

衛生福利部全民健康保險會  
第 7 屆 115 年第 5 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 115 年 6 月 24 日



# 衛生福利部全民健康保險會第7屆115年第5次委員會議議程

壹、主席致詞

貳、議程確認

參、確認上次(第4次)委員會議紀錄----- 1

肆、本會重要業務報告----- 5

伍、法定諮詢事項

衛生福利部「116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」  
(草案)諮詢暨中央健康保險署併提財務試算案----- 19

陸、討論事項

全民健康保險各總額部門114年度執行成果之評核結果獎勵  
標準案----- 59

柒、報告事項

中央健康保險署「115年5月份全民健康保險業務執行報告」  
(書面報告)----- 73

捌、臨時動議



參、確認上次(第 4 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(115)年 5 月 28 日衛部健字第 1153360061 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115年第4次委員會議紀錄  
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國115年5月20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：張琬雅、黃文瑤

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、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、  
花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨(台灣身心障礙福利  
推動聯盟張秘書長志麒代理)、張委員家銘、張委員鈺旋、許委員舒博、許  
委員慧瑩、連委員賢明、陳委員世岳、陳委員建宗、陳委員節如、  
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、  
楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、  
鄭委員力嘉、謝委員佳宜、嚴委員必文、蘇委員守毅

請假委員：陳委員秀熙、顏委員鴻順

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：陳署長亮妤(張副署長禹斌代理)、顏副署長家瑞

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4~6頁)

貳、議程確認：(詳附錄第6~7頁)

決定：確認。

參、確認上次(115年第3次)委員會議紀錄：(詳附錄第7頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第9~10頁)

決定：

一、上次(第3次)委員會議決議(定)列管追蹤事項共計1項，

擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

二、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第11~26頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「115年4月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。

陸、報告事項(詳附錄第27~37頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：「家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)」之專案報告(包含整體照護成效及朝慢性病整合及全人照護方向之推動結果)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、請中央健康保險署持續監測「家庭醫師整合性照護計畫」執行情形。
- 三、若本項專款預算不足，需由其他專款項目流用，本會委員予以支持，因涉及115年度總額核定事項之變更，請中央健康保險署逕送衛生福利部決定。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：115年度各部門總額依核定事項，須提本會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式(續提)，請鑒察。

決定：

- 一、本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署參考。
- 二、另有關醫院總額「住院護理費用」專款項目，請中央健康保險署會同相關團體儘速完成研訂後，提至最近 1

## 次委員會議報告。

柒、臨時動議：無。(另洪委員瑜黛提出病友反映「抽痰管」缺貨，請健保署協助了解乙事，詳附錄第37頁)

捌、散會：上午11時20分。

#### 肆、本會重要業務報告

一、本會依上次(第4次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依本會重要業務報告決定，於本(115)年6月10日以衛部健字第1153360065號書函，邀請本會委員參加7月20、21日召開之「各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」，原訂兩天會議地點皆為本部1樓大禮堂，惟為配合本部部慶活動，7月21日會議地點改為本部3樓301會議室，如附錄一(第77~79頁)。

(二)上次委員會議個別委員關切事項，中央健康保險署(下稱健保署)回復如附錄二(第80~87頁)。

二、為利委員了解歷次委員會議未結案件之辦理情形，依例每半年(6月、12月)彙報1次，截至5月底未結案件計5項，依辦理情形，擬建議解除追蹤2項，繼續追蹤3項，如附表(第10~12頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

三、依本年度工作計畫，原安排健保署於本次會議提出「『0~6歲兒童醫療量能保障』具體實施規劃專案報告」，惟該署於本年6月15日函提其刻正規劃於醫院部門調升兒童急重難症支付，並預定於本年6月25日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告及討論，擬請本會同意延後至第6次委員會議(115.7.29)提報(如附錄三，第88頁)。考量該署已積極處理中，建議同意依健保署所請辦理。

四、本會收到健保署於本年6月2日以健保審字第1150670328號函送「脊髓刺激器」特材以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案(如附錄四，第89~90頁)，後續將依「健保會討論自付差額特材案之作業流程」辦理，並儘速提會討論。

五、本年5月至6月份總額部門及醫療團體辦理之參訪活動：

(一)中華民國牙醫師公會全國聯合會於本年5月21、22日，擇花蓮縣辦理「115年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計15人參加，於參訪各訪視點後，委員針對所見議題與牙全會代表於座談會相互交流，討論重點整

理如附件二(第 15~16 頁)。

(二)中華民國藥師公會全國聯合會於本年 6 月 3、4 日，擇宜蘭縣及花蓮縣辦理「115 年健保會委員實地訪查活動」，本會委員(含代理人)計 16 人參加，於參訪各訪視點後，委員針對所見議題與藥全會代表於座談會相互交流，討論重點整理如附件三(第 17~18 頁)。

六、衛生福利部(下稱衛福部)及健保署於本年 5 月至 6 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 6 月 17 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 6 月 5 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 7 月 1 日生效，如附錄五(第 91~92 頁)。本次修正支付標準第二部西醫，修正重點為：新增 17025B「脈衝振盪肺功能」診療項目。【預算來源：115 年度醫院總額「新醫療科技」項下新增修診療項目(8 億元)】

(二)健保署

1.公告總額相關計畫如附錄六(第 93~96 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
115.5.12/ 115.5.1	全民健康 保險在宅 急症照護 試辦計畫	1.新增提早出院模式(感染症)。 2.每日護理費、居家藥事照護費及呼吸治療師訪視費調升 5%。 3.調增醫檢師及放射師執行之床側檢驗項目，其檢驗(查)依支付標準所列項目支付點數由原 20%提高至 40%支付。
115.5.19	全民健康 保險中醫 三高病人 加強照護 方案	本項為新增計畫，重點摘要如下： 1.適應症、收案(適用)對象及派案原則： (1)以三高(高血糖、高血脂及高血壓)病人主要於中醫院所就醫者為收案對象，並按三高就醫次數交付主要就醫中醫院所收案。 (2)上述名單排除家庭醫師整合性照護計

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>畫、地區醫院全人全社區照護計畫等慢性病相關照護計畫收案個案。</p> <p>2.醫療服務(執行)內容：病人之個人健康資料建檔(含家族史、生活型態)，提供疾病治療、檢視或提供相關檢驗(查)，定期評估病人健康狀況並提供衛教，與西醫院所建立轉診及合作模式等。</p> <p>3.支付方式：</p> <p>(1)個案管理費：</p> <p>①基本費用：每人支付 250 點/年。</p> <p>②個人健康資料加成費：每人支付 30 點/年。</p> <p>③生活習慣自評加成費：每人支付 40 點/年。</p> <p>④收案會員於方案執行期間應至少有一筆三高疾病相關之檢驗數據。</p> <p>(2)品質照護獎勵費：</p> <p>①依方案評核指標達成情形，分四級支付，達特優級(≥80 分)者，支付會員每人 1,000 點，依序遞減，&lt;60 分則不予支付。</p> <p>②方案實施第 1 年會員須連續收案達 6 個月，第 2 年起會員須連續收案達 9 個月，始核付本項費用。</p> <p>4.評核指標：會員急診率、血糖、血脂監控數據良(或進步)率、血壓上傳率及成人預防保健檢查率，共計 4 項指標。</p>
115.5.27/ 115.6.1	全民健康 保險中醫 提升孕產 照護品質 計畫	修正支付標準表備註，於照護處置費之照護模式轉換規範文字後，增加「...，療程結束且用藥結束後另開療程時不在此限」。
115.6.1	全民健康 保險西醫 基層提升 心肺疾病 復健照護 品質計畫	<p>1.修訂計畫名稱、刪除實施期間、修訂退場機制等文字。</p> <p>2.修訂給付項目及支付標準：新增「心肺復健患者復健整合治療費合併共病症治療(簡單、中度、複雜)」3 項診療項目及規範，支付點數分別為 1,320 點、1,640 點、</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>1,960 點。</p> <p>3.修訂品質獎勵費及獎勵條件：依病人功能進步幅度分別給予獎勵，如下：(原心肺運動功能改善達到正常標準者，每個案每年獎勵 500 點)</p> <p>(1)最大耗氧量：(原為&gt;5 METS)</p> <p>①&gt;4METs 或進步幅度&gt;10%，獎勵 300 點。</p> <p>②&gt;5METs 或進步幅度&gt;20%，獎勵 500 點。</p> <p>③&gt;6METs 或進步幅度&gt;30%，獎勵 700 點。</p> <p>(2)六分鐘步行測試：(原為&gt;500 公尺以上)</p> <p>①&gt;400 公尺或進步幅度&gt;10%，獎勵 300 點。</p> <p>②&gt;500 公尺或進步幅度&gt;20%，獎勵 500 點。</p> <p>③&gt;600 公尺或進步幅度&gt;30%，獎勵 700 點。</p> <p>(3)刪除「VO<sub>2</sub>peak&gt;73%年紀性別預測值」。</p> <p>(4)明定 115 年品質獎勵費按季結算，並以本次修訂之定義結算。</p>

- 2.本年 5 月 15 日公告 115 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 5 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄七(第 97 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)統計如附錄八(第 98 頁)。
- 3.本年 5 月 27 日檢送 114 年第 3 季其他預算結算說明表，公文如附錄九(第 99 頁)，114 年全年經費 20,883.7 百萬元，截至 114 年第 3 季預算執行 10,626 百萬元，整理預算執行情形如附錄十(第 100 頁)供參考。
- 4.114 年第 4 季各部門總額每點支付金額：
  - (1)牙醫門診總額，如附錄十一(第 101~104 頁)。
  - (2)中醫門診總額，如附錄十二(第 105~108 頁)。
  - (3)醫院總額，如附錄十三(第 109~112 頁)。

(4)西醫基層總額，如附錄十四(第 113~116 頁)。

(5)門診透析服務，如附錄十五(第 117~119 頁)。

總額別 分區別	114 年第 4 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9822	0.9885	0.9701	0.9582	0.9996
北區	1.0575	0.9401	0.9941	0.9827	
中區	1.0491	0.9603	0.9866	1.0013	
南區	1.0864	0.9686	1.0145	1.0264	
高屏	1.0663	0.9479	1.0168	1.0081	
東區	1.1500	1.0893	1.0300	1.0686	
全區	1.0326	0.9673	0.9912	0.9892	

5.本年 3 月至 5 月份公告暫予支付及修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分項目如下：

(1)藥品部分：計 36 件，其中 12 件為新藥收載、14 件為已收載藥品給付規定異動、10 件為其他(新收載品項暫予支付、已收載品項支付標準異動)。

(2)特材部分：計 5 件，其中 2 件為新特材收載、2 件為已收載特材給付規定異動、1 件為其他(新增既有功能類別品項、已收載品項支付標準異動)。

決定：

## 歷次委員會議繼續列管追蹤事項(更新部分以底線標示)

## 一、擬解除追蹤(共 2 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
1	<p>有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算方式：(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6 決定、108.11、108.12、109.4 決議、109.6、109.9 決定、109.10、109.11 決議、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定、112.11 決議、112.12 決定、113.3 決議、113.6 決定)</p> <p>(1)建請衛福部匡正政府應負擔健保總經費法定下限 36%計算方式，委員所提意見送請衛福部及健保署審慎研析並檢討修正、研參。</p> <p>(2)健保署定期提報本會之健保財務收支情形表中，政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張(註)之兩種計算方式及結果呈現。</p> <p>註：依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額<math>\geq</math>0)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式。</p> <p>(3)建議政府撥補歷年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，請主管機關積極研議處理。並請健保署協助本委員會向行政院彙報說明</p>	<p>社保司回復：</p> <p>1.政府應負擔健保總經費法定下限為 102 年二代健保新制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式；配合部分爭議於 105 年修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定。</p> <p>2.另為落實健康台灣醫療政策，強化政府財務責任，本部業於 114 年 10 月 20 日修正健保法施行細則第 45 條，將政府應負擔健保總經費法定下限 36%之計算，限定健保法有明定之部分，並追溯自 114 年 1 月 1 日施行，以明確區隔政府健保法定責任及依其他法令補助之福利支出，修法後政府每年將增加法定撥補金額(115 年預估 138.9 億元)。</p> <p>3.各年度計算之政府應負擔法定下限 36%數，皆依法核算，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞。早期因政府部</p>	擬依社保司及健保署建議解除追蹤	—

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
		<p><u>門間法規爭議衍生之預算不足數，已完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。</u></p> <p><u>4.法定下限 36%之計算方式詳如附件一(第13~14頁)。</u></p> <p><u>5.建議解除追蹤。</u></p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第2條、第3條及同法施行細則第45條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理，<u>建議解除追蹤。</u></p>		
2	115 年度各部門總額依核定事項須提會報告之具體實施計畫/方案/規劃或執行方式，其中有關「中醫三高病人加強照護計畫」，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體儘速完成研訂後，提至最近1次委員會議報告。(115.1 決定)	<p>健保署回復： <u>115年度中醫門診總額「中醫三高病人加強照護計畫」專款項目之具體實施計畫已於115年第3次委員會議(115.4.22)報告，建議解除追蹤。</u></p>	解除追蹤 (健保署已於該次委員會議報告事項第三案提報，爰建議解除追蹤)	—

二、擬繼續追蹤(共 3 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限(年月)
1	特殊材料「特殊功能/材質脊椎間體護架(CAGE)」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，同意本自付差額特材案，並請中央健康保險署儘速循行政程序，報請衛生福利部核定公告實施，以維護民眾權益；另請循例在實施半年後，提出檢討改善報告。(114.6 決議)	健保署回復： <u>本案已於 114 年 9 月 17 日報請衛生福利部核定公告實施，並於 114 年 10 月 13 日公告於 114 年 11 月 1 日生效，後續定期於本會議進行報告，建議解除追蹤。</u>	1.繼續追蹤 2.將安排健保署於 115 年 12 月份委員會議提出檢討改善報告後，解除追蹤。	115 年 12 月
2	委員所提平均眷口數及全民健康保險法施行細則第 68 條相關意見，送請中央健康保險署研議。(115.1 決定)	健保署回復： 1.有關依全民健康保險法施行細則第 68 條規定公告事項，本署每年均依規定將計算結果報請衛生福利部核定，考量原已公告仍屬有效，爰援例將有調整事項辦理公告。 2.針對委員之建議，本署於本(115)年辦理時將一併陳報衛生福利部參考。 3.建議解除追蹤。	1.繼續追蹤 2.俟中央健康保險署依法公告平均眷口數後解除追蹤。	115 年 12 月
3	115 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案(草案)，請中央健康保險署參考委員所提意見(整理如 115.1.21 議事錄附件二)，研修 115 年度方案內容後，依法定程序陳報衛生福利部核定。(115.1 決議)	健保署回復： 1. <u>方案已參考委員意見並於 115 年 3 月 3 日陳報衛生福利部。</u> 2. <u>經衛生福利部 115 年 4 月 14 日指示修正部分指標目標值、明確指標名稱，並思考更具鑑別度之指標。俟彙整後再報衛生福利部。</u>	1.繼續追蹤 2.於衛福部核定後解除追蹤。	115 年 12 月

## 政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算說明

### 一、102 年至 114 年政府應負擔健保總經費法定下限 36%

單位:億元

年度	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114 (自編)
保險給付支出 A	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,771	8,110	8,334
應提列或增列之安全準備 B	728	811	655	70	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	234	457
其他法定收入 C	259	247	229	189	174	140	134	135	129	130	380	347	178
政府應負擔健保總經費 D=(A+B-C)*36%	1,977	2,068	2,090	2,003	2,061	2,132	2,192	2,211	2,516	2,691	2,783	2,879	3,100
政府已負擔保險費 E	1,547	1,558	1,557	1,573	1,577	1,607	1,617	1,615	1,772	1,808	1,850	1,891	1,857
政府應撥補數 F=D-E	430	510	533	430	485	524	575	596	745	883	933	988	1,244

說明：

- 1、依健保法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%；又依同法第 2 條第 5 款規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；爰政府應負擔健保總經費法定下限=[(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-其他法定收入]\*36%。
- 2、依 106 年 1 月 23 日行政院協商時之法律見解及計算方式，確立「應提列或增列之安全準備」以營運實際值計入；營運實際值係指當年度保險收支餘絀數，計算方式詳附表。
- 3、其他法定收入包含滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列(減項)、投資淨收益、呆帳收回及雜項收入等。
- 4、105~113 年之政府已負擔數含政府依其他法律補助之健保費。
- 5、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。

### 附表：102 年至 114 年應提列或增列之安全準備(B)計算方式

單位:億元

年度	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114 (自編)
保險對象保險費 G	1,957	2,038	2,067	1,944	1,970	2,021	2,058	2,072	2,336	2,473	2,557	2,628	2,850
民營雇主保險費 H	1,558	1,639	1,649	1,617	1,695	1,768	1,840	1,859	2,137	2,310	2,390	2,490	2,662
回推總保險費收入 <sup>註</sup> I=(G+H)/64%	5,491	5,746	5,807	5,564	5,726	5,921	6,090	6,143	6,990	7,474	7,730	7,998	8,612
其他法定收入 C	259	247	229	189	174	140	134	135	129	130	380	347	178
總保險收入 J=I+C	5,750	5,993	6,036	5,753	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,603	8,110	8,344	8,790
保險給付支出 A	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,491	7,771	8,110	8,334
保險收支餘絀數 (應提列或增列之安全準備) B=J-A	728	811	655	70	-98	-266	-342	-676	-155	113	339	234	457

註：因保險費來自政府、投保單位及保險對象，依健保法第 3 條規定政府應負擔健保總經費不得少於 36%，故以保險對象及民營雇主占 64%，回推計算當年度總保險費收入。

## 二、相關法規

### (一)健保法第 2 條第 5 款

**保險經費**：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

### (二)健保法第 3 條

政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。

### (三)健保法第 17 條

本保險**保險經費**於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

### (四)健保法第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 1、本保險每年度收支之結餘。
- 2、本保險之滯納金。
- 3、本保險安全準備所運用之收益。
- 4、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 5、依其他法令規定之收入。

本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

### (五)健保法施行細則第 45 條

114 年 10 月 20 日修正 追溯 114 年 1 月 1 日實施	105 年 1 月 1 日修正施行	102 年 1 月 1 日施行
本法第 3 條第 1 項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。	本法第 3 條第 1 項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第 27 條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。	本法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

## 「115 年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」摘要

中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)業於本年 5 月 21、22 日，擇花蓮縣辦理「115 年度全民健康保險牙醫門診總額參訪活動」，本會委員(含代理人)計 15 人參加。

一、參訪內容：本次計參訪花蓮縣 2 間牙醫診所、2 個巡迴醫療站及失智日間照顧中心，實地了解「醫療資源不足地區改善方案」、「牙醫特殊醫療服務計畫」及「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」之實際執行情形，並提出改善及執行建議。

二、於參訪後委員針對所見議題與牙全會代表於座談會相互交流，討論重點如下：

(一)肯定牙醫於偏鄉提供即時、可近性的醫療服務，並推動整合照護：

1. 光復鄉洪災緊急應變，即時提供醫療服務：本次參訪可見 114.9.23 光復洪災時，健保署會同牙醫部門迅速將大進國小巡迴點改設為「牙科臨時醫療站」提供緊急牙科服務，之後並持續提供每週 3 次門診，提高民眾就醫可近性。

2. 推廣偏鄉醫牙共照模式，促進高風險病人照護：東區以醫缺計畫的醫療站為核心，結合社區、衛生、長照資源，針對慢性病及高風險個案，鼓勵醫牙共照雙向治療，發展慢性病與口腔疾病之整合共照模式。委員肯定東區推動醫牙共照模式，在偏鄉進行跨部門資源整合是值得推廣的照護模式。

(二)加強醫事人力進駐偏鄉，落實在地醫療：

1. 牙全會提出改進意見：

(1)提高巡迴醫療服務給付：當地開業醫師反映，因長期支援巡迴醫療服務，影響日常開業，一般服務費用申報減少，建議提高巡迴醫療論次論量給付，反映真實成本並確保服務永續。

(2)精進弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫：為吸引醫師進駐弱勢鄉鎮，本計畫由一般服務費用移撥支應，對牙醫師人口及人口密度低等地區，予以申報點數加成支付。然因預算不足，且若有新醫師加入(醫師人口比上升)，可能使原服務醫師喪失補助

資格，無法持續提供開業誘因。建議提高獎勵誘因、檢討獎勵標準，以留住在地執業醫師。

## 2. 委員意見回饋：

(1) 建議爭取經費及連結相關資源：委員支持持續精進偏鄉地區的牙醫照護計畫，請牙全會將問題系統化、排定優先順序，並於總額協商時提出具體項目爭取經費。另除健保資源外，建議積極爭取其他中央或地方單位的預算挹注。

(2) 在地牙醫師的人力規劃：委員認為偏鄉醫療的問題，宜從制度面解決牙醫師人力不足的問題，建議與教育部討論公費牙醫師計畫，並加強年輕醫師留任的誘因。

### (三) 加強弱勢族群口腔照護之規劃：

1. 建議提供失智症日照及住宿機構之照顧：失智症合併高齡、疾病及身心障礙為最難照顧的群體，口腔健康亦隨病況發展惡化，考量資源有限，牙全會建議優先至目前尚未有牙醫特殊醫療服務進駐的失智日照及失智住宿機構提供服務。

2. 建議提早介入原住民口腔照護：牙全會藉由資料分析，發現東區原住民有早發性與高風險的口腔問題，建議將「原住民年滿 55 歲」納入高風險疾病口腔照護計畫，提早定期檢查與治療。對此，委員認為影響口腔健康的因素眾多，應審慎評估以特殊族群別、年齡別作為協商依據的妥適性，並建議原鄉地區可尋求原民會的資源，用於預防型與輔助型的服務。

### (四) 保護牙醫師至矯正機關服務之建議：

1. 花東區牙醫師僅 222 人，要支援 8 間矯正機關，約 5,600 收容人的牙醫服務。醫師至監所服務有被告及生命財產受威脅的風險，現行僅診察費有加成，缺乏鼓勵誘因，且監所設備不足(如 X 光機)，易產生醫療糾紛，須研議改善方法。

2. 委員建議若要減少受刑人為出監開庭而提告的現象，可改成視訊開庭，另建議矯正署為醫師提供責任保險及負擔被告的律師費，並讓受刑人簽療程同意書，若有醫療糾紛可作為保護醫師的證據。

藉由實地訪查及討論，有助於了解總額計畫及實務狀況，作為未來精進醫療照護模式及總額協商之參考。

## 藥全會「115年健保會委員實地訪查活動」摘要

中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)業於本年6月3、4日，擇宜蘭縣及花蓮縣辦理「115年健保會委員實地訪查活動」，本會委員(含代理人)計16人參加。

一、參訪內容：本次計參訪宜蘭縣1間藥廠、花蓮縣1間社區藥局及1間醫院藥劑部，實地了解藥廠之藥品製程管理、社區藥局照護偏鄉地區民眾用藥安全及醫院透過科技設備提升藥事照護品質等情形。

二、於參訪後委員與藥全會代表於座談會相互交流，討論重點如下：

### (一)全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫：

委員肯定社區藥局藥師對於提升偏鄉地區藥事照護品質之努力與付出，尤其是提供當地年長者用藥諮詢、了解其用藥情形及協助整理過期藥品等，確保民眾用藥安全。

### (二)醫院導入科技設備，推動智能化藥事照護服務：

#### 1. 醫院推動智慧化藥事照護服務重點

(1)利用 AI 影像辨識進行 UD (Unit Dose)住院單劑量餐包(一餐一包)核對，大幅縮短人工肉眼核對藥包時間，及提升用藥安全。

(2)導入智慧調劑台及病房智慧藥櫃(Automated Dispensing Cabinet, 簡稱ADC)，大幅降低藥師調劑錯誤率(錯誤率降低34%)，及讓護理師可快速、安全地提取藥品，減少給藥錯誤。

(3)導入送藥機器人，其可24小時不間斷服務、並具獨立權限控管藥倉(被授權的特定人員才能開鎖取藥)、避障與跨部門自動門連動功能，有效減輕院內藥品傳送人員的工作負荷，並提升給藥的效率與安全性。

2.委員肯定送藥機器人可提升藥品運送效率，然擔心若醫事人員遺失證件或遭盜取，是否會產生送藥機器人遭有心人士操作之風險，建議應研議更周延之預防措施，以保障資訊及用藥安全。

藉由實地訪查及討論，有助於了解基層社區藥局運作、醫院藥事照護服務，及「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」之實際執行情形，作為未來總額協商之參考。

## 伍、法定諮詢事項

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢暨中央健康保險署併提財務試算案，請鑒察。

說明：

- 一、本件係衛福部依據全民健康保險法(下稱健保法)第 60 條規定，於本(115)年 6 月 5 日以衛部保字第 1151260291 號函送「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 116 年度總額範圍草案)諮詢案，如附件一(第 23~39 頁)；簡報如附件二(第 40~46 頁)，由衛福部社會保險司說明。

衛福部社保司業務窗口：郭乃文科長，聯絡電話：02-85906666，分機 6770

- 二、另為利委員審視前揭總額範圍草案，商請健保署併提「116 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」供參，如附件三(第 47~48 頁)，由健保署說明。

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、本案係衛福部擬訂 116 年度總額範圍草案後，依據健保法第 60 條規定<sup>(註)</sup>諮詢本會意見。委員所提意見，將送請衛福部納參後，完成總額範圍草案，該部再依法報行政院核定。後續經行政院核定後，衛福部會正式交議本會進行協商。

註：健保法第 60 條「本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。」

- 二、案提之 116 年度總額範圍草案，係以 116 年度健保總額基期(約 9,890.52 億元)計算，成長率範圍為 2.619% 至 5.5%，重點摘要如下：

### (一)總額基期：

採前 1 年度(115 年)健保醫療給付費用總額(9,883.35 億元)，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(下稱人口差值，+7.01 億元<sup>註</sup>)，及加回前 1 年度(115 年)違反「全

民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(下稱違規扣款，+0.16 億元)，約為 9,890.52 億元。

註：人口差值為 114 年實際投保人口成長率(0.447%)，與協商 114 年度總額時預估投保人口成長率(0.362%)之差值。

## (二)總額範圍：

低推估值：低推估成長率為 2.619%，較基期約增加 259.03 億元，低推估金額約為 10,149.55 億元。

協商因素：成長率為 2.881%，約增加 284.94 億元。

高推估值：高推估成長率為 5.5%，為低推估成長率(2.619%)+協商因素成長率(2.881%)，較基期約增加 543.98 億元，高推估金額約為 10,434.49 億元。

## (三)低推估成長率：計算方式與 115 年度相同。

1.低推估成長率(2.619%)：係以「醫療服務成本及人口因素成長率」(3.061%<sup>註</sup>)，乘以 115 年校正後一般服務費用占率(85.561%)而得(因專款採零基預算，直接協定額度，不納入基期計算)。

2.醫療服務成本及人口因素成長率(3.061%)：主要反映因投保人口及成本變動等自然成長所需預算，依據三個參數計算而得<sup>註</sup>，分別為「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」。

註：醫療服務成本及人口因素成長率 3.061%

$$=(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率 } 1.516\%+\text{醫療服務成本指數改變率 } 1.086\%)\times(1+\text{投保人口預估成長率 } 0.447\%)-1$$

## (四)協商因素：協商因素成長率 2.881%，約增加 284.94 億元，116 年規劃目標摘要如下：(詳附件一，第 23~39 頁)

- 1.強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康。
- 2.留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性。
- 3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。

4.提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

(五)高推估成長率：即低推估成長率(2.619%)+協商因素成長率(2.881%)，合計成長率 5.5%，約為 10,434.49 億元。

三、至 116 年度總額範圍(草案)之財務試算，依衛福部及健保署所提資料，116 年度總額範圍草案低、高推估值，以現行費率 5.17% 試算健保財務，預估 116 年度保險收支將短絀 559 億元至 843 億元，當年底保險收支累計結餘為 1,103 億元至 819 億元，安全準備約當保險給付支出 1.40 個月至 1.01 個月。

表 116 年度醫療給付費用總額範圍草案之財務試算

項目	低推估	高推估
116 年度總額醫療費用成長率	2.619%	5.5%
116 年度總額醫療費用(億元)(含部分負擔)	10,150	10,434
增加金額(億元)	259	544
116 年保險成本(億元)(不含部分負擔)	9,438	9,720
116 年保險收入(億元)	8,879	8,877
116 年當年保險收支餘絀(億元)	-559	-843
116 年保險收支累計結餘(億元)	1,103	819
約當保險給付支出月數	1.40	1.01

四、整理過去總額範圍訂定及本會討論之相關資料供參：

(一)整理歷年行政院核定總額範圍及衛福部核定總額成長率(如參考資料一，第 49 頁)。116 年度總額低推估成長率計算方式與 115 年度相同，因 114 年度總額起計算方式與過去不同(詳參考資料二，第 50~51 頁)，爰 116 年度總額低推估成長率尚無法與歷年數值直接比較。

(二)檢附去年本會委員對 115 年度總額範圍(草案)及財務試算之諮詢意見摘要(參考資料三，第 52~55 頁)，供委員參考。

五、依健保法第 5 條規定，本會於辦理總額之協議訂定等事項，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。為利本會進行 116 年度健保總額之協議訂定，請健保署於衛福部交議本會

「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併同提出「116 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，供協商參考。

- 六、本會將俟衛福部交議 116 年度總額範圍案後，儘速轉知各總額部門承辦團體、健保署及本會委員，並提報最近一次委員會議，同時邀請衛福部派員蒞會說明，以利委員了解行政院對總額範圍核定情形及政策目標。

決定：

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：廖桂汎  
聯絡電話：(02)8590-6666 分機：6761  
傳真：02-85906048  
電子郵件：hgeva520@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月5日  
發文字號：衛部保字第1151260291號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：116年全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案書面說明及簡報資料各1份

主旨：有關「116年度全民健康保險醫療給付費用範圍」（草案），  
請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案之總額基期為9,890.52億元，並考量投保人口結構改變、醫療服務成本指數改變及投保人口數成長對醫療費用之影響，以及配合116年總額規劃目標，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等各面向所擬，總額成長率為2.619%至5.5%，總額下限金額約1兆149.55億元至上限金額約1兆434.49億元，較基期增加259.03億元至543.98億元。
- 三、檢附旨揭諮詢草案書面說明及簡報資料，詳附件1、2。

正本：本部全民健康保險會  
副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

## 116 年全民健康保險醫療給付費用

### 總額範圍（草案）

依全民健康保險法(以下簡稱健保法)第 60 條規定，健保每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會意見後，報請行政院核定。

本部所擬之 116 年健保醫療給付費用總額範圍，係以 116 年健保總額基期 9,890.52 億元計算，總額下限金額約 10,149.55 億元至上限金額約 10,434.49 億元(成長率 2.619%至 5.5%)。

116 年健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} & 116 \text{ 年健保醫療給付費用總額範圍} \\ & = 116 \text{ 年健保總額基期} \\ & \quad \times (1 + 116 \text{ 年健保醫療給付費用成長率之低推估值} \sim \text{高推估值}) \end{aligned}$$

- 一、基期(9,890.52 億元)：係以前 1 年(115 年)健保醫療給付費用總額 9,883.35 億元，校正前 2 年(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(7.01 億元)，以及加回前 1 年(115 年)總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(0.16 億元)計算而得。
- 二、低推估值(2.619%，較基期約增加 259.03 億元，下限金額約為 10,149.55 億元)：係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」計算成長率，並校正一般服務醫療給付費用占率而得。
- 三、高推估值(5.5%，較基期增加約 543.98 億元，上限金額約為 10,434.49 億元)：即低推估值+協商因素，其中協商因素係依據 116 年規劃目標，並以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬。

綜上，預估 116 年度健保醫療給付費用總額，約為 10,149.55 億元至 10,434.49 億元。

## 116 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明

### 壹、行政院核定 115 年總額範圍函示事項

有關行政院 114 年 8 月 27 日院臺衛字第 1141021415 號函核定 115 年度總額範圍函示事項如下：

- 一、為利全民健康保險（以下簡稱健保）財務穩定及永續經營，請檢討健保財務收支及健保會運作協商機制，並適時評估檢討健保法整體修法工作。
- 二、為持續促進健保制度革新，符合國家健康政策推動方向，請精進辦理下列事項。
  - （一）就健保總額範圍擬訂公式進行全面性研究，以檢討其合理性，貼近實際需求。
  - （二）就自費醫療項目及金額，強化有效之管理及監督機制，以保障病患就醫權益。
  - （三）確保相關資源投入可確實優化醫事人員工作環境，並請全面檢討租稅等誘因對醫事人員流動之影響及合理性。
  - （四）建構整合性之全人照護模式，以因應超高齡社會下之醫療照護需求。
- 三、全面檢視總額制度下各項政策或計畫之執行成效，並評估訂定具體明確之政策目標。

### 貳、116 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍

- 一、116 年總額基期(9,890.52 億元)：本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(115 年)健保總額預算(9,883.35 億元)，校正前 2 年度(114 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(+7.01 億元)、加回前 1 年度(115 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.16 億元)，即為 9,890.52 億元(9,883.35+7.01+0.16)。各項校正因素分述如下：
  - （一）前 1 年度（115 年）健保醫療給付費用總額 9,883.35 億元：依本部 115 年 1 月 28 日衛部健字第 1153360013 號公告 115 年度健保醫療給付費用總額核定結果。
  - （二）前 2 年度（114 年）投保人口預估成長率與實際之差值金額+7.01 億元：

1. 因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
  2. 以 116 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 114 年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 113 年擬訂 114 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 114 年實際投保人口成長數，爰以 112 年較 111 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 115 年擬訂 116 年總額時，始取得 114 年實際投保人口成長數，故於 116 年度總額校正。
- (三)加回前 1 年度 (115 年) 總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款+0.16 億元：依本部前開 115 年 1 月 28 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 116 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度 (115 年) 前開金額。

二、116年總額範圍下限：低推估值為2.619%，116年下限金額約10,149.55億元，較基期約增加259.03億元，較115年核定9,883.35億元增加約266.2億元。

低推估金額 10,149.55 億元

=116 年度健保總額基期×{1+[(1+A+B)×(1+C)-1]×(115 年校正後一般服務費用占率)}

=9,890.52× {1+[(1+1.516%+1.086%)×(1+0.447%)-1]×(85.561%)}

A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率

B：醫療服務成本指數改變率

C：投保人口預估成長率

(一) 低推估值係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)」、「醫療服務成本指數改變率(B)」及「投保人口預估成長率(C)」計算(相關數值詳表1至2)：

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)1.516%：以113年每人醫療費用為基礎，依年齡(1歲為1組)、性別分組，計算114年對113年保險對象人口結構之影響。
2. 醫療服務成本指數改變率(B，簡稱MCPI) 1.086%：
  - (1) 其計算公式為 $[\Delta \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數}) / \text{前一年} \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數})]$ ，各總額部門成本項目分別為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。
  - (2) 前述公式之權數為各成本項目費用之占率，資料來源皆為行政院主計總處每5年調查1次之工業及服務業普查，主計總處已於113年新發布110年工業及服務業普查結果，爰自114年總額起配合調整權數，並適用5年；指數為各成本項目之費用成長率，資料來源為主計總處每年更新之物價指數。
3. 投保人口預估成長率(C) 0.447%：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即114年對113年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。113年投保人口數為23,670,494人，114

年為 23,776,354 人。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	1.516%
醫療服務成本指數改變率(B)	1.086%
投保人口預估成長率(C)	0.447%
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>3.061%</b>

註 1：「投保人口預估成長率」係以 114 年對 113 年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

註 2：各項因素以 115 年 4 月最新公告數值為準。

$$\begin{aligned} & \text{醫療服務成本及人口因素成長率 } 3.061\% \\ & = (1 + \text{投保人口結構改變對醫療費用之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1 \\ & = (1 + 1.516\% + 1.086\%) \times (1 + 0.447\%) - 1 \end{aligned}$$

(二) 綜上分別計算後，「醫療服務成本及人口因素成長率」為 3.061%，經校正一般服務醫療給付費用占率(85.561%)，低推估成長率為 2.619%(=3.061% x85.561%)。

三、116 年總額範圍上限：高推估值訂為 5.5%，增加約 543.98 億元，即低推估值(2.619%，約增加 259.03 億元)+協商因素(2.881%，約增加 284.94 億元)，預估總額為 10,434.49 億元。116 年規劃目標、內涵如下：

(一) 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康：

1. 以全人全程照護並呼應健康台灣 888 目標，建立慢性疾病整合照護模式。
2. 擴大家醫計畫及在宅醫療照護，串聯基層醫療、醫院及長照與社區資源。

(二) 留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性：

1. 改善人力流失問題，確保醫療體系永續發展，提升醫療量能與價值。
2. 確保醫事服務機構獲得合理給付，因應醫材及人力成本財務衝擊。

(三) 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質：

1. 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍，減輕民眾負擔。
2. 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。
3. 著重保障急重難罕、兒童照護及住院服務量能，強化品質指標之監測與評估，增進醫療效能。

(四) 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置：

1. 推動通訊醫療與數位優化，強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性。
2. 平衡醫療資源配置，提升醫療體系效能。

## 參、民眾付費能力及健保財務評估

### 一、 健保財務影響評估（詳表 3）

116 年健保總額成長率範圍(2.619%至 5.5%)，推算應付保險給付支出約為 10,149.55 億元至 10,434.49 億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.40 個月（低推估）至 1.01 個月（高推估）。

### 二、 付費者之付費能力參考指標（詳表 4、圖 1 至 2）

(一) 我國經濟成長率：依據行政院主計總處 114 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率之趨勢，103 年至 114 年成長率數值範圍介於 1.12%至 8.68%，115 年預估值為 7.71%。

(二) 健保平均投保金額成長率：最低工資自 115 年 1 月 1 日起調升，月薪由 28,590 元調整至 29,500 元，調升 910 元，調幅約為 3.18%；時薪則比照月薪調幅，由 190 元調整至 196 元。因應最低工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估 115 年之平均投保金額成長率為 2.14%。

(三) 健保保險費成長率：自 110 年 1 月 1 日起，健保一般保險費費率為 5.17%，補充保費費率 2.11%，115 年健保應收保險費成長率為 -0.17%。

(四) 國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：依據本部「113 年國民醫療保健支出電子書」，113 年 NHE 占 GDP 比率為 7.34%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.40%。

三、歷年健保醫療給付費用總額範圍與協定結果，詳表 5。101 年至 115 年期間，報院之高推估值以 102 年的成長率 7%最高，而 103 年的成長率 4.5%則為最低；行政院核定之高推估值，則以 102 年成長率 6%最高，111 年成長率 4.4%最低；健保會協定及本部核定結果，以 106 年成長率 5.642%最高，而 103 年成長率 3.275%最低。

#### 肆、結語

依據健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。研擬之 116 年總額係參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，將積極推動多項措施，包括強化全人全程照護、留人留才、提升支付合理性、照顧兒童、急重難罕病人醫療需求、加速導入新醫療科技、提升醫療可近性與效能等多元面向。後續將據上述總額範圍與規劃目標內涵報行政院核定，核定後續交議健保會進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。期保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照顧，逐步改善醫療照護品質，持續提升全民健康。

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

年齡組別	113 年			113 年			114 年		
	每人年申報點數			保險對象人數%			保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	32,019	30,948	31,465	0.26%	0.28%	0.54%	0.23%	0.25%	0.49%
1 歲	28,114	34,210	31,268	0.27%	0.29%	0.57%	0.27%	0.29%	0.56%
2 歲	22,018	26,417	24,296	0.29%	0.31%	0.60%	0.27%	0.29%	0.57%
3 歲	24,688	30,774	27,839	0.32%	0.34%	0.66%	0.29%	0.31%	0.61%
4 歲	24,016	31,195	27,740	0.33%	0.36%	0.70%	0.32%	0.34%	0.66%
5 歲	23,333	30,537	27,061	0.36%	0.38%	0.74%	0.34%	0.36%	0.70%
6 歲	21,074	27,489	24,395	0.37%	0.40%	0.77%	0.36%	0.38%	0.74%
7 歲	17,598	21,438	19,585	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
8 歲	14,869	17,425	16,196	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
9 歲	13,681	16,382	15,081	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
10 歲	13,381	15,686	14,573	0.41%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
11 歲	10,846	12,591	11,750	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
12 歲	11,948	14,395	13,215	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
13 歲	12,398	15,179	13,843	0.37%	0.40%	0.77%	0.44%	0.47%	0.91%
14 歲	10,076	11,808	10,979	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.76%
15 歲	11,773	12,311	12,053	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
16 歲	10,457	12,894	11,731	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
17 歲	11,568	13,576	12,617	0.41%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
18 歲	12,031	12,488	12,271	0.42%	0.46%	0.88%	0.42%	0.45%	0.87%
19 歲	11,758	12,068	11,920	0.44%	0.48%	0.92%	0.43%	0.48%	0.91%
20 歲	12,543	11,789	12,148	0.46%	0.51%	0.97%	0.45%	0.49%	0.95%
21 歲	12,577	11,513	12,021	0.50%	0.55%	1.05%	0.47%	0.52%	1.00%
22 歲	13,866	11,366	12,571	0.54%	0.58%	1.12%	0.52%	0.56%	1.08%
23 歲	13,084	10,727	11,860	0.60%	0.65%	1.25%	0.55%	0.58%	1.13%
24 歲	15,485	11,912	13,615	0.62%	0.69%	1.31%	0.61%	0.66%	1.27%
25 歲	15,830	12,077	13,874	0.59%	0.64%	1.23%	0.64%	0.70%	1.34%
26 歲	14,499	11,141	12,755	0.63%	0.68%	1.31%	0.61%	0.66%	1.26%
27 歲	16,276	12,418	14,277	0.70%	0.75%	1.45%	0.65%	0.69%	1.34%
28 歲	17,304	12,464	14,797	0.70%	0.76%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
29 歲	17,794	12,948	15,289	0.71%	0.76%	1.47%	0.72%	0.77%	1.49%
30 歲	18,308	13,296	15,716	0.71%	0.76%	1.48%	0.72%	0.77%	1.49%
31 歲	19,716	14,114	16,821	0.72%	0.77%	1.48%	0.72%	0.77%	1.49%
32 歲	20,271	15,028	17,549	0.70%	0.76%	1.46%	0.73%	0.77%	1.50%
33 歲	20,609	15,239	17,820	0.71%	0.77%	1.48%	0.71%	0.76%	1.47%
34 歲	21,798	16,398	19,012	0.72%	0.76%	1.48%	0.71%	0.77%	1.48%
35 歲	21,067	15,908	18,422	0.71%	0.75%	1.46%	0.72%	0.77%	1.49%
36 歲	23,512	18,705	21,063	0.71%	0.74%	1.45%	0.72%	0.75%	1.47%
37 歲	22,324	18,300	20,301	0.69%	0.70%	1.38%	0.71%	0.74%	1.45%
38 歲	21,142	17,876	19,519	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.70%	1.39%
39 歲	21,698	19,877	20,801	0.80%	0.77%	1.57%	0.72%	0.71%	1.43%
40 歲	22,694	21,569	22,141	0.83%	0.80%	1.63%	0.80%	0.77%	1.57%
41 歲	22,398	21,717	22,066	0.88%	0.83%	1.71%	0.83%	0.80%	1.63%
42 歲	23,433	23,522	23,476	0.91%	0.86%	1.77%	0.88%	0.83%	1.71%
43 歲	24,673	24,971	24,818	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.85%	1.76%
44 歲	25,561	25,908	25,730	0.91%	0.85%	1.76%	0.91%	0.85%	1.76%
45 歲	27,604	28,109	27,849	0.90%	0.85%	1.75%	0.90%	0.85%	1.75%
46 歲	28,440	30,424	29,403	0.86%	0.81%	1.67%	0.90%	0.85%	1.74%
47 歲	28,116	29,925	28,993	0.88%	0.82%	1.70%	0.86%	0.80%	1.66%
48 歲	32,433	35,630	33,983	0.84%	0.79%	1.63%	0.87%	0.82%	1.69%
49 歲	31,670	35,036	33,291	0.78%	0.72%	1.50%	0.84%	0.79%	1.62%
50 歲	32,685	37,744	35,132	0.76%	0.71%	1.46%	0.77%	0.71%	1.49%
51 歲	33,925	39,114	36,434	0.75%	0.70%	1.45%	0.75%	0.70%	1.46%
52 歲	34,692	39,793	37,161	0.75%	0.71%	1.46%	0.75%	0.70%	1.44%
53 歲	36,017	41,388	38,629	0.77%	0.73%	1.49%	0.75%	0.70%	1.45%
54 歲	37,211	43,770	40,404	0.77%	0.73%	1.51%	0.76%	0.72%	1.48%
55 歲	38,275	46,059	42,070	0.77%	0.73%	1.49%	0.77%	0.73%	1.50%
56 歲	40,274	48,476	44,279	0.75%	0.72%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
57 歲	39,585	48,497	43,937	0.74%	0.70%	1.44%	0.75%	0.71%	1.46%
58 歲	43,157	53,409	48,140	0.76%	0.72%	1.48%	0.73%	0.70%	1.43%
59 歲	43,583	53,914	48,601	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.47%
60 歲	46,006	57,791	51,720	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.47%

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率(續完)

年齡組別	113年 每人年申報點數			113年 保險對象人數%			114年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61歲	47,515	60,016	53,545	0.77%	0.72%	1.49%	0.76%	0.71%	1.48%
62歲	49,315	61,783	55,337	0.76%	0.71%	1.47%	0.77%	0.71%	1.48%
63歲	51,553	66,281	58,657	0.74%	0.69%	1.42%	0.75%	0.70%	1.45%
64歲	53,743	68,451	60,786	0.73%	0.67%	1.40%	0.73%	0.67%	1.40%
65歲	56,477	72,269	64,011	0.72%	0.66%	1.38%	0.72%	0.66%	1.38%
66歲	59,806	77,361	68,154	0.68%	0.62%	1.30%	0.72%	0.65%	1.37%
67歲	61,325	77,001	68,750	0.66%	0.60%	1.26%	0.68%	0.61%	1.28%
68歲	64,290	79,907	71,673	0.67%	0.60%	1.28%	0.66%	0.59%	1.24%
69歲	67,306	84,415	75,360	0.65%	0.58%	1.23%	0.67%	0.59%	1.26%
70歲	70,591	88,202	78,826	0.61%	0.53%	1.14%	0.64%	0.57%	1.21%
71歲	72,698	90,972	81,213	0.58%	0.51%	1.09%	0.60%	0.52%	1.12%
72歲	75,613	92,521	83,440	0.57%	0.50%	1.07%	0.58%	0.50%	1.07%
73歲	82,880	103,318	92,313	0.54%	0.46%	1.00%	0.57%	0.48%	1.05%
74歲	86,293	107,280	95,923	0.45%	0.39%	0.84%	0.53%	0.45%	0.98%
75歲	89,293	110,088	98,736	0.42%	0.35%	0.77%	0.45%	0.37%	0.82%
76歲	94,645	113,979	103,420	0.36%	0.30%	0.65%	0.41%	0.34%	0.75%
77歲	98,797	121,685	109,060	0.30%	0.24%	0.54%	0.35%	0.28%	0.63%
78歲	105,124	130,885	116,477	0.23%	0.18%	0.41%	0.29%	0.23%	0.53%
79歲	91,852	110,457	99,935	0.24%	0.18%	0.42%	0.22%	0.17%	0.40%
80歲	99,034	121,107	108,558	0.26%	0.19%	0.45%	0.23%	0.17%	0.41%
81歲	102,710	125,717	112,492	0.24%	0.18%	0.42%	0.25%	0.18%	0.43%
82歲	105,494	130,613	115,999	0.23%	0.17%	0.40%	0.23%	0.17%	0.40%
83歲	104,720	129,556	115,008	0.22%	0.16%	0.38%	0.22%	0.15%	0.38%
84歲	109,196	136,108	119,962	0.21%	0.14%	0.35%	0.21%	0.14%	0.35%
85歲	114,153	141,755	124,982	0.18%	0.12%	0.30%	0.19%	0.13%	0.32%
86歲	110,712	144,424	123,610	0.16%	0.10%	0.26%	0.17%	0.11%	0.28%
87歲	115,609	144,260	126,419	0.14%	0.09%	0.23%	0.15%	0.09%	0.23%
88歲	116,442	149,058	128,519	0.12%	0.07%	0.19%	0.13%	0.08%	0.20%
89歲	118,333	147,615	129,044	0.11%	0.06%	0.17%	0.11%	0.06%	0.17%
90歲	118,584	147,051	128,966	0.09%	0.05%	0.14%	0.09%	0.05%	0.15%
91歲	117,695	142,247	126,927	0.07%	0.04%	0.11%	0.08%	0.04%	0.12%
92歲	118,241	150,448	130,689	0.06%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93歲	122,588	152,434	134,524	0.05%	0.03%	0.08%	0.05%	0.03%	0.08%
94歲	119,366	153,772	133,392	0.04%	0.03%	0.06%	0.04%	0.02%	0.06%
95歲	121,532	159,127	136,871	0.03%	0.02%	0.05%	0.03%	0.02%	0.05%
96歲	117,820	167,106	137,995	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.04%
97歲	119,122	172,152	140,436	0.01%	0.01%	0.02%	0.02%	0.01%	0.03%
98歲	128,538	172,271	146,329	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
99歲	123,708	177,492	146,174	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100歲	120,730	175,543	140,949	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101歲	133,800	174,782	149,568	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102歲	139,210	163,996	149,693	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103歲	113,164	143,783	126,160	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104歲	178,614	231,097	201,644	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105歲	193,050	227,895	207,907	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106歲	183,805	164,734	174,497	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107歲	154,042	172,815	161,194	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108歲	102,706	107,732	104,814	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109歲	176,548	268,958	217,619	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110歲以上	97,094	166,440	127,915	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	37,205	39,526	38,348	50.74%	49.26%	100.00%	50.83%	49.17%	100.00%
114年校正後每人年費用									38,930
成長率									1.516%

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指114年納保人口年齡性別結構相對於113年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以113年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 =  $(\sum HE_{113ij} \times \%POP_{114ij}) / (\sum HE_{113ij} \times \%POP_{113ij}) - 1$

(1)HE<sub>113ij</sub>：113年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用。

(2)%POP<sub>114ij</sub>：114年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。

(3)%POP<sub>113ij</sub>：113年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比。

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均。

表2、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用占率	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.914%	0.920%
西醫基層	19.283%	1.023%
中 醫	3.767%	2.279%
牙 醫	6.036%	2.501%
總 計	100.00%	1.086%

表2-1、醫院服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	106.50	107.48	0.920%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	47.84	107.53	110.90	3.134%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	18.90	103.10	97.27	-5.655%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.61	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.92	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.73	107.81	109.6	1.660%

表2-2、西醫基層服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年 指數	114年 指數	113-114年 年增率(%)
	100	106.55	107.64	1.023%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	49.07	107.53	110.90	3.134%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.82	103.10	97.27	-5.655%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.67	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.52	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	12.91	107.81	109.60	1.660%

表2-3、牙醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年指數	114年指數	113-114年年增率(%)
	100	107.14	109.82	2.501%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	51.87	107.53	110.90	3.134%
藥品費用 健保牙醫門診藥費(權重)及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.25	106.35	109.20	2.680%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.22	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.16	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.49	107.81	109.60	1.660%

表2-4 中醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	113年指數	114年指數	113-114年年增率(%)
	100	107.95	110.41	2.279%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.26	107.53	110.90	3.134%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑	18.14	110.81	112.60	1.615%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.26	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.55	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.79	107.81	109.60	1.660%

表註1：「權數」採行政院主計總處110年「工業及服務業普查」結果，採第5~95百分位值之平均數為權重。  
表註2：「指數」以行政院主計總處115年4月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採114年1月至12月相對於113年1月至12月資料。本表以110年指數訂為100。

表註3：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

表3、116年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

項目	低推估	高推估
116 年度總額醫療費用成長率	2.619%	5.5%
116 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	10,150	10,434
增加金額(億元)	259	544
116 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	9,438	9,720
116 年保險收入(億元)	8,879	8,877
116 年當年保險收支餘絀(億元)	-559	-843
116 年保險收支累計結餘(億元)	1,103	819
116 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.40	1.01

附註：

製表日期：115.6.11

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)…)等。
- 2、116 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之 116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,890.52 億元進行計算。增加金額=116 年度總額醫療費用-9,890.52。
- 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。

表4、付費者之付費能力參考指標

	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年	115年 (預估)
名目國內生產毛額 成長率(GDP) <sup>註1</sup>	6.47	4.90	2.93	2.60	2.26	3.01	5.53	8.74	4.81	3.40	9.07	11.51	13.23
實質國內生產毛額 成長率 <sup>註1</sup> (經濟成長率)	4.72	1.47	2.17	3.66	2.91	3.06	3.42	6.72	2.68	1.12	5.27	8.68	7.71
名目國民所得 年增率(NI) <sup>註1</sup>	7.71	4.56	2.99	2.79	1.65	2.35	5.94	9.11	4.15	1.49	11.60	9.92	15.89
實質國民所得 年增率 <sup>註2</sup>	7.08	5.82	2.37	2.96	0.75	2.52	7.24	5.58	0.32	1.45	8.42	9.76	-
受僱員工每人每月 平均薪資成長率 (工業及服務業 總計) <sup>註3</sup>	3.60	2.54	0.62	2.80	3.62	-	1.36	3.41	3.41	0.65	4.42	3.90	-
失業率 <sup>註4</sup>	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.48	3.38	3.35	3.32
健保平均投保金額 成長率 <sup>註5</sup>	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	3.54	3.91	4.79	2.14
健保應收保險費 成長率 <sup>註5</sup>	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	7.26	3.51	3.76	7.78	-0.17
健保醫療費用 成長率 <sup>註6</sup>	3.28	3.38	4.91	5.64	4.67	4.39	5.24	4.10	3.30	3.35	4.68	6.06	6.43
每人健保醫療費用 成長率 <sup>註7</sup>	2.68	2.75	4.56	5.24	4.40	4.17	5.14	4.40	4.05	2.97	4.36	5.58	6.36
國民醫療保健支出 占GDP比率 <sup>註8</sup>	6.79	6.72	6.87	7.08	7.38	7.49	7.68	7.59	7.76	7.78	7.34	-	-
健保支出占GDP比 率 <sup>註1、6</sup>	3.51	3.46	3.53	3.63	3.72	3.77	3.76	3.60	3.55	3.54	3.40	3.24	3.04
健保支出占國民醫療 保健支出比率 <sup>註6、8</sup>	51.78	51.54	51.37	51.29	50.4	50.33	48.97	47.39	45.71	45.57	46.33	-	-
家庭部門占國民醫療 保健支出比率 <sup>註8</sup>	37.59	37.37	36.94	37.73	37.49	37.97	36.96	34.82	34.92	36.14	37.23	-	-

註：

1. 名目國內生產毛額成長率(GDP)、實質國內生產毛額成長率及名目國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 115 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「國民所得統計常用資料」。
2. 實質國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 115 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「1-1 GDP、GNI 及 NI」資料。
3. 受僱員工每人每月平均薪資成長率：參考主計總處薪情平台於 115 年 4 月更新。查詢時選「週期」為年資料、「性別」為總計，其餘選項為「每人每月總薪資」、「工業及服務業」、「較上年同期增減率」。另因 108 年行業分類擴增幅度較大，該年度資料未與前一年進行比較，以維持比較基礎一致性。
4. 失業率：參考中華民國統計資訊網於 115 年 4 月更新之「就業、失業統計」「就業失業統計觀測站」項下「常用資料查詢」「失業率」。103 年至 114 年為年平均値，115 年為 1 至 3 月累計平均値。
5. 健保平均投保金額成長率、健保應收保險費成長率：參考健保署 115 年 6 月提供本部統計資料。
6. 健保醫療費用成長率、健保支出：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算值(102 年至 111 年)及「健保總額公告金額」(112 年至 115 年)。
7. 每人健保醫療費用成長率：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算值(102 年至 111 年)、「健保總額公告金額」(112 年至 115 年)及健保署於 115 年 3 月提供之投保人數計算。
8. 國民醫療保健支出、家庭部門支出：參考本部統計處 115 年 3 月更新「國民醫療保健支出統計表」項下表 1「國民醫療保健支出指標」及表 2「家庭部門金額」。

表5、101至116年本部報院及行政院核定範圍

單位：%

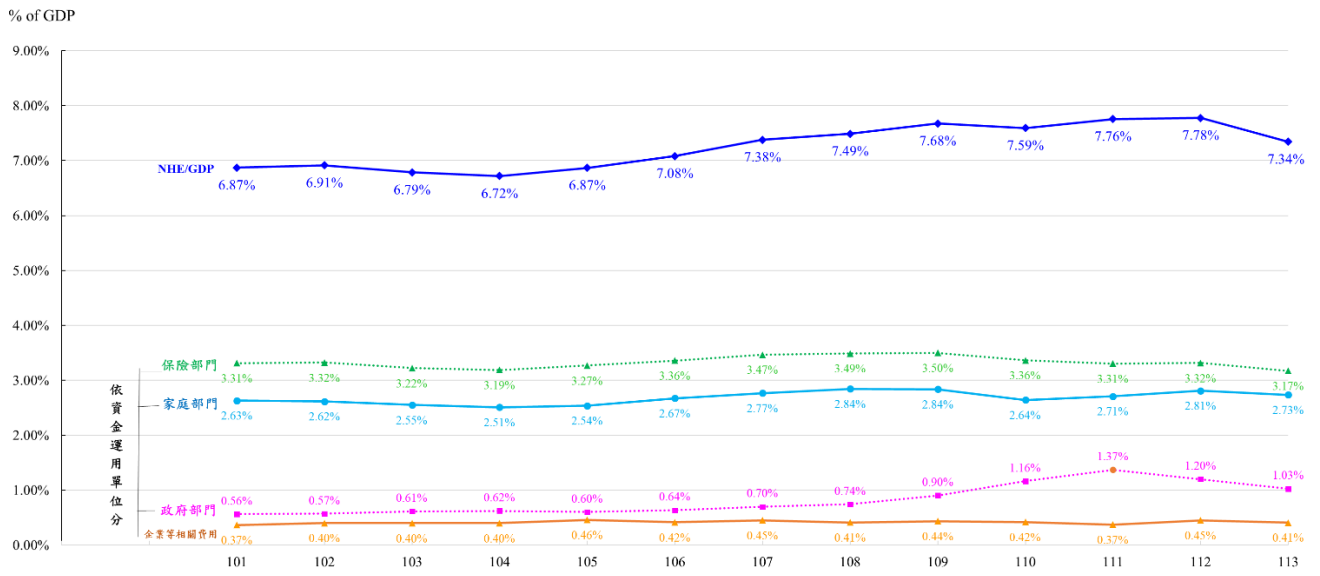
	年度總額 (億元)	人口結構 改變率 A	醫療成本指 數改變率 B	人口預估 成長率 C	協商 因素	醫療給付費用成長率 範圍合計(預估)		
						低推估= (1+A%+B%) *(1+C%)-1	高推估= 低推估+ 協商因素	
116年	報院(草案)	9,891	1.516	1.086	0.447	2.881	2.619	5.5
115年	報院	9,883	1.561	1.529	0.320	2.558	2.942	5.5
	行政院核定					2.558	2.942	5.5
	總額核定					2.558	5.5	
114年	報院	9,286	1.570	2.159	0.362	1.979	3.521	5.5
	行政院核定					1.979	3.521	5.5
	總額核定					1.979	5.5	
113年	報院	8,755	1.784	1.103	-0.757	2.379	2.621	5
	行政院核定					2.079	2.621	4.7
	總額核定					2.079	4.7	
112年	報院	8,364	1.829	0.401	-0.264	3.744	1.307	5.0
	行政院核定					3.193	1.307	4.5
	總額核定					2.016	3.323	
111年	報院	8,096	1.746	-0.228	0.136	3.474	1.272	4.746
	行政院核定					3.128	1.272	4.4
	總額核定					2.048	3.320	
110年	報院	7,835	1.987	1.285	0.204	2.093	2.907	5.0
	行政院核定					1.593	2.907	4.5
	總額核定					1.2	4.107	
109年	報院	7,526	1.703	2.181	0.346	2.268	3.708	5.976
	行政院核定					1.792	3.708	5.5
	總額核定					1.529	5.237	
108年	報院	7,153	1.622	0.888	0.359	2.374	2.516	4.89
	行政院核定					2.184	2.516	4.5(4.7)
	總額核定					1.901	4.417	
107年	報院	6,853	1.511	0.659	0.175	3.282	2.349	5.631
	行政院核定					2.651	2.349	5.00
	總額核定					2.362	4.711	
106年	報院	6,545	1.460	2.192	0.113	2.721	3.769	6.49
	行政院核定					2.131	3.769	5.9
	總額核定					1.873	5.642	
105年	報院	6,196	1.440	2.440	0.140	2.114	4.025	6.139
	行政院核定					1.775	4.025	5.8
	總額核定					0.888	4.912	
104年	報院	5,905	1.500	0.095	0.175	3.239	1.772	5.011
	行政院核定					2.978	1.772	4.75
	總額核定					1.658	3.430	
103年	報院	5,712	1.516	-0.147	0.205	2.923	1.577	4.500
	行政院核定					2.873	1.577	4.450
	總額核定					1.698	3.275	
102年	報院	5,531	1.529	1.011	0.443	4.006	2.994	7.000
	行政院核定					3.006	2.994	6.000
	總額核定					1.442	4.436	
101年	報院	5,296	1.539	0.961	0.190	2.776	2.695	5.471
	行政院核定					2.005	2.695	4.700
	總額核定					1.619	4.314	

註1：成長率為相較前一年度協定總額基期之成長率。

註2：行政院核定108年總額範圍為：下限值2.516%，上限值4.5%；另為加速根治國人C型肝炎，同意增列108年C肝口服新藥費用，惟所增列之額度，不得超過4.7%之上限。

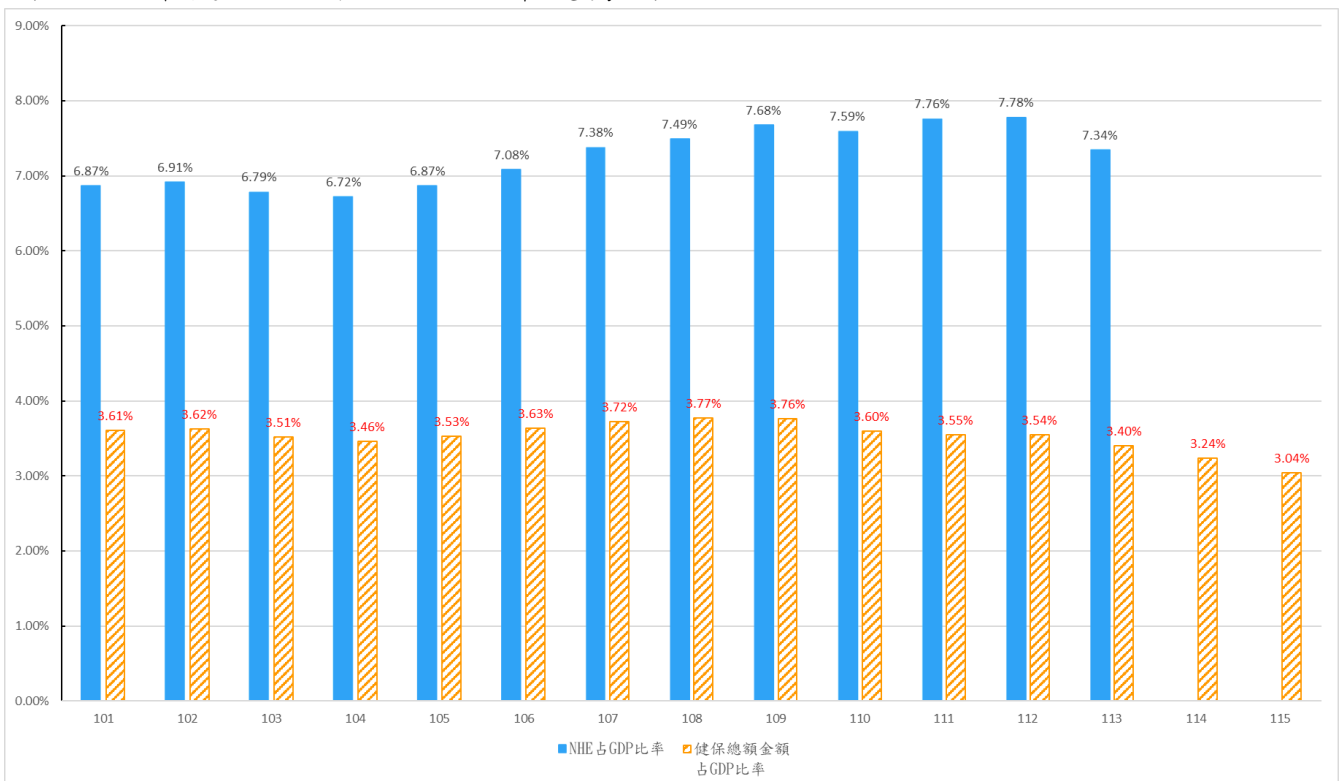
註3：自108年起，人口預估成長率改採最近二年投保人口之成長率作計算；低推估值以前一年度一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額之占率校正。

圖1、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與政府、保險、家庭、企業及民間部門占GDP比率(至113年)



資料來源：衛生福利部發布之「113年國民醫療保健支出統計分析」

圖2、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖



# 116年健保總額範圍

衛生福利部  
社會保險司  
115年6月24日



## 報告大綱



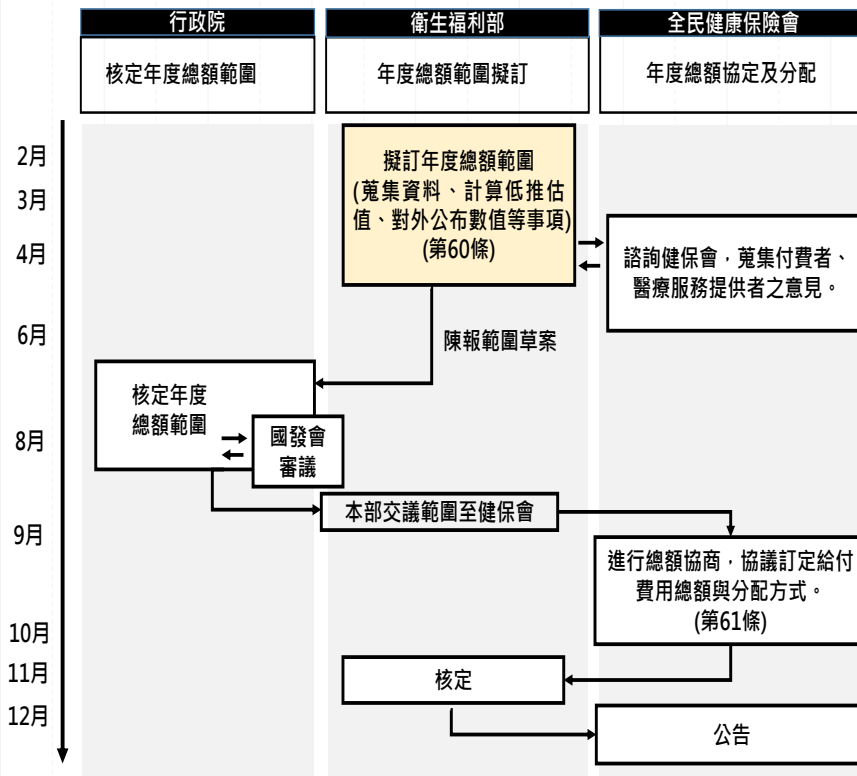
- 健保總額範圍重要期程
- 115年度各總額部門核定結果
- 近年總額範圍擬訂與核定結果
- 116年總額規劃目標
- 116年低推估
- 116年高推估
- 116年健保財務評估



## 健保總額範圍重要期程1/2



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

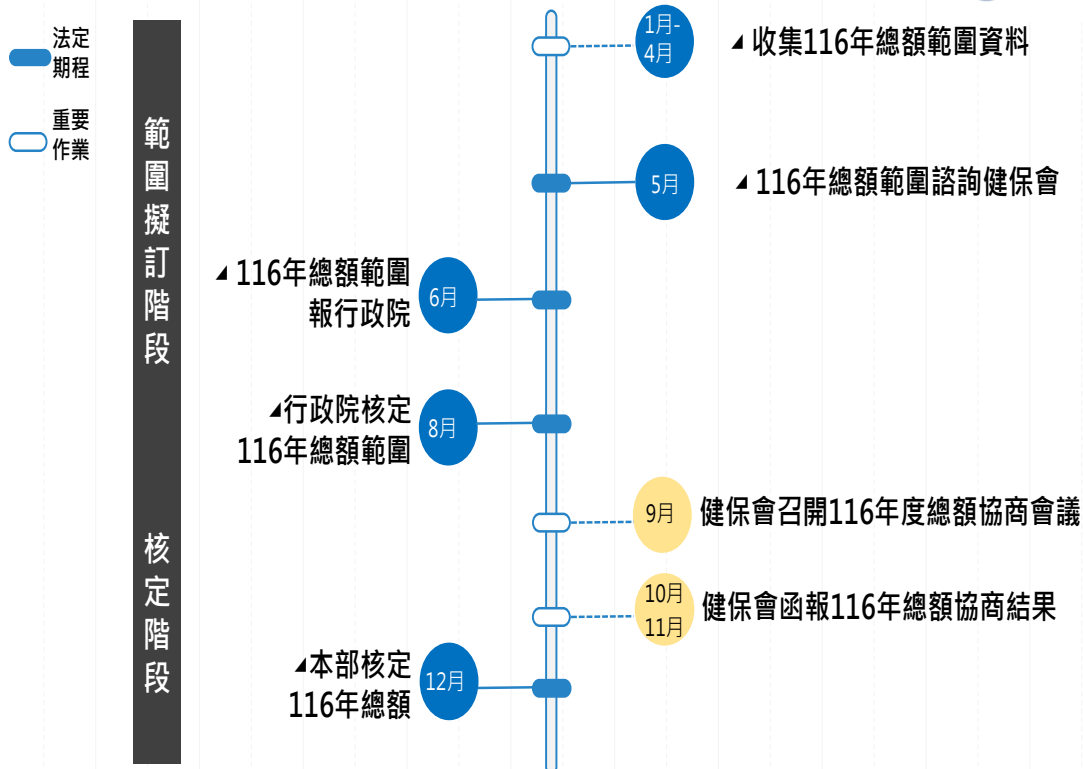


3

## 健保總額範圍重要期程2/2



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



4

## 115年度各總額部門核定結果



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

項目/方案別	醫院	西醫基層	中醫	牙醫	整體總額
<b>1.醫療服務成本及人口因素</b>	<b>3.655%</b>	<b>2.776%</b>	<b>3.652%</b>	<b>2.471%</b>	
-投保人口預估成長率(A)	0.320%	0.320%	0.320%	0.320%	
-人口結構改變率(B)	1.866%	0.962%	0.824%	0.251%	
-醫療服務成本指數改變率(C)	1.458%	1.486%	2.497%	1.893%	
<b>2.協商因素</b>					
115年一般服務成長率	5.101%	5.077%	4.978%	2.468%	
115年專款項目預算(億元)	497.461	142.506	15.276	64.561	
115年門診透析預算成長率 <sup>註1</sup>	2.209%	3.861%	-	-	
115年預算金額(億元)	6,853.064	1,861.992	364.292	583.685	
<b>較基期之整體總額成長率</b>	<b>5.500%</b>	<b>5.500%</b>	<b>5.500%</b>	<b>5.500%</b>	<b>5.5%<sup>註2</sup> (9,883.35億元)</b>



註：1、西醫基層與醫院部門之預算，含門診透析服務，兩部門同項服務合併運作。  
2、整體總額預算尚包括其他預算為220.322億元。

5

## 近年總額範圍擬訂與核定結果



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

年度	總額成長率									
	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115
報院範圍(%)	3.769~	2.349~	2.516~	3.708~	2.907~	1.272~	1.307~	2.621~	3.521~	2.942~
	6.49	5.631	4.89	5.976	5	4.746	5	5	5.5	5.5
行政院核定範圍(%)	3.769~	2.349~	2.516~	3.708~	2.907~	1.272~	1.307~	2.621~	3.521~	2.942~
	5.9	5	4.7(4.5)	5.5	4.5	4.4	4.5	4.7	5.5	5.5
牙醫門診(%)	3.246	4.001	3.433	3.876	3.055	2.756	2.588	2.436	4.679	5.5
中醫門診(%)	4.066	3.699	4.429	5.393	4.306	4.208	4.344	4.221	5.274	5.5
西醫基層(%)	5.157	3.721	4.067	3.927	3.229	2.239	1.8	3.066	5.5	5.5
醫院(%)	5.881	4.736	4.428	5.438	3.995	2.567	3.269	3.626	5.5	5.5
其他	增加	增加	增加	增加	增加	增加	減少	增加	增加	增加
	9.05	15.17	0.4	14.93	4.69	4.26	8	20.39	15.639	11.49
部核定(%)	5.642	4.711	4.417	5.237	4.107	3.320	3.323	4.7	5.5	5.5
總額預算(億元)*	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096	8,364	8,755	9,286	9,883
較前1年成長金額(億元)	349	308	300	373	310	260	268	391	531	597

註：行政院於107年8月7日以院臺衛字第1070026325號函核定108年度總額成長率下限值為2.516%，上限值為4.5%；另為加速根治國人C型肝炎，同意增列108年C肝口服新藥費用，惟所增列之額度，不得超過4.7%之上限。

6

## 116年總額規劃目標



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

- 1 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，整合資源及投資民眾健康。
- 2 留人留才，鞏固醫療量能與醫療價值，強化醫療體系韌性。
- 3 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧兒童、急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。
- 4 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。

7

## 116年低推估<sup>1/4</sup>



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

### ◎ 校正後全總額基期金額：9,890.52億元

=前1年公告金額+ 人口差值金額+ 違規扣款回補金額- 未導入/未執行金額  
=9,883.35億元+ 7.01億元+ 0.16億元-0  
= 9,890.52億元

### ◎ 低推估成長率(預估)：2.619%

=[(1+A+B) X (1+C) -1]X(校正後一般服務費用占率)  
=[(1+1.516%+1.086%) X (1+0.447%) -1] X (85.561%)

A：113年投保人口結構改變對醫療費用之影響率(1.516%)

B：113年醫療服務成本指數改變率(MCPI) (1.086%)

C：113年投保人口預估成長率(0.447%)

※ 校正後一般服務費用占率 (85.561%)

=校正後一般服務基期金額/校正後全總額基期金額  
=8,462.43 / 9,890.52 = 85.561%

MCPI指數·依主計總處每年提供之物價指數、薪情平台資料計算。

### ◎ 低推估金額(預估)：10,149.55億元

校正後全總額基期金額× (1 + 低推估成長率)

= 9,890.52\*(1+2.619%) = 10,149.55

### ◎ 高推估金額：低推估金額+ 協商因素金額

8



## 低推估成長率公式：(1+A+B) X (1+C) -1



投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)：1.516%

總額部門	投保人口結構改變對醫療費用之影響率
醫院	1.804%
西醫基層	0.928%
中醫	0.853%
牙醫	0.337%
總計	1.516%

註：以116年總額為例，投保人口結構改變對醫療費用之影響率，以113年每人醫療費用為基礎，依年齡(1歲為1組)、性別分組，計算114年對113年保險對象人口結構之影響= $\frac{\sum(113\text{年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用} \times 114\text{年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比})}{\sum(113\text{年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用} \times 113\text{年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比})}-1$

資料來源：健保署。



## 低推估成長率公式：(1+A+B) X (1+C) -1



醫療服務成本指數改變率(B)：1.086%

總額部門	醫療服務成本指數改變率(MCPI)
醫院	0.920%
西醫基層	1.023%
中醫	2.279%
牙醫	2.501%
總計	1.086%

• 116年總額採主計總處提供最近2年指數計算(113、114年)。



低推估成長率公式： $(1+A+B) \times (1+C) - 1$



投保人口預估成長率(C)：**0.447%**

採計最近1年(114年)可取得之實際投保人口成長率，即以114年對113年投保人口成長率計算  
= (114年投保人口數/113年投保人口數)- 1  
= (23,776,354/23,670,494) - 1  
= 0.447%。



- 116年總額高推估成長率：**5.5%**
- 116年總額高推估金額：**10,434.49億元** (協商因素**284.94億元**)
- 116年總額高推估金額較基期增加**543.98億元**  
(低推估259.03億元+協商因素284.94億元)

## 116年健保財務評估

單位：%，億元，月數

項目	低推估	高推估
116年度總額醫療費用成長率	2.619%	5.5%
116年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	10,150	10,434
增加金額(億元)	259	544
116年保險成本(億元) (不含部分負擔)	9,438	9,720
116年保險收入(億元)	8,879	8,877
116年當年保險收支餘絀(億元)	-559	-843
116年保險收支累計結餘(億元)	1,103	819
116年保險收支累計結餘約當保 險給付支出月數	1.40	1.01

附註：

製表日期：115.6.11

1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)…)等。

2、116年一般保險費率假設暫以現行費率5.17%(補充保險費率2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。

3、依目前所擬之116年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約9,890.52億元進行計算，增加金額=116年度總額醫療費用-9,890.52。

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。

13



衛生福利部  
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

# 簡報完畢



# 116年度醫療給付費用總額範圍 之財務試算

## 試算條件：

- 1、維持現行費率5.17%
- 2、總額基期為9,890.52億元、低推估值(2.619%)、高推估值(5.5%)，並以總額成長率3.0%至5.0%，每0.5個百分點為間隔，進行試算

總額成長率	總額預算增加金額 (億元)	當年保險收支短絀 (億元)	保險收支累計結餘 (億元)	約當保險給付 支出月數(月)
2.619% (低推估值)	259	-559	1,103	1.40
3.0%	297	-596	1,066	1.35
3.5%	346	-646	1,016	1.28
4.0%	396	-695	967	1.21
4.5%	445	-745	918	1.14
5.0%	495	-794	868	1.08
5.5% (高推估值)	544	-843	819	1.01

註：總額預算增加金額係以基期9,890.52億元為比較基礎。

### 113年至116年健保財務收支情形表

單位：億元

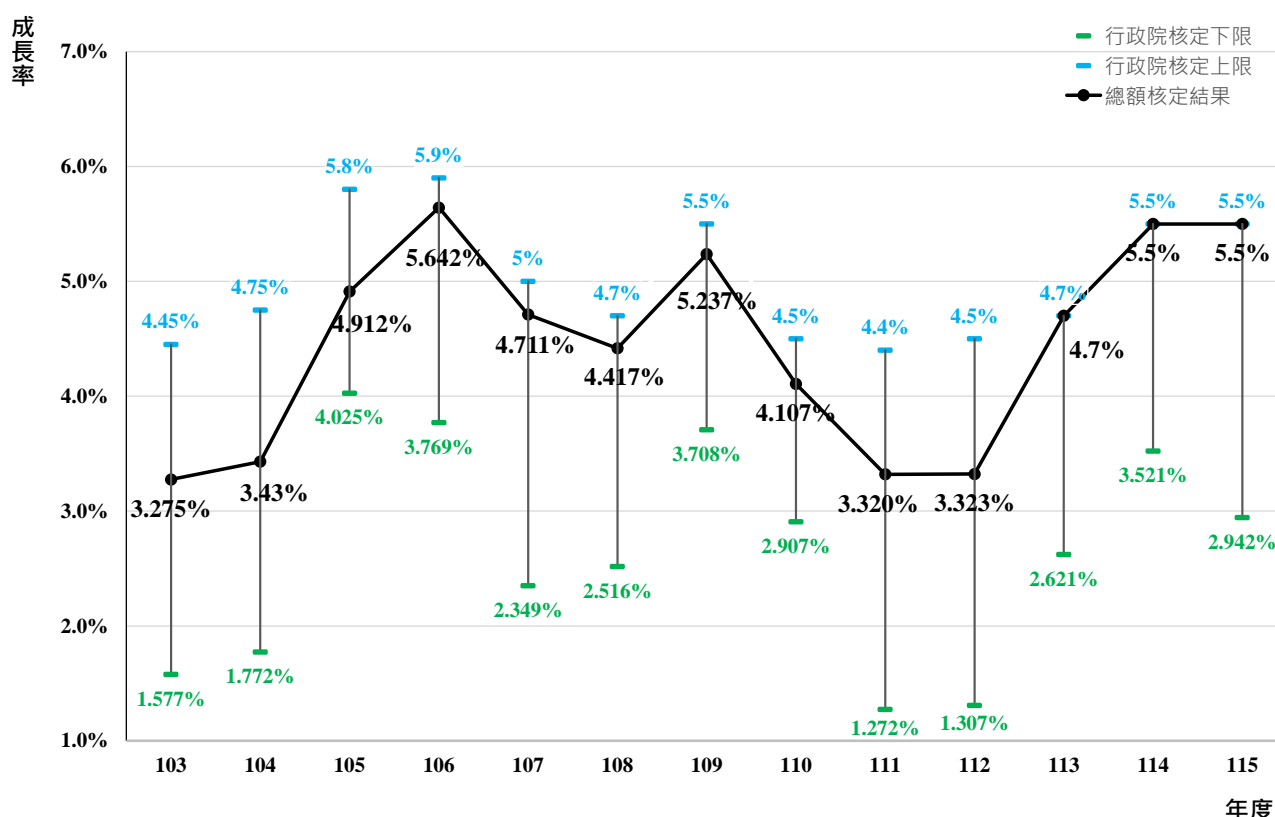
項目	113年	114年	115年	116年	
				總額成長率 採下限 2.619%	總額成長率 採上限5.5%
				審定決算數	
醫療給付費用總額	8,755	9,286	9,883	10,150	10,434
成長率	4.700%	5.500%	5.500%	2.619%	5.500%
保險成本	8,110	8,330	9,167	9,438	9,720
保險收入	8,344	8,798	8,740	8,879	8,877
一、保險費收入	7,998	8,620	8,605	8,754	8,754
(一)一般保險費	6,294	6,590	6,735	6,820	6,820
(二)補充保險費	715	786	645	658	658
(三)政府負擔不足法定36%之差額	988	1,243	1,225	1,276	1,276
二、其他收入	347	178	134	125	123
當年保險收支餘絀	234	468	-428	-559	-843
保險收支累計餘絀	1,622	2,090	1,662	1,103	819
約當保險給付支出月數	2.40	3.01	2.18	1.40	1.01

製表日期：115.06.08

- 說明：1、115年起依健保會114年第9次委員會議(114.11.19)討論「全民健康保險115年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。
- 2、保險收入＝保險費收入＋其他收入。
- 3、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。
- 4、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。
- 5、116年保險費率以維持5.17%推估，另政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 6、116年全民健康保險醫療給付費用總額，係以9,890.52億元為基期進行計算。
- 7、已納入以下政策之財務影響：
- (1) 115年1月健保投保金額分級表第一級，由28,590元調整為29,500元(一年挹注約43億元)。
  - (2) 114年10月20日修正健保法施行細則第45條，政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算，改以健保法規範者為限，並追溯自114年1月1日施行。
  - (3) 115年1月起僱用被保險人數未滿5人之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師以外之專門職業及技術人員自行執業者或屬於第1類被保險人之自營業主(即小雇主等)，自行舉證申報之投保金額，最低不得低於42,000元及其所屬員工申報之最高投保金額(一年挹注約5億元)。
- 8、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。

行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率

一、103~115 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率如下圖：



資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 115 年度總額公告。

註：108 年度總額上限為 4.5%；若增列 C 型肝炎口服新藥費用，則不得超過 4.7% 之上限。

二、103~115 年度衛福部核定總額如下表：

單位：億元

年度 項目	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年	113 年	114 年	115 年
核定總金額	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096	8,364	8,755	9,286	9,883
較前一年 核定金額 增加額度 (A)	181.15	193.03	290.05	349.56	308.37	300.05	372.92	309.14	260.11	269.01	393.04	530.90	597.11
醫療服務 成本及人 口因素增 加金額(B)	77.79	89.79	213.20	209.26	136.34	171.99	265.30	228.05	112.40	137.01	280.78	309.52	276.11
人口差值及 違規扣款校 正 <sup>註</sup> (C)	15.37	11.21	18.58	22.41	15.06	15.07	11.14	-8.54	-12.14	-30.31	-60.13	46.82	81.86
協商因素增 加金額 (A-B-C)	87.99	92.03	58.27	117.89	156.97	112.99	96.48	89.63	159.85	162.31	172.39	174.56	239.14

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 115 年度總額公告。

註：因協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值。另自 108 年起加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

近年總額基期及低推估成長率計算方式比較

一、近年總額總額基期及低推估成長率計算方式改變，整理如下表

項目	113 年度總額	114~116 年度總額
基期	前 1 年度(112 年)總額淨值 =前 1 年度(112 年)總額 -前 2 年度(111 年)未導入預算扣減	前 1 年度校正後總額 =前 1 年度總額 +前 2 年度 <u>人口差值</u> +前 1 年度違規扣款 <sup>註</sup>
低推估 成長率	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率及 <u>人口差值</u>	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率

註：過去(113 年度總額前)衛福部擬訂總額範圍時所採基期，未處理前 1 年度違規扣款之回補；然本會依總額協商原則，自 108 年度總額起，於總額協商計算各總額部門一般服務成長金額之基期，會加回前 1 年度違規扣款金額。

二、低推估成長率三項參數中之「醫療服務成本指數改變率」(MCPI)，114 年度起總額配合主計總處資料更新，該年度總額修訂重點如下：

(1) 「權數」(各成本項目費用占率)：

採主計總處「工業及服務業普查」之調查結果，配合其調查頻率每 5 年更新一次。114 年度逢 5 年更新之第 1 年，採 110 年調查結果，並適用 5 年(114~118 年)。116 年度 MCPI 權重亦採用此調查結果。

(2) 「指數」(各項指標費用成長率)：

採主計總處每年發布之最新物價、薪資等資料。配合主計總處 112 年 1 月起停編「躉售物價指數」，114 年度起藥品、醫療器材費用指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算。

(3) 各總額部門 MCPI 之計算，係以各成本項目之「權數」×「指數」之加總，與前一年相較計算成長率，檢附 116 年度及 115 年度所採數據如下供參。

# 115 及 116 年度各部門總額醫療服務成本指數改變率(MCPI)所採數值

## 一、115 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 110 年為基期)				指標類別	指數 (以 110 年為基期)		單項指數 年增率 (113-112 年) /112 年
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		112 年	113 年	
人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	105.30	107.53	2.118%
藥品費用	18.90	17.82			國產內銷及進出口物價指數-西醫藥品類	103.02	103.10	0.078%
			17.25		健保牙醫門診藥費(權重)及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	103.89	106.35	2.368%
				18.14	國產內銷及進出口物價指數-藥品類之中藥製劑	104.85	110.81	5.684%
醫療材料費用	12.61	12.67	12.22	12.26	國產內銷及進出口物價指數-醫療儀器及用品類	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79	消費者物價指數-總指數	105.51	107.81	2.180%

- 註：1.「權數」：採主計總處 110 年工業及服務業普查之調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。  
 2.「指數」：以主計總處 114 年 4 月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採 113 年 1 月至 12 月相對於 112 年 1 月至 12 月資料。(110 年指數訂為 100)。  
 3.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

## 二、116 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 110 年為基期)				指標類別	指數 (以 110 年為基期)		單項指數 年增率 (114-113 年) /113 年
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		113 年	114 年	
人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	107.53	110.90	3.134%
藥品費用	18.90	17.82			國產內銷及進出口物價指數-西醫藥品類	103.10	97.27	-5.655%
			17.25		健保牙醫門診藥費(權重)及國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	106.35	109.20	2.680%
				18.14	國產內銷及進出口物價指數-藥品類之中藥製劑	110.81	112.60	1.615%
醫療材料費用	12.61	12.67	12.22	12.26	國產內銷及進出口物價指數-醫療儀器及用品類	106.49	107.38	0.836%
基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55	國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	106.46	108.13	1.569%
其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79	消費者物價指數-總指數	107.81	109.60	1.660%

- 註：1.「權數」：採主計總處 110 年工業及服務業普查之調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。  
 2.「指數」：以主計總處 115 年 4 月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採 114 年 1 月至 12 月相對於 113 年 1 月至 12 月資料。(110 年指數訂為 100)。  
 3.同上表。

「115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之本會委員所提諮詢意見摘要

## 一、對115年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

### 付費者委員意見

(一)若以 115 年度總額高推估成長率 5.5% 試算健保財務，當年保險收支將短絀 707 億元，保險收支累計結餘約當 0.96 個月保險給付支出，已不符合健保法第 78 條所定保險安全準備總額(以相當於 1 至 3 個月保險給付支出為原則)。

(二)為避免調高健保保險費率造成企業及民眾的負擔增加，對於總額範圍擬訂的建議如下：

1.請審視是否有將上年度未執行或未導入的預算納入基期計算之情事，並評估予以扣除，避免安全準備低於法定應至少 1 個月保險給付支出之情形發生。

2.對於推動預防醫學及提升醫療效能所帶來的節流成效，應適切反映納入總額財源。

3.請健保署檢視收入面，努力提升其他收入挹注健保財源，如：菸品健康福利捐等經費挹注。

(三)付費能力參考指標所引用之 GDP 成長率 3.14%，為 114 年 2 月預估值。然面對未來關稅問題，GDP 數字可能會下修，若未來主計總處修正 GDP 成長率預估值，本案相關的估算宜配合調整。

(四)行政院今年通過特別條例，其中將有 200 億元挹注健保基金，其屬挹注健保基金的財源之一，若未來確定執行，宜納入總額範圍(草案)說明。

### 專家學者及公正人士委員意見

考量健康臺灣政策落實與友善醫事人員環境等項目之適足財源，建請衛福部檢視 115 年度總額協商因素及高推估成長率之財務適足性，以利解決醫事人力流失問題，造福民眾健康。

## 二、對115年度總額低推估公式之建議

### 付費者委員意見

- (一)衛福部於擬訂 113 年度總額範圍時，曾規劃提出「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)計算方式改採 4 年平均值，以使 MCPI 數值之趨勢較為平穩，然最後仍未正式導入。為利整體制度之穩健，建請衛福部持續規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點。
- (二)認同醫界所提目前 MCPI 的計算方式可能有諸多問題，但在未提出更好的計算方式前，採主計總處等政府單位提供的資料，仍較具公信力。

### 醫事服務提供者委員意見

- (一)目前總額公式中，MCPI 所採參數為落後指標，無法反映醫療院所實際成本之變動，請再審酌。尤其是醫事人力薪資部分無法如實反映，若改採過去 4 年平均值，可預見會對醫界造成很大的衝擊。
- (二)西醫基層 114 年 MCPI 成長率為 2.14%，115 年降至 1.486%，與目前醫事人力薪資及藥品價格現況背道而馳。例如 115 年西醫藥品費用成長 0.078%，與 114 年成長 3.02% 差距非常大，藥品部分不宜採用落後指標。
- (三)藥品費用成長，應將國際情勢的變化納入考量，以保留未來若國際藥價調升，我國需調高藥品核價來因應的彈性空間。

### 專家學者及公正人士委員意見

- (一)健保總額低推估公式已經實施多年，公式結構應通盤檢討，並考慮進行轉型，以適應近年人口結構及醫療服務多面向變化：
- 1.人口結構改變對醫療費用的影響為非線性關係，以現行低推估公式 $(1+A+B) \times (1+C) - 1$ ，隱含線性加總於人口結構與成本變動率，可能低估高齡化與科技進步帶來的非線性成本增加(如多重慢性病與延長存活但高花費)，未來可以參考 OECD

國家迴歸模型公式。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)

- 2.建議非協商因素推估公式結構應該考慮進行轉型來適應近年人口結構及醫療服務多面向變化，增加參數估算過程透明度、強化對未來變數的敏感性分析，以及反映政策導入與醫療結構改革效果的回饋機制。若未來進一步納入「動態預測」與「預防介入效果」，將更具前瞻性與政策指導價值。(請詳附錄第 38~42 頁完整書面意見)
- 3.對各項參數的不確定性，宜就敏感度分析進行高低推估。例如慢性病盛行率是否上升、癌症新藥費用的成長情形、公務預算挹注專款、總額預算未執行部分是否從基期扣除等，都應進行多情境假設推估，以評估財務承擔能力及提升總額協商資訊的透明度。
- 4.目前的低推估公式已實施多年，建議檢視過去 10 年或 15 年推估參數與實際運作的落差，可透過委託研究，針對低推估公式如 MCPI 相關參數或基期計算合理性進行檢討，以利發展短中長期的改善策略。

(二)MCPI 相關參數除採用主計總處的數據，宜納入健保署之數據說明，例如：何項參數參採健保署數據及該數據之來源或計算基礎等。

### 三、對115年度總額政策目標之建議

#### 付費者委員意見

- (一)115 年度總額協商因素金額增加 239.65 億元，其中第二項總額政策目標「友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值」增加 154.78 億元，約占 64%，請詳細說明其計算內涵，並應考量是否排擠新藥、新科技與其他必要服務的預算。
- (二)第三項政策目標「加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質」增加 41.67 億元，較健保署原預估之 90 億元實屬不足，亦較 114 年同項預算 82.66 億元，減少 41 億元，恐嚴重影響病人權益。

請提出具體說明，以判斷此調整是否具正當性與可接受性，並建議爭取更多公務預算挹注，讓更多急重難罕病人儘早獲得新藥治療，減輕病痛與等待時間。

(三)健保新醫療科技預算涵蓋所有新藥、新特材及新增診療項目，長期以來預算不足，導致許多新藥雖獲准納入健保，仍因預算限制而不當限縮。115 年度預算不增反減，恐導致新醫療科技納入給付速度更加緩慢，限縮情形加劇，使病人自費負擔增加，影響醫療可近性與公平性。

(四)第四項政策目標「提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置」僅增加 6.02 億元，請考量其額度是否有增加的空間？

#### **醫事服務提供者委員意見**

115 年未見編列足夠預算用於調整護理人員薪資，恐無法解決護理人力流失問題。此外，醫師薪資也有相同的問題，診察費支付標準調整幅度有限，醫師只能透過服務量增加收入。現行總額制度下之醫事人力出走，是必須面對的現實問題。

#### **專家學者及公正人士委員意見**

第二項總額政策目標「友善醫事人員環境、鞏固醫療量能與醫療價值」，有關改善醫事人員待遇是否要用公務預算支應？要不要滾入基期的計算？宜進行政策討論。



# 討論事項



提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 114 年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

說明：

一、依據本會本(115)年第 2 次委員會議(115.3.11)決議及第 3 次委員會議(115.4.22)重要業務報告決定辦理。

二、另依據「各總額部門 114 年度執行成果評核之作業方式」規定，評核等級「良」以上之部門，於 116 年度總額中核給「品質保證保留款」(下稱品保款)預算，以茲鼓勵。歷年總額品保款之預算編列情形如下：

(一)預算編列項目：

品保款自 107 年度起由一般服務項目改列為專款項目。

(二)各年度編列情形：

1.計算方式：

各部門品保款額度為「計算基礎\*評核等級獎勵成長率」，其中歷年計算基礎及評核等級獎勵成長率如下：

總額年度	項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	一般服務	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107					
108	專款	各部門受評年度 一般服務預算	0.1%	0.25%	0.5%
109					
110~115					

2.編列金額：

111~115 年四部門總額品保款金額介於 7.33~14.70 億元；占各年度可協商空間比率為 4.3%~7.4%。

(三)整理各部門總額 111~115 年度品保款占當年度可協商空間比率及 111~115 年度品保款額度供參考，詳附件一之表 1~22(第 65 頁)。

三、有關 116 年度總額品保款之獎勵標準，請委員討論。

依照 110 至 115 年度品保款之獎勵標準，試算 116 年度品保款額度，作為委員討論之參考：

(一)計算方式：「計算基礎\*評核等級獎勵成長率」

1. 「計算基礎」：因受評年度為 114 年之執行成果，乃以各部門「114 年度一般服務預算」為計算基礎，目前暫以可取得健保署 114 年度點值結算報表之一般服務預算試算。

2. 「評核等級獎勵成長率」：暫以 115 年度品保款之獎勵標準成長率(特優 0.3%、優 0.2%、良 0.1%)試算。

3.品保款試算結果如下表

單位：億元

部門	試算基礎(暫列)： 114 年度點值結算報表 之一般服務預算	116 年度品保款額度估算 (依 115 年度品保款獎勵成長率試算)		
		良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
醫院	5,748.377	5.748	11.497	17.245
西醫基層	1,397.680	1.398	2.795	4.193
牙醫門診	501.298	0.501	1.003	1.504
中醫門診	329.086	0.329	0.658	0.987
<b>品保款金額估算(合計)</b>		<b>7.98</b>	<b>15.95</b>	<b>23.93</b>

(二)116 年度品保款占協商空間比率推估：依衛福部在本次委員會提出之「116 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案資料，以 2.619%(低推估)至 5.5%(高推估)進行試算，116 年度總額協商空間約為 285 億元，假設四總額部門均獲得特優之獎勵成長率，則品保款占協商空間比率最高為 8.4%。

115 年度品保款獎勵成長率	良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
四總額部門品保款金額估算 (合計)	7.98 億元	15.95 億元	23.93 億元
<b>品保款占協商空間比率 (以協商空間 285 億元推估)</b>	<b>2.8%</b>	<b>5.6%</b>	<b>8.4%</b>

四、歷次委員會及評核會議與品保款有關之決(建)議如下：

(一)因品保款在 106 年度以前，係列於一般服務項目，亦即已納

入一般服務預算基期，自 107 年度起改列專款項目，為合理運用原 106 年度已納入基期之品保款額度，並維持品保款額度之穩定性，107~115 年度各部門總額均加註協定：本項專款額度，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，合併運用。

(二)114 年評核委員肯定各總額部門在指標選擇及指標值設定的努力，惟部分指標鑑別度仍有不足，建議訂定具提升品質及鑑別度的標準，並提高照護品質與成效指標比重，降低行政指標之比例(如參考資料，第 69 頁)。建請健保署協助各總額部門持續檢討分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。

五、為了解各部門總額歷年品保款之執行情形，本會於 115.5.6 以請辦單請健保署提供近年各部門總額之品保款實施結果(如附件二，第 66 頁)，及各部門總額提升鑑別度之辦理情形(如附件三，第 67~68 頁)，摘要如下：

(一)111~113 年度各部門品保款核發結果：

1.核發院所家數占率(如下表及圖 1)：各部門總額 111~113 年核發品保款院所占率如下表(114 年尚未結算)，其中有 7 成以上院所均獲發品保款，但因個別院所指標表現不同，領取金額多寡不同，尚難看出鑑別度。

項目	年	111	112	113
核發院所家數占率(%)				
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0
	區域醫院	100.0	100.0	100.0
	地區醫院	98.9	99.5	99.4
--西醫基層		70.8	71.3	75.2
--牙醫門診		88.5	89.1	89.0
--中醫門診		68.9	72.7	74.4

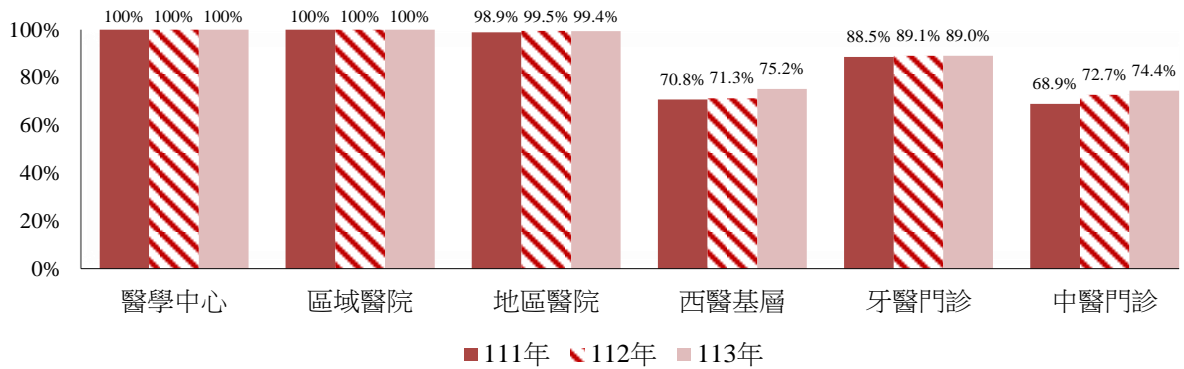


圖 1、111~113 年核發院所家數占率

2.依評核委員建議，品保款之核發應有鑑別度，歷年趨勢如下：

(1)核發金額前 20%院所領取金額占品保款比率越高，其鑑別度越好。各部門總額 111~113 年表現如下表，113 年牙醫部門相較其他部門鑑別度較高，醫院部門略有提升，中醫、牙醫部門下降。(如圖 2)

(2)指標表現達滿分之院所占率越低，其鑑別度越好。113 年牙醫、中醫部門滿分之院所占率為 1.9%、2.0%；西醫基層部門由 112 年 51.9%明顯下降至 44.0%；醫院部門滿分院所占率達 94.8%。(如圖 3)

品保款核發鑑別度 評估面向	年度	醫院	西醫 基層	牙醫 門診	中醫 門診
1.核發前 20%院所金額占品保款比率(%) 【核發表現優良院所是否領到較多品保款】	111	46.2	無法排序計算 <sup>註1</sup> (滿分院所占比高)	64.0	54.0
	112	46.2		73.4	55.1
	113	47.3		62.1	54.8
2.核發指標權重 <sup>註2</sup> ≥100%家數比率(%) 【有多少院所指標表現達滿分】	111	97.2	57.4	1.7	1.3
	112	91.6	51.9	1.3	1.4
	113	94.8	44.0	1.9 <sup>註2</sup>	2.0 <sup>註2</sup>

註：1.111~113 年西醫基層院所指標表現達核發標準 100%者(滿分)分別占 57.4%、51.9%、44.0%，各領取 60.8%、55.8%、48.5%品保款，無法排序計算。

2.醫院部門係以「指標獎勵」全部核發之家數占率計算。另醫院、西醫基層總額及門診透析採用之分母為「核發家數」；牙醫門診及中醫門診總額 111~112 採用之分母為「當年度院所家數」，113 年統一改為「核發家數」。

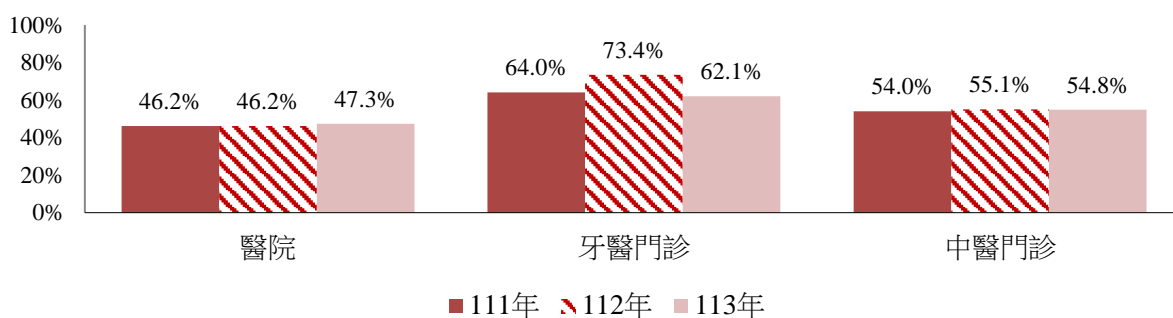


圖 2、核發鑑別度(1)111~113 年核發前 20%院所金額占品保款比率

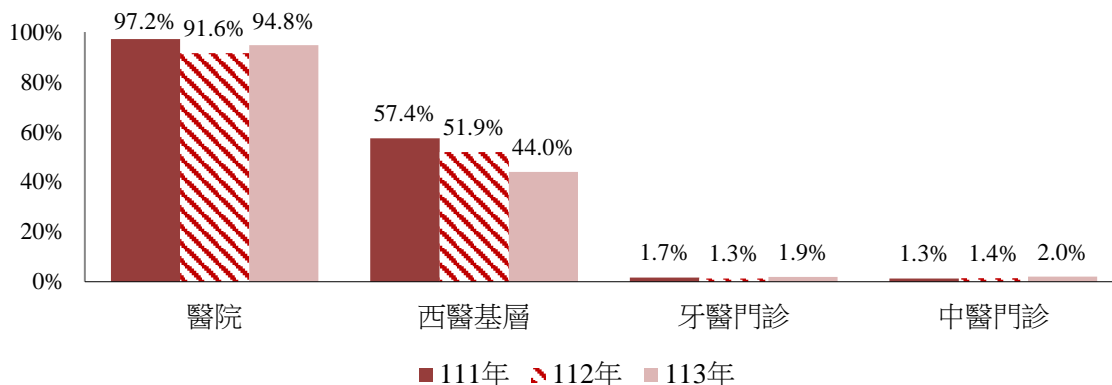


圖 3、核發鑑別度(2)111~113 年核發指標權重 $\geq 100\%$ 家數比率

(二)健保署提供 115 年度各部門總額提升品保款核發鑑別度之辦理情形(如附件三,第 67~68 頁)。健保署已依 114 年評核委員建議,提出 115 年品保款修訂方案至各部門總額研商議事會議討論,會議決議:

- 1.醫院部門:各層級醫院指標獎勵最高達成項目均增加 1 項,並將地區醫院基本獎勵分配占率自 60%下修至 50%(指標獎勵則由 40%調升為 50%)。
- 2.西醫基層部門:調整核發獎勵指標權重,使更具鑑別度,並修訂 1 項獎勵指標。
- 3.中醫部門:刪除 2 項鈍化指標,並新增 3 項核算基礎加計指標。
- 4.牙醫部門:考量 114 年已修訂核發條件及獎勵指標,故 115 年比照 114 年內容未修訂。

(三)有關門診透析之品保款實施方案:

- 1.本方案列於健保署負責之「其他預算」項下,114 年(含)以前名稱為「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」。115 年配合總額核定結果,名稱修正為「慢性腎衰竭病人門診

透析服務品質保證保留款實施方案」，並酌予調高預算額度。有關 115 年計畫修訂，健保署將依第 2 次研商議事會議決議修正內容，於 8 月份研商議事會議再議。

2.品保款核發結果：

- (1)核發院所家數占率：113 年獲發品保款院所占率，血液透析及腹膜透析分別為 74.4%、58.5%。
- (2)核發鑑別度：113 年核發前 20%院所領取金額占品保款比率，血液透析及腹膜透析分別為 46.4%、52.5%；指標表現達滿分之院所占率，則分別為 31.2%及 19.4%。

113 年門診透析品保款實施結果

項目	核發院所家數占率	核發鑑別度評估面向	
		核發前 20%院所金額占品保款比率	核發指標權重 $\geq$ 100%家數比率
血液透析	74.4%	46.4%	31.2%
腹膜透析	58.5%	52.5%	19.4%

擬辦：

一、116 年度總額品保款專款之獎勵標準：

- (一)計算基礎：以各總額部門受評年度(114 年)一般服務預算為計算基礎。
- (二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予\_\_\_\_%、「優」級給予\_\_\_\_%、「特優」級給予\_\_\_\_%獎勵成長率。

二、建議循往例為因應 107 年起品保款預算屬性改變，將 116 年度各部門總額品保專款額度，併同其於原 106 年一般服務預算保留匡列品保款之額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)一起運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

決議：

表 1 111~115 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 4.3%~7.4%)

年度		111	112	113	114	115
行政院核定總額成長率範圍(%)	上限	4.4	4.5	4.7	5.5	5.5
	下限	1.272	1.307	2.621	3.521	2.942
可協商空間(億元) <sup>註</sup>		<b>243.4</b>	<b>257.17</b>	<b>171.34</b>	<b>174.19</b>	<b>239.64</b>
評核結果	優	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	中醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診
	良	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診	西醫基層 中醫門診	中醫門診
四部門總額品保款(億元)		<b>11.68</b>	<b>12.21</b>	<b>7.33</b>	<b>12.84</b>	<b>14.70</b>
品保款占可協商空間比率		<b>4.8%</b>	<b>4.7%</b>	<b>4.3%</b>	<b>7.4%</b>	<b>6.1%</b>

註：111~113 年度可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-前一年度總額違規扣款加回金額，114~115 年總額基期已加回前一年度總額違規扣款金額，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)。

表 2 111~115 年度品保款額度

總額年度		111		112		113		114		115	
		評核等級	與品保款金額	評核等級	與品保款金額	評核等級	與品保款金額	評核等級	與品保款金額	評核等級	與品保款金額
部門	醫院	優	929.8	優	975.3	良	501.5	優	1,029.5	優	1,075.6
	西醫基層	良	120.3	良	124.3	良	126.2	良	128.4	優	266.3
	牙醫門診	優	91.2	優	93.9	良	47.8	優	95.8	優	97.0
	中醫門診	良	26.5	良	27.6	優	57.4	良	29.8	良	31.0
合計(百萬元)			1,167.8		1,221.1		732.9		1,283.5		1,469.9

## 各部門總額之品質保證保留款實施結果

項目	年	110	111	112	113
品保款金額(百萬元) <sup>註1</sup>					
--醫院		880.4	929.8	975.3	501.5
--西醫基層		115.8	120.3	124.3	126.2
--牙醫門診		87.9	91.2	93.9	47.8
--中醫門診		25.2	26.5	27.6	57.4
--門診透析 <sup>註1</sup>		45.0	45.0	45.0	45.0
核發家數					
--醫院	醫學中心	19	19	19	22
	區域醫院	81	81	82	83
	地區醫院	369	367	364	360
--西醫基層		7,952	7,752	7,886	8,331
--牙醫門診		6,249	6,364	6,460	6,494
--中醫門診		3,042	2,844	4,213	3,190
--門診透析	血液透析	553	531	549	568
	腹膜透析	91	74	72	72
符合核發院所占率(%)					
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0	100.0
	區域醫院	100.0	100.0	100.0	100.0
	地區醫院	99.7	98.9	99.5	99.4
--西醫基層		73.6	70.8	71.3	75.2
--牙醫門診		87.5	88.5	89.1	89.0
--中醫門診		74.7	68.9	72.7	74.4
--門診透析	血液透析	75.9	71.9	73.0	74.4
	腹膜透析	77.8	63.2	60.0	58.5
核發前20%院所金額占品保款比率(%)					
--醫院		45.5	46.2	46.2	47.3
--西醫基層		註2	註2	註2	註2
--牙醫門診		63.5	64.0	73.4	62.1
--中醫門診		52.1	54.0	55.1	54.8
--門診透析 <sup>註3</sup>	血液透析	45.4	44.7	45.0	46.4
	腹膜透析	65.8	64.4	57.3	52.5
品保款核發指標權重≥100%之家數比率(%) <sup>註5</sup>					
--醫院 <sup>註4</sup>		98.3	97.2	91.6	94.8
--西醫基層		57.5	57.4	51.9	44.0
--牙醫門診		1.9	1.7	1.3	1.9
--中醫門診		1.8	1.3	1.4	2.0
--門診透析	血液透析	17.9	22.0	25.7	31.2
	腹膜透析	15.4	20.3	15.3	19.4

資料來源：中央健康保險署

註：1.各部門總額品保款預算以106年度一般服務品保款額度與當年度品保款之合併運用，本表所列金額為當年度品保款專款額度。門診透析則由慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫支應。

2.西醫基層110~113年院所指標表現達核發標準100%者(滿分)分別占57.5%、57.4%、51.9%、44.0%(4,574、4,449、4,096、3,664家)，各年領取61.1%、60.8%、55.8%、48.5%品保款。

3.門診透析「核發前20%院所金額占品保款比率」之計算範圍為80分(含)~100%。

4.醫院部門核發標準分為「基本獎勵」與「指標獎勵」，本項係「指標獎勵」全部核發之家數占率。

5.本項比率之計算，醫院、西醫基層總額及門診透析採用之分母為「核發家數」；牙醫門診及中醫門診總額110~112採用之分母為「當年度院所家數」，113年統一改為「核發家數」。

## 各部門總額提升品質保證保留款核發鑑別度之辦理情形

總額部門	健保署辦理情形																										
醫院	<p>一、經 115 年 3 月 4 日醫院總額研商議事會議決議，115 年度修訂重點如下：</p> <p>(一)指標獎勵達成項目，各層級最高達成項目數均增加1項。</p> <table border="1" data-bbox="422 510 1295 1055"> <thead> <tr> <th rowspan="2">層級別</th> <th colspan="2">最高指標項目數</th> </tr> <tr> <th>調整前</th> <th>調整後</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>醫學中心</td> <td>12</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td colspan="3">區域醫院</td> </tr> <tr> <td>公式1</td> <td>10</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>公式2</td> <td>11</td> <td>12</td> </tr> <tr> <td colspan="3">地區醫院</td> </tr> <tr> <td>第1組</td> <td>10</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>第2組</td> <td>6</td> <td>7</td> </tr> </tbody> </table> <p>(二)地區醫院基本獎勵分配占率，自60%下修至50%，其中25%為參加指標計畫獎勵、25%為品質精進獎勵。</p> <p>二、全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案於 115 年 4 月 15 日公告實施。</p>	層級別	最高指標項目數		調整前	調整後	醫學中心	12	13	區域醫院			公式1	10	11	公式2	11	12	地區醫院			第1組	10	11	第2組	6	7
層級別	最高指標項目數																										
	調整前	調整後																									
醫學中心	12	13																									
區域醫院																											
公式1	10	11																									
公式2	11	12																									
地區醫院																											
第1組	10	11																									
第2組	6	7																									
西醫基層	<p>一、經 115 年 3 月 12 日西醫基層總額研商議事會議決議，115 年度修訂重點如下：</p> <p>(一)調整核發獎勵指標權重，更具鑑別度：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.符合獎勵指標第1項至第3項及第5項者，各給予核發權重18%。</li> <li>2.符合獎勵指標第4項及第8至10項者，各給予核發權重6%。</li> <li>3.其餘符合獎勵指標，各給予核發權重2%。</li> </ol> <p>(二)獎勵指標「健保卡處方登錄差異率<math>\leq 8\%</math>」因健保卡資料上傳格式2.0於114年9月1日實施單軌，且輔導作業於115年4月1日起執行，爰該指標調整為「診所預防保健執行率應高於該分區該年度所屬科別20百分位」。</p> <p>二、西醫基層總額品質保證保留款實施方案於 115 年 1 月 20 日公告實施。</p>																										
牙醫門診	<p>一、於 114 年第 4 次牙醫總額研商議事會議中提案討論，並將貴會 113 年度各總額部門執行成果精進作為之共識建議，提供與會代表參考：</p> <p>(一)牙醫品保款實施方案之指標選擇及指標值設定，努力提升鑑別度，值得肯定；惟部分指標鑑別度偏低，差異化不足，達成指標</p>																										

總額部門	健保署辦理情形
	<p>之院所占率高達95%以上，建議未來可引入分級獎勵制度，設定核心及進階指標組合，或將診所、醫院按不同獎勵基礎計算，提升激勵效果。</p> <p>(二)依據社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會表示，為提升醫療品質鑑別度，業於114年增修本方案內容如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.修訂核發條件： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)醫院層級核發條件需執行「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」達牙醫就醫人次1%以上。</li> <li>(2)基層院所核發條件為「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」至少1件。</li> </ol> </li> <li>2.「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」指標由「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」。</li> </ol> <p>二、會議決議 115 年度方案比照 114 年內容，僅修改計畫年度，指標內容無修訂。</p> <p>三、牙醫總額品質保證保留款實施方案於 115 年 1 月 19 日公告實施。</p>
中醫門診	<p>一、於 115 年第 1 次中醫總額研商議事會議決議，115 年度修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(一)不予核發品質保證保留款之情形：刪除「未參與『全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案』中醫院所」。</li> <li>(二)核算基礎之減計原則：刪除「同日重複就診率」超過80百分位者，核算基礎(A)減計10%。</li> <li>(三)核算基礎之加計原則增加3項如下： <ol style="list-style-type: none"> <li>1.參與「全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」院所核算基礎加計10%。</li> <li>2.參與「全民健康保險中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案」核算基礎加計5%。</li> <li>3.「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」院所核算基礎加計5%。</li> </ol> </li> </ol> <p>二、中醫門診總額品質保證保留款實施方案於 115 年 4 月 14 日公告實施。</p>
門診透析	<p>115 年計畫修訂內容經排入 115 年 5 月 13 日門診透析預算 115 年第 2 次研商議事會議討論，會議決議由台灣腎臟醫學會參考本署及與會代表建議修改計畫內容，於 115 年 8 月 12 日第 3 次研商會議再議。</p>

各總額部門 113 年「品質保證保留款實施方案執行結果」評核意見摘要

總額部門	評核意見
醫院	<p>1.醫院部門修訂品保款之分配指標，移除鈍化指標，並新增多項指標，值得肯定。惟鑑別度仍顯不足，另現行指標以行政類與易達成指標居多，對臨床品質之改善效果有限。建議提高照護品質與成效指標比重，並以臨床照護品質為核心。</p> <p>2.建議強化品質鑑別度並建立差異化獎勵模式，針對重大醫療品質改善項目給予更高獎勵，並逐步導向「論質給付」方式，鼓勵醫院持續提升臨床照護品質與安全。</p>
西醫基層	<p>1.建議滾動式檢討核發獎勵的指標及其參考值，並持續監測品保款核發結果及其分布情形，訂定具提升品質及鑑別度的標準。另對於未達指標之分區或診所，建議加強輔導。</p> <p>2.西醫基層院所科別差異大，訂定去科別化的品保款分配指標有其難度，建議可思考以內外婦兒五官等大科別分別訂定指標，並依指標達成率做為品保款分配的依據。</p>
牙醫門診	<p>牙醫部門在品保款的指標選擇及指標值設定，努力提升鑑別度，值得肯定。惟仍有部分指標鑑別度偏低，差異化不足，達成指標之院所占率高達 95% 以上，建議未來可引入分級獎勵制度，設定核心及進階指標組合，或將診所、醫院按不同獎勵基礎計算，提升激勵效果。</p>
中醫門診	<p>1.核算方式係以「醫療服務點數×平均核付率」作為基礎，並再加減激勵條件，包含假日看診、雲端查詢、即時查詢系統參與，具公平性、鑑別度與政策鼓勵導向。</p> <p>2.符合分配院所比率為 72.7%，尚屬合理範圍；惟台北區為 67.3%，東區高達 77.8%，呈現地區差異。</p>



# 報告事項



報告單位：中央健康保險署

案由：115 年 5 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

**本會整理說明：**

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 115 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月併同委員會議資料寄送委員，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、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：



# 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：黃文瑤  
聯絡電話：(02)8590-6864  
傳真：無  
電子郵件：hsyyao@mohw.gov.tw

受文者：如正副本行文單位

發文日期：中華民國115年6月10日  
發文字號：衛部健字第1153360065號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：議程、出席意願調查表

主旨：本會訂於本(115)年7月20、21日(星期一、二)召開「全民健康保險各總額部門114年度執行成果發表暨評核會議」(議程如附)，敬請委員撥冗參加，並於本年6月18日(星期四)前回覆，請查照惠復。

說明：

- 一、依本會115年度工作計畫安排。
- 二、本次會議委託臺北市立大學協助辦理，請委員依出席意願調查表，以電子郵件方式回覆(mini900905@gmail.com)；如有相關疑問，請洽本案承辦人黃文瑤(電話：(02)8590-6864)。

正本：周主任委員麗芳、田委員士金、朱委員益宏、吳委員永全、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、林委員思豪、林委員敏華、花委員錦忠、洪委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、張委員鈺旋、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、陳委員節如、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、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗諭、董委員正宗、蔡委員順雄、鄭委員力嘉、謝委員佳宜、顏委員鴻順、嚴委員必文、蘇委員守毅(依委員姓名筆劃排序)

副本：

## 全民健康保險各總額部門 114 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：115 年 7 月 20、21 日(星期一、二)

地點：7 月 20 日於衛福部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)  
7 月 21 日於衛福部 3 樓 301 會議室

7 月 20 日(一)	報告內容	報告單位
09:00~09:10	報到	
09:10~09:15	開幕致詞	
09:15~10:15	各總額部門(含門診透析)一般服務執行成果報告(60 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.各總額部門整體性、一致性項目執行成果 3.門診透析服務	報告單位：中央健康保險署
10:15~10:30	中場休息(15 分鐘)	(出席人員大合照)
10:30~11:00	跨部門及其他預算專案計畫執行成果報告(30 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.專案計畫/方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
11:00~12:00	評論及意見交流(60 分鐘)	
12:00~13:00	午餐	
13:00~13:40	醫院總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：台灣醫院協會
13:40~14:40	評論及意見交流(60 分鐘)	
14:40~14:55	中場休息(15 分鐘)	
14:55~15:35	西醫基層總額執行成果報告(40 分鐘) 1.年度重點項目之推動與未來規劃 2.一般服務執行績效 3.專案計畫/方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會
15:35~16:35	評論及意見交流(60 分鐘)	
— 第 1 天議程結束 —		

7月21日(二)	報告內容	報告單位
08:50~09:00	報到	
09:00~09:40	牙醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：牙醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
09:40~10:40	評論及意見交流(60分鐘)	
10:40~10:55	中場休息(15分鐘)	
10:55~11:35	中醫門診總額執行成果報告(40分鐘)	報告單位：中醫師公會全聯會
	1.年度重點項目之推動與未來規劃	
	2.一般服務執行績效	
	3.專案計畫/方案執行成效	
11:35~12:35	評論及意見交流(60分鐘)	
— 成果發表會結束 —		
12:35~13:30	午餐	
13:30~16:00	評核內部會議(不公開)	參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁

註1：依健保會115年第2次委員會議(115.3.11)通過之評核作業方式，提報重點如下：

簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出114年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

註2：7月21日配合衛生福利部部慶活動，會議地點改於301會議室。

個別委員關切事項(含書面意見)之健保署回復

委員意見	健保署說明
<p>黃委員振國(議事錄第 18 頁)</p> <p>關於剛剛健保署報告，有幾點建議，第 1 個針對 114 年藥品給付改變規定及修訂，如補充資料 2 投影片第 5 張，那裡的算法，大家可能有點要考量，因為總額預算是年度制，整年預算是 1 月到 12 月，但是藥品給付規定的改變及修訂往往在各季度、各月份就有進行修訂，修訂完後的實施往往不足 1 年，這樣的計算方式，也就是為什麼執行率只有 90% 左右，大家要研議，可能是要以修訂後的 1 年來計算，或者上年度未滿 1 年的累計加起來。所以這樣的計算方法才會比較公平，不然會誤以為這個改變的預算是夠的，但往往我們的經驗是不太夠的，希望爾後的計算也請大家指導，怎麼修訂才符合實際醫療需求。</p>	<p>藥品給付規定改變預算推估執行數，係以各項目 5 年間 HTA 報告預估全年財務衝擊之最大值計算執行情形。</p>
<p>朱委員益宏(議事錄第 20~21 頁)</p> <p>謝謝主席，幾點意見。第 1 點，就是關於 114 年新增新藥費用，如補充資料 2 投影片第 4 張，看起來預算執行率是超過 100% 的，雖然超過不多約在 1,200 萬元左右，但是的確是超過的，而且這部分，我們知道健保署預算超支後，因為沒有其他預算來源，是要從今年的新藥預算先扣回來嗎？還是這筆預算要預備從哪裡支應？我想詢問一下。</p> <p>所以我覺得這個資料只有 1 頁，看起來成長率很高，應該要給健保署鼓掌，</p>	<p><b>一、新增新藥費用超支之支應：</b></p> <p>114 年新藥預算 25.41 億元，預估執行數為 25.53 億元，不足數 0.12 億元；另藥品給付規定改變預算 20.86 億元，預估執行數為 18.85 億元，賸餘數為 2.01 億元，醫院不足部分由特材給付規定改變賸餘款支應。</p> <p><b>二、分級醫療下轉說明：</b></p> <p>(一) 經統計接受下轉件數由 113 年 127,152 件上升至 114 年 137,869</p>

委員意見	健保署說明
<p>實際上真正狀況是是我剛剛講的，所以我覺得今天做這個報告而言，我覺得下次健保署報告的時候，要把實際上我們所關心的轉診，不是只有上轉，更關心的是分級醫療的下轉，就像石崇良部長，也就是以前的健保署石署長常常說，上轉這件事情不需要任何的獎勵，本來醫師判斷不能處理自然而然就會上轉，但是下轉才是政策上要去監控的，分級醫療政策上要去推動的。也就是政策不用推動上轉，而是要推動下轉，而我們這邊 monitor 的竟然只有上轉，沒有下轉，而且今天告訴委員也只有上轉，沒有下轉，我覺得這非常可惜。</p> <p>當然第 1 個是希望以後你們報告，可以把下轉的狀況如實呈現，第 2 個希望健保署真正落實分級醫療這件事，而不是喊口號，真正對於下轉這件事情要怎麼樣落實，或是下次有機會的時候在這邊健保會有一個專報，針對真正下轉的推動策略有哪些，尤其是搭配現在的個別醫院總額，到底你要怎麼樣去推動，在這樣子的策略、方法之下，然後去訂一些 KPI，更實際的 KPI，這樣我覺得才有可能會實現，謝謝。</p>	<p>件，成長8.43%。114年醫學中心其門診非急重症及非政策鼓勵占門診比率為36.6%，較去年同期(37.7%)下降1.1%。</p> <p>(二) 為落實分級醫療，將醫院資源留給急重難症病人，鼓勵醫院下轉病人，自114年第2季起全面實施個別醫院總額，管理醫院門住診比例，並扣合個別醫院總額，相關措施如降低個別醫院總額分階成長率、扣合品質獎勵金、提高專業審查抽審率及單價核減、訂定監測指標個別院所輔導。</p> <p>(三) 於支付標準提供轉診誘因，115年基層編列2.58億元；醫院編列2.247億元，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案，自107年7月1日起新增「辦理轉診費_回轉及下轉」及「接受轉診診察費加算」等5項支付標準。為提升轉診效率，鼓勵院所全面採用本保險電子轉診平台及提升下轉誘因，自114年9月1日起調升支付標準，提升下轉點數(每件增加200點，計700點)，及接受下轉點數(每件增加300點，計500點)，另調降上轉獎勵(每件減少100點，計150點)。</p>
<p>連委員賢明(議事錄第 22~23 頁)</p> <p>我想要針對減少重複醫療的部分，在投影片第 9、10 張(業務執行季報告第 171 頁)，因為健保有個非常重要的功</p>	<p><b>一、重複用藥、檢查下降</b></p> <p>(一) 重複用藥比率：門診全藥類藥品重複用藥自108年起管理，統計</p>

委員意見	健保署說明
<p>能，就是擁有一個很好的資訊系統，而在重複醫療的部分，看起來好像沒有達到效果。</p> <p>我想要比較具體地問，第 1，在這個檢討報告裡說因為已經有成效了，所以下降空間有限，可不可以告訴我們到底現在重複用藥的比例是多少，才可以接著告訴我重複醫療下降的空間有限，也包括那些重複檢查的比例。</p> <p>第 2 個我想知道的是，其實大家、特別是醫院一直詬病的是病人不斷地使用一些……可不可以列出來是什麼項目？特別是一些比較昂貴的檢查，在兩家醫院同時做的比例有多少？我們才會知道是為什麼。檢查的部分好像有一些檢驗是比方說定期追蹤或是其他，我覺得這不是真正的重複，我們關心的是像 MRI、CT scan 等花比較多錢的項目，在兩家醫院同時做的比例有多少？這一些數據都沒有提供，就直接說因為已經做得很好，所以接下來要下降比例很難，這好像有一點奇怪，謝謝。</p>	<p>「全藥類藥品重複用藥日數/總給藥日數」，自108年0.26%降至114年0.21%。</p> <p>(二) 再次執行檢查比率：門診 10 項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行自107年起管理，統計「門診10項檢查(驗)非合理區間內再次執行醫令數/總申報醫令數」，自107年2.16%降至114年1.63%。</p> <p><b>二、CT、MRI 於兩家醫院同時執行比率</b> CT、MRI 於兩家醫院同時執行比率：自112年開始監測，統計「CT 或 MRI 跨院(表示與前次執行為不同醫院)非合理區間內再次執行醫令數/非合理區間內再次執行醫令數」，114年 CT 為36.6%、MRI 為36.5%。</p> <p><b>三、相關支付標準</b> 支付標準訂有： P2101C「電腦斷層造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費」、 P2103C「電腦斷層造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費」、 P2102C「磁振造影原檢查醫院提供特殊造影檢查影像及報告費」、 P2104C「磁振造影第二次處方院所申請特殊造影檢查影像及報告費」。以建立院間雙向共享機制，促進影像上傳與跨院調閱，以「支付引導行為」，減少重複醫療與優化資源配置。</p>

委員意見	健保署說明
<p>黃委員心苑(議事錄第 23~24 頁)</p> <p>我的意見和連賢明老師的有點類似，其實健保署應該有不少資料，所以我好奇的部分，像指標 3、指標 6，還有指標 15，這一些指標健保署應該都可以分析，例如第 1 個，指標 3「門診就醫次數全年大於 90 次的保險對象就醫次數下降率」(業務執行季報告第 170 頁)，因為現在人口老化，可能很多人真的是有需要的，而這個指標其實是看不出來哪些人應該用、哪些人不應該用，建議如果資料可以分得更細，知道哪一些真的是不需要用的，我們才來看到底有沒有下降空間，不然 aging(人口老化)持續下去，指標很難達到我們想要的目標。</p> <p>第 2 個，這也是滿好奇的，指標 6「接受出院準備服務個案的後續醫療銜接率」(第 170 頁)達標是 3 成，3 成其實很少，因為這些個案需要醫療，但是竟然有 7 成的個案沒有銜接，就算指標達標，也還有 7 成的人沒有銜接。我很好奇當初這個指標是怎麼訂的，為什麼這些人沒有銜接？因為目前的改善策略，看起來好像很難讓銜接率變得比較好。現在高齡化又有很多是獨居，真的是很嚴重的問題。</p> <p>另外，指標 15「西醫門診病人可避免住院率」(第 172 頁)，我提供一個建議，因為全世界都受到疫情影響，avoidable hospitalizations 是 OECD 都有的指標，健保署可以試試看，我們是不是其實已經做得比國外好了，這樣的指標已經是</p>	<p>抑制資源不當耗用改善方案，委員建議說明：</p> <p><b>一、指標3「門診就醫次數全年大於90次的保險對象就醫次數下降率」：</b></p> <p>(一) 已考量疾病特性、年齡因素或醫療照護需求，並參酌統計分析結果及實務執行情形，排除領有重大傷病證明者、80歲以上及6歲以下對象。</p> <p>(二) 本署已自115年5月起針對90%以上集中於同一院所就醫之高診次個案為優先輔導對象，未來將視執行情形逐步擴大輔導範圍。</p> <p><b>二、指標6「接受出院準備服務個案的後續醫療銜接率」：</b></p> <p>(一) 為鼓勵及監測醫院下轉照顧個案，使有後續醫療照護需求之個案，提供以病人為中心之轉介照護，以減少後續3日內再急診、14日內再住院發生的機會，爰建立此監測指標。</p> <p>(二) 本項指標分母涵蓋申報「出院準備及追蹤管理費」及急性後期整合照護計畫(PAC)之結案評估費之個案；分子僅統計本保險政策鼓勵項目之案件，即各類居家照護、居家醫療照護整合計畫、PAC、家庭醫師整合性照護計畫居家醫療群等個案。</p>

委員意見	健保署說明
<p>很 OK 了，因為要去排除疫情的部分是很難的，所以可以跟國外的比較看看，以上。</p>	<p>(三) 承上，透過出院準備服務轉銜後續照護者，尚有下轉至其他醫療照護、改以定期門診追蹤照護，或是轉銜至長期照顧服務體系等個案未納入本項指標計算，爰臨床上轉銜後續照護率高於3成，未來可研議調整指標呈現方式。</p> <p>三、有關指標15「西醫門診病人可避免住院率」，後續將盤點國外(OECD)相關指標之定義、計算方式，並與我國現行指標比較，再行評估調整。</p>
<p>林委員恩豪(議事錄第 30 頁)</p> <p>第 2 個，會議資料第 47 頁投影片第 4 張提到預防保健檢查率/老人流感注射率，家醫收案會員和全國的比較，家醫收案會員均較全國高，我的疑問是這樣子，這個高也只高一點而已，但是我的認知是，這個家醫收案的會員，其實醫師都已經介入了，而且被家醫計畫收案的會員應該都是算身體有些狀況、比較亞健康的人，他的成人預防保健或其他的檢查率，在醫師介入後應該要比全國平均值高很多才對吧！不是只有高一點，因為醫師應該會要求他的病人做預防保健和檢查來促進健康，並不是好像只有高而已，這邊是不是可以檢討一下，就是醫師介入了，為什麼只高這麼一點？謝謝，以上。</p>	<p>一、有關預防保健相關指標全國平均數已包含家醫計畫收案會員，其結果可能受到家醫計畫推動成效影響，而較不易直接呈現接受家醫計畫照護與未接受家醫計畫照護民眾之差異。</p> <p>二、後續將依委員建議研議調整預防保健相關指標之比較方式，評估以未參與家醫師計畫之民眾作為對照組計算全國數據，以更清楚呈現家醫計畫介入照護之成效與差異。</p>

委員意見	健保署說明
<p>陳委員節如(議事錄第 31 頁)</p> <p>再來我覺得現在有醫院承接的、有診所承接的，散布在各地，執行狀況好像都不一，目前我們在健康台灣這邊最需要的就是在宅醫療，就是到家裏面去，老人家已經增加那麼多，為什麼不大力執行這個東西呢？還有身心障礙者、老人不要說大醫院，要去一趟診所也都非常非常困難，有交通問題、陪同問題，這是非常嚴重的事情，是不是下次會議請健保署報告一下在宅醫療的情況？謝謝。</p>	<p>為提升失能或因疾病特性致外出就醫不便者就醫可近性，已推動以下計畫：</p> <p><b>一、居家醫療照護整合計畫(下稱居整計畫)：</b></p> <p>(一) 健保署自105年推動居整計畫，截至115年4月，共234個團隊，3,583家醫事服務機構參與，提供逾7.1萬(71,003位)個案服務。收案對象65歲以上占約近9成，75歲以上逾7成以上。另計畫近3年(112-114)團隊數由226個增加至235個，參與醫事服務機構由3,315家增加至3,566家，服務人數亦由 85,092 人增加至 92,292人，服務量能及服務人數皆逐年增加。</p> <p>(二) 為提升居家醫療照護量能，鼓勵醫療院所加入計畫，於115年4月調升居家醫療照護相關人員訪視費用5%、增加西醫基層診所專任醫師居家醫療照護獎勵金及放寬在宅專門醫師每月醫師訪視次數放寬至240人次。</p> <p><b>二、在宅急症照護試辦計畫(下稱 ACAH 計畫)：</b></p> <p>(一) 健保署自 113 年 7 月起推動 ACAH 計畫，針對肺炎、尿路感染及軟組織感染等急性病症於在宅或機構即可接受靜脈抗生素治療與監測，以提供住院的替代服務。截至115年4月共</p>

委員意見	健保署說明
	<p>192個照護團隊參與，累計收案7,788人次。</p> <p>(二) 為合理反映勞務及擴大收案對象，自115年5月1日起調整醫事人員訪視費用，並新增「提早出院模式」(不限感染症)，以滿足高齡者在宅醫療照護所需。</p>
<p>黃委員振國(議事錄第 31 頁)</p> <p>關於流感注射率跟全國民眾比，我建議健保署做為比較的那個 bar 不要用全國平均數，應該是用非家庭醫師收案的民眾注射率，我想就能看出有無接受家醫計畫照顧的差異，是不是明年可以這樣呈現，因為全國平均包含家醫照顧的民眾，所以水漲船高，是不是對照組可以採用沒有參加家醫診所照顧的平均數進行比較。</p>	<p>一、目前預防保健相關指標皆以全國平均數作為比較基準，確實因全國平均數已包含家庭醫師整合性照護計畫會員，其結果可能受到家醫計畫推動成效影響，而較不易直接呈現接受家醫計畫照護與未接受家醫計畫照護民眾之差異。</p> <p>二、後續將依委員建議研議調整預防保健相關指標之比較方式，評估以未參與家醫計畫之民眾作為對照組計算全國數據，以更清楚呈現家醫計畫介入照護之成效與差異。</p>
<p>嚴委員必文(議事錄第 35~36 頁)</p> <p>健保署提出暫時性支付費用，對很多病友都是好事，因為在沒有辦法時，不管是所謂的時效性或所謂的預算衝擊之下，先到暫時性支付讓病友提早用藥，這絕對是健保署的美意，但不能忽略這是「暫時性」，這些藥終究要回到健保，不管癌藥或是非癌藥。最近大家在談論的癌症新藥基金，看到的是百億規模，正式名稱就是「癌症新藥暫時性支</p>	<p>一、目前專款係每年由行政院以公務預算撥補，114及115年度已各編列50億元，且剩餘部分則疊加於下一年度，繼續使用於收載癌症新藥，逐步累積經費以維持在百億規模。且暫予收載的藥品會於2-3年後進行醫療科技再評估(Health Technology Re-assessment, HTR)，經證實療效後，離開暫時</p>

委員意見	健保署說明
<p>付專款」，從 114 年、115 年納入，有很多藥會屆期，可能要進入健保，我們擔心健保預算如何把這些新藥納入？</p> <p>過往在講新藥新科技預算時，我們看到的常常是一大包，我不知道有多少藥，我也不知道品項，我看到的是總額。偏偏在暫時性支付是每一個藥都條列得清清楚楚，因為共擬會議都會把它條列出來，什麼時候上、有哪些藥、花費多少錢。請健保署今年提出新藥新科技預算時，要讓委員瞭解新藥新科技預算，哪一些是暫時性支付費用，哪一些是本來就要進入健保的費用，可能要重新思考提案的結構，這樣我們才可以更清楚的看到暫時性支付對新藥的影響。不管暫時性支付在明年 116 年度到底有多少進入健保總額，但它是一個制度的開啟，我覺得這個制度要能夠明確，必須要能對我們說明。</p>	<p>性支付專款，進入常規健保給付，因此專款收載項目會保持在一定範圍，經費經估算尚足支應 114 年及 115 年收載藥品之藥費。</p> <p>二、另本署透過前瞻式評估(Horizon Scanning,HS)、醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)及藥品給付協議(Managed Entry Agreements, MEA)方式持續掌握未來藥品所需之藥費，並積極依評估結果向行政院爭取專款經費。</p> <p>三、健保於編列 116 年度總額預算時，已考量倘暫時性支付藥品(含癌藥及非癌藥)回歸一般服務項目所需預算，以 HTA 報告之年度藥費為基礎，按相關項目預計回歸月份推估。並依該藥品收載年回歸新藥預算或給付規定改變預算。</p>
<p>洪委員瑜黛(議事錄第 37 頁)</p> <p>想要反映昨天我們收到病友反映說，他們在現在的社區藥局買不到抽痰管，竹東、新竹的很多藥局買不到抽痰管，大家應該知道需要抽痰的病友一口痰卡住的後果影響非常大，可是現在已經有這樣的情況出現，不知道要跟哪一個主管單位反映，所以說如果在場有長官可以協助的話，這邊提出來。</p>	<p>經洽食品藥物管理署表示，已回報洪委員瑜黛，並提供醫材供應廠商(新豐生醫科技股份有限公司)供藥局聯繫。</p>

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：江政謙  
聯絡電話：02-27065866 分機：2583  
傳真：02-27025834  
電子郵件：A110101@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月15日  
發文字號：健保企字第1150681300號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

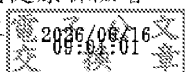
主旨：有關本署「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃專案  
報告案，擬請同意於貴會115年第6次委員會議提報，請諒  
察。

說明：

- 一、依據貴會115年度工作計畫，本署需於115年6月24日，於貴會115年第5次委員會議提報「0~6歲兒童醫療量能保障」具體實施規劃專案報告。
- 二、前開報告因本署刻正規劃於醫院部門調升兒童急重難症支付，並預定於115年6月25日召開「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」報告及討論，爰不及於第5次委員會議中提報，擬請同意延後於第6次委員會議提報。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫務管理組



115.06.16



1153340120

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：楊佩綺

聯絡電話：(02)27065866 分機：3053

傳真：(02)27027723

電子郵件：A111260@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月2日

發文字號：健保審字第1150670328號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach1. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach2. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach3. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach4. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach5. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach6. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach7. pdf、  
A21030000I\_1150670328\_doc4\_Attach8. pdf)



主旨：檢送「脊髓刺激器」特材以保險對象自付差額方式納入健  
保給付建議案之提案單(詳附件)，請查照。

說明：

- 一、依據115年3月「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議特材部分」會議(下稱特材共擬會議)決議暨全民健康保險法第45條第3項規定辦理。
- 二、旨揭特材經上述特材共擬會議討論，決議以保險對象自付差額方式納入健保給付。本案特材全額給付財務影響大，尚待觀察評估臨床使用情形，為促進廣納新醫材，提升臨床可近性與普及性，同意依全民健康保險藥物給付項目及

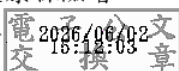


支付標準第52條之4，採民眾自付差額方式納入健保給付，並依全民健康保險法第45條第3項規定，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

- 三、為善盡增進民眾照護品質之責任，本署積極爭取總額預算及研議新醫材，將符合臨床需求者，依臨床實證逐步納入健保給付，供臨床選用，以嘉惠國人，爰請貴會協助旨揭提案之後續討論事宜。基於民眾使用權益，建議實施日期為115年8月1日，俟貴會討論通過後，報主管機關核定公告。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：本署醫審及藥材組



## 衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：白小姐  
聯絡電話：(02)8590-6744  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：lgpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月5日  
發文字號：衛部保字第1151260289C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國115年6月5日以衛部保字第1151260289號令修正發布，並自115年7月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國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、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署  
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)



## 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療 項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十五）年第二次修正，並自一百十五年七月一日生效。

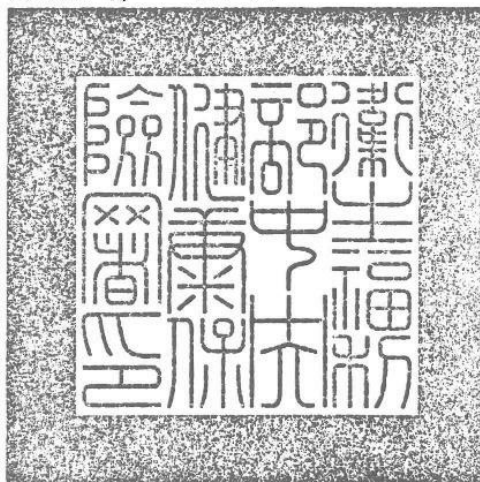
本次修正為第二部西醫第二章特定診療第一節檢查新增「脈衝振盪肺功能」診療項目(編號 17025B，725 點)。

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  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115年5月12日  
發文字號：健保醫字第1150108768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  
115年5月1日起生效。

依據：衛生福利部115年5月4日衛部保字第1151260242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、社團法人台灣在宅醫療學會、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、衛生福利部長期間顧司、  
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

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發  
  
1153300104

115. 5. 13

裝

訂

線

副本

檔 號：  
保存年限：

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

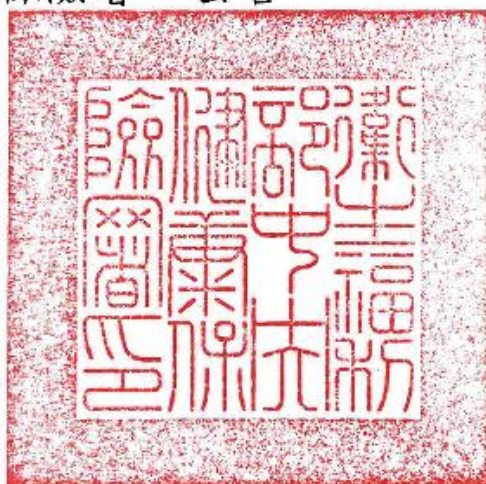
115204  4  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年5月19日

發文字號：健保醫字第1150109638號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網\最新消息\法規公告下載)



主旨：公告「全民健康保險中醫三高病人加強照護方案」如附件，  
並自公告日起實施。

依據：衛生福利部115年5月13日衛部保字第1151260253號函。

公告事項：符合申請資格之本保險醫事服務機構，得向本署分區業務組提出參與方案申請，並將收案會員資料批次上傳至健保資訊網服務系統。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、衛生福利部、衛生福利部國民健康署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署主計室

署長 **陳亮好** 出國  
副署長 **張禹斌** 代行

衛生福利部全民健康保險署收發



1153300123

115. 5. 20

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115年5月27日

發文字號：健保醫字第1150110398號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」（附件），並自115年6月1日生效。

依據：衛生福利部115年5月22日衛部保字第1151260268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、本署各分區業務組、本署企劃組、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



1153300126

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115年6月1日

發文字號：健保醫字第1150109829號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層提升心肺疾病復健照護品質計畫」，並自中華民國115年6月1日生效。

依據：衛生福利部115年5月15日衛部保字第1151260265號函。

公告事項：有關旨揭計畫之品質獎勵費係按季結算，爰自115年品質獎勵費將以本次修訂之定義結算。

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、台灣復健醫學會、台灣心肺復健醫學會、本署各分區業務組、本署企劃組、本署醫審及藥材組(均含附件)

# 署長陳亮妤

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300128

副本

檔 號： 附錄七  
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115年5月15日  
發文字號：健保醫字第1150661923號  
附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：新增中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單。

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」、「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等五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115年5月1日起。
- 二、附件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](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、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部中醫藥司、本署各分區業務組、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長陳亮妤 出國

副署長張禹斌 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1153300108

115 5.18

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 115 年 5 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中 西醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血管 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	1	0	1	1	2	1	6	
	醫師數	1	0	1	1	2	1	6	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	3	4	6	1	2	1	17	
	醫師數	11	6	11	3	2	1	34	
中醫急症處置計 畫	院所數	2	0	0	0	0	0	2	
	醫師數	2	0	0	0	0	0	2	
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人西醫 醫住院中醫 輔助醫療計畫	院所數	1	0	1	1	1	1	5
		醫師數	1	0	1	1	1	1	5
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	0	0	1	1	1	1	4
		醫師數	0	0	1	1	1	1	4
	特定癌症病 人中醫門診 加強照護計 畫	院所數	3	1	2	4	5	1	16
		醫師數	11	1	2	6	5	1	26
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	8	1	2	5	1	22	
	醫師數	13	8	1	3	5	1	31	

檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：李羿萱  
聯絡電話：02-27065866 分機：2630  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111360@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

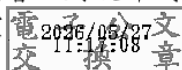
發文日期：中華民國115年5月27日  
發文字號：健保醫字第1150662133號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：如主旨(請自行於本署全球資訊網下載)

主旨：檢送114年第3季「全民健康保險其他預算結算說明表」，  
相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑詳如說明，  
請查照。

說明：

- 一、依全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦理。
- 二、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組  
副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室



115.05.27



1153340105

114年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	全年 預算數	執行數				小計	全年 執行率
		Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提升計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)	1,356.6	183.2	192.3	171.2		546.6	40.3%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,928.1	400.6	424.8	455.2		1,280.6	66.4%
推動促進醫療體系整合計畫	520.0	45.1	51.6	51.6		148.4	28.5%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫		6.2	6.8	6.8		19.7	
2.跨層級醫院合作計畫		12.7	16.4	15.4		44.5	
3.急性後期整合照護計畫		23.2	25.4	26.6		75.2	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)		3.1	3.0	2.9		9.0	
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 <sup>註1</sup>	215.0	0.45	0.45	0.43		1.3	0.6%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 <sup>註2</sup>	2,000.0	0.0	78.8	0.0		78.8	3.9%
腎臟病照護及病人衛教計畫 <sup>註3</sup>	500.0	110.0	113.5	119.4		343.0	68.6%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫		76.4	80.0	83.9		240.3	
2.Early-CKD醫療給付改善方案		22.4	22.2	24.3		69.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)		11.3	11.3	11.3		33.8	
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.93	1.37	1.25		3.6	11.8%
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照之服務	9,378.0	1,796.7	1,853.9	1,902.7		5,553.3	59.2%
1.居家醫療與照護		1,085.7	1,115.7	1,140.3		3,341.8	
2.在宅急症照護試辦計畫		30.8	43.7	49.2		123.7	
3.助產所		0.9	0.8	1.1		2.8	
4.精神疾病社區復健		664.5	679.0	699.1		2,042.6	
5.轉銜長照之服務		14.7	14.6	13.1		42.4	
基層總額轉診型態調整費用	800.0	131.8	130.3	130.4		392.5	49.1%
114年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等	4,156.0	528.5	812.3	937.1		2,277.9	54.8%
<b>總計</b>	<b>20,883.7</b>	<b>3,197.3</b>	<b>3,659.3</b>	<b>3,769.4</b>		<b>10,626.0</b>	<b>50.9%</b>

註：1.支付狂犬病治療藥費，其餘項目無專款不足需支應之情形。

2.第2季動支經費用於支付114年度西醫基層診所及藥局春節連假(114.1.28~114.2.2)開診額外獎勵費用，所申報之門診診察費或藥事服務費支付點數加計3成。

3.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號  
聯絡人：張容慈  
聯絡電話：02-27065866 分機：3618  
傳真：02-27069043  
電子郵件：A111465@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月3日  
發文字號：健保醫字第1150662375號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第4季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年5月26日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額115年第2次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年6月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依114年第4季結算點值辦理，並於115年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、各縣市牙醫師公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂

線



## 六、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 修正後一般服務浮動每點支付金額	= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)	
	- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季點值(AF)	
	- 投保該分區核定非浮動點數(BG)	
	- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]	
／	投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	
臺北分區	= [ 4,746,258,494 - 914,074,909 - 42,857,506 - 197,824 ] / [ 3,804,724,801 = 0.99590074	
北區分區	= [ 2,126,112,348 - 479,331,226 - 17,767,279 - 62,837 ] / [ 1,511,987,371 = 1.07735755	
中區分區	= [ 2,311,517,716 - 207,616,721 - 16,356,576 - 71,516 ] / [ 1,982,191,535 = 1.05311362	
南區分區	= [ 1,590,912,093 - 241,576,451 - 13,560,184 - 53,861 ] / [ 1,224,026,912 = 1.09125182	
高屏分區	= [ 1,752,131,573 - 179,701,927 - 13,423,111 - 31,615 ] / [ 1,460,255,763 = 1.06760402	
東區分區	= [ 224,622,678 - 38,376,125 - 2,359,704 - 5,114 ] / [ 159,640,252 = 1.15185069	
2. 修正後一般服務全區浮動每點支付金額	= 加總[修正後分區一般服務預算總額(BD3)	
	- 核定非浮動點數(BG)	
	- 自墊核退點數(BJ)]	
／	加總一般服務浮動核定點數(GF)	
	= [12,751,554,902 - 106,324,360 - 422,767] / [12,242,487,283 = 1.03286264	
3. 修正後一般服務分區平均點值	= [修正後分區一般服務預算總額(BD3)]	
	／[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]	
臺北分區	= [ 4,746,258,494 ] / [ 4,789,395,148 + 42,857,506 + 197,824 ] = 0.98216392	
北區分區	= [ 2,126,112,348 ] / [ 1,992,683,866 + 17,767,279 + 62,837 ] = 1.05749692	
中區分區	= [ 2,311,517,716 ] / [ 2,186,996,263 + 16,356,576 + 71,516 ] = 1.04905699	
南區分區	= [ 1,590,912,093 ] / [ 1,450,778,047 + 13,560,184 + 53,861 ] = 1.08639763	
高屏分區	= [ 1,752,131,573 ] / [ 1,629,674,709 + 13,423,111 + 31,615 ] = 1.06633813	
東區分區	= [ 224,622,678 ] / [ 192,959,250 + 2,359,704 + 5,114 ] = 1.15000000	
4. 修正後一般服務全區平均點值	= [12,751,554,902 ] / [ 12,242,487,283 + 106,324,360 + 422,767 ] = 1.03257858	

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表  
 列印日期：115/05/18  
 114年第 4季 結算主要費用年月起迄：114/10-114/12 核付截止日期：115/03/31 頁次：41

5. 修正後牙醫門診總額平均點值 = 加總[依調整後分區一般服務預算總額(BD3) + 專款專用暫結金額 + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額 + 移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額] / 加總[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金) + 移撥醫療資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

臺北分區	= [ 4,746,258,494 + 419,311,256 + 9,343,574 + 197,824 + 503,836,002 + 9,343,574 ] = 0.96853353
北區分區	= [ 2,126,112,348 + 172,665,414 + 5,176,389 + 62,837 + 199,662,634 + 2,219,812 ] = 1.04099616
中區分區	= [ 2,311,517,716 + 268,924,965 + 14,275,652 + 2,309,843 ] = 1.02787077
南區分區	= [ 1,590,912,093 + 152,925,648 + 13,261,941 + 71,516 + 309,102,928 + 6,139,969 ] = 1.06506033
高屏分區	= [ 1,752,131,573 + 198,461,546 + 17,357,481 + 53,861 + 178,690,115 + 4,089,378 ] = 1.04481097
東區分區	= [ 224,622,678 + 45,256,709 + 13,423,111 + 31,615 + 227,967,275 + 837,981 ] = 1.11859448
全區	= [ 12,751,554,902 + 1,257,545,538 + 69,018,118 + 18,105,600 ] = 1.01549144
	=[ 12,242,487,283 + 106,324,360 + 422,767 + 1,466,196,477 + 65,753,712 ] = 1.01549144

註：1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案支付金額 + 牙醫門診總額特殊醫療服務計畫 + 12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫 + 超音波根管沖洗計畫 + 高風險疾病口腔照護計畫 + 品質保證保留款預算 + 特定疾病病人牙科就醫安全計畫 + 非齒源性口腔疼痛處置

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算/4。

七、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
 費用年月114/09(含)以前：於115/01/01~115/03/31期間核付者。  
 費用年月114/10~114/12：於114/10/01~115/03/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：邵子川

聯絡電話：02-27065866 分機：3603

傳真：02-27069043

電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月1日

發文字號：健保醫字第1150662363號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取



主旨：114年第4季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」(附件)已確認並公布於本署全球資訊網，下  
載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年5月21日「全  
民健康保險醫療給付費用中醫門診總額115年第2次研商議  
事會議」決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下  
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療  
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門  
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總  
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法  
規定，自115年6月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核  
付，依114年第4季結算點值辦理，並於115年6月辦理點值  
結算追扣補付事宜。



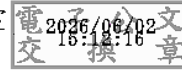
115.06.02



1153340109

正本：本署各分區業務組

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



## 五、調整後一般服務預算總額浮動點值之計算

1. 一般服務浮動每點支付金額 = [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD4)

- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)  
 - 各分區自墊核退點數(BJ)]  
 / 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	= [ 2,408,531,028	-	944,492,119	-	55,734 ] /	1,492,124,454 =	0.98114013
北區分區	= [ 1,083,657,644	-	472,527,199	-	26,588 ] /	680,203,161 =	0.89841373
中區分區	= [ 2,104,438,439	-	803,304,693	-	49,399 ] /	1,388,180,696 =	0.93725864
南區分區	= [ 1,199,332,840	-	508,575,400	-	34,717 ] /	729,580,762 =	0.94673922
高屏分區	= [ 1,332,548,829	-	556,766,925	-	9,390 ] /	848,944,805 =	0.91380795
東區分區	= [ 184,912,364	-	59,386,039	-	6,134 ] /	110,364,030 =	1.13732881

2. 全區浮動每點支付金額 = [加總風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)

- 加總核定非浮動點數(GG)  
 - 加總自墊核退點數(GJ)]  
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [ 8,313,421,144	-	3,345,052,375	-	181,962 ] /	5,249,397,908 =	0.94642984
-------------------	---	---------------	---	-------------	-----------------	------------

3. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [風險調整撥款撥補後分區一般服務預算總額(BD4)]

/ [一般服務核定浮動點數(BF)  
 + 該分區核定非浮動點數(BG)  
 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [ 2,408,531,028	] / [	1,492,124,454 +	944,492,119	+ 55,734 ] =	0.98845094
北區分區	= [ 1,083,657,644	] / [	680,203,161 +	472,527,199	+ 26,588 ] =	0.94005735
中區分區	= [ 2,104,438,439	] / [	1,388,180,696 +	803,304,693	+ 49,399 ] =	0.96025783
南區分區	= [ 1,199,332,840	] / [	729,580,762 +	508,575,400	+ 34,717 ] =	0.96861709
高屏分區	= [ 1,332,548,829	] / [	848,944,805 +	556,766,925	+ 9,390 ] =	0.94794679
東區分區	= [ 184,912,364	] / [	110,364,030 +	59,386,039	+ 6,134 ] =	1.08928193

4. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬)

= [ 8,313,421,144	] / [	5,249,397,908 +	3,345,052,375	+ 181,962 ] =	0.96728061
-------------------	-------	-----------------	---------------	---------------	------------

## 5. 中醫師診總額平均點值

= [加總風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD4) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案\_論量計酬結算金額(B4)] / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 加總分區自墊核退點數(GJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金) + 資源不足地區改善方案\_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B4)]

臺北分區	= [ 2,408,531,028 + 52,562,793 + 6,643,528 ]	55,734 + 54,731,385 + 6,643,528 ] = 0.98786657
北區分區	= [ 1,083,657,644 + 33,056,809 + 16,165,548 ]	26,588 + 34,779,913 + 16,165,548 ] = 0.94116286
中區分區	= [ 2,104,438,439 + 110,559,333 + 11,843,237 ]	49,399 + 119,233,788 + 11,843,237 ] = 0.95876590
南區分區	= [ 1,199,332,840 + 52,761,937 + 12,005,065 ]	34,717 + 57,194,235 + 12,005,065 ] = 0.96688797
高屏分區	= [ 1,332,548,829 + 56,788,180 + 16,290,253 ]	9,390 + 62,574,524 + 16,290,253 ] = 0.94681437
東區分區	= [ 184,912,364 + 17,192,472 + 12,166,348 ]	6,134 + 19,580,746 + 12,166,348 ] = 1.06336317
全區	= [ 8,313,421,144 + 322,921,524 + 75,113,979 ]	181,962 + 348,094,591 + 75,113,979 ] = 0.96602466

註：

1. 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病補助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 中醫急症處理計畫暫結金額 + 中醫提升慢性腎臟病照護品質計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 品質保證保留款預算

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4  
 \*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

## 六、說明

1. 本季結算費用年月包括：  
費用年月114/09(含)以前：於115/01/01~115/03/31期間核付者。  
費用年月114/10~114/12：於114/10/01~115/03/31期間核付者。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月12日

發文字號：健保醫字第1150662570號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行下載



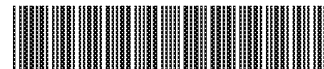
主旨：114年第4季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年6月3日全民健康保險醫療給付費用醫院總額115年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、醫療給付改善方案之早期療育門診、地區醫院全人全社區照護計畫、抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫及區域聯防-提升急重症照護品質之術後加速康復推廣計畫(下稱ERAS)等4項專款項目，因結算作業尚未完成，爰前3項專款項目之結算傳票日期延期，另第4項之ERAS專款項目



115.06.12



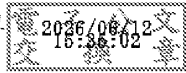
1153340118

尚未計算完成，本署將俟結算完成後，修正結算報表，並公布。

四、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年6月15日起暫付、核付之醫院總額費用依114年第4季點值辦理，並於115年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



七、修正後各分區一般服務點值之計算

1. 非偏遠地區門診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD6) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD5) - 加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3) - 加總((門住診非偏遠地區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4) - 加總(門住診偏遠地區投保該分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區 = [ 23,611,615,844 + 29,485,748,241 - 5,256,818,666 - ( 26,794,923,870 - 1,783,584,818) - 206,991,418 - 169,388,854 - 19,392,666 ] / 23,890,390,943 = 0.93901492
北區分區 = [ 8,851,534,938 + 12,155,069,468 - 3,372,397,458 - ( 10,543,865,121 - 597,506,616) - 17,669,158 - 9,692,199 - 6,690,143 ] / 7,668,934,588 = 0.99802611
中區分區 = [ 11,163,830,412 + 15,547,948,668 - 1,341,535,447 - ( 13,532,933,719 - 939,321,444) - 101,073,816 - 84,709,837 - 9,889,401 ] / 12,898,716,405 = 0.97536518
南區分區 = [ 8,700,851,647 + 12,320,214,093 - 1,804,343,788 - ( 10,981,346,859 - 898,528,076) - 17,638,568 - 7,513,773 - 4,291,968 ] / 8,545,156,013 = 1.04204755
高屏分區 = [ 9,428,232,120 + 13,599,989,273 - 1,214,692,468 - ( 11,439,690,386 - 700,788,669) - 87,078,751 - 62,955,148 - 3,149,114 ] / 10,501,425,981 = 1.04000202
東區分區 = [ 1,518,108,087 + 2,563,533,064 - 352,409,970 - ( 1,925,327,237 - 89,717,816) - 65,524,158 - 36,082,084 - 571,240 ] / 1,662,348,850 = 1.07765845

2. 非偏遠地區門診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D6) + 調整後住診一般服務預算總額 (D5) - 加總((門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議) - 加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)] / 加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [ 63,274,233,048 + 85,672,502,807 - ( 75,588,428,587 - 4,809,447,439) - 43,984,532 ] / 79,448,717,155 = 0.98332324
--

註：藥品給付協議回收金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r04

醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

列印日期：115/06/11

114年第 4季

結算主要費用年月起迄：114/10~114/12

核付截止日期：115/03/31

頁次：79

3. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值 = [調整後分區門診一般服務預算總額 (BP6) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD5)] / [加總(門住診投保該分區核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4) + 加總(門住診當地利醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [ 23,611,615,844 + 29,485,748,241 ] / [ 29,533,681,521 + 26,964,312,724 ] = 1,783,584,818 + 19,392,666 ] = 0.97010188
北區分區	= [ 8,851,534,938 + 12,155,069,468 ] / [ 11,169,332,457 + 10,553,557,320 ] = 597,506,616 + 6,690,143 ] = 0.99406263
中區分區	= [ 11,163,830,412 + 15,547,948,668 ] / [ 14,386,372,761 + 13,617,643,056 ] = 939,321,444 + 9,889,401 ] = 0.98659981
南區分區	= [ 8,790,851,647 + 12,320,214,093 ] / [ 10,426,074,739 + 10,988,860,632 ] = 698,528,076 + 4,291,968 ] = 1.01449596
高屏分區	= [ 9,428,292,120 + 13,599,989,273 ] / [ 11,842,811,773 + 11,502,645,534 ] = 709,788,669 + 3,149,114 ] = 1.01679913
東區分區	= [ 1,518,108,087 + 2,563,533,064 ] / [ 2,090,443,904 + 1,961,409,321 ] = 89,717,816 + 571,240 ] = 1.03001345

4. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [ 63,274,233,048 + 85,672,502,807 ] / [ 79,448,717,155 + 75,588,428,587 ] = 4,809,447,439 + 43,984,532 ] = 0.99118299

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：陳怡蓓

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-2706-9043

電子郵件：A111034@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月5日

發文字號：健保醫字第1150661858號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：114年第4季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額  
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑  
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨115年5月28日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額115年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑：本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、「全民健康保險早期療育門診醫療給付改善方案」114年第4季結算，刻正彙算中，爰前項專款項目之結算傳票日期延至115年6月30日，本署將俟結算完成後，修正結算報表並公布。



115.06.05



1153340111

四、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年6月15日起，西醫基層總額費用之暫付、核付，依114年第4季結算點值辦理，並於115年6月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、各縣市醫師公會、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組



裝

訂

線



衛生福利部中央健康保險署

程式代號：rgbi3408r03

114年第4季

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：115/03/31

列印日期：115/05/21

頁次：48

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

1. 一般服務分區浮動點值之計算	= [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用
— 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(AF)	
— (投保該分區核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]	
／ 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)	
臺北分區 = [ 12,511,537,523 +	444,456 - 1,819,804,101 - ( 3,474,996,106 - 18,148,576) - 1,012,370] / 7,566,679,672 = 0.95607562
北區分區 = [ 5,896,204,966 +	3,985,624 - 874,294,105 - ( 1,746,017,912 - 13,279,177) - 532,699] / 3,325,032,338 = 0.99025354
中區分區 = [ 6,857,121,789 +	2,748,684 - 424,975,051 - ( 1,994,930,393 - 14,971,242) - 585,855] / 4,427,611,811 = 1.00603906
南區分區 = [ 5,305,393,404 +	13,000,520 - 496,598,003 - ( 1,577,023,289 - 10,033,740) - 422,271] / 3,116,488,963 = 1.04424695
高屏分區 = [ 5,948,263,166 +	11,271,978 - 375,565,675 - ( 1,834,493,209 - 14,056,694) - 160,611] / 3,706,351,953 = 1.01538450
東區分區 = [ 718,028,601 +	21,136,813 - 92,155,792 - ( 245,197,689 - 1,269,440) - 51,228] / 364,186,295 = 1.10665929

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD11)	
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	
- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)	
- 自墊核退點數(BJ)]	
／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	
= [ 37,236,549,449 +	52,588,075 - ( 10,872,658,598 - 71,758,869) - 2,765,034] / 26,893,582,381 = 0.98482502

註：藥品給付協議回數金額回歸總額，依據「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第44-2條規定辦理。

3. 一般服務分區平均點值	= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用] / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ)]
臺北分區	= [ 12,511,537,523 + 444,456 ] / [ 9,599,654,296 + 3,474,996,106 - 18,148,576 + 1,012,370 ] = 0.95822082
北區分區	= [ 5,896,204,966 + 3,985,624 ] / [ 4,270,900,986 + 1,746,017,912 - 13,279,177 + 532,699 ] = 0.98268174
中區分區	= [ 6,857,121,789 + 2,748,684 ] / [ 4,870,089,278 + 1,994,930,393 - 14,971,242 + 585,855 ] = 1.00134822
南區分區	= [ 5,305,393,404 + 13,000,520 ] / [ 3,613,978,048 + 1,577,023,289 - 10,033,740 + 422,271 ] = 1.02644156
高屏分區	= [ 5,948,263,166 + 11,271,978 ] / [ 4,091,202,396 + 1,834,493,209 - 14,056,694 + 160,611 ] = 1.00807463
東區分區	= [ 718,028,601 + 21,136,813 ] / [ 447,757,377 + 245,197,689 - 1,269,440 + 51,228 ] = 1.06856445
4. 一般服務全區平均點值	= [ 37,236,549,449 + 52,588,075 ] / [ 26,893,582,381 + 10,872,658,598 - 71,758,869 + 2,765,034 ] = 0.98917402
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值	= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD11) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)] / 加總分區[一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(不含品質保證保留款及獎勵金)]
臺北分區	= [ 12,511,537,523 + 444,456 + 398,068,574 ] / [ 9,599,654,296 + 3,474,996,106 - 18,148,576 + 1,012,370 + 314,456,402 ] = 0.96545610
北區分區	= [ 5,896,204,966 + 3,985,624 + 230,392,996 ] / [ 4,270,900,986 + 1,746,017,912 - 13,279,177 + 532,699 + 180,528,410 ] = 0.99124982
中區分區	= [ 6,857,121,789 + 2,748,684 + 310,324,456 ] / [ 4,870,089,278 + 1,994,930,393 - 14,971,242 + 585,855 + 246,648,179 ] = 1.01027329
南區分區	= [ 5,305,393,404 + 13,000,520 + 275,137,496 ] / [ 3,613,978,048 + 1,577,023,289 - 10,033,740 + 422,271 + 223,122,644 ] = 1.03497428
高屏分區	= [ 5,948,263,166 + 11,271,978 + 302,712,267 ] / [ 4,091,202,396 + 1,834,493,209 - 14,056,694 + 160,611 + 247,416,746 ] = 1.01672796
東區分區	= [ 718,028,601 + 21,136,813 + 27,598,803 ] / [ 447,757,377 + 245,197,689 - 1,269,440 + 51,228 + 23,409,200 ] = 1.07217849
全區	= [ 37,236,549,449 + 52,588,075 + 1,544,234,592 ] / [ 26,893,582,381 + 10,872,658,598 - 71,758,869 + 2,765,034 + 1,235,581,581 ] = 0.99744543

註：

- 專款專用暫結金額 = 暫時性支付(新藥、新特材) + 提升國人視力照護品質 + C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 + 品質保證保留款預算
- C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 114年品質保證保留款預算 / 4  
\*當年品質保證保留款全年結算金額預計於次年7月底前完成結算，爰此，上表品質保證保留款專款結算金額計算 = (106年各季預算 + 114年各季預算) × 前一年品質保證保留款全年結算金額之各分區分配金額占率。

## 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段  
140號

聯絡人：張美鳳

聯絡電話：02-27065866 分機：2605

傳真：02-27069043

電子郵件：A111423@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國115年6月11日

發文字號：健保醫字第1150662560號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請至本署全球資訊網擷取

主旨：114年第4季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關114年第4季門診透析預算一般服務部門點值，前於115年6月5日以健保醫字第1150662486號函請各全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自115年6月15日起，門診透析費用之暫付、核付，依114年第4季結算點值辦理，並於115年6月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

115.06.11



1153340116

正本：本署各分區業務組

副本：白代表其怡、朱代表文洋、吳代表美儀、宋代表俊明、李代表俊億、杜代表柏村、孟代表令好、林代表元灝、邱代表琦皓、施代表孟甫、洪代表冠予、張代表禹斌、張代表孟源、陳代表文琴、陳代表金順、楊代表孟儒、廖代表秋鐳、劉代表林義、劉代表碧珠、蔡代表宗昌、蔡代表順雄、顏代表大翔、羅代表永達、嚴代表必文、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、社團法人中華民國腹膜透析腎友協會、財政部賦稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、本署承保組



裝



訂

線



程式代號：RGB13408R05

114年第 4季

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:114/10~114/12

核付截止日期:115/03/31

列印日期：115/06/08

頁次：18

七、一般服務浮動每點支付金額

預算(D3)－核定非浮動點數合計(M)－1×腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

11,783,078,271 - 756,537,267 = 162,102,756

11,268,864,349

= 0.96411119 (四捨五入至小數第8位)

八、平均點值

預算(D3)

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

11,783,078,271

756,537,267 + 162,102,756 + 11,268,864,349

= 0.96681633 (四捨五入至小數第8位)

九、門診透析預算平均點值 = 加總[預算(D3) + 專款專用暫結金額]

／加總[核定浮動點數合計(P) + 腹膜透析追蹤處置費核定點數合計(P1) + 核定非浮動點數合計(M) + 專款專用已支用點數(不含獎勵金)]

= [ 11,783,078,271 + 447,992,555 ]

／ [ 11,268,864,349 + 162,102,756 + 756,537,267 + 48,172,955 ] = 0.99962352

註：專款專用暫結金額 = 鼓勵院所加強推動腹膜透析及居家血液透析與提升其照護品質計畫暫結金額 = 447,992,555

十、說明

本季結算費用年包括：

1. 費用年月114/09(含)以前：於115/01/01~115/03/31期間核付者。
2. 費用年月114/10~114/12：於114/10/01~115/03/31期間核付者。