依鈞部交議之114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與規劃目標，完成協議訂定其總額及相關分配，協定結果摘要如下：

- (一)牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算達成共識。
- (二)醫院總額及西醫基層總額未達共識，依規定分別提出保險付費者代表及醫事服務提供者代表委員之建議方案，以兩案併陳報請鈞部決定。
- (三)114年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率估計值相

較114年度總額基期，付費者代表委員之建議方案成長率為4.605%、醫事服務提供者代表委員之建議方案成長率為5.171%。

三、檢陳本會辦理114年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果(如附件)，謹請鈞部核(決)定，俾利中央健康保險署儘速會同各總額部門相關團體研擬114年度總額相關計畫/方案，並順利於年度開始推動實施。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

四、另依說明一會議之決議(定)，本會委員同時提出相關建議，併請鈞部參考：

(一)未達共識之醫院及西醫基層總額部門，其中新增或延續性協定項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，建請鈞部就政策目標要求，逕予核定，必要時得諮詢本會。

(二)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」，爰建請鈞部對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。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

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>李委員永振(議事錄第 12~13 頁)</p> <p>第2點，113年10月8日衛福部有預告「全民健康保險投保金額分級表」修正草案，依照健保法第5條的規定，保險政策之諮詢屬於健保會職責之一，再看看上次修正，在111年2月25日的會議時有提出來，那是配合整個財務改革，有好幾項，其中1項有提到本會諮詢，上一次提出來的說明很詳細，有長達7頁的資料，委員可清楚瞭解並經過充分的討論，這次則完全沒有，且事前都不知道，就直接預告了。</p> <p>這裡面大概有幾個點，因為目前最高一級月投保金額(219,500元)及最低一級(27,470元)，倍數是大於5，但是最高一級人數的百分比到底是多少不曉得，不知道是否有持續12個月超過3%，這邊看不出來，2個條件是符合其中1個就要調整投保金額分級表，上一次調整的時候雖然2項都沒有符合，當然這是衛福部的職權，沒辦法去多說什麼，這次的調整是不是可以在下次會議(113.11.20)，或者是在下次會議與這次會議的期間，因為預告期間是113.10.8~113.11.7，若在下次會議時已經超過預告期間，用書面說明，類似上次111年2月會議資料的方式說明一下提供給委員參考，如果有意見會比較清楚，不然丟在那邊，坦白講也不曉</p>	<p>社保司回復：</p> <p>有關本部於 113 年 10 月 8 日預告修正「全民健康保險投保金額分級表」一案，說明如下：</p> <p>一、全民健康保險法(以下稱健保法)第 19 條規定，第一類至第三類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。</p> <p>二、勞動部公告自 114 年 1 月 1 日起，每月最低工資由新臺幣 27,470 元修正為 28,590 元，爰本部依法應配合修正分級表最低一級。另「最高一級」業自 111 年 7 月 1 日施行迄今，同期最低一級連同本次已連續 3 年調升；依行政院主計總處 112 年家庭收支調查，所得按戶數 5 等分位組，最高所得組為最低所得組 6.12 倍；113 年 4 月 29 日該總處發布之 110 年家庭財富分配統計，家庭財富第 90 分位數對第 10 分位數之比值更高達 23.8 倍。為強化健保量能負擔、提升保費公平性，爰配合最低工資同步調整最高一級，由現行 219,500 元調整至 313,000 元。</p> <p>三、健保法第 19 條第 3 項規定，分級表</p>

委員意見	相關單位說明
<p>得，因為工商團體後面有很多大咖嘛，他們一定會受到影響，你提十級，有一些人不在乎，像是以前委員贊成多繳一點，但是也不見得每一個人都這樣，不能用個人的觀感來決定，應該怎麼樣繳比較合理，大家繳的會比較心甘情願，所以有這點請求。</p>	<p>最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持5倍以上之差距；其人數超過被保險人總人數之3%，並持續12個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級，此係為規範對最高一級調整之最低標準，目前分別為8倍及0.5%，符合標準內。</p>
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄第20頁)</p> <p>會議資料第213~217頁，有關節流效益的議題有幾點感受，提供大家參考：</p> <p>一、我重提該議題引發4位委員熱烈回應，請健保署不要以委員個別關切事項去考量處置。</p> <p>二、健保署回復首先敘明節流效益相關事項於總額協商前提供相關資料在案，我並沒有存疑，只是今年提供的資料不像2年前提供的具體，2年前所整理提供的資料內容，還有含推動雲端查詢系統節省126.1億元、C型肝炎藥費節省25.3億元、推動分級醫療政策節省6億元等節流效益的數據。重點是要請貴署研提1個有效處理的模式，經委員討論後形成可遵循的模式。</p> <p>三、網路頻寬補助費用114年已由其他預算移出，改由公務預算支應，這是事實，但如此情況下節流效益就不存在了嗎？該項目過去所呈現的效益相當可觀，不論經費由誰支應都還是會存在，只是處理的方式不同而已！</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、本署依委員或健保會意見於總額協商前及第6屆113年第8次委員會議資料之委員關切議題中，提供節流效益之數據及相關說明，至於該數據是否作為總額減項，尊重協商結果。</p> <p>二、本署建置健保醫療資訊雲端查詢系統，協助醫師掌握病人用藥及檢驗檢查等就醫資訊，以減少重複處方或檢驗檢查，推估103年至112年累計約減少142億元重複用藥支出，107年至112年累計約減少23.8億點重複檢驗檢查費用。然而節流效益隨著雲端的被廣泛運用，重複情形也愈來愈少，而在病人跨院資訊查詢帶來的用藥案全與就醫品質確保，較難再以節流效益呈現。</p> <p>三、本署自103年起辦理「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」，鼓勵醫療院所提升網路頻寬及院所智慧化資訊，以即時查詢病患於不同醫療</p>

委員意見	相關單位說明
	<p>院所間之醫療資訊，供處方參考。本署將持續鼓勵醫療院所參與，以提升醫療服務效率。</p>
<p>王委員惠玄(議事錄第 65 頁)</p> <p>中醫地區預算分配參數三~六，某種程度上其實反映即期的使用率，這恐怕比其他總額用的 S 值(總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用占率)還要先進一點。如果就這裡的數字來看，台北區的使用率、醫療資源布建等，沒有比較低，所以如果按照 R 值分配的話，我個人不覺得會造成所謂的衝量，或是點值大幅下降的問題，事實上從第 165 頁資料看起來，台北區管理得蠻好的，點值排序僅次於東區。</p> <p>所以這部分是否能夠再跟健保署就實際數據做模擬分析，因為目前中醫門診總額地區預算分配參數相當複雜，複雜到個別醫師無法從公式裡面去建立所謂的行為引導方向，過去的地區預算分配強調錢跟著人走，也就是資源跟著人走，但是我們目前討論下來，幾個總額部門的 R 值都偏低的狀況下，資源很明顯沒有跟著人走，其實是違背總額的精神，總額已經執行 20 年以上，但是在資源分配還有這麼不均衡的狀況，其實是非常不合理的。</p>	<p>健保署回復：</p> <p>有關中醫地區預算分配 R 值占率，本署已於前次會議建議應前進 1%，中華民國中醫師公會全國聯合會業於 113 年 11 月 1 日函貴會所送「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)」，建議各分區戶籍人口數占率由 15% 調升為 16%。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 74~75 頁)</p> <p>謝謝，剛剛健保署的報告，聽到最多的就是就醫次數增加，但是我們要回顧健保署當時推出部分負擔的時候，你們用的理由是以價制量，以及減少醫療浪</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、有關新制部分負擔說明如下：</p> <p>(一)新制部分負擔實施之目的，係為促進分級醫療和引導民眾正確就醫，惟造成民眾醫療浪費成因多</p>

委員意見	相關單位說明
<p>費，但是在這次的報告中我們都沒有看到。第 1 個，到底有沒有降低？有沒有達到你們當初的政策目標要以價制量？第 2 個，如果有降低的話，是必要還是不必要的醫療，我們其實都不知道。所以整體來講，謝謝健保署願意做這樣的監測，但很重要的是對數據做解釋時，你們應該要能夠說服我們，也不用一定要說政策很有效。</p>	<p>且複雜，該政策實施僅係抑制醫療資源不當使用之其中一項措施，且因調整幅度不大，後續仍待觀察。</p>
<p>第 1 個，補充資料投影片第 5 張「慢性病人(不含重大傷病)基層就醫占率成長」提到，較 112 年上半年增加 4.61%，且已超過疫情前同期占率。但是如果往前看歷年趨勢圖，從 110 年以來慢性病人基層就醫占率都超過 43% 以上，但你卻挑最低的 112 年 38.85% 做比較，說增加 4.61% 這是政策的效果，我覺得有點牽強。</p>	<p>(二)有關委員提及慢性病人基層就醫占率以 112 年進行比較疑義，本署係考量因 109 至 111 年民眾就醫情形可能受疫情影響，故以新制實施前半年(112 年上半年)和疫情前一年(108 年)之基期比較，以釐清政策之實施成效。</p>
<p>第 2 個，關於慢性病連續處方箋部分，除了開立率外，還有 1 個很關鍵的問題是慢箋釋出率，我們看到慢箋開立率增加，但是慢箋釋出率沒有明顯的變動，並沒有達到民眾在社區接受醫療照護的目標。</p>	<p>(三)本次部分負擔新制並無調整釋出慢箋案件之部分負擔，惟觀察整體慢箋釋出率近年已呈現穩定微幅上升，本署將持續監測。</p>
<p>第 3 個，補充資料第 77 頁「部分負擔調整與就醫次數關係」，的確慢箋第 1 次調劑部分負擔增加健保收入 23 億元，新制實施 1 年後，平均每人門診部分負擔較 111 年增加 299 元，但是部分負擔沒有對平均每人就醫次數產生減少的效果，甚至就醫次數是自 108 年以來的最高點，所以你們講到部分負擔新制有</p>	<p>(四)另就醫次數增加可能受人口老化和慢性疾病增加有關，部分負擔新制目的係為引導分級醫療，而非抑制民眾就醫。</p> <p>二、為解決急診壅塞，本署近期推動下列措施：</p> <p>(一)標竿學習：觀察台中榮總近五年急診病人留置情形顯著下降，邀請該院到署分享，其透過統一簽床制度、精實住院前準備(如 ERAS)等，並善用視覺化工具導入管理，有效降低急診 24 小時及 48 小時滯留率，作為本署各分區實務管理參考。</p> <p>(二)雙向溝通：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 經調查，醫院提出改善急診壅塞具體策略，如：輕症病人建議轉門

委員意見	相關單位說明
<p>效，我覺得要再重新思考。</p> <p>接下來請看補充資料第 78、86 頁急診部分，部分負擔新制實施後，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，你們說有改善急診壅塞，但是需要思考的是醫療機構有沒有 upcoding，要用什麼方式去監測。「急診檢傷占率與暫留時間」部分，急診檢傷 1、2 級在急診暫留時間是上升的，以醫學中心檢傷 1 級為例，113 年上半年比 112 年下半年還要多出 1 小時，所以要說政策有發生效果的論證，恐怕還有一點距離，不能解釋為有改善急診壅塞，急診轉不出去的問題還是要解決。</p> <p>補充資料第 78 頁「急診申報件數變化」提到，部分負擔實施 1 年後，地區醫院件數占率較疫情前增加，但從 112 年下半年實施，不管有沒有實施部分負擔，地區醫院急診申報占率一直增加，所以硬要說是部分負擔的效果，要歸功於這個政策效果，我想是不太合理的，以上謝謝。</p>	<p>診、改善及優化急診處理流程、提升病床周轉率、成立跨部門專案小組，定期開會協調改善方法、加速病房出院流程等。</p> <p>2.為瞭解醫院實務執行困境，113 年 4-5 月間本署偕同急診醫學會與醫界召開 6 次會議共同研析急診壅塞原因，歸納如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1)疫後病人至急診就醫人次增加。 (2)因醫院開床數減少，病人多留置急診室等待健保病床且不願意轉院。 (3)大型醫院護理人力不足致住院醫療供給受限。 <p>(三)續依醫界所提建議刻正徵詢學會及急重症領域之專家意見，俟將前述意見蒐集完成後，邀集台灣急診醫學會及台灣醫院協會召開急診品質提升方案修訂會議。</p>
<p>韓委員幸紋(議事錄第 75 頁)</p> <p>我想要詢問，補充資料第 74 頁投影片第 3 張提到「整體慢箋每次調劑藥費下降 26 元……」，理論上慢箋應該是非常穩定，為何實施部分負擔之後慢箋每次平均藥費反而下降？是因為民眾現在要付慢箋部分負擔，有經濟上的負擔所以換藥？還是確實有經濟上的負擔，所以努力改善病情，而不需要吃這麼多的藥？我覺得需要進一步分析，我還是</p>	<p>健保署回復：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、慢箋平均藥費下降除受部分負擔新制政策影響外，亦與民眾用藥習慣改變及健保藥價調整等因素有關。 二、另有關門診平均就醫次數，請委員參考投影片第 9 頁，其中中低收入戶及身心障礙者相較一般民眾之就醫次數之成長幅度相當，惟因其成長可能與人口老化及疾病型態

委員意見	相關單位說明
<p>不確定實際的影響是什麼。</p> <p>另外是比較基準的問題，補充資料第 80 頁投影片第 16 張提到，中低收入戶與身心障礙者就醫次數並無減少，可是這裡並沒有附上整體的資料，整體來講就醫次數一直在成長，然後你說他們沒有減少，可是相較於其他群體而言，就醫次數成長幅度沒有這麼大，但是多少還是受到部分負擔新制的影響。至於哪一些是部分負擔新制的成效？也呼應剛剛劉委員提到的，要先回到當初部分負擔新制到底想要達成什麼目標，從這份報告我有看到一些結果，但看完以後問號蠻多的，實際效果到底是什麼？我還不是很清楚，以上。</p>	<p>改變（如新興傳染病），與部分負擔政策新制實施之關聯性有限。</p> <p>三、另部分負擔新制實施目的係為強化落實分級醫療，使資源能更被合理使用，爰本署針對幾項觀察指標（如基層就醫率增加及慢篋平均藥費減少等）之變化有觀察到短期成效，惟其實際效益仍待持續觀察，據以做為未來政策持續滾動檢討之參考。</p>
<p>陳委員杰(議事錄第 76 頁)</p> <p>另外補充資料第 81 頁「中低收入戶/身心障礙者急診就醫」提到，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、中低收入戶增加 68 元，至於一般民眾增加 149 元，這部分就先不談。我認為身心障礙者比中低收入戶者更值得我們去關心，為什麼身心障礙者的部分負擔增加金額反而比較高，中低收入戶反而比較低？這點也請相關單位說明，以上提出這 2 點請教，希望可以給我答案，謝謝。</p>	<p>健保署回復：</p> <p>身心障礙者(如精神病或中風等)可能具較高之醫療需求，爰增加金額可能較中低收入戶者高，惟均較一般民眾為低。</p>
<p>李委員永振(議事錄第 76~77 頁)</p> <p>剛才劉淑瓊委員所提的論點我完全贊同支持，我這裡有 1 點請教及 1 點想法。請教的是補充資料第 77 頁投影片第 10 張「部分負擔金額變化」，部分負</p>	<p>健保署回復：</p> <p>依本署於 113 年 4 月 24 日於本會議報告部分負擔新制實施半年之報告，112 年下半年增加之部分負擔金額係相較於 112 年上半年（約 21 億），本次報</p>

委員意見	相關單位說明
<p>擔實施 1 年後，部分負擔金額較前 1 年同期增加約 52.7 億元，四捨五入後約 53 億元，我記得今天下午「全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議」資料提到，112 年 7 月「修正保險對象門診藥品及急診應自行負擔費用」增加約 33 億元，如果這樣推估的話，以 1 年增加的金額和半年增加的金額來看，後面的半年增加金額只有 20 億元，為什麼會有這個差異？去年下半年增加約 33 億元，今年上半年增加約 20 億元，是因為比較的基礎不一樣，還是就醫院所的層級有轉變？這是第 1 點請教的。</p> <p>再看今天的報告，如果部分負擔新制真的有成效，這個前提要先確立，將來可以思考如何去檢討，就是符合我們一直強調的使用者付費，現在社會已經有這種想法，年長者是有付費能力的，其用的比較多、繳的比較少，如果是這樣的話，可以結合一起思考，這樣比較符合我們一直在強調的使用者付費原則，對健保財務也有幫忙。</p> <p>另 1 個前提是剛才陳杰委員提到，針對弱勢族群的配套措施一定要一起規劃，才可以真的讓部分負擔新制越走越好，以上謝謝。</p>	<p>告係以 112 年下半年及 113 上半年與 111 下半年及 112 上半年比較，約增加 52.7 億元。</p>
<p>陳委員石池(議事錄第 77~78 頁)</p> <p>另外我要提的是，補充資料第 78 頁投影片第 12 張，這是 1 個問題。因為這裡提到檢傷分類第 1、2 級醫學中心及區域醫院較疫情前下降，這是好事</p>	

委員意見	相關單位說明
<p>情，可是地區醫院第 1、2 級的重症病人，從 108 年開始逐漸上升，雖然今年比去年少一點，可是趨勢是上升，這才是問題所在，檢傷分類第 1、2 級重症病人在地區醫院增加是不對的，應該在區域醫院、醫學中心就醫才對，建議健保署重視這個問題，地區醫院的重症病人增加是危機，對病人來講不是好的事情，請健保署好好留意此事，看什麼地方有問題需要重新考量，以上謝謝。</p>	
<p>何代理委員語(陳委員鴻文代理人)(議事錄第 79~80 頁)</p> <p>今天看到部分負擔新制實施的報告，監測實施 1 年的成效檢討報告，基本上，現在整個醫療結構、醫療生態有很大的變化。第 1 點就是門診手術大幅增加，過去很少門診手術，現在很多都改成門診手術，早上病人接受門診手術下午就離開醫療院所了，門診手術比率越來越高，如果大家有興趣，我可以陪大家去大醫院看螢幕標示就知道，門診手術就會標示門診手術，住院手術標示住院手術，我看下來標示門診手術比率相當高，大約三分之一左右，所以健保署也要考量醫療型態的改變，規劃不同的給付方式、規範等因應策略，這是必須要思考的。</p> <p>第 2 個慢性病連續處方箋部分，有些醫院醫師開 3 個月，就是看診後開立 3 個月的慢連箋，也有同醫院醫師開立 2 個月，同科別醫師開 3 個月或 2 個月，請問不能開 6 個月嗎？我也曾經請教</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、依全民健康保險醫療辦法（下稱醫療辦法）第 14 及 22 條規定略以，保險對象罹患慢性病者，經診斷須長期使用同一處方藥品治療，醫師得開給慢性病連續處方箋，同一慢性病連續處方箋，應分次調劑，每次給予 30 日以下之用藥量，總用藥量至多 90 日。惟病人所需治療及用藥天數，應回歸醫師依臨床專業評估。</p> <p>二、另考量船員可能因長時間出海之用藥需求，醫療辦法已於 113 年 8 月修訂放寬符合特定情形，醫師得開立大於 180 日以下用藥量。船員如有特殊情形，經保險人認定得開給大於 180 日以上用藥量。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>過，6個月2天吃1次藥也一樣活好好的，3、4年還是活好好的，所以可以思考能不能改為6個月1次？為什麼一定要3個月1次，而且針對不同型態，醫師處理方式也不同，也有2個月或3個月回診1次的情形。</p>	
<p>侯委員俊良會後書面意見(議事錄第81~82頁)</p> <p>依據健保署所提供的資料，新制部分負擔調整實施後，達到了促進分級醫療、改善急診壅塞等目的。然而，投影片第4張，用基層診所就醫件數占率增加，來證明促進分級醫療的效果，但仔細看，實施後的占率為70.25%和70.39%，其實比疫情前108年(71.18%、70.81%)及109年上半年(70.82%)還低。且同時期，醫學中心的占率也增加(8.80%到9.36%)，以上數據如何證明促進分級醫療效果？</p> <p>投影片第7、8張及第10張，呈現部分負擔增加的變化，只能顯示民眾的負擔提高(此為改變收費的必然結果)，不知和分級醫療的關係為何？且從第9張看來，門診平均每人就醫人數仍微幅增加，顯示民眾就醫次數並未受到抑制。</p> <p>投影片第11張，地區醫院急診件數占率增加，雖然同時醫學中心的占率減少，但這是從整體件數所占的比率來看，是否可證明醫學中心急診壅塞的狀況已有緩解，不無疑問。今年6月，仍有媒體報導醫院急診室排隊爆滿的現象，應透過如急診暫留時間等其他數據</p>	<p>健保署回復：</p> <p>一、基層就醫件數占率於疫情期間(109年至111年)明顯下降，自111年下半年才緩慢回升，考量疫情可能造成民眾就醫習慣改變，將持續觀察指標變化情形。</p> <p>二、另113年上半年受類流感、腸病毒等傳染病影響，急診件數成長，惟就地區醫院或醫學中心之件數占率變化難以推測急診室是否有擁塞情形，本署已訂有急診暫留超過48小時等指標，將持續進行監測管理。</p> <p>三、另針對急診檢傷案件占率變化，經觀察檢傷4、5級件數占率在各層級醫院有相對較明顯幅降，醫學中心及區域醫院檢傷1、2級件數占率則與疫情前相當，故推測部分負擔新制實施應對減少輕症急診就醫略見成效。</p>

委員意見	相關單位說明
<p>進行監測。</p> <p>投影片第 12 張，急診檢傷分析，單看輕症(4、5 級)占率下降，可以解釋為民眾就醫行為的改變(減少輕症掛急診)，但同時急重症(1、2 級)在醫學中心及區域醫院的占率也下降，因此似乎無法據此論證民眾就醫行為有顯著變化，請問如何解釋？</p>	

附錄三

全民健康保險 114 年度保險費率審議前專家諮詢會議紀錄 (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 113 年 10 月 23 日下午 1 時 40 分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：曾幼筑、彭美熒
許至昌、李德馥

出席者：(依諮詢委員姓名筆劃排序)

李諮詢委員永振、連諮詢委員賢明、韓諮詢委員幸紋

列席者：

本會委員(依委員姓名筆劃排序)：王委員惠玄、江委員錫仁、吳委員鏘亮、
李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全國聯合會林副秘書長恆立代理)、
周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、林委員淑珍、林委員
員綉珠、侯委員俊良(中華民國全國教師會社會發展部王主任英倩代理)、
張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、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)、
黃委員小娟、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、
詹委員永兆、劉委員淑瓊、滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員
員力嘉、鄭委員素華(全國工人總工會鄭幹事怡伊代理)

本部社會保險司：陳副司長真慧、陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋、郭科長乃文

中央健康保險署：龐副署長一鳴、陳組長美杏、劉組長林義、張副
組長菊枝、洪專門委員于淇、賴專門委員秋伶、盧專門委員麗玉、
溫科長怡珺

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。

貳、報告事項：中央健康保險署(下稱健保署)報告「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)」：略。

參、討論事項及題綱

(一)就健保署研擬「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)」之意見。

(二)面對未來人口高齡化及多重慢性病等醫療需求增加、新醫療科技費用漸趨昂貴，健保支出將持續成長，惟少子化及勞動族群減少等人口結構改變，將影響健保收入，致成長幅度有限。如何縮小收支落差，落實開源、節流相關措施，是健保須持續面對的挑戰，請問您對短期、中期、長期開源、節流措施之看法與建議。

(諮詢委員與本會委員意見摘要，如附件)

肆、主席結論

感謝各位諮詢委員及本會委員提供寶貴意見，請健保署參酌會中所提意見，修正全民健康保險114年度保險費率方案，於113年11月5日前提案至本會，俾於113年第10次委員會議(113.11.20)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午3時40分。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險114年度保險費率審議前專家諮詢會議 --諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)」之意見。

(一)114年度保險費率維持現行5.17%不調整：依據114年度總額協商結果及健保署財務推估，在維持現行費率5.17%下，114年底安全準備累計餘額為2.14(付費者方案)或2.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月原則，114年度可維持現行費率不調整。

(二)檢視財務推估準確度：健保署110~113年之財務預估值與實際值均有百億元以上的差距，且有增加之趨勢，有關政府每年是否補助健保及補助額度雖難以預測，仍宜分析產生差異之因素及探究是否具常態性，以減少推估之差距，提高財務推估準確度。

(三)請健保署補充、說明以下資料，以利本會審議114年度保險費率

1.驗算總額公式調整前後計算結果之一致性：衛福部於114年度調整總額基期計算公式，請以實際數值代入總額公式，以利了解調整前、後之計算結果是否一致。

2.110~113年健保財務餘绌差異影響因素分析：110~113年健保財務在費率5.17%下，分別短绌155億元、結餘113億元、339億元、276億元，請分析造成前述結餘或短绌差異之原因，惟須扣除外來因素影響金額(如：政府挹注健保安全準備及補貼點值金額)。

3.保障點值0.95元的對應管理措施：立法院通過主決議要求於114年6月30日前達到平均點值1點0.95元，估計健保署尚需籌措300億元以上的財源，請問健保署在實務上採取哪些對應的管理措施，以利委員瞭解目前規劃辦理情形。

4.提供規劃調整補充保險費費率之資料：近日媒體提及目前有調整補充保險費費率之相關規劃，其涉及健保財務收入，亦將影響一般保險費費率之調整時機，爰請於費率審議時一併提供相關資

料。另投影片第13張補充保險費推估方法，114年各項補充保險費持續緩降，尤其在高額獎金與股利所得都大幅下降，請說明推估補充保險費持續緩降的具體依據。

5.未來年度總額成長率納入敏感性分析：健保收入或支出的低估對財務的影響不同，支出低估的影響比較大，在第22~25張投影片中，115、116年的總額成長率均以4%左右推估，若實際成長率超過5%，調漲費率的時間點可能會提前，建議健保署將未來年度的總額成長率納入敏感性分析。

6.投影片第 16 張其他保險收入推估方法：

(1)菸捐分配健保安全準備比率從 90%下降到 70%，再由 70%下降到 50%，去年又修法與醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費共用這 50%，請問 114 年有多少比率分配給安全準備？

(2)說明 4 提及，其他收入 114 年含括行政院健保財務協助方案中，以公務預算挹注健保基金之生理食鹽水供應鏈穩定專案 11 億元及罕病藥費 20 億元，另 114 年以公務預算支應暫時性支付癌症藥品 50 億元，請說明其在健保基金之列帳方式。

二、面對未來人口高齡化及多重慢性病等醫療需求增加、新醫療科技費用漸趨昂貴，健保支出將持續成長，惟少子化及勞動族群減少等人口結構改變，將影響健保收入，致成長幅度有限。如何縮小收支落差，落實開源、節流相關措施，是健保須持續面對的挑戰，請問您對短期、中期、長期開源、節流措施之看法與建議。

(一)對短期開源節流措施之看法與建議：

1.整體盤點收入面各項措施，確立改革方向：近來健保收入面的相關討論，集中在補充保險費收取制度，惟其僅占整體保險收入 10%以下，主要問題仍在一般保險費收取方式，爰宜整體盤點目前所蒐集之各項可行做法，提出明確改革方向，必要時與財政部共同研議，謀求未來稽徵實務之可行方案。

2.政府應負擔健保總經費法定下限36%議題之討論：行政院政務委員於104、106年協商政府應負擔健保總經費法定下限36%相關計算公式時，當時政府財政較為困難，惟健保安全準備累積金額較高，現在情形已經反轉，爰建議就36%相關議題重啟討論，包括：健保法施行細則第45條恢復二代健保原先立法內容，36%計算公式中應提列安全準備之定義等。

3.活化運用現有資金：114年預估投資收益率為1.52%，如能活化運用現有資金，將投資報酬率提高至5%，推估1年可增加52億元收入，幾乎等同112年7月調整民眾部分負擔費用所產生的財務效果。

(二)對中長期開源節流措施之看法與建議：

1.參採行政院對114年健保總額範圍核定函之重點提示：參採行政院對114年總額範圍核定函之重點提示，正視健保財務收支失衡問題，及早規劃並提出相關改善措施，包括：檢討總額公式、研議節流效益如何回饋至總額預算等。

2.財務改革須收支並行考量：健保制度面改革須一併考量收入面(收費制度)及支出面(總額成長)的各項因素，制度才能更為完善。

3.預為考量人口結構改變之影響：現行一般保險費以薪資所得論口計費，對年輕人、多眷口家庭、以薪資為主之被保險人較為不利，致使工作年齡世代成為保費的主要負擔者，造成世代分配不公問題，未來調整收入面相關作為時，宜一併考量人口結構改變的影響。

4.其他補充財源：完善所得資料，以掌握民眾經濟能力，研議將詐騙集團不法所得及地下經濟所得納入費基，亦可爭取房地合一稅作為健保之補充財源。

全民健康保險114年度保險費率審議前專家諮詢會議 與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)

【諮詢委員】

連諮詢委員賢明

各位好，這邊有3點意見：

- 一、第1，今天比較重要的應該就是有關114年度的保險費率部分，剛剛做了幾個分析，不論總額成長率是採付費者代表版本或醫界代表版本試算，以目前費率5.17%的推估來講，114年底安全準備應該都在法定的1~3個月保險給付支出的範圍之內，這個結論應該跟健保法的規定相符，也就是目前估算的114年底安全準備，都還在1個月保險給付支出之上，這是第1個比較重要的。
- 二、第2，關於財務推估，政府的補助是比較難預測的，不過各位看一下這幾年的實際數跟前1年的預估數，都有超過百億元以上的差距，建議健保署可以針對這個部分加以分析，過去可能是因為這幾年股票市場比較好，或因為景氣、一些產業狀況比較好，使得不論是補充保險費或是一般保險費的收入都比較高，而這是不是會變成常態？可能要再加以分析，不然每年的推估差距都會超過百億元以上。
- 三、第3，本案的敏感度分析看起來是蠻完整的，假設114年起補充保險費、部分負擔金額是增加5%或減少5%左右的假設是合理的，不論如何，基本上這些波動應該不會造成第1個主要結論的變化，也就是說到114年底健保安全準備都會超過1個月保險給付支出，所以我建議按照目前的結論，也就是健保費率就維持5.17%。

韓諮詢委員幸紋

- 一、還沒開會前，大概就知道今年不會調費率，所以先就談一點其他的。今天早上開健保會委員會議時，就提到我們的制度常常改了後，又跟另外一個部分出現矛盾，所以是不是很多政策、做法應該通盤討論，我就想到今天下午的諮詢會議，報告事項內容至少

占了三分之一的篇幅，報告裡面有提到的方案，我在疫情前幫社保司做的各種方案評估應該都有，包含優缺點、可行性、收入多少。疫情過後，我一直在健保會問收入面未來改革方向是什麼？而不管我是會後書面意見或是會中詢問，健保署會後都是貼一模一樣的回應內容給我，大意是：我們已經成立1個小組，會再開會討論，現在看起來這會議也開了大概3場，重點是到底政府收入改革的方向是什麼？這是我一直很想知道的。

二、延續我之前在委員會議所提，比如家戶所得制之類的討論，現在在一般保險費中，世代分配不公的問題，有個很大的原因就跟論口計費制有關。以高齡長者來說，可能大部分是以資本報酬為主，不是來自於薪資，可是現在一般保險費是以薪資為主，然後還論口計費，會導致我們這個年齡層，上有老、下有小，像我媽媽及我女兒都依附在我這邊投保，所以我要付好多人的保費，類似這樣的問題，到底我們在制度上有沒有要調整？我想知道目前方向是什麼，要往哪裡討論。不然說真的，我寫一份報告都比今天的會議資料還厚，我那本報告寫了500多頁，社保司當初對我的報告鎖了權限，我不能對外公開，不知道可否授權我提供給大家參考。疫情過完，都4、5年過去了，到底我們調整的方向是甚麼？比如說，醫界也會期待總額是不是成長一點，今天上午委員會議有一大段時間討論R值、S值，我覺得李飛鵬委員講的才是重點，餅就是不夠大，怎麼分都會一直打架，但是收入不做大的話，餅不可能做大。

三、很多人問我支不支持費率持續上升，這句話我又講不出口，因為在收費制度沒有改革的情況下，媒體問我，我都是說現在收費制度對3群人特別不利：

(一)第1個是年輕人，後出生世代，我的學生們一開始工作就以費率5.17%開始往上走，但是我們一開始出社會，是從費率4.25%走到現在快50歲了才5.17%，但現在小朋友是一出來社會就要用5.17%去繳健保費，開始往上升，而我們人口老化速度非常快，後面費率上升速度會很高，一開始負擔就很重。

(二)再來就是負擔多眷口的人，台灣有一個特殊設計就是論口計費，現在很多討論都是來自這個制度的問題，退休後一個問題是怎麼依附投保，之前說65歲以上要補助健保費，就有人問為什麼不補助小孩健保費，因為老人小孩都一樣是受撫養的情況，小孩是完全沒有經濟能力，可是長者可能有經濟能力，像我媽媽到底有多少錢我到現在還沒搞清楚，我媽也不會告訴我，但他們是有相當經濟能力的，兩者不太一樣，真的要問我，我覺得不如補助小孩健保費。早上也有提到少子化程度，今年還沒過完，但今年出生人口會達到15萬人嗎？今年雖是龍年，但完全沒有龍年效應，很可怕，即便龍年都無法鼓勵大家生小孩。我12歲的女兒已經告訴我她不生小孩了，我上課也問我的學生，他們都說不想生，負擔太重了。我想如果大家都不生小孩，這是很可怕的事情，另外我在捷運上遇到孕婦的機率也大幅下降，我現在根本不用抬頭看有無孕婦、要不要讓座，連想要讓座都沒機會。

(三)我覺得整個政策方向，真的要做完整的盤點，我們要討論的方向，就是我們現在收費制度最大的問題在哪裡，剛剛說後出生、多眷口，還有1群就是以薪資為主的人，一共3大群，也都是年輕人為主。所以我們要先搞清楚最大問題在哪，才有一個方向去改。

四、就算我們有一天採家戶所得制，是不是所有問題都解決了？也不是。以我剛剛提到所得資料來講，事實上台灣所得資料缺漏程度很高，所以可以理解健保剛開始為什麼要設計為論口，因為打開紀錄，4成的人沒有任何所得資料，連薪資資料都沒有，比率就是這麼高，只好用論口把薪資膨脹一點，再來課費。發現這個問題後，再看國外改革狀況，或是我們實際用資料分析後，建議朝向針對特定身分或是甚至全面比對，是不是要把一些人的財產納入，而最大原因就是我剛剛講的，事實上財產衍生的資本報酬，在台灣的資料取得上是非常不完整的，像是我剛剛講的租金有9成以上都沒有申報資料，其實利息也都是高度逃漏。所以這個部分，我覺得我們要先了解實際狀況、問題到底在哪，然後才能找到改革

方向。不然就是一直諮詢，做很多會議紀錄，我也寫了500多頁報告，就把它放在那邊繼續放著，其實台灣5年、10年制度都沒有任何改革啊！連補充保險費從102年開始實施，到現在也超過10年，台灣沒有更大型的改革了。

五、最近討論到補充保險費的部分，我才說到好像收入面都只看補充保險費，其實它在保險收入的占率不到10%，但我們一直盯著它，我不是說它沒有問題，但我覺得主要問題是在一般保險費的收取方式，所以還是很期待衛福部是否有比較明確的方向，討論上才會比較聚焦。

六、蒐集這麼多意見，如果健保署要從這些意見找出改革方向，我強烈建議可能要找財政部討論，我圈了大家寫得很開心的幾個方向，如家戶所得制，完整所得資料還是要跟財政部要；或者提到營業稅、環境稅、菸品健康稅、房地合一稅、檳榔稅、特種貨物及勞務稅(或稱為奢侈稅)等等都是稅，到底哪一個可行性比較高，我覺得可能還是要跟財政部討論一下；譬如說食品健康稅，不管它叫做稅還是捐，先以含糖飲料課稅為例，我上課時候詢問同學，台灣真的要課徵的話，要怎麼課徵？台灣最常喝的含糖飲料是手搖飲料，而不是可口可樂，要怎麼課稅？我甚至還請同學把他們拿到的電子發票拿出來，上面可能只寫飲品名稱如珍波榔，你怎麼知道它有沒有加糖？所以怎麼課徵，可行性在哪裡，這涉及稽徵實務上的問題。因此，我還是強烈建議這些方案盤點彙整後，能不能很有系統性與財政部做一些討論，譬如檳榔稅或捐，現在根本沒有，它最大的問題是怎麼課徵，實話說檳榔攤連營業登記都沒有，去哪裡找它？你在路上看得到，但是怎麼向它課徵？跟攤販邏輯一樣。

七、前述主要談收入面，如果真的要盤點制度上的改革，還是要同時看收入、支出，光討論其中一個，比如總額以後怎麼改，但是收入跟不上，以現在的收費制度要怎麼支持總額，費率持續上升嗎？後出生的世代、多眷口的家庭、以薪資為主要所得的年輕人怎麼辦？負擔越來越重，有效費率越來越高，不能只看5.17%，那是名

目費率，如果真的考慮到有效費率，是非常高的，還要持續上升嗎？我有時候看著我的學生們，都覺得對他們很不好意思，一出社會就要面對這個，勞健保都是一樣的問題。

八、我還是很期待衛福部能夠儘快找出改革方向，若有可能希望在討論前，先就可行性做評估，有一些方向後，我們才有可能更仔細討論到底整個制度應該怎麼改革，往哪個方向走會比較好。

九、補充一下剛剛提到的部分負擔問題，因為台灣一直沒有很好的資料可以確認民眾的經濟能力，所以一大堆人沒有所得資料，導致部分負擔改革層面就很侷限，這問題可能涉及的層級又更高一點點，我還是很期待可能先往這個方向，把相關資料建置起來，若真的可以掌握民眾經濟能力，不只是收費制度，部分負擔也是可以改革的方向，比如說有些人真的有醫療濫用問題等等，所以制度應該是共同去努力改革，不只醫界、政府，民眾也要一同努力，制度才能繼續run下去，否則單靠一邊、把所有壓力壓在某一邊，這制度就會有點缺角，是走不長遠。

十、如果真的採用家戶所得制，何語代理委員提到的三分之一未申報戶，不會收不到健保費，因為在現在的收費制度下，就有四成沒有薪資資料，例如農漁民及地區人口，就維持目前的收費方式。採用家戶所得制，至少對那六成會相對現在公平。那四成沒有所得者可以透過參考財產收費，現在就可能可以收費，所以沒有何代理委員講得這麼嚴重，稽徵程序上面完全沒有問題，國稅局光是營所稅查100萬家企業，也才動用1千人查稅，稽徵人力沒問題，現在制度就可以收費，不需要國稅局增加人力。

十一、財務收入面、支出面都可能有低估，只是對財務的影響不同，若收入低估，多收的就會回到基金裡，比較沒問題，但是支出低估的影響會比較大，若實際成長率確實高於估計的成長率，譬如現在推估114~116年都是在4%左右，萬一明年、後年、大後年都是5%，對財務影響就會很大。建議健保署之後的敏感性分析能提供幾個版本，若總額成長率比較高的時候，調高費率的時間是不是

會提早。

十二、我最近在做長照收入面的預估，發現房地合一稅近年有幾個變動：第1，房價一直在成長，有一部分是營建成本大幅上升，這是國際環境的問題。另外在110年之後，房地合一稅的課徵範圍加大，增加預售屋，如果公司大部分都是不動產，股權交易時可能會課徵到房地合一稅，所以課徵範圍也變大。另外房地合一稅規定取得日期在105年之後就會進入房地合一，隨時間經過，現在市場上交易的不動產有越來越高比重會進入房地合一，所以這幾年房地合一稅成長速度非常快。這個稅收本來都用在長照基金，但是從2024年開始，財政部要求不行只給長照，至少10%注入住宅基金，我最近看預估，衛福部自己打折，只有八成會進入長照基金，建議可以去爭取這一成差額。房地合一稅指定用途之一是社會福利政策，這可能是我們可以爭取的方向。

十三、健保費率是最終結果，只要有可能影響到費率的因素，廣泛來講確實都可以在審議費率時討論，而收取補充保費的上下限調整，確實有可能會影響費率，我的理解是這些議題在費率審議時一併討論應該是OK的。

李諮詢委員永振

一、第1個議題，有關114年度保險費率方案(草案)，依據健保署資料，不論114年度總額成長率採付費者或醫界版本，明年底安全準備都超過2個月保險給付支出，所以114年度保險費率維持5.17%，應該是可以的。依健保署推估，115年底的安全準備，無論是付費者代表或醫界代表的版本，都有1.2個月以上保險給付支出，所以看起來好像沒有問題，因為衛福部邱泰源部長也是依據這份資料，對外宣布健保費率2年不會調高，但是我看到下面2個現象不太安心：

(一)第1，財務推估產生的誤差：剛剛連諮詢委員提到，最近2年健保署推估好像誤差有擴大的跡象，110年的誤差大概是107億元，111年誤差是238億元^(註)，所以我看了一下健保署113.9.5提

供的資料，113年是短绌18億元，但是本次會議資料第32頁的113年變成結餘276億元，差了294億元，我用115年的平均每月保險給付支出算了一下，大概是0.39個月的保險給付支出，不過還好這次誤差是正面的，結餘會增加。既然財務推估有這麼大的誤差存在，誤差會不會是反向的？如果115年誤差是反向的，年底安全準備就剩不到1個月了。

註：依111.10.14全民健康保險112年度保險費率審議前意見諮詢會議資料，健保署簡報第4頁。

(二)另1個現象，也在健保會裡面講過好幾次，立法院附帶決議保障點值0.95元，到底現在財源找得夠不夠？我不曉得。如果不夠的話，將來也是一個風險，大概這是我對115年的展望，所以115年財務狀況需要再持續觀察，不能篤定認為不調費率。

二、建議健保署提供下列3項資料，在下個月委員會議費率審議時給委員參考：

(一)第1項，剛才提到總額基期的計算公式有改變，我想請健保署用實際數字代入，讓委員了解總額基期新舊算法的計算結果，如果是一樣的，這樣大家就會比較放心。我為什麼這樣講？因為以前我們是用公告的數據為基礎，再做修正調整，調整的部分都是減項；今年情形剛好改過來，也就是公告金額比較少(8,755億元)，加上人口差值後，今年基期才會用8,802億元，差了47億元。這47億元有什麼意義？我們在上個月花了一整天(113.9.25)進行114年度總額協商，搞到晚上10點，最後兩案併陳，付費者跟醫界版本的差異是50億元，這邊公式一調就差47億元。各位思考一下，如果基期公式跟以前做法一樣，都是多給再扣回，這時候調整大家還比較不會有疑惑，無巧不巧，以前為什麼不調公式，今年剛好這樣調整？實在太恰巧了。為什麼會這樣子，衛福部薛瑞元前部長112.6.2主持會議時，說醫療服務成本指數成長率要採用4年平均，但到最後數據出來又反悔，今年雖然一直追，還是沒有用4年平均去算數字。所以加上這些因素，我心理上就好幾個問號在等著，所以請健保署下個月提案時，可以用實際的數字代進去，

給大家了解、放心。當然健保署可能也不能單獨作業，可能要跟社保司或跟健保會同仁協助合作，提出資料讓大家放心。

(二)第二點，請看會議資料第32頁「111年至114年健保財務收支情形表」，110年是短绌155億元、111年結餘113億元、112年結餘339億元，113年結餘276億元，雖然前述數字是包含制度外的影響因素，但是在一般保險費率同樣都是5.17%的條件下，產生非常不一樣的結果，原因到底在哪裡？

所以可能在分析時要把制度外其他因素的影響金額扣掉，譬如：112年政府特別挹注健保收入240億元，但是其中有80億作為補點值之用，所以實際上挹注健保是160億元，扣掉這160億元後，112年還有結餘179億元；113年政府挹注健保收入200億元，但是目前還沒看到補貼點值的影響金額，當年度結餘270億元扣掉200億元後，還有76億元的結餘。

可不可以請健保署進一步分析造成這種差異性的原因，當然其中一個很重要的因素是補充保險費的增加，還有111年、112年總額成長率也比較低，約3.32%左右，請健保署可以進一步看有沒有其他因素，造成這幾年健保財務餘绌上的差異。

(三)第三點，立法院通過主決議保障每點平均點值達到0.95元，健保署找財源很辛苦，就目前知道的訊息，應該還有300億元以上找不到財源。因為今天早上委員會議提到總額基期還留著111億元重複計算，及健保法施行細則第45條政府已負擔保費認列範圍排除其他法令的134億元，加起來只有200多億元，其他找不到財源的金額怎麼辦。點值要達到0.95元應該要有相對的管理措施，是不是可以在下個月委員會議提出來？如果出現去年在委員會議反覆討論補點值的情況，事情就會變得比較複雜。以上3點請健保署協助提出進一步的資料給委員參考。

三、關於第二個議題，以健保會的法定職掌，在費率審議前一定要

蒐集相關意見，今天的會議資料裡，也看得到最近3年有很多很好的意見提出來。但是到目前為止，除了投保金額上限開放外，好像被採納的意見很有限，所以現階段除了繼續蒐集意見以外，是不是應該盤整已經蒐集的意見，更重要的是已經蒐集的意見要怎麼應用、活化。除了這個重點之外，下面再提4點意見：

(一)第1點，建議衛福部參考行政院每年核定總額範圍公文提示的重點內容，國發會在公文裡面都有提出對健保制度很好的提醒，可以說是未雨綢繆及超前部署，這邊提出有3個思考方向：

- 1.國發會在105年核定106年度總額範圍時，提出健保財務嚴重收支失衡，應該開始規劃健保財務制度改革，到現在已經8年，我個人的感受是好像失衡沒有拉回來，又繼續傾斜，這個問題應該正視，不然健保財務就繼續傾斜、失衡更加嚴重。
- 2.總額公式檢討從107年開始也講了4年，今年還特別提醒檢視移出由公務預算支應的111億元部分有沒有重複計算，這個議題在早上委員會議已經討論很多，我就不再贅述。
- 3.彙整節流效益，研議如何回饋到總額預算，從109年開始也講了3年，還不包括在委員會議裡的討論。關於行政院核定總額範圍公文有以上3個方向值得好好思考，這是第1點建議。

(二)有關政府應負擔健保總經費法定下限36%的計算問題，從106年迄今已超過7年，現在應該是解決問題的時候了。目前我們的處理方式是採用104、106年行政院的協商結論，我對協商結論凌駕法律之上一直有所疑慮，那時國家財政比較弱、健保財務安全準備累積很快，尚可接受協商結論；但是現在政府跟健保的財務狀況已經反轉，最近幾年國家稅收都有超徵，但是健保每年費率審議時，都需擔心安全準備有沒有到1個月保險給付支出？現在是面對這個問題的時機，如果需要的話就重啟協商。

這問題應該分成兩部分，一個是政府已負擔保險費認列的範圍，有沒有包含其他法令的規定？之前健保法施行細則

第45條修了之後，爭議很多，例如應該有牴觸健保法第27條的疑慮，這部分社保司在111年全民健保財務調整措施中，曾經提出解決方案，但很可惜沒有後續進展，這次好不容易爭取到公務預算134億元。我建議這部分應該正式入法，就是把健保法施行細則第45條恢復到二代健保施行時的內容，排除其他法令規定補助的健保費，這樣計算內容比較明確。

另一部分是36%計算公式，目前爭議點是「應提列安全準備」，請看會議資料第32頁「111~114年健保財務收支情形表」。社保司以前一直說健保法第76條第1項是規範安全準備的來源，並不是應提列安全準備的法源，不過表格下方的說明五提到，安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，它把這個文字列進來了，但是後面列舉的4項，就是第76條第1項規定5項中的4項，這邊我就存疑，如果要用這項規定，法條規定有5項就要用5項，為什麼只用4項，而且還創造「保險費相關收入用來支應保險成本後之餘額」這個名詞，這裡不是用「保險收入」，是「保險費相關收入」減掉保險成本後的餘額，這是第一點覺得怪怪的部分。另外1點，表格裡有一列「當年安全準備填補金額」，也是很奇怪，它所定義的「填補金額」是保險費相關收入扣掉保險成本短絀的金額，但是在健保法裡「填補」只發生在收支短絀時，也就是保險收入減掉保險成本後，有短絀才會動用到安全準備去填補，但是這裡又創造一個保險費相關收入減掉保險成本的短絀，好像跟健保法的規範不太一致，所以這裡應該可以再斟酌一下。

當使用到第76條第1項定義的5項內容時，其中第1項是指結餘，但是現在計算是代入實際營運值，當有短絀時，也是直接代進去就怪怪的。因為這筆財源會比較大，從二代健保開辦到112年審定決算，這兩個爭議的算法大概相差了1,309億元，這是第2個建議。因為表格裡的說明很難自圓其說，只能講當時行政院協商結論是那樣，但是我相信當協商時的討論沒有今天說明的詳細，每一個數據都可以提供給各位參考。

(三)再來是保費負擔問題，近年常提到費率再過幾年可能就會達到法律規定上限6%，我記得連諮詢委員當時提出預期116年平衡費率會破6%，不過因為健保署推估較為穩健保守，而且實務上有補充保費及政府的挹注，現在看起來似乎到117年左右才會碰到。昨天媒體也有報導，學者呼籲健保財務改革要直球對決，費率該調就調，而且費率上限可以往上提升。最近國發會也發布新版人口推估資料，我有特別留意人口結構的改變，今年評核會議吳肖琪老師還特別提到未來40年，工作年齡人口會減少450萬人，老年人口會增加300萬人。

如果以2040年來觀察比較，也就是民國129年，工作年齡人口的變動情況，今年2024年是占總人口69.1%，129年的工作年齡人口占總人口比率會下降到60.9%，15年內差不多就減少了8、9%。以前我們都分開看費率跟工作年齡人口這兩個議題，今天我就結合在一起討論。費率這邊不得不打開天花板，不要說調到10%，8%就好，但是過程中負擔保費的人口也在減少。分子(整體保費需求)在增加、分母(負擔保費的工作年齡人口)在減少，什麼意思？他們撐得了嗎？我是建議將來講到要把法定上限6%提高到8%、10%，可能要同時看人口結構的改變，但是我個人的感受。

(四)健保署114年費率方案(草案)資料預估114年投資收益率為1.52%，但是媒體報導勞動基金的收益率去年是兩位數、今年到8月為止的收益率更高。連續2年兩位數的成長，讓人欽羨，所以我突發奇想，假如把收益率由1.52%提高到5%，粗略計算明年安全準備一定在1,500億元以上。因為從健保業務執行報告看到，目前可運用資金是2,000億元，保守一點用1,500億元推估，如果收益率從1.52%提高到5%，將會產生52億元的額外收入。而部分負擔新制實施1年預估增加的收入是53億元，如果能善用投資，就可以在不增加病患的負擔下產生一樣的結果，提供給健保署參考，以上謝謝。

四、何語代理委員提到，如果補充保費收取上限的調整真的也屬於

費率調整範圍，那就要請健保署下個月也提出資料，因為記得以前補充保費的起徵點由5,000元調到2萬元時，好像沒有提會討論，雖然不是費率改變，是收取保費標準的改變，廣義來說也要提到健保會，如果狹義來說不是費率的改變，因為費率2%沒有動，所以就不用提，這也要去釐清。

五、部長對外講的話，應該是指一般保險費率，沒有包含補充保險費，所以才會那樣講。健保署現在看起來很辛苦，緊鑼密鼓在補充保險費那邊著力，規劃2.11%要調整到3%，是6項補充保險費都要調整到3%嗎？另外補充保險費上限還要往上拓展這個議題，也要區分開來，往上拓展算不算在健保會討論的權責？還是由政策決定就好。如果補充保險費費率2.11%有考量要上升到3%，那就應該要好好討論，今天談的都是假設一般保險費率5.17%不動，補充保險費費率2.11%也不動，另外個別項目的再另外講，這樣好像有點亂，健保署可能要考量一下到底怎麼定位，在法的規範裡面會不會有衝突。不然下個月討論完之後，出去的訊息最後好像不是這樣的話，就很麻煩、難收尾了，謝謝。

【健保會委員】

李委員飛鵬：

一、臺灣的健保制度真的是非常好的制度，讓很多病人不會因病而貧，或者有錢變成沒錢。我一直在想怎麼做體制內的改革？改革要談到加錢，大家都非常傷心、傷肝，真的是很難的事情。

二、我一直在想一個問題，我們都是每個月領一次薪水，但是健保給付一直都是用季結算，龐副署長是從資訊單位過來的，隨著資訊運算能力的提升，有沒有可能改成一個月算一次，以即時動態管理健保財務？就是改為月總額。如果是月總額，我們就可以動態管理，這個月超支了，所有人都可以立刻調整步伐，現在是3個月後再慢慢算，以前我當醫院院長的時候，真的碰到這問題，大概要在攤扣、核減以後，1年後才知道醫院的盈虧，

我實在不知道有沒有賺錢、還是虧錢，要怎麼管理，用季管理就不知道每個月該怎麼做比較適宜。

三、蘇東坡被貶到杭州的時候，因為他好客、薪水又不多，所以把1個月的薪水弄成30串，綁在一條繩子上，每天拿1串才不會超支。以前老外領薪水都是週薪，非洲也一樣。我們如果可以由季進化到月、到週、甚至到日總額，我相信我們的財務管理會更好。我只是拋磚引玉，在不增加保費的情形下，如果電腦技術夠強，也不會增加太多負擔，聽說長庚醫院健保總額申報在11月30日半夜按一下就可以送出去，有沒有可能做到這樣，我提出這樣的想法給大家參考。

滕委員西華

一、投影片第13頁補充保險費推估方法，114年的經濟成長率預估是3.26%，雖然CPI也在增加，但是114年補充保險費的預估金額下降蠻多的，特別是資本利得，就是股利所得下降很多。股利當然會隨著股市波動，雖然111年之後看起來確實有緩降趨勢，但是補充保險費的推估持續緩降，有什麼樣的具體依據？不是只有按照111年緩降的比例，就可以認為會持續下降，特別是經濟成長率在上升時，獎金跟股利所得都大幅下降。

二、第16張投影片，菸品健康福利捐分配收入雖然因為中低收入戶自付健保費改以公務預算支應，所以有增加幾億元收入。過去年度修法改變菸捐分配給全民健保的比率時，我們都曾經反對過，但是菸捐分配比率從90%降到70%，再從70%下降到50%，而且不僅只供給安全準備，還有HTA、醫審、經濟困難者補助都包含在內。署長對外公布HTA今年到明年的公務預算增加非常多，菸捐分配給HTA、醫審、經濟困難者都不能算是其他保險收入才對，因為沒有用在保險給付上面。請教健保署114年菸捐分配給安全準備的百分比有多少？說明4提到公務預算挹注生理食鹽水供應鏈穩定專案11億元，在協商時好像沒看到這項說明；罕病藥費20億元，請問是不是指暫時性支付那筆錢？如

果是暫時性支付那筆錢，請問適合放在這裡的收入嗎？罕病本來健保就有給付，暫時性支付幾十億元已經移出由公務預算支應，自然不會算到保險收入，但這裡有列20億元，為什麼癌症暫時性支付移出去，罕病卻要算保險收入。

三、關於平衡費率試算，從政治面來看，117年是總統大選，116年度的平衡費率，不管怎麼樣115年是必要調漲保費，按照歷史趨勢預估總額成長率在4%符合現實嗎？至少我不相信117年賴清德總統會給醫界4%的成長率，這樣就會錯估安全準備的餘額，就是保費的法定上限6%有可能在116年就要面對，可是到目前為止，我們只聽說社保司有邀請很多專家只修補充保費的上限6%，而不是修一般保費的費率上限。這樣的保險費率假設，當然不是健保署的責任，但我要提醒第22~25張投影片中，115年以後的數據都不可信。

四、健保署同仁回答罕病收支對列是答非所問，一定是對列，只是那20億元是協商時罕病公務預算撥補的20億元，還是額外的暫時性支付的20億元，因為暫時性支付就不能算是其他收入，就跟癌症基金一樣的性質，就是公務預算包括今年105億元那些項目一樣的性質，都不能算健保的其他收入。但是如果總額協商時通過的罕病經費，可是今年總額協商的時候並沒有收到公務預算補助健保20億元，就沒有這個項目，所以這20億元是怎麼回事？

五、總額協商的罕藥及新藥都是健保支付的，如果總額協商罕藥金額100億元，公務撥補其中20億元，那總額協商的罕藥就只能算80億元，沒有限縮罕病，因為20億元的來源是公務預算撥補，但是如果跟癌症基金、暫時性支付一樣，就是這次要移出去的50億元，當然就是額外會增加暫時性支付，那是增加對罕病的照顧，但是健保原本的金額沒有減少，早上還在談總額確定，那也會跟基期有關啊！我好奇這20億元是做什麼的，因為列在其他收入。

六、如果委託健保代辦或撥到健保基金執行的也要編在其他收入，暫時性支付癌症基金的50億元也是透過健保基金代收代付，也要編進來，目前只有生理食鹽水11億元及罕病藥費20億元這筆錢編進來的話，這樣子不行。但是如果罕病藥費20億元是給付已經納入健保給付的罕病藥費，這不符合健保給付及協商原則，因為比協商結果多20億元，如果由健保基金代付，付的是已經通過PBRS(註)給付的罕病藥費，就表示罕病藥費的專款費用明年將會多出20億元，也就是健保協商金額再加20億元，這樣收支對列沒問題，同樣下一屆健保會監督報告就要看到還有這20億元用在健保支出。但如果不是，這筆錢是暫時性支付，包裹的報告就應該是在癌症基金的50億元再加這20億元，不是50億元，癌症30億元、罕病藥費20億元，這樣癌症就少了20億元。你要列在這邊影響很小，我只是要搞清楚，像是剛剛黃委員講的，你可能回去再想想看，雖然占很小，但是會影響到我們估算收入的差別，因為以後看月報也會看到其他收入的變化，可能就要作一些調整，雖然不影響費率。

註：PBRS(Pharmaceutical Benefit and Reimbursement Scheme Joint committee，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議)

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

一、我在這裡強調我們支持政府調漲保費，政府自己說不漲、不調整保費，那是你的事情，以後醫界不要說點值不足，是我們反對調漲保費，我們在此公開表示，政府應該調整保費。另一個很納悶的是，113年累積結餘1,664億元，但醫界一直認為點值不足，是不是健保總額制度有待思考跟檢討改善之處？有沒有法令上可以修正的？這點我想提出來。雖然我們是總額制，討論完總額，就是這塊餅讓醫界去分配，可是分到後每天都在叫分不夠，到底發生什麼問題，國家的體制跟法令有什麼可以改善的地方？

二、滕委員講股利所得在下降，那是必然的，112年全國工商企業的所得稅少收23%，表示企業界較前一年少賺23%，既然所得稅少

繳23%，表示沒有賺這麼多錢，分的股利就少，股利所得繳的稅就減少，這是必然的現象。

三、中華民國臺灣在OECD國家，112年排在第40名，比韓國第36名、日本第35名、新加坡第5名、香港第22名，我們健保支出占國民所得的5.17%，我們的醫療支出是不是適當合理？如果不適當、不合理，該調整保費就調整，我建議現在法定費率上限6%，應該趕快改成10%。臺灣是低收入國家，總統、部長、軍公教都是低收入。日本、韓國、馬來西亞、香港、新加坡等國家，從總理、部長、院長、到軍公教的薪水都比臺灣高很多，臺灣醫生、教授的收入也很低，各行各業都是低收入，健保的占比要多少才合理的，這點也是我一直在納悶思考的。

四、在健保總額制度下，臺灣老百姓的自費醫療占比不低，約40~45%，因為我們不是OECD前十名的福利國家，全部醫療費用都由政府支出，教育費用也全部都是政府支出，可是他們稅率很高。臺灣平均所得稅率12.8%~13%，國外所得稅率約25~30%，但是他們的福利非常好，這一點是我們要思考的，我們的健保何去何從，如何做得更完善，醫界一直認為他們的收入、點值不足，講R值前進很痛苦，講點值也很痛苦，我們慢慢了解到，每個理事長回去要跟會員協調的痛苦，因為沒有人想要聽理事長的話，來到健保會，付費者意見又一大堆，我了解真的有很為難的地方。

五、詐騙集團的所得要不要繳納健保費，詐騙金額政府徵收幾百億元回來，為什麼不用繳健保費。另外就是地下經濟，剛剛講到家戶所得，為什麼財政部反對到底，財政部認為若用家戶所得課稅的話，有三分之一免繳稅的家庭到底要不要收取健保費，他們會認為沒有收家庭所得稅，卻變相收健保費，老百姓會反抗到底；另外財政部還要編4千位公務員收這些稅費，這4千位公務員的薪水是由健保費、還是財政部支付，所以財政部反對到底，家戶所得要財政部幫忙收健保費，財政部認為沒有力量編4千位公務員來幫忙徵收，所以反對到底。這些都是要思考的

變項，我們怎麼樣讓健保財務健全，給醫界的醫療所得也要很合理健全，這些都要思考，讓付費者在醫療照顧方面也得到更好、多面向的照顧，必須要做很大的改革。可是我們今天講到這裡，明天又考慮到選舉，什麼事情都沒有，又做不下去，往往就是這樣子，所以我很納悶，但是我認為政府該調整保費就調整，不要客氣，李委員很擔心一直調整保費，但他也認為該調整也是要調整，健保是保險還是福利，真的很難去區分，這都是我們必須思考的面向。

六、今天是114年度保險費率審議前專家諮詢會議，會議資料裡面的結論，只是提供試算結果，讓我們發表意見，再提下個月的委員會議決議要不要調整費率。但是我們最近看媒體報導，部長一方面說2年不調整費率，但又另外聽到訊息，所得從上限1千萬元調到5千萬元的都要扣補充保險費，這2個就有不同意見，所以如果這2個不同方式在結論中要分開明列，到底是一般費率不要調整，還是補充保險費上限額要調整為5千萬元？還是1億元也可以。所以我認為這部分在結論中要分開，一個是一般保險費費率要不要調整，還有補充保險費的上限金額要不要調整為5千萬元還是1億元？這也要在下個月的委員會議明列出來讓大家討論，這是2個不同層面的收費方式，這是一點。

七、從健保移出去改用公務預算支應的項目，如果要由健保代收代付的話，建議就不要列在費率方案的收入、支出中，將內容單純化、簡單化，不要這麼複雜，我們付費者對會計這方面不是那麼了解。

八、非常贊成李飛鵬委員講月總額的概念，台積電營業額這麼大，1個月的報表在5天內就可以弄出來，健保署是否要考慮把整個電腦更新，現在AI技術這麼發達，應該趕快引進AI，要比別人提早引進，不要在民間團體後面引進。我認為引進AI系統對健保改革會有很大的幫助，不然越拖越慢，這是我的建議。健保署應該爭取政府公務預算更新軟體、電腦設備，讓整個資訊系統運作速度提升，這很重要，如果現在公務預算不趕快編，等

到2、3年後再編，就慢了很多，這一點我提供參考，謝謝。

林委員文德

人口推估會影響到收入，今年人口估算的差距比較大，所以補了40億元的差額進去，請問財務預估模型裡面對於人口成長部分，有沒有做敏感性分析。之前的預估模型可能受疫情影響，這2年差距比較大，我們現在比較擔心的是，在人口估算沒有這麼精準的情況下，會對未來基期計算產生一些困擾。

黃委員小娟

就健保基金來說，當有公務預算的補助收入時，確實是採龐副署長講的收支對列，編收入之外也有編業務成本，費用及收入都有放到基金中，如果該筆收入全部支用完就沒有問題，若有剩餘則會滾入安全準備，因為財務收入的推估包含安全準備，所以我覺得放入財務收入的推估是合理的。但我有個問題是114年公務撥補基金不進入總額的，除了這31億元以外，還有50億元暫時性支付癌症藥品，那部分在114年健保基金也是做其他收入，為何在推估裡面沒有放進來？

王委員惠玄

不知道我有沒有理解錯，剛剛講的生理食鹽水供應穩定專案及罕病藥費，在財報上應該是可以呈現限定用途指定基金，但是現在討論的是費率，費率應該是以制度下的穩定收入當作保險收入來源，所以剛剛要嘗試釐清的是政府甚至於民間團體，有不同名目的限定用途的捐贈收入、公務預算匯入，都是屬於限定用途的基金，甚至於我們也曾討論過要不要納入安全準備金，剛才龐副署長說健保建立這麼多年，有很多制度要重新檢視，我想財務報告也要重新檢視，因為不同來源的資金匯入能不能算在費率估算的收入，是有爭議的，謝謝。

江委員錫仁

我今年是第2次參加類似會議，保險費率要不要調整通常都會由諮詢專家及健保署評估，去年大概是開完會才決定要不要調整費率，

今年比較特殊，因為部長在很早之前就說明年不會調漲，所以大家就朝向這方向去運作，這算是很特別的現象。我很佩服諮詢專家及健保署的長官，他們朝向不用調漲費率的這個方向，非常讓人尊敬，以上報告。

【健保署回應】

龐副署長一鳴

- 一、回歸今天報告的本質，對於費率方案的報告我們希望做得更精準，供各位委員下個月決策的參考，對於剛才建議敏感度不夠、預估方式不夠好的部分，我們會再做調整。
- 二、剛剛委員對於增加收入來源的指教，包括其他稅收或是投資方式等，我們會收集起來再做檢討。不過有一點要跟大家說明，這2年股票市場表現不錯，大家會期望我們有些投資，但是因為健保基金性質，第一個是從前曾經投資過股票，有得到慘痛教訓，第二個是我們的資金性質是短期的，股票是長期投資，如果用長期投資角度來看，我們的資金性質只適合做短期性投資，這點跟大家說明。
- 三、關於投影片第16張提到的生理食鹽水供應穩定專案11億元及罕病藥費20億元，都是公務預算的撥補，不是暫時性支付，所以會進到健保基金。這個寫法讓大家誤會，這筆錢不在總額協商的範圍，是加到健保基金。容我們回去看一下怎麼列這個名目會讓大家比較清楚，這需要思考一下。我們跟主計、財務思考一下，我覺得這是列的方法。謝謝滕委員指教，我們會回去列得比較清楚。
- 四、這次報告的推估方法學，使用的還是用國發會的人口資料，因為國發會的人口只推估戶籍人口，我們實際投保對象包括外來人口，最近外來人口有增加趨勢，這部分也會造成我們推估的不正確，所以我剛才說關於這些推估正確的建議我們會納入參考，這也是因素之一。

五、關於李飛鵬委員建議日總額、月總額這件事，李永振委員建議的節流方案，在我認為都是支出面管理方式和管理強度的問題，不過有些前提的基礎先跟大家說一下，健保制度是30年前設計的，當時電腦沒有這麼好，所以設計了一個按月申報、審查，審查後還可以申復、爭議，萬一費用沒有報到，還可以2年補報、2年補付等等複雜的制度，所以讓我們的整個結算是按季結算，又要隔半年才可以看到點值。實際上現在有些分區會按月來做推估，可是這推估的數值坦白說我們也很怕，因為分區有時候推估的目的是希望大家撙節管理，所以推估會推得比較嚴或比較鬆，就是會把點值估比較低，希望好好管理。可是當分區把點值估比較低的時候，又會有好像今天早上委員在委員會議說點值很低，但其實是推估值。所以我們運用起來就是很困難，希望推估出來我們好好努力控管一下讓點值會好一點，但又有委員拿資料說我們點值很低很不足，這是我們管理方式的問題，這些意見容我們做參考，基本上我們認為如果要做比較大的改革，按月申報的方式要做根本大的改革，負擔比較大，不是健保問題，健保電腦可能可以，但是所有醫院的電腦系統要支應這件事情可能比較困難，所以這個問題讓我們再思考一下。

六、我回應一下李永振委員，我覺得這是一個好的議題，因為我們被命題在費率審議，其實李永振委員剛剛講到的是收入來源的制度或方法等等，我覺得原來定義的命題有點窄，命題要不要去擴充，我覺得是大會這邊的決定，我們尊重，因為我們現在被限制在這邊。

陳組長美杏

一、有關報告這2年的差異率比較高，就是這2年的一般保險費的投保金額較預估成長，補充保險費雖然受疫情影響，但是仍比預期好，所以在收入面因素影響就比較高，保險成本預估的方式最近也在做調整。補充保險費及經濟成長關聯性部分，我們明年希望透過委託研究的方式請專家指導，希望未來的報告能夠更精準，這是我們努力的目標。

二、李委員永振非常關心36%的部分，除了計算公式的部分，行政院實務見解就是沒有改變，過去行政院指導是希望朝著修法的方向處理，我們的報告還是依照現行實務見解處理。至於114年回到健保法施行細則二代修法前的見解，我想部裡面正朝這樣的方向努力，我們也是樂觀其成。

三、有關菸捐分配健保50%的部分，去年有修法，114年的50%如何分配，我們有簽到部，114年是2.3%作為HTA跟其他相關審查之用，47.7%留到安全準備。罕病部分是收入跟支出，這是額外的行政院協助方案中的20億元，收支都有同時並列。

張副組長菊枝

林文德委員提問有關人口差值差40幾億元的問題，因為總額公式對人口差值是補2年以前人口造成的原因，可是我們在推估收入跟支出的時候，國發會有年齡、性別這些統計資料，我們是用國發會的資料去推估未來收入面的保險對象人數，這保險對象人數推估當然也運用在未來估支出面的保險對象人數，基礎是一樣的，所以兩邊資料不會有差異。

健保會委員關切新制部分負擔實施1年之成效

健保會 113.11

健保會委員關切衛福部 112 年 7 月 1 日實施新制部分負擔對民眾就醫權益之影響，爰請健保署於本(113)年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔實施 1 年之監測結果及成效報告。

新制部分負擔主要調整民眾在門診藥品、急診自行負擔的費用(如附表)，依健保署報告，自 112 年 7 月實施後，在促進分級醫療部分，基層診所的門診就醫件數占率、慢性病人至基層診所的就醫件數占率，均較實施前(112 年上半年)增加，初步可見分級醫療的成效；另在改善急診壅塞部分，醫學中心及區域醫院急診重症(檢傷分類第 1~2 級)案件占率，及各層級醫院急診輕症(檢傷分類第 4~5 級)案件占率，均較疫情前(108 年)下降，亦初具改善急診壅塞成效。至中低收入戶及身心障礙者的就醫次數，未因實施新制部分負擔而減少，對於弱勢族群就醫權益仍持續保障，該署後續將持續宣導並運用各項政策鼓勵分級醫療。

委員關切重點，主要在新制部分負擔是否達到政策的預期，由報告資料顯示，實施後基層診所的門診件數占率(112 年下半年 70.25%、113 上半年 70.39%)較疫情前低(108 年上半年 71.18%、下半年 70.81%)，另慢性病基層診所的件數占率(112 年下半年 43.12%、113 上半年 43.46%)，亦較 110、111 年低(均高於 43%)，健保署僅相較於 112 年上半年 38.85%(近年最低)，說明較實施前增加，藉此推論具分級醫療效果，似較為牽強。

有關改善急診壅塞成效，113 年上半年醫學中心、區域醫院急診重症的暫留時間，較 112 年下半年多出近 1 小時；另 113 年上半年醫學中心、區域醫院急診重症案件占率，較疫情前下降，雖然具較佳情形，然地區醫院急診重症案件占率反而增加，與重症應在區域級以上醫院接受照顧的認知不同，爰請健保署重視此現象，並研析其原因；另委員亦關切弱勢民眾就醫權益，請健保署持續追蹤新制部分負擔對中低收入戶、身心障礙者的影響，及訂定完善配套措施。

對於委員關切實施成效及是否達到政策預期，健保署說明本次係呈現新制部分負擔實施 1 年後的客觀數據，尚未排除其他政策的影響，委員所提意見需進行更深入研究、分析；至於保障弱勢民眾就醫權益部分，以目前數據顯示，新

制部分負擔實施後，中低收入及身心障礙者就醫次數並未減少，該署將再持續觀察。

經熱烈討論，最後決定將委員所提意見送請健保署研參，並請持續監測執行成效，定期向健保會提報。本會亦將持續關注新制部分負擔之未來發展，期能維護民眾就醫權益及提升資源使用效率。

附表

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】	免收 【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。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議議事錄(113 年 10 月 23 日)

副本

附錄五
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



15

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24日

發文字號：健保醫字第1130121996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「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」如附件，自113年10月1日起實施。

依據：衛生福利部113年10月18日衛部保字第1131260604號函。

副本：中華民國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、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、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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國醫院牙科協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長石崇良

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300259

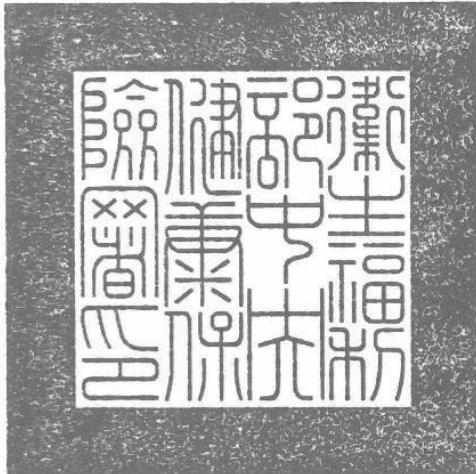
副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告



2



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29日

發文字號：健保醫字第1130121648號

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升
計畫」(附件)，並溯自113年1月1日起生效。

依據：衛生福利部113年10月15日衛部保字第1131260589號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1133300261

第1頁 共1頁

113.10.30

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 113 年第 10 次委員會議補充資料目錄

會議時間：113 年 11 月 20 日

一、議程確認(臨時提案)-----	1
二、報告事項	
112 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 (會議資料第 181 頁)-----	10

一、議程確認：臨時提案

健保署於本(113)年 11 月 18 日提出臨時提案「有關『全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫』113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額『其他預算』項下之『調節非預期風險及其他非預期政策所需經費』預算支應案」(如後附，第 2~9 頁，包含本會補充說明)。

本會說明臨時提案處理規定：

- 一、依本會會議規範第 3 點第 2 項第 2 款規定，臨時提案以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限；並應有出席委員附議或連署始得成立；若不符要件，主席得決定提下次會議討論。
- 二、該案是否屬亟待決定之緊急事件或具有時效性，依規定建請主席徵詢出席委員附議與否方能成案，再討論其急迫性，以決定在本次或下次(113.12.25)委員會議討論；若決定提本次委員會議，建議安排於所有議案完成之後討論。

臨時提案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險提供矯正機關收容人醫療服務計畫(下稱矯正機關計畫)」113 年專款預算不足額數，擬由 113 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應案，請鑒察。

說明：

一、依113年度全民健康保險其他預算及其分配暨全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫辦理。

二、近年矯正機關計畫預算編列及執行情形：

(一)107 年至 113 年預算均維持 1,654 百萬元，執行率約 82%至 87%，112 年執行率 95.7%，因本項預算歷年執行相對穩定，爰 113 年仍以 1,654 百萬元編列，未增加預算。

(二)113 年第 1 季費用結算超出第 1 季預算(414 百萬元)，預估暫結點值為 0.955，以 113 年 1~9 月申報數推估全年執行數約 1,721 百萬點(執行率約 104%)，約需額外爭取 68 百萬元。

三、查113年費用成長之原因，分析說明如下：

(一)依法務部矯正署公開及提供之收容人數統計資料，110 年約 5.4 萬，至 113 年 9 月底已達 5.9 萬人，其中以「詐欺罪」人數呈成長最高(113 年成長率約 17%)，自 110 年至今已增加 2,275 人，達總人數成長約 5 成(48%)，其餘各罪刑近 3 年平均成長率僅介於-0.5%至 5.8%間。

(二)承上，查行政院為防制及打擊詐騙危害，自 111 年推動「新世代打擊詐欺策略行動綱領」，陸續於 112 年 7 月修訂打詐 5 法，包含刑法、人口販運防治法及洗錢防制法等，增訂加重詐欺類型並擴大處罰，復於 113 年 7 月通過詐欺犯罪危害防制條例，加重高額詐欺刑期及提高假釋門檻等。

(三)考量矯正機關近 2 年醫療費用快速成長主要來自於政府提高詐

欺罪刑責之政策推動所致收容人數成長，爰難以自然成長率有效推估，造成 113 年預算不足支應醫療費用增加之情形。

年度	總計	公共 危險罪	偽造文 書印文 罪	妨害性 自主罪	殺人罪	傷害罪	竊盜罪	強盜罪	詐欺罪	槍砲彈藥 刀械管制 條例	毒品危害 防制條例	其他
110年底	54,139	3,816	385	2,447	1,872	1,031	3,385	2,394	4,493	2,363	21,532	10,421
111年底	55,118	5,123	405	2,416	1,878	1,123	3,682	2,280	5,177	2,342	20,647	10,045
112年底	56,202	4,444	352	2,417	1,875	1,165	3,693	2,272	5,785	2,350	20,695	11,154
113年9月底	58,889	4,026	340	2,362	1,896	1,221	3,674	2,209	6,768	2,380	21,188	12,825
110-112年平均成長率		1.8%	-4.1%	-1.2%	0.4%	5.8%	2.8%	-2.6%	14.6%	0.2%	-0.5%	7.2%
112年成長率		-9.4%	-3.4%	-2.3%	1.1%	4.8%	-0.5%	-2.8%	17.0%	1.3%	2.4%	15.0%

四、經參考112年預算執行率及113年執行情形，本署已於114年總額協商爭取增編274百萬元(1,928.1百萬元)，惟當初推估113年預算時並未增加，為確保矯正機關收容人就醫權益，避免因點值浮動而影響院所至矯正機關提供醫療服務意願，擬建議由113年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之「調節非預期風險及其他非預期政策所需經費」預算支應矯正機關計畫113年預算不足數。

擬辦：本案將依貴會議定結果，依程序報請衛生福利部核定。

提案單位業務窗口：王智廣科長，聯絡電話：02-27065866 分機3609

本會補充說明：

一、本案係健保署推估 113 年度矯正機關計畫之醫療利用點數將超出專款預算數，建議由 113 年度其他預算項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算支應不足數(68 百萬元)。相關事項如下：

(一)113 年度總額決定事項：

項目	金額 (百萬元)	決定事項
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	請中央健康保險署持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	440.6	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。

(二)本會議定之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，如附件一(第 5~6 頁)。

(三)113 年度總額協商原則如附件二(第 7~8 頁)，略以：其他預算部分，除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

二、另檢附近 5 年矯正機關計畫執行情形資料供參，如附件三(第 9 頁)。

三、本案建議先行討論是否符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍；若符合再依動支程序討論支用額度。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一) 屬「非預期風險」：

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

(二) 屬「其他非預期政策改變」：

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

二、動支程序：

(一) 屬「非預期風險」：

1. 提案前評估：

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

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

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

① 平均點值在 0.9 以下，且較去年同季點值下降幅度 > 5% 以上。

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

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

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

2. 提案及議定：

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

3. 核定與執行：

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

(二) 屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

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

2. 核定與執行：

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

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

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

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

(2) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

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

113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則(節錄)

第6屆112年第4次委員會議(112.5.24)通過

第6屆112年第7次委員會議(112.8.16)確認

貳、總額協商原則

六、專款項目

- (一)回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (二)新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案(含預定達成目標及評估指標)應於年度實施前擬定完成。
- (三)新增計畫應於年度協商時提出具體之問題分析及需求評估、醫療服務內容、費用估算基礎及淨增加之費用、執行目標及預期效益之評估指標，及檢附前開實證資料，並提出預估試辦檢討期限(即明訂於執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果)，以利檢討退場或納入一般服務。若為續辦性專款項目則須持續檢討執行目標及預期效益之評估指標。
- (四)其他預算部分：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (五)112年度專款項目，若因為疫情或委員會作業耽誤，導致執行率未達50%，113年度專款項目可照列112年度之預算及協定事項。

七、其他原則

- (一)新增協商項目或計畫，宜先列為專款項目，俟執行穩定且具成效後，未來年度再考量移至一般服務項目。
- (二)年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (三)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，其處理方式如下：
 - 1.衛福部核(決)定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會議規範」之復議案程序辦理。
 - 2.衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會議規範」提案

討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

- (四)年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值。
- (五)醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (六)對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (七)各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

附件三

提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫執行情形

計畫型-自102年起實施

項目	年度	108	109	110	111	112	113 1~6月 ^{註4}
預算數(百萬元)		1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8
執行數(百萬元) ^註		1,441.9	1,442.3	1,366.8	1,420.3	1,582.9	848.0
預算執行率		87.2%	87.2%	82.6%	85.9%	95.7%	51.3%
參與院所數		111	111	111	114	115	115
--醫院		71	71	71	66	66	67
--西醫診所		20	20	20	26	28	27
--中醫診所		2	2	2	3	3	3
--牙醫診所		18	18	18	19	18	18
服務診次							
--西醫		25,686	26,115	24,508	27,495	27,282	14,347
--牙醫		5,444	5,634	4,852	5,394	5,437	2,812
--中醫		539	547	455	597	598	297
收容人數		63,783	60,655	56,696	56,658	57,546	57,971
服務人數							
--門診		86,195	81,184	72,477	78,795	82,186	64,809
--住院		5,065	4,931	4,036	4,211	5,071	2,832
--戒護就醫		12,710	12,244	9,319	8,805	10,799	6,685
服務人次 ^{註2}							
--門診		859,694	803,322	666,288	779,541	847,247	447,660
--住院		7,108	6,933	5,555	5,968	7,330	3,746
--戒護就醫		31,529	31,164	21,232	20,028	25,377	13,561
申請點數(百萬點) ^{註2}							
--門診		1,508.9	1,532.3	1,279.1	1,248.5	1,296.6	702.2
--住院		361.5	357.0	293.7	334.2	409.0	215.5
--戒護就醫		156.7	171.6	116.2	119.8	131.2	70.7
戒護門診(含急診)就醫人次占門診總人次比率		3.5%	3.7%	3.1%	2.6%	2.9%	2.9%
平均每就醫人就醫次數							
--監內門診		10.0	9.9	9.2	9.9	10.3	6.9
--住院		1.4	1.4	1.4	1.4	1.4	1.3
--戒護門診(含急診)		2.5	2.5	2.3	2.3	2.3	2.0
平均每就醫人就醫醫療點數							
--監內門診		17,506	18,874	17,648	15,845	15,777	10,835
--住院		71,365	72,404	72,771	79,360	80,660	76,096
--戒護門診(含急診)		12,331	14,017	12,473	13,604	12,153	10,578
收容對象平均每人醫療費用							
--監內門診		23,657	25,262	22,560	22,036	22,532	12,113
--住院		5,667	5,886	5,180	5,898	7,108	3,717
--戒護就醫		2,457	2,830	2,050	2,114	2,316	1,220
急診就醫率		0.84%	0.92%	0.86%	0.76%	0.97%	1.04%

資料來源：中央健康保險署

註：1.各年收容人數為每月月底收容人數均數。

2.門診、戒護就醫之服務人次及申請點數包含透析。113.1.1起放寬矯正計畫疥瘡口服用藥給付規定。

3.113年度總額決定事項，略以：持續檢討本計畫醫療利用情形之合理性及健康改善成效，

與加強執行面監督，於113年7月前提報執行情形及前1年成效評估檢討報告。

4.113年1~6月執行數以申報數暫列。

(會議資料第 181 頁)

報告事項

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：112年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

說明：

- 一、本會為執行健保業務監理之法定任務，歷年均會請中央健康保險署(下稱健保署)依本會建置之「全民健康保險業務監理架構與指標」，提供前1年之監測結果與說明；本會依其提報內容，研提趨勢評析意見，於委員會議進行專案報告後，依委員意見研修彙製年度全民健康保險監理指標之監測結果報告。
- 二、健保署提出112年健保業務監測結果與說明：
 - (一)本署依本(113)年度工作計畫，於貴會第6屆112年第10次委員會議提報112年全民健康保險業務監理指標之監測結果報告。
 - (二)前揭監測結果，本署係依107年第6次委員會議(107.7.27)修正通過之全民健康保險業務監理架構與指標辦理，包含：監測效率、醫療品質、效果、資源配置及財務之五大構面，共23項指標，供委員作為業務監理之參據。
 - (三)各監理指標監測結果之摘要說明如下表，簡報資料如附件(第23~41頁)。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
1.效率	1.1 急性病床平均住院天數 (整體及各層級)	<p>1. 以醫院急性病床平均住院天數作為衡量院所營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。</p> <p>2. 110-112 年醫院每件急性病床平均住院天數分別為 7.64、7.44、7.25 天，其中以地區醫院最高，分別為 8.49、8.31 天、8.14 天。</p> <p>3. 又近 3 年地區醫院急性病床平均住院天數皆高於整體，主要受呼吸照護個案影響，對於呼吸器依賴患者部分，為促進醫療資源合理使用，減少長期呼吸照護個案醫療費用支出，本署抑制資源不當耗用改善方案訂有「呼吸器依賴病人安寧利用</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>率」指標且每年持續強化推動，查該項指標 107 年約 61.4%，至 112 年已達約 75.1%。</p> <p>4. 查近 3 年平均住院天數整體呈現下降趨勢，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，本署將持續觀察。</p>
1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率（整體及各層級）		<p>1. 本指標可瞭解病人在急診室留置時間，評估醫院對急診病人的處理效率。數值低表示駐留時間較短，醫院在急診病人後續照護、病床管理表現較佳。</p> <p>2. 112 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 111 年上升約 0.76 個百分點、較 110 年上升約 0.81 個百分點。另依層級別區分，112 年醫學中心、區域醫院及地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率皆較 111 年為高。</p> <p>3. 112 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級至第 3 級較 111 年上升 0.4 個百分點至 1.88 個百分點、較 110 年上升 0.54 個百分點至 3.7 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 111 年上升 1.62 個百分點、區域醫院上升 2.75 個百分點、地區醫院上升 0.2 個百分點。</p> <p>4. 查 112 年之急診人次及急診留置超過 24 小時人次皆為近 3 年最高，雖然 COVID-19 疫情已日漸趨緩，惟醫院類流感等感染症就醫次數較 108 年增加 3 萬件，成長 5.5% 高於疫情前，可能導致急診案件增加，急診醫護人員工作負荷。</p>
1.3 癌末病人接受安寧療護比率及生前 6 個月每人申報醫療費用點數		<p>1. 癌末病人疾病嚴重度較高，醫療利用或費用相對也高，若在自我意願下選擇接受安寧緩和療護，生活較有品質，並減少臨終前無意義之過度醫療。本指標可了解癌末病人臨終前 6 個月整體醫療費用變化情形。</p> <p>2. 110-112 年癌症病人死前 6 個月使用安寧療護者之醫療費用皆較未使用者低，顯示安寧療護推動除提升生活品質亦有助於減少癌症病人生命終段醫療費用支出。</p> <p>3. 112 年癌症病人死前 6 個月曾接受與未接受安寧療護者之前 5 大醫療費用支出為藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費。另曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘費用類別均低於未使用者。</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	<p>1. 本項指標用於觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護，考量區域醫院以上層級應以急重症照護為主，藉由本指標可觀察資源有無過度投入初級照護之情形。</p> <p>2. 110-112 年醫院初級門診照護率分別為 21.03%、21.19%、21.75%，整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為 16.73%、17.21%、18.01%，趨勢持平。</p>
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	<p>1. 本項指標係觀察西醫基層與醫院總額部門間服務量變化及轉移情形，作為資源分配及調整之參考。</p> <p>2. 109-111 年為疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，西醫門診整體就醫人數、申報件數均下降，西醫基層與醫院病人占率亦有下滑，在總量減少的情況下，醫院之件數占率則略有提升，112 年 5 月 1 日防疫降級後，統計 112 年西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布已接近疫情前(108 年)之分布。</p>
	1.6 藥品費用占率	<p>1. 在藥品費用占率部分，108 年至 110 年之藥費占率呈現上升趨勢，111 年係因藥品費用分配比率目標制 (DET) 方案調整藥價致藥費占率下降。經排除新藥申報金額之影響，110 年至 112 年藥費占率約維持在 27% 左右。</p> <p>2. 藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，112 年度 DET 藥價調整金額為 55.3 億元，調整時已考量基本藥物品項、調降幅度、基本價保障及藥品供應情形等因素，調整藥品約 4,500 項，為自 102 年實施 DET 起最少。</p>
	1.7 健保專案計畫之執行成效	<p>1. 各總額部分專案試辦多年，未能適時退場或轉入常態支付項目，且專案數目有逐漸增加之趨勢，有必要監理及提升各專案執行之效率。</p> <p>2. 112 年進場專案計畫達 6 項(醫院 2 項、西基 2 項、牙醫 2 項)，其中醫院、西醫基層配合 112 年度行政院核定的健保政策目標及健保中長期改革計畫，新增「癌症治療品質改善計畫」(112.6.1 生效)建立癌症篩檢陽性個案診療模式、「慢性傳染病照護品質計畫」(112.6.1 生效)建立結核病、愛滋病的論質支付制度及追蹤管理機制，發展以人為本的照護方式；另牙醫總額新增「超音波根管</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>「沖洗計畫」(112.3.1 生效)、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」(112.3.1 生效)。</p> <p>3. 部分新增計畫執行率偏低(如：慢性傳染病照護品質計畫-醫院 20.9%、西基 26.5%、癌症治療品質改善計畫-醫院 3.5%、西基 4.4%)，可能係因計畫生效日較晚、醫事服務提供者對於計畫內容尚不熟悉所致，本署已於每季之總額研商議事會議定期公布各專款項目執行情形，並請受託單位加強宣導、鼓勵會員積極參與，提升執行率。</p>
2. 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	<p>1. 本指標反映過程面的品質與住院照護結果，手術傷口感染率愈低，表示過程面的品質與住院照護結果愈好。</p> <p>2. 手術傷口感染率，112 年為 1.19%，較 111 年 1.24% 呈現下降趨勢，建議持續觀察。</p>
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 110 年 59.9%，112 年增為 62.4%。各層級之糖尿病照護率亦從 110 年 47.5%-65.5%，112 年增為 51.1%-67.7%，其中以區域醫院照護率為最高。
	2.3 照護連續性	<p>1. 提供連續性照護將產生較佳的照護效果、較高的病患滿意度與較低的醫療費用，亦可作為整合性照護相關方案或計畫之評估參考；指標值介於 0-1 之間，越接近 1 代表照護連續性越高。</p> <p>2. 112 年平均每人照護連續性為 0.403，較 111 年略降。</p> <p>3. 考量最近 3 年屬疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，且 110 年 5 月中旬因國內 COVID-19 疫情進入社區流行階段，中央流行疫情指揮中心為保全醫療量能，指揮中心要求醫療營運降載，可能進而影響民眾後續就醫，112 年各項防疫措施亦滾動性調整，建議後續應持續觀察。</p>
	2.4 護理人力指標 - 全日平均護病比達成率	1. 在醫療人力中，護理人員之占比最高，人力之供給，攸關醫療品質之良窳。本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	占率提升情形	2. 因應 COVID-19 疫情，醫院全日平均護病比無法計算時，放寬以該院近 6 個月平均參數填報(110 年 5 月-111 年 7 月)，可能影響護病比數值比較。 3. 110-112 年各層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達 91.8% 以上，惟考量疫後護理人力流失，可能導致照護人力不足、護病比上升，爰本署 113 年新增「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」，期藉護理人員夜班獎勵發放，鼓勵醫院護理人員留任。未來亦將持續配合整體護理人力政策規劃辦理，以穩固醫療照護量能。
3.效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	1. 本指標係監測民眾就醫結果感受，作為提升醫療品質之參考。 2. 112 年醫院滿意度為 94.1%、西醫基層滿意度為 95.2%、牙醫門診滿意度為 95.5%、中醫門診滿意度為 94.8%，各總額滿意度較去年呈現持平或微幅增加。
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)－糖尿病病人住院率	110-112 年的糖尿病病人住院率皆有隨年齡層遞增而上升，以 75 歲以上年齡層最高，分別為 0.48%-0.51%；另此 3 年的糖尿病病人住院率未有明顯變化。
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	1. 本指標係監測住院治療出院後之照護品質；DRGs 既為重要政策，監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。 2. 110-112 年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率，除 111 年下降外，112 年指標分別為 1.96% 及 3.79%，皆呈現上升趨勢。綜觀近五年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率數值，除 111 年外並未大幅變動，顯示該年度指標可能受 COVID-19 疫情影響，本署將持續監測指標變動情形。
4.資源配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀	1. 都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值(各部門)：112 年僅牙醫較 111 年略增，另醫院、西醫基層及中醫皆較 111 年降低。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	<p>2. 都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數(各部門)：</p> <p>(1) 最高組之醫師數：112年西醫基層、中醫及牙醫門診之每萬人口醫師數皆較111年增加，醫院較111年略減。</p> <p>(2) 最低組之醫師數：112年西醫基層、中醫門診每萬人口醫師數較111年增加，醫院及牙醫門診與111年持平。</p> <p>3. 分析都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數，結果如下：</p> <p>(1) 112年最高組之戶籍人數較111年增加，最低組之戶籍人數較111年減少。</p> <p>(2) 112年最高組之醫師數較111年增加(除醫院外)，最低組之醫院及牙醫醫師數與111年持平。</p> <p>4. 綜上，112年牙醫在都市化程度最高與最低之醫師人力比值略增，係因最高組 112 年牙醫師數較 111 年增加。</p> <p>5. 本署持續推動 IDS 計畫、西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案，鼓勵醫師辦理開(執)業或巡迴醫療計畫，主動將醫療資源送入山地離島、醫療資源不足地區，並每年評估各方案施行區域及執行內容之合宜性，依實際需求修訂方案，以平衡城鄉醫療資源差距，保障山地離島、偏遠地區民眾就醫權益。</p>
	4.2 一般地區 / 醫療資源不足地區 / 山地離島地區之就醫率(各部門)	<p>1. 112 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；牙醫門診及中醫門診部門則相異，一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。</p> <p>2. 112 年牙醫及中醫門診部門之山地離島或醫療資源不足地區就醫率低於一般地區，惟已較 110 年及 111 年穩定增加，本署持續戮力推動 IDS 計畫及各醫療資源不足地區改善方案，以期導入醫療資源至醫療資源不足或山地離島地區，俾提升當地民眾就醫可近性。</p> <p>3. 本署每年檢視各方案施行地區及服務內容之合宜性，滾動式調整執行內容，就牙醫部分，113 年起牙醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴計畫同意</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		無牙醫鄉不受限成立滿二年之社區醫療站及巡迴點服務人次之管控規定，另「巡迴點」得提供支付標準「牙周病統合治療方案」服務，皆係為鼓勵牙醫院所參與巡迴醫療服務；中醫部分，113年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，並提升各級施行區域論次支付點數，持續鼓勵院所參與開業計畫及巡迴醫療。
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	<p>1. 整體：自付差額特材占全年特材使用率，110年為0.0449%，111年為0.0523%，112年為0.0551%，平均占率為0.0508%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，逐漸成長。</p> <p>2. 各類別項目：</p> <p>(1) 112年自付差額特材申報占率達60%以上：</p> <p>① 冠狀動脈塗藥支架：</p> <p>A. 經113年4月19日自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」納入健保全額給付案之專家溝通會議討論，已有共識依國際治療指引與臨床實證，優先全額給付於STEMI(ST段上升之心肌梗塞)病人族群。</p> <p>B. 後續將依程序提至特材共同擬訂會議討論，並依會議決議辦理後續事宜。</p> <p>② 特殊功能及材質髓內釘組：</p> <p>A. 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，自110年12月1日公告生效，將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付。另因增加自費使用品項納入該類自付差額，致整體占率上升。</p> <p>B. 本署將持續監控申報情形，並規劃朝納入健保全額給付研議，該類自付差額轉全額財務推估約4.5億(以112年申報量計算)，後續將積極爭取預算。</p> <p>(2) 另自付差額特材申報占率未達60%以上：將持續監控申報情形。</p>
5.財務	5.1 保險收支餘绌實際數、預	112年保險收支餘绌實際數與預估數差異率為-479.6%，主要係一般保險費收入及補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限36%之差額」以及「投資淨收益」增加，致保險收入實際

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	估數及兩者之差異率	數較預估數增加約407億元；另受補貼COVID-19對點值之影響以及總額專款結餘增加，致保險成本減少約21億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘額預估數與實際數之差異率為0.94%。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	112年底安全準備總額折合保險給付支出月數為2.14個月，尚符合健保法第78條保險安全準備總額以1至3個月保險給付支出為原則之規定。
	5.3 全民健保醫療支出占GDP比率	112年全民健保醫療支出(含部分負擔)占GDP比率為3.47%，全民健保醫療支出(不含部分負擔)占GDP比率為3.26%，近3年來全民健保醫療支出占GDP比率維持在3%-4%之間。
	5.4 資金運用收益率	全民健康保險基金112年資金運用收益率為1.34%，高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
	5.5 保費收繳率	1. 110-112年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致收繳率約在85%至86%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%。 2.另近年整體收繳率微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	111年起疫情趨緩，本署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生，爰本指標略有下降趨勢。

報告單位業務窗口：吳玉蓮科長，聯絡電話：02-27065866分機5503

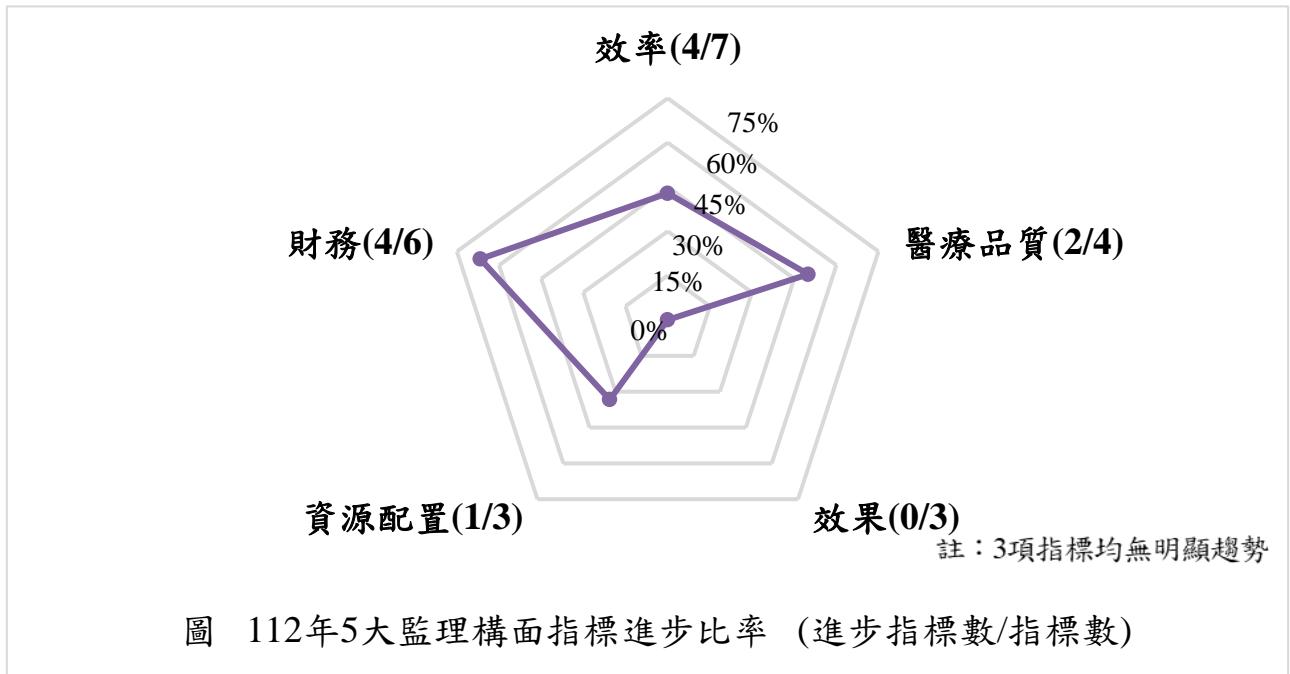
.....

本會研析說明：

一、依健保署113年11月15日下午6時33分提供之監測結果報告，研析112年監理指標之監測結果重點如下：

(一)本報告就112年監測結果，輔以近3~5年監測趨勢進行評析，考量109~111年為COVID-19疫情期間，民眾就診行為及醫療服務型態具特殊性，爰在解讀時宜審慎。

(二)整體而言，5大構面之23項指標中，有11項指標呈進步，宜保持；有8項指標趨勢略有退步，尤其在資源配置構面，多數指標呈現退步之趨勢，值得特別關注(如下圖)，建議健保署就略有退步之指標，進一步探討原因並研議改善策略，以保障民眾權益(監測結果重點摘錄如附表，第21~22頁)。



(三)各項指標表現情形摘述如下：

1.效率構面(7項指標—進步4/7、退步3/7)：

(1)進步趨勢(指標1.1、1.3、1.5、1.6)：

4項指標呈進步趨勢，其中「指標1.1急性病床平均住院天數(整體及各層級)」，整體與各層級醫院之急性病床平均住院天數，呈下降趨勢，宜保持，惟地區醫院因受呼吸照護個案影響，致平均住院天數高於其他層級醫院，建議健保署針對平均住院天數較高之院所，加以輔導改善。

(2)退步趨勢(指標1.2、1.4、1.7)：

3項指標呈退步趨勢，其中「指標1.2急診病人留置急診

室超過24小時比率(整體及各層級)」，112年整體及各層級醫院留置比率為近3年最高，且醫學中心、區域醫院檢傷分類第1、2級留置比率呈上升情形，建議健保署進一步探究留置比率較高之個別醫院情形，以利針對原因加以改善；「指標1.7 健保專案計畫之執行成效」，宜留意醫院及牙醫執行率未達75%，且醫院近3年呈下降趨勢。

2. 醫療品質構面(4項指標—進步2/4、退步2/4)：

(1) 進步趨勢(指標2.1、2.2)：

2項指標呈進步趨勢，宜保持。

(2) 退步趨勢(指標2.3、2.4)：

「指標2.4護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升情形」，112年醫學中心、區域醫院護病比加成率最高分級(<7人、<10人)，其月次占率下降幅度較高(42.7%→10.3%、78.8%→58.2%)，建議健保署進一步探究原因，以利研議改善措施，另就113年增編之「全民健康保險強化住院護理照護量能方案」項目(預算40億元)，持續觀察其對各層級醫院護病比變動影響，以利評估預算投入之效益。

3. 效果構面(3項指標—未有明顯變化3/3)：

3項指標均未有明顯變化，其中「指標3.2糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」，宜留意65歲以上糖尿病病人之住院率較高，健保署為強化對糖尿病病人照護，推動相關整合性照護方案，建議將該群病人優先納入方案照護。

4. 資源配置構面(3項指標—進步1/3、退步2/3)：

(1) 進步趨勢(指標4.1)：

「指標4.1以鄉鎮市區發展程度」，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，112年整體、醫院、西醫基層及中醫門診人力比值均較111年微幅下降，宜保持，惟

宜留意112年牙醫門診較111年略升。

(2)退步趨勢(指標4.2、4.3)：

- ①「指標4.2一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」，近3年牙醫與中醫門診之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，且牙醫在醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距逐漸擴大，建議健保署定期檢討IDS計畫、醫不足地區改善方案內容，研議提升該地區民眾就醫可近性相關措施。
- ②「指標4.3自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，近3年有7類自付差額特材申報占率呈上升趨勢，建議占率超過7成項目宜儘早規劃納入全額給付。

5.財務構面(6項指標—進步4/6、退步2/6)：

(1)進步趨勢(指標5.2、5.4、5.5、5.6)：

4項指標呈進步趨勢，其中「指標5.5保費收繳率」，整體及第1~3類收繳率已近9成9，宜保持，惟第6類保費收繳率未達9成，建議健保署持續推動提升收繳率之措施及加強欠費監控機制。

(2)退步趨勢(指標5.1、5.3)：

2項指標呈退步趨勢，其中「指標5.1保險收支餘額實際數與預估數之差異率」，近3年呈擴大趨勢，建議健保署分析造成差異之各項因素數值，以利瞭解影響關鍵因素。

二、本次專案報告後，本會將彙整委員於會中所提供之建議，與健保署會後之補充說明，完成112年全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿後，上網公開。

決定：

112年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近3年監測結果 ○：改善、△：無明顯趨勢、×：退步
(一) 效率 ○：4 ×：3	1.1急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○ 呈下降趨勢
	1.2急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	× 112年整體及各層級醫院為近3年最高 *宜留意醫學中心、區域醫院檢傷分類第1、2級留置比率上升情形
	1.3癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人申報醫療費用點數	○ 112年癌末病人接受安寧療護比率較111年上升
	1.4區域醫院以上初級門診照護率	× 呈微幅上升趨勢
	1.5西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	○ 西醫基層呈上升趨勢
	1.6藥品費用占率	○ 三層級醫院呈下降趨勢 *宜留意112年西醫基層占率較111年上升
	1.7健保專案計畫之執行成效	× 宜留意醫院及牙醫執行率未達75%，且醫院近3年呈下降趨勢
(二) 醫療品質 ○：2 ×：2	2.1手術傷口感染率	○ 呈下降趨勢
	2.2糖尿病品質支付服務之照護率	○ 呈上升趨勢
	2.3照護連續性	× 呈微幅下降趨勢
	2.4護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升	× 112年醫學中心、區域醫院護病比加成率最高分級(<7人、<10人)，其月次占率下降幅度較高
(三) 效果 △：3	3.1民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	△ 未有明顯變化 *宜留意112年不滿意度部分，除西醫基層下降外，餘均上升
	3.2糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	△ 未有明顯變化 *宜留意65歲以上糖尿病病人之住院率較高
	3.3出院後3日內再急診比率	△ 未有明顯變化 *歷年Tw-DRGs案件之再急診比率均低於一般案件，宜積極推動Tw-DRGs

構面	指標	近3年監測結果 ○：改善、△：無明顯趨勢、×：退步
(四) 資源 配置 ○：1 ×：2	4.1以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	○ 112年整體、醫院、西醫基層及中醫門診人力比值較111年微幅下降 *宜留意112年牙醫門診較111年略升
	4.2一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	× 牙醫門診、中醫門診醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區 *宜留意牙醫門診在醫療資源不足地區與一般地區就醫率之差距逐漸擴大
	4.3自付差額特材占率(整體及各類別項目)	× 7類自付差額特材申報占率呈上升趨勢 *占率超過7成者宜儘早規劃納入全額給付
(五) 財務 ○：4 ×：2	5.1保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率	× 呈擴大趨勢
	5.2安全準備總額折合保險給付支出月數	○ 因政府於112、113年分別挹注健保240億元、200億元，仍須留意收支結構之衡平性
	5.3全民健保醫療支出占GDP比率	× 呈微幅下降趨勢
	5.4資金運用收益率	○ 呈微幅上升趨勢
	5.5保費收繳率	○ 整體及第1~3類收繳率已近9成9，惟第6類收繳率未達9成，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制
	5.6呆帳提列數與保費收入數之比率	○ 呈下降趨勢

衛生福利部全民健康保險會

第6屆113年第10次委員會議



全民健康保險業務 監理指標

中央健康保險署



1

全民健康保險業務監理指標 23項

一、效率 財務

- 1.急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 2.急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 3.癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人申報醫療費用點數*
- 4.區域醫院以上初級門診照護率
- 5.西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
- 6.藥品費用占率*
- 7.健保專案計畫之執行成效**

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

二、醫療品質

- 1.手術傷口感染率
- 2.糖尿病品質支付服務之照護率
- 3.照護連續性
- 4.護理人力指標-全日平均護病比達成之占率提升



三、效果 資源配置

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

四、效果 資源配置

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

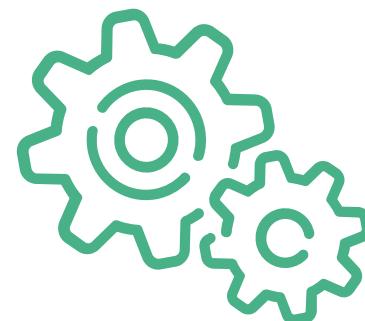
依據衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」：

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



效率

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



3



效率 指標1.1

急性病床平均住院天數(整體及各層級)

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

單位：日/件

層級\年度	110年	111年	112年
醫院	7.64	7.44	7.25
醫學中心	7.44	7.18	6.99
區域醫院	7.42	7.26	7.08
地區醫院	8.49	8.31	8.14

註：1.資料來源:中央健康保險署多模型健保資料平台住院明細、醫令檔。

2.資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、代辦案件、其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。

3.住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。

4.平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

- 110-112年各層級醫院急性病床平均住院天數呈現下降趨勢，醫學中心平均住院天數為三層級最低，地區醫院最高(惟較111年下降)，本署將持續觀察。



4



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(整體)1/3

- 計算方式：急診病人留置超過24小時人次/急診總人次
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度	急診總人次	急診留置超過24小時	
		人次	比率
110年	5,893,834	147,737	2.51%
111年	7,390,371	189,436	2.56%
112年	7,477,235	248,378	3.32%

- 112年整體急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，較111年上升約0.76個百分點、較110年上升約0.81個百分點。另依層級別區分，112年醫學中心、區域醫院及地區醫院急診留置超過24小時件數比率皆較111年為高。(造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床或急性一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素)

5



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)2/3

年度	層級別	急診總人次	急診留置超過24小時	
			人次	比率
110年	醫學中心	1,461,185	100,043	6.85%
	區域醫院	2,859,894	38,474	1.35%
	地區醫院	1,572,755	9,220	0.59%
111年	醫學中心	1,730,483	109,995	6.36%
	區域醫院	3,634,110	63,872	1.76%
	地區醫院	2,025,778	15,569	0.77%
112年	醫學中心	1,818,785	130,624	7.18%
	區域醫院	3,644,995	98,189	2.69%
	地區醫院	2,013,455	19,565	0.97%

- 各級檢傷分類均為醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，可能係受病人急診就醫習慣（選擇至醫學中心就醫）及醫院病床占病率影響，且醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度可能較其他層級別院所高，故病人所需之緊急處置項目可能較耗時。

6



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)3/3

醫院檢傷分類分級比率統計表

年度	層級別	一級	二級	三級
110年	醫學中心	14.60%	11.02%	6.23%
	區域醫院	4.23%	2.79%	1.20%
	地區醫院	1.96%	1.67%	0.61%
	合計	7.10%	5.63%	2.34%
111年	醫學中心	16.59%	11.28%	5.90%
	區域醫院	6.66%	4.16%	1.67%
	地區醫院	2.69%	2.70%	0.82%
	合計	8.92%	6.51%	2.48%
112年	醫學中心	18.21%	12.41%	5.92%
	區域醫院	9.41%	6.07%	2.32%
	地區醫院	2.89%	3.14%	1.00%
	合計	10.8%	7.84%	2.88%

7



效率
指標1.3

癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人

申報醫療費用點數 1/2

- 計算方式：癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

死亡年	死前6個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者 醫療費用 (點/人)
	安寧費用 (點/人)	非安寧費用 (點/人)	合計 (點/人)	
110年	57,120	344,630	401,751	458,675
111年	51,329	349,823	401,152	466,160
112年	57,434	340,378	397,812	470,116

註：1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。

2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行Propensity Score配對，樣本數為1:2。

8



效率
指標1.3

癌末病人接受安寧療護比率及生前6個月每人

申報醫療費用點數_{2/2}

- 排除基本診療費用後(含安寧費用) · 曾接受與未接受安寧療護者前5大醫療費用支出，皆包含藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費 · 曾接受安寧療護者費用均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費	128,755	1 藥費	154,724
診療費	49,050	2 診療費	64,903
治療處置費	29,297	3 檢查費	38,239
檢查費	22,146	4 放射線診療費	25,993
放射線診療費	17,719	5 治療處置費	24,995

註：1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者 · 排除小於6個月內始接受安寧療護者。

2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對 · 配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對 · 樣本數為1:2。



效率
指標1.4

區域醫院以上初級門診照護率

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

年度	醫院				區域醫院 以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
110年	13.94%	18.85%	30.86%	21.03%	16.73%
111年	14.40%	19.34%	30.26%	21.19%	17.21%
112年	15.13%	20.13%	30.56%	21.75%	18.01%

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

- 110-112年醫院初級門診照護率整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為16.73%、17.21%、18.01%，趨勢持平。





效率 指標1.5

西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布

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

年度	病人數占率		件數占率	
	醫院	西醫基層	醫院	西醫基層
108年	60.93%	91.87%	34.72%	65.28%
109年	60.13%	90.27%	36.80%	63.20%
110年	59.94%	88.97%	38.60%	61.40%
111年	62.12%	89.49%	38.50%	61.50%
112年	62.06%	91.79%	36.01%	63.99%

- 109-111年為疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，西醫門診整體就醫人數、申報件數均下降，西醫基層與醫院病人占率亦有下滑，在總量減少的情況下，醫院之件數占率則略有提升。
- 112年5月1日防疫降級後，統計112年西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布已接近疫情前(108年)之分布。



11



效率 指標1.6

藥品費用占率

- 計算方式：1.藥品申報醫療點數 / 整體申報醫療點數
2.醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分別
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：



年度/費用佔率	層級別				
	(1)整體	(2)醫學中心	(3)區域醫院	(4)地區醫院	(5)基層院所
110年	28.65%	38.02%	30.06%	24.04%	19.26%
111年	27.32%	36.48%	29.12%	23.73%	18.32%
112年	27.35%	35.61%	28.69%	23.61%	19.32%
平均值	27.77%	36.70%	29.29%	23.79%	18.97%
標準差	0.76%	1.22%	0.70%	0.22%	0.56%
平均值±1.5*標準差	(26.64%, 28.91%)	(34.88%, 38.53%)	(28.24%, 30.34%)	(23.46%, 24.13%)	(18.13%, 19.80%)
平均值±2*標準差	(26.26%, 29.29%)	(34.27%, 39.14%)	(27.90%, 30.69%)	(23.35%, 24.24%)	(17.85%, 20.08%)

註：1.藥品給付協議還款金額回歸總額自107年第二季實施，故自107年上半年起，藥品實際申報費用為藥品申報費用扣除還款金額。

2.有關110年醫學中心占率超過37%，醫學中心近三年藥費占率平均值為36.38%，尚落於平均值±1.5標準差範圍內，藥費占率略增原因12可能為「新冠肺炎影響民眾就醫習慣」及「108及109年藥價調整延後實施」。



效率 指標1.7

健保專案計畫之執行成效

- 計算方式：1.本年度導入(進場)、退場之專案計畫數/本年度進行中之專案計畫總數
2.各部門擇一計畫，計算KPI(含經費)達成率
- 監理重點：健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

112年全年專案計畫及進場專案計畫

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
新增計畫數/專案計畫數	2/19	2/17	0/10	2/10
專款計畫之預算執行率	66%	87%	85%	74%

- 112年進場專案計畫達6項(醫院2項、西基2項、牙醫2項)，其中醫院、西醫基層配合112年度行政院核定的健保政策目標及健保中長期改革計畫，新增「癌症治療品質改善計畫」建立癌症篩檢陽性個案診療模式、「慢性傳染病照護品質計畫」建立結核病、愛滋病的論質支付制度及追蹤管理機制，發展以人為本的照護方式；另牙醫總額新增「超音波根管沖洗計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫」。

13



醫療品質

2.1 手術傷口感染率

2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

2.3 照護連續性

2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升



14



手術傷口感染率_{1/2}

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



年度	參考數據		指標 結果 感染率 (%)	院所 平均值 ^{註2} (%)	院所 標準差 (%)	平均值 ±1.5*標準差 (%)	平均值 ±2*標準差 (%)
	分子	分母					
108年	12,412	1,048,670	1.18	1.22	6.87	0.00~11.53	0.00~14.96
109年	12,647	1,020,871	1.24	0.77	1.77	0.00~3.43	0.00~4.31
110年	12,376	983,219	1.26	1.05	4.10	0.00~7.20	0.00~9.25
111年	12,474	1,007,339	1.24	1.07	4.39	0.00~7.66	0.00~9.85
112年	12,675	1,069,313	1.19	0.77	2.94	0.00~5.18	0.00~6.65

註：1.105年起改用ICD-10診斷碼。2.院所平均值為每家院所的住院手術傷口感染率加總後，再除以院所數。

15



手術傷口感染率_{2/2}

- 109-110年略為上升，111-112年呈現下降趨勢，評估109-111年可能係受COVID-19疫情影響，醫療院所為因應疫情發展、保全醫療量能，爰減少或延後非緊急住院手術，分母(住院手術病人數)減少所致，建議持續觀察。
- 另108年、110年及111年標準差較大之原因，經評估係因極端值造成該統計期間標準差變動幅度大之故。統計資料顯示一半以上院所指標值皆為0%(108年484家院所中262家分子為0；110年457家院所中238家分子為0；111年444家院所中226家分子為0)。108年有2家院所指標值為100%(108年484家院所有2家分子及分母皆為1)；110及111年各有2家院所指標值50-60%(110年457家院所有2家分子及分母皆為個位數，指標值為50%；111年444家院所有2家分子及分母皆為個位數，指標值為50%及60%)。



16



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

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
110年	58.8%	65.5%	58.6%	47.5%	59.9%
111年	60.6%	65.0%	62.4%	49.0%	60.9%
112年	61.1%	67.7%	62.1%	51.1%	62.4%



17



照護連續性

- 計算方式：
$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$$
- N = 病患就醫總次數
- n_i = 病患在個別院所之就醫次數
- M = 就診院所數

- 監理重點：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	110年	111年	112年
平均每人門診照護連續性	0.436	0.424	0.403

註：1.資料來源：健保署多模型健保資料平台門診明細檔；資料範圍：西醫門診案件（不含牙醫、中醫）。

2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。

3. 人數以ID-BIRTHDAY歸戶。

4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值（就醫次數 ≤ 3 次且 ≥ 100 次）個案，再取算數平均值。

5. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。



18



護理人力指標

-全日平均護病比達加成之占率提升

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

112年1-12月全日平均護病比登錄統計

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
1-12月						
20%	< 7.0	10.3%	< 10.0	58.2%	< 13.0	86.1%
17%	7.0-7.4	27.7%	10.0-10.4	16.4%	13.0-13.4	1.7%
14%	7.5-7.9	46.3%	10.5-10.9	13.7%	13.5-13.9	1.6%
5%	8.0-8.4	11.0%	11.0-11.4	4.2%	14.0-14.4	1.6%
2%	8.5-8.9	4.7%	11.5-11.9	6.4%	14.5-14.9	1.4%
無	> 8.9	0%	> 11.9	1.0%	> 14.9	0.8%
不適用 ^{註3}		0%		0%		6.8%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：各醫院至健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料。

註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數。

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

3.護病比為0表示該醫院該費用年月未有收治住院個案。

19



效果

3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)

3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率

3.3 出院後3日內再急診比率



20



效果 指標3.1

民眾對醫療院所醫療結果滿意度 (各部門)

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

總額別	110年	111年	112年
醫院	93.9%	94.1%	94.1%
西醫基層	95.0%	94.2%	95.2%
牙醫門診	95.5%	95.3%	95.5%
中醫門診	94.5%	94.7%	94.8%

註:本項指標105年(含)以前指標名稱為「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」，每年調查民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度；106年起考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，原測量醫療環境、醫師態度、治療結果及整體滿意度部分予以精簡，只保留治療結果滿意度，指標名稱已修正為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

- 112年各部門滿意度為94.1%-95.5%之間，較111年持平或微幅增加，有效樣本數為醫院2,337份、西醫基層2,336份、牙醫門診1,294份、中醫門診1,259份，在95%信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為±3個百分點以內。
- 112年度調查報告書(含問卷內容)公開於「政府研究資訊系統(GRB)」(網址：<https://www.grb.gov.tw>)。

21



效果 指標3.2

糖尿病初級照護(可避免住院指標) -糖尿病病人住院率

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



年齡層	110年	111年	112年
15-24	0.02%	0.02%	0.03%
25-34	0.03%	0.02%	0.03%
35-44	0.05%	0.05%	0.05%
45-54	0.10%	0.09%	0.10%
55-64	0.15%	0.14%	0.15%
65-74	0.27%	0.25%	0.26%
75~	0.50%	0.48%	0.51%
整體	0.13%	0.12%	0.13%

- 隨人口老化和生活型態改變，糖尿病病人逐年增加。糖尿病可能導致多項併發症，包含視網膜、腎臟及神經病變、動脈硬化症等，且如病情控制不佳，易引發心臟病、中風外，甚至造成失明、洗腎和截肢。查糖尿病病人不同年齡層住院率，歷年於各年齡層分布之趨勢皆一致，隨年紀增加而上升，且以年齡層最高組別(75歲以上)有相對最高之住院率，其主要與高齡者之病情穩定度差、共病較多及自我照護能力之限制有關。

22



效果 指標3.3

出院後3日內再急診比率

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

單位：%

年度	Tw-DRGs案件		一般案件	
	3日內再急診率	增減%	3日內再急診率	增減%
110年	1.93%	0.03	3.76%	0.08
111年	1.82%	-0.11	3.60%	-0.16
112年	1.96%	0.14	3.79%	0.19



23



資源配置

4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師

人力之比值(各部門)

4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率 (各部門)

4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)



24



資源配置 指標4.1

以鄉鎮市區之發展程度，觀察最高與最低 兩組醫師人力之比值(各部門)

- 計算方式：1.依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值。
2.鄉鎮市區發展程度分類採謝爾生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類分為1級至5級區域，共5組。
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
110年	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13
111年	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43
112年	8.92	93.77	2.46	8.93	14.57

註：1.原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

2.資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計(113.7.30製作);戶籍人口數、醫師數：均以該年年底(12月)之統計數字為計算依據。

- 整體人力比值維持穩定，醫院人力比值差異較大，西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫。

25



資源配置 指標4.2

一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區 之就醫率(各部門)

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

單位：%

年度	地區別	總額別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
		一般地區	51.23	76.26	45.00	22.91
110年	醫療資源不足地區	55.51	77.62	31.09	16.88	
	山地離島地區	57.85	82.97	40.47	20.72	
	一般地區	54.18	78.31	46.46	27.64	
111年	醫療資源不足地區	56.74	78.94	31.92	20.03	
	山地離島地區	60.26	83.84	41.10	24.26	
	一般地區	55.71	82.78	48.80	28.56	
112年	醫療資源不足地區	58.65	82.80	33.37	21.20	
	山地離島地區	62.38	87.20	42.75	24.39	

26



資源配置 指標4.3

自付差額特材占率(整體)

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

單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 $\pm 1.5^* \text{標準差}$	平均值 $\pm 2.0^* \text{標準差}$
110年	0.0449				
111年	0.0523	0.0508	0.0043	0.0443	0.0572
112年	0.0551			0.0422	0.0594

註：1.平均值*：110-112年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值。

2.標準差*：110-112年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差。

- 自付差額特材占全年特材使用率，110年為0.0449%，111年為0.0523%，112年為0.0551%，平均占率為0.0508%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。

27



資源配置 指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)1/3

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

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 $\pm 1.5^* \text{標準差}$	平均值 $\pm 2.0^* \text{標準差}$
特殊功能 人工水晶體	110年	41.4	44.4	2.4	40.8	47.9
	111年	44.5				
	112年	47.2				
特殊材質 人工韌關節	110年	28.9	30.3	1.1	28.6	32.0
	111年	30.4				
	112年	31.6				
特殊功能 人工心律調節器	110年	45.6	47.7	1.6	45.4	50.1
	111年	48.2				
	112年	49.3				
冠狀動脈 塗藥支架	110年	68.4	70.3	1.6	67.9	72.7
	111年	70.2				
	112年	72.3				

- 冠狀動脈塗藥支架：

- 經113年4月19日自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」納入健保全額給付案之專家溝通會議討論，已有共識依國際治療指引與臨床實證，優先全額給付於STEMI(ST段上升之心肌梗塞)病人族群。
- 後續將依程序提至特材共同擬訂會議討論，並依會議決議辦理後續事宜。

28



資源配置 指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)2/3

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

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差		單位：%
					41.5	43.1	41.3	43.3	
特殊材質生物 組織心臟瓣膜	110年	41.9	42.3	0.5	41.5	43.1	41.3	43.3	
	111年	43.0							
	112年	42.0							
義肢	110年	5.7	4.3	1.4	2.2	6.4	1.5	7.1	
	111年	2.4							
	112年	4.8							
腦脊髓液分流 系統	110年	82.7	55.1	30.9	8.7	101.4	-6.7	116.8	
	111年	70.5							
	112年	12.0							
治療淺股動脈 狹窄之塗藥裝置	110年	39.6	41.0	1.0	39.4	42.5	38.9	43.0	
	111年	41.2							
	112年	42.1							

- 腦脊髓液分流系統：

- 將市占率最高(67%)的「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，自111年11月1日生效。
- 自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至112年12.0%。

29



資源配置 指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)3/3

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

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差		單位：%
					44.4	60.7	41.7	63.5	
治療複雜性心臟 不整脈特殊功能 導管	110年	45.7	52.6	5.5	44.4	60.7	41.7	63.5	
	111年	53.0							
	112年	59.0							
特殊功能及材質 髓內釘組	110年	64.0	72.8	6.3	63.4	82.2	60.3	85.4	
	111年	76.5							
	112年	77.9							

- 特殊功能及材質髓內釘組：

- 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，110年9月將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付，自110年12月1日起生效。另因增加自費使用品項納入該類自付差額，致整體占率上升。
- 健保署將持續監控申報情形，並規劃朝納入健保全額給付研議，該類自付差額轉全額財務推估約4.5億(以112年申報量計算)，後續將積極爭取預算。
- 另自付差額特材申報占率未達60%以上：將持續監控申報情形。



30



財務

5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率

5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

5.3 全民健保醫療支出占GDP比率

5.4 資金運用收益率

5.5 保費收繳率

5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率



31



財務
指標5.1

保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率

- 計算方式：1.(保險收支餘绌實際數 - 保險收支餘绌預估數)/保險收支餘绌預估數
2.保險收支餘绌=(年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出)
- 監理重點：收支餘绌預估之準確性
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

年度	110年	111年	112年
差異率	-35.49%(2.31% ^{註2})	-134.89%(3.54% ^{註2})	-479.60(0.94% ^{註2})
減2個標準差	減1.5個標準差	110-112年平均值	加1.5個標準差
-597.27%	-502.12%	-216.66%	68.80%
加2個標準差			163.95%

註:1. 110-112年為審定決算數。

2. 110-112年扣除非預期風險後差異率分別為2.31%、3.54%、0.94%。

- 112年截至第4季底，實際賸餘數338.72億元，預估短绌數89.23億元；差異率-479.60%，扣除非預期風險後的差異率為0.94%
- 112年主要因一般保險費收入及補充保險費收入數高於預期，另受補貼COVID-19對點值之影響以及總額專款結餘增加，致保險成本低於預期，若扣除前揭非預期風險因素之影響，保險收支餘绌預估數與實際數之差異率為0.94%。



32



財務
指標5.2

安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

截至年度	110年底	111年底	112年底	
約當月數	1.55個月	1.68個月	2.14個月	
增減數	-155.15億元	112.73億元	338.72億元	
安全準備累計餘額	936億元	1,049億元	1,388億元	
減2個標準差	減1.5個標準差	110-112年平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
1.28個月	1.40個月	1.79個月	2.17個月	2.30個月

註:110-112年為審定決算數。

- 110-112年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為1.55、1.68及2.14個月，尚符合健保法第78條保險安全準備總額以1至3個月保險給付支出為原則之規定。

33



財務
指標5.3

全民健保醫療支出占GDP比率

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

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占GDP比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占GDP比率
110 年	3.57%	3.39%
111 年	3.50%	3.32%
112 年	3.47%	3.26%

資料來源：1.全民健保醫療支出：「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」總額結算值。
2.GDP：行政院主計總處(113年10月31日更新資料)。

- 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3% ~4%之間

34



財務
指標5.4

資金運用收益率



- 計算方式：本季保險資金運用收益/本季保險資金日平均營運量
- 監理重點：資金管理效率
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

項目	年度	110年	111年	112年
運用收益(億元)		5.47	9.93	24.98
日平均營運量(億元)		1,670.80	1,745.78	1,868.53
收益率		0.33%	0.57%	1.34%
五大銀行一年期 大額定存平均利率		0.13%	0.30%	0.69%

註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀

減2個標準差	減1.5個標準差	110-112年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
-0.11%	0.11%	0.75%	1.40%	1.61%

- 因全民健康保險資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準，110-112年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
- 104-109年國內進入降息階段，爰收益率受其影響逐年走低，直至111年3月中央銀行宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息，健保基金收益率亦獲逐步改善。

35



財務
指標5.5

保費收繳率

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

單位：%

投保單位及保險對象	110年	111年	112年
第一類	99.55	99.59	99.65
第二類	99.72	99.71	99.69
第三類	99.44	99.46	99.47
第六類	85.15	86.05	86.39
整體	98.63	98.78	98.89

- 110~112年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致收繳率約在85%~86%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%。
- 另近年整體收繳率微幅成長，主要係因健保署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。

36



財務
指標5.6

呆帳提列數與保費收入數之比率

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

110年	111年	112年
1.27%	1.2%	1.1%

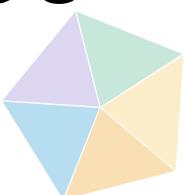
➤ 111年起疫情趨緩，健保署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生，爰本指標略有下降趨勢。



37



THANK YOU



38