

衛生福利部全民健康保險會
第 7 屆 114 年第 3 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 114 年 5 月 21 日

衛生福利部全民健康保險會第 7 屆 114 年第 3 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 25

五、法定諮詢事項

衛生福利部「115 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「115 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案 ----- 43

六、優先報告事項

中央健康保險署「114 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告) ----- 44

七、討論事項

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果之評核結果獎勵標準案 ----- 47

八、臨時動議

三、確認上次(第 2 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(114)年 5 月 2 日衛部健字第 1143360066 號函送委員在案，並於同日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第7屆114年第2次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國114年4月23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：許至昌、彭美瑩

出席委員：(依姓名筆劃排序)

田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員永全、吳委員銘修、
吳委員鏘亮、呂委員正華、李委員飛鵬、周委員慶明、林委員宜平、
林委員恩豪、林委員敏華、花委員錦忠(台灣總工會張秘書長鈺民代理)、洪
委員瑜黛、胡委員峰賓、張委員田黨、張委員家銘、許委員舒博(中華
民國全國商業總會劉秘書長守仁代理)、許委員慧瑩、連委員賢明、陳委員秀
熙、陳委員建宗、陳委員相國、陳委員真慧、陳委員麗琴、黃委員心
苑、黃委員金舜、黃委員國祥、楊委員玉琦、楊委員芸蘋、溫委員宗
諭、詹委員永兆、蔡委員順雄、謝委員佳宜、嚴委員必文

請假委員：陳委員節如、董委員正宗、鄭委員力嘉

列席人員：

本部社會保險司：蔣簡任視察翠蘋

中央健康保險署：石署長崇良(龐副署長一鳴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第25頁)

貳、議程確認：(詳附錄第25~26頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第26頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第28~29頁)

決定：

一、上次(第1次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共6項，同意繼續追蹤。

二、同意中央健康保險署「112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」報告案延後提報，並請儘速辦理。

三、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第30~44頁)

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門113年度執行成果評核之作業方式(草案)，提請討論。

決議：

一、依委員意見修正通過「各總額部門113年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如劃線處)，並請中央健康保險署及四總額部門依作業方式及時程，提供所需資料。

二、有關評核結果獎勵標準，安排於114年5月份或6月份委員會議討論。

三、通過「114年度一般服務之重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二。請中央健康保險署及四總額部門落實執行，以利115年評核時呈現執行成效。

四、本會訂於114年7月14~15日召開「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」，請委員預留時間參加。

陸、報告事項(詳附錄第45~58頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度各部門總額核(決)定事項有關預算扣減之執行結果，請鑒察。

決定：本案洽悉。中央健康保險署提報資料及委員意見，送請衛生福利部參考。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：113年度全民健康保險基金附屬單位決算及115年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

決定：本案不同意備查，委員所提意見(含書面意見)送請中央健康保險署研參。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項，須提貴會報告之具體實施規劃/計畫(續提)，請鑒察。

決定：本案洽悉。

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年3月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面意見)，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：上午11時8分。

各總額部門113年度執行成果評核之作業方式

第7屆114年第2次委員會議(114.4.23)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113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113年度之專款項目執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一)函請四總額部門受託團體(下稱總額部門)推薦評核委員人選，每部門至多推薦3名，包括：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。
- (二)就四總額部門推薦人選，加上全民健康保險會(下稱本會)現任專家學者及公正人士委員，排除具有付費者代表或醫事服務提供者身分者後，彙整為建議名單，請本會委員就該建議名單票選適合人選(每人7票，超過或未達7票者視為無效票)，依據委員票選結果之票數多寡，依序邀請7位擔任評核委員，並對「本會現任專家學者及公正人士委員」名額予以保障，以至少3名為原則，邀請順序如下：
 - 1.第一階段：由「本會現任專家學者及公正人士委員」中，依票數多寡，依序邀請3名擔任評核委員，若同意擔任評核委員之人數不足3名，不足之名額併入第二階段處理。
 - 2.第二階段：其餘名額再依票數多寡依序邀請，連同第一階段邀請擔任之評核委員，共計7位評核委員。
- (三)評核委員名單不事先公開，本會委員票選評核委員時，請兼顧四總額部門之衡平性與差異性，並為鼓勵專家學者廣泛參與，請避免專家學者服務機構過度集中。

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113年執行未滿半年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.健保署統一報告各總額部門一般服務之整體性、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總額部門報告年度重點項目、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、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出113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、四總額部門與健保署外，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、心健司、口健司、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^{註1} 一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項113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、111~113年總額核(決)定項目KPI ^{註2} 之執行檢討及指標研修	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、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 三、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 四、協商因素項目之執行情形 (一)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)(本項適用於核(決)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(依核(決)定結果分列) (二)113年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註) 五、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	60

評 核 項 目	配 分
(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	
參、專款項目執行績效/成果^{註3} 一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施) 二、113年計畫/方案說明 三、109~113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)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標) (二)計畫/方案114年修正重點 (三)113年執行未滿半年之新增項目/方案執行情形	20
總 分	100

註：1.年度重點項目係就一般服務項目中，擇與政策目標、總額核(決)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.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

3.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115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、評核委員針對四總額部門年度重點項目、一般服務項目及專款項目之共識建議，作為協商115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、114年評核作業時程表

時 間	作 業 內 容
<u>114</u> 年1~3月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 <u>114</u> 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「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
<u>114</u> 年4月	「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會會議議定。
<u>114</u> 年4~5月	1.辦理評核委員聘任事宜。 2.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
<u>114</u> 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。
<u>114</u> 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。
<u>114</u> 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 <u>113</u> 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 <u>113</u> 年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
<u>114</u> 年7月中旬 (7月 <u>14</u> 、 <u>15</u> 日)	召開為期2天之「各總額部門 <u>113</u> 年度執行成果發表暨評核會議」。

各總額部門年度重點項目及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、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出2~3項113年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為	V	V
二、111~113年總額核(決)定項目KPI ^{註4} 之執行檢討及指標研修	跨部門項目 執行情形檢討 改善、指標研 修	各部門項目 執行情形檢討 改善、指標研修
貳、一般服務項目執行績效		
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 (請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	V	V
二、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
三、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	—	V
四、協商因素項目之執行情形		
(一)延續項目之執行情形	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)113年新增項目之執行情形(執行未滿半年請加註)		
五、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(109~113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114年度總額核(決)定事項，請於114年7月底前，提報延續項目之113年執行情形及成效評估。
- 4.KPI指年度總額核(決)定事項之「執行目標」、「預期效益之評估指標」及「品質監測指標」。

各總額部門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 ^{註3}
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、113年計畫/方案說明		
(一)計畫內容簡介		
(二)該年度計畫與過去之差異		
三、109~113年執行情形及成效評估	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
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)計畫/方案之目標達成情形		
(四)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		
(五)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	V	V
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)		
(二)計畫/方案114年修正重點		
(三)113年執行未滿半年之新增計畫/方案執行情形與規劃	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 ^{註3}
一、就112年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明(請以對照表方式，針對評核共識建議提出回應說明，包含採行之具體措施)	—	V
二、109~113年執行情形及成效評估	執行情形之統計結果及改善建議	推動情形、檢討及改善
(一)預算執行數及執行率		
(二)總額核(決)定事項執行情形		
(三)執行結果及成效	V	V
三、檢討與改善方向		
(一)專款項目執行期限屆期之檢討結果(含納入一般服務或退場之評估指標)		
(二)114年修正重點	—	V
(三)113年執行未滿半年之新增項目執行情形與規劃	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。

3.部門提報內容中，若計畫/方案之執行檢討，已於一般服務「111~113 年總額核(決)定項目 KPI 之執行檢討及指標研修」中呈現，則請於報告中說明，不須重複提報。

各總額部門及健保署「113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 一健保署	<p>項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]</p> <p>至少包括以下內容：</p> <p>(1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。</p> <p>(2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。</p> <p>(3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。</p> <p>(4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。</p>	
	<p>項目2： 分級醫療之推動成效 [延續項目]</p>	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率$\geq 3.85\%$ 目標值：$\geq 3.85\%$ 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</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p>
醫院總額 一醫院協會	<p>項目1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p>
	<p>項目2： 護病比執行成效 [延續項目]</p>	<p>指標：全日平均護病比達加成占率 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年維持 操作型定義：整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p>

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： 西醫基層診所 糖尿病病人整 體照護情形 [延續項目]	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)、 HbA1c>9%(控制不良率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上 2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上 3.HbA1c>9%(控制不良率)：6%以下</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持 續接受糖尿病照護3個月以上/該院所診斷糖尿病 病人數 2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一 次 HbA1c 檢 驗 值 <7.0%(80 歲 以 上 病 人 HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診 所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數 3.HbA1c>9%(控制不良率)：分母病人中，其最後一 次HbA1c檢驗值>9.0%之人數/糖尿病病人於同一 家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人 數</p>
	項目2： 檢驗(查)結果上 傳率 [延續項目]	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢 驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢 病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上 傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算) 2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資 料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
	項目3： 西醫基層診所代 謝症候群照護情 形 [新增項目]	<p>指標：代謝症候群改善率</p> <p>目標值：代謝症候群改善率較前一年度提升</p> <p>操作型定義：1.分子：分母診所「代謝症候群改善率」之「指標3： 收案對象血壓改善」及「指標5：收案對象低密度 脂蛋白膽固醇改善」之合計分數 2.分母：診所收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳 率$\geq 70\%$之診所數</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周照護落 實現況、改善情 形 [新增項目]	<p>指標(1)：年度國人牙周統合執行件數</p> <p>目標值：>最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：當年度(113年)牙周病統合治療第二階段支付 (91022C)及牙周病支持性治療(91018C)申報醫令 數加總</p> <p>指標(2)：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：<最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C) 申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(113年)申</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(112年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.計算：分子/分母</p>
	項目2： 高風險患者照護現況 [新增項目]	<p>指標：申報高風險患者照護項目院所參與率</p> <p>目標值：前一年度參與率*(1+5%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度申報高風險患者相關照護項目醫令院所數</p> <p>2.分母：當年度申報院所數</p> <p>3.計算：分子/分母</p> <p>4.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)。</p>
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 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</p> <p>目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：(113年中醫醫療服務人數-112年中醫醫療服務人數)/112年中醫醫療服務人數</p> <p>指標(2)：中醫醫療服務人次成長率</p> <p>目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長</p> <p>操作型定義：(113年中醫醫療服務人次-112年中醫醫療服務人次)/112年中醫醫療服務人次</p> <p>指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2%</p> <p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人數-112年中醫居家醫療服務人數)/112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</p> <p>目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2%</p> <p>操作型定義：(113年中醫居家醫療服務人次-112年中醫居家醫療服務人次)/112年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率</p> <p>目標值：無中醫鄉減少比率大於1%</p> <p>操作型定義：(112年無中醫鄉數-113年無中醫鄉數)/112年無中醫鄉數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人數-112年醫療資源不足地區服務人數)/112年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次成長2% 操作型定義：(113年醫療資源不足地區服務人次-112年醫療資源不足地區服務人次)/112年醫療資源不足地區服務人次</p>
	<p>項目2： 特定疾病門診醫療服務 [新增項目]</p>	<p>指標(1)：特定疾病門診人數成長率 目標值：特定疾病門診人數成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人數-112年特定疾病門診人數)/112年特定疾病門診人數</p> <p>指標(2)：特定疾病門診人次成長率 目標值：特定疾病門診人次成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診人次-112年特定疾病門診人次)/112年特定疾病門診人次</p> <p>指標(3)：特定疾病門診費用成長率 目標值：特定疾病門診費用成長率呈現正成長 操作型定義：(113年特定疾病門診費用-112年特定疾病門診費用)/112年特定疾病門診費用 特定疾病項目：1.小兒氣喘疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之氣喘疾病(ICD-10：J45)者。 2.小兒腦性麻痺疾病門診加強照護：年齡未滿十三歲之腦性麻痺疾病(ICD-10-CM：G80)者。 3.腦血管疾病(ICD-10-CM：G45.0-G46.8、I60-I69)、顱腦損傷(ICD-10-CM：S02.1-S02.4、S02.6-S02.9、S06.0-S06.9)及脊髓損傷(ICD-10-CM：S14.0-S14.1、S24.0-S24.1、S34.0-S34.1)疾病門診加強照護。</p>
其他預算 一健保署	<p>項目1： C型肝炎全口服新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎全口服新藥治療成效 目標值：C型肝炎全口服新藥累計受惠人數(歸戶)，較去年提高5% 操作型定義：1.受惠人數：曾接受過C型肝炎全口服新藥治療之歸戶後人數 2.分子：113年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數-112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數 3.分母：112年C型肝炎全口服新藥累計受惠人數</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：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半年(○○次)低 目標值：每月平均門診就醫次數較收案前半年(○○ 次)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 次數較收案前半年低。

各總額部門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 - 12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫 - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 超音波根管沖洗計畫 - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(113 年起併入「高風險疾病口腔照護計畫」^註) - 高風險疾病口腔照護計畫(113 年起合併 3 項計畫^註) 【註：113 年合併原一般服務「高風險疾病口腔照護」及專款項目「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」、「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」併入執行】 - 特定疾病病人牙科就醫安全計畫(113 年新增) 	牙醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
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(114 年起停辦) - 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 	中醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
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 - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫 - 因應長新冠照護衍生費用 	健保署 醫師公會 全聯會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)
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) - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質(非計畫型) - 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 - 鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫 - 腹膜透析追蹤處置費及 APD 租金(非計畫型) - 因應長新冠照護衍生費用 	醫院協會 (健保署提供 執行情形統 計結果及改 善建議)

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		<ul style="list-style-type: none"> - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增 - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能 - 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能 - 暫時性支付(新藥、新特材)(113 年新增) - 地區醫院全人全社區照護計畫(113 年新增) - 區域聯防-主動脈剝離手術病患照護跨院合作(113 年新增) - 區域聯防-腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作(113 年新增) - 抗微生物製劑管理及感染管制品質提升計畫(113 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 - 鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫 	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	<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) - 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) - 後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費(非計畫型) - 精神科長效針劑藥費(非計畫型) - 慢性傳染病照護品質計畫 	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	醫院、西醫基層、牙醫門診	<ul style="list-style-type: none"> - 癌症治療品質改善計畫(113 年新增牙醫門診總額) - 促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(113 年新增牙醫門診總額) 	
	四部門	<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(含居家醫療照護整合計畫)、在宅急症照護試辦計畫(113 年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 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(含各部門總額之網路頻寬補助費用執行成果) - 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、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、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(非計畫型) - 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) - 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能執行情形(非計畫型)(113 年新增) 	健保署

各總額部門及健保署「114年度一般服務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] 至少包括以下內容： (1)整體總額基期執行結果及資源配置檢討與建議： 現行總額基期預算分配、費用分布及成長情形分析(區分總額別、服務別、分項費用、層級別、地區別、人口別等)及資源配置檢討與建議。 (2)健保總額重點政策推動說明及檢討與建議： 重點政策推動情形，及推動多年但未達預期目標之原因檢討(如全面導入DRGs支付制度、家庭醫師整合性照護計畫之轉型等)。 (3)全人醫療之醫療服務整合情形及照護成果： 包括跨機關、跨專案、共病照護相關計畫(如家庭醫師整合性照護計畫、代謝症候群防治計畫、論質計酬計畫)之整合情形及照護成效。 (4)以保險人角度提出健保總額未來實施方向及執行規劃。	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率 目標值：較前一年同期下降 $\geq 1\%$ 操作型定義：(當期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率-113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/113年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率
	項目3： 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 $\geq 3.85\%$ 目標值： $\geq 3.85\%$ 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
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：轉診率較前一年度成長 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	指標：全日平均護病比達加成之占率提升 目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前1年度維持

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：1.整體醫院達護病比加成的月次/整體醫院申報住院護理費總月次</p> <p>2.「加成」係指全日平均護病比達一定比例之住院護理費加成</p>
西醫基層 總額 一醫全會	<p>項目1： 西醫基層診所糖尿病病人整體照護情形 [延續項目]</p>	<p>指標：照護率、HbA1c<7%(控制良好率)</p> <p>目標值：1.照護率：55%以上</p> <p>2.HbA1c<7%(控制良好率)：54%以上</p> <p>操作型定義：1.照護率：糖尿病病人(E08-13)於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數/該院所診斷糖尿病病人數</p> <p>2.HbA1c<7%(控制良好率)：分母病人中，其最後一次HbA1c檢驗值<7.0%(80歲以上病人HbA1c<8.0%)之人數/糖尿病病人於同一家基層診所持續接受糖尿病照護3個月以上之人數</p>
	<p>項目2： 檢驗(查)結果上傳率 [延續項目]</p>	<p>指標：上傳率</p> <p>目標值：60%以上</p> <p>操作型定義：檢驗(查)結果上傳醫令數(含診所申報檢驗所上傳檢驗(查)結果)/「全民健康保險鼓勵醫事機構即時查詢病患就醫資訊方案」附件五-「獎勵醫事服務機構上傳檢驗(查)結果之項目」之診所申報醫令數</p> <p>計算條件：1.採診所歸戶(即檢驗所上傳資料併回診所計算)</p> <p>2.排除醫療檢查影像及影像報告、人工關節植入物資料、病理報告及出院病歷摘要資料</p>
牙醫門診 總額 一牙全會	<p>項目1： 國人牙周照護落實現況、改善情形 [延續項目]</p>	<p>指標：減少有牙周治療者平均拔牙顆數</p> <p>目標值：≤最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.分子：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人往後追蹤當年度(114年)申報簡單性拔牙(92013C)及複雜性拔牙(92014C)醫令數加總</p> <p>2.分母：前一年度(113年)牙周病支持性治療(91018C)申報3次以上之就醫人數</p> <p>3.牙位：1~4象限1-7(排除乳牙、智齒、多生牙)</p> <p>4.計算：分子/分母</p>
	<p>項目2： 高風險患者照護現況 [延續項目]</p>	<p>指標：當年度高風險疾病照護項目執行件數</p> <p>目標值：≥最近三年全國平均值</p> <p>操作型定義：1.當年度(114年)申報高風險疾病照護相關項目醫令數加總</p> <p>2.高風險疾病照護相關項目醫令：口乾症牙結石清除-全口(91005C)、糖尿病患者牙結石清除-全口(91089C)、高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)、齲齒經驗之高風險患者氟化物治療(P7302C)</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：(114年中醫醫療服務人數-113年中醫醫療服務人數)/113年中醫醫療服務人數</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：(114年中醫醫療服務人次-113年中醫醫療服務人次)/113年中醫醫療服務人次</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呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人數-113年中醫居家醫療服務人數)/113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呈現正成長 操作型定義：(114年中醫居家醫療服務人次-113年中醫居家醫療服務人次)/113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：無中醫鄉減少比率呈現正成長 操作型定義：(113年無中醫鄉數-114年無中醫鄉數)/113年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：醫療資源不足地區服務人數成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人數呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人數-113年醫療資源不足地區服務人數)/113年醫療資源不足地區服務人數</p> <p>指標(7)：醫療資源不足地區服務人次成長率 目標值：醫療資源不足地區服務人次呈現正成長 操作型定義：(114年醫療資源不足地區服務人次-113年醫療資源不足地區服務人次)/113年醫療資源不足地區服務人次</p>
	項目2： 慢性腎病利用中醫醫療服務 [新增項目]	<p>指標(1)：慢性腎病服務人數成長率 目標值：慢性腎病服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(114年慢性腎病服務人數-113年慢性腎病服務人數)/113年慢性腎病服務人數</p> <p>指標(2)：慢性腎病服務人次成長率 目標值：慢性腎病服務人次成長率呈現正成長</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		操作型定義：(114年慢性腎病服務人次-113年慢性腎病服務人次)/113年慢性腎病服務人次
其他預算 —健保署	項目1： 罕見疾病新藥或 給付規定修正案 件審理通過件數	指標：罕見疾病新藥或給付規定修正案審理通過 件數 目標值：大於等於5件 操作型定義：當年罕見疾病新藥案件及給付規定修正案之審理通過 生效件數總和 ≥ 5 件
	項目2： 居家整合新收案 對象門診次數降 低 [延續項目]	指標：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半年(○○次)低 目標值： $< \text{○○次}$ 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 數較收案前半年低。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第2次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)業依討論事項第一案決議，辦理相關評核作業：

1.修正 113 年各總額部門執行成果評核作業方式及評核報告大綱，並於本(114)年 5 月 1 日以衛部健字第 1143360067 號函請中央健康保險署(下稱健保署)及各總額部門受託團體配合時程提供評核相關資料，如附錄一(第 59~60 頁)，其中請健保署分別於 5 月 23 日及 6 月 13 日提出評核報告上、下冊，各總額部門於 6 月 13 日前提出成果報告。另評核會議之簡報資料則請所有機關(構)於 6 月 30 日前提供，以利評核委員審視及評核參考。

2.依評核作業方式辦理評核委員籌組作業，業請四部門總額受託團體函提評核委員推薦名單，加上本會現任專家學者及公正人士委員，擬具「114 年評核委員建議名單」後，於本年 5 月 6 日以電子郵件寄送本會委員進行票選作業，將依票選結果辦理評核委員邀請及後續事宜，在評核會議前，評核委員名單將依規定保密。

(二)依報告事項第一案決定，於本年 5 月 1 日以衛部健字第 1143360068 號書函，將健保署提報有關「113 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減之執行結果」，及本會之決定與委員發言實錄函復衛生福利部(下稱衛福部)作為其 115 年健保總額基期訂定之參考，如附錄二(第 61~62 頁)。

二、依本會 114 年度工作計畫安排健保署於本年 5 月份委員會議提報「114 年度各部門總額依核(決)定事項須提本會報告之項目」，惟該署於本年 5 月 12 日函提該 4 項專款項目正規劃辦理中，辦理情形詳附件一(第 39~40 頁)，並預計提 7 月份委員會議報告。擬請同意依健保署建議，本報告案改於 7 月份委員會議(114.7.23)報告。

三、有關本年 7 月 14、15 日召開「全民健康保險各總額部門 113 年

度執行成果發表暨評核會議」，議程安排如附件二(第 41~42 頁)，後續將函請委員及相關團體、單位報名參加。

- 四、中華民國醫師公會全國聯合會於本年 5 月 6、7 日，擇彰化縣及臺中市辦理「114 年全民健康保險西醫基層總額醫療服務實地訪查活動」，本會委員(含代理人)計 22 人參加。
- 五、中華民國中醫師公會全國聯合會於本年 5 月 13、14 日，擇臺中市及南投縣辦理「114 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫實地訪視活動」，本會委員(含代理人)計 18 人參加。
- 六、下次(第 4 次)委員會議(114.6.25)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「精進『急診品質提升方案』執行內容(以解決急診壅塞為目標及增訂壅塞無法達標之處理方式)」、「『鼓勵院所推動腹膜透析與提升照護品質方案』之成效檢討(含監測照護品質及健康結果與執行成效)」，如委員有需請健保署回應或說明之問題，請最晚於本年 5 月 26 日前向本會提出。
- 七、衛福部及健保署於本年 4 月至 5 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 5 月 14 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.總額相關函文

本年 5 月 5 日函復健保署有關 113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務「中醫利用新增人口」未執行額度，同意不扣減，如附錄三(第 63 頁)，並副知本會。

2.醫療服務、藥物給付項目及支付標準

(1)本年 4 月 22 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除第二部西醫通則自本年 7 月 1 日生效，餘自本年 5 月 1 日生效，如附錄四(第 64~68 頁)。本次修正重點如下：

①第二部西醫

A.新增通則規範西醫基層醫事服務機構申報門診診療

項目點數，依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付。【不增加財務支出】

B.基層診所「精神科門診診察費」改以「一般門診診察費」申報，爰刪除基層診所適用之精神科門診診察費計 10 項診療項目，並將精神科門診診察費—每位醫師每日門診量在超過 45 人次部分計 6 項診療項目，改為限醫院層級申報(由 C 表改為 B 表)。【不增加財務支出】

C.新增診療項目：5 項，包含 3 項檢查(20046B「癲癇腦波檢查」、20047B「腦皮質/皮下功能定位」及 20048B「急性缺血性腦中風腦血流加護監測」、1 項治療處置(47108B「心臟監測器植入術」、1 項手術(68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」)。【預算來源：114 年醫院與西醫基層總額「新醫療科技」項下之新增診療項目(醫院 11 億元、西醫基層 0.5 億元)】

D.修訂支付規範：17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」等 18 項診療項目，增修適應症、增列不得同時申報項目，及修正診療項目名稱；67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等 65 項手術診療項目，修正醫師資格須具機械手臂輔助手術系統專科學會認證；65001C「鼻息肉切除術」等 14 項手術診療項目，改限醫院層級申報(由 C 表改為 B 表)。

②第三部牙醫【預算來源：114 年牙醫醫療服務成本指數改變率所增加之預算 9.999 億元；新增 2 項診療項目為「非齒源性口腔疼痛處置」專款項目預算 14.4 百萬元】

A.通則四：「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」之處置費，放寬加成規範適用對象至 5 歲以下。

B.新增診療項目：2 項口腔顎面外科診療項目(92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診」、92132B「非齒源性

口腔疼痛處置-複診」)。

C.調升支付點數或修正支付規範：90001C「恆牙根管治療(單根)」等 10 項根管治療診療項目、91009B「牙周骨膜翻開術—局部」等 12 項牙周病學診療項目、92003C「口內切開排膿」等 49 項口腔顎面外科診療項目、96001C「牙科局部麻醉」。

③第四部中醫

A.通則五：平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量，增列第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限。【不增加財務支出】

B.調升支付點數：每日藥費由 37 點調升為 38 點。【預算來源：114 年中醫門診總額一般服務「提升用藥品質」項目 3.47 億元及醫務服務成本指數改變率所增加之預算 0.534 億元，合計 4.004 億元】

(2)本年 4 月 30 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，並自本年 5 月 1 日生效，如附錄五(第 69~72 頁)。本次修正重點如下：

①第一部總則：修正通則十四，為強化離島地區在地急重症照護量能，增列離島地區各急救責任醫院之急診案件加計規範。(重度級加計 50%、中度級加計 30%、一般級加計 10%)

②第二部西醫

A.門診診察費：急診診察費拆分為診察費及護理費二類，及調升支付點數，爰修正 01015C「急診診察費」等 7 項診療項目名稱、支付規範及支付點數，及新增 00247C「急診(不分檢傷)-護理費」等 7 項診療項目。

B.住院診察費：增列通則九「急救責任醫院加護病床」申報規範；將急診觀察床診察費獨立列項，新增

02030K「急診觀察床診察費(天)」等 3 項診療項目，及修正第二節住院診察費名稱為「住院及急診觀察床診察費」；修正 02006K「一般病床住院診察費(天)」等 4 項診療項目支付規範；擴大 02028B「預立醫療照護諮商費」適用對象，及開放適用表別至基層院所(由 B 表改為 C 表)，並刪除 02029B「預立醫療照護諮商費-同次住院申報二次 02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者」診療項目。

C.病房費：通則七增列醫院依緊急醫療能力分級評定申報加護病床支付標準規範；通則九暫不實施符合全日平均護病比之加成；調升 03077K「急性一般病床(床/天)-護理費(第一天)」等 28 項診療項目支付點數及修正支付規範。

【上述 4 項之預算來源：114 年度其他預算「114 年度總額移出保留額度，用於推動政策執行：以醫事人力為主之支付標準調整、急重難症支付費用調整(RBRVS)等」41.56 億元】

D.新增診療項目：5 項，包含 1 項管灌飲食費及營養照護費(05153B「早產兒母乳補充照護(每 25mL 母乳)」)、2 項檢查(12219C「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」及 12086C「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」)、2 項手術(64284B「人工全肩關節再置換手術」及 64285B「反置人工全肩關節置換手術」)。

【預算來源：114 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」項下新增診療項目(醫院 11 億元、西醫基層 0.5 億元)】

E.修訂支付規範：

a.12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」等 24 項診療項目，增列適用範圍、不得同時申報項目、病

歷應檢附資料等。【預算來源：114 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」項下新增診療項目(醫院 11 億元、西醫基層 0.5 億元)】

b.手術之「八、自然生產、剖腹產及流產」項下，增列通則二，有關醫院夜間及例假日之自然產手術案件加算成數規範。【預算來源：114 年度醫院總額「合理調整基本診療章支付標準，以合理反映醫院員工薪資調整、病房費調整(含 RBRVS)」15.869 億元】

③第三部牙醫：通則三、第三章牙科處置及手術之附表 3.3.4，修訂為具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位。【不增加財務支出】

④第四部中醫：修正 B71「脈診儀檢查費」等 2 項支付規範。【不增加財務支出】

⑤第八部品質支付服務之第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：Early-CKD 追蹤管理採 UACR 及 UPCR 並行(原僅檢測 UPCR)；增列通則七，糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定。【預算來源：114 年度醫院總額「因應 Pre-ESRD 及 Early-CKD 配合國際臨床指引-UPCR 修訂為 UACR(每件增加 235 點)所增加預算」200 百萬元、西醫基層總額「CKD 方案比照 DKD 方案採用 UACR 檢測」199.8 百萬元；醫院總額「C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」59.3 百萬元、西醫基層總額「代謝症候群及 C 肝照護品質提升衍生之醫療費用」626.6 百萬元】

(3)本年 4 月 26 日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，自發布日生效，如附錄六(第 73~75 頁)。本次修正重點如下：

①為避免醫事機構重複向民眾收取醫療費用，除明定本標準未收載或未暫予收載之藥物，其支付費用已納入

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關手術材料費、處置費、麻醉費或檢查費項目支付點數內者，不另支付，增加保險醫事服務機構亦不得向病人收取費用之規定。(修正條文第 3 條)

②精進藥品收載流程：

A.為加速新藥收載，推動平行審查機制，符合一定要件之藥品(例如：經主管機關認定為小兒或少數嚴重疾病藥品或突破性治療藥品、在我國為國際間首次申請上市之新藥，及具醫療迫切需求等)，藥商得於向主管機關申請藥品查驗登記時，同時向保險人提議訂定收載。(新增修正條文第 4 條之 1)

B.為保障民眾就醫權益，未領有藥品許可證，但屬短缺藥品或罕見疾病用藥、特殊藥品，仍得向保險人提議訂定收載於本標準中。(新增修正條文第 4 條之 2)

C.屬主管機關公告之必要藥品且健保未收載，經保險人通知藥品許可證持有廠商提議訂定收載，廠商未依期提出，保險人得逕提藥物擬訂會議同意後暫予收載。(新增修正條文第 4 條之 3)

③刪除原開發公司載明有效期間之書面授權文件須送交我國駐外單位簽證之規定。另廠商須檢附藥品有效成分具專利之證明文件譯本規定亦予以放寬，若證明文件譯本非屬中、英文版本，應提供經政府立案之翻譯社所翻譯之中文譯本。(修正條文第 15 條)

④核價原則：

A.增訂「於 10 大先進國家首次上市 2 年內，且屬國內製造之新藥」及「已在 10 大先進國家上市滿 5 年，且屬國內製造之新成分新藥」二類新藥得予以優惠核價。(修正條文第 17 條之 1、新增修正條文第 17 條之 2)

B.為避免因訂定上限價致藥品價格無法反映成本，爰刪除上限價規定。(刪除修正條文第 26 條)

C.為鼓勵國內製造學名藥及生物相似性藥品，提升其使用比率，針對「逾原開發廠藥品專利期 5 年內第一及第二優先取得藥品許可證之國內製造 BA/BE 學名藥品」及「逾原開發廠藥品專利期 5 年內第一及第二優先取得藥品許可證之國內製造生物相似性藥品」，核予優惠支付價格，最高給予原開發廠藥品之支付價格。(新增修正條文第 30 條之 1 及第 32 條之 2)

⑤有關藥價調整之條文，回歸「全民健康保險藥品支付價格調整作業辦法」規定，爰予刪除。(刪除修正條文第 20 條及第 67~78 條)

3.健保相關法規修正

(1)衛福部轉知行政院於本年 4 月 2 日修正發布「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」，發布令及修正條文各 1 份，如附錄七(第 76~78 頁)。本次修正重點如下：

①修正基金之來源及用途。(修正條文第 3、4 條)

②增訂政府於健保法所定負擔外，為應國家醫療政策推動需要循預算程序之撥款，得指定用途，或由主管機關擬訂計畫報請行政院核定後支用，以及除指定用途、核定之計畫尚未執行完竣之經費應繼續支用外，其結餘經費之後續處理機制。(修正條文第 5 條)

(2)本年 4 月 26 日修正發布「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，並自 115 年 1 月 1 日生效，如附錄八(第 79~81 頁)。本次修正重點如下：

①增訂一般藥品採購資料之應申報以特約醫院為限，但保險人指定藥品採購資料，於必要時，經保險人抽樣之特約診所與藥局，亦應申報。(修正條文第 6 條)

②藥價調整原則：

- A.增訂調整後生物相似性藥品支付價格除特定情形外，不得高於原開發廠藥品。(修正條文第 17、18、21 條)
 - B.修正第二、三大類藥品支付價格調整方式，及增訂第四大類藥品支付價格調整方式，並明定第二大類藥品調整金額得挹注於新藥預算。(修正條文第 18、20、21 條)
 - C.為確保藥品供應穩定性，提高在地製造之誘因，增訂調整後支付價格加算適用項目、加算比率及原則，針對使用國產原料藥、臨床試驗刊載期刊、挑戰專利成功等在地製造藥品，不分國內外藥商，均予以調價後加成優惠，加算後支付價格仍不得高於原開發廠藥品。(新增修正條文第 22 條)
 - D.增列第四大類藥品為適用藥品費用分配比率目標制之調整對象(原僅第一、三大類藥品)，並增列支付價格不予調降之條件(主管機關公告之必要藥品、在地製造及稀缺藥品)，符合條件之藥品及其同分組分類項目支付價格不予調整，給予適當價格保護機制，確保臨床上必要藥品穩定供應。(修正條文第 23 條)
- (3)本年 4 月 28 日修正發布「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 6 條、第 10 條、第 34 條，自本年 8 月 1 日生效，如附錄九(第 82~83 頁)。本次修正重點如下：
- ①現行特約藥局、醫事檢驗所等接受處方機構之每點暫付及核定金額，係比照西醫基層總額部門計算，考量該等機構申報費用所採計之點值，與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除現行條文比照西醫基層總額部門計算之規定，由保險人與各總額部門及相關專業團體召開研商會議，共同擬訂每點暫付及核定金額訂定原則，並報請主管機關核定後公告。

(修正條文第 6 條、第 10 條)

- ②考量保險人與相關團體研商尚需作業時間，乃定明本次修正之施行日期自 114 年 8 月 1 日。(修正條文第 34 條)

(二)健保署

- 1.本年 4 月 22 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自本年 6 月 1 日生效，如附錄十(第 84 頁)，本次修正重點如下：

- (1)醫院及西醫基層醫療費用審查注意事項：皮膚科增列「如病灶屬隱私(如生殖器官、乳房、鼠蹊部等)部位，或病人基於隱私因素，無法同意拍攝照片時，經明確告知並經病患簽名留存病歷，得由醫師以圖示註明或描述」。
- (2)牙醫醫療費用審查注意事項：新增口腔外科非齒源性口腔疼痛處置。
- (3)中醫醫療費用審查注意事項：新增診斷有第二病名(含)以上者，病歷主訴應有相關記載，未記載應核扣診察費。

- 2.公告總額相關計畫如附錄十一(第 85~88 頁)，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
114.4.22/ 114.5.1	「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」	本次修訂重點如下： 支付標準有關針灸處置同療程(第 1 次與同療程 2~6 次)部分，由「至迄月合併申報」，修訂為「得比照中醫一般服務依門診申報格式跨月申報」： 1.全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫：附件 1 支付標準表刪除針灸相關支付項目合併申報之規定，包含編號 P39007 刪除「限與 P39005 合併申報」、編號 P39008 刪除「限與 P39006 合併申報」及備註 4 刪除「P39005、P39006、P39007、P39008 於同次療程結束後統一申報」等文字。 2.全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：附件 2 支付標準表編號 P64010

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		刪除「限與 P64005、P64006、P64007、P64008、P64009 合併申報」。
114.4.28/ 114.1.1	114 年醫院總額結算執行架構之偏遠地區醫院認定原則	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.一致性原則：配合公告之「114 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」，增加臺中市石岡區、嘉義縣梅山鄉及苗栗縣銅鑼鄉、卓蘭鎮、頭屋鄉等 5 個施行地區，合計 114 年符合條件之鄉鎮市區共 85 個。 2.分區增列認定原則：經各分區業務組考量轄區預算及特性，增加中區青海醫院、南區奇美醫院及若瑟醫院等 3 家醫院，合計 114 年符合條件之醫院共 38 家。
114.5.2/ 114.1.1	全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.組織運作：明定 115 年起全面實施家醫 2.0 社區醫療群；增訂醫療群宜運用家醫大平台追蹤會員照護情形及健康狀況。 2.收案對象：排除條件新增前一年全人計畫收案者；增訂三高病人之再派案原則，及評核達標之每位醫師可加收 100 名三高病人，每家診所不超過 600 名。 3.參與計畫醫療院所、醫師資格及基本要求：教育訓練須含高血壓及心血管防治內容。 4.費用申報及支付方式： <ol style="list-style-type: none"> (1)修訂個案管理費之支付項目及規範： <ol style="list-style-type: none"> ①基本費用：每人 250 元/年。 ②新增「個人健康資料加成費」：完成健康資料建檔者，每人 30 元/年。 ③增訂「特定疾病追蹤管理加成費」：具 2 種以上特定疾病(糖尿病(DM)、初期慢性腎臟病(CKD)、動脈粥狀硬化心血管疾病(ASCVD))者，達定期追蹤照護者，每人 100 元/年。 ④明定如為居整計畫收案，不重複支付個案管理費，並刪除本計畫與代謝計畫之同診所收案個案不予支付個案管理等規定。 (2)修訂「糖心腎症候群整合照護提升

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>費」：訂定各疾病組合對應之檢驗(HbA1c、LDL、UACR)項目及控制良好範圍，並依控制良好的檢驗項目數支付對應的提升費，支付點數介於 150 點~750 點之間。</p> <p>(3)新增「糖尿病病人之胰島素注射獎勵費」：持續施打者，每個案 300 點/年。</p> <p>(4)新增「生活習慣自評獎勵費」：每人獎勵 40 點。</p> <p>5.計畫評核指標：</p> <p>(1)結構面指標(維持 15 分)：增訂三高防治的社區衛教宣導、群內診所提供 COVID 19 或肺炎鏈球菌疫苗施打。</p> <p>(2)過程面指標(原 23 分調升為 28 分)：配合國健署預防保健檢查/篩檢對象，修訂指標定義。</p> <p>(3)結果面指標(原 47 分調降為 42 分)：「糖心腎症候群監測數據控制良(或進步)率」10 分(原慢性病管理指標，15 分)。</p> <p>(4)自選指標(維持 15 分)：</p> <p>配合政策推動指標：增訂在宅急症照護試辦計畫服務項目，及新增 2 項指標「針對居家失能個案家庭醫師照護方案之照顧個案開立長期照護醫師意見書」、「醫師到宅開立居家安寧個案之死亡診斷」。</p> <p>(5)新增 2 項「觀察指標」(不計分)。</p>
114.5.6/ 114.1.1	全民健康 保險地區 醫院全人 全社區照 護計畫	<p>本次修訂重點如下：</p> <p>1.組織運作：參與計畫團隊組成，除原「參與醫師應具有家庭醫學科、內科或兒科專科醫師資格」外，增列「如地區醫院無前述三科專科醫師，得由其他專科醫師參與」。</p> <p>2.收案對象：較需照護名單新增「動脈粥狀硬化心血管疾病(下稱 ASCVD)風險等級達非常高或極高」之保險對象。</p> <p>3.費用申報及支付方式：</p> <p>(1)開辦建置費：原支付條件「收案會員之</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>健康存摺下載率達 80%」，修訂為「家醫大平台每月使用 4 次」。</p> <p>(2)原「三高疾病整合照護提升費」，修訂為「血糖、血脂管理提升費」：</p> <p>①收案對象新增 ASCVD，並依個案疾病類型、HbA1c 及 LDL 控制良好項目數，給予對應之管理提升費 150 點、250 點、550 點。</p> <p>②原檢查項目「血壓」改列為自選指標。</p> <p>(3)新增「糖尿病病人胰島素注射獎勵費」：</p> <p>①持續施打胰島素者，若符合給付條件，每年每個案支付 300 點。</p> <p>②新施打胰島素個案已由「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」獎勵，不重複支付。</p> <p>(4)給付項目增列「應回饋一定比率予參與計畫之績優人員」規定。</p> <p>4.修訂部分評核指標內容、配分及得分閾值：</p> <p>(1)結果面指標：「三高疾病監測數據控制良率」修訂為「血糖、血脂監測數據控制良(或進步)率」，並修訂閾值。</p> <p>(2)自選指標新增 5 項指標，擇最優 2 項納入評分：</p> <p>①新增「提升社區照護品質及健康」。</p> <p>②新增「配合政策推動指標」。</p> <p>③新增「假日開診並公開開診資訊」。</p> <p>④新增「收案會員重複用藥情形」。</p> <p>⑤新增「血壓上傳率」。</p>

3.本年 4 月 16 日公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」及「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案—特約醫事服務機構上傳檢驗(查)結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」，如附錄十二(第 89 頁)。本方案經費自 114 年起移出總額，改由公務預算支應，爰內容配合修正，並新增上傳資料項目及相關規範如下：

- (1)經費來源為健保署單位預算「完善健保醫療費用總額及給付機制」項下支應，補助、獎勵方式及相關規定比照原方案辦理。另上傳檢驗(查)結果項目新增「B 型肝炎病毒核心關連抗原(HBcrAg)合併表面抗原(HBsAg)定量檢驗」等 9 項。
- (2)上傳格式說明新增表十四「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫、全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫之血壓檢查資料填寫規範」。
- 4.本年 4 月 24 日公告 114 年「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)，自本年 4 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十三(第 90 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)統計如附錄十四(第 91 頁)。
- 5.本年 4 月 14 日檢送 113 年第 3 季其他預算結算說明表，公文如附錄十五(第 92 頁)，113 年全年經費 19,319.8 百萬元，1~9 月結算數 7,589.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄十六(第 93 頁)供參考。

決定：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：吳箴

聯絡電話：02-27065866 分機：2531

傳真：02-27029964

電子郵件：a111158@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114年5月12日

發文字號：健保企字第1140681043號

速別：最速件

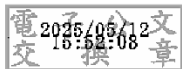
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1140681043_doc2_Attach1.odt)

主旨：檢送本署「114 年度各部門總額依核(決)定事項須提會報告之項目」報告案1份，請查照。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：



第○案

報告單位：中央健康保險署

案由：114年度各部門總額依核(決)定事項須提貴會報告之項目，請鑒察。

說明：

- 一、依據衛生福利部114年1月9日衛部健字第1143360008號公告114年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式及全民健康保險會114年度工作計畫辦理。
- 二、有關114年度各部門總額依核(決)定事項須提貴會報告之4項項目及本署辦理情形如下：

總額別	項目	核(決)定事項	辦理情形
醫院	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	積極推動 DRGs 支付或作為品質衡量方式，朝建立論價值支付制度為推動方向。於114年7月前提出報告。	為規劃未來 Tw-DRGs 支付制度推動方向，本署刻正籌辦工作小組，重要工作事項包含 DRG 分類編碼之合適性、擴大導入 DRG 之可行性、DRG 項目可移至門診實施之支付方案等。本案預計提114年7月委員會議報告。
中醫	中醫急症處置	持續檢討計畫執行情形及成效，於114年7月前提全民健康保險會報告。(本計畫再試辦1年，若未呈現具體成效則應退場)	114年1-2月中醫急症處置計畫申報人數為734人、件數為767件、申報費用為2.6百萬點，相較於113年同期，分別增加188%、115%、219%。本案預計提114年7月委員會議報告。
其他預算	推動促進醫療體系整合計畫之「急性後期整合照護計畫」	擴大辦理並持續精進「急性後期整合照護計畫」之照護模式及評估指標，朝強化社區型服務模式方向規劃，並於114年7月前提全民健康保險會報告。	本署於114年5月15日召開「社區型急性後期創新型照顧服務模式」討論會議，屆時依委員會議核定事項報告。
	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	持續檢討本計畫醫療利用情形(包含監測醫療利用率、檢討醫療利用成長合理性)，並加強執行面管理，訂定監測照護品質及健康結果改善之評估指標，評估執行成效，並於114年7月前提全民健康保險會報告。	114年1-3月服務人數及人次分別51,840人及224,768人次，醫療費用約447百萬點，相較於113年同期，分別減少0.9%、1.3%、11.5%。本案預計提114年7月委員會議報告。

附件二

全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果發表暨評核會議議程

日期：114 年 7 月 14 日、15 日(星期一、二)

地點：衛生福利部 1 樓大禮堂(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號)

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

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

註：依健保會 114 年第 2 次委員會議(114.4.23)通過之評核作業方式，提報重點如下：

簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，請以政策目標、總額核(決)定要求及民眾關切議題為主軸，提出 113 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。

五、法定諮詢事項

說明單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「115 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「115 年度醫療給付費用總額範圍
(草案)之財務試算」諮詢案。(資料後附)

六、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「114 年 4 月份全民健康保險業務執行季報告」，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會整理說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 114 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。
- 三、本次進行口頭報告，並依年度工作計畫提報以下事項：
 - (一)併同於 5 月業務執行季報告提報 113 年度抑制資源不當耗用改善方案之執行結果及檢討改善策略(含可節省費用)。
 - (二)併同於 2、5、8、11 月季報告呈現分級醫療執行情形及成效檢討(含結果面指標及監測結果)、急診品質提升方案指標執行結果之最新辦理情形。

決定：

討論事項

提案單位：本會第三組

案由：全民健康保險各總額部門 113 年度執行成果之評核結果獎勵標準案，提請討論。

說明：

一、依據本會本(114)年第 2 次委員會議(114.4.23)決議略以，對於評核結果獎勵標準將於 7 月份召開之評核會議前議定，爰提本次委員會議討論。

二、另依據「各總額部門 113 年度執行成果評核之作業方式」規定，評核等級「良」以上之部門，於 115 年度總額中核給「品質保證保留款」(下稱品保款)預算，以茲鼓勵。歷年總額品保款之預算編列情形如下：

(一)預算編列項目：

品保款自 107 年度起由一般服務項目改列為專款項目。

(二)各年度編列情形：

1.計算方式：

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

總額年度	項目	計算基礎	評核等級獎勵成長率		
			良	優	特優
106	一般服務	各部門前一年度 一般服務預算	0.1%	0.3%	0.5%
107	專 款	各部門受評年度 一般服務預算			
108					
109			0.1%	0.25%	0.5%
110~114			0.1%	0.2%	0.3%

2.編列金額：

110~114 年四部門總額品保款金額介於 7.33~12.84 億元；占各年度可協商空間比率為 4.3%~9.3%。

(三)整理各部門總額 110~114 年度品保款額度及 110~114 年度品保款占當年度可協商空間比率供參考，詳附件一之表 1~2(第

52 頁)。

三、有關 115 年度總額品保款之獎勵標準，請委員討論。

依照 110 至 114 年度品保款之獎勵標準，試算 115 年度品保款額度，作為委員討論之參考：

(一)計算方式：「計算基礎*評核等級獎勵成長率」

1. 「計算基礎」：因受評年度為 113 年之執行成果，乃以各部門「113 年度一般服務預算」為計算基礎，而品保款額度係納入 115 年度總額專款，故其須與 115 年度總額基期算法一致。目前暫以可取得健保署 113 年度點值結算報表之一般服務預算試算。

2. 「評核等級獎勵成長率」：暫以 114 年度品保款之獎勵標準成長率(特優 0.3%、優 0.2%、良 0.1%)試算。

3.試算結果如下表。

部門	試算基礎(暫列)： 113 年度點值結算報表 之一般服務預算 (百萬元)	115 年度品保款額度估算(百萬元)		
		114 年度品保款獎勵成長率		
		良(0.1%)	優(0.2%)	特優(0.3%)
醫院	537,784.8	537.8	1,075.6	1,613.4
西醫基層	133,169.1	133.2	266.3	399.5
牙醫門診	48,516.8	48.5	97.0	145.6
中醫門診	31,011.3	31.0	62.0	93.0
品保款金額估算(合計)		約 7.51 億元	約 15.01 億元	約 22.52 億元

(二)115 年度總額協商空間推估：(協商空間為行政院核定之高推估-低推估金額，行政院未核定前，請參考社保司將提供之「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案))。

四、歷次委員會議及評核會議與品保款有關之決(建)議如下：

(一)因品保款在 106 年度以前，係列於一般服務項目，亦即已納入一般服務預算基期，自 107 年度起改列專款項目，為合理運用原 106 年度已納入基期之品保款額度，並維持品保款額度之穩定性，107~114 年度各部門總額均加註協定：本項專款額度應與其一般服務預算保留匡列原 106 年品質保證保留款之額度合併運用。

(二)113 年評核委員建議，持續加強改善品保款分配方式，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式：

1.品保款之分配，有改善空間，包括：欠缺結果面指標、指標鈍化或參考值訂定過於保守、分配鑑別度不足等問題，請健保署協助各總額部門加強改善分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。

2.牙醫部門相較其他部門品保款核發鑑別度較高，建議其他總額部門參考牙醫部門的做法，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。

五、為了解各部門總額歷年品保款之執行情形，本會於 114.5.1 以請辦單請健保署提供近年各部門總額之品保款實施結果(如附件二，第 53 頁)，及各部門總額提升鑑別度之辦理情形(如附件三，第 54~55 頁)，摘要如下：

(一)109~112 年度各部門品保款核發結果：

1.核發家數占率：四總額部門 109~112 年核發品保款院所占率如下表(113 年尚未結算)，各部門均達 7 成以上。雖多數院所均獲發品保款，但因個別院所指標表現不同，領取金額多寡不同，尚難看出鑑別度。

項目	年	109	110	111	112
核發院所家數占率(%)					
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0	100.0
	區域醫院	100.0	100.0	100.0	100.0
	地區醫院	100.0	99.7	98.9	99.5
--西醫基層		75.5	73.6	70.8	71.3
--牙醫門診		86.4	87.5	88.5	89.1
--中醫門診		79.8	74.7	68.9	72.7

2.核發鑑別度(如下表)：

(1)依評核委員建議，核發金額前 20%院所領取金額占品保款比率越高，其鑑別度越好。經彙整四部門 109~112 年表現如下表，112 年牙醫部門相較其他部門鑑別度較高，中醫部門之鑑別度每年均有持續提升，醫院部門持平。

(2)指標表現達滿分之院所占率越低，其鑑別度越好。歷年牙醫、中醫部門滿分之院所都低於 2%；西醫基層部門約有半數以上院所滿分；醫院部門滿分院所占率高於 9 成，但 112 年已有明顯下降，由 97.2%降至 91.6%。

品保款核發鑑別度 評估面向	年度	醫院	西醫 基層	牙醫 門診	中醫 門診
1.核發前 20%院所金額占品保款 比率(%) 【核發表現優良院所是否領到較多品 保款】	109	45.0	無法計算 ^{註1} (滿分院所 占一半)	67.1	51.6
	110	45.5		63.5	52.1
	111	46.2		64.0	54.0
	112	46.2		63.5	55.1
2.核發指標權重 ^{註2} ≥100%家數比 率(%) 【有多少院所指標表現達滿分】	109	98.5	44.7	1.8	1.7
	110	99.8	57.5	1.9	1.8
	111	97.2	57.4	1.7	1.3
	112	91.6	57.4	1.3	1.4

註：1.109~112 年西醫基層院所指標表現達核發標準 100%者(滿分)分別占 44.7%、57.5%、57.4%、57.4%，各領取 63%、61.1%、60.8%、55.8%品保款。

2.醫院部門係以「指標獎勵」全部核發之家數占率計算。

(二)114 年度各部門總額提升鑑別度之辦理情形：健保署提供 114 年度各部門總額品保款實施方案修訂情形供參(如附件三，第 54~55 頁)。健保署已依 113 年評核委員建議，提出 114 年品保款修訂方案至各部門總額研商議事會議討論，會議決議，中醫部門修訂核算基礎加計原則，使表現前 30%之院所，分配較多的品保款，並刪除達成率較高之指標；西醫基層部門下修獎勵指標之核發權重配分，以提升鑑別度；牙醫部門則將牙醫就醫安全計畫之執行納入核發條件，並將 1 項「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」；醫院部門則未修訂。

擬辦：

一、115 年度總額品保款專款之獎勵標準：

(一)計算基礎：以各總額部門受評年度(113 年)一般服務預算為計算基礎，並與 115 年度總額基期算法一致。

(二)評核等級獎勵成長率：評核結果「良」級給予____%、「優」級給予____%、「特優」級給予____%獎勵成長率。

二、建議依循 107~114 年度方式，於總額結算時，將原 106 年度各部門總額一般服務預算之品保款額度(各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元)，與 115 年度品保款專款合併運用，並全數作為鼓勵提升醫療品質之用。

三、請健保署會同各部門總額相關團體，持續檢討 115 年度品保款之核發條件及結果，訂定更具醫療品質鑑別度之標準，落實獎勵目的。

決議：

表 1 110~114 年度品保款額度

總額年度 評核等級 與品保款金額		110		111		112		113		114	
部 門	醫 院	優	880.4	優	929.8	優	975.3	良	501.5	優	1,029.5
	西醫基層	良	115.8	良	120.3	良	124.3	良	126.2	良	128.4
	牙醫門診	優	87.9	優	91.2	優	93.9	良	47.8	優	95.8
	中醫門診	良	25.2	良	26.5	良	27.6	優	57.4	良	29.8
合計(百萬元)		1,109.3		1,167.8		1,221.1		732.9		1,283.5	

表 2 110~114 年度品保款占當年度可協商空間比率(介於 4.3%~9.3%)

年度		110	111	112	113	114
行政 院 核 定 總 額 成 長 率 範 圍 (%)	上限	4.5	4.4	4.5	4.7	5.5
	下限	2.907	1.272	1.307	2.621	3.521
可協商空間 (億元) ^註		118.7	243.4	257.17	171.34	174.19
評核 結果	優	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	醫院 牙醫門診	中醫門診	醫院 牙醫門診
	良	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	西醫基層 中醫門診	醫院 西醫基層 牙醫門診	西醫基層 中醫門診
四部門總額 品保款(億元)		11.09	11.68	12.21	7.33	12.84
品保款占可協 商空間比率		9.3%	4.8%	4.7%	4.3%	7.4%

註：110~113 年度可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)-前一年度總額違規扣款加回金額，114 年度起，總額基期已加回前一年度總額違規扣款金額，可協商空間=(行政院核定年度總額之高推估-低推估金額)。

各部門總額之品質保證保留款實施結果

項目	年	109	110	111	112
品保款金額(百萬元) ^{註1}					
--醫院		1,055.4	880.4	929.8	975.3
--西醫基層		280.5	115.8	120.3	124.3
--牙醫門診		101.2	87.9	91.2	93.9
--中醫門診		60.8	25.2	26.5	27.6
--門診透析 ^{註1}		45.0	45.0	45.0	45.0
核發家數					
--醫院	醫學中心	19	19	19	19
	區域醫院	81	81	81	82
	地區醫院	372	369	367	364
--西醫基層		8,087	7,952	7,752	7,886
--牙醫門診		6,117	6,249	6,364	6,460
--中醫門診		3,211	3,042	2,844	3,063
--門診透析	血液透析	534	553	531	549
	腹膜透析	86	91	74	72
符合核發院所占率(%)					
--醫院	醫學中心	100.0	100.0	100.0	100.0
	區域醫院	100.0	100.0	100.0	100.0
	地區醫院	100.0	99.7	98.9	99.5
--西醫基層		75.5	73.6	70.8	71.3
--牙醫門診		86.4	87.5	88.5	89.1
--中醫門診		79.8	74.7	68.9	72.7
--門診透析	血液透析	76.6	75.9	71.9	73.0
	腹膜透析	72.9	77.8	63.2	60.0
核發前20%院所金額占品保款比率(%)					
--醫院		45.0	45.5	46.2	46.2
--西醫基層		註2	註2	註2	註2
--牙醫門診		67.1	63.5	64.0	63.5
--中醫門診		51.6	52.1	54.0	55.1
--門診透析	血液透析	45.3	45.4	44.7	45.0
	腹膜透析	61.0	65.8	64.4	57.3
品保款核發指標權重≥100%之家數比率(%)					
--醫院 ^{註3}		98.5	99.8	97.2	91.6
--西醫基層		44.7	57.5	57.4	57.4
--牙醫門診		1.8	1.9	1.7	1.3
--中醫門診		1.7	1.8	1.3	1.4
--門診透析	血液透析	24.7	17.9	22.0	25.7
	腹膜透析	16.3	15.4	20.3	15.3

資料來源：中央健康保險署

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

2.西醫基層 109~112 年院所指標表現達核發標準 100%者(滿分)分別占 44.7%、57.5%、57.4%、57.4%(4,788、4,574、4,449 家、4,096 家)，各年領取 63%、61.1%、60.8%、55.8%品保款。

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

4.113 年品質保證保留款刻正進行結算，預計於 114 年 7 月底核發完畢。

各部門總額提升品質保證保留款核發鑑別度之辦理情形

總額部門	健保署辦理情形
醫院	<p>一、於 113 年第 4 次醫院總額研商議事會議中提案討論，並將貴會 112 年度各總額部門執行成果精進作為之共識建議，提供與會代表參考：</p> <p>(一)品質保證保留款之分配，有改善空間，包括：欠缺結果面指標、指標鈍化或參考值訂定過於保守、分配鑑別度不足等問題，請署協助各總額部門加強改善分配方式，以利品質較佳的院所能獲得更多獎勵，落實品保款之獎勵目的。</p> <p>(二)建議其他總額部門參考牙醫的做法，研擬更具鑑別度之核發指標及分配方式。</p> <p>二、會議決議依台灣醫院協會建議，114 年度方案比照 113 年內容，不予修訂。</p>
西醫基層	<p>一、本署於 113 年第 4 次西醫基層研商會議提案討論，建議刪除不具鑑別度之項目，納入可呈現健康結果的指標，並參考牙醫及中醫門診總額之分配方式，將核發權重差距拉大。</p> <p>二、配合前揭會議決議，114 年全民健康保險西醫基層總額品質保證保留款實施方案，增修內容如下：</p> <p>(一)修訂「符合獎勵指標第1項至第5項者，各給予核發權重」由20%下修為18%。</p> <p>(二)配合 ICD10CM/PCS 轉版，修訂註4「健保卡處方登錄差異率$\leq 8\%$」及註6「初期慢性腎臟病 eGFR 執行率」之診斷碼。</p>
牙醫門診	<p>為提升醫療品質鑑別度，於 114 年全民健康保險牙醫門診總額品質保證保留款實施方案，增修內容如下：</p> <p>一、修訂核發條件：</p> <p>(一)醫院層級核發條件需執行「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」達牙醫就醫人次1%以上。</p> <p>(二)基層院所核發條件為「當年度執行『特定疾病病人牙科就醫安全計畫』」至少1件。</p> <p>二、「口腔癌篩檢、戒菸治療服務」指標由「加計獎勵指標」修訂至「政策獎勵指標」。</p> <p>三、增訂口腔癌篩檢申報就醫科別須為「40(牙科)、GA(口腔顎面外科)」。</p>

總額部門	健保署辦理情形
中醫門診	<p>為提升醫療品質鑑別度，於 114 年全民健康保險中醫門診總額品質保證保留款實施方案，增修內容如下：</p> <p>一、增列符合核發品質保證保留款資格前 30%之院所，核算基礎(A)再加計 100%。經試算 112 年中醫品保款，核發金額在 60 百分位以上之院所占核發家數 37%，原分配 75%的品保款，變更為分配 85%的品保款，藉以鼓勵品質優良之院所。</p> <p>二、經查全民健康保險中醫總額品質保證保留款實施方案中之雲端系統查詢指標，各層級及全國查詢率已近 8 成，依會議決議同意刪除相關指標。</p>

附錄

抄本

附錄一
檔 號：
保存年限：

衛生福利部 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：張嘉云
聯絡電話：02-85906873
傳真：無
電子郵件：hs101825@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年5月1日
發文字號：衛部健字第1143360067號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 各總額部門113年度執行成果評核之作業方式、2. 各總額部門評核報告大綱及評核內容

主旨：檢送本部全民健康保險會議定之「各總額部門113年度執行成果評核之作業方式(如附件1)」，敬請配合依時程辦理，請查照。

說明：

- 一、依本部全民健康保險會(下稱健保會)第7屆114年第2次委員會議(114.4.23)之決議辦理。
- 二、健保會訂於本(114)年7月14日(一)及15日(二)召開「各總額部門113年度執行成果發表暨評核會議」；為利評核委員審視執行成果，務請依下列時程提供相關資料：
 - (一)請中央健康保險署(下稱健保署)依評核報告大綱及評核項目表(附件2)，分別於5月23日(星期五)提送並印製各部門總額監測/調查/統計結果(報告上冊)25份及於6月13日(星期五)為執行成果之書面報告(報告下冊)21份。

(二)請各部門總額受託團體於6月13日(星期五)前，依評核報告大綱(附件2)，提送並印製執行成果書面報告12份。

(三)請健保署及各總額受託團體於6月30日(星期一)前提供並印製10份評核會議書面簡報資料，並將該電子檔，傳送至電子郵件信箱(hs101825@mohw.gov.tw；hsszchi@mohw.gov.tw)。簡報內容以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主。

正本：社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、衛生福利部中央健康保險署
副本：

抄本

檔 號： 附錄二
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：盛培珠
聯絡電話：(02)8590-6877
傳真：無
電子郵件：hgpeichu@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國114年5月1日
發文字號：衛部健字第1143360068號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件1 健保署提供之執行結果、附件2_健保會第7屆114年第2次委員會議議事錄(節錄)

主旨：關於鈞部函示提供115年度全民健康保險醫療給付費用總額
(下稱健保總額)基期之扣減項目及額度案，復請查照。

說明：

- 一、依鈞部114年1月21日衛部保字第1141260021B號函，及本會第7屆114年第2次委員會議(114.4.23)決定辦理。
- 二、本會業依鈞部來函於114年1月23日以衛部健字第1143360022號書函，請中央健康保險署提供「113年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估執行結果」供鈞部參考在案。另該署依本會114年度工作計畫於114年第2次委員會議提出報告案，檢陳該報告內容(含扣減項目及結果，附件1)及議事錄節錄(附件2)，請鈞部納為115年度健保總額基期訂定之參考。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6761
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114年5月5日
發文字號：衛部保字第1141260200號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般
服務「中醫利用新增人口」未執行額度，本部同意不扣減，
復請查照。

說明：復貴署114年4月16日健保醫字第1140661787號函。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：本部全民健康保險會

4. 05. 05



114CC00334

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月22日
發文字號：衛部保字第1141260181C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國114年4月22日以衛部保字第1141260181號令修正發布，除第二部西醫通則自114年7月1日生效外，自114年5月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

114.04.23



114CC00295

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分 診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十四）年第一次修正，除第二部西醫通則自本年七月一日生效外，自本年五月一日生效。

本次主要西醫新增「西醫基層相對合理門診點數給付原則」、基本診療章修正基層診所精神科門診診察費支付方式、特定診療章新增五項、放寬給付支付規範四項及手術項目刪除基層適用十四項；牙醫新增二項診療項目及調升支付點數；中醫調升每日藥費與增訂申報規範。修正要點如下：

一、第二部西醫：

（一）新增通則規範西醫基層醫事服務機構申報門診診療項目點數，依「西醫基層相對合理門診點數給付原則」辦理核付。

（二）第一章基本診療第一節門診診察費

1. 基層診所之「精神科門診診察費」改以「一般門診診察費」申報，爰：

（1）刪除基層診所適用之精神科門診診察費計十項診療項目，併同修正通則十二規範、附表 2.1.2.1、附表 2.1.2.2、附表 2.1.3 及刪除附表 2.1.7。

（2）修正精神科門診診察費—每位醫師每日門診量在超過四十五人次部分(>45)計六項編號及支付規範，改為限醫院層級申報。

2. 修正 01030D「助產所產後檢查」支付規範。

（三）第二章特定診療

1. 第一節檢查：

- (1)新增 20046B「癲癇腦波檢查」、20047B「腦皮質／皮下功能定位」及 20048B「急性缺血性腦中風腦血流加護監測」三項診療項目。
- (2)27084C「二胺基酸攝護腺特異抗原前驅物(p2PSA)」診療項目由原第二十項核子醫學檢查移列至第六項免疫學檢查，併同修正編號及項目名稱。
- (3)修正 17022B「呼氣一氧化氮監測(FeNO)」等四項診療項目名稱或支付規範。
- 2. 第三節注射：修正 39023B「肉毒桿菌素注射費」支付規範。
- 3. 第四節復健治療：修正 44008B 等三項「複雜」支付規範。
- 4. 第五節精神醫療治療費：修正 45055C「人格特質評鑑」支付規範。
- 5. 第六節治療處置：
 - (1)新增 47108B「心臟監測器植入術」診療項目。
 - (2)修正 56039B「神經外科術中神經功能監測(IONM)」支付規範。
- 6. 第七節手術：
 - (1)新增 68060B「經導管二尖瓣緣對緣修補術」診療項目。
 - (2)修正 65001C「鼻息肉切除術 -孤立性」等十四項限醫院層級申報並修正編號。
 - (3)修正 65018B「鼻中膈鼻道成形術－單側」支付規範。
 - (4)修正 67050B「胸腔鏡肺葉切除術」等六十五項支付規範具機械手臂輔助手術系統專科認證醫師資格。
 - (5)修正 68058B「尾崎式手術（主動脈瓣之自體/人工心包膜新瓣葉重建手術）」等二項支付規範。

(6)修正 79808C「處女膜切開術」診療項目名稱。

7. 第十節麻醉費：修正 96017C「半開放式或半閉鎖式面罩吸入全身麻醉法—未滿二小時」等八項支付規範。

二、第三部牙醫：

(一) 修正通則四規範：「四歲以下嬰幼兒齲齒防治服務」(就醫年月減出生年月等於或小於四十八個月)之處置費，放寬加成規範適用對象至五歲(六十個月)以下。

(二) 第三章牙科處置及手術：

1. 第一節牙體復形：修正 89001C「銀粉充填—單面」等十二項支付規範。

2. 第二節根管治療：修正 90001C「恆牙根管治療(單根)」等十項調升支付點數或支付規範。

3. 第三節牙周病學：修正 91009B「牙周骨膜翻開術—局部」等十二項調升支付點數或支付規範。

4. 第四節口腔顎面外科：

(1)新增 92131B「非齒源性口腔疼痛處置-初診」等二項診療項目。

(2)修正 92003C「口內切開排膿」等四十九項調升支付點數或支付規範。

(三) 第四章牙科麻醉費：調升 96001C「牙科局部麻醉」支付點數。

(四) 第五章牙周病統合治療方案：

1. 修正通則三規範：牙結石清除治療不得另行申報之項目，增列 91005C「口乾症牙結石清除-全口」等六項診療項目。

2. 修正 91021C「牙周病統合治療第一階段支付」支付規範。

三、第四部中醫：

(一) 修正通則五規範：平均每位專任醫師申報針灸、傷科及針灸合併傷科治療之合理量，增列第五章傷科治療處置及第六章針灸合併傷科治療處置之每月申報上限。

(二) 第二章藥費：調升 A21「每日藥費」支付點數。

四、第六部論病例計酬：修正 97004C「陰道生產」等三項支付規範。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月30日

發文字號：衛部保字第1140116887C號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國114年4月30日以衛部保字第1140116887號令修正發布，並自114年5月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

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

114.05.01



114CC00324

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本(一百十四)年第二次修正，並自本年五月一日生效。

本次主要反應投入急重症照護之醫事人力及解決急診壅塞問題，調整急診相關基本診療項目、一般住院護理費及急救責任醫院之支付；新增自然產手術加成規定；診療項目新增五項及放寬給付條件四項；糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案不符合成人預防保健肝炎篩檢資格者，得執行 C 型肝炎篩檢等。修正要點如下：

一、 第一部總則：修正通則十四，為強化離島地區在地急重症照護量能，增列離島地區各急救責任醫院之急診案件加計規範。

二、 第二部西醫

(一) 第一章基本診療

1. 第一節門診診察費：急診診察費拆分為診察費及護理費二類，及調升支付點數，爰：

(1)修正 01015C「急診診察費」等七項診療項目名稱、支付規範及支付點數。

(2)新增 00247C「急診（不分檢傷）-護理費」等七項診療項目。

2. 第二節住院診察費：

(1)修正第二節名稱為住院及急診觀察床診察費。

(2)新增通則九，增列「急救責任醫院加護病床」申報規範。

(3)新增 02030K「急診觀察床診察費（天）」等三項診療項目。

(4)02028B「預立醫療照護諮商費」適用對象新增「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」及「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」收案之六十五歲以上多重慢性病人，及開放適用表別至基層院所，併

同修正編號與項目名稱；刪除 02029B「預立醫療照護諮商費-同次住院申報二次 02020B『緩和醫療家庭諮詢費』者」診療項目。

(5)修正 02006K「一般病床住院診察費(天)」等四項支付規範。

3. 第三節病房費：

(1)調整急救責任醫院加護病床基本診療項目，修正通則七：增列醫院依緊急醫療能力分級評定申報加護病床支付標準規範。

(2)修正 03077K「急性一般病床(床/天)--護理費(第一天)」等二十八項支付點數或支付規範。

4. 第五節管灌飲食費及營養照護費：新增 05153B「早產兒母乳補充照護(每25mL 母乳)」診療項目。

(二) 第二章特定診療

1. 第一節檢查：

(1)新增 12219C「酪氨酸磷酸酶自體抗體(EIA 法)」及 12086C「B 型肝炎病毒表面抗原(HBsAg)定量檢驗」二項診療項目。

(2)修正 12184C「去氧核糖核酸類定量擴增試驗」等五項支付規範。

2. 第七節手術：

(1)第十三項女性生殖之「八、自然生產、剖腹產及流產」項下，新增通則二，增列醫院夜間及例假日自然產手術案件加算成數規範。

(2)新增 64284B「人工全肩關節再置換手術」及 64285B「反置人工全肩關節置換手術」二項診療項目。

(3)修正 64121B「肩旋轉袖破裂修補術—小破裂」等十九項支付規範。

三、 第三部牙醫

(一) 修正通則三(一)第 3 項：具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院以醫師為單位。

(二) 第三章牙科處置及手術：修正附表 3.3.4 項目一、邏輯定義說明「具牙科專科醫師訓練機構資格之教學醫院」。

(三) 第五章牙周病統合治療方案：修正通則二文字。

四、 第四部中醫第七章其他：修正 B71「脈診儀檢查費」等二項支付規範。

五、 第八部品質支付服務

(一)第二章糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案：新增通則七，糖尿病及初期慢性腎臟病病人，符合特定條件者得執行 C 型肝炎篩檢規定，餘標號依序遞延；修正通則二、三、五、七內容，酌修文字。

(二)修正附表 8.2.4、附表 8.2.6、附表 8.2.7、附表 8.2.9 及附表 8.2.10 等五項附表。

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：江心怡
聯絡電話：(02)8590-6766
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月25日
發文字號：衛部保字第1141260194C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，本部
預定於中華民國114年4月26日以衛部保字第1141260194號令
修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說
明及條文對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、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、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、中華民國醫療器材商業同業公會全國聯合會、中華民國儀器商業同業公會全國聯合會、台北市美國商會醫療器材組、歐洲在台商務協會、台灣醫療暨生技器材工業同業公會、台北市儀器商業同業公會、台北市進出口商業同業公會、台灣先進醫療科技發展協會
副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司、本部心理健康司、本部口腔健康司(均含附件)

4. 04. 28



114CC00304

全民健康保險藥物給付項目及支付標準部分條文修正總說明

本次全民健康保險藥物給付項目及支付標準(以下稱本標準)之修正，為本(一百十四)年第一次修正。

本次修正係為配合健保藥品政策改革，爰修正本標準部分條文，其修正要點如下：

- 一、參考行政程序法第一百五十條至第一百五十二條，有關法規命令之訂定、修正等得由人民團體提出，爰將廠商或保險醫事服務機構等向保險人提出之「建議」，修正文字為「提議訂定」，及為統一本標準用語，將「品項」修正為「項目」。(修正條文第一條、第二條、第四條、第六條、第十一條、第十四條、第十七條、第二十二條、第二十六條、第二十八條至第三十二條、第三十二條之一、第三十四條、第三十五條、第三十五條之一、第四十七條、第四十九條、第五十一條、第五十二條之一、第五十二條之二、第五十二條之三、第五十三條之二、第六十條)
- 二、為避免醫事機構重複向民眾收取醫療費用，以保障民眾就醫權益，第二項除定明保險人不另支付外，增加保險醫事服務機構亦不得向病人收取費用之規定。(修正條文第三條)
- 三、為加速新藥收載未滿足醫療需求(Unmet Medical Need)之藥品、推動平行審查機制，重整現行條文第四條內容結構，定明相關收載程序。(修正條文第四條之一、第四條之二、第四條之三、第五條)
- 四、為與醫療院所費用申報以每月一日起算之邏輯一致，爰修正第六條之一第一項第一款截止日之規定。(修正條文第六條之一)
- 五、配合我國雙語政策之推動及數位科技發展趨勢，鬆綁原開發公司載明有效期間之書面授權文件須送交我國駐外單位簽證之規定。另廠商須檢附藥品有效成分具專利之證明文件譯本規定亦予以放寬，若證明文件譯本非屬中、英文版本，應提供經政府立案之翻譯社所翻譯之中文譯本。(修正條文第十五條)
- 六、為提升我國供藥韌性，鼓勵原開發廠來臺投資建廠或授權在臺研發製造之意願，增訂「於十大先進國家首次上市二年內，且屬國內製造

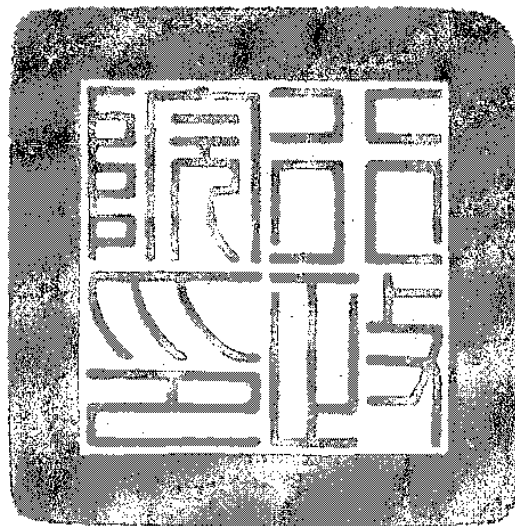
- 之新藥」及「已在十大先進國家上市滿五年，且屬國內製造之新成分新藥」二類新藥得予以優惠核價。(修正條文第十七條之一及第十七條之二)
- 七、因俄烏戰爭、新冠疫情及通貨膨脹等導致原物料成本上漲，藥品成本也隨之上升，為避免因訂定上限價致藥品價格無法反映成本，爰刪除上限價規定。(修正條文第二十六條及第三十九條)
- 八、為鼓勵國內製造學名藥及生物相似性藥品，提升其使用比率，針對「逾原開發廠藥品專利期五年內第一及第二優先取得藥品許可證之國內製造 BA/BE 學名藥品」及「逾原開發廠藥品專利期五年內第一及第二優先取得藥品許可證之國內製造生物相似性藥品」，核予優惠支付價格，最高給予原開發廠藥品之支付價格。(修正條文第二十九條、第三十條之一及第三十二條之二)
- 九、有關藥價調整之條文，回歸「全民健康保險藥品支付價格調整作業辦法」規定，爰予刪除。(修正條文第二十條及第六十七條至第七十八條)

檔 號：
保存年限：

行政院 令

發文日期：中華民國114年4月2日

發文字號：院授主基營字第1140200512A號



修正「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」。

附修正「全民健康保險基金收支保管及運用辦法」

院長 卓榮泰

全民健康保險基金收支保管及運用辦法修正條文

第 一 條 為辦理全民健康保險相關業務，特依全民健康保險法第九十六條及衛生福利部中央健康保險署組織法第八條規定，設置全民健康保險基金（以下簡稱本基金），並依預算法第二十一條規定，訂定本辦法。

第 二 條 本基金為預算法第四條第一項第二款所定之特種基金，編製附屬單位預算，以衛生福利部為主管機關，衛生福利部中央健康保險署為管理機關。

第 三 條 本基金之來源如下：

- 一、全民健康保險保險費等相關收入。
- 二、菸品健康福利捐分配之收入。
- 三、公益彩券盈餘分配之收入。
- 四、政府循預算程序之撥款。
- 五、本基金之孳息收入。
- 六、其他有關收入。

前項第四款之基金來源，不包括政府依全民健康保險法第三條規定應負擔全民健康保險之總經費。

第 四 條 本基金之用途如下：

- 一、全民健康保險給付相關支出。
- 二、經行政院核准保險醫療給付外之專項支出。
- 三、其他有關支出。

第 五 條 第三條第四款所定之基金來源，政府得指定用途，或由主管機關擬訂計畫報請行政院核定後支用。

第三條第四款之基金來源，除指定用途、核定之計畫尚未執行完竣之經費應保留於以後年度繼續支用外，年度終了後，其結餘經費應提供全民健康保險安全準備之用。

第 六 條 本基金之保管及運用，應注重收益性及安全性，其存儲並應依公庫法及其相關法令規定辦理。

第 七 條 本基金為應業務需要所為之資金運用，應依全民健康保險法第七十七條規定辦理。

第 八 條 本基金有關預算之編製與執行及決算編造，應依預算法、會計法、決算法、審計法及相關法令規定辦理。

第 九 條 本基金會計事務之處理，應依規定訂定會計制度。

第 十 條 本基金年度決算如有賸餘，應依規定辦理分配。

第 十一 條 本基金結束時，應予結算，其餘存權益應解繳國庫。

第 十二 條 本辦法自發布日施行。

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：江心怡
聯絡電話：(02)8590-6766
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgduedue@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月25日
發文字號：衛部保字第1141260193C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」，本部預定於中華民國114年4月26日以衛部保字第1141260193號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、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、中華民國西藥代理商業同業公會、臺灣製藥工業同業公會、中華民國製藥發展協會、中華民國開發性製藥研究協會、台北市西藥代理商業同業公會、台灣藥品行銷暨管理協會、中華民國西藥商業同業公會全國聯合會、社團法人中華民國學名藥協會、台灣研發型生技新藥發展協會、台北市歐洲商務協會、台北市進出口商業同業公會
副本：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部食品藥物管理署、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部醫事司、本部中醫藥司、本部心理健康司、本部口腔健康司(均含附件)

4. 04. 28



114CC00305

全民健康保險藥品價格調整作業辦法修正總說明

本次全民健康保險藥品價格調整作業辦法（以下稱本辦法）之修正，為本（一百十四）年第一次修正。

本次修正係為強化我國人民健康福祉，保障國民健康與生命安全，並呼應世界衛生組織在地製造，提供多元藥品來源管道，確保藥品供應穩定性，以維護就醫時健保藥品之供應韌性，爰修正本辦法，其修正要點如下：

- 一、為統一本辦法用語，將品項統一修正為項目，並補充分組分類及規格定義、全民健康保險法第四十六條所定市場之定義，修正相關條文。（修正條文第二條、第三條、第五條至第九條、第十一條、第十三條、第十五條至第二十一條、第二十三條至第二十五條及第二十九條）
- 二、為避免增加基層診所及藥局之行政成本，一般藥品採購資料之應申報以特約醫院為限。但保險人指定藥品採購資料，於必要時，經保險人抽樣之特約診所與藥局，亦應申報。（修正條文第六條）
- 三、就實務執行情形，將保險人公告之特殊藥品再定明為「保險人公告之不可替代特殊藥品」與「保險人認定之特殊藥品」。（修正條文第十二條）
- 四、增訂第四大類藥品之定義及修正第三大類藥品之定義，並配合修正相關條文。（修正第十三條至第十六條、第二十條、第二十一條、第二十三條及第二十四條）
- 五、增訂調整後生物相似性藥品支付價格除特定情形外，不得高於原開發廠藥品。（修正條文第十七條、第十八條、第二十一條）
- 六、依全民健康保險法第四十六條第一項後段規定，藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。為使逾專利期藥品支付價格與國內外市場交易情形合理接軌，爰修正第二大類藥品支付價格調整方式，於第二大類藥品逾專利期第四年，倘同分組有學名藥品項，則依逾專利期第一年藥品調整方式辦理；倘同分組無學名藥品項，維持現行調整方式。為滿足被保險人醫療需求，定明第二大類藥品調整金額挹注於新藥預算。（修正條文第十八條）
- 七、修正第三大類藥品支付價格調整方式，第三大類藥品以「市場平均售價百分之一百十五」作為藥價調整之目標值，惟藥品列入第三大類之第一年及每隔三年調價時，另參考十國藥價最低價之一定比率，取低價作為藥價調整之目

標值。(修正條文第二十條)

八、增訂第四大類藥品之調整方式，自保險人暫予收載生效年起五年內參酌第一大類藥品調整方式；自保險人暫予收載生效年起滿五年起至十年內參酌第二大類藥品調整方式。(修正條文第二十一條)

九、藥品為不可或缺之重要資源，亦是國家戰略物資，尤以全球疫情大規模擴散、原物料或運輸成本高漲時，藥品將可能成為稀缺資源，考量我國外交處境及地緣政治戰略，為保障國民健康與生命安全，並呼應世界衛生組織在地製造，以提供多元藥品來源管道，確保藥品供應穩定性，實有必要提高在地製造之誘因，增訂調整後支付價格加算適用項目、加算比率及原則，針對使用國產原料藥、臨床試驗刊載期刊、挑戰專利成功等在地製造藥品，不分國內外藥商，均予以調價後加成優惠，加算後支付價格仍不得高於原開發廠藥品。(修正條文第二十二條)

十、增列本保險適用藥品費用分配比率目標之調整對象，並增列支付價格不予調整之條件，符合條件之藥品及其同分組分類項目支付價格不予調整，給予適當價格保護機制，確保臨床上必要藥品穩定供應。(修正條文第二十三條)

十一、修正各調整大類藥價調整方式之法規依據。(修正條文第二十四條)

十二、為臻符合實務，定明依藥物支付標準第十七條第一項規定以十國藥價中位數或最低價核價之新藥，如廠商建議價格低於依上開核價原則計算之支付價格，以廠商建議價格訂為支付價格；另考量藥物支付標準第四十四條之價量協議方案已無依十國藥價檢討，爰予刪除相關檢討條文。(修正條文第二十六條)

十三、訂定修正後相關條文施行日期。(修正條文第三十條)

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蘇小姐
聯絡電話：(02)8590-6739
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgmaggiesu@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月28日
發文字號：衛部保字第1141260180C號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」

第六條、第十條、第三十四條，業經本部於中華民國114年4月28日以衛部保字第1141260180號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及條文對照表各1份，請查照。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、社團法人中華民國呼吸治療師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、台灣內科醫學會、台灣外科醫學會、台灣兒科醫學會、台灣婦產科醫學會、中華民國骨科醫學會、社團法人台灣神經外科醫學會、台灣精神醫學會、台灣復健醫學會、台灣麻醉醫學會、中華民國放射線醫學會、台灣放射腫瘤學會、台灣病理學會、中華民國核醫學學會、社團法人台灣急診醫學會、中華民國環境職業醫學會、台灣整形外科醫學會、台灣婦科醫學會

副本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險爭議審議會、本部全民健康保險會(均含附件)

4. 04. 29



114CC00308

全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法第六條、第十條、第三十四條修正總說明

全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法於八十四年一月二十三日訂定，其後歷經十一次修正，並修正名稱為全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(以下稱本辦法)，最近一次修正係一百零七年三月十四日。

因現行特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所、物理治療所、職能治療所或其他經保險人特約之接受處方機構，暫付及核定每點金額係比照西醫基層總額部門計算，考量該等機構申報費用，其所採計之點值與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰修正本辦法第六條、第十條、第三十四條。修正重點如下：

- 一、考量特約藥局等機構申報費用所採計之點值，與西醫基層診所以診察費、診療費等浮動點值為主不同，爰刪除第六條第三項、第十條第三項。(修正條文第六條、第十條)
- 二、配合實務作業，定明本次修正之施行日期。(修正條文第三十四條)

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：葉祝玫

聯絡電話：02-27065866 分機：3021

傳真：02-27027723

電子郵件：A110514@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114年4月22日

發文字號：健保審字第1140670703A號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

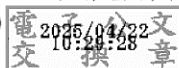
附件：發布令pdf檔、發布令稿文字檔、「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分
規定文字檔、提要表文字檔 (A21030000I_1140670703A_doc3_Attach1.odt、
A21030000I_1140670703A_doc3_Attach2.odt、
A21030000I_1140670703A_doc3_Attach3.odt、
A21030000I_1140670703A_doc3_Attach4.pdf)

主旨：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，業經
本署於中華民國114年4月22日以健保審字第1140670703號
令修正發布，茲檢送發布令、令稿及行政規則規定1份，
請查照。

說明：併附法規及行政規則刊登行政院公報資料提要表1份。

正本：行政院公報編印中心

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部口腔健康司、衛生福利
部中醫藥司、衛生福利部法規會、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康
保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會
全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會
全國聯合會、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署各分區業務組(請轉知
轄區特約醫事機構)(均含附件)



114.04.22



1143340088

副本

檔 號：附錄十一
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月22日

發文字號：健保醫字第1140661804號

附件：請自行至本署全球資訊網擷取



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、
「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，並自
中華民國114年5月1日生效。

依據：依據本署114年3月27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」114年第1次會議決議辦理。

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

署長 石崇良 出國
副署長 龐一鳴 代行

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300090

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



2

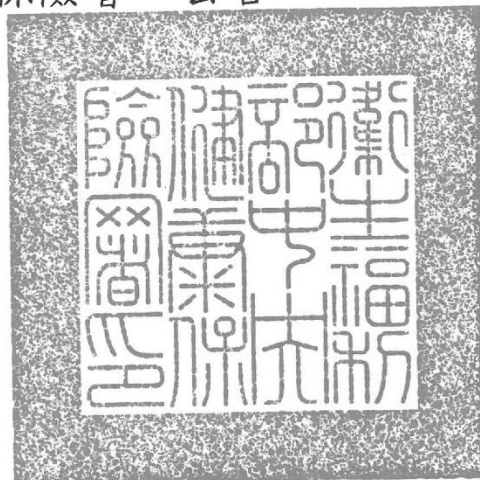
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月28日

發文字號：健保醫字第1140108371號

附件：如主旨(請自本署全球資訊網自行擷取)



主旨：公告「114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114年1月1日起生效。

依據：衛生福利部114年4月18日衛部保字第1140115075號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、本署各分區業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300097

114. 4. 29

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



32

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月2日

發文字號：健保醫字第1140109421號

附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，如附件，並自114年1月1日起實施。

依據：衛生福利部114年4月30日衛部保字第1141260172號函。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、台灣醫院協會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、行政院主計總處、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、臺中市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、基隆市衛生局、新竹市衛生局、嘉義市政府衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、連江縣衛生局、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部國民健康署、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、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、本署東區業務組、本署高屏業務組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300105

114. 5. 5

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



6

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年5月6日

發文字號：健保醫字第1140109432號

附件：如主旨(請至全球資訊網公告區擷取)



主旨：公告修訂「全民健康保險地區醫院全人全社區照護計畫」如

附件，並自114年1月1日起實施。

依據：衛生福利部114年4月30日衛部保字第1141260176號函。

副本：台灣醫院協會、台灣社區醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣家庭醫學醫學會、社團法人臺灣生活型態醫學會、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部、行政院主計總處、基隆市衛生局、臺北市政府衛生局、新北市政府衛生局、桃園市政府衛生局、新竹市衛生局、新竹縣政府衛生局、苗栗縣政府衛生局、臺中市政府衛生局、彰化縣衛生局、南投縣政府衛生局、雲林縣衛生局、嘉義縣衛生局、嘉義市政府衛生局、臺南市政府衛生局、高雄市政府衛生局、屏東縣政府衛生局、宜蘭縣政府衛生局、花蓮縣衛生局、臺東縣衛生局、連江縣衛生局、澎湖縣政府衛生局、金門縣衛生局、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、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、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300109

副本

檔 號：附錄十二
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  15
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月16日

發文字號：健保醫字第1140661322號

附件：如主旨（請至本署全球資訊網公告欄擷取）



主旨：公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」及「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案—特約醫事服務機構上傳檢驗（查）結果、人工關節植入物資料及出院病歷摘要格式說明」如附件，自114年1月1日起實施。

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國醫院牙科協會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署資訊組、本署醫審及藥材組

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1143300086

副本

檔 號：附錄十三
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月24日

發文字號：健保醫字第1140661801號

附件：如主旨(請自行至本署全球資訊網下載)



主旨：公告114年4月起新增「全民健康保險西醫住院病人中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症病人加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等7項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單(附件)，執行日自114年4月1日起。

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

署長 石崇良 出國
副署長 龐一鳴 代行



附錄十四

7 項中醫醫療照護計畫(含子計畫)自 114 年 4 月 1 日起新增之承作院所數及醫師數

分區別 計畫名稱		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病人中醫 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷、脊髓損傷、呼 吸困難相關疾病 及術後疼痛)		院所數	0	1	6	1	1	2	11
		醫師數	0	1	7	3	1	3	15
中醫提升孕產照 護品質計畫		院所數	4	1	9	6	2	2	24
		醫師數	14	1	16	10	2	3	46
中醫急症處置計 畫		院所數	0	1	2	0	0	2	5
		醫師數	0	1	7	0	0	3	11
中醫癌症患者加強 照護整合方案	癌症病人中醫 醫住院中醫 輔助醫療計畫	院所數	0	0	6	1	0	2	9
		醫師數	0	0	7	3	0	3	13
	癌症病人中 醫門診延長 照護計畫	院所數	0	0	5	1	0	2	8
		醫師數	0	0	6	3	0	3	12
	特定癌症病人 中醫門診 加強照護計畫	院所數	2	1	6	3	3	2	17
		醫師數	11	1	7	5	5	3	32
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫		院所數	3	2	11	4	4	2	26
		醫師數	15	2	29	8	7	3	64

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號

聯絡人：李羿萱

聯絡電話：02-27065866 分機：2630

傳真：02-27069043

電子郵件：A111360@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國114年4月14日

發文字號：健保醫字第1140661651號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自行於本署全球資訊網下載

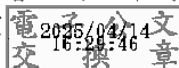
主旨：檢送113年第3季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
相關檔案已公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，
請查照。

說明：

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

正本：本署各分區業務組

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



114.04.15



1143340072

附錄十六

113年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				全年 執行率	
			Q1	Q2	Q3	Q4		小計
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		855.4	142.9	151.6	139.7		434.2	50.8%
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 ^{註1}		1,486.0	39.9	239.0	268.1		546.9	36.8%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 ^{註2}		1,653.8	413.5	413.5	407.9		1,234.8	74.7%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	47.7	49.3	47.8		144.9	32.2%
1.醫院以病人為中心門診整合照護計畫			7.0	6.3	5.8		19.1	
2.跨層級醫院合作計畫			15.8	16.5	15.7		48.0	
3.急性後期整合照護計畫			22.6	23.4	23.3		69.3	
4.遠距醫療會診(遠距醫療服務給付計畫)			2.3	3.2	3.1		8.5	
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 ^{註3}		90.0	0.41	0.54	0.63		1.6	1.8%
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 ^{註4}		125.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		440.6	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註5}		511.0	107.5	107.4	112.9		327.8	64.1%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			74.9	76.3	80.4		231.6	
2.Early-CKD醫療給付改善方案			21.3	19.8	21.3		62.4	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3	11.3		33.8	
提升用藥品質之藥事照護計畫		30.0	0.13	0.53	1.60		2.26	7.5%
居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		8,378.0	1,708.1	1,707.1	1,762.3		5,177.6	61.8%
1.居家醫療與照護			1,040.1	1,044.2	1,069.0		3,153.3	
2.助產所			0.9	1.2	0.9		2.9	
3.精神疾病社區復健			653.6	647.9	668.2		1,969.7	
4.轉銜長照2.0之服務			13.5	13.9	14.3		41.7	
5.在宅急症照護試辦計畫(113.7.1實施)			0.0	0.0	9.9		9.9	
提升保險服務成效		500.0	116.0	66.0	80.5		262.6	52.5%
基層總額轉診型態調整費用		800.0	141.4	140.2	141.1		422.7	52.8%
因應醫院護理人力，強化住院護理照護量能		4,000.0	664.4	1,332.0	673.0		2,669.5	66.7%
總計		19,319.8	3,381.8	4,207.3			11,224.7	58.1%

- 註：1.「鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」自112.9.1起生效，其中醫療費用申報格式改版等多項獎勵費用屬全年結算，故執行率偏低。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應支情形。)
- 2.依「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」之點值結算方式，113年第1、2季暫結金額(4.23億元、4.22億元)大於當季預算(4.1345億元)，以當季預算為結算金額(除保障項目、基本承作費、診察費及藥服費加成、論次費用外，餘以浮動點值計算，第1季0.9766、第2季0.9780)。
- 3.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應支之情形。
- 4.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應支之情形。
- 5.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。

(會議資料第 43 頁)

五、法定諮詢事項

案由：衛生福利部「115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「115年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案，請鑒察。

說明：

一、本件係衛福部依據全民健康保險法(下稱健保法)第 60 條規定，於本(114)年 5 月 15 日以衛部保字第 1141260204 號函送「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱 115 年度總額範圍草案)諮詢案，如附件一(第 5~21 頁)；簡報如附件二(第 22~31 頁)。

二、另為利委員審視前揭總額範圍草案，商請健保署併提「115 年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」供參，如附件三(第 32~33 頁)。

三、說明單位：

(一)衛福部社會保險司(下稱社保司)：說明 115 年度總額範圍草案。

(二)健保署：說明 115 年度總額範圍草案之財務試算。

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

健保署業務窗口：李仁輝科長，聯絡電話：02-27065866，分機2395

.....
本會整理說明：

一、本案係衛福部依據健保法第 60 條^(註)，將所擬訂之 115 年度總額範圍草案諮詢本會意見，後續再報行政院核定。本案委員所提意見，將送請衛福部作為擬訂總額範圍參考。

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

二、衛福部所擬之 115 年度總額範圍草案，係以 115 年度健保總額基期(約 9,368.10 億元)計算，成長率範圍為 2.942% 至 5.5%，重點摘要如下：

(一)成長率範圍：

低推估值：低推估成長率為 2.942%，較基期約增加 275.59 億元，低推估金額約為 9,643.70 億元。

協商因素：成長率為 2.558%，約增加 239.65 億元。

高推估值：高推估成長率為 5.5%，為低推估成長率 (2.942%)+協商因素成長率(2.558%)，較基期約增加 515.25 億元，高推估金額約為 9,883.35 億元。

(二)低推估值：計算方式與 114 年度相同。

1.115 年度總額基期：

採前 1 年度(114 年)健保醫療給付費用總額(9,286.25 億元)，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(下稱人口差值，+81.72 億元^註)，及加回前 1 年度(114 年)違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(下稱違規扣款，+0.14 億元)，約為 9,368.10 億元。

註：人口差值為 113 年實際投保人口成長率(0.320%)，與協商 113 年度總額時預估投保人口成長率(-0.757%)之差值。

2.低推估成長率：

(1)低推估成長率(2.942%)：係以「醫療服務成本及人口因素成長率」(3.420%^註)，乘以 114 年校正後一般服務占率(86.018%)而得(因專款採零基預算，直接協定額度，不納入基期計算)。

(2)醫療服務成本及人口因素成長率(3.420%)：主要反映因投保人口及成本變動等自然成長所需預算，依據三個參數計算而得^註，分別為「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」。

註：醫療服務成本及人口因素成長率 3.420%

$$=(1+\text{投保人口結構改變對醫療費用之影響 } 1.561\%+\text{醫療服務成本指數改變率 } 1.529\%)\times(1+\text{投保人口預估成長率 } 0.320\%)-1$$

(三)協商因素：協商因素成長率 2.558%，約增加 239.65 億元，115 年政策目標及金額摘要如下：(詳附件一，第 10~11 頁)

- 1.強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康。(增加 37.19 億元)
- 2.友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值。(增加 154.78 億元)
- 3.加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質。(增加 41.67 億元)
- 4.提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置。(增加 6.02 億元)

(四)高推估值：即低推估成長率(2.942%)+協商因素成長率(2.558%)，合計成長率 5.5%，約為 9,883.35 億元。

三、健保署依照 115 年度總額範圍草案低、高推估值，以現行費率 5.17% 試算健保財務，預估 115 年度保險收支將短絀 470 億元至 707 億元，當年底保險收支累計結餘為 972 億元至 735 億元，安全準備約當保險給付支出 1.31 個月至 0.96 個月。

表 115 年度醫療給付費用總額範圍草案之財務試算

項目	低推估	高推估
115 年度總額醫療費用成長率	2.942%	5.5%
115 年度總額醫療費用(億元)(含部分負擔)	9,644	9,883
增加金額(億元)	276	515
115 年保險成本(億元)(不含部分負擔)	8,939	9,174
115 年保險收入(億元)	8,469	8,467
115 年當年保險收支餘絀(億元)	-470	-707
115 年保險收支累計結餘(億元)	972	735
約當保險給付支出月數	1.31	0.96

四、整理過去總額範圍訂定及本會討論之相關資料供參：

(一)整理歷年行政院核定總額範圍及衛福部核定總額成長率(如參考資料一，第 34 頁)。115 年度總額低推估成長率計算方式與 114 年度相同，因 114 年度總額起計算方式與過

去不同(詳參考資料二，第 35~36 頁)，爰 115 年度總額低推估成長率尚無法與歷年數值直接比較。

(二)檢附去年本會委員對 114 年度總額範圍(草案)及財務試算之諮詢意見摘要(參考資料三，第 37~41 頁)，及委員關切事項與辦理情形(參考資料四，第 42 頁)，供委員參考。

五、依健保法第 5 條規定，本會於辦理總額之協議訂定等事項，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。為利本會進行 115 年度健保總額之協議訂定，請健保署於衛福部交議本會「115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併同提出「115 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，供協商參考。

決定：

衛生福利部 函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：黃曼青
聯絡電話：(02)8590-6761
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114年5月15日
發文字號：衛部保字第1141260204號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：115年總額諮詢草案及簡報各1份

主旨：有關「115年度全民健康保險醫療給付費用範圍」（草案），
請查照並惠示意見。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、旨揭草案之總額基期約為9,368.10億元，並考量投保人口結構改變、醫療服務成本指數改變及投保人口數成長對醫療費用之影響，以及配合115年總額規劃目標，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等各面向所擬，總額成長率為2.942%至5.5%，總額下限金額約9,643.70億元至上限金額約9,883.35億元，較基期增加275.59億元至515.25億元。
- 三、檢附旨揭諮詢草案之說明及簡報資料詳附件1、2。

正本：本部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

114.05.16



114CC00369

115 年全民健康保險醫療給付費用

總額範圍（草案）

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

本部所擬之 115 年健保醫療給付費用總額範圍，係以 115 年健保總額基期 9,368.10 億元計算，總額下限金額約 9,643.70 億元至上限金額約 9,883.35 億元(成長率 2.942%至 5.5%)。

115 年健保醫療給付費用總額範圍擬訂公式如下：

$$\begin{aligned} &115 \text{ 年健保醫療給付費用總額範圍} \\ &= 115 \text{ 年健保總額基期} \\ &\quad \times (1 + 115 \text{ 年健保醫療給付費用成長率之} \underline{\text{低推估值}} \sim \underline{\text{高推估值}}) \end{aligned}$$

- 一、基期(9,368.10 億元)：係以前 1 年(114 年)健保醫療給付費用總額 9,286.25 億元，校正前 2 年(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(81.72 億元)，以及加回前 1 年(114 年)總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款(0.14 億元)計算而得。
- 二、低推估值 (2.942%，較基期約增加 275.59 億元，下限金額約為 9,643.70 億元)：係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」計算成長率，並校正一般服務醫療給付費用占率而得。
- 三、高推估值 (5.5%，較基期增加約 515.25 億元，上限金額約為 9,883.35 億元)：即低推估值+協商因素，其中協商因素係依據 115 年規劃目標，並以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬。

綜上，預估 115 年度健保醫療給付費用總額，約為 9,643.70 億元至 9,883.35 億元，敬請貴會惠予支持。

115 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明

壹、行政院核定 114 年總額範圍函示事項

有關行政院 113 年 8 月 30 日院臺衛字第 1131022481 號函核定 114 年度總額範圍函示事項如下：

- 一、考量全民健康保險保險收入與支出長期存在落差，為確保健保財務穩定，請審慎衡酌總體經濟情勢、國家財政負擔及民眾付費能力，維持健保點值之穩健，友善醫事人員待遇及環境等，以通盤檢討健保制度之合理性及公平性，研議可行修法方向，促進健保制度革新及永續經營。
- 二、另為提升癌症新藥可及性，縮短癌症新藥給付時程，114 年以公務預算挹注健保基金新臺幣 50 億元，作為癌症新藥暫時性支付專款使用。又 114 年多項健保支出項目移由公務預算支應，請再檢視總額基期與協商因素，避免與公務預算重複。

貳、115 年全民健康保險醫療給付費用總額範圍

- 一、**115 年總額基期(9,368.10 億元)**：本部擬訂健保總額範圍所採計之基期，係以前 1 年度(114 年)健保總額預算(9,286.25 億元)，校正前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額(+81.72 億元)、加回前 1 年度(114 年)健保總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款核定金額(+0.14 億元)，即為 9,368.10 億元(9,286.25+81.72+0.14)。各項校正因素分述如下：

(一)前 1 年度(114 年)健保醫療給付費用總額 9,286.25 億元：依本部 114 年 1 月 9 日衛部健字第 1143360008 號公告 114 年度健保醫療給付費用總額核定結果。

(二)前 2 年度(113 年)投保人口預估成長率與實際之差值金額+81.72 億元：

1. 因擬訂年度總額時，「投保人口成長率」尚無法取得該年度實際投保人口數，僅能先採計最近 1 年可取得之實際投保人口作為預估值，再於次年度總額之基期費用校正處理預估與實際投保人口費用差值。
2. 以 115 年度總額基期說明，前 2 年度人口費用差值即校正 113

年度總額「投保人口成長率」原預估與實際之費用差值。原 112 年擬訂 113 年度總額範圍時，因當時尚無法取得 113 年實際投保人口成長數，爰以 111 年較 110 年之實際人口成長率預估「投保人口成長率」，待 114 年擬訂 115 年總額時，始取得 113 年實際投保人口成長數，故於 115 年度總額校正。

(三)加回前 1 年度(114 年)總額違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款+0.14億元：依本部前開 114 年 1 月 9 日公告，違反「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」之扣款不列入 115 年度總額協商之基期費用，爰須加回前 1 年度(114 年)前開金額。

(四)113 年各部門一般服務預算執行情形：

1. 醫院、牙醫一般服務預算已執行完畢，無須扣減基期。
2. 西醫基層一般服務「藥品及特材給付規定改變」尚有剩餘數 0.33 億元，惟 114 年 3 月擴增 SGLT-2 藥品用於慢性腎臟病治療，爰不於基期扣減。
3. 中醫一般服務「中醫利用新增人口」，依健保會 114 年 3 月 26 日第 1 次委員會議決議不扣減，爰不於基期扣減。

二、115 年總額範圍下限：低推估值為 2.942%，115 年下限金額約 9,643.70 億元，較基期約增加 275.59 億元，較 114 年核定 9,286.25 億元增加約 357.45 億元。

低推估金額 9,643.70 億元

=115 年度健保總額基期×{ [(1+A+B)×(1+C)-1]×(114 年校正後一般服務費用占率)}

={9,368.10×[(1+1.561%+1.529%)×(1+0.320%)-1]×(86.018%)}

A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率

B：醫療服務成本指數改變率

C：投保人口預估成長率

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

關數值詳表 1 至 2)：

1. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A) 1.561%：以 112 年每人醫療費用為基礎，依年齡(1 歲為 1 組)、性別分組，計算 113 年對 112 年保險對象人口結構之影響。
2. 醫療服務成本指數改變率(B，簡稱 MCPI) 1.529%：
 - (1) 其計算公式為
$$\frac{\Delta \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數})}{\text{前一年 } \Sigma(\text{各總額部門成本項目之權數} \times \text{指數})}$$
，各總額部門成本項目分別為人事費用、藥品費用、醫療器材費用、基本營業費用及其他營業費用。
 - (2) 前述公式之權數為各成本項目費用之占率，資料來源皆為行政院主計總處每 5 年調查 1 次之工業及服務業普查，主計總處已於 113 年新發布 110 年工業及服務業普查結果，爰自 114 年總額起配合調整權數，並適用 5 年；指數為各成本項目之費用成長率，資料來源為主計總處每年更新之物價指數。
3. 投保人口預估成長率(C) 0.320%：按最近一年可取得之實際投保人口成長率，即 113 年對 112 年投保人口成長率計算，採各季投保人數之平均值。112 年投保人口數為 23,594,985 人，113 年為 23,670,494 人。

醫療服務成本及人口因素成長率之各因素如下表：

項 目	成長率
投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)	1.561%
醫療服務成本指數改變率(B)	1.529%
投保人口預估成長率(C)	0.320%
醫療服務成本及人口因素成長率	3.420%

註 1：「投保人口預估成長率」係以 113 年對 112 年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

註 2：各項因素以 114 年 4 月最新公告數值為準。

醫療服務成本及人口因素成長率 3.420%

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

$$= (1 + 1.561\% + 1.529\%) \times (1 + 0.320\%) - 1$$

(二) 綜上分別計算後，「醫療服務成本及人口因素成長率」為 3.420%，經校正一般服務醫療給付費用占率(86.018%)，低推估成長率為 2.942%(=3.420% x86.018%)。

三、115 年總額範圍上限：高推估值訂為 5.5%，即低推估值(2.942%)+協商因素(2.558%，約增加 239.65 億元)，預估總額為 9,883.35 億元。115 年政策目標、內涵及金額如下：

(一) 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康，共 37.19 億元：

1. 持續整合家醫計畫與論質計畫等相關計畫，提供以病人為中心之全人照護。
2. 持續提升醫療服務品質，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。

(二) 友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值，共 154.78 億元：

1. 確保醫事服務機構獲得合理給付，因應醫材及人力成本財務衝擊。
2. 持續改善醫事人員工作環境，提升醫療量能與價值。

(三) 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質，共 41.67 億元：

1. 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍及收載新藥，提升急重難罕病人藥物可近性。
2. 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。
3. 持續推動區域聯防，建立合作溝通機制、確保急重症個案疾病照護品質及效率。

(四) 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置，共 6.02 億元：

1. 強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性。

2. 平衡醫療資源配置，提升醫療體系效能。

參、民眾付費能力及健保財務評估

一、 健保財務影響評估（詳表 3）

115 年健保總額成長率範圍(2.942%至 5.5%)，推算應付保險給付支出約為 9,643.70 億元至 9,883.35 億元，安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.31 個月（低推估）至 0.96 個月（高推估）。

二、 付費者之付費能力參考指標（詳表 4、圖 1 至 2）

（一）我國經濟成長率：依據行政院主計總處 114 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，102 年至 113 年成長率數值範圍介於 2.26%至 8.28%，114 年預估值為 5.23%。

（二）健保平均投保金額成長率：基本工資自 114 年 1 月 1 日起調升，月薪由 27,470 元調整至 28,590 元，調升 1,120 元，調幅約為 4.08%；時薪則比照月薪調幅，由 183 元調整至 190 元。因應基本工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，並為縮小貧富差距，讓高所得者多負擔，同步調高分級表上限 10 級，預估 114 年之平均投保金額成長率為 3.51%。

（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%，114 年健保應收保險費成長率為 3.35%。

（四）國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：依據本部「112 年國民醫療保健支出電子書」，112 年 NHE 占 GDP 比率為 7.77%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.54%。

三、 歷年健保醫療給付費總額範圍與協定結果，詳表 5。100 年至 114 年期間，報院之高推估值以 102 年的成長率 7%最高，而 100 年的成長率 3.627%則為最低；行政院核定之高推估值，則以 102 年成長率 6%最高，100 年成長率 3.6%最低；健保會協定及本部核定結果，以 106 年成長率 5.642%最高，而 100 年成長率 2.855%最低。

肆、結語

依據健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。研擬之 115 年總額係參考近期府院施政方向，為達成「健康台灣」、「健保永續」，將積極推動多項措施，包括強化全人照護、充足醫療人力、提升醫療服務品質、加速導入新醫療科技、提升醫療可近性與效能等多元面向。後續將據上述總額範圍與規劃目標內涵報行政院核定，核定後續交議健保會進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。期保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照顧，逐步改善醫療照護品質，持續提升全民健康。

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

年齡組別	112 年 每人年申報點數			112 年 保險對象人數%			113 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
0 歲	28,563	28,494	28,527	0.26%	0.28%	0.55%	0.26%	0.28%	0.54%
1 歲	27,421	31,743	29,661	0.29%	0.31%	0.60%	0.27%	0.29%	0.57%
2 歲	24,200	28,526	26,440	0.32%	0.34%	0.66%	0.29%	0.31%	0.60%
3 歲	24,190	30,592	27,510	0.33%	0.36%	0.69%	0.32%	0.34%	0.66%
4 歲	24,345	30,896	27,736	0.36%	0.38%	0.74%	0.33%	0.36%	0.70%
5 歲	22,844	29,485	26,283	0.37%	0.40%	0.77%	0.36%	0.38%	0.74%
6 歲	20,626	25,952	23,382	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
7 歲	16,487	19,876	18,247	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
8 歲	13,169	16,101	14,690	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
9 歲	12,960	15,014	14,022	0.41%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
10 歲	10,719	12,661	11,725	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
11 歲	11,482	13,266	12,406	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
12 歲	10,807	13,656	12,288	0.37%	0.40%	0.77%	0.44%	0.47%	0.91%
13 歲	9,328	11,371	10,395	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.77%
14 歲	10,361	11,468	10,938	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
15 歲	9,700	12,204	11,010	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
16 歲	10,617	12,298	11,495	0.40%	0.44%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
17 歲	11,352	11,785	11,579	0.41%	0.45%	0.86%	0.41%	0.44%	0.85%
18 歲	11,249	11,464	11,361	0.43%	0.47%	0.90%	0.42%	0.46%	0.88%
19 歲	11,976	11,997	11,987	0.45%	0.50%	0.95%	0.44%	0.48%	0.92%
20 歲	12,008	11,259	11,616	0.49%	0.54%	1.03%	0.46%	0.51%	0.97%
21 歲	13,146	11,100	12,079	0.53%	0.57%	1.10%	0.50%	0.55%	1.05%
22 歲	12,372	10,117	11,194	0.60%	0.65%	1.25%	0.54%	0.58%	1.12%
23 歲	15,093	11,796	13,370	0.62%	0.68%	1.29%	0.60%	0.65%	1.25%
24 歲	15,116	12,037	13,506	0.58%	0.64%	1.22%	0.62%	0.69%	1.31%
25 歲	13,846	10,850	12,285	0.62%	0.68%	1.30%	0.59%	0.64%	1.23%
26 歲	15,447	11,829	13,568	0.69%	0.74%	1.43%	0.63%	0.68%	1.31%
27 歲	16,196	11,932	13,985	0.69%	0.75%	1.44%	0.70%	0.75%	1.45%
28 歲	16,857	12,956	14,838	0.70%	0.75%	1.45%	0.70%	0.76%	1.46%
29 歲	17,161	12,544	14,772	0.70%	0.76%	1.46%	0.71%	0.76%	1.47%
30 歲	18,495	13,531	15,931	0.71%	0.76%	1.47%	0.71%	0.76%	1.48%
31 歲	19,314	13,998	16,554	0.70%	0.75%	1.45%	0.72%	0.77%	1.48%
32 歲	19,480	14,331	16,806	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
33 歲	20,808	15,293	17,961	0.71%	0.76%	1.47%	0.71%	0.77%	1.48%
34 歲	20,117	14,833	17,405	0.71%	0.75%	1.46%	0.72%	0.76%	1.48%
35 歲	22,279	17,487	19,836	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.75%	1.46%
36 歲	21,541	16,957	19,236	0.69%	0.69%	1.38%	0.71%	0.74%	1.45%
37 歲	20,554	16,914	18,745	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.70%	1.38%
38 歲	20,994	18,271	19,652	0.80%	0.78%	1.57%	0.72%	0.71%	1.43%
39 歲	21,705	19,998	20,866	0.83%	0.80%	1.63%	0.80%	0.77%	1.57%
40 歲	21,580	20,176	20,896	0.88%	0.84%	1.71%	0.83%	0.80%	1.63%
41 歲	22,404	21,562	21,995	0.91%	0.86%	1.77%	0.88%	0.83%	1.71%
42 歲	23,366	23,245	23,307	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.86%	1.77%
43 歲	24,059	24,405	24,227	0.91%	0.86%	1.77%	0.91%	0.86%	1.77%
44 歲	25,411	26,155	25,772	0.90%	0.85%	1.76%	0.91%	0.85%	1.76%
45 歲	26,848	28,334	27,570	0.86%	0.81%	1.67%	0.90%	0.85%	1.75%
46 歲	26,287	27,981	27,109	0.88%	0.83%	1.71%	0.86%	0.81%	1.67%
47 歲	30,644	33,067	31,820	0.84%	0.80%	1.64%	0.88%	0.82%	1.70%
48 歲	29,624	32,420	30,971	0.78%	0.72%	1.50%	0.84%	0.79%	1.63%
49 歲	30,561	34,838	32,632	0.76%	0.71%	1.47%	0.78%	0.72%	1.50%
50 歲	31,689	36,774	34,152	0.75%	0.71%	1.46%	0.76%	0.71%	1.46%
51 歲	32,658	37,376	34,946	0.76%	0.71%	1.47%	0.75%	0.70%	1.45%
52 歲	34,168	38,953	36,499	0.77%	0.73%	1.50%	0.75%	0.71%	1.46%
53 歲	35,690	41,245	38,400	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.73%	1.49%
54 歲	36,591	43,543	39,988	0.77%	0.73%	1.50%	0.77%	0.73%	1.51%
55 歲	38,420	44,931	41,607	0.76%	0.72%	1.48%	0.77%	0.73%	1.49%
56 歲	37,958	45,700	41,751	0.74%	0.71%	1.45%	0.75%	0.72%	1.47%
57 歲	41,324	50,135	45,620	0.76%	0.73%	1.49%	0.74%	0.70%	1.44%
58 歲	41,563	50,433	45,885	0.77%	0.73%	1.50%	0.76%	0.72%	1.48%
59 歲	42,837	54,225	48,377	0.77%	0.73%	1.51%	0.77%	0.72%	1.49%
60 歲	45,206	56,238	50,551	0.77%	0.73%	1.50%	0.77%	0.72%	1.49%

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	112 年 每人年申報點數			112 年 保險對象人數%			113 年 保險對象人數%		
	女性	男性	小計	女性	男性	小計	女性	男性	小計
61 歲	47,153	58,308	52,561	0.76%	0.72%	1.48%	0.77%	0.72%	1.49%
62 歲	49,489	61,919	55,511	0.74%	0.70%	1.44%	0.76%	0.71%	1.47%
63 歲	51,360	64,627	57,742	0.73%	0.68%	1.41%	0.74%	0.69%	1.42%
64 歲	53,750	67,413	60,300	0.73%	0.67%	1.40%	0.73%	0.67%	1.40%
65 歲	57,371	71,995	64,351	0.68%	0.62%	1.30%	0.72%	0.66%	1.38%
66 歲	58,364	73,191	65,423	0.67%	0.61%	1.27%	0.68%	0.62%	1.30%
67 歲	61,449	75,435	68,094	0.68%	0.61%	1.29%	0.66%	0.60%	1.26%
68 歲	63,989	79,366	71,264	0.66%	0.59%	1.24%	0.67%	0.60%	1.28%
69 歲	67,795	84,647	75,723	0.61%	0.55%	1.16%	0.65%	0.58%	1.23%
70 歲	69,334	86,179	77,231	0.59%	0.52%	1.11%	0.61%	0.53%	1.14%
71 歲	72,275	88,844	79,997	0.58%	0.51%	1.09%	0.58%	0.51%	1.09%
72 歲	79,798	98,457	88,472	0.54%	0.47%	1.02%	0.57%	0.50%	1.07%
73 歲	83,049	102,360	91,980	0.46%	0.40%	0.86%	0.54%	0.46%	1.00%
74 歲	85,387	102,734	93,328	0.43%	0.36%	0.79%	0.45%	0.39%	0.84%
75 歲	90,723	109,034	99,100	0.36%	0.31%	0.67%	0.42%	0.35%	0.77%
76 歲	97,385	117,250	106,382	0.31%	0.25%	0.56%	0.36%	0.30%	0.65%
77 歲	101,540	125,170	112,070	0.24%	0.19%	0.43%	0.30%	0.24%	0.54%
78 歲	88,715	107,547	96,986	0.25%	0.19%	0.44%	0.23%	0.18%	0.41%
79 歲	96,949	116,216	105,369	0.26%	0.20%	0.47%	0.24%	0.18%	0.42%
80 歲	100,463	123,599	110,436	0.25%	0.19%	0.45%	0.26%	0.19%	0.45%
81 歲	102,321	124,796	111,849	0.24%	0.18%	0.42%	0.24%	0.18%	0.42%
82 歲	103,380	128,421	113,904	0.23%	0.17%	0.40%	0.23%	0.17%	0.40%
83 歲	105,702	132,318	116,542	0.22%	0.15%	0.37%	0.22%	0.16%	0.38%
84 歲	110,201	134,439	119,889	0.20%	0.13%	0.33%	0.21%	0.14%	0.35%
85 歲	111,952	139,151	122,578	0.17%	0.11%	0.29%	0.18%	0.12%	0.30%
86 歲	114,144	140,189	124,192	0.16%	0.10%	0.25%	0.16%	0.10%	0.26%
87 歲	115,493	144,667	126,534	0.14%	0.08%	0.22%	0.14%	0.09%	0.23%
88 歲	116,027	145,195	126,974	0.12%	0.07%	0.19%	0.12%	0.07%	0.19%
89 歲	116,940	147,493	128,376	0.10%	0.06%	0.16%	0.11%	0.06%	0.17%
90 歲	114,325	142,621	125,246	0.08%	0.05%	0.14%	0.09%	0.05%	0.14%
91 歲	115,866	145,776	127,753	0.07%	0.05%	0.12%	0.07%	0.04%	0.11%
92 歲	118,946	153,648	133,081	0.06%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93 歲	115,466	157,879	133,148	0.05%	0.03%	0.08%	0.05%	0.03%	0.08%
94 歲	114,174	160,312	133,497	0.04%	0.03%	0.06%	0.04%	0.03%	0.06%
95 歲	118,996	171,977	141,347	0.03%	0.02%	0.05%	0.03%	0.02%	0.05%
96 歲	118,452	161,988	136,456	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97 歲	121,823	166,780	140,496	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98 歲	117,118	182,448	144,581	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
99 歲	119,195	182,472	142,993	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100 歲	127,281	173,034	145,178	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101 歲	125,444	196,792	155,199	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102 歲	122,563	176,460	144,994	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103 歲	125,910	179,856	149,091	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104 歲	154,986	156,995	156,558	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105 歲	125,416	165,237	143,773	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106 歲	172,303	248,623	202,167	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107 歲	83,377	131,481	103,731	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108 歲	134,241	233,520	181,583	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109 歲	54,011	81,867	72,468	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110 歲以上	124,789	179,480	148,061	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	36,197	38,268	37,218	50.68%	49.32%	100.00%	50.74%	49.26%	100.00%
113 年校正後每人年費用									37,799
成長率									1.561%

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指113年納保人口年齡性別結構相對於112年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以112年費用點數為基礎；年齡則以1歲一組做調整)。

2.投保人口結構改變對醫療費用之影響率 = $(\sum HE_{112ij} \times \% POP_{113ij}) / (\sum HE_{112ij} \times \% POP_{112ij}) - 1$

(1) HE_{112ij} ：112 年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2) $\% POP_{113ij}$ ：113 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3) $\% POP_{112ij}$ ：112 年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

3.醫療費用點數為申請點數+部分負擔，不含代辦費用，且為核減前點數。

4.人口數為 3 月、6 月、9 月、12 月底計費人口數平均。

表2、醫療服務成本指數改變率

總額部門	費用占率	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
醫 院	70.876%	1.458%
西醫基層	19.275%	1.486%
中 醫	3.771%	2.497%
牙 醫	6.078%	1.893%
總 計	100.00%	1.529%

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 (%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	104.97	106.50	1.458%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	47.84	105.30	107.53	2.118%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	18.90	103.02	103.10	0.078%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.61	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.92	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.73	105.51	107.81	2.180%

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 (%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	104.99	106.55	1.486%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	49.07	105.30	107.53	2.118%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.82	103.02	103.10	0.078%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.67	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.52	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	12.91	105.51	107.81	2.180%

表2-3、牙醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	105.15	107.14	1.893%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	51.87	105.30	107.53	2.118%
藥品費用 健保牙醫門診藥費(權重)及國內產銷及進出口物價指數—西醫藥品類	17.25	103.89	106.35	2.368%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.22	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.16	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.49	105.51	107.81	2.180%

表2-4 中醫門診服務成本指數改變率

指標類別及權數項目	權數 (%)	112年 指數	113年 指數	112-113年 年增率(%)
	100	105.32	107.95	2.497%
人事費用 1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.26	105.30	107.53	2.118%
藥品費用 國產內銷及進出口物價指數—藥品類之中藥製劑	18.14	104.85	110.81	5.684%
醫療材料費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療儀器及用品類	12.26	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用 國產內銷及進出口物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	7.55	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用 消費者物價指數—總指數	11.79	105.51	107.81	2.180%

表註1：「權數」採行政院主計總處110年「工業及服務業普查」結果，採第5~95百分位值之平均數為權重。
表註2：「指數」以行政院主計總處113年4月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採113年1月至12月相對於112年1月至12月資料。本表以110年指數訂為100。

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

表3、115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
115 年度總額醫療費用成長率	2.942%	5.5%
115 年度總額醫療費用(億元) (含部分負擔)	9,644	9,883
增加金額(億元)	276	515
115 年保險成本(億元) (不含部分負擔)	8,939	9,174
115 年保險收入(億元)	8,469	8,467
115 年當年保險收支餘絀(億元)	-470	-707
115 年保險收支累計結餘(億元)	972	735
115 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.31	0.96

附註：

製表日期：114.05.02

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)...等)。
- 2、115 年一般保險費率假設暫以現行費率 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之 115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約 9,368.10 億元進行計算。增加金額=115 年度總額醫療費用－9,368.10。
- 4、115 年政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 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4、付費者之付費能力參考指標

	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年	112年	113年	114年 (預估)
名目國內生產毛額 成長率(GDP) ^{註1}	4.04	6.47	4.90	2.93	2.60	2.26	3.01	5.53	8.74	4.81	3.40	8.28	5.23
實質國內生產毛額 成長率 ^{註1} (經濟成長率)	2.48	4.72	1.47	2.17	3.66	2.91	3.06	3.42	6.72	2.68	1.12	4.59	3.14
名目國民所得 年增率(NI) ^{註1}	5.58	7.71	4.56	2.99	2.79	1.65	2.35	5.94	9.11	4.15	1.49	10.36	5.59
實質國民所得 年增率 ^{註1}	4.16	7.08	5.82	2.37	2.96	0.75	2.52	7.24	5.58	0.32	1.45	7.19	-
受雇員工每人每月 平均薪資成長率 (工業及服務業總 計) ^{註2}	0.03	3.60	2.54	0.62	2.80	3.62	-	1.36	3.41	3.41	0.65	4.42	-
失業率 ^{註3}	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.48	3.38	3.33
健保平均投保金額 成長率 ^{註4}	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	3.54	3.91	3.51
健保應收保險費 成長率 ^{註4}	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	7.26	3.80	3.47	3.35
健保醫療費用 成長率 ^{註5}	4.44	3.28	3.38	4.91	5.64	4.67	4.39	5.24	4.10	3.30	3.35	4.68	6.06
每人健保醫療費用 成長率 ^{註6}	3.73	2.68	2.75	4.56	5.24	4.40	4.17	5.14	4.40	4.05	2.97	4.36	6.12
國民醫療保健支出 占GDP比率 ^{註7}	6.91	6.79	6.72	6.87	7.08	7.38	7.49	7.68	7.59	7.76	7.77	-	-
健保支出占GDP比 率 ^{註7}	3.62	3.51	3.46	3.53	3.63	3.72	3.77	3.76	3.60	3.55	3.54	3.43	3.45
健保支出占國民醫療 保健支出比率 ^{註7}	52.39	51.78	51.54	51.37	51.29	50.4	50.33	48.97	47.39	45.71	45.59	-	-
家庭部門占國民醫療 保健支出比率 ^{註7}	37.84	37.59	37.37	36.94	37.73	37.49	37.97	36.96	34.82	34.92	36.15	-	-

註：

- 1.名目國內生產毛額成長率、實質國內生產毛額成長率及名目國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 114 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「國民所得統計常用資料」。
- 2.實質國民所得年增率：參考中華民國統計資訊網 114 年 2 月更新之「國民所得及經濟成長」項下「1-1 GDP、GNI 及 NI」資料。
- 3.受雇員工每人每月平均薪資成長率：參考主計總處薪情平台於 114 年 4 月更新。查詢時選「週期」為年資料、「性別」為總計，其餘選項為「每人每月總薪資」、「工業及服務業」、「較上年同期增減率」。另因 108 年行業分類擴增幅度較大，該年度資料未與前一年進行比較，以維持比較基礎一致性。
- 4.失業率：參考中華民國統計資訊網於 114 年 3 月更新之「就業、失業統計」「就業失業統計觀測站」項下「常用資料查詢」「失業率」。101 年至 113 年為年平均値，114 年為 1 至 3 月累計平均値。
- 5.健保平均投保金額成長率、健保應收保險費成長率：參考健保署 114 年 4 月提供本部統計資料。
- 6.健保醫療費用成長率：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算値（102 年至 111 年）及「健保總額公告金額」（112 年至 114 年）。
- 7.每人健保醫療費用成長率：參考健保會「總額協商參考指標要覽」之總額預算値（102 年至 111 年）、「健保總額公告金額」（112 年至 114 年）及健保署於 114 年 2 月提供之投保人數計算。
- 8.國民醫療保健支出：參考本部統計處 114 年 3 月更新「國民醫療保健支出統計表」項下表 1「國民醫療保健支出指標」及表 2「家庭部門金額」。

表5、100至115年本部報院及行政院核定範圍

單位：%

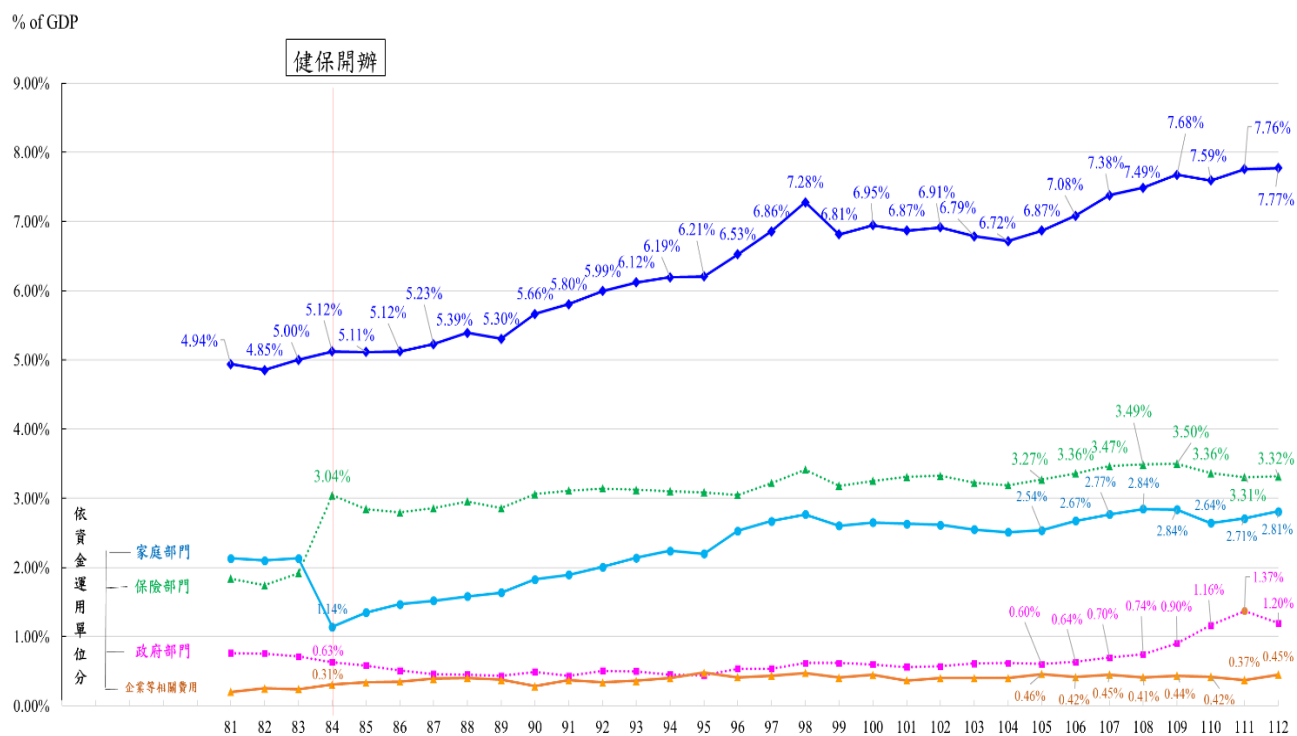
		年度總額 (億元)	人口結構 改變率	醫療成本指 數改變率	人口預估 成長率	協商 因素	醫療給付費用成長率 範圍合計(預估)	
			A	B	C		低推估= (1+A%+B%) * (1+C%) -1	高推估= 低推估+ 協商因素
115 年	報院(草案)	-	1.561	1.529	0.320	2.558	2.942	5.5
114 年	報院	9,286	1.570	2.159	0.362	1.979	3.521	5.5
	行政院核定					1.979	3.521	5.5
	總額核定					1.979	5.5	
113 年	報院	8,755	1.784	1.103	-0.757	2.379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

註1：成長率為相較前一年度協定總額基期之成長率。

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

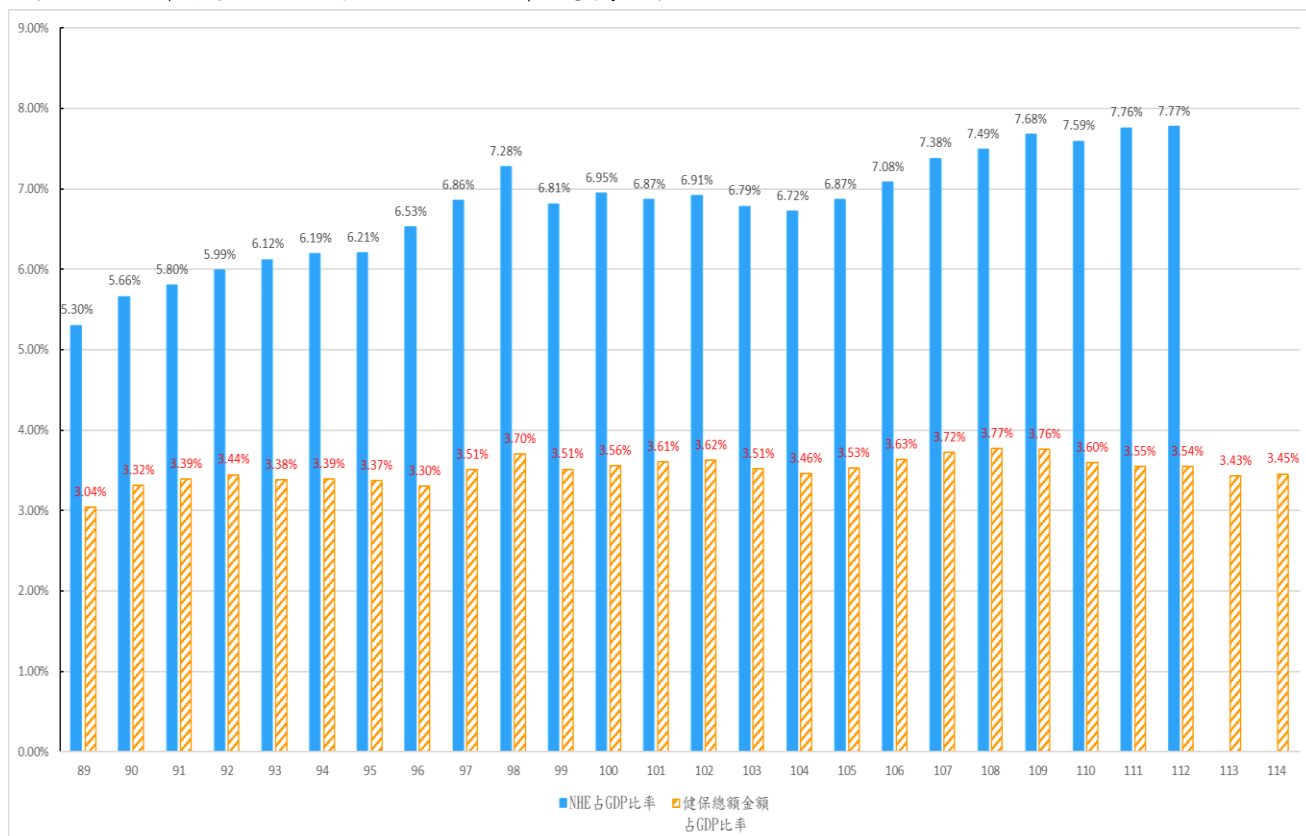
註3：自108年起，人口預估成長率改採最近二年投保人口之成長率作計算；低推估值以前一年度一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額之占率校正。

圖1、歷年我國醫療保健支出占GDP比率與政府、保險、家庭、企業及民間部門占GDP比率(至112年)



資料來源：衛生福利部發布之「111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



115年度健保總額範圍諮詢案

衛生福利部
社會保險司
115年5月21日



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

報告大綱

健保總額範圍重要期程

115年低推估

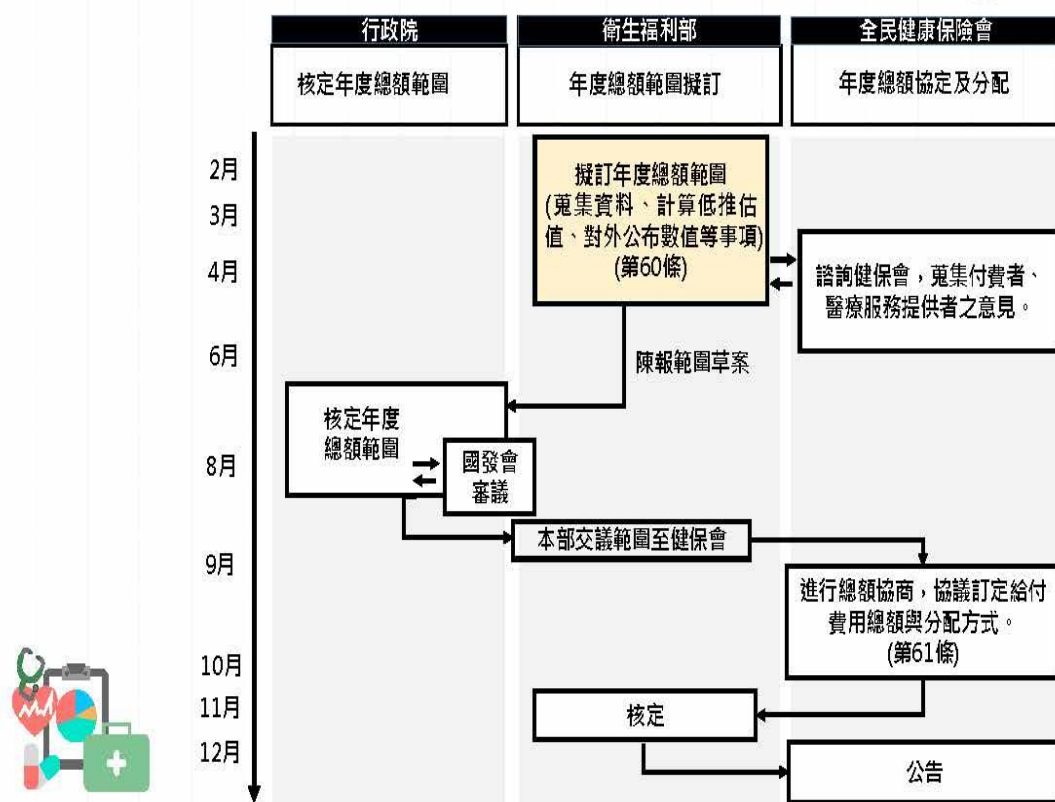
115年高推估及
總額規劃目標



健保總額範圍重要期程



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

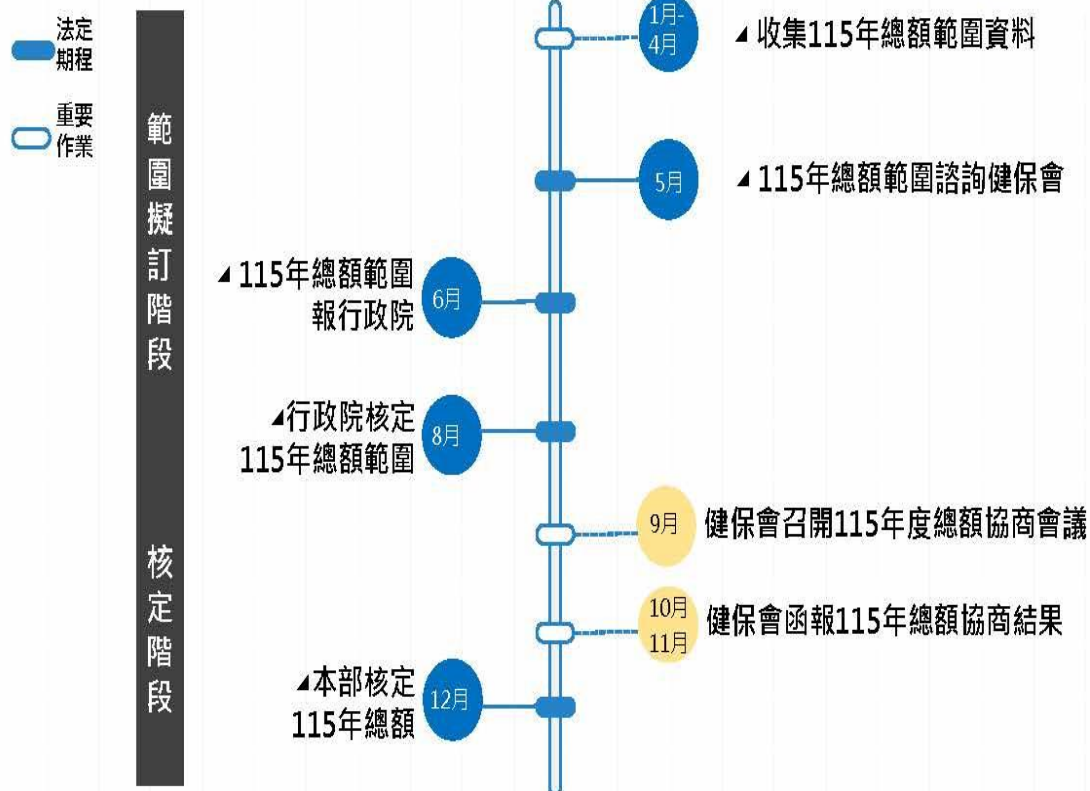


3

健保總額範圍重要期程



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE



4

健保總額範圍重要期程_114年度各總額部門核定結果



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

因應人口老化、新醫療科技進步、確保醫療服務量能充足，及強化全人醫療照顧，114年總額參採醫界、付費者之建議方案，及整體政策考量後，核定為9,286.25億元，成長率5.5%。

項目/方案別	醫院	西醫基層	中醫	牙醫	整體總額
1.醫療服務成本及人口因素	4.344%	3.746%	3.588%	2.675%	
-投保人口預估成長率(A)	0.362%	0.362%	0.362%	0.362%	
-人口結構改變率(B)	1.807%	1.232%	0.802%	0.257%	
-醫療服務成本指數改變率(C)	2.161%	2.140%	2.412%	2.048%	
2.協商因素					
114年一般服務成長率	6.237%	4.267%	5.468%	2.676%	
114年專款項目預算(億元)	441.870	125.882	12.834	46.633	
114年門診透析預算成長率 ^{註1}	2.917%	3.090%	-	-	
114年預算金額(億元)	6,437.119	1,750.441	341.92	547.931	
較基期之整體總額成長率	5.500%	5.500%	5.274%	4.679%	5.5% ^{註2} (9,286.248億元)



註：1、西醫基層與醫院部門之預算，含門診透析服務，兩部門同項服務合併運作。

2、整體總額預算尚包括其他預算為208.837億元。

5

健保總額範圍重要期程_98-114年總額範圍擬訂與核定結果



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

總額成長率																	
年度	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114
報院範圍(%)	3.363~	2.506~	1.644~	2.695~	2.994~	1.577~	1.772~	4.025~	3.769~	2.349~	2.516~	3.708~	2.907~	1.272~	1.307~	2.621~	3.521~
	5.663	4.339	3.627	5.471	7	4.5	5.011	6.139	6.49	5.631	4.89	5.976	5	4.746	5	5	5.5
行政院核定範圍(%)	3.363~	1.822~	1.644~	2.695~	2.994~	1.577~	1.772~	4.025~	3.769~	2.349~	2.516~	3.708~	2.907~	1.272~	1.307~	2.621~	3.521~
	5.1	3.5	3.6	4.7	6	4.45	4.75	5.8	5.9	5	4.7(4.5)	5.5	4.5	4.4	4.5	4.7	5.5
牙醫門診(%)	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	2.588	2.436	4.679
中醫門診(%)	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	4.344	4.221	5.274
西醫基層(%)	3.756	2.742	1.874	2.986	2.818	2.391	3.191	4.274	5.157	3.721	4.067	3.927	3.229	2.239	1.8	3.066	5.5
醫院(%)	4.789	3.256	3.173	4.683	4.952	3.281	3.659	5.672	5.881	4.736	4.428	5.438	3.995	2.567	3.269	3.626	5.5
其他	減少	增加	增加	增加	減少	增加	增加	減少	增加	增加	增加	增加	增加	增加	減少	增加	增加
	22.57	14.41	5.76	14.61	4.02	19.52	5.345	9.58	9.05	15.17	0.4	14.93	4.69	4.26	8	20.39	15.639
部核定(%)	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	3.323	4.7	5.5
總額預算(億元)*	4,781	4,939	5,077	5,296	5,531	5,712	5,908	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096	8,364	8,755	9,286
較前1年成長金額(億元)	176	159	138	219	235	181	196	288	349	308	300	373	310	260	268	391	531

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

6



報告大綱

健保總額範圍重要期程

115年低推估

115年高推估及
總額規劃目標



7

115年低推估



● 校正後全總額基期金額：9,368.10億元

=前1年公告金額+ 人口差值金額+ 違規扣款回補金額- 未導入/未執行金額
=9,286.25億元+ 81.72億元+ 0.14億元-0
= 9,368.10億元

113年一般服務未執行、未導入預算依
健保會114年3月26日、4月23日委員會
議不扣減。

● 低推估成長率：2.942%

=[(1+A+B) X (1+C) -1]X(校正後一般服務醫療給付費用占率)
=[(1+1.561%+1.529%) X (1+0.320%) -1] X (86.018%)

A：113年投保人口結構改變對醫療費用之影響率(1.561%)

B：113年醫療服務成本指數改變率(MCPI) (1.529%)

C：113年投保人口預估成長率(0.320%)

※ 校正後一般服務醫療給付費用占率 (86.018%)

=校正後一般服務基期金額/校正後全總額基期金額
=8,058.30/9,368.10= 86.018%

MCPI指數，依主計總處每年提供之物價
指數、薪情平台資料計算。

● 低推估金額：9,643.70億元

校正後全總額基期金額× (1 + 低推估成長率)

= 9,368.10*(1+2.942%) = 9,643.70

● 高推估金額：低推估金額+協商因素金額

8

115年低推估



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

低推估成長率公式：(1+A+B) X (1+C) -1



投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A)：1.561%

- ◆ 人口結構：採113年投保人口之年齡性別結構相較於112年年齡性別結構改變，對醫療費用之影響。
- ◆ 醫療費用：以112年醫療點數為基礎，年齡以1歲為一組。
- ◆ 公式：

$$\frac{\sum(HE_{112ij} * \%POP_{113ij})}{\sum(HE_{112ij} * \%POP_{112ij})} - 1$$

HE_{112ij}：112年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

%POP_{113ij}：113年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

%POP_{112ij}：112年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

資料來源：健保署。

9

115年低推估



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

低推估成長率公式：(1+A+B) X (1+C) -1



醫療服務成本指數改變率(B)：1.529%

總額部門	醫療服務成本指數改變率 (MCPI)
醫 院	1.458%
西醫基層	1.486%
中 醫	2.497%
牙 醫	1.893%
總 計	1.529%

115年總額採主計總處提供最新2年指數計算(112、113年)。

10

115年低推估_各總額部門MCPI權數與指數



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

MCPI = $\Delta \Sigma$ (各總額部門成本項目之權數 \times 指數) / 前一年 Σ (各總額部門成本項目之權數 \times 指數)

總額部門 成本項目	權數(Weight) (以110年為基期)				總額部門 指標類別	指數(Index)		單項指數年增 率
	醫院	西醫基層	中醫	牙醫		112年	113年	
(W1)人事費用	47.84%	49.07%	50.26%	51.87%	(1) 0.5「工業及服務業」薪資+0.5「醫療保健服務業」薪資	105.30	107.53	2.118%
(W2)藥品費用	18.90%	17.82%	18.14%		(2醫院及西醫基層)國內產銷及進出口物價指數—藥品	103.02	103.10	0.078%
					(2中醫)國內產銷及進出口物價指數—中藥製劑	104.85	110.81	5.684%
				17.25%	(2牙醫)健保牙醫門診藥費(權重)及國內產銷及進出口物價指數—藥品	103.89	106.35	2.368%
(W3)醫療器材費用	12.61%	12.67%	12.26%	12.22%	(3)國內產銷及進出口物價指數—醫材	106.10	106.49	0.368%
(W4)基本營業費用	8.92%	7.52%	7.55%	7.16%	(4) 0.5「用品類與消費者物價指數居住類房租」+0.5「國內產銷及進出口物價指數—醫療器材」	104.99	106.46	1.400%
(W5)其他營業費用	11.73%	12.91%	11.79%	11.49%	(5)消費者物價指數—總指數	105.51	107.81	2.180%

註1：部門成本權數，採主計總處110年「工業及服務業普查」之調查結果，5年普查1次。

註2：藥品費用指數：僅牙醫採計健保醫療費用作為該指數之計算。牙醫之健保藥費申報權重，係以110年為基期。

註3：權數代表各總額部門依據工商普查結果計算之各項費用之占率；指數代表各項費用之成長率。

註4：牙醫部門計算藥品類指數之權重由健保署提供，其餘權數及指數數據資料由主計處提供。

11

115年低推估



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

低推估成長率公式：(1+A+B) X (1+C) - 1



投保人口預估成長率(C)：0.320%

◆ 投保人口預估成長率(C)：

採計最近1年(113年)可取得之實際投保人口成長率

即以113年對112年投保人口成長率計算

= (113年投保人口數/112年投保人口數) - 1

= (23,670,494/23,594,985) - 1

= 0.320%。

12



報告大綱

健保總額範圍重要期程

115年低推估

115年高推估及
總額規劃目標



13

115年高推估及總額規劃目標



- 115年總額高推估值：**5.5%**
- 115年高推估金額：**9,883.35億元** (協商因素**239.65億元**)
- 115年總額規劃目標重點：

- 一. 強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康，共**37.19億元**。
- 二. 友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值，共**154.78億元**。
- 三. 加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質，共**41.67億元**。
- 四. 提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置，共**6.02億元**。

為著重急重難罕醫療需求、醫療品質及平衡資源配置，酌修115年總額規劃目標部分文字。

14

115年高推估及總額規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,883.35億元)



協商因素之內涵：約**239.65**億元

一、強化全人照護與慢性疾病管理，建構以病人為中心的健康照護，投資民眾健康，共**37.19**億元。

1. 持續整合家醫計畫與論質計畫等相關計畫，提供以病人為中心之全人照護。
2. 持續提升醫療服務品質，促進醫療體系分工合作，以落實分級醫療。

15

115年高推估及總額規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,883.35億元)



協商因素之內涵：約**239.65**億元

二、友善醫事人員環境，鞏固醫療量能與醫療價值，共**154.78**億元

1. 確保醫事服務機構獲得合理給付，因應醫材及人力成本財務衝擊。
2. 持續改善醫事人員工作環境，提升醫療量能與價值。

16

115年高推估及總額規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,883.35億元)



協商因素之內涵：約**239.65**億元

三、加速引進新藥新科技，提升支付合理性，照顧急重難罕病人醫療需求，強化醫療服務及品質，共**41.67**億元。

1. 加速引進新醫療科技，擴增給付範圍及收載新藥，提升急重難罕病人藥物可近性。
2. 提升支付標準調整合理性，強化給付效率，通盤檢討支付標準衡平性。
3. 持續推動區域聯防，建立合作溝通機制、確保急重症個案疾病照護品質及效率。

17

115年高推估及總額規劃目標



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

(高推估值：5.5%，上限金額：9,883.35億元)



協商因素之內涵：約**239.65**億元

四、提升醫療可近性與效能，平衡醫療資源配置，共**6.02**億元。

1. 強化醫療資源不足地區醫療服務，提升醫療可近性。
2. 平衡醫療資源配置，提升醫療體系效能。

18

115年健保財務評估

單位：%，億元，月數

項目	低推估	高推估
115年度總額醫療費用成長率	2.942%	5.5%
115年度總額醫療費用(含部分負擔)	9,644	9,883
增加金額	276	515
115年保險成本(不含部分負擔)	8,939	9,174
115年保險收入	8,469	8,467
115年當年保險收支餘絀	-470	-707
115年保險收支累計結餘	972	735
115年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.31	0.96

製表日期：114.05.02

附註：

- 1、保險收入主要包含一般保險費、補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限36%不足數之保險費收入，以及其他法定收入(滯納金、菸捐分配收入、公益彩券盈餘收入、投資運用收益、呆帳提列(減項)...)等。
- 2、115 年一般保險費率假設暫以現行費率5.17%(補充保險費率2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、依目前所擬之115 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約9,368.10 億元進行計算。增加金額=115 年度總額醫療費用-9,368.10。
- 4、115 年政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。
- 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。

19



衛生福利部
MINISTRY OF HEALTH AND WELFARE

簡報完畢



115年度醫療給付費用總額範圍 之財務試算

試算條件：

- 1、維持現行費率5.17%
- 2、總額基期為9,368.10億元、低推估值(2.942%)、高推估值(5.5%)，並以總額成長率3.0%至5.0%，每0.5個百分點為間隔，進行試算
- 3、115年政府健保費法定下限認列範圍，排除其他法令部分
- 4、包含114年行政院「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韧性特別條例草案」挹注全民健康保險基金

總額成長率	總額預算增加金額 (億元)	當年保險收支短絀 (億元)	保險收支累計結餘 (億元)	約當保險給付 支出月數(月)
2.942% (低推估值)	276	-470	972	1.31
3.0%	281	-476	967	1.30
3.5%	328	-522	921	1.23
4.0%	375	-568	874	1.16
4.5%	422	-615	828	1.09
5.0%	468	-661	782	1.03
5.5% (高推估值)	515	-707	735	0.96

註：總額預算增加金額係以基期9,368.10億元為比較基礎。

112年至115年健保財務收支情形表

單位：億元

項目	112年	113年	114年	115年	
				總額成長率 採下限2.942%	總額成長率 採上限5.5%
	審定決算數	自編決算數	預估數		
醫療給付費用總額	8,364	8,755	9,286	9,644	9,883
總額成長率	3.323%	4.700%	5.500%	2.942%	5.500%
保險成本	7,771	8,109	8,775	8,939	9,174
保險成本成長率	3.74%	4.35%	8.21%	1.87%	4.55%
保險收入	8,110	8,335	8,604	8,469	8,467
保險收入成長率	13.92%	2.78%	3.22%	-1.57%	-1.59%
一、保險費收入	7,730	7,989	8,256	8,338	8,338
(一)一般保險費	6,075	6,294	6,489	6,553	6,553
(二)補充保險費	723	707	643	636	636
(三)政府負擔不足法定36%之差額	933	988	1,124	1,149	1,149
二、其他收入	380	347	348	131	130
當年保險收支餘絀	339	226	-171	-470	-707
保險收支累計餘絀	1,388	1,614	1,443	972	735
約當保險給付支出月數	2.14	2.39	1.97	1.31	0.96

製表日期：114.05.09

說明：1、保險收入＝保險費收入＋其他收入。

2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整項＋其他保險成本。

3、其他收入包括菸品健康福利捐及公益彩券盈餘等依法分配收入、其他補助收入、利息收入及呆帳提列(減項)等。

4、114年依健保會113年第10次委員會議(113.11.20)討論「全民健康保險114年度保險費率方案(草案)審議案」資料之假設條件進行推估。

5、115年保險費率維持以5.17%推估，政府負擔不足法定36%之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，另政府健保費法定下限認列範圍，以排除其他法令部分試算。

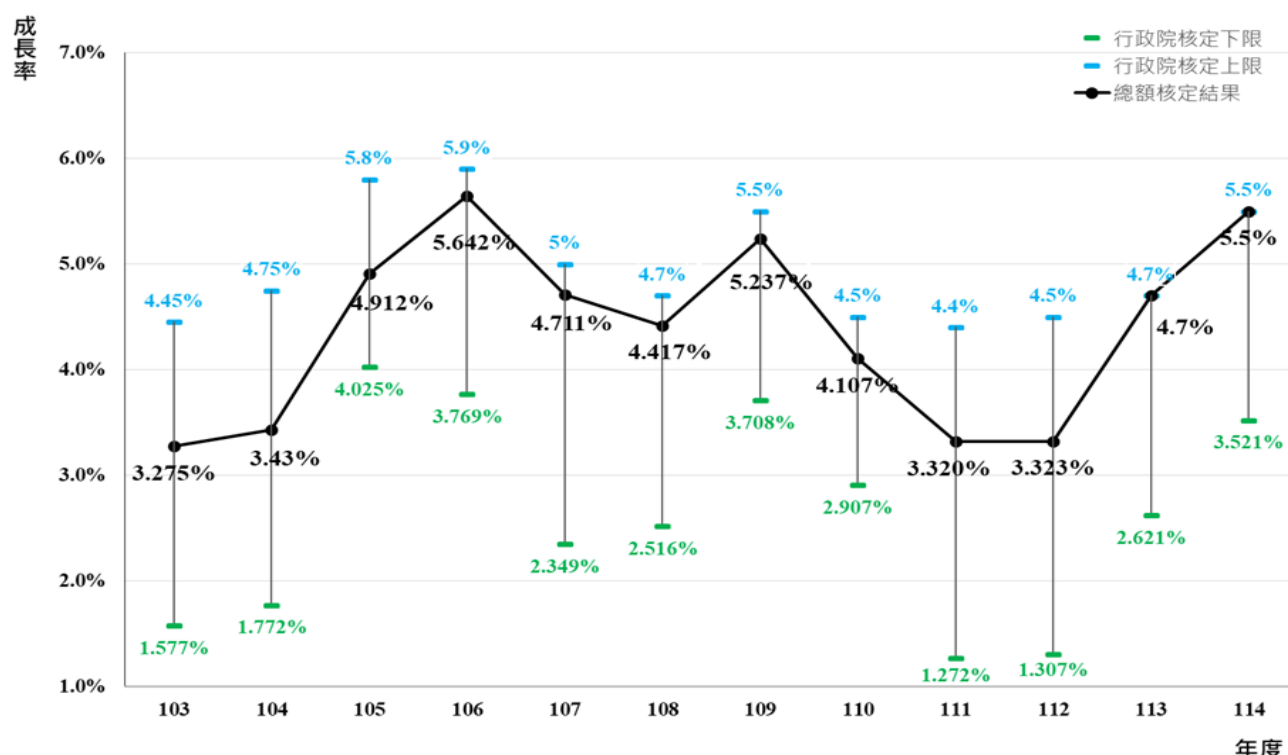
6、依目前115年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，以總額基期淨值約9,368.10億元，以及總額成長率分別為低推估值(2.942%)及高推估值(5.5%)進行計算。

7、行政院於112年撥補全民健康保險基金240億元、113年以中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算撥補200億元及114年以「因應國際情勢強化經濟社會及國土安全韌性特別條例草案」挹注全民健康保險基金200億元。

8、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率

一、103~114 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率如下圖：



資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 114 年度總額公告。

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

二、103~114 年度衛福部核定總額如下表：

單位：億元

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

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 114 年度總額公告。

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

近年總額基期及低推估成長率計算方式比較

一、近年總額總額基期及低推估成長率計算方式改變，整理如下表

項目	113 年度總額	114、115 年度總額
基期	前 1 年度(112 年)總額淨值 =前 1 年度(112 年)總額 -前 2 年度(111 年)未導入預算扣減	前 1 年度校正後總額 =前 1 年度總額 +前 2 年度 <u>人口差值</u> +前 1 年度違規扣款 ^註
低推估 成長率	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率及 <u>人口差值</u>	醫療服務成本及人口因素成長率， 校正一般服務占率

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

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

(1)「權數」(各成本項目費用占率)：

採主計總處「工業及服務業普查」之調查結果，配合其調查頻率每 5 年更新一次。114 年度逢 5 年更新之第 1 年，採 110 年調查結果，並適用 5 年(114~118 年)。115 年度 MCPI 權重亦採用此調查結果。

(2)「指數」(各項指標費用成長率)：

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

(3)各總額部門 MCPI 之計算，係以各成本項目之「權數」×「指數」之加總，與前一年相較計算成長率，檢附 115 年度及 114 年度所採數據如下供參。

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

一、114 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 110 年為基期)				指標類別	指數 (以 110 年為基期)		單項指數 年增率 (112-111 年) /111 年
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		111 年	112 年	
人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26	1/2「醫療保健服務業」薪資 +1/2「工業及服務業」薪資	103.77	105.30	1.474%
藥品費用	18.90	17.82			國產內銷及進出口物價 指數-西醫藥品類	100.00	103.02	3.020%
			17.25		健保牙醫門診藥費權重 及國產內銷及進出口物 價指數-西醫藥品類	101.20	103.89	2.658%
				18.14	國產內銷及進出口物價 指數-藥品類之中藥製劑	100.23	104.85	4.609%
醫療器材費用	12.61	12.67	12.22	12.26	國產內銷及進出口物價 指數-醫療儀器及用品類	103.07	106.10	2.940%
基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55	國產內銷及進出口物價 指數-醫療器材及用品類 與消費者物價指數居住 類房租之平均數	102.38	104.99	2.549%
其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79	消費者物價指數-總指數	102.95	105.51	2.487%

- 註：1.「權數」：採主計總處 110 年工業及服務業普查之調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。
 2.「指數」：以主計總處 113 年 4 月發布「物價統計月報」與查詢「薪情平臺」，採 112 年 1 月至 12 月相對於 111 年 1 月至 12 月資料。(110 年指數訂為 100)。
 3.醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，故採用「理化分析用儀器及器具」、「電子醫療用儀器及設備」、「放射照相或放射治療器具」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」及「其他醫療器材」；其他醫療器材，包括：注射器、點滴器(或輸液 pump)、病床、人工關節、洗腎用血液迴路導管、外科接管、血液迴路管(不含血壓計、血糖計、體溫計)。

二、115 年度總額：

成本項目	權數(%) (以 110 年為基期)				指標類別	指數 (以 110 年為基期)		單項指數 年增率 (113-112 年) /112 年
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		112 年	113 年	
人事費用	47.84	49.07	51.87	50.26	0.5「工業及服務業」薪資 +0.5「醫療保健服務業」薪資	105.30	107.53	2.118%
藥品費用	18.90	17.82			國產內銷及進出口物價 指數-西醫藥品類	103.02	103.10	0.078%
			17.25		健保牙醫門診藥費權重 及國產內銷及進出口物 價指數-西醫藥品類	103.89	106.35	2.368%
				18.14	國產內銷及進出口物價 指數-藥品類之中藥製劑	104.85	110.81	5.684%
醫療器材費用	12.61	12.67	12.22	12.26	國產內銷及進出口物價 指數-醫療儀器及用品類	106.10	106.49	0.368%
基本營業費用	8.92	7.52	7.16	7.55	0.5「用品類與消費者物 價指數居住類房租」+0.5 「國內產銷及進出口物 價指數-醫療器材」	104.99	106.46	1.400%
其他營業費用	11.73	12.91	11.49	11.79	消費者物價指數-總指數	105.51	107.81	2.180%

註：同上表。

本會委員對「114年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」及「114年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」之諮詢意見摘要

一、對114年度總額範圍(草案)及財務試算影響部分

付費者委員意見

總額範圍(草案)之擬訂應審慎考量健保財務收支短絀問題，並將被保險人「財務負擔能力」納入考量：

- (一)行政院核定 113 年度總額範圍時明確函示，請衛福部在 113 年健保財務預估仍面臨收不抵支，安全準備持續下降的情況下，審慎提前規劃因應。惟雖 113 年健保基金獲得 200 億元公務預算挹注，當年保險收支餘絀仍短絀 18 億元，現依健保署財務模擬資料，以 114 年度總額成長率 3.521%~5.5% 試算，114 年將擴大短絀 482~655 億元。目前草案之高推估成長率達 5.5%，為近年最高，請審慎考量健保財務並積極面對收支短絀問題。
- (二)建議總額上限之擬訂應將被保險人「財務負擔能力」納入考量，並將節流成效納入總額財源，以減輕健保財務調升保險費率壓力。

醫事服務提供者委員意見

建議提高總額範圍(草案)之高推估值，並運用多元管道挹注健保，以提升點值：

- (一)為改善現階段大家關心點值低的問題，建議衛福部將高推估成長率提升至 6%，增加預算以提升點值。另現行我國經常性醫療保健支出占 GDP 比率尚未達到 8%，建議提高總額高推估值，加強投資健康。
- (二)認同衛福部規劃運用多元管道挹注健保，收入面如調整補充保險費費率、政府負擔由 36% 提升至 38%；支出面如總額瘦身、嚴格管控健保支出點數等。其中有關總額瘦身，建議 114 年度總額政策目標「友善醫事人員環境與薪資」部分，不宜由健保支付，應該由公務預算支應才合理。

專家學者及公正人士委員意見

總額範圍(草案)之設定，宜一併提出具體財源及完整之財務規劃；另屬公務預算支應之項目，應回歸公務預算支應：

- (一)以 114 年度總額高推估成長率 5.5% 試算，114 年保險收支累計結餘約 1.01 個月保險給付支出，安全準備剛好在法定 1 個月之邊緣，需面對收支如何平衡的財務問題。
- (二)面對健保財務收不抵支的問題，衛福部雖有回應未來財務改革方向，如多元管道挹注健保、總額瘦身等，但未提出具體財源，所謂多元財源具體為哪些項目？相關的財源實際上能增加多少收入？若無其他財源，需調升多少保險費率或補充保險費率？何時將超過法定費率 6% 上限？建議均應有詳細評估。
- (三)衛福部對於各界關心健保財務問題，回應解決方式之一為總額瘦身，將現行總額項目(如預防保健、補助醫事人員待遇等)改由公務預算支應，但並未明列哪些項目移出由公務預算支應，反而在 114 年度總額政策目標納入「鼓勵醫療機構提升人員薪資」，此部分屬應回歸公務預算項目，宜由公務預算支應。

二、對114年度總額基期計算方式改變部分

付費者委員意見

對於未執行、未導入預算，應提出明確的處理方式及未來規劃：

- (一)一般服務未執行、未導入的預算，本就應該自基期扣減，不應將未執行預算也納入基期，其複利成長，對總額預算影響很大。
- (二)若考量新增項目第 1 年執行尚不穩定，暫不於基期扣減未執行、未導入額度，則應明訂未來處理方式，如自執行第幾年起扣減未執行預算，以免未來產生爭議。否則醫界不斷爭取於一般服務新增預算，但未執行額度均不扣減，累滾入基期，預算隨成長率不斷增加，會造成編列預算但不執行的惡性循環。

醫事服務提供者委員意見

支持未執行、未導入預算不予扣減基期：

- (一)某些項目因為第 1 年甫執行，執行數不如預期，但未來會加強宣導落實執行，支持未執行預算不扣減基期。若未執行預算須扣減基期，則執行數超過預算數，導致點值下降的項目，也應該相對回補基期。
- (二)新藥、新科技之使用有遞延效應，雖第 1 年導入執行較少，後面幾年會成長快速，若未導入預算須扣減基期，則預算不足時會造成點值下降，對醫界不公平。
- (三)現行點值已偏低，原因是總額成長率不足，預算編列不夠，為了讓點值更為合理，建議未執行、未導入預算不扣減基期。

專家學者及公正人士委員意見

基期計算方式改變影響重大，事前應審慎評估，並有充分說明：

- (一)114 年度總額基期計算方式改變，查 113 年度總額基期為前 1 年度總額，扣減「前 2 年度未導入預算」，114 年度改為不扣減前 2 年度未導入預算，並校正「前 2 年度人口差值」(113 年度總額於低推估值校正)，及加回前 1 年度違規扣款金額。因基期不扣減未導入預算及校正人口差值，均屬重大改變，事前應審慎評估，諮詢專家學者協助確認其合理性，並向委員充分說明改變的理由。
- (二)一般服務未導入、未執行預算，過去會於基期扣減，114 年總額改為不扣減。考量基期為計算未來年度總額預算之基礎，理應有執行的預算才能納入計算。若讓未執行預算、未實際提供服務的金額，每年都滾入基期、永遠複利成長，除墊高總額預算外，亦將對未來總額協商及預算執行，造成不良影響，建請衛福部務必審慎斟酌。
- (三)我國總額預算採上限制，總額議定後匡定預算，而點值為總額管控的結果。故健保署應於預算內妥為管理，執行時必須落實目標管控，避免發生點值稀釋的問題，浮動點值為總額支付制度的管理結果，應無預算不足須回補基期的問題。

三、對114年度總額採計「醫療服務成本指數改變率」(下稱 MCPI)部分 付費者委員意見

建議持續精進 MCPI 計算方式，規劃採 4 年平均值之導入時點：討論 113 年度總額時，衛福部曾規劃 MCPI 計算方式改採 4 年平均值，以改善採單年度數據致年度間數值變動過大的問題，使 MCPI 數值呈現較平穩趨勢，建議應持續研議，規劃 MCPI 採 4 年平均值之導入時點，才能讓制度持續往理想方向改進。

醫事服務提供者委員意見

114 年度 MCPI「權數」改採 110 年調查資料，將適用未來 5 年(114~118 年度)，但計算之數值與過去落差甚大，建議再行評估與調整：

- (一) 114 年度 MCPI 所採「權數」為 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，牙醫藥品費用權數大幅增高(17.25%，過去 5 年為 4.87%)；醫療器材費用則大幅降低(12.22%，過去 5 年為 23.78%)，與過去數值落差很大，可能原因為 110 年受 COVID-19 疫情嚴重影響，牙醫師較無法提供實際醫療處置，多以緊急醫療方式(如開藥)處理。
- (二) 若將 COVID-19 疫情期間所調查之非常態數據，沿用至未來 5 年計算 MCPI，對牙醫門診總額成本計算恐有失真，建議衛福部能加以考量，再做調整。

專家學者及公正人士委員意見

應審慎確認 MCPI 所採「權數」及「指數」，建議透過專家諮詢會議協助審查及把關，評估採計方式之合理性、數據之正確性：

- (一)「權數」：114 年度改採 110 年「工業及服務業普查」之調查結果，其數據與以往權重差異非常大，明顯異常。如牙醫門診總額藥品費用權數大幅增加，且與醫院及西醫基層藥品費用權數相當，不合常理。衛福部應依法定職責，對主計總處提供的數據進行審視，並就主管業務所需重新計算，再行評估其合理性。若有疑義，宜洽主計總處釐清及校正，避免往後 5 年之 MCPI 計算有疑義。
- (二)「指數」：配合主計總處停編「躉售物價指數」，114 年度藥

品、醫療器材費用等指標，改採「國產內銷及進出口物價指數」計算，雖主計總處有協助資料轉換銜接，但衛福部仍應審慎確認數據之妥適性。

- (三)主計總處所進行之「工業及服務業普查」及「物價指數調查」，並非專為醫療服務業設計，而醫療服務有其特殊性，兩者目的性不同，倘前揭調查結果無法反映現況，衛福部應該透過專家諮詢會議協助審視，以確認採用數據之正確性。

114 年度總額基期計算方式之委員會議決議(定)事項辦理情形

委員會議	決議(定)事項	相關單位辦理情形
113 年第 8 次委員會議 (113.9.27)	<p>1.討論事項 114 年度總額協商結論案決議(略以)：建請衛福部對 114 年度移由公務預算支應之項目及預算，自 115 年度起不得再納入總額及其基期，且若未來再納由總額支應，則政府應編列預算挹注健保經費。</p> <p>2.本會重要業務報告決定：有關委員關切 114 年度全民健康保險醫療給付費用總額基期之計算是否包含移由公務預算支應項目之費用額度，請衛生福利部以書面回復並詳列其計算過程及結果(含公式及詳細數據)。</p>	<p>1.本會已於 113 年 11 月 6 日以衛部健字第 1133360147 號函將委員建議函報衛福部參考。</p> <p>2.本會 113 年第 9 次委員會議(113.10.23)，本會重要業務報告：<u>社保司回復：</u></p> <p>(1)114 年移由公務預算支應項目多為專款及其他部門預算，屬零基預算，不包含於低推估成長。每年總額係以，經校正之前 1 年總額乘上低推估公式 $\{ [1 + \text{人口結構改變對醫療費用影響}(A) + \text{醫療服務成本指數改變率}(B)] \times [1 + \text{投保人口預估成長率}(C)] - 1 \}$ 前一年校正後一般服務費用占率，計算出低推估；再加上協商因素後，得出高推估；其中低推估公式有「校正後一般服務費用」占率，不含專款項目及其他部門預算。</p> <p>(2)移除總額至公務預算編列之經費，為公共衛生、預防保健、資訊或政策需要等項目，排擠原本可能於一般服務之醫療服務運用資源配置，114 年該等項目回歸公務預算支應，挪出額度歸還一般醫療服務等上述公式計算，爰不於基期扣除。</p> <p><u>決定：</u> 本項繼續追蹤，俟衛福部(社會保險司)召開總額基期檢討相關諮詢會議後，再解除追蹤。</p>



114年4月份 全民健康保險業務執行季報告

中央健康保險署
114年5月21日

1



調整給付

堅實民眾醫療需求

改變軌制

促進國內外發展與作業效率

2

114年1-4月健保藥品生效品項數

- 截至114年1-4月已公告生效新給付之新藥共**13**項（含暫時性支付**1**項），擴增給付共**10**項，推估約**100.2**萬人受惠。

項目	新藥	擴增給付	說明
癌藥	7	1	用於治療急性骨髓性白血病(AML)、中度風險或高風險之骨髓纖維化、轉移性乳癌、神經纖維瘤、擴散期小細胞肺癌(SCLC)、肝細胞癌(HCC)、膽道癌(BTC)、大腸癌、直腸癌等癌症，其中1項為暫時性支付，推估藥費支出約35.76億元，受惠人數約3,540人。
罕藥	3	-	用於治療紫質症(Porphyrria)、陣發性夜間血紅素尿症(PNH)及非典型性尿毒溶血症候群(aHUS)、法布瑞氏症等罕病，推估藥費支出約18.33億元，受惠人數約288人。
其他新藥	3	9	用於治療過敏性鼻炎、慢性蕁麻疹、致病菌引起感染症、狼瘡腎炎(Lupus Nephritis, LN)、全身性紅斑性狼瘡、乾癬、乾癬性周邊關節炎、乾癬性脊椎病變、成人真性紅血球增多症、迫切早產、成人思覺失調症、慢性腎臟病、慢性收縮性心衰竭、骨質疏鬆症、骨質減少症、早產兒視網膜病變(Retinopathy of prematurity, ROP)、B型血友病等疾病，推估藥費支出約29.19億元，受惠人數約998,419人。

暫時性支付

藥品	說明
Koselugo (成分： selumetinib)	3歲以上至未滿18歲第1型神經纖維瘤(neurofibromatosis type1，NF1)合併有叢狀神經纖維瘤(Plexiform Neurofibroma, PN)之兒童病人。

3

健保擴增支付bevacizumab用於RAS基因沒有突變的轉移性大腸或直腸癌病人的第二線治療

114年3月1日擴增bevacizumab(如MVASI)給付範圍

- 依據ECOG E3200試驗顯示相較於單用化療組合，併用**bevacizumab, 化療組合**的整體存活期OS (12.9個月vs. 10.8個月，風險比HR 0.75, p=0.0011)、無惡化存活期PFS (7.3個月vs. 4.7個, HR 0.61)及客觀反應率ORR (22.7% vs. 8.6%,)顯著較佳，亦是國際治療指引建議之標準治療。

- 擴增給付於「大腸癌第二線」治療，同成分藥品之生物相似性藥品，若同意支付價格一同調整，並簽訂相同條件之藥品給付協議，則同意擴增給付相同適應症。

藥品劑型

注射液劑

健保支付價

AVASTIN 5,675元/瓶；
MVASI、ALYMSYS、VEGZELMA 5,008元/瓶

受惠人數

587人~842人

人年藥費

24萬元

藥費

1.41億元~ 2.02億元

財務影響

1.32億元~ 2.58億元

4



健保擴增支付骨鬆藥物於 初級預防及次級預防之遠端橈骨與近端肱骨骨折

114年3月1日擴增骨鬆藥物給付規定

- ◆ 對於骨質疏鬆的婦女(包含未停經)使用骨質疏鬆藥物來降低髖部或脊椎的骨折風險屬於強烈建議，直接給予預防性投藥對於骨鬆婦女具其效益。
- ◆ 有鑑於台灣人口老化，骨質疏鬆症影響國民健康甚鉅。依國際治療指引，本次擴增給付提前至初級預防，在未發生骨折，但具有高危險因子之骨質疏鬆症及骨質減少症病人；擴增給付次級預防於遠端橈骨與近端肱骨骨折病人。

藥品劑型

錠劑/注射液劑

健保支付價

Alendronate 每粒127元調整為每粒107元
Prolia每支5,992元調整為每支4,360元
Evenity 維持每支3,900元

受惠人數

84,719人~134,222人

人年藥費

5,579元~93,600元

藥費

5.80億元~8.65億元

財務影響

1.54億元~2.93億元

5



114年1-5月公告生效之新功能特材



急重症醫材

- 氧合器
- 外科手術封合劑

品項數計11項
嘉惠約2,400人次
推估預算約2805.3萬元



功能改善

- 迷走神經刺激治療系統脈衝產生器
- 具肝素塗層人工血管(二層、三層)
- 膽道/胰管支架暨電灼傳送系統
- 胸腔用網膜
- 骨外固定系統

品項數計17項
嘉惠約1,800人次
推估預算約6591.3萬元

公告生效

品項計**28項**

嘉惠約**4,200人次**

預算約為**9396.6萬元**

6



急診、加護病房及護理相關 支付標準調整

自114年5月起生效

調升急救責任醫院加護病房支付

- **全重度級**急救責任醫院加護病房之病房費、護理費及診察費**比照醫學中心**支付。
(適用區域醫院26家、地區醫院1家)
- **全中度級**急救責任醫院 (高危險妊娠及新生兒章節除外) **比照區域醫院**支付。
(適用地區醫院26家)
- 預計一年增加6.06億點。

離島地區急救責任醫院 急診案件加成

- 本次依全院緊急醫療能力分級
評定加成急診案件支付點數，
推估約增加0.33億點。

緊急醫療能力 分級	急診案件 加成
重度級急救責任醫院	50%
中度級急救責任醫院 (部立金門、三軍澎湖 及澎湖醫院)	30%
一般級急救責任醫院 (連江醫院)	10%

7



急診、加護病房及護理相關 支付標準調整

自114年5月起生效

調升急診醫護人力支付

- 將**急診診察費**拆分為**診察費**及**護理費**，各調升支付點數**10%**，推估約增加7.33億點。
- 調升**急診觀察床護理費**支付點數**60%** (約為急性一般病床護理費九成)，推估約增加3.68億點。
- **急診觀察床診察費獨立列項**，依「一般病床住院診察費」支付。

調升住院病床之護理費

- 本次優先調升**急性一般 (含精神) 病床**
支付點數，**調升幅度12.3%~15.9%不**
等，推估約增加24.97億點。

已於114年5月1日生效，將扣合
特定指標 (如：醫護人員調薪或
增聘人力、加護病床收治情形、
急診留滯情形等)，達標者始外
加其個別醫院預算額度。

8



早產兒照護

114年5月1日新增05153B「早產兒母乳補充照護（每25mL母乳）」

- ◆ 為使早產兒獲得充分營養及反應住院期間早產兒餵食照護心力，「早產兒母乳補充照護（每25mL母乳）」納入健保給付。

第五節 管灌飲食費及營養照護費

第二項 營養照護費

編號	診療項目	基層院所	地區醫院	區域醫院	醫學中心	支付點數
05153B	早產兒母乳補充照護（每25mL母乳） 註： 1.適用範圍：出生週數小於等於三十二週或出生體重小於等於一千八百公克之早產兒，採母乳餵食，且每日餵食量達100mL/kg者。 2.限住院期間申報。 3.限標示適用早產兒之嬰兒（輔助）食品。		V	V	V	30

推估每年約**2,200人**受惠
預計挹注約**3,400萬點**



調整給付

堅實民眾醫療需求

➤ 改變軌制

促進國內外發展與作業效率



藥品政策改革方案 NHI Drug Policy Reform

「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文修正及
「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」條文修正已於114年4月26日公告

藥品核價

Drug Reimbursement

- ◆ 鼓勵十大先進國家首次上市兩年內國內製造新藥及十大先進國家上市滿五年之國內製造新成分新藥
- ◆ 鼓勵國內製造之新藥、學名藥及生物相似性藥品
- ◆ 明定適用平行送審條件之藥品
- ◆ 賦予保險人可依循藥品收載及擬訂程序收載具醫療需求藥品之權利
- ◆ 避免無法反映藥品成本，刪除藥品上限價規定



藥品調價

Drug Pricing Adjustment

- ◆ 調整第二大類調價機制及第三大類藥品、第四大類藥品定義與調價機制
- ◆ 同時符合主管機關公告之必要藥品、同分組內有國內製造項目（抗微生物製劑不限國內製造）及同分組分類未逾三項目等三項條件，當年度藥價不予調整
- ◆ 鼓勵專利挑戰、使用國產原料藥及臨床試驗刊載期刊之國內製造藥品
- ◆ 第二大類藥品調整金額挹注新藥預算

11



癌症治療數位轉型

篩檢

次世代基因定序
檢測(NGS)
申報資料收載



診斷

癌症
重大傷病申請



治療

癌藥
事前審查申請



追蹤

癌症個案
療效追蹤



預期效益

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

合作醫院

43家

測試上傳醫院

- ▶ 臺中榮總
- ▶ 林口長庚紀念醫院
- ▶ 和信治癌中心醫院
- ▶ 秀傳醫院
- ▶ 馬偕紀念醫院
- ▶ 臺南市立醫院
- ▶ 臺北榮總
- ▶ 臺大醫院
- ▶ 花蓮慈濟醫院
- ▶ 中國附醫
- ▶ 童綜合
- ▶ 高醫大

12家

◆ 114年1月1日起開放醫院於測試資料上傳，經健保署確認資料完整性後，可正式進行癌藥事前審查案件以電子病歷申請作業

12



簡化執行命令收取存款解繳作業

- ◆ 本署每年約移送60萬件健保欠費，其中收回欠費方式，以金融機構扣取欠費者存款並開立支票繳納為大宗，每年郵寄逾20萬張支票予本署解繳欠費。
- ◆ 茲規劃以**轉帳**、**刷條碼**簡化之繳納方式取代支票。
- ◆ 執行署士林分署自113年9月1日起試辦，臺中、臺南分署自114年4月1日起擴大試辦。

效益				
試辦階段	執行分署	解繳方式	解繳筆數	解繳金額(萬元)
第一階段 (113/9/2-114/5/15)	士林	轉帳	371	1,430
		刷條碼	1,699	
第二階段 (114/4/1-114/5/15)	臺中	轉帳	50	477
		刷條碼	656	
	臺南	轉帳	39	288
		刷條碼	354	
總計			3,169	2,195

13



THANK YOU

14