

衛生福利部全民健康保險會
第5屆 111 年第 4 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 111 年 4 月 21 日

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第4次委員會議議程

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第3次)委員會議紀錄	1
四、本會重要業務報告	47
五、討論事項	
有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)	
報請同意案	71
六、報告事項	
(一)中央健康保險署「111年3月份全民健康保險業務執行報告」	101
(二)110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案	102
七、臨時動議	

三、確認上次(第3次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年4月1日衛部健字第1113360049號函送委員在案，並於本年4月1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5屆111年第3次委員會議紀錄 (含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年3月25日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

于委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、
李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、
侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆12:05
以後代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商
委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、張委員澤芸(中華民國護理師護士
公會全國聯合會劉主任淑芬11:00以後代理)、許委員駢洪、陳委員石池、陳委
員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事
邦賢11:23以後代理)、黃委員金舜(中華民國藥師公會全國聯合會邱副秘書長建強代
理)、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員
國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、盧委員瑞芬、賴委員博司、謝委
員佳宜、顏委員鴻順

請假委員：鄭委員素華

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋、蔡副署長淑鈴、戴組長雪詠

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、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46~47頁)

貳、議程確認：(詳附錄第47~51頁)

決定：優先報告事項第一案，變更安排至「確認上次(第2次)
委員會議紀錄」之後報告；另討論事項第三案「有關
『全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫』(草案)
報請同意案」，同意撤案，餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第2次)委員會議紀錄：(詳附錄第51頁)

決定：確認。

肆、優先報告事項第一案(詳附錄第52~67頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「111年2月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署參考。

伍、本會重要業務報告(詳附錄第68~82頁)

決定：

一、上次(第2次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：擬解除追蹤1項，同意解除追蹤。

二、同意中央健康保險署所請，將「109年度健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形」報告案，延至本(111)年6月份委員會議辦理。

三、委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參，餘洽悉。

陸、優先報告事項第二案(詳附錄第83~93頁)

報告單位：本會第三組

案由：健保署應依「111年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形，請鑒察。

決定：

一、確認111年度醫院總額2項新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件一)。另「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，併同醫院及西醫基層總額新增項目尚未完成研訂者，儘速辦理，提本年4月份委員會議確認。

二、請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，儘速辦

理「111年度各部門總額應於110年12月底前完成之協定事項」之未完成項目(如附件二)，並確實依協定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜。

三、餘洽悉。

柒、討論事項(詳附錄第94~129頁)

第一案

提案人：李委員麗珍、干委員文男、何委員語、吳委員鴻來、李委員永振、林委員恩豪、林委員敏華、侯委員俊良、馬委員海霞、張委員文龍、許委員馯洪、陳委員有慶、楊委員芸蘋、劉委員守仁、劉委員國隆、劉委員淑瓊、賴委員博司

代表類別：保險付費者代表

案由：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會，提請討論。

決議：本案屬衛生福利部及中央健康保險署權責，委員所提意見，送請權責單位研參。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門110年度執行成果評核之作業方式(草案)(併本年第1次委員會議討論事項第四案討論)，提請討論。

決議：

一、有關110年度執行成果評核之作業方式如下，餘照案通過：

(一)評核委員產生方式依照去年方式辦理，評核內部會議參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

- (二)四總額部門均保留細項指標「就醫院所是否具備無障礙友善設施」，本項不納入評分，惟需提供資料。
- 二、訂定「各總額部門110年度執行成果評核之作業方式」，如附件四。請中央健康保險署及四總額部門依時程提供所需資料。
- 三、有關評核結果之獎勵標準，提本年6月份委員會議討論。
- 四、同意中央健康保險署及四總額部門所提之「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」(如附件五)，請據以執行，俾利執行成果之展現。

捌、報告事項(詳附錄第130頁)

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提書面意見，送請中央健康保險署回復說明。

玖、臨時動議：無。

拾、散會：下午14時。

醫院總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
一般服務	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診結構改變	<p>1.執行目標：區域級(含)以上醫院加護病床之住院診察費及病房費採固定點值，及提升住院照護品質，優先用於反映住院首日護理費支付點數加成 30%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：區域級(含)以上醫院，住院滿意度調查，平均滿意度達成 82%。</p>
專款項目	鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫	<p>1.執行目標：提升 RCC、RCW 病人同意簽署 DNR <u>比率</u>較 <u>108 年</u>增 2%。</p> <p>2.預期效益之評估指標：</p> <p>(1)RCC：呼吸器脫離率為主要指標；<u>簽署 DNR</u> 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為次要指標。<u>指標達成與 108 年比較</u>進步視同達標。</p> <p>(2)RCW：<u>簽署 DNR</u> 比率及召開緩和醫療家庭會議比率為主要指標；呼吸器脫離率為次要指標。<u>指標達成與 108 年比較</u>進步視同達標。</p> <p>(3)<u>簽署 DNR</u> 案件數與 <u>108 年比較</u>進步視同達標。</p>

「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」
之未完成項目

部門	工作項目	應完成時限
牙醫門診總額	需經本會同意或向本會報告	
	<p>1 牙醫特殊醫療服務計畫 ※依 110 年協定事項暨 110 年第 8 次委員會議決定辦理： (1)擬新增之「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」，需提出 共識之具體實施方案，並提報本會同意後執行。 (2)依 110 年第 8 次委員會議決定，儘速研議具體實施方 案，提報本會同意後解除追蹤</p>	配合健保署 送會時程
醫院總額	依相關程序辦理，並副知本會	
	<p>1. 住院整合照護服務試辦計畫 (111 年新增項目)</p> <p>2. 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療 護計畫 (111 年新增項目)</p> <p>※決定事項：預算如有不足，由品質保證保留款支應</p>	110 年 12 月 底前
西醫基層總額	依相關程序辦理，並副知本會	
	<p>1 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value) 計畫(111 年新增項目)</p>	110 年 12 月 底前
需經本會同意或向本會報告		
	<p>2 代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目)</p> <p>※決定事項：擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質 指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整 合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案 管理費)，於提報本會同意後執行</p>	110 年 12 月 底前

部門	工作項目	應完成時限
	3 強化基層照護能力及「開放表別」項目 ※決定事項： (1)於 110 年 12 月委員會議提出規劃調整之項目與作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目適當性，含導入一般服務之時程規劃	110 年 12 月 委員會議
其他預算	依相關程序辦理，並副知本會	
1	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 ※協定事項： (1)檢討居家醫療訪視費支付標準之合理性，並朝分級支付方向調整，以鼓勵急重症、緊急往返及困難疾病之照護 (2)為強化精神社區復健照護體系，請整體檢討精神疾病社區復健相關支付標準之合理性，及精神復健機構於健保政策下之定位	110 年 11 月 底前
2	推動促進醫療體系整合計畫 (1)醫院以病人為中心門診整合照護計畫 (2)急性後期整合照護計畫 (3)跨層級醫院合作計畫 (4)遠距醫療會診 ※協定事項： (1)檢討執行情形及辦理方式，以提升執行成效 (2)儘速研議遠距醫療會診執行及管理策略，並審慎規劃及執行急重症轉診網絡之遠距會診醫療服務	
3	提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」)	110 年 12 月 底前

111 年度各部門總額協定事項及相關計畫追蹤時程表

一、牙醫門診總額

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
1		高風險疾病口腔照護 (111 年新增項目) (1)提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
		(2)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(3)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			
2	一般服務	提升假日就醫可近性 (111 年新增項目) 提出具體規劃及執行情形		110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
3		109 年度全面提升感染管制品質未達協定事項之扣款 (111 年新增項目) (1)加強查核與輔導，提高實地訪查之抽查比率 (2)持續監測全面提升感染管制品質之執行結果(含申報及查核結果) (3)執行結果納入 112 年度總額協商之參據		111 年 7 月底 前提本會報告 (7 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
4		醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5		牙醫特殊醫療服務計畫 (1)辦理本項目	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
		(2)依 110 年協定事項暨 110 年第 8 次委員會議決定：提報「牙醫特定身心障礙者社區醫療網」之具體實施方案		提本會同意後執行(配合健保署送會時程)	
6		牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
7		0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
8	專款項目	12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 (111 年新增項目)	110 年 12 月底前	110 年 12 月底前提本會同意後執行 (1 月委員會議提討論案)	111 年 7 月底前
		(1)提出具體實施方案及執行情形 (2)依 111 年度預算執行結果，於一般服務扣減與本項重複部分之費用			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
9		高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫 (111 年新增項目)	110 年 12 月底前	110 年 12 月底前提本會報告 (3 月委員會議提報告案)	111 年 7 月底前
		(1)提出具體實施方案及執行情形			

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
9 續	專款項目	(2)檢討本項預防處置之實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
10		品質保證保留款實施方案	110 年 11 月底前		各部門總額 111 年度執行成果發表暨評核會議(112 年 7 月)
11	其他	一般服務之點值保障項目		110 年 12 月底前提本會同意後執行(1 月委員會議提討論案)	
12		特定用途移撥款執行方式	111 年 6 月底前送本會備查		

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

二、中醫門診總額

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
1	一 般 服 務	提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護 (111 年新增項目) (1)提出具體規劃內容及執 行情形		110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
		(2)依 111 年度預算執行結 果，扣減當年度未執行之 額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協 商 113 年度總 額前)提本會 報告規劃及執 行結果
2		醫療資源不足地區改善方 案	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
3	專 款 項 目	西醫住院病患中醫特定疾 病輔助醫療計畫 (1)腦血管疾病 (2)顱腦損傷 (3)脊髓損傷 (4)呼吸困難相關疾病	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
4		中醫提升孕產照護品質計 畫	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
5		兒童過敏性鼻炎照護試辦 計畫	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
6		中醫癌症患者加強照護整 合方案	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
7		中醫急症處置	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
8		中醫慢性腎臟病門診加強 照護計畫	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
9	專 款 項 目	照護機構中醫醫療照護方 案 (111 年新增項目) (1)提出具體實施方案，及醫 療利用監控與管理措施	110 年 12 月底 前	110 年 12 月底 前提本會報告 (3 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底 前
		(2)依 111 年度預算執行結 果，於一般服務扣減與本 項重複部分之費用			111 年 7 月及 112 年 7 月(協 商 113 年度總 額前)提本會 報告規劃及執 行結果
10		品質保證保留款實施方案	110 年 11 月底 前		各部門總額 111 年度執行 成果發表暨評 核會議(112 年 7 月)
11	其 他	一般服務之點值保障項目		110 年 12 月底 前提本會同意 後執行(1 月委 員會議提討論 案)	

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

三、西醫基層總額

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
1	一般服務	(1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
		(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議 提專案報告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
2		藥品及特材給付規定改變 (1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
2	續	(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議 提 專 案 報 告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
3	一般服務	促進醫療資源支付合理 (111 年新增項目)			111 年 7 月底前
4		提升國人視力照護品質 (111 年新增項目)		110 年 12 月底前提本會報告 (3 月委員會議 提 報 告 案)	111 年 7 月底前
		(1)提出具體規劃內容及執行情形 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議 提 報 告 案)	
	專款項目	(3)依 111 年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
5		家庭醫師整合性照護計畫 (1)辦理本項目	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5 續		(2)於 111 年 7 月底提出導入一般服務之評估規劃		111 年 7 月底前提出(5 月委員會議提專案報告)	
6		代謝症候群防治計畫 (111 年新增項目) (1)提出具體實施方案及執行情形 (2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」	110 年 12 月底前	提本會同意後執行(3 月委員會議提討論案) 部核定後提本會最近 1 次委員會議確認(3 月委員會議提報告案)	111 年 7 月底前
7 專款項目		提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 (111 年新增項目) (1)辦理本項目 (2)研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
8		西醫醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
9		C 型肝炎藥費 (1)辦理本項目 (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111 年 7 月前 (納入 112 年度總額協商)

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
10		醫療給付改善方案	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
11		強化基層照護能力及「開放 表別」項目 (1)於 110 年 12 月委員會議 提出規劃調整之項目與 作業時程 (2)通盤檢討開放表別項目 適當性，含導入一般服務 之時程規劃		110 年 12 月委 員會議	111 年 7 月底 前
12	專 款 項 目	鼓勵院所建立轉診合作機 制(併同其他預算「基層總額 轉診型態調整費用」提出專 案報告)		111 年 7 月底 前提出專案報 告(7 月委員會 議 提 專 案 報 告)	111 年 7 月底 前
13		偏鄉地區基層診所產婦生 產補助試辦計畫	110 年 11 月底 前		111 年 7 月底 前
14		罕見疾病、血友病藥費及罕 見疾病特材			111 年 7 月底 前
15		後天免疫缺乏病毒治療藥 費			111 年 7 月底 前
16		因應罕見疾病、血友病及後 天免疫缺乏症候群照護衍 生費用			111 年 7 月底 前
17		新增醫藥分業地區所增加 之藥品調劑費用			111 年 7 月底 前
18		精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)			111 年 7 月底 前

項次	類別	協定事項	工作項目及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
19	專款項目	品質保證保留款實施方案	110 年 11 月底前			各部門總額 111 年度執行成果發表暨評核會議(112 年 7 月)
20	其他	一般服務之點值保障項目			110 年 12 月底前提本會同意後執行(1 月委員會議提討論案)	
21		風險調整移撥款執行方式	111 年 6 月底前送本會備查			

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

四、醫院總額

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
1	一般服務	(1)於額度內，妥為管理運用，並排定納入健保給付之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之新增項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
		(3)建立新醫療科技之預算檢討、調整與管控機制，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值(併同「藥品及特材給付規定改變」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議 提專案報告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入，則扣減其預算額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(1)於額度內，妥為管理運用，並排定調整健保給付條件之優先順序 (2)於 110 年 12 月委員會議提出規劃之調整項目與作業時程		110 年 12 月委員會議	111 年 7 月底前
2					

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
2 續	一般 服務	(3)建立藥品及特材給付規定改變之預算檢討、調整與管控機制(併同「新醫療科技」提出專案報告)		111 年 6 月底前提出專案報告(6 月委員會議 提 專 案 報 告)	
		(4)若於年度結束前未依時程導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度			111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
		(5)於 112 年度總額協商前提 出節流效益，並納入該年 度本項預算財源			111 年 7 月前 (納入 112 年度 總額協商)
3	服務	促進醫療資源支付合理 (111 年新增項目)			111 年 7 月底 前
4		持續推動分級醫療，壯大社 區醫院 (1)辦理本項目			111 年 7 月底 前
		(2)視執行需要研修「執行目 標」及「預期效益之評估 指標」		部核定後提本 會最近 1 次委 員會議確認(3 月委員會議提 報告案)	
5		提升重症照護費用，促進區 域級(含)以上醫院門住診費 用結構改變 (1)辦理本項目			111 年 7 月底 前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
5 續	一般服務	(2)視執行需要研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」		部核定後提本會最近1次委員會議確認(3月委員會議提報告案)	
6		配合110年牙醫門診總額調整支付標準所需費用(111年新增項目)			111年7月底前
7	專款項目	C型肝炎藥費 (1)辦理本項目			111年7月底前
8		(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前 (納入112年度總額協商)
9		罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材			111年7月底前
10		後天免疫缺乏病毒治療藥費			111年7月底前
11		鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質			111年7月底前
12		醫療給付改善方案 新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」，並納入「全民健康保險思覺失調症醫療給付改善方案」	110年12月底前		111年7月底前
13		急診品質提升方案	110年11月底前		111年7月底前
		鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)			111年7月底前

項次	類別	工作項目及時程 協定事項	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
14	專款項目	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
15		全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
16		鼓勵院所建立轉診合作機制(併同其他預算「基層總額轉診型態調整費用」提出專案報告)		111 年 7 月底前提出專案報告(7 月委員會議 提專案報告)	111 年 7 月底前
17		腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(111 年新增項目)			111 年 7 月底前
18		住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增項目) (1)辦理本項目 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前
19		鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 (111 年新增項目) (1)辦理本項目 (2)研訂「執行目標」及「預期效益之評估指標」	110 年 12 月底前		111 年 7 月底前

項次	類別	協定事項	工作項目及時程	依相關程序辦理，並副知本會	需經本會同意或向本會報告	提報本會執行情形 ^註 /執行結果納入總額協商參考
19 續	專款項目	(3)執行效益納入未來總額財源				111 年 7 月及 112 年 7 月(協商 113 年度總額前)提本會報告規劃及執行結果
20		精神科長效針劑藥費 (111 年新增項目)				111 年 7 月底前
21		品質保證保留款實施方案	110 年 11 月底前			各部門總額 110 年度執行成果發表暨評核會議(111 年 7 月)
22	其他	一般服務之點值保障項目			110 年 12 月底前提本會同意後執行(1 月委員會議提討論案)	
23		風險調整移撥款執行方式	111 年 6 月底前送本會備查			

註：專款項目「網路頻寬補助費用」之辦理情形，併入其他預算「提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用」提報。

五、門診透析服務

項 次	協定事項 /工作項目 及時程	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
1	加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護			111 年 7 月底前
2	持續鼓勵腹膜透析及推動腎臟移植，以提升透析病人生活品質			111 年 7 月底前
3	持續運用健保醫療資訊雲端查詢系統進行與腎臟病相關藥物提醒與管理，並訂定醫療利用及成效評估指標，以利後續監測			111 年 7 月底前
4	請檢討末期病人使用透析服務之必要性			111 年 7 月底前

六、其他預算

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
1		基層總額轉診型態調整費用(併同「鼓勵院所建立轉診合作機制」提出專案報告)		111 年 7 月底前提出專案報告(7 月委員會議 提專案報告)	111 年 7 月底前
2		山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
3		居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	110 年 11 月底前	111 年 7 月底前提本會報告(7 月委員會議 提報告案)	111 年 7 月底前
4	專 款 項 目	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、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			111 年 7 月底前
5		支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費 (1)辦理本項目 (2)於協商 112 年度總額前檢討實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111 年 7 月底前 111 年 7 月前(納入 112 年度總額協商)
6		推動促進醫療體系整合計畫	110 年 11 月底前		111 年 7 月底前
7		調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費			111 年 7 月底前

項 次	類 別	工作項目 及時程 協定事項	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
8	專 款 項 目	提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(併四部門總額之「網路頻寬補助費用」) (1)辦理本項目及新增提升院所智慧化資訊機制 (2)網路頻寬補助費用：檢討、提升院所參與率、檢驗(查)結果上傳率及門診雲端藥歷查詢率	110年12月底前		111年7月底前
		(3)獎勵上傳：確實依退場期程(110~114年)規劃退場之執行方式		111年7月底前 提本會報告 (7月委員會議 提報告案)	
		(4)於協商112年度總額前檢討本項實施成效，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前 (納入112年度總額協商)
		提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	110年11月底前		111年7月底前
9		腎臟病照護及病人衛教計畫	110年11月底前		111年7月底前
10		提升保險服務成效 (1)精進提升保險服務成效之評估指標，並提出成效評估報告		111年7月底前 (7月委員會議 提報告案)	
		(2)於協商112年度總額前檢討實施成效，及預算編列之妥適性，提出節流效益並納入該年度總額預算財源			111年7月前 (納入112年度總額協商)
11					

項 次	類 別	協定事項	工作項目 及時程	依相關程序辦 理，並副知本 會	需經本會同意 或向本會報告	提報本會執行 情形 ^註 /執行結 果納入總額協 商參考
12		提升用藥品質之藥事照護 計畫	110 年 11 月底 前			117 年 7 月底 前

註：111 年執行情形於本會 111 年 7 月份委員會議提報，延續性項目於 111 年 7 月份各部門總額執行成果發表暨評核會議提報成效評估檢討報告(包含 110 年執行情形)。

各總額部門 110 年度執行成果評核之作業方式

第 5 屆 111 年第 3 次委員會議(111.3.25)通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四總額部門110年度之年度重點項目、一般服務項目及門診透析服務執行成果。
- 二、四總額部門及其他預算110年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦醫務管理、公共衛生及財務金融等健康保險相關領域專家學者為評核委員人選。
- (二)本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選，依據委員票選結果，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員，評核委員名單不事先公開。本會委員票選評核委員時，請兼顧四部門總額之衡平性與差異性，並請鼓勵專家學者廣泛參與，避免專家學者之服務機構過度集中。

二、評核會議之資料

- (一)請四總額部門及健保署於評核會議前 1 個月，提供年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果書面報告，另對於 110 年執行未滿半年及 111 年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限 100 頁，各專款項目內文限 10 頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前 2 週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2 天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1 天半)。

1. 健保署統一報告各部門總額一般服務之整體性、一致性項目(如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等)及門診透析與其他預算之執行成果。
2. 由接受健保署專業事務委託之四部門總額受託團體報告年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出110年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
3. 評核委員評論各總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之執行成果報告，並開放與會者提問。

4. 參與人員

除本會委員、四部門總額相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、健康署、疾管署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等，預估約160人。

(三) 第二階段：評核內部會議(半天)。

1. 評核委員就四總額部門之執行成果，充分溝通後評定等級；並針對四部門總額及其他預算之年度重點項目、一般服務項目及專款項目提出共識建議，供協商參考。
2. 參與人員：主任委員、評核委員、本會同仁，由評核委員互相推選主席。

參、評核項目與配分

評核年度重點項目執行成果、一般服務項目及專款項目執行績效/成果之計分權重分別為20%、60%、20%，於分開評核之後再合併計分，各總額部門執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃^{#1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項110年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20

評核項目	配分
貳、一般服務項目執行績效 一、就110年評核委員評論意見與期許之回應說明 <u>二、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為</u> 三、維護保險對象就醫權益 (一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施 (二)民眾付費情形及改善措施 (三)就醫可近性與及時性之改善措施 (四)民眾諮詢及抱怨處理 (五)其他確保民眾就醫權益之措施 四、專業醫療服務品質之確保與提升 (一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二)品質保證保留款實施方案執行結果 (三)其他改善專業醫療服務品質具體措施 五、協商因素項目之執行情形 (一)110年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形 (二)延續項目之執行情形 1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門) 2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列) (三)110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃 六、總額之管理與執行績效 (一)醫療利用及費用管控情形 (二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理 (三)點值穩定度 (四)專業審查及其他管理措施 (五)院所違規情形及醫療機構輔導 (六)其他	60
參、專款項目執行績效/成果^{註2} 一、就110年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、110年計畫/方案執行成果 三、106~110年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標) 四、檢討與改善方向 (一)計畫/方案111年修正重點 (二)110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃	20
總分	100

註：1.年度重點項目係就「一般服務項目」及「專款項目」中，擇與政策目標、總額協定要求及民眾關切之議題進行重點報告，以利評核聚焦於年度重要事項。
 2.列入評核之專款項目如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

評核分數	等級
90 分及以上	特優
85 分至未達 90 分	優
80 分至未達 85 分	良
75 分至未達 80 分	可
未達 75 分	劣

二、評核等級作為112年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員針對四部門總額年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商112年度該部門總額一般服務項目成長率及各專款項目經費增減及續辦與否之參據。

伍、111 年評核作業時程表

時間	作業內容
111 年 1~3 月	1.函請四部門總額受託團體及健保署提供建議之 111 年度重點項目及其績效指標、操作型定義及目標值，並請就本會研擬之評核內容(草案)提供修正建議。 2.研擬評核作業方式(草案)。
111 年 3 月	評核作業方式(草案)提委員會議議定。
111 年 4~5 月	1.請四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四部門總額受託團體及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及 <u>公正人士</u> 委員後，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果，及貳之一.評核委員產生方式，排定邀請名單，依序邀請 7 位擔任評核委員。 4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
111 年 5 月下旬	健保署依評核報告大綱及評核項目表，先提送監測/調查/統計結果(報告上冊)予本會，供評核委員審閱及四總額部門參用，總額部門可專注於提報執行檢討與改善結果。

時 間	作 業 內 容
111 年 6 月中旬 (評核會議前 1 個月)	四總額部門及健保署提送執行成果之書面報告(健保署提送報告下冊)予本會，供評核委員審閱。
111 年 7 月上旬 (評核會議前 2 週)	1.健保署及四總額部門提送「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」之口頭報告(簡報)，供評核委員審閱。 2.本會同仁彙整「各總額部門 110 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
111 年 7 月中旬 (預訂 7 月 19、20 日)	召開為期 2 天之「各總額部門 110 年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項110年度重點項目執行成果，及短期中期之具體目標及規劃作為。	V	V
二、自選重點項目：部門自行提報，最多2項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就110年評核委員評論意見與期許之回應說明	V	V
二、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
三、維護保險對象就醫權益		
(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施	調查/統計結果及重點說明	檢討及改善
(二)民眾付費情形及改善措施		
(三)就醫可近性與及時性之改善措施		
(四)民眾諮詢及抱怨處理		
(五)其他確保民眾就醫權益之措施		V
四、專業醫療服務品質之確保與提升		
(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果及重點說明	檢討及改善
(二)品質保證保留款實施方案執行結果	核發結果統計	
(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	
五、協商因素項目之執行情形		
(一)110年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形(含成效)檢討 ^{註3}	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)延續項目之執行情形	執行情形	檢討及改善
(三)110年執行未滿半年及111年新增項目之執行與規劃		
六、總額之管理與執行績效		
(一)醫療利用及費用管控情形	醫療利用情形	管控措施、檢討及改善
(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理	預算分配結果	
(三)點值穩定度	點值	
(四)專業審查及其他管理措施	審查核減統計	
(五)院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	
(六)其他	—	
參、附錄 (如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容)		

- 註：1.請健保署於5月下旬依報告大綱及評核項目表，先提供監測/調查/統計結果(上冊)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料。
- 2.報告內容請涵蓋評核項目表各項評核內涵及指標，並提供5年(106~110年)之數據。另請健保署提供各項調查/統計結果時，重點說明其結果。部門提報之執行成果報告內文限100頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- 3.依據111年度總額協定事項，請於111年7月底前，提報延續項目之110年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明		
二、110 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標	—	V
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、106~110 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率		
(二)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	執行情形之統計結果、關鍵績效指標及改善建議	推動情形、檢討及改善、目標達成情形
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向		
(一)計畫/方案 111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、106~110 年執行情形及成效評估		
(一)預算執行數及執行率	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(二)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向		
(一)111 年修正重點	—	V
(二)110 年執行未滿半年及 111 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

註：1.各總額部門及跨部門之專款項目，請健保署於 5 月下旬依報告大綱，先提供執行情形摘要表(上冊，其中計畫型應含 3 項自選關鍵績效指標)予本會及總額部門參考，總額部門請著重於提報檢討及改善措施，不須重複呈現上冊資料；由健保署負責之專款項目(計畫型及非計畫型)，均由署提報，各專款項目之提報單位如附表四。

2.各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。

健保署及四總額部門「110年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目 1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目 2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以 上醫院接受上轉之門住診申報件數 合計
	項目 3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較 108 年下降 5% 或 \leq 低於全國值 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類 藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因 COVID-19 疫情於 109 年 Q1-Q3 暫停啟動， 故本指標以 108 年為基期進行比較。
醫院總額 —醫院協會	項目 1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目]	指標(1)：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長 10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫 件數 指標(2)：分級醫療垂直整合策略聯盟 目標值：分級醫療涵蓋率 80% 操作型定義：完成建立與其他院所策略聯盟合 作機制之家數/醫院部門醫院家 數 註：醫院協會建議健保署新增「就醫民眾對分級醫療轉診 政策實施滿意度調查」，俾利納入績效指標。
	項目 2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率 80% 操作型定義：【參考醫院評鑑基準】(醫院急性一 般病床床位數 \times 占床率 $\times 3$)/全日平均 三班護理人員數(同健保署全民健 康保險醫療品質資訊公開網指標- 急性一般病床全日平均護病比) 註：1.急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、精 神急性一般病床、精神急性經濟病床。 2.醫院不含未設置「急性一般(經濟)、精神急性一 般(經濟)病床」醫院。

部門/單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目 1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前 1 年度接受轉診率增加 1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數。 註：基層排除平轉案件。</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前 1 年度接受慢性病病人轉診率增加 1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為 04、08 案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前 1 年度慢性病轉診病人持續就醫人數比率增加 1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：1. 持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。 2. 慢性病定義：案件分類為 04、08 案件。</p> <p>醫全會之指標目標值說明： 考量 COVID-19 疫情期間，暫緩實施「執行區域級以上醫院門診減量」，爰前開指標之目標值均修訂為較前 1 年增加 1.5%(109 年目標值為 3~5%)。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前 1 年度比率增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p> <p>醫全會之觀察指標說明：</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		考量尚無資料可供參考，爰先列為觀察指標，未來若合適或做滾動式修正後，再列為績效指標。
西醫基層 總額 一醫全會	項目 2： 居家醫療照護整合計畫成效 [新增項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前 1 年度診所數增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前 1 年度醫師數增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p> <p>指標(3)：收案數 目標值：較前 1 年度收案數增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目 1： 牙醫院所加強感染管制之現況與改善 [延續項目]	<p>指標：院所感染管制申報率 目標值：最近 3 年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：申報加強感染管制診察費的院所數/申報總院所數</p>
	項目 2： 國人牙齒保存現況與改善情形 [延續項目]	<p>指標：有就醫者平均拔牙顆數(負向指標) 目標值：最近 3 年全國平均值*(1+10%) 操作型定義：拔牙總顆數(簡單性拔牙 92013C+複雜性拔牙 92014C)/就醫人數</p>
	項目 3： 國人牙周現況改善情形 [新增項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近 3 年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年 1~9 月申報第一階段案件於 180 天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年 1~9 月申報第一階段件數)</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
中醫門診 總額 一中全會	項目 1： 提升複雜性針灸 傷科醫療服務品質 [新增項目]	<p>指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110 年中度及高度複雜性針灸人 次/110 年針灸人次) - (109 年複 雜性針灸人次/109 年針灸人次)</p> <p>指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(110 年中度及高度複雜性傷科人 次/110 年傷科人次) - (109 年複 雜性傷科人次/109 年傷科人次)</p> <p>中全會之指標說明：</p> <p>1.110 年度修正中度高度複雜性針灸及傷科給付辦法，其申報規定要求正確使用 ICD-10 診斷碼，增加醫療服務時間(中度\geq10 分鐘、高度\geq20 分鐘)，同時增加輔助治療項目，以大幅提升中度及高度複雜性針灸傷科之醫療品質，是故中醫院所必須提升針灸傷科醫療品質才能合乎申報條件。</p> <p>2.民眾若能使用中度高度複雜性針灸及傷科服務，且院所能正確申報，代表民眾獲得之中度高度複雜性針灸及傷科醫療品質得到一定的提升，並可提高中醫利用率。故使用利用率來觀察是否提升其醫療服務品質，以利後續中醫健保規劃。</p>
	項目 2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	<p>指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人數(110 年-109 年)/109 年</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：中醫醫療服務人次(110 年-109 年)/109 年</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數 成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數(110 年-109 年)/109 年</p>

部門/單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：居家醫療整合照護計畫中醫服務 人次(110 年-109 年)/109 年</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：無中醫鄉數(109 年-110 年)/109 年</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現 正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人數(110 年-109 年)/109 年</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現 正成長 操作型定義：無中醫鄉服務人次(110 年-109 年)/109 年</p>
其他預算— 健保署	項目 1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後 每月平均門診就醫次數較收案 前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每 月平均門診就醫次數較收案前低。</p>
	項目 2： C 型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C 型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C 型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較 去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性 C 型 肝炎患者人數</p>
	項目 3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與 衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病 人照護與衛教計畫照護率較去年 同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre- ESRD)病人照護與衛教計畫之人數 /個案符合前 12 月門診 2 次或住診 1 次就醫主診斷為 N184-186、049 符合收案條件之歸戶病人數，排除 洗腎及死亡人數</p>

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 - 0~6 歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫(110 年新增) - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111 年新增) - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111 年新增) 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 中醫癌症患者加強照護整合方案 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案(111 年新增) 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果) - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫(111 年新增) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111 年新增) 	健保署 醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) 	醫院協會

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
	<ul style="list-style-type: none"> - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(非計畫型) - 住院整合照護服務試辦計畫(111 年新增) - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫(111 年新增) - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型)(111 年新增) 	
門診透析	<ul style="list-style-type: none"> - 腎臟病照護及病人衛教計畫 	健保署
跨部門	<ul style="list-style-type: none"> - C 型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等 9 項方案)(111 年新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型)(111 年新增) 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	<ul style="list-style-type: none"> - 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用 	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果)(111 年新增提升院所智慧化資訊機制) - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 提升用藥品質之藥事照護計畫 - 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費(非計畫型)(111 年新增支應精神科長效針劑之藥費不足款) - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費(非計畫型) - 提升保險服務成效(非計畫型) 	健保署

註：各部門總額之品質保證保留款實施方案執行成果於一般服務項目執行成果報告中提報。

健保署及四總額部門「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上 醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資 訊雲端查詢系統 之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥 品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫 停啟動，故以108年為基期進行比較。
醫院總額 —醫院 協會	項目1： 醫院分級醫療執 行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料 區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無 法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴 健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件， 無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影 響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無 法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標：全日平均護病比分級達成率 目標值：全日平均護病比合格率80% 操作型定義：同健保署全民健康保險醫療品質資訊 公開指標(醫院急性一般病床床位數 占床率 $\times 3$)全日平均三班護理人員數 註：1.急性一般病床：同全民健康保險醫療服務給付 項目及支付標準表所列，含急性一般病床、經 濟病床、精神急性一般病床及精神急性經濟 病床。 2.計算排除未設置上述病床之醫院。

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
西醫基層 總額 一醫全會	項目1： 西醫基層轉診執行概況 [延續項目]	<p>指標(1)：基層接受轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受轉診件數/醫院轉至基層件數 註：基層排除平轉案件</p> <p>指標(2)：基層接受慢性病病人轉診率 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：基層接受醫院慢性病轉診件數/醫院轉至基層慢性病件數 註：慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>指標(3)：慢性病病人轉診照護情形 目標值：較前1年度增加1.5% 操作型定義：慢性病轉診病人持續就醫歸戶人數/醫院轉至基層慢性病歸戶人數 註：持續就醫定義：醫院轉至基層慢性病病人於同院所因慢性病持續就醫兩次以上。慢性病定義：案件分類為04、08案件。</p> <p>觀察指標(1)：轉診回復率 ①基層上轉至醫院後，醫院回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：醫院接受基層上轉後，回復基層之件數/基層上轉至醫院轉診件數 ②醫院下轉至基層後，基層回復比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受醫院轉診後，回復醫院件數/基層接受醫院轉診件數</p> <p>觀察指標(2)：基層接受轉診病人之跨表比率 目標值：較前1年度增加 操作型定義：基層接受轉診病人申報跨表件數/基層接受轉診件數</p>
	項目2： 居家醫療照護整合計畫成效 [延續項目]	<p>指標(1)：承作診所數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有參加居家醫療照護整合計畫的診所。</p> <p>指標(2)：承作醫師數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：有申請居家醫療照護整合計畫費用的醫師。</p> <p>指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
牙醫門診 總額 -牙全會	項目1： 國人牙周現況改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
	項目2： 青少年口腔照護改善狀況 [新增項目]	指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數
中醫門診 總額 -中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [延續項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性針灸人次/111年針灸人次)-(110年複雜性針灸人次/110年針灸人次) 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義：(111年中度及高度複雜性傷科人次/111年傷科人次)-(110年複雜性傷科人次/110年傷科人次)
	項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人數-110年中醫醫療服務人數)/110年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫醫療服務人次-110年中醫醫療服務人次)/110年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人數-110

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>年中醫居家醫療服務人數)/110年 中醫居家醫療服務人數</p> <p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務 人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110 年中醫居家醫療服務人次)/110年 中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉 數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正 成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無 中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉 服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現 正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無 中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉 服務人次</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： 居家醫療照護整 合計畫之推動成 效 [延續項目]</p>	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每 月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月 平均門診就醫次數較收案前低。</p>
	<p>項目2： C型肝炎新藥治 療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去 年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝 炎患者人數。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率</p> <p>目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高</p> <p>操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第3次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)討論事項第一案「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案」：於本(111)年4月1日依會議決議將委員所提意見函送權責單位(國民健康署及中央健康保險署)研參，如附錄一(第133頁)。

(二)決議(定)列管追蹤事項共計6項，依辦理情形，建議解除追蹤2項，繼續追蹤4項，如附表(第52~54頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、本年度工作計畫原訂於本年4月21、22日(星期四、五)於花蓮地區辦理業務訪視暨委員會議，鑑於近期COVID-19疫情有升溫趨勢，於本年4月11日調查委員意見，考量本部為防疫主責單位，且各委員為各方團體重要人物，一切參訪行程安排宜謹慎為之，雖幾乎所有委員均打滿三劑疫苗，惟顧及參訪期間多有集體乘車、開會及用餐，接觸機會較長，再則參訪單位亦有防疫之需求等因素，乃取消4月21日的參訪行程，後續俟疫情趨緩後再行安排。原併業務訪視於4月22日召開之委員會議，則改於本年4月21日(星期四)上午9時30分在衛生福利部(下稱衛福部)301會議室召開。

三、衛福部及中央健康保險署(下稱健保署)於本年3月至4月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年4月12日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

本年4月8日修正發布「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，將自111年5月15日生效，如附錄二(第134~140頁)，衛福部並請健保署速依公告內容，就所規劃之執行細節及弱勢保障配套措施等，詳與各界說明並廣為宣導，俾利各項籌備作業順利完成，並減少實施後醫病間及行政作業之紛擾。本次修正重點如下：

1. 門診藥品應自行負擔之費用：

分類 項目	111.3.16 預告版		111.4.8 公告版	
	基層醫療單位/地區醫院	區域醫院/醫學中心	西醫基層醫療單位/中醫/地區醫院	區域醫院/醫學中心
起徵點 (起收金額)	≥ 101 元 (20 元)	≤ 100 元 (10 元)	≥ 101 元 (20 元)	≤ 100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	50 元 (10 元)		100 元 (20 元)	
上限點 (上限金額)	$\geq 1,001$ 元 (200 元)	$\geq 1,501$ 元 (300 元)	$\geq 1,001$ 元 (200 元)	$\geq 1,501$ 元 (300 元)

註：持慢性病連續處方箋調劑(開藥 28 天以上)，第 1 次調劑藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之費用；第 2、3 次調劑，免計收。(同預告版)

2. 門診檢驗檢查應自行負擔之費用(新增)：

(1) 西醫基層醫療單位/牙醫/中醫：

分類 項目	111.3.16 預告版		111.4.8 公告版	
	≥ 501 元 (50)		$\geq 1,001$ 元 (100)	
級距 (每級距增加)	50 元 (5 元)		—	—
上限點 (上限金額)	$\geq 1,001$ 元 (100 元)		$\geq 1,001$ 元 (100 元)	

(2) 地區醫院：

分類 項目	111.3.16 預告版		111.4.8 公告版	
	≥ 501 元 (50)		≥ 501 元 (50)	
級距 (每級距增加)	50 元 (5 元)		100 元 (10 元)	
上限點 (上限金額)	$\geq 1,001$ 元 (100 元)		$\geq 1,001$ 元 (100 元)	

(3)區域醫院：

分類 項目	111.3.16 預告版		111.4.8 公告版	
	經轉診	未經轉診	經轉診	未經轉診
起徵點 (起收金額)	≤150 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	50 元 (5 元)	50 元 (10 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)
上限點 (上限金額)	≥1,501 元 (150 元)	≥1,501 元 (300 元)	≥1,501 元 (150 元)	≥1,501 元 (300 元)

(4)醫學中心：

分類 項目	111.3.16 預告版		111.4.8 公告版	
	經轉診	未經轉診	經轉診	未經轉診
起徵點 (起收金額)	≤150 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	50 元 (5 元)	50 元 (10 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)
上限點 (上限金額)	≥2,001 元 (200 元)	≥2,001 元 (400 元)	≥2,001 元 (200 元)	≥2,001 元 (400 元)

3.急診應自行負擔之費用(同預告版)：

層級別	檢傷分類		
	第一級、第二級	第三級	第四級、第五級
醫學中心	300 元	550 元	800 元
區域醫院	200 元	300 元	600 元
地區醫院		150 元	
基層醫療單位		150 元	

(二)健保署

- 將公告之總額相關計畫送本會備查或副知本會，如附錄三(第 141~144 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，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
111.4.1/ 111.1.1	111 年醫院總額 結算執行架構之 偏遠地區醫院認 定原則	配合健保署公告之 111 年「全民健 康保險醫療資源缺乏地區條件」，增 列施行區域嘉義縣鹿草鄉、台南市 大內區及屏東縣枋山鄉。
111.4.1/ 111.1.1	全民健康保險醫 療資源不足地區 之醫療服務提升 計畫	新增臺灣礦工醫院(屬醫缺地區之 鄰近鄉鎮)，刪除佑昇醫院(歇業)。
111.4.7/ 111.1.1	111 年全民健康 保險牙醫門診總 額品質保證保留 款實施方案	修訂重點如下： 1.核發資格：新增 5 年內違反特管 辦法第 44 條或第 45 條處以終止 特約者不得領取品保款。 2.核發原則： (1)新增加計獎勵，共 1 項指標， 核算基礎為 2%。 (2)加註：專業獎勵、政策獎勵、 加計獎勵等三獎勵之核算基礎 總計以 100% 為上限。 3.修訂核發原則之附表： (1)政策獎勵指標：修訂「口腔癌 篩檢」(適用醫院)之操作型定 義，將上傳篩檢資料之筆數， 由 10 筆增為 12 筆。 (2)加計獎勵指標：增訂「口腔癌 篩檢、戒菸治療服務」(適用基 層診所)及操作型定義，需上傳 至少 4 筆篩檢資料，或提供戒 菸治療服務。

2.本年 4 月 1 日副知，111 年暫停執行「全民健康保險牙醫門
診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機
制作業方案」，如附錄四(第 145 頁)。

3.110 年第 3 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄五(第 146~149 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄六(第 150~153 頁)。
- (3)西醫基層總額，如附錄七(第 154~157 頁)。
- (4)門診透析服務，如附錄八(第 158~160 頁)。

總額別 分區別	110 年第 3 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院 ^註	西醫基層	門診透析
台北	1.0192	1.1656		1.0690	0.8694
北區	1.0656	1.0957		1.1162	
中區	1.0423	1.0367		1.0899	
南區	1.0837	1.0367		1.0917	
高屏	1.0645	1.0449		1.0683	
東區	1.2382	1.1879		1.1249	
全區	1.0486	1.0844		1.0843	

註：醫院部門 110 年第 3 季各醫院費用主要係以 109 年同期之 9 成為基礎支付，
無一般服務點值。結算說明表已提報本會 111 年第 2 次委員會議(111.2.25)。

決定：

附表
上次(第3次)委員會議繼續列管追蹤事項

一、擬解除追蹤(共2項)

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	優先報告事項 第1案： 「110年第4季 全民健康保險 業務執行季報 告」(併「111年 2月份全民健康 保險業務執行 報告」)。	委員所提意見， 送請中央健康 保險署參考。	於111年3 月30日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件一(第55~58 頁)。	解除追蹤	—
2	報告事項： 有關「111年度 各部門總額依 協定事項需於 110年12月底 前提本會報告 之項目」辦理情 形。	委員所提書面 意見，送請中央 健康保險署回 復說明。	於111年3 月30日請 辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件一(第59頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 4 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	本會重要業務報告。	委員所提意見，送請衛生福利部及中央健康保險署研參。 註：委員關切112年度總額範圍報行政院前之諮詢、110年度全民健保年終決算報告、112年度全民健保預算備查案等議案，委員過去提出意見之處理情形。	於 111 年 3 月 30 日請辦社保司及健保署。	社保司回復： 委員所述情事，其中有關 110 年 4 月 30 日委員會議，本公司送 111 年總額擬訂向諮詢健保會一案，會中各委員提供之建議，本公司擬於本次送 112 年總額範圍擬訂議案時，一併回復相關辦理進度說明。 健保署回復： 委員所提意見，說明如附件一(第 60~61 頁)。	1.繼續追蹤 2.俟社保司提報資料並報告後，解除追蹤。	111 年 5 月
2	優先報告事項第 2 案： 健保署應依「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核(決)定事項及時程提報本會之事項辦理情形。	另「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」項目，併同醫院及西醫基層總額新增項目尚未完成研訂者，儘速辦理，提本年 4 月份委員會議確認。	於 111 年 3 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 將與醫界達共識後儘速提報委員會議確認。	1.繼續追蹤 2.俟提報委員會議確認後解除追蹤。	111 年 5 月
3		請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，儘速辦理「111 年度各部門總額應於 110 年 12 月底前完成之協定事項」之未完成項目(如附件二)，並	於 111 年 3 月 30 日請辦健保署。	健保署回復： 本署配合辦理。	1.繼續追蹤 2.俟提報委員會議確認後解除追蹤。	111 年 7 月

項 次	案 由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
		確實依協定事項及時程(附件三)，完成法定程序及提報本會等事宜。				
4	討論事項第 2 案： 各總額部門 110 年度執行成果評核之年度執行成果作業方式」，如評核之作業方式(草案)(併本年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)。	訂定「各總額部門 110 年度執行成果評核之年度執行成果作業方式」，如評核之作業方式(草案)(併本年第 1 次委員會議討論事項第四案討論)。	於 111 年 3 月 30 日請辦健保署。	健保署回復：本署配合辦理。	1.繼續追蹤 2.俟健保署提供資料後解除追蹤。	111 年 7 月

健保會第5屆111年第3次委員會議之健保署答覆

上次(第3次)委員會議之擬解除追蹤項次1

案由：「110年第4季全民健康保險業務執行季報告」(併「111年2月份全民健康保險業務執行報告」)。

委員意見	健保署說明
<p>顏委員鴻順(議事錄 p.52)</p> <p>C肝治療計畫方面，目前根據數字13.3萬人已接受治療，還有11.7萬人的目標數，接下來的族群在我們會議當中，大家都認為集中在特定族群、高風險族群或是自己都不知道自已有C肝的民眾，所以在推動的過程當中請健保署提供更多資訊及資料給醫全會，我們也會提供給各縣市的醫師公會，一起來幫忙推動，我們特別知道雲嘉南、花東、屏東及苗栗有些地方是熱區，甚至在C肝風險潛勢地圖是5、6、7級的高風險區，希望健保署能否在這方面多提供資料，讓我們協助政策的推動。</p>	<p>一、本署為配合衛生福利部之C型肝炎防治政策，協助相關公務機關辦理C型肝炎篩檢作業，找出自己都不知道自已有C肝的民眾，已提供衛生局申請「曾接受C型肝炎抗體、病毒量檢驗及用藥治療參考名單」，惟相關資料若要提供醫全會，涉個人資料保護法適法性疑慮，歉難提供。</p> <p>二、惟若病人已於醫事機構接受C肝相關檢驗或治療資料，該醫事機構即可得知相關資訊，另「健保醫療資訊雲端查詢系統」之「B、C型肝炎專區」可查詢所有病人最近一次之C肝相關檢驗或治療資料。</p>
<p>陳委員石池(議事錄 p.53)</p> <p>各位委員早安，我個人對今天李署長伯璋的報告非常滿意，代表健保署有努力做事情，我有幾件事情跟大家反映，我先講上一次部分負擔有關要修改資訊系統方面，各醫院哀鴻遍野，1個月時間其實是做不</p>	<p>有關調整門診部分負擔一事，已蒐集各界意見，由主管機關審慎評估後公告施行。</p>

委員意見	健保署說明
<p>來，也沒有經費補助，這是醫療機構幫健保署收部分負擔自付額的部分，又不是醫院的收入。我上次就跟陳部長時中說過，醫院幫你們做事情，卻沒有給醫院任何補貼，我想這不是很合理的，你們又急著要人家上線，現在各醫院都反應激烈，表示做不了，而且系統需要修改到很細，多100元要多幾%，非常細，要修改電腦非常非常困難，每個醫院都在反映，請健保署多方考量。</p>	
<p>卓委員俊雄(議事錄 p.67)</p> <p>有關強化健保與商保整合議題，本人持肯定見解，理由如下：</p> <p>一、舉辦研討會係為透過彙整各界意見廣泛討論，如此才能發現真實。因此規劃舉辦相關研討會應屬正確方向。</p> <p>二、至於研議健康存摺是否應呈現商保資料，本人亦表支持。蓋因，如不認真研議，貿然決議對健全健保制度更屬不利。</p>	<p>為提升民眾健康醫療風險管理認知，本署將研議透過研討會方式廣泛蒐集各界意見，作為後續研議本署政策(如健康存摺是否呈現商保資料)規劃之參考。</p>
<p>顏委員鴻順(議事錄 p.52)</p> <p>有關檢驗(查)值上傳，這是李署長伯璋非常在意的議題，個人也非常了解如何打造台灣</p>	<p>一、修訂「全民健康保險憑證製發及存取資料管理辦法」第9條附表一及第10條附表二，將上傳檢驗檢查結果、醫療檢查影像及影像報告</p>

委員意見	健保署說明
<p>健康雲的大架構及概念。李署長伯璋有提到現在朝著修法，將來不上傳不給付的概念，因為這句話在基層引起很多疑慮，我想了解修法從哪一個層次去修法？我實際上有做檢查，也付出服務成本以及做了解釋，若因為沒有上傳就不給付，是怎麼樣的法源依據，大家非常疑慮。</p>	<p>一、出院病歷摘要及全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定應上傳者列為特約醫事機構應辦理事項，該項修訂案業已於111年3月7日完成預告作業，刻正進行公告作業中。</p> <p>二、另本署已於111年3月24日函請相關醫學（協）會，就支付標準1,430項將納入不上傳不給付之項目，在臨床實務上有無窒礙難行的部分提供建議，以利本項業務推動。</p>
<p>何委員語(議事錄 p.59)</p> <p>剛才報告完成預告修訂保險憑證管理辦法，未來不上傳不給付，對於網路上傳獎勵措施每年都在做，未來若達到1個規模，你的法源基礎要很健全，才能不上傳不給付。</p>	
<p>楊委員芸蘋(議事錄 p.67)</p> <p>有關檢驗(查)結果不上傳不給付部分，已於3月7日完成預告現正準備公告，這是未來必行之事，也宣導多年，是否應給與最後緩衝執行最終日期之後，再鐵腕執行，這段時間請醫全會盡全力宣導，也請健保署協助解決困難，請在最終公告日期結束前盡力溝通輔導，以利執行。不至於對資訊未連結通暢前已有付出者造成遺憾與損失，逐漸可達到抑制資源不當耗用政策方案之</p>	

委員意見	健保署說明
<p>項目。</p> <p>劉委員淑瓊(議事錄 p.70)</p> <p>李署長伯璋今日季報告說明將修正(保險憑證管理辦)，提到檢驗(查)未來不上傳就不給付，我們肯定此方向，且應該要同時關注重複檢驗(查)或不必要的檢查，這對於民眾健康及荷包、健保財務都有影響，十分重要。也希望上路之後，能夠將相關規範納入改善方案之管控。</p>	
<p>楊委員芸蘋(議事錄p.67)</p> <p>建議健保署在5月份健保會報告抑制資源不當耗用改善方案管控項目及目標值，看到數據之後，再做討論更可行。</p>	<p>配合委員建議於5月份健保會，提報抑制資源不當耗用改善方案管控項目110年度執行情況，並依後續會議決議辦理。</p>

上次(第3次)委員會議之擬解除追蹤項次2

案由：有關「111年度各部門總額依協定事項需於110年12月底前提本會報告之項目」辦理情形。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄p.130) 請參閱會議資料第133頁，我有3點意見如下：</p> <p>一、協商結果核定，相關監控管控措施即應陸續推出。擬計畫時即應考量，不是邊做邊想。</p> <p>二、健保署應扮演好保險人角色，相關議題可事先與各團體代表溝通討論，但向健保會報告應是保險人的責任！</p> <p>三、請健保署依同仁研析意見加強落實所訂定之相關管控措施，並於111年7月提供初步執行結果。</p>	<p>有關「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」推動策略及管控措施，說明如下：</p> <p>一、本方案新增牙醫支付標準P7301C「高齲齒率患者氟化物治療」(500點)，公告自111年3月1日生效，本署將按季監測申報量並於牙醫總額研商議事會議報告。</p> <p>二、將於研商會議中，和中華民國牙醫師公會全國聯合會檢討執行情形，並於111年7月提供貴會初步執行結果。</p>

上次(第3次)委員會議之繼續追蹤項次1

案由：本會重要業務報告。

委員意見	健保署說明
李委員永振(議事錄 p.72) <p>依照本會工作計畫，4月份委員會議將安排112年度總額範圍報行政院前之諮詢、110年度全民健保年終決算報告、112年度全民健保預算備查案等議案，我建議社保司及健保署提早準備，回顧去年6月討論相關議案時，委員們提出很多很好的意見，是否先整理一下，到底過去委員提出的那些建議處理怎麼樣了，不然每年諮詢、諮詢完送行政院，行政院附帶決議下來又不見了，可行與否應該明確的告訴委員，這樣以後我們就不要再重複提，或是目前做不到也沒關係，就明確承認，我們就不再講了。另外請健保署就預決算備查案之處理，說明是否跟往年有不一樣的地方，列示出來給委員參考，這樣討論可能比較快，不然看半天看不懂，問半天也沒有結果，這樣不好。</p>	<p>有關本署112年度預算案、110年度決算之編列基準，是否與以往年度不一樣一節，說明如下：</p> <p>一、全民健康保險基金附屬單位預算及決算之編製，悉分別依行政院訂定之各該年度附屬單位預算編製辦法及附屬單位決算編製要點之規定辦理，其112年度預算與110年度決算之編列基準跟往年大抵相同，茲摘述如下：</p> <p>(一)112年度預算案：</p> <ol style="list-style-type: none">保費收入：「一般保險費」及「補充保險費」，因行政院每年年底核定次年保險費率，爰3月編列次年度預算時，僅能依當(111)年度保險費費率5.17%及2.11%，與當時之平均投保金額估算編列。保險給付之估算公式=醫療費用總額-部分負擔-代辦部分負擔-代位求償費用-菸品健康福利捐挹注罕見疾病用藥費用-辦理提升保險服務成效經費。 因每年11-12月間始能確定次年度醫療費用總額協商成長率，爰3月編列次年度預算時，僅能依當(111)年度已協定總額成長率3.32%估算。 <p>(二)110年度決算：</p> <ol style="list-style-type: none">保費收入：「一般保險費」及「補充保險費」係依當(110)年度實際保險費率5.17%及2.11%，與被保險人實際投保金額計算開單收入，並據以入帳。保險給付：依已協定醫療費用總額成長率4.107%，按各總額別醫療費用，分配

委員意見	健保署說明
	<p>各分區業務組據以管控執行入帳。</p> <p>(三)至政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算，本署歷來依健保法第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。</p> <p>二、另有關部分委員於110年6月針對109年度決算報告及111年度預算備查案所提意見，主要包括預算決算近3年推估方式、政府應負擔健保總經費法定下限36%差額歷年撥補情形、保險欠費清繳情形、代位求償金額等意見，本署更新年度相關數據如附件二(第62~63頁)。</p>

附件二

有關 110 年 6 月全民健康保險會委員針對年度決算報告及年度預算備查案所提意見 更新資料表

預/決算	委員意見	健保署說明
110 年度 決算/112 年度預算	<p>1. 本案決算、預算所提供之財務數據其假設基礎、計算推估方式與前 3 年所採用者是否相同？</p> <p>2. 有關案中安全準備之計提與政府至少應負擔健保總經費 36% 之計算，請詳列計算過程及依循之法令依據，以讓全体委員清楚瞭解！</p>	<p>預、決算編列原則歷年大抵相同，詳細說明請參閱 附件三(第 64~66 頁)。</p> <p>一、有關安全準備之計提，係依據全民健康保險法第 76 條規定，提列安全準備，其來源如下：</p> <p>(一) 本保險每年度收支之結餘。</p> <p>(二) 本保險之滯納金。</p> <p>(三) 本保險安全準備所運用之收益。</p> <p>(四) 政府已開徵之菸、酒健康福利捐。</p> <p>(五) 依其他法令規定之收入。</p> <p>本保險年度收支發生短绌時，應由本保險安全準備先行填補。</p> <p>計算公式</p> $= \text{保險收支餘純}^{\text{註1}} + \text{保險費滯納金} + \text{安全準備運用收益} + \text{公益彩券分配} + \text{菸品健康福利捐}$ <p>註：</p> <p>$\text{保險收支餘純} = \text{保險費收入} + \text{營運資金利息收入} - \text{利息費用} + \text{投資賸餘} - \text{投資短绌} + \text{雜項業務收入} + \text{其他業務外收入} - \text{保險給付} - \text{呆帳} - \text{業務費用} - \text{其他業務外費用}。$</p> <p>二、關於政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算，本署歷來依健保法第 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，採用之計算式說明如下：</p> <p>政府應負擔健保總經費法定下限 (36%) 差額</p> $= \text{政府應負擔保險總經費}^{\text{註1}} - \text{政府已負擔保險費}^{\text{註2}}。$ <p>註：</p> <p>1. 依健保法第 2 條及第 3 條規定，政</p>

預/決算	委員意見	健保署說明
		<p>府應負擔保險總經費 =[保險經費(=保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入]×36%。</p> <p>2. 依健保法施行細則第45條規定，計算政府每年度負擔本保險之總經費。</p>
110 年度 決算	3.「110 年度全民健康保險基金附屬單位決算」第2~3 頁，在(5) 政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額相關說明中，所列「C、截至 110 年 12 月底，102 年至 110 年度政府應負擔經費合計為 4,823 億元，已付 4,683 億元，待撥付 140 億元，將循預算程序爭取足額編列。」，提供上開 9 個年度政府應負擔是項經費之個別年度金額、撥補入帳時程。	有關 102 年度至 110 年度政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額之撥付情形，詳 附件四(第 67 頁) 。至截至 110 年 12 月底，是項經費待撥付數 140 億元，業於 111 年 1 月全數撥付完畢。
110 年度 決算	4. 決算書第 2 頁提到，截至 110 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費金額 298.5 億元，請問迄今收回多少金額？	截至 110 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費金額 298.5 億元，經本署積極催繳及移送執行，迄至 111 年 3 月底，前開欠費金額收回約 65 億元。
	5. 110 年健保代位求償有多少金額？請分析該年度代位求償案件類型與其金額。	110 年度健保代位獲償金額計約 22.9 億元，主要求償類型為汽車交通事故案件，獲償約 22.9 億元，其餘為食物中毒事件獲償約 35 萬元。

資料時間：111 年 4 月

附件三

有關全民健康保險基金預算、決算財務數據，茲就主要項目之編列原則說明如下：

(一)預決算編列依據及時程

- 1.預算編列：係依據中央政府總預算附屬單位預算編製辦法所規定時程，每年3月編列次年度之概算函報主管機關，後續依主管機關及行政院審核意見修正整編成預算案，並於同年8月底前報送立法院審議。
- 2.決算財務數據：全民健康保險基金屬作業基金，會計基礎依會計法第17條規定，採用權責發生基礎，會計科目係依照行政院主計總處核定之「作業基金採企業會計準則適用科(項)目」辦理，每年均依實際保險費率及已協定醫療費用總額成長率執行產生決算數，嗣經行政院及審計部審核，最終由審計部審定決算。

(二)「保費收入」預算、決算編列原則：

- 1.影響「保費收入」預算因子：

(1)「一般保險費率」及「補充保險費率」：

因行政院尚未核定112年度費率，循例依111年保險費率5.17%及2.11%估算編列。

(2)被保險人第1類至第6類平均投保金額：

依前二年加保資料推估，並考量基本工資之調整，惟因每年約8-9月間勞動部才公布次年之基本工資，爰3月編列次年度概算時，僅能依當時之平均投保金額估算。

(3)保險對象人數及結構，係依前二年加保資料並參考國家發展委員會「中華民國人口推計」之人口成長資料估算。

- 2.保費收入決算數，則依該年度「一般保險費率」、「補充保險費率」之實際費率及被保險人實際投保金額計算開單收入，並據以入帳。

3.彙整近6年保費費率及基本工資預、決算情形：

年度	項目	預算	實際費率(決算)
107	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	21,009 元	22,000 元
108	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	22,000 元	23,100 元
109	一般保費	4.69%	4.69%
	補充保費	1.91%	1.91%
	基本工資	23,100 元	23,800 元
110	一般保費	4.69%	5.17%
	補充保費	1.91%	2.11%
	基本工資	23,800 元	24,000 元

年度	項目	預算	實際費率(決算)
111	一般保費	5.17%	5.17%
	補充保費	2.11%	2.11%
	基本工資	25,250 元	25,250 元
112	一般保費	5.17%	
	補充保費	2.11%	尚未公布
	基本工資	25,250 元	

(三)「保險給付」預算、決算編列原則：

- 1.「保險給付」之估算公式=【醫療費用總額-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸品健康捐挹注罕見疾病之全民健康保險用藥費用-辦理提升保險服務成效所需經費】。
- 2.茲因每年 11~12 月間始能確定次年度醫療費用總額協商成長率，爰 3 月編列次年度概算時，原則僅能依當年度已協定總額成長率估算；另行政院於 6 月核定次年度總額協商高低推估成長率，一旦高或低推估成長率較概算編列之總額協商成長率低，行政院主計總處即要求本署修正預算案。
- 3.「部分負擔、代辦部分負擔」概算數，原則採近年平均成長率編列，每年均微幅成長，惟因 109 年度爆發 COVID-19 疫情，就診人次下降，實際部分負擔、代辦部分負擔較前一年度金額下降，爰 111 年度預算數較 110 年度預算數呈現負成長。
- 4.「代位求償費用」及「辦理提升保險服務成效所需費用」，原則依業務單位推估數及需求數編列。
- 5.「保險給付」決算數：依已協定醫療費用總額範圍內，按各總額別醫療費用，分配各分區業務組據以管控執行入帳。
- 6.近 6 年醫療費用總額協商成長率之預、決算情形：

單位：百分比

年度	概算 (前一年 3 月)	行政院核定高推估 (前一年 6 月)	預算案 (前一年 8 月)	實際協商成長率 (決算)
107	5.642	5	5	4.711
108	4.711	4.5	4.5	4.417
109	4.417	5.5	4.417	5.237
110	4.375	4.5	4.375	4.107
111	4.107	4.4	4.107	3.32
112	3.32	尚未公布	尚未公布	尚未公布

註：110 年度概算成長率未依 109 年協商成長率 5.237% 編列，係因健保安全準備金將低於 1 個月保險給付，爰改依財務組依歷史趨勢推估成長率 4.375% 編列。

(四)「依法分配收入」菸品健康福利捐預算數，係依據國民健康署提供次年度菸品健康福利捐徵收預估金額，並按菸品健康福利捐分配及運作辦法，本署所分配比率計算分配收入，決算數則依實際徵收分配金額入帳。

(五)「呆帳」預決算，係依「保險費、滯納金與醫療費用之應收及催收款項期末餘額，減除其中政府補助及已收尚未銷帳之應收保費後之餘額，按帳齡分析法計算期末應提列之備抵呆帳金額」扣除上期備抵呆帳餘額計算提列金額。

附件四

102 年度至 110 年度政府應負擔健保總經費法定下限(36%)差額之撥付情形表

單位：億元

年度	應負擔金額	已撥付金額	待撥付金額	撥補時程說明
102	429.99	429.99	0	1. 依全民健康保險法施行細則第 50 條規定，政府各機關應負擔或補助之保險費，應於每年 1 月底及 7 月底前預撥，並按年結算，有撥付不足者，保險人應於 12 月底前，送請各機關於次年 1 月底前撥付。 2. 另有關截至 110 年 12 月底，是項經費待撥付數 140 億元，業依上開規定於 111 年 1 月全數撥付完畢。
103	509.92	509.92	0	
104	533.27	533.27	0	
105	429.64	429.64	0	
106	484.60	484.60	0	
107	524.30	524.30	0	
108	575.29	575.29	0	
109	596.26	596.26	0	
110	740.20	740.20	0	

註：

- 110 年度應負擔金額為自編決算數。
2. 表列為統計截止至 111 年 2 月 28 日資料。

製表日期：111/04/06

製表單位：健保署

討論事項

提案單位：中央健康保險署

案由：有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案，提請討論。

說明：

一、依衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 110 年第 5 次委員會議決定，有關 111 年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配中，「代謝症候群防治計畫」專款預算為 308 百萬元，協定事項為擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。

二、本署於 111 年 3 月 3 日「全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 111 年第 1 次研商議事會議決議」，暨 111 年 3 月 10 日「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 111 年第 1 次會議」通過本計畫，惟 111 年 3 月 21 日衛生福利部討論會議指示計畫內容尚須調整，後續於 111 年 3 月 30 日「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 111 年第 1 次臨時會議」通過修正本計畫，計畫內容重點摘要如下(計畫草案如附件，第 78~98 頁)：

(一)參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所，具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程。

(二)收案條件：20 歲至 64 歲符合代謝症候群指標任 3 項者，每一診所收案人數上限為 100 名，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

(三)服務內容及支付標準：

1.收案評估費(900 點)：含向個案解釋並確實告知收案、個案

資料建檔、代謝症候群相關檢驗檢查、訂定照護目標及策略並交付衛教指引予個案，同一個案同一院所僅得申報 1 次。

2.追蹤管理費(200 點)：定期追蹤代謝症候群改善情形、未達標準值之檢驗檢查項目(至少 1 次)，提供個案其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)衛教指導或協助轉介戒除服務，每年度最多申報 3 次，每次間隔至少 12 週。

3.年度評估費(500 點)：依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略並建檔，與追蹤管理費間隔至少 12 週，每年度限申報 1 次。

4.獎勵費：

(1)診所品質獎勵(指標得分排序前 25%，10,000 點/診所；指標得分排序大於 25% 至 50%，5,000 點/診所)：收案人數至少 30 名，且年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ 之診所，依品質指標得分排序核付獎勵費。

(2)新發現個案獎勵(150 點/個案)：新發現 40 歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，同一個案僅得獎勵 1 次。

(3)照顧個案進步獎勵(500 點/個案)：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任三指標達計畫所訂條件者(其中飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇三項指標，係收案時，醫師依病況與病人共同訂定個人目標值)，同一個案僅得獎勵 1 次。

(4)實際提供戒菸治療服務(500 元/醫師)：醫師參與戒菸治療服務訓練取得證書，且與國民健康署簽訂戒菸服務補助合約者，或已取得前開資格且首次執行戒菸服務者，本項費用由國民健康署支應。

(5)戒檳服務獎勵費(100 元/每個案每次，每個案上限 3 次)：收案評估、追蹤管理及年度評估時，每次評估個案戒檳

動機、勸導戒檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導紀錄並上傳資料者，本項費用由國民健康署支應。

(四)評核指標：

- 1.代謝症候群改善率(合計 70 分)(含腰圍、糖化血紅素、血壓、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇及戒菸等指標改善情形)。
- 2.個案完整照護達成率(15 分)。
- 3.介入成效率(15 分)。

(五)退場機制：

- 1.未依所提計畫提供個案管理服務、或有待改善事項，經保險人 2 次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達 3 次者，自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 2.涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事，自保險人第一次發函所載停、終約日起(含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩處分者)，退出本計畫。
- 3.惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供的本計畫服務之成效，另予考量。

三、本計畫「執行目標」及「預期效益之評估指標」如下：

- (一)執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。
- (二)預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。

擬辦：本案依程序於貴會通過後，報衛生福利部核定公告實施。

健保署業務窗口：呂姿暉科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2650

.....

本會補充說明：

一、本案依決定事項，需提本會同意後執行。

111 年度西醫基層總額專款項目「代謝症候群防治計畫」(111 年新增計畫)之決定事項如下：

(一)全年經費 308 百萬元。

(二)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體辦理下列事項：

1.研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並於衛福部核定後，提報全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。

2.擬訂具體實施方案(內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用，惟不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費)，於提報全民健康保險會同意後執行。

二、經檢視比較 111 年度總額決定事項與健保署所報之計畫內容後，本會研析如下：

(一)有關研修「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並提報本會確認：

1.健保署提出如下：

(1)執行目標：提供 10 萬名代謝症候群個案疾病危險因子管理服務。

(2)預期效益之評估指標：辦理代謝症候群個案完整照護達成率 30%。

2.本會研析意見提供委員參閱，併提請確認：

(1)110 年 9 月協商時，對照護人數之規劃，健保署、付費者為 38.5 萬人，醫界為 20 萬人(詳如下表)。考量國人罹患代謝症候群之人數眾多，宜增加照護人數，以提升健保給付效益造福更多民眾。

(2)考量本計畫為新增計畫且本年度計畫執行期間約剩 8 個

月，爰建議尊重健保署所提之 111 年「執行目標」及「預期效益之評估指標」，至於下年度計畫應適度增加照護人數。

項目	110.9.23 健保會總額協商會議		
	健保署建議草案	協商結果兩案併陳	
		付費者方案	醫界方案
預算	5.39 億元	3.08 億元	
照護人數	38.5 萬人		20 萬人
每人/年 支付費用	1,400 元/人/年 (38.5 萬人*1,400 元/人=5.39 億元)	800 元/人/年 (38.5 萬人*800 元/ 人=3.08 億元)	推估 1,540 元/人/年 (20 萬人*1,540 元/ 人=3.08 億元)

(二)有關「不得與家庭醫師整合性照護計畫及其他醫療給付改善方案重複領取個案管理費」：

符合決定事項之要求(相關規定如附件之灰底處：第柒點之一收案條件、第玖點之二追蹤管理費)。

(三)有關「計畫內容應包含結果面品質指標，並依執行績效支付費用」：

1.彙整本計畫(草案)及家醫計畫之支付費用方式比較如下表：

	代謝症候群防治計畫(草案)	家醫計畫
每人/年 支付費用	<p>1.評估及管理費 2,000 點/人/年</p> <p>(1)收案評估費 900 點(含檢驗檢查項目 640 點)。</p> <p>(2)追蹤管理費 200 點/次，每年最多申報 3 次計 600 點。</p> <p>(3)年度評估費 500 點(檢驗由一般服務支應)。</p>	<p>1.個案管理費 250 元/人/年</p> <p>若個案預估醫療費用 (VC)- 實際費用 (AE) 為負值，且評核指標 < 65 分，僅支付 50%。</p>
	<p>2.獎勵費</p> <p>(1)個案獎勵：</p> <p>①新發現個案：新發現 40 歲以下個案具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，獎勵 150 點/人。</p> <p>②個案進步獎勵：年度評估時，「未達標準」之代謝症候</p>	<p>2.績效獎勵費 550 點/人/年</p> <p>(1)品質提升費用 275 點/人/年：</p> <p>依 26 項評核指標達成情形分 5 級支付，<65 分不支付。</p> <p>(2)健康管理成效鼓勵費用 275 點/人/年：</p> <p>依個案預估醫療費用</p>

	代謝症候群防治計畫(草案)	家醫計畫
	<p>群指標有任三項達以下條件，獎勵 500 點/人。</p> <p>--腰圍：減少 3% 以上。</p> <p>--飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇：<u>收案時，醫師依病況與病人共同訂定目標值。</u></p> <p>--血壓：收縮壓 130 mmHg 以下/舒張壓 85mmHg 以下。</p> <p>(2) 診所獎勵：</p> <p>①至少收案 30 名，及年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$，依評核指標得分排序，前 25%、25%~50% 診所分別獎勵 10,000、5,000 點/診所/年。</p> <p>②評核指標：</p> <p>--代謝症候群改善率：依收案個案 6 項指標之改善情形計分。(70 分)</p> <p>--個案完整照護達成率 $\geq 30\%$。(15 分) (定義：診所申報年度評估費人數/診所收案個案人數)</p> <p>--介入成效率 $\geq 30\%$。(15 分) (定義：任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數/診所收案個案人數)</p>	<p>(VC)-實際費用(AE)之差額撥付，以 275 點為上限。</p>

2.就健保署所送計畫內容研析如下：

(1)單價及項目部分：

本計畫之每人費用，較家醫計畫之單價高，且多數經費用於評估及檢驗、檢查。

(2)診所獎勵誘因不足：

相較於評估及檢驗、檢查費用，依執行績效支付費用部分較少(註)，尤其是診所獎勵，雖訂有 8 項反映院所執行績效之評核指標，但績優院所每年僅獲得 5,000 到 10,000

點獎勵，對院所投入個案健康行為養成及改善健康狀況努力之獎勵誘因相對不足。

(註：試算若診所收案 100 名，每年支付「評估及管理費」16~20 萬點，但符合評估指標之「診所獎勵」僅支付 1 萬點，另「新發現個案」及「個案進步獎勵費」以收案數 5 成估算，僅支付 3.25 萬點 [(150 點+500 點)*100 人*50%=32,500 點])

(3)個案進步獎勵宜訂定規範：

- ①「個案進步獎勵費」之達成條件中，飯前血糖、三酸甘油脂、低密度脂蛋白膽固醇係由醫師依病況與病人共同訂定目標值。惟採病人個人客製化目標，院所間目標設定寬鬆程度恐不一致，且不易評估後續整體成效提升情形，建議宜訂定內部參考之目標設定指引(如：依病況與正常值之差距，設定不同區間的目標值)，以鼓勵病患達成目標，並讓醫師有遵循方向。
- ②本計畫旨在透過早期介入以改變病患生活型態，達到預防及延緩慢性病發生之目的，若病患係因使用藥物而達成目標，則受限為服用藥物之效果，無法符合本計畫目的。建議年度評估時將病患參與本計畫前後之用藥紀錄納入考量，並檢討、審酌獎勵費之合理性。

三、本案整體建議如下：

- (一)考量本計畫屬衛生福利部全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫之一，宜儘速推動，爰建議先予通過。
- (二)後續應滾動式檢討計畫執行內容，朝改善病患行為及健康習慣養成之方向努力，加強依執行績效支付費用之誘因。另請健保署於實施 1 年後，向本會提出專案報告。

決議：

全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫(草案)

○○○年○月○日健保醫字第○○○○○○○○○○號公告修正

壹、計畫依據

全民健康保險會(以下稱健保會)協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

貳、計畫說明

代謝症候群被認為與腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓等慢性疾病的併發症密切相關，將比一般族群增加 6 倍糖尿病風險、4 倍高血壓風險、3 倍高血脂風險、2 倍腦中風及心臟病風險。

代謝症候群與飲食、生活習慣息息相關，若能積極導正，就可免於心血管疾病的威脅。預防代謝症候群最好的方法就是改變生活型態，如規律的生活作息、健康飲食、規律運動等；不吸菸或適量使用酒精；多攝取高纖、低油、低鹽與低糖的食品，藉此達到減重及減腰圍等，減少罹患慢性疾病為主要目標。

如能針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現代謝症候群患者，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群者改變飲食及生活型態，就可進一步預防或延緩慢性病之發生，以達有效慢性病之防治。

透過推行本計畫，結合疾病前期之危險因子防治，藉由醫療人

員指導增進病人自我健康管理識能，期能實達慢性病防治之目的，減輕後續健保醫療資源負擔並提升給付效率。

參、計畫目的

- 一、藉由衛教及個案追蹤管理方式，提升代謝症候群患者自我健康照護。
- 二、以民眾健康為導向，透過罹病前期介入，改變生活型態及壓力調適，進而降低罹患慢性病之風險。
- 三、透過醫療人員指導，增進病人自我疾病管理識能，奠定自身疾病由病人與醫師共同管理責任之基礎。
- 四、強化代謝症候群個案篩檢後之介入與個案管理措施，減少國人由疾病初期發展為慢性病病人。
- 五、防治慢性病危險因子，由根本降低國人罹患慢性病風險。

肆、經費來源

全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額中「代謝症候群防治計畫」專款項目。

伍、計畫施行期間

自公告日起實施至當年底。

陸、參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求

- 一、有申辦成人預防保健服務之本保險特約西醫診所。
- 二、具有家醫科、內科專科醫師、有申辦成健或糖尿病共同照護網認證之醫師資格者免參與本計畫訓練課程，中華民國

醫師公會全國聯合會、台灣內科醫學會及台灣家庭醫學醫學會可辦理教育訓練課程提供有需要者(核心課程如附件1)。完成4小時教育訓練課程時數，並取得訓練認證。若於年度內未取得訓練認證之醫師，須退出本計畫，保險人將不予以支付該醫師當年度之相關費用。

三、參與本計畫之特約西醫診所或醫師參與計畫之日起前2年內，不得有全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(以下稱特管辦法)第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者）；終止特約者亦同。前述違規期間之認定，以保險人第一次處分函所載停約或終止特約日起算。惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供的本計畫服務之成效，另予考量。

四、符合前述各項資格之特約西醫診所，向保險人分區業務組提出參與計畫申請書(附件2)。經保險人分區業務組資格審核同意後，自保險人分區業務組核定日始參與本計畫。

七、收案條件與服務內容、結案條件

一、收案條件：

(一) 年齡為20~64歲之保險對象，符合下列代謝症候群指標任三項者：

1. 腰圍：男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分或身體質量指數 $(\text{kg}/\text{m}^2)\text{BMI} \geq 27$ 。

2. 飯前血糖值(AC)： $\geq 100\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
3. 血壓值：收縮壓 $\geq 130\text{mmHg}$ ，舒張壓 $\geq 85\text{mmHg}$ ，或已使用藥物治療。
4. 三酸甘油脂值(TG)： $\geq 150\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。
5. 高密度脂蛋白膽固醇值(HDL)：男性 $<40\text{mg/dl}$ ，女性 $<50\text{mg/dl}$ ，或已使用藥物治療。

(二) 本計畫收案期限自公告日起至10月底止。

(三) 每一診所收案人數上限為100名。收案名單須登錄於健保資訊網服務系統(VPN)查詢，不得為全民健康保險各醫療給付改善方案收案名單或與其他特約醫事服務機構重複收案。

二、服務內容

(一) 收案評估

1. 參與本計畫之特約西醫診所應向代謝症候群患者解釋本計畫內容，並確實告知患者收案。
2. 代謝症候群患者之相關資料管理(附件3)：
 - (1) 包含基本資料、生活習慣及相關檢測資料(含代謝症候群指標)。
 - (2) 依不同狀況收案個案情況，擬定流程完整的照護目標及策略，個案管理資訊化、衛教資料齊全且

定期更新，注重個案評估及追蹤，並定期對收案個案舉辦相關課程。

(3) 依收案個案評估情形，交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引(附件4)，含營養諮詢、健康諮詢、血壓自我管理(722紀錄，參考附件5)等，予收案個案進行自我管理。

(二) 追蹤管理：

1. 定期追蹤收案個案之代謝症候群五大指標之改善情形，提供持續性的電話諮商或訪視追蹤管理、協助進行個案健康評估、聯繫及協調照護計畫、規劃個案健康管理與疾病預防衛教(如其他預防保健項目、四癌篩檢之重要性等)。以使收案個案認知進步，照護行為及代謝控制也能獲得顯著的改善。
2. 個案於收案評估時，未達標準值之檢驗檢查項目，應至少追蹤1次。
3. 如個案合併有其他慢性病危險因子(如菸、酒、檳榔)，得併提供個案衛教指導或協助轉介衛生福利部國民健康署合約戒菸機構或戒檳服務醫院執行戒除服務(參考資料：衛生福利部國民健康署健康九九網站 <https://health99.hpa.gov.tw/>)。
4. 依個案管理情形資料建檔(附件3)。

(三) 年度評估：

1. 依收案個案代謝症候群五大指標之改善情形，擬定次年度照護目標及策略。

2. 依個案年度評估結果資料建檔(附件3)。

(四) 結案條件(符合以下任一條件者可結案，同一院所同一收案對象經結案後1年內不得再收案)

1. 個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者。

2. 病情變化無法繼續接受本計畫之照護者。

3. 個案拒絕或失聯 ≥ 3 個月。

4. 個案死亡。

(五) 管理登錄個案

1. 將代謝症候群患者之相關資料上傳至健保資訊網服務系統 VPN(同附件3)。

2. 參與本計畫之特約西醫診所未依保險人規定完整登錄相關資訊，或經保險人審查發現登載不實者，保險人不予支付相關費用，並依相關規定辦理。

3. 參與本計畫之特約西醫診所應依個人資料保護法之規定，保險對象個人資料應予保密。

捌、評核指標

參與本計畫之特約西醫診所，依下列指標達成情形，核發獎勵費用。

一、代謝症候群改善率(70分)

- (一) 診所收案個案之腰圍(男性 ≥ 90 公分，女性 ≥ 80 公分)
減少3公分以上或身體質量指數 BMI(≥ 27)，下降1以上，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (二) 診所收案個案之糖化血紅素，原 $>7.5\%$ 下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (三) 診所收案個案之血壓，收縮壓140mmHg 以上降至130mmHg 以下，及舒張壓90mmHg 以上降至80mmHg 以下(得以722紀錄之血壓為原則，722紀錄須附存病歷)，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (四) 診所收案個案之三酸甘油脂，原200mg/dl 以上降到150mg/dl 以下，且人數 ≥ 5 人以上，得10分。
- (五) 診所收案個案之低密度脂蛋白膽固醇，原130mg/dl 以上下降10%，且人數 ≥ 5 人以上，得15分。
- (六) 診所收案之吸菸個案經醫療人員用藥或衛教指導後，期末自訴未再吸菸者，或受轉介戒菸服務個案經戒菸服務醫事機構評估為戒菸成功者(於3個月或6個月戒菸結果追蹤7天內無吸菸者)，且人數 ≥ 5 人以上，得10分(戒菸服務及費用，仍由國民健康署補助計畫支應)。
- (七) 執行方式：由收案診所於當年度收案時同時上傳風險控制項目及檢驗值(前測)，並於12月底前上傳再次檢驗結果(後測)，超過繳交期限者，檢測值以缺失計

算。

二、個案完整照護達成率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：診所申報年度評估費人數

(二) 分母：診所收案個案人數

三、介入成效率 $\geq 30\%$ (15分)

(一) 分子：個案經收案照護後，任何一項代謝症候群指標已達標並已不符代謝症候群患者人數。

(二) 分母：診所收案個案人數

玖、給付項目及支付標準：

一、收案評估費：

(一) 每人支付900點(支付代碼 P7501C)，同一個案同一院所僅得申報一次，代謝症候群相關之檢查檢驗項目(三酸甘油脂120點、低密度脂蛋白膽固醇250點、糖化血紅素200點、總膽固醇70點)費用已包含於本項所訂點數。

(二) 完成收案評估且收案後，才得申請本項費用。

二、追蹤管理費

(一) 每人支付200點(支付代碼 P7502C)，追蹤管理項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二) 申報收案評估費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報3次，每次間隔至少12週。

(三) 同一個案於全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫收案者，不得重複支付該計畫個案管理費及本項費用為原則。

三、年度評估費：

(一) 每人支付500點(支付代碼 P7503C)，年度評估項目詳本計畫第二項服務內容，除檢驗檢查項目由西醫基層總額一般服務預算支應外，其餘費用已內含於本項所訂點數內。

(二) 申報追蹤管理費後至少須間隔12週才能申報本項費用，每年度最多申報1次。

(三) 結案原因為失聯、死亡或拒絕收案者，不得申報本項費用。

四、獎勵費：

(一) 參與計畫診所於計畫內至少收案30名，及年度檢驗檢查上傳率 $\geq 50\%$ ，診所品質指標得分排序前25%之診所，核付獎勵費10,000點；品質指標得分排序大於25%至50%之診所，核付獎勵費5,000點。

(二) 因本計畫收案評估而新發現40歲以下保險對象具腦血管疾病、心臟病、糖尿病、高血壓、高血脂，且開始追蹤治療者，每個案獎勵150點，同一個案僅得獎勵

一次。

1. 新發現定義：保險對象於收案評估前2年，於該收案診所門診就醫紀錄之主次診斷未申報前述疾病之國際疾病分類代碼。

2. 本項費用以診所為單位，每年撥付1次；由保險人分區業務組於年度結束，經審查通過後一個月內撥付費用。相關之必要欄位需填寫完整，填寫不實或資料欄位以符號取代文字者，則核扣該筆獎勵金。

(三) 照顧個案進步獎勵：個案於收案評估檢測「未達標準」之代謝症候群指標，於年度評估時，任三指標達下列條件者，每一個案獎勵500點，同一個案僅得獎勵1次：

1. 腰圍：減少3%以上。

2. 飯前血糖：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

3. 血壓：收縮壓降至130mmHg 以下，舒張壓降至85mmHg 以下。

4. 三酸甘油脂：達成收案時「代謝症候群疾病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之飯前血糖個人目標值。

5. 低密度脂蛋白膽固醇：達成收案時「代謝症候群疾

病管理紀錄表」中，醫師依病況與病人共同訂定之
飯前血糖個人目標值。

- (四) 參與本計畫之特約西醫診所，且與國民健康署簽訂
戒菸服務補助計畫契約，機構內醫師完成國民健康
署認可之戒菸服務訓練課程，取得學分認證，具有
有效期內之戒菸服務資格，且首次提供戒菸服務之醫
師(即不曾向國民健康署申請戒菸服務補助費用之醫
師)，每位醫師獎勵500元(本項獎勵經費由國民健康
署支應)。
- (五) 參與本計畫之特約西醫診所，於收案評估、追蹤管
理及年度評估時，每次評估個案戒檳動機、勸導戒
檳、設定戒檳目標、強化戒檳動機、填報戒檳指導
紀錄並上傳資料者，每位個案每次評估提供獎勵100
元(每個案300元為上限，本項獎勵經費由國民健康
署支應)。

二、當次個案追蹤管理，如未提供其他各項醫療服務、藥物費
用，不得依「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標
準」、「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」規定申
報，亦不得向收案個案收取部分負擔費用。

三、點值結算方式：

本計畫收案評估費、追蹤管理費、年度評估費及獎勵費
採浮動點值計算，每點支付金額不高於1元；當季預算如有

結餘，則流用至下季。若全年經費尚有結餘，則進行全年結算，惟每點支付金額不高於1元。

壹拾、計畫管理機制

- 一、保險人負責本計畫之研訂與修正。
- 二、保險人分區業務組負責審核醫事服務機構之參與資格、核定及輔導轄區醫事服務機構執行計畫。

壹拾壹、退場機制

- 一、參與本計畫之特約西醫診所，未依所提計畫提供個案管理服務、或參與本計畫有待改善事項，經保險人2次通知限期改善而未改善者、或一年內因相同事由經保險人通知限期改善累計達3次者，應自保險人通知終止執行本計畫日起退出本計畫。
- 二、參與本計畫之特約西醫診所如涉及特管辦法第三十八至四十條所列違規情事之一，且經保險人處分者（含行政救濟程序進行中尚未執行或申請暫緩執行處分者），應自保險人第一次處分函所載停約日起退出執行本計畫，惟為保障保險對象就醫權益，如有特殊情形得視違規情節及醫療院所提供本計畫服務之成效，另予考量。
- 三、特約西醫診所如經保險人分區業務組審查不符合參與資格或應終止參與資格，得於通知送達日起30日內，以書面向保險人分區業務組申請複核，但以一次為限。

壹拾貳、計畫修訂程序

本計畫視需要檢討，由保險人邀集醫療專業團體、主管機關等單位共同修訂後，屬給付項目及支付標準之修正，依全民健康保險法第四十一條第一項程序報請主管機關核定後公告實施，餘屬執行面規定之修正，由保險人逕行修正公告；並送健保會備查。

【附件 1】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫教育訓練課程

課程名稱	學分數
代謝症候群之篩檢與診斷？	1
－台灣代謝症候群流行病學與防治	
代謝症候群防治計畫執行介紹	1
代謝症候群防治之危險因子管理	1
代謝症候群防治之飲食管理及指導病 人技巧	1

【附件 2】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫申請表

診所申請類別：新增 變更(變更者另檢附變更事項前後對照表)

基本資料	診所名稱		診所醫事機構代碼	
	計畫聯絡人姓名		計畫聯絡人電話：	
	計畫聯絡人 e-mail			
審核項目	項目	審查結果		備註
	成人預防保健服務	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	參與本計畫相關醫事人員資料表	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
	認證書面資料影本	<input type="checkbox"/> 符合 <input type="checkbox"/> 未符合 <input type="checkbox"/> 其他		
保險 醫 事 服 務 機 構	機構 章戳	保險 人審 核意 見欄	1 <input type="checkbox"/> 審核通過 2 <input type="checkbox"/> 不符合規定 3 <input type="checkbox"/> 資料不全，請補齊 4 <input type="checkbox"/> 其他 日期章戳：	
	申請日期： 年 月 日			

本欄由審查單位填寫

【附件 3】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫收案個案 資料建檔欄位

一、新收案，必須登錄欄位：

- (一) 新收案日期(YYY/MM/DD)
- (二) 收案診所：醫事機構代碼、醫師 ID、醫師姓名
- (三) 個案基本資料：個案身分證號、姓名、性別、出生日期
- (四) 危險因子：
 - 1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上
 - 2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)
- (五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他
- (六) 檢查數據：檢查日期(YYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油脂值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)、低密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、糖化血紅素(%)、總膽固醇值(mg/dl)
- (七) 慢性疾病風險值：冠心病(%;1.高、2.中、3.低)、糖尿病(%;1.高、2.中、3.低)、高血壓(%;1.高、2.中、3.低)、腦中風(%;1.高、2.中、3.低)、心血管不良事件(%;1.高、2.中、3.低)
- (八) 疾病管理指引：
 - 1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介
 - 2. 戒檳：
 - (1) 不適用
 - (2) 戒檳指導：
 - A. 嚼檳史：(嚼檳 年；近 6 個月 1.<1 顆、2. \leq 10 顆、3.>10 顆)
 - B. 嚼檳原因：1.社交、2.提神、3.想嚼

C. 指導項目：1.評估戒檳意願、2.說明嚼檳對身體影響、3.設定戒檳目標、4.安排口腔黏膜檢查

3. 注意飲食熱量：

- (1) 不適用
- (2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值 _____大卡/天
- (3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、6.其他

4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)_____ (請填運動項目)

5. 想達成的

- (1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍 _____ 公分
- (2) 體重：1.不適用、2.體重 _____ 公斤

6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：

- (1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值： _____ mg/dl
- (2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值： _____ mg/d
- (3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值： _____ mg/dl

二、追蹤管理(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 追蹤管理日期(YYY/MM/DD)

(二) 追蹤方式：1.電話諮詢、2.訪視

(三) 追蹤項目：1.營養諮詢、2.運動計畫、3. 營養諮詢及運動計畫

(四) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4. 平均一天約吸一包菸以上

2. 戒檳：

- (1) 不適用

(2) 戒檳指導：

A. 近 6 個月：1.0 顆、2.<1 顆、3.≤10 顆、4.>10 顆

B. 指導項目：1.強化戒檳動機、2.提供戒檳技巧、3.支持行為改變

(五) 伴隨疾病：1.無、2.糖尿病、3.高血壓、4.心臟血管疾病、5.高血脂症、6.腎臟病、9.其他

(六) 檢查數據：檢查日期(YYYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

三、年度評估/結案(收案診所、個案基本資料、登錄次數等欄位會自動帶出)，必須登錄欄位：

(一) 年度評估/結案日期(YYYY/MM/DD)

(二) 危險因子：

1. 抽煙：1.無、2.偶爾交際應酬、3.平均一天約吸一包菸(含以下)、4.平均一天約吸一包菸以上

2. 檳榔：1.無、2.偶爾交際應酬、3.經常嚼或習慣在嚼(平均>1 顆/天)

(三) 伴隨疾病：1.無；2.糖尿病；3.高血壓；4.心臟血管疾病；5.高血脂症；9.其他

(四) 檢查數據：檢查日期(YYYY/MM/DD)、身高(cm)、體重(kg)、腰圍(cm)、飯前血糖值(mg/dl)、收縮壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、舒張壓(mmHg)(若為 722 血壓請附註，並登錄最高數值的一次)、三酸甘油脂值(mg/dl)、高密度脂蛋白膽固醇值(mg/dl)、身體質量指數 BMI (kg/m²)，及收案評估未達標準之檢驗檢查項目

(五) 結案原因：1.個案經介入管理後，經個案管理評估已非代謝症候群患者、2.病情變化無法繼續接受本計畫之照護者、3.個案拒絕或失聯≥3 個月、4.個案死亡、5.年度評估(尚未結案)

(六) 疾病管理指引：

1. 戒菸：1.不適用、2.戒菸指導、3.戒菸服務、4.同意轉介

2. 戒檳：

(1) 不適用

(2) 戒檳指導：

A. 嚼檳史：(嚼檳 年；近 6 個月 1.<1 顆、2.≤10 顆、3.>10 顆)

B. 嚼檳原因：1.社交、2.提神、3.想嚼

C. 指導項目：1.評估戒檳意願、2.說明嚼檳對身體影響、3.設定戒檳目標、4.安排口腔黏膜檢查

3. 注意飲食熱量：

(1) 不適用

(2) 減少熱量：1.不適用、2.目標值_____大卡/天

(3) 減少項目：1.不適用、2.油炸物、3.甜食、4.鹽、5.含糖飲料、6.其他

4. 規律運動：1.不適用、2.目標值(每週 5 天,每次 30 分鐘中等費力運動)_____ (請填運動項目)

5. 想達成的

(1) 腰圍：1.不適用、2.腰圍_____ 公分

(2) 體重：1.不適用、2.體重_____ 公斤

6. 722 血壓量測指導：1.無、2.有

7. 其他叮嚀：

(1) 飯前血糖：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/dl

(2) 三酸甘油脂：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/d

(3) 低密度脂蛋白膽固醇：1.不適用、2.個人目標值：_____ mg/dl

備註：

參與方案之醫師需透過醫事服務機構行文至保險人分區業務申請，待保險人分區業務組核准後，始能登入健保資訊網服務系統(VPN)傳輸個案資料。

- 一、 醫師進入保險人資訊網服務系統網頁後登入試辦方案登錄系統後，可以點選個案管理選項，進行個案資料之登錄、維護及查詢事項。
- 二、 保險人分區業務組需確實將參與診所名單登錄於 HMA 系統。
- 三、 診所需請資訊廠商修改其自行維護的畫面，並將個案資料以批次經本系統上傳至健保資訊網服務系統(VPN)。

【附件4】全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫疾病管理紀錄表
(交付收案個案)

代謝症候群疾病管理紀錄表

病人姓名	<input type="checkbox"/> 收案評估/ <input type="checkbox"/> 年度評估	年	月	日
基本資料與生活習慣				
1. 身高：_____公分	項目	得到慢性病的風險(僅需收案評估時上傳)		
2. 體重：_____公斤	冠心病	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低
3. 運動： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常(每週3次，1次30分鐘)	糖尿病	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低
4. 抽菸： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	高血壓	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低
5. 檳榔： <input type="checkbox"/> 1. 無 <input type="checkbox"/> 2. 偶爾 <input type="checkbox"/> 3. 經常	腦中風	<input type="checkbox"/> 高	<input type="checkbox"/> 中	<input type="checkbox"/> 低
心血管不良事件				
代謝症候群五大指標(參考值)				
<input type="checkbox"/> 腰圍：_____公分	(男性 \geq 90公分，女性 \geq 80公分)			
<input type="checkbox"/> 飯前血糖值：_____mg/dl	(\geq 100mg/dl)			
<input type="checkbox"/> 血壓：收縮壓_____mmHg、舒張壓_____mmHg	(收縮壓 \geq 130mmHg，舒張壓 \geq 85mmHg)			
<input type="checkbox"/> 三酸甘油脂值：_____40mg/dl	(\geq 150mg/dl)			
<input type="checkbox"/> 高密度脂蛋白膽固醇值：_____40mg/dl	(男性 $<$ 40mg/dl，女性 $<$ 50mg/dl)			
<input type="checkbox"/> 身體質量指數(kg/m ²)BMI：_____(\geq 27)				
疾病管理指引(醫師對病人說明治療用藥外，亦須改善危險因子的重要性)				
<input type="checkbox"/> 戒菸(>10支/日或尼古丁成癮度>4分可轉介)				
<input type="checkbox"/> 戒菸指導 <input type="checkbox"/> 戒菸服務 <input type="checkbox"/> 同意轉介戒菸醫院/診所				
<input type="checkbox"/> 戒檳(嚼過好幾次且6個內有嚼檳榔)				
<input type="checkbox"/> 戒檳指導				
<input type="checkbox"/> 注意飲食熱量，目標值_____大卡/天				
盡量減少 <input type="checkbox"/> 油炸物 <input type="checkbox"/> 甜食 <input type="checkbox"/> 鹽 <input type="checkbox"/> 含糖飲料 <input type="checkbox"/> 其他(_____)				
<input type="checkbox"/> 規律運動，目標值：每週5天，每次30分鐘中等費力運動				
<input type="checkbox"/> 想達成的腰圍及體重：腰圍_____公分、體重_____公斤				
<input type="checkbox"/> 量血壓：指導722量測				
<input type="checkbox"/> 其他叮嚀：飯前血糖個人目標值：_____mg/dl				
<input type="checkbox"/> 三酸甘油脂個人目標值：_____mg/dl				
<input type="checkbox"/> 低密度脂蛋白膽固醇個人目標值：_____mg/dl				

診所，建議回診日期

年 月 日

※本表請參照國民健康署提供之「代謝症候群管理計畫照護流程與指導手冊」執行。

【附件5】血壓「722紀錄」

血壓「722 紀錄」

※正確測量血壓7-2-2(請-量-量)

1. 量血壓前30分鐘，勿抽菸、勿喝含咖啡因或酒精飲料。

2. 建議：

(1)回診前，量測血壓7天。

(2)每天早晚量2次：起床1小時內的吃飯及吃藥前，晚上睡前1小時內。

(3)每次連續量2遍，每遍中間要隔1至2分鐘。

我的名字 。

天數		第1天	第2天	第3天	第4天	第5天	第6天	第7天	我的回診日期 月 日
○月/○日		/	/	/	/	/	/	/	
一 早 起 床 血 壓	第1遍								
	第2遍								
晚 上 睡 前 血 壓	第1遍								
	第2遍								

範例：收縮壓140mmHg，舒張壓60mmHg，格子內寫「140/60」。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年 3 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2101

.....

本會補充說明：

- 一、中央健康保險署(下稱健保署)依全民健康保險法施行細則第 3 條規定，於本(111)年 2 月 14 日及 3 月 21 日分別將「110 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「112 年度全民健康保險基金附屬單位預算」函送本會備查；另依本年度工作計畫，將預決算備查案列入本次委員會議。
- 二、本會同仁依前揭資料，擬具 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告(如附件一，第 103~112 頁)，及 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告(如附件二，第 113~127 頁)，併同決算書、預算書各 1 份，業於 3 月 30 日先行寄送委員參考，並請委員於 4 月 6 日前回復意見。經彙整委員意見如附件三(第 128~130 頁)。
- 三、前揭委員書面意見併同 111 年 3 月份委員會議本會重要業務報告決定之委員對本案所提意見(健保署回復如第 60~67 頁)，已轉請健保署回復說明(資料後附)。

決定：

110 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 111 年 3 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 111 年 2 月 14 日以健保計字第 1110480071 號函送該署 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位決算報告內容除「保險收支」外，另包含「聯合門診中心醫療業務收支」及「菸品健康福利捐挹注罕見疾病用藥費用收支」，但三者財務獨立，不得相互流用、填撥¹。

貳、保險財務分析

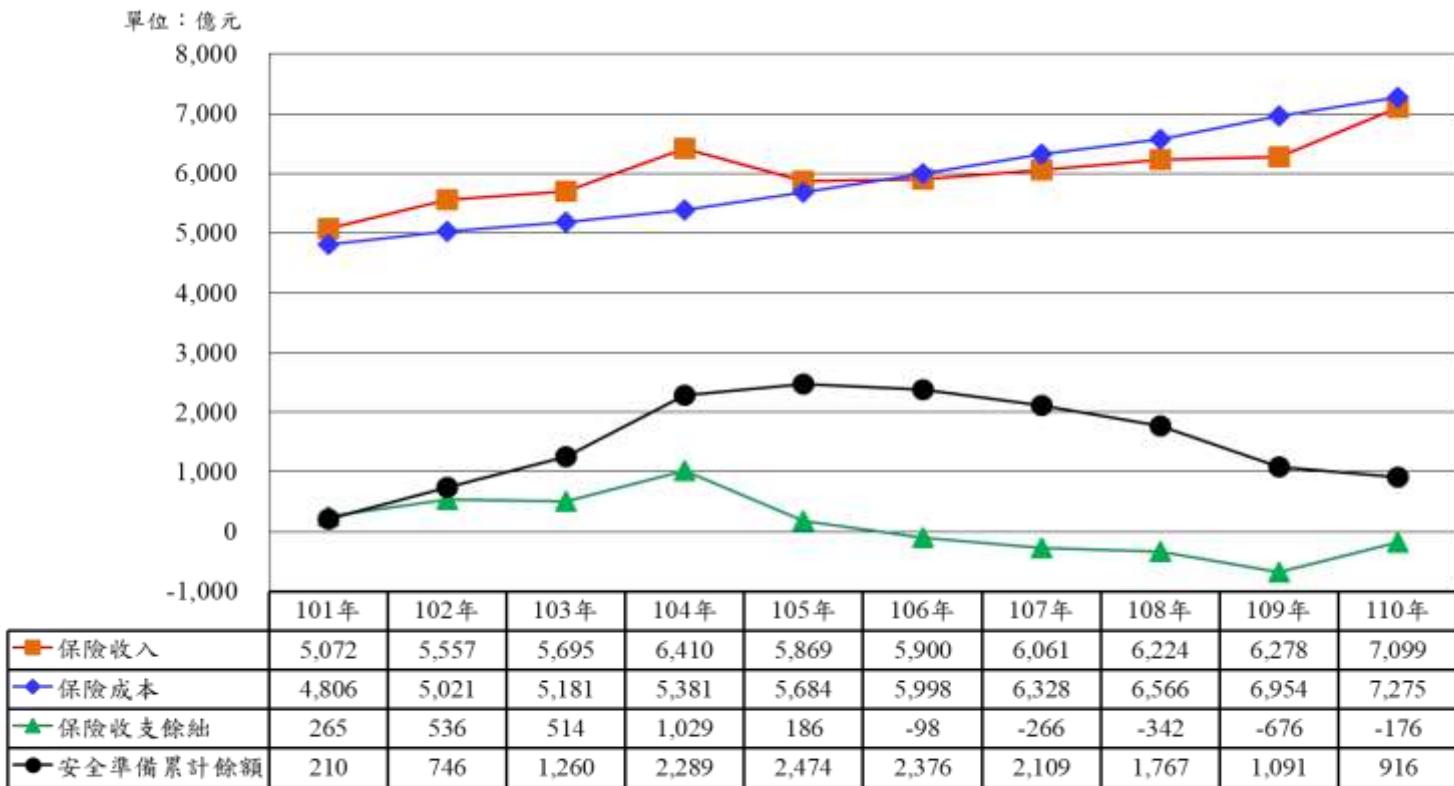
一、保險財務概況

- (一)保險收支：110 年度保險收入 7,098.76 億元²(成長率 13.07%)，保險成本 7,274.57 億元³(成長率 4.61%)，保險收支短绌 175.81 億元。101~110 年健保財務收支狀況詳圖一：

¹ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 20 頁。

² 保險收入 = 保險費 + 滯納金 + 資金運用淨收入 + 公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數 + 其他淨收入 - 呆帳提存數 - 利息費用，資料來源為健保署。

³ 保險成本 = 醫療費用 + 業務費用 + 其他業務外費用(未含手續費用)，資料來源為健保署。



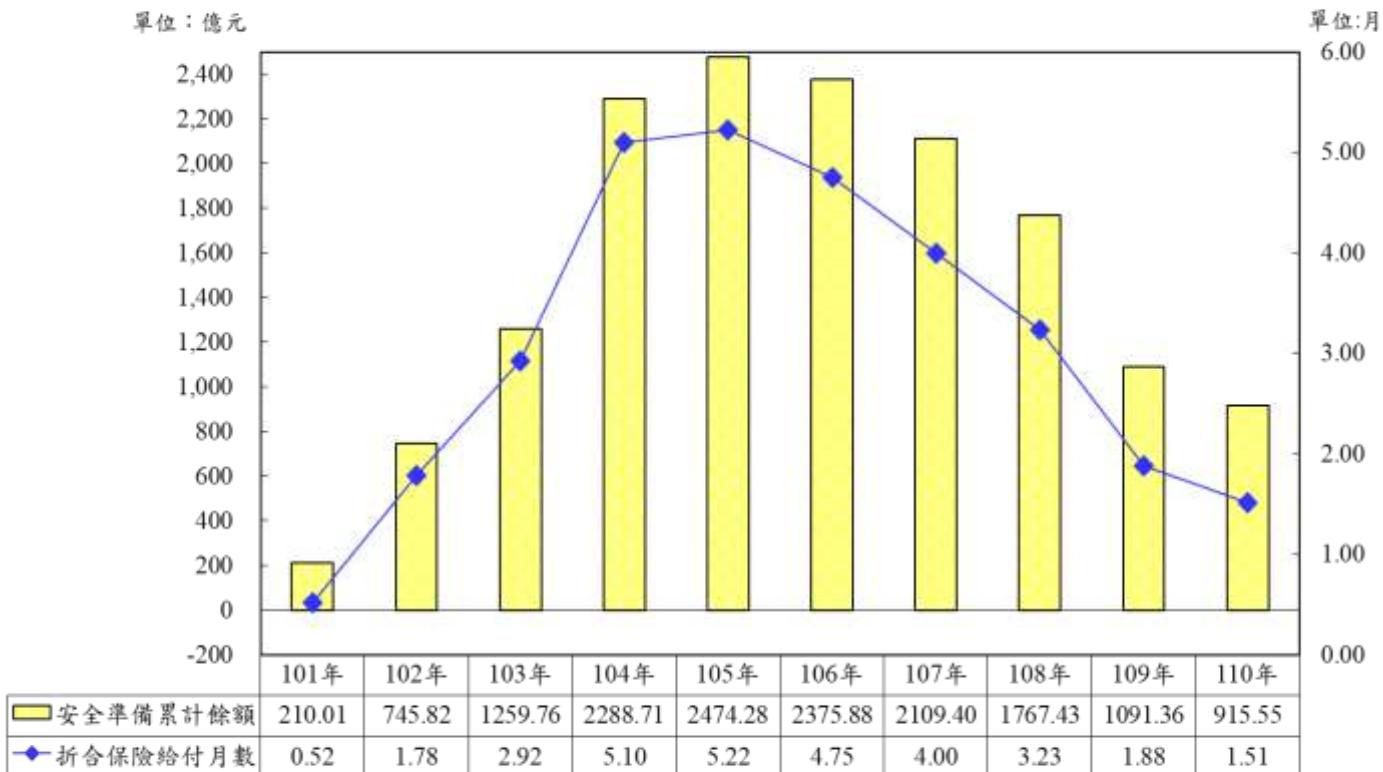
資料來源：健保署。

圖一、101~110年健保財務收支狀況（權責基礎）

(二)安全準備：110 年度保險收支短純數 175.81 億元，依法收回安全準備填補短純，收回後安全準備累計餘額為 915.55 億元，約當 1.51 個月保險給付支出⁴。

(三)102~110 年健保財務趨勢：102 年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至 36% 之影響，102~105 年健保財務皆為結餘，惟受 105 年調降費率(由 4.91% 調整為 4.69%)，及健保收支結構性問題(保險收入成長率低於保險成本成長率)影響，106 年度開始出現短純，且短純數持續增加(詳圖一)；110 年一般保險費率由 4.69% 調整至 5.17%，惟因費率未予調足，當年健保財務收支仍有短純。101~110 年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖二。

⁴ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 21 頁。



註：全民健康保險法第78條規定，安全準備總額以相當於最近精算1個月至3個月之保險給付支出為原則。

資料來源：健保署。

圖二、101~110年安全準備趨勢

二、保險收支項目比較分析：以下就保費收入、保險給付、安全準備、呆帳、利息收入、投資賸餘等保險收支項目，進行比較分析。

(一)保費收入：110 年度保費收入為 6,974.73 億元。

- 1.預算執行：較預算數 6,345.67 億元增加 629.06 億元，執行率為 109.91% (詳表一)。
- 2.成長比較：較 109 年度 6,147.54 億元增加 827.19 億元，成長率 13.46% (詳表一)。110 年保費收入增加之主要原因如下⁵ (詳表二)：
 - (1)110 年 1 月 1 日起一般保險費費率由 4.69% 調整至 5.17%，致保費收入增加約 462 億元。
 - (2)政府應負擔 36% 差額較 109 年同期增加約 143.9 億元，主要係因 110 年一般保險費費率由 4.69% 調整為 5.17% 所致。
 - (3)第 1、2 類平均投保金額及第 4~6 類平均保險費增加，致一般

⁵ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2.(1)。

保險費增加約 117 億元。

- (4)依健保法第 33 條規定，補充保險費費率依一般保險費費率成長率調整，爰 110 年補充保險費費率由 1.91% 調整至 2.11%，較 109 年同期增加約 94.6 億元。
- (5)滯納金較 109 年同期減少約 0.21 億元，係因受新冠肺炎疫情影響，投保單位及保險對象 110 年 4~9 月保險費得延緩繳納所致。

表一、收支餘紳比較表(保險收支部分)

單位：元

科目	110年度		比較		109年度 審定決算數(c)	比較	
	決算數(a)	預算數(b)	金額增減 (a-b)	執行率 (a/b)		金額增減 (a-c)	成長率 (a-c)/c
保險收入	715,306,102,105	649,549,890,000	65,756,212,105	110.12%	632,825,511,153	82,480,590,952	13.03%
保費收入	697,473,306,126	634,567,398,000	62,905,908,126	109.91%	614,754,091,547	82,719,214,579	13.46%
依法分配收入(註)	16,115,521,125	13,667,162,000	2,448,359,125	117.91%	15,937,576,037	177,945,088	1.12%
利息收入	552,919,213	458,879,000	94,040,213	120.49%	1,054,267,532	-501,348,319	-47.55%
投資賸餘	59,187	0	59,187	-	0	59,187	-
收回呆帳	1,132,849,181	830,000,000	302,849,181	136.49%	1,055,937,711	76,911,470	7.28%
雜項收入	31,447,273	26,451,000	4,996,273	118.89%	23,638,326	7,808,947	33.04%
保險成本	732,887,029,067	737,321,987,000	-4,434,957,933	99.40%	700,432,840,568	32,454,188,499	4.63%
保險給付	727,082,615,434	732,206,391,000	-5,123,775,566	99.30%	695,096,868,772	31,985,746,662	4.60%
呆帳	5,429,871,012	4,730,127,000	699,744,012	114.79%	5,000,478,957	429,392,055	8.59%
業務費用	372,645,944	384,239,000	-11,593,056	96.98%	330,806,526	41,839,418	12.65%
雜項費用	1,896,677	1,230,000	666,677	154.20%	4,686,313	-2,789,636	-59.53%
保險收支淨餘紳	-17,580,926,962	-87,772,097,000	70,191,170,038	20.03%	-67,607,329,415	50,026,402,453	-74.00%

註：依法分配收入為依法提列保險安全準備之金額，不含菸捐補助罕見疾病用藥費用部分(非屬保險收入)。

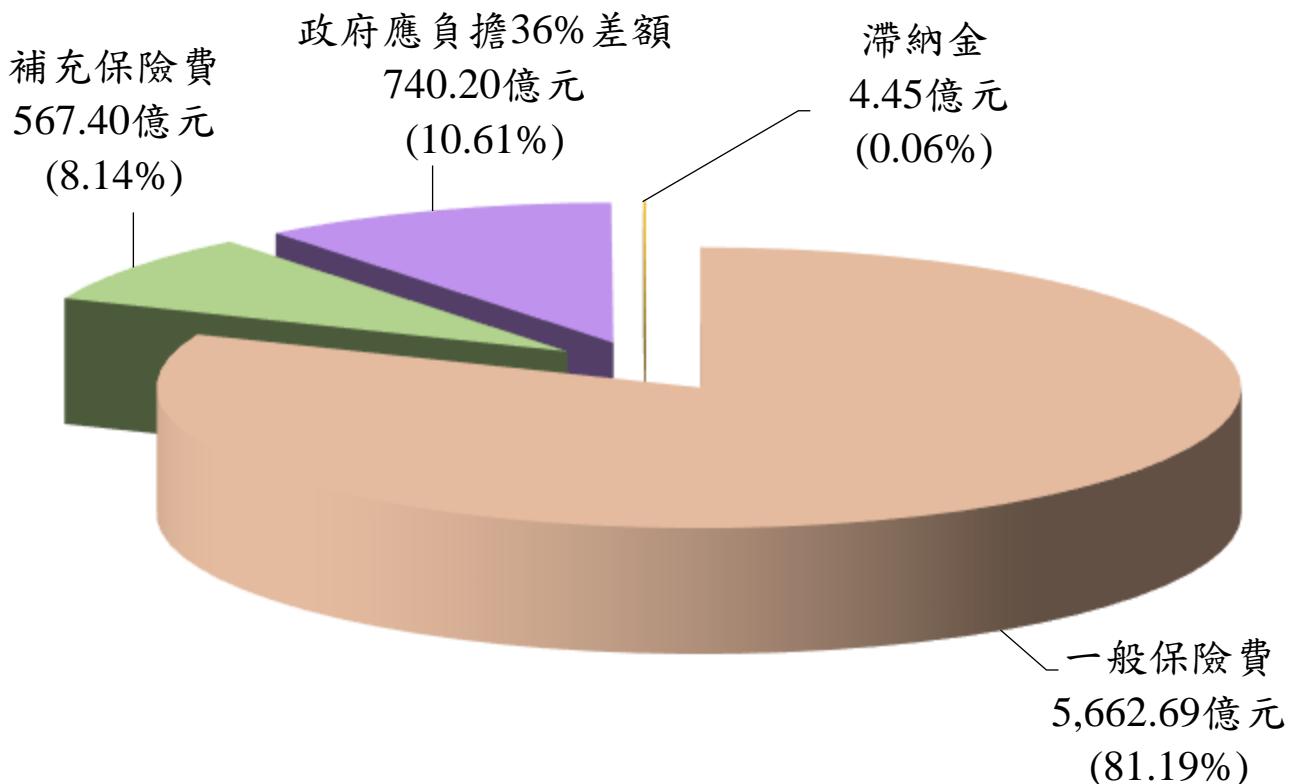
資料來源：健保署

表二 110 年保費收入成長主要原因分析

原因	成長金額(億元)
一般保險費費率調整	462
政府應負擔 36% 差額受費率調整影響	143.9
第 1、2 類平均投保金額及第 4~6 類平均保險費增加	117
補充保險費費率調整	94.6
滯納金受延緩繳納協助措施影響	-0.21
合計	817.29

註:僅提供影響保費收入主要原因分析，爰合計數不同於 110 年度保費收入增加金額。

3. 保費收入結構：110 年度一般保險費為 5,662.69 億元，為保費收入之主要來源，占保費收入 81.19%；補充保險費收入 567.40 億元、政府負擔 36% 差額 740.20 億元，兩者合計為 1,307.60 億元，合占保費收入 18.75%⁶(詳圖四)。



圖四 110 年度保費收入結構

⁶ 全民健康保險基金 110 年 12 月份會計月報。

4. 保險費收繳：

- (1) 應收保險費收繳情形⁷：近 5 年一般保險費總收繳率為 98.52%。其中投保單位及保險對象之收繳率為 98.45%，略低於 109 年底 98.47%⁸。
- (2) 截至 110 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 298.5 億元(含補充保險費欠費 5.98 億元)，較 109 年底 288.9 億元(含補充保險費欠費 9.3 億元)，增加 9.6 億元⁹(如表三)。

表三 投保單位及保險對象積欠保險費(億元)

110 年	298.5
109 年	288.9

(3) 各級政府積欠保險費補助款情形¹⁰：高雄市政府累計欠費已於 110 年 5 月 18 日全數清償完畢，現各級政府均無積欠健保費補助款之情事。

(4) 催收款項：110 年底為 220.42 億元，較 109 年底 231.03 億元減少 10.61 億元，成長率-4.59%¹¹。

(5) 政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：102~110 年度合計為 4,823 億元，截至 110 年 12 月底，已撥付 4,683 億元，待撥付 140 億元，將循預算程序爭取足額編列¹²。

(二) 保險給付：110 年度保險給付為 7,270.83 億元。

1. 預算執行：較預算數 7,322.06 億元減少 51.24 億元，執行率為 99.30%(詳表一)。
2. 成長比較：較 109 年度之 6,950.97 億元增加 319.86 億元，成長率 4.60%(詳表一)，主要係因總額協商成長所致¹³。

⁷ 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

⁸ 健保署 110 年 12 月及 109 年 12 月份業務執行(季)報告表 6-1。

⁹ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹⁰ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹¹ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 26 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

¹² 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2、3 頁。

¹³ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 4 頁(110 及 109 年協定之醫療給付費用總額成長率分別為 4.107% 及 5.237%)，及健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2.(8)。

3.現金支出：110 年度保險給付現金支出 6,710.52 億元¹⁴，占權責基礎比率 92.29%，低於 109 年之 99.84%。

(三)安全準備：

- 1.安全準備來源¹⁵：110 年度安全準備之來源包括：滯納金收入 4.45 億元、運用收益 5.33 億元、公益彩券分配收入 15.09 億元、菸品健康福利捐分配收入 146.07 億元，及上述各項以外之保險收支短绌 170.93 億元，相抵後為零(詳表四)。
- 2.安全準備去路：因 110 年度保險收支為短绌，收回安全準備 175.81 億元填補短绌¹⁶。

表四、安全準備項目比較表

單位：新台幣元

來源及去路項目	110年度 自編決算(a)	109年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
安全準備來源	0	0	0	-
滯納金	445,282,163	466,909,099	-21,626,936	-4.63%
運用收益	532,675,289	978,380,903	-445,705,614	-45.56%
菸品健康福利捐分配收入	14,606,639,041	14,436,745,763	169,893,278	1.18%
公益彩券分配收入	1,508,882,084	1,500,830,274	8,051,810	0.54%
保險收支結餘(上述各項以外)	-17,093,478,577	-17,382,866,039	289,387,462	-1.66%
安全準備去路	17,580,926,962	67,607,329,415	-	-

註：依健保法第 76 條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入；年度收支短绌應由安全準備先行填補。

資料來源：全民健康保險基金 110、109 年 12 月份會計月報。

¹⁴ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 15 頁表 4，6,710.52 億元 ÷ 7,270.83 億元 *100% = 92.29%，109 年為 6939.90 億元 ÷ 6,950.97 億元 *100% = 99.84%

¹⁵ 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

¹⁶ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 30 頁。健保法第 76 條第 2 項規定，本保險年度收支發生短绌時，應由本保險安全準備先行填補。

(四)呆帳：110 年度呆帳 54.30 億元，呆帳率為 0.78%¹⁷，低於 109 年度之 0.81%。

1.預算執行：較預算數 47.30 億元增加約 7.00 億元，執行率 114.79%(詳表一)。

2.成長比較：較 109 年度 50.00 億元增加 4.29 億元，成長率 8.59%(詳表一)，係因一般保險費費率與基本工資調漲，及健保署積極實施欠費監控機制，使各階段應收款項相對上升所致¹⁸。

(五)收回呆帳：110 年度收回呆帳 11.33 億元，較預算數 8.3 億元增加 3.03 億元¹⁹；較 109 年度 10.56 億元增加 0.77 億元，成長率 7.28%，係因健保署積極控管欠費並加強催收所致²⁰(詳表一)。

(六)利息收入：110 年度利息收入 5.53 億元。

1.預算執行：較預算數 4.59 億元增加 0.94 億元，執行率為 120.49%(詳表一)²¹。

2.成長比較：較 109 年度 10.54 億元減少 5.01 億元，成長率為-47.55%，係因健保資金日平均營運量較去年同期減少，及央行 109 年 3 月降息影響所致²²。

(七)其他：110 年度雜項收入 0.31 億元，較 109 年度 0.24 億元增加 0.08 億元，成長率為 33.04%，主要係因醫療院所捐贈收入、未兌現支票及醫療費用請求權超過法定時效轉列收入增加²³(詳表一)。

¹⁷ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 23 頁及 109 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 27 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，110 年度為 54.30 億元÷6,974.73 億元*100% =0.78%;109 年度為 50.00 億元÷6,147.54 億元*100% =0.81%。

¹⁸ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2(9)。

¹⁹ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 23 頁。

²⁰ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2(6)。

²¹ 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 23 頁。

²² 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2(4)。

²³ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 17 頁表 5-2 附註 2(7)。

三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款²⁴：110 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：110 年底保險資金餘額 1,390.48 億元，較 109 年底 972.45 億元增加 418.03 億元²⁵，依法²⁶運用於銀行定期存款 1,059.04 億元、銀行優惠活期存款 182.78 億元、銀行一般活期存款 99.70 億元、附賣回交易票券及債券 48.96 億元²⁷(詳表五)，110 年截至 12 月底資金運用收益 0.33%，低於 109 年同期之 0.59%。

表五 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
銀行定期存款	1,059.04	76.16
銀行優惠活期存款	182.78	13.15
銀行一般活期存款	99.70	7.17
附賣回交易票、債券	48.96	3.52
合計	1,390.48	100

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

參、結論

健保財務自 106 年起即產生年度收支短绌情形，由於存在收支結構性失衡問題，財務缺口逐年擴大。為改善健保財務，110 年起將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11%，110 年截至 12 月底，保險收支短绌 175.81 億元，安全準備累計餘額為 915.55 億元，約當 1.51 個月保險給付支出。

110 年底健保安全準備雖看似樂觀，然依健保署之財務推估顯示，在現行費率 5.17% 下，預計 111 年健保財務收支短绌 323

²⁴ 健保署 111 年 1 月份業務執行季報告第 15 頁表 4。

²⁵ 健保署 110 年 12 月份業務執行報告及 109 年 12 月份業務執行報告表 4。

²⁶ 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

²⁷ 健保署 110 年 12 月份業務執行報告第 20 頁表 11。

億元，111 年底之安全準備約為 0.95 個月保險給付支出²⁸，將未達健保法第 78 條所定 1~3 個月之原則。值此關鍵時期，籲請衛福部以健保永續經營為旨，全盤檢視健保財務調整相關措施，以改善收支結構，期使健保制度更臻完善。

²⁸ 全民健康保險會第 5 屆 111 年第 2 次委員會議資料第 37 頁。

附件二

112 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 111 年 3 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 112 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，於 111 年 3 月 21 日以健保計畫第 1110720051 號函送該署 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。另以健保署提供之 111、112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；及檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「112 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位預算書內容除「保險收支」外，另包含「菸品健康福利捐(下稱菸捐)挹注罕見疾病用藥費用」(111 年度與 112 年度均為 2.26 億元)，但二者財務獨立，不得相互流用、填補¹。

貳、預算書內容概述

茲就 111 年度預算截至 2 月底執行情形及 112 年度保險收支預算分析，分述如下：

一、111 年度預算執行情形

(一)111 年度截至 2 月底止²，保險收入³為 1,282.82 億元，較預算數 1,227.20 億元增加 55.62 億元，主要係因基本工資調漲所

¹ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2、3 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫(菸品健康福利捐獲配收入供罕見疾病用藥費用)」。

² 111 年 2 月份會計月報收支餘額表附註。

³ 保險收入=保費收入+依法分配收入(不含菸捐挹注罕見疾病用藥)+利息收入+收回呆帳+雜項收入。

致；保險成本⁴為 1,214.52 億元，較預算數 1,227.20 億元減少 12.68 億元，主要係實際醫療費用總額協商成長率 3.32%，較預算成長率 4.107% 為低所致。

(二)111 年度截至 2 月底止，地方政府依健保法規定應負擔之保險費補助款已全數撥付完畢⁵。

二、112 年度保險收支預算分析

(一)重要估計基礎摘述：

1. 保費收入⁶：

(1) 保險費收入

①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

②保險對象人數：以 110 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(109 年至 159 年)」之人口成長資料，推估總人口數為 2,390.35 萬人。

③投保金額：依據 110 年加保資料，並考量自 111 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 24,000 元調整為 25,250 元及軍公教調薪 4%，假設第 1 類為 47,461 元，第 2 類為 28,278 元，第 3 類為 25,250 元，第 4、5 類定額保險費為 1,839 元，第 6 類定額保險費為 1,377 元。

(2) 滯納金收入：參考 108、109 及 110 年度滯納金決算數，並考量基本工資調整因素估算編列(5 億元)。

2. 依法分配收入⁷：

(1) 菸捐分配收入：依國民健康署預估 112 年度可課徵額度，分別按分配比例 50%、0.81% 編列提存安全準備及挹注罕見疾病健保用藥費用。

(2) 公益彩券盈餘分配收入：按 110 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

⁴ 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用。

⁵ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 4 頁。

⁶ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 39 頁。

⁷ 健保署 111 年 3 月 21 日資料說明。

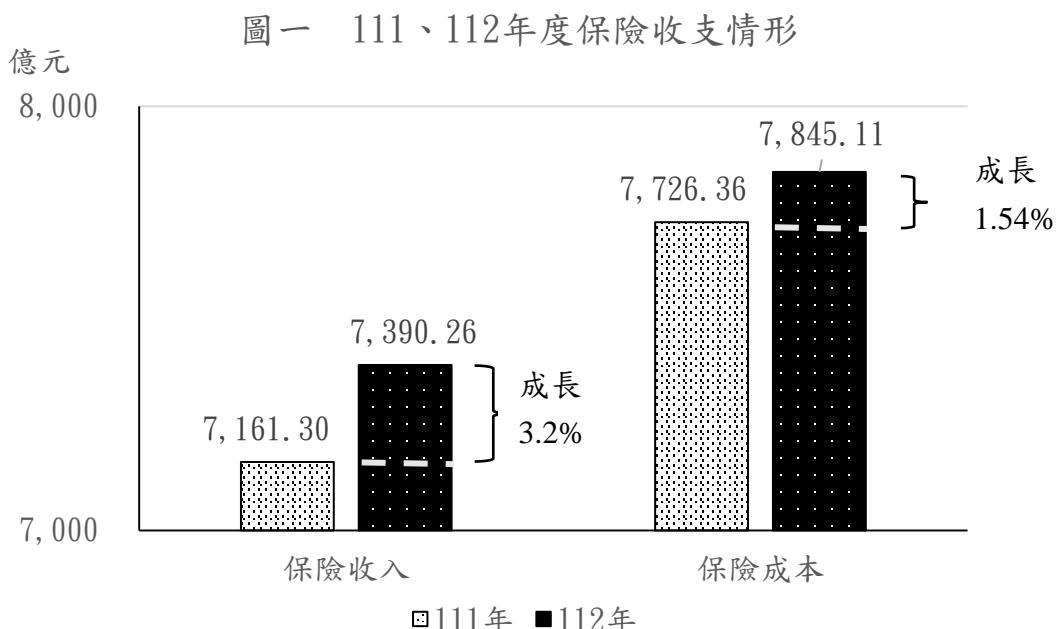
3. 保險給付⁸：

- (1) 總額：依據 111 年度總額 8,095.62 億元，以成長率 3.32% 推估。
- (2) 部分負擔：以 110 年度金額按近 5 年幾何平均成長率(約 -0.2%) 計算，並加計部分負擔調整方案之金額推估。
- (3) 代辦部分負擔：受 COVID-19 疫情影響，排除 109 年度極端值後，以 110 年度金額每年按近 4 年度平均成長率(約 0.1%) 推估。
- (4) 代辦費用：以 110 年度金額每年按成長率 3.32% 推估。
- (5) 代位求償費用：參考 110 年度金額及目前協商共識等估算。

(二) 保險財務狀況：

1. 保險收支及餘純：112 年度編列保險收入 7,390.26 億元，保險成本 7,845.11 億元，保險收支短純 454.85 億元(詳附表一)。

- (1) 保險收入：較 111 年度預算數 7,161.30 億元增加 228.96 億元，成長率 3.2%(如圖一)。
- (2) 保險成本：較 111 年度預算數 7,726.36 億元增加 118.75 億元，成長率為 1.54%(如圖一)。
- (3) 保險收支短純：較 111 年度預算數短純 565.06 億元減少 110.21 億元，成長率為 -19.5%。



⁸ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。保險給付=醫療費用-部分負擔-代辦部分負擔-代辦費用-代位求償費用-菸捐挹注罕病用藥費用-辦理提升保險服務成效所需經費。

2.安全準備餘額

依據健保署提供之「112年底安全準備餘額推估表」(詳附表七)，111年度保險收支短绌數322.79億元，加計110年底安全準備餘額915.55億元，111年底安全準備餘額為592.76億元，加計112年度保險收支短绌數454.85億元後，112年底安全準備餘額為137.91億元，約當0.21個月保險給付支出(如下表)。

111、112年度最新財務預估表

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
111	短绌數(億元)	322.79
	安全準備餘額(億元)	592.76
	約當保險給付月數(月)	0.95
112	短绌數(億元)	454.85
	安全準備餘額(億元)	137.91
	約當保險給付月數(月)	0.21

(三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等5項，進行年度成長比較⁹：

1.保費收入¹⁰

(1)112年度預估保費收入7,221.66億元(含滯納金5億元)，較111年度7,006.72億元，增加214.94億元，成長率3.07%(詳附表一、二)。

(2)112年度保費收入中，一般保險費收入預估為5,902.48億元(成長率2.92%)、補充保險費為550.74億元(成長率3.79%)、政府應負擔健保總經費36%不足數為763.44億元(成長率為3.73%)，後2項合計1,314.18億元(詳附表二)，約占保費收入18.2%。

(3)112年度保險對象人數為23,903,462人，較111年度減少

⁹ 均以112年度預算數與111年度預算數比較。

¹⁰ 112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第39頁。

28,273 人，主要係因第 6 類保險對象較 111 年度減少 104,269 人，成長率-2.79%，及第 3 類保險對象較 111 年度減少 31,330 人，成長率-1.59%，而第 4、5 類保險對象較 111 年度亦為負成長，第 1、2 類保險對象則較 111 年度為正成長(詳附表三)。

2.依法分配收入：

112 年度預估依法分配收入為 153.10 億元，較 111 年度 141.88 億元，增加 11.22 億元，成長率 7.91%(詳附表一)。分析如下：

- (1)菸捐分配收入：112 年度預估菸捐分配收入 139.50 億元，較 111 年度 131.97 億元，增加 7.53 億元，成長率 5.71%(詳附表六)。
- (2)公益彩券盈餘分配收入：112 年度預估公益彩券盈餘分配收入 13.6 億元，較 111 年度 9.92 億元，增加 3.69 億元，成長率 37.18%(詳附表六)。

3.利息收入¹¹

112 年度預估利息收入為 4.55 億元，較 111 年度預算數 3.64 億元，增加 0.91 億元，成長率 24.98% (詳附表二)。

4.保險給付¹²

- (1)112 年度保險給付 7,781.31 億元，較 111 年度 7,666.89 億元，增加 114.42 億元，成長率 1.49%(詳附表四)。
- (2)影響 112 年度保險給付金額之項目(含加項及減項)中，代辦費用、代辦部分負擔金額、提升保險服務成效金額較 111 年度下降，代位求償費用、菸品健康捐與 111 年度相同，其他項目金額較 111 年度增加。
- (3)112 年度總額預估為 8,364.39 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。107 至 111 年度行政院核定之總額範圍

¹¹ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 15 頁。

¹² 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

及本會所協定成長率，詳附表五。

(4)112 年度「提升保險服務成效」¹³

①辦理重點：辦理健保醫療系統、健保醫療資訊雲端查詢、健康存摺、健保大數據應用、健保醫療影像倉儲與人工智能應用服務、健保卡等資訊系統維護、端點資安威脅偵測及防禦服務、特權帳號管理、網路及終端安全防護、醫療資料庫稽核、伺服器防毒資安軟體、資訊系統技術及諮詢服務、租用資料倉儲系統統計分析軟體及行動身分辨別、醫療資料共享檔案影像傳輸等作業。

②預算：112 年度編列 5.19 億元，較 111 年度 6.29 億元，減少 1.1 億元，成長率-17.57%。112 年度預算包括業務費用 2.65 億元、電腦軟體 1.31 億元及機械設備 1.23 億元(詳附表四)。

5.提列呆帳¹⁴

(1)112 年度提列呆帳 59.27 億元，較 111 年度預算數 55.04 億元增加 4.24 億元，成長率 7.7%(詳附表二)。

(2)112 年度預估呆帳率¹⁵為 0.82%，略高於 111 年度之 0.79%。

參、108~111 年度保險收支項目推估差異比較表

就 108~111 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，比較如下表、圖二，提供委員參考。

¹³ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

¹⁴ 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 43 頁。

¹⁵ 呆帳率=呆帳/保費收入。

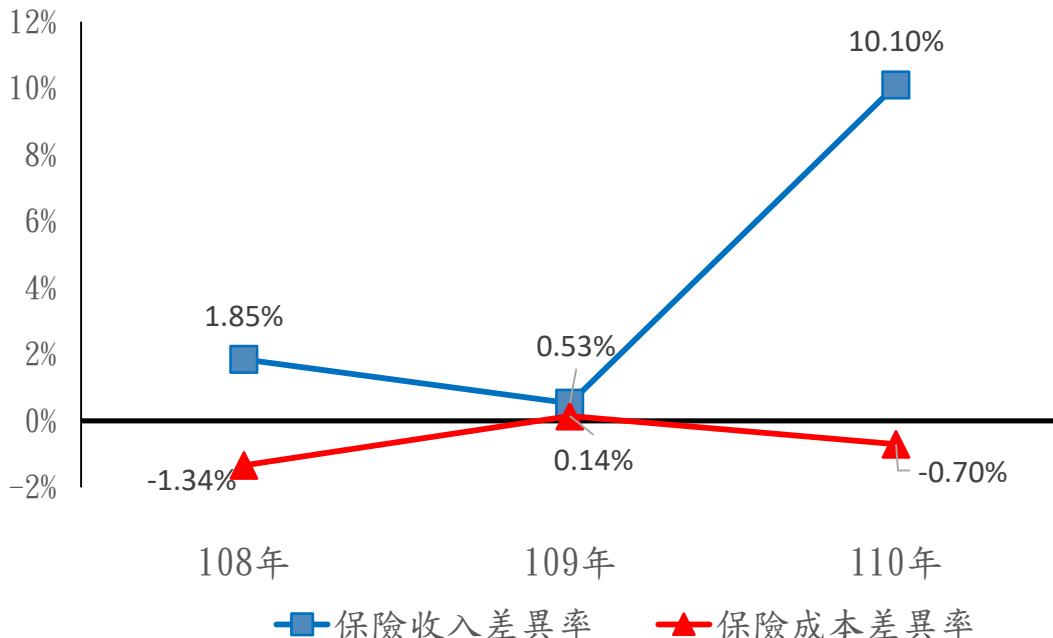
108~111 年度保險收支項目比較表

單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
108	保險收入	6,111	6,183	6,224	113	1.85%	41	0.66%
	保險成本	6,655	6,586	6,566	-89	-1.34%	-20	-0.30%
	保險收支餘額	-544	-403	-342	202	-	61	-
109	保險收入	6,245	6,276	6,278	33	0.53%	2	0.03%
	保險成本	6,944	6,945	6,954	10	0.14%	9	0.13%
	保險收支餘額	-699	-669	-676	23	-	-7	-
110	保險收入	6,448	6,379	7,099	651	10.10%	720	11.29%
	保險成本	7,326	7,231	7,275	-51	-0.70%	44	0.61%
	保險收支餘額	-878	-852	-176	702	-	676	-
111	保險收入	7,106	7,205	-	-	-	-	-
	保險成本	7,671	7,471	-	-	-	-	-
	保險收支餘額	-565	-265	-	-	-	-	-

註：1.預算數：108~110 年為法定預算、111 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數
110 年 11 月提供；決算數：108、109 年為審定數；110 年為自編數。
2.為使比較基礎一致，預算數及決算數係將呆帳金額移列為保險收入減項(與費率審
議推估基礎一致)

圖二 108~110 年度預算與決算之差異情形



肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，112 年度保險成本仍大於保險收入，預計保險收支短絀 454.85 億元，較 111 年度短

純 322.79 億元增加 132.06 億元，預估至 112 年底，安全準備餘額為 137.91 億元，約當 0.21 個月保險給付支出。依據健保法第 78 條規定，健保安全準備以相當於最近精算 1~3 個月之保險給付支出為原則，112 年底安全準備將低於法定 1 個月之規定，爰建請衛福部及健保署持續推動財務平衡與開源節流相關措施，俾健全健保財務。

附表一、收支餘绌情形比較表(保險收入部分)

科 目	110年度 決算數 ¹ (a)		111年度 預算數 ² (b)		112年度 預算數 ³ (c)		111與110年度 比較增減		112與111年度 比較增減	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b
保險收入	715,306,102	100.00%	716,130,450	100.00%	739,026,211	103.20%	824,348	0.12%	22,895,761	3.20%
保費收入	697,473,306	97.51%	700,671,616	97.84%	722,165,746	100.84%	3,198,310	0.46%	21,494,130	3.07%
依法分配收入 ⁴	16,115,521	2.26%	14,188,200	1.98%	15,310,148	2.14%	-1,927,321	-11.96%	1,121,948	7.91%
利息收入	552,919	0.08%	364,225	0.05%	455,213	0.06%	-188,694	-34.13%	90,988	24.98%
收回呆帳	1,132,849	0.16%	881,000	0.12%	1,070,000	0.15%	-251,849	-22.23%	189,000	21.45%
雜項收入	31,507	0.00%	25,409	0.00%	25,104	0.00%	-6,098	-19.35%	-305	-1.20%
保險成本	732,887,029	100.00%	772,636,461	100.00%	784,511,071	101.54%	39,749,432	5.42%	11,874,610	1.54%
保險給付	727,082,615	99.21%	766,689,093	99.23%	778,131,229	100.71%	39,606,478	5.45%	11,442,136	1.49%
呆帳	5,429,871	0.74%	5,503,602	0.71%	5,927,190	0.77%	73,731	1.36%	423,588	7.70%
業務費用	372,646	0.05%	442,683	0.06%	451,333	0.06%	70,037	18.79%	8,650	1.95%
雜項費用	1,897	0.00%	1,083	0.00%	1,319	0.00%	-814	-42.91%	236	21.79%
保險收支餘绌	-17,580,927		-56,506,011		-45,484,860		-38,925,084	221.41%	11,021,151	-19.50%

註：

1.110年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、42頁。

4.依健保法第76條第1項規定，依法分配收入為健保之安全準備來源之一，惟該科目金額尚包含於捐補助罕病用藥費用，因其非屬保險收入，爰以扣除該費用後之金額列計保險收入。

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序號	項目	決算數 ¹				111年度 預算數 ²				112年度 預算數 ³	
		108年度(審定)		109年度(審定)		110年度		111年度		112年度	
		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率
1	保費收入	609,474,656	2.86%	614,754,092	0.87%	697,473,306	13.46%	700,671,616	0.46%	722,165,746	3.07%
	一般保險費收入	503,841,287	2.17%	507,386,753	0.70%	566,268,586	11.60%	573,495,016	1.28%	590,247,746	2.92%
	補充保險費收入	47,652,283	2.36%	47,274,532	-0.79%	56,739,809	20.02%	53,062,600	-6.48%	55,073,847	3.79%
	政府補助保費差額收入	57,529,362	9.73%	59,625,898	3.64%	74,019,629	24.14%	73,600,000	-0.57%	76,344,153	3.73%
	滯納金收入	451,724	13.54%	466,909	3.36%	445,282	-4.63%	514,000	15.43%	500,000	-2.72%
1-1	保險給付	656,379,941	3.76%	695,096,869	5.90%	727,082,615	4.60%	766,689,093	5.45%	778,131,229	1.49%
	收回呆帳	915,291	0.75%	1,055,938	15.37%	1,132,849	7.28%	881,000	-22.23%	1,070,000	21.45%
2	呆帳	4,697,712	4.00%	5,000,479	6.44%	5,429,871	8.59%	5,503,602	1.36%	5,927,190	7.70%
3	利息收入 ⁴	1,468,260	6.05%	1,054,268	-28.20%	552,919	-47.55%	364,225	-34.13%	455,213	24.98%
	利息費用	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
4	各級政府未依限撥付保險費	6,581,198	-40.39%	3,729,457	-43.33%	373,215	-89.99%	0	-100.00%	0	-
	期末短期借款餘額	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-
5	雜項收入	26,797	-93.84%	23,638	-11.79%	31,447	33.03%	25,409	-19.20%	25,104	-1.20%
	雜項費用	1,704	31.61%	4,686	174.94%	1,897	-59.52%	1,083	-42.91%	1,319	21.79%
6	業務費用	253,399	59.29%	330,807	30.55%	372,646	12.65%	442,683	18.79%	451,333	1.95%
	年底安全準備餘額	176,743,411	-16.21%	109,136,082	-38.25%	91,555,155	-16.11%	28,592,008	-68.77%	13,790,849	-51.77%
7	安全準備相當保險給付月數 ⁵	3.23	-19.25%	1.88	-41.69%	1.51	-19.80%	0.45	-70.38%	0.21	-52.48%

註：

1.健保署提供之108至109年度審定決算資料、110年度全民健康保險基金附屬單位預算書。

2.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算)。

3.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、39、40頁。

4.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第15頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息。

5.安全準備相當保險給付月數=年底安全準備餘額/(保險給付/12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

項目 ／ 年度	108 年度 ¹		109 年度 ¹		110 年度 ¹		111 年度 ²		112 年度 ³	
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率
總保險對象 (一至六類)	24,020,428	0.30%	23,986,997	-0.14%	23,861,265	-0.52%	23,931,735	0.30%	23,903,462	-0.12%
第一類	14,206,747	1.28%	14,261,664	0.39%	14,325,078	0.44%	14,356,495	0.22%	14,413,251	0.40%
第二類	3,568,688	-1.47%	3,599,975	0.88%	3,623,011	0.64%	3,480,735	-3.93%	3,536,642	1.61%
第三類	2,134,024	-3.35%	2,075,142	-2.76%	2,010,995	-3.09%	1,967,719	-2.15%	1,936,389	-1.59%
第四類	102,036	-13.84%	98,922	-3.05%	98,233	-0.70%	95,936	-2.34%	90,913	-5.24%
第五類	296,503	-2.12%	292,914	-1.21%	287,491	-1.85%	287,049	-0.15%	286,735	-0.11%
第六類	3,712,430	1.16%	3,658,380	-1.46%	3,516,457	-3.88%	3,743,801	6.47%	3,639,532	-2.79%

注：

1. 健保署111年1月份業務執行季報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」(108~110年底人數)。

2. 111年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3. 112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第39頁。

4. 成長率=前後年份相差人數/前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	110年度 預算數 ¹ (a)	111年度 預算數 ² (b)	112年度 預算數 ³ (b)	112較111年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
保險給付	732,206,391	766,689,093	778,131,229	11,442,136	1.49%
一、醫療費用【(一)、(二)合計】	798,904,361	828,637,532	847,908,185	19,270,653	2.33%
(一) 醫療給付費用總額 ³	785,568,244	815,735,034	836,438,948	20,703,914	2.54%
(二) 代辦費用	13,336,117	12,902,498	11,469,237	-1,433,261	-11.11%
二、減項合計數【(一)至(五)合計】	66,697,970	61,948,439	69,776,956	7,828,517	12.64%
(一) 部分負擔(1、2合計)	50,822,996	45,990,518	55,362,900	9,372,382	20.38%
1.部分負擔	44,652,000	40,416,000	49,819,000	9,403,000	23.27%
2.代辦部分負擔	6,170,996	5,574,518	5,543,900	-30,618	-0.55%
(二) 代位求償費用	2,000,000	2,200,000	2,200,000	0	0.00%
(三) 代辦費用	13,336,117	12,902,498	11,469,237	-1,433,261	-11.11%
(四) 菸品健康捐	210,600	225,990	225,990	0	0.00%
(五) 提升保險服務成效	328,257	629,433	518,829	-110,604	-17.57%

註：

1.110年度全民健康保險基金附屬單位預算書第44頁(法定預算)。

2.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁(預算案)。

3.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁，112年醫療給付費用總額依111年8,095,61506億元以成長率3.32%推估。

附表五、107年度至111年度行政院核定總額範圍及協定結果

單位：%

設定方式 年 度	總醫療給付費用成長率				近5年平均 成長率
	107年 度 ¹	108年 度 ¹	109年 度 ¹	111年 度 ²	
行政院核定範圍	2.349~5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	2.516~4.5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	3.708~5.5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	2.907~4.5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	1.272~4.4 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限
較前一年核定總額成長率	4.711	4.417	5.237	4.107	3.320
					4.358

註：

- 1.全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-110年版第37頁。
- 2.依據衛生福利部110年8月11日衛部保字第1101260248號函及衛生福利部111年1月26日衛部健字第1113360011號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表¹

單位：新臺幣千元；%

來源及去路項目	決算數 ²		111年度 預算數 ³ (a)	112年度 預算數 ⁴ (b)	112較111年度增減 金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
	108年度 (審定)	109年度 (審定)				
提存安全準備(安全準備來源)A	0	0	0	0	0	-
滯納金收入	451,724	466,909	445,282	514,000	500,000	-14,000
運用收益	1,312,750	978,381	532,675	356,509	444,020	87,511
公益彩券分配收入	1,369,491	1,500,830	1,508,882	991,500	1,360,148	368,648
菸品健康福利捐分配收入	13,881,491	14,436,746	14,606,639	13,196,700	13,950,000	753,300
保險收支結餘(上述以外各項之和)	-17,015,456	-17,382,866	-17,093,478	-15,058,709	-16,254,168	-1,195,459
收回安全準備(安全準備去路)B	34,196,769	67,607,329	17,580,927	56,506,011	45,484,860	-11,021,151
保險收支短結	34,196,769	67,607,329	17,580,927	56,506,011	45,484,860	-11,021,151
淨提存(收回)安全準備(=A-B)	-34,196,769	-67,607,329	-17,580,927	-56,506,011	-45,484,860	11,021,151
年底安全準備餘額	176,743,411	109,136,082	91,555,155	28,582,008	13,790,849	-14,791,159
安全準備餘額折合保險給付月數	3.23	1.88	1.51	0.45	0.21	-0.24
						-53.33%

註：

- 1.健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定之收入；年度收支短結應由安全準備先行填補。
- 2.健保署提供之108至109年度審定決算試算表、110年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

3.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

4.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁。

附表七 全民健康保險基金
112年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科 目	112年度擬編數
保險收入	739,026,211
保費收入	722,165,746
依法分配收入	15,310,148
利息收入	455,213
收回呆帳	1,070,000
雜項收入	25,104
保險成本	784,511,071
保險給付	778,131,229
呆帳	5,927,190
業務費用	451,333
雜項費用	1,319
保險收支淨賸餘(短紓)	-45,484,860

安全準備餘額推估：

110年底安全準備餘額(自編決算)	91,555,155
111年度預估短紓(依據財務組健保財務預估)	-32,279,446
111年底安全準備餘額	59,275,709
112年度預算短紓(擬編預算)	-45,484,860
112年底安全準備餘額(約保險給付0.21個月)	13,790,849

附件三

全民健康保險會第 5 屆 111 年第 4 次委員會議 預決算備查案委員意見彙整表

委員姓名	委員意見
干文男	<p>1.近年呆帳費用不斷成長，110 年的呆帳已高達 54.30 億元，請問預計能回收多少金額？</p> <p>2.110 年雜項收入增加的原因之一是醫療院所未兌現支票及醫療費用請求權超過法定時效轉列收入，請問該筆未兌現支票款項會銷掉或是以應付未付科目入帳？</p> <p>3.決算報告第 8 頁提到，110 年愛心轉介件數為 4,391 件、獲補助金額 2,683 億元，請問自 84 年開辦健保以來，每年愛心轉介件數及獲補助金額各是多少？</p>
劉淑瓊	<p>全民健康保險基金自 106 年以降收不抵支，安全準備餘額亦因此逐年減少至今。對此，全民健保從 110 年起一般保險費率調整為 5.17%，111 年 3 月 17 日預告「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正草案。據健保署推估，即使本草案實施，其所挹注健保 107 億元，恰也僅避免健保陷入 111 年底安全準備餘額低於法定標準的疑慮，隔年財務困境一樣會重演。更何況，本草案在社會公平性部分未盡周全，其影響幅度亦不清楚。</p> <p>收不抵支是健保的長年困境，財務缺口卻逐年擴大，與「財務連動、收支平衡」的保險精神漸行漸遠。「部分負擔」政策乃是治標不治本之作法，因為財務失衡是「結構性問題」，政策措施也會產生結構性的影響，健保署應全盤檢討收入面改革(部分負擔等)對公平性的影響程度，並提出支出面(檢討支付制度、DRG 等)的改革規劃，而非採取挖東牆補西牆的作為。</p> <p>據李教授玉春所言：「(健保總額)保守估計有 20% 的醫療浪費，換算下來就有 1 千 5 百億。」而健保署於 107 年起，推動醫療科技再評估(Health Technology Reassessment, HTR)作業，主要是針對已給付項目進行療效及成本效益之追蹤或監測，建立系統化的檢討機制。敬請署方說明，透過執行 HTR，實證無助於醫療的項目與給付有多少，實際達到醫療資源再配置的成效為何。</p> <p>另，據立法院預算中心對全民健保基金 111 年度預算評估報告，預算中心指出保險基金營運的 9 項問題(請參附件)。其中：雙向轉診機制仍是以基層診所轉出居多、醫學中心未因 106 年調高急診部分負擔而抒解急診壅塞、急性後期整合照護計畫收案人數未如預期、</p>

委員姓名	委員意見
	家醫計畫的部分指標近年概呈下降趨勢等。建請健保署進行回復說明，以利委員了解預算使用情形。

全民健康保險基金 111 年度預算評估報告(立法院預算中心)

壹、全民健康保險基金

- 一、以健保連動機制推估 111 年費率須調升至 5.76%，並須於 114 年再次調升，在近年健保財務收支持續短绌下，亟待研謀有效對策改善，俾利健保永續經營。
- 二、推動全民健康保險跨層級醫院合作計畫，已初見計畫成效，允宜持續強化醫療院所間之合作關係，以提升地區醫院之服務量能。
- 三、為利醫療資源資訊共享及減少不必要之檢驗(查)，允宜增進健保特約醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊之申辦率，並研謀提升相關上傳率。
- 四、為利醫療體系垂直整合，推動各層級醫療院所雙向轉診機制，惟轉診案件仍以基層診所轉出居多，允宜賡續檢討改善。
- 五、近年健保之停復保制度衍生有欠公允等爭議，允宜周延檢討，以健全公平繳納保費與醫療利用之合理性。
- 六、為導引醫院減少輕症服務，自 106 年起調高醫學中心急診部分負擔費用，惟壅塞情形未見有效紓解，有待賡續檢討改善。
- 七、推動全民健康保險提升急性後期整合照護計畫，惟收案人數未如預期，允宜研謀調整收案條件，並鼓勵醫療院所參與，以提升計畫成效。
- 八、自 92 年起推動家庭醫師整合性照護計畫，惟近年部分指標概呈下降趨勢，允宜研謀精進，以提升計畫之執行成效與品質。
- 九、截至 109 年底止，中央機關積欠健保醫療款項達 96 億餘元，行政院允宜正視及督導儘速償還，以維健保之財務健全。

(下略)

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號

聯絡人：馬文娟

聯絡電話：(02)8590-6872

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsjuliema@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年4月1日

發文字號：衛部健字第1113360050號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：全民健康保險會委員會議資料及議事錄節錄(111.3.25)

主旨：檢送本會委員提案討論有關「建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會案」之提案內容、決議及發言實錄(如附件)，事涉貴管權責，敬請卓參。

說明：依據111年3月25日本會第5屆111年第3次委員會議決議事項辦理。

正本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部中央健康保險署
副本：

附錄二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：李洵璣
聯絡電話：(02)8590-6779
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hghsunwei@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月8日
發文字號：衛部保字第1111260141C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本1份

主旨：「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，業經本部於中華民國111年4月8日以衛部保字第1111260141號公告修正發布，並定自111年5月15日生效，茲檢送公告影本1份，請查照。

說明：請本部中央健康保險署速依公告之方案內容，就所規劃相關執行細節及弱勢保障配套措施等，詳與各界說明並廣為宣導，俾利各項籌備作業順利完成，並減少實施後醫病間及行政作業之紛擾。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人台灣急診醫學會、台灣兒童急診醫學會、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗生公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、內政部、內政部役政署、內政部消防署、內政部警政署、內政部空中勤務總隊、海洋委員會海巡署、國軍退除役官兵輔導委員會、中央警察大學、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部社會及家庭署、衛生福利部中央健康保險署、本部醫事司、本部社會救助及社工司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會

副本：

111.04.11



111CC00231

第1頁 共2頁

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國111年4月8日
發文字號：衛部保字第1111260141號
附件：全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗
檢查、急診應自行負擔之費用1份



主旨：修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急
診應自行負擔之費用」，並自中華民國一百十一年五月十五
日生效。

依據：全民健康保險法第四十三條第三項。

公告事項：修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢
查、急診應自行負擔之費用」如附件，其他保險對象門
診應自行負擔之費用，依現行規定辦理。

部長陳時中

附件

一、全民健康保險保險對象門診藥品應自行負擔之費用

(一)收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

藥品費用	應自行負擔費用	
	西醫基層醫療單位/中醫 /地區醫院	區域醫院/醫學中心
100 元以下	0 元	10 元
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1,000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元		200 元
1,101-1,200 元		220 元
1,201-1,300 元		240 元
1,301-1,400 元	200 元	260 元
1,401-1,500 元		280 元
1,501 元以上		300 元

(二)保險對象有下列情形之一者，免自行負擔門診藥品費用：

1. 接受牙醫醫療服務者。
2. 接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論病例計酬
項目服務者。

(三)保險對象持慢性病連續處方箋調劑(開藥二十八天以上)，第一次
調劑以當次調劑慢性病藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之
門診藥品費用；第二次及第三次調劑，免計收。

二、全民健康保險保險對象門診檢驗、檢查應自行負擔之費用

(一) 西醫基層醫療單位/牙醫/中醫收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用
1,000 元以下	0 元
1,001 元以上	100 元

(二) 地區醫院收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用
500 元以下	0 元
501 - 600 元	50 元
601 - 700 元	60 元
701 - 800 元	70 元
801 - 900 元	80 元
901-1,000 元	90 元
1,001 元以上	100 元

(三) 區域醫院收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用	
	轉診	未經轉診
100 元以下	10 元	10 元
101-200 元	20 元	20 元
201-300 元	40 元	40 元
301-400 元	60 元	60 元
401-500 元	80 元	80 元
501-600 元	100 元	100 元
601-700 元	120 元	120 元
701-800 元	140 元	140 元
801-900 元	160 元	160 元
901-1,000 元	180 元	180 元
1,001-1,100 元	200 元	200 元
1,101-1,200 元	220 元	220 元
1,201-1,300 元	240 元	240 元
1,301-1,400 元	260 元	260 元
1,401-1,500 元	280 元	280 元
1,501 元以上	300 元	300 元

(四) 醫學中心收取金額如下：

單位：新臺幣(元)

檢驗、檢查費用	應自行負擔費用	
	轉診	未經轉診
100 元以下	10 元	10 元
101-200 元		20 元
201-300 元	20 元	40 元
301-400 元	30 元	60 元
401-500 元	40 元	80 元
501-600 元	50 元	100 元
601-700 元	60 元	120 元
701-800 元	70 元	140 元
801-900 元	80 元	160 元
901-1,000 元	90 元	180 元
1,001-1,100 元	100 元	200 元
1,101-1,200 元	110 元	220 元
1,201-1,300 元	120 元	240 元
1,301-1,400 元	130 元	260 元
1,401-1,500 元	140 元	280 元
1,501-1,600 元	150 元	300 元
1,601-1,700 元	160 元	320 元
1,701-1,800 元	170 元	340 元
1,801-1,900 元	180 元	360 元
1,901-2,000 元	190 元	380 元
2,001 元以上	200 元	400 元

(五) 保險對象接受全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準所定論

病例計酬項目服務者，免自行負擔門診檢驗、檢查費用。

三、全民健康保險保險對象急診應自行負擔之費用

單位：新臺幣(元)

層級別	檢傷分類		
	第一級、第二級	第三級	第四級、第五級
醫學中心	300 元	550 元	800 元
區域醫院	200 元	300 元	600 元
地區醫院	150 元		
基層醫療單位	150 元		

副本

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111年4月1日

發文字號：健保醫字第1110102120號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取



主旨：公告修訂「111年醫院總額結算執行架構之偏遠地區
醫院認定原則」（附件），並溯自111年1月1日起生
效。

依據：衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110111507號
函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、衛生福利部金門醫院、連江縣立醫院、臺北榮民總醫院蘇澳分院、臺北榮民總醫院員山分院、國立臺灣大學醫學院附設醫院金山分院、宜蘭員山醫療財團法人宜蘭員山醫院、大順醫院、通霄光田醫院、臺中榮民總醫院埔里分院、彰化基督教醫療財團法人二林基督教醫院、彰化基督教醫療財團法人南投基督教醫院、埔基醫療財團法人埔里基督教醫院、東勢區農會附設農民醫院、洪宗鄉醫療社團法人洪宗鄉醫院、宋志懿醫院、竹山秀傳醫療社團法人竹山秀傳醫院、東華醫院、長庚醫療財團法人雲林長庚紀念醫院、衛生福利部臺南醫院新化分院、三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處、天主教靈醫會醫療財團法人惠民醫院、衛生福利部澎湖醫院、屏安醫療社團法人屏安醫院、佑青醫療財團法人佑青醫院、迦樂醫療財團法人迦樂醫院、衛生福利部花蓮醫院豐濱原住民分院、佛教慈濟醫療財團法人關山慈濟醫院、衛生福利部臺東醫院成功分院、臺北榮民總醫院鳳林分院、臺灣基督教門諾

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300083

會醫療財團法人門諾醫院壽豐分院、衛生福利部玉里醫院、臺北榮民總醫院玉里分院、佛教慈濟醫療財團法人玉里慈濟醫院、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組

署長李伯璋



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111年4月1日

發文字號：健保醫字第1110102121號

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

農



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」(附件)，並溯自111年1月1日起生效。

奇

依據：衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110111505號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署臺北業務組、本署北區業務組、本署中區業務組、本署南區業務組、本署高屏業務組、本署東區業務組、本署資訊組

署長李伯璋

綠

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300084

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111年4月7日

發文字號：健保醫字第1110102336號

附件：請自本署全球資訊網公告欄自行擷取

表



主旨：公告「111年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」如附件。

依據：衛生福利部111年3月30日衛部保字第1111260126號函。

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

署長李伯璋

司

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300088

附錄四

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月1日
發文字號：健保醫字第1110102037號
述別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」，請查照。

說明：依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函(附件)辦理。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組

電 2022/04/01
文 15:18:56
交 章

核

111.04.01



1113340076

第 1 頁，共 1 頁

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年3月17日
發文字號：健保醫字第1110660170A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：110年第3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
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年3月1日全民
健康保險醫療給付費用牙醫門診總額111年第1次研商議事
會議會議決定辦理。
- 二、旨掲牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下
載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療
費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門
總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總
額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法
規定，自111年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核
付，依110年第3季結算點值辦理，並於111年3月辦理該季
點值結算後追扣補付事宜。

電子
文件
騎
1



111.03.18



1113340054

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

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

電 2012/03/17 文
交換章



2. 一般服務浮動每點支付金額 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)

- 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) + 緩起訴捐助款)
- 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)】
- ／ 投保該分區就醫一般服務浮動核定點數(BF)

$$\begin{aligned}
 \text{臺北分區} &= [4,430,919,780 - 1,145,818,853 - (37,949,062 + 0) - 154,805] / 3,454,045,394 = 0.94005628 \\
 \text{北區分區} &= [1,911,075,601 - 521,905,833 - (14,763,371 + 0) - 146,768] / 1,383,548,036 = 0.99328653 \\
 \text{中區分區} &= [2,165,596,316 - 218,632,711 - (18,444,139 + 100,000) - 55,922] / 1,881,718,395 = 1.02478859 \\
 \text{南區分區} &= [1,526,400,074 - 268,830,277 - (10,273,064 + 5,059,871) - 45,588] / 1,186,805,395 = 1.04666804 \\
 \text{高屏分區} &= [1,674,265,446 - 182,552,332 - (12,643,605 + 938,232) - 19,658] / 1,410,144,007 = 1.04819906 \\
 \text{東區分區} &= [235,866,311 - 44,352,608 - (2,279,854 + 0) - 7,011] / 158,464,157 = 1.19413022
 \end{aligned}$$

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

$$\begin{aligned}
 &= \text{加總} [\text{調整後分區一般服務預算總額(BD2)} \\
 &\quad - (\text{核定非浮動點數(BG) + 緩起訴捐助款}) \\
 &\quad - \text{自墊核退點數(BJ)}] \\
 &\quad / \text{加總一般服務浮動核定點數(GF)} \\
 &\quad - (96,353,095 + 6,098,103) - 429,752] / 11,287,521,666 = 1.04905602
 \end{aligned}$$

4. 一般服務分區平均點值 = [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

$$\begin{aligned}
 \text{臺北分區} &= [4,430,919,780 - (4,309,149,686 + 37,949,062 + 0) + 154,805] / 1,01924577 \\
 \text{北區分區} &= [1,911,075,601 - (1,778,584,927 + 14,763,371 + 0) + 146,768] / 1,06555944 \\
 \text{中區分區} &= [2,165,596,316 - (2,059,292,573 + 18,444,139 + 100,000) + 55,922] / 1,04225314 \\
 \text{南區分區} &= [1,526,400,074 - (1,393,189,569 + 10,273,064 + 5,059,871 + 45,588) / 1,08365374 \\
 \text{高屏分區} &= [1,674,265,446 - (1,559,184,060 + 12,643,605 + 938,232 + 19,658) / 1,06452240 \\
 \text{東區分區} &= [235,866,311 - (188,210,851 + 2,279,854 + 0) + 7,011] / 1,23815821
 \end{aligned}$$

5. 一般服務全區平均點值
= [11,944,123,528] / [11,287,521,666 + 96,353,095 + 6,098,103 + 429,752] = 1.04861294

注：自108年至110年第2季回歸總額緩起訴捐助款，臺分區已於追扣補付作為進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起
分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號：RGB13008R01
110年第3季

列印日期：111/02/07
頁次：29

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

核算主要費用年月起迄：110/07~110/09 核付截止日期：110/12/31

6. 牙醫門診總額平均點值 = 加總[依各季預算占率調整後分區一般服務預算總額(BD2)]

+ 專款專用暫結金額

+ 移撥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) + 線起訴捐助款 + 自營核退點數(BJ)]

+ 專款專用已支用點數(食品質保鑑保留款) + 移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]

$$= [11,944,123,528 + 241,245,196 + 36,245,499 + 6,362,939] \\ / [11,287,521,666 + 96,353,095 + 6,098,103 + 429,752 + 232,417,959 + 28,250,179] = 1,04951531$$

注：1. 專款專用暫結金額 = 牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額
+ 牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款) + 醫療資源不足地區改善方案支付金額

+ 品質保證保留款預算

$$= 100,022,166 + 52,835,957 + 34,545,496 + 1,028,000 + 6,475 + 52,807,102$$

$$= 241,245,196$$

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算 / 4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：

費用年月110/06(含)以前：於110/10/01~110/12/31期間核付者。

費用年月110/07~110/09：於110/07/01~110/12/31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：10634 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111年3月16日
發文字號：健保醫字第1110660125A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：110年第3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」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項規定暨111年2月24日「全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額111年第1次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨掲中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依110年第3季結算點值辦理，並於111年3月辦理點值結算追扣補付事宜。



1.03.17



1113340052

正本：衛生福利部中央健康保險署臺北業務組、衛生福利部中央健康保險署北區業務組、衛生福利部中央健康保險署中區業務組、衛生福利部中央健康保險署南區業務組、衛生福利部中央健康保險署高屏業務組、衛生福利部中央健康保險署東區業務組

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

電子公文
2022/03/17
11:28:17
交換章



程式代號：RGB13008RQ2

110年第3季

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：111/01/21

頁次：25

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表
核算主要費用年月起迄：110/07-110/09
核算截止日期：110/12/31

2. 一般服務浮動每點支付金額

列印日期：111/01/21
頁次：25

=「調整後分區一般服務預算總額(BD1)

- (各分區一般服務核定非浮動點數(BG) + 練起訴捐助款)

- (各分區自整核退點數(BJ))
/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)

臺北分區	=	[2,105,004,291	- (	670,429,842 +	0) -	56,059] /	1,135,460,785 =	1,263,379,95
北區分區	=	[898,578,221	- (	326,301,585 +	272,760) -	7,087] /	493,479,901 =	1,159,108,58
中區分區	=	[1,784,028,845	- (	622,392,454 +	424,692) -	25,762] /	1,098,112,603 =	1,057,437,95
南區分區	=	[979,020,047	- (	379,723,009 +	11,576) -	11,032] /	564,642,168 =	1,061,334,88
高屏分區	=	[1,114,725,581	- (	418,845,765 +	0) -	13,795] /	648,009,113 =	1,073,852,21
東區分區	=	[156,234,532	- (	45,528,370 +	0) -	4,986] /	85,985,645 =	1,287,437,87

3. 全區浮動每點支付金額

=「加總調整後分區一般服務預算總額(BD1)

- (加總核定非浮動點數(GG) + 練起訴捐助款)

- (加總自整核退點數(GJ))
/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

=	[7,037,591,517	- (2,463,221,025 +	709,028) -	118,721] /	4,025,690,215 =	1,136,089,09
---	-----------------	-----	-----------------	-------------	-------------	-----------------	--------------

註：自108年至110年第2季回歸總額起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，核算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以冲銷。

4. 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)

=「調整後分區一般服務預算總額(BD1)

/「一般服務核定浮動點數(BF)

+ 该分區核定非浮動點數(BG) + 線起訴捐助款

+ 當地就醫分區自營核退點數(BJ)」

臺北分區	= [2,105,004,291]	1,135,460,785 +	670,429,842 +	0 +	56,059] = 1,16559603
北區分區	= [898,578,221]	493,479,901 +	326,301,585 +	272,760 +	7,087] = 1,09574514
中區分區	= [1,784,028,845]	1,098,112,603 +	622,392,454 +	424,692 +	25,762] = 1,03665018
南區分區	= [979,020,047]	564,642,168 +	379,723,009 +	11,576 +	11,032] = 1,03667165
高屏分區	= [1,114,725,581]	648,009,113 +	418,845,765 +	0 +	13,795] = 1,04485736
東區分區	= [156,234,532]	85,985,645 +	45,528,370 +	0 +	4,986] = 1,18792365

5. 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)

= [7,037,591,517]/ [4,025,690,215 + 2,463,221,025 +

709,028 + 118,721] = 1,08441827

6. 中醫門診總額平均點值

=「加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) + 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) + 線起訴捐助款 + 加總分區自營核退點數(GJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 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)」

$$= [7,037,591,517 + 191,643,287 + 43,353,800]/[4,025,690,215 + 2,463,221,025 + 709,028 + 118,721 + 188,644,070 + 43,353,800] = 1,08195080$$

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轉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 + 痘症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(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) + 線路寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算

$$= 28,340,217 + 54,805,677 + 15,225,540 + 42,840,985 + 4,349,436 + 359,634 + 13,364,465 + 20,447,806 + 11,909,527$$

$$= 191,643,287$$

2. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110年品質保證保留款預算/4

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
費用年月110/06(含)以前：於110/10/01~110/12/31期間核付者。
費用年月110/07~110/09：於110/07/01~110/12/31期間核付者。

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號
聯絡人：陳俐欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2659
傳真：02-27026324
電子郵件：A111183@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111年3月18日
發文字號：健保醫字第1110660169B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：110年第3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
如說明段，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨111年3月3日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」111年第1次會議決定辦理。
- 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，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自111年3月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核付，依110年第3季結算點值辦理，並於111年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



111.03.21



1113340060

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、中華民國藥師公會全國聯合會、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、財政部賦稅署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署違規查處室、本署醫務管理組、各縣市醫師公會

2022/03/18
文
交
接
章

裝

訂

線

66

(1)點值排序第6名之地區為臺北區時：第4名分區占15%、第5名分區占25%，第6名分區占60%。

(2)點值排序第6名之地區非臺北區時：第4名分區占20%、第5名分區占40%。

(3)點值落後地區如僅有1或2分區，仍維持上開撥比率。

4. 嘉季風險調整移撥款有剩餘，則移至下季移撥款，合併撥當季東區浮動點值至每點1元及點值落後地區預算；如110年第4季計算後仍有剩餘或未動用之移撥款，則依移撥後各分區之估算浮動點值(Z)=[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) -

投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數×前季投保分區浮動點值(AF) - (投保該分區核定點數(BJ) - 非浮動點數)(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款) - 當地就醫分區自墊核退點數(BF)]

／投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

1. 一般服務分區浮動每點支付金額 = [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 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分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 + 緩起訴捐助款) - 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 = [10,050,758,485 +	260,508 - 1,550,347,353 - (2,736,519,304 - 10,844,289 +	0) - 457,352] / 5,370,523,184 = 1,07522844
北區分區 = [4,687,123,938 +	3,144,422 - 721,387,918 - (1,309,453,202 - 7,713,590 +	951,287) - 488,164] / 2,296,769,542 = 1,16062065
中區分區 = [5,724,140,147 +	2,013,312 - 336,711,150 - (1,609,280,071 - 5,070,109 +	536,143) - 516,848] / 3,355,108,287 = 1,12788591
南區分區 = [4,433,065,146 +	8,837,198 - 421,266,154 - (1,250,880,317 - 2,771,545 +	422,955) - 225,547] / 2,457,659,093 = 1,12785330
高屏分區 = [4,880,472,819 +	8,711,664 - 299,032,025 - (1,441,838,250 - 2,989,129 +	191,627) - 103,546] / 2,866,824,985 = 1,09912819
東區分區 = [637,507,897 +	18,424,242 - 74,479,730 - (208,724,970 - 1,185,394 +	0) - 55,551] / 314,864,821 = 1,18831085

2. 一般服務金區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 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 + 緩起訴捐助款) - 自墊核退點數(BJ)]

／加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [30,413,068,432 + 41,391,346 - (8,556,696,114 - 30,874,056 + 2,102,012) - 1,847,008] / 19,556,522,185 = 1,12109344

註：1. 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。

2. 自108年至110年第2季回歸總額後起訴捐助款，查分區已於追扣補付作業進行追扣，結算時亦列入一般服務核定點數之減項，造成重複扣減，爰自110年第3季起分4季自一般服務核定非浮動點數予以沖銷。

程式代號：rgb13008r03

110年第3季

衛生福利部中央健康保險署

列印日期：111/02/10

西醫基層醫療各分區一般服務每點支付金額結算說明表

頁次：36

核算主要費用年月起迄：110/07~110/09

核算截止日期：110/12/31

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(BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]

/[一般服務核定期浮動點數(GF) + 核定期非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款 + 自整核退點數(B1)]

臺北分區 = [10,050,758,485 + 260,508] / [6,676,068,933 + 2,736,519,304 - 10,844,289 + 0 + 457,352] = 1,06900700	北區分區 = [4,687,123,938 + 3,144,422] / [2,898,718,164 + 1,309,453,202 - 7,713,590 + 951,287 + 488,164] = 1,11622634
中區分區 = [5,724,140,147 + 2,013,312] / [3,648,379,008 + 1,609,280,071 - 5,070,109 + 536,143 + 516,848] = 1,08993980	南區分區 = [4,433,065,146 + 8,837,198] / [2,820,024,802 + 1,250,880,317 - 2,771,545 + 422,955 + 225,547] = 1,09170318
高屏分區 = [4,880,472,819 + 8,711,664] / [3,137,521,875 + 1,441,838,250 - 2,989,129 + 191,627 + 103,546] = 1,06828515	東區分區 = [637,507,897 + 18,424,242] / [375,809,403 + 208,724,970 - 1,485,394 + 0 + 55,551] = 1,12489632

4. 一般服務全區平均點值

= [30,413,068,432 + 41,391,346] / [19,556,522,185 + 8,556,696,114 - 30,874,056 + 2,102,012 + 1,847,008] = 1,08431752

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(BD6)

+ 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) + 核定期非浮動點數(BG) - 藥品給付協議 + 緩起訴捐助款
+ 自整核退點數(B1) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]
= [30,413,068,432 + 41,391,346 + 396,192,788] / [19,556,522,185 + 8,556,696,114 - 30,874,056 + 2,102,012 + 1,847,008 + 395,210,815]
= 1,08318200

註：

1. 專款專用暫結金額 = 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
+ 醫療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
+ 網絡頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所生產婦生補助試辦計畫(如暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)
+ 品質保證保留款預算
= 94,075,578 + 492,833 + 32,801,098 + 123,692,840 + 30,797,600 + 69,253 + 0
+ 54,790,894 + 4,919,535 + 54,553,157
= 396,192,788

2. C型肝炎用藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
4. 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 110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110/06(含)以前：於110/10/01~110/12/31期間核付者。
費用年月110/07~110/09：於110/07/01~110/12/31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：臺北市信義路3段140號
傳真：(02)27069043
承辦人及電話：賴昱廷(02)27065866轉
2605
電子信箱：A111145@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110年12月9日
發文字號：健保醫字第1100046161B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請逕自本署全球資訊網下載

主旨：110年第2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、依全民健康保險法第62條第3項規定暨110年11月17日「全民健康保險醫療給付費用門診透析預算110年第3次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭門診透析預算結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網\健保服務\健保醫療費用\醫療費用申報與給付\醫療費用支付\醫療費用給付規定\各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)\門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自110年12月15日起，門診透析預算費用之暫付、核付，依110年第2季結算點值辦理，並於110年12月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

110.12.09



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、台灣醫院協會、中華民國
醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦
稅署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署財務組、本署承保組、本署資訊
組、本署主計室、本署醫務管理組

電 2021/12/09 文
交 15:47:18 檢 章



程式代號：RGB13008R05
110年第3季
門診透析預算一般服務每點支付金額總算說明表
結算主要費用年月起迄：110/07~110/09
核付截止日期：110/12/31
列印日期：111/01/20
頁次：13

六、一般服務浮動每點支付金額

預算(D2)－ 檢定非浮動點數合計(M)－ 1×腹膜透析透析處置費核定點數合計(P1)

核定浮動點數合計(P)

10,594,835,816 - 723,513,692 - 167,127,761

11,295,198,504

= 0.85914332 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

= 檢定非浮動點數合計(M) + 腹膜透析透析處置費核定點數合計(P1) + 核定浮動點數合計(P)

10,594,835,816

723,513,692 + 167,127,761 + 11,295,198,504

= 0.86943829 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括：

- 費用年月110/06(含)以前：於110/10/01~110/12/31期間核付者。
- 費用年月110/07~110/09：於110/07/01~110/12/31期間核付者。

(會議資料第102頁)

報告事項第二案「110年度全民健康保險基金附屬單位決算及112年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案」案，說明三委員書面意見之健保署回復

健保署回應委員意見彙整表

委員姓名	委員意見	回應說明
于文男	<p>一、 近年呆帳費用不斷成長，110 年的呆帳已高達 54.30 億元，請問預計能回收多少金額？</p> <p>二、 110 年雜項收入增加的原因之一是醫療院所未兌現支票及醫療費用請求權超過法定時效轉列收入，請問該筆未兌現支票款項會銷掉或是以應付未付科目入帳？</p> <p>三、 決算報告第 8 頁提到，110 年愛心轉介件數為 4,391 件、獲補助金額 2,683 億元，請問自 84 年開辦健保以來，每年愛心轉介件數及獲補助金額各是多少？</p>	<p>有關全民健康保險基金呆帳轉銷後，其呆帳收回率，每 1 個年度約可收回 2~4 個百分點，5 年呆帳轉銷收回率可達近 15%；預計 5 年可回收約 8 億元。</p> <p>有關全民健康保險基金所開立之支票，如執票人逾二年以上未提示兌現支票，則轉列「雜項收入」科目，嗣後如執票人再申請支付，則以「雜項費用」科目列帳。</p> <p>全民健康保險基金自 87 年起受理愛心轉介公益團體補助弱勢健保費統計資料(附件)。</p>

委員姓名	委員意見	回應說明
劉淑瓊	<p>全民健康保險基金自 106 年以降收不抵支，安全準備餘額亦因此逐年減少至今。對此，全民健保從 110 年起一般保險費率調整為 5.17%，111 年 3 月 17 日預告「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」修正草案。據健保署推估，即使本草案實施，其所挹注健保 107 億元，恰也僅避免健保陷入 111 年底安全準備餘額低於法定標準的疑慮，隔年財務困境一樣會重演。更何況，本草案在社會公平性部分未盡周全，其影響幅度亦不清楚。</p> <p>收不抵支是健保的長年困境，財務缺口卻逐年擴大，與「財務連動、收支平衡」的保險精神漸行漸遠。「部分負擔」政策乃是治標不治本之作法，因為財務失衡是「結構性問題」，政策措施也會產生結構性的影響，健保署應全盤檢討收入面改革(部分負擔等)對公平性的影響程度，並提出支出面(檢討支付制度、DRG 等)</p>	<p>一、 截至 111 年 3 月底止，健保財務收支累計結餘 1,003 億元，約當 1.64 個月保險給付支出，安全準備總額尚符合全民健康保險法第 78 條規定 1 至 3 個月保險給付支出之法定範圍。另，衛生福利部(下稱衛福部)已於 111 年 3 月 23 日預告修正「全民健康保險投保金額分級表」方案，及於 111 年 4 月 8 日公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，並自 111 年 5 月 15 日實施，預估每年影響金額分別約為 17 億元及 99.9 億元。</p> <p>二、 在納入 111 年 5 月 15 日實施之部分負擔新制及假設 111 年 7 月實施「全民健康保險投保金額分級表」方案措施下，對健保財務之影響，以現行費率 5.17% 估算，預估 111 年底安全準備將逾 1 個月，為健保永續經營，衛福部與本署已研擬以促進分級醫療及負擔公平為主軸之「全民健保財務調整措施」，除了上述部分負擔新制及調升投保金額分級表上限外，尚包含檢討旅外國人權利義務、強化政</p>

委員姓名	委員意見	回應說明
	<p>的改革規劃，而非採取挖東牆補西牆的作為。</p> <p>據李教授玉春所言：「(健保總額)保守估計有 20%的醫療浪費，換算下來就有 1 千 5 百億。」而健保署於 107 年起，推動醫療科技再評估(Health Technology Reassessment, HTR)作業，主要是針對已給付項目進行療效及成本效益之追蹤或監測，建立系統化的檢討機制。敬請署方說明，透過執行 HTR，實證無助於醫療的項目與給付有多少，實際達到醫療資源再配置的成效為何。</p> <p>另，據立法院預算中心對全民健保基金 111 年度預算評估報告，預算中心指出保險基金營運的 9 項問題(請參附件)。其中：雙向轉診機制仍是以基層診所轉出居多、醫學中心未因 106 年調高急診部分負擔而紓解急診壅塞、急性後期整合照護計畫收案人數未如預期、家醫計畫的部分指標近年概呈下降趨勢等。建請健保署進行回復說明，以利委員了解預算使用情形。</p>	<p>府財務責任(依健保法補助始列入政府負擔 36%之計算)及擴大補充保險費計費基礎，本署除持續配合衛福部辦理前述調整措施，並將繼續推動整合醫療資源有效運用、抑制資源不當耗用、減少醫療浪費等各項措施，未來也將不斷精進，以減緩健保財務壓力。另，為確保健保永續經營，衛福部業自 109 年 9 月起推動「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110-114 年)」，以整合公共衛生體系與健保資源，積極提升民眾健康、配合健康照護體系改革，引導資源有效配置，及改革健保給付及支付制度，以提升健保給付效益與支付效率。</p> <p>三、有關全民健康保險基金於 110 年委託財團法人醫藥品查驗中心辦理「執行運用醫療科技再評估提升保險給付項目之效益計畫」，110 年已完成 9 項藥品之再評估作業，並提出相關藥品給付規定修訂建議，未來將依行政程序提請藥品專家會議及共同擬訂會議討論，後續依會議決議辦理。上述 9 項藥品包括心臟血</p>

委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>管藥物、原發性肺動脈高壓藥物、復發型多發性硬化症藥物、轉移性直腸結腸癌藥物、抗病毒藥物等。本署將持續參考國際趨勢及經驗，財團法人醫藥品查驗中心協助規劃我國醫療科技再評估與國際接軌之機制，進行可行性評估，檢視我國健保給付品項是否具給付效益。倘經試運作證明該機制可全面性及系統性運作，將納入常規運作。</p> <p>四、有關雙向轉診機制仍是以基層診所轉出居多、醫學中心未因 106 年調高急診部分負擔而抒解急診壅塞、急性後期整合照護計畫收案人數未如預期、家醫計畫的部分指標近年概呈下降趨勢等，本署說明如下：</p> <p>(一) 雙向轉診機制仍以基層診所轉出居多：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li data-bbox="887 1635 1416 2060">1. 本署近年積極推動醫療體系垂直整合，由各層級醫療院所合作組成，以民眾為中心評估其照護需求，適當轉至適合之醫療院所或長期照護機構以提供完善的醫療照護。另為鼓勵院所建立轉診

委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>合作機制，自 107 年 7 月起於支付標準提供轉診誘因，用於鼓勵基層轉診、醫院接受及回轉轉診個案。</p> <p>2. 經統計 110 年轉診案件共 1,141,955 件，由基層診所轉出者計 729,984 件，約占 64%，較 106 年占率 76%(509,647/666,688)為低。</p> <p>3. 本署仍將持續觀察民眾就醫趨勢並推動相關政策，適時與各界討論改善，並持續對民眾加強宣導分級醫療及節約醫療資源之觀念，合理使用醫療資源，以達政策目標。</p> <p>(二) 醫學中心未因 106 年調高急診部分負擔而抒解急診壅塞，為解決急診壅塞情形，本署因應策略如下：</p> <p>1. 111 年醫院總額編列 3.0 億元專款持續推動急診品質提升方案，期透過支付誘因提升急診效率，減少壅塞。</p> <p>2. 持續推動 Tw-DRGs 制度，以減少住院日數及占床率，或加強門診化療服務減少不需要住院。</p>

委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>3. 自今(111)年5月15日起調整急診部分負擔費用，至醫學中心急診依急診檢傷分類調整為按「第1-2級」、「第3級」及「第4-5級」收取不同急診部分負擔，第1-2級300元、第4-5級800元、第3級維持550元。</p> <p>(三) 急性後期整合照護計畫收案人數未如預期：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 本計畫收案條件係邀集相關科別醫學會代表召開專家會議取得共識，共同研議擬定，並經醫師專業考量病人之復健潛能始予以收案。 2. 惟PAC計畫收案，受醫療專業評估及病人及其家屬意願等繁多影響因素。為使健保醫療資源運用效益最大化，及不同程度病況之病人能得到最妥善之醫療照護，PAC計畫收案對象以中度至中重度個案為主，且依各疾病特性，於黃金復健期內限期收案，個案須有接受密集之復健療程之積極意願，且本計畫訂有不適宜收案之排除收案條件(亦經由相關醫學會代

委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>表開會共識訂定)，在嚴謹的收案程序下，本計畫歷年成效與品質均為良好。</p> <p>3. 另為鼓勵醫學中心及區域醫院將具有積極復健潛能之腦中風病人轉出至急性後期照護醫院接受照護，本計畫編列轉出醫院出院準備及評估費及轉出醫院轉銜作業獎勵費，以增加醫學中心及區域醫院轉出個案誘因。</p> <p>4. 又為鼓勵承作醫院收案，除給付照護費外，另給付評估費及獎勵費。另主責醫院提升團隊照護品質獎勵費每家主責醫院團隊全年 6 萬點，所負責之團隊每增加一項推動範圍且該項增加範圍年度收案數至少 20 人以上，每項增加 3 萬點，團隊最高執行 6 項 PAC 範圍計 21 萬點。</p> <p>(四) 家醫計畫部分指標近年概呈下降趨勢：</p> <p>1. 家醫計畫推動多年已建立之基礎，包括收案會員數、參與計畫之醫療群數、院所數及醫師數皆逐年成長；預防保健執行率高、會員滿意度</p>

委員姓名	委員意見	回應說明
		<p>高(99%以上)、促進醫院與診所合作、提供會員 24 小時諮詢專線、建立醫療照護品質提升及轉診機制，協助處理安排病人轉診、追蹤其治療結果等，達家醫計畫所訂之目的。</p> <p>2. 本計畫為保障醫療品質，每年本署均與各學協會積極檢討家醫計畫，持續修訂評核指標；並針對品質指標執行不佳者，訂有退場機制，即評核指標未達 65 分者，應退出計畫，1 年內不得再加入計畫。</p> <p>3. 本署 111 年參考衛福部全民健康保險會及立法院委員建議，與醫界共同精進評核指標，新增 5 項指標、刪除 4 項指標並修改 5 項指標；本署未來將持續依各界建議修訂家醫計畫，繼續推動增加高齡人口收案、加強擇優汰劣並朝向提升社區醫療群品質成效發展，以建立本土化之家庭醫師制度。</p>

愛心轉介

年度	數量(件數)	金額(萬元)
87	29	46
88	132	310
89	139	232
90	391	526
91	439	679
92	529	656
93	619	551
94	698	564
95	574	471
96	2,067	1,004
97	2,669	1,563
98	3,345	1,819
99	3,129	1,297
100	2,646	1,806
101	4,755	2,274
102	8,706	2,480
103	10,377	2,475
104	9,201	2,160
105	8,489	2,578
106	6,799	2,369
107	5,749	2,579
108	4,115	1,469
109	3,988	1,680
110	4,391	2,683
合計	83,976	34,271

備註：愛心轉介公益團體協助補助健保費措施自 87 年起執行。

製表單位：中央健康保險署

衛生福利部全民健康保險會
第5屆111年第4次委員會議補充資料目錄

會議時間：111年4月21日

一、更新：議程確認 -----	1
二、新增：議程五、優先報告事項	
衛生福利部「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」 (草案)併同中央健康保險署「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案 -----	2
三、新增：臨時提案	
(一)第一案「解決民眾餘藥問題之策略與執行方式」 -----	72
(二)第二案「為確保民國111年5月15日公告實施之『全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用』之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告」 -----	75

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 4 次委員會議議程(更新)

一、主席致詞	
二、議程確認	
三、確認上次(第 3 次)委員會議紀錄	1
四、本會重要業務報告	47
五、 <u>優先報告事項</u>	
<u>衛生福利部「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)併同中央健康保險署「112 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案</u> ----- <u>補充資料第 2 頁</u>	
六、討論事項	
有關「全民健康保險保險對象代謝症候群管理計畫」(草案)報請同意案	71
七、報告事項	
(一)中央健康保險署「111 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」	101
(二)110 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 112 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案	102
八、臨時提案	
(一)解決民眾餘藥問題之策略與執行方式	----- <u>補充資料第 72 頁</u>
(二)為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告	----- <u>補充資料第 75 頁</u>

五、優先報告事項

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」
(草案)併同中央健康保險署「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案。

說明：

一、本件係衛生福利部(下稱衛福部)依據全民健康保險法(下稱健保法)第 60 條規定，於本(111)年 4 月 15 日以衛部保字第 1111260152 號函及 4 月 19 日以衛部保字第 1111260165 號書函更新之「112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 112 年度總額範圍草案，如附件一，第 10~32 頁)，簡報如附件六(第 49~71 頁)，諮詢本會意見案。

健保法第 60 條

本保險每年度醫療給付費用總額，由衛福部於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

二、為利委員審視前揭總額範圍草案，同時請中央健康保險署(下稱健保署)依健保法第 5 條規定，併提「112 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)供參(如附件二，第 33~41 頁)。

健保法第 5 條

健保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。

衛福部社保司業務窗口：林蕙卿科長，聯絡電話：02-85906666，分機 6770

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

.....

本會補充說明：

一、衛福部所送 112 年度總額範圍草案，其擬訂方式與歷年作法比較說明，摘要如下：

(一)總額基期計算方式不同：112 年總額基期改採淨值為 111 年度健保醫療給付費用(淨值)^註，推估約為 8,018.43 億元。

過去年度總額基期	112 年度總額基期
前 1 年度核定之健保醫療給付費用 (預算數)	前 1 年度核定之健保醫療給付費用，扣除 110 年「未執行額度」及「未導入預算」(實際執行數)

本次提出之 112 年度總額基期 8,018.43 億元，其計算方式係以 111 年度核定之健保醫療給付費用(8,095.62 億元)，扣除 110 年「未執行額度(以各專款 107~109 年 3 年平均執行率推估)」及「未導入預算(以健保署公告之 110 年第 1~3 季結算數值估計)」(77.18 億元)所得。其中扣除數目前為暫列推估值，後續將俟 110 年第 4 季結算後，再修正為實際值。

註：所謂淨值係指前 1 年健保醫療給付費用，扣除成效回饋、未執行額度、未導入預算，以及專款項目與一般服務重疊部分。

(二)低推估值計算公式與過去相同：低推估值 1.256%，較 111 年增加 100.71 億元，預估總額為 8,119.14 億元。

其計算主要係以「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」合併計算之成長率，再以 111 年一般服務預算占率(87.01%)校正，以及校正 110 年投保人口數值(-0.426%)。

(三)高推估值計算方式與過去相同(即低推估值+調整因素)：高推估值 5.0%，較 111 年增加 400.92 億元，預估總額為 8,419.35 億元。

本項係「低推估值」加上「調整因素(增加 300.21 億元)」所得。其中調整因素包括：

1. 依據 112 年度全民健康保險政策目標，包含兩大方向，其一為健保總額延續性項目或計畫，其二為全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021 年~2025 年)。
2. 以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，與衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健

支出及全民健康保險財務收支情形等。

二、健保署提出之健保財務推估：

健保署依照前揭總額範圍(草案)低、高推估值，以現行費率 5.17%試算，則 112 年當年保險收支預估將短绌 111 億元至 409 億元，當年底保險收支累計結餘為 544 億元至 246 億元，安全準備約當保險給付支出 0.88 個月至 0.38 個月。

表、112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
112 年度總額醫療費用成長率	1.256%	5%
112 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	8,119	8,419
增加金額(億元)	101	401
112 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	7,443	7,741
112 年保險收入(億元)	7,332	7,331
112 年當年保險收支餘绌(億元)	-111	-409
112 年保險收支累計結餘(億元)	544	246

三、經檢視 112 年度總額範圍草案，其與本會現行總額協商運作不同處，研析意見如下，請參考：

主要改變：112 年度總額基期改採 111 年度總額費用淨值，扣減 110 年未導入預算及未執行額度，恐無法反映年度總額之實際需求。

項目	112 年度總額及基期	
	採歷年方式計算	改採淨值方式計算
一般服務 增加金額 (A)	增加金額 =基期「 <u>111 年一般服務預算</u> ^註 」 ×當年度成長率 註：協商時依健保署提供扣除新醫療科技未導入額度之一般服務預算	增加金額 =基期「 <u>111 年一般服務預算</u> <u>–110 年「未導入預算」</u> 」 ×當年度成長率
專款項目 (零基預算) 增加金額 (B)	增加金額 =當年度各項專款全年預算 <u>–111 年專款全年預算</u>	增加金額 =當年度各項專款全年預算 <u>–(111 年專款全年預算–110 年未執行額度)</u>
年度總額	年度總額 =(<u>111 年度總額</u> ^註) + 當年度增加金額(A+B) 註：協商時依健保署提供扣除新醫療科技未導入額度	年度總額 =(<u>111 年度總額</u> – <u>110 年「未導入預算」</u> – <u>110 年「未執行額度」</u>) + 當年度增加金額(A+B)
總額基期 改變主要 影響	1.總額基期依執行數多少而變動，目前暫估為減少 77.18 億元，計算基礎不同，無法與歷年總額比較其成長率。 2.基期主要扣減 110 年「專款未執行額度」76.79 億元(暫估)，若 112 年先行補足前述專款預算，則將壓縮一般服務協商空間。 3.專款之計算基礎失真，無法反映實際需求。	

(一) 本會現行總額協商方式：依協商架構，各部門總額依其服務項目內容及性質區分為「一般服務」及「專款項目」，各有不同計算邏輯及預算處理方式，專款採零基預算，實支實付，未執行額度回歸安全準備，未有基期虛胖之問題。

1.一般服務預算：主要為民眾均可使用之一般常規醫療服務為主，以「前一年一般服務預算為基期」乘以成長率計算增加金額，因為預算會滾入基期逐年成長，歷年若有未導入預算，均於協商時請健保署提供執行結果扣減，不納入基期(例如醫院總額「新醫療科技」，於基期扣減未

於 106~108 年導入新特材約 2.5、1.6、2.8 億元)。

2. 專款預算：主要為試辦性質之專案計畫及配合政策之專款(保障弱勢、風險調整等)，採零基預算，每年依實際執行情形，直接協定預算額度，並以「前一年專款全年預算」做基礎，比較絕對增加之金額，不計算相對之成長率。此外，專款項目採實支實付，未執行額度均回歸安全準備，依健保署之結算 106~109 年未執行額度約 55.7~93.5 億元，均回歸安全準備(如附件三，第 42~44 頁)。

(二) 本次提出基期計算方式之更動，對總額協商的影響：

1. 無法與過去總額做比較：若按照過去計算方式，112 年總額基期(即 111 年總額)為 8,095.62 億元；若改為淨值，則基期下修為 8,018.43 億元，與歷年總額之計算基礎不同，協商結果無法做歷年趨勢之分析比較。

2. 有壓縮協商空間及無法反映專款實際需求之虞：若基期改採淨值，依所送草案所扣減之 77.18 億元中，主要扣減專款項目之 110 年未執行額度(約 76.79 億元^註)，係以前 3 年預算執行率推估)，並無減少保險支出的效益，且有以下疑慮：

(1) 壓縮協商空間：為確保總額協商結果能依法在行政院核定的總額範圍內，協商時基期需與總額範圍之基期(淨值)一致，且整體總額成長幅度(增加金額)不能超過上限(400.92 億元)，扣除低推估(100.71 億元)，協商空間約為 300.21 億元。

試算對總額協商之影響：

若 112 年總額基期採淨值，各項專款項目須改以「扣除 110 年度專款未執行額度」做基礎，計算增加金額。如此，若 112 年總額要維持 111 年專款額度，則需增列 76.79 億元，將占用協商空間之 25.6%(76.79 億元

/300.21 億元)，勢必壓縮一般服務重要項目之協商空間。

註：另本會以 110 年第 1~3 季執行數推估未執行額度為 116.8 億元(如附件三，第 42 頁)，依此，若要維持 111 年專款水準，需增加 116.8 億元，約占協商空間之 38.9%(116.8 億元 /300.21 億元)。

(2)專款之計算基礎失真，無法反映實際需求：專款採零基預算，每年的計畫項目、內容及額度均會變動，無法比較，不宜計入基期。此外，專款計畫推動初期之執行率可能不高，之後可能逐年成長，年度間預算額度及執行率差異大，以「前 1 年預算扣除前 2 年未執行額度」，作為計算基礎，無法反映當年實際需求。

舉例說明：

110 年因疫情未執行額度偏高，例如醫院總額「鼓勵院所建立轉診合作機制」，預算 4 億元，截至第 3 季僅執行 1.01 億元，若將 110 年未執行數扣除，有低估專款基礎之虞。

(3)預備金未執行額度納入基期扣減，不合理：其他預算設有風險控管及重要項目執行不足之預備金，如「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」，預備金為備援之用，大多未執行，依修正之基期計算，必須將其扣除，因預備金為每年必要編列之項目，如此又將占用協商空間。

(三)建議總額基期計算方式：

1.一般服務部分：考量預算會納入基期累進成長，對於基期採淨值，扣減未導入預算或未執行額度部分，應屬合理。

2.專款項目部分：考量專款為零基預算，未執行額度均回歸安全準備，建議維持以「前一年專款預算」作為計算

基礎。

四、有關總額範圍擬訂說明所提 111 年 3 月 15 日，衛福部社保司所辦 112 年總額擬訂方向會議決議(如附件一，第 14 頁)，涉及本會部分，研析意見如下：

(一)社保司決議內容：111 年總額各部門總額「成效回饋」部分，待健保會確認後再納入總額基期計算。

1.本會對相關協定事項之處理方式：依本會本年 3 月份委員會議決定之 111 年度總額協定事項及辦理時程，其中涉及一般服務扣款或節流效益納入總額財源部分，已請健保署分別於 111 年 7 月、112 年 7 月提報規劃之處理方式及執行結果，爰關於成效回饋部分，本會業已依協定事項辦理。

2.建議本會回復社保司之說明：依上開本會的處理方式，本會已將「成效回饋」納入年度總額協商考量。未來仍將視健保署提供之各總額執行結果與成效資料，在年度總額協商時考量處理。

(二)社保司決議內容：建議健保會未來協商各部門總額相關計畫時，應先訂定 KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準、如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義處預先處理，減少協商後須再協商。

1.本會目前對總額協商草案之規範：查 111 年度協商架構及原則與程序，明訂總額協商草案須包含：執行目標、預期效益評估指標、服務內容及費用估算基礎，已包括 KPI 之訂定，惟尚未包含提案為幾年計畫、如何回饋付費者和醫界等內容。

2.建議本會回復社保司之說明：本項建議，擬納入 112 年總額協商架構及原則與程序案討論，並作為總額協商及協定事項之依據(本年 5~6 月份委員會議)。

五、另彙整歷年總額核定情形(如附件四，第 45 頁)，及衛福部

於本年3月15日召開「『112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向』會議」之整理意見摘要(如附件五，第46~48頁)，供委員參考。

決定：

附件一

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月19日
發文字號：衛部保字第1111260165號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：112年總額範圍諮詢健保會(草案)(1110418更新資料)

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)，
案)，
惠請更新相關資料，請查照。

說明：

一、依據本部111年4月15日衛部保字第1111260152號函(諒達)辦理。

二、修正112年基期淨值之未執行額度扣減金額之估算方式，改以各總額部門各項專款107-109年3年平均執行率及110年預算數估計，爰此，「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)更新如下(詳附件)：

(一)以111年度醫療給付費用總額淨值(8,018.43億元，暫估)為基期，成長率訂為1.256%至5%，較前1年度增加100.71億元至400.92億元，估計整體全民健康保險醫療費用約為8,119.14億元至8,419.35億元。

(二)更新表4：112年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之

111.04.19



111CC00257

第1頁 共2頁

影響評估。

三、另基期淨值將俟110年第4季結算後再依健保署提供之資料更正。

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

112 年度全民健康保險醫療給付費用 總額範圍（草案）

衛生福利部 111 年 4 月

依全民健康保險法第 60 條規定，全民健康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，經諮詢貴會意見後，報請行政院核定。

本部所擬之 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，係以 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額(淨值)為基期(約 8,018.43 億元)，總額範圍下限金額 8,119.14 億元至上限金額 8,419.35 億元(成長率 1.256%至 5%)，擬訂內容詳附件。

簡要說明如下：

$$\begin{aligned} & \text{112 年度全民健保醫療給付費用總額範圍} \\ & = 111 \text{ 年度全民健保醫療給付費用(淨值)} \\ & \quad \times (1 + 112 \text{ 年度全民健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

- 一、低推估值 (1.256%，增加 100.71 億元，下限金額為 8,119.14 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」合併計算成長率，再依據貴會之協商架構，以 111 年一般服務預算占率(87.010%)校正，以及校正 110 年投保人口數值(-0.426%)後，成長率為 1.256%。
- 二、高推估值 (5%，增加 400.92 億元，上限金額為 8,419.35 億元)：即低推估值+調整因素，其中調整因素係依據 112 年度全民健康保險政策目標（包含健保總額延續性項目或計畫、全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021 年-2025 年)），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全民健康保險財務收支情形等所擬。

綜上，預估 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額，約為 8,119.14 億元至 8,419.35 億元，敬請貴會惠予支持。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明

壹、111 年度總額範圍諮詢健保會之委員意見摘要

鑑於 111 年度總額範圍諮詢健保會時，委員意見與年度總額範圍擬訂公式有關者，本部摘錄如下，並彙整歷年各界意見，於 110 年啟動總額範圍擬訂公式檢討作業：

一、醫療服務成本指數改變率(MCPI)

- (一) 蔣售物價指數為負值，惟民生用品價格、醫院採購藥品及醫療器材之成本並未下降，應檢討指數之真實性。
- (二) 進、出口物價指數都是下降的，與躉售物價指數的趨勢相符。

二、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

- (一) 檢討投保人口結構改變對醫療費用之影響率。現行公式不是反應特殊人口對於醫療費用之影響，而是反應整體人口成長對醫療費用的影響。
- (二) 建議健保署利用健保大數據，分析各年齡層 1 年的醫療費用，以了解人口老化對醫療費用之影響。

三、投保人口預估成長率

- (一) 鑑於 110 年 1 月至 3 月自然成長率為負值，投保人口預估成長率應比主管機關所提供之 0.136% 低。
- (二) 倘若 110 年人口成長為負值，則會延後在 112 年度總額預算反應。

四、政策所減省費用應列為總額減項：應將政策引導之健保之節流成效列為減項。例如：藥品給付管理協議(MEA)、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C 肝新藥等，減列項目效益高達 183.9 億元，建議列入減項。

貳、總額擬訂公式修訂歷程

為檢討全民健保年度總額範圍之擬訂公式，於 110 年初成立之「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」；檢討議題內容包含健保會委員與外界等所提之意見，目前已召開 2 次工作小組會議。因部分議題涉及不同專業領域，為求慎重及廣求各界意見，對低推估公式相關因素陸

續召開多次專家諮詢會議，並將各領域專家學者建議彙整研議後，於111年3月14日召開第3次工作小組會議，並於111年3月15日召開112年總額擬訂方向會議，相關修訂方向及會議決議如下分述：

- 一、 模擬固定基期及移動基期：會議決議維持採用現行移動基期，惟每年總額範圍擬訂之成長率及實際金額須確實呈現，並以實際金額為主。
- 二、 「給付支付改善成效回饋款」：
 - (一) 參採111年總額各總額部門醫療給付費用協定文字，可分為：「檢討項目實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」、「依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」、「年度結束前未依時導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」、「依年度預算執行結果，於一般服務扣減與該項專款項目重複部分之費用」等四種處理方式，其中「未執行額度扣減」、「未導入預算扣減」和「重複部分扣減」部分，將於112年度總額基期進行處理，「成效回饋」部分則待健保會確認後再納入總額基期計算。
 - (二) 未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商，如果評估標準達到或者更好，就擴大辦理或持續辦理，不好的話就減少預算或退場。
- 三、 投保人口結構改變對醫療費用之影響率：研議將計算式之「各年齡層人數百分比」改為「各年齡層實際總人數」，並以國發會「中華民國人口推估（2020至2070年）」之資料推估110至128年數值趨勢如下所示，惟3月14日、15日兩場會議之討論尚未凝聚共識，將再研議及與各界溝通。

年	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119
A因子(建議公式)	1.466%	1.626%	1.644%	1.657%	1.598%	1.481%	1.552%	1.499%	1.435%	1.377%
A因子(現行公式)	1.541%	1.752%	1.756%	1.724%	1.749%	1.631%	1.732%	1.703%	1.665%	1.631%

年	120	121	122	123	124	125	126	127	128
A因子(建議公式)	1.305%	1.334%	1.177%	1.078%	1.036%	0.957%	0.841%	0.747%	0.664%
A因子(現行公式)	1.588%	1.648%	1.525%	1.513%	1.486%	1.389%	1.369%	1.298%	1.265%

四、「醫療服務成本指數改變率(MCPI)」：原於3月14、15日會議提案建議移列至高推估，同時做為支付標準調整預算來源。惟各界意見仍有疑慮，未來將接續檢討其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現實有所落差之問題。

參、現行總額範圍擬訂公式及112年度總額基期

112年度全民健康保險醫療給付費用上(下)限金額 =

111年度全民健康保險醫療給付費用(淨值)^註 × (1 + 112年度全民健康保險醫療給付費用成長率之高(低)推估值)

低推估
3項因素

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

註：所謂淨值係將成效回饋、未執行額度、未導入預算，以及專款項目與一般服務重疊部分等納入計算後得之。

依據111年3月15日會議決議，112年總額基期(111年度全民健康保險醫療給付費用)扣除110年「未執行額度扣減」及「未導入預算扣減」部分，基期淨值約為8,018.43億元，係以各總額部門各項專款107-109年3年平均執行率及110年預算數估計，將俟110年第4季結算後再依健保署提供之資料確認更正。

項目	計算說明
1. 依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度	以 107-109 年 3 年平均執行率估計。(資料來源：健保會 109 年度各總額部門執行成果評核指標摘要)
2. 年度結束前未依時導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度	以健保署公告之 110 年截至第三季結算報表所列數值納入計算。
3. 依年度預算執行結果，於一般服務扣減與該項專款項目重複部分之費用(註 1)	-
4. 檢討項目實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源(註 2)	-
合計(註 3)	77.18 億元

註 1：本項於 110 年尚無項目需扣減。

註 2：有關節流效益之回饋款待健保會確認後納入當年度擬訂之總額範圍計算。

註 3：考量健保署結算作業期程，相關扣減額度將俟 110 年第 4 季結算後確認。

肆、 低推估值：1.256%，增加 100.71 億元，預估 112 年下限總額為 8,119.14 億元。

一、 醫療服務成本及人口因素成長率(A)：(1+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)×(1+投保人口預估成長率)-1

各項因素如下表：

項目	成長率
1. 投保人口預估成長率(註)	-0.264%
2. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(詳表 1)	1.829%
3. 醫療服務成本指數改變率(詳表 2)	0.374%
醫療服務成本及人口因素成長率(A)	1.933%

註：「投保人口預估成長率」係以 110 年對 109 年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

二、 前述計算結果(A)，依 111 年一般服務預算占率校正(87.010%)；考量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

(即 112 年度總額基期須校正 110 年投保人口成長率差值)，校正 110 年投保人口數後(-0.426%)，成長率為 **1.256%**。

伍、高推估值：5%，即低推估值(1.256%)+調整因素(3.744%，增加 300.21 億元)，預估總額為 8,419.35 億元。

高推估值係以低推估值加上調整因素 (3.744%，約 300.21 億元)。其中調整因素之擬訂係依據 112 年度全民健康保險政策目標，包含兩大方向，其一為賡續健保總額之項目或計畫，其二為依據「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021 年-2025 年)」(以下稱健保總額中長期改革計畫)。調整因素以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，與衡量民眾付費能力、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。

為使健保永續經營，替民眾購買健康，健保改革是持續性且刻不容緩的任務。本部藉由健保總額中長期改革計畫之溝通機制，以健保之「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」三大核心價值為主，於年度目標納入各項計畫，內容包含促進公共衛生、預防保健、醫療服務、照護服務體系間的合作，期使健保資源之投入，亦帶動本部之公務預算及相關基金亦投入，使得資源之利用最大化，提供保險對象以人為本的照護。

一、112 年度健保醫療給付費用總額之政策目標、內涵及金額

(一) 整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **47.72 億元。**

1. 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。
2. 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。
3. 持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除 C 肝政策綱領設定 2025 年消除病毒性肝炎的目標。

4. 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，提升民眾健康自主權及自我充能(empowerment)，加強民眾進行自我健康管理。
5. 建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向，確保癌症病人之診療與照護品質。

(二) 精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **165.13** 億元。

1. 賦續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。
2. 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，建立家庭責任醫師制度。
3. 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。
4. 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
5. 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。

(三) 推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **19.40** 億元。

1. 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
2. 推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
3. 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
4. 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。

(四) 增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】，共 **48.24** 億元。

1. 建立定期檢討醫療服務支付標準相對值表合理性之制度。
2. 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

(五) 保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】，共 **19.71** 億元。

1. 鼓勵發展遠距醫療及其照護模式，合於《通訊診察治療辦法》之規定下，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
2. 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
3. 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

(六) 減列預算項目：

除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 2.51 億元外，尚有配合 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、精神科長效針劑藥費、提升保險服務成效等計畫執行情形減列相關預算共 **14.32** 億元，其減列金額已含納於前述政策目標。

二、民眾付費能力（詳表 3）

(一) 我國經濟成長率：依據行政院主計總處 111 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，106 年至 109 年成長率數值範圍介於 2.79% 至 3.36%。

(二) 健保平均投保金額成長率：基本工資自 111 年 1 月 1 日起調升，月薪由 2 萬 4,000 元調整至 2 萬 5,250 元，調升 1,250 元，調幅約為 5.21%；時薪則比照月薪調幅，由 160 元調整

至 168 元。因應基本工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估 111 年之平均投保金額成長率為 3.08%。

(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%，111 年健保保險費成長率為 1.68%。

(四) 國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：依據本部 110 年 1 月所發布之「109 年國民醫療保健支出統計分析」，109 年 NHE 占 GDP 比率為 6.69%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.80%，110 年預估為 3.61%，111 年預估為 3.53%，相關長期趨勢詳圖 1、2。

(五) 國際比較：比較 108 年經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP (以購買力平價(PPP)為基準)，我國平均每人 CHE 占平均每人 GDP 之比率低於其他國家(詳圖 3、4)

陸、健保財務影響評估(詳表 4)

依 112 年度健保總額成長率範圍，於 1.256% 至 5% 之下，推算應付保險支出(含部分負擔)約為 8,119 億元至 8,419 億元，當年度收支將短绌 101 億元(低推估)至 401 億元(高推估)，累積收支餘绌則為結餘 544 億元(低推估)至 246 億元(高推估)。

柒、歷年健保醫療給付費用總額範圍與協定結果，詳表 5。

本部自 89 年起，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。貴會配合本部之政策目標，以有效使用健保資源為前提，並以「健康投資」取代「醫療購買」之思維，進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

年齡組別	109 年			109 年			110 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	20,945	21,879	21,429	0.32%	0.35%	0.67%	0.30%	0.33%	0.63%
1 歲	19,892	24,671	22,367	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
2 歲	15,103	18,552	16,888	0.37%	0.40%	0.77%	0.35%	0.38%	0.73%
3 歲	15,947	19,693	17,887	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
4 歲	16,447	21,074	18,850	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
5 歲	15,993	21,898	19,056	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
6 歲	15,694	19,799	17,817	0.40%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
7 歲	11,200	13,192	12,232	0.43%	0.46%	0.89%	0.40%	0.43%	0.84%
8 歲	11,393	12,775	12,109	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
9 歲	10,703	13,092	11,944	0.37%	0.40%	0.76%	0.44%	0.47%	0.91%
10 歲	8,498	10,496	9,541	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.76%
11 歲	8,958	9,517	9,249	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
12 歲	7,545	10,079	8,870	0.40%	0.44%	0.83%	0.39%	0.42%	0.81%
13 歲	8,484	10,233	9,398	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
14 歲	8,506	9,562	9,059	0.40%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
15 歲	8,617	9,700	9,183	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.85%
16 歲	8,660	9,759	9,238	0.43%	0.48%	0.91%	0.42%	0.46%	0.88%
17 歲	9,185	9,997	9,610	0.46%	0.51%	0.97%	0.43%	0.48%	0.91%
18 歲	10,740	10,253	10,486	0.50%	0.54%	1.04%	0.47%	0.52%	0.99%
19 歲	9,830	9,492	9,654	0.57%	0.62%	1.20%	0.50%	0.55%	1.06%
20 歲	11,838	10,387	11,078	0.60%	0.66%	1.27%	0.58%	0.63%	1.21%
21 歲	12,117	10,723	11,390	0.58%	0.63%	1.21%	0.61%	0.67%	1.28%
22 歲	10,815	9,335	10,047	0.62%	0.67%	1.30%	0.58%	0.63%	1.22%
23 歲	12,431	10,385	11,375	0.69%	0.73%	1.42%	0.62%	0.67%	1.28%
24 歲	12,945	10,247	11,550	0.69%	0.74%	1.43%	0.68%	0.73%	1.41%
25 歲	13,465	10,972	12,179	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.42%
26 歲	13,648	10,591	12,071	0.70%	0.74%	1.44%	0.69%	0.74%	1.43%
27 歲	14,595	11,098	12,796	0.71%	0.75%	1.46%	0.70%	0.75%	1.44%
28 歲	15,468	11,540	13,437	0.69%	0.74%	1.44%	0.71%	0.75%	1.45%
29 歲	15,773	11,529	13,578	0.70%	0.75%	1.46%	0.69%	0.74%	1.43%
30 歲	17,210	12,307	14,688	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
31 歲	16,899	12,166	14,478	0.71%	0.74%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
32 歲	19,107	14,195	16,612	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.74%	1.45%
33 歲	18,849	13,868	16,357	0.69%	0.69%	1.39%	0.71%	0.74%	1.45%
34 歲	18,078	13,944	16,034	0.73%	0.71%	1.44%	0.69%	0.69%	1.38%
35 歲	18,644	14,948	16,832	0.81%	0.78%	1.58%	0.72%	0.71%	1.43%
36 歲	19,202	15,849	17,561	0.84%	0.80%	1.64%	0.80%	0.78%	1.58%
37 歲	18,707	16,236	17,507	0.89%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.64%
38 歲	19,338	17,640	18,515	0.92%	0.86%	1.78%	0.88%	0.84%	1.72%
39 歲	19,697	18,937	19,329	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.78%
40 歲	19,679	19,587	19,635	0.92%	0.86%	1.78%	0.92%	0.86%	1.78%
41 歲	20,863	21,262	21,057	0.91%	0.86%	1.77%	0.92%	0.86%	1.78%
42 歲	21,362	22,976	22,145	0.87%	0.82%	1.69%	0.91%	0.86%	1.76%
43 歲	20,791	22,716	21,724	0.89%	0.83%	1.72%	0.87%	0.82%	1.68%
44 歲	23,940	26,527	25,195	0.85%	0.80%	1.65%	0.88%	0.83%	1.72%
45 歲	23,910	26,302	25,063	0.79%	0.73%	1.52%	0.85%	0.80%	1.65%
46 歲	24,272	28,048	26,101	0.76%	0.72%	1.48%	0.78%	0.73%	1.51%
47 歲	25,263	29,037	27,094	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
48 歲	26,079	30,000	27,985	0.76%	0.72%	1.48%	0.76%	0.71%	1.47%
49 歲	27,481	31,533	29,462	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.72%	1.48%
50 歲	28,680	33,173	30,881	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.74%	1.51%
51 歲	29,772	34,912	32,297	0.77%	0.75%	1.52%	0.78%	0.75%	1.53%
52 歲	31,376	36,200	33,750	0.76%	0.74%	1.49%	0.77%	0.74%	1.51%
53 歲	30,915	37,202	34,016	0.74%	0.72%	1.47%	0.76%	0.73%	1.49%
54 歲	34,078	40,476	37,220	0.77%	0.74%	1.50%	0.74%	0.72%	1.46%
55 歲	34,270	40,768	37,461	0.77%	0.74%	1.52%	0.76%	0.74%	1.50%
56 歲	35,934	44,049	39,914	0.78%	0.75%	1.52%	0.77%	0.74%	1.51%
57 歲	37,275	45,893	41,485	0.78%	0.75%	1.53%	0.78%	0.74%	1.52%
58 歲	38,429	47,142	42,690	0.77%	0.74%	1.50%	0.78%	0.74%	1.52%
59 歲	41,028	49,733	45,289	0.75%	0.71%	1.46%	0.77%	0.73%	1.50%
60 歲	41,589	52,091	46,695	0.74%	0.70%	1.44%	0.74%	0.71%	1.45%

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	109 年			109 年			110 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
61 歲	44,042	54,201	48,970	0.74%	0.70%	1.43%	0.74%	0.69%	1.43%
62 歲	47,212	58,329	52,587	0.69%	0.65%	1.34%	0.73%	0.69%	1.42%
63 歲	48,120	59,327	53,521	0.68%	0.63%	1.31%	0.69%	0.64%	1.33%
64 歲	50,571	61,623	55,891	0.69%	0.64%	1.33%	0.67%	0.62%	1.30%
65 歲	53,257	66,014	59,374	0.66%	0.61%	1.28%	0.68%	0.63%	1.31%
66 歲	56,274	68,991	62,347	0.63%	0.57%	1.20%	0.66%	0.61%	1.27%
67 歲	58,565	70,817	64,400	0.60%	0.55%	1.15%	0.62%	0.56%	1.19%
68 歲	60,973	72,995	66,670	0.60%	0.54%	1.14%	0.60%	0.54%	1.14%
69 歲	67,718	82,658	74,789	0.56%	0.50%	1.07%	0.59%	0.53%	1.12%
70 歲	70,444	83,634	76,660	0.48%	0.43%	0.91%	0.56%	0.49%	1.05%
71 歲	71,996	85,994	78,544	0.45%	0.39%	0.84%	0.47%	0.42%	0.89%
72 歲	76,787	90,590	83,247	0.38%	0.34%	0.72%	0.44%	0.38%	0.82%
73 歲	81,522	96,901	88,659	0.32%	0.28%	0.61%	0.38%	0.33%	0.70%
74 歲	86,945	103,702	94,624	0.25%	0.21%	0.46%	0.32%	0.27%	0.59%
75 歲	78,057	90,862	83,859	0.27%	0.22%	0.49%	0.25%	0.21%	0.45%
76 歲	84,910	99,399	91,449	0.29%	0.24%	0.52%	0.26%	0.21%	0.47%
77 歲	89,585	104,635	96,297	0.28%	0.22%	0.50%	0.28%	0.23%	0.51%
78 歲	89,881	108,732	98,175	0.27%	0.21%	0.48%	0.27%	0.21%	0.49%
79 歲	92,265	110,626	100,306	0.26%	0.21%	0.47%	0.26%	0.20%	0.47%
80 歲	94,211	115,681	103,373	0.25%	0.19%	0.44%	0.25%	0.19%	0.45%
81 歲	97,426	115,953	105,205	0.23%	0.17%	0.40%	0.24%	0.18%	0.42%
82 歲	98,622	117,307	106,348	0.21%	0.15%	0.36%	0.22%	0.16%	0.38%
83 歲	102,739	121,974	110,619	0.19%	0.13%	0.33%	0.20%	0.14%	0.33%
84 歲	104,041	126,884	113,244	0.17%	0.12%	0.29%	0.18%	0.12%	0.30%
85 歲	105,800	128,015	114,714	0.16%	0.11%	0.26%	0.16%	0.11%	0.27%
86 歲	106,888	130,914	116,562	0.14%	0.09%	0.23%	0.15%	0.10%	0.24%
87 歲	107,625	130,621	117,188	0.12%	0.08%	0.20%	0.13%	0.08%	0.21%
88 歲	107,484	130,619	117,367	0.11%	0.08%	0.18%	0.11%	0.07%	0.18%
89 歲	110,517	138,686	122,894	0.09%	0.07%	0.16%	0.10%	0.07%	0.16%
90 歲	106,215	143,585	122,918	0.08%	0.06%	0.14%	0.08%	0.06%	0.14%
91 歲	105,635	143,418	122,456	0.06%	0.05%	0.11%	0.07%	0.05%	0.12%
92 歲	108,815	147,498	126,150	0.05%	0.04%	0.09%	0.05%	0.04%	0.10%
93 歲	105,634	145,898	123,435	0.04%	0.03%	0.07%	0.04%	0.03%	0.08%
94 歲	115,575	156,500	133,599	0.03%	0.02%	0.06%	0.03%	0.03%	0.06%
95 歲	120,027	169,655	141,793	0.02%	0.02%	0.04%	0.02%	0.02%	0.04%
96 歲	105,957	154,364	125,958	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97 歲	111,362	154,292	129,012	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98 歲	115,879	157,581	133,445	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%
99 歲	114,755	165,656	135,821	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	110,882	177,548	137,421	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	125,277	163,700	140,884	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102 歲	131,726	190,527	155,701	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	143,745	240,935	182,514	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	94,704	169,823	122,755	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	123,856	141,259	131,215	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	133,576	141,934	137,095	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	108,418	122,299	114,349	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	104,165	131,366	116,632	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	345,507	65,212	221,847	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲以上	150,981	79,353	120,997	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	31,630	33,552	32,579	50.63%	49.37%	100.00%	50.64%	49.36%	100.00%
110 年校正後每人年費用		33,175							
成長率		1.829%							

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指110年納保人口年齡性別結構相對於109年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以109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=($\Sigma HE_{109ij} \times \% POP_{110ij}$)/($\Sigma HE_{109ij} \times \% POP_{109ij}$)-1

(1) HE_{109ij} ：109 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2) $\% POP_{110ij}$ ：110 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3) $\% POP_{109ij}$ ：109 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

各類服務	費用百分比	醫療服務成本指數改變率 (105年為基期)
醫 院	70.394%	0.364%
西醫基層	19.614%	0.247%
牙 醫	6.280%	0.633%
中 醫	3.713%	0.804%
總 計	100.00%	0.374%

註：1.費用百分比資料為110年醫療給付費用各類服務部門占率值。

2.各醫療服務部門之服務成本指數改變率按其110年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

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 (%)	109年 指數	110年 指數	109-110年 年增率(%)
	100.0	104.35	104.73	0.364
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	50.39	107.31	108.58	1.183
藥品費用				
躉售物價指數—西醫藥品類	18.03	105.44	103.12	-2.200
醫療材料費用				
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	10.15	94.90	94.05	-0.896
基本營業費用				
躉售物價指數—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	9.46	99.27	99.27	0.000
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.97	102.31	104.32	1.965

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 (%)	109年 指數	110年 指數	109-110年 年增率(%)
	100.0	105.13	105.39	0.247
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	54.58	107.31	108.58	1.183
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—西醫藥品類	23.94	105.44	103.12	-2.200
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	6.37	94.90	94.05	-0.896
基本營業費用				
躉售物價指數—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	6.28	99.27	99.27	0.000
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.83	102.31	104.32	1.965

表2-3、牙醫診所服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年 指數	110年 指數	109-110年 年增率(%)
	100.0	102.62	103.27	0.633
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	54.23	107.31	108.58	1.183
藥品、藥材及耗材成本				
健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類	4.87	94.63	94.47	-0.169
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	23.78	94.90	94.05	-0.896
基本營業費用				
躉售物價指數—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	8.73	99.27	99.27	0.000
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.39	102.31	104.32	1.965

表2-4 中醫診所服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	109年 指數	110年 指數	109-110年 年增率(%)
	100.0	104.53	105.37	0.804
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	52.94	107.31	108.58	1.183
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	18.16	106.12	106.52	0.377
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	12.62	94.90	94.05	-0.896
基本營業費用				
躉售物價指數—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	6.14	99.27	99.27	0.000
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	10.14	102.31	104.32	1.965

表二之一至表二之四註：

- 「權數」：採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。
- 「指數」：以行政院主計總處 111 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」，採 110 年 1 月至 12 月相對於 109 年 1 月至 12 月資料。本表以 105 年指數訂為 100。
- 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」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」；「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。
- 「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

表3、付費者之付費能力參考指標

	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年(預估)	111年(預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	-1.49%	8.83%	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	4.58%	9.64%	5.71%
實質國內生產毛額成長率(%)	-1.61	10.25	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.36	6.45	4.42 ^(註2)
名目國民所得年增率(%)	-1.58%	11.07%	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	4.97%	9.02%	5.29%
實質國民所得年增率(%)	0.98	9.43	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	6.49	5.61	
受雇員工每人每月平均薪資成長率(工業及服務業總計)(%)	-4.77%	5.55%	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	
失業率(%)	5.85	5.21	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.65(111年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	0.18	1.92	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	3.08(預估)
健保應收保險費成長率(%)	0.31	13.55	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.57	1.68(預估)
健保醫療費用成長率(%)	3.874	3.317	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	-
每人健保醫療保健支出占GDP比率(%)	3.6	2.94	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.36	-
國民醫療保健支出占GDP比率(%)	6.73	6.29	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.69	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.70	3.51	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.80	3.61	3.53
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.00%	55.83%	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.79%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	42.38	41.91	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	39.54	-	

註：1. 經濟成長率以實質國內生產毛額(GDP)為基礎；另依據行政院主計總處108年12月4日以主統國字第1080300883號函，主計總處依最新工業及服務業普查與各類相關調查資料修正歷年國民所得統計，故更新歷年平均每人國民所得毛額(GDP)等指標。

2. 名目國民所得係按當期價格計算；實質國民所得係以100年價格為基期；110年為預估數，行政院主計總處為6.45%，中華經濟研究院為6.05%，台灣經濟研究院為6.10%，中央研究院經濟研究所為6.04%；111年為預估數，行政院主計總處為4.42%，中華經濟研究院為3.67%，台灣經濟研究所為4.10%，補充保險費率2.11%。

3. 111年一般保險費率5.17%，補充保險費率2.11%。

4. 國民醫療保健支出占GDP比率，係依據最新版國民經濟會計制度(2008SNA)修正編算原則，將研究發展支出納入GDP之計算。

5. 主計總處自108年1月公布以105年為基期之受雇員工每人每月平均薪資資料，修正更新歷年資料。

6. 工業及服務業與服務部門統計結果自98年1月起新增「教育業（僅含教育輔助及其他教育業）」，自108年1月起新增「研究發展服務業」、「學前教育」及「社會工作服務業」。

表4、112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
112 年度總額醫療費用成長率	1.256%	5%
112 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	8,119	8,419
增加金額(億元)	101	401
112 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	7,443	7,741
112 年保險收入(億元)	7,332	7,331
112 年當年保險收支餘绌(億元)	-111	-409
112 年保險收支累計結餘(億元)	544	246

附註：

- 1、保險收入包含一般保險費、補充保險費及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益及呆帳提列(減項)等)。
- 2、112 年一般保險費率以維持現行 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 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，112 年度的總額範圍係以 111 年度醫療給付費用總額淨值 8,018.43 億元為基期。
- 4、已納入衛福部 111 年 4 月 8 日公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，並自 111 年 5 月 15 日生效之財務影響。
- 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。

表5、歷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	醫療成本 指數改變 率	人口預估 成長率	調整 因素	醫療給付費用成長率 範圍合計(預估)	
			A	B	C		低推估= (1+A%+B%) * (1+C%) -1	高推估= 低推估+調整 因素
112 年	報院(草案)		1.829	0.374	-0.264	3.744	1.256	5.0
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
100 年	報院	5,077	1.602	-0.298	0.336	1.983	1.644	3.627
	行政院核定					1.956	1.644	3.600
	總額核定					1.211		2.855
99 年	報院	4,939	1.287	0.181	0.513 0.349	1.833	2.506	4.339
	行政院核定					1.678	1.822	3.500
	總額核定					1.495		3.317
98 年	報院	4,780	1.469	1.633	0.253	2.300	3.363	5.663
	行政院核定					1.737	3.363	5.100
	總額核定					0.51		3.874

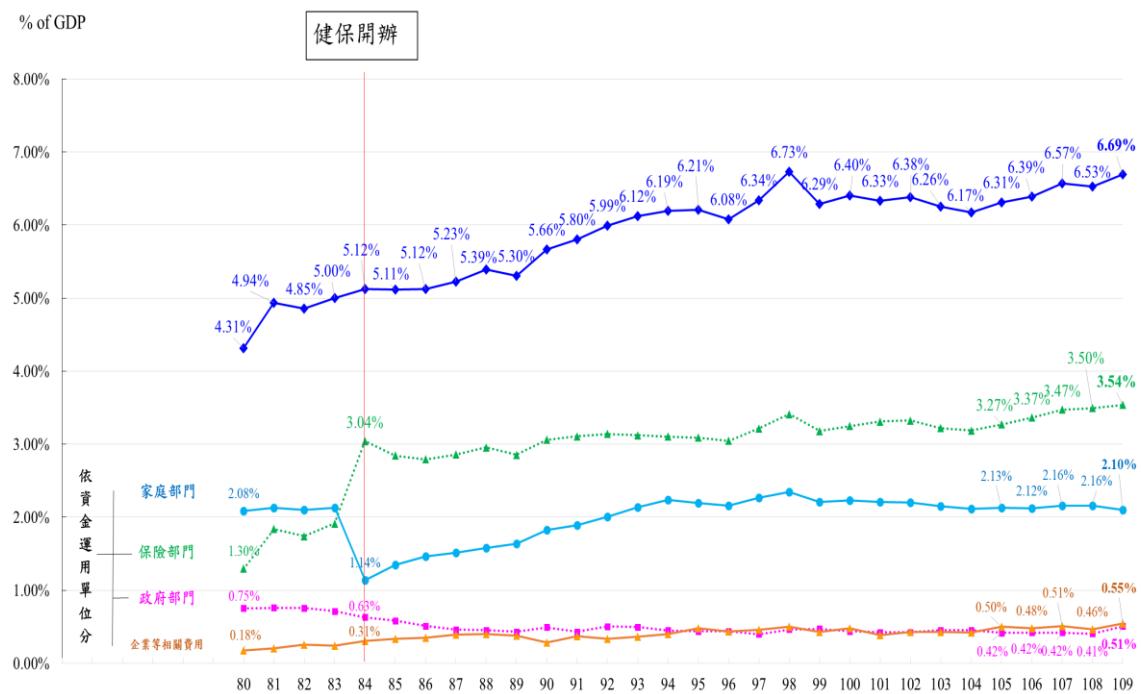
註1：成長率為相較前一年度協定總額之成長率。

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。

註4：108、109年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；110年低推估值以前開方式校正外，並校正108年投保人口數(-0.134%)。

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109年)



資料來源：衛生福利部發布之「109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

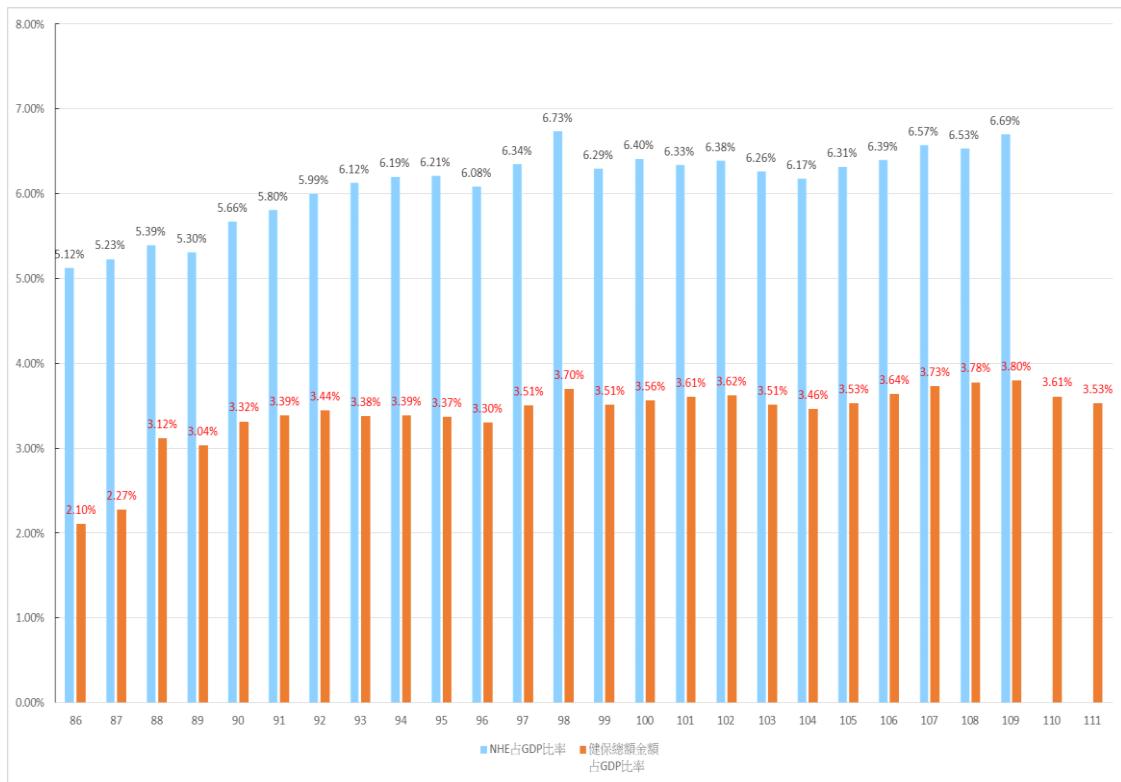
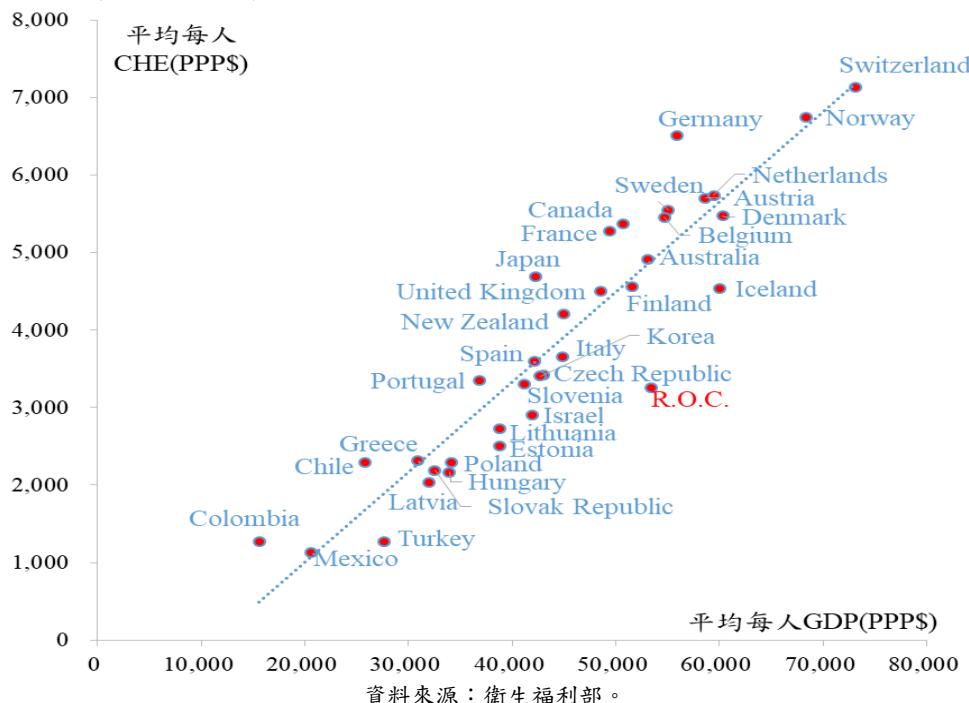
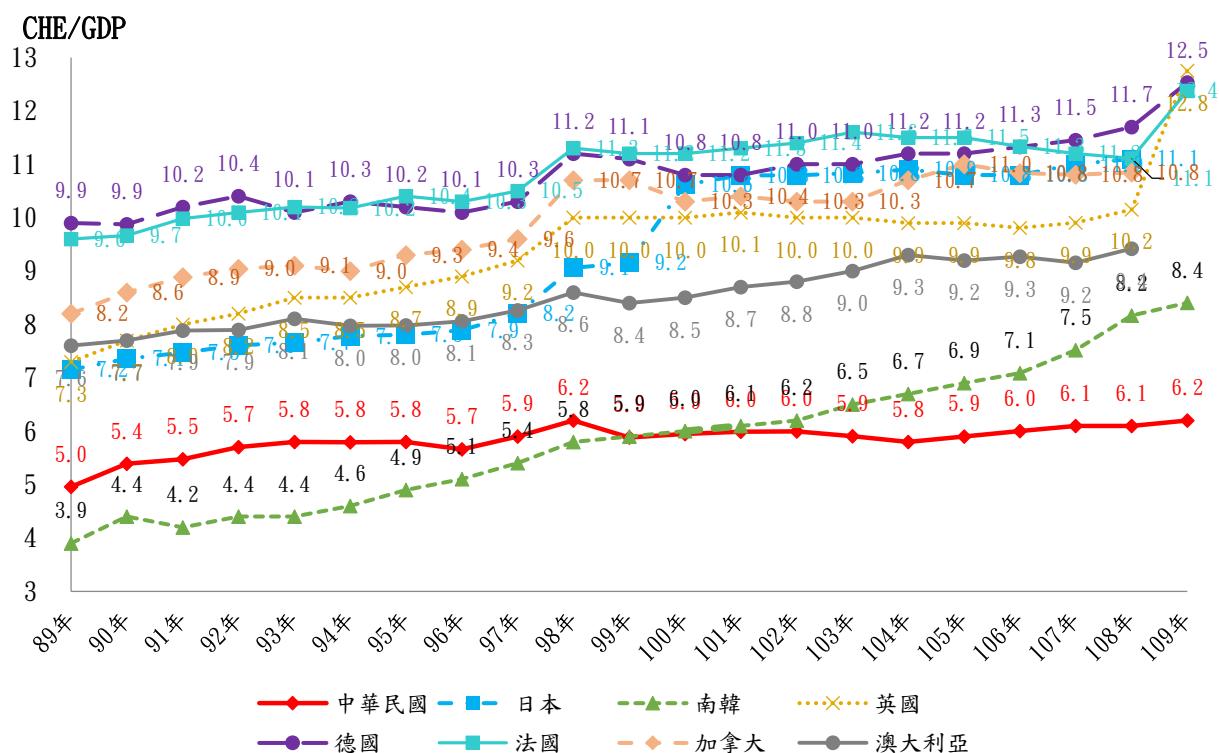


圖3、108年OECD會員國與我國CHE與平均每人GDP之國際比較圖



附註：1. 刪除盧森堡 Luxembourg、美國 United States 及愛爾蘭 Ireland 3 個國家，其估計迴歸方程式為平均每人 CHE = 0.1226x 平均每人 GDP - 1506.8， $R^2 = 0.867$ 。
2. CHE(經常性醫療保健支出)：指 NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

圖4、歷年經常性醫療保健支出(CHE)占GDP比率之國際比較(至109年)



檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年4月15日
發文字號：衛部保字第1111260152號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：112年總額範圍諮詢健保會(草案)

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)一案，請貴會惠示意見，請查照。

說明：

一、依據全民健康保險法第60條辦理。

二、有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案，如附件)係以111年度醫療給付費用總額淨值(7,950.43億元，暫估)為基期，經考量投保人口結構改變，醫療服務成本改變及投保人口數之成長對於醫療費用之影響，以及配合112年政策目標，並衡量民眾付費能力、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，成長率訂為1.256%至5%，較前一年度增加99.85億元至297.66億元，估計整體全民健康保險醫療費用約為8,050.28億元至8,347.95億元。

111.04.18



111CC00252

第1頁 共2頁

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

112 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案(草案)

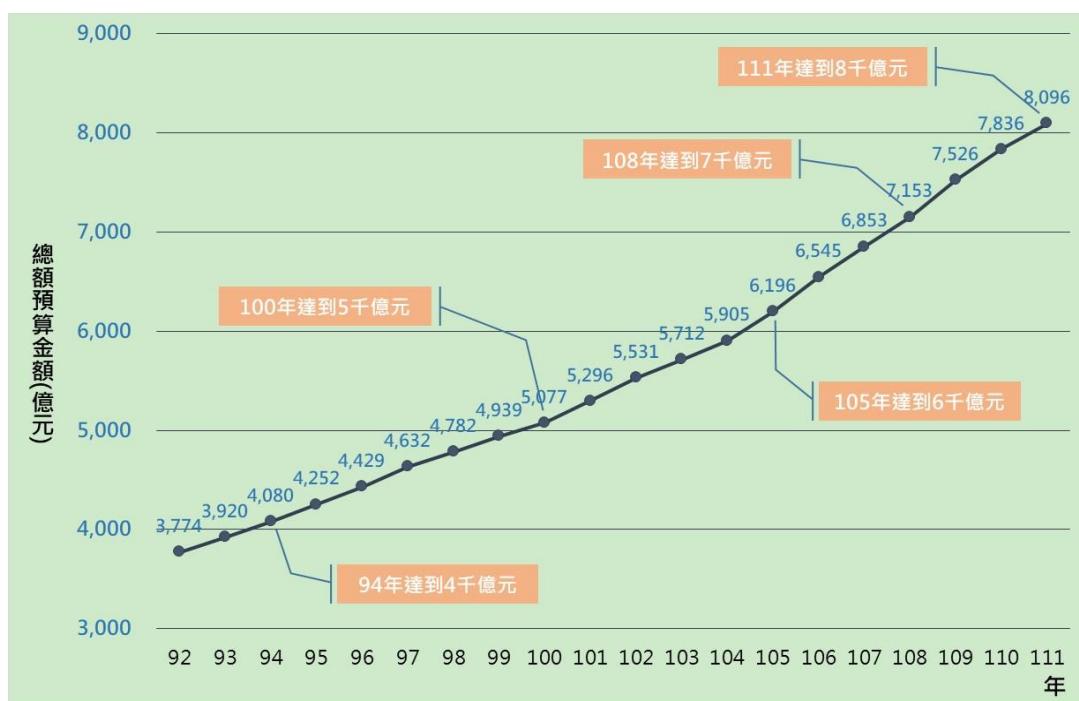
111.04.21

一、全民健康保險醫療給付費用資源配置

(一)總額協定預算

為以有限健保資源提供有效率且高品質之醫療服務，並讓醫療費用合理成長，自 87 年起陸續推動牙醫、中醫、西醫基層及醫院等各部門總額支付制度，至 91 年 7 月起全面實施總額預算支付制度，各總額部門預算金額由 92 年 3,774 億元至 111 年 8,096 億元。

圖 1、總額開辦後之協定預算

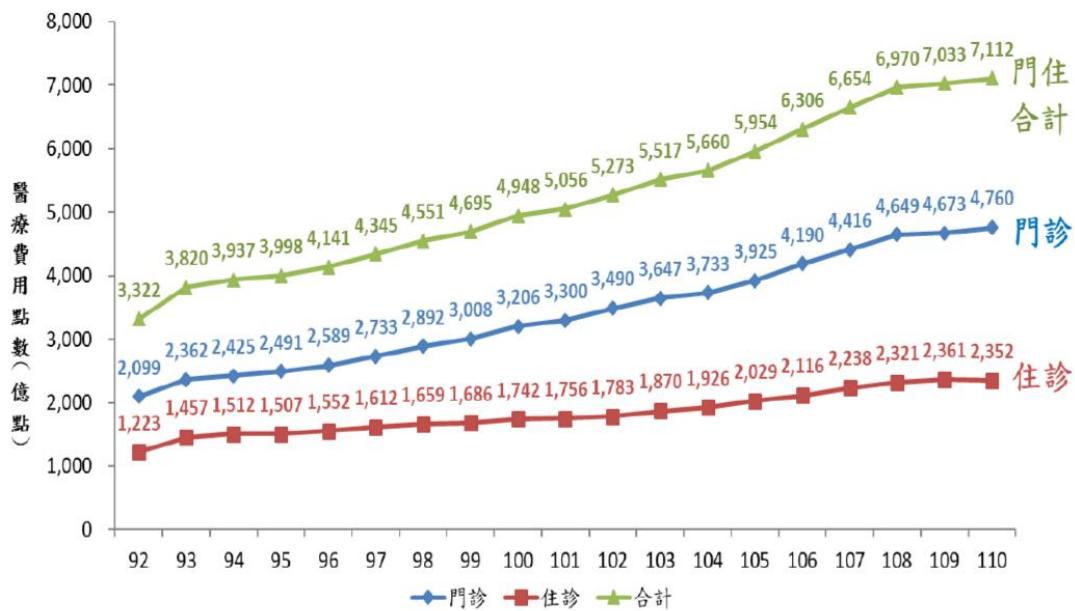


(二)醫療費用點數情形

1、西醫醫療點數趨勢

西醫醫療點數由 92 年 3,322 億點至 110 年 7,112 億點，成長約為 2.14 倍，其中門診成長約為 2.27 倍(由 92 年 2,099 億點至 110 年 4,760 億點)，較住診之成長約為 1.92 倍(由 92 年 1,223 億點至 110 年 2,352 億點)為高。

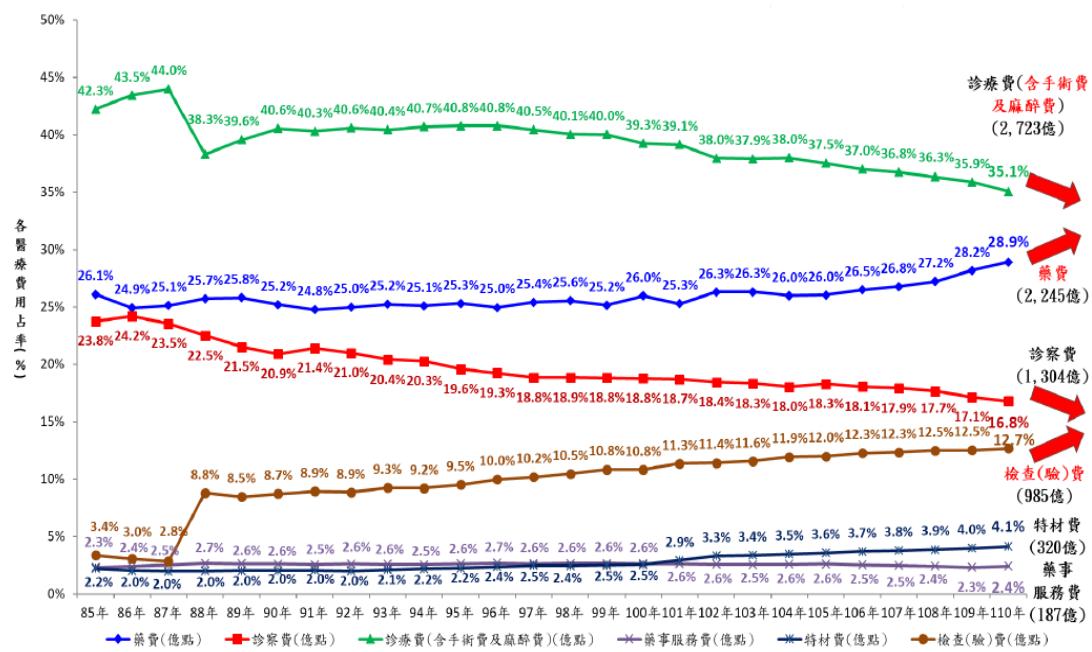
圖 2、92 年至 110 年西醫醫療點數趨勢



2、分項費用占率趨勢

以整體總額分項費用來看，檢查(驗)費及藥費占率逐年提升，診察費及手術、麻醉等診療費占率則有下降趨勢，特材費及藥事服務費等其他費用則持平。

圖 3、整體總額分項費用占率趨勢



註：診療費(不含檢查(驗)費)在住院案件包含病房費、管灌飲食費、放射線診療費、治療處置費、手術費、復健治療費、血液血漿費、血液透析費、麻醉費、精神科治療費、注射技術費與嬰兒費...等。

3、109 年全民健康保險醫療費用前 20 大疾病

109 年前 20 大疾病之醫療費用約占整體醫療費用 5 成，依序以「急性腎衰竭及慢性腎臟疾病」7.21%最高、「口腔及唾液腺之疾病」6.04%次之、其次為「糖尿病」、「高血壓性疾病」，以及「消化器官之惡性腫瘤」…等；其中前 5 大與 108 年排名差異不大。

表 1、109 年全民健康保險醫療費用前 20 大疾病

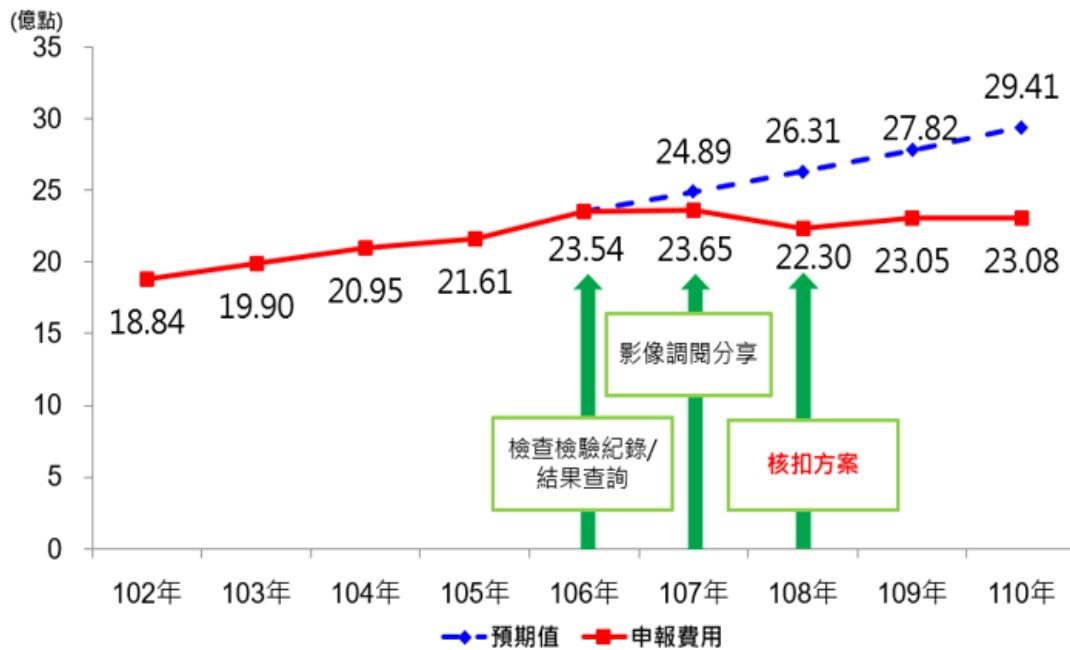
2020年全民健康保險醫療費用前二十大疾病				單位：千人、百萬點、點、%			
108年 排名	109年 排名	疾病代碼列表群組	全國就醫人數 (千人)	醫療費用 值(百萬點)	平均值(點)	(標準差)	占率
1	1	急性腎衰竭及慢性腎臟疾病	445	56,245	126,417	(242,704)	7.21%
2	2	口腔及唾液腺之疾病	11,505	47,150	4,098	(5,024)	6.04%
3	3	糖尿病	1,740	36,401	20,915	(28,637)	4.66%
5	4	高血壓性疾病	2,627	25,150	9,572	(21,413)	3.22%
6	5	消化器官之惡性腫瘤	181	22,033	121,554	(218,617)	2.82%
8	6	缺血性心臟病	589	20,683	35,143	(94,406)	2.65%
7	7	腦血管疾病	433	20,514	47,414	(120,594)	2.63%
4	8	急性上呼吸道感染	11,055	19,500	1,764	(2,674)	2.50%
10	9	因其他特定健康照護而接觸者(放、化療或免疫療法等抗腫瘤治療、緩和照護等特定照護)	301	16,566	55,040	(154,890)	2.12%
14	10	呼吸道及胸內器官之惡性腫瘤	74	14,432	194,664	(304,215)	1.85%
11	11	思覺失調症、準思覺失調症及妄想性疾患	136	13,607	99,952	(152,261)	1.74%
9	12	流行性感冒及肺炎	969	13,275	13,701	(74,721)	1.70%
12	13	食道、胃及十二指腸之疾病	3,408	12,800	3,756	(17,428)	1.64%
13	14	呼吸系統其他疾病(呼吸衰竭或因其他疾病所致之呼吸系統疾患)	93	12,234	132,218	(320,372)	1.57%
15	15	其他類型心臟疾病(心包膜、心內膜、心瓣膜、心肌病變、心傳導性疾病、心律不整或心搏停止、心臟衰竭或心臟相關併發症等疾病)	580	12,149	20,945	(89,893)	1.56%
18	16	乳房之惡性腫瘤	139	11,790	85,010	(191,996)	1.51%
17	17	代謝性疾患	1,148	11,440	9,964	(238,826)	1.47%
20	18	其他背(部)病變(椎間盤或背痛等背部疾患)	2,447	9,777	3,995	(14,204)	1.25%
19	19	關節(病)症	1,094	9,733	8,894	(25,287)	1.25%
16	20	病毒性肝炎	466	9,459	20,311	(49,473)	1.21%
前20大合計			19,697	394,939	20,051	(100,943)	50.61%
全國合計			22,680	780,382	34,408	(133,026)	100.00%

(三)醫療費用管控措施

1、管理重複檢驗檢查，減少費用支出

自 106 年 9 月起，本署針對前 20 大檢驗檢查支出項目按月提供「同病人 28 日內門診再次執行同項目的檢驗檢查」與「院所及醫師執行 20 類重要檢驗檢查率異常高於同儕者」之統計資料，回饋給各院所及醫師，另設定抽審指標，對於執行率高的醫院，列為立意抽審對象。推估 107-110 年可減少門診 44 類重複檢查(驗)費用約 16.35 億點，且門診 44 類重要檢查(驗)申報醫令點數年成長率由 106 年的 9.5%下降至 110 年的 1.6%。

圖 4、減少重複門診檢查(驗)費用管理成效



2、減少重複藥品開立，保障民眾安全

為確保民眾用藥安全，本署自 100 年起推動多項管理措施，並於 102 年建置健保醫療資訊雲端查詢系統，該系統查詢率達 86.3%。

推估 103 年至 110 年減少約 109.7 億元重複藥費支出，且近年整體藥費之年成長率由 106 年的 7.77% 下降至 110 年的 3.2%。

圖 5、減少重複藥費管理成效



3、藥品及特材之價量管理

- (1) 本署每年依新藥物之臨床需求重要性，爭取編列新醫療科技預算，且為因應新藥療效表現之不確定性對健保財務之衝擊，採取藥品給付管理協議(MEA)機制，透過多元藥價協商先核價再依臨床效益結果，採取還款、降價或共同分擔經費，以提升醫療服務價值。
- (2) 對於已納入健保給付之藥物品項，為建立公開、合理、透明之價格調整制度，依全民健康藥物給付項目及支付標準第54條~61-4條規定，以及健保法、藥價基準及藥品價格調整作業辦法之相關規定，每年進行價量調查、藥價調整及價量協議，以減少不必要之財務支出。

表 2、105 年至 110 年之價量調查及價量協議節省結果

調查 年度	節省藥品費用支出		節省特材費用支出	
	藥價調整	藥品給付協議	價量調查	價量協議
105 年	31.8 億點	15.26 億點	0.89 億點	829 萬點
106 年	57.1 億點	9.58 億點	2.51 億點	244 萬點
107 年	73.82 億點	14.06 億點	1.2 億點	3,934 萬點
108 年	58.3 億點	15.06 億點	0.51 億點	2,636 萬點
109 年	40.4 億點	26.67 億點	0.396 億點	3,909 萬點
110 年	74.6 億點	49.66 億點	0.266 億點	1,223 萬點

備註：

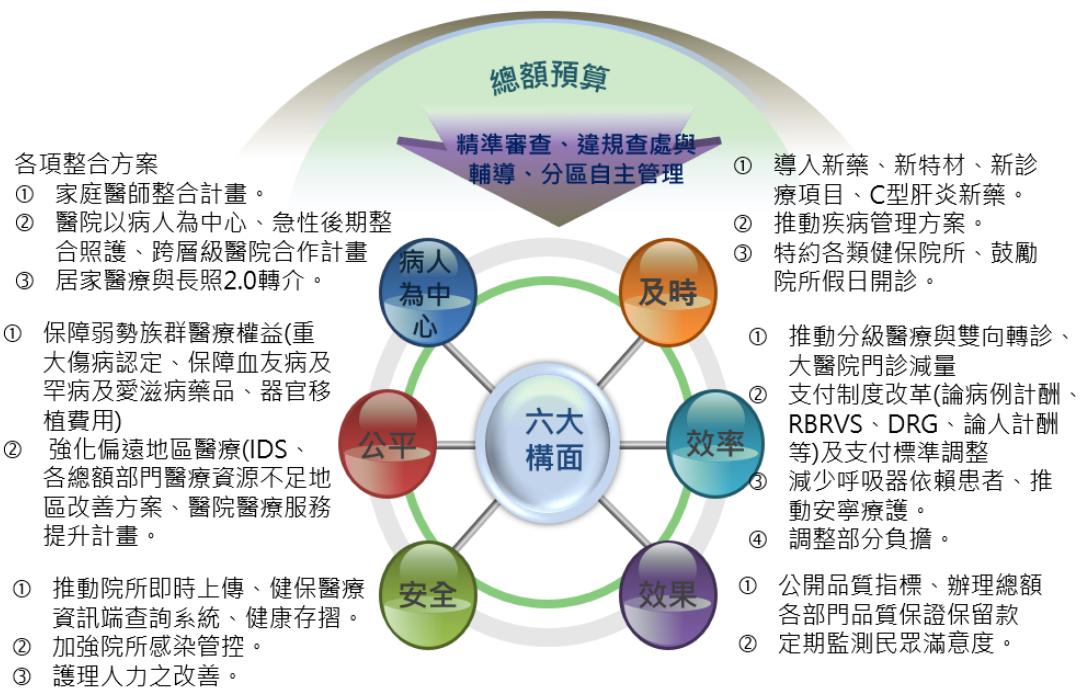
- 1、藥品給付協議 104 年至 107 年第 1 季回歸健保基金，自 107 年第 2 季起回歸總額。
- 2、藥品給付協議節省藥品藥費支出不含專款。
- 3、原 110 年藥價調整節省藥品費用支出 74.6 億點，因受嚴重特殊傳染性肺炎疫情影響，延後自 111 年 1 月 1 日生效。

4、總額下各項重點措施

為提升醫療服務效率，減少不必要醫療行為及重複檢驗檢查等醫療浪費，本署分別從「及時」、「效率」、「效果」、「安全」、「公平」及「以病人為中心」等六大醫療品質構面，推動多項重要措施。包括導入新醫療科技、推動疾病管理方案、假日開診等提升就醫之及時性，並透過分級醫療雙向轉診、支付制度改革等提升服務之效率，且公開品質指標、定期監測民眾滿意度等方式監測服務之

效果；再者，執行以病人為中心之各項整合方案，並在公平性前提下保障弱勢族群醫療權益及強化偏遠地區醫療，以及推動院所即時上傳、健保醫療雲端查詢系統及健康存摺，加強院所感染控管及護理人力之改善，提供更安全的就醫環境。

圖 6、總額下各項重點措施



5、規劃檢驗(查)資料交換平台及運用 BI 管理

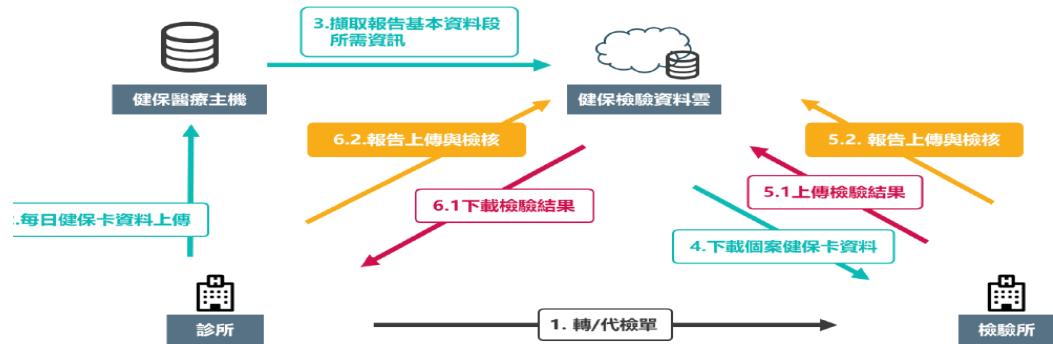
在總額預算制度下，本署仍致力推動各項重要措施，以達資源合理配置的目標，加強醫療費用管制措施，減少不必要的財務支出，除上述推動多項重要措施外，本署仍致力將推動檢驗(查)資料交換平台之規劃及運用 BI(Business Intelligence)管理。

為讓民眾就醫時，醫護人員可於診所即時、迅速查詢病患於不同醫療院所間之就醫醫療資訊供診療參考，以提升保險對象就醫安全及醫療服務效率，本署積極推動即時查詢方案，先讓醫療院所即時上傳檢驗檢查資訊外，民眾即可透過健康存摺 APP 查詢就醫資料，強化自我健康管理。為提升基層診所及檢驗所上傳率，協助轉檢、代檢案件之資料整合，開發交換平台，預計 111 年 6 月正式上線。

圖 7、檢驗(查)資料交換平台規劃

平台功能測試中，預計111年6月正式上線

- ✓ 提升基層診所及檢驗所之檢驗(查)資料上傳率，協助轉檢、代檢案件之資料整合。
- ✓ 於111年1月份邀請醫療資訊廠商、診所及檢驗所進行平台功能測試，截至2月15日，共計13家診所及4家檢驗所參與對測。



另透過BI視覺化呈現健保大數據，以互動儀表板提供管理者快速掌握資訊，如申報費用逐年成長，並可對特定對象進行警示通知，如費用高成長之院所，增進決策支援速度，以更智慧化的行動策略，支援醫事機構服務供給價量管控，善用健保醫療資源，讓健保永續經營。

圖 8、運用 BI 管理最佳化健保大數據

應用商業智慧(Business Intelligence)，最佳化健保大數據，支援醫事機構服務供給價量管控

運用BI，快速掌握費用成長來源



針對費用高成長之院所優先進行警示通知



二、健保財務試算

(一)衛福部已於111年4月8日公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，並自111年5月15日實施，

預估每年影響金額約為 99.9 億元。

(二)於維持現行費率 5.17%下，並納入上開調整案對健保財務之影響，依目前 112 年度醫療給付費用總額範圍(草案)，以 112 年度基期淨值 8,018.43 億元設算低推估值(1.256%)、高推估值(5.0%)為上下限，另假設總額成長率自 1.5%至 4.5%，以每 0.5 個百分點為間隔，進行健保財務模擬試算。

(三)112 年度總額成長率若以低推估值 1.256%估算，總額預算增加約 101 億元，當年保險收支短绌 111 億元，保險收支累計結餘(安全準備)為 544 億元，約當 0.88 個月保險給付支出；若以高推估值 5.0%估算，總額預算增加約 401 億元，當年保險收支短绌 409 億元，保險收支累計結餘(安全準備)246 億元，約當 0.38 個月保險給付支出。

(四)整體而言，112 年度總額成長率每增加 0.5 個百分點，總額預算金額增加，致收支結餘減少約 40 億元、約當保險給付支出月數減少約 0.06/0.07 個月。

表 3、112 年度醫療給付費用總額範圍之財務模擬試算

總額成長率	總額預算 增加金額 (億元)	當年保險 收支短绌 (億元)	保險收支 累計結餘 (億元)	約當保險給 付支出月數 (月)
1.256% (低推估值)	101	-111	544	0.88
1.50%	120	-131	525	0.84
2.00%	160	-170	485	0.78
2.50%	200	-210	445	0.71
3.00%	241	-250	405	0.64
3.50%	281	-290	366	0.58
4.00%	321	-330	326	0.51
4.50%	361	-369	286	0.45
5.00% (高推估值)	401	-409	246	0.38

備註：1、110 年為自編決算數。

2、部分資料因尾數四捨五入關係，致各項數間，容有未能完全吻合情況。

三、結論

(一)在目前各項條件下，納入 111 年 5 月 15 日實施之部分負擔新制對健保財務之影響，112 年於維持現行費率 5.17%下，依目前 112 年度醫療給付費

用總額總額範圍(草案)，以 112 年度基期淨值 8,018.43 億元設算低推估值(1.256%)、高推估值(5.0%)進行模擬試算，112 年當年保險收支預估將短絀 111 億元至 409 億元，當年底保險收支累計結餘數為 544 億元至 246 億元，約當保險給付支出月數為 0.88 個月至 0.38 個月之間。

(二)為健保永續經營，衛福部與本署已研擬以促進分級醫療及負擔公平為主軸之「全民健保財務調整措施」，除了上述部分負擔新制外尚包含調升投保金額分級表上限、檢討旅外國人權利義務及強化政府財務責任(依健保法補助始列入政府負擔 36%之計算)，本署除持續配合衛福部辦理前述調整措施，並將繼續加強辦理各項保險費查核作業、推動整合醫療資源有效運用、抑制資源不當耗用、減少醫療浪費等各項措施，未來也將不斷精進，以減緩健保財務壓力。

(三)依健保法第 24 條規定，健保會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報衛福部轉報行政院核定後，由主管機關公告之。

推估 110 年度各部門總額及其他預算之專款未執行額度

單位：億元

總額別	專款	110 年 ^註	111 年	112 年 (比照 111 年)	112 年增加金額(億元) $=112\text{ 年預算}-(111\text{ 年預算}-110\text{ 年未執行數})$
醫院	預算	299.424	345.387	345.387	39.147
	未執行	39.147			$=345.387-(345.387-39.147)$
西醫 基層	預算	67.909	79.301	79.301	10.640
	未執行	10.640			$=79.301-(79.301-10.640)$
牙醫 門診	預算	12.480	17.388	17.388	3.560
	未執行	3.560			$=17.388-(17.388-3.560)$
中醫 門診	預算	8.998	9.798	9.798	1.590
	未執行	1.590			$=9.798-(9.798-1.590)$
其他 預算	預算	161.532	165.792	165.792	61.849
	未執行	61.849			$=165.792-(165.792-61.849)$
112 年增加金額總計					116.786

註：1.110 年專款未執行數係推估值，係以 110 年第 1~3 季推估全年。

2.110 年西醫基層家庭醫師整合照護計畫之個案管理費及績效獎勵費等，需於 111 年第 1 季完成結算，依歷年執行結果執行率均為 100%，故 110 年結算數暫以 100% 估算。

3.110 年各部門品質保證保留款結算數，以四季均數暫列。

歷年各部門總額預算、結算相關資料

單位：百萬元

--總表

類別	年度	106	107	108	109	110(暫估)
一般服務						
預算數	616,080.6	637,117.7	664,369.7	697,908.0	728,520.1	
結算數	615,832.6	636,962.7	664,093.7	697,908.0	728,418.1	
未執行數	248.0	155.0	276.0	0.0	102.0	
專款項目						
預算數	38,425.8	47,968.4	50,817.4	54,732.7	55,034.3	
結算數	32,855.3	40,728.5	44,793.5	45,377.9	43,355.8	
未執行數	5,570.5	7,239.9	6,023.9	9,354.8	11,678.5	
合計						
預算數	654,506.4	685,086.1	715,187.1	752,640.7	783,554.4	
結算數	648,687.9	677,691.2	708,887.2	743,285.9	771,773.9	
未執行數	5,818.5	7,394.9	6,299.9	9,354.8	11,780.5	

--醫院總額

類別	年度	106	107	108	109	110(暫估)
一般服務						
預算數	406,525.0	421,896.6	440,017.6	464,885.7	487,655.2	
結算數	406,277.0	421,741.6	439,741.6	464,885.7	487,592.2	
未執行數	248.0	155.0	276.0	0.0	63.0	
專款項目						
預算數	21,640.7	27,017.7	29,161.7	30,435.4	29,942.4	
結算數	19,498.9	24,205.0	26,231.5	27,624.8	26,027.7	
未執行數	2,141.8	2,812.7	2,930.2	2,810.6	3,914.7	
合計						
預算數	428,165.7	448,914.3	469,179.3	495,321.1	517,597.6	
結算數	425,775.9	445,946.6	465,973.1	492,510.5	513,619.9	
未執行數	2,389.8	2,967.7	3,206.2	2,810.6	3,977.7	

--西醫基層總額

類別	年度	106	107	108	109	110(暫估)
一般服務						
預算數	109,381.4	112,200.0	115,770.4	120,285.1	124,336.1	
結算數	109,381.4	112,200.0	115,770.4	120,285.1	124,297.1	
未執行數	0.0	0.0	0.0	0.0	39.0	
專款項目						
預算數	2,998.0	4,641.4	5,719.2	6,600.6	6,790.9	
結算數	2,555.2	4,322.6	5,295.3	5,774.3	5,726.9	
未執行數	442.8	318.8	423.9	826.3	1,064.0	
合計						
預算數	112,379.4	116,841.4	121,489.6	126,885.7	131,127.0	
結算數	111,936.6	116,522.6	121,065.6	126,059.4	130,024.0	
未執行數	442.8	318.8	423.9	826.3	1,103.0	

--門診透析

年度 類別	106	107	108	109	110(暫估)
預算數	36,916.1	38,208.2	39,392.6	40,672.9	41,994.7
結算數	36,916.1	38,208.2	39,392.6	40,672.9	41,994.7
未執行數	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

--牙醫門診總額

年度 類別	106	107	108	109	110(暫估)
一般服務					
預算數	39,702.0	40,486.6	43,947.6	45,589.2	46,942.1
結算數	39,702.0	40,486.6	43,947.6	45,589.2	46,942.1
未執行數	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
專款項目					
預算數	2,146.0	3,035.9	1,069.1	1,172.1	1,248.0
結算數	2,114.0	2,816.9	1,026.5	1,031.4	892.0
未執行數	32.0	219.0	42.6	140.7	356.0
合計					
預算數	41,848.0	43,522.5	45,016.7	46,761.3	48,190.1
結算數	41,816.0	43,303.4	44,974.1	46,620.6	47,834.1
未執行數	32.0	219.0	42.6	140.7	356.0

--中醫門診總額

年度 類別	106	107	108	109	110(暫估)
一般服務					
預算數	23,556.1	24,326.4	25,241.5	26,475.1	27,592.0
結算數	23,556.1	24,326.4	25,241.5	26,475.1	27,592.0
未執行數	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
專款項目					
預算數	377.2	492.2	676.2	840.4	899.8
結算數	323.6	450.1	638.5	739.1	740.8
未執行數	53.6	42.1	37.7	101.3	159.0
合計					
預算數	23,933.3	24,818.6	25,917.7	27,315.5	28,491.8
結算數	23,879.7	24,776.5	25,880.1	27,214.2	28,332.8
未執行數	53.6	42.1	37.7	101.3	159.0

--其他預算

年度 類別	106	107	108	109	110(暫估)
預算數	11,263.9	12,781.2	14,191.2	15,684.2	16,153.2
結算數	8,363.6	8,933.9	11,601.8	10,208.3	9,968.3
未執行數	2,900.3	3,847.3	2,589.4	5,475.9	6,184.9

資料來源：各部門總額一般服務點支付金額結算說明表。

註：1.110 年專款結算數係以 1~3 季執行數推估全年。

2.110 年西醫基層家庭醫師整合照護計畫之個案管理費及績效獎勵費等，需於 111 年第 1 季完成結算，依歷年執行結果執行率均為 100%，故 110 年結算數暫以 100% 估算。

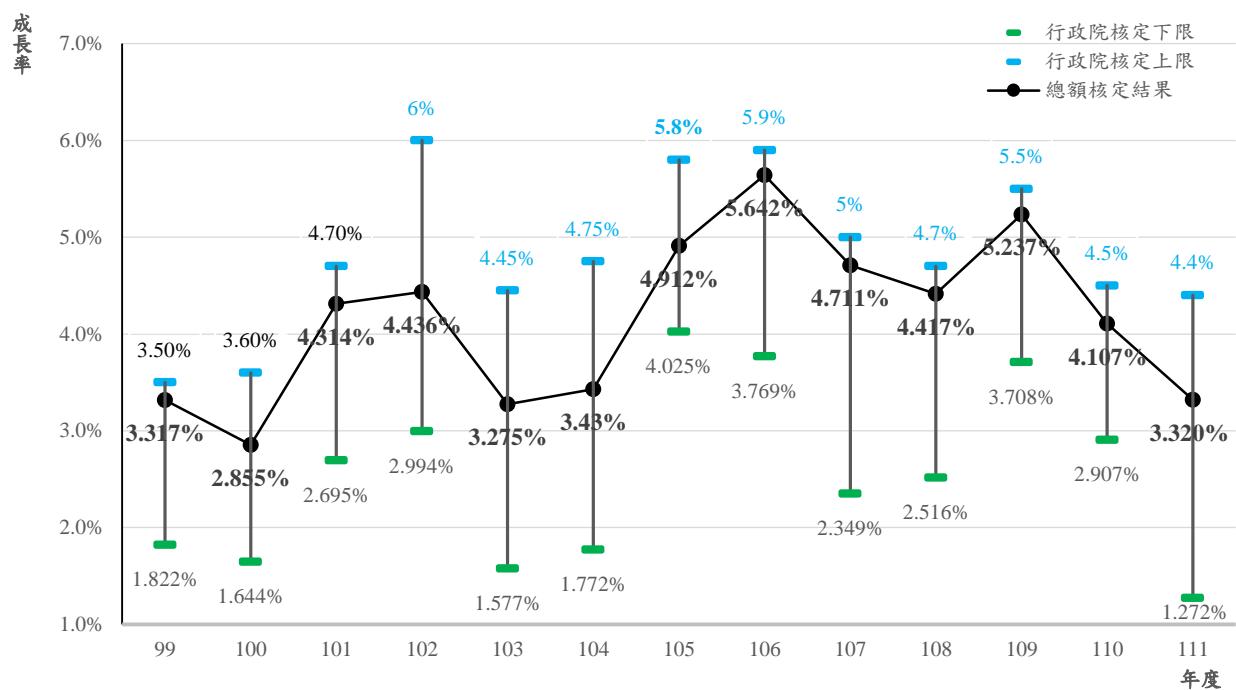
3.110 年各部門品質保證保留款結算數，以四季均數暫列。

彙整歷年總額核定情形及相關資料

一、99~111 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：

(一)105~111 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率，多數高於 99~104 年度。

(二)106~110 年衛福部核定總額成長率均接近行政院核定上限，平均約為上限額度之 94.1%，高於 99~105 年之 81.5%。



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 111 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、102~111 年度衛福部核定總額如下表：

單位：億元

年度 項目	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年
核定總金額	5,531	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096
較前一年度 增加金額 (A)	234.94	181.15	193.03	290.05	349.56	308.37	300.05	372.92	309.14	260.11
醫療服務成 本及人口因 素增加金額 (B)	140.62	77.79	89.79	213.20	209.26	136.34	171.99	265.30	228.05	112.40
協商因素增 加金額 ^註 (A-B)	94.32	103.36	103.24	76.85	140.3	172.03	128.06	107.62	81.09	147.71

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 111 年度總額公告。

註：協商因素增加金額含「校正投保人口預估成長率差值」及「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」。

112 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)擬訂方向會議 與會代表意見摘要

一、對112年度總額範圍及財務平衡之建議

(一)近年健保財務已入不敷出，應提出健保財務改革規劃，確保健保永續發展
年度總額範圍擬訂以量出為入為規劃，未考量健保收入，然我國面臨人口
老化、少子化之人口結構轉型、薪資停滯、受疫情影響民眾付費能力下
降，均影響保費費基，建議及早研議健保財務改革之規劃並提出因應之
道，確保健保永續發展。(付費者代表、專家學者、主計總處)

(二)建議總額範圍擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量

COVID-19 疫情期間，我國經濟成長率高，主要是科技產業成長所致，但
一般民眾薪資停滯、經濟負擔加重、付費能力下降，建議總額範圍擬訂應
將付費能力納入考量。(付費者代表、專家學者)

(三)應將節流成效納入減項或總額財源，以減輕健保財務壓力

近年總額投入許多預算用於早期治療或預防疾病費用，及提升醫療服務效
率之措施，如：分級醫療、C 型肝炎藥費、健保醫療資訊雲端查詢系統、
提升保險服務成效等，卻未將其節流結果納入總額範圍考量，建議列為總
額減項或納入總額財源。(付費者代表)

(四)調整因素(協商因素)項目，應審慎編列預算，不宜與非協商因素重複

低推估(非協商因素)涵蓋之內容(投保人口預估成長率、人口結構改變率、
醫療服務成本指數改變率)，不應於協商因素或專款計畫重複提出特定年
齡或疾病別加成、診察費或護理費加成給付等有重複計算或內生性問題之
項目。(專家學者)

(五)推動政府與健保共同合作的政策項目，應有公務預算挹注健保

近年健保配合政策項目，與政府共同推動許多項目，卻未編列對應的公務
預算挹注健保，如 C 型肝炎藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、健保總額
中長期改革計畫等，建議檢討並研議自總額基期扣除之可行性。(付費者
代表)

(六)諮詢健保會前，建議先就健保會 111 年度總額範圍諮詢意見，提出意見參 採情形或後續處理方式。(付費者代表)

二、對112年度總額政策目標之建議

(一)關於政策目標之一「整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護

模式，積極提升民眾健康」，擴大推動住院整合照護服務部分，考量計畫尚處規劃階段，建議視執行結果滾動式檢討，不宜「擴大」推動。(醫事服務提供者代表)

(二)關於政策目標之二「精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配」，繼續推動分級醫療部分，建議涵蓋範圍擴大或以提振社區基層醫療(社區醫院、基層診所)服務為方向，而非侷限於轉診或家庭醫師。(醫事服務提供者代表)

(三)關於政策目標之三「推動健保給付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率」，「全面導入」試辦以醫院為單位之 DRGs 支付制度部分，考量醫界對 DRGs 分類未達共識，建議不宜全面導入以保留彈性。(醫事服務提供者代表)

三、對112年度總額低推估公式之建議

(一)有關社保司研提低推估公式之修正規劃，請再研議、審酌：

1.有關「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」及「醫療服務成本指數改變率」之修正規劃，尚無共識，將再研議討論。

2.有關基期改採「淨值」(即基期扣除未執行額度、未導入預算、一般預算扣減與專款重複部分費用、節流效益之成效回饋)：

(1)有關基期扣除未執行、未導入預算部分，若因此編列預算少，但實際執行後增加支出，也應校正回補，而不是當年度沒有導入就要扣減，建議視幾年執行結果，再評估與檢討。(醫事服務提供者代表)

(2)有關成效回饋部分，新計畫開始需有前置作業，第 1、2 年還沒有成效，若就要協商成效回饋，浪費協商之行政成本。建議協商總額前，提案應先訂定計畫執行期程、執行目標、成效評估標準、節流成效回饋付費者與醫界之方式、退場機制等。(主席指示)

(二)請檢討「醫療服務成本指數改變率」參數之合理性，以反映實際醫療成本：

1.近年勞工基本薪資、物價齊漲，惟 111 年度醫療服務成本指數改變率為負值，與社會物價變動情形不相符，建議檢討參數之合理性。另可善加利用如醫院財報等資料進行驗證。(醫療服務提供者代表)

2.「醫療服務成本指數改變率」係反映外在環境物價成本，建議應將被保險人「財務負擔能力」納入參數考量，使民眾負擔能力與物價成本相扣連。(專家學者)

(三)非協商項目與歷年總額協商項目間，有重複計算、加重內生性，墊高總額基期之虞，建議檢討。

- 1.「人口結構改變率」係反映人口老化、疾病別對醫療費用之影響，惟近年支付標準調整多用於特定年齡或疾病別加成給付，與人口結構改變率有重複計算，有過度反應醫療費用之虞，建議檢討。(專家學者)
- 2.「醫療服務成本指數改變率」之人事費用採用「工業及服務業薪資」及「醫療保健服務業薪資」各半，自我相關性高。近年支付標準調整診察費及護理費等影響醫療人員薪資結構，有加重內生性之虞，建議檢討。(專家學者)

(四)請考量低推估相關參數採用 109、110 年數據是否妥適

近年受 COVID-19 疫情影響，109、110 年醫療服務量能有失真之虞，若 112 年度總額低推估採 109、110 年數據做為計算基礎，恐有低估之虞。(醫療服務提供者代表)



112年度 全民健康保險醫療給付費用 總額範圍（草案）擬訂方向

社會保險司
111年4月21日

1

報告大綱

01 年度總額擬訂與協定之
程序與內涵

02 總額公式
檢討歷程與結果

03 112年度健保總額範圍之
基期與低推估值

04 112年度健保總額範圍之
政策目標與高推估值

05 112年度健保總額範圍之
財務影響評估

※ 附錄詳見簡報第27至45頁。

2



01-年度總額擬訂與協定之程序與內涵



3



01

年度總額範圍擬訂程序與內涵



1至4月

5至6月

8至12月

★低推估：人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口之成長率

★高推估：低推估 + 調整因素
- 政策推動相關措施
- 民眾付費能力（含總體經濟情）
- 我國整體醫療保健支出

★各部門總額之成長率：

- 一般服務部門：
 - 醫療服務成本及人口因素：人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口之成長率
 - 協商因素
- 專款專用

★其他預算成長率

註：依據健保法第60條，年度醫療給付費用總額，由主管機關擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

4



02-總額公式檢討歷程與結果



5

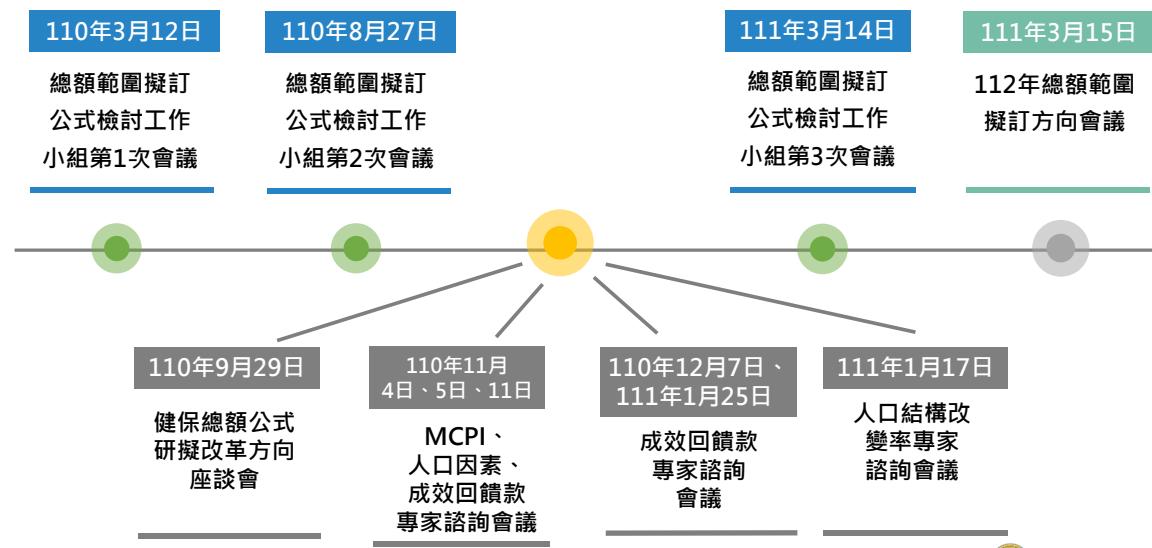


02

一. 總額公式檢討歷程



- ◆ 109年12月29日召開公式檢討會議，決議110年成立「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」。
- ◆ 截至目前已陸續召開3次工作小組會議。因部分議題涉及不同專業領域，為求慎重及廣求各界意見，對低推估公式相關因素亦陸續召開多次專家諮詢會議。



6



二. 總額公式檢討之結果(1/2)



結論：有關總額範圍擬訂公式修訂規劃，除了基期淨值將於112年起開始處理，其餘修訂議題請再進一步蒐集意見，並凝聚各界共識後，於適當時機再行研議導入。



固定基期及移動基期之模擬試算：

維持現行移動基期，惟每年總額範圍擬訂之成長率及實際金額須確實呈現，並以實際金額為主。



投保人口結構改變對醫療費用之影響率：

研議將計算式之「各年齡層人數百分比」改為「各年齡層實際總人數」，並以國發會「中華民國人口推估（2020至2070年）」之資料推估110至128年數值趨勢，惟3月15日會議之討論尚未凝聚共識，**將再研議及與各界溝通**。



醫療服務成本指數改變率(MCPI)：

建議移列至高推估，同時做為支付標準調整預算來源，惟未達成共識；**未來將接續檢討其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現實有所落差之問題。**



二. 總額公式檢討之結果(2/2)



給付支付改善成效回饋款：

1. 依111年總額各總額部門醫療給付費用協定文字，本項分為：「檢討項目實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源」、「依年度預算執行結果，扣減當年度未執行之額度」、「年度結束前未依時導入或預算執行有剩餘，則扣減其預算額度」、「依年度預算執行結果，於一般服務扣減與該項專款項目重複部分之費用」等4種處理方式，其中**「未執行額度扣減」**、**「未導入預算扣減」**和**「重複部分扣減」**部分，將於112年度總額基期進行處理。
2. 未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，**提案時應先訂定好相關KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界**，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商，如果評估標準達到或者更好，就擴大辦理或持續辦理，不好的話就減少預算或退場。



三. 111年度總額範圍諮詢健保會之委員意見摘要



- **醫療服務成本指數改變率(MCPI) → 已檢討，持續凝聚共識。**
 1. 蓟售物價指數為負值，惟民生用品價格、醫院採購藥品及醫療器材之成本並未下降，應檢討指數之真實性。
 2. 進、出口物價指數都是下降的，與躉售物價指數的趨勢相符。
- **投保人口結構改變對醫療費用之影響率 → 已檢討，持續凝聚共識。**
 1. 檢討投保人口結構改變對醫療費用之影響率。現行公式不是反應特殊人口對於醫療費用之影響，而是反應整體人口成長對醫療費用的影響。
 2. 建議健保署利用健保大數據，分析各年齡層1年的醫療費用，以了解人口老化對醫療費用之影響。
- **投保人口預估成長率 → 已處理，於人口差值納入計算。**
 1. 鑑於110年1月至3月自然成長率為負值，投保人口預估成長率應比主管機關所提供之0.136%低。
 2. 倘若110年人口成長為負值，則會延後在112年度總額預算反應。
- **政策所減省費用應列為總額減項 → 已檢討，112年總額納入計算。**

應將政策引導之健保之節流成效列為減項。
例如：藥品給付管理協議(MEA)、雲端藥歷、檢查(驗)結果上傳及管理、C肝新藥等，減列項目效益高達183.9億元，建議列入減項。

03-112年度總額基期與低推估值



一. 112年度總額範圍之基期(淨值)與低推估值(1/2)



112年度全民健保醫療給付費用上(下)限金額 =

111年度全民健保醫療給付費用 ×

(1 + 112年成長率之高(低)推估值)



- ◆ 依據111年3月15日會議決議，112年總額基期(111年度全民健康保險醫療給付費用)扣除110年「未執行額度扣減」及「未導入預算扣減」部分，基期淨值約為8,018.43億元。
- ◆ 其中110年「未執行額度扣減」係以以107-109年3年平均執行率及110年預算數估計，實際執行數將俟110年第4季結算後再依健保署提供之資料確認更正。

11

項目	計算說明
• 依年度預算執行結果扣減當年度未執行之額度	以107-109年3年平均執行率及110年預算數估計。(資料來源：健保會109年度各總額部門執行成果評核指標摘要)
• 年度結束前未依時導入或預算執行有剩餘則扣減其預算額度	以健保署公告之110年截至第三季結算報表所列數值納入計算。
• 依年度預算執行結果於一般服務扣減與該項專款項目重複部分之費用 ^(註1)	-
• 檢討項目實施成效，提出節流效益並納入總額預算財源 ^(註2)	-
合計 ^(註3)	77.18億元

註1：本項於110年尚無項目需扣減。

註2：有關節流效益之回饋款待健保會確認後納入當年度擬訂之總額範圍計算。

註3：考量健保署結算作業期程，相關扣減額度將俟110年第4季結算後確認。

一. 112年度總額範圍之基期(淨值)與低推估值(2/2)



112年總額範圍_(草案)之低推估：1.256%

(下限金額：8,119.14億元)

(一) 醫療服務成本及人口因素成長率：

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

A 投保人口結構改變對醫療費用之影響率	1.829%
B 醫療服務成本指數改變率	0.374%
C 投保人口預估成長率	-0.264%
醫療服務成本及人口因素成長率	1.933%

(二) 低推估值之計算：1.256%

- 依111年一般服務預算占率校正，並校正110年投保人口數值

12



投保人口預估成長率(C)：-0.264%

◆ 採計最近1年(110年)可取得之實際投保人口成長率

即以110年對109年投保人口成長率計算：

$$\begin{aligned}
 &= (110\text{年投保人口數}/109\text{年投保人口數}) - 1 \\
 &= (23,689,235/23,751,899) - 1 \\
 &= -0.264\%
 \end{aligned}$$



投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)：1.829%

◆ 採110年投保人口之年齡性別結構相較於109年年齡性別結構改變，對醫療點數之影響

➤ 以109年醫療點數為基礎，年齡以1歲為一組

◆ 公式：

$$\sum(HE_{109ij} * \%POP_{110ij}) / \sum(HE_{109ij} * \%POP_{109ij}) - 1$$

HE_{109ij} ：109年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

$\%POP_{110ij}$ ：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

$\%POP_{109ij}$ ：109年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比



醫療服務成本指數改變率(B)：0.374%

各類服務	費用百分比	醫療服務成本指數改變率 (105年為基期)
醫院	70.394%	0.364%
西醫基層	19.614%	0.247%
牙醫	6.280%	0.633%
中醫	3.713%	0.804%
總計	100.00%	0.374%

15



各部門醫療服務成本指數改變率(B)之計算

成本項目	部門成本權數(%) (以105年為基期) ^{註1}			
	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
人事費用	50.39	54.58	54.23	52.94
	18.03			
		23.94		
藥品費用			4.87	
				18.16
醫療材料費用	10.15	6.37	23.78	12.62
基本營業費用	9.46	6.28	8.73	6.14
其他營業費用	11.97	8.83	8.39	10.14

指標類別	指數			單項指數年增率(%)
	109年	110年	109-110年	
1/2主計總處「醫療保健服務業」薪資；1/2主計總處「工業及服務業」薪資	107.31	108.58	1.183	
躉售物價指數—西醫藥品類權重及指數	105.44	103.12	-2.200	
躉售物價指數—西醫藥品類權重及指數	105.44	103.12	-2.200	
全民健保藥費申報權重及躉售物價指數—藥品類指數 ^{註2}	94.63	94.47	-0.169	
躉售物價指數—藥品類中藥製劑之權重及指數	106.12	106.52	0.377	
躉售物價指數—醫療儀器及用品類 ^{註3}	94.90	94.05	-0.896	
躉售物價指數—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	99.27	99.27	0.000	
消費者物價指數—總指數	102.31	104.32	1.965	

註：

1. 部門成本權數，採主計總處105年「工業及服務業普查」之調查結果。

2. 牙醫之健保藥費申報權重，係以105年為基期。

3. 「躉售物價指數之醫療儀器類」係選取屬醫療服務之項目，另行計算，包括(1)電子醫療用儀器及設備。(2)注射筒、聽診器 及導管等醫療器材。(3)整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品。(4)放射照相或放射治療器具。(5)理化分析用儀器及器具。(6)其他醫療器材。

16

04-112年度政策目標與高推估值



17

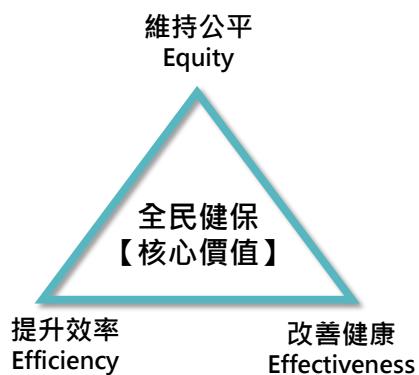


04

一. 112年總額政策目標擬訂原則



健保核心價值與總額政策目標



總額政策目標，係審視健保現況後，以健保核心價值為原則，兼顧整體衛生政策之推動而訂定。

每年總額調整，雖然在計畫推動上會以「年度」視之，但**健康政策應採更長遠的規劃**，才能**保障國民健康**。

五項總額政策目標下，彙整本部及各總額部門所提之計畫，擬定推動重點及相關計畫，以使**健保更具有價值**，進而**健保醫療費用更加合理平衡**、**醫療品質更提升**。

18

二. 112年度健保總額之政策目標



一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】

二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】

三、推動健保給付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】

四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】

五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【改善健康與維持公平】

三. 112年度健保總額之高推估值(1/4)



(高推估值：5%，上限金額：**8,419.35億元**）



調整因素之內涵：300.21億元

一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】：增加**47.72億元**

1. 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。
2. 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。
3. 持續辦理C型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除C肝政策綱領設定2025年消除病毒性肝炎的目標。
4. 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，提升民眾健康自主權及自我充能(empowerment)，加強民眾進行自我健康管理。
5. 建立癌症篩檢陽性個案診療模式，以醫療品質為導向，確保癌症病人之診療與照護品質。

三. 112年度健保總額之高推估值(2/4)



二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】：增加**165.13**億元

1. 賽續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。
2. 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，建立家庭責任醫師制度。
3. 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。
4. 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
5. 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。

21

三. 112年度健保總額之高推估值(3/4)



三、推動健保給付支付制度改革，減少無效醫療，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】：增加**19.40**億元

1. 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
2. 推動DRG支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
3. 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
4. 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。

四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】：增加**48.24**億元

1. 建立定期檢討醫療服務支付標準相對值表合理性之制度。
2. 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

22



五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【改善健康與維持公平】：增加19.71**億元**

1. 鼓勵發展遠距醫療及其照護模式，合於《通訊診察治療辦法》之規定下，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
2. 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
3. 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

減列預算項目：

除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用2.51億元外，尚有配合C型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、精神科長效針劑藥費、提升保險服務成效等計畫執行情形減列相關預算共14.32億元，其減列金額已含納於前述政策目標。

23

05-112年度健保總額範圍財務影響評估





	低推估	高推估
112年度總額醫療費用成長率	1.256%	5%
112年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	8,119	8,419
增加金額(億元)	101	401
112年保險成本(億元) (不含部分負擔)	7,443	7,741
112年保險收入(億元)	7,332	7,331
112年當年保險收支餘額(億元)	-111	-409
112年保險收支累計餘額(億元)	544	246

附註：

- 1、保險收入包含一般保險費、補充保險費及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益及呆帳提列(減項)等)。
- 2、112年一般保險費率以維持現行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112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍草案，112年度的總額範圍係以112年度醫療給付費用總額淨值8,018.43億元為基期。
- 4、已納入衛福部111年4月8日公告修正「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，並自111年5月15日生效之財務影響。
- 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。

25

衛 生 福 利 部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

敬請指教



附錄

27

附錄

111年度各總額部門核定結果

項目/方案別	牙醫門診	中醫門診	西醫基層	醫院	整體總額
1.醫療服務成本及人口因素	0.270%	1.085%	1.176%	1.922%	
-投保人口預估成長率	0.136%	0.136%	0.136%	0.136%	
-人口結構改變率	0.309%	0.756%	1.257%	2.042%	
-醫療服務成本指數改變率	-0.175%	0.192%	-0.218%	-0.258%	
2.協商因素	1.573%	3.091%	0.655%	1.127%	
110年一般服務成長率	1.843%	4.176%	1.831%	3.049%	
111年專款項目預算(百萬元)	1,738.8	979.8	7,930.1	34,538.7	
111年門診透析預算成長率 ^註			4.689%	2.015%	
111年預算金額(百萬元)	49,518.3	29,690.7	154,644.1	559,129.2	
較110年度協定預算成長率	2.756%	4.208%	2.744%	3.504%	3.320% (8,096億元)

註：1、整體總額預算尚包括其他預算為165.792億元。

2、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。

28

附錄

96-111年總額範圍擬訂與協定結果

總醫療給付費用成長率(%)															
年度	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111
報院範圍	2.30~ 5.3	3.363~ 5.663	2.506~ 4.339	1.644~ 3.627	2.695~ 5.471	2.994~ 7	1.577~ 4.5	1.772~ 5.011	4.025~ 6.139	3.769~ 6.49	2.349~ 5.631	2.516~ 4.89	3.708~ 5.976	2.907~ 5	1.272~ 4.746
行政院核定範圍	2.30~ 5.0	3.363~ 5.1	1.822~ 3.5	1.644~ 3.6	2.695~ 4.7	2.994~ 6.0	1.577~ 4.5	1.772~ 4.8	4.025~ 5.8	3.769~ 5.9	2.349~ 5.0	2.516~ 4.5(4.7)	3.708~ 5.5	2.907~ 4.5	1.272~ 4.4
總額協定結果	4.687	3.874	3.317	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.711	4.417	5.237	4.107	3.320
牙醫門診	2.885	3.033	2.515	1.783	2.264	1.421	1.888	2.14	3.463	3.246	4.001	3.433	3.876	3.055	2.756
中醫門診	2.743	2.95	2.063	2.551	2.856	2.187	2.421	2.124	3.927	4.066	3.699	4.429	5.393	4.306	4.208
西醫基層	4.343	3.756	2.742	1.874	2.986	2.818	2.391	3.191	4.274	5.157	4.053	4.067	4.401	3.552	2.744
醫院	5.119	4.887	3.256	3.173	4.683	5.587	3.281	3.659	5.672	6.021	4.8	4.428	5.438	4.382	3.504
其他	增加 3.16 億元	減少 22.57億 元	增加 14.41億 元	增加 5.76 億元	增加 14.61億 元	減少 4.02 億元	增加 19.52億 元	增加 5.345億 元	減少 9.58 億元	增加 9.05 億元	增加 15.17億 元	增加 14.1 億元	增加 14.93億 元	增加 4.69 億元	增加 4.26 億元
總額預算(億元)	4.605	4.780	4.939	5.077	5.296	5.531	5.712	5.905	6.196	6.545	6.853	7.153	7.526	7.835	8.096

註：

- 基期含校正投保人口數之費用，成長率為相較前一年度協定總額之成長率。
- 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。

29

附錄 牙醫總額部門所提112年度成長率目標值1/2

牙醫	序號	協商因素項目	金額 (百萬元)	成長率	牙醫部門說明
保險給付項目及支付標準之改變	1	口腔外科診療項目 (顱頸關節) · 108年協定預算不足	47.9	0.100%	1.108年協定12百萬元，用於新增口腔外科診療項目。 2.預算不足約47.9百萬。
其他醫療服務利用及密集度之改變	2	【新科技】超音波根管治療沖洗	79.1	0.166%	透過超音波高速振動頻率，一秒鐘震動數萬次以上原理來做清潔功能，達到微創的目的，目的是深層根管清創，移除根管內雜質與感染物，增加根管治療成功率。
	3	高齡長者照護	2,046.4	4.283%	針對65歲以上高齡長者，新增相關支付項目，以達到加強就醫安全，改善牙齒保存狀況，促進牙周照護及口腔黏膜健康照護。 109年65歲以上就醫人數為1,531,529人 為加強照護高齡長者之口腔狀況及提升就醫品質，新增相關支付項目 (1)高齡長者就醫安全支付項目(檢查費) (2)高齡長者氟化物治療 (3)高齡長者特定牙周保存治療(全口總齒數一~至三顆之高齡長者) (4)高齡長者口腔黏膜健康照護預估需2,046.4百萬
小計		2,173.4	4.549%		

30

附錄 牙醫總額部門所提112年度成長率目標值2/2

牙醫	序號	專款項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	牙醫部門說明
延續型專款計畫	1	牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	280	0	維持111年預算280百萬
	2	牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	722.1	50	同111年計畫預算金額722.1百萬；考量111年預算不足，另由牙醫門診總額一般服務預算項下移撥50百萬。
	3	牙醫門診總額急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12	0	維持111年預算12百萬
	4	0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫	60	0	維持111年預算60百萬。
	5	12歲至18歲青少年口腔提升照護試辦計畫	271.5	0	維持111年預算271.5百萬。
	6	高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫	184	0	維持111年預算184百萬。
	7	網路頻寬補助費用	136	0	維持111年預算136百萬。
小計				50	

31

附錄 中醫總額部門所提112年度成長率目標值1/2

中醫	序號	協商因素項目	金額 (百萬元)	成長率	中醫部門說明
保險給付項目及支付標準之改變	1	提昇中醫護理照護品質	570.8	1.988%	費用預估：a.一般門診診察費，聘有護理人員時提高20點給付。b.若有聘護理人員者，針灸處置費、傷科處置費、提高20點給付，針灸合併傷科處置費提高30點給付，以109年健保申報資料推估，每年需增加570.8百萬元。
醫療品質提昇	2	提昇中醫外治照護品質	421.9	1.470%	建議修正藥費給付規定，將部分臨床普遍使用及具科學實證之自費外用及五官用中藥納入健保給付，以提供優質中藥給更多有需要之病患。
	3	提昇中醫針傷合併照護品質	400.0	1.393%	提高中醫針傷合併治療時之健保給付，以提高中醫針傷合併照護品質
	4	中醫小兒傷科照護品質	3.6	0.013%	建議調整中醫小兒傷科處置費增加200點，鼓勵中醫師提供更多優質小兒傷科醫療服務，以提升中醫小兒傷科處置照護品質，進而提高病患滿意度。
	5	高風險及特殊疾病中醫加強照顧	85.3	0.297%	建議將高風險及特殊疾病之門診診察費及申報限制加以調整，讓院所加強相關防護措施，並投入更多的醫療照護資源，以保護病人及醫護人員之安全，促進相關醫療品質。以109年申請案件推估約852,800件每件加成100點，預估需85.3百萬點。
	6	提昇中醫失智症照護品質	93.6	0.326%	建議特定疾病門診加強照護處置費中新增失智症項目，提高中醫治療失智症照護品質。
小計			1,575.2	5.487%	

32

附錄 中醫總額部門所提112年度成長率目標值2/2

中醫	序號	專款項目	金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	中醫部門說明
延續型專款計畫	1	醫療資源不足地區改善方案	172.0	0	鼓勵醫師在無中鄉開業和參與巡迴醫療服務，服務更多偏遠及醫療資源不足地區的民眾，使投保民眾享有一樣的醫療服務。
	2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫	272.7	20.0	針對住院中病人，藉由中醫輔助醫療介入，期使達到病人神經學功能進步、日常生活能力改善、生活品質提昇，併縮短住院天數，降低醫療費用支出的目的。
	3	中醫提升孕產照護品質計畫	81.0	0	藉由中醫師依據病患體質，提供衛教、飲食指導、針灸治療，針對各種因素引發的不孕、流產，提供加強照護。
	4	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	21.6	0	針對患有過敏性鼻炎兒童，藉由中醫輔助醫療介入，改善過敏性鼻炎症狀且減少其他上、下呼吸道的併發症，改善日常生活能力、提昇生活品質，進而提升學習能力。
	5	中醫癌症患者加強照護整合方案	275.0	30.0	整合癌症患者於住院期間、放化療或手術過後及門診期間，提供全方位中醫加強照護，減輕療程中常出現的症狀，並減輕末期患者出現的不適與疼痛問題，提升患者的生活品質。
	6	中醫急症處置	5.0	0	針對急診常見病症，藉由中醫介入處置，減輕急診壅塞，減少病人反覆進出急診或滯留於急診觀察區。
	7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	80.0	30.0	為提供慢性腎病病人疾病適切、良好的醫療健康管理服務，提供整體性中醫醫療照護服務。
	8	照護機構中醫療照護方案	38.0	10.0	養護機構居民多活動能力差，行動不便，就醫困難，能獲得之中醫資源有限。
小計			90.0		

33

附錄 西醫基層總額部門所提112年度成長率目標值1/3

基層	序號	協商因素項目	金額 (百萬元)	成長率	西醫基層部門說明
保險給付項目及支付標準之改變	1	新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)	400	0.316%	111年新藥預算改以Horizon Scanning(HS)前瞻性評估方式，以107-109年實際申報藥費與HTA報告之成長預估情形進行校正，計算財務衝擊，加上110-111年預期收載之新藥，參採廠商提報預期於111年收載新藥，及110年收載新藥於111年申報增加之藥費；但依往年新藥開放後，實際支出往往超出預期，建議計算112年之費用時，應要滾動式檢討，往前延長計算之年別。
其他醫療服務利用及密集度之改變	2	藥品給付規定改變	400	0.316%	1.治療指引改變，不僅增加藥品費用，也增加檢驗檢查費用。 2.藥品修正需求逐漸擴大、治療指引時常改變，使相關支出持續增加，建議應扣除人口結構改變率，持續編列110年欲放寬之藥品項目及所涉相關檢驗預算。
	3	促進醫療資源支付合理	344.9	0.273%	1.配合111年總額協定事項(1)鼓勵分級醫療、雙向轉診，用於提升西醫基層量能之診療項目。(2)112年度總額起，請朝醫院、西醫基層部門相同診療項目支付點數連動調整辦理。 2.106-109年醫院調整而基層未調之項目，達4,709億元，扣除111年編列之預算，本項仍差距344百萬點，建議持續增編，維護醫療合理給付。
	4	門診診察費加成一致	1,134.0	0.896%	1.109年起西醫基層第一階段門診診察費，依各專科別有不同成數之加成，其中婦產科、外科及內科專科醫師加計至13%，整形外科、骨科、泌尿科、神經外科專科醫師加計至10%，其餘專科醫師加計至9%。 2.本會接獲許多專科陳情應兼顧不同科別診察費調整的公平性及合理性，並維護基層科別均衡發展，極力建議未加成至13%之科別，第一階段門診診察費皆調整為加計13%。 3.考量疫情影響，以108年申報情形推估，除內、外、婦專科醫師，加計至13%約需1,134百萬。
	5	假日開診診察費加成	1,122.0	0.887%	1.維護民眾假日就醫需求及鼓勵基層院所於假日開診，維持醫療量能，並支持院所付出之心力。 2.110年12月基層週六看診家數9,324家，開診率83.75%、週日看診家數2,053家，看診率16.81%。 3.108年基層假日看診(周六、日、國定假日、春節)件數約3,571萬件，民眾仍有需求，建議診察費加成10%(11.22億)。
小計			3,400.9	2.688%	

34

附錄 西醫基層總額部門所提112年度成長率目標值2/3

基層	序號	專款項目	金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	西醫基層部門說明
延續型專款計畫 35	1	家庭醫師整合照護計畫	4,140.5	192.5	<p>1. 收案會員：近年由於收案會員皆不斷超出預期，108年收案成長率更達15.2%，本會則以「提高醫療品質」與採「精實醫療群」為主軸，109-111年均以成長率5.3%預估收案情形，目前收案人數已達637萬人。112年則同樣以成長率5.3%，推估收案人數約達670萬人。</p> <p>2. 財務預估：平均每人照護費650元：637萬人*平均每人照護費650元=4,140.5百萬元，扣除111年預算3,948百萬元，新增192.5百萬元。</p>
	2	代謝症候群防治	308.0	0	【111年新增】 依執行成效編列預算。
	3	提升心肺疾病患者心肺復健門診pay for value論質計酬	9.7	0	
	4	開放表別	1,320.0	100.0	為擴充基層量能，建議每年持續增編預算。
	5	醫療給付改善方案	805.0	0	同意健保署增編之預算。
	6	網路頻寬補助費用	253.0	0	比照111年預算編列，若預算不足部分由其他預算支應。
	7	C肝藥費	292.0	0	
	8	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0	

附錄 西醫基層總額部門所提112年度成長率目標值3/3

基層	序號	專款項目	金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	西醫基層部門說明
延續型專款計畫	9	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	30.0	0	比照111年預算編列，若預算不足部分由其他預算支應。
	10	後天免疫缺乏病毒治療藥費	30.0	0	
	11	因應罕見疾病、血友病及後天性免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0	
	12	西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0	比照111年預算編列
	13	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0	
	14	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0	
	15	精神科長效針劑藥費 【111年新增】	100.0	0	
	16	品質保證保留款	120.3	0	
小計				292.5	

附錄

醫院總額部門所提112年度成長率目標值1/3

醫院部門	序號	協商因素項目	金額 (百萬元)	成長率	醫院部門說明
保險給付項目及支付標準之改變	1	新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)	3,000	0.599%	配合健保總額政策目標，增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件。
	2	藥品給付規定改變	650	0.130%	就擴增適應症之藥品、特材給付之項目應編列預算以支應，以避免排擠現有醫療服務項目。
	3	平衡長期偏低之支付點數醫院一般病床之診察費、病房費及護理費支付點數各加計30點	5,000	0.999%	1. 配合行政院就總額範圍的附帶決議，檢討支付制度、給付範圍及收支連動機制的合理性。 2. 就醫院部門長期偏低及為醫療基本項目提升一般病床之診察費、護理費及病房費之點數，逐年調整至合理。
其他預期之法令或政策改變	4	持續推動分級醫療壯大社區醫院	1,000	0.20%	持就分級醫療政策，鼓勵地區醫院持續強化醫療服務品質，擴展服務量能。
	5	提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	2,000	0.40%	持續就區域級(含)以上醫院因政策指示所產生之門住診費用結構改變，續執行先前未完成項目的保障點值。
	6	因醫療法就醫療器材使用規範重新修定，造成醫院特材成本高於健保給付點數之補貼	2,000	0.40%	鑑於醫療法對醫療器材使用的重規定，將造成現行各級醫院手術器材成本高於現行健保支付點數，為維持恆常醫療服務水準，應就現階段健保給付項目涉及材料不得重消而產生的財務支出給多適當的補貼。

37

註：以台灣醫院協會111年3月30日來函更新版本呈現。

附錄

醫院總額部門所提112年度成長率目標值2/3

醫院部門	序號	協商因素項目	金額 (百萬元)	成長率	醫院部門說明
其他醫療利及密集度之改變	7	新設醫院影響醫院總額資源分配	959.95	0.192%	1. 為真實反應各縣市政府擴充醫院及床數，將產生各區醫療資源重分配之影響，為避免因新設醫院的加入造成各區預算變動過大，宜編列相對財務挹注。 2. 以112年已申請設立之醫院資料約404床，以佔床率65%計算，每日產值約計10000元/天，112年所產生的財務衝擊約9.5995億元。
其他議定項目	8	醫院部門實際醫療服務與總額額度落差 (3/30更新項目)	55,000	10.987%	經統計醫院總額歷年總額預算數與醫療實際申報數，每年都有達百億以上之落差，且年年增加，108年已達550億元，109年及110年雖因COVID-19疫情影響，亦仍有374億及222億以上的差距亟須彌平，應於協商因素中研商回補。
小計			69,610	13.879%	

註：以台灣醫院協會111年3月30日來函更新版本呈現。

38

附錄

醫院總額部門所提112年度成長率目標值3/3

醫院部門	序號	專款項目	金額 (百萬元)	增加 金額 (百萬元)	醫院部門說明
延續型專款計畫	1	C型肝炎藥費	3428	0	續維持111年項目及預算額度，伺後配合健保署預算編列予以調整。
	2	罕病、血友病藥費及罕病特材	12807	0	
	3	AIDS藥費(110年起預算與前項分列)	5257	0	
	4	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5208.1	0	
	5	醫療給付改善方案	1495.1	0	
	6	急診品質提升方案	300	0	
	7	鼓勵繼續推動DRGs	210	0	
	8	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100	0	
	9	醫療資源不足地區提升計畫	1100	0	
	10	鼓勵院所建立轉診合作機制	224.7	0	
	11	網路頻寬補助費用	200	0	
	12	腹膜透析追蹤處置費及APD租金	15	0	
	13	住院整合照護服務計畫	300	0	
	14	精神科長效針劑藥費	2664	0	
	15	鼓勵RCC、RCW病人脫離率、簽署DNR及安寧療護計畫	300	0	
	16	品質保證保留款	929.8	0	
			小計	0	

39

註：以台灣醫院協會111年3月30日來函更新版本呈現。

附錄

健保署所提112年度成長率目標值1/2

112年全民健康保險總額範圍調整因素項目及預估金額 (單位：億元、%)

分類	項 目	醫院 (含透析)	西醫基層 (含透析)	牙醫	中醫	其他	合計	整體 成長率	專款預算 (合計)
基期	111年預算	5591.29	1546.44	495.18	296.91	165.79	8095.62		
人口差值	人口校正差值	-22.42	-5.73	-2.18	-1.29	-31.62	-0.39%		
違規回補	110年違規扣減回補基期	0.17	0.90	0.11	0.14	1.31	0.02%		
非協商	112年非協商因素小計	111.44	17.46	2.97	3.92	135.79	1.68%		
	醫療服務成本指數改變率(A)	106.73	17.72	1.22	2.38	128.05	1.58%		
	人口結構改變率(B)	18.26	3.12	3.02	2.31	26.71	0.33%		
	投保人口成長(C)	-13.54	-3.39	-1.27	-0.77	-18.60	-0.23%		
一般服務 增減預算	新科技-新增藥品項目	28.74	1.46			30.20	0.37%		
	新科技-新增特殊材料項目	10.00	0.00			10.00	0.12%		
	新科技-新增診療項目	10.00	0.30			10.30	0.13%		
	新科技-伴隨式檢測及次世代定序(NGS)基因檢測納入健保支付	12.58	0.52			13.10	0.16%		
	藥品及特材給付規定範圍改變	18.24	0.91			19.15	0.24%		
	促進醫療服務診療項目支付平衡性	78.70	9.09			87.79	1.08%		
	健保財務不平衡	30.00				30.00	0.37%		
	肺癌早期篩檢衍生醫療費用	26.19				26.19	0.32%		
	5癌(乳癌、子宮頸癌、大腸癌、口腔癌、肺癌)追陽獎勵費	2.93				2.93	0.04%		
	違規查處金額	-0.11	-1.52	-0.54	-0.35	-2.51	-0.03%		
		一般服務小計	217.27	10.76	-0.54	-0.35	0.00	227.14	2.81%

40

附錄

健保署所提112年度成長率目標值2/2

專款項目 增減預算	C型肝炎用藥	0.00	0.00	-10.88	-10.88	-0.13%	45.32	
	罕病、血友病及其他部門專款不足	2.87	0.00	0.00	2.87	0.04%	134.14	
	AIDS藥費	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00%	52.87	
	鼓勵器官移植及抗排斥用藥	0.30		0.30	0.004%	52.38		
	醫療給付改善方案	1.91	0.51	2.42	0.03%	25.42		
	急診品質提升計畫	0.20		0.20	0.002%	3.20		
	精神科長效針劑藥費	8.04	-0.63	7.41	0.09%	35.05		
	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1.00		1.00	0.01%	12.00		
	家庭醫師整合性照護計畫	1.68		1.68	0.02%	41.16		
	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	-0.12		-0.12	0.00%	0.00		
	西醫住院中醫特定疾病輔助計畫		0.23	0.23	0.003%	2.75		
	兒童過敏性鼻炎照護計畫		0.05	0.05	0.001%	0.27		
	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫		0.15	0.15	0.002%	0.65		
	居家醫療照護、精社區復健、轉銜長照		9.50	9.50	0.12%	82.50		
	網路頻寬補助費用	0.36	0.05	0.10	0.04	0.55	0.01%	7.74
提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用				1.50	1.50	0.02%	16.50	
提升保險服務成效				-0.81	-0.81	-0.01%	5.19	
專款新增預算小計		14.68	1.61	-0.02	0.46	-0.69	16.04	0.20%
門診透析(3.25%)		7.49	6.60				14.09	0.17%
合計(含門診透析)		328.62	31.60	0.34	2.89	-0.69	362.76	4.48%

註:非協商因素之公式,考量112年公式修訂未有共識版本,故以原公式估算。

41

附錄

民眾付費能力參考指標

	98年	99年	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年(預估)	111年(預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	-1.49%	8.83%	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	4.58%	9.64%	5.71%
實質國內生產毛額成長率(%)	-1.61	10.25	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.36	6.45	4.42(註2)
名目國民所得年增率(%)	-1.58%	11.07%	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	4.97%	9.02%	5.29%
實質國民所得年增率(%)	0.98	9.43	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	6.49	5.61	
受雇員工每人每月平均薪資成長率(工業及服務業總計)(%)	-4.77%	5.55%	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	
失業率(%)	5.85	5.21	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.65 (111年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	0.18	1.92	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	3.08 (預估)
健保應收保險費成長率(%)	0.31	13.55	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.57	1.68 (預估)
健保醫療費用成長率(%)	3.874	3.317	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	-
每人健保醫療費用成長率	3.6	2.94	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.36	-
國民醫療保健支出占GDP比率(%)	6.73	6.29	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.69	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.70	3.51	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.80	3.61	3.53
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.00%	55.83%	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.79%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	42.38	41.91	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	39.54	-	

註：

1.經濟成長率以實質國內生產毛額(GDP)為基礎；另依據行政院主計總處108年12月4日以主統國字第1080300883號函，主計總處依最新工業及服務業普查與各類相關調查資料修正歷年國民所得統計，故更新歷年平均每人國民所得毛額(GDP)等指標。

2.名目國民所得係按當期價格計算；實質國民所得係以100年價格為基期；110年為預估數，行政院主計總處為6.45%，中華經濟研究院為6.05%，台灣經濟研究院為6.10%，中央研究院經濟研究所為6.04%；111年為預估數，行政院主計總處為4.42%，中華經濟研究院為3.67%，台灣經濟研究院為4.10%，中央研究院經濟研究所為3.85%。

3.111年一般保險費費率5.17%，補充保險費費率2.11%。

4.國民醫療保健支出占GDP比率，係依據最新版國民經濟會計制度(2008SNA)修正編算原則，將研究發展支出納入GDP之計算。

5.主計總處自108年1月公布以105年為基期之受雇員工每人每月平均薪資資料，修正更新歷年資料。

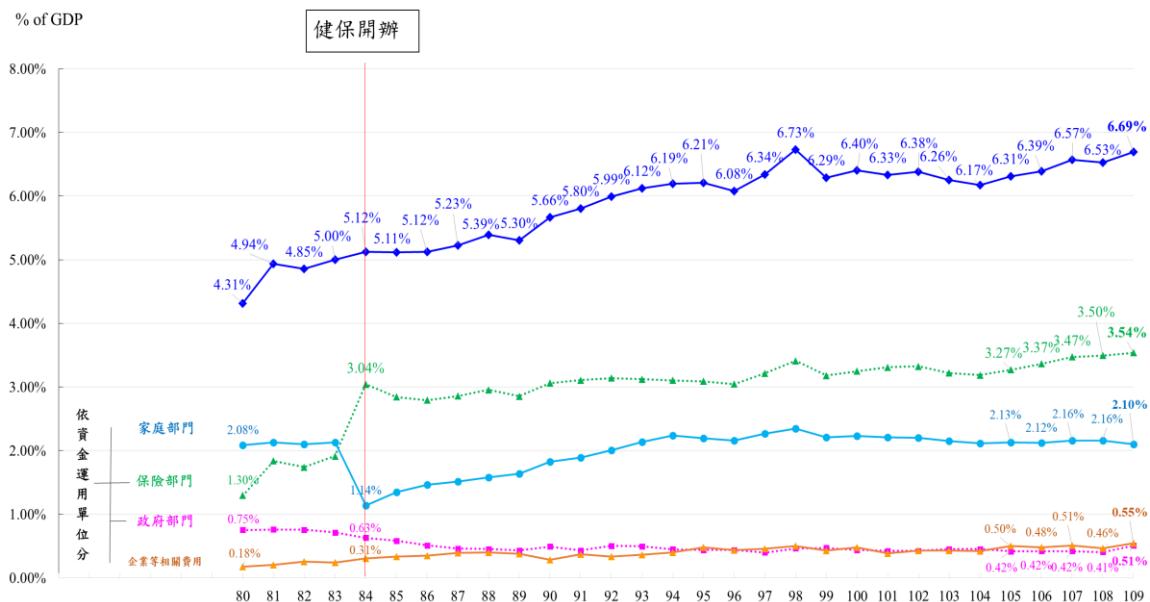
6.工業及服務業與服務業部門統計結果涵蓋自98年1月起新增「教育業(僅含教育輔助及其他教育業)」，自108年1月起新增「研究發展服務業」、「學前教育」及「社會工作服務業」。

42

附錄

我國整體醫療保健支出

醫療保健支出占GDP比率 (80年至109年)

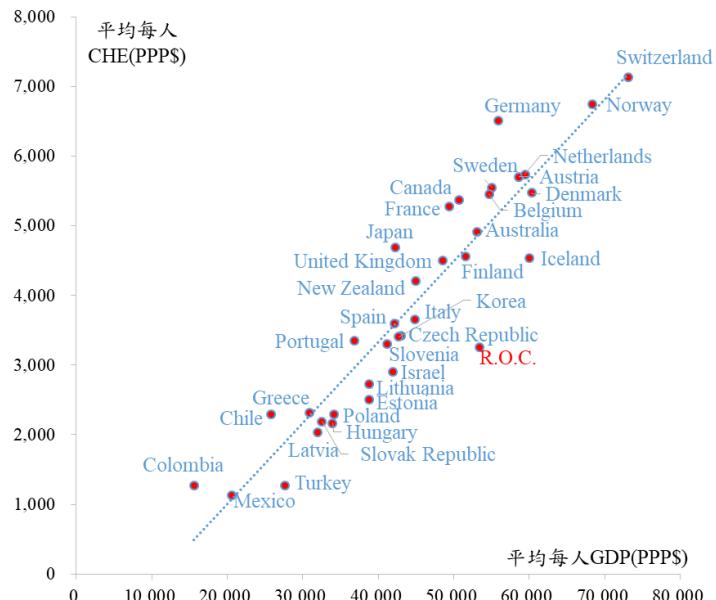


資料來源：本部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」。

43

附錄

108年OECD會員國與我國 平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP



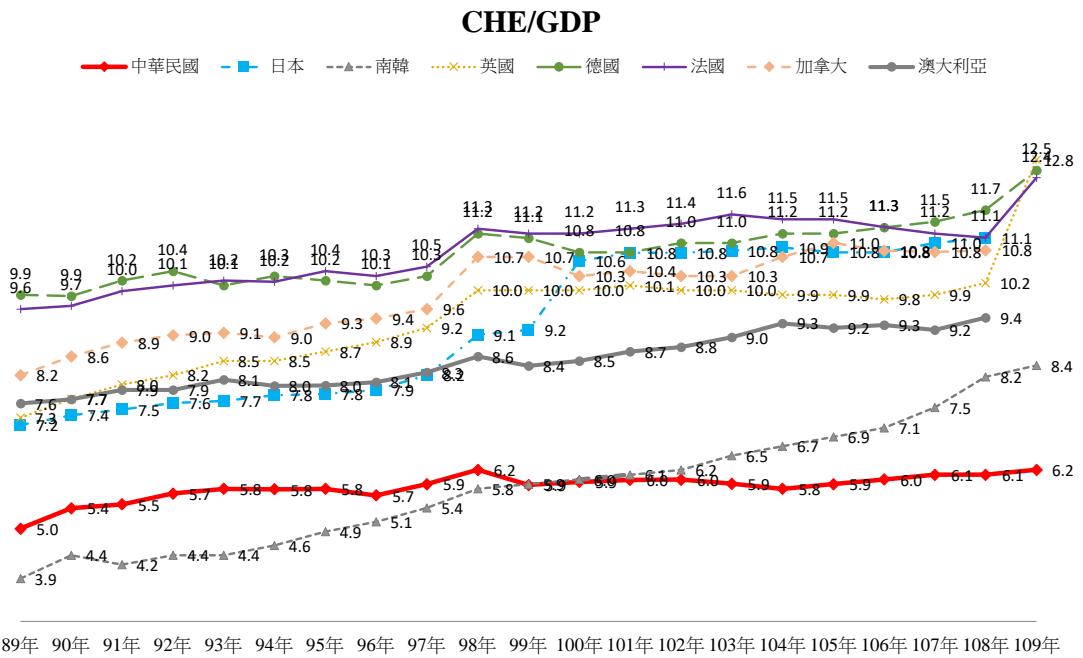
資料來源：OECD Health Statistics

附註：剔除盧森堡Luxembourg、美國United States及愛爾蘭Ireland 3 個國家，其估計迴歸方程式為平均每人 CHE = 0.1163 × 平均每人 GDP - 1322.5， $R^2 = 0.865$ 。

44

附錄

歷年經常性醫療保健支出(CHE) 占GDP比率之國際比較(89至109年)



資料來源：本部發布之「109年國民醫療保健支出統計分析」

附註：CHE(經常性醫療保健支出)：指NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。

臨時提案第一案

提案人：黃委員金舜

連署人：干委員文男、林委員敏華、許委員馮洪、胡委員峰賓、劉委員國隆

代表類別：保險醫事服務提供者代表、保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：解決民眾餘藥問題之策略與執行方式，提請討論。

說明：

一、依據前期研究調查，台灣每年約丟棄 193 公噸的藥品，2018 年健保署委託研究亦提到，318 位民眾中有 165 位家中有剩餘的健保藥品，平均剩藥顆數高達 64 顆。另外，自全國全民健康保險開辦以來，診療費在主要醫療費用占率從 42.3% 下降至 35.1%，藥費從 26.1% 上升至 28.9%。如何解決民眾用藥問題，有效利用健保資源，成為健保委員全體的迫切的責任，過去亦有多位委員於會議中提出應針對民眾餘藥問題提出更有效的解方。

二、參考醫藥先進國家作法，美國至 2020 年止，共有 38 個州執行藥品回收計畫，將可再次利用的藥品透過捐贈給符合需求的民眾；另日本於 2014 年開始推行「殘藥對策」，透過藥師提供餘藥報告書，避免病人回診開立同樣藥品，研究顯示，透過殘藥對策的介入，可減少 75 歲以上的居家高齡病人 475 億日圓之藥費，整體而言，約可降低 81.1% 的餘藥藥費。另外，台灣北部某醫學中心也曾做過研究，295 位病人回收之廢棄藥品，經過藥師評估回收再利用的價值為 40 餘萬元，占整體廢棄藥品之 46%。

三、中華民國藥師公會全國聯合會(下稱藥全會)以守護民眾用藥安全為首要任務，過去也透過多元管道向民眾宣導用藥的正確觀念，但如上所述，藥物問題不僅未漸趨改善，反而轉為嚴重，此不僅表示相關作法需要精進，更有從源頭釐清問題原因，擬

定因應策略之必要，對此，藥全會作為藥界代表，願意扛起這重要之責，也期盼獲得各位委員之支持。

擬辦：建請決議健保署盡快與藥師公會全聯會擬定執行策略與施行方式之相關計畫，以解決民眾餘藥問題。

.....

中央健康保險署意見：

一、為嚴密守護民眾用藥安全，以減少潛在性藥物交互作用的發生，本署自 108 年 10 月起將「門診特定藥品重複用藥費用管理方案」擴大至全藥類口服藥品，並運用多元管理措施，協助院所警覺病人重複用藥問題，以調整處方減少浪費，執行策略如下：

- (一)已建置健保醫療資訊雲端查詢系統，提供醫師查詢病人近 6 個月藥品領用及「遵醫囑應餘用藥日數」資訊，即時掌握病人依醫囑用藥之餘藥日數。
- (二)已開發重複處方主動提示功能(API)，提供醫師於院內 HIS 系統開立處方時，輸入藥品代碼傳送至健保署，即時比對病人重複領藥情形。
- (三)定期回饋特定藥品用藥重複案件輔導報表予醫療院所管理參考，透過多元統計資訊協助院內自我管理。

二、醫療資源需要全民共同珍惜及把關，經本署持續推動前揭管理方案，經估算 103 年至 110 年減少重複藥費約 109.7 億元(以全藥類估算)，其中 110 年減少重複藥費約 16.2 億元，已減少醫療資源浪費情形。

三、另，為建立民眾正確服用藥品觀念與提升用藥安全，本署亦辦理全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫，摘述如下：

(一)目的：

- 1.針對具有潛在用藥風險之保險對象進行藥事照護，協助發現並解決藥品治療問題。
- 2.輔導保險對象建立正確服用藥品觀念，避免藥品不當使

用，提升療效與用藥安全。

3.建立醫事人員間溝通與合作模式，共同增進照護品質。

(二)收案條件：保險對象符合下列條件之一，且經評估具有潛在用藥相關問題者，得予以收案：

1.跨院所處方用藥品項達十種(含)以上，且尚在服用者。

2.同時持有三張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。

3.醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。

(三)藥事照護內容及紀錄：

1.藥師判斷性服務：藥師依保險對象用藥問題，擬訂合適之照護計畫，如與醫師聯繫討論處方調整用藥劑量、項目或頻率、指導保險對象調整用藥時間等，並依規定完成紀錄。

2.用藥配合度諮詢服務：藥師針對收案之保險對象用藥配合度察覺問題(如錯過服藥時間、未依照醫囑服藥等)後，依規定完成配合度量表前測後，擬訂合適之照護計畫，並視保險對象情況進行追蹤，完成照護後，依規定紀錄照護結果(含前、後測分數、電訪追蹤內容及時間等)。

(四)截至目前，特約藥局申請參與本計畫家數 330 家，423 名藥師。

本會補充說明：

經本會徵詢食品藥物管理署(下稱食藥署)及臺北市政府衛生局，並查詢其網站資料，彙整相關資訊如下：

食藥署為保障民眾用藥安全，近年透過各縣市政府衛生局與藥全會共同執行藥事照護計畫，並由該署補助相關經費，由藥師提供藥物諮詢服務、發現病人用藥問題，必要時與醫師討論調整處方、指導民眾正確用藥等。另各縣市政府衛生局亦規劃設置居家廢棄藥物檢收站回收民眾餘藥，爰委員所關切民眾餘藥處理問題、民眾正確用藥觀念與行為之建立、民眾用藥安全等事宜，刻已由食藥署、各縣市政府衛生局及各縣市藥師公會共同推動辦理。

決議：

臨時提案第二案

提案人：劉委員淑瓊、滕委員西華

連署人：林委員恩豪、干委員文男、吳委員鴻來、許委員駢洪、翁委員燕雪、劉委員國隆、李委員麗珍、楊委員芸蘋、陳委員有慶、馬委員海霞、林委員敏華、劉委員守仁、何委員語、李委員永振、趙委員曉芳

代表類別：保險付費者代表、專家學者及公正人士代表

案由：為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告，提請討論。

說明：

一、依據第 5 屆第 2 次委員會議資料第 35 頁，「全民健保財務調整措施」研擬規劃，與「衛生福利部中央健保署 0408 版 111 年使用者付費之部分負擔說帖」，內容列舉增加部分負擔，具有「提升民眾成本意識」、「引導民眾分級醫療與轉診」、「改變民眾不必要的就醫行為」、「促進醫病溝通與決策共享」等 4 項效益。另衛生福利部提出部分負擔調整的原因，是依據 5 大現象：

- (一)病人不珍惜藥品資源。
- (二)藥費占所有醫療費用約 29% 且成長幅度最高。
- (三)醫學中心及區域醫院一般藥品費用高於社區醫院及基層診所。
- (四)檢驗檢查占所有醫療費用約 13% 且費用逐年成長。
- (五)病人有輕症急診就醫行為造成醫學中心及區域醫院急診壅塞。

二、健保署應針對上述 4 項政策效益與 5 大現象訂定監測指標，並自實施日起每半年定期追蹤政策成效，至少追蹤五個完整年度，針對未見成效之處，應公開說明、妥適研處與滾動檢討。

三、鑑於調整部分負擔對不同的人口群(種族、性別、年齡、經濟、疾病狀況、醫療條件)將產生不同程度的財務衝擊及健康影響，或改變病人必要之就醫行為。實施後，應結合財稅資料，應定期監測、評估新制對不同人口群，包含觀測弱勢家庭(poor/near poor)在就醫行為、財務衝擊與健康品質等所造成之影響。

四、新制於新增檢驗(查)項目部分負擔中，區分民眾經轉診及未經轉診之自付費用，然檢驗(查)之必要，與照護種類、疾病複雜度、醫療診斷有關，僅以轉診與否作為收費分類恐與現實不符。另，藥品給付並無醫療層級差異，本次部分負擔於一般處方箋(含慢箋第1張)針對不同層級有不同負擔上限，本二項新制上路將對疾病複雜度較高、疾病嚴重性較重的病人產生影響，政策實施後續應追蹤分析其合理性，以及對民眾醫療需求造成之影響。

擬辦：

- 一、自實施日起，請中央健康保險署每半年定期追蹤政策成效，並於111年8月、12月於本會進行業務執行報告，爾後(112年後)每半年一次定期於本會提交完整執行結果及改善策略報告，至少追蹤5個完整年度；第4季之業務執行報告，並應同時提報下一年度之施政規劃，確保醫療資源妥適分配。相關監測指標之訂定，應由健保署擬訂草案後，於111年5月委員會議送本會委員討論，並請本會幕僚同仁提供建議。
 - 二、請中央健康保險署於111年5月委員會議，提報本會報告，關於所得邊緣戶之保障措施，包含運用健保愛心專戶補助所得邊緣戶之對象、作業標準與規定，以及「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點草案」研擬之保障規劃。
-

中央健康保險署意見：

- 一、有關擬辦一，係衛生福利部發布修正「全民健康保險保險對象

門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」於中華民國 111 年 5 月 15 日生效，考量如於 111 年 8 月進行業務執行報告，僅有 1 個月之申報資料，為使有較完整資料進行分析，建議於 111 年 12 月進行報告為宜。

二、針對擬辦二有關健保愛心專戶補助所得邊緣戶之對象、作業標準與規定，以及「全民健康保險補助保險對象應自行負擔費用作業要點草案」研擬之保障規劃，依委員意見辦理。

本會補充說明：

為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，定期監測其實施後之執行成效及對弱勢民眾就醫權益影響與否，確有其必要，惟有關監測指標之訂定，請健保署訂出定義明確且具鑑別度之指標。

決議：