

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 114 年第 9 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 114 年 11 月 19 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 9 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 10

五、優先報告事項

中央健康保險署「114 年 10 月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告) ----- 15

六、討論事項

(一)全民健康保險 115 年度保險費率方案(草案)審議案 ----- 19

(二)115 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配案 ----- 49

(三)115 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案 ----- 67

(四)115 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案 ----- 110

(五)115 年度醫院總額一般服務地區預算分配續請討論案 ----- 129

七、報告事項

113 年全民健康保險業務監理指標監測結果及研析報告 ---- 165

八、臨時動議

三、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 10 月 30 日衛部健字第 1143360151 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7屆114年第8次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年10月22日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員銘修、吳委員鏘亮、呂委員正華、
李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、洪委員瑜黛、
胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博、許委員慧瑩、
連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員建宗、陳委員真慧、
陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員麗琴、黃委員心
苑、黃委員金舜、黃委員振國、黃委員國祥(中華民國工商協進會黃專案協
理美慧代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、詹委員永兆、
鄭委員力嘉(全國產職業總工會林秘書兩樵代理)、謝委員佳宜、顏委員鴻順、
嚴委員必文

請假委員：吳委員永全、花委員錦忠、董委員正宗、蔡委員順雄

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：陳署長亮好(龐副署長一鳴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第9~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：確認。

參、確認上次(第7次)委員會議紀錄：(詳附錄第13頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第15~16頁)

決定：

- 一、請中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會及中華民國中醫師公會全國聯合會於114年11月4日前提送115年度一般服務地區預算分配之建議方案。屆時未提送者，將由本會掣案提11月份委員會議(114.11.19)討論，俾依法於年底前完成協定。
- 二、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第17~39頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：115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內容確認案，提請討論。

決議：

- 一、確認115年度總額協定結果之整體成長率，如下表：

115 年度 醫療費用	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	整體 合計
金額 (億元)	6,853.06	1,861.99	583.69	364.29	220.32	9,883.35
成長率	5.5%	5.5%	5.5%	5.5%	增加 11.49 億元	5.5%

註：1.門診透析服務總成長率 3%，總金額 487.96 億元，其中醫院總額為 252.32 億元，西醫基層總額為 235.64 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額預算。

2.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

- 二、確認各部門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」，如附件一。
- 三、依中央健康保險署建議，修正115年度總額部分協定事項文字內容，如附件二。
- 四、本次確認及修正文字事項，併入115年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛生福利部核定。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：115年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：本案保留，請醫院總額部門代表委員攜回付費者委員意見，內部充分溝通，於第9次委員會議(114.11.19)續議。

陸、報告事項(詳附錄第40~43頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告，請鑒核。

決定：本案洽悉。委員所提意見，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：114年度西醫基層診所及藥局春節連假開診額外獎勵措施執行結果，請鑒核。

決定：本案洽悉。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：「114年9月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)，請鑒核。

決定：本案洽悉。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時5分。

**各部門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」
醫院總額	一般服務	0~6 歲兒童醫療量能保障	<p>1.執行目標：維持醫院兒童醫療量能。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)鼓勵醫院擴大醫師參與幼兒專責醫師制度之人數不低於 112 年。</p> <p>(2)醫院兒科醫師之人數、急診及住院服務量不低於 114 年。</p>
	專款項目	抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫	<p>1.執行目標：鼓勵醫院投入抗微生物製劑管理及感染管制品質的提升。</p> <p>2.預期效益之評估指標：鑑於本項於 113 年開始編列，建議評估指標續 114 年之項目，1 年後再予檢討。</p> <p>(1)參與醫院重點監測抗藥菌占率不高於 113 年。</p> <p>(2)參與醫院全院/加護病房重點監測抗藥菌感染密度不高於過去 3 年。</p> <p>(3)參與醫院高度管制性抗微生物製劑 DDD(定義每日劑量)耗用量或 DID(住院抗生素耗用量密度)不高於 113 年。</p>
		促進醫療服務診療項目支付衡平	<p>1.執行目標：本項預算原於其他部門，已於 114 年用以調整急診診察費、急診觀察床診察費、離島急救責任醫院急診醫療服務點數加成、急性一般(含精神)病床護理費等項。</p> <p>2.預期效益之評估指標：下列 4 項任 1 項合格即達標。</p> <p>(1)急診病人轉出率(排除直接轉入他院住院案件)不高於 113 年。</p> <p>(2)每季急診轉住院病人滯留急診超過 24 小時之日均人次，不大於 113 年。</p> <p>(3)急診轉住院人次占率較去年增加。</p> <p>(4)急診病人停留超過 24 小時之案件比率較 113 年下降。</p>
		住院護理費用	請中央健康保險署會同醫院總額相關團體及中華民國護理師護士公會全國聯合會討論研訂執行目標、預期效益之評估指標，確保預算用於增加住院護理人力或回饋第一線護理人員薪資，並報請衛生福利部核定。

部門	新增或延續性項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
西醫基層總額	一般服務	因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	1.執行目標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數不低於80%。 2.預期效益之評估指標：聘有護理人員之診所，調升護理人員薪資比率之診所家數。
		0~6歲兒童醫療量能保障	1.執行目標：維持西醫基層兒童醫療量能。 2.預期效益之評估指標：西醫基層診所參與醫事司幼兒專責醫師制度計畫之醫師數較113年增加。
	專款項目	家庭醫師整合性照護計畫	1.執行目標：持續擴大收案照護對象，將更多適合照護對象(如慢性病患者等)，納入家庭醫師整合性照護計畫照護。 2.預期效益之評估指標： (1)家庭醫師整合性照護計畫收案人數較前一年度增加。 (2)糖心腎症候群監測數據(HbA1c、LDL)控制良好占率較前一年度增加。
		促進醫療服務診療項目支付衡平	1.執行目標：以民眾就醫權益為優先，並保障醫事人員合理工作量能，鼓勵基層院所於假日開診，以利推動分級醫療、改善假日急診壅塞困境，維護民眾假日就醫權益。 2.預期效益之評估指標：西醫基層假日看診診所數較前一年度增加。
牙醫門診總額	專款項目	青少年口腔提升照護試辦計畫	1.執行目標：照護人次以達成「青少年齲齒控制照護處置(P7101C)」、「青少年齲齒氟化物治療(P7102C)」合計619,000服務人次為執行目標。 2.預期效益之評估指標： (1)提升全國12~18歲青少年牙醫就醫率不低於60%。 (2)執行P7102C後1年內牙位11~13、21~23、31~33、41~43的平均齲齒填補顆數增加率減緩。
		高風險疾病口腔照護計畫	1.執行目標： (1)115年服務「高風險疾病病人牙結石清除-全口」(91090C)達225萬人次、照護人數不低於99萬人。 (2)115年「齲齒經驗之高風險病人氟化物治療」(P7302C)預估服務人次不低於270萬人次、照護人數不低於143萬人。 2.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」
			<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 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減少。</p>
		特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>1.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達 6 成。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)降低使用抗凝血劑病人牙科處置後 24 小時內，因牙科處置相關之口腔出血至院所就診之比率。</p> <p>(2)減少使用抗骨質疏鬆藥物病人牙科處置後，顎骨壞死之風險。</p> <p>(3)服用抗凝血劑至牙科就診病人，申報 P3601C 前後中風或心肌梗塞的比率、死亡率。</p> <p>請明訂預期效益之評估指標之目標值，以利後續評估規劃。</p>
中醫門診總額	一般服務	友善醫事人員環境-提升中醫護理照護品質	<p>1.執行目標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所，有申報本項加計且有調升護理師/護士薪資占率達 50%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：聘有護理師/護士之中醫健保特約院所較 114 年增加 1%。</p>
		強化全人照護與慢性疾病管理-增加高度複雜性針灸、中度複雜性傷科適應症(腦中風後遺症-診斷碼 I69)	<p>1.執行目標：申報腦中風後遺症(診斷碼 I69)看診中醫病人，至少有 1 次「中高度複雜性針灸或傷科」之比例$\geq 20\%$。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報腦中風後遺症且接受高度複雜性針灸、中度複雜性傷科之中醫病人一年內急診就醫率低於未看診中醫病人。</p>
	專款項目	中醫癌症患者加強照護整合方案	<p>1.執行目標：服務癌症加強照護整合之中醫病人數較前 1 年增加 5%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：癌症病患經治療後，功能性評估一般性量表(FACT-G)與生活品質評估量表(ECOG)有改善。</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」
		中醫急症處置	1.執行目標：執行院所 11 家以上。 2.預期效益之評估指標：急診病人經中醫治療後，視覺類比量表(VAS)有改善。
		照護機構中醫醫療照護方案	1.執行目標： (1)115 年服務 200 家照護機構。 (2)服務人次 80,000 人次，服務總天數 6,000 天。 2.預期效益之評估指標：照護機構住民外出就診中醫次數較前 1 年減少。
		中醫三高病人加強照護計畫	1.執行目標：參與個案 3 萬人。 2.預期效益之評估指標：個人健康資料上傳及生活習慣自評 60%收案個案完成。
其他預算	專款項目	山地離島地區醫療給付效益提升計畫	1.執行目標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度維持 95%以上。 (2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率 $\geq 55\%$ 。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率 $\geq 80\%$ 。 2.預期效益之評估指標： (1)山地離島地區醫療給付效益提升計畫民眾滿意度。 (2)全人整合照護方案 35~64 歲民眾結核病主動篩檢率。 (3)全人整合照護方案初級照護案件鄉內就醫比率。

依健保署建議修正 115 年度總額協定文字

部門	項目名稱	原協定文字	修正後文字
醫院 總額	5.配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用 <u>性</u> 提升，醫療服務密集度改變		5.配合 888 健康台灣，擴大國健署疾病篩檢，疑似陽性個案致使健保醫療利用 <u>性</u> 提升，醫療服務密集度改變。
中醫 門診 總額	8.中醫三高病人加強照護計畫 (115 年新增項目)	2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1)會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。	2.請中央健康保險署辦理下列事項： (1) <u>於 115 年度總額公告後</u> ，會同中醫門診總額相關團體，訂定具體實施計畫(含適應症、適用對象、醫療服務內容、支付方式)，將實施方案提報全民健康保險會最近 1 次委員會議。
其他 預算	8.腎臟病照護及病人衛教計畫	持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫，並於額度內妥為管理運用。	持續推動初期慢性腎臟病(Early-CKD)醫療給付改善方案、末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質保證保留款實施方案，並於額度內妥為管理運用。

四、本會重要業務報告

- 一、依本會上次(第 8 次)委員會議決議，將本會完成辦理之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果」，業於本(114)年 11 月 4 日以衛部健字第 1143360161 號書函陳報衛生福利部(下稱衛福部)核定，如附錄一(第 201~202 頁)
- 二、本會依全民健康保險法第 24 條規定，於本年 10 月 22 日召開「全民健康保險 115 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，邀請 3 位專家學者(蔡教授淑鈴、羅教授紀琮、韓教授幸紋)就中央健康保險署(下稱健保署)研擬之費率方案(草案)提供意見，本會委員計 27 位列席參加，會議紀錄業於本年 10 月 30 日函送委員在案，詳附錄二(第 203~228 頁)。
- 三、衛福部及健保署於本年 10 月至 11 月份發布及副知本會之相關資訊摘要如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 11 月 12 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

- 1.本年 10 月 16 日公告修訂 114 年度「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄三(第 229 頁)，本次主要修正 9 項指標之參考值：牙齒填補保存率(1 年以內、2 年以內、恆牙 2 年以內、乳牙 1 年 6 個月以內)、同院所 90 日以內根管治療完成率、恆牙根管治療 6 個月以內保存率、6 歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率、院所加強感染管制診察費申報率、牙周病統合治療方案後之追蹤治療率等，參考值由「以最近 3 年全國平均值*(1-10%)」調整為「以最近 3 年全國平均值*(1-8%)」。
- 2.本年 10 月 29 日修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一，如附錄四(第 230 頁)，本次修正重點如下：
 - (1)醫院、西醫基層總額部門：增修 1 項指標名稱為「同(跨)醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂

(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜(口服)、抗血栓藥物(口服)、前列腺肥大藥物(口服)」。

(2)牙醫門診總額部門：刪除原項目「醫療費用核減率」。

(3)門診透析服務：刪除原項目「醫療費用核減率」。

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄五(第 231~235 頁),修訂重點如下表:

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.10.14/ 114.10.14	全民健康 保險牙醫 門診總額 點值超過 一定標準 地區醫療 利用目標 及保留款 機制作業 方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第 4 點保留款之運用：新增鼓勵該分區「牙醫特殊醫療服務計畫」之特定身心障礙者院所牙醫醫療服務獎勵款項。 2.第 5 點保留款之計算方式：修訂醫療資源不足地區改善方案，屬核實申報部分，其核定浮動點數補助至每點 1.7 元(原 1.5 元)，並配合新增牙醫特殊醫療服務計畫，屬核實申報部分，其核定浮動點數補助至每點 1.7 元。
114.10.14/ 114.10.14	牙醫門診 加強感染 管制實施 方案	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.監控方式：新增院所執行「巡迴醫療、特殊醫療、矯正機關之牙醫服務地點(外展點)」經抽訪不合格，除經分區共管會議同意另行處理外，屬消毒類且與提供外展點醫療服務有關者，應併同核扣外展點門診診察費差額之規定。 2.訪查抽樣比例：抽訪比率下修以 4%~6% 為原則(原 6%-8%)；外展點抽訪比例以 4%為原則，並由分區業務組評估得否以視訊方式進行訪查，離島地區及矯正機關另由分區業務組與分會之共管會議討論可行方式，未訪查過之外展點優先辦理訪查。
114.10.28/ 114.11.1	全民健康 保險週日 及國定假 日輕急症 中心(UCC) 試辦計畫	<p>新增試辦計畫，重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.實施期間：114 年 11 月 1 日至 115 年 12 月 31 日。 2.設置地點(以六直轄市先行試辦)：衛生所(健康服務中心)、未設置急診之地區醫院、大型診所。

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>3.診療科別與時段：同時段須包含內(兒)科系及外(骨)科系，另耳鼻喉科、眼科可視需求，評估設置或採遠距會診；週日及國定假日上午8時至24時(2班制)。</p> <p>4.給付項目及支付標準(預算來源)：</p> <p>(1)基本承作費(由公務預算支應)：</p> <p>①開辦獎勵費：每家承作院所 35 萬元。</p> <p>②維持營運獎勵費：每家每月 10 萬元，不足 1 個月以 1 個月計，每家以 140 萬元為上限(計畫期程 14 個月)。</p> <p>(2)人力費用(若遇 4 天以上連假則雙倍支付；由健保醫療給付費用總額其他預算支應)：</p> <p>①日診(每人每班)：醫師 1.5 萬元，其他醫事人員 4,000 元。</p> <p>②晚診(每人每班)：醫師 2 萬元，其他醫事人員 6,000 元。</p> <p>(3)醫療費用(若遇 4 天以上連假則加 3 成支付，藥品與特材不予加成；由健保醫療給付費用總額其他預算支應)：</p> <p>①診察費 756 點、護理費 124 點、遠距會診費 507 點。</p> <p>②轉診項目：須設置綠色通道送至後援醫院，並得依醫療服務支付標準之轉診相關診療項目規定申報。</p> <p>③其餘項目：依醫療服務支付標準、藥物給付項目及支付標準申報；如承作院所為基層醫療單位開設，則可申報限醫院層級別適用之項目。</p> <p>5.訂有監測指標(UCC 病人轉診率、UCC 病人 3 日內再急診率、急診壅塞醫院檢傷分類 3、4、5 級病人下降比率)及退場機制。</p>
114.10.31/ 114.11.1	全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案	<p>本次修訂重點：新增「門診靜脈抗生素治療處置費(天)-使用輸液器 1 日型」，支付點數為 2,133 點，並內含特殊治療材料(輸液器 1 日型)費用。</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.11.3/ 114.11.1	全民健康 保險在宅 急症照護 試辦計畫	<p>本次修訂重點：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.支付標準通則新增「七、為增加臨床醫師對於抗生素之選擇性，照護小組於目標照護天數內，得使用輸液器一日型，施打抗生素，並申報對應之每日醫療費；於目標照護天數外不予支付輸液器費用。」 2.每日醫療費：新增於目標天數內使用「輸液器 1 日型」支付標準，較未使用者增加 1,102 點。 3.機構住民訪視改以在宅支付點數：當日訪視僅提供 1 位機構住民在宅急症照護服務，且同時段未提供居家照護、安寧居家療護、西醫門診巡診服務，得以在宅支付點數申報。
114.11.4/ 115.1.1	全民健康 保險慢性 阻塞性肺 病醫療給 付改善方 案	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.執行人員資格：增列台灣慢性阻塞性肺病學會可辦理 COPD 教育訓練課程，該學會認證之專科醫師，得免除教育訓練課程時數。 2.收案對象：修訂為須符合台灣胸腔暨重症加護醫學會公布之台灣肺阻塞臨床照護指引定義之規範。(原為國健署慢性阻塞肺病臨床治療指引定義) 3.給付項目及支付標準： <ol style="list-style-type: none"> (1)新收案管理照護費 P6011C：調升為 600 點。(原 400 點) (2)追蹤管理照護費 P6012C：調升為 300 點，及修訂每次申報間隔為 70 天、每年申報最多 4 次。(原 200 點，申報間隔 80 天，每年申報 3 次) (3)年度評估管理照護費—「第一類院所 P6013C」及「第二類院所 P6014C」：分別調升為 1,200 點及 600 點。(原 800 點及 400 點) (4)肺部復原及呼吸訓練評估費 P6015C：調升為 900 點，並訂定給付適應症。(原 600 點) 4.品質獎勵指標：修訂後計 6 項，其中適用

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>基層計 5 項，醫院計 6 項。</p> <p>(1)新增 2 項指標：照護涵蓋率(醫院、基層)、嚴重個案照護涵蓋率(醫院)。</p> <p>(2)刪除 4 項指標：收案病人因 COPD 入住加護病房比率、收案病人 6 個月戒菸成功率、收案病人接受肺部復原評估比率、收案病人接受正確藥物治療比率。</p> <p>5.評比方式：配合品質獎勵指標修訂文字，及調升每例獎勵為 1,000 點。(原 500 點)</p> <p>6.費用之支付：增訂本方案費用建議優先分配於第一線執行人員，參與院所應每年提報方案費用之運用情形予保險人分區業務組。</p> <p>7.配合新的治療指引，修訂相關附件及附表。</p>

2.本年 10 月 22 日公告 114 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 10 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄六(第 236 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄七(第 237 頁)。

決定：

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114 年 10 月份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

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。
- 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，並依年度工作計畫併同於 2、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。
- 四、另健保署業務執行報告電子檔已置於該署網頁(健保署首頁>健保資料站>健保業務報告>健保業務執行報告>衛生福利部中央健康保險署業務執行報告，網址：<https://gov.tw/XJC>)。

決定：

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 115 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

說明：

- 一、本案經貴會於本(114)年 10 月 22 日「全民健康保險 115 年度保險費率審議前專家諮詢會議」結論，請本署參酌委員所提意見，修正全民健康保險 115 年度保險費率方案(草案)，提案至貴會，俾於本年第 9 次委員會議(114.11.19)審議。
- 二、本署爰依前揭決議事項，研提「全民健康保險 115 年度保險費率方案(草案)」(附件一，第 23~45 頁)，其中參酌委員意見，修正處理情形詳附件一第 3~5、18 張投影片(第 24~25、32 頁)，提請審議。

擬辦：依健保法第 24 條規定辦理，完成審議後由貴會報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：李仁輝科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2395

.....
本會整理說明：

- 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)法規依據：

1.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。

2.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。

3. 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。

(二) 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22日召開「全民健康保險115年度保險費率審議前專家諮詢會議」，會議紀錄業於114年10月30日函送委員在案(詳附錄二，第203~228頁)，會議重點意見摘要如下：

(一) 「全民健康保險115年度保險費率方案(草案)」部分：

1. 115年度保險費率維持現行5.17%不調整：在115年度醫療給付費用總額成長率以5.5%試算、維持現行費率5.17%下，健保署財務推估顯示，115年底安全準備累計餘額約為1,526億元，約當2個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月原則，115年度可維持現行費率不調整。

2. 請健保署補充說明以下事項：

(1) 113年1月「點值補助」措施內容。

(2) 估算114~115年「第6類被保險人人數占率」維持17.19%

之理由。

(3)115 年補充保險費推估金額過於保守。

(4)公務預算挹注健保費用對政府應負擔經費之影響。

(二)對未來中長期健保財務之建議

健保財務支出面因人口高齡化、新藥新科技納入健保等因素持續成長，收入面則由於因少子化及勞動族群減少等原因致成長幅度有限，面對財務壓力應及早規劃因應策略，建議如下：

1.建議政府常態化挹注健保財源並制度化：

政府於112~114年挹注健保基金共計640億元，加上114年新增政府應負擔健保費計算範圍以健保法規範者為限的134億元，合計相當1個月的保險給付支出，對健保財務是非常重要的挹注。若挹注健保基金係屬常態，應思考如何將其法制化，使其成為可預測性，將挹注金額反映在財務報表，對健保財務及總額協商均較為健康，有助健保永續經營。另政府應負擔健保總經費法定下限36%部分，如能提高至40%，可避免未來調漲費率的可能。

2.支出面問題宜一併考量：

為因應未來環境變化，討論健保財務時，也要多著重支出面問題，包括醫療人力、進口藥價，都會影響支出面，否則收到一樣的錢，支出增加，還是無法收支平衡。如果要減少支出，建議現行論量計酬的支付方式轉型為以人為中心的整合式照護並搭配包裹式支付，以提升醫療品質與效率。另建議長照改制為保險，跟健保完全整合，讓健保有更多的資源，做最合適的運用。

3.全面評估川普關稅政策對健保影響：

川普關稅政策不只影響保險收入，也可能影響健保支出，例如進口物價及藥價，建議衛福部通盤評估各方面可能影響，有助於下一次的總額協商與費率審議。也提醒避免過於關注報表數字本身，而忽略內部政策及外在環境變化所可能導致的改變。

4.及早規劃補充保險費修法事宜：

考量社會貧富差距擴大及增加健保財源，近年對補充保險費常有增加費基、改變結算方式、費率脫鉤、調高或取消單次給付扣費上限等相關討論，建議及早規劃修法及推動事宜，除可增加開源的可能性，亦可改善所得分配惡化、提升付費公平性。

5.關注民眾自費比率增加情形：

健保基本精神是避免民眾因貧而病，雖然總額持續成長，有助醫療產業健全發展，惟民眾自費比率越來越高，尤其健保不給付項目及差額負擔項目對中下階層民眾而言更是辛苦，建議在總額成長樂觀的情況下，總額協商時要考量減少民眾自費項目，也期待醫界多予支持減少自費項目，減輕民眾負擔。

6.檢討健保資源利用之有效性：

植物人使用呼吸器維生所需費用甚高，基於人道考量，目前健保沒有限制這項支出，建議衛福部制定新規定，由健保給付急救插管後3個月(或一定期限)內的費用，後續費用由家屬自行負擔，所節省的預算可用在其他健保項目。

7.尋求可能之開源方式：

根據交通部的數據，台灣每年暑假有4、500萬人到日本旅遊，國內外旅遊支出超過1兆元，開源部分建議可對旅遊支出課稅挹注健保；另外，重罰或採取其他措施降低車禍事故，可以減少外傷事故支出，也可以減低急診壅塞的問題。

三、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第3~5、18張投影片(第24~25、32頁)。

四、檢附107~113年委員會議費率審議重要決議供參，如附件二(第46~48頁)。

決議：



全民健康保險115年度 保險費率試算結果(草案)

衛生福利部中央健康保險署
114年11月19日



大綱

- 法令依據
- 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
- 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_{1/2}

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、113年1月「點值補助」措施內容：簡報「近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估」提到，113年1月「點值補助」影響健保安全準備-105億元，請補充說明該措施之緣由背景。	因應疫情後COVID-19及類流感就醫增加，由行政院「疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算」撥補。以上說明已於簡報第5頁增加附註。
二、估算114~115年「第6類被保險人人數占率」維持17.19%之理由：簡報「一般保險費推估方法」中，第6類被保險人人數占率在111~113年呈現成長趨勢，惟健保署推估114~115年占率均維持17.19%，其理由為何。	第6類被保險人人數占率，112年起因COVID-19疫情戶籍被遷出者陸續回復戶籍，致占率增加，至115年已為第4年，故假設此因素效果減少，第6類被保險人人數占率推估為持平。
三、115年補充保險費推估金額過於保守：簡報「補充保險費推估方法」顯示，預估114、115年度補充保險費分別為751億元、645億元，惟近期多項經濟指標均在樂觀的預期，建議115年度補充保險費推估金額維持114年金額，下修幅度不宜過大。	115年因受美國關稅政策衝擊高度不確定性之影響，補充保險費採保守推估。另簡報第25、26頁敏感度分析，提供115年起補充保險費金額增(減)5%之影響金額。

3



諮詢會議意見處理情形及說明_{2/2}

諮詢會議意見	處理情形及說明
<p>四、公務預算挹注健保費用對政府應負擔經費之影響：</p> <p>(一)近2年有多項公務預算挹注健保款項，如點值補助、菸捐挹注罕病藥費、挹注健保安全準備與生理食鹽水供應穩定專案等，被分列於「非保險給付支出」與「其他收入」等不同項目，其分類之判斷標準為何？以及前揭支出項目如何在簡報之保險成本架構圖呈現？</p> <p>(二)前述項目如歸類為「非保險給付支出」時，將導致這些政府額外補助，不被納入計算政府應負擔健保總經費36%，是否需微調36%計算公式以因應近年公務預算新增挹注健保項目？</p> <p>(三)外掛式的補助(如癌症新藥暫時性支付50億元)在費率試算模型中應如何呈現，以完整反映健保基金的運作與財務狀況。</p>	<p>(一)有關近2年公務預算挹注健保之收入非屬保險費性質，且非常態性，故列入其他收入，其支出亦非屬常態性保險給付支出，爰配合修正投影片第18頁成本架構圖之內容。</p> <p>(二)政府應負擔保險總經費 = [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] × 36%，係依行政院協商確立之法律見解及計算方式，近2年公務預算挹注健保支出屬於保險給付支出，故公式不受影響。</p> <p>(三)至以公務預算支應癌症新藥暫時性專款係屬於總額外之政府專項支出，不影響安全準備餘額，不列試算項目中。</p>

4



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
113年1月	平均眷口數由0.57人調整為0.56人	-22億元
	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	50億元
	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
	點值補助 ^註	-105億元
114年1月	政府應負擔健保費的計算範圍，以健保法規者為限	134億元
	因應最低工資調整，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%	9億元
	投保金額分級表由50級調整為59級，上限由219,500元調整為313,000元	33億元
	「因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例」挹注全民健康保險基金200億元	200億元
115年1月	因應最低工資調整，投保金額分級表第一級由28,590元調整為29,500元	43億元

註：因應疫情後COVID-19及類流感就醫增加，由行政院「疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算」撥補。

5



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
113年	保險收入	8,344	8,280	64	0.78%
	保險成本	8,110	8,003	107	1.34%
114年	保險收入	8,903	8,387	516	6.16%
	保險成本	8,548	8,593	-46	-0.53%

註：1、114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

◎113年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加64億元，主要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。

◎114年保險收入「最新預估數」較「前一年預估數」增加516億元，主要係「因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例」挹注全民健康保險基金200億元及投保金額上限調整、補充保險費較預期增加，連帶使政府應負擔健保總經費增加。

◎113年保險成本「實際數」較「前一年預估數」增加107億元，主要係點值補助所致。

6



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年之保險收支餘絀

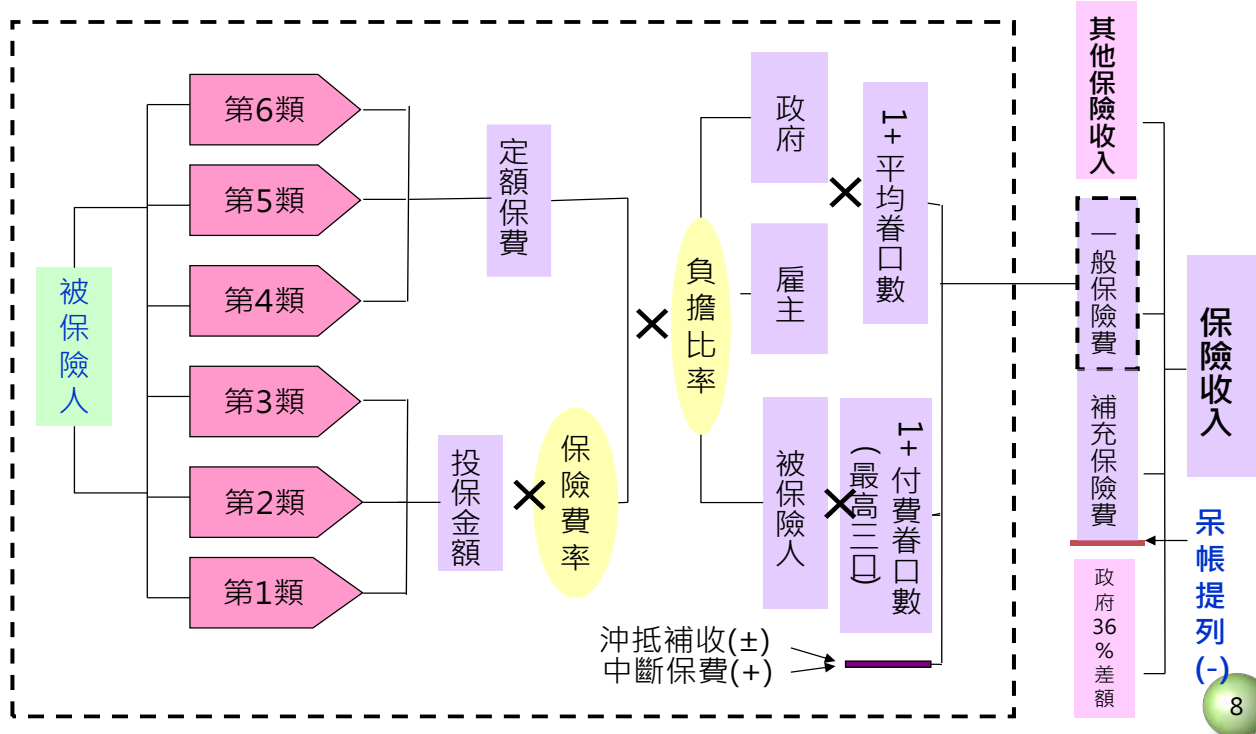
S_t ：t年底之安全準備餘額

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。

7



推估方法-保險收入



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，114年保險對象人數以1至6月實際數推估，115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)
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	0.16	2,386	0.30	2,291	0.01	96
114年(預估)	-0.22	2,397	0.44	2,291	0.02	106
115年(預估)	-0.28	2,399	0.09	2,285	-0.28	114

說明：1、年中現住人口，113年(含)以前為內政部統計資料，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，114年為內政部當年1至7月統計資料預估，115年則為國發會推估資料。

2、111年、114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111年受疫情影響出國停保人數減少所致，114年因113年12月23日起不再受理停保申請所致；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。



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至2070年)」報告，同年齡層之未來人口趨勢推估

年別	被保險人人數 占率(%)	眷屬人數 占率(%)
111年	67.67	32.33
112年	68.01	31.99
113年	68.28	31.72
114年(預估)	68.58	31.42
115年(預估)	68.73	31.27

說明：114年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

10



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
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	59.24	14.07	7.83	0.57	1.57	16.71	65.59	15.34	7.18	11.89
114年(預估)	59.63	13.62	7.46	0.57	1.52	17.19	65.95	14.95	6.80	12.30
115年(預估)	60.10	13.34	7.25	0.60	1.52	17.19	66.48	14.66	6.55	12.31

說明：

- 1、114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、延退效應及非本國籍人口增加。
- 3、第2類被保險人及眷屬人數占率，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，112年起因疫情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。
- 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。

11



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
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	50,395	30,141	27,470	2,160	2,160	1,377
114年(預估)	52,534	31,119	28,590	2,237	2,237	1,377
115年(預估)	53,528	31,821	29,500	2,237	2,237	1,377

說明：

1、114年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。

2、115年已納入最低工資調升之影響。

12



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

13



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							
111年	50	320	123	24	10	167	6	33	734
112年	50	316	115	24	10	157	13	35	723
113年	52	321	113	25	12	139	16	37	715
114年(預估)	54	332	126	26	12	149	16	37	751
115年(預估)	54	288	96	26	13	116	15	38	645

說明：

- 1、114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6月股利分派情形進行預估。
- 2、115年民營投保單位負擔、高額獎金、股利所得之補充保險費納入美國關稅政策衝擊高度不確定性之影響。
- 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。

14



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計算範圍，113年以前依104年12月修正之健保法施行細則第45條規定，含括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。

15



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。

16



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 (%)
111年	5.22	14	140	13	0.57
112年	5.30	18	130	254	1.34
113年	5.90	17	125	214	1.51
114年(預估)	6.32	17	125	226	1.67
115年(預估)	6.49	17	124	15	1.55

說明：

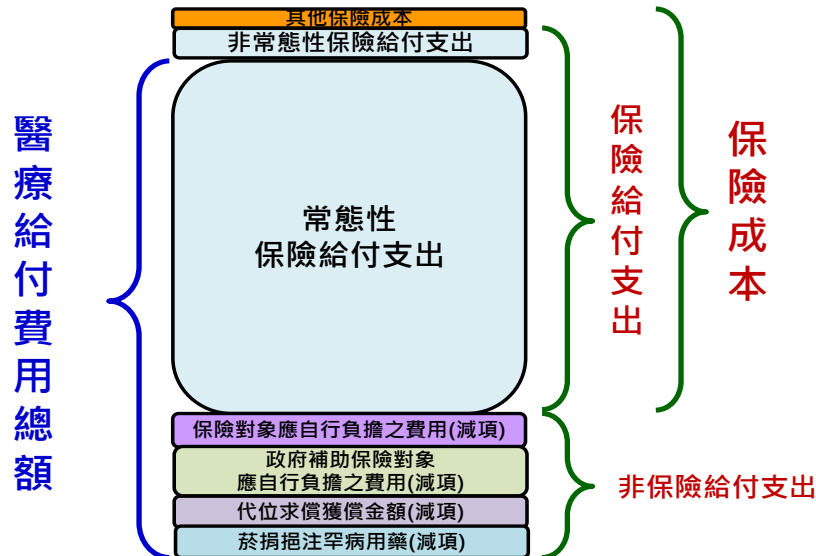
- 1、114年其他保險收入以1至6月實際數預估。
- 2、112年公益彩券盈餘分配收入較高，係受當屆(103年至112年)公益彩券發行機構契約屆滿結算之故。
- 3、其他收入主要為呆帳收回及過期帳，其中，政府額外挹注健保基金112年至114年分別為240億元、200億元、200億元；另114年含括行政院健保財務協助方案中以公務預算挹注之輸液及沖洗液藥品供應穩定專案11億元。

17



推估方法-保險成本架構

保險成本 = 保險給付支出 + 其他保險成本
保險給付支出 = 常態性保險給付支出 + 非常態性保險給付支出
常態性保險給付支出 = 醫療給付費用總額 - 非保險給付支出



18



推估方法- 115年度醫療給付費用總額協商結論

- 115年度總額基期：9,368億元
- 115年度低推估值：2.942%
- 115年度健保總額成長率範圍：
行政院核定為2.942%(9,644億元)至5.5%(9,883億元)
- 115年度健保總額協商結論：
總額成長率5.5%，醫療給付費用總額9,883億元

19



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

20



推估方法-保險成本

◎115年度醫療給付費用總額協商結論：

總額成長率5.5%，醫療給付費用總額9,883億元

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)
111年	8,096	3.320%	7.52%	7,491
112年	8,364	3.323%	7.15%	7,771
113年	8,755	4.700%	7.42%	8,110
114年(預估)	9,286	5.500%	8.00%	8,548
115年(預估)	9,883	5.500%	7.13%	9,183

說明：

- 1、保險成本=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之變化，主要受點值補貼及專款未執行數等因素影響。

21



平衡費率試算假設、方式及結果_{1/3}

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：

□115年依114/9/26協商結論5.5%

□116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(111年至115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

◎116~118年保險收入平均年成長率：1.47%

◎116~118年總額平均年成長率：4.17%

22



平衡費率試算假設、方式及結果_{2/3}

依「現行費率5.17%」推估

◎114年保險收支累計結餘約1,977億元(約當2.78個月保險給付支出)。

◎115年保險收支累計結餘約當2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絀。

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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113年	-	5.17%	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114年(P)	-	5.17%	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115年(P)	5.45%	5.17%	8,732	9,183	5.500%	-451	1,526	2.00
116年(P)	5.60%	5.17%	8,871	9,597	4.242%	-726	800	1.00
117年(P)	5.74%	5.17%	8,993	9,985	4.164%	-992	-192	-0.23
118年(P)	5.86%	5.17%	9,123	10,350	4.092%	-1,227	-1,419	-1.65

註：總額成長率116年起依歷史趨勢推估。

23



平衡費率試算假設、方式及結果_{3/3}

依「年底安全準備1個月」推估

◎115年保險費率維持5.17%，年底安全準備逾1個月保險給付支出。

◎117年保險費率由5.17%調整為5.77%。

◎118年保險費率再調整為5.89%。

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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113年	-	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114年(P)	-	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115年(P)	5.45%	5.17%	-	8,732	9,183	5.500%	-451	1,526	2.00
116年(P)	5.60%	5.17%	-	8,871	9,597	4.242%	-726	800	1.00
117年(P)	5.74%	5.77%	11.61%	10,019	9,985	4.164%	33	834	1.00
118年(P)	5.86%	5.89%	2.08%	10,394	10,350	4.092%	44	878	1.02

註：總額成長率116年起依歷史趨勢推估。

24



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"> ✓ 115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 ✓ 115年起補充保險費金額減少5% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 115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 ✓ 115年起補充保險費金額增加5%
支出面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 115年起部分負擔金額減少5% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 115年起部分負擔金額增加5%

25



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115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	115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	34億元	0.04個月
	115年起補充保險費金額增減5%	47億元	0.06個月
支出面	115年起部分負擔金額增減5%	27億元	0.04個月

26



結論

- 114年底保險收支累計結餘預估為1,977億元(約當2.78個月保險給付支出)。
- 115年在維持現行費率5.17%，納入最低工資調整為29,500元、政府應負擔健保費的計算範圍，以健保法規範者為限，及醫療給付費用總額成長率以5.5%試算，年底保險收支累計結餘約為1,526億元，約當2個月保險給付支出。
- 以上試算結果，提請討論。

27

目次

一、敏感度分析說明	第 38 頁
二、敏感度分析試算表	第 39 頁
(一) 115 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 39 頁
(二) 115 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 40 頁
(三) 115 年起補充保險費金額減少 5%	第 41 頁
(四) 115 年起補充保險費金額增加 5%	第 42 頁
(五) 115 年起部分負擔金額減少 5%	第 43 頁
(六) 115 年起部分負擔金額增加 5%	第 44 頁
三、112 年至 115 年健保財務收支情形表	第 45 頁

一、敏感度分析說明

以 115 年度醫療給付費用總額成長率 5.5%，試算下列假設條件維持現行費率，以及 115 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果：

- (一)115 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。
- (二)115 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。
- (三)115 年起補充保險費金額減少 5%。
- (四)115 年起補充保險費金額增加 5%。
- (五)115 年起部分負擔金額減少 5%。
- (六)115 年起部分負擔金額增加 5%。

二、敏感度分析試算表

(一)自 115 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	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,698	9,183	5.500%	-485	1,492	1.95
116 年(P)	5.17%	-	8,800	9,597	4.242%	-796	696	0.87
117 年(P)	5.17%	-	8,885	9,985	4.164%	-1,100	-404	-0.49
118 年(P)	5.17%	-	8,976	10,350	4.092%	-1,374	-1,778	-2.06

註：116 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	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,698	9,183	5.500%	-485	1,492	1.95
116 年(P)	5.24%	1.35%	8,918	9,597	4.242%	-679	814	1.02
117 年(P)	5.83%	11.26%	10,005	9,985	4.164%	19	833	1.00
118 年(P)	5.98%	2.57%	10,387	10,350	4.092%	37	870	1.01

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(二)自 115 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	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,767	9,183	5.500%	-417	1,561	2.04
116 年(P)	5.17%	-	8,941	9,597	4.242%	-656	905	1.13
117 年(P)	5.17%	-	9,102	9,985	4.164%	-884	21	0.03
118 年(P)	5.17%	-	9,272	10,350	4.092%	-1,078	-1,056	-1.23

註：116 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	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,767	9,183	5.500%	-417	1,561	2.04
116 年(P)	5.17%	-	8,941	9,597	4.242%	-656	905	1.13
117 年(P)	5.64%	9.09%	9,916	9,985	4.164%	-70	835	1.00
118 年(P)	5.79%	2.66%	10,383	10,350	4.092%	33	868	1.01

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(三)自 115 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,686	9,183	5.500%	-497	1,480	1.93
116 年(P)	5.17%	-	8,822	9,597	4.242%	-774	705	0.88
117 年(P)	5.17%	-	8,942	9,985	4.164%	-1,043	-338	-0.41
118 年(P)	5.17%	-	9,070	10,350	4.092%	-1,280	-1,618	-1.88

註：116 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,686	9,183	5.500%	-497	1,480	1.93
116 年(P)	5.23%	1.16%	8,921	9,597	4.242%	-676	804	1.01
117 年(P)	5.80%	10.90%	10,015	9,985	4.164%	29	834	1.00
118 年(P)	5.92%	2.07%	10,389	10,350	4.092%	39	872	1.01

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(四)自 115 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,779	9,183	5.500%	-404	1,573	2.06
116 年(P)	5.17%	-	8,919	9,597	4.242%	-678	895	1.12
117 年(P)	5.17%	-	9,044	9,985	4.164%	-942	-47	-0.06
118 年(P)	5.17%	-	9,176	10,350	4.092%	-1,174	-1,221	-1.42

註：116 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,779	9,183	5.500%	-404	1,573	2.06
116 年(P)	5.17%	-	8,919	9,597	4.242%	-678	895	1.12
117 年(P)	5.68%	9.86%	9,923	9,985	4.164%	-63	832	1.00
118 年(P)	5.85%	2.99%	10,383	10,350	4.092%	33	866	1.00

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(五)自 115 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,732	9,210	5.500%	-478	1,500	1.95
116 年(P)	5.17%	-	8,870	9,624	4.242%	-754	746	0.93
117 年(P)	5.17%	-	8,992	10,014	4.164%	-1,022	-276	-0.33
118 年(P)	5.17%	-	9,121	10,379	4.092%	-1,258	-1,534	-1.77

註：116 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,732	9,210	5.500%	-478	1,500	1.95
116 年(P)	5.21%	0.77%	8,939	9,624	4.242%	-685	815	1.02
117 年(P)	5.78%	10.94%	10,039	10,014	4.164%	25	840	1.01
118 年(P)	5.90%	2.08%	10,415	10,379	4.092%	36	875	1.01

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

(六)自 115 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,733	9,157	5.500%	-424	1,553	2.04
116 年(P)	5.17%	-	8,871	9,569	4.242%	-698	855	1.07
117 年(P)	5.17%	-	8,994	9,957	4.164%	-963	-108	-0.13
118 年(P)	5.17%	-	9,125	10,321	4.092%	-1,196	-1,305	-1.52

註：116 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 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
113 年	5.17%	-	8,344	8,110	4.700%	234	1,622	2.40
114 年(P)	5.17%	-	8,903	8,548	5.500%	356	1,977	2.78
115 年(P)	5.17%	-	8,733	9,157	5.500%	-424	1,553	2.04
116 年(P)	5.17%	-	8,871	9,569	4.242%	-698	855	1.07
117 年(P)	5.72%	10.64%	9,934	9,957	4.164%	-23	832	1.00
118 年(P)	5.87%	2.62%	10,358	10,321	4.092%	37	869	1.01

註：116 年起總額成長率依歷史趨勢推估。

三、112 年至 115 年健保財務收支情形表

單位：億元、月數

項目	112年	113年	114年	115年
	審定決算數		預估數	
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,883
總額(核定)成長率	3.323%	4.7%	5.5%	5.5%
保險成本	7,771	8,110	8,548	9,183
保險收入	8,110	8,344	8,903	8,732
(一)應收保險費	7,730	7,998	8,557	8,600
1.一般保險費	6,075	6,294	6,577	6,728
2.補充保險費	723	715	751	645
3.政府負擔不足法定36% 之差額	933	988	1,229	1,226
(二)應收保險費以外收入	380	347	346	132
當年保險收支餘絀	339	234	356	-451
保險收支累計餘絀	1,388	1,622	1,977	1,526
約當保險給付支出月數	2.14	2.40	2.78	2.00

說明：

製表日期：114.09.30

- 1、應收保險費以外收入=保險費滯納金+公益彩券盈餘分配收入+菸品健康福利捐分配收入+投資淨收益(利息收入－利息費用+買賣票券利益－投資損失)+雜項業務收入+其他業務外收入－呆帳提存。
- 2、112至114年總額核定成長率分別為3.323%、4.7%、5.5%，115年總額成長率協商結論為5.5%。
- 3、115年全民健康保險醫療給付費用總額，係以9,368.10億元為基期進行計算。
- 4、已納入行政院於112年撥補全民健康保險基金240億元、113年以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撥補200億元及114年「因應國際情勢強化經濟社會及民生國安全韌性特別條例」挹注全民健康保險基金200億元。
- 5、114年起政府健保費法定下限認列範圍，係以排除其他法令部分試算。
- 6、115年以投保金額分級表第1級(最低工資)調整為29,500元試算。
- 7、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。

107~113 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
113.11.20 討論事項第四案(中央健康保險署)	全民健康保險114年度保險費率方案(草案)，提請審議。	一、114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。
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 討論事項第一案(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 討論事項第二案(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、許委員驥洪、干委員文男、陳委員	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	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
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)	定條文規定，做 為健保費率審議 依據，提請討論。	
109.11.27 討論事項第一案(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</p>

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
		<p>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>

第二案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配案，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。地區預算分配主要目的在於提升保險對象就醫公平性，並以「錢跟著人走」為原則，希望能導引醫療資源均衡分布，促進同儕制約效益及分區自主管理能力。依 115 年度醫療給付費用總額協商程序及 114 年第 8 次委員會議(114.10.22)決定，請西醫基層、中醫及牙醫部門承辦團體於 114 年 11 月 4 日前提送 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案。屆時未提送者，將由本會掣案提 11 月份委員會議(114.11.19)討論。牙全會業以 114.10.31 牙全岳字第 00548 號函送 115 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配暨特定用途移撥款建議方案(詳附件一，第 62~63 頁)。

二、115 年度牙醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 7 次委員會議(114.9.26)決議，協商結論為：付費者代表及牙醫門診總額代表達成共識，成長率為 5.5%，其中一般服務費用的成長率為 2.468%，需進行地區預算分配。

三、牙醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況：

自 95 年度開始，牙醫門診總額一般服務地區預算，即 100%依各地區保險對象人數校正人口風險(年齡性別指數)後之數值(R 值)分配，其執行情形如下：

(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)分配參數中，R 值於各年協定情形：

年		87.07~ 88.06	88.07~ 89.12	90	91	92~93	94	95~114
項目	R	10%	20%	40%	50%	70%	80%	100%
	S	90%	80%	60%	50%	30%	20%	0%

(三)特定用途移撥款：自 99 年度起自一般服務預算先行移撥部分經費用於特定用途，近年移撥經費及用途，如說明五之彙整表(第 51 頁)。

四、牙全會依說明一函提之 115 年度地區預算分配建議方案，係經牙全會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議，重點摘要如下：

(一)建議內容：

1.牙醫門診總額一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算維持自 95 年起即 100%依各地區保險對象人數校正人口風險後之數值(R 值)分配。

2.特定用途移撥款：在依 R 值進行地區預算分配前，先行移撥 3.8 億元，用於下列特定用途項目：

(1)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：經費 2.7 億元，為避免因預算不足，排擠偏鄉民眾就醫之權利。

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

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

(4)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘則回歸一般服務費用，並依 113 年第 4 季保險對象人數校正人口風險後之數值(R 值)分配至各區。

(二)本會同時請健保署對「牙全會所提建議方案」提供執行面意見及 113、114 年特定用途移撥款執行結果，該署於 114.11.10 以健保醫字第 1140123806 號書函回復(略以)：尊重醫界之規劃，另提供 113 年及 114 年第 1 季「特定用途移撥款」之執行情形供參(來函及參考資料如附件二，第 64~66 頁)。

五、115 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留

款額度 116.4 百萬元)地區預算分配方式，已 100%依各地區保險對象人數校正人口風險後之數值(R 值)分配，待討論事項為「特定用途移撥款」內容，牙全會 115 年度建議之項目如下：

(一)第 1~3 項之用途均與過去年度相同，主要撥補醫療資源不足地區、弱勢鄉鎮，及就醫率較高之分區。

(二)調整第 4 項移撥款若有結餘之用途：優先用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(114 年係優先用於「高風險疾病口腔照護計畫」)。

(三)刪除 1 項 114 年移撥款用途「牙醫特殊醫療服務計畫」(查 115 年該計畫預算增加 150 百萬元)。

彙整 110~114 年度移撥款及牙全會 115 年度之建議(如下表)：

單位：億元

用途項目 \ 年度	110	111	112	113	114	115(建議案)
1.醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	2	2	2	2	2.2	2.7
2.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8
3.該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
4.移撥款若有結餘之用途	1. 優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(110 年為 1 億元)」。 3. 若再有剩餘，則回歸一般服務費用。					
牙醫特殊醫療服務計畫(113、115 年刪除)	0.5	0.5	0.5	—	0.5	—
特定疾病病人牙科就醫安全計畫(114 年刪除)	—	—	—	0.2	—	—
牙周病統合治療方案(113 年刪除)	14.04 (28.08*50%)	8.724 (29.08*30%)	8.724 (29.08*30%)	—	—	—

用途項目 \ 年度	110	111	112	113	114	115(建議案)
高風險疾病患者牙結石清除 - 全口(91090C)(113 年刪除)	—	—	0.15	—	—	—
合計 (移撥經費占當年度一般服務預算比率)	17.64 (約 3.8%)	12.324 (約 2.6%)	12.474 (約 2.6%)	3.3 (約 0.7%)	3.8 (約 0.8%)	3.8 (約 0.7%)

六、依 115 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 114 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。

七、相關參考資料：

提供 113 年地區預算分配參數、歷年各分區年齡性別人口指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數與醫療利用(就醫人數、次數、點數)，及點值等資料供參(如表 1 至 7，第 53~61 頁)。

擬辦：

- 一、地區預算屬總額分配之一部分，依健保法第 61 條在確認 115 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 113年牙醫門診總額地區預算分配參數

年 分區	分配參數數值 R值	R值校正因子 ^(註) =(A*B)	
參數占率	100%	保險對象人數 占率(A)	年齡性別指數 (B)
台北	0.37014	0.36808	1.00559
北區	0.16529	0.16545	0.99901
中區	0.18119	0.18117	1.00013
南區	0.12588	0.12699	0.99123
高屏	0.13809	0.13870	0.99555
東區	0.01942	0.01961	0.99057

資料來源：健保署，牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.113年牙醫門診總額地區預算係依111年度各季R值相關參數分配。

2.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，並校正年齡性別指數。

3.各項參數均為4季均值。

表1-2 109~113年牙醫門診總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	109	110	111	112	113
台北	1.00568	1.00549	1.00559	1.00535	1.00494
北區	0.99909	0.99909	0.99901	0.99977	0.99897
中區	0.99999	1.00008	1.00013	1.00041	1.00004
南區	0.99100	0.99126	0.99123	0.99108	0.99242
高屏	0.99580	0.99579	0.99555	0.99495	0.99597
東區	0.98993	0.99053	0.99057	0.99019	0.99158

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

2.各分區人口指數為4季均值。

表1-3 113年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人 預算數(元) ^(註2)
台北	37.0%	32.1%	37.0%	2,029
北區	16.7%	16.8%	16.5%	2,005
中區	18.0%	19.5%	18.1%	2,040
南區	12.5%	13.9%	12.6%	2,041
高屏	13.7%	15.5%	13.8%	2,042
東區	1.9%	2.2%	1.9%	2,060
全區	100.0%	100.0%	100.0%	2,031

表1-4 113年較95年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額一般服務預算及平均每人預算數成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	10.5%	2.3%	57.8%	42.7%
北區	20.4%	17.0%	69.3%	40.6%
中區	4.2%	2.7%	49.6%	43.6%
南區	-4.9%	-4.8%	38.1%	45.2%
高屏	-2.5%	-3.1%	41.3%	44.9%
東區	-13.0%	-9.6%	28.0%	47.1%
全區	6.2%	2.3%	52.1%	43.3%

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

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

表2 95、109~113年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年成 長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,931	8,769	8,738	8,653	8,716	8,767	836	10.5%
北區	3,292	3,838	3,869	3,890	3,927	3,964	672	20.4%
中區	4,099	4,299	4,291	4,259	4,266	4,271	171	4.2%
南區	3,117	3,057	3,027	2,986	2,975	2,965	-153	-4.9%
高屏	3,333	3,317	3,297	3,261	3,255	3,250	-83	-2.5%
東區	521	472	468	461	457	453	-68	-13.0%
全區	22,294	23,752	23,689	23,510	23,595	23,670	1,376	6.2%

年 分區	戶籍人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年成 長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,337	7,608	7,502	7,442	7,523	7,506	169	2.3%
北區	3,354	3,834	3,839	3,850	3,898	3,923	570	17.0%
中區	4,438	4,578	4,554	4,539	4,562	4,559	121	2.7%
南區	3,421	3,317	3,290	3,268	3,268	3,258	-163	-4.8%
高屏	3,746	3,685	3,655	3,634	3,641	3,629	-117	-3.1%
東區	581	540	535	531	529	526	-56	-9.6%
全區	22,877	23,561	23,375	23,265	23,420	23,400	524	2.3%

年 分區	投保人口占率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	37.0%	1.5%
北區	14.8%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	16.7%	2.0%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.0%	-0.3%
南區	14.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	-1.5%
高屏	15.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	13.7%	-1.2%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	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(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	32.1%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	32.1%	0.0%
北區	14.7%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.8%	2.1%
中區	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%
高屏	16.4%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	15.5%	-0.9%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

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

表3 95、109~113年牙醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	11,278	15,993	16,726	17,239	17,260	17,792	6,514	57.8%
北區	4,695	6,897	7,219	7,497	7,597	7,948	3,253	69.3%
中區	5,822	7,836	8,165	8,405	8,432	8,710	2,888	49.6%
南區	4,380	5,585	5,782	5,921	5,894	6,050	1,670	38.1%
高屏	4,697	6,037	6,278	6,456	6,449	6,637	1,940	41.3%
東區	729	864	891	913	911	933	204	28.0%
全區	31,601	43,212	45,062	46,431	46,542	48,070	16,469	52.1%

年 分區	平均每人預算數(元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	1,422	1,824	1,914	1,992	1,980	2,029	607	42.7%
北區	1,426	1,797	1,866	1,927	1,935	2,005	579	40.6%
中區	1,420	1,823	1,903	1,973	1,977	2,040	619	43.6%
南區	1,405	1,827	1,910	1,983	1,981	2,041	636	45.2%
高屏	1,409	1,820	1,904	1,980	1,981	2,042	633	44.9%
東區	1,400	1,832	1,905	1,981	1,993	2,060	659	47.1%
全區	1,417	1,819	1,902	1,975	1,973	2,031	613	43.3%

年 分區	預算數占率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	35.7%	37.0%	37.1%	37.1%	37.1%	37.0%	1.32%
北區	14.9%	16.0%	16.0%	16.1%	16.3%	16.5%	1.68%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.31%
南區	13.9%	12.9%	12.8%	12.8%	12.7%	12.6%	-1.27%
高屏	14.9%	14.0%	13.9%	13.9%	13.9%	13.8%	-1.06%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	-0.37%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)						
	95	109	110	111	112	113	
台北	0.4%	5.8%	4.6%	3.1%	0.1%	3.1%	
北區	7.1%	5.9%	4.7%	3.8%	1.3%	4.6%	
中區	0.2%	5.5%	4.2%	2.9%	0.3%	3.3%	
南區	4.0%	5.1%	3.5%	2.4%	-0.5%	2.7%	
高屏	3.2%	4.9%	4.0%	2.8%	-0.1%	2.9%	
東區	7.1%	4.2%	3.1%	2.5%	-0.3%	2.5%	
全區	2.4%	5.5%	4.3%	3.0%	0.2%	3.3%	

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

註：1.本表不含品質保證保留款、專款項目及特定用途移撥款(移撥經費109~113年分別為22.606、17.64、12.324、12.474及3.3億元。)

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

表4 90、109~113年各分區牙醫師分布情形

年 分區	牙醫師數(人)						113較90年	113較90年
	90	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	3,660	6,478	6,552	6,645	6,751	6,844	3,184	87.0%
北區	1,051	2,153	2,253	2,325	2,378	2,470	1,419	135.0%
中區	1,741	2,757	2,825	2,865	2,930	3,039	1,298	74.6%
南區	963	1,672	1,683	1,708	1,753	1,794	831	86.3%
高屏	1,303	2,152	2,217	2,245	2,268	2,275	972	74.6%
東區	146	215	217	224	223	219	73	50.0%
全區	8,864	15,427	15,747	16,012	16,303	16,641	7,777	87.7%

年 分區	每萬人口牙醫師數						113較90年	113較90年
	90	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	5.11	8.51	8.73	8.93	8.97	9.12	4.01	78.5%
北區	3.34	5.62	5.87	6.04	6.10	6.30	2.95	88.3%
中區	4.01	6.02	6.20	6.31	6.42	6.67	2.66	66.3%
南區	2.81	5.04	5.12	5.23	5.36	5.51	2.69	95.7%
高屏	3.49	5.84	6.06	6.18	6.23	6.27	2.78	79.6%
東區	2.44	3.98	4.06	4.21	4.22	4.17	1.72	70.6%
全區	3.96	6.55	6.74	6.88	6.96	7.11	3.16	79.8%

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表5 95、109~113年牙醫門診總額各分區就醫人數及就醫率

年 分區	就醫人數(千人)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	3,275	3,991	3,787	3,937	4,192	4,221	946	28.9%
北區	1,347	1,824	1,767	1,842	1,972	2,001	654	48.6%
中區	1,915	2,268	2,197	2,265	2,373	2,392	477	24.9%
南區	1,224	1,463	1,418	1,450	1,503	1,511	286	23.4%
高屏	1,414	1,688	1,644	1,679	1,752	1,760	346	24.5%
東區	197	203	196	196	200	198	1	0.5%
全區	9,155	11,200	10,794	11,146	11,754	11,856	2,701	29.5%

年 分區	就醫率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	41.3%	45.5%	43.3%	45.5%	48.1%	48.1%	6.9%
北區	40.9%	47.5%	45.7%	47.3%	50.2%	50.5%	9.6%
中區	46.7%	52.8%	51.2%	53.2%	55.6%	56.0%	9.3%
南區	39.3%	47.9%	46.9%	48.6%	50.5%	50.9%	11.7%
高屏	42.4%	50.9%	49.9%	51.5%	53.8%	54.2%	11.7%
東區	37.9%	43.0%	41.8%	42.5%	43.8%	43.8%	5.9%
全區	41.1%	47.2%	45.6%	47.4%	49.8%	50.1%	9.0%
差值	8.8%	9.7%	9.4%	10.7%	11.8%	12.3%	—

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表6-1 95、109~113年牙醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	9,891	11,842	10,878	11,449	12,301	12,416	2,525	25.5%
北區	3,831	5,137	4,886	5,099	5,476	5,585	1,754	45.8%
中區	5,818	6,580	6,299	6,514	6,816	6,912	1,094	18.8%
南區	3,712	4,470	4,255	4,342	4,493	4,538	826	22.2%
高屏	4,502	5,249	5,037	5,165	5,397	5,436	934	20.7%
東區	593	585	545	542	559	559	-33	-5.6%
全區	28,347	33,862	31,900	33,111	35,042	35,447	7,099	25.0%
年 分區	平均每人門診就醫次數						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	1.25	1.35	1.25	1.32	1.41	1.42	0.17	13.6%
北區	1.16	1.34	1.26	1.31	1.39	1.41	0.25	21.1%
中區	1.42	1.53	1.47	1.53	1.60	1.62	0.20	14.0%
南區	1.19	1.46	1.41	1.45	1.51	1.53	0.34	28.5%
高屏	1.35	1.58	1.53	1.58	1.66	1.67	0.32	23.8%
東區	1.14	1.24	1.16	1.18	1.22	1.23	0.10	8.5%
全區	1.27	1.43	1.35	1.41	1.49	1.50	0.23	17.8%
倍數	1.25	1.28	1.31	1.35	1.36	1.35	—	—

表6-2 95、109~113年牙醫門診總額各分區門診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	11,042	16,367	15,240	16,267	17,526	18,447	7,405	67.1%
北區	4,399	7,461	7,131	7,444	7,982	8,378	3,980	90.5%
中區	6,807	9,091	8,946	9,349	9,865	10,434	3,626	53.3%
南區	4,149	6,128	5,851	5,964	6,254	6,649	2,500	60.3%
高屏	5,072	7,029	6,837	7,057	7,311	7,740	2,669	52.6%
東區	659	852	797	804	839	903	244	37.1%
全區	32,127	46,928	44,801	46,886	49,777	52,551	20,424	63.6%
年 分區	平均每人門診費用點數						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	1,392	1,866	1,744	1,880	2,011	2,104	712	51.1%
北區	1,336	1,944	1,843	1,914	2,033	2,113	777	58.2%
中區	1,661	2,114	2,085	2,195	2,313	2,443	783	47.1%
南區	1,331	2,005	1,933	1,998	2,102	2,243	912	68.5%
高屏	1,522	2,119	2,074	2,164	2,246	2,381	860	56.5%
東區	1,265	1,805	1,702	1,743	1,836	1,993	728	57.6%
全區	1,441	1,976	1,891	1,994	2,110	2,220	779	54.1%
倍數	1.31	1.17	1.22	1.26	1.26	1.23	—	—

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

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

2.倍數=分區中最高值/分區中最低值

表7-1 104~113年牙醫門診總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
104Q1	0.8513	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846	1.1371	0.9770	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9677	1.0679	1.0069	1.0363	0.9797	1.1430	0.9980	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9004	0.9797	0.9536	0.9648	0.9605	1.0789	0.9523	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9584	1.0391	0.9782	1.0070	1.0202	1.1557	0.9843	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9058	0.9922	0.9643	0.9680	0.9916	1.0913	0.9595	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8788	0.9558	0.9486	0.9467	0.9554	1.0672	0.9303	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8750	0.9490	0.9309	0.9421	0.9673	1.0744	0.9217	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9198	1.0037	0.9759	0.9884	0.9932	1.0982	0.9575	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8832	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8951	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8751	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.8984	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9771	1.0480	1.0323	1.0340	1.0252	1.1554	1.0053	6	2	4	3	5	1
109Q3	0.8659	0.9446	0.9671	0.9710	0.9741	1.1132	0.9425	6	5	4	3	2	1
109Q4	0.9491	1.0204	1.0230	1.0275	1.0068	1.1579	0.9829	6	4	3	2	5	1
110Q1	0.9430	1.0365	1.0082	1.0452	1.0250	1.1961	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.3400	1.3212	1.2318	1.3026	1.2249	1.4910	1.2460	2	3	5	4	6	1
110Q3	0.9401	0.9933	1.0248	1.0467	1.0482	1.1941	1.0491	6	5	4	3	2	1
110Q4	0.9339	0.9998	0.9888	1.0384	1.0036	1.1765	0.9818	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9613	1.0450	1.0115	1.0727	1.0281	1.2101	1.0048	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0766	1.1581	1.0800	1.1291	1.0864	1.3586	1.0859	6	2	5	3	4	1
111Q3	0.9224	0.9800	1.0067	1.0559	1.0187	1.2049	1.0024	6	5	4	2	3	1
111Q4	0.9676	1.0426	1.0264	1.0819	1.0513	1.2363	1.0122	6	4	5	2	3	1
112Q1	0.9232	0.9911	0.9871	1.0282	1.0020	1.1346	0.9801	6	4	5	2	3	1
112Q2	0.9086	0.9900	0.9850	1.0236	0.9996	1.1555	0.9662	6	4	5	2	3	1
112Q3	0.9182	0.9977	0.9992	1.0564	1.0398	1.1511	0.9789	6	5	4	2	3	1
112Q4	0.9319	1.0162	1.0049	1.0468	1.0194	1.1517	0.9858	6	4	5	2	3	1
113Q1	0.9094	0.9915	0.9762	1.0223	0.9844	1.1518	0.9659	6	3	5	2	4	1
113Q2	0.9107	0.9953	0.9896	1.0343	0.9968	1.1519	0.9674	6	4	5	2	3	1
113Q3	0.9536	1.0636	1.0367	1.0765	1.0486	1.1517	1.0083	6	3	5	2	4	1
113Q4	0.9635	1.0521	1.0333	1.0754	1.0655	1.1518	1.0196	6	4	5	2	3	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

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

表7-2 104~113年牙醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
104Q1	0.8685	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9605	1.0549	1.0053	1.0336	0.9803	1.1401	0.9981	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9140	0.9988	0.9587	0.9757	0.9627	1.0884	0.9527	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9479	1.0263	0.9763	1.0008	1.0142	1.1416	0.9844	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9166	1.0025	0.9658	0.9741	0.9946	1.1006	0.9599	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8871	0.9653	0.9503	0.9492	0.9556	1.0678	0.9309	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8768	0.9509	0.9331	0.9433	0.9664	1.0724	0.9224	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9120	0.9918	0.9721	0.9815	0.9906	1.0932	0.9578	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8912	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8937	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8803	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9626	1.0347	1.0285	1.0283	1.0221	1.1523	1.0052	6	2	3	4	5	1
109Q3	0.8879	0.9679	0.9733	0.9809	0.9795	1.1189	0.9430	6	5	4	2	3	1
109Q4	0.9336	1.0033	1.0177	1.0187	1.0034	1.1485	0.9830	6	5	3	2	4	1
110Q1	0.9446	1.0325	1.0094	1.0423	1.0230	1.1872	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.2548	1.2572	1.2100	1.2718	1.2038	1.4382	1.2447	4	3	5	2	6	1
110Q3	1.0192	1.0656	1.0423	1.0837	1.0645	1.2382	1.0486	6	3	5	2	4	1
110Q4	0.9356	0.9983	0.9922	1.0392	1.0081	1.1773	0.9820	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9564	1.0342	1.0094	1.0664	1.0254	1.2021	1.0048	6	3	5	2	4	1
111Q2	1.0529	1.1344	1.0731	1.1192	1.0799	1.3284	1.0856	6	2	5	3	4	1
111Q3	0.9527	1.0215	1.0132	1.0669	1.0252	1.2282	1.0024	6	4	5	2	3	1
111Q4	0.9592	1.0276	1.0244	1.0771	1.0476	1.2282	1.0121	6	4	5	2	3	1
112Q1	0.9325	1.0032	0.9908	1.0363	1.0069	1.1500	0.9802	6	4	5	2	3	1
112Q2	0.9120	0.9903	0.9853	1.0242	0.9999	1.1500	0.9665	6	4	5	2	3	1
112Q3	0.9170	0.9959	0.9980	1.0507	1.0353	1.1500	0.9790	6	5	4	2	3	1
112Q4	0.9298	1.0117	1.0044	1.0479	1.0214	1.1500	0.9860	6	4	5	2	3	1
113Q1	0.9146	0.9974	0.9791	1.0259	0.9881	1.1500	0.9662	6	3	5	2	4	1
113Q2	0.9112	0.9944	0.9885	1.0321	0.9955	1.1500	0.9677	6	4	5	2	3	1
113Q3	0.9456	1.0479	1.0321	1.0693	1.0430	1.1500	1.0082	6	3	5	2	4	1
113Q4	0.9619	1.0544	1.0333	1.0749	1.0632	1.1500	1.0194	6	4	5	2	3	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.平均點值 = 當季預算÷ 所有服務之 核定總點數(含藥費金額)。

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

3.依據「牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109~111年起因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫，112年恢復執行。

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓

傳真：(02)25000126

聯絡人及電話：邵格蘊(02)25000133 轉 261

電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 114 年 10 月 31 日

發文字號：牙全岳字第 00548 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 115 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
詳如說明段，請 查照。

說明：

一、復 貴會衛部健字第 1143360097 號函。

二、依據本會第 15 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議，115 年地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2.7 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，共 3.8 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2.7 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算移撥 2.7 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(二)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，以紓緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題，計畫內容另提送全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額研商議事會議討論。



(三)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。

(四)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫門診總額特定疾病病人牙科就醫安全計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

正本：衛生福利部全民健康保險會

牙醫全聯會
授對字(286)

理事長 陳世岳

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療
服務審查執行會 主委決行

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：阮柏歡

聯絡電話：02-27065866 分機：2670

傳真：02-27069043

電子郵件：A111267@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年11月10日

發文字號：健保醫字第1140123806號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如說明三 (A210300001_1140123806_doc3_Attach1.odt、
A210300001_1140123806_doc3_Attach2.odt)

主旨：有關115年度醫院總額、中醫門診總額及牙醫門診總額一
般服務地區預算分配建議案，復如說明，請查照。

說明：

一、復貴會114年10月29日第1141029024號、同年月日第
1141029548號暨同年11月3日第1141103662號等3案請辦
單。

二、有關旨揭事項，為落實總額地區預算分配應依人口調整之
原則，本署建議如下：

(一)醫院總額：建議門診、住診R值占率可適度前進，風險調
整移撥款則建議再增加0.5億元，運用於因應東區R值占
率調升所造成之財務衝擊。

(二)中醫門診總額：建議R值可適度前進，風險調整移撥款則
尊重醫界之規劃。

(三)牙醫門診總額：尊重醫界之規劃。

三、另檢送中醫門診總額115年R值前進影響試算(附件1)及中



114.11.10

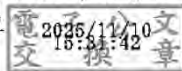


1143340250

醫、牙醫門診總額風險調整基金執行情形(附件2)，供貴會
酌參。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會
全國聯合會、本署企劃組



裝

訂



線



113 年及 114 年第 1 季「特定用途移撥款」執行情形如下表：

單位：億元

年度	項目	全年分配額度	113 年 執行數
113 年	一般服務之特定用途移撥款合計	3.3	2.754
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用	2.0	1.913
	2.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 (109 年起改為季結算)	0.8	0.541
	3.投保人口就醫率全國最高二區之保障款 (中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.3
	4.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	0.2	0
	5.0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試 辦計畫之品質獎勵費用	移撥經費如有結 餘，優先支應本項	0
	6.特定疾病病人牙科就醫安全計畫	前開預算剩餘款	0

註：113 年各項移撥經費剩餘 54,634,467 元，回歸一般服務預算。

單位：億元

年度	項目	全年分配額度	114 年第 1 季 執行數
114 年	一般服務之特定用途移撥款合計	3.8	0.835
	1.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案」之論量計酬費用	2.2	0.465
	2.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫 (109 年起改為季結算)	0.8	0.170
	3.投保人口就醫率全國最高二區之保障款 (中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.075
	4.牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0.125
	5.高風險疾病口腔照護計畫	移撥經費如有結 餘，優先支應本項	0

第三案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配案，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。地區預算分配主要目的在於提升保險對象就醫公平性，並以「錢跟著人走」為原則，希望能導引醫療資源均衡分布，促進同儕制約效益及分區自主管理能力。依 115 年度醫療給付費用總額協商程序及 114 年第 8 次委員會議(114.10.22)決定，請西醫基層、中醫及牙醫部門承辦團體於 114 年 11 月 4 日前提送 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案。屆時未提送者，將由本會掣案提 11 月份委員會議(114.11.19)討論。中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 114.10.23 函送 115 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 88~102 頁)。
- 二、115 年度中醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 7 次委員會議(114.9.26)決議，付費者代表及中醫代表達成共識，成長率為 5.5%，其中一般服務費用的成長率為 4.978%，需進行地區預算分配。
- 三、中醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況(詳附件二，第 103~105 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 年 7 月~90 年為 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 114 年，修正試辦計畫採事前分配預算並納入人口因素：

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)東區預算採固定占率為 2.22%，其餘預算占率 97.78%由其他五分區依 6 項參數分配。

(2)五分區預算依下表 6 項參數分配，其中參數二為「戶籍人口數占率」(人口參數，類似 R 值)、參數一為「實際收入預算占率」(醫療利用參數，類似 S 值)，歷年各項參數及其占率如下表：

分配參數(參數意涵)		各參數占率(%)										
		99 ~ 101	102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111 、 112	113	114
參數一	95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各分區各季實際收入預算占率 (各分區歷年合計醫療利用狀況)	80	78	74	73	72	69	67	67	66	66	65
參數二	各分區去年同期戶籍人口數占率 (各分區民眾就醫需要)	5	6	6	7	8	11	13	13	14	15	16
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 (各分區民眾就醫情形)	5	5	9	9	9	9	9	10	10	9	9
參數四	各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率 (各分區就醫人數、費用點數成長的合理狀況)	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4

分配參數(參數意涵)		各參數占率(%)										
		99 ~ 101	102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111 、 112	113	114
參數五	當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率 (各分區醫師分布狀況)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
參數六	偏鄉人口預算分配調升機制 (1.符合「偏鄉」定義之中醫院所，依該分區前1季浮動點值補至最高每點1元。 2.若有剩餘款，則按指標1分配予各分區)	-	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

3.歷年對參數二「戶籍人口數占率」之討論及協定情形：

- (1)查本會 104.11.20 委員會會議討論 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(即從 104 年度 7%起算)」。
- (2)自 104 年 7%至 114 年 16%，10 年間戶籍人口數占率計調升 9%，與前述「5 年調升 10%」之目標尚有差距，歷年協定情形如下表：

年 項目	105	106	107	108 ~ 110	111	112	113	114
參數二 戶籍人口數 占率	8% (+1%)	11% (+3%)	11% (+0%)	13% (+2%)	14% (+1%)	14% (+0%)	15% (+1%)	16% (+1%)

4.風險調整移撥款：

- (1)為因應總額地區預算運作之需，中醫門診總額自 106 年編列風險調整移撥款(111 年無編列)，除東區分配預算為

固定 2.22%以外，在分配其餘五分區地區預算前，先自一般服務預算移撥部分費用，作為風險調整移撥款，主要用於浮動點值最低、就醫率最高之分區。

(2)風險調整移撥款之金額由 113 年為 0.6 億元，114 年提升至 1.5 億元，歷年金額及用途如下表：

年	額度 (億元)	用途
106	0.4	將鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構之點值(排除醫缺獎勵之院所)，補至最高每點 1 元之差額。
107	0.36	
108	0.32	
109	0.42	
110	0.35	
111	0	無。
112	0.3	用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75。
113	0.6	1.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(但最高不大於點值第二低的分區)。 2.按季均分撥予當季就醫率最高之分區。
114	1.5	1.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)。 2.按季均分撥予當季就醫率最高之分區。

四、中全會函提之 115 年地區預算分配建議方案(詳附件一，第 88~102 頁)，係依據該會於本年 10 月 19 日召開會議之決議辦理，建議分配方式摘要如下，經檢視其所有分配參數維持與 114 年相同，包括戶籍人口數占率(參數二)16%，惟風險調整移撥款由 114 年 1.5 億元，調升為 4 億元：

(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 114 年)：
 - (1)各分區實際收入預算占率(參數一)：65%。
 - (2)各分區戶籍人口數占率(參數二)：16%。
 - (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 4 億元，由各季提撥 1 億元。

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 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)；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。

(三)本會同時請健保署對「中全會所提建議方案」提供執行面意見及 113、114 年風險調整移撥款執行結果，該署於 114.11.10 健保醫字第 1140123806 號書函回復(略以)：

1.建議 R 值^註可適度前進，風險調整移撥款則尊重醫界之規劃(來函如第 64~65 頁)。

(註：上開所稱 R 值，查中醫門診總額現行地區預算分配所採之人口參數為「各分區去年同期戶籍人口數占率」參數二。)

2.提供 R 值前進影響試算(詳附件四，第 108 頁)與 113 年及 114 年第 1 季風險調整移撥款之執行情形供參(詳附件五，第 109 頁)。

五、115 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 114 年)。

- 2.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，宜適度調升人口占率。
- 3.依本會 104.11.20 委員會議決議，自 104 年 7%至 114 年 16%，10 年間戶籍人口數占率計調升 9%，尚未達到自 105 年起 5 年調升 10%之目標。
- 4.近年評核委員意見：中醫地區預算分配似乎未落實錢跟著人走的政策目標。參數「各分區戶籍人口數占率」(參數二)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。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。
- 5.待討論事項：參數二「各分區戶籍人口數占率」114 年為 16%，是否依健保署建議可適度提升，併同其餘參數，請討論。

(二)風險調整移撥款：

- 1.中全會建議：115 年移撥 4 億元，主要用於補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)。
- 2.查 114 年風險調整移撥款為 1.5 億元，若 115 年調升為 4 億元，則其占一般服務預算之比率明顯較過去年度高，亦高於其他總額部門，整理近年風險調整移撥款占年度一般服務預算比率如下：

(1)中全會 115 年建議金額占率較過去歷年高

單位：億元

年度	112 年	113 年	114 年	115 年 中全會建議
風險調整移撥款(A)	0.3	0.6	1.5	4
一般服務預算(B)	298	310	329	349
占率 (%)(A/B)	0.10%	0.19%	0.46%	1.15%

(2)中全會 115 年建議金額占率較其他總額部門高

單位：億元

年度	112 年		113 年		114 年		115 年 中全會建議
部門	醫院	西醫 基層	醫院	西醫 基層	醫院	西醫 基層	中醫 門診
風險調整移撥款(A)	6	6	6	6	6.5	6.5	4
一般服務預算(B)	5,147	1,286	5,378	1,332	5,748	1,398	349
占率 (%)(A/B)	0.12%	0.47%	0.11%	0.45%	0.11%	0.46%	1.15%

3.待討論事項：115 年度是否仍維持風險調整移撥款，其額度請討論。

六、依 115 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 114 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。

七、相關參考資料：

(一)模擬 115 年度依參數二「各分區去年同期戶籍人口數占比 16~19%」(依 114 年方式，參數二提升 1%，參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各分區各季實際收入預算占率」相對調降 1%)，及扣除風險調整移撥款 1.5 億元(同 114 年)、4 億元(中全會建議)計算各分區預算估計值之差異，如表 1-1~表 1-3(第 75~77 頁)。

(二)提供 113 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 1-4~表 8-2，第 78~87 頁)。

(三)歷年地區預算分配相關會議結論及本會委託研究建議，如附件三，第 106~107 頁。

擬辦：

一、地區預算屬總額分配之一部分，依健保法第 61 條在確認 115 年度中醫門診總額一般服務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：

115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(相對調降參數一占率)

單位：百萬元；%

分區	114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)					
		16% (同114年方案)			17%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	9,520	10,100	6.098%	581	10,112	6.220%	592
北區	4,180	4,435	6.098%	255	4,451	6.492%	271
中區	8,174	8,673	6.098%	498	8,648	5.801%	474
南區	4,660	4,945	6.098%	284	4,943	6.066%	283
高屏	5,215	5,533	6.098%	318	5,531	6.053%	316
東區	724	768	6.069%	44	768	6.069%	44
全區	32,474	34,454	6.097%	1,980	34,454	6.097%	1,980

分區	114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)					
		18%			19%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	9,520	10,124	6.341%	604	10,135	6.463%	615
北區	4,180	4,468	6.885%	288	4,484	7.279%	304
中區	8,174	8,624	5.505%	450	8,600	5.208%	426
南區	4,660	4,942	6.034%	281	4,940	6.003%	280
高屏	5,215	5,528	6.009%	313	5,526	5.964%	311
東區	724	768	6.069%	44	768	6.069%	44
全區	32,474	34,454	6.097%	1,980	34,454	6.097%	1,980

註：1.114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(187.1萬元)及加回111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。
- (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(150百萬元)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：65%。
 - ②參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率：16%。
 - 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113年實際執行情形估算，其中34.31%預算用於補偏鄉點值，剩餘65.69%預算按「參數一」分配。

2.115年一般服務預算：

- (1)以114年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(337.2百萬元)及加回112年違規扣款0.8百萬元，依115年協定成長率4.978%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114年度及115年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署113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。

115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，並以中全會建議額度4億元暫列)

表1-2 調升參數二占率(相對調降參數一占率)

單位：百萬元；%

分區	114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)					
		16% (中全會建議方案)			17%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	9,520	10,025	5.311%	506	10,037	5.431%	517
北區	4,180	4,402	5.311%	222	4,418	5.701%	238
中區	8,174	8,608	5.311%	434	8,584	5.016%	410
南區	4,660	4,908	5.310%	247	4,906	5.279%	246
高屏	5,215	5,492	5.310%	277	5,489	5.266%	275
東區	724	768	6.069%	44	768	6.069%	44
全區	32,474	34,204	5.327%	1,730	34,204	5.327%	1,730

分區	114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)					
		18%			19%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	9,520	10,048	5.552%	529	10,060	5.673%	540
北區	4,180	4,435	6.092%	255	4,451	6.483%	271
中區	8,174	8,560	4.722%	386	8,536	4.428%	362
南區	4,660	4,905	5.247%	245	4,903	5.216%	243
高屏	5,215	5,487	5.222%	272	5,485	5.178%	270
東區	724	768	6.069%	44	768	6.069%	44
全區	32,474	34,204	5.327%	1,730	34,204	5.327%	1,730

註：1.114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(187.1萬元)及加回111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。
- (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(150百萬元)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：65%。
 - ②參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率：16%。
 - 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113年實際執行情形估算，其中34.31%預算用於補偏鄉點值，剩餘65.69%預算按「參數一」分配。

2.115年一般服務預算：

- (1)以114年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(337.2百萬元)及加回112年違規扣款0.8百萬元，依115年協定成長率4.978%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4億元暫估)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114年度及115年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署113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1-3 115年度中醫總額地區預算模擬試算

(估列風險調整移撥款，並以114年額度1.5億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	分配參數二：16% (同114年方案)		分配參數二：17% (占率前進1%)		參數二 前進1% 預算 增減情形
		成長率	較114年度 增加	成長率	較114年度 增加	
台北	9,520	6.098%	581	6.220%	592	12 (+2.00%)
北區	4,180	6.098%	255	6.492%	271	16 (+6.46%)
中區	8,174	6.098%	498	5.801%	474	-24 (-4.86%)
南區	4,660	6.098%	284	6.066%	283	-1 (-0.52%)
高屏	5,215	6.098%	318	6.053%	316	-2 (-0.73%)
東區	724	6.069%	44	6.069%	44	0
全區	32,474	6.097%	1,980	6.097%	1,980	

(估列風險調整移撥款，並以中全會建議額度4億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	分配參數二：16% (中醫部門建議)		分配參數二：17% (占率前進1%)		參數二 前進1% 預算 增減情形
		成長率	較114年度 增加	成長率	較114年度 增加	
台北	9,520	5.311%	506	5.431%	517	11 (+2.27%)
北區	4,180	5.311%	222	5.701%	238	16 (+7.36%)
中區	8,174	5.311%	434	5.016%	410	-24 (-5.54%)
南區	4,660	5.310%	247	5.279%	246	-1 (-0.59%)
高屏	5,215	5.310%	277	5.266%	275	-2 (-0.83%)
東區	724	6.069%	44	6.069%	44	0
全區	32,474	5.327%	1,730	5.327%	1,730	

表1-4 113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 年第一季 「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%	15%	9%	4%	5%	1%
台北	29.375%	32.823%	30.259%	29.329%	29.545%	25.687%
北區	12.096%	16.984%	14.850%	12.380%	12.165%	14.247%
中區	27.138%	19.942%	25.157%	26.755%	26.932%	23.378%
南區	14.761%	14.314%	14.260%	14.930%	14.759%	18.307%
高屏	16.630%	15.936%	15.474%	16.606%	16.599%	18.381%

註：1.113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後依參數一~參數六

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113年實際執行情形估算，其中34.31%預算用於補偏鄉點值，剩餘65.69%預算按「參數一」分配。

3.各項參數均採4季均值。

表2-1 113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	37.0%	32.1%	29.3%	1,195
北區	16.7%	16.8%	12.9%	1,005
中區	18.0%	19.5%	25.3%	1,700
南區	12.5%	13.9%	14.3%	1,344
高屏	13.7%	15.5%	16.0%	1,352
東區	1.9%	2.2%	2.2%	1,298
全區	100%	100.0%	100.0%	1,309

表2-2 113年較95年投保人口、戶籍人口、中醫門診總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口數 成長率 ^(註1)	戶籍人口數 成長率 ^(註1)	一般服務預 算成長率 ^(註2)	平均每人預 算成長率 ^(註2)
台北	10.5%	2.3%	77.8%	73.8%
北區	20.4%	17.0%	93.6%	65.4%
中區	4.2%	2.7%	63.2%	58.9%
南區	-4.9%	-4.8%	74.1%	82.8%
高屏	-2.5%	-3.1%	72.6%	78.1%
東區	-13.0%	-9.6%	74.8%	93.3%
全區	6.2%	2.3%	74.2%	70.3%

註：1.資料來源：投保人口數(4季季中平均)：採中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件、戶籍人口數(年底)：內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-3。

2.一般服務預算不含品質保證保留款、專款項目、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」，111~113年於一般服務扣減與本項重複部分之費用分別為1.68、1.11、2.41百萬元)。

表2-3 95、109~113年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	7,931	8,769	8,738	8,653	8,716	8,767	836	10.5%
北區	3,292	3,838	3,869	3,890	3,927	3,964	672	20.4%
中區	4,099	4,299	4,291	4,259	4,266	4,271	171	4.2%
南區	3,117	3,057	3,027	2,986	2,975	2,965	-153	-4.9%
高屏	3,333	3,317	3,297	3,261	3,255	3,250	-83	-2.5%
東區	521	472	468	461	457	453	-68	-13.0%
全區	22,294	23,752	23,689	23,510	23,595	23,670	1,376	6.2%

年 分區	戶籍人口數(千人)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	7,337	7,608	7,502	7,442	7,523	7,506	169	2.3%
北區	3,354	3,834	3,839	3,850	3,898	3,923	570	17.0%
中區	4,438	4,578	4,554	4,539	4,562	4,559	121	2.7%
南區	3,421	3,317	3,290	3,268	3,268	3,258	-163	-4.8%
高屏	3,746	3,685	3,655	3,634	3,641	3,629	-117	-3.1%
東區	581	540	535	531	529	526	-56	-9.6%
全區	22,877	23,561	23,375	23,265	23,420	23,400	524	2.3%

年 分區	投保人口數占率(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	37.0%	1.5%	
北區	14.8%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	16.7%	2.0%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.0%	-0.3%	
南區	14.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	-1.5%	
高屏	15.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	13.7%	-1.2%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	1.9%	-0.4%	
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	

年 分區	戶籍人口數占率(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	32.1%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	32.1%	0.0%	
北區	14.7%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.8%	2.1%	
中區	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%	
高屏	16.4%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	15.5%	-0.9%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	-0.3%	
全區	100%	100%	100.0%	100%	100%	100%	—	

表2-4 95、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	5,043	7,676	8,039	8,337	8,477	8,967	3,924	77.8%
北區	2,038	3,291	3,450	3,591	3,694	3,945	1,907	93.6%
中區	4,748	6,655	6,963	7,235	7,340	7,749	3,001	63.2%
南區	2,516	3,737	3,909	4,075	4,138	4,379	1,864	74.1%
高屏	2,844	4,204	4,392	4,581	4,645	4,908	2,064	72.6%
東區	390	582	608	632	646	682	292	74.8%
全區	17,579	26,145	27,360	28,452	28,941	30,630	13,052	74.2%

年 分區	平均每人預算數(元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	687	1,009	1,071	1,120	1,127	1,195	507	73.8%
北區	608	858	899	933	948	1,005	398	65.4%
中區	1,070	1,454	1,529	1,594	1,609	1,700	630	58.9%
南區	735	1,127	1,188	1,247	1,267	1,344	609	82.8%
高屏	759	1,141	1,201	1,261	1,276	1,352	593	78.1%
東區	671	1,079	1,136	1,189	1,220	1,298	627	93.3%
全區	768	1,110	1,170	1,223	1,236	1,309	541	70.3%

年 分區	預算數占率(%)						112較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	28.7%	29.4%	29.4%	29.3%	29.3%	29.3%	0.6%	
北區	11.6%	12.6%	12.6%	12.6%	12.8%	12.9%	1.3%	
中區	27.0%	25.5%	25.4%	25.4%	25.4%	25.3%	-1.7%	
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%	16.0%	-0.2%	
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	109	110	111	112	113		
台北	2.6%	5.1%	4.7%	3.7%	1.7%	5.8%		
北區	0.8%	5.5%	4.8%	4.1%	2.9%	6.8%		
中區	4.9%	4.2%	4.6%	3.9%	1.4%	5.6%		
南區	-0.8%	4.6%	4.6%	4.2%	1.6%	5.8%		
高屏	1.7%	4.8%	4.5%	4.3%	1.4%	5.6%		
東區	5.4%	4.8%	4.4%	4.0%	2.1%	5.7%		
全區	2.4%	4.8%	4.6%	4.0%	1.7%	5.8%		

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

註：1.本表不含品質保證保留款、專款項目、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」，111~113年於一般服務扣減與本項重複部分之費用分別為1.68、1.11、2.41百萬元)。

2.平均每人預算數=預算數/年底戶籍人口數。

表3 88~113年各分區中醫師分布情形

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

年 分區	部規劃	試辦計畫						113較94年 增加值	113較94年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	94	108	109	110	111	112	113		
台北	1,259	2,068	2,150	2,191	2,235	2,301	2,344	1,085	86.2%
北區	508	872	898	928	954	1,002	1,037	529	104.1%
中區	1,259	1,864	1,919	1,971	2,017	2,078	2,125	866	68.8%
南區	593	896	919	934	959	981	1,021	428	72.2%
高屏	616	985	1,017	1,051	1,086	1,119	1,158	542	88.0%
東區	73	153	164	160	157	161	159	86	117.8%
全區	4,308	6,838	7,067	7,235	7,408	7,642	7,844	3,536	82.1%

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

年 分區	部規劃	試辦計畫						113較94年 增加值	113較94年 成長率
	中醫師數	每萬人口中醫師數							
	94	108	109	110	111	112	113		
台北	1.73	2.71	2.83	2.92	3.00	3.06	3.12	1.40	80.7%
北區	1.54	2.29	2.34	2.42	2.48	2.57	2.64	1.11	72.1%
中區	2.85	4.07	4.19	4.33	4.44	4.55	4.66	1.81	63.6%
南區	1.73	2.69	2.77	2.84	2.93	3.00	3.13	1.40	81.0%
高屏	1.65	2.66	2.76	2.88	2.99	3.07	3.19	1.55	94.0%
東區	1.25	2.82	3.04	2.99	2.95	3.04	3.03	1.78	142.9%
全區	1.89	2.90	3.00	3.10	3.18	3.26	3.35	1.46	77.2%

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、90-113年：

114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、108~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	1,955	1,947	1,726	2,107	2,164	2,004	49	2.5%
北區	900	897	805	1,021	1,108	1,009	110	12.2%
中區	1,649	1,547	1,412	1,666	1,709	1,579	-70	-4.3%
南區	957	856	781	941	989	902	-55	-5.8%
高屏	1,051	949	866	1,027	1,063	971	-80	-7.6%
東區	138	130	117	137	140	131	-7	-4.8%
全區	6,419	6,119	5,541	6,684	6,932	6,384	-35	-0.5%

年 分區	就醫率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	26.65%	25.59%	23.00%	28.31%	28.77%	26.70%	0.05%
北區	26.83%	23.39%	20.98%	26.52%	28.44%	25.73%	-1.10%
中區	37.16%	33.78%	31.00%	36.70%	37.47%	34.64%	-2.52%
南區	27.98%	25.80%	23.72%	28.81%	30.28%	27.70%	-0.29%
高屏	28.06%	25.77%	23.70%	28.27%	29.19%	26.76%	-1.29%
東區	23.71%	24.01%	21.93%	25.72%	26.42%	24.98%	1.26%
全區	28.06%	25.97%	23.70%	28.73%	29.60%	27.28%	-0.78%
差值	13.45%	10.39%	10.02%	10.97%	11.04%	9.66%	—

資料來源：114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、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	8,886	11,364	9,801	11,871	12,582	12,134	3,248	36.6%
北區	3,851	4,977	4,412	5,401	5,947	5,709	1,858	48.3%
中區	9,073	10,342	9,392	10,973	11,513	11,207	2,134	23.5%
南區	5,067	5,415	4,990	5,838	6,288	6,057	990	19.5%
高屏	5,492	6,157	5,655	6,550	6,994	6,747	1,255	22.8%
東區	613	747	669	740	764	747	135	22.0%
全區	32,981	39,002	34,919	41,371	44,088	42,601	9,620	29.2%

年 分區	平均每人門診就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	1.21	1.49	1.31	1.60	1.67	1.62	0.41	33.5%
北區	1.15	1.30	1.15	1.40	1.53	1.45	0.31	26.7%
中區	2.04	2.26	2.06	2.42	2.52	2.46	0.41	20.3%
南區	1.48	1.63	1.52	1.79	1.92	1.86	0.38	25.5%
高屏	1.47	1.67	1.55	1.80	1.92	1.86	0.39	26.8%
東區	1.05	1.38	1.25	1.39	1.44	1.42	0.37	34.9%
全區	1.44	1.66	1.49	1.78	1.88	1.82	0.38	26.3%
倍數	1.94	1.74	1.79	1.74	1.75	1.73	—	—

年 分區	平均每就醫人門診就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	4.54	5.84	5.68	5.63	5.81	6.06	1.51	33.2%
北區	4.28	5.55	5.48	5.29	5.37	5.66	1.38	32.2%
中區	5.50	6.69	6.65	6.59	6.74	7.10	1.60	29.0%
南區	5.29	6.33	6.39	6.20	6.36	6.71	1.42	26.8%
高屏	5.23	6.49	6.53	6.37	6.58	6.95	1.72	32.9%
東區	4.45	5.77	5.71	5.41	5.46	5.69	1.25	28.1%
全區	5.14	6.37	6.30	6.19	6.36	6.67	1.54	29.9%
倍數	1.29	1.20	1.21	1.25	1.26	1.26	—	—

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診就醫次數＝門診件數/年底戶籍人口數；

平均每就醫人門診就醫次數＝門診件數/就醫人數。

3.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表7 95、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	5,078	8,510	7,553	8,968	9,701	9,583	4,505	88.7%
北區	2,088	3,586	3,329	4,019	4,578	4,572	2,483	118.9%
中區	4,795	7,422	7,036	8,120	8,822	8,922	4,128	86.1%
南區	2,603	4,079	3,937	4,527	4,965	4,975	2,372	91.1%
高屏	2,926	4,661	4,432	5,070	5,523	5,512	2,586	88.4%
東區	346	615	597	652	704	742	395	114.1%
全區	17,837	28,874	26,885	31,356	34,293	34,305	16,469	92.3%

年 分區	平均每人門診費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	692	1,119	1,007	1,195	1,289	1,277	585	84.5%
北區	623	935	867	1,047	1,175	1,165	542	87.1%
中區	1,080	1,621	1,545	1,783	1,934	1,957	877	81.2%
南區	761	1,230	1,197	1,376	1,520	1,527	766	100.7%
高屏	781	1,265	1,213	1,387	1,517	1,519	738	94.4%
東區	596	1,140	1,117	1,219	1,331	1,411	815	136.8%
全區	780	1,225	1,150	1,341	1,464	1,466	686	88.0%
倍數	1.81	1.73	1.78	1.70	1.65	1.68	—	—

年 分區	平均每就醫人門診費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	2,597	4,371	4,377	4,257	4,482	4,782	2,185	84.2%
北區	2,321	3,999	4,133	3,938	4,130	4,529	2,208	95.1%
中區	2,907	4,799	4,985	4,875	5,161	5,651	2,743	94.4%
南區	2,719	4,765	5,044	4,808	5,019	5,514	2,794	102.8%
高屏	2,784	4,909	5,116	4,935	5,197	5,676	2,891	103.8%
東區	2,513	4,746	5,094	4,769	5,037	5,649	3,136	124.8%
全區	2,779	4,719	4,852	4,691	4,947	5,374	2,595	93.4%
倍數	1.25	1.23	1.24	1.25	1.26	1.25	—	—

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.平均每人門診點數＝門診點數/年底戶籍人口數。

3.平均每就醫人門診點數＝門診點數/就醫人數。

4.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表8-1 106~113年中醫門診總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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	0.786	0.812	0.812	0.815	1.1607	0.8220	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.7830	0.727	0.774	0.783	0.749	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
113Q1	0.8755	0.8000	0.8275	0.8481	0.8308	1.1586	0.8474	2	6	5	3	4	1
113Q2	0.9285	0.823	0.858	0.869	0.885	1.2080	0.886	2	6	5	4	3	1
113Q3	0.9491	0.836	0.894	0.887	0.9152	1.1585	0.9101	2	6	4	5	3	1
113Q4	0.9853	0.868	0.9061	0.9341	0.9572	1.1815	0.9412	2	6	5	4	3	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；
 ；本表111年第3、4季點值之計算未包含由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」撥補之預算；本表112、113年點值之計算，未包含由112、113年公務預算挹注全民健康保險基金撥補之預算。

表8-2 106~113年中醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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	0.882	0.889	0.889	1.1034	0.8911	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.867	0.84	0.859	0.872	0.85	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
113Q1	0.9239	0.8820	0.8906	0.9099	0.8977	1.1032	0.9067	2	6	5	3	4	1
113Q2	0.9554	0.8925	0.9081	0.9208	0.9295	1.1386	0.9290	2	6	5	4	3	1
113Q3	0.9684	0.9012	0.9319	0.9316	0.9479	1.1055	0.9441	2	6	4	5	3	1
113Q4	0.9908	0.9212	0.9395	0.9603	0.9738	1.1200	0.9635	2	6	5	4	3	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；
；本表111年第3、4季點值之計算未包含由其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策
改變所需經費」撥補之預算；本表112、113年點值之計算，未包含由112、113年公務預
算挹注全民健康保險基金撥補之預算。

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2

電話：(02)2959-4939

傳真：(02)2959-2499

E-mail：tw.tm@msa.hinet.net

承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 114 年 10 月 23 日

發文字號：(114)全聯醫總兆字第 2384 號

速 別：

附 件：115 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：重行檢陳「115 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114年10月19日召開「中醫門診醫療服務審查執行會第59次會議」決議事項辦理。

二、「115 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%。

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300254

114. 10. 28

(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400百萬元，各季提撥100百萬元。

2、分配方式：用於補助點值，運用方式如下：

(1)自115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0.93之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(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115年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。



正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 詹永兆

115 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：115 年 1 月 1 日起至 115 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 400 百萬元，由各季提撥 100 百萬元。

（二）分配方式：用於補助點值，運用方式如下：

1. 自 115 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 0.93 元之差值(且補助後平均點值不得高於次低區域的平均點值)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(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 115 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

三、115 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)114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。
- 3.114年全國每月申報醫療費用點數之平均值= $\Sigma 114$ 年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數/ $\Sigma 114$ 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。
- 4.115年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 114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。

五、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件 2。

六、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。

七、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鄉鎮戶數及人口數統計資料(採季中戶籍人口數)

二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標 3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(A_{i3})

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總(ΣA_{i3})

條件說明：

一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。

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

三、計算步驟：

(一)計算去年同期全國就醫人數(季)(p)

(二)計算每位病患於各區就醫次數(a)

(三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)

=每位病患於各區就醫次數(a)/Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)

(四)各區每位病患之就醫次數比率(T)

=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率(Σa%)

(五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)

=各區每位病患之就醫次數比率(T)/全國就醫人數(p)

(六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)

=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值(ΣK1)

四、舉例說明：

(一)本季全國中醫就診病患有 4 人(p)

(二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	a1 就 於各區就醫次數 病患 a2 就醫 於各區就醫次 病患		於各區就 於各區就病患		各區每位病患				
	a3 就醫 病患 a4 就		之就醫次數比		率				
	比率(a1%)	次數 數比率(a2%)	次數 醫次數	率(a3%)	率(a4%)	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 區 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)	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)	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)	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 ($\frac{114 \text{ 年該季}}{113 \text{ 年同期}} - 1$)。

三、醫療費用點數成長率(r)：($\frac{114 \text{ 年該季申報醫療費用點數}}{113 \text{ 年同期申報醫療費用點數}} - 1$)。

四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數 (申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件 (案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。

五、本項為正向指標，權重為 1、權值為 5%(m)。

六、(p-r)產生的最大值中，其值大於 0 且 p 值大於 0 之區域，權值加計+5%；
(p-r 產生的最小值中，其值小於 0 且 r 值大於 0 之區域，權值加計-5%，
非屬前述二要件之區域均以 0 計。

指標 5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。

二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。

三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。

四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。

五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數

$= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$

六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值

(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數>全國平均值：

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

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

* 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 \leq 全國平均值：

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

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

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

* 各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為 0 或無中醫師鄉鎮，其權值以 0 計算。

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

$= \text{各分區} \Sigma \text{各鄉鎮市區權值}(dr_peop)$

* 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)114 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、114 年全國每月申報醫療費用點數之平均值= $\Sigma 114$ 年每月申報醫療費用/ $\Sigma 114$ 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、115 年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以 114 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%*65%

指標 2 預算 GB= (T)*97.78%*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*指標 1 占率 ($A_{i1}/\Sigma A_{i1}$)。

指標 1 占率 ($A_{i1}/\Sigma A_{i1}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(二)各分區各季預算 Gb

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

指標 2 占率 ($A_{i2}/\Sigma A_{i2}$)

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(三)各分區各季預算 $G_c = \text{各季預算 } GC * \text{指標 3 占率 } (A_{i3} / \sum A_{i3})$ 。

指標 3 占率 $(A_{i3} / \sum A_{i3})$

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

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(四)各分區各季預算 G_d

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

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

※各分區各季經指標 4 加權後之預算 (A_{i4})

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 $(A_{i1}) * (1 + \text{指標 4 權值 } K_2)$

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

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

※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 $GE * \text{指標 5 加權後之預算占率 } (A_{i5} / \sum A_{i5})$ 。

※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 (A_{i5})

= 95 年第 4 季至 98 年第 3 季之各區各季預算 $(A_{i1}) * 【1 + \text{指標 5 權值和 } (\sum dr_peop)】$

※各分區各季經指標 5 加權後之預算占率 $(A_{i5} / \sum A_{i5})$

= 各分區各季經指標 5 加權後之預算 $(A_{i5}) / \sum$ 各分區各季經指標 5 加權後之預算 $(\sum A_{i5})$

※占率：四捨五入至小數點第 6 位

(六)各分區各季預算 G_f

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

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

1.成長率 $= (\text{115 年該區各季核算 } T_y / \text{114 年該區各季核算 } T_y) - 1。$

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

(二)撥補程序：

1.於 115 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。

114 年該區_全		115 年該區全		負成長		調	
年	預算 Ty	年	預算 Ty	成長率	分區	撥補	撥補後
(百萬元)		(百萬元)			差額	比例	方式
V		W		W/V-1	X	Y	X*Y=Z
							W+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]

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

歷年地區預算執行概況

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

依衛生署交議，費協會委員會議決議之相關事項辦理：

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

(二)分配事項：

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

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

3.人口風險校正因子：年齡、性別。

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

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

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

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

(二)五分區預算分配參數及其占率為：

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

三、99 年至 112 年：

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

- 1.參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」：99 為 80%，112 年降為 66%。
- 2.參數二「各區去年同期戶籍人口數占率」：99 為 5%，112 年上升為 14%。
- 3.參數三「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」：99 為 5%，112 年上升為 10%。
- 4.參數四「去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」：歷年皆為 5%，112 年下降為 4%。
- 5.參數五「當前前一季『各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數』」占率：歷年皆為 5%。
- 6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：歷年皆為 1%

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

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

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

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

應予調升。

(六)111 年：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。

(九)114 年：114 年移撥 1.5 億元，其中 1.1 億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 0.9 元之差值(但最高不大於第二低分區)；0.4 億元按季均分，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。

115年中醫總額 R 值前進影響試算【健保署補充資料】

表1、115年中醫 R 值前進1%_各分區平均每人預算數差異

分區	投保人口 ^{註1}		114年平均 每人預算數 (A)	115年 R 值維持		115年 R 值前進1%		115年相較114年	
	人口數 (千人)	占率		預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(B)	預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(C)	【R 值維持】 平均每人預算 數差異(B-A)	【R 值前進1%】 平均每人預算數 差異(C-A)
台北	8,928	37.6%	1,066	10,025	1,123	10,037	1,124	57	58
北區	3,987	16.8%	1,048	4,402	1,104	4,418	1,108	56	60
中區	4,246	17.9%	1,925	8,608	2,027	8,584	2,022	102	97
南區	2,935	12.4%	1,588	4,908	1,672	4,906	1,672	84	84
高屏	3,181	13.4%	1,639	5,492	1,726	5,489	1,726	87	87
東區	437	1.8%	1,658	768	1,758	768	1,758	100	100
全區	23,715	100.0%	1,369	34,204	1,442	34,204	1,442	73	73

註1：投保人口採113年季中保險對象人數平均。

註2：平均每人預算數＝一般服務預算數/投保人口數

註3：估列風險調整移撥款，並以115年中全會所提額度4億元暫列。

註4：東區預算占率2.22%先予分配，其餘五分區佔率97.78%。故東區預算不受 R 值占率改變之影響。

表2、全民健康保險中醫門診總額113年及114年第1季「風險調整基金」執行情形

年度	113年	114年
分配方式	<p>自一般服務提撥6,000萬元風險基金：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。 	<p>自一般服務提撥15億元風險基金：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.1億元，自114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0.9者則補至0.9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0.9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0.9元。 4,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。
執行情形	<p>113年全年結算：</p> <ol style="list-style-type: none"> 風險基金撥付(浮動點值補至每點0.8元)：北區2,800萬元；剩餘分配款：1200萬元，依113年第4季五分區一般預算總額占率分配臺北356.5萬元、北區156.5萬元、中區311.7萬元、南區177.7萬元、高屏197.7萬元。 風險基金撥補當季就醫率最高之分區：台中2000萬元。 	<p>114年第1季結算，支用1,261.8萬元：</p> <ol style="list-style-type: none"> 風險基金撥付(浮動點值補至每點0.9元)：北區261.8萬元。 風險基金撥補當季就醫率最高之分區：台中1000萬元。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案，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。地區預算分配主要目的在於提升保險對象就醫公平性，並以「錢跟著人走」為原則，希望能導引醫療資源均衡分布，促進同儕制約效益及分區自主管理能力。依 115 年度醫療給付費用總額協商程序及 114 年第 8 次委員會議(114.10.22)決定，請西醫基層、中醫及牙醫部門承辦團體於 114 年 11 月 4 日前提送 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案。屆時未提送者，將由本會掣案提 11 月份委員會議(114.11.19)討論。惟截至 11 月 4 日止，中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)尚未提出建議方案，爰由本會掣案提本次委員會議(114.11.19)討論。

二、115 年度西醫基層醫療給付費用總額，經本會本年第 7 次委員會議(114.9.26)決議，協商結論為：付費者代表及西醫基層總額代表達成共識，成長率為 5.5%，其中一般服務費用成長率為 5.077%，需進行地區預算分配。

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：

(1)各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)。

(2)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：人口風險因子(年齡性別指數占 90%，標準化死亡比(SMR)占 10%)，及轉診型態(Trans，西醫基層門診

市場占有率)。

3.分配方式：依費協會 92.12.26 公告、衛生署(衛福部前身)及費協會召開相關會議結論，自 90 年度起，原則以 7 年為期，逐步達成預算 100%按風險校正後之各分區保險對象人數(R 值)分配，惟期程及過渡漸進方式可視實際狀況檢討修訂。

4.風險調整移撥款：為因應地區預算運作之需，西醫基層總額自 107 年起均議定風險調整移撥款，於地區預算分配前，自一般服務費用移撥部分經費，作為地區預算分配之風險調控之用。

(三)地區預算各年核(決)定情形：

1.分配參數中，R 值、S 值占率於各年核(決)定情形：

年 項目	90.7~ 91.12	92	93	94	95	96	97	98~ 104	105~ 107	108	109~ 111	112~ 113	114
R	5%	15%	25%	40%	60%	65%	試辦	65%	66%	67%	68%	69%	70%
S	95%	85%	75%	60%	40%	35%	計畫	35%	34%	33%	32%	31%	30%

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.標準化死亡比(SMR)及轉診型態(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%；100~114 年則各為 25%。

3.健保署與西醫基層部門訂有微調機制，98~108 年微調方式詳附件一。

4.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。

2.風險調整移撥款核(決)定情形(詳附件一，第 123~125 頁)：

本款項主要用於撥補特定分區、保障東區浮動點值不低於每點 1 元、因 R 值占率前進而減少預算分區或點值落後地區，歷年移撥款額度及用途摘要如下表：

年	額度 (億元)	用途
107	4.48	撥補臺北區 3 億元、點值落後地區 1 億元，及東區 0.48 億元。
108	5	撥補點值落後地區。
109	6	保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

年	額度 (億元)	用途
110	6	保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。
111	6	3 億元撥補臺北區，3 億元撥補點值落後地區(不含臺北區)。
112	6	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)。
113	6	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、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)。
114	6.5	撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，保障東區浮動點值不低於每點 1 元，餘款用於撥補點值落後地區。

四、截至 11 月 4 日止，醫全會對 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案，尚未提送本會。本會已請健保署提供 113、114 年風險調整移撥款執行結果，倘醫全會後續提出建議方案，本會再請健保署提供執行面意見(資料後附)。

五、115 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.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「保障民眾就醫的公平性」的政策目標，宜適度調升 R 值。

查 113 年 R 值占率未調整，114 年 R 值占率前進 1%為 70%。

2.待討論事項：115 年 R 值占率是否適度調升。

(二)風險調整移撥款：

1.查 113~114 年度總額公告，西醫基層總額 113 年移撥 6 億元，114 年移撥至少 6 億元(最後經健保署及西醫基層部門承辦團體議定為 6.5 億元)。

2.待討論事項：115 年度是否仍維持風險調整移撥款，其額度

請討論。

六、依 115 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 114 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。

七、相關參考資料：

- (一)模擬 115 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，分配之各區預算估計值如表 1-1~1-2(第 114~115 頁)。
- (二)提供 113 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、醫療供給(醫師數)與利用(就醫人數、次數、點數)及點值等資料供參(如表 1-3~6-2，第 115~122 頁)。
- (三)歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議，如附件二，第 126~128 頁。

擬辦：

- 一、地區預算屬總額分配之一部分，依健保法第 61 條在確認 115 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 115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114年額度6.5億元暫列)

單位：百萬元；%

分區	114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)					
		70%(同114年度)			71%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	45,956	48,910	6.43%	2,954	48,926	6.46%	2,971
北區	21,462	22,850	6.47%	1,388	22,919	6.79%	1,457
中區	25,449	27,010	6.13%	1,561	27,001	6.10%	1,552
南區	19,624	20,885	6.42%	1,261	20,836	6.18%	1,212
高屏	21,825	23,124	5.95%	1,300	23,107	5.88%	1,282
東區	2,719	2,872	5.63%	153	2,861	5.23%	142
全區	137,035	145,652	6.29%	8,617	145,652	6.29%	8,617

分區	114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)					
		72%			73%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	45,956	48,943	6.50%	2,987	48,960	6.54%	3,004
北區	21,462	22,988	7.11%	1,526	23,057	7.43%	1,595
中區	25,449	26,992	6.06%	1,543	26,983	6.03%	1,534
南區	19,624	20,788	5.93%	1,164	20,740	5.69%	1,116
高屏	21,825	23,090	5.80%	1,265	23,073	5.72%	1,248
東區	2,719	2,850	4.82%	131	2,839	4.41%	120
全區	137,035	145,652	6.29%	8,617	145,652	6.29%	8,617

註：1. 114年度預算以113年度之結算資料為基礎，依114年度所協定之一般服務成長率4.267%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(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＝一般服務預算×[0.7×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)+0.3×89年西醫基層申報醫療費用(S值)]。前項114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6.5億元、112~114年因應基層護理人力需求提高1~30人次診察費合計19.779億元。
 - (2) 依114年度總額決定事項，114年度品質保證保留款專款額度(1.284億元)，應與其一般服務預算保留匡列原106年品質保證保留款之額度(1.052億元)，合併運用(計2.336億元)。
2. 115年度預算以114.9.26第7次委員會議決議之「一般服務成長率5.077%」推估，所採基期之114年一般服務預算已調整人口成長率差值(14.42億元)及加回114年違規扣款(0.05億元)。各分區預算推估方式如下：
- (1) 各分區預算(以R值=70%為例)=[0.7×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)+0.3×89年西醫基層申報醫療費用(S值)]。前項115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6.5億元、112~114年因應基層護理人力需求提高1~30人次診察費合計19.779億元。
 - (2) 依本會114.5.21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115年度品質保證保留款專款額度(2.663億元)合併運用(計3.715億元)。
 - (3) 參照114年度分配方式，於進行地區預算分配時，先提撥6.5億元做為風險調整移撥款(分4季提撥)。
3. 本表估算114年度及115年度各分區預算之R值，其人口結構校正因子(投保人口占率×人口指數)因尚無資料，均採健保署113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(114年採109~112年數值、115年採110~113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1-2 115年度西醫基層總額地區預算模擬試算摘要表

單位：百萬元；%

分區	114年度 預算 估計值	R70% (同114年度)		R71% (R值占率前進1%)		R前進1% 預算增減情形
		成長率	較114年度增加	成長率	較114年度增加	
台北	45,956	6.43%	2,954	6.46%	2,971	16.8 (+0.037%)
北區	21,462	6.47%	1,388	6.79%	1,457	68.9 (+0.321%)
中區	25,449	6.13%	1,561	6.10%	1,552	-9.1 (-0.036%)
南區	19,624	6.42%	1,261	6.18%	1,212	-48.3 (-0.246%)
高屏	21,825	5.95%	1,300	5.88%	1,282	-17.1 (-0.078%)
東區	2,719	5.63%	153	5.23%	142	-11.1 (-0.408%)
全區	137,035	6.29%	8,617	6.29%	8,617	

表1-3 113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)	
				90%	10%	
參數占率	69%	31%				100%
台北	0.33776	0.32772	0.37038	1.00078	0.88479	0.92212
北區	0.17076	0.12381	0.16749	0.95673	0.98690	1.06515
中區	0.18472	0.18988	0.18043	0.98922	1.01588	1.03143
南區	0.13317	0.16659	0.12526	1.03448	1.06865	1.02151
高屏	0.15585	0.16696	0.13732	1.02723	1.11355	1.09346
東區	0.01775	0.02506	0.01914	1.04428	1.27040	0.86469

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

表1-4 109~113年西醫基層總額各分區人口年齡性別指數

分區	年	人口年齡性別指數				
		109	110	111	112	113
台北		0.99615	0.99657	0.99815	0.99944	1.00078
北區		0.95968	0.95892	0.96933	0.96328	0.95673
中區		0.98793	0.98817	0.99235	0.99104	0.98922
南區		1.03978	1.04002	1.02828	1.03097	1.03448
高屏		1.02845	1.02898	1.02049	1.02361	1.02723
東區		1.05171	1.04934	1.03618	1.04008	1.04428
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2-1 113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	37.0%	32.1%	33.5%	5,041
北區	16.7%	16.8%	15.6%	5,197
中區	18.0%	19.5%	18.6%	5,730
南區	12.5%	13.9%	14.3%	6,357
高屏	13.7%	15.5%	15.9%	6,439
東區	1.9%	2.2%	2.1%	5,961
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,566

表2-2 113較95年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^{註1}	戶籍人口 成長率 ^{註1}	一般服務預算 成長率 ^{註2}	平均每人預算 成長率 ^{註2}
台北	10.5%	2.3%	71.7%	55.3%
北區	20.4%	17.0%	86.1%	54.5%
中區	4.2%	2.7%	61.5%	55.1%
南區	-4.9%	-4.8%	47.6%	55.2%
高屏	-2.5%	-3.1%	67.1%	71.4%
東區	-13.0%	-9.6%	42.4%	63.7%
全區	6.2%	2.3%	66.4%	56.8%

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、109~113年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	7,931	8,769	8,738	8,653	8,716	8,767	836	10.5%
北區	3,292	3,838	3,869	3,890	3,927	3,964	672	20.4%
中區	4,099	4,299	4,291	4,259	4,266	4,271	171	4.2%
南區	3,117	3,057	3,027	2,986	2,975	2,965	-153	-4.9%
高屏	3,333	3,317	3,297	3,261	3,255	3,250	-83	-2.5%
東區	521	472	468	461	457	453	-68	-13.0%
全區	22,294	23,752	23,689	23,510	23,595	23,670	1,376	6.2%

年 分區	戶籍人口數(千人)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台北	7,337	7,608	7,502	7,442	7,523	7,506	169	2.3%
北區	3,354	3,834	3,839	3,850	3,898	3,923	570	17.0%
中區	4,438	4,578	4,554	4,539	4,562	4,559	121	2.7%
南區	3,421	3,317	3,290	3,268	3,268	3,258	-163	-4.8%
高屏	3,746	3,685	3,655	3,634	3,641	3,629	-117	-3.1%
東區	581	540	535	531	529	526	-56	-9.6%
全區	22,877	23,561	23,375	23,265	23,420	23,400	524	2.3%

年 分區	投保人口數占率(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	37.0%	1.5%	
北區	14.8%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	16.7%	2.0%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.0%	-0.3%	
南區	14.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	-1.5%	
高屏	15.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	13.7%	-1.2%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	1.9%	-0.4%	
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—	

年 分區	戶籍人口數占率(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	32.1%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	32.1%	0.0%	
北區	14.7%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.8%	2.1%	
中區	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%	
高屏	16.4%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	15.5%	-0.9%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	-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、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台 北	25,747	39,784	41,196	41,978	42,884	44,196	18,449	71.7%
北 區	11,072	18,404	19,079	19,623	20,060	20,602	9,530	86.1%
中 區	15,148	22,630	23,365	23,725	23,965	24,469	9,321	61.5%
南 區	12,771	17,601	18,098	18,130	18,370	18,848	6,077	47.6%
高 屏	12,522	19,238	19,871	20,052	20,362	20,929	8,406	67.1%
東 區	1,897	2,523	2,582	2,577	2,670	2,702	805	42.4%
全 區	79,158	120,180	124,192	126,085	128,312	131,745	49,155	66.4%

年 分區	平均每人預算數(元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台 北	3,246	4,537	4,715	4,851	4,920	5,041	1,795	55.3%
北 區	3,363	4,796	4,931	5,045	5,108	5,197	1,834	54.5%
中 區	3,695	5,263	5,445	5,570	5,618	5,730	2,034	55.1%
南 區	4,097	5,758	5,979	6,073	6,176	6,357	2,260	55.2%
高 屏	3,757	5,800	6,028	6,149	6,256	6,439	2,682	71.4%
東 區	3,642	5,347	5,518	5,589	5,843	5,961	2,319	63.7%
全 區	3,551	5,060	5,243	5,363	5,438	5,566	2,015	56.8%

年 分區	預算數占率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台 北	32.5%	33.1%	33.2%	33.3%	33.4%	33.5%	1.0%
北 區	14.0%	15.3%	15.4%	15.6%	15.6%	15.6%	1.7%
中 區	19.1%	18.8%	18.8%	18.8%	18.7%	18.6%	-0.6%
南 區	16.1%	14.6%	14.6%	14.4%	14.3%	14.3%	-1.8%
高 屏	15.8%	16.0%	16.0%	15.9%	15.9%	15.9%	0.1%
東 區	2.4%	2.1%	2.1%	2.0%	2.1%	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	109	110	111	112	113	
台 北	2.0%	3.6%	3.6%	1.9%	2.2%	3.1%	
北 區	8.0%	5.4%	3.7%	2.9%	2.2%	2.7%	
中 區	1.0%	4.3%	3.2%	1.5%	1.0%	2.1%	
南 區	0.3%	2.6%	2.8%	0.2%	1.3%	2.6%	
高 屏	-1.4%	4.5%	3.3%	0.9%	1.5%	2.8%	
東 區	-5.5%	-1.1%	2.4%	-0.2%	3.6%	1.2%	
全 區	1.6%	3.9%	3.3%	1.5%	1.8%	2.7%	

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、109~113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)						113較89年 增加值	113較89年 成長率
	89 (開辦前)	109	110	111	112	113		
台 北 區	3,415	5,539	5,565	5,760	5,921	6,137	2,722	79.7%
北 區	1,252	2,254	2,296	2,364	2,468	2,584	1,332	106.4%
中 區	2,037	3,327	3,363	3,417	3,481	3,602	1,565	76.8%
南 區	1,517	2,305	2,323	2,350	2,438	2,490	973	64.1%
高 屏 區	1,774	2,828	2,860	2,922	2,961	3,056	1,282	72.3%
東 區	266	324	328	324	320	333	67	25.2%
全 區	10,261	16,577	16,735	17,137	17,589	18,202	7,941	77.4%

年 分區	每萬人口西醫診所醫師數						113較89年 增加值	113較89年 成長率
	89 (開辦前)	109	110	111	112	113		
台 北 區	4.79	7.28	7.42	7.74	7.87	8.18	3.39	70.7%
北 區	4.04	5.88	5.98	6.14	6.33	6.59	2.55	63.1%
中 區	4.72	7.27	7.39	7.53	7.63	7.90	3.18	67.3%
南 區	4.44	6.95	7.06	7.19	7.46	7.64	3.20	72.0%
高 屏 區	4.77	7.68	7.82	8.04	8.13	8.42	3.66	76.7%
東 區	4.44	6.00	6.13	6.10	6.05	6.34	1.89	42.7%
全 區	4.61	7.04	7.16	7.37	7.51	7.78	3.17	68.9%

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表4 95、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台 北 區	6,347	6,622	6,275	6,477	7,010	7,048	701	11.0%
北 區	3,127	3,501	3,351	3,502	3,853	3,905	778	24.9%
中 區	4,007	4,147	3,967	4,093	4,381	4,388	382	9.5%
南 區	3,076	3,026	2,895	2,953	3,154	3,142	65	2.1%
高 屏 區	3,283	3,258	3,122	3,189	3,418	3,424	140	4.3%
東 區	483	468	430	443	483	465	-18	-3.7%
全 區	18,665	19,442	18,727	19,222	20,388	20,480	1,815	9.7%

年 分區	門診就醫率(%)						113較95年增加值
	95	109	110	111	112	113	
台 北 區	80.0%	75.5%	71.8%	74.8%	80.4%	80.4%	0.4%
北 區	95.0%	91.2%	86.6%	90.0%	98.1%	98.5%	3.5%
中 區	97.7%	96.5%	92.5%	96.1%	102.7%	102.8%	5.0%
南 區	98.7%	99.0%	95.7%	98.9%	106.0%	106.0%	7.3%
高 屏 區	98.5%	98.2%	94.7%	97.8%	105.0%	105.3%	6.8%
東 區	92.8%	99.2%	91.8%	96.0%	105.6%	102.7%	9.9%
全 區	83.7%	81.9%	79.1%	81.8%	86.4%	86.5%	2.8%
差值	18.7%	23.7%	23.8%	24.1%	25.6%	25.6%	—

資料來源：114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、109~113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)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台 北	49,747	50,482	44,424	48,322	59,241	61,195	11,448	23.0%
北 區	23,367	24,751	22,021	24,161	30,079	31,262	7,894	33.8%
中 區	35,787	33,512	30,046	32,551	38,512	39,544	3,756	10.5%
南 區	28,412	25,705	23,284	24,453	28,363	29,090	679	2.4%
高 屏	30,171	29,153	26,736	27,906	32,505	33,383	3,212	10.6%
東 區	4,066	3,350	2,953	3,046	3,509	3,497	-569	-14.0%
全 區	171,550	166,953	149,464	160,439	192,210	197,970	26,420	15.4%

年 分區	平均每人門診就醫次數						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台 北	6.27	5.76	5.08	5.58	6.80	6.98	0.71	11.3%
北 區	7.10	6.45	5.69	6.21	7.66	7.89	0.79	11.1%
中 區	8.73	7.79	7.00	7.64	9.03	9.26	0.53	6.1%
南 區	9.11	8.41	7.69	8.19	9.53	9.81	0.70	7.7%
高 屏	9.05	8.79	8.11	8.56	9.99	10.27	1.22	13.5%
東 區	7.81	7.10	6.31	6.61	7.68	7.72	-0.09	-1.2%
全 區	7.69	7.03	6.31	6.82	8.15	8.36	0.67	8.7%
倍數	1.45	1.53	1.60	1.53	1.47	1.47	—	—

年 分區	門診費用點數(百萬點)						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台 北	25,155	35,390	34,644	37,687	43,394	45,352	20,196	80.3%
北 區	11,920	18,037	17,878	19,309	22,407	23,857	11,936	100.1%
中 區	18,035	24,106	23,938	25,734	28,694	29,860	11,825	65.6%
南 區	13,859	17,865	17,753	18,805	20,692	21,619	7,761	56.0%
高 屏	14,813	20,365	20,517	21,647	24,029	25,069	10,255	69.2%
東 區	2,100	2,562	2,509	2,602	2,822	2,843	743	35.4%
全 區	85,883	118,325	117,239	125,786	142,039	148,599	62,716	73.0%

年 分區	平均每人門診費用點數						113較95年	113較95年
	95	109	110	111	112	113	增加值	成長率
台 北	3,172	4,036	3,965	4,355	4,979	5,173	2,001	63.1%
北 區	3,621	4,700	4,620	4,964	5,706	6,018	2,397	66.2%
中 區	4,399	5,607	5,579	6,042	6,727	6,992	2,592	58.9%
南 區	4,446	5,844	5,865	6,299	6,956	7,292	2,846	64.0%
高 屏	4,444	6,140	6,224	6,638	7,383	7,713	3,269	73.5%
東 區	4,033	5,429	5,361	5,645	6,174	6,274	2,240	55.6%
全 區	3,852	4,982	4,949	5,350	6,020	6,278	2,426	63.0%
倍數	1.40	1.52	1.57	1.52	1.48	1.49	—	—

資料來源：114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6-1 106~113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
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	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
113Q1	0.8248	0.8656	0.8975	0.9249	0.8939	1.0516	0.8709	6	5	3	2	4	1
113Q2	0.8384	0.8882	0.9017	0.9402	0.9030	1.0590	0.8826	6	5	4	2	3	1
113Q3	0.8183	0.8352	0.8740	0.9088	0.8973	1.0573	0.8636	6	5	4	2	3	1
113Q4	0.8476	0.8965	0.8997	0.9488	0.9367	1.0646	0.8894	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、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表6-2 106~113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
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	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
113Q1	0.8696	0.9044	0.9254	0.9461	0.9269	1.0351	0.9078	6	5	4	2	3	1
113Q2	0.8776	0.9156	0.9288	0.9562	0.9313	1.0384	0.9150	6	5	4	2	3	1
113Q3	0.8680	0.8892	0.9112	0.9390	0.9286	1.0382	0.9016	6	5	4	2	3	1
113Q4	0.8869	0.9191	0.9293	0.9619	0.9554	1.0399	0.9236	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、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

歷年地區預算執行概況

一、第一期(90.7~91.12)至 96 年：

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

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

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

(三)分配方式：

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

2.R 值分別為 5%、15%、25%、40%、60%、65%。

二、97 年：

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

(一)先撥 1.5 億予中區。

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

(三)前述分配方式所涉執行面部分，請中央健康保險局會同西醫基層團體議定之。

(四)須配合原則：

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

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

三、98~112 年：

回歸行政院衛生署(現改制為衛生福利部)規劃方式辦理：

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

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

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

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

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

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

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

3.100~112 年所採之 4 年權重各為 25%。

(五)微調機制：

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

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

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

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

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

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

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

8.107 年：提撥風險調整基金後，五分區成長率不得低於 1.96%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率

為止。

9.108 年：提撥風險調整基金後，五分區成長率不得低於 2.176%，東區成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

(六)風險調整基金/風險調整移撥款：

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

2.108 年：全年移撥 5 億元作為風險調整基金，用於撥補點值落後地區。

3.109 年：全年提撥 6 億元作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

4.110 年：全年移撥 6 億元作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

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

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

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

8.114 年：全年移撥 6.5 億元作為風險調整移撥款，用於撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」(不含東區)，其次，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」)，餘款用於撥補點值落後地區。

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

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

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

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

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

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

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

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

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

一、研究結論

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

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

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

二、政策建議

(一)短期

1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

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

2.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

3. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

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

(二)中期

1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

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

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

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

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需求：

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

第五案

提案單位：本會第三組

案由：115 年度醫院總額一般服務地區預算分配案，續請討論。

說明：

一、本案係依上次(114 年第 8 次)委員會議討論事項第二案決議辦理，決議內容如下：本案保留，請醫院總額部門代表委員攜回付費者委員意見，內部充分溝通，於第 9 次委員會議(114.11.19)續議。

二、台灣醫院協會(下稱醫院協會)於 114.10.29 院協健字第 1140200609 號來函，說明該會業依照上開決議，於 114.10.27 召開專門會議再次研商結果(略以)：基於下列 3 項理由，建議 115 年地區預算分配參數 R 值、S 值及風險調整移撥款維持同 114 年(詳附件一，第 132~133 頁)。

(一)現行地區預算公式分配結果與實際具極大落差，且衛福部刻正就分配公式進行重新審視暨檢討中，宜暫緩分配參數之變動。

(二)建議「錢跟著人走」修正為「錢跟著需求走」，以真實反映醫療資源分布。

(三)該會曾於 111 年接受健保署委辦計畫，就醫院部門地區預算分配公式提出建議案，經彙整各分區意見及初步共識提出建議事項，建議儘速商議落實。

本會同時請健保署就醫院協會來函所提內容提供回復意見，該署於 114.11.10 健保醫字第 1140123806 號書函回復(略以)，建議門診、住診 R 值占率可適度前進，風險調整移撥款則建議再增加 0.5 億元，運用於因應東區 R 值占率調升所造成之財務衝擊(來函如第 64~65 頁)。

三、檢附上次委員會議提案及相關參考資料供參(詳附件二，第 134~162 頁)。115 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 114 年分配方式，門、住診 R 值占率為 53%及 46%。
- 2.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，宜適度調升 R 值。
- 3.待討論事項：115 年 R 值占率是否依健保署建議適度調升。

(三)風險調整移撥款：

- 1.醫院協會建議同 114 年(自一般服務費用提撥 6.5 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率「調升」造成之財務衝擊)，請討論。(倘 115 年度 R 值占率未調升，建議刪除「調升」文字。)

2.待討論事項：

- (1)115 年度是否仍維持風險調整移撥款，其額度請討論。
- (2)是否比照 114 年度作法及健保署建議，再增加 0.5 億元，運用於因應東區 R 值占率調升所造成之財務衝擊，請討論。

四、依 115 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 114 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。

擬辦：

- 一、地區預算屬總額分配之一部分，依健保法第 61 條在確認 115 年度醫院總額一般服務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

發文日期：中華民國114年10月29日
發文字號：院協健字第1140200609號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：敬復有關115年醫院總額一般服務地區預算門住診RS值案
意見，請鑑查。

說明：

- 一、依據本會114年10月27日全民健康保險委員會114年第2次臨時會議決議辦理。
- 二、有關旨揭議案復以專門會議再次研商，經多方協調仍無法達成共識，爰基於下列理由，建議115年地區預算分配參數R、S值及風險調整移撥款維持同114年。
 - (一)鑑於醫院部門六分區就現有地區預算分配公式存有極大疑義，表示分配結果與實際具極大落差，無法反映真實，且衛福部刻正就分配公式進行重新審視暨檢討中，在結論尚未完成之前，宜暫緩分配參數之變動。
 - (二)地區預算分配之主張「錢跟著人走」，應修正為「錢跟著需求走」，始得真實反映醫療資源的分佈。
 - (三)本會曾於111年應衛生福利部中央健康保險署委託就醫院部門地區預算分配公式提出建議案，經彙整各分區意見



114.10.29

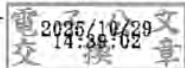


1143340242

並初步凝聚出共識，建議：「應充份應用實際健保之大數據資料，以健保歷年實際數據資料為基礎，各分區計算先排除特定族群（係指其醫療費用相較於一般平均費用具較大變異情形之保險對象人數：如山地原住民、機構型精神病人……等等），分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計其費用。排除上述族群後，分別依各分區之戶籍人口數或居住人口數，乘上以全國各性別、各年齡層之平均醫療費用，形成各分區地區預算的基本數，再加上前項先行排除之特定及醫療費用變異較大之保險對象人數（如：山地原住民、機構型精神病人……等等）兩者加計後的醫療費用，即產生各分區地區預算的分配總額。既已有共識方向，建議儘速商議落實。

正本：衛生福利部全民健康保險會

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



上次(114 年第 8 次)委員會會議提案及相關參考資料

提案單位：本會第三組

案由：115 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。地區預算分配主要目的在於提升保險對象就醫公平性，並以「錢跟著人走」為原則，希望能導引醫療資源均衡分布，促進同儕制約效益及分區自主管理能力。復依 115 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(114)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(114.10.7 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 114.9.18 函送 115 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 154~155 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、115 年度醫院醫療給付費用總額，經本會本年第 7 次委員會議(114.9.26)決議，協商結論為：付費者代表及醫院總額代表達成共識，成長率為 5.5%，其中一般服務費用的成長率為 5.101%，需進行地區預算分配。
- 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：
 - (1)各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R 值)。
 - (2)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，但考量門、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、住診服務費用合併結算：將上開門、住診費用分別依各地區門、住診 R 值、S 值占率計算後，合併預算，按季結算各區點值以核付費用。
- 6.風險調整移撥款：為因應各部門總額地區預算運作之需，近年各部門總額均議定風險調整移撥款，於分配地區預算前，先自一般服務預算移撥部分費用，作為地區預算分配之風險調控或平衡各地區醫療資源發展之用，並強化弱勢

人口與偏鄉之醫療服務。

(三)地區預算各年核(決)定情形：

1.分配參數中，門、住診費用比率及 R 值、S 值占率於各年核(決)定情形：

項目 \ 年	94	95~ 96	97~ 101	102~ 103	104~ 105	106~ 108	109~ 111	112~ 113	114
門診	R 15%	38%	45%	46%	46%	50%	51%	52%	53%
(費用比率 45%) S	85%	62%	55%	54%	54%	50%	49%	48%	47%
住院	R 10%	38%	40%	40%	41%	45%	45%	45%	46%
(費用比率 55%) S	90%	62%	60%	60%	59%	55%	55%	55%	54%

2.各年風險調整移撥款核(決)定情形：醫院總額自 108 年起編列風險調整移撥款，各年額度及用途如下表，主要用持續推動各分區資源平衡發展，各分區可視發展需求，自行運用於強化區內醫療服務。

年	額度 (億元)	用途
108	1.5	襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。
109	2	持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。
110	2	持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。
111	6	鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。
112	6	持續推動各分區資源平衡發展。
113	6	持續推動各分區資源平衡發展。
114	6.5	持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊。

四、台灣醫院協會業於 114.9.18 函提 115 年度地區預算分配建議方案(詳附件二之一，第 154~155 頁)，該建議係經邀集各層級醫院協會代表召開會議之研商結果，如下：考量 114 年其門、住診之 R 值占率已各前進 1%，建議 115 年度地區預算分配參數 R、S 值及風險調整移撥款暫維持同 114 年。

(一)查 114 年醫院總額地區預算分配方式：

- 1.用於計算地區預算所採之門、住診費用比為 45：55。
- 2.門診 R 值占率 53%、住院 R 值占率 46%。

3.風險調整移撥款 6.5 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率調升造成之財務衝擊。

(二)本會同時請健保署對「醫院協會所提建議方案」提供執行面意見及 113、114 年風險調整移撥款執行結果(詳附件二之三，第 160~162 頁)。

五、115 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 114 年分配方式，門、住診 R 值占率為 53%及 46%。

2.待討論事項：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，宜適度調升 R 值，說明如下：

(1)門診部分，113 年 R 值占率未調整、114 年前進 1%，115 年是否依醫院協會建議同 114 年(不調整)，請考量。

(2)住院部分，106~113 年 R 值占率未調整、114 年前進 1%，115 年是否依醫院協會建議同 114 年(不調整)，請考量。

(三)風險調整移撥款：是否同意醫院協會建議同 114 年(自一般服務費用提撥 6.5 億元，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中 0.5 億元用於因應東區因 R 值占率「調升」造成之財務衝擊)，請討論。(倘 115 年度 R 值占率未調升，建議刪除「調升」文字。)

六、依 115 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 114 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。

七、相關參考資料：

- (一)模擬 115 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 1-1~1-4(第 139~142 頁)。
- (二)提供 113 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 1-5、1-6、2-1~8-2，第 143~153 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 156~159 頁。

擬辦：

- 一、確認 115 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1-1 115年度醫院門診服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	114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(註2,3)					
		53%(同114年)			54%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	91,481	97,369	6.44%	5,888	97,364	6.43%	5,883
北區	34,209	36,411	6.44%	2,202	36,480	6.64%	2,271
中區	43,541	46,343	6.44%	2,802	46,336	6.42%	2,795
南區	33,561	35,722	6.44%	2,160	35,696	6.36%	2,135
高屏	35,736	38,036	6.44%	2,300	38,008	6.36%	2,272
東區	5,765	6,136	6.44%	371	6,132	6.37%	367
全區	244,292	260,017	6.44%	15,724	260,017	6.44%	15,724

分區	114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(註2,3)					
		55%			56%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	91,481	97,359	6.43%	5,878	97,354	6.42%	5,873
北區	34,209	36,549	6.84%	2,340	36,618	7.04%	2,409
中區	43,541	46,328	6.40%	2,787	46,320	6.38%	2,780
南區	33,561	35,671	6.29%	2,110	35,646	6.21%	2,085
高屏	35,736	37,981	6.28%	2,245	37,953	6.20%	2,217
東區	5,765	6,128	6.30%	363	6,124	6.24%	360
全區	244,292	260,017	6.44%	15,724	260,017	6.44%	15,724

註：1. 114年度預算以113年度之結算資料為基礎，依114年度所協定之一般服務成長率6.237%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(0.12億元)，門、住診服務預算比以45：55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區門診服務預算=門診服務預算×[0.53×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.47×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-離島地區住診加計30%之預算)×0.45-門診透析費用。分述如下：
 - ① 114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.87億元。
 - ② 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)。
 - ③ 114年度風險調整移撥款6.5億元，於地區預算分配前先行扣除。
 - ④ 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.03億元，每季扣減1.51億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
 - ⑤ 114年離島地區住診加計30%之預算1.5億元，每季扣減0.374億元，並依各分區實際利用，回歸該季該分區一般服務預算。

2. 115年度預算以114.9.26第7次委員會議決議之「一般服務成長率5.101%」推估之，所採基期之114年度一般服務預算已調整人口成長率差值(58.65億元)及加回114年違規扣款(0.03億元)，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=53%為例)=門診服務預算×[0.53×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.47×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
- (2) 門診服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.45-門診透析費用。分述如下：
 - ① 115年醫院門診透析服務成長率2.209%，約252.33億元。
 - ② 依本會114.5.21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115年品保款專款(10.756億元)合併運用(計約14.643億元)。
 - ③ 依台灣醫院協會114.9.18來文，於地區預算分配前，先提撥6.5億元做為風險調整移撥款。
 - ④ 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.35億元(以114年該項預算×115年一般服務成長率5.101%推估)，每季扣減1.59億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。

3. 本表估算114年度及115年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署113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1-2 115年度醫院住院服務地區預算模擬試算表

單位：百萬元；%

分區	114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(註2,3)					
		46%(同114年)			47%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	114,251	121,162	6.05%	6,911	121,194	6.08%	6,943
北區	46,387	49,193	6.05%	2,806	49,319	6.32%	2,932
中區	59,805	63,422	6.05%	3,617	63,418	6.04%	3,613
南區	47,691	50,576	6.05%	2,885	50,514	5.92%	2,823
高屏	50,872	53,949	6.05%	3,077	53,905	5.96%	3,032
東區	9,746	10,335	6.05%	589	10,288	5.56%	542
全區	328,753	348,638	6.05%	19,885	348,638	6.05%	19,885

分區	114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(註2,3)					
		48%			49%		
		預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	114,251	121,226	6.10%	6,975	121,258	6.13%	7,007
北區	46,387	49,445	6.59%	3,058	49,571	6.86%	3,184
中區	59,805	63,414	6.03%	3,609	63,409	6.03%	3,604
南區	47,691	50,452	5.79%	2,761	50,390	5.66%	2,699
高屏	50,872	53,860	5.87%	2,988	53,815	5.79%	2,943
東區	9,746	10,241	5.08%	495	10,194	4.60%	448
全區	328,753	348,638	6.05%	19,885	348,638	6.05%	19,885

註：1. 114年度預算以113年度之結算資料為基礎，依114年度所協定之一般服務成長率6.237%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(0.12億元)，門、住診服務預算比以45：55計算。各分區預算推估方式如下：

- (1) 各分區住院服務預算=住院服務預算×[0.46×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.54×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-離島地區住診加計30%之預算)×0.55。分述如下：
 - ① 114年醫院門診透析服務成長率2.917%，約246.87億元。
 - ② 依本會113.6.19委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與114年品保款專款(10.295億元)合併運用(計約14.182億元)。
 - ③ 114年度風險調整移撥款6.5億元，於地區預算分配前先行扣除。
 - ④ 114年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.03億元，每季扣減1.51億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。
 - ⑤ 114年離島地區住診加計30%之預算1.5億元，每季扣減0.374億元，並依各分區實際利用，回歸該季該分區一般服務預算。

2. 115年度預算以114.9.26第7次委員會議決之「一般服務成長率5.101%」推估之，所採基期之114年度一般服務預算已調整人口成長率差值(58.65億元)及加回114年違規扣款(0.03億元)，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=46%為例)=住院服務預算×[0.54×各地區保險對象人數校正風險因子後之數值(R值)+0.54×開辦前一年醫院門診醫療費用占率(S值)]。
- (2) 住院服務預算=(一般服務預算+門診透析費用-品質保證保留款-風險調整移撥款-醫院附設門診回歸各分區之預算)×0.55。分述如下：
 - ① 115年醫院門診透析服務成長率2.209%，約252.33億元。
 - ② 依本會114.5.21委員會議決：原106年度列於一般服務之品保款額度(3.887億元)與115年品保款專款(10.756億元)合併運用(計約14.643億元)。
 - ③ **依台灣醫院協會114.9.18來文，於地區預算分配前，先提撥6.5億元做為風險調整移撥款。**
 - ④ 115年醫院附設門診部回歸原醫院之預算6.35億元(以114年該項預算×115年一般服務成長率5.101%推估)，每季扣減1.59億元，並依各分區實際已回歸院所所需費用，回歸該季該分區一般服務預算。

3. 本表估算114年度及115年度各季各分區預算之R值與S值，均採健保署113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 1-3 115 年度醫院總額地區預算模擬試算

115年度醫院總額地區預算模擬試算—門診

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	R53% (醫院部門建議-同114年)		R54% (R值占率前進1%)		R前進1% 預算增減情形
		成長率	較114年度增加	成長率	較114年度增加	
台北	91,481	6.44%	5,888	6.43%	5,883	-5.0 (-0.005%)
北區	34,209	6.44%	2,202	6.64%	2,271	69.2 (+0.202%)
中區	43,541	6.44%	2,802	6.42%	2,795	-7.5 (-0.017%)
南區	33,561	6.44%	2,160	6.36%	2,135	-25.1 (-0.075%)
高屏	35,736	6.44%	2,300	6.36%	2,272	-27.8 (-0.078%)
東區	5,765	6.44%	371	6.37%	367	-3.8 (-0.066%)
全區	244,292	6.44%	15,724	6.44%	15,724	

115年度醫院總額地區預算模擬試算—住院

單位：百萬元；%

分區	114年 預算 估計值	R46% (醫院部門建議-同114年)		R47% (R值占率前進1%)		R前進1% 預算增減情形
		成長率	較114年度增加	成長率	較114年度增加	
台北	114,251	6.05%	6,911	6.08%	6,943	32.0 (+0.028%)
北區	46,387	6.05%	2,806	6.32%	2,932	126.0 (+0.272%)
中區	59,805	6.05%	3,617	6.04%	3,613	-4.4 (-0.007%)
南區	47,691	6.05%	2,885	5.92%	2,823	-61.9 (-0.130%)
高屏	50,872	6.05%	3,077	5.96%	3,032	-44.7 (-0.088%)
東區	9,746	6.05%	589	5.56%	542	-47.1 (-0.484%)
全區	328,753	6.05%	19,885	6.05%	19,885	

表1-4 115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；%

單位：百萬元，%

分區	114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	53%(同114年)			54%			55%		
		住院	預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額	預算	成長率	增加金額
台北	205,732	46% (同 114 年)	218,531	6.22%	12,799	218,526	6.22%	12,794	218,521	6.22%	12,789
北區	80,596		85,604	6.21%	5,008	85,673	6.30%	5,077	85,742	6.38%	5,146
中區	103,346		109,765	6.21%	6,420	109,758	6.20%	6,412	109,750	6.20%	6,405
南區	81,253		86,297	6.21%	5,045	86,272	6.18%	5,020	86,247	6.15%	4,995
高屏	86,608		91,986	6.21%	5,377	91,958	6.18%	5,349	91,930	6.14%	5,322
東區	15,510		16,471	6.19%	960	16,467	6.17%	957	16,463	6.14%	953
台北	205,732	47%	218,563	6.24%	12,831	218,558	6.23%	12,826	218,553	6.23%	12,821
北區	80,596		85,730	6.37%	5,134	85,799	6.46%	5,203	85,868	6.54%	5,272
中區	103,346		109,761	6.21%	6,415	109,753	6.20%	6,408	109,746	6.19%	6,400
南區	81,253		86,236	6.13%	4,983	86,211	6.10%	4,958	86,185	6.07%	4,933
高屏	86,608		91,941	6.16%	5,333	91,913	6.13%	5,305	91,885	6.09%	5,277
東區	15,510		16,424	5.89%	913	16,420	5.86%	910	16,416	5.84%	906
台北	205,732	48%	218,595	6.25%	12,863	218,590	6.25%	12,858	218,585	6.25%	12,853
北區	80,596		85,856	6.53%	5,260	85,925	6.61%	5,329	85,994	6.70%	5,398
中區	103,346		109,757	6.20%	6,411	109,749	6.20%	6,404	109,742	6.19%	6,396
南區	81,253		86,174	6.06%	4,921	86,149	6.03%	4,896	86,124	5.99%	4,871
高屏	86,608		91,896	6.11%	5,288	91,868	6.07%	5,260	91,841	6.04%	5,232
東區	15,510		16,377	5.58%	866	16,373	5.56%	862	16,369	5.54%	859
全區	573,045		608,654	6.21%	35,609	608,654	6.21%	35,609	608,654	6.21%	35,609

表1-5 113年度醫院總額門住診地區預算分配參數

項目 分區		分配參數數值		R值校正因子(註) = ((A*B*B占率)+(A*C*C占率))*D			
		R值	S值	保險對象 人數占率 (A)	人口風險因素		轉診型態 校正比例 (Trans)(D)
					年齡性別 指數(B)	標準化死亡 比(SMR)(C)	
門診	台北	0.37359	0.37549	0.37038	0.99482	0.90393	1.03007
	北區	0.15253	0.12593	0.16749	0.92695	0.98547	0.96743
	中區	0.17687	0.17975	0.18043	0.98083	1.01639	0.98937
	南區	0.13286	0.14250	0.12526	1.06959	1.06673	0.98941
	高屏	0.14125	0.15197	0.13732	1.05322	1.08649	0.96781
	東區	0.02291	0.02437	0.01914	1.08287	1.22557	1.07345
	參數占率	52%	48%	—	80%	20%	100%
住診	台北	0.35248	0.34330	0.37038	0.98984	0.90393	
	北區	0.16062	0.12446	0.16749	0.92200	0.98547	
	中區	0.18124	0.18249	0.18043	0.98179	1.01639	
	南區	0.13549	0.15325	0.12526	1.08532	1.06673	
	高屏	0.14783	0.16065	0.13732	1.05509	1.08649	
	東區	0.02235	0.03586	0.01914	1.09724	1.22557	
	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，先校正人口風險因素[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.各項參數均採4季均值。

表1-6 109~113年醫院總額各分區人口年齡性別指數

分區 \ 年	門診				
	109	110	111	112	113
台北	0.98889	0.98990	0.99048	0.99282	0.99482
北區	0.92957	0.92784	0.92970	0.92896	0.92695
中區	0.97878	0.97891	0.98086	0.98108	0.98083
南區	1.07540	1.07619	1.07337	1.07062	1.06959
高屏	1.05591	1.05643	1.05498	1.05356	1.05322
東區	1.09119	1.08844	1.08475	1.08300	1.08287
全區	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

分區 \ 年	住診				
	109	110	111	112	113
台北	0.98228	0.98415	0.98497	0.98768	0.98984
北區	0.93014	0.92832	0.92625	0.92457	0.92200
中區	0.98130	0.98140	0.98244	0.98235	0.98179
南區	1.09073	1.08956	1.08899	1.08595	1.08532
高屏	1.05373	1.05431	1.05558	1.05500	1.05509
東區	1.10234	1.09748	1.09721	1.09664	1.09724
全區	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000	1.00000

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2-1 113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}
台北	37.0%	32.1%	35.9%	22,060
北區	16.7%	16.8%	14.0%	19,055
中區	18.0%	19.5%	18.0%	22,746
南區	12.5%	13.9%	14.2%	25,887
高屏	13.7%	15.5%	15.1%	25,073
東區	1.9%	2.2%	2.7%	32,458
全區	100.0%	100.0%	100.0%	22,773

表2-2 113較95年投保人口、戶籍人口、醫院總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 ^{註1}	戶籍人口 成長率 ^{註1}	一般服務預算 成長率 ^{註2}	平均每人預算 成長率 ^{註2}
台北	10.5%	2.3%	118.4%	97.5%
北區	20.4%	17.0%	127.2%	88.6%
中區	4.2%	2.7%	111.1%	102.6%
南區	-4.9%	-4.8%	102.4%	112.8%
高屏	-2.5%	-3.1%	102.5%	107.6%
東區	-13.0%	-9.6%	91.6%	120.2%
全區	6.2%	2.3%	112.5%	100.1%

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、109~113年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,931	8,769	8,738	8,653	8,716	8,767	836	10.5%
北區	3,292	3,838	3,869	3,890	3,927	3,964	672	20.4%
中區	4,099	4,299	4,291	4,259	4,266	4,271	171	4.2%
南區	3,117	3,057	3,027	2,986	2,975	2,965	-153	-4.9%
高屏	3,333	3,317	3,297	3,261	3,255	3,250	-83	-2.5%
東區	521	472	468	461	457	453	-68	-13.0%
全區	22,294	23,752	23,689	23,510	23,595	23,670	1,376	6.2%

年 分區	戶籍人口數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	7,337	7,608	7,502	7,442	7,523	7,506	169	2.3%
北區	3,354	3,834	3,839	3,850	3,898	3,923	570	17.0%
中區	4,438	4,578	4,554	4,539	4,562	4,559	121	2.7%
南區	3,421	3,317	3,290	3,268	3,268	3,258	-163	-4.8%
高屏	3,746	3,685	3,655	3,634	3,641	3,629	-117	-3.1%
東區	581	540	535	531	529	526	-56	-9.6%
全區	22,877	23,561	23,375	23,265	23,420	23,400	524	2.3%

年 分區	投保人口占率(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	35.6%	36.9%	36.9%	36.8%	36.9%	37.0%	1.5%	
北區	14.8%	16.2%	16.3%	16.5%	16.6%	16.7%	2.0%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.0%	-0.3%	
南區	14.0%	12.9%	12.8%	12.7%	12.6%	12.5%	-1.5%	
高屏	15.0%	14.0%	13.9%	13.9%	13.8%	13.7%	-1.2%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	1.9%	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(%)						113較95年增加值	
	95	109	110	111	112	113		
台北	32.1%	32.3%	32.1%	32.0%	32.1%	32.1%	0.0%	
北區	14.7%	16.3%	16.4%	16.5%	16.6%	16.8%	2.1%	
中區	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	19.5%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.1%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%	
高屏	16.4%	15.6%	15.6%	15.6%	15.5%	15.5%	-0.9%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.2%	-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、109~113年醫院總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
R-門診	38%	51%	51%	51%	52%	52%	14%	—
R-住院	38%	45%	45%	45%	45%	45%	7%	—
台北	88,569	165,721	169,121	178,079	184,571	193,403	104,833	118.4%
北區	33,255	63,920	67,135	70,021	72,246	75,541	42,285	127.2%
中區	46,017	83,682	91,612	90,681	92,795	97,142	51,124	111.1%
南區	37,916	67,225	70,126	72,022	73,478	76,751	38,835	102.4%
高屏	40,254	70,921	75,567	76,482	78,087	81,495	41,242	102.5%
東區	7,678	13,027	13,643	13,866	14,093	14,710	7,032	91.6%
全區	253,690	464,497	487,204	501,152	515,271	539,042	285,352	112.5%

年 分區	平均每人預算數(元)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	11,167	18,898	19,356	20,579	21,177	22,060	10,893	97.5%
北區	10,101	16,656	17,350	18,001	18,396	19,055	8,954	88.6%
中區	11,225	19,464	21,350	21,291	21,755	22,746	11,521	102.6%
南區	12,163	21,990	23,168	24,124	24,701	25,887	13,725	112.8%
高屏	12,076	21,383	22,923	23,455	23,992	25,073	12,997	107.6%
東區	14,744	27,608	29,155	30,079	30,836	32,458	17,715	120.2%
全區	11,379	19,556	20,566	21,317	21,838	22,773	11,394	100.1%

年 分區	預算數占率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	34.9%	35.7%	34.7%	35.5%	35.8%	35.9%	1.0%
北區	13.1%	13.8%	13.8%	14.0%	14.0%	14.0%	0.9%
中區	18.1%	18.0%	18.8%	18.1%	18.0%	18.0%	-0.1%
南區	14.9%	14.5%	14.4%	14.4%	14.3%	14.2%	-0.7%
高屏	15.9%	15.3%	15.5%	15.3%	15.2%	15.1%	-0.7%
東區	3.0%	2.8%	2.8%	2.8%	2.7%	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	109	110	111	112	113	
台北	3.0%	5.8%	2.1%	5.3%	3.6%	4.8%	
北區	7.9%	6.1%	5.0%	4.3%	3.2%	4.6%	
中區	4.6%	5.7%	9.5%	-1.0%	2.3%	4.7%	
南區	4.9%	5.5%	4.3%	2.7%	2.0%	4.5%	
高屏	5.3%	5.3%	6.5%	1.2%	2.1%	4.4%	
東區	2.2%	6.1%	4.7%	1.6%	1.6%	4.4%	
全區	4.5%	5.7%	4.9%	2.9%	2.8%	4.6%	

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、109~113年各分區醫院醫師分布情形

年 分區	醫院醫師數(人)						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	7,291	12,637	12,984	13,069	13,099	13,210	5,919	81.2%
北區	2,966	4,212	4,327	4,379	4,405	4,389	1,423	48.0%
中區	3,881	5,983	6,147	6,274	6,425	6,560	2,679	69.0%
南區	2,347	4,248	4,337	4,394	4,464	4,490	2,143	91.3%
高屏	3,298	5,277	5,441	5,584	5,631	5,640	2,342	71.0%
東區	573	896	916	918	912	889	316	55.1%
全區	20,356	33,253	34,152	34,618	34,936	35,178	14,822	72.8%

年 分區	每萬人口醫院醫師數						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	10.1	16.6	17.3	17.6	17.4	17.6	7.5	74.0%
北區	9.3	11.0	11.3	11.4	11.3	11.2	1.9	20.1%
中區	8.9	13.1	13.5	13.8	14.1	14.4	5.5	61.9%
南區	6.9	12.8	13.2	13.4	13.7	13.8	6.9	101.2%
高屏	8.8	14.3	14.9	15.4	15.5	15.5	6.7	76.3%
東區	9.6	16.6	17.1	17.3	17.2	16.9	7.3	76.0%
全區	9.0	14.1	14.6	14.9	14.9	15.0	6.0	66.3%

表4 91、109~113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)						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	20,873	22,938	23,280	23,650	23,564	23,527	2,654	12.7%
北區	10,275	10,654	10,930	11,142	10,960	10,893	618	6.0%
中區	13,024	15,466	15,735	15,862	15,787	15,461	2,437	18.7%
南區	9,136	10,808	10,896	10,882	10,899	10,766	1,630	17.8%
高屏	11,732	12,862	13,046	13,178	13,064	13,399	1,667	14.2%
東區	2,213	1,971	1,983	2,023	2,000	1,992	-221	-10.0%
全區	67,253	74,699	75,870	76,737	76,274	76,038	8,785	13.1%

年 分區	每萬人口急性一般病床數						113較91年 增加值	113較91年 成長率
	91	109	110	111	112	113		
台北	29.0	30.2	31.0	31.8	31.3	31.3	2.4	8.2%
北區	32.3	27.8	28.5	28.9	28.1	27.8	-4.5	-13.9%
中區	29.8	33.8	34.6	34.9	34.6	33.9	4.1	13.7%
南區	26.7	32.6	33.1	33.3	33.4	33.0	6.4	23.9%
高屏	31.4	34.9	35.7	36.3	35.9	36.9	5.6	17.8%
東區	37.1	36.5	37.1	38.1	37.8	37.9	0.8	2.1%
全區	29.9	31.7	32.5	33.0	32.6	32.5	2.6	8.8%

資料來源：114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、急性一般病床數=(醫師數、急性一般病床數/年底戶籍人數)*10,000。

表5 95、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	4,138	4,565	4,400	4,716	4,814	4,834	696	16.8%
北區	2,087	2,367	2,286	2,489	2,584	2,615	529	25.3%
中區	2,420	2,750	2,696	2,828	2,946	2,961	541	22.4%
南區	1,719	1,825	1,783	1,861	1,947	1,938	219	12.7%
高屏	2,083	2,078	2,035	2,103	2,220	2,221	138	6.6%
東區	320	324	312	326	344	334	14	4.4%
全區	11,849	12,950	12,618	13,342	13,784	13,844	1,996	16.8%

年 分區	住院就醫人數(千人)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	515	582	527	543	611	613	97	18.9%
北區	275	283	260	267	304	305	30	10.8%
中區	352	406	387	389	438	444	92	26.3%
南區	249	278	266	260	287	288	40	15.9%
高屏	314	326	307	305	342	341	27	8.6%
東區	54	53	50	48	54	52	-1.80	-3.3%
全區	1,716	1,895	1,769	1,784	2,004	2,011	295	17.2%

年 分區	門診就醫率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	52.2%	52.1%	50.4%	54.5%	55.2%	55.1%	3.0%
北區	63.4%	61.7%	59.1%	64.0%	65.8%	66.0%	2.6%
中區	59.0%	64.0%	62.8%	66.4%	69.1%	69.3%	10.3%
南區	55.2%	59.7%	58.9%	62.3%	65.5%	65.4%	10.2%
高屏	62.5%	62.6%	61.7%	64.5%	68.2%	68.3%	5.8%
東區	61.5%	68.6%	66.7%	70.7%	75.4%	73.8%	12.3%
全區	53.1%	54.5%	53.3%	56.8%	58.4%	58.5%	5.3%
差值	11.2%	16.6%	16.3%	16.2%	20.1%	18.6%	—

年 分區	住院就醫率(%)						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	6.5%	6.6%	6.0%	6.3%	7.0%	7.0%	0.5%
北區	8.4%	7.4%	6.7%	6.9%	7.7%	7.7%	-0.7%
中區	8.6%	9.5%	9.0%	9.1%	10.3%	10.4%	1.8%
南區	8.0%	9.1%	8.8%	8.7%	9.6%	9.7%	1.7%
高屏	9.4%	9.8%	9.3%	9.3%	10.5%	10.5%	1.1%
東區	10.4%	11.2%	10.8%	10.5%	11.8%	11.5%	1.2%
全區	7.7%	8.0%	7.5%	7.6%	8.5%	8.5%	0.8%
差值	3.9%	4.5%	4.7%	4.2%	4.8%	4.5%	-

資料來源：114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、109~113年醫院總額各分區門、住診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	27,064	33,999	31,979	34,923	37,508	38,530	11,466	42.4%
北區	10,930	13,668	13,052	14,386	15,457	16,089	5,159	47.2%
中區	15,246	19,426	19,164	20,256	21,840	22,505	7,259	47.6%
南區	10,113	13,033	12,916	13,437	14,324	14,496	4,383	43.3%
高屏	13,439	14,818	14,668	15,150	16,580	16,828	3,389	25.2%
東區	2,033	2,257	2,202	2,270	2,476	2,478	444	21.9%
全區	78,826	97,200	93,981	100,421	108,185	110,926	32,100	40.7%
年 分區	平均每人門診就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	3.41	3.88	3.66	4.04	4.30	4.39	0.98	28.8%
北區	3.32	3.56	3.37	3.70	3.94	4.06	0.74	22.2%
中區	3.72	4.52	4.47	4.76	5.12	5.27	1.55	41.7%
南區	3.24	4.26	4.27	4.50	4.82	4.89	1.65	50.7%
高屏	4.03	4.47	4.45	4.65	5.09	5.18	1.15	28.4%
東區	3.90	4.78	4.71	4.92	5.42	5.47	1.56	40.0%
全區	3.54	4.09	3.97	4.27	4.59	4.69	1.15	32.5%
倍數	1.24	1.34	1.40	1.33	1.38	1.35	—	—
年 分區	住院件數(千件)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	759	1,019	907	927	1,055	1,061	302	39.9%
北區	373	444	403	412	471	475	102	27.3%
中區	519	720	687	690	775	788	269	51.8%
南區	371	478	456	443	485	488	117	31.5%
高屏	462	547	513	506	569	568	106	22.9%
東區	79	103	99	97	106	104	24	30.8%
全區	2,563	3,313	3,065	3,075	3,460	3,484	920	35.9%
年 分區	平均每人住院就醫次數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	0.096	0.116	0.104	0.107	0.121	0.121	0.025	26.5%
北區	0.113	0.116	0.104	0.106	0.120	0.120	0.007	5.7%
中區	0.127	0.168	0.160	0.162	0.182	0.184	0.058	45.7%
南區	0.119	0.156	0.151	0.148	0.163	0.165	0.046	38.3%
高屏	0.139	0.165	0.156	0.155	0.175	0.175	0.036	26.1%
東區	0.152	0.219	0.211	0.210	0.232	0.229	0.077	50.3%
全區	0.115	0.139	0.129	0.131	0.147	0.147	0.032	28.0%
倍數	1.59	1.89	2.03	1.98	1.93	1.91	—	—

資料來源：114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、109~113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)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	47,780	105,619	107,170	114,985	122,602	127,545	79,765	166.9%
北區	18,008	40,050	40,870	44,122	47,080	49,027	31,019	172.2%
中區	26,120	58,683	61,305	64,349	68,044	70,920	44,799	171.5%
南區	17,708	40,582	42,119	43,845	45,609	46,668	28,960	163.5%
高屏	20,865	41,886	44,079	45,859	48,565	50,777	29,912	143.4%
東區	3,782	7,257	7,510	7,684	8,214	8,403	4,621	122.2%
全區	134,264	294,078	303,054	320,844	340,115	353,341	219,077	163.2%

年 分區	住院費用點數(百萬點)						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	48,828	78,130	75,468	78,629	86,888	88,929	40,101	82.1%
北區	20,849	31,033	30,734	31,677	34,864	35,764	14,915	71.5%
中區	28,529	47,428	48,600	49,857	53,890	55,046	26,516	92.9%
南區	21,267	33,519	33,958	33,902	36,462	37,386	16,119	75.8%
高屏	24,691	38,118	38,569	38,686	41,888	42,984	18,293	74.1%
東區	5,196	7,213	7,360	7,351	7,914	7,803	2,607	50.2%
全區	149,360	235,441	234,690	240,102	261,907	267,912	118,552	79.4%

年 分區	平均每人門診費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	6,024	12,044	12,265	13,288	14,067	14,548	8,524	141.5%
北區	5,470	10,436	10,562	11,343	11,988	12,367	6,897	126.1%
中區	6,372	13,649	14,287	15,108	15,952	16,606	10,234	160.6%
南區	5,680	13,275	13,915	14,686	15,333	15,741	10,060	177.1%
高屏	6,260	12,629	13,372	14,063	14,921	15,622	9,362	149.6%
東區	7,262	15,379	16,049	16,668	17,973	18,542	11,280	155.3%
全區	6,022	12,381	12,793	13,647	14,415	14,927	8,905	147.9%
倍數	1.33	1.47	1.52	1.47	1.50	1.50	—	—

年 分區	平均每人住院費用點數						113較95年 增加值	113較95年 成長率
	95	109	110	111	112	113		
台北	6,156	8,910	8,637	9,086	9,969	10,144	3,987	64.8%
北區	6,333	8,086	7,943	8,144	8,878	9,021	2,689	42.5%
中區	6,959	11,031	11,326	11,706	12,634	12,889	5,930	85.2%
南區	6,822	10,964	11,219	11,355	12,257	12,610	5,788	84.8%
高屏	7,407	11,493	11,700	11,864	12,870	13,224	5,817	78.5%
東區	9,977	15,286	15,728	15,946	17,317	17,218	7,241	72.6%
全區	6,699	9,912	9,907	10,213	11,100	11,318	4,619	68.9%
倍數	1.62	1.89	1.98	1.96	1.95	1.91	—	—

年 分區	門診費用點數占總費用點數比率						113較95年 增加值
	95	109	110	111	112	113	
台北	49.5%	57.5%	58.7%	59.4%	58.5%	58.9%	9.5%
北區	46.3%	56.3%	57.1%	58.2%	57.5%	57.8%	11.5%
中區	47.8%	55.3%	55.8%	56.3%	55.8%	56.3%	8.5%
南區	45.4%	54.8%	55.4%	56.4%	55.6%	55.5%	10.1%
高屏	45.8%	52.4%	53.3%	54.2%	53.7%	54.2%	8.4%
東區	42.1%	50.2%	50.5%	51.1%	50.9%	51.9%	9.7%
全區	47.3%	55.5%	56.4%	57.2%	56.5%	56.9%	9.5%

資料來源：114年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

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

2.倍數=分區中最高者/分區中最低值。

表8-1 106~113年醫院總額各季浮動點值分布情形

分區 年季	浮 動 點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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	0.9365	0.9913	0.9499	0.9979	0.9889	0.9633	0.9492	6	2	5	1	3	4
109Q2													
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
113Q1	0.8692	0.9115	0.8805	1.0115	0.9130	0.9735	0.9065	6	4	5	1	3	2
113Q2	0.8565	0.8825	0.8855	0.9952	0.9257	0.9397	0.8997	6	5	4	1	3	2
113Q3	0.8771	0.9274	0.9120	0.9997	0.9752	1.0294	0.9216	6	4	5	2	3	1
113Q4	0.8831	0.9248	0.9151	0.9911	0.9886	1.0436	0.9287	6	4	5	2	3	1

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年點值採第1、2季合併結算，第3、4季按季結算；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、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

表8-2 106~113年醫院總額各季平均點值分布情形

分區 年季	平 均 點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
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	0.9579	0.9761	0.9667	0.9873	0.9862	0.9689	0.9707	6	3	5	1	2	4
109Q2	0.9209	0.9347	0.9339	0.9446	0.9532	0.9371	0.9338	6	4	5	2	1	3
109Q3	0.9264	0.9354	0.9329	0.9432	0.9556	0.9449	0.9361	6	4	5	3	1	2
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
113Q1	0.9338	0.9526	0.9391	0.9967	0.9533	0.9796	0.9501	6	4	5	1	3	2
113Q2	0.9269	0.9411	0.9406	0.9892	0.9586	0.9650	0.9456	6	4	5	1	3	2
113Q3	0.9355	0.9567	0.9528	0.9906	0.9820	1.0024	0.9578	6	4	5	2	3	1
113Q4	0.9412	0.9597	0.9559	0.9891	0.9900	1.0112	0.9621	6	4	5	3	2	1

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年點值採第1、2季合併結算，第3、4季按季結算；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、113年點值未包含其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目及公務預算挹注全民健康保險基金撥補之費用。

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

發文日期：中華民國114年9月18日
發文字號：院協健字第1140200538號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：敬復醫院部門115年度地區預算分配之建議方案，請鑑
查。

說明：

- 一、依據貴會114年7月2日衛部健字第1143360097號書函辦理。
- 二、有關旨揭議案已於本（9）月16日台灣醫院協會114年全民健康保險委員會第3次會議，邀集各層級暨兼具六分區代表共同研商，鑑於如下理由，建議115年地區預算之分配參數R、S值及風險調整移撥款暫維持同114年。

- （一）綜整各分區暨專家代表意見，鑑於現行地區預算分配之公式，難以真實呈現各分區各式人口結構實際變動及醫療資源耗用情形，以線性推估公式已無法反映人口老化、新醫療科技等非線性成長所產生的問題，亟需就分配公式重新設計，以減緩對各區預算赤字的衝擊。
- （二）本會於111年應衛生福利部中央健康保險署專案委託，經分區討論共識得，公式建議修正為：「以健保歷年實際

114.09.19



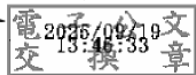
1143340223

數據資料為基礎，各分區排除特定之保險對象人數（山地原住民及機構型精神病人），分別依其性別及一定歲數為級距的年齡組別進行統計，以全國各性別、各年齡層平均醫療費用推算各分區之地區預算為基本數，山地原住民及機構型精神病人費用以外加形式加入各地區預算中，以形成新醫院總額地區預算分配公式。

(三)醫院部門期待地區預算公式的修正得以及早實現，現行因各分區對RS值前進與否仍無法取得共識，且114年地區預算分配門住診已各進前進1%，爰115年暫維持不動。

正本：衛生福利部全民健康保險會

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



歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

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

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

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

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

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

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

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

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

一、研究結論

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

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

二、政策建議

(一)短期

1.地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進：

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

2.中醫部門也應針對跨區就醫有預算撥補之機制：

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

3.可將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標：

從醫療公平性指標發現目前各區仍有差異，建議可納入常態性監控之總額監理指標。

4. S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度資料：

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

(二)中期

1.預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子：

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

2.可發展本土化、共通性的社經特性測量工具：

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

(三)長期

可進行調查，瞭解現況下有多少未被滿足的醫療需要：

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。

115 年醫院總額(門診+住診)R 值前進影響試算【健保署補充資料】

表 1、115 年醫院總額(門診+住診)R 值前進 1%_各分區平均每人預算數差異

分區	投保人口 ^{註1}		114 年平均 每人預算數 (A)	115 年 R 值維持		115 年 R 值前進 1%		115 年相較 114 年	
	人口數 (千人)	占率		預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(B) 預算數(B)	預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(C) 預算數(C)	【R 值維持】 平均每人預算 數差異(B-A)	【R 值前進 1%】 平均每人預算數 差異(C-A)
台北	8,928	37.6%	23,096	218,531	24,477	218,558	24,480	1,381	1,384
北區	3,987	16.8%	20,236	85,604	21,468	85,799	21,517	1,232	1,281
中區	4,246	17.9%	24,376	109,765	25,853	109,754	25,850	1,477	1,474
南區	2,935	12.4%	27,834	86,298	29,401	86,210	29,371	1,567	1,537
高屏	3,181	13.4%	27,244	91,985	28,915	91,913	28,892	1,671	1,648
東區	437	1.8%	35,875	16,471	37,699	16,420	37,582	1,824	1,707
全區	23,715	100.0%	24,223	608,655	25,666	608,655	25,666	1,443	1,443

註 1：投保人口採 113 年季中保險對象人數平均。

註 2：平均每人預算數=一般服務預算數/投保人口數

註 3：本表之預算數、平均每人預算數未計入風險移撥款之影響。

表2、醫院總額113年及114年第1季「風險調整基金」執行情形

年度	113年	114年																																																
分配方式	<p>1. 「醫院總額風險調整移撥款」(下稱移撥款)，同112年係自一般服務費用移撥6億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。</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> <table> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> <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> </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. 自一般服務費用移撥6.5億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展，其中0.5億元用於因應東區因R值(各地區校正「人口風險因子」後之保險對象人數)占率調升造成之財務衝擊。</p> <p>2. 分配方式：</p> <p>(1) 2億元依山地離島非原住民人口、偏遠地區人口、重度以上身心障礙人口、台閩地區原住民人口、低收入人口及6歲以下及65歲以上總人口數等6因子於各分區戶籍人口與各區投保人口的相對占率計算，各因子權重均等為16.666667%。</p> <p>(2) 4億元依循113年採地區預算RS值107-109年3年平均占率計算。</p> <p>(3) 餘0.5億元遵健保會議決用於東區。</p> <p>3. 114年各分區全年分配金額如下：</p> <table> <tr> <th>分區</th><th>全年分配金額</th><th>占率</th></tr> <tr> <td>臺北</td><td>160,012,676</td><td>25%</td></tr> <tr> <td>北區</td><td>68,990,123</td><td>11%</td></tr> <tr> <td>中區</td><td>89,063,985</td><td>14%</td></tr> <tr> <td>南區</td><td>74,948,800</td><td>12%</td></tr> <tr> <td>高屏</td><td>102,760,650</td><td>16%</td></tr> <tr> <td>東區</td><td>154,223,766</td><td>24%</td></tr> <tr> <td>合計</td><td>650,000,000</td><td>100%</td></tr> </table>	分區	全年分配金額	占率	臺北	160,012,676	25%	北區	68,990,123	11%	中區	89,063,985	14%	南區	74,948,800	12%	高屏	102,760,650	16%	東區	154,223,766	24%	合計	650,000,000	100%
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	全年分配金額	占率																																																
臺北	160,012,676	25%																																																
北區	68,990,123	11%																																																
中區	89,063,985	14%																																																
南區	74,948,800	12%																																																
高屏	102,760,650	16%																																																
東區	154,223,766	24%																																																
合計	650,000,000	100%																																																

年度	113年					114年				
執行情形	113年各季、各分區實際分配情形如下：									
	分區	第1季	第2季	第3季	第4季	分區	第1季	第2季	第3季	第4季
	臺北	900,000	-	-	159,218,090	臺北	525,000	-	-	159,487,676
	北區	17,260,049	17,260,049	17,260,049	17,260,050	北區	17,247,530	17,247,531	17,247,531	17,247,531
	中區	15,995,396	28,089,090	9,790,885	35,210,979	中區	12,573,274	27,993,362	10,635,697	37,861,652
	南區		30,361,293	-	44,723,814	南區		-		74,948,800
	高屏				102,999,583	高屏				102,760,650
	東區	23,371,473	19,330,100	19,115,977	41,853,123	東區	18,759,357	31,357,243	39,113,600	64,993,566
	合計	57,526,918	95,040,532	46,166,911	401,265,639	合計	49,105,161	76,598,136	66,996,828	457,299,875
	1. 114第1季各分區併入一般服務結算金額合計49,105,161元。 2. 114年各季、各分區規劃分配情形如下：									

報告事項

報告單位：中央健康保險署、本會第 2 組

案由：113 年全民健康保險業務監理指標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，建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，每年請中央健康保險署(下稱健保署)提供前 1 年之監測結果與說明，加上本會進行之趨勢評析，完成年度全民健康保險監理指標監測結果報告。

二、健保署說明：

(一)本署依本(114)年度工作計畫，於貴會第 7 屆 114 年第 9 次委員會議(114.11.19)提報 113 年全民健康保險業務監理指標之監測結果報告。

(二)前揭監測結果，本署係依貴會 107 年第 6 次委員會議(107.7.27)修正通過之全民健康保險業務監理架構與指標辦理，包含：監測效率、醫療品質、效果、資源配置及財務之五大構面，共 23 項指標，供委員作為業務監理之參據。

(三)各監理指標監測結果之摘要說明如下表，簡報資料如附件(第 179~197 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)	1.以醫院急性病床平均住院天數作為衡量院所營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。 2.111~113 年醫院每件急性病床平均住院天數分別為 7.44、7.25、7.22 天，其中以地區醫院最高，分別為 8.31、8.14、8.33 天。 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率」指標且每年持續強化推動，查該項指標 107 年約 61.4%，至 113 年已達約 76.1%。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		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。
	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>2.113 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 112 年上升約 0.36 個百分點、較 111 年上升約 1.12 個百分點。另依層級別區分，113 年醫學中心、區域醫院急診留置超過 24 小時件數比率皆較 112 年為高，惟地區醫院急診留置超過 24 小時件數及比率皆較 112 年為低。</p> <p>3.為改善急診壅塞議題，本署已於 114 年 2 月 26 日、3 月 7 日、4 月 29 日、6 月 17 日及 7 月 21 日召開五次「急診壅塞之健保因應策略研商會議」，邀集急診醫學會、急診管理學會、外傷醫學會、醫院協會、護理師護士全聯會、護理學會、醫事司及急診專家討論急診、加護病房及護理相關支付標準調整、調整重大外傷緊急手術及麻醉加成、修訂急診品質提升方案、新增週日及國定假日輕急症中心試辦計畫、擴大推動在宅急症照護、新增門診靜脈抗生素治療(OPAT)及提早出院銜接居家或門診治療等計畫。</p> <p>4.急診、加護病房及護理相關支付標準調升已於 114 年 5 月 1 日生效，前述支付標準調整將扣合特定指標(包括護理人員調薪指標、急診壅塞改善指標、加護病房效率指標及急診病人後送比率)，達標者始外加其個別醫院預算額度。</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.近二年癌末病人死亡前 6 個月有申報安寧照護費用之比率維持 60%。</p> <p>3.111-113 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>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		4.113 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。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。
	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>2.111~113 年醫院初級門診照護率分別為 21.19%、21.75%、21.57%，整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.21%、18.01%、18.37%，趨勢持平。</p> <p>3.門診初級照護率係採用 92 年國立陽明大學吳肖琪教授「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」，依各類 CCS(Clinical Classification Software)在各層級院所分布的比例將疾病加以分類，再邀請家庭醫學及基層專科(內、外、婦、兒等)醫師，協助修正分類結果，分級歸屬於適合在基層與地區醫院處理之疾病，如流行性感冒、腸道感染、急性支氣管炎、皮膚及皮下組織感染、軟骨鈣化症、關節障礙及泌尿道感染等疾病。</p> <p>4.上揭定義尚需與時俱進，爰如以 106 年實施之符合門診減量範圍之件數占率來看，114 年第 1 季 57.4%較去年同期 58%下降 0.6%，114 年第 2 季 57.8%較去年同期 58.1%下降 0.3%。</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，民眾因應防疫政策與疫情變化調整就醫行為，導致西醫門診整體就醫人數與申報件數明顯下降。在總量減少的情況下，醫院申報件數占率略有上升，顯示部分醫療需求可能集中至醫院端。</p> <p>3.自 112 年 5 月 1 日防疫降級後，113 年西醫基層與醫院門診之就醫人數與申報件數分布逐漸回穩，整體趨勢已接近疫情前(108 年)之水準。</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	1.6 藥品費用占率	<p>1.在藥品費用占率部分，111~113 年藥費占率約維持在 27%左右。</p> <p>2.新藥申報金額，係指收載 5 年內新藥於該年度之申報醫令金額。本署於 108 年收載多項申報藥費高之藥品(如:B 肝藥品、atezolizumab、pembrolizumab、nivolumab 等 I/O 藥品、SGLT-2+DPP4 糖尿病複方藥品等)，因給付時間超過 5 年，113 年已不列於新藥申報藥費計算，爰該年度新藥藥費呈現下降情形。</p> <p>3.藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，113 年度 DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)藥價調整金額為 48.5 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 3,180 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>2.113 年進場專案計畫有 6 項(醫院 4 項、牙醫 2 項)，醫院總額新增 4 項，分別為「地區醫院全人全社區照護計畫」(113.8.27 生效)、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」(113.7.1 生效)、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作」(113.7.1 生效)、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(113.6.1 生效)；另牙醫門診總額新增 2 項分別為「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(113.4.1 生效)、「癌症治療品質改善計畫」(113.1.1 生效)。</p> <p>3.部分新增計畫執行率偏低，如地區醫院全人全社區照護計畫(5%)、區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作(42%)、區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(36%)、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(44%)，可能係因計畫生效日較晚；慢性傳染病照護品質計畫-西醫基層 73.3%、癌症治療品質改善計畫-西醫基層 4.0%，可能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>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
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，113 年 1.21%雖較 112 年 1.19% 微幅增加 0.02%，惟仍低於 111 年 1.24%，且院所標準差亦較 112 年減少 1.76，建議持續觀察。</p>
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	<p>全國糖尿病品質支付服務之照護率，從 111 年 60.9%，113 年增為 64.0%。各層級之糖尿病照護率亦從 111 年 49.0%-65.0%，113 年增為 53.5%~70.8%，其中以區域醫院照護率為最高。</p>
	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>2.113 年平均每人照護連續性為 0.405，較 112 年略升。</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(Coronavirus disease 2019，嚴重特殊傳染性肺炎)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，113 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—全日平均護病比達加成之占率提升情形	<p>1.在醫療人力中，護理人員之占比最高，人力之供給，攸關醫療品質之良窳。本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。</p> <p>2.111~113 年各層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達 91.3%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。</p> <p>3.本署配合衛生福利部護理及照護司代辦 114 年「三班護病比達標醫院獎勵計畫」及「三班輪值夜班護理人員直接獎勵計畫」，為避免重複獎</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		勵，全日平均護病比加成 114 年自健保醫院總額一般服務移出，並協助自 113 年 6 月 3 日起持續於本署全球資訊網協助照護司公開三班護病比相關訊息。
3.效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度	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。 2.113 年醫院滿意度為 94.1%、西醫基層滿意度為 96.4%、牙醫門診滿意度為 96.3%、中醫門診滿意度為 95.3%，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	111~113 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 0.46%~0.51%；另此 3 年整體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。 2.113 年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率分別為 1.96%及 3.81%。綜觀近年 Tw-DRGs 案件及一般案件之 3 日內再急診率數值，僅 111 年數值變動幅度較大，顯示該年度指標可能受 COVID-19 疫情影響。另查 113 年指標與 112 年數值大致相同，無明顯變化，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，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	1.都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值(各部門)：113 年除醫院外，另西醫基層、中醫及牙醫皆較 112 年略增。 2.都市化程度最高與最低兩組之每萬人口醫師數(各部門)： (1)最高組之醫師數：各部門 113 年皆較 112 年增加。 (2)最低組之醫師數：各部門 113 年皆較 112 年增加。 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： (1)113 年戶籍人數：最高組相較 112 年增加，最低組相較 112 年減少。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>(2)113 年醫師數：最高組各部門皆較 112 年增加，最低組為醫院增加、西醫基層略減、中醫及牙醫與 112 年持平。</p> <p>4.綜上，113 年西醫基層、中醫及牙醫在都市化程度最高與最低兩組之醫師人力比值略增，係因最高組之醫師數 113 年較 112 年增加，最低組之醫師數為略減少或持平。</p> <p>5.本署持續推動 IDS 計畫(Integrated Delivery System，山地離島地區醫療給付效益提升計畫)、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>1.113 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；牙醫門診係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；中醫門診係一般地區之門診就醫率較高，其次為醫療資源不足地區，最低為山地離島地區。</p> <p>2.113 年牙醫及中醫部門山地離島、醫療資源不足地區之門診就醫率低於一般地區，又相較 112 年及 111 年數據，僅牙醫 113 年山地離島地區就醫率略低於 112 年，其餘皆呈現增加趨勢。</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，調升 114 年度牙醫醫療資源不足地區改善方案執業計畫每月保障額度，鼓勵牙醫師至醫療資源不足地區執業，提升在地醫療量能；中醫部分，114 年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，持續鼓勵院所參與開業計畫及巡迴醫療。</p>
	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，111 年為 0.0523%，112 年為 0.0551%，113 年為 0.0569%，平均占率為 0.0547%，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>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>(1)113 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： 自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」依國際治療指引與臨床實證，朝診療項目包裹支付優先全額給付於 STEMI(ST 段上升之心肌梗塞)病人族群辦理。</p> <p>②特殊功能及材質髓內釘組： 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，納入自付差額加長型伽瑪髓內釘組給付。 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 4.9 億(以 113 年申報量計算)，後續將積極爭取預算。 C.114 年 3 月請財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估(HTA)，並於同年 7 月完成 HTA 報告，刻依程序辦理後續事宜。</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 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	113 年主要係補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36%之差額」增加，加上基本工資由 26,400 元調整為 27,470 元，軍公教待遇調升 4%，致保險費收入實際數較預估數增加約 240 億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 5.49%。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	113 年底安全準備總額折合保險給付支出月數為 2.40 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	113 年全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率為 3.37%，全民健保醫療支出(不含部分負擔)占 GDP 比率為 3.17%，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 113 年資金運用收益率為 1.51%，高於五大銀行一年期大額定存平均利率 0.81%。

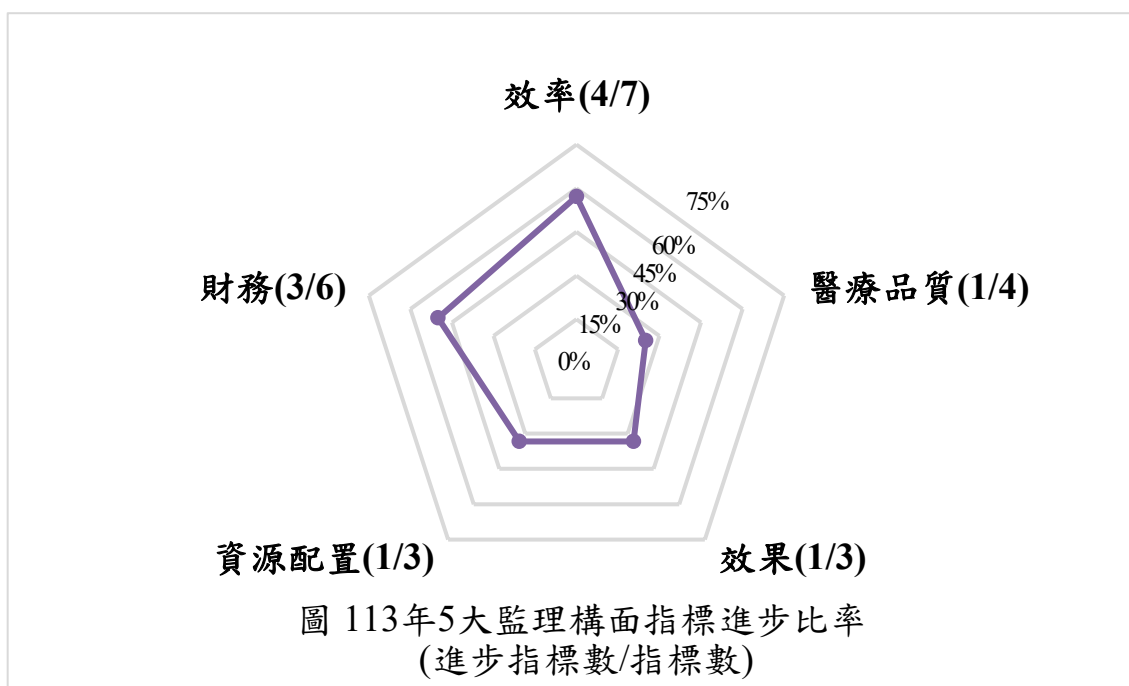
構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	5.5 保費收繳率	1.111~113 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98%以上，其中除第六類收繳率約在 85%~86%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%。考量第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力，爰本署持續結合各界資源協助繳納弱勢者欠費。 2.另近年整體收繳率微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收及移送行政執行之成果。
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	111 年起疫情趨緩，本署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政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：趙偉翔專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2563

三、本會研析說明：

(一)整體監測結果：

有 10 項指標呈進步；有 8 項指標趨勢略有退步，尤其在資源配置構面，超過半數以上指標呈現退步之趨勢；有 5 項指標呈穩定狀況(較 112 年進步之比率如下圖)。



(二)五大監理構面表現情形與其近3年監測趨勢評析，摘要說明如下：

1.效率構面(7項指標—進步4項、退步3項)：

(1)進步趨勢：

「1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」、「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」、「1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」、「1.7 健保專案計畫之執行成效」等4項指標呈進步趨勢，其中指標1.1，整體與各層級醫院之急性病床平均住院天數，呈下降趨勢，惟地區醫院因受呼吸照護個案影響，致平均住院天數為三層級醫院最高，建議健保署針對急性病床平均住院天數較高之院所，加以輔導改善，以提升其急性病床使用效率。

(2)退步趨勢：

「1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)」、「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」、「1.6 藥品費用占率」等3項指標呈退步趨勢，其中指標1.2，整體、醫學中心及區域醫院留置比率呈上升趨勢，且醫學中心、區域醫院檢傷分類第1、2級留置比率亦逐年上升，健保署已於114年提出多項改善策略，建議該署持續監測急診壅塞改善情形，並滾動檢討及精進相關策略及措施。

2.醫療品質構面(4項指標—進步1項、退步1項、穩定狀況2項)：

(1)進步趨勢：

「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」呈微幅上升趨勢，惟仍有超過三分之一的糖尿病患者尚未被納入相關整合性計畫照護，建議健保署可進一步分析未被納入照護的族群特性或原因，以作為未來優化相關照護方案或計畫之參考。

(2)退步趨勢：

「2.4 護理人力指標—全日平均護病比達加成之占率提升情形」，113年醫學中心及地區醫院達加成之占率微幅下

降，另醫學中心全日平均護病比最低級距(<7 人)之月次占率持續下降(從 111 年 42.7%降至 113 年 8.5%)，歷年健保總額已編列 335 億元用於調整住院護理費支付標準，加上 114 年公務預算業挹注 65 億元，建議健保署持續監測各層級醫院護病比變化，尤其醫學中心護理人力配置問題，以利評估相關預算投入之效益，並可作為未來修訂相關政策之參考依據。

3.效果構面(3 項指標—進步 1 項、穩定狀況 2 項)：

「3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度」呈進步趨勢，西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額部門之滿意度均呈微幅上升趨勢，且西醫基層及牙醫門診之不滿意度則下降；另醫院及中醫門診總額部門之不滿意度略上升，建議健保署督促總額部門針對民眾不滿意的理由，加強對醫療院所宣導與研議改進措施。

4.資源配置構面(3 項指標—進步 1 項、退步 2 項)：

(1)進步趨勢：

「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)」，牙醫門診及中醫門診在醫療資源不足地區就醫率呈增加趨勢，且與一般地區就醫率之差距較 112 年縮小(例如牙醫由 112 年-15.43%縮小至 113 年-9.58%、中醫由-7.36%縮小至-3.78%)，已有進步。另建議健保署持續檢討及滾動式調整相關改善措施，以提升偏遠地區民眾就醫可近性。

(2)退步趨勢：

「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)」、「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」等 2 項指標呈退步趨勢；其中指標 4.3，10 類自付差額特材有 4 類之申報占率呈上升趨勢，建議就占率超過 7 成者宜儘早規劃納入全額給付。

5.財務構面(6 項指標—進步 3 項、退步 2 項、穩定狀況 1 項)：

(1)進步趨勢：

「5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數」、「5.4 資金運用收益率」、「5.5 保費收繳率」等 3 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 類保險對象收繳率已近 9 成 9，第 6 類收繳率雖未達 9 成，惟略有提升，建議持續推動提升收繳率措施及加強欠費監控機制。

(2)退步趨勢：

「5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率」，呈擴大趨勢，考量健保財務推估準確度將影響政策制定方向，建議健保署適度將基本工資、軍公教調薪之影響，適度納入基本推估假設，並於提供健保財務收支相關數據時，附註說明預估補充保險費金額增減對健保財務的可能影響金額，俾為監理健保相關政策之參考。「5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」略為下降，係因 GDP 成長率高於總額成長率所致，近年政府持續挹注更多公務預算，擴大健康投資，113 年總額成長率已由 112 年的 3.323%增加至 4.700%。

(三)彙整監測結果重點摘要表，如附(第 177~178 頁)。

擬辦：後續將依據委員所提意見，進行修正或補充後，完成 113 年全民健康保險監理指標監測結果報告定稿，上網公開供大眾參閱。

決定：

113 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 ○：進步、△：穩定狀況、×：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)	○ 整體、醫學中心及區域醫院呈下降趨勢 • 地區醫院急性病床平均住院天數為三層級最高
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× 整體及醫學中心、區域醫院呈上升趨勢 • 醫學中心、區域醫院檢傷分類第 1、2 級留置比率逐年上升
	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	○ 呈微幅上升趨勢
	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	○ 西醫基層呈微幅上升趨勢
	1.6 藥品費用占率	× 整體藥費占率呈微幅上升趨勢
	1.7 健保專案計畫之執行成效	○ 專案計畫 KPI 達成率均為 100% • 建議建立專案計畫導入一般服務或退場之機制
(二) 醫療品質 ○：1 ×：1 △：2	2.1 手術傷口感染率	△ 穩定狀況
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ 呈微幅上升趨勢
	2.3 照護連續性	△ 穩定狀況
	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	× 113 年醫學中心及地區醫院達加成之占率下降 • 建議留意醫學中心全日平均護病比最低級距(<7 人)之月次占率持續下降
(三) 效果 ○：1 △：2	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度	○ 西醫基層及牙醫門診之滿意度上升且不滿意度下降 • 建議留意醫院及中醫門診之不滿意度略上升
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	△ 穩定狀況
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	△ 穩定狀況 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 支付制度

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：進步、△：穩定狀況、×：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)	× 都市化程度最高與最低兩組醫師人力比值，113 年整體與西醫基層、牙醫及中醫較 112 年上升
	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)	○ 牙醫與中醫門診在醫療資源不足地區就醫率呈增加趨勢，且與一般地區就醫率差距縮小
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	× 有 4 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 ○：3 ×：2 △：1	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	× 近年差異率大幅增加 • 建議將基本工資、軍公教調薪之影響，適度納入基本推估假設，並說明補充保險費可能增減之金額。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	○ 安全準備折合保險給付支出月數逐年增加 • 建議持續留意健保財務收支結構之衡平性，並強化健保財務收入之成長動能
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	× 近 3 年微幅下降 • 係因 GDP 成長率高於總額成長率所致，近年政府持續挹注更多公務預算，展現出實現「健康台灣」願景的堅定決心與具體行動
	5.4 資金運用收益率	○ 微幅上升 • 建議強化投資策略，提升投資績效
	5.5 保費收繳率	○ 整體保費收繳率已將近 99% • 建議持續推動提升收繳率之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	△ 穩定狀況 • 對非弱勢民眾之欠費，宜積極採取行政處分

衛生福利部全民健康保險會 第7屆114年第9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}



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
- 1.4 區域醫院以上初級門診照護率
- 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
- 1.6 藥品費用占率
- 1.7 健保專案計畫之執行成效



3



效率 指標1.1

急性病床平均住院天數(整體及各層級)

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

單位：日/件

層級\年度	111年	112年	113年
醫院	7.44	7.25	7.22
醫學中心	7.18	6.99	6.92
區域醫院	7.26	7.08	7.05
地區醫院	8.31	8.14	8.33

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。

- 111~113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，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
111年	7,390,371	189,436	2.56%
112年	7,477,235	248,378	3.32%
113年	7,281,960	267,960	3.68%

- 113年整體急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，較112年上升約0.36個百分點、較111年上升約1.12個百分點。



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
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%
113年	醫學中心	1,913,390	147,905	7.73%
	區域醫院	3,472,336	107,040	3.08%
	地區醫院	1,896,234	13,015	0.69%

- 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。





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
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%
113年	醫學中心	19.30%	13.10%	6.33%
	區域醫院	10.46%	6.71%	2.69%
	地區醫院	3.11%	2.49%	0.65%
	合計	11.96%	8.52%	3.16%

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^{1/3}

- 計算方式：癌末病人接受安寧療護比率、
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	參考數據		指標結果
	癌症死亡人數 (人)	癌症病人死亡前6個月內 有申報安寧費用者(人)	比率(%)
111年	51,927	29,584	57
112年	53,126	31,788	60
113年	54,032	32,673	60

註：生前6個月接受安寧療護，係指死前6個月以內有申報安寧費用之癌症死亡病人。

- 近二年癌末病人死亡前6個月有申報安寧照護費用之比率維持60%。

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^{2/3}

- 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
- 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)	
111年	51,329	349,823	401,152	466,160
112年	57,434	340,378	397,812	470,116
113年	50,144	347,128	397,273	468,856

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。

- 113年死亡前6個月接受安寧療護者39.7萬點，若扣除安寧費用後為34.7萬點，未接受安寧療護者46.9萬點，故接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低。

9



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^{3/3}

- 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。
- 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。

曾接受安寧療護者			未接受安寧療護者	
項目	點		項目	點
藥費	128,694	1	藥費	157,071
診療費	49,842	2	診療費	63,181
治療處置費	30,164	3	檢查費	38,397
檢查費	23,457	4	放射線診療費	24,584
放射線診療費	17,609	5	治療處置費	24,824

註：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。

10



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	
111年	14.40%	19.34%	30.26%	21.19%	17.21%
112年	15.13%	20.13%	30.56%	21.75%	18.01%
113年	15.56%	20.18%	30.51%	21.57%	18.37%

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。

- 111~113年醫院初級門診照護率整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為17.21%、18.01%、18.37%，趨勢持平。
- 本指標係採92年國立陽明大學吳肖琪教授「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」，定義尚需與時俱進，爰如以106年實施之符合門診減量範圍之件數占率來看，114年第1季57.4%較去年同期58%下降0.6%，114年第2季57.8%較去年同期58.1%下降0.3%。

11



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：就醫人數比例 = 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	就醫人數比例		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%
113年	62.20%	92.01%	35.91%	64.09%

- 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，在總量減少的情況下，醫院之件數占率則略有提升，顯示部分醫療需求可能集中至醫院端。
- 112年5月1日防疫降級後，統計113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。

12



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、基層分列
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度/費用占率	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
111年	27.32%	36.48%	29.12%	23.73%	18.32%
112年	27.35%	35.61%	28.69%	23.61%	19.32%
113年	27.71%	36.03%	29.12%	23.20%	19.19%
平均值	27.46%	36.03%	28.98%	23.51%	18.94%
標準差	0.22%	0.43%	0.25%	0.28%	0.54%
平均值±1.5*標準差	(27.13%, 27.79%)	(35.38%, 36.69%)	(28.61%, 29.35%)	(23.10%, 23.93%)	(18.13%, 19.76%)
平均值±2*標準差	(27.02%, 27.89%)	(35.17%, 36.90%)	(28.49%, 29.47%)	(22.96%, 24.07%)	(17.85%, 20.03%)

註：藥費部分未扣除協議還款。

13



效率
指標1.7

健保專案計畫之執行成效

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

113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	4/25	0/17	0/10	2/9
專款計畫之預算執行率	78%	71.76%	95.6%	91.11%

- 113年進場專案計畫有6項(醫院4項、牙醫2項)，醫院總額新增4項，分別為「地區醫院全人全社區照護計畫」(113.8.27生效)、「區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作」(113.7.1生效)、「區域聯防-腦中風經動脈內取栓病患照護跨院合作」(113.7.1生效)、「抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫」(113.6.1生效)；另牙醫門診總額新增2項分別為「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」(113.4.1生效)、「癌症治療品質改善計畫」(113.1.1生效)。

14



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情形



15



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^{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					
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
113年	12,826	1,061,460	1.21	0.59	1.18	0.00~2.36	0.00~2.95

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。

16



手術傷口感染率^{2/2}

- 109年1.24%上升至110年1.26%，再逐年下降至112年1.19%，113年較112年微幅上升，評估109~111年上升可能係受COVID-19疫情影響，非緊急住院手術減少或延後，分母(住院手術病人數)減少所致；112年起分母(住院手術病人數)增加，指標值下降，113年雖較112年微幅增加0.02%(仍低於111年)，惟院所標準差亦較112年減少1.76，建議持續觀察。
- 另標準差自111年起逐年下降，110年及111年標準差較大之原因，經分析係因極端值造成該統計期間標準差變動幅度大所致，110、111及112年院所指標極大值為50%~60%、113年14.9%；另有一半以上院所指標值為0%(109年466家院所中248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；112年444家院所中230家分子為0；113年437家院所中232家分子為0)。



17



糖尿病品質支付服務之照護率

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

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
111年	60.6%	65.0%	62.4%	49.0%	60.9%
112年	61.1%	67.7%	62.1%	51.1%	62.4%
113年	62.5%	70.8%	66.4%	53.5%	64.0%



18



照護連續性

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

- 監理重點：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	111年	112年	113年
平均每人門診照護連續性	0.424	0.403	0.405

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。



19



護理人力指標

-全日平均護病比達加成之占率提升情形

- 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：113年1-12月全日平均護病比達加成月次占率

加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
1-12月	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
20%	< 7.0	8.5%	< 10.0	61.9%	< 13.0	83.6%
17%	7.0-7.4	27.3%	10.0-10.4	13.1%	13.0-13.4	2.0%
14%	7.5-7.9	39.7%	10.5-10.9	11.1%	13.5-13.9	1.7%
5%	8.0-8.4	18.2%	11.0-11.4	6.2%	14.0-14.4	1.8%
2%	8.5-8.9	5.5%	11.5-11.9	6.9%	14.5-14.9	1.9%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.7%	> 14.9	0.3%
不適用 ^{註3}		0.9%		0%		8.8%
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.加成月次占率：該層級該護病比加成之申報月次/該層級申報住院護理費之總月次。

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

3.護病比為0表示該醫院該費用年未有收住院個案，或醫學中心整修病房所致。



20



效果

3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度

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



21



效果 指標3.1

民眾對醫療院所醫療結果滿意度

- 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	111年	112年	113年
醫院	94.1%	94.1%	94.1%
西醫基層	94.2%	95.2%	96.4%
牙醫門診	95.3%	95.5%	96.3%
中醫門診	94.7%	94.8%	95.3%

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)」。

- 113年各部門滿意度為94.1%~96.4%之間，較112年持平或微幅增加，有效樣本數為醫院2,075份、西醫基層1,958份、牙醫門診2,010份、中醫門診1,985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。
- 113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>)。

22



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
- 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	111年	112年	113年
15-24	0.02	0.03	0.02
25-34	0.02	0.03	0.03
35-44	0.05	0.05	0.05
45-54	0.09	0.10	0.10
55-64	0.14	0.15	0.14
65-74	0.25	0.26	0.24
75~	0.48	0.51	0.46
整體	0.12	0.13	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。

23



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
113年	1.96%	0.00	3.81%	0.02



24



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)



25



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

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
111年	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43
112年	8.92	93.77	2.46	8.93	14.57
113年	8.94	82.95	2.54	9.17	14.60

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；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，醫院人力比值變化較大，西醫基層、中醫、牙醫人力比值變化相對穩定。

26



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1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
111年	一般地區		54.18	78.31	46.46	27.64
	醫療資源不足地區		56.74	78.94	31.92	20.03
	山地離島地區		60.26	83.84	41.10	24.26
112年	一般地區		55.71	82.78	48.80	28.56
	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
113年	一般地區		55.71	82.78	48.80	28.56
	醫療資源不足地區		58.65	82.80	39.22	24.78
	山地離島地區		62.41	87.02	42.65	24.42

27



資源配置 指標4.3

自付差額特材占率(整體)

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

單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
111年	0.0523						
112年	0.0551	0.0547	0.0019	0.0519	0.0576	0.0510	0.0585
113年	0.0569						

註：1.平均值*：111-113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*：111-113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，111年為**0.0523%**，112年為**0.0551%**，113年為**0.0569%**，平均占率為**0.0547%**，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。

28



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 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊功能 人工水晶體	111年	44.5	47.0	1.9	44.1	49.9	43.1	50.9
	112年	47.2						
	113年	49.2						
特殊材質 人工腕關節	111年	30.4	31.1	0.5	30.3	31.9	30.1	32.2
	112年	31.6						
	113年	31.3						
特殊功能 人工心律調節器	111年	48.2	48.9	0.5	48.2	49.6	47.9	49.8
	112年	49.3						
	113年	49.1						
冠狀動脈 塗藥支架	111年	70.2	71.9	1.2	70.0	73.7	69.4	74.3
	112年	72.3						
	113年	73.1						

● 冠狀動脈塗藥支架：

- 自付差額類別特材「冠狀動脈塗藥支架」依國際治療指引與臨床實證，朝診療項目包裹支付優先全額給付於STEMI(ST段上升之心肌梗塞)病人族群辦理。

29



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：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊材質生物 組織心臟瓣膜	111年	43.0	42.7	0.5	41.9	43.5	41.7	43.8
	112年	42.0						
	113年	43.2						
義肢	111年	2.4	3.8	1.0	2.3	5.3	1.8	5.8
	112年	4.8						
	113年	4.1						
腦脊髓液分流 系統	111年	70.5	30.6	28.3	-11.8	73.0	-26.0	87.1
	112年	12.0						
	113年	9.2						
治療淺股動脈 狹窄之塗藥裝置	111年	41.2	43.2	2.2	39.9	46.4	38.8	47.5
	112年	42.1						
	113年	46.2						

● 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111年70.5%下降至113年9.2%。

30



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：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
治療複雜性心臟 不整脈特殊功能 導管	111年	53.0	53.0	5.0	45.5	60.4	43.0	62.9
	112年	59.0						
	113年	46.9						
特殊功能及材質 髓內釘組	111年	76.5	77.9	1.1	76.2	79.7	75.7	80.2
	112年	77.9						
	113年	79.3						

- 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，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，納入自付差額加長型伽瑪髓內釘組給付。
 - 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4.9億(以113年申報量計算)，後續將積極爭取預算。
 - 114年3月請財團法人醫藥品查驗中心進行醫療科技評估(HTA)，並於同年7月完成HTA報告，刻依程序辦理後續事宜。
- 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。

31



財務

5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數

5.3 全民健保醫療支出占GDP比率

5.4 資金運用收益率

5.5 保費收繳率

5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率



32



財務 指標5.1

保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

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

年度	111年	112年	113年
實際數(億元)	112.73	338.72	234.02
預估數(億元)	-323.08	-89.23	-17.87
差異數(億元)	435.81	427.95	251.89
差異率 (扣除非預期 影響因素後 的差異率)	-134.89% (3.54%)	-479.60% (0.94%)	-1,409.95% (5.49%)

註:111~113年為審定決算數。

- 113年截至第4季底，實際賸餘數234.02億元，預估短絀數-17.87億元；差異率-1,409.95%，扣除非預期風險後的差異率為5.49%。
- 113年主要係補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限36%之差額」增加，加上基本工資由26,400元調整為27,470元，軍公教待遇調升4%，致保險費收入實際數較預估數增加約240億元。若排除前揭非預期因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為5.49%。

33



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	111年底	112年底	113年底
約當月數	1.68個月	2.14個月	2.40個月
增減數	112.73億元	338.72億元	234.02億元
安全準備累計餘額	1,049億元	1,388億元	1,622億元

註:111~113年為審定決算數。

- 111~113年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為1.68、2.14及2.40個月，尚符合健保法第78條保險安全準備總額以1至3個月保險給付支出為原則之規定。

34



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
111年	3.48%	3.30%
112年	3.48%	3.27%
113年	3.37%	3.17%

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(114年8月15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。

35



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	111年	112年	113年
運用收益(億元)	9.93	24.98	35.46
日平均營運量(億元)	1,745.78	1,868.53	2,340.89
收益率	0.57%	1.34%	1.51%
五大銀行一年期 大額定存平均利率	0.30%	0.69%	0.81%

註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀

➤ 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，111~113年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。

36



保費收繳率

- 計算方式：最近5年投保單位及保險對象一般保費實收數/最近5年投保單位及保險對象一般保費應收數
- 監理重點：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	111年	112年	113年
第一類	99.59	99.65	99.65
第二類	99.71	99.69	99.68
第三類	99.46	99.47	99.46
第六類	86.05	86.39	86.60
整體	98.78	98.89	98.93

- 111~113年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類收繳率約在85%~86%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%。考量第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力，爰本署持續結合各界資源協助繳納弱勢者欠費。
- 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，與強化催收及移送行政執行之成果。

37



呆帳提列數與保費收入數之比

- 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：

單位：%

111年	112年	113年
1.2	1.1	1.08

- 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。111年呆帳金額53.37億元，112年減少至52.37億元，113年呆帳金額為51.49億元，爰本指標略有下降。

38

附錄

抄本

檔 號： 附錄一
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：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年11月4日
發文字號：衛部健字第1143360161號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：全民健康保險會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果

主旨：奉交議「協定115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114年9月3日衛部保字第1140137541號函、本會第7屆114年第7次(114.9.26)委員會議決議及第8次(114.10.22)委員會議決定辦理。

二、本會業依鈞部交議之115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)牙醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為2.468%，專款項目全年經費為6,456.1百萬元。

(二)中醫門診醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為4.978%，專款項目全年經費為1,527.6百萬元。

(三)西醫基層醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務

成長率為5.077%，專款項目全年經費為14,250.6百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為3.861%。

(四)醫院醫療給付費用總額成長率5.5%，其中一般服務成長率為5.101%，專款項目全年經費為49,746.1百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為2.209%。

(五)其他預算增加1,148.5百萬元，預算總額度為22,032.2百萬元。

(六)綜上，本會協定結果之115年度全民健康保險醫療給付費用總額，相較於基期成長率為5.5%。

三、檢陳本會辦理115年度全民健康保險醫療給付費用總額協定結果(如附件)，謹陳鈞部核定。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。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

全民健康保險 115 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 114 年 10 月 22 日星期三上午 11 時 15 分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

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)：

蔡諮詢委員淑鈴、韓諮詢委員幸紋、羅諮詢委員紀琮

列席者：

本會委員(依委員姓名筆劃排序)：吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、林委員宜平、林委員恩豪、林委員敏華、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員秀熙、陳委員真慧、陳委員節如(台灣社會福利總盟馬副理事長海霞代理)、陳委員麗琴、黃委員心苑、黃委員振國、黃委員國祥(富邦人壽保險股份有限公司黃專案協理美慧代理)、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、詹委員永兆、鄭委員力嘉(全國產職業總工會林秘書雨樵代理)、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文

本部社會保險司：陳專門委員淑華、蔣簡任視察翠蘋、郭科長乃文

中央健康保險署：龐副署長一鳴、黃參議珮珊、張參議惠萍、游組長慧真、江姝靚組長、陳組長美杏、李科長仁輝、黃科長瓊萱

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。

貳、報告事項：中央健康保險署(下稱健保署)報告「全民健康保險115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115年度保險費率方案(草案)」之意見。

(二)面對未來健保支出因人口高齡化醫療需求增加、新藥新醫療科技積極納入健保給付等因素持續成長，健保收入因少子化及勞動族群減少等人口結構改變、致收入成長幅度有限之情形：

- 1.如何推動開源、節流相關措施，改善收支之間的差距，將資源做最有效率的運用。
- 2.對於短期開源節流措施，以及中長期如何增加保險收入之看法及建議。

(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，請中央健康保險署參酌委員所提意見，修正全民健康保險115年度保險費率方案，於11月4日前提案至本會，俾於114年第9次委員會議(114.11.19)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午1時。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險115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115年度保險費率方案(草案)」之意見。

(一)115年度保險費率維持現行5.17%不調整：在115年度醫療給付費用總額成長率以5.5%試算、維持現行費率5.17%下，健保署財務推估顯示，115年底安全準備累計餘額約為1,526億元，約當2個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月為原則，115年度可維持現行費率不調整。

(二)請健保署補充說明以下事項：

1.113年1月「點值補助」措施內容：投影片第3張「近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估」提到，113年1月「點值補助」影響健保安全準備-105億元，請補充說明該措施之緣由背景。

2.估算114~115年「第6類被保險人人數占率」維持17.19%之理由：投影片第9張「一般保險費推估方法」中，第6類被保險人人數占率在111~113年呈現成長趨勢，惟健保署推估114~115年占率均維持17.19%，其理由為何。

3.115年補充保險費推估金額過於保守：投影片第12張「補充保險費推估方法」顯示，預估114、115年度補充保險費分別為751億元、645億元，惟近期多項經濟指標均在樂觀的預期，建議115年度補充保險費推估金額維持114年金額，下修幅度不宜過大。

4.公務預算挹注健保費用對政府應負擔經費之影響：

(1)近2年有多項公務預算挹注健保款項，如點值補助、菸捐挹注罕病藥費、挹注健保安全準備與生理食鹽水供應穩定專案等，被分列於「非保險給付支出」與「其他收入」等不同項目，其分類之判斷標準為何？以及前揭支出項目如何在投影片第19張保險成本架構圖呈現？

(2)前述項目如歸類為「非保險給付支出」時，將導致這些政府額

外補助，不被納入計算政府應負擔健保總經費 36%，是否需微調 36% 計算公式以因應近年公務預算新增挹注健保項目？

(3)外掛式的補助(如癌症新藥暫時性支付 50 億元)在費率試算模型中應如何呈現，以完整反映健保基金的運作與財務狀況。

二、面對未來健保支出因人口高齡化醫療需求增加、新藥新醫療科技積極納入健保給付等因素持續成長，健保收入因少子化及勞動族群減少等人口結構改變、致收入成長幅度有限之情形：(一)如何推動開源、節流相關措施，改善收支之間的差距，將資源做最有效率的運用。(二)對於短期開源節流措施，以及中長期如何增加保險收入之看法及建議。

(一)建議政府常態化挹注健保財源並制度化：政府於112~114年挹注健保基金共計640億元，加上114年新增政府應負擔健保費計算範圍以健保法規範者為限的134億元，合計相當1個月的保險給付支出，對健保財務是非常重要的挹注。若挹注健保基金係屬常態，應思考如何將其法制化，使其成為可預測性，將挹注金額反映在財務報表，對健保財務及總額協商均較為健康，有助健保永續經營。另政府應負擔健保總經費法定下限36%部分，如能提高至40%，可避免未來調漲費率的可能。

(二)支出面問題宜一併考量：為因應未來環境變化，討論健保財務時，也要多著重支出面問題，包括醫療人力、進口藥價，都會影響支出面，否則收到一樣的錢，支出增加，還是無法收支平衡。如果要減少支出，建議現行論量計酬的支付方式轉型為以人為中心的整合式照護並搭配包裹式支付，以提升醫療品質與效率。另建議長照改制為保險，跟健保完全整合，讓健保有更多的資源，做最合適的運用。

(三)全面評估川普關稅政策對健保影響：川普關稅政策不只影響保險收入，也可能影響健保支出，例如進口物價及藥價，建議衛福部通盤評估各方面可能影響，有助於下一次的總額協商與費率審議。也提醒避免過於關注報表數字本身，而忽略內部政策及外在

環境變化所可能導致的改變。

(四)及早規劃補充保險費修法事宜：考量社會貧富差距擴大及增加健保財源，近年對補充保險費常有增加費基、改變結算方式、費率脫鉤、調高或取消單次給付扣費上限等相關討論，建議及早規劃修法及推動事宜，除了可以增加開源的可能性，亦可改善所得分配惡化、提升付費公平性。

(五)關注民眾自費比率增加情形：健保基本精神是避免民眾因貧而病，雖然總額持續成長，有助醫療產業健全發展，惟民眾自費比率越來越高，尤其健保不給付項目及差額負擔項目對中下階層民眾而言更是辛苦，建議在總額成長樂觀的情況下，總額協商時要考量減少民眾自費項目，也期待醫界多予支持減少自費項目，減輕民眾負擔。

(六)檢討健保資源利用之有效性：植物人使用呼吸器維生所需費用甚高，基於人道考量，目前健保沒有限制這項支出，建議衛福部制定新規定，由健保給付急救插管後3個月(或一定期限)內的費用，後續費用由家屬自行負擔，所節省的預算可用在其他健保項目。

(七)尋求可能之開源方式：根據交通部的數據，台灣每年暑假有4、500萬人到日本旅遊，國內外旅遊支出超過1兆元，開源部分建議可對旅遊支出課稅挹注健保：另外，重罰或採取其他措施降低車禍事故，可以減少外傷事故支出，也可以減低急診壅塞的問題。

全民健康保險115年度保險費率審議前專家諮詢會議
與會人員發言實錄

周主任委員麗芳致詞(略)

洪組長慧茹說明(略)

周主任委員麗芳：接下來請健保署報告。

龐副署長一鳴：我們請負責精算的李仁輝科長報告。

李科長仁輝報告(略)

周主任委員麗芳：非常感謝健保署詳盡的報告，這份報告給我們帶來比較好的正面訊息，健保明年年底還有2個月的安全準備，請3位諮詢委員針對健保署的報告內容提出指導，首先請蔡淑鈴諮詢委員。

蔡諮詢委員淑鈴：今天在這裡談費率，健保財務一片看好，安全準備到明年底還有2個月，而且明年4個部門的總額成長率都達到上限，大家都非常開心，民眾也不用調費率，真的是達到3贏，這是非常好的討論時機。

首先看第21張投影片的財務預估，剛剛主席說預估115年底安全準備還有2個月，就是1,526億元，最主要的原因應該是政府從112~114年每年挹注超過200億元，加起來就是600多億元的挹注，再加上114年還有政府負擔健保36%計算範圍只限健保法規範圍而增加的134億元，所以加起來有700多億元挹注健保財務。這700多億元相當於1個月的醫療支出，累積的效果讓我們多了1個月的安全準備，對健保財務真的是非常重要的挹注。

這次在估算財務的時候，當然對政府115年是不是會撥補這件事情是不先納入考慮，但是在財務支出預估部分，依然還是跟今年一樣以5.5%的成長率進行預估，這2個因素加起來，讓後年也就是116年的安全準備甚至還有800億元，整個估算結果在第22張投影片，在健保署的觀點，他認為117年如果要維持安全準備1個月，需要將費率提高到5.77%，有這樣子的一個估算結果。

但是我認為調整費率可能不會發生在117年，因為如果政府115

年~117 年按照過去每年都挹注健保 200 億元的話，安全準備有可能撐到 117 年還是非常樂觀，因為在健保署的估算中，經常是非常保守地預估未來收入，所以未來實際的收入會比現在的預估可能稍加樂觀，特別是這幾年國際情勢使補充保險費連續幾年超徵，在收入增加的局面之下，有可能 117 年安全準備依然可以維持在樂觀的水準，我基本上是認為這樣子。

但是有一個問題值得探討，從 112 年到 114 年，以及未來的各年，如果長期都有政府的公務預算挹注，這樣到底是意外還是常態？假定可以這麼多年持續下來成為常態，能不能就建立制度，不要成為一個不確定性的收入來源，這樣對健保的財務以及總額協商是比較健康的。如何納入常態呢？當然可以考慮政府負擔 36% 的提升，或是另外一個政府補助款的常態，這些都有可能需要利用制度來建立常態，如果能夠這樣建立的話，未來我們看到的財務報表就會是一個可預測性的，也可以因應總額協商，健保會付費者委員的心情上也會樂見總額能夠再持續成長，這是我第 1 點要講的。

第 2 點，台灣貧富差距不斷加大，我們需要在健保補充保險費上考量開源，過去談論非常久如何增加補充保險費費基、結算的方法，甚至石部長也提出補充保險費的費率要跟一般保險費費率脫鉤，這些構想無疑都是因為貧富差距加大，應該要讓有錢人多出一點錢挹注健保這個觀點來看，這些規定都是寫在健保法裡面，我理解衛福部對於健保法修正都有一系列規劃，也有一些進度，但還沒有進入立法的程序，我建議修法這條路需要及早籌劃，而且要有一些進度，因為修法連帶帶來開源的可能性，也能改善未來社會貧富差距，使得更加互惠公平，這塊值得大家努力。

第 3 點，這次費率評估對於美國這次提高關稅的政策是有一些負面的估計，但是美國的關稅不只影響保費收入，也可能會影響支出，很多仰賴進口的部分，最後各國到底互相會用什麼樣的對策來因應關稅，所以我第 3 點建議，雖然不確定性很高，但是衛福部還是要通盤的評估，讓方方面面都可以顧及，全盤的評估有助於下一次的總額協商跟費率的估計。

第 4 點，石部長在今年 10 月 2 日接受報導者雜誌的專訪提到，115 年健保進入兆元時代，其實 115 年的總額是 9,883 億元，還沒有到兆，可是部長已經提到上兆，很顯然就是 115 年除了總額以外，還有其他的財源挹注，才會讓整個健保的醫療支出上兆，迎來上兆的健保，當然也包括今年的總額成長率是 5.5%，明年預估的總額成長率也是 5.5%，未來會往兆元再逐步上升，這是可以預期的。

但是我同時要提醒，總額不斷地上升，這是一個好事，也讓我們醫療產業得以更加健全發展，得以因應現在醫護人力不足，或者是薪資的提高，我覺得這些都要感謝部長、大家和醫界的努力。但在一片上升的趨勢當中，有一點還是要提醒，還有一個比率也在上升，民眾的自費沒有因為兆元的上升而減少或持平，這確實是我們目前要深刻體會的。

當我們希望收入因應貧富差距，讓富人多出一點錢的當下，但是窮人面對自費時候的無奈，這是一個很大很大的反差，健保的基本精神是要幫助沒有錢的人、生病的人的當下，這點就不得不去重視它。自費的部分最主要就是健保不給付的項目、差額自費的項目以及部分負擔，其實前 2 者，也就是不給付項目以及差額自費的項目是比重更加的大，對於中下階層的人是更加更加辛苦的項目，所以未來總額協商在財務比較樂觀的情況之下，總額協商也需要去顧及到自費項目的減少，讓我們的民眾，特別是中下收入的民眾，在處理、面對醫療的棘手問題時，可以得以舒緩。

我舉韓國的例子，韓國健保現在花的錢可能跟我們相當或甚至沒有我們多，但是長期也有自費比率過高的問題，韓國花了十幾年的時間在降低自費，這個努力在很多的文獻都有述及，當然他們現在的自費比率仍高，但是他們努力在壓抑自費項目，同時間台灣的健保破兆，自費比率是上升的趨勢，這點提醒大家注意。如果健保要永續、公平、合理的話，這一點是需要多一點著墨，而且在每一個政策上多一點努力，也期待我們醫界在總額協商的時候對減少自費的項目可以多予支持，對中下民眾在面對自費時能夠多予協助，以上是我今天的想法跟看法，分享給大家，謝謝。

周主任委員麗芳：蔡淑鈴教授剛剛真的給我們上了一課，面向很廣，從財務的精算，包括對等關稅、民眾的自費等等，整個未來的補充保費、健保政策的配套，完整提出她的觀點。接下來請羅紀琮諮詢委員提供高見。

羅諮詢委員紀琮：就像主席剛剛說的，蔡教授從方方面面都給了非常好的建議，在她之後發言可能也就不得不重複一些東西，但我試著用不同的角度來看這件事情。

首先，今天這個諮詢的角色，我覺得帽子有點大，因為你們都已經做得非常好，特別是主席，我們從來沒有想過健保會可以在這麼短的時間內把會開完，這種效率實在是很難想像，但是也真的很佩服。

今天這個題目是 115 年度保險費率的審議，從剛才第 21 張投影片可以非常清楚看到，114 年就是今年推估的安全準備有 2.78 個月，明年還有 2 個月，後年還有 1 個月，要到後年以後才會真正面對要怎麼去處理，讓今天可以非常輕鬆度過。但是從另外一個角度來講，我覺得我們現在面對的，今年健保已經是 30 週年，我們要回想一下，過去的經驗未來可不可以複製？如果不行，是什麼東西變了，我們必須要來討論，當然剛剛講到川普的 tariff，其實 tariff 只是其中一些，因為它真的是 target 到一些產業，我們國內的這種服務，會受到外來的藥價或其他東西的影響，這些東西都不能夠只用一、兩句話就說明，如果真的要研究的話，應該是讓這些例如說藥物、上次的點滴因為工廠違法勒令停業，然後專案進口，增加了很多的支出。任何改變累積起來，對結果都會有很大的影響，從這個角度來講，我覺得要一直問自己，將來、未來要怎麼樣？是不是現在我們行禮如儀的做法，真的能夠做好，我就從這邊說一下想法。

一直以來健保會都負責總額的協定跟分配，今年協商破天荒四總額部門都達到上限 5.5%，這對點值會有影響，因為任何的分配都會是水流到哪裡，哪裡就長得比較好，但是你用一個總額去匡他，也等於是限制了他，這裡面就看那個東西的成本，成本越低就可以拿

到比較多的好處，所以我覺得應該是要來討論，特別是醫院部門占70%，醫院以前是地區總額，所以是地區的點值，一個點值大家去搶資源，是一定會衡量的。

但是現在變成個別醫院總額，每個醫院都有自己的策略、做法，最後他如果壓不下來或者怎麼樣的時候，那個產生的效果就不像大總額底下可以這麼順利了，因為如果台大、榮總通通都虧，點值比以前還要低的時候，我的意思是說，你先看他們有沒有真的在那邊很努力，他們如果都不努力，那你將來會看到什麼？他們如果都很努力，特別對科別人力或資源會產生什麼影響？我不知道。

我的意思是說其實應該要有一些討論，健保署一直在報告，這些東西真的就是行禮如儀，所以我會覺得當制度改變的時候，尤其是誘因機制改變會產生什麼樣的影響，其實應該要討論。

回到剛才所說的，第1題提到115年度費率，不需要做什麼調整，但是要調費率的117年剛好是2028年，我們都知道調費率跟選舉一定非常有關聯性。從安全準備的觀點來講，當然沒有問題，其實你要有一點點著墨，或者就像剛才蔡淑鈴諮詢委員說的，就是最後由政府撥補；提到撥補這件事情，本來經濟全球化是效率最好的，大家都賺錢的，現在變成關稅保護主義，其實所有的資源分配也會產生變化。

我們一直覺得台灣做得很好，像Nokia當年也是，他們也覺得自己做得很好、很努力，但是Nokia突然就消失了。我的意思不是說台灣會消失，我的意思是如果不事先準備，當變化來的時候，你就會覺得情況怎麼會突然變成這樣。我覺得我們都太過於關注數字本身，而沒有去想數字會不會因為什麼樣的政策或外在環境變化而產生改變，這是一個提醒。

第3個，今年是健保30週年，所以台灣公共衛生雜誌(下稱台灣衛誌)要出1本專冊，記錄當初建立整個健保制度考量的因素是什麼、健保制度在這30年中間有什麼變化，這份資料也許可以讓大家看看有沒有面對未來變化可以參考的內容，很多事情並不是自然形成

的，而是政策干預產生的結果，可以考慮做為因應未來健保制度轉型的參考。

題綱第2題是面對未來趨勢，如何開源節流將資源做最有效率的運用，以及中長期如何增加保險收入，實現健康台灣願景。我覺得每次談費率，其實都是著重在要收多少錢、怎麼收錢，可是比較少著墨在支出面。其實我們在支出面也提過很多想法，包括：增加自費、醫療人力，或進口藥價等議題，這些議題其實都會影響到支出面，收到一樣的錢，如果支出增加，收入跟支出還是沒有辦法balance。

今年是2025年，到年底我們的老年人口就占20%了，老年人口占比從14%增加到20%，日本花了11年，台灣只花7年，所以我們一直在說我們老化速度比其他國家快，但是我們做了什麼因應？其實很少，在制度上還是比較少看到因應措施。我最近一直在看新加坡的制度，他們很早就開始規劃，然後他們老年人口是花9年，今年就占總人口20%了，你去看他們的支出，以前我們都拿他做樣本，他們現在一直找別的國家當樣本作參考。

如果要減少支出的話，我覺得我們現在Fee-for-service^(註1)的支付方式，其實要轉型為以人為中心的整合照護，然後搭配包裹式支付，不能說像糖尿病，看眼睛就是眼睛、看腎臟就是腎臟，這樣子拆開來看，就好像別人說我們一張藥單上面常常吃十幾種藥一樣的道理，品質不是很好，反而效率也會不佳。

所以怎麼樣讓服務變成整合式照護，然後搭配包裹式支付，這才是文獻上證明有效率跟品質的一種作法，現在其實各國，特別是歐洲、OECD^(註2)國家，有很多國家在嘗試不同的疾病、不同的包裹式支付。

我建議其實長照服務應該改為保險制，然後跟全民健保完全地整合，讓健保有更多的資源、做最合適的使用，這是我對於最後這個大的議題，特別是減少保險支出部分的建議。

關於補充保險費，其實我剛剛說台灣衛誌在整理當年規劃成立健保時的構想，我在寫這個部分的時候發現，其實在所得分配惡化的

情況下，應該把補充保險費的1,000萬元上限拿掉，像郭台銘、張忠謀賺了幾十億元、上百億元的錢，你叫他多出1%，也不過就是他自己可以留99%，應該說是2點多%，我的意思是如果要因應所得分配惡化問題，其實最簡單的是把上限拉高，雖然要修法，當然補充保險費率也應該要脫鉤，可是我可以看得出來它原先跟一般保險費率綁在一起的目的，我其實還有另外一個建議，寫在文章裡了，因為那個建議有點複雜，在這裡說比較辛苦。

我以前覺得政府負擔健保經費36%的部分，要繼續把這個比率拉高好像不是很appropriate，但是我在看新加坡怎麼控制費用時，發現其實他的政府支出超過了一半，雖然他有Medical savings account、MediShield、Medifund制度^(註3)，特別是COVID的時候它的整個醫療支出，政府負擔超過了50%，所以我重新回想起來，我覺得如果要減少自費，其實可能同時要考慮政府應該做什麼，因為簡單來講，就像剛才說的所得分配惡化，除非能夠把很有錢的人，就像剛才說補充保險費單次給付上限取消，讓很有錢的人交出錢來，否則他沒有這麼大方捐給你，所以你怎麼用制度讓政府多做一點、民眾就可以減輕一點負擔，這整個環節都要考慮進去。所以我只是要提醒，為了因應未來的環境變化，光考慮收入面其實是不夠，還要想到支出面要怎麼有效率、有品質，那整合照護一定是該走的方向，以上。

註1：論量計酬是以醫療院所的「服務項目」為支付單位，按照實際提供的醫療項目與數量支付費用的一種支付制度。

註2：OECD(Organization for Economic Cooperation and Development，經濟合作暨發展組織)。

註3：新加坡醫療財務制度包括：保健儲蓄計畫(Medisave)、健保雙全計畫(Medishield)及保健基金計畫(Medifund)，簡稱3M制度。

周主任委員麗芳：非常感謝羅紀琮諮詢委員，剛剛發言非常精闢、宏觀，特別是建議我們未來照護服務的方向，轉向整合式的照護，不只是考慮收入面，支出面也要一併思考，包括論質計酬等等，剛才也提到未來在長照3.0，健保跟長照究竟要怎麼樣去做銜接整合，給我們很多不一樣新的視野，接下來請韓幸紋諮詢委員指導。

韓諮詢委員幸紋：午安了，大家可以一邊吃便當。

周主任委員麗芳：都已經吃完了。

韓諮詢委員幸紋：大家午安，我在2位老師之後發言壓力更大，因為從小讀2位老師的報告、文章長大的，剛才2位老師從非常宏觀的角度討論財務制度的問題，大方向已經講得非常清楚，很多論點我也很認同，雖然剛才說這份報告好像有點行禮如儀，但我們今天會議主軸還是在這份報告，其實這2年有非常多新的項目放進來，所以我就一頁一頁請教健保署這些內容到底是什麼。

首先是第3張投影片，在113年部分有提到一項點值補助，我查了一下應該就是在去年年底時，撥了105億元的預算，希望能夠讓點值維持在0.9，這是在網路上查到的，不太確定對不對，如果方便的話，健保署是不是類似像這樣過去在制度上比較沒有出現過的項目，能夠在表格下方做一些說明？這可能是來自於政府提撥公務預算以及跟之前立法院的決議有關，在閱讀上資訊就會比較完整一點。

另外在第9張投影片被保險人人數占率推估部分，其實第6類被保險人114年跟115年的占率是持平的，可是前幾年占率趨勢上看起來是有一點往上走。當然健保署在表格下方說明有提到，是因為疫情之後戶籍被遷出者陸續回復戶籍，所以導致占率增加，這雖然有解釋前面趨勢往上的原因，但是為什麼在預測114年跟115年的時候，是把占率持平，當然有可能是隨著時間的經過，回復戶籍的效果會遞減，我只是好奇，因為占率最後總和是100%，所以這邊持平了，可能會讓比如第1類的占率是往上走的，而且第6類是定額推估，就是它的保費是定額的，所以可能會有一點點影響到費率的預測，所以想要就教這個部分，為什麼預測第六類被保險人占率是持平的？

再來是第12張投影片對於補充保險費的推估，事實上對115年的預測等於是相較114年下降了100億元，當然健保署這邊有提到可能跟美國關稅的政策衝擊有關。其實我出門前有查了一些數據，我們目前不管在經濟成長率或是外銷金額來講，都是非常漂亮的數字，115年補充保險費收入壓了100億元下來，這個數字在預測上是壓得比較低，但我還是要說，在財務預測上面，我絕對支持相對保守會比較好一點，也許財務上真的比較適合保守的預測，但其實很多經濟

的指標都是往樂觀的方向走，所以是不是也有可能我們可以在下面說明中放一版相對樂觀的預測大概是多少、可能對於財務影響數是多少，我們也可以多一個參考。

再來是第13張投影片，我可不可以請教一下，這幾年真的多了很多來自於公務預算的項目，比如說有一項是點值補助，我看你們在第16張投影片裡沒有把點值補助放進來，但是在第19張的部分，點值補助是放在非保險給付支出，所以是不是第16張的圖片其實應該有一個格子是點值補助？

另外我也想請教，到底點值補助以後是常態還是非常態？這其實也回應剛才蔡淑鈴諮詢委員講的，我們很多制度到底以後是穩定還是不穩定的、是常態還是非常態的，這部分也會對我們在財務預測上有一些影響，所以第16張投影片我覺得應該把點值補助加上。

另外就是罕病部分，你們也是放在非保險給付支出這裡，所以簡單來講，就是點值補助跟罕病新藥補助，其實不會包含在保險給付支出裡，所以在計算36%的時候，等於這些政府額外補助的部分都不會納進來了，對吧？感覺是這樣，至少以公式這樣來看，所以這可能回歸到我們對政府36%這件事情，到底是什麼樣的論述？因為法規上面確實寫的是應該負擔保險的總經費，但是等於這幾年一些新增的公務預算補助，其實都沒有被放進來，當然也可以說是前面你們已經有一些公式上的討論，目前公式定下來是這樣，可是因為這2年真的有很多新增的部分，所以是不是也有考慮這個公式在各項目的定義上做一點些微調整？

主要是我閱讀這部分時確實也有發生這樣的困難，比如說政府近年公務預算挹注240億元、200億元這些金額，是被你們放在其他收入的這個項目裡；還有一個以公務預算挹注生理食鹽水供應穩定專案的11億元，也放在其他收入中，可是點值補助跟罕病被放在非保險給付上面的判斷標準是什麼？這也是我在閱讀這份報告時有點納悶的，因為以你們現在的定義，其他收入根本沒有把政府另外用公務預算挹注的部分放進來，但是計算公式又寫說在推估的時候數

據上有包含這部分，這部分其實在閱讀上確實有點造成困擾，也沒有解釋同樣來自於公務預算，為何有些被放在非保險給付支出裡，有些放在其他收入裡？同樣的問題也發生在計算政府應負擔36%這裡，因為如果放在其他收入，我的理解是最後假設沒有花完，會讓安全準備增加，所以其實在安全準備還稍微會反映，但是只反映沒有花完的部分，可是如果像點值補助或是罕病的新藥部分是放在非保險給付的話，那它完全不會出現在36%的公式裡，以我目前的理解，也有可能我理解錯了，這都是這1、2年的新增的項目，所以我不太確定是不是我有理解上的問題，如果真的是這樣，會變成一樣是公務預算挹注，但放在不同項目裡，會對我們36%計算影響也不太一樣，你們很多項目都沒有把這2年新增公務預算挹注的部分歸類歸到各項定義裡面，所以這是我閱讀時比較困惑的部分。

另外，像癌症新藥50億元也沒有出現在這個數字裡，當然我也猜它可能算外掛，所以我們現在在進行費率預測的時候，理論上就我的概念而言，我們應該是對整個健保基金的財務來預測，看看是不是要調整費率，那外掛的部分到底要用什麼方式呈現，這也是我有一點好奇的，我的意思是說，第1個很多項目到底是不是之後屬於常態，就呼應到蔡淑鈴諮詢委員剛剛提到的問題，如果不是常態的話，短期你還是得要在預測模型上做一些表達，因為我們在閱讀的時候才會知道整個健保基金到底是怎麼運作，所以這個部分可能也要請教健保署。

今天會議主題還有另外1個題綱，就是短中長期未來的財務制度，剛才其實蔡淑鈴諮詢委員也提到關於貧富差距的部分，當然以目前我看到文獻的情況，基本上健保支出方面，確實是比較有利於低所得者，即相對來說經濟上比較弱勢的，也就是健保醫療費用總額如果涵蓋範圍越大，理論上對於經濟相對弱勢的人應該是比較有利的。至於自費的部分，目前看到的研究結果，它比較像是累進性，也就是自費的部分其實比較多是由有錢人來負擔。所以事實上剛才提到很多問題，然後目前確實我們的保費是累退的，即便加上補充保險費都是累退的，有錢人相對繳的少。到底未來整個制度要如何

因應貧富差距這個問題，制度上怎麼調整，可能要搭配一些實證分析，才能比較確定清楚這方向要往哪裡走，以上意見供大家參考。

周主任委員麗芳：非常感謝韓幸紋諮詢委員，她是青出於藍而勝於藍，可以看到她對於剛剛精算模型中的所有假設，還有呈現出來數據的解讀，非常精闢到位，並提出詳盡意見。不論是想要回應諮詢委員，或是針對健保署報告的內容，我們請委員把意見一併提出後，再請健保署統一回應。在座的各位委員是不是有要提出意見？請張家銘委員。

張委員家銘：謝謝諮詢委員講得非常清楚，也都有特別提到針對川普政府關稅政策可能會對藥價造成影響，我也是蠻擔心這部分，所以希望等會兒諮詢委員可以就關稅影響做一下說明。但就我所知，藥品這邊並不是在對等關稅的範圍，而是屬於美國 232 條款措施^(註)。對美國來說，藥品跟半導體、晶片都是屬於國安層級的，都是列在 232 這邊。

其他的國家對等關稅跟 232 都是分開來談，但就我了解，台灣是傾向將它們綁在一起談，因為我們在半導體產業是有優勢的，所以希望可以綁在一起談。但不論是綁在一起談或分開談，接下來關稅的稅率或價格變化，對台灣的影響都不容忽視。除了大家普遍擔心的問題之外，美國政府是否會以關稅壁壘或關稅障礙的角度來做調查，作為手段施壓，要求台灣在採購過程中更加開放與透明，我覺得這是另外一個我們必須要去思考的，以上。

註：美國 232 條款措施，是依據美國的 1962 年貿易擴張法第 232 條規定(Section 232 of the Trade Expansion Act of 1962)，以調查與認定特定產品之進口是否影響美國國家安全。232 措施的調查機關是美國商務部產業與安全局(Bureau of Industry and Security, Department of Commerce)，倘認定進口產品造成美國國安威脅，美國總統具有對該產品之進口採取調整措施之裁量權，包括提高關稅、設定配額或採取其他非貿易措施。

周主任委員麗芳：請呂正華委員。

呂委員正華：我有 2 個提問，剛剛諮詢委員提到在第 22 張投影片的數據，在經濟成長率各方面都很不錯的樂觀情況下，是否還要做這樣保守的估計。不過剛剛張家銘委員提到，關稅這個課題其實是很難預測，以我目前在工總服務的產業來看，這幾個月有一些數字當然

看起來是漂亮的，可是其實有 AI 跟沒 AI 真的是兩極化，我們裡面沒 AI 的雇主占的比重是非常非常高，如果經濟環境改變的時候，經濟成長率的推估可能就要更加謹慎，這也會影響到安全準備是不是 1 個月或 2 個月的課題，當然這也需要健保署這邊做進一步的研究，這是第 1 個。

第 2 個，工總底下有個雇主委員會，該委員會今年 8 月 28 日成立全民健保研究小組會議，在座的諮詢委員及部分健保會委員也都受邀在前述 8 月 28 日會議進行討論，會中我們也擔心健保財務的課題，所以有 1 項建議是關於政府應負擔健保總經費法定下限 36%，剛剛諮詢委員有提到這部分，而我們的會議紀錄是希望建議提高到 40%，當然這也是給健保署參考，因為提高的話才能避免未來健保保費有調漲的可能性。

因為關稅的課題，或許健保署可以多諮詢專家學者，例如向經濟學者請益，本會有 1 位委員是中經院的院長，每天都會跟他關稅問題詢問，你們要委辦計畫給中經院，不能用個別諮詢，類似這樣。建議要密切觀察國際經貿趨勢、產業發展，以及健保的發展也都會跟這個息息相關，以上。

周主任委員麗芳：謝謝呂正華委員，他現在是工總的秘書長，但是他也長期在政府部門服務，包括經濟部、數發部，是跟產業已經有革命情誼，由他觀察產業可以說看得是最透徹，剛剛說工總的雇主委員會建議政府負擔健保總經費是不是可以從 36% 提高到 40%，非常謝謝，等一下楊芸蘋委員發言完之後，我看連賢明委員是很難脫身，因為已經好幾個人點名要請您發言，所以楊委員之後要請您發言，先請楊委員。

楊委員芸蘋：我想關稅的問題可能影響波及經濟問題，勞工部分沒有特別了解我就先不說，我擔心的是目前預估 114 年 2.78 個月的安全準備是加了蠻多數字進去，當然有一個很重要的部分也就是政府這幾年的挹注，剛剛也講說挹注是不是常態性的？如果是常態性的話，是不是能用法律明定？如果可以的話，這樣每年總額協商及討論健

保財務時候，就要納入這 200 多億元，讓我們討論時有一個基礎的數字。

第 2 個是政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數的部分，剛剛呂正華委員說希望提高到 40%，這是蠻多人在期待的，當然我們也知道不容易，因為要修法，沒有修法的話沒辦法做到，如果有到 40%，那對全民來說是真正的保障，也讓政府完全負起對全國民眾健康問題的保證，我希望常態性的挹注是不是也讓我們提早了解，這樣對我們來說也是增加確定性，至於能否改為 40%，靜待以後的修法狀況再說。

周主任委員麗芳：大家一起來努力一下，接下來先請連賢明委員跟大家指導一下。

連委員賢明：我想剛剛諮詢委員都已經講蠻多了，我大概就 2 個部分簡單說明。第 1 個部分當然就是剛剛的預估，我覺得預估是比較保守一點，因為假設真的覺得這幾年比較有影響的話，其實可以參照前幾年，不需要真的下修那麼多。

第 2 個就是關於川普的關稅，我們也每天都很頭痛，在藥品的部分，目前應該是沒有太新的狀況，其實目前看到大部分的藥廠應該沒有真的打算把美國以外的藥價，調高至與美國價格相符，所以可能這部分先不用這麼緊張，不過會不會因為台灣藥價相對是比較低的，而會受到影響，可能後續再觀察一下。

周主任委員麗芳：請黃美慧代理委員。

黃代理委員美慧(黃委員國祥代理人)：因為我們今天講了很多關於費率及收支平衡的議題，在保費收入也有很多提問跟探討，我想請問第 22 張投影片總額成長率部分，因為收入就是為了要支出，這張投影片備註「總額成長率 116 年起依歷史趨勢推估」，我想要更了解所謂的趨勢推估是用什麼方法？是 CPI_(註)還是以什麼方式進行趨勢分析？可以再多做一些說明。

註：CPI(Consumer Price Index，消費者物價指數)。

周主任委員麗芳：請洪瑜黛委員。

洪委員瑜薰：前面幾位諮詢委員都有提到，近年來蠻多用公務預算的部分，其實剛也提到會憂慮這部分是不是常態，如果要常態支應的話，是不是有一些法源依據，我們知道行政院這邊編入公務預算，但進到立法院不見得會過，所以如果沒有一些法源依據做基礎的話，這對健保來講，想要常態依靠公務預算還是蠻危險的，以上。

周主任委員麗芳：請陳秀熙委員。

陳委員秀熙：我們的健保已實施 30 年，我還是回到今天原來的題綱來談這問題，各位如果可以觀察到，其實不管政府出錢或者是保費增加，或者是今天我們用任何一個制度，你看今天各國國防預算占 GDP^(註 1)比率都在成長，我想台灣也不例外，慢慢會提高到 3%，面對這個情況之下，我們要反問及需正視面對的問題，長期以來大家都知道的事實，就是我們整個健康支出占 GDP 比率，相對於目前 OECD 國家就是比較低的，當然韓國有其歷史背景成因，但我國的成長還是跟韓國不一樣。這部分今天剛好有機會再次提出，主委也知道，對於非協商因素，我自己個人今年 3 月份時就提出公式要全部重整的意見，但我仍考量到健保有時間穩定性的問題，所以我給的時間就是 5 年，我們是不是應該有 5 年來檢討。

我講一個最重要的，也就是剛才大家關心的自費問題，今天台灣的自費為何會上升？今天當健康支出占 GDP 沒有達到一定的比率時，醫療屬於服務密集型，這種屬於低生產力的產業就會面臨困境。全世界有 3 個最重要的低生產力產業：醫療、教育跟藝術，這類產業的特質就是生產率成長緩慢、成本容易上升。就算今天有了 AI，醫師看病時間不可能減少，教育授課時數不可能減少，今天看到台灣藝術界已經把整個觀念帶進去，所以民眾寧可花費 1 張票價高達 1 萬元、5 千元去欣賞藝術表演，但若要他們花同樣的金額去接種自費疫苗，會願意嗎？這些都是經濟學家 1960 年代 Williams Baumol 提出來的鮑莫爾成本病^(註 2)。可是我們每次在討論非協商成本的時候，從不考慮這個，當制度設計未能考慮到這些低生產力產業特性時，當然所有供給面就受到影響，進而導致人力短缺的問題。為什麼人力不足？因為薪資不夠高，無法吸引或留住人才。這樣的制度

設計長期下來，必然會產生一連串的后續結果。

我也曾多次與大家分享，在疫情期間看到的問題。過去我與楊志良教授從人口學角度研究看到嬰兒潮的問題，但問題就在於，COVID-19 時發現除了嬰兒潮的 580 萬人，後面還有 X 世代的 700 萬人，兩個世代加起來約有 1,200 萬人，正是疾病最多、癌症發生年齡最高的。健保在規劃時前輩筆路藍縷，我們心存感激，但是當時規劃只有 250 萬的高齡人口，可是到今天為止健保面對需求面不斷增加，且需求、供給都不精算，因而導致今天看到的問題。最後我可以預測，因為每次都是安全準備算完以後再來推估總額成長率，這樣的話制度就沒有辦法有效運作，所以在每次協商的時候我想主委是非常辛苦，我常稱她是菩薩心腸，但最後大家只有，台灣話就是喊 paraken^(註 3)，也就是 negotiation(協商)。

我必須要誠實跟大家講，台灣學者專家人才濟濟，為什麼仍這樣沒有辦法，其他國家都有成長的激勵，美國跟加拿大是最好的例子，美國、加拿大在 1986 年醫療支出占 GDP 比率就已達 7.8%，加拿大實施總額，美國不做總額，到今天為止當然一直上升，當然他們的制度背景也不同，但美國也發生過成本轉移到 long term care(長期照護)等問題，所以他們也嘗到這些後果，因此用 DRG^(註 4)等方法來因應。

因此這些制度都告訴了我們，不管在非協商因素、協商因素，今天都需要重新思考改革，否則我們只能照原來的公式。所以今天我也想替李飛鵬理事長他們講點話，沒有錯，我們今年協商 115 年度總額成長率達到 5.5%，可是想想看，如果在地區預算分配中，今天 R 值、S 值^(註 5)公式本身都不檢討，用 SMR^(註 5)去算合理嗎？在流行病學家看這件事情是非常危險的，所以導致東西不平衡，我還是要提出跟大家勉勵，我覺得這部分我們要共同努力，我個人永遠都是原則一樣，我們不是談現在，都是談健保未來 5 年、10 年能不能讓整個變更好，不管用什麼制度。

藉今天這個機會，所有消費者、專家委員都在，我個人在 COVID-

19 之後，對台灣醫療非常擔心，先不談目前關稅問題，你看現在病床仍一床難求，所以我們不該把這些現象都忘掉，然後一直想說今天安全準備已經夠了，實況並不是這樣，謝謝大家。

註 1：GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)。

註 2：鮑莫爾現象(Baumol effect)或鮑莫爾成本病(Baumol's cost disease)是美國經濟學家威廉·鮑莫爾所提出的一種現象，主要在說明一種經濟部門的生產力相對落後於另一種部門的理由，經濟學文獻常把醫療、教育與藝術視為典型的生產率成長緩慢、成本容易上升的領域。

註 3：喊 paraken(台語，bargain 的諧音，係為日文化的英文，原意是指交易雙方協議買賣條件，引申為討價還價之意)。

註 4：DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群；係一種住院支付制度，以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症及出院狀況等條件，分成不同的群組，同時依各群組醫療資源使用的情形，於事前訂定各群組的包裹支付點數)。

註 5：R 值(各地區保險對象人數校正風險因子後之數值，人口參數)、S 值(總額開辦前 1 年(民國 89 年)各地區保險對象實際發生醫療費用比率)、SMR(標準化死亡比，Standardized mortality ratio)。

周主任委員麗芳：非常感謝陳秀熙委員，剛剛語重心長，然後他也特別提到李飛鵬理事長，李飛鵬理事長一聽到之後馬上就要來回應，請李飛鵬理事長。

李委員飛鵬：主委、各位委員，我擔任台灣醫院協會理事長來這裡學習了 2 年，慢慢對健保制度比較多了解一點，我的感想是大家都同意一件事情，就是盡量不要漲健保保險費，健保保障的項目及範圍，比方癌症新藥等，能夠越多越好，但不要漲健保保險費，然後由政府編預算挹注，這是我覺得大家的共識，其實政府向人民收稅收，收這麼多所得稅、營業稅，照顧人民也是應該的，但大家也提到預算要經過立法院同意，同意就給，不同意就不給，很多委員希望把政府挹注變成常態化，讓內心篤定一點有這筆錢。

陳秀熙委員也特別提到，用比較謙卑的話來說，台灣主要就是老人都老了，阿伯、阿公、阿嬤都老了，老人老了就要花多一點錢，醫療支出就比較多，大家要有一個共識，過去的社會都是年輕人，像我以前也沒在看健保的，但到了 70 歲，開始有了慢性病，開始吃降血壓藥，開始吃降膽固醇藥，我的主治醫師說李飛鵬你要活久一點就一定要吃 6 種藥，我說為什麼要吃 6 種藥？所以說我們大家要有個共識，台灣的老人老了，我們對老人的醫療照顧支出一定要增加。

我也很感動台灣有這麼好的健保制度，不會像剛才蔡淑鈴諮詢委員講的因病轉貧，但健保費用不夠，醫院要經營，因應世界在變，所以自費的比率越來越高，有些院長一上任制定的 KPI^(註)就是自費比率要調高多少、每個科要調多少，這真的讓中低階層民眾面對自費醫材的時候，內心會有很多衝擊，像是換頸部的椎間盤要 20 多萬元、換髖關節要 2、30 萬元，醫師跟病患兒子說健保怎麼樣，自費比較好，要不要用自費的，兒子跟爸爸就有衝突，所以我希望大家真的認識到台灣的老人變多了，我們要有共識多付一些錢給爸爸、媽媽、阿公、阿嬤，我想不懂為何政治人物或部長一上台就宣布不調升健保保險費，不調升健保保險費是護身符，好像調升健保保險費就失去政權，拿政權比較重要，我覺得大家是否重新思考這件事情？

不調遺產稅率、所得稅率，我想到一個辦法增加健保收入，我看到交通部的數據，台灣每年暑假有 4、500 萬人去日本旅遊，國內外的旅遊支出好像超過 1 兆元，我覺得要增加富人稅及補充保險費，可以做的事比如說旅遊支出加 5% 稅，1 兆元就有 500 億元，另外我注意到 1 年 40 萬人發生車禍，1 人花 1 萬元就是 40 億元，死了 3,000 人，所以在交通安全的問題上，我們應該好好思考如何降低車禍事故，重罰或怎麼樣，可以減低健保外傷支出及急診壅塞的問題，我們也許可以想一下從旅遊支出上面徵一點稅來挹注健保，這也都沒有影響到大家，以上。

註：KPI(Key Performance Indicators，關鍵績效指標)。

周主任委員麗芳：非常感謝李飛鵬理事長，因為他不只是站在醫院協會的角度，也幫我們想健保財源可以從哪些地方來，謝謝。請胡峰賓委員。

胡委員峰賓：謝謝主席，剛剛蔡淑鈴諮詢委員有提到一個議題，就是政府補助的常態化，我想健保本質是社會保險，所以透過這制度去保障弱勢族群，也維護醫療的可近性，不過我們不可否認，政府經常透過健保實施、落實某些政策，所以說政府既然透過健保點了菜，不能只顧拍照，錢也要上桌，所以怎麼樣把政府補助常態化，這個

部分可以在法制上思考如何落實，以上。

周主任委員麗芳：請張田黨委員。

張委員田黨：我個人認為適度的調漲健保保險費，我是同意的，但是要有條件，如何處理、協助中低收入戶，這一定要做好，但是健保保險費還是要適度的調漲，不要全部補助都由政府另外編列預算來挹注，我覺得這不是長久之計，而且也非常的的不負責任，因為政府的稅收不一定每年都能剩餘很多，時勢在變，剛剛大家提到的美國關稅問題等等，整個世界變化的問題及國防預算增加的問題，這都會排擠國家的總預算，也會影響健保預算，但我希望衛福部要有一個觀念，不管貧富差距，中低收入戶所用的藥材醫材，也能保障和我們使用的是同等的。

另外衛福部有一個問題值得我們去討論，現在植物人使用呼吸器所用掉的健保費用相當高，我們基於人道，無限制地一直延續使用呼吸器，由政府來負擔費用，我覺得完全不合理，衛福部以後是不是制定新的辦法，一個人經過急救後使用呼吸器維生，經過3個月或幾個月以後，家屬如果要讓他延續生命就要自行負擔費用，不要再由政府無限制負擔，不應該把預算浪費在這邊，省下來的預算可以處理健保的其他問題，健保預算就不會受到那麼大的排擠，以上是我個人的建議。

周主任委員麗芳：請嚴必文委員。

嚴委員必文：我們病友團體針對漲健保保險費這件事情討論很多，當然病友團體有不一致的想法，但我們自己也在想健保保險費凍漲到底是表面的漂亮業績還是掩耳盜鈴，因為癌症新藥基金是政府投入的一筆經費，但如果2年之後癌症新藥基金4、50億元的額度要全部由健保預算支應，現在健保預算要怎麼承接？有沒有辦法承接？

剛才韓幸紋老師講到癌症新藥基金好像就是一個過渡方案，只是暫時解決這個問題，其實藥品的永續使用是要回到健保，如果今年暫時性給付付了30億元，我預期後年健保預算就要編列30億元，今年的新藥總共也才24億元，我不知道到時候健保還有沒有預算

可以把這 30 億元編進去，以及告訴大家這個預算是合理的，謝謝。

周主任委員麗芳：請黃心苑委員。

黃委員心苑：謝謝主委，因為我剛才聽到大家講韓國，我就覺得奇怪，怎麼跟我印象中的韓國不大一樣，所以我稍微查了一下，順便跟大家交換一下資訊。因為我們現在都在講台灣花的錢到底是多還少，我不曉得報導者，我是沒有看，我等一下回去再 check 一下，我看到韓國 2024 年健保費用，不是全部醫療費用，就是 97 兆韓元，大概算一下是新臺幣 2.05 兆元，所以他們還是花得比我們多，我們沒有多花錢，我們還是花得比韓國少，這是先資訊交換一下，我不曉得健保署的資料是哪裡來的，但從韓國媒體、ChatGPT 的數字都比較接近，2024 年都是 97 兆韓元左右。

另外大家可能覺得台灣花的錢沒有比別的國家多，但是醫療科技在進展，我們要新的東西，但是錢要從哪來，如果健保保險費不漲或政府不幫忙支援，就是人民自己要出錢，就繞到剛才蔡淑鈴諮詢委員講的貧富差距問題，我也知道癌症希望基金會一直談說有沒有可能用商保補健保，這都是需要探討的議題，既然要用商保，既然大家願意出錢，為什麼不出在健保，而是出在商保，因為商保就變成是有錢的人才可以保。

周主任委員麗芳：非常感謝，今天不只是 3 位諮詢委員，所有的委員幾乎都表達了大家深切的關心，接下來就請龐一鳴副署長及署內同仁回應。

黃參議珮珊：各位委員大家好，我就針對點值補助的部分做報告，113 年這筆費用是因應疫情後 COVID-19 及類流感就醫增加，由行政院預算額外撥補，不是常態性的撥補。

陳組長美杏：剛剛黃珮珊參議說明有關點值補助部分，在 113 年是列入保險成本的保險給付支出。另外有關預測補充保險費部分，因為關稅政策比較不確定，所以我們這次財估是比較保守的，但是第 23、24 張投影片有把補充保險費列為敏感度分析條件之一，分析增減 5% 金額的影響金額。另外有關 112~114 年政府挹注總共 640 億元不是

常態性的收入，所以我們也按照預算書編列的方式，呈現在其他的收入。

有關癌症新藥 114 年總額外有專款 50 億元，115 年好像也是總額外有 50 億元，因為不在總額內，所以財務估計就沒有呈現，但 114 年每次在健保會報告的業務執行報告，我們在權責基礎的報表中用附註的方式來呈現。

另外黃國祥委員代理人黃美慧專案協理特別提到第 22 張投影片總額成長率是怎麼估算的，在第 20 張投影片有細部說明，主要是分為協商因素及非協商因素來試算，相關假設也請委員參閱第 20 張投影片，以上報告，謝謝。

周主任委員麗芳：龐一鳴副署長要不要做總結？

龐副署長一鳴：因為大家提出很多層次很高的建議，我們健保署的立場也無法回答，感謝大家提這麼多意見，有機會跟部長討論的時候，我們會轉達大家的相關建議及支持，當然社保司也可以轉達。另外大家剛剛還是比較關心最近經濟受到美國政策影響，因為因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例有編列 200 億元挹注健保基金，還是有一點籌碼在手上，但 200 億元沒有列在這裡……

陳組長美杏：有，預算是編列在 114 年，115 年沒有。

龐副署長一鳴：對，不要緊，因為是特別條例，所以會有施行期間，只是帳目上編法的問題，我自己也常常誤會。因應國際情勢強化經濟社會及民生國安韌性特別條例是因應美國總統川普的政策，那影響遠超過各位講的關稅問題，因為台灣藥品輸出美國是有限的，其他產業比較多，但最大的問題是川普會採用國際參考價來比較，所以剛剛連賢明委員有提到，他會強迫有些藥廠提高國際價格，現在有些藥廠，像輝瑞藥廠已經表達會配合美國的政策，所以輝瑞藥廠股票大漲，但實際情形還待觀察，所以我們會透過韌性條例的支援來幫忙這件事情。

周主任委員麗芳：非常感謝大家，今天我們凝聚了諸位的共識，所以感謝各位諮詢委員及本會委員提供寶貴建議。請蔡淑鈴諮詢委員。

蔡諮詢委員淑鈴：不好意思，我想再回應一下剛剛韓國健保的資訊，97 兆韓元相當於新臺幣 2 兆元，我們現在是破新臺幣 1 兆元，可是韓國有 5,700 萬人，我們是 2,300 萬人，韓國人口是我們的 2.47 倍，我是從這觀點來看，才講韓國健保花的錢可能跟我們相當，韓國健保今天也是用到 97 兆韓元，但也是極力地減少民眾的自費，但有些人想要比醫療支出占 GDP 的比率，這又牽涉到分母，所以我剛才要講的是這部分，我跟黃老師交換意見一下，謝謝。

周主任委員麗芳：好，謝謝，不管是蔡淑鈴諮詢委員、黃心苑委員，我想大家觀點都一樣，只是再做一個補充校正。感謝各位諮詢委員及本會委員提供寶貴意見，請健保署參酌委員提出的意見，修正 115 年度保險費率方案草案，於 11 月 4 日前提案至本會，俾於 114 年第 9 次委員會議，也就是 11 月 19 日的會議進行審議。今天會議有沒有臨時動議？沒有的話就散會，謝謝大家。

副本

檔 號： 附錄三
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年10月16日

發文字號：衛部保字第1141260437號

附件：全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險牙醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部口腔健康司、本部社會保險司(均含附件)

部長 石崇良



分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
		✓		

第1頁 共1頁

部內
紙手
又

健保會 114008

114.10.17

3

衛生福利部 令

發文日期：中華民國114年10月29日
發文字號：衛部保字第1141260428號
附件：「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一



修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一。

附修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條附表一

部長 石崇良

副本

檔 號： 附錄五
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



4

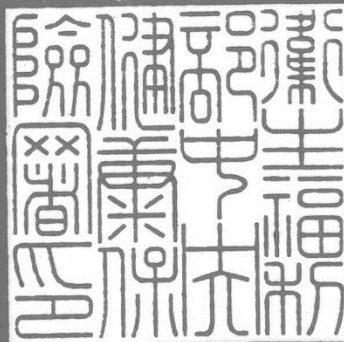
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年10月14日

發文字號：健保醫字第1140121613號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」及「牙醫門診加強感染管制實施方案」。

依據：衛生福利部114年9月30日衛部保字第1141260397號函。

副本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、衛生福利部、衛生福利部口腔健康司、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300249

114. 10. 16

副本

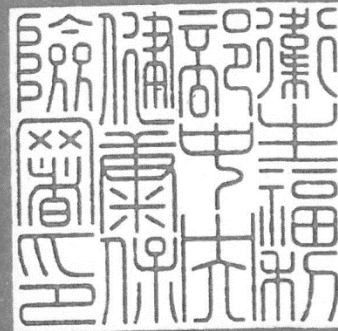
檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年10月28日
發文字號：健保醫字第1140665483號
附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：新增「全民健康保險週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫」，並自中華民國一百十四年十一月一日起生效。

依據：衛生福利部114年10月28日衛部保字第1141260449號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、社團法人台灣急診管理學會、臺灣兒科醫學會、本署各分區業務組、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300257

114 10. 30

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年10月31日

發文字號：健保醫字第1140123439號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：修訂「全民健康保險門診靜脈抗生素治療獎勵方案」，並自

中華民國一百十四年十一月一日生效。

依據：衛生福利部114年10月23日衛部保字第1140144983號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人台灣急診醫學會、台灣感染症醫學會、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300258

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



19

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114年11月3日

發文字號：健保醫字第1140123562號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網公告欄截取)



主旨：修訂「全民健康保險在宅急症照護試辦計畫」(附件)，並自
114年11月1日起生效。

依據：衛生福利部114年10月27日衛部保字第1141260446號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國
呼吸治療師公會全國聯合會、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、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國營養師
公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣社
區醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、台灣在宅醫療學會、台灣居家醫療
醫學會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人台灣安寧緩和醫學學會、社團法人台灣
安寧緩和護理學會、台灣護理學會、社團法人台灣居家護理暨服務協會、衛生福
利部全民健康保險會、衛生福利部醫事司、衛生福利部長期照顧司、地方政府衛
生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署醫務管理組、
本署承保組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300261

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



7

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114年11月4日

發文字號：健保醫字第1140123694號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：修訂「全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案」
(附件)，並自115年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年10月28日衛部保字第1140145613號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、
社團法人台灣胸腔暨重症加護醫學會、台灣內科醫學會、台灣慢性阻塞性肺病學
會、衛生福利部全民健康保險會、地方政府衛生局、本署企劃組、本署醫審及藥
材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組

署長陳亮好

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300264

114. 11. 5

副本

檔 號： 附錄六
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

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114年10月22日

發文字號：健保醫字第1140664567號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告中醫門診總額照護計畫114年10月起新增承辦院所及醫師名單。

公告事項：

一、新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等7項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自114年10月1日起。

二、請至本署全球資訊網首頁／最新消息／法規公告下載（網址為：<https://www.nhi.gov.tw/ch/mp-1.html>）。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部全民健康保險會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300252

114.10.23

附錄七

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 10 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)		院所數	2	0	2	3	1	0	8
		醫師數	2	0	5	3	1	0	11
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	3	3	11	3	0	0	20
		醫師數	5	7	19	3	0	0	34
中醫急症處置計 畫		院所數	0	0	1	0	0	0	1
		醫師數	0	0	1	0	0	0	1
中醫癌症患者加強照護整合方案	癌症病人西 醫住院中醫 輔助醫療計 畫	院所數	2	0	1	2	0	0	5
		醫師數	2	0	2	2	0	0	6
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	2	0	1	2	0	0	5
		醫師數	2	0	2	2	0	0	6
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	4	1	19	4	0	0	28
		醫師數	7	1	30	4	0	0	42
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	5	2	16	4	2	0	29
		醫師數	7	3	28	4	4	0	46

(會議資料第 112 頁)

討論事項第四案「115 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配案」

.....
.....
.....
一、更新說明四、中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)於本(114)年 11 月 17 日函提 115 年度一般服務地區預算分配之建議方案(詳附件一，第 3~7 頁)，係經該會於 114.11.12 召開會議之結論辦理，摘要如下：

(一)建議 115 年度 R 值占率維持 70%，風險調整移撥款 7 億元，優先保障東區浮動點值不低於每點 1 元；次之，撥補點值落後地區。

(二)若 115 年度 R 占率前進至 71%，各區對於風險調整移撥款額度及用途有不同建議，摘要如下(詳附件一，第 3~4 頁)：

1.請台北區及北區思考是否同意，先提撥「因 R 值占率前進而增加預算費用的 50%」，用於撥補「因 R 值占率前進而『減少預算費用』之地區」：

(1)若台北區及北區同意：風險調整移撥款 7 億元，用於撥補點值落後地區。

(2)若有分區不同意：

①台北區建議至少 10 億元，優先撥補因 R 值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

②高屏區建議 7 億元，優先撥補點值落後地區。

2.北區建議依等比例的方式來補點值落後地區。

3.南區建議 7 億元，用途同台北區。

(三)另對於「結算後，若該區浮動點值大於每點 1.0 元(東區浮動點值大於每點 1.1 元)之超出費用，是否回補各分區」乙節，各分區亦有不同意見(詳附件一，第 3~4 頁)。

本會同時請健保署就「醫全會所提建議方案」提供執行面意見(資

料後補)。另本會已請健保署提供 113、114 年風險調整移撥款執行結果，該署於 114.11.13 以電子郵件回復如附件二(第 8~10 頁)。

二、更新說明五、115 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.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「保障民眾就醫的公平性」的政策目標，宜適度調升 R 值。

查 113 年 R 值占率未調整，114 年 R 值占率前進 1%為 70%。

2.待討論事項：115 年 R 值占率是否適度調升。

(二)風險調整移撥款：

1.查 113~114 年度總額公告，西醫基層總額 113 年移撥 6 億元，114 年移撥至少 6 億元(最後經健保署及西醫基層部門承辦團體議定為 6.5 億元)。

2.待討論事項：115 年度是否仍維持風險調整移撥款，其額度請討論。若 115 年度 R 占率前進至 71%，考量西醫基層總額各分區尚有諸多意見待整合，建議參照 114 年度作法，本會先議定 115 年度風險調整移撥款額度至少需達○億元。至於所涉執行面及計算(含風險調整移撥款額度、用途與執行方式)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額度、用途與執行方式請送本會備查。

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

電子信箱：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114年11月17日

發文字號：全醫聯字第1140001476號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如文 (0001476A00_ATTCH1.pdf)

主旨：有關115年度「西醫基層總額一般服務地區預算分配」之
建議方案，請查照。

說明：

一、覆貴會114年7月2日衛部健字第1143360097號書函。

二、依本會114年11月12日「115年西醫基層總額一般服務費用
地區預算分配」專案小組第四次會議結論辦理。

三、本會歷經四次會議，目前研議進度如下：

(一)115年R值維持70%(依貴會112年度決定事項「二年前進1%
為原則」)，建議如下：

1、風險調整移撥款金額7億元；爾後每年隨當年度一般服
務費用成長率增加，計算當年度額度。

2、風險調整移撥款用途，優先保障東區浮動點值不低於
每點1元；次之，撥補點值落後地區。

(二)若貴會決議115年R值前進至71%，建議如下：

1、請「臺北區」及「北區」思考是否同意支持，先提撥
「因R值占率前進而增加預算費用的50%」，用於撥補



114.11.17



1143340255

因R值占率前進而「減少預算費用」之地區。

2、若「臺北區」及「北區」同意前述1，則風險調整移撥款(7億)，建議用於撥補點值落後地區；

3、若有分區不同意前述1：

(1)臺北區，建議擴大風險調整移撥款金額為至少10億元，優先撥補因R值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

(2)高屏區，建議風險調整移撥款金額為7億元，優先撥補點值落後地區。

4、北區，依等比例的方式來補點值落後地區。

5、南區，建議風險調整移撥款金額為7億，優先撥補因R值占率前進而減少預算之分區的「減少費用」(不含東區)；剩餘款再用於撥補點值落後地區。

(三)對於「結算後，若該區浮動點值大於每點1.0元(東區浮動點值大於每點1.1元)之超出費用，按分區預算占率分配回補各分區(但若該分區浮動點值已大於等於每點1元時，則分配到浮動點值小於每點1元地區)」乙節，各區對但書之意見如下：

1、支持：臺北區、北區、中區、高屏區。

2、不支持：南區。

(四)檢附「113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」、「114年第1季各分區平均每件申報費用」、「114年第1季各分區每位醫師申報費用」供參。

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(含附件)



理事長 陳 相 國

裝



線



113 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	37.0%	32.1%	33.5%	5,041
北區	16.7%	16.8%	15.6%	5,197
中區	18.0%	19.5%	18.6%	5,730
南區	12.5%	13.9%	14.3%	6,357
高屏	13.7%	15.5%	15.9%	6,439
東區	1.9%	2.2%	2.1%	5,961
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,566

資料來源:健保會 114 年 11 月 19 日議程資料

114 年第 1 季各分區平均每件申報費用

分區別	平均每件點數(點)	114Q1	114Q1	平均每件(元)	
		浮動點值	平均點值	以浮動點數計算	以平均點數計算
	A	B	C	D=A*B	E=A*C
臺北區	694	0.89782934	0.91586956	623	636
北區	713	0.91299326	0.93436741	651	666
中區	687	0.94978798	0.96034254	653	660
南區	677	0.98294055	0.98451096	665	667
高屏區	679	0.94084613	0.95776224	639	650
東區	744	1.04591291	1.03273868	778	768
全區	691	0.92444367	0.94505603	639	653

114 年第 1 季各分區每位醫師平均申報醫療費用

分區別	風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額	該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用		投保該分區至其他五區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值	預算小計	114 月 4 月醫師數	平均 <u>每季</u> 醫師申報費用	平均 <u>每月</u> 醫師申報費用
		A	B					
臺北區	11,639,569,948		630,798	1,693,753,533	9,946,447,213	6189	1,607,117	535,706
北區	5,404,459,733		3,893,060	826,905,209	4,581,447,584	2623	1,746,644	582,215
中區	6,496,166,489		1,708,946	390,140,904	6,107,734,531	3639	1,678,410	559,470
南區	4,941,214,412		10,219,820	464,239,102	4,487,195,130	2519	1,781,340	593,780
高屏區	5,444,431,351		8,014,764	350,976,998	5,101,469,117	3080	1,656,321	552,107
東區	673,666,267		16,690,594	85,632,709	604,724,152	335	1,805,147	601,716
全區	34,599,508,200		41,157,982	3,811,648,455	30,829,017,727	18385	1,676,857	558,952

資料計算，以 114 年 6 月 5 日及 8 月 21 日西醫基層研商會議議程資料進行後製計算。

全民健康保險西醫基層113年及114年第1季「風險調整基金」執行情形		
年度	113年	114年
分配方式	<p>1. 113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」），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），並依113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）點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。</p> <p>（4）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浮動點值。</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）移撥後（係指撥補因R值占率前進而減少預算分</p>	<p>1. 114年全年移撥風險調整移撥款6.5億元。用於因撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」（不含東區），其次，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」），餘款用於撥補點值落後地區，並依114年西醫基層總額四季預算占率提列。</p> <p>2. 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採114年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6.5億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。</p> <p>3. 以東區以外之五分區一般服務費用（不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」、「因應長新冠照護衍生費用」、「促進醫療服務診療項目支付衡平性」等專款、其他部門「基層總額轉型態調整費用」、及藥品給付協議），估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款風險調整移撥款撥補點值落後</p>

年度	113年	114年
	<p>區之「減少費用」後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。</p> <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>	<p>地區方式，如下：</p> <p>(1) 點值落後地區，係指低於五分區平均浮動點值且不過每點1元之地區。</p> <p>(2) 依下列公式進行費用撥補：</p> $\frac{\{(M - An) \times Y_n\}}{\sum_{n=1}^n [(M - An) \times Y_n]} \times \text{當季風險調整移撥款}$ <p>註 M=五分區平均浮動點值；A=該區浮動點值。 Y=該分區一般服務預算（不含違規查處、專款及其他部門）占率。 n=低於五分區平均浮動點值且不過每點 1元之地區。</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浮動點值排序前一名之分區點值，且點值不過每點1元為止。</p> <p>(4) 若有剩餘或未動用之移撥款，則<u>當季依五分區(不含東區)</u>移撥後之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。</p>

年度 執行 情形	113年					114年	
	113年第1-4季結算金額結果：					114Q1結算金額結果：	
	分區	113Q1	113Q2	113Q3	113Q4	分區	114Q1
	台北	74,705,316	74,612,184	72,925,137	77,757,363	台北	122,106,269
	北區	18,563,336	39,075,455	23,330,924	29,718,100	北區	14,411,353
	中區	3,432,166	1,656,846	11,356,637	12,998,158	中區	3,801,330
	南區	11,534,168	11,310,907	9,847,880	11,146,450	南區	12,158,816
	高屏	11,720,975	19,156,877	3,276,253	5,182,181	高屏	4,097,140
	東區	29,454,671	3,412,099	25,113,443	18,712,474	東區	4,720,746



114年10月份 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
114年11月19日

1



樺加沙風災災區受災者就醫費用及健保費補助作業



公告災區範圍受災民眾

行政院114年10月7日公告災區範圍

花蓮縣

光復鄉、鳳林鎮及萬榮鄉



自114年9月21日生效



補助3個月就醫費用

自災害發生日(9/21)起3個月期間內就醫，補助就醫費用包括：

- ◆ 具保險對象資格者→就醫應自行負擔之部分醫療費用及住院膳食費。
- ◆ 未具保險對象資格者→屬本保險給付範圍內之醫療費用及住院膳食費。



補助6個月健保費

符合條件之保險對象應自行負擔之6個月健保費(114年9月至115年2月)
由中央政府支應，並得以民間捐款為之

- ◆ 受補助健保費之保險對象名單，由公告災區縣市政府於災害發生後提供健保署，保險對象不需自行辦理申請作業。

2



樺加沙風災受災者欠費協助措施



公告災區範圍受災民眾



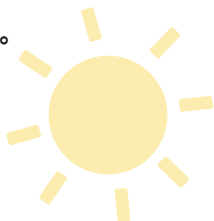
自114年10月7日生效



健保費欠費免催繳、免滯納金、提供無息貸款

受災保險對象如有健保費欠費情形，在一年期間內，享有下列協助措施：

- ◆ 健保費欠費免予催繳。
- ◆ 延遲繳納健保費者，免予加徵滯納金。
- ◆ 健保費欠費免予移送行政執行。
- ◆ 健保費欠費及應自行負擔之費用尚未繳納部分，得向全民健康保險紓困基金無息貸款。



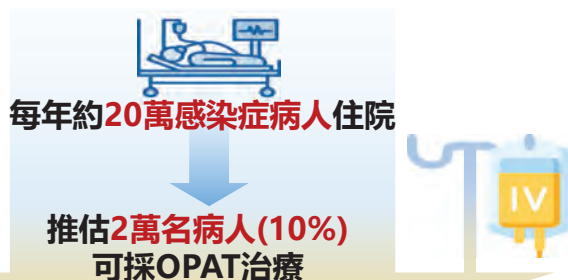
3



門診靜脈抗生素治療獎勵方案(OPAT)

114年8月實施，另新增輸液器1日型於11月1日生效

- ◆ 針對輕至中度感染症病人，提供門診靜脈抗生素治療之選擇
- ◆ 提升醫療可近性並減少病人住院時間，降低對工作及生活之影響
- ◆ 透過整合性治療，提升病人治療成功率並減少併發症
- ◆ 為增加醫師抗生素選擇，114.11.1起新增輸液器1日型，支付2,133點



推估增加支出約1億點
一天注射一次 1,031點；治療計畫5天推估

推估減少住院約3.5億元、15.6萬住院天數
以方案所列感染症平均住院7.84天推估

114年8-9月申報資料

	醫院	基層診所	合計
家數(家)	51	30	81
人數(人)	760	120	880
申報費用(萬元)	372	46	418

截至114/10/22醫療主機資料

4



週日及國定假日輕急症中心(UCC)試辦計畫

114年11月1日實施



輕急症中心

Urgent Care Center, UCC

🕒 服務時間：在週日或連續假日上午8時-24時開設

👤 服務對象：非重大急症但須即時處理之病症

📍 試辦地點：六都優先試辦，共13處(臺北市、新北市、桃園市、臺中市、臺南市、高雄市)

💰 收費：部分負擔150元

什麼時候該去UCC？

- 若為出院者，先電話諮詢原住院院所。
- 下列五大症狀可至UCC看診：



發燒

簡單傷口

呼吸道症狀

腸胃道症狀

小兒急性不適

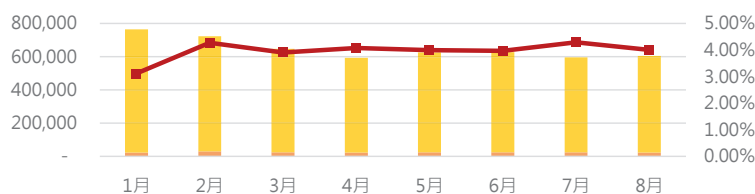
5



急診品質提升方案

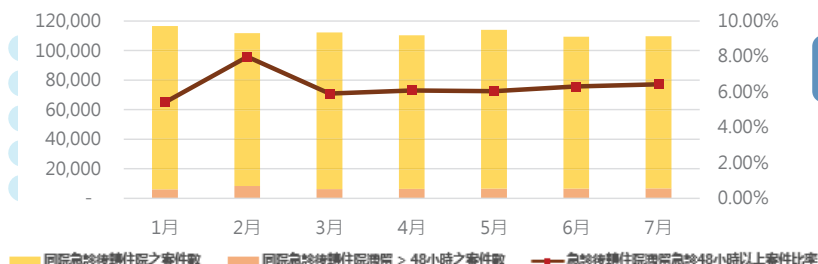
調升急重難症支付點數，通過9月25日共擬會議，預計115年1月1日生效

114年急診病人停留超過24小時比率-全國



該指標5月之後大約持平，本署將持續監測執行概況。

114年急診後轉住院滯留急診48小時以上案件比率-全國



該指標5月之後同院急診轉住院件數由107,451件降至103,041件，而同院急診轉住院滯留件數維持約6,488件至6,624件，本署將持續監測執行概況。

重大外傷緊急手術及麻醉加成

- 重大外傷病人從進入急診**2小時內**執行特定手術及麻醉得再**加成100%**
- 重大外傷病人從進入急診**超過2小時且4小時內**執行特定手術及麻醉得再**加成60%**

緊急治療處置加成

- 急診病人因緊急傷病而必需**4小時內**立即治療處置者，其「處置費」得按所定點數**加算20%**

修訂急診品質提升方案

- 「OHCA照護獎勵_清醒出院獎勵」調升至**35,000點**
- 刪除向上及平行轉診轉出及轉入醫院獎勵；惟保留重症病人直接轉入加護病房獎勵
- 下轉診修訂「限轉入住院病人申報」及調升轉出轉入醫院向下轉診至**3,500點**
- 所有轉診案件獎勵皆排除同體系醫院間互轉

6



114年1-10月健保藥品生效品項數^{1/3}

- ◆ 截至114年1-10月已公告生效新給付之新藥共**35**項、擴增給付共**36**項
推估約**106.2**萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	19 含 暫時性支付 7項	15 含 暫時性支付 3項	用於慢性淋巴球性白血病、骨髓纖維化、胃腸道基質瘤、急性及慢性骨髓性白血病(CML)、多發性骨髓瘤(MM)、非小細胞肺癌、小細胞肺癌(SCLC)、瀰漫性大B細胞淋巴瘤 (DLBCL)、早期及晚期乳癌、大腸直腸癌、肝細胞癌(HCC)、膽道癌(BTC)等癌症，其中5項為暫時性支付，推估藥費支出約120.6億元，受惠人數約10,343人。
罕藥	8	-	用於治療胱胺酸血症、雷伯氏遺傳性視神經病變、軟骨發育不全症、紫質症(Porphyrria)、陣發性夜間血紅素尿症(PNH)及非典型性尿毒溶血症候群(aHUS)、法布瑞氏症、家族性澱粉樣多發性神經病變等罕病，推估藥費支出約39.3億元，受惠人數約629人。
其他新藥	8	21	用於治療慢性關節炎、血脂相關之心血管疾病、克隆氏症、潰瘍性結腸炎、短腸症兒童病人、RSV疾病高危險族群之幼兒病患、乾癬、異位性皮膚炎、致病菌引起感染症、狼瘡腎炎、全身性紅斑性狼瘡、迫切早產、成人思覺失調症、慢性腎臟病、骨質疏鬆症、早產兒視網膜病變等疾病，推估藥費支出約45.8億元，受惠人數約105萬人。



114年1-10月健保藥品生效品項數^{2/3}

- ◆ 癌症新藥暫時性支付專款:截至114年1-10月已公告生效給付之暫時性支付新藥7項、擴增給付3項，推估約**3,545**人受惠。

類別	藥品	說明	預估 全年藥費
新藥	Koselugo (成分: selumetinib)	3歲以上至未滿18歲第1型神經纖維瘤(neurofibromatosis type1 · NF1) 合併有叢狀神經纖維瘤 (Plexiform Neurofibroma, PN)之兒童病人。	合計約 13.5億元
新藥	Elrexio (成分: elranatamab)	治療先前曾接受至少四線療法(包括一種蛋白酶體抑制劑、一種免疫調節劑和一種抗CD38單株抗體)並在最後治療顯示疾病惡化的復發性或難治性多發性骨髓瘤成人病人	
新藥	Tecvayli (成分: teclistamab)	治療先前曾接受至少四線療法(包括一種蛋白酶體抑制劑、一種免疫調節劑和一種抗CD38單株抗體)並在最後治療顯示疾病惡化的復發性或難治性多發性骨髓瘤成人病人	
新藥	Epkinly (成分: epcoritamab)	瀰漫性大B細胞淋巴瘤 (DLBCL)：適用於治療先前曾接受至少兩線全身性治療之復發性或難治性瀰漫性大B細胞淋巴瘤 (DLBCL) 的成人病人。	
新藥	Columvi (成分: glofitamab)	瀰漫性大B細胞淋巴瘤 (DLBCL)：適用於治療先前曾接受至少兩線全身性治療之復發性或難治性瀰漫性大B細胞淋巴瘤 (DLBCL) 的成人病人。	
新藥	Rybrevant (成分: amivantamab)	與carboplatin 及pemetrexed 併用，適用於罹患帶有表皮生長因子受體(EGFR) exon 20 插入突變之局部晚期或轉移性非小細胞肺癌(NSCLC)的成人病人，作為第一線治療。	
新藥	Minjuvi (成分: tafasitamab)	與lenalidomide併用，適用於經一線全身治療含rituximab治療復發型，不適合接受造血幹細胞移植瀰漫性大型B細胞淋巴瘤(DLBCL)成人病人	



114年1-10月健保藥品生效品項數_{3/3}

◆ 癌症新藥暫時性支付專款:截至114年1-10月已公告生效給付之暫時性支付新藥7項、擴增給付3項，推估約**3,545**人受惠。

類別	藥品	說明	預估 全年藥費
擴增給付	Keytruda (成分: pembrolizumab)	1.轉移性非鱗狀非小細胞肺癌第一線治療 (NSCLC) : 與pemetrexed及含鉑化學療法併用於轉移性非鱗狀非小細胞肺癌第一線治療，EGFR/ALK/ROS-1腫瘤基因為原生型且不限PD-L1表現量。 2.早期三陰性乳癌 (TNBC) : 與化學療法併用，做為高風險早期三陰性乳癌病人的前導性治療用藥，並於手術後繼續單獨使用做為輔助治療用藥。 3.無法切除或轉移性大腸直腸癌第一線治療 (CRC) : 做為無法切除或轉移性高微衛星不穩定性(MSI-H)或錯誤配對修復功能不足(dMMR)大腸直腸癌(CRC)病人的第一線治療藥物。	合計約 29.7 億元
擴增給付	Tecentriq (成分: atezolizumab)	轉移性非鱗狀非小細胞肺癌第一線治療 (NSCLC) : 與bevacizumab、paclitaxel及carboplatin併用於轉移性非鱗狀非小細胞肺癌第一線治療，EGFR/ALK/ROS-1腫瘤基因為原生型且不限PD-L1表現量。	
擴增給付	Brukina (成分: zanubrutinib)	與obinutuzumab併用，治療先前曾接受至少兩線(每線至少4個療程)全身性治療無效或復發的濾泡性淋巴瘤成人病人。	



114年1-11月公告生效之新功能特材

急重症醫材

- 氧合器
- 外科手術封合劑
- 人工血液灌注-吸附器
- 植入式心臟監測器
- 人工血管

品項數計**15**項
嘉惠約**3,090**人次
推估預算約**7,034**萬元

臨床缺口

- 人工網膜
- 網膜固定釘/黏膠
- 消化道內視鏡止血導管
- 消化道內視鏡止血夾
- 可吸收肺動脈支架系統

品項數計**52**項
嘉惠約**69,113**人次
推估預算約**3億5,214**萬元

功能改善

- 迷走神經刺激治療系統脈衝產生器
- 具肝素塗層人工血管
- 特殊功能人工血管組
- 膽道/胰管支架暨電灼傳送系統
- 胸腔用網膜
- 特殊材質縫合錨釘
- 骨外固定系統
- 胸骨固定系統(未滿8孔)
- 載藥栓塞微粒球
- 淚管通管
- 週邊置入中心導管-單雙腔
- 特殊功能及材質脊椎間體護架

品項數計**171**項
嘉惠約**51,946**人次
推估預算約**7億5,329**萬元

公告生效

品項計**238**項、嘉惠約**124,149**人次、預算約**11億7,577**萬元



癌症治療數位轉型

篩檢

次世代基因定序
檢測(NGS)
申報資料收載



診斷

癌症
重大傷病申請



治療

癌藥
事前審查申請



追蹤

癌症個案
療效追蹤



預期效益

- ✓醫院電子病歷系統升級
- ✓雙盲審查，遮蔽個資，提升公平性
- ✓自動化審查及結果回復
- ✓國際標準結合真實世界資料，加速新藥評估

合作醫院

62家

測試上傳醫院

46家

以FHIR申請醫院

12家

中榮
林口長庚
桃園長庚
嘉義長庚
基隆長庚
高醫
小港
馬偕
彰基
中國附醫
中山附醫
成大

11



THANK YOU

12

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年11月18日
發文字號：健保醫字第1140125434號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關115年度西醫基層總額一般服務地區預算之分配暨風險
調整移撥款建議方案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、復貴會114年11月18日第1141118469號請辦單。
- 二、為落實總額地區預算分配應依人口調整之原則，建議西醫基層之R值可適度前進，至於風險調整移撥款則尊重貴會決議。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：中華民國醫師公會全國聯合會

115 年西醫基層 R 值前進影響試算【健保署補充資料】

表 1、115 年西醫基層 R 值前進 1%_各分區平均每人預算數差異

分區	投保人口 ^{註 1}		114 年平均 每人預算數 (A)	115 年 R 值維持		115 年 R 值前進 1%		115 年相較 114 年	
	人口數 (千人)	占率		預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(B)	預算數 (百萬元)	平均每人 預算數(C)	【R 值維持】 平均每人預算 數差異(B-A)	【R 值前進 1%】 平均每人預算數 差異(C-A)
台北	8,928	37.6%	5,147	48,910	5,478	48,926	5,480	331	333
北區	3,987	16.8%	5,382	22,850	5,731	22,919	5,748	349	366
中區	4,246	17.9%	5,994	27,010	6,362	27,001	6,359	368	365
南區	2,935	12.4%	6,686	20,885	7,115	20,836	7,099	429	413
高屏	3,181	13.4%	6,860	23,124	7,269	23,107	7,264	409	404
東區	437	1.8%	6,224	2,872	6,574	2,861	6,549	350	325
全區	23,715	100.0%	5,778	145,652	6,142	145,652	6,142	364	364

註 1：投保人口採 113 年季中保險對象人數平均。

註 2：平均每人預算數=一般服務預算數/投保人口數

註 3：估列風險調整移撥款，並以 114 年額度 6.5 億元暫列。