

全民健康保險論人計酬試辦計畫

行政院衛生署中央健康保險局 100 年 2 月 23 日健保醫字第 100000887A 號公告

行政院衛生署中央健康保險局 100 年 10 月 28 日健保醫字第 1000073833 號公告修訂

行政院衛生署中央健康保險局 102 年 3 月 22 日健保醫字第 1020022401A 號公告修訂

衛生福利部中央健康保險署 102 年 7 月 29 日健保醫字第 1020033493 號公告修訂

壹、計畫依據

各年度全民健康保險醫療給付費用總額之協議結果。

貳、計畫說明

現行全民健康保險（以下稱全民健保）支付制度除部分手術採論病例方式支付、醫院住診案件逐步採DRG支付以及疾病別論質計酬方式支付外，大部分仍採論量計酬方式支付，也就是說民眾就醫次數越高，開藥及開立檢驗越多，醫院的健保收入就越多。相對來說，若預防保健做得越好，民眾整體健康狀況改善，就醫次數、開藥及開立檢驗次數降低，院所的收入反而減少；因此現行支付制度明顯缺乏促使醫療提供者對保險對象有健康促進之誘因，尤其在門診部分更是。有鑑於此，以民眾健康為導向之「論人計酬」支付制度，實為現階段全民健保支付制度改革之重要政策，亦即由全民健保保險人（以下稱保險人）與醫療提供者事先議定每人年虛擬醫療費用點數，由醫院或診所結合組成之團隊，選定地區保險對象申請承辦，醫療團隊提出健康促進計畫書，除一般醫療外，尚包括對病人進行衛教等預防保健，則民眾越健康，醫療提供者報酬越高，醫療資源更能獲得妥善運用，達三贏之局面。

參、計畫目的

- 一、使民眾獲得更完整的照護：透過疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。
- 二、使醫療團隊發揮照護能量：以全人照護為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合。
- 三、促進民眾健康、減少醫療浪費。

肆、計畫期間：本試辦計畫期間為 100 年至 104 年。參加本計畫執行期間為 3 年，100 年申請參加之 7 家團隊自 101 年 1 月 1 日開始試辦。

伍、預算來源

- 一、由執行期間之全民健康保險年度醫療給付費用總額其他預算「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應本計畫之回饋金。
- 二、本計畫採一年半結算一次，故各年度結束時，先行預估各團隊可能發生之回饋金，保留至結算時使用。

陸、實施原則

- 一、本計畫之涵蓋範圍：除牙醫、中醫及器官移植外，所有全民健保給付項目均包含在內。
- 二、民眾就醫權益不變：尊重民眾就醫習慣，不須登記或簽署同意文件，不限制民眾需於固定醫療團隊就診，民眾就醫方式與現行醫療模式完全一樣，民眾可自由到區內非試辦醫療團隊及區外醫療院所就診。
- 三、醫療團隊費用申報及審查作業不變。

柒、論人計酬試辦之模式

- 一、三種試辦模式：

(一) 區域整合模式(由上往下整合)：

1. 以行政區域(最小單位為鄉或鎮或市或區)的戶籍人口民眾為照護對象。
2. 戶籍人口係指該地區本計畫公告前一年 12 月(100 年為 99 年 12 月、101 年為 100 年 12 月、102 年為 101 年 12 月)設籍於該區域且在保之所有戶籍人口或合理現住人口。
3. 以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護。

(二) 社區醫療群模式(由下往上整合)：

1. 參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴展至合作醫院為院所團隊提供整合服務，並擴大範圍含住院服務。
2. 照護對象:除由院所團隊自行納入該團隊之忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。

(三) 醫院忠誠病人模式(由上往下整合)：

1. 參與「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」所收之忠誠病人為對象，並擴大含住院服務。
2. 照護對象:除由醫院自行納入忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單。

二、 參加本計畫之照護對象，以不重複參與其他「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」與「西醫基層診所以病人為中心整合照護計畫」計畫。

三、 本計畫以三年為執行期間，參與之醫院或院所團隊選定試辦模式後，不可再變動試辦模式。

四、 當年度之照護對象經確認後，該年度不再變動。

捌、 執行方式

一、 由醫院或院所團隊向保險人提出申請(包括團隊組成、試辦模式(區域整合模式則包含服務之行政區域)及增進民眾健康及醫療品質計畫之計畫書)，計畫書格式範例詳附件 1。

二、 保險人依各院所團隊(醫院)之照護對象計算虛擬總額點數，照護對象在該院所團隊(醫院)內或院所團隊(醫院)外之醫療服務利用，均包括於本虛擬總額範圍。

三、 組織院所團隊之相關規定：

- (一) 同一保險人分區業務組轄區之院所，得組成院所團隊，由承辦院所單獨或同時結合醫院及基層診所，共同執行計畫。
- (二) 採多間院所共同執行本計畫者，應推派單一院所為主責院所，負責提送計畫書、保險人聯繫窗口及經費撥付等事宜。
- (三) 參與院所團隊名單(附件 2)應於計畫書內一併檢送。
- (四) 本計畫之各項健康促進及醫療品質指標，採整合院所團隊合併計算。

玖、參與計畫之院所資格

- 一、參與計畫之院所於參與計畫之日起前 2 年內，並無因全民健康保險特約醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八條至第四十條中所列違規情事，且經保險人處分者(含行政救濟程序進行中尚未執行處分者)。
- 二、申請「社區醫療群模式」之院所，必須為 99 年度辦理「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之群組；申請「醫院忠誠病人模式」之醫院，必須為 99 年度辦理「建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫」之醫院。

壹拾、費用申報及支付方式

- 一、參與計畫之院所團隊(醫院)，依現行全民健保醫療服務給付項目及支付標準、全民健保藥物給付項目及支付標準、全民健保醫療費用申報與核付及服務審查辦法等規定申報費用及辦理審查作業。
- 二、照護對象之醫療費用，仍依現行各總額部門規定辦理結算及核付。
- 三、本計畫之回饋金，由保險人撥付予試辦醫院或院所團隊之主責院所。
- 四、本計畫採每 1 年半辦理一次結算，第一次結算如有短絀，可選擇 3 年期滿再辦理總結算。
- 五、虛擬總額、回饋金及財務風險之計算方式：
 - (一) 虛擬總額點數：

以本計畫試辦前一年所涵蓋範圍之醫療點數為基準，經性別、年齡進行校正，並考慮當年全民健康保險醫療給付費用總額協議結果之性別年齡以外的西醫部門成長率，計算照護對象年醫療點數，加總照護對象之年醫療點數之總合，即為該醫院或院所團隊之虛擬總額點數。(計算步驟詳附件 3)

(二) 提供試辦院所團隊(醫院)的回饋金：

虛擬總額之醫療點數高於試辦對象實際使用之醫療點數時，兩者之差額為「結餘點數」。依下列方式計算回饋金：

1. 基本回饋金：回饋 60%結餘點數。

基本回饋金=(結餘點數) \times 60% \times 每點一元

2. 醫療品質回饋金：回饋 40%結餘點數，符合本計畫第拾項規定之評核指標，才可獲得本項回饋金。

醫療品質回饋金

= (結餘點數) \times 40% \times Σ 符合品質指標占率 \times 每點一元

(三) 試辦院所團隊(醫院)應自行負擔財務風險費用：

(四) 虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數時，兩者之差額為「風險點數」。依下列方式計算財務風險費用：

自行負擔財務風險費用=

(風險點數) \times (1- Σ 符合品質指標占率) \times 50% \times 每點 1 元

壹拾壹、 計畫評核指標

一. 組織指標：計 2 項，每項占 10%，共占 20%。

(一) 照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率：監控本計畫實施後，照護對象跨區流動情形。該年度於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率與前一年固定就診率同期比較，成長率大於-5%(含)，則達成本項指標。

公式分子：照護對象於院所團隊(醫院)(區)內就診次數

公式分母：照護對象全部就診次數

註：包含西醫門診(含急診)。

(二) 院所團隊(醫院)自選指標。(指標選定及計算公式設定後須經保險人同意)。

二. 臨床指標：計2項，共占50%。

(一) 糖尿病品質指標(計5項指標，占40%，每項各占8%)：比照「**衛生福利部**醫療品質資訊公開網」疾病別糖尿病醫療品質指標項目。(含計算公式)

1. 糖尿病人加入照護方案比率高於全國平均值。
2. 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率高於全國平均值。
3. 糖尿病病患空腹血脂(Fasting Lipid Profile)檢查執行率高於全國平均值。
4. 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率高於全國平均值。
5. 尿液微量白蛋白檢查執行率高於全國平均值。

(二) 院所團隊(醫院)自選品質指標，占10%。(指標選定及計算公式設定後須經保險人同意)

三. 照護對象感受指標：占10%。滿意度問卷調查滿意度得分達80%(含)以上，即得10%；滿意度問卷調查滿意度得分70%-79%，即得5%；若滿意度問卷調查滿意度得分小於70%，則未達成此項指標。(採電訪社區照護對象滿意度，並依照護對象滿意度結果評分。)

四. 其他政策鼓勵指標：2項指標，占20%。

(一) 子宮頸抹片檢查率，照護對象接受子宮頸抹片檢查服務不低於全國平均值，即達成此項指標，占10%。

公式分子：30歲(含)以上女性照護對象接受子宮頸抹片檢查

人數

公式分母：30 歲(含)以上女性照護對象人數

- (二) 65 歲以上老人流感注射率，65 歲以上照護對象接受流感注射服務不低於全國平均值，即達成此項指標，占 10%。

公式分子：65 歲(含)以上照護對象接受流感注射服務人數

公式分母：65 歲(含)以上照護對象人數

壹拾貳、 執行配套措施

一. 計畫管理機制：

- (一) 保險人負責研議總體計畫架構模式、行政授權與協調，同時受理醫院或院所團隊申請計畫。
- (二) 保險人各分區業務組負責輔導轄區試辦計畫醫院或院所團隊計畫之執行、指標之計算與費用核發。
- (三) 各計畫試辦醫院或院所團隊負責提出計畫之申請、推動照護對象之預防保健與疾病衛教活動、照護對象之健康照護。

- 二. 醫院或院所團隊之主責院所於辦理期間，若因違反特管辦法致受停約處分（含行政救濟程序進行中尚未執行處分），為保障保險對象醫療照護之延續性，醫院或院所團隊得重新選定主責院所，並經保險人同意後繼續執行本計畫，或終止參加本計畫。凡院所經停約處分或終止參加本計畫者，回饋金不予核付，且依執行月份比例追扣應自行負擔之財務風險費用。

壹拾參、 計畫申請方式

醫院或院所團隊應於 100 年 3 月 31 日前檢附計畫書 10 份，向保險人提出申請(以郵戳為憑)，經評選同意後實施，並由保險人於 100 年 5 月 15 日前於保險人全球資訊網公布最優試辦院所團隊名單。

壹拾肆、 實施期程及評估

- 一. 參加醫院或院所團隊應於計畫執行後，每年提送年度執行報告（包含計畫運作執行現況、計畫評核指標達成率等），全期完成應提出總報告，俾作為未來是否續辦之考量。
- 二. 保險人將彙整各醫院或院所團隊所提執行報告，進行整體執行成效之評估，作為繼續或全面實施之依據。

壹拾伍、 其他事項

- 一. 辦理本計畫核發作業後，若有醫院或院所團隊之院所提出申復等行政救濟事宜，案經審核同意列入核發回饋金者，其核發金額將自當年其他預算部門「推動促進醫療體系整合計畫」項下支應。
- 一. 本計畫由保險人報請主管機關核定後公告實施，並送全民健康保險會備查。自 102 年起，屬給付項目及支付標準者，依全民健康險法第四十一條第一項程序辦理，餘屬執行面之規定，由保險人逕行修正公告。

_____醫院(院所代號：_____)
申請 100-103 年論人計酬試辦計畫
(建議內容)

提報日期：

- 一、計畫前言
- 二、計畫目的
- 三、計畫試辦模式與實施對象
- 四、計畫之院所團隊組成(包含運作組織架構、主責院所與合作院所運作分工等)
- 五、試辦區域或院所團隊(醫院)現況分析(包含服務區域之人口分布、醫療分布及需求情形等)
- 六、論人計酬實施對象之醫療需求評估
- 七、計畫內容(包含實際運作模式及方法、主責院所與合作院所回饋金分配與財務風險分擔方式等)
- 八、計畫評核之指標【分為組織指標、臨床指標、民眾(忠誠病人)感受指標與其他政策鼓勵指標，且包含指定指標與自選指標】
- 九、實施對象就醫權益保障措施(包含滿意度)
- 十、預定進度
- 十一、預期效益
- 十二、其他

論人計酬試辦計畫參與團隊名單

一、主責院所

(一) 院所名稱：

(二) 院所代碼：

(三) 層級別：

(四) 專科別：

(五) 病床數：至 99 年 2 月底，登記總病床數為_____床，實際開放床數為_____床，詳如以下附表。

(附表範例)

病床類別	一般病床				特殊病床								合計		
	急性病床		慢性病床	小計	加護病床	燒燙傷病床	洗腎治療床	嬰兒床	嬰兒病床	觀察床		手術恢復床		呼吸照護病床、中心	小計
	急性一般病床	急性精神病床	慢性一般病床							急診觀察床	其他觀察床				
登記數															
開放數															

註：本表請主責院所依實際狀況填寫。

(六) 主責院所優勢簡介：

二、合作院所清單

序號	院所名稱	院所代碼	層級別	專科別	服務內容
1					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
2					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
3					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
4					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
5					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
6					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
7					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
8					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
9					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床
10					<input type="checkbox"/> 住診：____床 <input type="checkbox"/> 門診： <input type="checkbox"/> 透析：____床

備註：

1. 層級別：依評鑑結果分為醫學中心、區域醫院、地區地院與基層診所。
2. 專科別請依醫療院所之特約科別填入，可以填入多個專科別。

全民健康保險論人計酬試辦計畫 參與團隊照護對象虛擬總額計算步驟

步驟一：計算照護對象之年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率。

計算公式

一、 照護對象之年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率

$$= (\sum HE \text{ 前一年 } ij \times \%POP \text{ 當年 } ij) / (\sum HE \text{ 前一年 } ij \times \%POP \text{ 前一年 } ij) - 1$$

註：

1. HE 前一年 ij：照護對象前一年各年齡性別組別之每人年申報費用點數(含部分負擔)。
2. %POP 前一年 ij：照護對象前一年各年齡性別組別占總人數百分比。
3. %POP 當年 ij：照護對象當年各年齡性別組別占總人數百分比。
4. 總人數為照護對象人數。
5. i 為年齡層 j 為性別

二、 範例說明詳表 1。

步驟二：計算當年西醫成長率

計算公式

一、 西醫成長率

$$= \left[(\text{醫院總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{醫院預算占率} \right] + \left[(\text{西醫基層總額成長率} - \text{投保人口年增率} - \text{人口結構改變率}) \times \text{西醫基層總額預算占率} \right]$$

二、 範例說明詳表 2。

步驟三：計算當年照護對象之虛擬總額點數。

- 一、 虛擬總額點數＝照護對象前一年平均每人醫療點數×(1+照護對象之年齡性別校正後每人年醫療費用成長率+當年西醫成長率) ×照護對象人數
- 二、 範例說明詳表 3。

步驟四：每年依照護對象計算虛擬總額點數。

表 1 00 參與團隊照護對象之年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率

年齡組別	基期年			基期年(P)			當年(P)			校正後每人年費用
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
0 歲	21,901	10,214	16,261	0.27%	0.25%	0.52%	0.00%	0.00%	0.00%	
1 歲	21,340	21,895	21,608	0.39%	0.36%	0.75%	0.27%	0.25%	0.52%	
2 歲	18,385	14,527	16,615	0.44%	0.38%	0.82%	0.39%	0.36%	0.75%	
3 歲	16,004	15,093	15,579	0.43%	0.38%	0.81%	0.44%	0.38%	0.82%	
4 歲	16,043	11,771	14,031	0.45%	0.40%	0.85%	0.43%	0.38%	0.81%	
5 歲	13,683	11,508	12,664	0.48%	0.42%	0.90%	0.45%	0.40%	0.85%	
6 歲	11,452	9,326	10,414	0.48%	0.46%	0.94%	0.48%	0.42%	0.90%	
7 歲	9,737	7,622	8,693	0.52%	0.51%	1.02%	0.48%	0.46%	0.94%	
8 歲	7,340	5,779	6,581	0.53%	0.50%	1.04%	0.52%	0.51%	1.02%	
9 歲	6,534	6,780	6,653	0.66%	0.61%	1.27%	0.53%	0.50%	1.04%	
10 歲	6,489	5,289	5,914	0.59%	0.54%	1.13%	0.66%	0.61%	1.27%	
11 歲	6,755	4,718	5,791	0.57%	0.52%	1.09%	0.59%	0.54%	1.13%	
12 歲	5,410	4,242	4,863	0.71%	0.63%	1.34%	0.57%	0.52%	1.09%	
13 歲	5,230	4,687	4,968	0.68%	0.64%	1.32%	0.71%	0.63%	1.34%	
14 歲	6,220	4,240	5,278	0.69%	0.62%	1.31%	0.68%	0.64%	1.32%	
15 歲	6,028	6,526	6,257	0.72%	0.61%	1.33%	0.69%	0.62%	1.31%	
16 歲	5,146	4,794	4,970	0.70%	0.70%	1.40%	0.72%	0.61%	1.33%	
17 歲	5,798	6,804	6,286	0.69%	0.65%	1.34%	0.70%	0.70%	1.40%	
18 歲	9,962	4,928	7,447	0.67%	0.66%	1.33%	0.69%	0.65%	1.34%	
19 歲	7,012	5,195	6,100	0.70%	0.71%	1.41%	0.67%	0.66%	1.33%	
20 歲	5,391	7,888	6,622	0.66%	0.64%	1.30%	0.70%	0.71%	1.41%	
21 歲	6,386	6,682	6,534	0.75%	0.75%	1.50%	0.66%	0.64%	1.30%	
22 歲	7,026	6,911	6,970	0.72%	0.68%	1.39%	0.75%	0.75%	1.50%	
23 歲	6,279	8,795	7,550	0.65%	0.67%	1.32%	0.72%	0.68%	1.39%	
24 歲	7,439	7,444	7,442	0.67%	0.75%	1.42%	0.65%	0.67%	1.32%	
25 歲	5,982	8,588	7,319	0.74%	0.78%	1.52%	0.67%	0.75%	1.42%	
26 歲	6,217	9,298	7,801	0.74%	0.79%	1.53%	0.74%	0.78%	1.52%	
27 歲	9,130	12,005	10,622	0.75%	0.81%	1.56%	0.74%	0.79%	1.53%	
28 歲	7,173	11,370	9,343	0.73%	0.78%	1.50%	0.75%	0.81%	1.56%	
29 歲	8,447	12,546	10,687	0.69%	0.83%	1.52%	0.73%	0.78%	1.50%	
30 歲	10,638	12,151	11,412	0.73%	0.77%	1.50%	0.69%	0.83%	1.52%	
31 歲	7,794	12,010	9,921	0.71%	0.72%	1.43%	0.73%	0.77%	1.50%	
32 歲	9,028	12,026	10,563	0.68%	0.71%	1.39%	0.71%	0.72%	1.43%	
33 歲	10,298	12,729	11,570	0.67%	0.74%	1.41%	0.68%	0.71%	1.39%	
34 歲	10,331	11,639	11,031	0.58%	0.66%	1.24%	0.67%	0.74%	1.41%	
35 歲	11,330	10,994	11,162	0.59%	0.59%	1.18%	0.58%	0.66%	1.24%	
36 歲	10,849	12,933	11,962	0.57%	0.65%	1.22%	0.59%	0.59%	1.18%	
37 歲	12,200	13,490	12,869	0.57%	0.62%	1.19%	0.57%	0.65%	1.22%	

年齡組別	基期年			基期年(P)			當年(P)			校正後 每人年費用
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
38歲	13,541	13,665	13,605	0.59%	0.63%	1.22%	0.57%	0.62%	1.19%	
39歲	13,945	13,600	13,768	0.61%	0.64%	1.26%	0.59%	0.63%	1.22%	
40歲	21,361	13,708	17,348	0.63%	0.69%	1.32%	0.61%	0.64%	1.26%	
41歲	15,300	13,484	14,384	0.68%	0.69%	1.36%	0.63%	0.69%	1.32%	
42歲	21,417	12,213	16,775	0.66%	0.68%	1.34%	0.68%	0.69%	1.36%	
43歲	16,681	13,573	15,101	0.76%	0.79%	1.55%	0.66%	0.68%	1.34%	
44歲	19,236	15,039	17,166	0.76%	0.74%	1.50%	0.76%	0.79%	1.55%	
45歲	18,169	18,074	18,122	0.78%	0.76%	1.54%	0.76%	0.74%	1.50%	
46歲	22,653	16,685	19,731	0.79%	0.76%	1.55%	0.78%	0.76%	1.54%	
47歲	20,847	16,954	18,925	0.82%	0.80%	1.62%	0.79%	0.76%	1.55%	
48歲	27,982	18,699	23,540	0.85%	0.78%	1.64%	0.82%	0.80%	1.62%	
49歲	20,357	17,908	19,118	0.77%	0.79%	1.57%	0.85%	0.78%	1.64%	
50歲	25,178	20,748	23,045	0.80%	0.74%	1.55%	0.77%	0.79%	1.57%	
51歲	30,887	24,186	27,606	0.79%	0.76%	1.55%	0.80%	0.74%	1.55%	
52歲	31,172	23,142	27,225	0.73%	0.70%	1.43%	0.79%	0.76%	1.55%	
53歲	35,806	23,294	29,615	0.74%	0.73%	1.47%	0.73%	0.70%	1.43%	
54歲	29,674	25,375	27,472	0.71%	0.74%	1.45%	0.74%	0.73%	1.47%	
55歲	35,697	26,890	31,248	0.67%	0.68%	1.35%	0.71%	0.74%	1.45%	
56歲	31,750	27,060	29,441	0.69%	0.67%	1.36%	0.67%	0.68%	1.35%	
57歲	39,305	30,755	35,069	0.69%	0.67%	1.36%	0.69%	0.67%	1.36%	
58歲	42,674	33,349	37,873	0.67%	0.71%	1.38%	0.69%	0.67%	1.36%	
59歲	38,099	35,110	36,632	0.64%	0.61%	1.25%	0.67%	0.71%	1.38%	
60歲	49,338	34,060	41,419	0.55%	0.59%	1.15%	0.64%	0.61%	1.25%	
61歲	38,014	39,044	38,548	0.53%	0.57%	1.09%	0.55%	0.59%	1.15%	
62歲	44,358	38,832	41,560	0.49%	0.50%	0.98%	0.53%	0.57%	1.09%	
63歲	53,692	43,554	48,529	0.36%	0.37%	0.73%	0.49%	0.50%	0.98%	
64歲	53,194	43,410	48,387	0.35%	0.33%	0.68%	0.36%	0.37%	0.73%	
65歲	52,156	49,271	50,708	0.43%	0.44%	0.87%	0.35%	0.33%	0.68%	
66歲	55,826	43,571	49,783	0.45%	0.44%	0.89%	0.43%	0.44%	0.87%	
67歲	60,827	49,369	54,827	0.41%	0.45%	0.87%	0.45%	0.44%	0.89%	
68歲	62,916	55,108	58,917	0.48%	0.51%	0.99%	0.41%	0.45%	0.87%	
69歲	54,196	60,103	57,374	0.44%	0.51%	0.95%	0.48%	0.51%	0.99%	
70歲	59,835	58,420	59,094	0.45%	0.50%	0.95%	0.44%	0.51%	0.95%	
71歲	56,211	50,341	53,204	0.41%	0.43%	0.83%	0.45%	0.50%	0.95%	
72歲	65,524	61,987	63,659	0.41%	0.46%	0.87%	0.41%	0.43%	0.83%	
73歲	63,795	54,473	58,759	0.40%	0.47%	0.87%	0.41%	0.46%	0.87%	
74歲	67,039	61,301	63,921	0.40%	0.48%	0.88%	0.40%	0.47%	0.87%	
75歲	69,289	66,571	67,811	0.41%	0.49%	0.90%	0.40%	0.48%	0.88%	
76歲	73,713	67,479	70,305	0.35%	0.42%	0.76%	0.41%	0.49%	0.90%	
77歲	80,981	56,364	67,720	0.34%	0.40%	0.75%	0.35%	0.42%	0.76%	

年齡組別	基期年			基期年(P)			當年(P)			校正後每人年費用
	照護對象每人年費用			照護對象%			照護對象%			
	男性	女性	小計	男性	女性	小計	男性	女性	小計	
78 歲	79,383	71,770	75,284	0.34%	0.39%	0.73%	0.34%	0.40%	0.75%	
79 歲	86,501	72,609	78,906	0.32%	0.38%	0.70%	0.34%	0.39%	0.73%	
80 歲	84,750	78,700	81,567	0.31%	0.34%	0.65%	0.32%	0.38%	0.70%	
81 歲	78,163	71,018	74,300	0.24%	0.28%	0.52%	0.31%	0.34%	0.65%	
82 歲	110,962	70,233	88,277	0.21%	0.27%	0.48%	0.24%	0.28%	0.52%	
83 歲	92,726	88,529	90,524	0.21%	0.23%	0.44%	0.21%	0.27%	0.48%	
84 歲	84,808	91,010	88,163	0.16%	0.19%	0.35%	0.21%	0.23%	0.44%	
85 歲	106,206	77,553	89,628	0.13%	0.18%	0.30%	0.16%	0.19%	0.35%	
86 歲	141,056	77,058	102,725	0.09%	0.13%	0.21%	0.13%	0.18%	0.30%	
87 歲	104,305	96,869	99,729	0.09%	0.14%	0.23%	0.09%	0.13%	0.21%	
88 歲	94,205	93,060	93,523	0.08%	0.12%	0.20%	0.09%	0.14%	0.23%	
89 歲	86,799	85,876	86,230	0.05%	0.08%	0.13%	0.08%	0.12%	0.20%	
90 歲以上	93,856	100,284	98,128	0.12%	0.24%	0.37%	0.17%	0.32%	0.50%	
小計	25,836	23,892	24,853	49.40%	50.60%	100.00%	49.40%	50.60%	100.00%	25,640
成長率										3.168%

備註：

1. 擷取費用範圍包含醫院、西醫基層與門診透析，醫療點數為申請點數+部分負擔，含西醫門診與住診，不含中醫、牙醫及移植。
2. 有關年齡層之計算為觀察年度-出生年，人口數為當年12月在保之本國人士。
3. 計算公式：

照護對象之年齡及性別校正後之每人年醫療費用成長率

$$= (\sum HE \text{ 基期 } ij \times \%POP \text{ 當年 } ij) / (\sum HE \text{ 基期 } ij \times \%POP \text{ 基期 } ij) - 1$$

註：

- (1). HE 基期 ij：照護對象前一年各年齡性別組別之每人年申報費用點數（含部分負擔）。
- (2). %POP 基期 ij：照護對象前一年各年齡性別組別占總人數百分比。
- (3). %POP 當年 ij：照護對象當年各年齡性別組別占總人數百分比。
- (4). 照護對象人數。
- (5). i 為年齡層 j 為性別。

表 2 西醫成長率
(以 100 年協商總額成長率為範例)

單位：%

總額別	總額成長率 A	投保人口數年增率 B	人口結構改變率 C	扣減人口結構之成長率 D=(A-B-C)	總額預算占率 E	加權計算後成長率 D×E
醫院	2.734%	0.349%	1.699%	0.686%	76.16%	0.522%
西醫基層	2.236%	0.349%	0.603%	1.284%	23.84%	0.306%
合計						0.829%

註：

1. 總額成長率已包含門診透析成長率。
2. 西醫成長率 = 【(醫院總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×醫院預算占率】+【(西醫基層總額成長率-投保人口年增率-人口結構改變率)×西醫基層總額預算占率】

表 3 當年照護對象之虛擬總額點數

年度	平均每人醫療點數 A	校正後之每人年醫療費用成長率(%) B	西醫成長率(%) C	人數 D	虛擬總額點數(百萬) E=A×(1+B+C)×D
基期	24,853	-	-	177,984	-
當年	25,640	3.168%	0.829%	177,984	4,600

註：虛擬總額點數 = 照護對象基期平均每人醫療點數 × (1 + 當年校正後每人年醫療費用成長率 + 當年西醫成長率) × 照護對象人數