

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 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 112 年 4 月 26 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 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----- 23

五、優先報告事項

衛生福利部「113 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「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案----- 36

六、討論事項

依衛福部 112 年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項—「因應長新冠照護衍生費用」部分之確認事項案-- 39

七、報告事項

(一)111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案----- 43

(二)代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)----- 72

(三)藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)----- 86

(四)中央健康保險署「112 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 87

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(112)年 3 月 31 日衛部健字第 1123360041 號函送
委員在案，並於本年 3 月 31 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6屆112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112年3月22日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、吳委員榮達、吳委員鏘亮、
李委員永振、周委員慶明、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪、
林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊良、翁委員文能、翁委員燕雪、
商委員東福、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員彥廷、
陳委員相國、陳委員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員金舜、
楊委員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員淑瓊、
滕委員西華、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉、鄭委員素華、謝委員佳宜、
韓委員幸紋

請假委員：林委員淑珍、劉委員守仁

列席人員：

本部社會保險司：陳副司長真慧

中央健康保險署：石署長崇良、李副署長丞華、蔡副署長淑鈴

本會：周執行秘書淑婉、邱組長臻麗

壹、主席致詞：略。(詳附錄第22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22頁)

決定：確認。

參、確認上次(第1次)委員會議紀錄：(詳附錄第23頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第24~33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3項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共3項，同意繼續追蹤。

二、餘洽悉。

伍、討論事項(詳附錄第34~57頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：各總額部門111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111年度執行成果評核之作業方式」，如附件一(修正如畫線處)。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、評核內容保留2項醫療院所具備無障礙設施之細項指標，請四總額部門提供資料，但不納入評分。
- 三、有關評核結果獎勵標準之議定，提本(112)年5月份或6月份委員會議討論。
- 四、依委員意見修正通過「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」，如附件二(修正如畫線處)，請中央健康保險署及四總額部門據以執行，並展示執行成果。

第二案

提案人：周委員慶明、陳委員相國

代表類別：保險醫事服務提供者代表

案由：有關新醫療科技預算，未依時程導入或預算有餘時，財務扣減之配套機制案，提請討論。

決議：

- 一、111年度西醫基層總額部門新醫療科技協定項目，請中央健康保險署依照總額決定事項辦理預算扣減事宜。
- 二、新醫療科技預算移列專款項目之建議，請中央健康保

險署會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估其可行性(包含與一般服務預算之切割、預算額度編列及控管措施等執行面規劃)。

陸、報告事項(詳附錄第58~91頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：110年健保收入超過2億元之225家醫療院所財務報告之公開情形，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署研參。

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「111年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」，請鑒察。

決定：

一、有關「111年度總額預算扣減」部分，請中央健康保險署依所提報之執行結果，於結算111年度點值時處理扣減事宜；前揭執行結果併同委員意見，送請衛生福利部參考。

二、對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報113年3月份委員會議，以納入總額協商參考：

(一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分^{註1}，請會同各部門總額相關團體，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。

(二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式^{註2}；至於執行數過低或過高之協定項目^{註3}，請持續追蹤至112年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。

三、餘洽悉。

註：

- 1.有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」、「高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫」；醫院總額「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」。
- 2.有關檢討並提出本案執行數之精準估算方式，包含：醫院及西醫基層總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」、「藥品及特材給付規定改變」。
- 3.有關持續追蹤至 112 年度執行情形，包含：牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」；中醫門診總額「提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護」；西醫基層總額「提升國人視力照護品質」。

第三案

報告單位：中央健康保險署(書面報告)

案由：112年2月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午12時59分。

各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式

第6屆112年第2次委員會議(112.3.22)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111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111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)及全民健康保險會(下稱本會)付費者代表委員，每部門/人至多推薦3名評核委員人選，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)本會同仁就四總額部門及本會付費者代表委員推薦人選，加上本會現任、曾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，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111年執行未滿半年及112年新增之總額協商因素項目，請說明執行現況與未來規劃(報告大綱及提報單位，詳附表一~四)，供評核委員事先審閱。
- (二)書面報告內容以精簡為原則，部門提報之年度重點項目及一般服務項目內文限100頁，各專款項目內文限10頁，並編製目錄(含內文、圖、表、附錄)及標明頁碼。
- (三)請四總額部門及健保署於評核會議前2週，提送口頭報告(簡報)。

三、評核會議

- (一)會議期程：2天。
- (二)第一階段：公開發表會議(1天半)。

- 1.健保署統一報告各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、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 111 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、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 111 年度重點項目執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。(附表三) 二、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	20
貳、一般服務項目執行績效 一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明 二、維護保險對象就醫權益	60

評核項目	配分
<p>(一)醫療服務品質調查之結果及檢討與改善措施</p> <p>(二)民眾付費情形及改善措施</p> <p>(三)就醫可近性與及時性之改善措施</p> <p>(四)民眾諮詢及抱怨處理</p> <p>(五)其他確保民眾就醫權益之措施</p> <p>三、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <p>(一)專業醫療服務品質指標監測結果之檢討及改善措施</p> <p>(二)品質保證保留款實施方案執行結果</p> <p>(三)其他改善專業醫療服務品質具體措施</p> <p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一)111年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形</p> <p>(二)延續項目之執行情形</p> <p>1.新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等)(本項適用於協定事項有新醫療科技項目之部門)</p> <p>2.支付標準修訂及其他協商因素項目(依協定結果分列)</p> <p>(三)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一)醫療利用及費用管控情形</p> <p>(二)地區預算分配(含風險調整移撥款)之執行與管理</p> <p>(三)點值穩定度</p> <p>(四)專業審查及其他管理措施</p> <p>(五)院所違規情形及醫療機構輔導</p> <p>(六)其他</p> <p>六、COVID-19疫情對醫療服務之影響與因應作為</p>	
<p>參、專款項目執行績效/成果^{註2}</p> <p>一、就110年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明</p> <p>二、111年計畫/方案執行成果</p> <p>三、107~111年執行情形及成效評估(含自選3項關鍵績效指標)</p> <p>四、檢討與改善方向</p> <p>(一)計畫/方案112年修正重點</p> <p>(二)111年執行未滿半年及112年新增項目之執行與規劃</p>	20
總分	100

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

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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

二、評核等級作為113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113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、112 年評核作業時程表

時間	作業內容
112 年 1~3 月	1.函請四總額部門及健保署提供建議之 112 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 111 年度執行成果評核之作業方式」(草案)。
112 年 3 月	「各總額部門 111 年度執行成果評核之作業方式」(草案)提委員會議議定。
112 年 4~5 月	1.請四總額部門及本會付費者代表委員推薦評核委員人選。 2.本會同仁彙整四總額部門及本會付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員， <u>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</u> ，請本會委員就該建議名單票選適合人選。 3.依據委員票選結果之 <u>票數多寡</u> ，依序邀請 7 位擔任評核委員。

時間	作業內容
	4.請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
112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。
112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。
112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111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111年度執行成果評核指標摘要」供評核委員參考。
112年7月中旬 (7月17、18日)	召開為期2天之「各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」。

年度重點項目及各部門總額一般服務項目執行績效/成果之報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目執行成果與未來規劃		
一、年度重點項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 2~3 項 111 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、自選重點項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	V	V
貳、一般服務項目執行績效		
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明	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)111 年新增項目(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標)之執行情形	執行情形(含成效)檢討註 ³	推動情形、目標達成情形、檢討及改善
(二)延續項目之執行情形		
(三)111 年執行未滿半年及 112 年新增項目之執行與規劃		
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		
(六)其他	違規情形統計	
六、COVID-19 疫情對醫療服務之影響與因應作為	—	V
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(107~111 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 112 年度總額協定事項，請於 112 年 7 月底前，提報延續項目之 111 年執行情形及成效評估。

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之報告大綱

壹、計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許回應說明	—	V
二、111 年計畫/方案執行成果		
(一)計畫目的		
(二)執行目標		
(三)經費來源與協定事項		
(四)費用支付		
(五)執行內容		
(六)評核指標及退場機制		
三、107~111 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)目標達成情形(含總額協定之執行目標及預期效益評估指標達成情形)		
(三)執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等		
(四)成效評估，包含計畫所訂之評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形等(含自選 3 項關鍵績效指標)		
四、檢討與改善方向	—	V
(一)計畫/方案 112 年修正重點		
(二)111 年執行未滿半年及 112 年新增計畫/方案之執行與規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃
五、附錄：各項專案計畫/方案內容	—	V
貳、非計畫型項目	健保署提報	部門提報
一、就 110 年度執行成果之評核委員評論意見與期許之回應說明	—	V
二、107~111 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)執行結果及成效		
三、檢討與改善方向	—	V
(一)112 年修正重點		
(二)111 年執行未滿半年及 112 年新增計畫/方案之執行現況與未來規劃	執行情形	推動情形、檢討與未來規劃

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

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

健保署及四總額部門「111年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 分級醫療之推動 成效 [延續項目]	指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率 目標值： $\geq 3.77\%$ 操作型定義：分母案件之回轉件數/區域級(含)以上醫院接受上轉之門住診申報件數合計
	項目3： 推動健保醫療資訊雲端查詢系統之成效 [延續項目]	指標：全藥類藥品重複用藥日數下降比率 目標值：較108年下降5% 操作型定義：全藥類藥品之重複用藥日數/全藥類藥品之總給藥日數 健保署之指標目標值說明： 管理方案因COVID-19疫情於109年Q1~Q3及110年Q1~Q3暫停啟動，故以108年為基期進行比較。
醫院總額 —醫院協會	項目1： 醫院分級醫療執行成效 [延續項目]	指標：醫院層級轉診率 目標值：轉診率維持成長10% 操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數。 觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動 醫院協會對於觀察指標之目標值說明： 配合專家學者建議暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。
	項目2： 護病比執行現況 [延續項目]	指標： <u>全日平均護病比達加成之占率提升</u> 目標值： <u>整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年增加或持平</u> 操作型定義：1. <u>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</u> 2. 「 <u>加成</u> 」係指全日平均護病比達一定比例之住院 <u>護理費加成</u> 。

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

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		指標(3)：收案數 目標值：較前1年度增加 操作型定義：居家醫療照護整合計畫的收案數。
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周現況改善情形 [延續項目]	指標：牙周病統合治療第三階段完成率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)/當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)
	項目2： 青少年口腔照護改善狀況 [新增項目]	指標：年度12~18歲青少年就醫率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：當年度12~18歲青少年牙醫就醫人數/當年度12~18歲青少年投保人口數
中醫門診 總額 一中全會	項目1： 提升複雜性針灸傷科醫療服務品質 [延續項目]	指標(1)：中度高度複雜性針灸醫療利用率 目標值：中度高度複雜性針灸醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中度及高度複雜性針灸人次}/111\text{年針灸人次}) - (110\text{年複雜性針灸人次}/110\text{年針灸人次})$ 指標(2)：中度高度複雜性傷科醫療利用率 目標值：中度高度複雜性傷科醫療服務利用率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中度及高度複雜性傷科人次}/111\text{年傷科人次}) - (110\text{年複雜性傷科人次}/110\text{年傷科人次})$
	項目2： 提升中醫醫療服務 [延續項目]	指標(1)：中醫醫療服務人數成長率 目標值：中醫醫療服務人數成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫醫療服務人數} - 110\text{年中醫醫療服務人數})/110\text{年中醫醫療服務人數}$ 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫醫療服務人次} - 110\text{年中醫醫療服務人次})/110\text{年中醫醫療服務人次}$ 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率呈現正成長 操作型定義： $(111\text{年中醫居家醫療服務人數} - 110\text{年中醫居家醫療服務人數})/110\text{年中醫居家醫療服務人數}$

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年中醫居家醫療服務人次-110年中醫居家醫療服務人次)/110年中醫居家醫療服務人次</p> <p>指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率為正值 操作型定義：(110年無中醫鄉數-111年無中醫鄉數)/110年無中醫鄉數</p> <p>指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人數-110年無中醫鄉服務人數)/110年無中醫鄉服務人數</p> <p>指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(111年無中醫鄉服務人次-110年無中醫鄉服務人次)/110年無中醫鄉服務人次</p>
其他預算 一健保署	項目1： 居家醫療照護整合計畫之推動成效 [延續項目]	<p>指標：居家整合新收案對象門診次數降低 目標值：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低 操作型定義：新收案照護對象(收案滿1個月)後每月平均門診就醫次數較收案前低</p>
	項目2： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：C型肝炎治療涵蓋率(年累計)，較去年同期提高 操作型定義：至當年底已接受治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	項目3： 腎病防治成效 [新增項目]	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率較去年同期提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

各部門總額及其他預算專款項目執行績效/成果之提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 牙醫特殊醫療服務計畫 - 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 - 0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫 - 12~18歲青少年口腔提升照護試辦計畫(111年新增) - 高齲齒病患牙齒保存改善服務計畫(111年新增) - 超音波根管沖洗計畫(112年新增) - 齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫(112年新增) 	牙醫師公會 全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫(含112年新增適應症) - 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(含112年新增3項癌別) - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 中醫急症處置計畫 - 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 - 照護機構中醫醫療照護方案(111年新增) 	中醫師公會 全聯會
西醫基層	- 家庭醫師整合性照護計畫(含計畫檢討與管控暨執行成果)	健保署
	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫(醫界配合推動情形) - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫 - 強化基層照護能力及「開放表別」項目(非計畫型) - 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用(非計畫型) - 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用(非計畫型) - 代謝症候群防治計畫(111年新增) - 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫(111年新增) 	醫師公會 全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案(醫院支援西醫基層) - 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(111年新增) - 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫(111年新增) - 腹膜透析追蹤處置費及APD租金(非計畫型)(111年新增) - 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增(112年新增) - 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能(112年新增) 	醫院協會

部門別		計畫／方案名稱	提報單位
		- 健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能(112年新增)	
門診透析		- 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(112年新增)	健保署
跨部門	醫院、西醫基層	- C型肝炎藥費(含其他預算「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費」) - 醫療給付改善方案(含糖尿病等9項方案)(111年醫院總額新增「精神科病人出院後急性後期照護服務」) - 鼓勵院所建立轉診合作機制(非計畫型) - 基層總額轉診型態調整費用(非計畫型) - 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材(非計畫型) - 後天免疫缺乏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)(111年新增) - 癌症治療品質改善計畫(112年新增) - 慢性傳染病照護品質計畫(112年新增) - 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)(112年新增) - 因應長新冠照護衍生費用(112年新增)	健保署 (相關總額部門提供配合推動情形)
	四部門	- 獎勵上傳資料及網路頻寬補助費用	
其他預算		- 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務(含居家醫療照護整合計畫) - 推動促進醫療體系整合計畫 - 提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用(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)	健保署

健保署及四總額部門「112年度重點項目與績效指標(含目標值)」

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
整體總額 —健保署	項目1：整體資源配置與未來規劃 [延續項目]	
	項目2： 降低門診10項 重點檢查(驗)非 合理區間再次 執行 [新增項目]	<p>指標：門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行下降率</p> <p>目標值：較108年同期下降$\geq 5\%$</p> <p>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-108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率)/108年同期門診10項重點檢查(驗)非合理區間內再次執行率</p> <p>註：考量109年至111年因受COVID-19疫情嚴重影響國人就醫行為，又第一線醫護人員應以防疫為優先，故本指標以108年為基期進行比較。</p>
	項目3： 分級醫療之推 動成效 [延續項目]	<p>指標：非同體系區域級(含)以上醫院回轉率</p> <p>目標值：$\geq 3.85\%$</p> <p>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>
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]	<p>指標：醫院層級轉診率</p> <p>目標值：轉診率維持成長10%</p> <p>操作型定義：各層級轉診件數/醫院部門總就醫件數</p> <p>觀察指標：醫院層級疾病嚴重度CMI變動</p> <p>註：同111年暫列觀察指標，但鑑於醫院總額獨立資料區僅限於審查相關案件查詢且不得涉及各院，爰醫院部門無法逕自就各院資料進行查詢，疾病嚴重度CMI的運算須仰賴健保署協助運算並提供，且CMI偵測僅可就住院DRG案件，無法顯示門診情形，另CMI值每年皆會受DRG相對權重所影響，礙於資料運算難以回溯，爰無法進行年度間的比較，無法訂定目標值。</p>
	項目2： 護病比執行現 況 [延續項目]	<p>指標：全日平均護病比達加成之占率提升</p> <p>目標值：整體全日平均護病比達加成之月次占率較前一年增加或持平</p> <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>

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 [新增項目]	<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 [新增項目]	<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訊病患就醫資訊方案」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>
牙醫門診 總額 一牙全會	項目1： 國人牙周病治 療改善情形 [延續項目]	<p>指標：牙周病統合治療第三階段完成率</p> <p>目標值：最近3年全國平均值*(1-10%)</p> <p>操作型定義：1.分子：當年度完成第三階段人數(當年1~9月申報第一階段案件於180天內申報第三階段件數)。 2.分母：當年度執行第一階段人數(當年1~9月申報第一階段件數)。 3.計算：分子/分母。</p>

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
	項目2： 國人罹患牙周病後續維護追蹤情形 [新增項目]	指標：牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率 目標值：最近3年全國平均值*(1-10%) 操作型定義：1.分子：當年度牙周病統合治療第三階段支付91023C 執行人數往後追蹤一年(112年度)接受牙周病支持性治療(91018C)之執行人數。 2.分母：當年度(111年度)牙周病統合治療第三階段支付91023C執行人數。 3.計算：分子/分母。
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]	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：(112年中醫醫療服務人數-111年中醫醫療服務人數)/111年中醫醫療服務人數 指標(2)：中醫醫療服務人次成長率 目標值：中醫醫療服務人次成長率呈現正成長 操作型定義：(112年中醫醫療服務人次-111年中醫醫療服務人次)/111年中醫醫療服務人次 指標(3)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人數成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人數-111年中醫居家醫療服務人數)/111年中醫居家醫療服務人數 指標(4)：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長率 目標值：居家醫療整合照護計畫中醫服務人次成長2% 操作型定義：(112年中醫居家醫療服務人次-111年中醫居家醫療服務人次)/111年中醫居家醫療服務人次 指標(5)：無中醫鄉減少比率 目標值：無中醫鄉減少比率大於1% 操作型定義：(111年無中醫鄉數-112年無中醫鄉數)/111年無中醫鄉數 指標(6)：無中醫鄉服務人數成長率 目標值：無中醫鄉服務人數成長2% 操作型定義：(112年無中醫鄉服務人數-111年無中醫鄉服務人數)/111年無中醫鄉服務人數 指標(7)：無中醫鄉服務人次成長率 目標值：無中醫鄉服務人次成長2%

部門/ 單位	年度重點項目	績效指標
		<p>操作型定義：(112年無中醫鄉服務人次-111年無中醫鄉服務人次)/111年無中醫鄉服務人次</p>
	<p>項目2： 提升中醫治療慢性腎臟病醫療服務品質 [新增項目]</p>	<p>指標：延緩慢性腎臟病第3、4、5期病人腎功能惡化程度 目標值：慢性腎臟病第3、4、5期病人收案1年(或12個月)後，腎絲球過濾率值(eGFR)較新收案時改善，或糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於6ml/min/1.73m²/year，或非糖尿病慢性腎臟病人eGFR下降速率小於4ml/min/1.73m²/year</p> <p>操作型定義：針對慢性腎臟病第3、4、5期病人，其中若為糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第2點；非糖尿病慢性腎臟病人需符合下述第1點或第3點：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.第3、4、5期慢性腎臟病人：112年eGFR值-111年eGFR值為正數 2.糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於6 3.非糖尿病慢性腎臟病人：111年eGFR值-112年eGFR值小於4
其他預算 一健保署	<p>項目1： C型肝炎新藥治療成效 [延續項目]</p>	<p>指標：C型肝炎治療涵蓋率(年累計) 目標值：較去年同期(____%)提高 操作型定義：至當年底已接收治療人數/慢性C型肝炎患者人數</p>
	<p>項目2： 居家整合新收案對象門診次數降低 [延續項目]</p>	<p>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 目標值：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</p>
	<p>項目3： 腎病防治成效 [延續項目]</p>	<p>指標：末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫照護率 目標值：較去年同期(____%)提高 操作型定義：參與末期腎臟病前期病人(Pre-ESRD)病人照護與衛教計畫之人數/個案符合前12月門診2次或住診1次就醫主診斷為N184-186、049符合收案條件之歸戶病人數，排除洗腎及死亡人數</p>

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，修正各總額部門111年度執行成果評核作業方式及評核報告大綱，並於本(112)年4月11日以衛部健字第1123360048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依作業時程提供評核資料，其中請健保署分別於5月25日及6月16日提出評核報告上、下冊，各部門6月16日前提出成果報告，至於簡報資料則請所有機關(構)於7月3日前提供，如附件一(第31~32頁)。

(二)業於本年4月7日以衛部健字第1123360043號書函，將報告事項第二案健保署提報有關111年度總額預算扣減之執行結果，及本會之決定與委員發言實錄送請衛生福利部(下稱衛福部)卓參，如附件二(第33頁)。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計3項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤2項，如附表(第28~29頁)；歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有1項，如附表(第30頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄一(第91~98頁)。

二、本會10週年成果及未來展望研討暨共識營，業於本年4月12、13日(星期三、四)辦理完竣，共有32位新任委員、13位卸任委員參加。本活動除辦理10週年茶會外，並就5大議題包括健保財務現況與未來展望、健保費率審議與經驗交流、健保總額擬訂及中長期改革計畫、健保資源配置之回顧與檢討及醫療給付費用總額協商與經驗交流等，由衛福部(社會保險司)、健保署、專家學者及本會，進行專題報告與演講，可充分提升新任委員健保專業知能、對擔任本會委員法定任務之了解，及達成與卸任委員經驗交流傳承之效益。有關本次活動各議題之簡報資料，將徵得報告人、演講人及與談人同意後，公開於本會網頁(路徑：健保會首頁>公告及重要工作成果，網址：

<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/np-1659-116.html>)。

三、112 年各部門總額地區預算分配關於「風險調整/特定用途移撥款」，除中醫門診總額未列外，其餘部門總額執行方式送本會備查案之辦理情形，如下：

(一)醫院及西醫基層總額：健保署業於本年3月25日、3月29日分別函報本會，醫院如附錄二(第99~104頁)，西醫基層如附錄三(第105~107頁)，摘要如下：

部門別	風險調整移撥款執行方式
醫院	<p>風險調整移撥款6億元，執行方式摘要如下：</p> <p>1.移撥款使用範圍：</p> <p>(1)符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區。</p> <p>(2)所屬轄區須扶弱或援助照護之人口。</p> <p>2.各分區移撥款計算方式：</p> <p>採二項計算方式之合計，其中2億元續維持111年風險調整計算六因素及權重計算(註)，另餘額4億元採107~109年地區預算R值、S值平均占率計算。</p> <p>註：風險調整之6項因素(如下)，各因素權重均為16.667%。</p> <p>(1)山地離島非原住民人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>(2)偏遠地區人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>(3)重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>(4)台閩地區原住民人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>(5)低收入人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>(6)6歲以下及65歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對占率。</p> <p>3.各分區分配金額：</p> <p>依前開方式計算，六分區分配金額約為：臺北1.60億元、北區0.69億元、中區0.89億元、南區0.75億元、高屏1.03億元、東區1.03億元，合計6億元。</p>
西醫 基層	<p>風險調整移撥款6億元，執行方式摘要如下：</p> <p>1.3億元撥補臺北區，3億元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)。</p> <p>2.若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後之預算占率攤分。</p>

(二)牙醫門診總額：尚未收到，請健保署於議定後，盡速將特定用途移撥款之執行方式函報本會備查。

四、下次(第 4 次)委員會議(112.5.24)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「推動分級醫療之成效檢討(含各層級醫院發揮分級醫療角色功能之成效)」，請委員最晚於 5 月 1 日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

五、衛福部及健保署於本年 3 月至 4 月份發布及副知本會之相關資訊如下：[內容已置於該署全球資訊網，詳細內容及相關附件業於本年 4 月 11 日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年 3 月 23 日修正發布全民健康保險藥品價格調整作業辦法第 15 條，如附錄四(第 108~109 頁)，本次修正係配合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 33 條之修正，為使全民健康保險藥品之核價及調價原則一致，爰增訂沖洗用生理食鹽水之基本價及下限價(500 毫升以上未滿 1,000 毫升之沖洗用生理食鹽水為 25 元，1,000 毫升以上之沖洗用生理食鹽水為 35 元)。

2.本年 3 月 22 日公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表，如附錄五(第 110 頁)，主要修訂「就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率」等 6 項專業醫療服務品質指標定義，排除 C5(法定傳染病通報且隔離案件)之代辦案件。

(二)健保署

1.將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄六(第 111~117 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
112.3.23/ 112.4.1	全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	1.適用範圍：增列腦血管後遺症(診斷碼 I69)及術後疼痛(診斷碼：F45、G89、M22-26、M36、M76-77、M79-81、N23、R10、R14、R39、R51-R52、R68、S38-39、S80、S82-83、S86-89)，當次住院開刀後需中醫輔助醫療協助者。 2.療效評估標準：新增術後疼痛使用視覺類

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		<p>比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、簡易麥吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)、歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI)做為評估標準。</p> <p>3.敘明「施行期間」,並規範倘次年度計畫未於次年初公告前,得以原計畫規範延續辦理。</p>
112.3.23/ 112.3.20	廢止「因應 COVID-19 疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」及問答集	<p>1.健保署依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心之 112.3.20 起防疫鬆綁新制,公告廢止本須知及問答集。</p> <p>2.依公告事項說明: 112.3.20 起,醫療機構實施通訊診療,回歸通訊診察治療辦法規定辦理。前開健保給付通訊診療之適用照護對象限「山地、離島 COVID-19 檢驗陽性民眾及住宿型長照機構 COVID-19 檢驗陽性住民接受口服抗病毒藥物治療之情形」,其費用申報規定另行通知。</p>
112.3.25/ 112.3.1	112 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案	新增本方案執業計畫診所及巡迴計畫醫療團,皆得提供「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療」(P7302C)及「超音波根管沖洗」(P7303C)服務,其費用由各項診療項目之專款費用支應,且不計入執業計畫及巡迴計畫之服務量管控額度。
112.4.7/ 112.3.20	全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知	<p>配合指揮中心 COVID-19 確診者回歸健保實體診察制度之政策,自 112.3.20(含)起,醫療機構實施視訊診療,回歸通訊診察治療辦法規定辦理。健保視訊診療規定如下:</p> <p>1.照護對象:山地離島地區、住宿型長照機構之 COVID-19 檢驗陽性民眾。</p> <p>2.實施日期:112.3.20~112.4.30,視疫情狀況檢討。</p> <p>3.醫療機構:執行山地、離島地區之通訊診療,應符合通訊診察治療辦法第 4 條規定。</p> <p>4.支付標準:依一般門診診察費支付,其餘</p>

公告/ 實施日期	方案/計畫 名稱	方案/計畫增修訂重點
		項目依醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準規定辦理。若特約醫療機構提供非屬上開照護對象視訊診療服務，則不予支付。

2.111 年第 3 季各部門總額每點支付金額：

- (1)牙醫門診總額，如附錄七(第 118~121 頁)。
- (2)中醫門診總額，如附錄八(第 122~125 頁)。
- (3)醫院總額，如附錄九(第 126~129 頁)。
- (4)西醫基層總額，如附錄十(第 130~133 頁)。
- (5)門診透析服務，如附錄十一(第 134~136 頁)。

總額別 分區別	111 年第 3 季各部門總額平均點值				
	牙醫門診	中醫門診	醫院	西醫基層	門診透析
台北	0.9527	0.8969	0.9413	0.9598	0.8905
北區	1.0215	0.8730	0.9739	1.0083	
中區	1.0132	0.8817	0.9554	0.9921	
南區	1.0669	0.8885	1.0058	1.0047	
高屏	1.0252	0.8888	1.0072	0.9888	
東區	1.2282	1.1034	1.0020	1.0461	
全區	1.0024	0.8911	0.9687	0.9859	

3.112 年 3 月 22 日函送 111 年第 3 季其他預算結算說明表，公文如附錄十二(第 137 頁)，111 年全年經費 16,579.2 百萬元，1~9 月結算數 7,466.6 百萬元，整理預算執行情形如附錄十三(第 138 頁)供參考。

決定：

上次(第2次)及歷次委員會議繼續列管追蹤事項

一、上次委員會議(共3項)

(一)擬解除追蹤(共1項)

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第2案： 112年2月份全民健康保險業務執行報告。	委員所提意見，請中央健康保險署回復說明。	於112年3月29日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件三(第34~35頁)。	解除追蹤	—

(二)擬繼續追蹤(共 2 項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	報告事項第 2 案：有關「111 年度各部門總額核(決)定事項中有關預算扣減及效益評估之執行結果」。	一、有關「111 年度總額預算扣減」部分，請中央健康保險署依所提報之執行結果，於結算 111 年度點值時處理扣減事宜。	於 112 年 3 月 29 日請辦健保署。	健保署回復：111 年度牙醫、中醫及西醫基層總額應扣減額度已提 112 年第 1 次研商議事會議報告，並於 111 年第 3 季該部門總額點值結算處理，第 4 季將依實際執行結果於結算 111 年第 4 季點值時校正扣減結果及辦理扣減。	1.繼續追蹤 2.於健保署提報 111 年度點值結算實際扣減結果後解除追蹤	112 年 6 月
2		二、對於本案所提各項總額協定事項，請中央健康保險署辦理下列事項，並將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議，以納入總額協商參考： (一)有關「提出節流效益並納入總額預算財源」部分，請會同各部門總額相關團體，持續研提可實質扣連節流效益及預算影響之計算方式及結果。 (二)請檢討並提出本案執行數之精準估算方式；至於執行數過低或過高之協定項目，請持續追蹤至 112 年度執行情形(含：實際增加費用、未執行額度等)。	於 112 年 3 月 29 日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理。	1.繼續追蹤 2.俟健保署將辦理結果提報 113 年 3 月份委員會議後解除追蹤	113 年 3 月

二、歷次委員會議：達解除追蹤條件(共 1 項)

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形 (更新處以底線標示)	追蹤建議
1	<p>有關 111 年度各部門總額依協定事項需於 7 月底前提本會報告之項目(含預算扣減或檢討節流成效項目之規劃)，請中央健康保險署參考委員所提意見及本會補充說明，為利 113 年度總額預算之協商，請中央健康保險署於 112 年 2 月提報本會「111 年度總額協定事項中有關預算扣減及效益評估」之執行結果。 /[於健保署報告後解除追蹤] (111.7、111.8、111.12 決定)</p> <p>.....</p> <p>111 年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，同意中央健康保險署所報 111 年度各部門總額預算扣減方式之規劃，請遵照辦理後續預算扣減事宜，並於 112 年 2 月將執行結果提報本會，供協商 113 年度總額之用。 /[於健保署將預算扣減執行結果提報本會後解除追蹤] (111.10 決議、111.11、111.12 決定)</p>	<p><u>本案業於 112 年第 2 次委員會議(112.3.22)完成提報。</u></p>	<p>解除追蹤 (健保署已完成提報，爰建議解除追蹤)</p>

抄本

附件一
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：張靈
聯絡電話：(02)8590-6868
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hslingchang@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年4月11日
發文字號：衛部健字第1123360048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111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111年度執行成果評核之作業方式(如附件1)」，敬請依時程配合辦理，請查照。

說明：

- 一、依本部全民健康保險會(下稱健保會)第6屆112年第2次委員會議(112.3.22)之決議辦理(會議紀錄諒達)。
- 二、健保會訂於本(112)年7月17日(一)及18日(二)召開「各總額部門111年度執行成果發表暨評核會議」；為利籌辦會議，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)分別於5月25日(星期四)及6月16日(星期五)前，依評核報告大綱及評核項目表(附件2)，提送各部門總額監測/調查/統計結果(報告上冊)及執行成果之書面報告(報告下冊)，並請印製26份。

(二)請各部門總額受託團體於6月16日(星期五)前，依評核報告大綱(附件2)，提送執行成果之書面報告，並請印製16份。

(三)請健保署及各總額受託團體於7月3日(星期一)前將「評核會議簡報資料」之電子檔，傳送至電子郵件信箱(hslingchang@mohw.gov.tw；hsyufeng@mohw.gov.tw)。
簡報內容請以「年度重點項目執行成果與未來規劃」為主，以利評核委員及與會者掌握重點並聚焦討論。

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

附件二
檔 號：
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：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6871
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年4月7日
發文字號：衛部健字第1123360043號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：關於鈞部函請提供113年度健保總額基期之扣減項目及額度案，復請查照。

說明：

- 一、復鈞部112年1月13日衛部保字第1121260015號函，及依本會第6屆112年第2次委員會議(112.3.22)決定辦理。
- 二、關於113年度健保總額基期之決定，係屬鈞部權責，惟為利總額範圍擬訂政策參考，本會業依鈞部來函轉請健保署提供「111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」至會報告，檢送該報告內容及其決定與會議實錄(健保署提報內容如附件1、會議紀錄節錄如附件2)，敬請鈞部卓參。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

健保會第 6 屆 112 年第 2 次委員會議之健保署答覆

上次(第 2 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：112 年 2 月份全民健康保險業務執行報告。

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 86~87 頁)</p> <p>謝謝主席還記得。首先，我先回應翁委員，因為翁委員質疑我對於它的法遵，事實上，104 年行政院協商的時候，健保署提的是收入面，主計總處提的是支出面，但是我看 2 篇論文之後覺得兩邊都沒有法遵，所以才會質疑這個地方。為什麼呢？第 1 個，健保署提的收入面在健保法裡面引不到法條規定，所以依法無據。第 2 個，主計總處所提的支出面是健保法第 3 條支出面，但是又加 1 個減掉 1 個月的安全準備，是改變公式，不是法規定的，所以前提假設已經倒了，後面協商結果提供給主管機關結論是錯誤的嘛！後來尊重衛福部的解釋權，是照健保署的做法，這是為了解決當時協商的計算爭議，安全準備以 1 個月還是 3 個月的計算，是解決這個有達到目的。</p> <p>現在提的政府應負擔健保總經費法定下限 36%，經過 1 年後 106 年才開始提案。很抱歉，應該不會為難署長吧！剛才說的政府應負擔健保總經費法定下限 36%還沒有進小學，它只有 5 年多不到 6 歲，我是這個意思啦，這些問題一直存在。之前結論也提到委員提出的意見如果有不對的話，請提出指正，但也沒有指正，就一直說要修法修了 5、6 年也沒有看到結果，如果修法依法行政就沒有爭議，這是補充說明。</p>	<p>有關政府應負擔健保總經費法定下限 36%不足數之計算方式，本署歷來依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>
<p>陳委員節如會後書面意見(議事錄第 90~92 頁)</p> <p>講到醫材，現在很多人反映醫材沒有一個規矩，讓醫生開口多少就是多少，民</p>	<p>一、為強化民眾知的權益，本署自 103 年 6 月於健保署全球資訊網建置「醫材比價網」供特約院</p>

委員意見	健保署說明
<p>眾使用者非常的無奈，所以才會聽到用健保的會復原比較慢，可能復健要很久等等，之前有位老先生就是這樣，因為沒有錢就是用健保，有錢的人大部分 90%全部就是自費，這樣聽下來，將來台灣的健保如果像醫材這樣的話，還有什麼健保？健保等於讓民眾非常的痛苦啊！還有很多心臟的自費醫材，價格非常高，但是生命很寶貴的，大家也是沒辦法、非常無奈。</p> <p>因為廠商、廠牌也很多，希望健保署趕快整理一下，可以有 1 個評比的制度，例如效率或是什麼的，我知道這很難，但是還是要去管控，不能無限上綱啦！我們付費的人健保已經付那麼多，世界各國也常稱讚我們健保是最好的，可是我們一開刀這些就要自費，這部分是不是請署長剛剛您允諾成立小組，不要只有研究達文西，要把醫材部分列入，做 1 個統整的、標準的價格，否則對病人非常不公平，謝謝。</p> <p>從服務使用者的角度，目前醫材的使用資訊大都是來自醫師。有錢的人可選擇自費購買，沒有錢的人使用健保給付的醫材。市場上，各種醫材廠商及產品非常多，現在雖然有醫材比價網可提供查詢。但是，對於全自費醫材或差額負擔醫材的價格合理性及使用品質等相關資訊如何公開使民眾知悉。建請健保署對於醫材的價格及品質研議，提出合理控管機制。</p>	<p>所自主上傳向民眾收取自付差額、全額自費之醫材價格，為提供民眾更方便查詢及功能比較等醫材資訊。藉由資訊公開各院所間收費，供民眾參考。</p> <p>二、針對在台合格販售之醫材均獲得主管機關核准醫材品質、安全、效能之確校，倘健保收載之醫材有安全疑慮，歡迎大眾向本署提供具體說明，以利查辦。考量醫材產品生命週期短，其設計或材質上稍加變更，即宣稱其附加功能優於健保特材。目前健保積極以臨床實證為給付之依據，爭取年度預算，以加速研議將自費醫材納入健保。針對臨床迫切需要之臨床缺口醫材、兒童醫材、急重症醫材均優先審查納入健保給付，以維護民眾基本必要醫療需求。</p> <p>三、統計自 109 年起至 112 年 1 月 25 日止經本保險特材共擬會議完成審議之新功能特材計 478 品項，目前刻針對軟組織固定之縫合錨釘、鎖定骨板(骨釘)、半月板修補系統、脛骨襯墊等與相關專科學會討論功能分類及給付條件等，加速研議辦理。</p>

五、優先報告事項

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113 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「113 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」(草案)，請本會表示意見案。(資料後附)

討論事項

提案單位：中央健康保險署

案由：依衛福部 112 年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項—「因應長新冠照護衍生費用」部分之確認事項案，提請討論。(資料後附)

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案，請鑒察。

說明：

- 一、依據全民健康保險法施行細則第 3 條：「保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。」之規定辦理。
- 二、全民健康保險基金 111 年度決算及 113 年度預算，分別於 112 年 2 月 15 日及同年 3 月 17 日函送貴會備查。茲分別就「保險營運計畫」、「其他計畫」111 年度執行情形及 113 年度預算編列簡要說明如下：

(一)「保險營運計畫」

1.111 年度決算：保險收入 7,654.98 億元，保險成本 7,551.55 億元，保險收支淨結餘 103.43 億元，依法提存安全準備，111 年底安全準備餘額為 1,039.64 億元，折合約 1.66 個月保險給付支出。

2.113 年度預算：

(1)保險收支估計基礎：

a.保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。

b.保險給付：暫按 112 年醫療費用核定總額 8,364.24 億元，以成長率 3.323% 推估。

(2)保險收入 7,893.96 億元，保險成本 8,168.97 億元，保險收支淨短絀 275.01 億元，依法收回安全準備填補短絀後，預估 113 年底安全準備餘額為 680.62 億元，約保險給付 1.01 個月。

(二)「其他計畫」

1.111 年度決算：菸品健康福利捐依法分配收入 2.4 億元，全數補助罕見疾病用藥費用。

2.113 年度預算：菸品健康福利捐依法分配收入編列 2.54 億元，補助罕見疾病用藥費用及補助弱勢保險對象就醫應自行負擔費用。

報告單位業務窗口：吳珠鳳科長，聯絡電話：02-27065866 分機2121

.....

本會補充說明：

一、本案本會係於 112 年 2 月 15 日及 3 月 20 日分別收到中央健康保險署(下稱健保署)將「111 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「113 年度全民健康保險基金附屬單位預算」函送備查；為利委員瞭解，先行完成研析報告如附件一及附件二，並於 3 月 30 日併同決算書、預算書寄送委員審閱，如有意見，則請委員於 4 月 10 日前提出，再送請健保署回復。

本會完成之研析報告，如下：

(一)111 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告(如附件一，第 45~54 頁)。

(二)113 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告(如附件二，第 55~69 頁)。

二、經彙整委員意見，轉請健保署回復說明如附件三(第 70~71 頁)。

決定：

111 年度全民健康保險基金附屬單位決算分析報告

健保會 112 年 3 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰於 112 年 2 月 15 日以健保計字第 1120720120 號函檢送該署 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。

貳、保險財務分析

一、保險財務概況

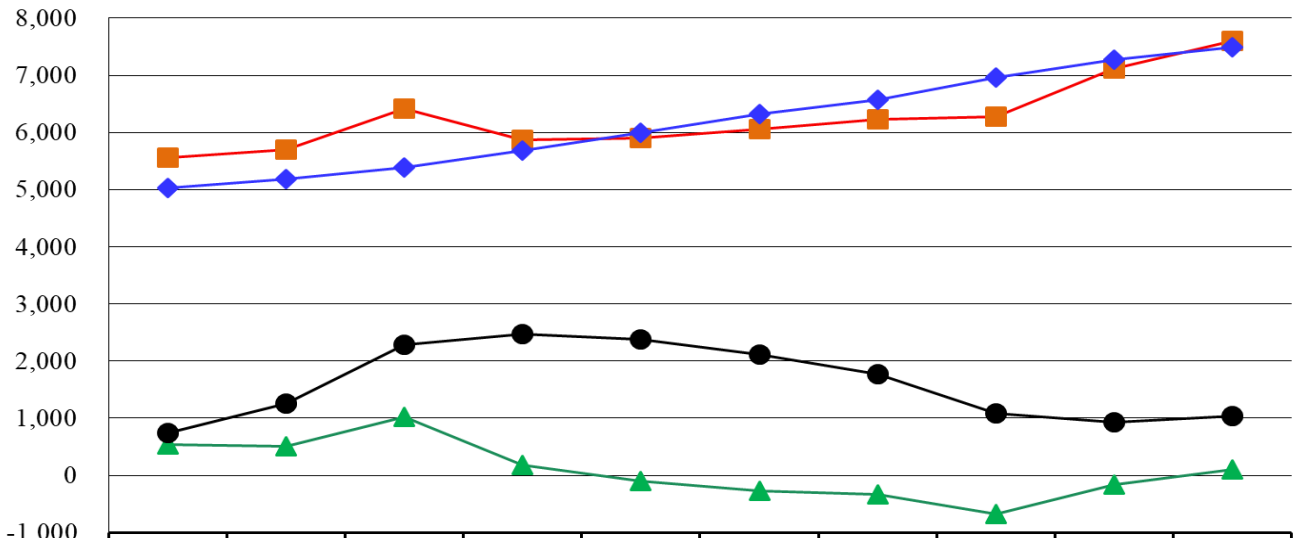
- (一)保險收支：111 年度保險收入 7,601.60 億元¹(成長率 6.78%)，保險成本 7,498.17 億元²(成長率 3.08%)，保險收支結餘 103.43 億元。102~111 年健保財務收支狀況詳圖一：
- (二)安全準備：111 年度保險收支結餘 103.43 億元，依全民健康保險法第 76 條第 1 項規定全數提存安全準備，提存後安全準備累計餘額為 1,039.64 億元，約當 1.66 個月保險給付支出³。

¹ 保險收入=保險費+滯納金+資金運用淨收入+公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數+其他淨收入-呆帳提存數-利息費用，資料來源為健保署。

² 保險成本=醫療費用+業務費用+其他業務外費用(未含手續費用)，資料來源為健保署。

³ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 22 頁。

單位：億元



	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年
■ 保險收入	5,557	5,695	6,410	5,869	5,900	6,061	6,224	6,278	7,119	7,602
◆ 保險成本	5,021	5,181	5,381	5,684	5,998	6,328	6,566	6,954	7,274	7,498
▲ 保險收支餘絀	536	514	1,029	186	-98	-266	-342	-676	-155	103
● 安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,040

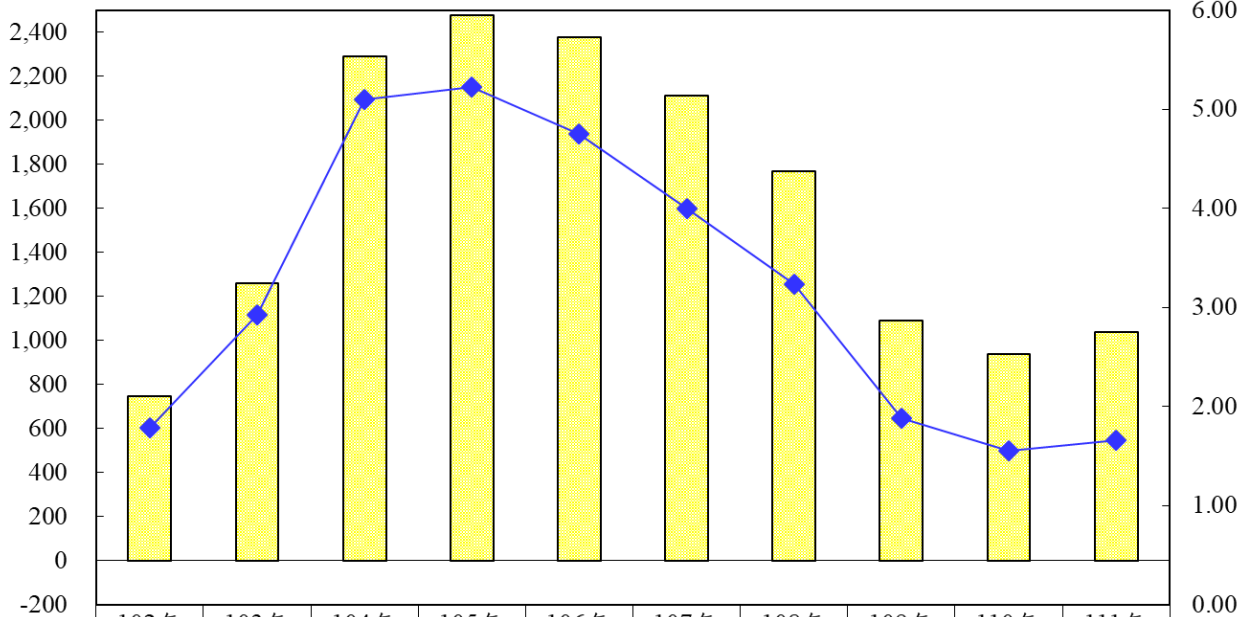
資料來源：健保署。

圖一、102~111年健保財務收支狀況（權責基礎）

(三)102~111年健保財務趨勢：102年開始施行二代健保後，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至36%之影響，102~105年健保財務皆為結餘，惟受105年調降費率(一般保險費費率由4.91%調整為4.69%，補充保險費費率由2%調整為1.91%)，及健保收支結構性問題(保險收入成長率低於保險成本成長率)影響，106年度開始出現短絀，且短絀數持續增加(詳圖一)；110年一般保險費率由4.69%調整至5.17%，惟因費率未予調足，當年健保財務收支仍有短絀；惟111年保險收入受基本工資調漲及軍公教調薪等因素影響，使保險收入大幅成長，使111年財務情形逆轉產生結餘。102~111年安全準備累計餘額及約當保險給付支出月數詳圖二。

單位：億元

單位：月



安全準備累計餘額	746	1,260	2,289	2,474	2,376	2,109	1,767	1,091	936	1,040
折合保險給付月數	1.78	2.92	5.10	5.22	4.75	4.00	3.23	1.88	1.55	1.66

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

資料來源：健保署。

圖二、102~111年安全準備趨勢

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

(一)保費收入：111年度保費收入為 7,477.18 億元。

1.預算執行：較預算數 7,006.72 億元增加 470.46 億元，執行率為 106.71%(詳表一)。

2.成長比較：較 110 年度 6,994.69 億元增加 482.48 億元，成長率 6.90%(詳表一)。111 年保費收入增加之主要原因如下⁴(詳表二)：

(1)平均投保金額(受基本工資由 24,000 元調漲至 25,250 元、軍公教調薪 4% 等影響)及平均保險費增加，致一般保險費收入增加約 198.87 億元。

⁴ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2.(1)。

表一、收支餘絀比較表

單位：元

科目	111年度決算數(a)	111年度預算數(b)	比較		110年度 審定決算數(c)	比較	
			金額增減(a-b)	執行率(a/b)		金額增減(a-c)	成長率(a-c)/c
保險收入	765,497,684,284	716,130,450,000	49,367,234,284	106.89%	717,304,675,692	48,193,008,592	6.72%
保費收入	747,717,691,467	700,671,616,000	47,046,075,467	106.71%	699,469,486,554	48,248,204,913	6.90%
依法分配收入(註)	15,484,789,637	14,188,200,000	1,296,589,637	109.14%	16,117,914,284	-633,124,647	-3.93%
利息收入	1,008,491,957	364,225,000	644,266,957	276.89%	552,919,213	455,572,744	82.39%
投資賸餘	197,352	0	197,352	-	59,187	138,165	-
收回呆帳	1,264,198,418	881,000,000	383,198,418	143.50%	1,132,849,181	131,349,237	11.59%
雜項收入	22,315,453	25,409,000	-3,093,547	87.82%	31,447,273	-9,131,820	-29.04%
保險成本	755,154,800,694	772,636,461,000	-17,481,660,306	97.74%	732,819,860,358	22,334,940,336	3.05%
保險給付	749,392,561,084	766,689,093,000	-17,296,531,916	97.74%	727,015,446,725	22,377,114,359	3.08%
呆帳	5,337,173,608	5,503,602,000	-166,428,392	96.98%	5,429,871,012	-92,697,404	-1.71%
業務費用	423,653,685	442,683,000	-19,029,315	95.70%	372,645,944	51,007,741	13.69%
雜項費用	1,412,317	1,083,000	329,317	130.41%	1,896,677	-484,360	-25.54%
保險收支淨餘絀	10,342,883,590	-56,506,011,000	66,848,894,590	-18.30%	-15,515,184,666	25,858,068,256	-166.66%

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

資料來源：111年度全民健康保險基金附屬單位決算第25頁及110年度全民健康保險基金附屬單位審定決算第23頁收支餘絀表。

(2)補充保險費較110年增加約142.11億元，主要係因獎金及股利所得大幅增加所致。

(3)政府應負擔36%差額較110年增加約140.74億元，係因一般保險費及補充保險費收入較110年增加使其隨之增加所致。

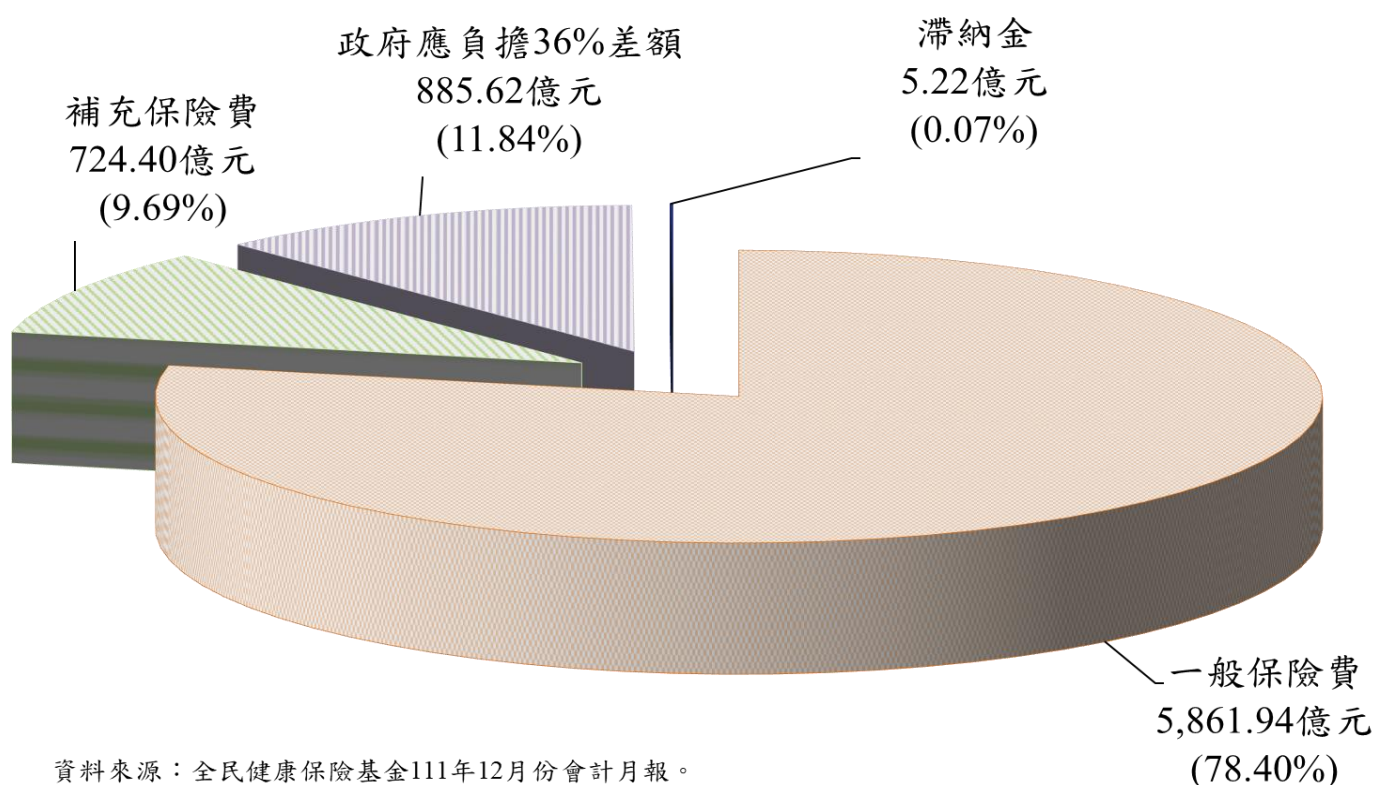
(4)滯納金較110年增加約0.76億元。

表二 111年保費收入成長主要原因分析

原因	成長金額(億元)
平均投保金額及平均保險費增加	198.87
補充保險費增加	142.11
政府應負擔36%差額	140.74
滯納金	0.76
合計	482.48

註：僅提供影響保費收入主要原因分析，爰合計數不同於111年度保費收入增加金額。

3.保費收入結構：111 年度一般保險費為 5,861.94 億元，為保費收入之主要來源，占保費收入 78.40%；補充保險費收入 724.40 億元、政府負擔 36% 差額 885.62 億元，兩者合計為 1,610.02 億元，合計占保費收入 21.53%⁵(詳圖三)。



圖三 111年度保費收入結構

4.保險費收繳：

(1)應收保險費收繳情形⁶：近 5 年一般保險費總收繳率為 99.12%。其中投保單位及保險對象之收繳率為 98.69%，略高於 110 年底 98.45%⁷。

(2)截至 111 年 12 月底止，投保單位及保險對象積欠保險費約 263.8 億元(含補充保險費欠費 4.76 億元)，較 110 年 12 月底

⁵ 全民健康保險基金 111 年 12 月份會計月報。

⁶ 僅統計未逾 5 年請求權期間之應收保險費(不含利息)。

⁷ 健保署 111 年 12 月及 110 年 12 月份業務執行(季)報告表 6-1。

298.5 億元 (含補充保險費欠費 5.98 億元), 減少 34.7 億元⁸(如表三)。

表三 投保單位及保險對象積欠保險費(億元)

111 年	263.8
110 年	298.5

(3)各級政府積欠保險費補助款情形⁹：高雄市政府累計欠費已於 110 年 5 月 18 日全數清償完畢，現各級政府均無積欠健保費補助款之情事。

(4)催收款項：111 年底為 210.47 億元，較 110 年底 220.42 億元減少 9.95 億元，成長率-4.51%¹⁰。

(5)政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額：102~111 年度合計為 5,714 億元，截至 111 年 12 月底，已撥付 5,538 億元，待撥付 176 億元，將循預算程序爭取足額編列¹¹。

(二)保險給付：111 年度保險給付為 7,493.93 億元。

1.預算執行：較預算數 7,666.89 億元減少 172.97 億元，執行率為 97.74%(詳表一)。

2.成長比較：較 110 年度之 7,270.15 億元增加 223.77 億元，成長率 3.08%(詳表一)，主要係因總額協商成長所致¹²。

3.現金支出：111 年度保險給付現金支出 7,911.66 億元¹³，占權責基礎比率 105.57%，高於 110 年之 92.30%。

(三)安全準備：

1.提存安全準備(安全準備來源)¹⁴：111 年度安全準備之來源包括：運用收益 8.84 億元、滯納金收入 5.22 億元、公益彩券

⁸ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 110 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 2 頁。

⁹ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹⁰ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 28 頁，「催收款項」係指投保單位及保險對象清償期屆滿 6 個月尚未收回之一般保費。

¹¹ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 2 頁。

¹² 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 4 頁(111 及 110 年協定之醫療給付費用總額成長率分別為 3.320% 及 4.107%)，及健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2.(8)。

¹³ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 11 頁表 4，7,911.66 億元÷7,493.93 億元*100%=105.57%，110 年為 6,710.52 億元÷7,270.15 億元*100%=92.30%

¹⁴ 健保法第 76 條第 1 項規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定收入。

分配收入 14.48 億元、菸品健康福利捐分配收入 140.37 億元，及上述各項以外之保險收支短絀 65.48 億元，相抵後為 103.43 億元(詳表四)。

2.收回安全準備(安全準備去路)：因 111 年度保費收入增加、保險給付減少，致無須收回安全準備填補短絀¹⁵。

表四、安全準備項目比較表

單位：新台幣元

來源及去路項目	111年度 自編決算(a)	110年度 審定決算(b)	比較	
			金額增減 (a-b)	成長率 (a-b)/b
提存安全準備	10,342,883,590	0	10,342,883,590	-
運用收益	884,065,075	532,675,289	351,389,786	65.97%
滯納金	521,752,044	445,282,163	76,469,881	17.17%
公益彩券分配收入	1,447,692,138	1,511,275,243	-63,583,105	-4.21%
菸品健康福利捐分配收入	14,037,097,499	14,606,639,041	-569,541,542	-3.90%
保費收支結餘(上述各項以外)	-6,547,723,166	-17,095,871,736	10,548,148,570	-61.70%
收回安全準備	0	15,515,184,666	-	-

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

資料來源：全民健康保險基金111年12月份會計月報、110年度審定決算試算表

¹⁵ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 25 頁。健保法第 76 條第 2 項規定，本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

(四)呆帳：111 年度呆帳 53.37 億元，呆帳率為 0.71%¹⁶，低於 110 年度之 0.78%。

1.預算執行：較預算數 55.04 億元減少約 1.66 億元，執行率 96.98%(詳表一)。

2.成長比較：較 110 年度 54.30 億元減少 0.93 億元，成長率-1.71%(詳表一)，係執行結案取得債權憑證後，仍積極查調可供執行財產及續對單位負責人求償，致「執行結案取得債權憑證」之應收款項較 110 年相對降低，爰提列呆帳數較 110 年減少¹⁷。

(五)收回呆帳：111 年度收回呆帳 12.64 億元，較預算數 8.1 億元增加 3.83 億元¹⁸；較 110 年度 11.33 億元增加 1.31 億元，成長率 11.59%，係因健保署加強欠費監控機制並加強催收所致¹⁹(詳表一)。

(六)利息收入：111 年度利息收入 10.08 億元。

1.預算執行：較預算數 3.64 億元增加 6.44 億元，執行率為 276.89%(詳表一)²⁰。

2.成長比較：較 110 年度 5.53 億元增加 4.56 億元，成長率為 82.39%，係因健保資金日平均營運量較 110 年同期增加，及受央行升息影響所致²¹。

(七)其他：111 年度雜項收入 0.22 億元，較 110 年度 0.31 億元減少 0.09 億元，成長率為-29.04%，主要係未兌現支票轉列收入筆數及平均每筆金額均較去年同期減少所致²²(詳表一)。

¹⁶ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 25 頁及 110 年度全民健康保險基金附屬單位(審定)決算第 23 頁。呆帳率=呆帳/保費收入，111 年度為 53.37 億元÷7,477.18 億元*100%=0.71%;110 年度為 54.30 億元÷6,994.69 億元*100%=0.78%。

¹⁷ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2(9)。

¹⁸ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算第 25 頁。

¹⁹ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2(6)。

²⁰ 111 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告第 25 頁。

²¹ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2(4)。

²² 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 13 頁表 5-2 附註 2(7)。

三、保險資金餘額運用情形

(一)短期借款²³：111 年度無短期借款發生。

(二)資金餘額與運用：111 年底保險資金餘額 1,018.81 億元，較 110 年底 1,390.48 億元減少 371.67 億元²⁴，依法²⁵運用於銀行定期存款 768.42 億元、銀行優惠活期存款 23.63 億元、銀行一般活期存款 108.69 億元、附賣回交易票券及債券 118.07 億元²⁶(詳表五)，111 年截至 12 月底資金運用收益率為 0.57%，高於 110 年同期之 0.33%。

表五 保險資金投資概況表

投資項目	金額(億元)	占率(%)
銀行定期存款	768.42	75.42
銀行優惠活期存款	23.63	2.32
銀行一般活期存款	108.69	10.67
附賣回交易票、債券	118.07	11.59
合計	1,018.81	100

註：因四捨五入關係，致總數與細數之間有未吻合情況。

參、結論

健保財務自 106 年起即產生年度收支短絀情形，由於存在收支結構性失衡問題，財務缺口逐年擴大。為改善健保財務，110 年起將一般保險費及補充保險費率分別調整為 5.17%、2.11%，111 年費率維持不變。截至 111 年 12 月底，保險收支結餘 103.43 億元，安全準備累計餘額為 1,039.64 億元，約當 1.66 個月保險給付支出。

111 年健保財務受基本工資調漲及軍公教調薪等外在因素影響，致保險收入大幅成長，又政府為因應健保安全準備不足，112

²³ 健保署 112 年 1 月份業務執行季報告第 11 頁表 4。

²⁴ 健保署 111 年 12 月份業務執行報告及 110 年 12 月份業務執行報告表 4。

²⁵ 健保法第 77 條規定，保險之基金得以①公債、庫券及公司債之投資、②存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構、③其他經主管機關核准有利於本保險之投資方式運用。

²⁶ 健保署 111 年 12 月份業務執行報告第 19 頁表 11。

年將補助健保安全準備 240 億元，立法院通過疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別條例，行政院 113 年亦將撥補全民健保基金 200 億元，預估 112 年底健保安全準備可維持 1 個月保險給付支出無虞。

雖 111、112 年健保財務狀況有所改善，然係政府撥補等非週期性外在因素所致，未來仍面臨調整費率之壓力，籲請衛福部以健保永續經營為旨，全盤檢視健保財務收支結構，即早規劃因應，期使健保制度更臻完善。

113 年度全民健康保險基金附屬單位預算分析報告

健保會 112 年 3 月

壹、前言

- 一、依據全民健康保險法(下稱健保法)施行細則第 3 條規定，保險人應依全民健康保險業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。中央健康保險署(下稱健保署)爰依據 113 年度中央政府總預算附屬單位預算-非營業部分編製日程表，於 112 年 3 月 17 日以健保計字第 1120720184 號函送該署 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書，請本會備查。
- 二、本分析報告基於本會權責，以「保險收支」為範圍進行整理分析，並參考本會委員會議資料、健保署之業務執行報告及會計月報等資料，以期完整呈現年度保險財務收支狀況，提供委員參考。另以健保署提供之 112、113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書作為分析比較基礎，呈現該 2 年度之健保財務收支情形，並編製附表一~六；及檢附該署依據最新之財務預估資料，提供之「113 年底安全準備餘額推估表」(附表七)供參考。
- 三、全民健康保險基金附屬單位預算書內容除「保險收支」外，另包含「菸品健康福利捐(下稱菸捐)挹注罕見疾病用藥費用及補助弱勢保險對象就醫應自行負擔費用」(112 年度為 2.52 億元，113 年度為 2.54 億元)，但二者財務獨立，不得相互流用、填補¹。

貳、預算書內容概述

茲就 112 年度預算截至 2 月底執行情形及 113 年度保險收支預算分析，分述如下：

一、112 年度預算執行情形

112 年度截至 2 月底止²，保險收入³為 1,464.76 億元，較預算數

¹ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 2、3 頁將營運計畫分為「保險營運計畫」及「其他計畫(菸品健康福利捐獲配收入供罕見疾病用藥費用及補助弱勢保險對象就醫應自行負擔費用)」。

² 112 年 2 月份會計月報收支餘絀情形表附註。

³ 保險收入=保費收入+其他補助收入+依法分配收入(不含菸捐挹注罕見疾病用藥及補助弱勢保險對象就醫費用)+利息收入+收回呆帳+雜項收入。

1,410.91 億元增加 53.85 億元，主要係因基本工資調漲、平均保險費及補充保險費等項增加所致；保險成本⁴為 1,243.08 億元，較預算數 1,229.42 億元增加 13.66 億元，主要係實際醫療費用總額協商成長率 3.323%，較預算成長率 3% 為高所致。

二、113 年度保險收支預算分析

(一)重要估計基礎摘述：

1.保費收入⁵：

(1)保險費收入

- ①保險費率：按一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 計算。
- ②保險對象人數：以 111 年加保資料推估，並參考國家發展委員會「中華民國人口推計(111 年至 159 年)」之人口成長資料，推估總人口數為 2,380.88 萬人。
- ③投保金額：依據 111 年加保資料，並考量自 112 年 1 月 1 日起，配合基本工資調整，投保金額分級表最低一級由 25,250 元調整為 26,400 元，平均投保金額假設第 1 類為 48,988 元，第 2 類為 29,109 元，第 3 類為 26,400 元，第 4、5 類定額保險費為 2,063 元，第 6 類定額保險費為 1,377 元。

(2)滯納金收入：參考 111 年度滯納金決算數編列(5.2 億元)。

2.依法分配收入⁶：

- (1)菸捐分配收入：依國民健康署預估 113 年度菸捐收入推估數 276 億元，分別按分配比例 50% 編列提存安全準備 138 億元，及 0.81% 挹注罕見疾病健保用藥費用 2 億 2,356 萬元；另編列補助弱勢保險對象就醫應自行負擔費用 3,000 萬元。
- (2)公益彩券盈餘分配收入：係按 111 年度實際獲配盈餘之 90% 編列。

3.保險給付⁷：

- (1)總額：依據 112 年度總額 8,364.24 億元，以成長率 3.323%

⁴ 保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用。

⁵ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 39 頁。

⁶ 健保署 112 年 3 月 25 日資料說明。

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

推估。

(2)部分負擔：受 COVID-19 疫情影響，排除 109、110 年度極端值後，以 111 年度金額每年接近 5 年平均成長率(約 3.8%)推估。

(3)代辦部分負擔：受 COVID-19 疫情影響，排除 109、110 年度極端值後，以 111 年度金額每年接近 5 年平均成長率(約 0.76%)推估。

(4)代辦費用：以 111 年度金額每年按成長率 3.323% 推估。

(5)代位求償費用：參考 111 年度金額及目前協商共識等估算。

(二)保險財務狀況：

1.保險收支及餘絀：113 年度編列保險收入 7,893.97 億元，保險成本 8,168.97 億元，保險收支短絀 275 億元(詳附表一)。

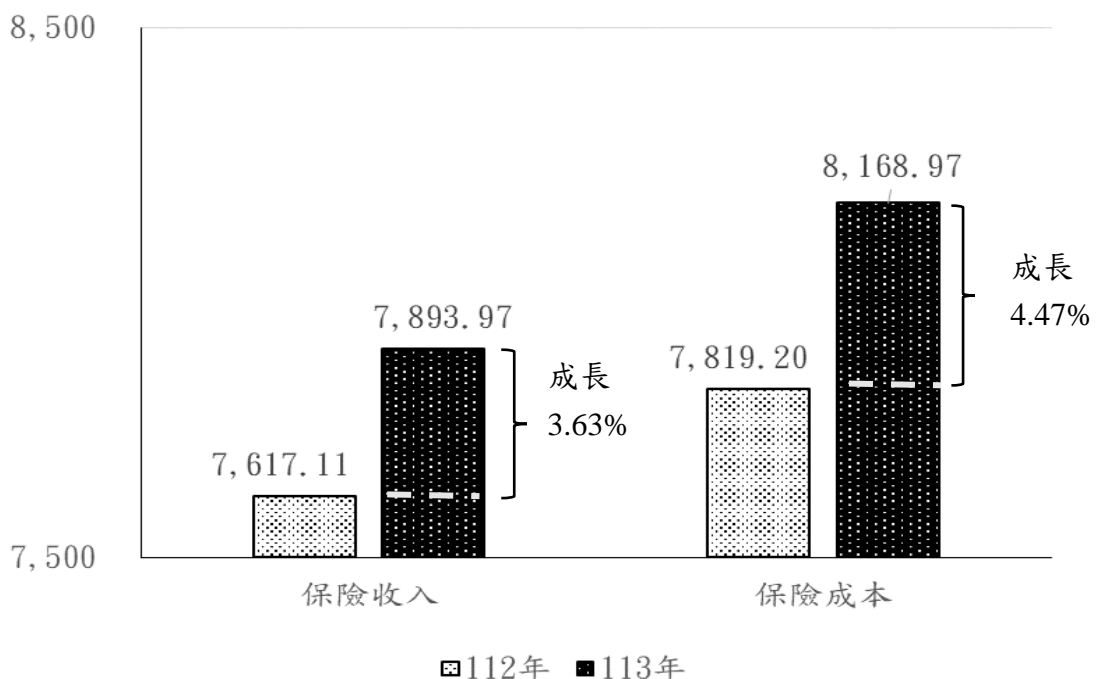
(1)保險收入：較 112 年度預算數 7,617.11 億元增加 276.86 億元，成長率 3.63%(如圖一)。

(2)保險成本：較 112 年度預算數 7,819.20 億元增加 349.76 億元，成長率為 4.47%(如圖一)。

(3)保險收支短絀：較 112 年度預算數短絀 202.10 億元增加 72.91 億元，成長率為 36.08%。

圖一 112、113年度保險收支情形

單位：億元



2.安全準備餘額

依據健保署提供之「113 年底安全準備餘額推估表」(詳附表七), 112 年度保險收支短絀數 84.01 億元, 加計 111 年底安全準備餘額 1,039.64 億元, 112 年底安全準備餘額為 955.63 億元, 加計 113 年度保險收支短絀數 275 億元後, 113 年底安全準備餘額為 680.62 億元, 約當 1.01 個月保險給付支出(如下表)。

112、113 年度最新財務預估表

年度	項目	依據健保署 最新財務預估
112	短絀數(億元)	84.01
	安全準備餘額(億元)	955.63
	約當保險給付月數(月)	1.48
113	短絀數(億元)	275
	安全準備餘額(億元)	680.62
	約當保險給付月數(月)	1.01

(三)保險收支項目分析：

以下將保險收支項目區分為保費收入、其他補助收入、依法分配收入、利息收入、保險給付及提列呆帳等 5 項, 進行年度成長比較⁸：

1.保費收入⁹

(1)113 年度預估保費收入 7,522.39 億元(含滯納金 5.2 億元), 較 112 年度 7,220.22 億元, 增加 302.17 億元, 成長率 4.19%(詳附表一、二)。

(2)113 年度保費收入中, 一般保險費收入預估為 6,072.19 億元(成長率 2.88%)、補充保險費為 604.78 億元(成長率 9.81%)、政府應負擔健保總經費 36% 不足數為 840.22 億元(成長率為 10.27%), 後 2 項合計 1,445 億元(詳附表二), 約占保費收入 19.21%。

⁸ 均以 113 年度預算數與 112 年度預算數比較。

⁹ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 39 頁。

(3)113 年度保險對象人數為 23,808,756 人，較 112 年度減少 94,706 人，主要係因第 6 類保險對象較 112 年度減少 192,657 人，成長率-5.29%，及第 3 類保險對象較 112 年度減少 40,877 人，成長率-2.11%，而第 4、5 類保險對象較 112 年度亦為負成長，第 1、2 類保險對象則較 112 年度為正成長(詳附表三)。

2.其他補助收入：

113 年度預估其他補助收入為 200 億元，較 112 年度 240 億元，減少 40 億元，成長率-16.67%(詳附表一)。

3.依法分配收入：

113 年度預估依法分配收入為 151.02 億元，較 112 年度 141.39 億元，增加 9.63 億元，成長率 6.81%(詳附表一)。分析如下：

(1)菸捐分配收入：113 年度預估菸捐分配收入 138 億元，較 112 年度 130.55 億元，增加 7.45 億元，成長率 5.71%(詳附表六)。

(2)公益彩券盈餘分配收入：113 年度預估公益彩券盈餘分配收入 13.02 億元，較 112 年度 10.84 億元，增加 2.18 億元，成長率 20.12%(詳附表六)。

4.利息收入¹⁰

113 年度預估利息收入為 8.35 億元，較 112 年度預算數 4.55 億元，增加 3.8 億元，成長率 83.36% (詳附表二)。

5.保險給付¹¹

(1)113 年度保險給付 8,107.23 億元，較 112 年度 7,755.41 億元，增加 351.82 億元，成長率 4.54%(詳附表四)。

(2)影響 113 年度保險給付金額之項目(含加項及減項)中，部分負擔、代辦部分負擔較 112 年度下降，代位求償費用、菸捐與 112 年度相同，其他項目金額較 112 年度增加。

¹⁰ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 15 頁。

¹¹ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

(3)113 年度總額預估為 8,642.18 億元，現行各年度總額，係由主管機關(衛福部)擬訂成長率範圍，報請行政院核定後，再交由本會協議訂定。108 至 112 年度行政院核定之總額範圍及本會所協定成長率，詳附表五。

(4)113 年度「提升保險服務成效」¹²

①辦理重點：辦理醫療相關應用系統維運、資安相關軟體維護及版權購置暨資訊技術諮詢服務，及 ICD-10-CM/PCS 改版、增修醫療服務給付項目、醫療服務給付項目與健保藥品及特殊材料醫療科技再評估、DRG 全面導入雙軌推動、精進健保全方位智能客服等作業。

②預算：113 年度編列 5.31 億元，較 112 年度 5.19 億元，增加 0.12 億元，成長率 2.28%。113 年度預算包括業務費用 3.15 億元、電腦軟體 1.51 億元及機械設備 0.64 億元(詳附表四)。

5.提列呆帳¹³

(1)113 年度提列呆帳 56.32 億元，較 112 年度預算數 59.27 億元減少 2.95 億元，成長率-4.98%(詳附表二)。

(2)113 年度預估呆帳率¹⁴為 0.75%，略低於 112 年度之 0.82%。

參、109~112 年度保險收支項目推估差異比較表

就 109~112 年度保險收支項目之預算數、費率審議推估數、決算數之差異，比較如下表、圖二，提供委員參考。

¹² 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 40 頁。

¹³ 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算書第 43 頁。

¹⁴ 呆帳率=呆帳/保費收入。

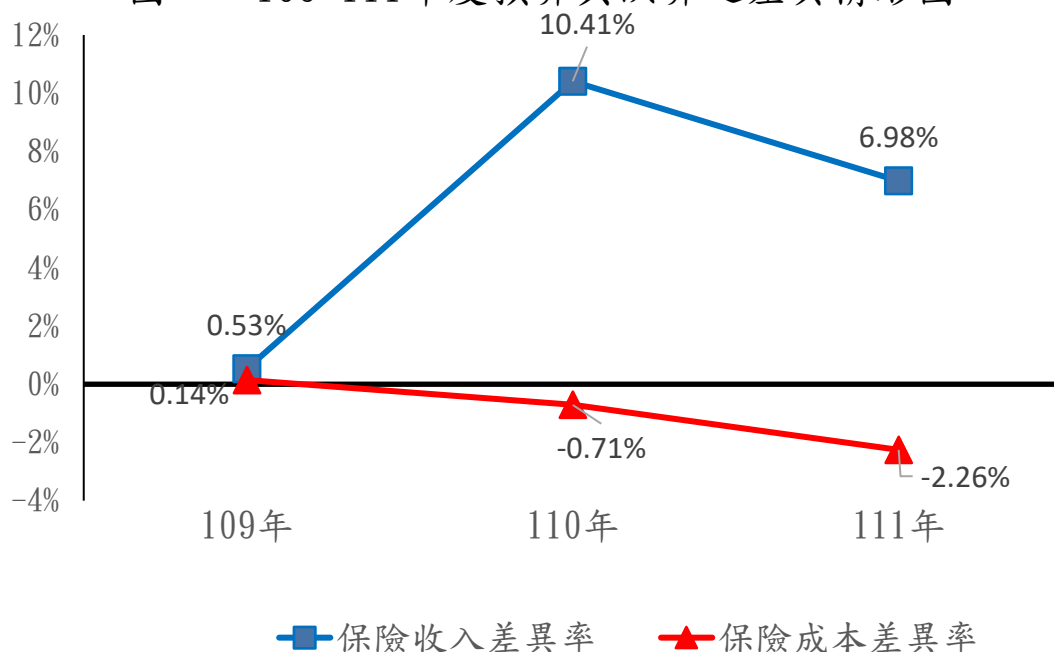
109~112 年度保險收支項目比較表

單位：億元；%

年度	項目	預算數 (a)	費率審議 推估數(b)	決算數 (c)	c-a(決算-預算)		c-b(決算-費率推估)	
					金額	差異百分比	金額	差異百分比
109	保險收入	6,245	6,276	6,278	33	0.53%	2	0.03%
	保險成本	6,944	6,945	6,954	10	0.14%	9	0.13%
	保險收支餘絀	-699	-669	-676	23	-	-7	-
110	保險收入	6,448	6,379	7,119	671	10.41%	740	11.60%
	保險成本	7,326	7,231	7,274	-52	-0.71%	43	0.59%
	保險收支餘絀	-878	-852	-155	723	-	697	-
111	保險收入	7,106	7,205	7,602	496	6.98%	397	5.51%
	保險成本	7,671	7,471	7,498	-173	-2.26%	27	0.36%
	保險收支餘絀	-565	-266	104	669	-	370	-
112	保險收入	7,558	7,703	-	-	-	-	-
	保險成本	7,760	7,752	-	-	-	-	-
	保險收支餘絀	-202	-49	-	-	-	-	-

註：1. 預算數：109~111 年為法定預算、112 年為送立法院審議預算書；費率審議推估數 111 年 11 月提供；決算數：109、110 年為審定數；111 年為自編數。
2. 為使比較基礎一致，預算數及決算數係將呆帳金額移列為保險收入減項(與費率審議推估基礎一致)

圖二 109~111 年度預算與決算之差異情形圖



肆、結論

一般保險費及補充保險費費率在 110 年度調整為 5.17% 及 2.11% 下，依據健保署最新財務預估(附表七)，113 年度保險成本

仍大於保險收入，預計保險收支短絀 275 億元，較 112 年度短絀 84.1 億元增加 190.99 億元，預估至 113 年底，安全準備餘額為 680.62 億元，約當 1.01 個月保險給付支出。依據健保法第 78 條規定，健保安全準備以相當於最近精算 1~3 個月之保險給付支出為原則，113 年底安全準備將接近法定 1 個月之規定，且由於 112 年及 113 年預計行政院將挹注健保安全準備 240 億元及 200 億元，方可紓解健保財務壓力，爰建請衛福部及健保署持續推動財務平衡與開源節流相關措施，俾益健全健保財務。

附表一、收支餘絀情形比較表(保險收支部分)

單位：新臺幣千元；%

科目	1111年度 決算數 ¹ (a)		1112年度 預算數 ² (b)		1113年度 預算數 ³ (c)		1112與1111年度 比較增減		1113與1112年度 比較增減	
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a	金額 (c-b)	成長率 (c-b)/b
保險收入	765,497,682	100.00%	761,710,884	100.00%	789,396,664	103.63%	-3,786,798	-0.49%	27,685,780	3.63%
保費收入	747,717,691	97.68%	722,021,593	94.79%	752,239,104	98.76%	-25,696,098	-3.44%	30,217,511	4.19%
其他補助收入			24,000,000	3.15%	20,000,000	2.63%	24,000,000	-	-4,000,000	-16.67%
依法分配收入 ⁴	15,484,790	2.03%	14,138,974	1.86%	15,102,265	1.98%	-1,345,816	-8.69%	963,291	6.81%
利息收入	1,008,492	0.13%	455,213	0.06%	834,665	0.11%	-553,279	-54.86%	379,452	83.36%
收回呆帳	1,264,198	0.17%	1,070,000	0.14%	1,198,000	0.16%	-194,198	-15.36%	128,000	11.96%
雜項收入	22,511	0.00%	25,104	0.00%	22,630	0.00%	2,593	11.52%	-2,474	-9.86%
保險成本	755,154,799	100.00%	781,920,474	100.00%	816,896,953	104.47%	26,765,675	3.54%	34,976,479	4.47%
保險給付	749,392,561	99.24%	775,540,632	99.18%	810,722,533	103.68%	26,148,071	3.49%	35,181,901	4.54%
呆帳	5,337,173	0.71%	5,927,190	0.76%	5,632,008	0.72%	590,017	11.05%	-295,182	-4.98%
業務費用	423,653	0.06%	451,333	0.06%	540,766	0.07%	27,680	6.53%	89,433	19.82%
雜項費用	1,412	0.00%	1,319	0.00%	1,646	0.00%	-93	-6.59%	327	24.79%
保險收支餘絀	10,342,883		-20,209,590		-27,500,289		-30,552,473	-295.40%	-7,290,699	36.08%

註：

1.1111年度全民健康保險基金附屬單位決算書。

2.1112年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。

3.1113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、42頁。

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

附表二、保險預算估計基礎比較表

單位：新台幣千元；%

序號	項目	決算數 ¹						111年度		112年度		113年度	
		109年度(審定)		110年度(審定)		金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率	金額	成長率
		金額	成長率	金額	成長率								
1	保費收入	614,754,092	0.87%	699,469,487	13.78%	747,717,691	6.90%	722,021,593	-3.44%	752,239,104	4.19%		
	一般保險費收入	507,386,753	0.70%	566,306,980	11.61%	586,193,565	3.51%	590,247,746	0.69%	607,218,713	2.88%		
	補充保險費收入	47,274,532	-0.79%	58,229,157	23.17%	72,440,430	24.41%	55,073,847	-23.97%	60,478,436	9.81%		
	政府補助保費差額收入	59,625,898	3.64%	74,488,068	24.93%	88,561,944	18.89%	76,200,000	-13.96%	84,021,955	10.27%		
	滯納金收入	466,909	3.36%	445,282	-4.63%	521,752	17.17%	500,000	-4.17%	520,000	4.00%		
1-1	保險給付	695,096,869	5.90%	727,015,447	4.59%	749,392,561	3.08%	775,540,632	3.49%	810,722,533	4.54%		
2	其他補助收入	0	-	0	-	0	-	24,000,000	-	20,000,000	-16.67%		
3	收回呆帳	1,055,938	15.37%	1,132,849	7.28%	1,264,198	11.59%	1,070,000	-15.36%	1,198,000	11.96%		
	呆帳	5,000,479	6.44%	5,429,871	8.59%	5,337,174	-1.71%	5,927,190	11.05%	5,632,008	-4.98%		
4	利息收入 ⁴	1,054,268	-28.20%	552,919	-47.55%	1,008,492	82.39%	455,213	-54.86%	834,665	83.36%		
	利息費用	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
5	各級政府未依限撥付保險費	3,729,457	-43.33%	0	-100.00%	0	-	0	-	0	-		
	期末短期借款餘額	0	-	0	-	0	-	0	-	0	-		
6	雜項收入	23,638	-11.79%	31,506	33.28%	22,512	-28.55%	25,104	11.51%	22,630	-9.86%		
	雜項費用	4,686	174.94%	1,897	-59.52%	1,412	-25.57%	1,319	-6.59%	1,646	24.79%		
7	業務費用	330,807	30.55%	372,646	12.65%	423,654	13.69%	451,333	6.53%	540,766	19.82%		
8	年底安全準備餘額	109,136,082	-38.25%	93,620,897	-14.22%	103,963,781	11.05%	41,979,613	-59.62%	68,062,304	62.13%		
	安全準備相當保險給付月數 ⁵	1.88	-41.69%	1.55	-17.98%	1.66	7.73%	0.65	-60.96%	1.01	55.38%		

註：

- 1.健保署提供之109至110年度審定決算資料、111年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 2.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第9、39、40頁。
- 4.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第15頁，利息收入包括營運資金利息、安全準備利息。
- 5.安全準備相當保險給付月數=年底安全準備餘額/(保險給付12)。

附表三、保險對象類別結構人數變動表

單位：人；%

年度 項目	109年度 ¹		110年度 ¹		111年度 ¹		112年度 ²		113年度 ³	
	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率	人數	成長率
總保險對象 (一至六類)	23,986,997	-0.14%	23,861,265	-0.52%	23,787,442	-0.31%	23,903,462	0.49%	23,808,756	-0.40%
第一類	14,261,664	0.39%	14,325,078	0.44%	14,444,902	0.84%	14,413,251	-0.22%	14,451,009	0.26%
第二類	3,599,975	0.88%	3,623,011	0.64%	3,577,629	-1.25%	3,536,642	-1.15%	3,646,709	3.11%
第三類	2,075,142	-2.76%	2,010,995	-3.09%	1,929,257	-4.06%	1,936,389	0.37%	1,895,512	-2.11%
第四類	98,922	-3.05%	98,233	-0.70%	97,330	-0.92%	90,913	-6.59%	85,050	-6.45%
第五類	292,914	-1.21%	287,491	-1.85%	282,652	-1.68%	286,735	1.44%	283,601	-1.09%
第六類	3,658,380	-1.46%	3,516,457	-3.88%	3,455,672	-1.73%	3,639,532	5.32%	3,446,875	-5.29%

註：

- 1.健保署112年1月份業務執行季報告表2「全民健保各類保險對象人數統計表」(109~111年底人數)。
- 2.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 3.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第39頁。
- 4.成長率=前後年度相差人數/前一年度人數。

附表四、保險給付分析表

單位：新臺幣千元；%

明細科目	111年度 預算數 ¹	112年度 預算數 ² (a)	113年度 預算數 ³ (b)	113較112年度增減	
				金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
保險給付	766,689,093	775,540,632	810,722,533	35,181,901	4.54%
一、醫療費用【(一)、(二)合計】	828,637,532	845,246,653	875,936,229	30,689,576	3.63%
(一) 醫療給付費用總額 ³	815,735,034	833,848,351	864,217,882	30,369,531	3.64%
(二) 代辦費用	12,902,498	11,398,302	11,718,347	320,045	2.81%
二、減項合計數【(一)至(五)合計】	61,948,439	69,706,021	65,213,696	-4,492,325	-6.44%
(一) 部分負擔(1、2合計)	45,990,518	55,365,330	50,541,133	-4,824,197	-8.71%
1.部分負擔	40,416,000	49,819,000	45,011,000	-4,808,000	-9.65%
2.代辦部分負擔	5,574,518	5,546,330	5,530,133	-16,197	-0.29%
(二) 代位求償費用	2,200,000	2,200,000	2,200,000	0	0.00%
(三) 代辦費用	12,902,498	11,398,302	11,718,347	320,045	2.81%
(四) 菸品健康捐	225,990	223,560	223,560	0	0.00%
(五) 提升保險服務成效	629,433	518,829	530,656	11,827	2.28%

註：

1.111年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁(法定預算)。

2.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁(預算案)。

3.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第40頁，113年醫療給付費用總額依112年8,364.23528億元以成長率3.323%推估。

附表五、108年度至112年度行政院核定總額範圍及協定結果

單位：%

設定方式	年度	總醫療給付費用成長率					近5年平均 成長率
		108年度 ¹	109年度 ¹	110年度 ¹	111年度 ¹	112年度 ²	
行政院核定範圍		2.516~4.5 ；若增列C型 肝炎口服新 藥費用，則 不得超過4.7 之上限	3.708~5.5	2.907~4.5	1.272~4.4	1.307~4.5	
較前一年核定總額成長率		4.417	5.237	4.107	3.320	3.323	4.081

註：

- 1.全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽-111年版第37、38頁。
- 2.依據衛生福利部111年8月10日衛部保字第1110131417號函及衛生福利部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告。

附表六、提存及收回安全準備分析比較表¹

單位:新臺幣千元; %

來源及去路項目	決算數 ²			112年度 預算數 ³ (a)	113年度 預算數 ⁴ (b)	113較112年度增減	
	109年度 (審定)	110年度 (審定)	111年度 決算數			金額 (b-a)	成長率 (b-a)/a
提存安全準備(安全準備來源)A	0	0	10,342,884	0	0		-
依法提存安全準備	17,382,866	17,095,871	16,890,607	15,082,994	16,310,986	1,227,992	8.14%
(1)滯納金收入	466,909	445,282	521,752	500,000	520,000	20,000	4.00%
(2)運用收益	978,381	532,675	884,065	444,020	688,721	244,701	55.11%
(3)公益彩券分配收入	1,500,830	1,511,275	1,447,692	1,084,174	1,302,265	218,091	20.12%
(4)菸品健康福利捐分配收入	14,436,746	14,606,639	14,037,098	13,054,800	13,800,000	745,200	5.71%
填補保險收支短絀	-17,382,866	-17,095,871	-6,547,723	-15,082,994	-16,310,986	-1,227,992	8.14%
收回安全準備(安全準備去路)B	67,607,329	15,515,185	0	20,209,590	27,500,289	7,290,699	36.08%
保險收支短絀	67,607,329	15,515,185	0	20,209,590	27,500,289	7,290,699	36.08%
淨提存(收回)安全準備(=A-B)	-67,607,329	-15,515,185	10,342,884	-20,209,590	-27,500,289	-7,290,699	36.08%
年底安全準備餘額	109,136,082	93,620,897	103,963,781	41,979,613	68,062,304	26,082,691	62.13%
安全準備餘額折合保險給付月數	1.88	1.55	1.66	0.65	1.01	0.36	55.38%

註：

- 1.健保法第76條規定，安全準備來源包括年度收支結餘、滯納金、運用收益、菸品健康福利捐及其他法令規定之收入；年度收支短絀應由安全準備先行填補。
- 2.健保署提供之109至110年度審定決算試算表、111年度全民健康保險基金附屬單位決算書。
- 3.112年度全民健康保險基金附屬單位預算書(預算案)。
- 4.113年度全民健康保險基金附屬單位預算書第42頁。

附表七 全民健康保險基金
113年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科 目	113年度擬編數
保險收入	789,650,224
保費收入	752,239,104
其他補助收入	20,000,000
依法分配收入	15,355,825
利息收入	834,665
收回呆帳	1,198,000
雜項收入	22,630
保險成本	817,150,513
保險給付	810,722,533
呆帳	5,632,008
業務費用	540,766
雜項成本及費用	255,206
保險收支淨賸餘(短絀)	-27,500,289
安全準備餘額推估：	
111年底安全準備餘額(自編決算)	103,963,781
112年度預估短絀(依據財務組112年2月健保財務 預估)	-8,401,188
112年底安全準備餘額	95,562,593
113年度預算短絀(擬編預算)	-27,500,289
113年底安全準備餘額(約保險給付1.01個月)	68,062,304

全民健康保險會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議
預決算備查案委員意見彙整表

委員 姓名	委員意見	回應說明
陳鴻文	<p>111 年保險收入受基本工資調漲及軍公教調薪等因素影響，使保險收入大幅成長，111 年健保財務逆轉產生結餘 103 億元。另，113 年度的分析報告提及：「112 年截至 2 月底止，保險收入為 1,464.76 億元，較預算數 1,410.91 億元增加 53.85 億元，主要係因基本工資調漲、平均保險費及補充保險費等項增加所致。</p> <p>然 112、113 年最新財務預估表顯示 112 年短絀數 84.01 億元、113 年短絀數 275 億元。為何保險收入持續增加(113 年較 112 年增加 3.63%)，健保財務反而逆向虧損且擴大，尤其保險成本 113 年較 112 年增加 4.47%，遠遠超出保險收入增加的比例，這樣的財務預估是否合理請補充說明，同時請健保署應強化且落實推動財務平衡與開源節流相關措施，以健全健保財務。</p>	<p>一、有關 113 年度保險收入係以一般保險費率 5.17%、補充保險費率 2.11% 為基礎，參考「中華民國人口推計(2022 年至 2070 年)」之人口成長資料推估保險對象人數及結構，並考量 112 年 1 月 1 日起配合基本工資調漲，調整平均投保金額等因素後，估算該項金額；保險成本則係依 112 年度醫療給付費用總額以成長率 3.323% 推估，並扣除部分負擔、代辦部分負擔及代位求償費用等項目；在預期 113 年度保險費率未調整前提下，雖因基本工資調漲致保險收入較 112 年度增加，惟因預估 113 年度保險對象人數較 112 年度負成長，又因隨人口老化，醫療需求增加等因素，預估整體保險收入成長比例低於保險成本成長比例。</p> <p>二、為健保長期財務穩健、永續經營，本署積極採取各項開源節流措施，分別說明如下： (一)開源部分：於 111 年 7 月 1 日，將投保金額上限調高 5 級至 219,500 元；另為因應中長期財務壓力，持續研擬各項可能之財務改善</p>

委員 姓名	委員意見	回應說明
		<p>配套措施，包含檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任及擴大補充保險費計費基礎等。</p> <p>(二)節流部分：強化各項管理策略，包括持續推動分級醫療、精進雲端醫療資訊、加強審查與查核機制、減少不必要醫療利用、推動疾病管理、促進院所合作機制、照護服務之銜接、強化自我照護能力，並設定18項管理指標，按季執行追蹤，亦將持續精進方案，滾動調整執行策略及管理指標，以減緩醫療支出成長壓力。</p> <p>三、綜上，為使健保穩健經營，本署將持續檢討保險給付與保險費率，推動各項整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用之措施，減緩醫療支出成長壓力，確保健保財務平衡。</p>

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)，請鑒察。

說明：

- 一、依衛生福利部 111 年 1 月 26 日衛部健字第 1113360011 號公告 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式暨貴會 112 年度工作計畫辦理。
- 二、本署報告資料如附件一(第 76~80 頁)。

報告單位業務窗口：黃怡娟科長，聯絡電話：02-27065866 分機 2636

.....

本會補充說明：

一、「代謝症候群防治計畫」(下稱代謝計畫)為衛福部健保總額中長期改革計畫之一，說明如下：

(一)本計畫係由國民健康署(下稱健康署)及健保署合作推動，透過公務預算與健保資源結合，強化慢性病危險因子控制，減少國人罹患慢性病，在 111 年度首次納入西醫基層總額，於專款項目編列 3.08 億元。健保署分別於 111 年 4 月及 12 月份委會議進行 2 次專案報告，委員肯定計畫之執行方向，惟對於照護人數、支付單價與健保專款計畫間之衡平性、檢驗(查)重複性及其如何與家庭醫師整合性照護計畫(下稱家醫計畫)整合等，認為仍有精進空間，委員意見摘要如附件二(第 81~85 頁)。

(二)112 年度本計畫專款額度增編為 6.16 億元(增加 3.08 億元)，依總額決定事項，請健保署辦理項目如下：

- 1.朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家醫計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。

- 2.精進計畫內容，考量與現行健保專款計畫同性質項目之支付衡平性，訂定合理支付單價，增加服務人數。
- 3.積極建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。

二、依健保署所提報告，計畫業於 111 年 6 月 20 日公告，自同年 7 月 1 日起實施。

(一)初步執行結果：

截至本(112)年 3 月 14 日，收案人數為 23,820 人(111 年執行目標為 10 萬人)，其中 9,978 人已有追蹤資料(占 41.9%)，並有 6~43%個案之檢驗(查)項目已改善至達標準值；另健保署表示將協助健康署辦理委辦計畫，持續監測計畫成效。

(二)112 年計畫於 112 年 2 月 13 日公告，自 112 年 1 月 1 日起實施，委員意見多已納入計畫修訂參考，修訂重點如下：

1.增加服務人數：

(1)擴大收案對象，新增 20~64 歲保險對象符合糖尿病前期(糖化血紅素：5.7~6.4%)者。

(2)每一診所收案人數上限由 100 人提高至 200 人。

2.減少重複檢驗(查)：自 111 年 8 月起，收案評估及追蹤管理之檢驗(查)項目，得採用收案、追蹤日期前 3 個月內之檢驗(查)數據(含成人健康檢查檢驗數據)。

3.提升給付效益：

(1)不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」重複收案，但初期慢性腎臟病(CKD)收案對象除外，惟仍不得重複支付管理費。此外，也不得與「家醫計畫」重複支付管理費。

(2)結案條件增列「收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者」。

(三)後續推動方向：

- 1.朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家醫計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。
- 2.因本計畫收案個案中有 68%為家醫計畫收案會員，收案重複率高，為提供全人照護，規畫於 113 年度將本計畫整併入家醫計畫辦理。

三、本會研析意見：

(一)有關 111 年委員所提意見，健保署及健康署已就委員意見逐項回應說明(如附件二，第 81~85 頁)，對於委員建議事項，多數已納入 112 年計畫研修，惟就以下部分，建議再行審酌：

- 1.建議訂定 112 年照護人數目標值：考量 112 年度預算數較 111 年度增加 1 倍，雖計畫內容已擴大收案對象，但未明確訂出 112 年服務人數目標值，建議訂出年度目標值，以利計畫推動。
- 2.建議持續檢討支付單價、降低評估及檢驗(查)費：考量計畫自 111 年 8 月起，檢驗(查)項目可採用收案、追蹤日期前 3 個月內數據，故健保署與健康署於 111.12.15 召開共識會議討論時，建議「收案評估費(內含檢驗檢查費用)」900 點調整為 300 點，檢驗(查)費用則由專款核實支應，惟未獲共識，仍維持 900 點。建議檢討是否有重複支付檢驗(查)費用之問題，以及健保專款計畫間之支付衡平性。

(二)支持健保署未來將朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家醫計畫共同執行，建議即早提出具體執行方案，以利 113 年度總額協商：

- 1.考量我國人口老化、罹患多重慢性病人逐年增加，目前健保已有多項以疾病別照護為導向的計畫，若不斷增加計畫，恐讓照護零碎化，不利「以人為中心」之全人照護模式建立，故支持健保署將本計畫併入家醫計畫之規劃，並建議未來也能逐步納入健保各項疾病別照護計畫(如各項論質

計酬計畫)，以擴大家醫計畫照護對象，落實「家庭責任醫師」制度。

2. 考量計畫整合，需先進行執行面整合及預算統整運用之規劃，建議健保署與相關司署即早研商可行之整合方式，並於 113 年度總額協商前提出明確規劃(含收案條件、費用支付、獎勵方式、成效評估，以及預算整併方式及額度等)，以利總額協商。

(三)請持續追蹤計畫執行成效，提供總額協商參考：

本會委員對於衛福部提升健保效率及照護品質之政策項目，總額協商時多予支持，但也相對要求進行計畫成效評估，並應將節流成效回饋總額預算，擴大服務內容。依附件二之健康署說明，該署將與健保署合作，透過委辦研究監測計畫成效，並提出整體效益量化指標。建議完成評估後，將結果提報本會，以利本會納為總額協商參考。

決定：

代謝症候群防治計畫之改進方案

一、計畫執行目的及內容：

(一)目的：針對代謝症候群個案早期介入，由醫事服務機構早期發現具高風險罹患慢性病之個案，協助個案追蹤管理，透過醫療人員指導，引導代謝症候群患者改變飲食及生活型態，以預防或延緩慢性病之發生。

(二)服務內容：

1.收案評估：

(1)醫師向收案對象說明計畫內容及研擬照護目標及策略。

(2)將個案基本資料及相關檢驗資料登錄於 VPN。

(3)交付「代謝症候群疾病管理紀錄表」衛教指引予個案進行自我管理。

2.追蹤管理：

(1)醫師以電話、訪視、診間等方式定期追蹤個案健康管理情形，並提供衛教指導。

(2)將個案追蹤項目、方式及收案評估未達標準之檢驗檢查項目等資料登錄於 VPN。

3.年度評估：

(1)依個案代謝症候群五大指標之改善情形，評估結案或擬定次年度照護目標。

(2)將個案危險因子、伴隨疾病及檢查數據等資料登錄 VPN。

二、執行現況：

(一)預算：111 年 3.08 億元、112 年 6.16 億元。

(二)實施期間：自 111 年 7 月 1 日起實施。

(三)計畫參與情形：截至 112 年 3 月 14 日止，參與院所計 1,371 家，參與醫師計 2,214 人，收案人數計 23,820 人。

(四)111 年費用支付情形：

1.111年7月至111年12月院所申報收案評估費(P7501C)約2,061萬點、追蹤管理費(P7502C)約136萬點、年度評估費(P7503C)約1萬點。

2.獎勵費預計核發11萬8,750點，包括診所品質獎勵費(11萬5,000點)及新發現個案獎勵費(3,750點)。

三、112年計畫修正重點：

(一)擴大收案條件：新增20~64歲保險對象符合糖尿病前期(糖化血紅素(HbA1c)：5.7~6.4%)之收案條件。

(二)提高診所照護人數：每一診所收案人數上限由100人提高至200人。

(三)新增「個案績優改善獎勵費」：積極進行生活型態管理有成效且已無用藥並結案之個案，每一個案獎勵院所1,000點。

(四)減少重複檢驗檢查：新增收案評估及追蹤管理時，檢驗檢查項目可使用收案/追蹤日期前3個月內數據。

(五)提升給付效益：全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫及「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」之初期慢性腎臟病(CKD)之個案管理費及本計畫追蹤管理費不重複支付、不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)(DM、DKD)重複收案、增列「收案個案已達一年且收案評估時未達標準值的管理項目任一項皆未有進步者」之結案條件。

四、成效評估：

111年7月1日至112年3月14日收案人數為23,820人，其中9,978人已有追蹤資料，占41.9%。

(一)個案追蹤資料達標準值情形：

1.收案時檢測項目未達標準之個案，於最近一次追蹤時，有6%~43%個案其檢驗檢查項目達標準值。

序號	檢驗檢查項目	收案時檢測項目未達標準之個案數(A)	追蹤時已達標準值個案數(B)	比率(B/A)
1	腰圍	8,839	604	6.8%
2	身體質量指數(BMI)	6,291	386	6.1%
3	飯前血糖(AC)	5,440	1,229	22.6%
4	收縮壓	6,578	1,848	28.1%
5	舒張壓	4,555	1,966	43.2%
6	三酸甘油酯(TG)	6,177	1,730	28.0%
7	高密度脂蛋白(HDL)	4,867	1,118	23.0%

註：資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群收案資料檔)(擷取區間：111.07.01-112.03.14)。

2.收案時已使用藥物治療之個案，於最近一次追蹤時，有 5%~11% 個案已無使用藥物。

序號	藥物項目	收案時使用藥物個案數(A)	追蹤時已無使用藥物個案數(B)	比率(B/A)
1	降血糖藥物	1,753	157	9.0%
2	降血壓藥物	6,739	328	4.9%
3	降血脂藥物	5,702	599	10.5%

註：資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群收案資料檔)(擷取區間：111.07.01-112.03.14)。

(二)個案追蹤資料達個案進步情形：

收案時檢測項目未達標準之個案，於最近一次追蹤時，有 22%~43% 個案其檢驗檢查項目達進步獎勵目標值。

序號	檢驗檢查項目	收案時檢測項目未達標準之個案數(A)	追蹤時已達進步獎勵目標值個案數(B)	比率(B/A)
1	腰圍	8,839	1,945	22.0%
2	飯前血糖(AC)	5,440	1,591	29.3%
3	收縮壓	6,578	1,848	28.1%
4	舒張壓	4,555	1,966	43.2%
5	三酸甘油酯(TG)	6,177	2,139	34.6%
6	低密度脂蛋白(LDL)	2,727	1,058	38.8%

註：資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群收案資料檔)(擷取區間：111.07.01-112.03.14)。

(三)個案收案前後使用三高用藥分析：

1.收案日前 4 個月內有使用任一三高藥物者，於收案日後 4 個月內約有 4%無三高用藥紀錄。

藥物類別	收案日前 4 個月內有使用藥物個案數(A)	收案日後 4 個月內無使用藥物個案數(B)*	占比 (B)/(A)
降血糖藥物	3,323	183	5.5%
降血壓藥物	8,976	612	6.8%
降血脂藥物	8,843	523	5.9%
三高藥物任一	13,314	480	3.6%

註：資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群收案資料檔、藥品主檔、門診清單醫令明細檔及門診清單明細檔)(擷取區間：111.07.01-112.10.31)。

*排除無就醫個案。

2.收案日前 4 個月內無使用三高用藥者，於收案日後 4 個月內約有 42%有使用任一項三高用藥，其中約有 73%個案為開立慢箋領藥者。

藥物類別	收案日前 4 個月內無使用藥物個案數(A)	收案日後 4 個月內有使用藥物個案數(B)	占比 (B)/(A)	收案日後 4 個月內開立慢箋領藥個案數(C)	占比 (C)/(B)
降血糖藥物	16,462	1,005	6.1%	715	71.1%
降血壓藥物	10,809	1,569	14.5%	1,003	63.9%
降血脂藥物	10,942	3,134	28.6%	2,515	80.2%
三高藥物任一	6,470	2,713	41.9%	1,984	73.1%

註：資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群收案資料檔、藥品主檔、門診清單醫令明細檔及門診清單明細檔)(擷取區間：111.07.01-112.10.31)。

五、後續推動方向：

(一)本計畫 112 年度總額核(決)定事項，包括朝「以人為中心」之合作照護模式為推動方向，並規劃與家庭醫師整合性照護計畫共同執行，及善用健康科技工具，強化個案管理功能。

(二)111 年本計畫收案個案 23,738 人，計 16,218 人(68%)為家醫計畫收案會員，因本計畫及家醫計畫收案重複率高，為提供全人照護將朝向本計畫整併到家醫計畫方式規劃，並朝 113 年度代謝症候群防治計畫專款預算納入家醫計畫專款辦理。

六、針對健保會委員所提建議事項(詳附件二，第 81~85 頁)，重點摘述如下：

- (一)服務人數提升：112 年本計畫已提高每一診所收案人數上限為 200 人，將持續鼓勵診所參與本計畫，以擴大照護涵蓋數。
- (二)支付單價衡平性：健康署於 111 年 12 月 15 日召開 112 年計畫內容共識會議，討論是否調整收案評估費之支付點數為 300 點(扣除 4 項內含檢驗項目支付點數)，另檢驗檢查項目以本計畫專款支應並核實申報，會議決議維持支付點數 900 點。
- (三)減少重複檢驗檢查：
- 1.本計畫自 111 年 8 月起，已可採用收案日前 3 個月之成人健康檢查等檢驗數據。
 - 2.本署雲端查詢系統已提供近 12 個月檢查、檢驗結果供醫師查詢，達資訊共享之目的。

健保署及健康署對本會委員意見之說明

委員意見	健保署及健康署說明
<p>(一)降低給付單價，以增加服務人數</p> <p>1.因較其他健保計畫，本計畫111年每人給付單價過高，最高可達3,450點，遠高於家醫計畫每人800點(個案管理費250點、成效獎勵費550點)，與健保各項計畫有衡平性問題。</p> <p>2.建議應降低給付單價(尤其檢驗檢查費過高)，並增加照護人數。</p> <p>註：</p> <p>1.111年代謝症候群防治計畫支付項目：收案評估費900點(含檢驗檢查640點)、追蹤管理費600點、年度評估費500點、獎勵費1,450點(含新發現個案獎勵費150點、個案進步獎勵費500點、健康署支付戒菸、戒檳等獎勵800點)。</p> <p>2.112年新增獎勵項目「個案績優改善獎勵」：個案於年度評估時，任3項代謝症候群指標達標準值，且收案6個月後無三高用藥者，獎勵1,000點，不得與「個案進步獎勵費」重複給付。</p>	<p>健保署：</p> <p>1.收案評估費支付點數內含4項檢驗檢查點數，如採用收案前三個月之檢驗檢查數據，有重複支付相同檢驗檢查費用的問題。</p> <p>2.健康署於111年12月15日召開112年計畫內容共識會議，討論是否調整支付點數為300點(扣除4項內含檢驗項目支付點數)，另檢驗檢查項目以本計畫專款支應並核實申報，會議決議維持支付點數900點。</p> <p>3.診所收案人數上限已於112年計畫修正。</p> <p>健康署：</p> <p>1.本計畫收案評估階段以改善不健康生活型態為主，於疾病前期介入所需執行事項繁多，醫師於診間需對於個案投入更多的疾病管理指導，故需反映於支付點數增加執行誘因。</p> <p>2.112年計畫已提高每一診所收案人數上限為200人，擴大照護涵蓋數。</p>
<p>(二)減少重複檢驗(查)</p> <p>建立與成人健檢之個案轉介及資源共享機制，減少重複檢驗(查)，以提升計畫執行成效。</p>	<p>健保署：</p> <p>1.本計畫自111年8月起，得採用收案日前3個月之成人健康檢查等檢驗數據。</p> <p>2.本署雲端查詢系統已提供近12個月檢查、檢驗結果供醫師查詢，達資訊共享之目的；至成健個案轉介機制，宜由健康署訂定相關作業說明以茲院所遵循。</p> <p>健康署：</p> <p>本計畫已規範於收案階段得採用個案</p>

委員意見	健保署及健康署說明
	收案日前3個月內檢驗數值，診所可針對成健檢查異常個案收案，建立轉介機制，降低重複檢驗檢查。
<p>(三)規劃與家醫計畫共同執行 即早規劃與家醫計畫共同執行，以擴展照護人數，使資源有效運用。</p>	<p>健保署： 1.111年本計畫收案個案23,738人，計16,218人(68%)為家醫計畫收案會員，屬家醫計畫較需照護族群(由本署派案)共有14,111人，屬醫療院所自收個案共2,107人(詳附表1及2)。 2.因兩計畫收案重複率高，為提供全人照護，將朝向本計畫整併到家醫計畫方式規劃。</p>
<p>(四)成效評估</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.「完整照護達成率」屬過程面指標，未能反映計畫效益。請提出明確反映整體效益的量化指標，如減少慢性病、降低就醫次數、減少健保支出等，並提供指標定義。 2.對於個案之健康改善，宜有長期追蹤成效之機制，以確認計畫持續效果。 3.建議提出計畫之成本效益分析：應提出計畫成本效益分析，讓各界審視投資是否合乎效益。 4.應將使用藥物等影響因素納入成效評估考量：為評估健康狀況改善是否為生活型態改變所致，應將是否使用藥物、藥品項數或劑量、其他介入措施(如自費減重)等因素納入評估。 	<p>健保署： 協助健康署辦理委辦計畫監測本計畫成效。 健康署： 將與健保署合作，透過委辦計畫監測計畫成果與品質，提出整體效益量化指標，並於評估時納入個案藥物使用、其他介入措施等因素。</p>
<p>(五)獎勵機制</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.個案進步獎勵，宜有客觀標準：從管理角度，個人客製化目標差異大，不易評估整體成效。建議 	<p>健保署： 本計畫獎勵費之核付標準係依健康署所提建議修正112年計畫。 健康署：</p>

委員意見	健保署及健康署說明
<p>應有客觀衡量標準，可依個案病況分類，設定不同進步區間的目標值。</p> <p>2.診所獎勵，宜提高獎勵誘因及鑑別度：診所獎勵雖訂有8項反映院所執行績效之評核指標，但相較於評估及檢驗、檢查費用，獎勵績優診所執行績效之誘因相對不足。</p> <p>3.宜降低評估及檢驗檢查費、提高成效獎勵誘因，避免醫療化：多數經費用於評估及管理費，尤其是用於檢驗檢查，而獎勵照護成效費用相對較少。疾病前期照護，應以改善生活型態為主，避免照護往醫療化發展。</p>	<p>1.個案進步獎勵已於腰圍及血壓訂定客觀達成標準，另考量個案病況差異，由醫病合議飯前血糖、三酸甘油脂及低密度脂蛋白膽固醇等項目，可依據病人病況漸進式設定達成目標。</p> <p>2.針對診所獎勵項目，已於112年計畫增修以下指標：</p> <p>(1)增列「個案績優改善獎勵」，個案代謝症候群之指標均達標且無用藥者，結案後每一個案獎勵1000點(不得與個案進步獎勵重複支付)，以鼓勵醫師透過生活型態指導改善個案病情，強化計畫核心目的。</p> <p>(2)調整診所需收案60名以上且當年度檢驗檢查上傳率$\geq 70\%$者，依品質指標得分排序分級提供獎勵費。</p> <p>(3)提高戒菸及腰圍之指標順序及給分，強調生活型態介入之重要性。</p>
<p>(六)其他</p> <p>1.應避免重複收案，浪費醫療資源：對於同一個案在不同院所重複收案，或結案1年後在同一院所(或1年內不同院所)重新收案等情形，宜說明如何規範及進行利用控管。</p>	<p>健保署： 本計畫收案規範係依健康署所提建議修正112年計畫，並依計畫規定於VPN個案登錄系統配合新增檢核邏輯。</p> <p>健康署： 已於計畫規範不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」(初期慢性腎臟病收案對象除外)重複收案或與其他特約醫事服務機構重複收案。</p>
<p>2.提供加強跨專業協力合作，並結合社區資源，提供完整照護：為建立個案健康生活型態，計畫應納入營養諮詢、運動指導等多元與完整的衛教及照護，並善用社區資源(如運動教練)，提升照護成效。</p>	<p>健康署： 結合縣市衛生局協助，連結轄下社區資源(如營養衛教、運動場域等)提供參加計畫診所應用。</p>
<p>3.個案應被充分告知及掌握個人</p>	<p>健保署：</p>

委員意見	健保署及健康署說明
<p>健康訊息，以利自我管理：診所收案過程中應充分告知，並提供個案相對的健康檢測等訊息，建議可結合健康存摺或其他工具(如小冊)，另對於健康知能、社會經濟弱勢個案，宜提供合適的介入方式。</p>	<p>1.健康存摺係將蒐集自健保特約醫事服務機構提供保險對象醫療服務之費用申報資料、上傳健保卡資料及檢驗(查)結果資料，透過該系統還給民眾，其目的是協助民眾做好自我健康管理。</p> <p>2.民眾可依個人意願於看診時，以隨身攜帶之行動裝置，或透過事前先下載及列印欲給醫師參閱之健康存摺資料，提供個人健康存摺資料予醫師參考。</p> <p>健康署： 本計畫透過「疾病管理紀錄表」於收案評估階段由醫師指導完成，並交付病人留存，讓病人充分掌握個案健康狀況。</p>
<p>4.給予個案成效回饋，肯定其努力：生活習慣改變或健康行為的建立，大部分需靠病人自身的努力，應有回饋個案之機制，增強個案自我照護動機。</p>	<p>健保署：</p> <p>1.依全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫111年度第4次會議決議，針對本計畫已請本署評估「減少部分負擔做為獎勵」之適法性、實務可操作性。</p> <p>2.依全民健康保險法第43條規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，於醫療資源缺乏地區，得予減免。同法第48條規定，保險對象有重大傷病、分娩及山地離島地區之就醫，免依第43條規定自行負擔費用。</p> <p>3.如需「減少部分負擔作為獎勵」，尚須修訂全民健康保險法，建議由社保司說明適法性及評估可行性。</p> <p>4.另評估本計畫目的係針對代謝症候群個案早期介入，以預防慢性病發生，預期其就醫需求將減少，減免就</p>

委員意見	健保署及健康署說明
	醫部分負擔之獎勵誘因效果可能有限；另建議亦須考量保險對象如無慢性病或非代謝症候群收案，已作好自我健康管理而無減免部分負擔之公平性。

表1、111年代謝症候群防治計畫與家醫計畫重複情形

項目	代謝症候群計畫(A)	家醫計畫	重複情形(B)	重複個案占代謝症候群計畫(C=B/A)
參與診所	1,195	5,582	1,065	89%
參與醫師	1,977	7,833	1,597	81%
收案人數	23,738	6,001,687	16,218	68%

資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群及家醫計畫收案檔案、試辦計畫參與資料檔及試辦計畫參與人員檔)。

表2、111年代謝症候群防治計畫與家醫計畫重複個案之收案類別

	家醫計畫個案類別	人數
應收個案	非給付改善方案個案(A)	12,146
	給付改善方案個案(C)	1,965
	自收個案(B)	2,107
	合計	16,218

資料來源：中央健康保險署多模型資料庫(代謝症候群及家醫計畫收案檔案)。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。(資料後附)

第四案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 3 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 112 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。爰本次提供書面資料，不進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。

決定：

附錄

個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>李委員永振(議事錄第 27~28 頁)</p> <p>另外回顧歷年醫院及西醫基層總額均編列新醫療科技預算，近幾年每年差不多 30 多億元，並明定預算用途包括新增診療項目、新藥及新特材，但會議資料第 62 頁揭露衛福部公告的醫療服務給付項目及支付標準修正，除第 1 項明確符合預算用途以外，其餘 3 項我才疏學淺看不太懂，尤其在第 4 項，角膜內的注射，只是移列章節就要調升點數，雖然它申報點數是不高，但所代表的意義應該去把它釐清，為了瞭解該項預算使用情形是否符合預算用途，請健保署在下次會議一併說明本項預算項目的定義跟適用範圍。</p>	<p>一、因應醫療技術發展，為符合實際臨床醫療需要，本署每年持續爭取及編列「新醫療科技」預算，查106年至111年每年用於新增修診療項目部分預算計2.736~4.5億元。</p> <p>二、上述預算除用於新增診療項目外，本署循往例為符合臨床所需亦列入擴大適應症範圍或給付範圍等支付規範修訂而影響醫療密集度(醫院及西醫基層總額並未編列診療項目給付規定改變之預算)所增加之財務衝擊。</p> <p>三、承上，委員所詢各項修訂項目，說明如下：</p> <p>(一) 修訂56041K「迷走神經刺激術-參數調整」：係以病人為中心之角度，考量病人就醫可近性，將適用層級別放寬至地區醫院以上，另基於保障民眾就醫安全性，增訂醫事人員教育訓練資格。</p> <p>(二) 修訂「濕化高流量氧氣治療」支付規範：查本項可避免 COVID-19病人插管，減少呼吸器使用，為使病人獲得完善照顧及高效益治療，本署參採相關學會建議，訂定適應症及支付規範，並於110年12月1日起納入健保給付住院病人使用。本次係依學會建議，考量急診病人臨床治療需求之急迫性及連續性，修訂支付規範增列</p>

委員意見	健保署說明
	<p>「急診」病人符合適應症者得施行本項，於112年3月1日生效。</p> <p>(三) 修訂「胸腔鏡肺葉切除術」等17項達文西機械手臂輔助手術比照胸（腹）腔鏡手術支付：考量該17項機械手臂輔助手術已經 HTA 評估為具安全及療效實證，惟較傳統療法不具經濟效益，因應臨床需求，並維護病人手術給付之基本權益，爰修訂胸（腹）腔鏡手術支付規範，增列「執行機械手臂輔助手術，其手術費得比照申報」，並訂有專科別限制及執行醫師訓練規範以維護醫療品質。</p> <p>(四) 「角膜內注射」：係考量執行難度、風險較高及實際執行場域，為符合臨床需求，爰自112年3月1日自注射章節刪除，並於手術章節增列，並須符合手術章節規範，本項108年費用約39萬點，112年尚未有申報數。</p> <p>(五) 前述項目均依流程提案至全民健康保險醫療給付項目及支付標準共同擬訂會議，經與會之醫界團體、專家、付費者代表等共同討論，決議通過並報請衛生福利部核定後公告生效。</p>
<p>陳委員節如會後書面意見（議事錄第57頁）</p> <p>一、醫界提案認為只算五年不夠，忽略第六年、第七年的狀況，是否意味著這些新的給付項目並不是每一項都有健保署所說的「新科技部分會取代傳統治療(如新藥取代舊藥)」的情況？(例如：新增適應症，</p>	<p>一、有關醫界所提「新藥財務編列僅有5年，忽略第6-7年的申報情形」：本案已於本署之新藥預算預估模式研究小組會議中討論，以110年預算年度分析，104、105年新藥為第6、7年收載新藥之品項，以實際申報藥費為基</p>

委員意見	健保署說明
<p>或其他特殊樣態)這點請健保署協助釐清?</p> <p>二、針對醫界所提「移列專款，待執行成熟後，再導入一般服務」，移列專款就可以改善現在醫界認為的問題嗎？再者，新藥(和舊藥)的替代率屆時怎麼算？以及，所謂執行成熟是什麼意思？現在財務既然已經編列五年，執行成熟是指更久嗎？</p>	<p>礎，參酌各藥品初次給付及擴增給付適應症之 HTA 報告，結果顯示新藥給付第6、7年約超出預算0.22億元(尚未列計 PVA/MEA 還款)，故新藥費用支出並未超出總額預算。</p> <p>二、有關醫界委員所提「移列專款，待執行成熟後，再導入一般服務」：</p> <p>(一) 醫界所提專款編列方式：係指針對收載第一年之新藥，於其他部門專款專用，待數年後費用趨於穩定時，再歸入總額一般服務。</p> <p>(二) 然取代藥費之計算方式尚未有共識，且另尚有與一般服務預算之切割及預算額度編列與控管等執行面規劃等疑義，爰另列專款之議題尚須會同醫院及西醫基層總額相關團體，共同討論、評估本項預算移列專款項目之可行性。</p> <p>三、另就新診療項目補充相關參考資料如下：</p> <p>(一) 醫療服務給付項目及支付標準之新增及修訂項目，屬國內臨床已有執行、具技術純熟及安全性，由醫療院所或專科醫學會視其臨床實務執行經驗，判斷有新增或修訂之需要，向本署提出申請。</p> <p>(二) 新增診療項目非均會取代傳統治療(現行支付標準診療項目)，本署財務影響之估算，除參酌提案單位提供資料外，並就適用範圍、支付規範、使用量、可能替代何項現行診療項目及替代率，徵詢相關學協會及臨床專家，綜整相關建議後，進行財務影響</p>

委員意見	健保署說明
	<p>估算，提案至「醫療服務給付項目及支付標準專家諮詢會議」討論，倘財務影響估算與臨床實務不符，與會專家亦會提供建議，請本署修正。</p> <p>(三) 考量診療項目於甫納入健保初期財務影響較不顯著，爰本署持續監測追蹤五年執行情形，並就異常申報項目，請相關學協會協助釐清合理性，必要時研議適應症、支付規範之修訂及輔導會員正確申報。</p>
<p>吳委員榮達會後書面意見(議事錄第57~58頁)</p> <p>一、提案單位未就被替代藥品減省的數據一併呈現，不能正確判斷是否真有執行超額，或真正超額金額。</p> <p>二、健保署這幾年推動之節流措施及分級醫療制度，總額每年均編相當多的預算為支付，此不但墊高每年總額基期，且節省之數額目前均滾入總額，而為點值計算，故提案單位所稱新藥超預算部分應補足者，是否亦應相同考量，將節流措施及分級醫療制度所節省之數額，不滾入總額，而提列於安全準備。</p> <p>三、各級醫療院所所有相當大的藥差收益，如醫療院所為加大藥差收益，而衝量造成新藥超過預算數額，反過來又要求補足超額數額，並無道理。</p> <p>四、每年總額之分配既已列定，醫療院所自應在預算範圍內為執行，超額部分自應於總額分配或點值計算，</p>	<p>謝謝委員所提建議指教，並就委員提及於總額外再要求補足超額執行部分之理由，應由醫界補充說明。本署亦持續依衛生福利部公告當年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式辦理研商及推動總額支付制度，並於評核會議及協商次一年度時報告執行情形(含節流措施及其效益)。</p>

委員意見	健保署說明
<p>無另行要求於總額金額外再請求補足之理。</p>	
<p>韓委員幸紋會後書面意見(議事錄第69~70頁)</p> <p>一、目前已公布的醫院財報內容，當初依據資訊公開原則公布財報，卻只達到公開的形式目標，實質目標應該是讓民眾對於院所經營狀況有所了解。然而目前不僅財報格式不一致，而且成本面難以將健保與非健保(自費)部分加以區分，將使得民眾想了解的部分無法自醫院財報取得相關資訊。過去本人執行健保署計畫時，針對各項成本應如何分攤在健保及非健保部分，甚至如何分攤至門急住診部分，皆有列出分攤公式，建議健保署可以2-3年的時間，以開課說明等方式，輔導院所將現有財報資訊填入一致性格式的報表，並實際了解院所填寫過程中可能遭遇的困難，並尋找可能的解決方式，唯有在有一致性的財報格式下，才有可能進行後續的比較分析，以增加醫院財報內容的使用價值。不僅如此，醫院財報數據未來亦可能可作為醫療成本指數計算參考基礎之一，雖然使用在醫療成本指數上有內生性的疑慮，但因所有調整行為皆存在成本(租稅成本等等)，內生性程度仍有其限制，醫院財報資訊可以用來作為醫療成本指數上下限參考及觀察</p>	<p>一、依「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第3條：財務報告不易區分健保與非健保業務者，得以保險醫事服務機構整體財務報告代之，且本署依法將保險醫療費用超過一定數額之院所經會計師簽證或審計機關審定之財務報告予以公開，對所提財報內容均尊重各主管機關管理之權。</p> <p>二、目前院所公開財報之門檻已降為2億元，將俟院所穩定申報後，再朝擴大財報資訊及報表一致性方向檢討改進。</p> <p>三、有關全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，參與本試辦計畫之照護輔佐人員，人員資格預計增加領有經衛生福利部核定之醫院照護輔佐訓練結業證明者。衛生福利部護理及健康照護司已著手規劃建立醫院護佐人力制度，預計上半年前完成草案，以增加照護人力並避免與長照服務競爭人力。</p>

委員意見	健保署說明
<p>趨勢變化，但要用加權平均，不宜用簡單平均方式計算。</p> <p>二、關於全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，雖才剛剛上路，但提醒健保署應注意醫院照護人力流向問題，由於目前健保與長照 2.0 分屬保險制及稅收制，因此在同為照顧人力的市場價格上有所差異，在開始住院整合照護服務試辦計畫之前，即已出現醫院照顧人力流向居家式服務(長照 2.0)的情況，健保署應持續監控此現象在試辦計畫開始後有無更加惡化的情況(如附表，第 98 頁)。</p>	
<p>陳委員杰(議事錄第 82~83 頁)</p> <p>對不起，是不是能夠順便請教一下，有關於我剛才提到的 1 點，既然你把 3 劑型的關節注射液，玻尿酸的這個部分，你把其點數從 709 點減到 548 點，這個數字絕對沒有錯，我來擔任這個委員是很認真，我有去查證，我是來學習，我是建議不可以把人工膝關節的這個部分點數可不可以拉高，現在有很多做模板、綁鐵的，這些營造業，還包括台鐵很多人都做粗工或鐵工，他們到一定年齡一定要換人工關節，這個點數可不可以拉高。</p>	<p>一、有關委員提及健保給付特材「玻尿酸關節內注射劑」之支付點數調整，本署係依全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 54 條~第 61 條規定辦理，保險人為建立公開、合理、透明之特材點數調整制度，應實施特材市場實際交易價格調查。特材支付點數調整之目標為逐步縮小特材各廠牌同類品項間之價差，逐步調整特材支付點數，使更接近特材市場實際之加權平均銷售價格。故前述特材依 111 年全民健康保險特材價量調整結果辦理調整支付點數。</p> <p>二、另依本保險藥物給付項目及支付標準第 53 條規定，具有同功能類別之特材，依同功能類別品項之最低支付點數核價。故健保給付同功能類別之特</p>

委員意見	健保署說明
	<p>材，其支付點數均相同。</p> <p>三、倘健保給付特材因成本變動相關因素致不敷成本，醫材許可證持有者得依本保險藥物給付項目及支付標準第53-2條規定，檢附相關成本資料向本保險提出調高健保支付點數之建議，本保險將依程序提至本保險特材共同擬訂會議討論。例如：用於兒童之健保特材「雙迴路透析導管組≤10Fr」，因廠商訴求不敷成本，經提本保險特材共同擬訂會議討論，同意將一般型之支付點數由1,388點調整為2,031點，永植型之支付點數由3,509點調整為6,040點，並自111年3月1日調整支付點數生效。</p>
<p>蔡麗娟委員書面意見(112.4.7 詢問)</p> <p>想瞭解112年的罕藥專款預算，根據健保署協商版本，罕病+血友病專款\$139.43億元(罕病\$101.75億元72.48%+血友37.68億元29.58%)，協商破裂後部長裁定付費者版本減了\$4.32億元；能否提供健保署確認後，罕病和血友病專款之預算金額各是多少？</p>	<p>一、罕見疾病治療藥費，其除支應既有罕病病友用藥費用之成長、擴增罕藥的給付範圍外，亦作為收載新的罕藥之財源。</p> <p>二、前揭藥費係編列於112年醫院總額專款「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」項目編列139.43億元，並於西醫基層同項專款中編列30百萬元，本項專款用於支應罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材，無獨立區分個別項目編列預算，血友病及罕病藥費於同預算項目內互相流用。</p> <p>三、112年專款各項目之預算規劃： 為確保既有病友接受治療之權益，須預控已收載藥品之支出額度，如預控既有血友病藥費39.56億元、罕</p>

委員意見	健保署說明
	<p>病藥費92.9億元及特材費用計0.03億元後，餘6.94億元用於收載新藥或擴增給付範圍。</p> <p>四、一般而言，由於新藥市場布局、臨床醫師處方用藥情形等因素，新藥收載後首年財務衝擊偏低，延於第2至3年後才達到高峰，且收載前尚會與廠商協議給付方案以降低財務衝擊，推估112年所需預算額度應足夠使用。</p>

附表

長照內部人力及市場價格

	醫院照顧	住宿式服務	社區式服務	居家式服務
家庭經濟負擔程度	60,000 元/自己顧	35,000-60,000 元	0-20,000 元	10,200-36,000/ <u>移工</u> 17,000 元
照顧人力比	1:1 (24 小時) 無勞基法規範	1:3-1:8 勞基法規範 至少二班制	1:6-1:8	1:1
長照人力勞動薪資	2,400 元/日	40,000 元/月	30,000-40,000 元/ 月	50,000-60,000 元/月
工時	24 小時	12 小時	8 小時	210-350 元/時薪制
其他勞動成本	0	5,000 元	5,000 元	5,000 元

資料來源：陳正芬教授提供。

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：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月25日

發文字號：健保醫字第1120660865D號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

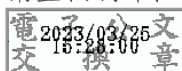
附件：如主旨 (A21030000I_1120660865D_doc5_Attach1.pdf、
A21030000I_1120660865D_doc5_Attach2.PDF)

主旨：檢送112年度醫院總額風險調整移撥款分配方案(附件)，
請備查。

說明：依據本署112年3月1日「全民健康保險醫療給付費用醫院總
額112年第1次研商議事會議」決定暨台灣醫院協會112年3
月9日院協健字第1120200113號函辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、台灣醫院協會、本署各分區業務組(均含附件)



112.03.25



1123340068

112 年醫院總額風險調整移撥款各分區分配金額

- 一、依據本署 112 年 3 月 1 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議 112 年第 1 次會議決定，同意台灣醫院協會建議，112 年風險調整移撥款各區預算採二項計算方式之合計，
- (一)維持 111 年風險調整計算六因素及權重計算分配 2 億元；
- (二)餘額 4 億元維持 111 年，採 107 年至 109 年地區預算 R 值 S 值平均占率計算。

- 二、依前開方式計算六分區分配金額如下：

項目 分區	原六因素及 權重計算公式	107-109 年 RS 值平均占率	112 年合計 金額
臺北	17,269,928	142,897,852	160,167,780
北區	13,952,003	54,950,888	68,902,891
中區	16,923,311	72,104,768	89,028,079
南區	17,464,995	57,777,236	75,242,231
高屏	42,063,891	61,169,012	103,232,903
東區	92,325,872	11,100,244	103,426,116
合計	200,000,000	400,000,000	600,000,000

檔 號：
保存年限：

台灣醫院協會 函

地址：新北市淡水區中正東路2段29-5號25樓
承辦人：何宛青
電話：02-28083300#26
傳真：02-28083304
電子信箱：ching@hatw.org.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年3月9日
發文字號：院協健字第1120200113號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨(1120200113-附件.pdf) (112A200470_1_09100420269.pdf)

主旨：檢送112年度醫院總額風險調整移撥款分配方案如附件，
請查照。

說明：依據本會112年2月23日112年醫院總額風險調整移撥款討論
會議決議辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署
副本：醫院醫療服務審查執行會台北區分會、醫院醫療服務審查執行會北區分會、醫院
醫療服務審查執行會中區分會、醫院醫療服務審查執行會南區分會、醫院醫療服
務審查執行會高屏區分會、醫院醫療服務審查執行會東區分會



總收文 112.03.09



1120104490

醫院總額風險調整移撥款

2023.02.23 修訂

壹、目的

為平衡各區醫療資源均衡發展，鼓勵各區強化醫療服務，促進區域內醫療體系整合。

貳、移撥款事項

一、移撥款來源：全民健康保險醫院部門一般服務總額年度預算分配至各分區前，先行提撥一定額度金額做為調撥之用。

(112 年醫院總額風險調整移撥款，依據衛生福利部 112 年 1 月 9 日衛部健字第 1123360002 號函公告提撥 6 億元。)

二、移撥款使用範圍

1. 符合內政部、衛生福利部定義之偏鄉地區
2. 所屬轄區須扶弱或援助照護之人口

三、移撥款採計零基預算總額上限制概念，於執行年結算第一季費用前完成分配。移撥款若未分配完畢則依各區預算佔率歸還併回地區預算。

四、應排除已於醫院總額協商項目中協商因素考量之項目 (如：醫療服務密集度改變已明文專款提撥之項目)

五、移撥款應每年於專門會議中檢討，並提出次年建議額度予台灣醫院協會做為次年移撥款調撥參考。

六、移撥款撥付方式，使用期間以年度計算，經完成分配，每季均分併入各區地區預算中，隨健保費用按季結算以核付費用。

參、移撥款申請程序

一、申請以分區為單位，經台灣醫院協會醫院總額審查執行各區分會專門會議取得共識後，備妥簡易計劃書 (含量化指標 KPI) 送交醫院協會。

二、由台灣醫院協會邀請專家學者暨各分區代表召開專門會議確認內容。

肆、移撥款額度核定分配因素及權重

依據台灣醫院協會 112 年 2 月 23 日 112 年醫院總額風險調整移撥款討論會議決議，2 億元由原風險移撥款額度核定六項因素及權重分配，另今(112)年度新增 4 億元採 R 值、S 值平均占率進行各區分配。

- 一、山地離島非原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 二、偏遠地區人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 三、重度以上身心障礙人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 四、台閩地區原住民人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 五、低收入人口於各區投保人口相對佔率。(權重：16.666667%)
- 六、6 歲以下及 65 歲以上各區戶籍人口於各區投保人口相對佔率。(權重：

16.666667%)

伍、移撥款成果評量

取得移撥款之分會，應於期末接受台灣醫院協會邀請進行成果發表。

陸、其他

山地、平地原住民及離島等偏遠地區一覽表

縣別	山地原住民鄉(區)	離島鄉	平地原住民鄉	偏遠地區
新北市	烏來區			石碇區、坪林區、平溪區、雙溪區、烏來區
桃園縣	復興鄉			復興鄉
新竹縣	五峰鄉、尖石鄉		關西鎮	五峰鄉、尖石鄉
苗栗縣	泰安鄉		南庄鄉、獅潭鄉	泰安鄉、南庄鄉、獅潭鄉
臺中市	和平區			和平區
南投縣	仁愛鄉、信義鄉		魚池鄉	中寮鄉、仁愛鄉、信義鄉
嘉義縣	阿里山鄉			番路鄉、大埔鄉、阿里山鄉
臺南市				楠西區、南化區、左鎮區、龍崎區
高雄市	那瑪夏區、桃源區、茂林區			田寮區、六龜區、甲仙區、那瑪夏區、桃源區、茂林區
屏東縣	三地門鄉、霧台鄉、瑪家鄉、泰武鄉、來義鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉	琉球鄉	滿州鄉	滿州鄉、泰武鄉、春日鄉、獅子鄉、牡丹鄉
宜蘭縣	大同鄉、南澳鄉			大同鄉、南澳鄉
花蓮縣	秀林鄉、萬榮鄉、卓溪鄉		花蓮市、吉安鄉、新城鄉、壽豐鄉、鳳林鎮、光復鄉、豐濱鄉、瑞穗鄉、玉里鎮、富里鄉	鳳林鎮、壽豐鄉、光復鄉、瑞穗鄉、富里鄉、秀林鄉、卓溪鄉、豐濱鄉
臺東縣	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉	綠島鄉、蘭嶼鄉	臺東市、卑南鄉、大武鄉、太麻里鄉、東河鄉、鹿野鄉、池上鄉、成功鎮、關山鎮、長濱鄉	海端鄉、延平鄉、金峰鄉、達仁鄉、蘭嶼鄉、鹿野鄉、卑南鄉、大武鄉、東河鄉、長濱鄉
澎湖縣		馬公市、湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉		湖西鄉、白沙鄉、西嶼鄉、望安鄉、七美鄉
金門縣		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、金湖鎮、烏坵鄉		金城鎮、金寧鄉、金沙鎮、烈嶼鄉、烏坵鄉
連江縣		南竿鄉、北竿鄉、莒光鄉、東引鄉		北竿鄉、莒光鄉、東引鄉

- ◎ 此表參照衛生福利部護理及健康照護司界定山地原住民鄉、離島鄉、平地原住民鄉及偏遠地區之標準辦理。
 ◎ 依據九十九年七月十三日衛署照字○九九二八六一八九八函示，花蓮縣豐濱鄉係屬平地原住民地區，符合偏遠地區之定義。

檔 號：
保存年限：

附錄三

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140
號

聯絡人：劉勁梅

聯絡電話：02-27065866 分機：3626

傳真：27064093

電子郵件：A110626@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112年3月29日

發文字號：健保醫字第1120661129A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A210300001_1120661129A_doc2_Attach1.pdf)

主旨：檢送112年度西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方
式(附件)，請備查。

說明：依據本署112年3月2日召開全民健康保險醫療給付費用西醫
基層總額111年第1次研商議事會議決議(諒達)辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：衛生福利部社會保險司、中華民國醫師公會全國聯合會(均含附件)



112.03.30



1123340075

112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式

- 一、112年西醫基層一般服務費用地區預算之參數分配方式。
- 二、SMR及TRANS以107-110年度數值依25%、25%、25%、25%加權平均計算。
- 三、112年西醫基層總額一般服務費用地區預算分配方式：
 - (一) 112年一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)，全年移撥風險調整移撥款600百萬元。提撥300百萬元撥補臺北區，300百萬元優先用於保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，其次為撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，餘款用於撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)，並依112年西醫基層總額四季預算占率提列。
 - (二) 六分區各季預算69%依「人口風險因子及轉診型態校正比例(R值)」，31%依「開辦前一年各區門診醫療費用占率(S值)」比率分配。
 - (三) 撥補因R值占率前進而減少預算分區之「減少費用」，係採112年一般服務總額預算計算，並扣除風險調整移撥款6億元後，估算減少地區之費用，進行該區預算回補。
 - (四) 以臺北區及東區以外之四分區一般服務費用(不含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用，含查處追扣金額、「強化基層照護能力開放表別項目」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」、及藥品給付協議)，估算浮動點值後進行排序及風險調整移撥款作業。
 - (五) 風險調整移撥款撥補點值落後地區(不含臺北區、東區)方式及比率分配如下：
 1. 點值落後地區：係指點值排序第3名及第4名地區且點值小於每點1元者。
 2. 撥補比率：點值排序第3名地區撥補30%，點值排序第4名地區撥補70%。
 3. 點值落後地區如僅有一分區，仍維持前開撥補比率。
 4. 撥補前與撥補後點值排序不變，若撥補後影響點值排序，則受撥補分區最高補至與原點值排序前一名之分區浮動點值。
 - (六) 若有剩餘或未動用之移撥款，則當季依五分區(不含臺北區)移撥後

(係指撥補因 R 值占率前進而減少預算分區之「減少費用」後)之預算(不含違規查處、專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算)占率攤分。

(七) 分區一般服務預算依前開調整後併入「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」，結算點值。

三、110 年西醫基層總額六區查處非總額舉發追扣金額，依六分區減列金額之 30%，列入 112 年六分區地區預算分配，計算方式如下：

(一)扣除額度，臺北8,352,860元、北區7,717,446元、中區6,990,586元、南區14,582,239元、高屏7,859,002元、東區349元。

(二)112年六分區四季一般服務費用預算應減列之金額，依110年四季預算占率計算。

(三)112年六分區四季一般服務費用預算扣除各該區應減列之金額後，各該季總減列之金額再依110年六分區同期一般服務費用預算占率計算回補至112年六分區各該季費用預算。

註：四季預算占率係指不含專款及其他部門項目併入一般服務結算之預算。

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：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112年3月23日
發文字號：衛部保字第1121260100C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)、修正總說明及修正條文對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險藥品價格調整作業辦法」第十五條，業經本部於中華民國112年3月23日以衛部保字第1121260100號令修正發布，茲檢送發布令影本(含法規命令條文)、修正總說明及修正條文對照表各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、歐洲在台商務協會、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)

112.03.23



112CC00203

全民健康保險藥品價格調整作業辦法第十五條修正 總說明

全民健康保險藥品價格調整作業辦法(以下稱本辦法)於一百零二年十月二日發布施行，最近一次修正係於一百零六年二月二十四日發布，本次為第四次修正。

配合全民健康保險藥物給付項目及支付標準第三十三條之修正，為使全民健康保險藥品之核價及調價原則一致，爰修正本辦法第十五條，增訂沖洗用生理食鹽水之基本價及下限價。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



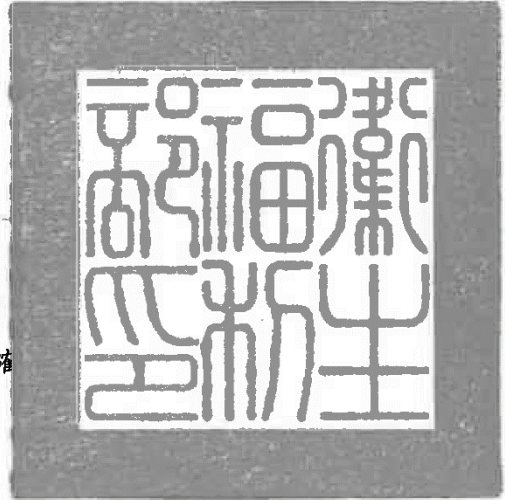
臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月22日

發文字號：衛部保字第1120111064號

附件：全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案附表



主旨：公告修訂「全民健康保險中醫門診總額支付制度品質確保方案」附表。

副本：中華民國中醫師公會全國聯合會、衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會、本部社會保險司(均含附件)

部長 薛瑞元

分層負責代碼	一層	二層	三層	四層
		✓		

健保會 112004

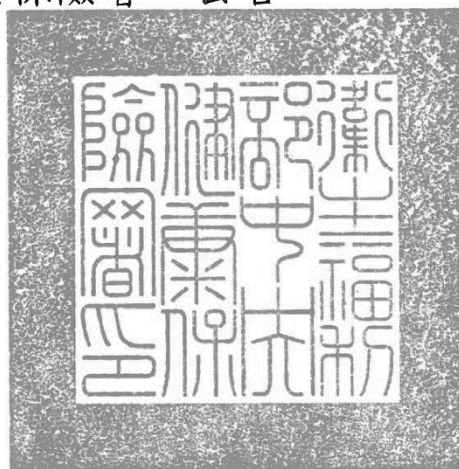
112 3 22

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112年3月23日
發文字號：健保醫字第1120105361號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」，並自中華民國一百一十二年四月一日起生效。

依據：衛生福利部112年3月21日衛部保字第1121260099號函。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發

1123300073

副本

備 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  14
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112年3月23日
發文字號：健保醫字第1120661091號
附件：無



主旨：公告廢止「因應COVID-19疫情全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊診療作業須知」及問答集。

依據：嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心112年3月20日肺中指字第1123800092號函(副本)。

公告事項：

- 一、自112年3月20日(含)起，醫療機構實施通訊診療，回歸通訊診察治療辦法規定辦理，前開健保給付通訊診療之適用照護對象限「山地、離島COVID-19檢驗陽性民眾及住宿型長照機構COVID-19檢驗陽性住民接受口服抗病毒藥物治療之情形」。
- 二、相關費用申報規定將另行通知。

副本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300071

112.3.24

會、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會、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、衛
生福利部醫事司、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
利部疾病管制署、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組、本
署資訊組、本署企劃組、本署主計室、本署醫務管理組

署長 石崇良



副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  47
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112年3月25日
發文字號：健保醫字第1120661167號
附件：如主旨(請至本署全球資訊網站公告欄擷取)



主旨：公告修正「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」(附件)。

依據：「112年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及112年3月7日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年度第1次研商議事會議」決議。

公告事項：旨揭方案之執業計畫診所及巡迴計畫醫療團皆得提供全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「齲齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)及「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，並自112年3月1日起生效。

副本：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、中華民國診所協會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、社團法人台灣私立醫療院所協會、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、中華民國私立地區醫院協會、台灣教

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300074

112.3.27

會醫療院所協會、中華民國基層醫師協會、中華民國基層醫療協會、中華民國開業醫師協會、行政院主計總處、地方政府衛生局、國軍退除役官兵輔導委員會、國防部軍醫局、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、勞動部勞工保險局、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、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

署長 石崇良



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：崔允馨
聯絡電話：02-27065866 分機：2657
傳真：02-27069043
電子郵件：A111019@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112年4月7日
發文字號：健保醫字第1120661189號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A210300001_1120661189_doc3_Attach1.odt、
A210300001_1120661189_doc3_Attach2.PDF)

主旨：檢送「全民健康保險特約醫事服務機構提供保險對象視訊
診療作業須知」(附件1)，請查照。

說明：

- 一、依嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心(下稱指揮中
心)112年3月20日肺中指字第1123800092號函暨112年3月24
日肺中指字第1123800095號函(附件2)辦理。
- 二、配合指揮中心政策，自112年3月20日(含)起，醫療機構實
施視訊診療，回歸通訊診察治療辦法規定辦理，健保給付
視訊診療之相關規定說明如下：

(一)照護對象：

- 1、山地離島地區COVID-19檢驗陽性民眾。
- 2、住宿型長照機構COVID-19檢驗陽性住民；前揭機構包
括一般護理之家、精神護理之家、住宿式精神復健機

112.04.07



1123340084

構、長期照顧機構(機構住宿式及團體家屋)、老人福利機構、身心障礙福利機構、兒童及少年安置及教養機構、榮譽國民之家等機構。

3、實施日期：自112年3月20日起，至112年4月30日止，並視疫情狀況檢討。

(二)醫療機構：執行山地、離島地區之通訊診療，應符合通訊診察治療辦法第4條規定。

正本：台灣醫院協會、台灣醫學中心協會、中華民國區域醫院協會、台灣社區醫院協會、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、中華民國診所協會全國聯合會、中華民國基層醫療協會

副本：衛生福利部醫事司、衛生福利部護理及健康照護司、衛生福利部心理健康司、衛生福利部長期間照顧司、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部疾病管制署、衛生福利部社會及家庭署、國軍退除役官兵輔導委員會、地方政府衛生局、本署各分區業務組、本署醫審及藥材組(均含附件)

2023/04/07
13:56:18
電子公文
交換章

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：阮柏叡
聯絡電話：02-27065866 分機：2670
傳真：02-27069043
電子郵件：A111267@nhi.gov.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月28日
發文字號：健保醫字第1120661098A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第3季「牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年3月7日「全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第1次研商議事會議」決定辦理。
- 二、旨揭牙醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/牙醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年3月15日起，牙醫門診總額費用之暫付、核付，依111年第3季結算點值辦理，並於112年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



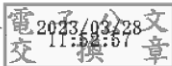
112.03.28



1123340072

正本：本署各分區業務組

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



裝

訂

線



程式代號： RGB13108R01

1111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:1111/07-1111/09

核付截止日期:1111/12/31

列印日期： 112/02/14

頁次： 31

2. 一般服務浮動每點支付金額

=[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 - 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 X前季點值(AF)
 - 投保該分區核定非浮動點數(BG)
 - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]
 / 投保該分區當地就醫一般服務浮動核定點數(BF)

臺北分區	= [4, 478, 550, 947 - 975, 015, 810 - 37, 589, 977 - 164, 659] / [3, 757, 291, 508 = 0.92241459
北區分區	= [1, 947, 110, 031 - 511, 897, 688 - 14, 517, 584 - 69, 434] / [1, 449, 561, 688 = 0.98003785
中區分區	= [2, 189, 113, 453 - 207, 873, 663 - 18, 267, 887 - 81, 423] / [1, 949, 794, 799 = 1.00671644
南區分區	= [1, 532, 400, 545 - 252, 676, 439 - 10, 745, 702 - 71, 601] / [1, 201, 764, 999 = 1.05586933
高屏分區	= [1, 679, 914, 896 - 175, 031, 418 - 13, 585, 349 - 28, 143] / [1, 463, 856, 781 = 1.01872670
東區分區	= [236, 751, 926 - 44, 041, 382 - 2, 356, 160 - 1, 100] / [157, 987, 341 = 1.20486415

3. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[調整後分區一般服務預算總額(BD2)
 - 核定非浮動點數(BG)
 - 自墊核退點數(BJ)]
 / 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [12, 063, 841, 798 - 97, 062, 659 - 416, 360] / [11, 937, 673, 196 = 1.00240328

4. 一般服務分區平均點值

= [調整後分區一般服務預算總額(BD2)]
 / [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) + 自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [4, 478, 550, 947] / [4, 662, 913, 112 + 37, 589, 977 + 164, 659] = 0.95274782
北區分區	= [1, 947, 110, 031] / [1, 891, 558, 495 + 14, 517, 584 + 69, 434] = 1.02149076
中區分區	= [2, 189, 113, 453] / [2, 142, 279, 043 + 18, 267, 887 + 81, 423] = 1.01318371
南區分區	= [1, 532, 400, 545] / [1, 425, 548, 672 + 10, 745, 702 + 71, 601] = 1.06685940
高屏分區	= [1, 679, 914, 896] / [1, 624, 968, 846 + 13, 585, 349 + 28, 143] = 1.02522458
東區分區	= [236, 751, 926] / [190, 405, 028 + 2, 356, 160 + 1, 100] = 1.22820666

5. 一般服務全區平均點值

= [12, 063, 841, 798] / [11, 937, 673, 196 + 97, 062, 659 + 416, 360] = 1.00238382

註：依衛生福利部111年3月28日衛部保字第1110112412號函，111年暫停執行「全民健康保險牙醫門診總額點值超過一定標準地區醫療利用目標值及保留款機制作業方案」。

衛生福利部中央健康保險署

程式代號：RGBI3108R01

111年 第 3季

牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄：111/07-111/09

列印日期：112/02/14

核付截止日期：111/12/31

頁 次： 32

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

+	專款專用暫結金額	
+	移撥資源不足地區巡迴服務核實申報暫結金額＋移撥弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫暫結金額]	
/	加總[一般服務核定浮動點數(GF)＋核定非浮動點數(BG)＋自墊核退點數(BI)]	
+	專款專用已支用點數(含品質保證保留款)＋移撥資源不足地區巡迴服務核實申報已支用點數]	
=	[12,063,841,798＋281,560,154＋34,899,026＋ 2,432,130]	
/	[11,937,673,196＋ 97,062,659＋ 416,360＋274,909,463＋ 31,128,851]	= 1.00336617

註：1. 專款專用暫結金額＝牙醫特殊醫療服務結算金額(含一般服務支應之不足款)＋醫療資源不足地區改善方案支用金額
 ＋網路頻寬補助費用暫結金額＋牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫暫結金額＋0-6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫
 ＋12-18歲青少年口腔提升試辦照護計畫＋高齲齒牙齒保存改善服務計畫＋品質保證保留款預算
 ＝ 125,259,249＋ 53,027,453＋ 34,872,992＋ 1,324,000＋ 107,115＋ 4,039,694＋ 9,297,549＋ 53,632,102
 ＝ 281,560,154
 2. 品質保證保留款預算＝106年各季品質保證保留款預算＋111年品質保證保留款預算/4。

五、說明

1. 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/06(含)以前：於111/10/01～111/12/31期間核付者。
 費用年月111/07～111/09：於111/07/01～111/12/31期間核付者。
2. 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

11558  8
臺北市南港區忠孝東路6段488號

地址：106211 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：邵子川
聯絡電話：02-27065866 分機：3603
傳真：02-27069043
電子郵件：A110881@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月16日
發文字號：健保醫字第1120660888A號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第3季「中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年2月23日全民健康保險醫療給付費用中醫門診總額112年第1次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭中醫門診總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/中醫總額。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年3月15日起，中醫門診總額費用之暫付、核付，依111年第3季結算點值辦理，並於112年3月辦理點值結算追

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300067

扣補付事宜。

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

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

署長 石崇良



程式代號： RGBI3108R02

111年第 3季

衛生福利部中央健康保險署

中醫師診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/07-111/09

核付截止日期:111/12/31

列印日期： 112/02/07

頁 次： 25

2. 一般服務浮動每點支付金額		= [調整後分區一般服務預算總額(BDI)
	- 各分區一般服務核定非浮動點數(BG)	-
	- 各分區自墊核退點數(BJ)]	-
	/ 各分區一般服務核定浮動點數(BF)	-
臺北分區	= [2,182,994,334	47,591] / 1,504,602,758 = 0.83313433
北區分區	= [940,361,954	31,152] / 639,507,191 = 0.78612534
中區分區	= [1,866,728,942	39,112] / 1,328,313,114 = 0.81151669
南區分區	= [1,029,893,262	20,016] / 687,944,660 = 0.81221845
高屏分區	= [1,169,921,169	8,860] / 793,057,318 = 0.81534729
東區分區	= [163,277,538	9,365] / 95,157,434 = 1.16072722

3. 全區浮動每點支付金額		= [加總調整後分區一般服務預算總額(BDI)
	- 加總核定非浮動點數(GG)	-
	- 加總自墊核退點數(GJ)]	-
	/ 加總一般服務浮動核定點數(GF)	-
	= [7,353,177,199	156,096] / 5,048,582,475 = 0.82202234

程式代號：RGBI3108R02

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署

中醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期:111/12/31

列印日期：112/02/07

頁次：26

4. 一般服務分區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
 = [調整後分區一般服務預算總額(BD1)
 / [一般服務核定浮動點數(BF)
 + 該分區核定非浮動點數(BG)
 + 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [2,182,994,334	]/ [	1,504,602,758 +	929,410,532	+ 47,591] =	0.89685281
北區分區	= [940,361,954	]/ [	639,507,191 +	437,597,994	+ 31,152] =	0.87302036
中區分區	= [1,866,728,942	]/ [	1,328,313,114 +	788,741,575	+ 39,112] =	0.88174125
南區分區	= [1,029,893,262	]/ [	687,944,660 +	471,111,898	+ 20,016] =	0.88854635
高屏分區	= [1,169,921,169	]/ [	793,057,318 +	523,295,176	+ 8,860] =	0.88875381
東區分區	= [163,277,538	]/ [	95,157,434 +	52,816,349	+ 9,365] =	1.10335224

5. 一般服務全區平均點值(不含醫療資源不足地區改善方案_論量計酬)
 = [7,353,177,199] / [5,048,582,475 + 3,202,973,524] = 156,096] = 0.89110928

6. 中醫門診總額平均點值

= [加總調整後分區一般服務預算總額(BD1) + 專款專用暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案_論量計酬結算金額(B5)]
 / [加總分區一般服務核定浮動點數(GF) + 加總分區核定非浮動點數(GG) + 加總分區自墊核退點數(GJ) +
 專款專用已支用點數(含品質保證保留款) + 資源不足地區改善方案_論量計酬(核定浮動及非浮動點數)(B5)]

= [7,353,177,199 + 223,943,873 + 59,086,987] / [5,048,582,475 + 3,202,973,524 + 156,096 + 229,452,433 + 59,086,987]
 = 0.89414323

註：

- 專款專用暫結金額 = 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫暫結金額 + 中醫提升孕產照護品質計畫暫結金額 + 癌症患者加強照護整合方案暫結金額 + 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫暫結金額 + 中醫急症處置計畫暫結金額 + 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫(各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 中醫門診總額照護機構中醫醫療照護方案 + 網路頻寬補助費用暫結金額 + 品質保證保留款預算
 = 35,800,278 + 66,339,677 + 15,968,070 + 50,741,754 + 4,864,319 + 371,464 + 12,500,000 + 4,357,845
 + 20,765,939 + 12,234,527
 = 223,943,873
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算/4

五、說明

- 本季結算費用年月包括：
 費用年月111/06(含)以前：於111/10/01~111/12/31期間核付者。
 費用年月111/07~111/09：於111/07/01~111/12/31期間核付者。

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：張毓芬

聯絡電話：02-27065866 分機：2629

電子郵件：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年3月25日

發文字號：健保醫字第1120660865A號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：檢送111年第3季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年3月1日全民健康保險醫療給付費用醫院總額112年第1次研商議事會議決定辦理。
- 二、旨揭醫院總額結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、另依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法

規定，自112年3月15日起暫付、核付之醫院總額費用依111年第3季點值辦理，並於112年3月辦理點值結算追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

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



5. 非偏遠地區門住診一般服務浮動每點支付金額 =

[調整後分區門診一般服務預算總額 (BD4) + 調整後分區住診一般服務預算總額 (BD3)	
- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區至其他五分區跨區就醫核定浮動點數 × 前季全區浮動點值)(AF1+AF3)	598,069,565
- (加總(門住診非偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG3) - 藥品給付協議)	16,940,858]
- (加總(門住診偏遠地區投保該分區核定浮動點數 × 前季就醫分區平均點值)(AF2+AF4)	20,774,417,711
- (加總(門住診偏遠地區投保該分區核定非浮動點數)(BG2+BG4)	= 0.86640724
- (加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
／ (加總(門住診非偏遠地區投保該分區當地就醫一般服務核定浮動點數)(BF1+BF3)	
臺北分區 = [20,113,565,066 + 25,421,596,223 - 4,626,764,504 - (23,164,531,229 - 598,069,565)	
- 179,365,662 - 146,522,742 - 198,840,566]	
北區分區 = [7,573,897,907 + 10,406,379,117 - 2,888,093,516 - (8,992,464,961 - 198,840,566)	
- 19,181,751 - 12,599,583 - 6,591,848]	
中區分區 = [9,750,246,226 + 13,576,661,401 - 1,203,761,612 - (11,581,136,304 - 340,147,767)	
- 370,095,737 - 383,496,504 - 8,894,514]	
南區分區 = [7,583,588,526 + 10,898,286,580 - 1,602,249,863 - (9,094,578,007 - 255,202,598)	
- 27,173,289 - 21,846,828 - 3,535,449]	
高屏分區 = [7,951,322,265 + 11,673,993,814 - 1,134,514,082 - (9,356,120,755 - 220,275,948)	
- 81,308,273 - 58,456,831 - 3,764,417]	
東區分區 = [1,297,190,119 + 2,258,712,015 - 321,394,153 - (1,640,705,098 - 44,509,870)	
- 60,763,854 - 36,052,495 - 343,744]	
6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額 (D3)	
- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)	
- (加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]	
／ (加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)	
= [54,269,810,109 + 74,235,629,150 - (64,488,511,337 - 1,657,046,314) - 40,070,830]	
= 0.94048275	

6. 非偏遠地區門住診一般服務全區浮動每點支付金額 = [調整後門診一般服務預算總額 (D4) + 調整後住診一般服務預算總額 (D3)

- (加總(門住診核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4) - 藥品給付協議)

- (加總(門住診自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

／ (加總(門住診一般服務浮動核定點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

= [54,269,810,109 + 74,235,629,150 - (64,488,511,337 - 1,657,046,314) - 40,070,830]

= 0.94048275

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

7. 非偏遠地區門住診一般服務分區平均點值=[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)]

÷[加總(門住診一般服務核定浮動點數)(GF1+GF2+GF3+GF4)

+ 加總(門住診投保該分區核定非浮動點數)(BG1+BG2+BG3+BG4)-藥品給付協議

+ 加總(門住診當地就醫分區自墊核退點數)(BJ1+BJ3)]

臺北分區	= [20,113,565,066 + 25,421,596,223] ÷ [25,642,837,951 + 23,311,053,971 - 598,069,565 + 16,940,858] = 0.94133885
北區分區	= [7,573,897,907 + 10,406,379,117] ÷ [9,648,416,038 + 9,005,064,544 - 198,840,566 + 6,591,848] = 0.97394785
中區分區	= [9,750,246,226 + 13,576,661,401] ÷ [12,782,083,009 + 11,964,632,808 - 340,147,767 + 8,894,514] = 0.95541535
南區分區	= [7,583,588,526 + 10,898,286,580] ÷ [9,511,393,539 + 9,116,424,835 - 255,202,598 + 3,535,449] = 1.00575332
高屏分區	= [7,951,322,265 + 11,673,993,814] ÷ [10,286,355,317 + 9,414,577,586 - 220,275,948 + 3,764,417] = 1.00723115
東區分區	= [1,297,190,119 + 2,258,712,015] ÷ [1,916,375,251 + 1,676,757,593 - 44,509,870 + 343,744] = 1.00195421

8. 非偏遠地區門住診一般服務全區平均點值

= [54,269,810,109 + 74,235,629,150] ÷ [69,787,461,105 + 64,488,511,337 - 1,657,046,314 + 40,070,830] = 0.96868997

9. 醫院醫療給付費用總額平均點值(不含門診透析)

= 加總[調整後分區門診一般服務預算總額(BD4)+調整後分區住診一般服務預算總額(BD3)+專款專用暫結金額]

÷ [一般服務核定浮動點數(GF)+核定非浮動點數(BG)-藥品給付協議+自墊核退點數(BI)

+ 專款專用已支用點數(含品質保證留款)]

= [54,269,810,109 + 74,235,629,150 + 6,942,257,380]

÷ [69,787,461,105 + 64,488,511,337 - 1,657,046,314 + 40,070,830 + 6,944,072,960]

= 0.97023437

註：

- 專款專用暫結金額=C型肝炎藥費暫結金額+罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材暫結金額+後天免疫缺乏病毒治療藥費暫結金額+鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質暫結金額+醫療給付改善方案暫結金額+醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案暫結金額+急診品質提升方案暫結金額+醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫暫結金額+品質保證留款暫結金額+各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算)+品質保證留款預算+網路頻寬補助費用暫結金額+住院整合照護服務試辦計畫暫結金額+鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫暫結金額+精神科長效針劑藥費暫結金額= 390,744,154 + 2,999,910,660 + 1,105,843,950 + 1,177,301,556 + 250,982,639 + 25,086,515 + 26,121,600 + 167,352,905 = 49,941,850 + 330,005,436 + 37,016,861 + 0 + 381,949,254 = 6,942,257,380

2. C型肝炎藥費專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。

3. 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。

4. 品質保證留款預算=106年各季品質保證留款預算+111年品質保證留款預算/4。

5. 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫第4季暫結金額=第4季已支用點數+全年「核算各院所上下限額度」已支用點數。

五、說明

1. 本季結算費用年月份包括：

費用年月份111/06(含)以前：於111/10/01~111/12/31期間核付者。

費用年月份111/07~111/09：於111/07/01~111/12/31期間核付者。

2. 當地就醫分區未跨區係指醫療費用申報分區，即不區別其保費對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：10634 臺北市大安區信義路三段140號
聯絡人：劉勁梅
聯絡電話：02-27065866 分機：3626
傳真：27064093
電子郵件：A110626@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112年3月29日
發文字號：健保醫字第1120661129B號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網擷取

主旨：111年第3季「西醫基層總額各分區一般服務每點支付金額
結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑
詳如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定暨112年3月2日「全民健康保險西醫基層總額研商議事會議」112年第1次會議決定辦理。
- 二、旨揭西醫基層總額結算說明表請至本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/西醫基層。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年3月15日起，西醫基層預算費用之暫付、核付，依111年第3季結算點值辦理，並於112年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

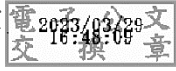


112.03.30



1123340076

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



裝

訂

線



程式代號：rgbi3108r03

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署

西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表

核付截止日期：111/12/31

列印日期：112/02/22

頁次：37

六、調整後一般服務預算總額浮動點支付金額

1. 一般服務分區浮動點支付金額

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

= [風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6) + 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- 投保該分區至其他五分區跨區就醫浮動核定點數 × 前季投保分區浮動點值(AF)

／ (投保該分區當地主醫一般服務浮動核定點數(BF) - 藥品給付協議) - 當地就醫分區自墊核退點數(BJ)]

臺北分區	= [10,243,528,040 +	260,508 - 1,601,572,691 - (2,898,559,660 - 10,551,260) -	424,817] /	6,257,313,666 =	0.91952920
北區分區	= [4,834,475,506 +	3,144,422 - 836,792,829 - (1,423,488,882 - 7,232,903) -	385,145] /	2,647,139,800 =	0.97622573
中區分區	= [5,801,460,546 +	2,013,312 - 374,484,849 - (1,721,369,871 - 6,459,868) -	688,474] /	3,789,398,216 =	0.97994730
南區分區	= [4,444,314,018 +	8,837,198 - 455,661,039 - (1,352,459,187 - 3,010,619) -	326,615] /	2,671,635,223 =	0.99104660
高屏分區	= [4,925,582,289 +	8,711,664 - 327,559,841 - (1,559,768,996 - 3,371,105) -	131,711] /	3,123,460,737 =	0.97654645
東區分區	= [634,660,614 +	18,424,242 - 83,059,364 - (221,063,707 - 1,209,653) -	60,470] /	335,692,710 =	1.04295076

2. 一般服務全區浮動每點支付金額

= 加總[風險調整移撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)

+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用

- (核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議)

- 自墊核退點數(BJ)]

／ 加總一般服務浮動核定點數(GF)

= [30,884,021,013 + 41,391,346 - (9,176,690,303 - 31,835,408) - 2,017,232] / 22,220,370,500 = 0.98011598

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

3. 一般服務分區平均點值		= [風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)	
+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用]		藥品給付協議 + 自墊核退點數(BJJ)]	
臺北分區	= [10,243,528,040 + 260,508] / [7,784,954,352 + 2,898,559,660 - 10,551,260 + 424,817] = 0.95975045	北區分區	= [4,834,475,506 + 3,144,422] / [3,380,995,471 + 1,423,468,882 - 7,232,903 + 385,145] = 1.00838817
中區分區	= [5,801,460,546 + 2,013,312] / [4,134,048,687 + 1,721,369,871 - 6,459,868 + 688,474] = 0.99210665	南區分區	= [4,444,314,018 + 8,837,198] / [3,082,414,016 + 1,352,459,187 - 3,010,619 + 326,615] = 1.00472950
高屏分區	= [4,925,582,289 + 8,711,664] / [3,433,577,816 + 1,559,708,996 - 3,371,105 + 131,711] = 0.98881518	東區分區	= [634,660,614 + 18,424,242] / [404,380,158 + 221,063,707 - 1,209,653 + 60,470] = 1.04611632
4. 一般服務全區平均點值		= [30,884,021,013 + 41,391,346] / [22,220,370,500 + 9,176,690,303 - 31,835,408 + 2,017,232] = 0.98591428	
5. 西醫基層醫療給付費用總額平均點值 = 加總[風險調整撥款撥補後一般服務預算總額(BD6)		+ 該分區新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用 + 專款專用暫結金額(註)]	
/ 加總分區 [一般服務核定浮動點數(GF) + 核定非浮動點數(BG) - 藥品給付協議		+ 自墊核退點數(BJ) + 專款專用已支用點數(含品質保證保留款)]	
= [30,884,021,013 + 41,391,346 + 483,204,049] / [22,220,370,500 + 9,176,690,303 - 31,835,408 + 2,017,232 + 483,204,049]		= 0.98612797	

註：

- 專款專用暫結金額 = C型肝炎藥費暫結金額 + 家庭醫師整合性照護計畫暫結金額 + 醫療資源不足地區改善方案暫結金額 + 醫療給付改善方案暫結金額 + 鼓勵院所建立轉診之合作機制暫結金額 + 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材 + 後天免疫缺乏病毒治療藥費 + 網路頻寬補助費用 + 偏鄉地區基層診所產婦生產補助計畫 + 代謝症候群防治計畫暫結金額 + 提升心肺疾病患者心肺復健門診論質計酬(pay for value)計畫暫結金額 + 精神科長效針劑藥費暫結金額 (各計畫如當季暫結金額大於預算金額，則暫結金額為當季預算) + 品質保證保留款預算 = 134,930,103 + -1,123,291 + 39,509,613 + 136,243,234 + 37,547,000 + 77,435 + 1,274,024 = 483,204,049
- C型肝炎藥專款專用已支用點數、暫結金額已扣除藥品給付協議。
- 罕見疾病及血友病藥費、後天免疫缺乏病毒治療藥費、精神科長效針劑藥費之已支用點數及暫結金額已扣除藥品給付協議回收金額。
- 品質保證保留款預算 = 106年各季品質保證保留款預算 + 111年品質保證保留款預算 / 4 = 0 + 4,835,140 + 55,678,157

七、說明

- 本季結算費用年月包括：
費用年月111/06(含)以前：於111/10/01~111/12/31期間核付者。
費用年月111/07~111/09：於111/07/01~111/12/31期間核付者。
- 當地就醫分區係指醫療費用申報分區，即不區別其保險對象投保分區，以其就醫的分區為計算範圍。

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：林其瑩
聯絡電話：02-27065866 分機：3618
傳真：02-27069043
電子郵件：a111149@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112年3月10日
發文字號：健保醫字第1120660844號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：請至本署全球資訊網自行擷取

主旨：111年第3季「門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定辦理。
- 二、有關111年第3季門診透析預算一般服務部門點值前於112年2月16日以健保醫字第1120660524號函請全民健康保險醫療給付費用門診透析預算研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/門診透析。
- 三、依全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法規定，自112年3月15日起，門診透析費用之暫付及核付，依111年第3季結算點值辦理，並於112年3月辦理該季點值結算後追扣補付事宜。



2.03.10



1123340044

正本：本署各分區業務組

副本：田代表士金、白代表其怡、吳代表麥斯、宋代表俊明、李代表丞華、林代表元
灝、邱代表琦皓、洪代表冠予、張代表克士、張代表孟源、郭代表咏臻、陳代表
文琴、陳代表盈凱、陳代表鴻文、曾代表國憲、黃代表兆杰、黃代表尚志、楊代
表五常、楊代表孟儒、鄒代表繼群、廖代表秋燭、蔡代表宗昌、謝代表輝龍、顏
代表大翔、衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、中華民國醫師
公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、財政部賦稅
署、本署醫審及藥材組、本署企劃組、本署主計室、本署財務組、本署資訊組、
本署承保組、本署違規查處室、台灣醫院協會



裝



線



程式代號： RGB13108R05

111年第3季

衛生福利部中央健康保險署

門診透析預算一般服務每點支付金額結算說明表

結算主要費用年月起迄:111/07~111/09

列印日期： 112/02/02

頁次： 13

核付截止日期:111/12/31

六、一般服務浮動每點支付金額

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

核定浮動點數合計(P)

10,934,267,182 - 708,343,250 - 166,669,601

11,404,243,441

= 0.88206240 (四捨五入至小數第8位)

七、平均點值

預算(D2)

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

10,934,267,182

708,343,250 + 166,669,601 + 11,404,243,441

= 0.89046657 (四捨五入至小數第8位)

八、說明

本季結算費用年月包括:

1. 費用年月111/06(含)以前:於111/10/01~111/12/31期間核付者。
2. 費用年月111/07~111/09:於111/07/01~111/12/31期間核付者。

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：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@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112年3月22日
發文字號：健保醫字第1120660999號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：附件請逕自本署全球資訊網自行擷取

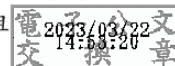
主旨：檢送111年第3季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第62條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額及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」。
- 二、旨揭檔案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、本署醫務管理組



112.03.22



1123340059

111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				小計	全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計劃試辦計畫)		605.4	139.0	126.2	126.0		391.2	64.6%
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 ^{註1}		1,500.0	36.3	195.4	186.9		418.6	27.9%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	342.0	341.2	359.2		1,042.3	63.0%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7	44.4	42.2		127.3	28.3%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9	9.8	9.2		28.0	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	17.5	16.2		47.9	
3.急性後期整合照護計畫			16.2	16.0	15.4		47.7	
4.遠距醫療給付計畫			1.3	1.1	1.4		3.8	
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2}		290.0	0.32	0.10	0.19		0.6	0.2%
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3}		1,900.0	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		1,000.0	0.0	0.0	0.0		0.0	0.0%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		450.0	97.3	92.8	98.2		288.2	64.1%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2	63.6	69.3		199.1	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8	17.9	17.7		55.4	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0	0.0		0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3	11.3		33.8	
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註6}		30.0	0.001	0.09	0.05		0.14	0.5%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,300.0	1,519.2	1,500.7	1,549.0		4,568.9	62.6%
1.居家醫療與照護			972.2	957.1	984.6		2,913.9	
2.助產所			0.8	1.2	0.9		2.9	
3.精神疾病社區復健			535.9	533.3	552.9		1,622.1	
4.轉銜長照2.0之服務			10.3	9.0	10.6		29.9	
提升保險服務成效		600.0	42.9	80.5	102.8		226.2	37.7%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		800.0	47.4	219.6	136.0		403.1	50.4%
總計		16,579.2	2,265.1	2,601.0	2,600.5	0.0	7,466.6	45.0%

註：1.因「提升院所智慧化資訊獎勵」(包含：部分負擔新制費用申報格式改版獎勵、居家藍牙APP介接獎勵、就醫識別碼預檢成功獎勵)，自111.10.1實施，及資料上傳獎勵費未及於當季結算前完成過帳，遞延1季納入結算，故執行率偏低。
 2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。
 3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。
 4.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。
 5.「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。
 6.111年度限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。其中第2季執行數包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 3 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 4 月 26 日

一、議程(議程項目名稱修正) -----	1
二、本會重要業務報告	
補充：一、(一)及二、(二)文字內容及個別委員關切事項回復2則(會議資料第23頁)-----	2
三、優先報告事項	
衛生福利部「113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「113年度醫療給付費用總額範圍(草案)之財務試算」諮詢案(會議資料第36頁)-----	11
四、討論事項	
112年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案(會議資料第39頁)-	71
五、報告事項	
第三案「藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)」(會議資料第86頁)-----	84

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 3 次委員會議議程

一、主席致詞(介紹新委員)

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----- 23

五、優先報告事項

衛生福利部「113 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「113 年度醫療給付費用總額範圍
(草案)之財務試算」諮詢案-----補充資料第 11 頁

六、討論事項

112 年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費
用」決定項目內容，需提報本會確認案-----補充資料第 71 頁

七、報告事項

(一)111 年度全民健康保險基金附屬單位決算及 113 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案----- 43

(二)代謝症候群防治計畫之改進方案(含推動「以人為中心」之合作照護模式，及服務人數提升、支付單價衡平性、減少重複檢驗檢查等)----- 72

(三)藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)-----補充資料第 84 頁

(四)中央健康保險署「112 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 87

八、臨時動議

(會議資料第 23 頁)

四、本會重要業務報告

說明：

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)依討論事項第一案決議，辦理相關評核作業：

1.修正 112 年辦理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(112)年 4 月 11 日以衛部健字第 1123360048 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依作業時程提供評核資料，其中請健保署分別於 5 月 25 日及 6 月 16 日提出評核報告上、下冊，各部門 6 月 16 日前提出成果報告，至於簡報資料則請所有機關(構)於 7 月 3 日前提提供，如附件一(第 31~32 頁)。

2.為辦理評核委員籌組作業，業依評核作業方式規定，請四部門總額受託團體及付費者代表委員至多推薦 3 位評核委員。本會已彙整推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及公正人士委員，擬具「112 年評核委員建議名單」，於 4 月 21 日以電子郵件寄送本會委員進行票選作業，敬請委員於 4 月 28 日(星期五)前回復本會，以辦理後續事宜。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 3 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 2 項，如附表(第 28~29 頁)；歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，建議解除追蹤者，計有 1 項，如附表(第 30 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項(含書面意見)，健保署回復如附錄一(第 91~98 頁)；補充個別委員關切事項回復 2 則，如附件一(補充資料第 4~9 頁)。

二、本會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營，業於本年 4 月 12、13 日(星期三、四)辦理完竣，辦理情形如下：

(一)此次活動共有 32 位現任委員、13 位卸任委員參加。本活動除

辦理10週年茶會外，並就5大議題包括健保財務現況與未來展望、健保費率審議與經驗交流、健保總額擬訂及中長期改革計畫、健保資源配置之回顧與檢討及醫療給付費用總額協商與經驗交流等，由衛福部(社會保險司)、健保署、專家學者及本會，進行專題報告與演講，可充分提升新任委員健保專業知能、對擔任本會委員法定任務之了解，及達成與卸任委員經驗交流傳承之效益。有關本次活動各議題之簡報資料，將徵得報告人、演講人及與談人同意後，公開於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 公告及重要工作成果，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/np-1659-116.html>)。

(二)本會針對前揭活動進行滿意度調查統計結果(詳附件二，補充資料第10頁)，委員回復84.3%，其中各項目滿意以上之比率均達9成以上，其中「議題三、健保總額擬訂及中長期改革計畫」、「議題五、醫療給付費用總額協商與經驗交流」，部分委員反映報告及交流時間較為不足等部分，將作為下次規劃與辦理類此活動之參據。

個別委員關切事項之健保署答覆

委員意見	健保署說明
<p>滕委員西華(會議資料第 117 頁)</p> <p>一、近 5 年(因為中間隔 3 年疫情，所以 5 年資料比較適當)各層級院所的收入變化。</p> <p>二、近 5 年三級醫院中，資產設備與不動產增加之比例、人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化、非醫療業務收入之變化。</p>	<p>一、5 年各層級院所的收入變化： 本資料業已列於表 3(第 9 頁)。</p> <p>二、近 5 年三層級醫院中，資產設備與不動產增加之比例、人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化、非醫療業務收入之變化：</p> <p>(一)近 5 年各層級固定資產(表 1，第 7 頁)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.有關資產設備與不動產之比例，係以資產負債表之固定資產占率統計。 2.近 5 年(106-110 年)各層級醫院固定資產(含資產設備與不動產)占率，醫學中心中位數介於 40.6%~48.7%；區域醫院中位數介於 40.5%~52.3%；地區醫院中位數介於 37.4%~45.9%。 <p>(二)近 5 年各層級醫院人事費(醫事人力和非醫事人力)之比例變化(表 2，第 8 頁)：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.人事費用部分僅能以院所提報財報「醫務成本明細表」中之「人事費用」項目計算，惟其他項目亦可能含人事費用，合先敘明。 2.近 5 年(106-110 年)各層級醫院人事費(醫事人力和非醫事人力)占率，醫學中心中位數介於

委員意見	健保署說明
	<p>41.53%~43.83%；區域醫院中位數介於 46.49%~47.96%；地區醫院中位數介於 46.65%~49.67%。</p> <p>(三)近 5 年各層級醫院非醫務收入之變化(表 3，第 9 頁)：</p> <p>非醫務收支結餘部分，比較 106 年與 110 年，醫學中心從 180.13 億元(17 家)下降至 135.07 億元(18 家)；區域醫院從 61.60 億元(66 家)增加至 77.85 億元(70 家)；地區醫院從 23.94 億元(38 家)增加至 33.70 億元(105 家)。非醫療業務收支短絀部分，醫學中心從 -2.07 億元(2 家)下降至 -0.71 億元(1 家)；區域醫院從 -4.18 億元(13 家)下降至 -3.21 億元(11 家)；地區醫院從 -1.55 億元(14 家)增加至 -1.83 億元(16 家)。</p>
<p>劉委員淑瓊(議事錄第 26 頁)</p> <p>謝謝，首先針對抑制資源不當耗用改善方案，有關健保署針對我上次的發言回應，請委員翻到會議資料第 127~128 頁，首先謝謝健保署的說明，但是在第 128 頁時，健保署提供的 111 年 12 月的資料，總上傳率雖 60.4%，看起來成長蠻不錯，但是醫療檢查影像的上傳率仍低，只有 4.5%，包含 CT、MRI、超音波，都是相對高單價，近年來這樣的影像件數都快速攀升，費用也遽增，像現在影像上傳率這麼低，就表示病人</p>	<p>一、感謝委員的意見，有關基層診所醫療檢查影像上傳率仍低一節，有許多院所反映資訊能力較差，致無法上傳，本署為提升影像上傳率，除持續優化醫療檢查影像上傳系統，亦持續與醫界溝通，討論如何提升上傳率，如 112 年 4 月 6 日與牙全會討論如何提升 X 光上傳情形。</p> <p>二、本署於 111 年 10 月 18 日召開之檢驗(查)有申報應上傳討論會議，</p>

委員意見	健保署說明
<p>若到其他醫療院所就醫，被重複檢驗檢查的機率是高的，但是健保署卻說，要抑制浮濫，所以要加收民眾的部分負擔，從這個地方也看到這政策的正當性、合理性都受質疑。</p> <p>另外健保署在資料裡面建議希望落日條款可以延後，當然可以理解，就基層診所資訊能力跟設備的問題，但是希望健保署也能夠有 1 個規劃期程，就是不只是上傳率提高，其實包括這個上傳的速度，以及影像的品質等，希望不要一直延後，要有 1 個時間表的規劃。</p>	<p>與醫界代表達成共識，考量超音波影像變化大，不同醫療團隊對於其影像檔案之診斷參考意義不大，「超音波檢查」僅需上傳影像報告。本署據以持續輔導院所上傳，111 年第 4 季超音波總上傳率約 84.4%(基層診所 22.7%)。</p> <p>三、目前並未實施門診檢驗檢查部分負擔，考量醫療院所及民眾對於流程不熟悉，暫緩實施；預計先從醫療端著手，透過醫療資訊共享減少重複檢驗檢查，後續也會再對於檢查檢驗高耗用病人，了解醫師多次執行的必要性，倘執行效果佳，就不需增加檢驗檢查部分負擔。</p> <p>四、查 CT、MRI 皆屬醫院執行申報項目，111 年全年影像總上傳率 CT 約 96.6%，MRI 約 96.5%。</p> <p>五、另本署刻正蒐集各層級醫療院所意見規劃檢驗(查)上傳政策，有關落日條款之時程規劃將蒐集各層級意見後，再行研議。</p>

表 1、各層級醫院固定資產占率統計

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
106	醫學中心	43.9%	17.1%	43.1%
	區域醫院	49.1%	26.7%	52.3%
	地區醫院	45.7%	28.9%	45.9%
	小計	46.8%	27.2%	44.3%
107	醫學中心	43.5%	16.7%	44.3%
	區域醫院	48.7%	25.7%	45.9%
	地區醫院	42.6%	27.2%	40.0%
	小計	44.9%	25.9%	41.7%
108	醫學中心	42.4%	17.5%	41.2%
	區域醫院	45.2%	25.0%	40.5%
	地區醫院	43.3%	27.7%	41.3%
	小計	44.0%	25.9%	41.0%
109	醫學中心	43.2%	20.2%	40.6%
	區域醫院	45.7%	25.2%	40.5%
	地區醫院	43.4%	28.1%	37.4%
	小計	44.3%	26.4%	38.6%
110	醫學中心	44.5%	19.7%	48.7%
	區域醫院	45.7%	25.0%	46.9%
	地區醫院	43.4%	28.2%	39.0%
	小計	44.4%	26.3%	42.1%

註：固定資產占率=固定資產費用合計/資產總額合計。

資料來源：資產負債表中「固定資產淨額」項目。

表 2、各層級醫院人事費用占率統計

年度	層級別	平均值	標準差	中位數
106 年	醫學中心	42.68%	7.94%	43.83%
	區域醫院	46.85%	14.67%	47.96%
	地區醫院	47.43%	10.39%	49.67%
	小計	46.52%	12.64%	47.51%
107 年	醫學中心	42.32%	7.92%	43.00%
	區域醫院	47.94%	9.74%	47.00%
	地區醫院	46.63%	11.01%	48.38%
	小計	46.79%	10.30%	47.49%
108 年	醫學中心	41.84%	7.58%	42.16%
	區域醫院	47.20%	9.59%	46.49%
	地區醫院	46.24%	9.22%	47.39%
	小計	46.28%	9.29%	46.62%
109 年	醫學中心	41.25%	7.75%	41.53%
	區域醫院	49.04%	9.91%	47.13%
	地區醫院	46.67%	9.77%	47.21%
	小計	47.09%	9.81%	46.97%
110 年	醫學中心	41.21%	8.13%	43.72%
	區域醫院	48.45%	8.84%	47.42%
	地區醫院	45.95%	8.94%	46.65%
	小計	46.48%	8.98%	46.37%

註：人事費用占率=醫務人事費用合計/醫務成本。

資料來源：醫務成本明細表中「人事費用」項目。

表 3、各層級醫院非醫務收支結餘分析

年度	特約別	結餘			短絀			家數合計
		家數	金額(億)	家數 占率	家數	金額 (億)	家數 占率	
106 年	醫學中心	17	180.13	89.5%	2	-2.07	10.5%	19
	區域醫院	66	61.60	83.5%	13	-4.18	16.5%	79
	地區醫院	38	23.94	73.1%	14	-1.55	26.9%	52
	小計	121	265.67	80.7%	29	-7.80	19.3%	150
107 年	醫學中心	18	208.48	94.7%	1	-1.11	5.3%	19
	區域醫院	73	65.08	75.9%	10	-3.86	12.0%	83
	地區醫院	89	31.85	66.1%	23	-1.51	20.5%	112
	小計	184	305.61	84.0%	35	-6.52	16.0%	219
108 年	醫學中心	18	197.55	94.7%	1	-0.88	5.3%	19
	區域醫院	68	76.02	84.0%	13	-1.90	16.0%	81
	地區醫院	92	35.16	76.7%	28	-1.85	23.3%	120
	小計	180	308.91	80.7%	43	-4.65	19.3%	223
109 年	醫學中心	18	141.71	94.7%	1	-0.98	5.3%	19
	區域醫院	68	59.25	84.0%	13	-11.36	16.0%	81
	地區醫院	104	33.10	83.9%	20	-1.91	16.1%	124
	小計	192	234.26	84.6%	35	-14.28	15.4%	227
110 年	醫學中心	18	135.07	94.7%	1	-0.71	5.3%	19
	區域醫院	70	77.85	86.4%	11	-3.21	13.6%	81
	地區醫院	105	33.70	86.8%	16	-1.83	13.2%	121
	小計	196	246.81	87.1%	29	-5.77	12.9%	225

註 1.107 年提報家數含 4 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所、斗六慈濟診所)及 1 家藥局(台北政昇藥局；整體結餘為 0，醫務結餘短絀 32.4 萬，非醫務結餘 32.5 萬，所得稅 0.1 萬)。

註 2.108 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。斗六慈濟診所 108 年度變更層級為地區醫院-斗六慈濟醫院。

註 3.109 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)。

註 4.110 年提報家數含 3 家診所(遠東聯合診所、書田泌尿科診所、安慎診所)及 1 家檢驗所(登全醫事檢驗所)。

註 5.110 年較 109 年提報家數共減少 2 家：

(1) 增加 2 家：110 年扣繳憑單逾 2 億元：登全醫檢所、豐榮醫院。

(2) 減少 4 家：①110 年扣繳憑單不足 2 億元(2 家)：同仁院醫療財團法人萬華醫院、茂隆骨科醫院②財報併報(2 家)：員榮醫院(終止特約)併員生醫院、台大生醫併台大新竹。

健保會 10 週年成果及未來展望研討暨共識營滿意度調查統計結果

項目		非常滿意	滿意	尚可	不滿意	非常不滿意
整體滿意度	場地設備安排	56%	41%	4%	0%	0%
	主題安排	59%	37%	4%	0%	0%
	講員安排	56%	41%	0%	0%	0%
議題一、健保財務現況與未來展望 議題二、健保費率審議與經驗交流	架構、內容符合期待	59%	37%	0%	0%	0%
	報告、討論時間充足	37%	44%	15%	0%	0%
	提升對業務之了解	56%	37%	4%	0%	0%
議題三、健保總額擬訂及中長期改革計畫	架構、內容符合期待	59%	26%	15%	0%	0%
	報告、討論時間充足	41%	37%	22%	0%	0%
	提升對業務之了解	56%	30%	11%	4%	0%
議題四、健保資源配置之回顧與檢討	架構、內容符合期待	48%	48%	4%	0%	0%
	報告、討論時間充足	33%	52%	15%	0%	0%
	提升對業務之了解	44%	44%	11%	0%	0%
議題五、醫療給付費用總額協商與經驗交流。	架構、內容符合期待	48%	30%	15%	0%	0%
	報告、討論時間充足	41%	33%	19%	0%	0%
	提升對業務之了解	56%	19%	19%	0%	0%

註：問卷回收率 84.3%(27 位委員回復/32 位與會委員)

(會議資料第 36 頁)

五、優先報告事項

報告單位：衛生福利部社會保險司、中央健康保險署

案由：衛生福利部「113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「113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、本件係衛生福利部(下稱衛福部)依據全民健康保險法(下稱健保法)第60條規定，於本(112)年4月19日以衛部保字第1121260130號函送「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱113年度總額範圍草案)諮詢案，主要重點說明如下(草案詳附件一，第15~49頁；簡報如附件二，第50~65頁)：

(一)草案之總額基期係以 112 年度醫療給付費用扣除 111 年度應扣減項目而得，約為 8,362.29 億元，並考量投保人口結構改變、醫療服務成本改變及投保人口數成長對醫療費用之影響，以及配合 113 年總額政策目標，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，成長率訂為 1.053% 至 4%，較前一年度總額增加 88.05 億元至 334.49 億元，估計 113 年總額範圍約為 8,450.34 億元至 8,696.78 億元。

健保法第 60 條

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

(二)113 年度總額之政策目標、內涵及金額，重點如下：

1. 整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康：9.36 億元。
2. 精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配：45.60 億元。
3. 推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與

支付效率：22.22 億元。

4.增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件：139.28 億元。

5.保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布：30.76 億元。

6.減列預算項目：扣除違反特管辦法之扣減費用 0.79 億元。另 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫退場等計畫減列相關預算共 12.14 億元，其減列金額已含於上述政策目標。

二、為利委員審視前揭總額範圍草案，商請中央健康保險署(下稱健保署)併提「113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66~67頁)。

衛福部社保司業務窗口：賴如琳專員(代理科長)，聯絡電話：02-85906666，分機 6761

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

.....
本會補充說明：

一、衛福部所擬之113年度總額範圍草案，係以112年度健保醫療給付費用總額扣除111年度應扣減項目(淨值)為基期(約為8,362.29億元)，成長率範圍為1.053%至4%，內容摘要如下：

(一)低推估成長率為 1.053%，較基期約增加 88.05 億元，預估低推估值為 8,450.34 億元：

係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率，再分別依 112 年一般服務預算占率(86.205%)及 111 年投保人口數值(-0.765%)校正所得之預估結果。

(二)高推估成長率為 4%，較基期約增加 334.49 億元，預估高推估值為 8,696.78 億元：

即「低推估值」加上「協商因素(增加 246.44 億元)」所得。其中協商因素，係衛福部依據 113 年度全民健康保險政策目

標(包含健保總額延續性項目或計畫、健保總額中長期政策目標及其相關計畫)，並衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及全民健康保險財務收支情形等各面向所擬。

二、經審視113年度總額範圍草案，其擬訂方式說明如下：

(一)總額範圍擬訂公式：

整體公式架構不變，修正低推估公式中的「醫療服務成本指數改變率」(MCPI)，由單年度計算結果改採4年平均値計算，以降低單年度指標值波動不穩之情形。

(二)總額基期及處理情形(詳附件一，第20頁)：

1.113年總額基期處理情形：

(1)依據衛福部112年3月17日會議決議，113年度總額基期扣減項目包含「一般服務未導入預算」、「一般服務未執行額度」、「專款項目與一般服務重複部分之費用」及「節流效益之回饋款」等預算額度。

(2)前揭基期扣減項目在考量各項計畫執行情形後，除維持扣除「一般服務未導入預算」部分外，其他3項扣減項目，因考量一般服務新增項目執行初期不穩定，需設立執行率之觀察期、專款項目與一般服務重複部分於總額協商處理、節流效益扣減額度短期尚難評估等情形，故113年度總額基期尚不處理。(詳細扣減項目規劃與執行情形如附件一第20頁之表2)

2.承上，113年度總額基期維持112年度總額方式，僅扣除「一般服務未導入預算」部分。

三、健保署依照113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113年當年保險收支將短絀29億元至274億元，當年底保險收支累計結餘為927億元至681億元，安全準備約當保險給付支出1.41個月至1.01個月。

表 113 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
113 年度總額醫療費用成長率	1.053%	4%
113 年度總額醫療費用(億元)(含部分負擔)	8,450	8,697
增加金額(億元)	88	334
113 年保險成本(億元)(不含部分負擔)	7,871	8,115
113 年保險收入(億元)	7,842	7,841
113 年當年保險收支餘絀(億元)	-29	-274
113 年保險收支累計結餘(億元)	927	681

四、彙整歷年總額核定情形(如附件四，第68頁)，及衛福部於112年3月17日召開「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」之整理意見摘要(如附件五，第69~70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。爰請健保署於衛福部交議本會「113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」時，依法併提「113年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」。

決定：

檔 號：
保存年限：

附件一

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)8590-6763
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgching@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月19日
發文字號：衛部保字第1121260130號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：113年總額範圍諮詢草案

主旨：有關「113年度全民健康保險醫療給付費用範圍」(草案)，
請貴會惠示意見，請查照。

說明：

- 一、依據全民健康保險法第60條規定辦理。
- 二、有關旨揭草案(附件1，另附說明簡報如附件2)之總額基期係以112年度醫療給付費用扣除111年度應扣減項目而得，約為8,362.29億元，並考量投保人口結構改變、醫療服務成本改變及投保人口數成長對醫療費用之影響，以及配合113年總額政策目標，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，成長率訂為1.053%至4%，較前一年度總額增加88.05億元至334.49億元，估計113年總額範圍約為8,450.34億元至8,696.78億元。

112.04.19



112CC00272

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

113 年度全民健康保險醫療給付費用 總額範圍（草案）

衛生福利部 112 年 4 月

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 113 年度健保醫療給付費用總額範圍，係以 112 年度健保醫療給付費用總額(淨值)為基期(約 8,362.29 億元)，總額範圍下限金額約 8,450.34 億元至上限金額約 8,696.78 億元(成長率 1.053%至 4%)，擬訂內容詳附件。

簡要說明如下：

$$\begin{aligned} &113 \text{ 年度健保醫療給付費用總額範圍} \\ &= 112 \text{ 年度健保醫療給付費用(淨值)} \\ &\quad \times (1 + 113 \text{ 年度健保醫療給付費用成長率之高(低)推估值}) \end{aligned}$$

- 一、低推估值（1.053%，較基期約增加 88.05 億元，下限金額約為 8,450.34 億元）：係按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率，再依據貴會之協商架構，以 112 年一般服務預算占率(86.205%)校正，以及校正 111 年投保人口數值(-0.765%)後，成長率為 1.053%。
- 二、高推估值（4%，較基期增加約 334.49 億元，上限金額約為 8,696.78 億元）：即低推估值+協商因素，其中協商因素係依據 113 年度健保政策目標（包含健保總額延續性項目或計畫、健保總額中長期政策目標及其相關計畫），並以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及全民健康保險財務收支情形等所擬。

綜上，預估 113 年度健保醫療給付費用總額，約為 8,450.34 億元至 8,696.78 億元，敬請貴會惠予支持。

113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂說明

壹、113 年總額擬訂公式架構及本次修訂重點說明

一、行政院核定 112 年度總額範圍之附帶決議

有關行政院 111 年 8 月 5 日院臺衛字第 1110023619 號函核定 112 年度總額範圍之附帶決議如下：

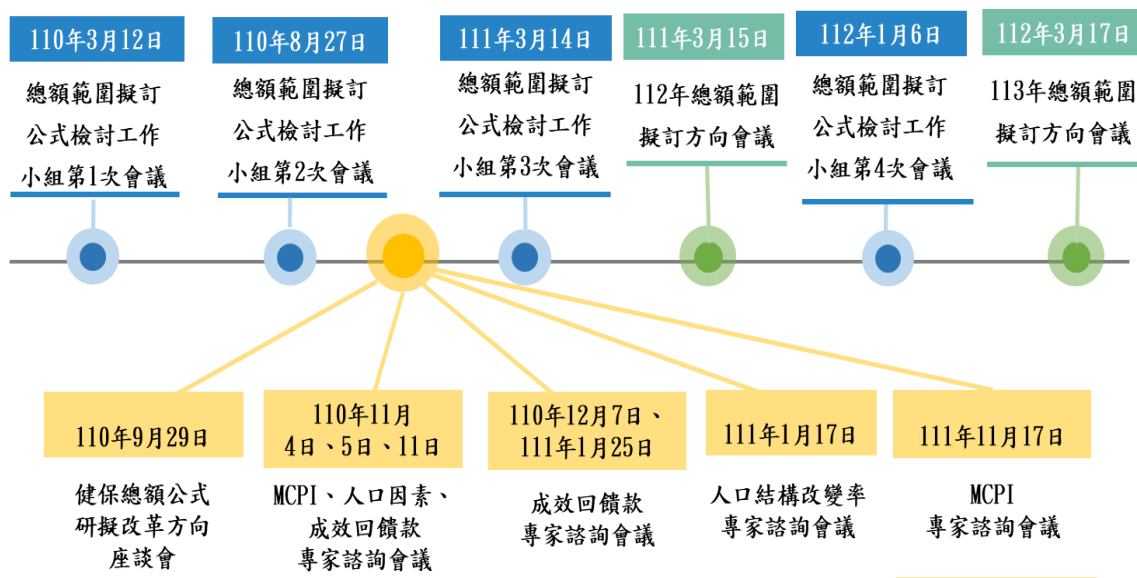
- (一) 依據健保財務推估，在維持現行一般保險費費率 5.17%之情況下，112 年健保醫療給付費用總額在所報之低、高推估值範圍內，當年度保險安全準備金額均將低於 1 個月保險給付支出，至 113 年更將轉為負值，如仍維持現行收入結構、給付模式及支出規模，未來恐面臨調整費率及提高法定費率上限之壓力，請注意此一警訊並及早規劃因應。
- (二) 人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加，惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動，恐影響保險收入之成長速度，請通盤檢討健保收支及財務相關制度，包括費基結構、給付範圍、支付制度及財務平衡機制等之合理性；另請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情發展對醫療及經濟之影響，適時調整相關政策，以利健保制度革新及永續經營。
- (三) 「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110 年-114 年)」為現階段強化醫療體系之重點政策，請積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務等體系間之協調與整合，避免資源重複配置，並兼顧公平、效率與服務品質，發揮保障民眾健康權益之最大綜效；另請強化預防保健、健康促進及慢性病管理等措施，以有效減輕健保負擔。

二、前一年度本部諮詢健保會有關 112 年總額範圍之委員意見摘要

本部於 111 年 4 月 22 日送 112 年度總額範圍草案諮詢健保會，就委員意見，本部於同年 5 月 13 日函復健保會進行初步說明（文號：衛部保字第 1110117832A 號函，如附件一之附件 1，第 36~42 頁），如有需再研議之建議，則納入後續總額公式檢討作業並持續探討與分析。

三、113 年度總額範圍擬訂公式檢討歷程與結果

有關全民健保年度總額範圍擬訂公式檢討作業，本部於 110 年初成立「總額範圍擬訂公式檢討工作小組」；檢討議題囊括健保會委員與各界團體所提眾多意見，考量檢討議題涉及不同專業領域，為求慎重周延，110 年至 112 年陸續召開多次專家諮詢會議，彙整專家建議並研議分析，截至 112 年 3 月共召開 4 次工作小組會議及 8 次專家諮詢會議。



為使總額公式檢討制度化並滾動式調整，本部 111 年底啟動 113 年度總額公式各界意見收集作業（111 年 10 月 17 日衛部保字第 1111260334 號函），其付費者及各總額醫界團體之意見及本部研析說明摘要如附件一之附件 2，第 43~49 頁，相關意見與分析亦提案至 112 年 3 月 17 日「113 年總額範圍擬訂方向會議」向各界說明，其中 113 年總額範圍擬訂公式架構維持不變，有關「醫療服務成本指數改變率(MCPI) 採多年平均值」一案，本部綜整與會單位意見後，確認自 113 年總額公式起，醫療服務成本指數改變率(MCPI) 指標即採用 4 年平均值之處理方式，以改善該指標波動不穩之情形。

貳、113 年度健保醫療給付費用總額基期處理情形

113 年度健保醫療給付費用上（下）限金額 =

113 年度健保醫療給付費用總額基期^註 × (1 + 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率之高（低）推估值)

低推估
3 項因素

- A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率
- B：醫療服務成本指數改變率
- C：投保人口預估成長率

註：113 年基期淨值係以 112 年度全民健康保險醫療給付費用扣除 111 年度一般服務未導入預算計算後得之。

依據 112 年 3 月 17 日會議決議，113 年總額基期(112 年度全民健康保險醫療給付費用)扣除 111 年「一般服務未導入預算」、「一般服務未執行額度」、「專款項目與一般服務重複部分之費用」及「節流效益之回饋款」等預算額度，惟考量各項計畫執行情形，113 年總額維持扣除一般服務「未導入預算」部分，相關各項扣減項目規劃與執行情形如表 2。據此，113 年總額基期淨值約為 8,362.29 億元，並俟健保署 111 年第 4 季結算完畢後確認最終數值。

表 2、扣減項目規劃與執行情形

基期扣減項目	規劃與執行情形
一般服務未導入預算額度	依據健保署於 112 年第 2 次委員會提報資料，113 年度扣除「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」未導入預算約 1.95 億元(西醫基層新診療項目約 0.5559 億元及新藥約 1.39 億元)。
一般服務計畫項目預算未執行額度	參採健保署於 112 年第 2 次委員會意見，建議未來新增計畫設立執行率之觀察期，以 111 年度新增計畫為例，如設立執行率未達目標之 2 年觀察期，則於 115 年總額開始扣除未執行預算額度。故 113 年度尚不扣減本項目，後續將與健保署、健保會持續研議處理方式。
專款項目與一般服務重複部分之費用	參採健保署及健保會建議，於當年度總額協商階段處理。
成效回饋款	113 年度尚無相關扣減額度。

參、113 年度總額範圍下限：低推估值訂為 1.053%，增加 88.05 億元，預估 113 年下限總額約為 8,450.34 億元。

一、醫療服務成本及人口因素成長率(A)： $(1+投保人口結構改變對醫療費用之影響率+醫療服務成本指數改變率)\times(1+投保人口預估成長率)-1$

各項因素如下表：

項目	成長率
1. 投保人口預估成長率(註 1)	-0.757%
2. 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(詳表 1)	1.784%
3. 醫療服務成本指數改變率 4 年平均值(註 2, 詳表 2)	1.103%
醫療服務成本及人口因素成長率(A)	2.108%

註 1:「投保人口預估成長率」係以 111 年對 110 年投保人口成長率計算(採各季投保人數之平均值)。

註 2:依據 112 年 3 月 17 日「113 年總額範圍擬訂方向會議」會議決議,自 113 年總額起,總額公式之醫療服務成本指數改變率(MCPI)指標採 4 年平均值。

註 3:各項因素以 112 年 4 月最新公告數值為準。

二、前述計算結果(A),依 112 年一般服務預算占率校正(86.205%);考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數,爰自 97 年度開始,總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即 113 年度總額基期須校正 111 年投保人口成長率差值),校正 111 年投保人口數後(-0.765%),成長率為 1.053%。

肆、113 年度總額範圍上限：高推估值訂為 4%，即低推估值(1.053%)+協商因素(2.947%，約增加 246.44 億元)，預估總額為 8,696.78 億元。其政策目標、內涵及金額如下：

一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】，共 9.36 億元。

(一) 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。

(二) 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。

- (三) 持續辦理 C 型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除 C 肝政策綱領設定 2025 年消除病毒性肝炎的目標。
- (四) 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，藉由賦權(empowerment)以提升民眾健康識能(literacy)，加強民眾自我健康管理。
- (五) 建立癌症早期治療照護模式，精進癌症篩檢陽性個案診療，提升癌症病人之診療與照護品質。

二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】，共 45.60 億元。

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

三、推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】，共 22.22 億元。

- (一) 研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
- (二) 推動 DRG 支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。

(三) 試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。

(四) 改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。

四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】，共 139.28 億元。

(一) 持續檢討醫療服務支付標準相對值表合理性。

(二) 制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】，共 30.76 億元。

(一) 鼓勵發展結合遠距醫療之照護模式，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。

(二) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。

(三) 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

(四) 強化孕產婦及兒童醫療照護，落實幼兒初級照護、健康促進及轉介轉診服務。

扣除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 0.79 億元，總金額約 246.44 億元。另 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫退場等計畫執行情形減列相關預算共 12.14 億元，其減列金額已含於前述政策目標。

伍、民眾付費能力及健保財務評估

一、健保財務影響評估（詳表 4）

依據 113 年度健保總額成長率範圍 1.053%至 4%，推算應付保險支出約為 8,450 億元至 8,697 億元，當年度收支將短絀 29 億元（低推估）至 274 億元（高推估），累積收支餘絀則為結餘 927 億元（低推估）至 681 億元（高推估），安全準備餘額折合保險給付支出月數約為 1.41 個月（低推估）至 1.01 個月（高推估）。

二、民眾付費能力相關參考指標（詳表 3、圖 1 至 4）

- （一）我國經濟成長率：依據行政院主計總處 112 年公告資料，我國實質國內生產毛額成長率(GDP)之趨勢，100 年至 112 年成長率數值範圍介於 1.47%至 6.53%。
- （二）健保平均投保金額成長率：基本工資自 112 年 1 月 1 日起調升，月薪由 2 萬 5,250 元調整至 2 萬 6,400 元，調升 1,150 元，調幅約為 4.55%；時薪則比照月薪調幅，由 168 元調整至 176 元。因應基本工資調漲，健保投保金額分級表亦隨之微調，預估 112 年之平均投保金額成長率為 2.34%。
- （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%，112 年健保應收保險費成長率為-1.73%。
- （四）國民醫療保健支出(NHE)占 GDP 比率：依據本部「110 年國民醫療保健支出統計分析」，110 年 NHE 占 GDP 比率為 6.56%，其中健保支出占 GDP 比率為 3.60%，相關長期趨勢詳圖 1、2。
- （五）國際比較：比較 109 年經濟合作暨發展組織(Organization for Economic Cooperation and Development, OECD)會員國與我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人 GDP（以購買力平價(PPP)為基準），我國平均每人 CHE 占平均每人 GDP 之比率低於其他國家（詳圖 3、4）。

三、歷年健保醫療給付費用總額範圍與協定結果，詳表 5。

陸、結語

本部自 89 年起，依據健保法第 60 條規定，於年度開始 6 個月前擬訂醫療給付費用總額範圍，報請行政院核定。本部據此交議每年度政策目標及行政院事

項，並請健保會以有效使用健保資源為前提，以及「健康投資」取代「醫療購買」之思維，進行年度醫療給付費用總額之協定及分配。為使全民健康保險永續經營，保障民眾醫療權益及獲得妥適醫療照顧，本部在考量醫療資源最適分配之原則下，已積極推動多項措施，並滾動式檢討修正，逐步改善醫療照護品質，以期持續提升全民健康。

表1、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

年齡組別	110年 每人年申報點數			110年 保險對象人數%			111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	21,446	20,129	20,764	0.30%	0.33%	0.63%	0.28%	0.30%	0.58%
1歲	17,259	20,905	19,151	0.33%	0.36%	0.69%	0.32%	0.34%	0.66%
2歲	13,014	15,747	14,429	0.35%	0.38%	0.73%	0.33%	0.36%	0.69%
3歲	12,090	15,995	14,112	0.37%	0.40%	0.77%	0.35%	0.38%	0.73%
4歲	13,387	17,381	15,454	0.40%	0.43%	0.83%	0.37%	0.40%	0.77%
5歲	13,337	18,057	15,788	0.42%	0.45%	0.87%	0.40%	0.43%	0.83%
6歲	12,483	16,954	14,803	0.43%	0.46%	0.89%	0.42%	0.45%	0.87%
7歲	11,153	13,689	12,465	0.40%	0.43%	0.84%	0.43%	0.46%	0.89%
8歲	8,655	10,201	9,456	0.43%	0.46%	0.89%	0.41%	0.43%	0.84%
9歲	9,865	10,925	10,414	0.44%	0.47%	0.91%	0.43%	0.46%	0.89%
10歲	9,064	11,160	10,153	0.37%	0.40%	0.76%	0.44%	0.47%	0.91%
11歲	7,183	9,508	8,396	0.35%	0.39%	0.74%	0.37%	0.40%	0.77%
12歲	8,314	9,022	8,683	0.39%	0.42%	0.81%	0.35%	0.39%	0.74%
13歲	7,118	9,427	8,326	0.40%	0.44%	0.84%	0.39%	0.42%	0.81%
14歲	7,923	9,867	8,939	0.40%	0.44%	0.84%	0.40%	0.44%	0.84%
15歲	8,608	9,290	8,965	0.41%	0.45%	0.85%	0.40%	0.44%	0.84%
16歲	8,346	9,151	8,766	0.42%	0.46%	0.88%	0.41%	0.45%	0.86%
17歲	8,817	9,567	9,211	0.43%	0.48%	0.91%	0.42%	0.46%	0.88%
18歲	9,363	10,196	9,800	0.47%	0.52%	0.99%	0.44%	0.49%	0.93%
19歲	11,097	9,971	10,509	0.50%	0.55%	1.06%	0.48%	0.53%	1.01%
20歲	10,318	9,019	9,641	0.58%	0.63%	1.21%	0.51%	0.56%	1.08%
21歲	12,048	10,203	11,083	0.61%	0.67%	1.28%	0.58%	0.64%	1.23%
22歲	12,423	10,752	11,554	0.58%	0.63%	1.22%	0.62%	0.68%	1.29%
23歲	11,538	9,530	10,496	0.62%	0.67%	1.28%	0.58%	0.63%	1.21%
24歲	12,702	10,359	11,486	0.68%	0.73%	1.41%	0.62%	0.67%	1.29%
25歲	13,306	10,410	11,804	0.69%	0.74%	1.42%	0.68%	0.74%	1.42%
26歲	13,867	11,053	12,413	0.69%	0.74%	1.43%	0.69%	0.74%	1.43%
27歲	13,993	10,828	12,358	0.70%	0.75%	1.44%	0.69%	0.74%	1.44%
28歲	15,425	11,319	13,310	0.71%	0.75%	1.45%	0.70%	0.75%	1.44%
29歲	15,937	11,994	13,894	0.69%	0.74%	1.43%	0.70%	0.75%	1.45%
30歲	16,509	11,703	14,018	0.70%	0.76%	1.46%	0.69%	0.75%	1.43%
31歲	17,661	12,812	15,163	0.71%	0.76%	1.47%	0.70%	0.76%	1.46%
32歲	17,416	12,599	14,948	0.71%	0.74%	1.45%	0.71%	0.76%	1.47%
33歲	19,450	14,490	16,926	0.71%	0.74%	1.45%	0.70%	0.75%	1.45%
34歲	19,003	14,278	16,633	0.69%	0.69%	1.38%	0.71%	0.74%	1.44%
35歲	18,082	14,389	16,251	0.72%	0.71%	1.43%	0.69%	0.69%	1.38%
36歲	18,212	15,312	16,787	0.80%	0.78%	1.58%	0.72%	0.71%	1.43%
37歲	18,766	16,809	17,806	0.83%	0.80%	1.64%	0.80%	0.78%	1.57%
38歲	18,543	16,627	17,611	0.88%	0.84%	1.72%	0.83%	0.80%	1.63%
39歲	18,917	18,118	18,529	0.91%	0.86%	1.78%	0.88%	0.84%	1.72%
40歲	19,878	19,594	19,740	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.77%
41歲	19,818	20,526	20,161	0.92%	0.86%	1.78%	0.91%	0.86%	1.78%
42歲	21,048	21,981	21,501	0.91%	0.86%	1.76%	0.91%	0.86%	1.77%
43歲	21,907	23,700	22,777	0.87%	0.82%	1.68%	0.91%	0.86%	1.76%
44歲	21,453	23,708	22,546	0.88%	0.83%	1.72%	0.86%	0.82%	1.68%
45歲	25,247	27,867	26,518	0.85%	0.80%	1.65%	0.88%	0.83%	1.71%
46歲	24,505	27,281	25,842	0.78%	0.73%	1.51%	0.85%	0.80%	1.65%
47歲	25,346	29,562	27,388	0.76%	0.72%	1.48%	0.78%	0.73%	1.51%
48歲	25,975	30,485	28,161	0.76%	0.71%	1.47%	0.76%	0.72%	1.48%
49歲	27,232	31,593	29,350	0.76%	0.72%	1.48%	0.76%	0.71%	1.47%
50歲	28,454	32,976	30,663	0.77%	0.74%	1.51%	0.76%	0.72%	1.47%
51歲	29,932	34,777	32,303	0.78%	0.75%	1.53%	0.77%	0.74%	1.51%
52歲	30,732	36,636	33,628	0.77%	0.74%	1.51%	0.78%	0.74%	1.52%
53歲	32,750	37,902	35,283	0.76%	0.73%	1.49%	0.77%	0.74%	1.51%
54歲	31,967	38,818	35,340	0.74%	0.72%	1.46%	0.76%	0.73%	1.49%
55歲	34,861	42,839	38,773	0.76%	0.74%	1.50%	0.74%	0.72%	1.46%
56歲	35,402	42,568	38,915	0.77%	0.74%	1.51%	0.77%	0.73%	1.50%
57歲	37,444	46,068	41,664	0.78%	0.74%	1.52%	0.77%	0.74%	1.51%
58歲	38,445	48,166	43,184	0.78%	0.74%	1.52%	0.78%	0.74%	1.51%
59歲	40,072	49,273	44,563	0.77%	0.73%	1.50%	0.78%	0.74%	1.52%
60歲	42,227	53,113	47,539	0.74%	0.71%	1.45%	0.76%	0.72%	1.48%

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	110年 每人年申報點數			110年 保險對象人數%			111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	43,606	54,953	49,108	0.74%	0.69%	1.43%	0.74%	0.70%	1.45%
62歲	45,901	57,206	51,370	0.73%	0.69%	1.42%	0.74%	0.69%	1.43%
63歲	48,398	60,239	54,106	0.69%	0.64%	1.33%	0.73%	0.68%	1.42%
64歲	49,921	61,934	55,692	0.67%	0.62%	1.30%	0.69%	0.63%	1.32%
65歲	52,923	64,862	58,645	0.68%	0.63%	1.31%	0.67%	0.61%	1.28%
66歲	55,310	68,298	61,521	0.66%	0.61%	1.27%	0.68%	0.62%	1.31%
67歲	58,773	72,730	65,412	0.62%	0.56%	1.19%	0.66%	0.60%	1.26%
68歲	60,712	74,125	67,073	0.60%	0.54%	1.14%	0.62%	0.55%	1.17%
69歲	63,736	76,226	69,627	0.59%	0.53%	1.12%	0.59%	0.53%	1.12%
70歲	70,090	85,990	77,580	0.56%	0.49%	1.05%	0.59%	0.52%	1.10%
71歲	72,996	87,402	79,752	0.47%	0.42%	0.89%	0.55%	0.48%	1.03%
72歲	74,710	90,185	81,901	0.44%	0.38%	0.82%	0.47%	0.41%	0.87%
73歲	79,034	94,988	86,453	0.38%	0.33%	0.70%	0.43%	0.37%	0.80%
74歲	85,362	101,515	92,811	0.32%	0.27%	0.59%	0.37%	0.32%	0.69%
75歲	90,438	110,785	99,693	0.25%	0.21%	0.45%	0.31%	0.26%	0.58%
76歲	80,922	94,659	87,093	0.26%	0.21%	0.47%	0.24%	0.20%	0.44%
77歲	86,036	103,360	93,779	0.28%	0.23%	0.51%	0.25%	0.20%	0.46%
78歲	91,953	109,060	99,515	0.27%	0.21%	0.49%	0.27%	0.22%	0.49%
79歲	91,149	113,227	100,764	0.26%	0.20%	0.47%	0.26%	0.20%	0.47%
80歲	93,369	113,178	101,950	0.25%	0.19%	0.45%	0.25%	0.19%	0.45%
81歲	97,570	118,835	106,526	0.24%	0.18%	0.42%	0.25%	0.18%	0.43%
82歲	99,691	120,485	108,298	0.22%	0.16%	0.38%	0.23%	0.17%	0.40%
83歲	100,786	123,420	110,006	0.20%	0.14%	0.33%	0.21%	0.14%	0.35%
84歲	104,766	125,561	113,158	0.18%	0.12%	0.30%	0.19%	0.12%	0.31%
85歲	105,861	130,314	115,557	0.16%	0.11%	0.27%	0.17%	0.11%	0.28%
86歲	106,972	131,224	116,524	0.15%	0.10%	0.24%	0.15%	0.09%	0.24%
87歲	108,129	136,584	119,345	0.13%	0.08%	0.21%	0.13%	0.08%	0.22%
88歲	109,750	132,203	118,882	0.11%	0.07%	0.18%	0.11%	0.07%	0.19%
89歲	107,673	134,497	118,883	0.10%	0.07%	0.16%	0.10%	0.06%	0.16%
90歲	112,036	140,870	124,406	0.08%	0.06%	0.14%	0.08%	0.06%	0.14%
91歲	108,650	145,942	124,954	0.07%	0.05%	0.12%	0.07%	0.05%	0.12%
92歲	109,627	146,453	125,705	0.05%	0.04%	0.10%	0.06%	0.04%	0.10%
93歲	109,692	149,213	127,135	0.04%	0.03%	0.08%	0.04%	0.03%	0.08%
94歲	111,002	153,909	129,613	0.03%	0.03%	0.06%	0.03%	0.03%	0.06%
95歲	116,985	154,881	133,422	0.02%	0.02%	0.04%	0.03%	0.02%	0.05%
96歲	116,974	167,927	139,062	0.02%	0.01%	0.03%	0.02%	0.01%	0.03%
97歲	111,085	158,655	130,287	0.01%	0.01%	0.02%	0.01%	0.01%	0.02%
98歲	114,636	150,736	129,398	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.01%	0.02%
99歲	127,833	177,479	148,824	0.01%	0.00%	0.01%	0.01%	0.00%	0.01%
100歲	120,421	192,567	149,949	0.00%	0.00%	0.01%	0.00%	0.00%	0.01%
101歲	110,776	168,504	133,329	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
102歲	114,964	165,761	136,357	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
103歲	114,362	203,706	152,836	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
104歲	125,877	210,030	160,152	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
105歲	102,813	171,109	128,498	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
106歲	120,088	136,487	125,623	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
107歲	69,422	214,793	133,243	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
108歲	78,561	127,468	101,792	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
109歲	104,282	172,209	129,669	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
110歲以上	273,342	101,092	187,217	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%
小計	31,840	33,878	32,846	50.64%	49.36%	100.00%	50.63%	49.37%	100.00%

111年校正後每人年費用 **33,432**

成長率 **1.784%**

註：1.投保人口結構改變對醫療費用之影響率係指111年納保人口年齡性別結構相對於110年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響(以110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 = $(\sum HE_{110ij} \times \% POP_{111ij}) / (\sum HE_{110ij} \times \% POP_{110ij}) - 1$

(1)HE_{110ij}：110年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用

(2)%POP_{111ij}：111年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

(3)%POP_{110ij}：110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	費用百分比	醫療服務成本 指數改變率(MCPI)
113 年 MCPI 原數值(註 1)：2.952%		
4 年平均(註 2)：1.103%		
醫 院	70.510%	1.083%
西醫基層	19.502%	1.011%
牙 醫	6.245%	1.386%
中 醫	3.744%	1.471%
總 計	100%	1.103%

註：

1. 費用百分比資料為 112 年醫療給付費用各類服務部門占率值。各醫療服務部門之服務成本指數改變率以 105 年為基期計算而得，並按其 112 年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。
2. 依據 112 年 3 月 17 日「113 年度總額範圍擬訂方向會議」決議，自 113 年度總額起，醫療服務成本指數改變率(MCPI)採 4 年平均(註 2)計算，以 113 年度總額為例，採 110 年總額至 113 年總額(108 年至 111 年共計 4 年之 MCPI 成長率)之平均值。

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 (%)	110年 指數	111年 指數	110-111年 年增率(%)
	100	104.75	107.83	2.940
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	50.39	108.63	112.94	3.968
藥品費用				
躉售物價指數—西醫藥品類	18.03	103.07	103.20	0.126
醫療材料費用				
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	10.15	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	9.46	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	11.97	104.32	107.40	2.952

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 (%)	110年 指數	111年 指數	110-111年 年增率(%)
	100	105.40	108.39	2.837
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	54.58	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—西醫藥品類	23.94	103.07	103.20	0.126
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	6.37	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	6.28	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.83	104.32	107.40	2.952

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 (%)	110年 指數	111年 指數	110-111年 年增率(%)
	100	103.30	106.84	3.427
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資；1/2「工業及服務業」薪資	54.23	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類	4.87	94.48	95.57	1.154
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	23.78	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	8.73	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	8.39	104.32	107.40	2.952

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 (%)	110年 指數	111年 指數	110-111年 年增率(%)
	100	105.40	108.55	2.989
人事費用				
1/2「醫療保健服務業」薪資及1/2「工業及服務業」薪資	52.94	108.63	112.94	3.968
藥品、藥材及耗材成本				
躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑	18.16	106.52	106.78	0.244
躉售物價指數—醫療儀器及用品類	12.62	94.08	96.97	3.072
基本營業費用				
躉售物價指數—醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	6.14	99.29	101.61	2.337
其他營業費用				
消費者物價指數—總指數	10.14	104.32	107.40	2.952

表 2-1 至表 2-4 註：

- 1.「權數」：採行政院主計總處 105 年「工業及服務業普查」之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第 5~95 百分位值之平均數為權重。
- 2.「指數」：以行政院主計總處 112 年 4 月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」，採 111 年 1 月至 12 月相對於 110 年 1 月至 12 月資料。本表以 105 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」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。
- 4.「躉售物價指數—西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」及「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供。

表3、付費者之付費能力參考指標

單位：%

	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年 (預估)	112年 (預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	5.19%	9.16%	4.45%	2.74%
實質國內生產毛額成長率(%)	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.39	6.53	2.45	2.12(註2)
名目國民所得年增率(%)	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	5.60%	9.14%	3.01%	2.51%
實質國民所得年增率(%)	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	7.06	5.35	-0.80	
受雇員工每人每月平均薪資成長率 (工業及服務業總計)(%)	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	3.47%	
失業率(%)	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.53(112年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	2.34
健保應收保險費成長率(%)	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	6.96	-1.73
健保醫療費用成長率(%)	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	3.320	-
每人健保醫療費用成長率	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.48	4.07	-
國民醫療保健支出占GDP比率(%)	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.65	6.56	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.78	3.60	3.57	3.59
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.84%	54.93%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	41.53	41.29	-	-

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

2. 名目國民所得係按當期價格計算；實質國民所得係以105年價格為基期，其資料來源為行政院主計總處112年2月22日發布之國民所得統計及國內經濟預測。

3. 自110年起，一般保險費費率為5.17%，補充保險費費率為2.11%。

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

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

表4、113年度總額範圍(草案)費用推估及健保財務之影響評估

單位：%，億元，月數

項目	低推估	高推估
113 年度總額醫療費用成長率	1.053%	4%
113 年度總額醫療費用(含部分負擔)	8,450	8,697
增加金額	88	334
113 年保險成本(不含部分負擔)	7,871	8,115
113 年保險收入	7,842	7,841
113 年當年保險收支餘絀	-29	-274
113 年保險收支累計結餘	927	681
113 年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.41	1.01

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、113 年健保費率依健保法第 24 條規定，應依健保會協議訂定之 113 年度醫療給付費用總額進行審議，一般保險費率假設暫以維持現行 5.17%(補充保險費率 2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
- 3、為評估 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，係依 113 年度總額基期淨值約 8,362.29 億元為基期進行計算。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

表5、歷年本部報院及行政院核定範圍

單位：%

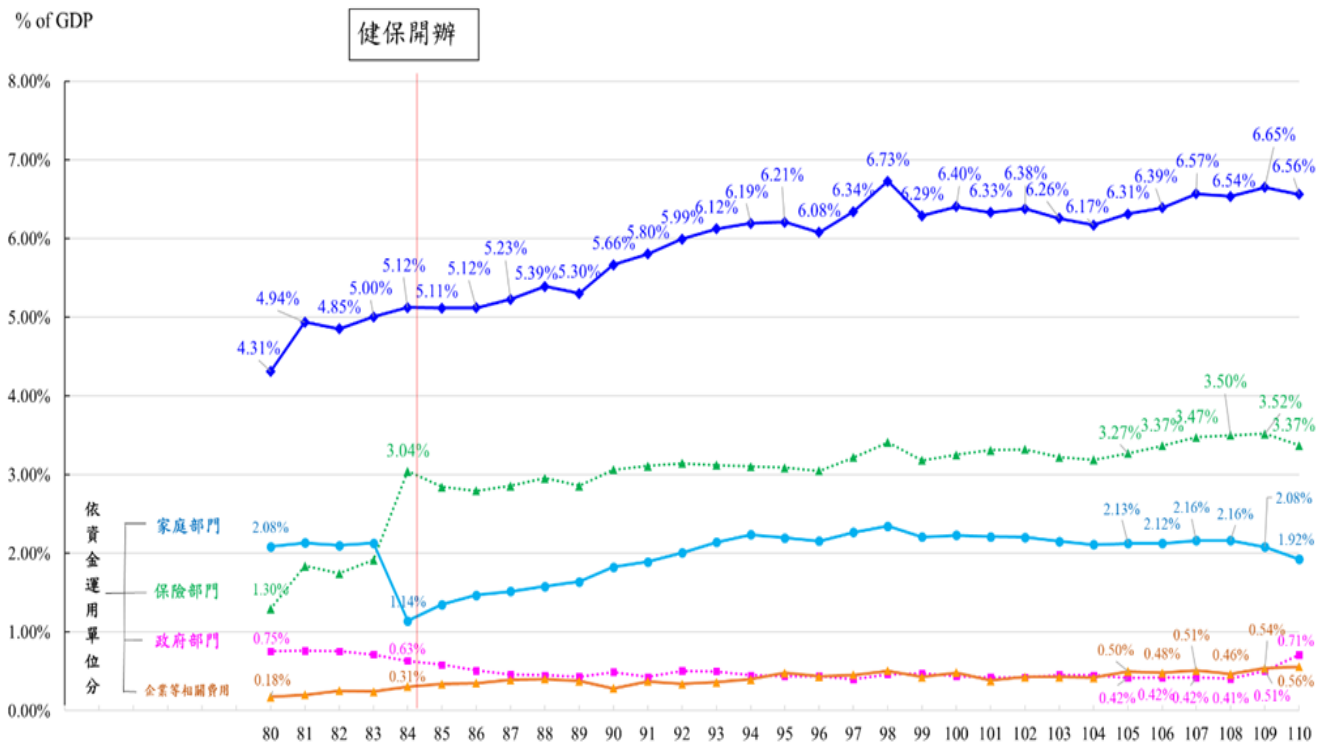
		年度總額 (億元)	人口結構 改變率	醫療成本指 數改變率	人口預估 成長率	協商 因素	醫療給付費用成長率 範圍合計(預估)	
			A	B	C		低推估= (1+A%+B%)* (1+C%)-1	高推估= 低推估+協 商因素
113 年	報院(草案)	-	1.784	1.103	-0.757	2.947	1.053	4.0
112 年	報院	8,364	1.829	0.401	-0.264	3.744	1.307	5.0
	行政院核定					3.193	1.307	4.5
	總額核定					2.016	3.323	
111 年	報院	8,096	1.746	-0.228	0.136	3.474	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	
99 年	報院	4,939	1.287	0.181	0.513	1.833	2.506	4.339
	行政院核定					1.678	1.822	3.500
	總額核定					1.495	3.317	

註1：成長率為相較前一年度協定總額之成長率。

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

註3：自108年起，人口預估成長率改採最近二年投保人口之成長率作計算；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110年)



資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」

圖2、歷年健保總額占GDP比率趨勢圖

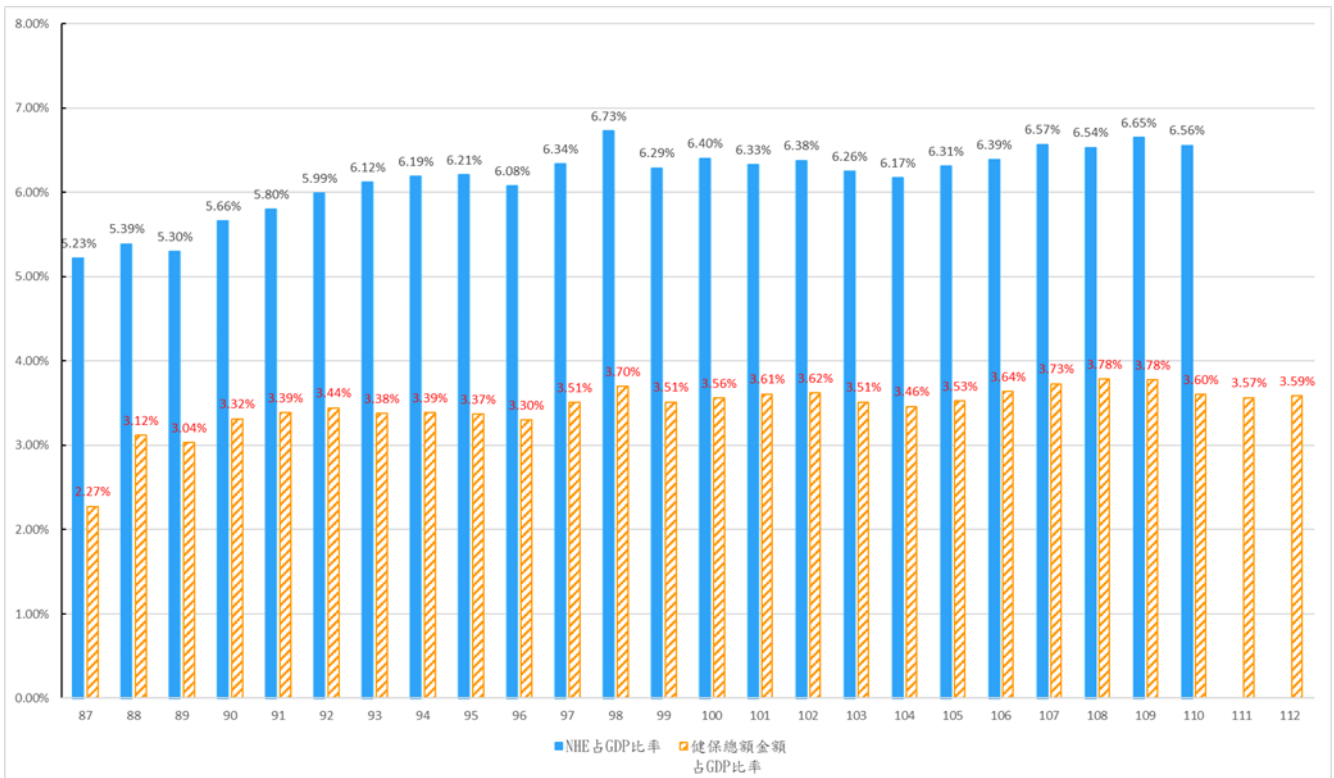
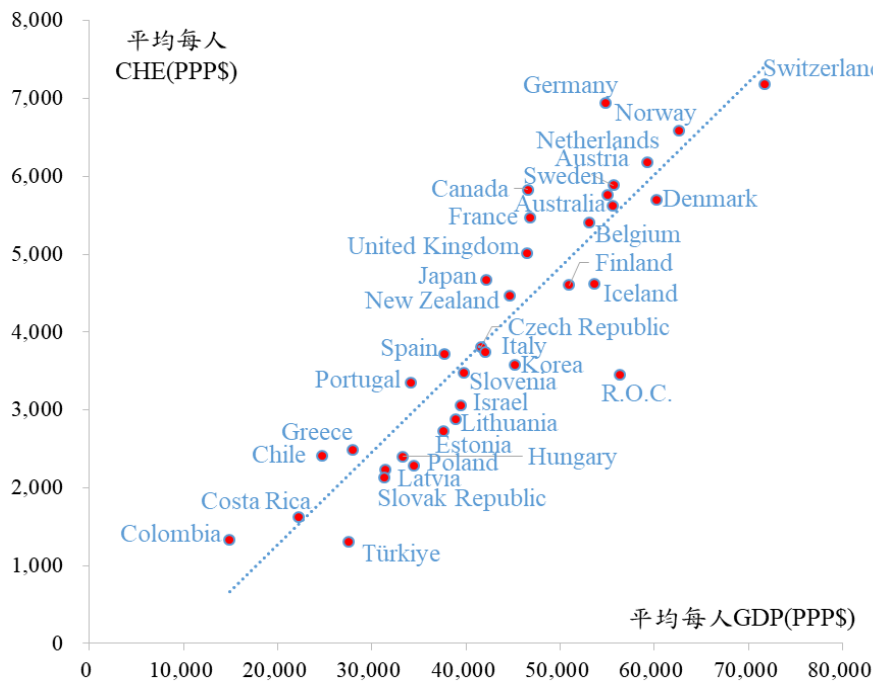


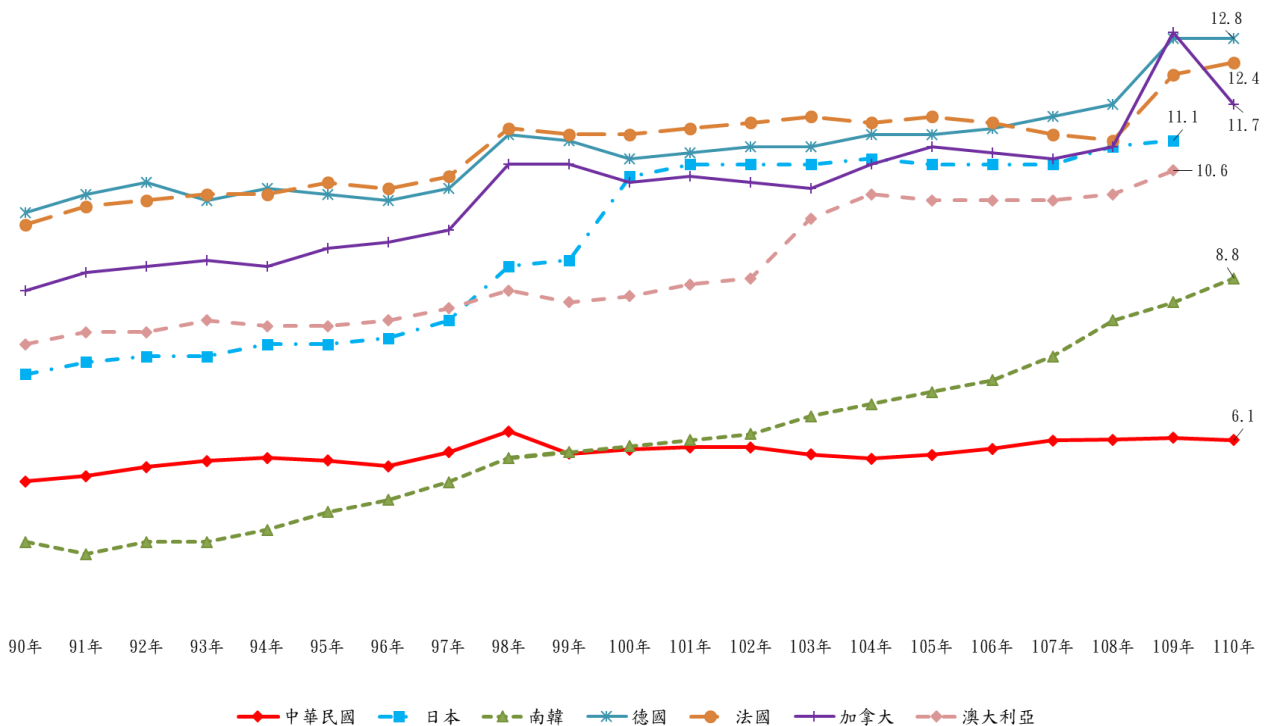
圖3、109年OECD會員國與我國CHE與平均每人GDP之國際比較圖



資料來源：OECD Health Statistics

附註：剔除盧森堡 Luxembourg、美國 United States 及愛爾蘭 Ireland 3 個國家，其估計迴歸方程式為平均每人 CHE = 0.1186 × 平均每人 GDP - 1097.3，R² = 0.824。

圖4、歷年經常性醫療保健支出(CHE)占GDP比率之國際比較(至110年)



資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」

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

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年5月13日
發文字號：衛部保字第1110117832A號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：回應說明1份

主旨：有關「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」諮詢
貴會之委員意見，本部說明如附件，復請查照。

說明：

- 一、復貴會111年5月2日衛部健字第1113360063號書函。
- 二、貴會所送之委員意見，本部將納入112年總額範圍擬訂相關資料，併同報請行政院參考。
- 三、111年4月21日貴會委員會議中，部分委員對現況及項目定義有誤解情形，例如：減列項目之C肝藥費項目屬疾病治療，非屬委員所提之公務預算轉移之項目；MEA(藥品給付管理協議)作為扣減項目，係去年諮詢時貴會委員之建議，本部爰於前開會議回應說明；另有部分意見屬貴會總額協商之權責者，建請貴會及時向委員澄清與說明。

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

**有關 111 年 4 月 21 日健保會委員會議_112 年度總額範圍
諮詢案之委員意見回應說明**

主題	委員意見	衛福部說明
(A) 高推估值	<p>(A-1)建請行政院核定 112 年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估再行調整高推估值之合理性。【付費者】</p> <p>(A-2)建議年度總額範圍之高推估不宜過高。【付費者】</p>	<p>高推估值係以醫事服務提供者之建議方案、健保署所提之政策目標及內涵，並納入中長期改革計畫之推動項目，整體評估而得，後續將併同委員意見，報請行政院評估與核定。</p>
(B) 減列項目	<p>(B-1)目前提出之「減列項目」僅約 14.32 億元，未完全反映節流成效，請檢視扣減內容之合理性。【付費者】</p> <p>(B-2)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。【醫事服務提供者】</p> <p>(B-3)減列預算項目如 C 型肝炎經費應由公務預算編列，由健保支付藥費已加重負擔，若列減項並不合理。【醫事服務提供者】</p> <p>(B-4)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。【專家學者及公正人士】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「減列項目」14.32 億元係參考健保署所提草案，112 年度除違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣減費用 2.51 億元外，尚有配合 C 型肝炎治療預計人數之下降、牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫、精神科長效針劑藥費及提升保險服務成效等計畫執行情形減列相關預算。 2. 各項專款項目若遇預算編列不足，建議於總額協商時進行爭取。 3. 有關各項管控措施之節流效益，俟貴會確認後，本部將配合納入年度總額基期計算。
(C) 調整因素	<p>(C-1)應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入 112 年度總額調整因素。【付費者】</p>	<p>本部為通盤檢視總額整體資源配置情形，故近年啟動總額擬訂公式檢討作業，以期低推估值能如實反映基本醫療需求，而高推估則以健保核心價值規劃中長期改革計畫，並研擬相關政策目標，惟本次公式檢討各界尚未達成共識；而調整因素部分，重申總額之協商應與本部政策目標緊密扣連，所述之疫情因素建議於總額協商時納入考量。</p>
(D)	<p>(D-1)近年健保總額已配合政府推動許</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本部為投資民眾健康、精進健保價

<p>政策目標</p>	<p>多預防醫學項目，惟依據健保法，預防醫療費用應由公務預算支應。【付費者】</p> <p>(D-2)政策目標所列項目，建議先行與醫界溝通討論。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-3)政策目標提到減少無效醫療，宜先具體定義無效醫療。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-4)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-5)回歸健保法意旨，涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應，建議提高公部門支出占比。【醫事服務提供者】</p> <p>(D-6)針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，未見從整體角度進行專案檢討，如每年編列 DRGs 預算，但卻無推動進度，建議系統性檢討後再提出政策目標與調整因素。【專家學者及公正人士】</p> <p>(D-7)所擬 112 年度總額之政策項目內涵諸多用於預防保健、研究經費、設備費用等屬公務預算支應範圍，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。【專家學者及公正人士】</p>	<p>值，推動總額中長期改革計畫，以維持公平、提升效率、改善健康的健保核心價值，讓健保在資源有限的條件下，發揮最大效益；除了醫療、照護服務體系間的合作與品質提升，將健保作為促進國人健康的工具，讓醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升；並增加公務預算挹注，提高政府在醫療保健支出的貢獻。期如 C 型肝炎防治之策略與效益，推動代謝症候群防治等方案，讓前端之積極作為到後續疾病治療之跨體系合作，促使照護、醫療、公衛的資源與專業能統合並發揮加乘效果，確保民眾的權益與健康。</p> <p>2. 依據健保法第 51 條，預防接種等項目不納入健保給付，惟委員所述近年納入給付之 C 型肝炎、代謝症候群防治等相關方案應屬疾病範圍，其相關照護服務屬照護品質提升面向；另於試辦初期亦有權責單位配合挹注公務預算，倘若仍有相關屬健保法第 51 條項目，請詳述，俾本部審慎研議。</p>
<p>(E) 總額公式及基期計算方式</p>	<p>(E-1)專款項目本來就是零基預算，專款扣減未執行額度是否有實質意義，請審酌。【付費者】</p> <p>(E-2)112 年度總額基期改採淨值，考量一般服務預算會納入基期累進成長，扣減前開未執行額度，應屬合理；但專款項目採零基預算，未執行額度回歸安全準備，建議維持現行做法，並視執行成效檢討編列專款預算。【付費者】</p>	<p>1. 如貴會本次會議書面意見：「一般服務預算會滾入基期逐年成長，歷年若有未導入預算，均於協商時請健保署提供執行結果扣減，不納入基期。」，本部僅於總額擬訂之基期同步配合處理。</p> <p>2. 參考行政院主計總處「零基預算」定義為「係將每年的預算，從『零』的基準開始，不囿上上年度或以前年度預算數字的高低，重新審視其業</p>

(E-3)衛福部社保司3月15日召開112年度總額範圍(草案)擬訂方向會議，所提之112年度總額基期採「淨值」及低推估公式修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施、維持原案，並持續與醫療團體充分溝通。【醫事服務提供者】

(E-4)衛福部社保司所擬112年度總額範圍之算法，須建立在醫療服務支付滿足的情況下，才不會影響服務品質，若改以此算法，於疫情穩定後，未來服務量能增加，會有預算用盡，影響醫療服務提供的問題。【醫事服務提供者】

(E-5)專款是零基預算，且總額部門於編列預算前，已精確估算執行情形再編列預算，實際執行之落差應在可接受範圍內。【醫事服務提供者】

(E-6)請檢討低推估之設定及計算方式之合理性，「醫療服務成本指數改變率」之藥品、醫療儀器及用品指數，係以躉售物價指數計算，無法反映國內市場價格及醫療院所實際購買成本，建議檢討參數之合理性。【醫事服務提供者】

(E-7)影響總額基期成長因素眾多，包括人口老化、物價上升及勞工薪資提高等，均非醫界所能掌控。若受限於財務因素，可改變給付方式，若各界有共識減少給付內容，則可降低總額基期。【醫事服務提供者】

(E-8)有關年度總額基期部分改採淨值，支持一般服務部分扣減未導入預算或未執行額度部分。至於專款項目部分，因採零基預算，實支實付，建議仍維持以「前一年專款預算」作為計算基礎。【專家學者及公正人士】

(E-9)總額推估公式應以實證資料做基礎，並將預防醫學所產生效益的實證

務活動，決定其優先順序。」與所述之現行專款採「前一年專款全年預算做基礎，協定該項專款增加、減少或維持前一年預算」的方式不同。

3. 未來專款建議每年度依實際執行情形進行協商，相關專款歷年執行率如附件，請參考。
4. 另有關專款未執行預算額度回歸安全準備，對於保險成本支出較無影響，惟本部規劃年度總額範圍所採用之基期為前一年公告之整體醫療費用，包含專款，故仍有逐年墊高基期問題。
5. 有關「醫療服務成本指數改變率」，將持續研議其內涵與定義，並且嘗試研擬預測模型，以解決落後指標與現況有所落差之問題。

	<p>資料納入總額推估及基期反映，建議未來可思考以實證精算方式計算年度總額。總額公式歷經多年演變，公式間互有連結及關聯，尚需集思廣益研議修訂。【專家學者及公正人士】</p>	
(F) 其他	<p>(F-1)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率相較其他OECD國家多年來僅微幅成長，國內醫療保健支出尚有增加空間。【醫事服務提供者】</p> <p>(F-2)協商時，各總額部門及健保署所提之協商項目，應參照衛福部會議對本會之建議，提出包含具體規劃及完整的KPI等內容，以做為總額協商之參據。【付費者】</p> <p>(F-3)於協商112年總額時，請健保署以保險人角色發揮專業，就112年度總額各總額部門提出的協商草案提出保險人的評析意見，供委員協商參考。【付費者】</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 國民醫療保健支出(NHE)占GDP比率為各國健康投資之指標，專家學者建議不宜過低。經檢視我國醫療保健支出(NHE)，歷年來均有成長，惟其占GDP比率受限於景氣循環而相對浮動。查我國健保總額預算占NHE之比率逾5成(108年為53.45%)，總額預算每年皆有成長，年成長率大多超過GDP成長率，從106年至111年，健保總額自6,545億元增加至8,096億元，每年成長之金額高達300億元至370億元。 2. 因應人口老化、合理反映民眾需求、保障醫護勞動權益及改善醫療執業環境等原則下，持續爭取公務預算增加，以推展衛生保健及醫療服務，以及鼓勵醫療及長期照護體系之整合，使NHE資源配置更有效率，以逐年提升我國國民醫療保健支出占GDP比率。 3. 建請健保會將111年3月15日會議下列決議納入總額協商作業：「未來於健保會協商各部門總額相關計畫之前，提案時應先訂定好相關KPI，須有相關規劃，包括：提案為幾年計畫、成效評估標準為何、執行後應如何回饋付費者和醫界，將可能產生疑義的地方預先處理，以減少協商後須再協商，如果評估標準達到或者更好，就擴大辦理或持續辦理，不好的話就減少預算或退場」。

各總額部門專款項目 105-109 年執行率

計畫名稱	年度	105	106	107	108	109
	■ 醫院總額					
1	急診品質提升方案	61.0%	58.2%	65.8%	100%	100%
2	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100%	100%	100%	100%	100%
3	醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	84.4%	100%	87.8%	96.1%	89.4%
4	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏病毒治療藥費	90.1%	95.0%	92.4%	92.2%	96.2%
5	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	93.7%	99.4%	99.8%	96.3%	91.5%
6	醫療給付改善方案	83.9%	81.1%	75.1%	85.7%	92.3%
7	鼓勵院所建立轉診之合作機制			27.4%	29.9%	31.0%
■ 西醫基層						
1	家庭醫師整合性照護計畫	100%	100%	100%	100%	100%
2	西醫醫療資源不足地區改善方案	72.8%	70.7%	100.0%	90.7%	54.9%
3	偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫					10.4%
4	強化基層照護能力及「開放表別」項目		53.4%	63.2%	78.5%	50.1%
5	罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材、後天免疫缺乏病毒治療藥費				1.3%	0.6%
6	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				14.2%	14.1%
7	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用			99.7%	99.7%	99.7%
8	醫療給付改善方案	82.9%	93.3%	100%	100%	100%
9	鼓勵院所建立轉診之合作機制			43.0%	55.7%	57.4%
■ 醫院及西醫基層(跨部門)						
1	C型肝炎藥費		91.4%	96.4%	100%	60.1%
■ 牙醫門診						
1	醫療資源不足地區改善方案	86.5%	88.6%	89.9%	92.5%	90.5%
2	牙醫特殊醫療服務	90.9%	100%	100%	100%	83.8%

3	牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫					57.3%
■ 中醫門診						
1	醫療資源不足地區改善方案	84.3%	90.4%	91.0%	99.8%	100%
2	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	100%	100%	100%	97.8%	94.3%
3	癌症患者加強照護整合方案	96.9%	100%	100.0%	94.1%	91.2%
4	中醫提升孕產照護品質計畫	100%	100%	100%	100%	82.5%
5	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	15.3%	19.0%	48.3%	100%	54.6%
6	中醫急症處置計畫			2.1%	4.0%	10.7%
7	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫					24.0%
■ 其他部門						
1	慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	82.94%	91.36%	97.96%	100%	100%
2	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	80.6%	78.4%	82.8%	75.4%	80.4%
3	居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	100%	87.7%	89.5%	88.0%	91.7%
4	推動促進醫療體系整合計畫	27.56%	27.70%	39.67%	40.75%	44.74%
5	獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路寬頻補助費用(含各部門總額之網路寬頻補助費用)	61.5%	77.5%	100%	75.5%	81.8%
6	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	89.2%	93.5%	82.0%	87.2%	87.2%
7	支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	5.0%	97.4%	4.3%	0.6%	0.4%
8	調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	17.8%	17.8%	0.0%	63.0%	0.0%
9	提升保險服務成效	106.7%	53.3%	85.6%	99.0%	99.4%

資料來源：健保會 110 年 8 月全民健康保險各總額部門 109 年度執行成果評核指標摘要(本摘要僅供年度總額協商參考)。

各界對 113 年度總額擬訂範圍低推估公式建議彙整

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
1	中華民國全國總工會					本會建請貴部依照現有行政院主計總處、國家發展委員會「醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法」辦理，現行計算公式與辦法完善且合乎社會公平正義原則。【註：經檢視同本部之計算原則】
2	台灣社會福利總盟	因我國少子化狀況，人口已轉為負成長，支持衛福部 111 年 3 月 15 日「112 年度總額範圍(草案)擬訂方向會議」，研議修正公式建議，改採各年齡層「總人口數」計算，以合理反映。	總額基期應以穩定為原則，若將 MCPI 列為協商因素，會增加健保總額協商的困難，故建議維持原低推估公式。		<p>總額基期每年不斷擴大，應檢討總額基期及其內涵之合理性：</p> <p>(1)支持衛福部之政策，自 112 年度總額起，已於總額基期扣減一般服務「未導入預算」或「未執行額度」部分，建議檢討基期內涵的醫療服務內容或效率，以提升總額支付效益。</p> <p>(2)總額基期隨著每年總額成長率累積成長，考量歷年行政院及專家學者均籲請檢討總額基期一般服務項目支出的合理性，建議應持續檢討總額基期合理性，並將不合理部分予以扣除。</p> <p>(3)每年配合政策投入許多預算，但未將之成效及節流效益回饋至總額預算，建議應將各項預算投入的</p>	<p>對總額範圍之整體建議：</p> <p>(1)應及早研議健保財務改革之作為，確保健保永續發展：建議年度總額範圍，應將「健保財務收支狀況」及「國民付費能力」納入考量。</p> <p>(2)我國面臨人口老化、少子化之人口結構轉型，未來可能保費收入減少，建議年度總額範圍擬訂以「量入為出」為前提規劃。並建議應研訂具體機制，將「民眾付費能力」適度反映於年度總額範圍。</p> <p>(3)為確保我國健保財務穩健，應積極研擬開源節流之具體措施，並進行支付制度改革，推動 DRGs、檢討低效益支付項目等。</p>

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
					節流效益自基期扣除，而回饋總額預算。如新醫療科技、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統、C型肝炎用藥、提升保險服務成效等項目。	
3	全國產業總工會		本會反對將「醫療服務成本指數(MCPI)移至高推估值，同時作為支付標準調整預算來源」，爰建議應維持現行計算方式。			<p>醫療人員專業給付長期偏低，且均未調整，爰建議應有一套合理公式機制，保障專業給付(點值1點等於1元)，並應比照公務人員調薪模式，適時調高專業給付。理由如下：</p> <p>(1)專業給付代表的是醫療人員與病人的互動，包含專業判斷、診治、知識傳遞、衛教、甚至是交流與關心。雖然110年初，貴部做了罕見的調整，值得鼓勵，惟專業人員的待遇不應該只是依賴政府不定期的施捨。尤其點值浮動代表願意花比較多時間和病人相處，討論衛教病情者，反而領取專業給付比較少(因為人一天的時間有限且固定，對每位病人花較多時間看診，自然看的病例數就較少)，這對認真看病人的專業醫療人員並不公平。</p> <p>(2)長久以來，健保會或衛福部都不缺乏醫院代表，但是醫院工會代表的是醫療機構內的受雇員工(勞工)，立場與代表資方的醫院迥然不同，諸如醫院工會的代表在健保會或衛福部等機構裡是欠缺的，</p>

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
						多數基層員工薪資大部分是來自於專業給付；甚至，院方將其視為判斷員工價值的重要參考指標。因此，本會建議貴部應建立合理專業給付機制(點值 1 點等於 1 元)，並應比照公務人員調薪模式，適時調高專業給付。
4	全國勞工聯合總工會	<p>修訂全民健康保險醫療給付範圍總額之擬訂公式：貴部於 110 至 111 年間陸續邀請各領域專家學者計召開 3 次總額範圍擬訂公式檢討工作小組，獲有「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」公式由人口比例改為人口數，以及醫療服務成本指數改變率(MCPI)指標移列至高推估等兩項規劃方案，並提至 111 年 3 月 15 日「總額範圍擬訂方向會議」討論，爰經部分醫界代表有所疑慮而暫緩，擬訂公式經多年檢討惜又回到原點。惟上開規劃方案既係檢討原有公式不合時宜之處，且經專家學者審慎研擬產出對策，嗣經本會審視認為其係不失合理公正之較佳方案，故建議貴部與有反對意見之醫界溝通，讓總額範圍擬訂公式能不斷與時俱進滾動修訂，以符人民對全民健康保險醫療給付能更公平合理運行之期待。</p>				<p>貴部最終核定總額成長率須納入民眾付費能力考量：全民健康保險醫療給付費用自 84 年開辦的 1882 億元(3-12 月 1568 億*12/10)，到 111 年度增為 8096 億元已急遽成長 4.301 倍；而相對同時期的平均每人 GDP 係從 347526 元增加到 986832 元(主計處預測值)，成長倍數僅為 2.839。一般而言平均每人 GDP 可適當反映出民眾在醫療相關支出的付費能力，目前健保的醫療給付費用總額已大幅超出付費者(民眾及企業)合理可負擔的成長幅度，故本會建議新年度最終核定總額之成長率應以人均 GDP 成長率設限規範，公式擬如下：新年度(N 年)全民健保醫療給付費用成長率≤健保開辦至前一年(N-2)年人均 GDP 之年化複合成長率。</p> <p>【註：計算 84-111 年之年化複合成長率=3.941%，則 113 年全民健保醫療給付費用成長率不得高於 3.941%】</p>

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
5	中華民國醫師公會全國聯合會	建議「人口結構對醫療費用影響率」之計算，應納入「因醫藥科技進步，不同年度之各年齡層醫療耗用成長率」及「戰後嬰兒潮」等影響因素，進行校正。進一步說明，係為因應在時間推移及科技進步後，會隨時間軸改變各年齡層醫療耗用，且非前、後年度等比例成長。				
6	台灣醫院協會					113 年度醫療給付費用範圍建議，基於總額範圍議案重要且事涉內容繁複尚無法於單次會議或短期定案，大部正進行總額範圍擬訂公式檢討，並設有工作小組，爰於尚未研議完成並獲各單位共識前，應維持現況（含計算公式）。 鑑於低推估對各總額部門影響甚重，本會業經凝聚各層級共識後，仍再次強烈建議醫療給付費用總額範圍低推估，除原考量項目外應規劃一定成長率，以逐年改善給付項目的結構性基本缺陷(現行支付表為 84 年倉促上路時延用沒有成本分析基礎的勞保支付表，造成外界所謂通氣管不如通水管的訕笑批評)，否則無法反映真實的醫療成本。

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
7	中華民國工商協進會	<p>社保司 111 年 3 月 15 日「112 年度總額範圍(草案)擬定方向會議」研提低推估公式之修正規劃，宜持續落實：</p> <p>(二)有關「投保人口結構改變對醫療費用的影響率」(簡稱人口結構改變率)，有過度反應醫療費用之虞，應進行檢討。</p> <p>1.本項計算公式為:各年齡層「醫療費用」*「人口百分比」，衛福部 3 月 15 日研議修正公式為各年齡層「醫療費用」*「實際總人口數」，因我國人口趨勢已由過去之正成長，轉為負成長，人口百分比無法如實反映總人口數減少對人口結構的影響。因此，改採用「實際總人數」計算，較符實際。本項修正在會上獲得多數學者認同，並闡明支持的理由，但卻未能於</p>			<p>一、社保司 111 年 3 月 15 日「112 年度總額範圍(草案)擬定方向會議」研提低推估公式之修正規劃，宜持續落實：</p> <p>(一)針對總額基期累滾計算、不斷擴大，致健保財務恐無法支撐，行政院及健保會已多年籲請衛福部檢討基期之合理性。衛福部終於提出改善，衛福部研議基期改採「淨值」，即扣除未執行、未導入預算、一般預算與專款重複部分，及成效回饋款。但是 112 年總額總計才扣除未導入預算 0.39 億元，應該盡快落實，將不合理的部分予以扣除。</p> <p>二、總額投入預算節流成效之回饋部分，一直未能落實，應該訂定具體回饋總額機制，反映在總額預算的擬訂。</p> <p>(一)有關過去配合政策投入總額之效益回饋：歷年總額配合政策投入預算及健保改革措施之節流效益，應反映在總額預算，用以調整基期。近年總額更是配合政策投入許多早期預防、治</p>	<p>現行公式未將「付費能力」及「民眾醫療需求的變化」納入總額成長推估之考量，COVID-19 疫情更凸顯問題，應予改善。</p> <p>(一)COVID-19 疫情期間，我國經濟成長主要是科技產業、運輸業成長所致，但國內產業並不景氣，百業蕭條，一般民眾薪資停滯、經濟負擔加重、付費能力下降，估計近 1、2 年國內經濟恐無法復甦，總額公式應有將「付費能力」納入考量之機制，讓總額支出不致與民眾付費能力脫節。</p> <p>(二)COVID-19 疫情讓民眾健康意識提升，整體疾病看診量下降，加上染疫病逝的人數，多為高醫療利用之資源使用者，相關醫療需求及醫療費用減少，應納入總額範圍調整因素。依據健保署 9 月份業務執行報告表 16 顯示，109 年、110 年整體醫療利用大幅減少，門診件數-7.43%、-7.87%，住診件數-4.68%、-7.40%，但 109、110、111 年度總額範圍成長率上限卻高達 5.5%、4.5%、4.4%，顯示目前總額範圍設定公式，未能因應民眾實際醫療需求的改變做調整。</p>

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
		<p>112 年度總額公式進行修正。若有不同意見者，社保司應提出說明，以消除歧見。建議 113 年總額依照社保司之擬案修正公式，以免與實際趨勢脫節。</p> <p>2.另外，付費者委員多次表達，近年人口結構改變率居高不下(近 5 年每年介於 1.622%~1.987%)，可能受到近年支付標準調整大幅調升及新藥新科技增編預算等影響，都會墊高來年各年齡層的醫療費用計算基礎，此公式受到支付標準調整或昂貴新醫療科技增加影響，有過度反應醫療費用之虞，也應進行檢討及修正。</p>			<p>療疾病或提升保險服務效率之預算，其成效如何回饋總額是付費者一直關心的問題。健保署於 112 年總額協商時，已提出其節省的金額，例如健保雲端查詢系統(投入 142 億元，節省 126 億元)、C 型肝炎藥費(投入 354 億元，節省 25 億元)、分級醫療政策(投入 362 億元，節省 6 億元)，但這些節流效益卻未能回饋總額，總額只有增加，卻未見效益回收，並不合理。健保署是專業保險人，應該提出如何回饋付費者和醫界的方案，否則沒有具體方案都是空談。</p> <p>(二)有關中長期改革計畫之效益回饋：付費者支持中長期改革計畫，但必須提出效益評估及如何回饋總額之規劃，健保會依據衛福部的建議，112 年度總額之新增計畫，於提案時就須訂定計畫執行期程、成效評估標準(如 112 年新增「癌症治療品質改善計畫」、「慢性傳染病照</p>	

序號	團體	回復內容				
		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)	投保人口預估成長率(C)	總額基期與成效回饋款及節流措施	其他
					<p>護品質計畫」)，並明訂節流效益應適度回饋總額預算。計畫執行後，請健保署持續評估成效，並提出如何回饋付費者和醫界的方案，這樣才有辦法落實將成效回饋總額。即使中長期改革之效益可能多年之後才顯現，但應提出成效回饋之預期時程。</p> <p>(三)對其他政策項目之建議：分級醫療政策已推動多年，但看不出具體成效，需要檢討是否有達到預期的政策目標，及未來如何改善。此外，中長期改革計畫之「代謝症候群防治計畫」，並沒有提出試辦期程及後續節流成效處理機制，應比照新計畫，提出效益評估及如何回饋總額之規劃。</p>	

備註：中華民國農會、中華民國全國漁會、中華民國全國工業總會、中華民國全國建築師公會、中華民國全國職業總工會、中華民國工業區廠區聯合總會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、台灣總工會、全國工人總工會、全國產職業總工會、社團法人中華民國工業協進會、社團法人中華民國全國教師會、財團法人台灣醫療改革基金會及臺灣病友聯盟無回復建議；中華民國全國商業總會及社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會回復無相關建議。

113年度

全民健康保險醫療給付費用 總額範圍擬訂規劃方向

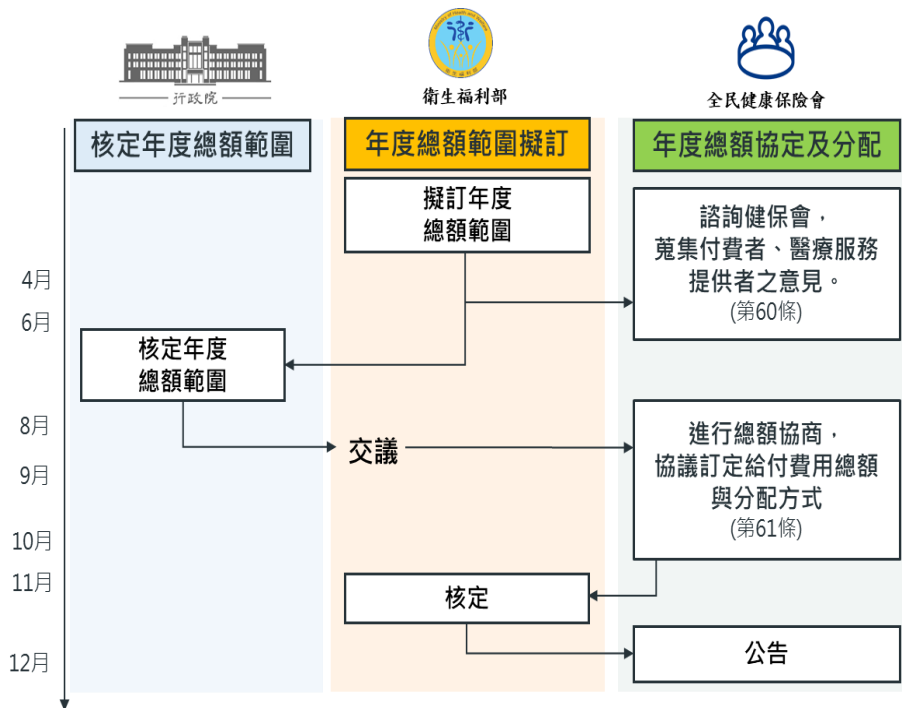
社會保險司
112年4月26日

報告大綱

- 01 前言
- 02 113年度醫療給付費用總額範圍(下限)
- 03 113年度醫療給付費用總額範圍(上限)
- 04 附錄

01 前言

一. 年度總額重要作業流程圖



3

01 前言

三. 行政院111年8月5日核定112年度總額範圍之附帶決議

- 一、依據健保財務推估, 在維持現行一般保險費費率5.17%之情況下, 112年健保醫療給付費用總額在所報之低、高推估值範圍內, 當年度保險安全準備金額均將低於1個月保險給付支出, 至113年更將轉為負值, 如仍維持現行收入結構、給付模式及支出規模, 未來恐面臨調整費率及提高法定費率上限之壓力, 請注意此一警訊並及早規劃因應。
- 二、人口結構轉變及人口老化將帶動醫療需求增加, 惟工作年齡人口占比下降及經濟情勢變動, 恐影響保險收入之成長速度, 請通盤檢討健保收支及財務相關制度, 包括費基結構、給付範圍、支付制度及財務平衡機制等之合理性; 另請持續關注嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情發展對醫療及經濟之影響, 適時調整相關政策, 以利健保制度革新及永續經營。
- 三、「全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(110年-114年)」為現階段強化醫療體系之重點政策, 請積極促進公共衛生、醫療服務及照護服務等體系間之協調與整合, 避免資源重複配置, 並兼顧公平、效率與服務品質, 發揮保障民眾健康權益之最大綜效; 另請強化預防保健、健康促進及慢性病管理等措施, 以有效減輕健保負擔。



4

113年度總額公式架構

- 新年度全民健保醫療給付費用上(下)限金額
= 113年基期* × (1 + 新一年成長率之高(低)推估值)
- 低推估值公式：(1+A+B) X (1+C) -1

低推估
3項因素

- A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率
- B：醫療服務成本指數改變率(MCPI)
- C：投保人口預估成長率

113年度總額範圍低推估值：1.053%

(下限金額：8,450.34億元)

A	投保人口結構改變對醫療費用之影響率	1.784%
B	醫療服務成本指數改變率(4年平均)	1.103%
C	投保人口預估成長率	-0.757%
	醫療服務成本及人口因素成長率	2.108%

113年度總額公式架構

- 新年度全民健保醫療給付費用上(下)限金額
= 113年基期* × (1 + 新一年成長率之高(低)推估值)
- 低推估值公式：(1+A+B) X (1+C) -1

低推估
3項因素

- A：投保人口結構改變對醫療費用之影響率
- B：醫療服務成本指數改變率
- C：投保人口預估成長率

- 高推估值：低推估值+協商因素

* 113年基期：前一年度全民健保醫療給付費用扣除111年度一般服務項目未導入預算約1.95億元，為8,362.29億元。

二. 113年度總額範圍低推估值之各項指標(1/4)

投保人口預估成長率(C) : **-0.757%**

- ◆ 採計最近1年(111年)可取得之實際投保人口成長率

即以111年對110年投保人口成長率計算：

$$\begin{aligned}
 &= (111\text{年投保人口數}/110\text{年投保人口數}) - 1 \\
 &= (23,509,843/23,689,235) - 1 \\
 &= -0.757\%
 \end{aligned}$$

二. 113年度總額範圍低推估值之各項指標(2/4)

投保人口結構改變對醫療費用之影響率(A) :
1.784%

- ◆ 採111年投保人口之年齡性別結構相較於110年年齡性別結構改變，對醫療點數之影響

▶ 以110年醫療點數為基礎，年齡以1歲為一組

- ◆ 公式：

$$\frac{\sum(HE_{110ij} * \%POP_{111ij})}{\sum(HE_{110ij} * \%POP_{110ij})} - 1$$

HE_{110ij} ：110年各年齡性別組別之每人年醫療給付費用
 $\%POP_{111ij}$ ：111年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比
 $\%POP_{110ij}$ ：110年保險對象各年齡性別組別占總人口百分比

二. 113年度總額範圍低推估值之各項指標(3/4)

醫療服務成本指數改變率(B)* : **1.103%**
(* 4年平均)

總額部門	費用百分比	醫療服務成本指數改變率(MCPI)
113年MCPI原數值(註1) : 2.952%		
4年平均(註2) : 1.103%		
醫院	70.510%	1.083%
西醫基層	19.502%	1.011%
牙醫	6.245%	1.386%
中醫	3.744%	1.471%
總計	100%	1.103%

註：1. 費用百分比資料為111年醫療給付費用各類服務部門占率值。各醫療服務部門之服務成本指數改變率以105年為基期計算而得。並按其111年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

2. 依據112年3月17日「113年度總額範圍擬訂方向會議」決議，自113年度總額起，醫療服務成本指數改變率(MCPI)採4年平均計算，以113年度總額為例，採110年總額至113年總額(108年至111年共計4年之MCPI成長率)之平均值。

二. 113年度總額範圍低推估值之各項指標(4/4)

各部門醫療服務成本指數改變率(B)之計算

成本項目	部門成本權數(%) (以105年為基期) ^{註1}				指標類別	指數		單項指數年 增率(%)
	醫院	西醫 基層	牙醫	中醫		110年	111年	
人事費用	50.39	54.58	54.23	52.94	1/2主計總處「醫療保健服務業」薪資；1/2主計總處「工業及服務業」薪資	108.63	112.94	3.968
藥品費用	18.03				躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數	103.07	103.20	0.126
		23.94			躉售物價指數-西醫藥品類權重及指數	103.07	103.20	0.126
			4.87		健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數-西醫藥品類 ^{註2}	94.48	95.57	1.154
				18.16	躉售物價指數-藥品類中藥劑之權重及指數	106.52	106.78	0.244
醫療材料費用	10.15	6.37	23.78	12.62	躉售物價指數-醫療儀器及用品類 ^{註3}	94.08	96.97	3.072
基本營業費用	9.46	6.28	8.73	6.14	躉售物價指數-醫療器材及用品類與消費者物價指數居住類房租之平均數	99.29	101.61	2.337
其他營業費用	11.97	8.83	8.39	10.14	消費者物價指數-總指數	104.32	107.40	2.952

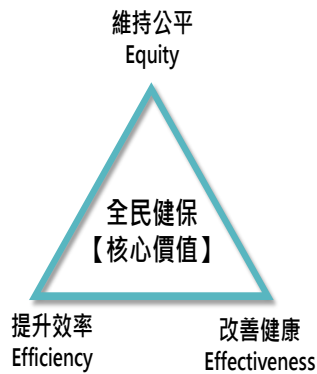
註：

1. 部門成本權數，採主計總處105年「工業及服務業普查」之調查結果。

2. 牙醫之健保藥費申報權重，係以105年為基期。

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

健保核心價值與總額政策目標



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

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

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

一. 113年度健保總額政策目標

- 一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】
- 二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】
- 三、推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】
- 四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】
- 五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】



03

113年度醫療給付費用總額範圍(上限)

(高推估值：4%，上限金額：8,696.78億元)



協商因素之內涵：約246.44億元

一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】，共增加9.36億元。

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

13

03

113年度醫療給付費用總額範圍(上限)

二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】，共增加45.60億元。

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

三、推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】，共增加22.22億元。

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

14

四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】，共增加**139.28**億元。

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

五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】，共增加**30.76**億元。

1. 鼓勵發展結合遠距醫療之照護模式，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
2. 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
3. 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。
4. 強化孕產婦及兒童醫療照護，落實幼兒初級照護、健康促進及轉介轉診服務。

單位：%，億元，月數

項目	低推估	高推估
113年度總額醫療費用成長率	1.053%	4%
113年度總額醫療費用(含部分負擔)	8,450	8,697
增加金額	88	334
113年保險成本(不含部分負擔)	7,871	8,115
113年保險收入	7,842	7,841
113年當年保險收支餘絀	-29	-274
113年保險收支累計結餘	927	681
113年保險收支累計結餘 約當保險給付支出月數	1.41	1.01

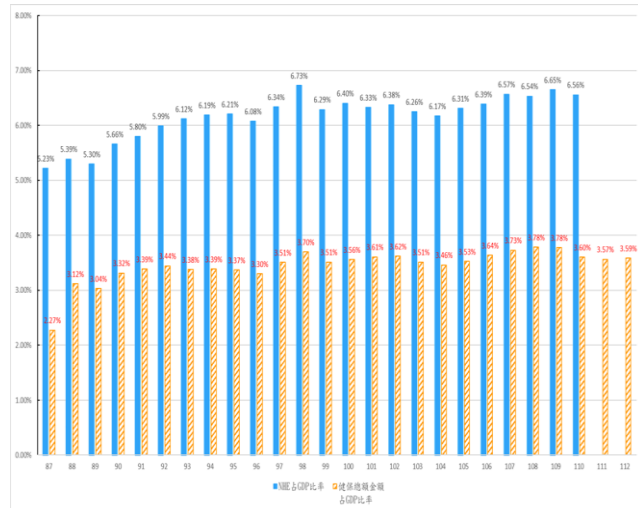
附註：

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. 113年健保費率依健保法第24條規定，應依健保會協議訂定之113年度醫療給付費用總額進行審議，一般保險費率假設暫以維持現行5.17%(補充保險費率2.11%)推估；另因受醫療給付費用總額成長率不同影響，投資運用收益略有差異，以致保險收入亦略有差異。
3. 為評估113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，係依113年度總額基期淨值約8,362.29億元為基期進行計算。
4. 部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情事。

03 總結

- ✓ 本部每年度擬訂與核定總額，皆會以民眾醫療照護需要為規劃依據，並衡量其付費能力、我國整體醫療保健支出(NHE)及健保財務。
- ✓ 歷年健保總額占GDP比率一直維持平穩，另110年我國NHE占GDP約6.56%。
- ✓ 未來本部將持續兼顧醫療照護成本及民眾醫療需求等因素，積極推動各總額內每項計畫建立效益評估等措施。

歷年健保總額金額占GDP比率



 **THANK YOU**



附錄

1
9

04 附錄

四. 112年度各總額部門核定結果

項目/方案別	牙醫門診	中醫門診	西醫基層	醫院	整體總額
1.醫療服務成本及人口因素	0.642%	1.394%	1.400%	2.250%	
-投保人口預估成長率	-0.264%	-0.264%	-0.264%	-0.264%	
-人口結構改變率	0.255%	0.830%	1.402%	2.128%	
-醫療服務成本指數改變率	0.653%	0.832%	0.266%	0.393%	
2.協商因素					
111年一般服務成長率	0.702%	4.072%	2.172%	3.092%	
112年專款項目預算(億元)	28.943	12.203	9,582.4	412.505	
112年門診透析預算成長率 ^註	-	-	3.675%	2.405%	
112年預算金額(億元)	507.999	309.804	1,592.551	5,796.089	
較111年度基期之 整體總額成長率	2.588%	4.344%	3.008%	3.663%	3.323% (8,364億元)

註：1、整體總額預算尚包括其他預算為157.792億元。

2、西醫基層與醫院部門之預算，含門診透析服務，兩部門同項服務合併運作。

20

四. 98-112年總額範圍擬訂與協定結果

總醫療給付費用成長率(%)															
年度	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
報院範圍	3.363~ 5.663	2.506~ 4.339	1.644~ 3.627	2.695~ 5.471	2.994~ 7	1.577~ 4.5	1.772~ 5.011	4.025~ 6.139	3.769~ 6.49	2.349~ 5.631	2.516~ 4.89	3.708~ 5.976	2.907~ 5	1.272~ 4.746	1.307~ 5
行政院核定範圍	3.363~ 5.1	1.822~ 3.5	1.644~ 3.6	2.695~ 4.7	2.994~ 6.0	1.577~ 4.5	1.772~ 4.8	4.025~ 5.8	3.769~ 5.9	2.349~ 5.0	2.516~ 4.5(4.7)	3.708~ 5.5	2.907~ 4.5	1.272~ 4.4	1.307~ 4.5
總額協定結果	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
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
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
西醫基層	3.756	2.742	1.874	2.986	2.818	2.391	3.191	4.274	5.157	4.053	4.067	4.401	3.552	2.744	3.008
醫院	4.887	3.256	3.173	4.683	5.587	3.281	3.659	5.672	6.021	4.8	4.428	5.438	4.382	3.504	3.663
其他 (億元)	減少 22.57	增加 14.41	增加 5.76	增加 14.61	減少 4.02	增加 19.52	增加 5.345	減少 9.58	增加 9.05	增加 15.17	增加 14.1	增加 14.93	增加 4.69	增加 4.26	減少 8
總額預算(億元)	4,780	4,939	5,077	5,296	5,531	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,835	8,096	8,364

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。

二. 各總額部門草案彙總^{1/6}

(牙醫)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額 (億元)	摘要說明	醫界提報歸類 之政策目標
	增加金額(億元)						
牙醫門診	一般	29.277 (6.111%)	提升兒童照護品質	1.295%	6.204	原四歲以下嬰幼兒處置費加成百分之三十，年齡提升至六歲，七歲至十歲兒童處置費加成百分之二十。	【五】
			提升照顧密度(1)	1.422%	6.813	增加自然牙2顆，提升照顧密度(多照顧2顆牙所產生的醫療費用)。	【一】
			提升照顧密度(2)	0.920%	4.407	因牙醫每年就醫人口成長率皆高出投保人口成長率很多，估算96至110年密集度增加。	【一】
			修訂牙結石清除相關醫令點數	2.088%	10.005	擬將支付表全口牙結石清除相關醫令點數均調升100點，局部調升25點。	【四】
	專款	0				113年無新增項目。	

二. 各總額部門草案彙總2/6

(中醫)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額(億元)	摘要說明	醫界提報歸類之政策目標	
	增加金額(億元)							
中醫門診	一般	12.926 (4.173%)	醫療品質提升	提升中醫護理照護品質	1.84%	5.708	為增進患者就醫品質，及鼓勵中醫院所聘請護理人員，以提升中醫院所醫護比，聘請護理專業人員，提供醫療衛教、飲食指導，提供以病人為中心的醫療作業模式。	
			其他醫療服務利用及密集度之改變	新冠後遺症新增人口	2.33%	7.218	調整新型冠狀病毒肺炎後遺症之門診診察費，給付調整方向：新型冠狀病毒肺炎後遺症中醫診察費用加成100點	
	專款	2.605	照護機構中醫醫療照護方案		-	0.44	落實有健保有醫療的政策，減少城市健保孤兒。本計畫於111年預計30家院所參與，112年已有77家院所提出承作申請，建議增加承作費。	未提供
			中醫失智症患者門診加強照護計畫		-	1.044	適應症範圍：失智症ICD-10診斷碼F01、F02、F03、G30、G31，且臨床失智評分(Clinical Dementia Rating, CDR)介於1至3分。	
			中醫提升骨質疏鬆照護品質計畫		-	0.516	適用範圍：骨質疏鬆(ICD-10：M80-82)門診加強照護：自診斷(骨密度T值(T-score)≤-2.5)日起一年內之患者。	
中醫提升第二型糖尿病照護品質計畫		-	0.605	適應症：第二型糖尿病(ICD-10：E11)；自診斷(空腹血糖≥126 mg/dl，或糖化血色素≥6.5%)日起一年內之患者。				
15.531 (4.608%)								

二. 各總額部門草案彙總3/6

(西醫基層)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額(億元)	摘要說明	醫界提報歸類之政策目標	
	增加金額(億元)							
西醫基層	一般	20.818 (1.617%)	保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新藥、新特材及新診療項目)	0.31%	4.000	1.為總額預算核心項目之一，請健保署協商時提出113年新藥、新診療項目及特材之項目及費用。 2.新藥引進後，非完全取代舊藥，統計第三年開始，新藥費用逐年倍數成長，實際支出往往超出預期，建議計算113年之費用時，應滾動式檢討，往前延長計算之年別。	【四】
				藥品及特材給付規定改變	0.31%	4.000	1.預算編列較未能及時反應，且因遞延效應的影響，財務影響甚大。 2.過往經驗糖尿病用藥實際耗用遠超出討論時之財務預估，且藥品會議擬擴大糖尿病藥品(SGLT2)給非糖尿病患者使用(如心臟衰竭)，建議編列充足預算。	【三】
				配合分級醫療，調高診察費	0.10%	1.225	[112年新增] 延續112年項目：第一階段診察費調高1點。	【四】
				因應基層護理人力需求，提高1~30人次診察費	0.51%	6.593	[112年新增] 延續112年項目：診察費1~30人次加30點，需增加3,296.5百萬點，建議分5年編列(1年659.3百萬點，113年為第2年)。	【四】
				其他醫療服務利用及密集度之改變	0.39%	5.000	1.解隔後民眾仍有就醫需求(非長新冠定義)，醫療利用勢必會上升，且費用由總額一般服務支應。 2.考量基層院所「厝邊好醫生」的特點，建議113年編列新冠確診者居家隔離解除後之醫療耗用。	【二】
	專款	6.980		增加預算：家庭醫師整合性照護計畫	-	1.980	1.以「提高醫療品質，與採「精實醫療群」為主軸，110年收案人數達600.8萬人。113年以成長率5.3%，推估收案人數約達633萬人。 2.財務預估：平均每人照護費655元：633萬人*平均每人照護費655元=4,146百萬元，扣除112年預算3,948百萬元，新增198百萬元。	【二】
102.804			增加預算：因應長新冠照護衍生費用	-	5.000	[112年新增] 1.以我國1,000萬人確診，多數國家長新冠患者約為15%，以10%低估則有100萬人次 2.長新冠(輕症)的照護，回歸社區是最適宜的，建議113年持續增編預算。	【二】	

補充：代謝症候群防治計畫無新增金額，建議國健署編列公務預算，以支應衍生照護之診察費及檢驗檢查費用等。

二. 各總額部門草案彙總4/6

(醫院 1/3)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額 (億元)	摘要說明	醫界提報之 政策目標歸類		
	增加金額(億元)								
醫院	263.647 (4.524%)	一般	239.352* (4.669%)	保險給付項目及支付標準之改變	藥品及特材給付規定改變	0.390%	20	合理調整給付條件。	【四】
				醫療特材使用規範異動single use補貼	0.585%	30	為配合衛福部醫事司修正【醫療法】要求醫材皆不得重消使用，使現行健保89項手術所需使用之醫材面臨不得使用及醫材成本高於支付點值。	【三】 【四】	
				其他醫療利及密集度之改變	主動脈剝離手術病患照護跨院合作	0.039%	2	建立以品質為導向的轉診制度，提升急性A型主動脈剝離病人處置效率，針對A型急性主動脈剝離術(68043B)建立各分區跨院所聯合照護平台機制。	【二】 【五】
					腦中風經動脈內取栓術病患照護跨院合作	0.039%	2	建立以品質為導向的轉診制度，提升腦中風處置效率，針對急性缺血性腦中風機械取栓術(33143B)建立各分區跨院所聯合照護平台機制。	【二】 【五】
					腹膜透析追蹤處置費及APD租金	0.003%	0.15	預算由專款改至一般服務費用。	-

接續下一頁▼

25

二. 各總額部門草案彙總5/6

(醫院 2/3)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額 (億元)	摘要說明	醫界提報之 政策目標歸類		
	增加金額(億元)								
醫院	263.647 (4.524%)	一般	239.352* (4.669%)	其他醫療利及密集度之改變	持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能	0.195%	10	未提供說明。	【二】
				健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能	0.390%	20	未提供說明。	【二】	
				其他預期之法令或政策改變	因應醫院評鑑改變，應同步配套調整區域層級支付標準給付	0.195%	10	配合衛生政策112年醫院評鑑新制申請成為「區域醫院」條件變革，符合一定條件之地區醫院應申請區域醫院。	【二】 【四】
				其他議定項目	平衡醫院部門實際醫療服務與總額額度落差【點值不平衡調整方案】	0.585%	30	未提供說明。	【三】

接續下一頁▼

26

二. 各總額部門草案彙總 6/6

(醫院 3/3)

部門	113年度總額		項目	成長率	新增金額 (億元)	摘要說明	醫界提報之 政策目標歸類
	增加金額(億元)						
醫院	263.647 (4.524%)	專款 14.85*	新醫療科技(含新藥、新材及新增診療項目)	-	30	為妥適處理長年新醫療科技預算排擠一般服務預算的爭議，經醫院部門六分區醫院就新醫療科技預算編列之共識，建議由新年度(113年)起新醫療科技改置其他部門專款專用，原113年以前編列之新醫療科技預算續存於一般服務預算(即預算不移列)，支應112年已核定納保之項目後續費用。	【四】
			新設醫院影響醫院總額資源配置	-	15	為提升醫療便利及可近性，各縣市衛生機關近年來已通過多家醫療機構新設規劃，據此，將產生各區醫療資源重分配之影響，為避免因新設醫院的加入造成各區預算變動過大，宜編列相對(專款專用)預算挹注。	-
			社區好醫院-醫院家庭責任醫師整合方案	-	5	社區醫院之家庭責任醫師制度推動，擬綜整歷年西醫基層家庭醫師整合性方案內容，研修社區好醫院-醫院家庭責任醫師整合照護方案，供地區醫院內科、外科、兒科、婦產科、家庭醫學科等相關專科醫師參加。	【二】

註：門診透析成長率按醫院部門建議，暫以醫院與西醫基層合併總成長率4%計算。
* 因有部分專款項目建議移列至一般服務，故整體增加金額/成長率，非表中重點項目金額直接相加。

27

民眾付費能力參考指標

單位：%

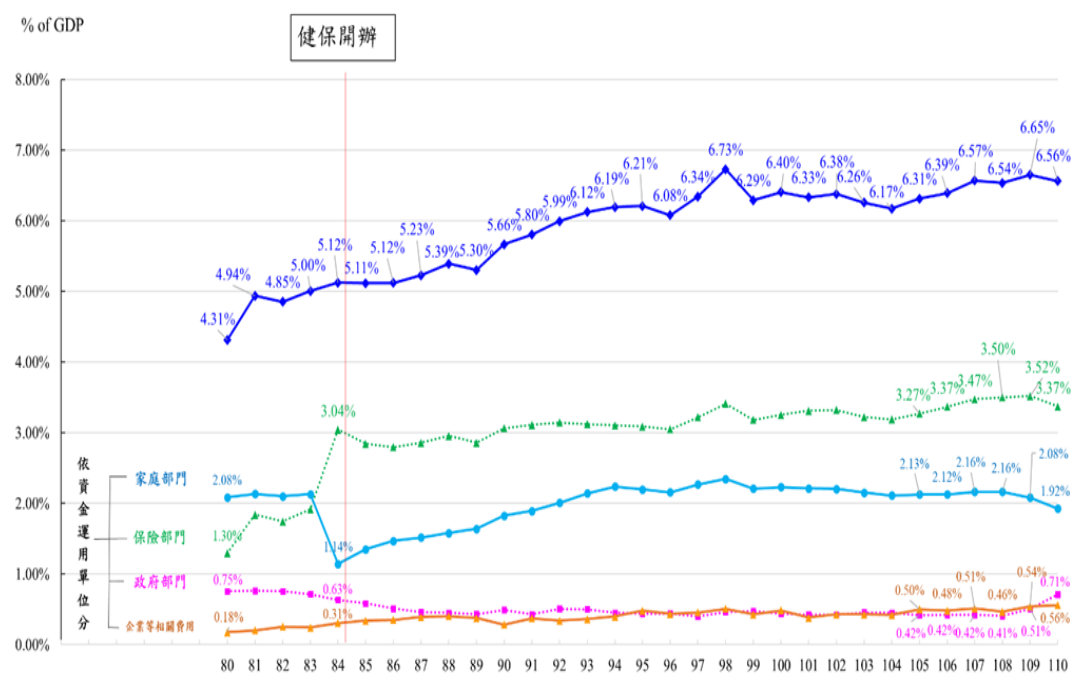
	100年	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	111年 (預估)	112年 (預估)
名目國內生產毛額成長率(%)	1.44%	2.91%	4.04%	6.47%	4.90%	2.93%	2.44%	2.18%	3.03%	5.19%	9.16%	4.45%	2.74%
實質國內生產毛額成長率(%)	3.67	2.22	2.48	4.72	1.47	2.17	3.31	2.79	3.06	3.39	6.53	2.45	2.12(註2)
名目國民所得年增率(%)	0.79%	2.20%	5.58%	7.71%	4.56%	2.99%	2.80%	1.49%	2.19%	5.60%	9.14%	3.01%	2.51%
實質國民所得年增率(%)	0.73	2.65	4.16	7.08	5.82	2.37	3.01	0.63	2.11	7.06	5.35	-0.80	
受雇員工每人每月平均薪資成長率 (工業及服務業總計)(%)	2.95%	0.32%	0.14%	3.59%	2.49%	0.49%	2.46%	3.82%	2.00%	1.32%	3.01%	3.47%	
失業率(%)	4.39	4.24	4.18	3.96	3.78	3.92	3.76	3.71	3.73	3.85	3.95	3.67	3.53(112年2月)
健保平均投保金額成長率(%)	2.83	2.17	1.93	1.56	1.65	1.46	1.52	2.93	2.01	1.71	1.50	4.09	2.34
健保應收保險費成長率(%)	7.18	2.90	13.77	4.63	1.07	-4.18	2.90	3.42	2.80	0.82	13.83	6.96	-1.73
健保醫療費用成長率(%)	2.855	4.314	4.436	3.275	3.43	4.912	5.642	4.629	4.461	5.212	4.107	3.320	-
每人健保醫療費用成長率	2.47	4.2	3.5	2.66	2.83	4.19	5.21	4.52	4.29	5.03	4.48	4.07	-
國民醫療保健支出占GDP比率(%)	6.40	6.33	6.38	6.26	6.17	6.31	6.39	6.57	6.54	6.65	6.56	-	-
健保支出占GDP比率(%)	3.56	3.61	3.62	3.51	3.46	3.53	3.64	3.73	3.78	3.78	3.60	3.57	3.59
健保支出占國民醫療保健支出比率(%)	55.62%	56.99%	56.77%	56.16%	56.09%	55.91%	56.95%	56.78%	57.89%	56.84%	54.93%	-	-
家庭部門占國民醫療保健支出比率(%)	42.39	41.01	41.27	41.24	41.03	41.62	40.76	40.69	40.21	41.53	41.29	-	-

註：1. 經濟成長率以實質國內生產毛額(GDP)為基礎；另依據行政院主計總處108年12月4日以主統國字第1080300883號函，主計總處依最新工業及服務業普查與各類相關調查資料修正歷年國民所得統計，故更新歷年平均每人國民所得毛額(GDP)等指標。
2. 名目國民所得係按當期價格計算；實質國民所得係以105年價格為基期，其資料來源為行政院主計總處112年2月22日發布國民所得統計及國內經濟預測。
3. 110年一般保險費率維持5.17%，補充保險費率維持2.11%。
4. 國民醫療保健支出占GDP比率，係依據最新版國民經濟會計制度(2008SNA)修正編算原則，將研究發展支出納入GDP之計算。
5. 主計總處自108年1月公布以105年為基期之受雇員工每人每月平均薪資資料，更新歷年資料。

28

04 附錄

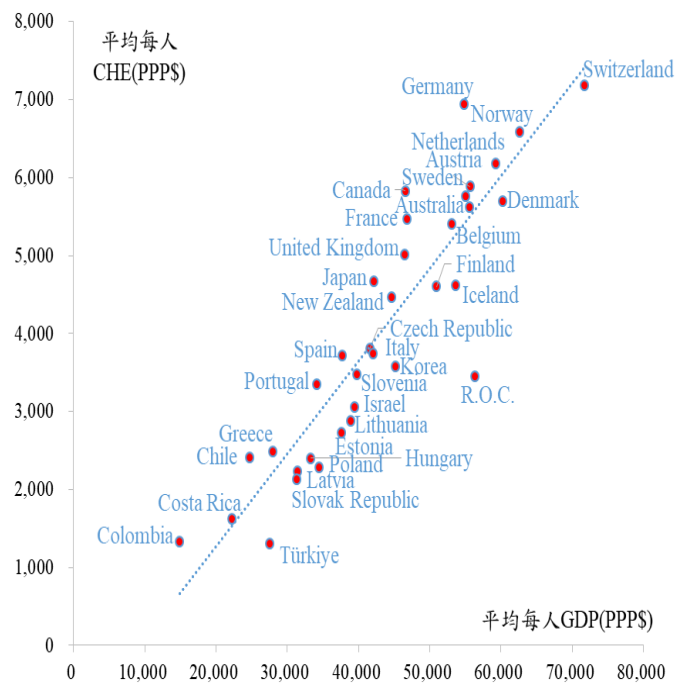
我國整體醫療保健支出占GDP比率 (80年至110年)



資料來源：本部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」。

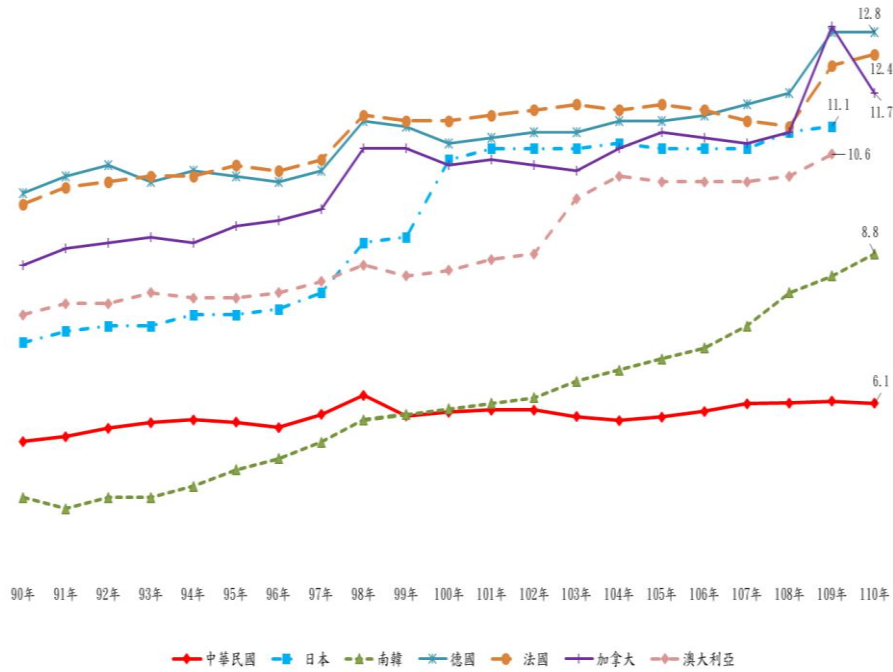
04 附錄

109年OECD會員國與我國
平均每人經常性醫療保健支出(CHE)與平均每人GDP



資料來源：OECD Health Statistics
附註：剔除盧森堡Luxembourg、美國United States及愛爾蘭Ireland 3個國家，其估計迴歸方程式為平均每人 CHE = 0.1186 × 平均每人 GDP - 1097.3 · R² = 0.824。

歷年經常性醫療保健支出(CHE) 占GDP比率之國際比較(90至110年)



資料來源：衛生福利部發布之「110年國民醫療保健支出統計分析」
附註：CHE(經常性醫療保健支出)：指NHE(國民醫療保健支出)扣除資本形成費用。



113年度醫療給付費用總額範圍 之財務試算

- ◆ 試算條件：
 - 維持現行費率5.17%
 - 納入「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補健保基金200億元
 - 總額基期為8,362.29億元、低推估值(1.053%)、高推估值(4.0%)，並以總額成長率1.5%至3.5%，每0.5個百分點為間隔，進行試算

總額成長率	總額預算 增加金額 (億元)	當年保險 收支短絀 (億元)	保險收支 累計結餘 (億元)	約當保險給付支 出月數(月)
1.053% (低推估值)	88	-29	927	1.41
1.50%	125	-66	889	1.35
2.00%	167	-108	848	1.28
2.50%	209	-150	806	1.21
3.00%	251	-191	764	1.14
3.50%	293	-233	723	1.08
4.00% (高推估值)	334	-274	681	1.01

110 至 113 年健保財務收支情形及模擬試算表

單位：億元

項目	110 年	111 年	112 年	113 年	
				總額成長率 採下限 1.053%	總額成長率 採上限 4%
	審定 決算數	自編 決算數	預估數		
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,450	8,697
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	1.053%	4%
保險成本	7,274	7,498	7,792	7,871	8,115
保險成本成長率	4.60%	3.08%	3.92%	1.01%	4.14%
非保險給付占率	7.22%	7.43%	6.91%	6.93%	6.74%
保險收入	7,119	7,602	7,708	7,842	7,841
保險收入成長率	13.39%	6.78%	1.40%	1.73%	1.72%
一、保險費相關收入	6,948	7,433	7,540	7,673	7,673
(一)保險費收入	6,990	7,472	7,343	7,517	7,517
1.一般保險費	5,663	5,862	5,957	6,072	6,072
2.補充保險費	582	724	589	605	605
3.政府負擔不足法定 36%之差額	745	886	797	840	840
(二)其他收入	-42	-39	197	156	156
二、安全準備相關收入	171	169	169	169	168
當年安全準備填補金額	326	65	253	198	442
當年保險收支餘絀	-155	103	-84	-29	-274
保險收支累計餘絀	936	1,040	956	927	681
約當保險給付支出月數	1.55	1.66	1.47	1.41	1.01

製表日期：112.04.18

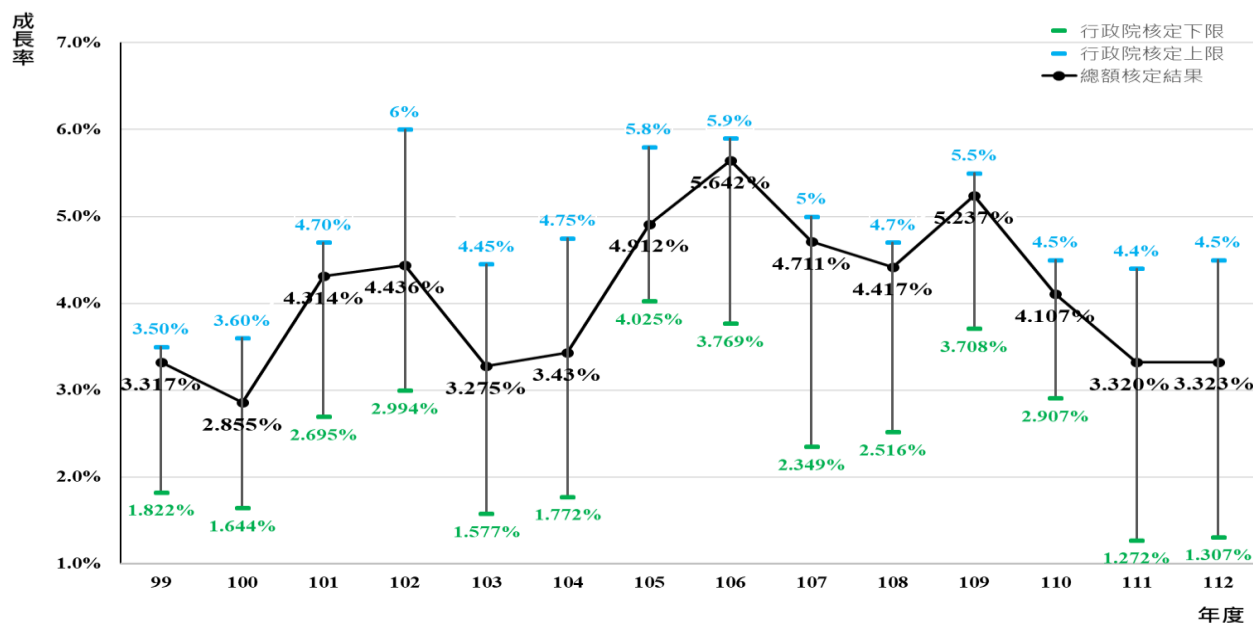
- 說明：1、保險收入＝一般保險費＋補充保險費＋政府法定下限 36% 差額負擔－呆帳提存＋保險費滯納金＋公益彩券盈餘分配收入＋菸品健康福利捐分配收入＋投資淨收益＋其他收入。
- 2、保險成本＝醫療給付費用總額－保險對象應自行負擔之費用－代位求償獲償金額－菸捐挹注罕病等之醫療費用±調整帳＋其他保險成本。
- 3、其他收入包括：營運資金孳息、雜項業務收入、其他業務外收入、利息費用(減項)及呆帳提列(減項)。
- 4、安全準備相關收入包括：依健保法規定應提列之安全準備，包含滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等，惟不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘。
- 5、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 6、以全民健康保險會 111 年第 11 次委員會議(111.11.18)審議「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)」資料之假設進行推估，113 年保險費率以維持 5.17% 推估，另政府負擔不足法定 36% 之差額，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。
- 7、110 年保險收入成長 13.39%，主要係因一般保險費及補充保險費之費率分別調為 5.17% 及 2.11%；111 年保險收入成長 6.78%，主要係因平均投保金額(基本工資調漲及軍公教調薪等)及補充保險費較去年增加所致。
- 8、112 年納入行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金 240 億元；113 年納入「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金 200 億元；平均眷口數自 112 年起由 0.58 人調降為 0.57 人。
- 9、為評估 113 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)，係依 113 年度總額基期淨值約 8,362.29 億元為基期進行計算。
- 10、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。

彙整歷年總額核定情形及相關資料

一、99~112 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率如下圖：

(一)105~110 年行政院核定總額範圍(上、下限)及衛福部核定總額成長率，多數高於 99~104、111~112 年度。

(二)106~110 年衛福部核定總額成長率均接近行政院核定上限，平均約為上限額度之 94.1%，高於 99~105 年之 81.5%、111~112 年之 74.6%。



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 112 年度總額公告。

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

二、102~112 年度衛福部核定總額如下表：

單位：億元

年度	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年	110 年	111 年	112 年
核定總金額	5,531	5,712	5,905	6,196	6,545	6,853	7,153	7,526	7,836	8,096	8,364
較前一年度增加金額 (A) ^{註 1}	234.94	181.15	193.03	290.05	349.56	308.37	300.05	372.92	309.14	260.11	269.01
醫療服務成本及人口因素增加金額 (B)	140.62	77.79	89.79	213.20	209.26	136.34	171.99	265.30	228.05	112.40	137.01
協商因素增加金額 ^{註 2} (A-B)	94.32	103.36	103.24	76.85	140.3	172.03	128.06	107.62	81.09	147.71	132.00

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽，及 111 年度總額公告。

註：1.自112年度起，較前一年度增加金額係以112年度核定總金額，扣除「111 年度健保醫療給付費用公告之金額，於一般服務扣除『110 年未導入預算扣減』部分」。

2.協商因素增加金額含「校正投保人口預估成長率差值」及「加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款」。

113 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍擬訂方向會議」 與會代表意見摘要

一、對 113 年度總額範圍及財務平衡之建議

(一)近年健保財務已入不敷出，應有健保財務改革規劃，確保健保永續

健保總額不斷成長，將邁向 9 千億元大關，健保費率 6% 的上限已迫近，建議積極處理收支連動問題，除增加公務預算挹注外，應考量其他財務平衡之改革措施。

(二)應將「民眾付費能力」納入總額範圍考量，並建立制度化機制

目前總額範圍擬訂並未說明如何考量「民眾付費能力」，建議研訂能反映一般民眾付費能力之指標，並規劃納入擬訂總額範圍或核定總額成長率參採之機制。若民眾付費能力不足，也需有配套措施因應，以合理反映民眾需求。

(三)高推估納入之政策項目，應一併提出預算投入後之具體效益

總額範圍之高推估，推出之政策項目會增加預算支出，除應考量健保財務情形外，應附帶說明各項預算投入後的未來成效，以利評估。

(四)應將節流成效納入總額減項，並考量民眾就醫行為及醫療需求之改變

總額已配合政策投入許多預算，用於提升醫療服務效率，應將其節流成效納入總額範圍考量。此外，新冠肺炎疫情改變民眾就醫行為，且病逝者多為高醫療資源使用者，建議提供醫療利用影響評估結果，納入總額範圍擬訂參考。

二、對 113 年度總額低推估公式之建議

(一)醫療服務成本指數改變率(下稱 MCPI)：

1. 支持衛福部提案，MCPI 改採多年平均方式計算：為使 MCPI 穩定，避免出現負值，專家學者、付費者及醫界代表支持採 3 年或 4 年平均方式計算，也有學者建議可採幾何平均方式計算，對趨勢平緩效果會更好。

2. 應檢討非協商因素之內生性問題：歷年各總額部門使用 MCPI 或協商項目所增預算調升支付點數，會造成其與「人口結構改變率」有内生性問題，且非協商因素與協商項目(如 112 年度總額編列「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)」經費，用於支付標準調整等)互有連動，有墊高總額基期之虞，建議應通盤檢討。

3.建議調整 MCPI 採用指數項目及權數：醫院代表建議調整各項指標權重，並增加指數項目或調整指數細項占比，以符合醫院實際成本。但專家學者建議，相關修正應有實證基礎，建議回歸資料源頭—主計總處工業及服務業普查或物價調查進行檢討及處理。

(二)投保人口預估成長率：

建議維持原採計方式：衛福部為避免疫情期間，本國人民因除籍或復籍，造成投保人口預估成長率變動幅度過大，爰擬案建議 113~115 年度總額改採 112 年度總額之數值。醫界及付費者代表均建議維持原採計方式，採用當年度計算結果，主要考量總額預算累進成長，基期逐年堆疊，低推估公式已行之多年，具有穩定、延續性，不宜因短暫人口變化即改變計算公式，恐對未來總額造成不可預期的影響。

(三)總額範圍擬訂公式納入民眾付費能力指標：

1.建議規劃民眾付費能力指標及納入總額考量之機制：付費者團體建議總額公式應納入「民眾付費能力」相關指標(如人均 GDP 成長率)，並與總額成長範圍扣連。惟經討論，各界認為目前未有適切的指標作為民眾付費能力之參據，例如 GDP 是國內整體平均之指標平均數值，包含企業盈餘、固定資產設備等，尚不宜作為一般民眾付費能力之指標。惟仍應設法將民眾付費能力納入總額考量。

2.民眾付費能力相關指標須謹慎評估及選擇：與民眾付費能力相關的指標，包含：國民儲蓄率、國民所得、國民負債、薪資成長等。表面上民眾薪資逐年成長，但仍跟不上物價通貨膨脹速度，使得實質薪資倒退、購買力下降及貧富差距擴大情況，故評估民眾付費能力相關指標仍須謹慎研訂。

(會議資料第 39 頁)

六、討論事項

提案單位：本會第三組(原會議資料誤繕為中央健康保險署，予以更正)

案由：112 年度醫院及西醫基層總額關於「因應長新冠照護衍生費用」決定項目內容，需提報本會確認案。

說明：

- 一、依 112 年度總額核(決)定事項及本會 112 年度工作計畫，醫院及西醫基層總額應提報本會確認「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容(含操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等)、「執行目標」及「預期效益之評估指標」。本項總額決定事項如下：

項目	總額別	金額 (百萬元)	決定事項
因應長新冠照護衍生費用	醫院	40.0	請中央健康保險署辦理下列事項： 1.以 108 年醫療利用情形為比較基準， <u>超出部分由本項經費支應</u> 。 2.於 112 年度總額公告後，會同醫院及西醫基層總額相關團體 <u>提出操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施等具體規劃內容</u> ，以及本項目之「 <u>執行目標</u> 」及「 <u>預期效益之評估指標</u> 」，提報至全民健康保險會最近 1 次委員會議確認。 3.本項支出如達動支條件，併入醫院/西醫基層總額一般服務費用結算。
	西醫基層	10.0	

- 二、健保署分別於本(112)年 4 月 12、24 日函覆研訂結果(如附件，第 75~83 頁)，摘要如下：

(一)醫院總額「因應長新冠照護衍生費用」：已於 112.3.1「醫院總額研商議事會議」討論通過。

1.具體規劃內容：

- (1)優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合

醫療計畫。

(2)操作型定義及計算方式：

①動支條件：

A.使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數大於 108 年同期。

B.COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫：「因應長新冠照護衍生費用」全年預算有剩餘且前開計畫無其他公務預算支應時動支，僅支應前開計畫獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)較 108 年同期為高部分。

②採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。

(3)醫療利用監控及管理措施：本預算為專款，用於支用 MIS-C 的醫療費用，預算如有剩餘則回歸安全準備金。健保署將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

(1)執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。

(2)預期效益之評估指標：

①MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。

②COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。

(二)西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」：已於 112.3.7「西醫基層總額研商議事會議」討論通過動支條件及結算方式，另有關「執行目標」及「預期效益之評估指標」，健保署係依據醫師公會全聯會 112.3.13 函復內容提報本會。

1.具體規劃內容：

(1)操作型定義及計算方式：

- ①動支條件：支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示)^註之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。

註：U099 診斷碼之說明：

- 1.健保署考量部分 COVID-19 確診者痊癒後仍有後續病況，為因應臨床診斷編碼之需，自 110 年 12 月起新增 ICD-10-CM 代碼 U099「嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示」。
- 2.U099 以次診斷碼申報為原則，主診斷為就診病因(如支氣管炎)，並於病歷上記載係確診過所產生的後續病況。

- ②本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。

- (2)醫療利用監控及管理措施：本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金。健保署將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

2.執行目標及預期效益之評估指標：

- (1)執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- (2)預期效益之評估指標：本項預算使用率達 80%。

四、本會研析意見：

本次需確認「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容(含操作型定義及計算方式、醫療利用監控及管理措施)、執行目標及預期效益之評估指標，經檢視健保署研訂結果，研析意見如下：

- (一)操作型定義及計算方式：查總額決定事項，動支條件係以 108 年醫療利用情形為比較基準，超出部分才由本項經費支應。為符合決定事項要求之文字表達更為精準，建議酌修醫院及西醫基層動支條件，如下畫線處：

- 1.醫院總額：A.支應使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數大於 108 年同期醫療點數部分。

2.西醫基層總額：支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)大於108 年同期醫療點數部分。

(二)醫療利用監控及管理措施：健保署已定期統計本項醫療利用情形，提報每季總額研商議事會議監控，建議尊重健保署與總額相關團體研訂結果。

(三)「執行目標」及「預期效益之評估指標」：除西醫基層總額所訂預期效益之評估指標為「預算使用率達 80%」，預算使用情形實無法呈現本協商項目對民眾健康有何預期成果，請健保署研議以結果面為導向，於會上提出該項「預期效益之評估指標」之修正外，其餘建請尊重健保署與總額相關團體研訂結果。

擬辦：

一、請確認醫院及西醫基層總額「因應長新冠照護衍生費用」之具體規劃內容、執行目標及預期效益之評估指標。

二、依 112 年度總額核(決)定事項，醫院及西醫基層總額尚有下列應提報本會確認事項未提出，請健保署儘速辦理，俾安排至最近 1 次委員會議討論。

(一)112 年度醫院總額 2 項新增專款計畫內容(含關鍵績效指標)及「執行目標」與「預期效益之評估指標」：

1.持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能。

2.健全區域級(含)以上醫院門住診結構，優化重症照護量能。

(二)112 年度西醫基層總額新增項目「因應基層護理人力需求，提高 1~30 人次診察費」之「執行目標」與「預期效益之評估指標」。

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：歐舒欣
聯絡電話：02-27065866 分機：2614
傳真：02-27069043
電子郵件：A110666@nhi.gov.tw

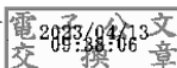
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年4月12日
發文字號：健保醫字第1120661318號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如主旨 (A21030000I_1120661318_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送112年全民健康保險醫療給付費用醫院及西醫基層總額新增項目「因應長新冠照護衍生費用」內容(含「執行目標」及「預期效益之評估指標」) 如附件，請查照。

說明：依鈞部112年1月9日衛部健字第1123360002號公告暨貴會112年度工作計畫辦理。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會



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：歐舒欣

聯絡電話：02-27065866 分機：2614

傳真：02-27069043

電子郵件：A110666@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112年4月24日

發文字號：健保醫字第1120054784號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1120054784_doc1_Attach1.pdf)

主旨：檢送「112年全民健康保險醫療給付費用醫院及西醫基層
總額『因應長新冠照護衍生費用』內容(附件)，請查
照。

說明：

- 一、復貴會112年4月17日表單單號1120417237號請辦事宜。
- 二、本署112年4月12日健保醫字第1120661318號函辦理(諒
達)。
- 三、旨揭資料業依鈞部核定事項，補充「醫療利用監控及管理
措施」。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會



112 年全民健康保險醫療給付費用醫院及西醫基層總額新增項目

「因應長新冠照護衍生費用」內容

總額別	新增項目 (預算金額)	執行目標/預期效益之評估指標	本署說明
醫院總額專款項目	因應長新冠照護衍生費用(40百萬元)	<p>一、執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。</p> <p>二、預期效益之評估指標：</p> <p>(一) MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等)於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。</p> <p>(二) COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。</p> <p>三、執行方式如附件 1。</p>	業於本署 112 年 3 月 1 日全民健康保險醫療給付費用醫院總額 112 年第 1 次研商議事會議討論通過。
基層總額專款項目	因應長新冠照護衍生費用(10百萬元)	<p>一、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。</p> <p>二、預期效益評估指標：本項預算使用率達 80%。</p> <p>三、執行方式如附件 2。</p>	1. 業於本署 112 年 3 月 7 日全民健康保險醫療給付費用西醫基層總額 112 年第 1 次研商議事會議討論通過動支條件

總額別	新增項目 (預算金額)	執行目標/預期效益之評估指標	本署說明
			<p>及結算方式。</p> <p>2. 另依據中華民國醫師公會全國聯合會 112 年 3 月 13 日全醫聯字第 1120000320 號函提報執行目標及預期效益評估指標(附件 3)。</p>

附件 1、醫院總額因應長新冠照護衍生費用

- 一、預算經費：112 年全年經費 40 百萬元。
- 二、執行目標：妥適照護因 COVID-19 確診所引發 MIS-C 個案及延續 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫至年度結束。
- 三、預期效應：減緩醫院部門因 COVID-19 照護產生的財務衝擊。
- 四、優先支應使用 MIS-C 免疫球蛋白之當次門住診醫療費用點數，剩餘款則支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫，動支條件及結算方式如下：

(一)使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用點數。

1. 動支條件：前開醫療費用點數大於 108 年同期。使用 MIS-C 免疫球蛋白藥物之當次門住診醫療費用：係指 0-19 歲(就醫日期年—保險對象生日年)保險對象，當次就醫申報診斷碼同時具 ICD-10-CM M35.8 及 U09.9 者，且使用 ATC 代碼 J06BA02 之藥品(醫令類別 1、X、Z)之當次門住診醫療費用(申請費用點數+部分負擔)。
2. 結算方式：採全年結算，依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。若當年經費不足支應時，則按當年各分區前開實際執行申報醫療點數之比例分配，併入當年第 4 季該分區一般服務費用結算。若全年經費尚有剩餘款則支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後之獎勵費用(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費)。

(二)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫：

1. 動支條件：
 - (1) 全年預算有剩餘且上開計畫無其他公務預算支應時動支。
 - (2) 且支應 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫預算中止後^{註 1}之獎勵費用^{註 2}(不含開辦整合門住診照護獎勵費、整合成效獎勵費。)較 108 年同期高。
2. 結算方式：依全年各就醫分區實際執行情形，併入當年第 4 季各分區一般服務費用結算。若剩餘款經費不足支應時，

則按當年各分區前開實際執行獎勵費點數之比例分配，併入當年第 4 季該分區一般服務費用結算。

註：

1. 「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」計畫期間：自公告日起至嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心解散日後 6 個月止。
2. COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費之醫令代碼如下：

醫令代碼	醫令名稱	醫令單價
E5102B	個案門診整合獎勵費	1,400
E5103B	初評評估獎勵費	1,400
E5104B	複評評估獎勵費	1,400
E5105B	結案評估獎勵費	1,400
E5106B	精神科評估獎勵費	1,000
E5107B	個別心理諮商及衛教獎勵費(次)	1,200
E5108B	團體心理諮商及衛教獎勵費(人次)	250
E5109B	個案管理獎勵費	1,200
E5110B	營養評估獎勵費	300
E5111B	轉銜長期照顧獎勵費	500
E5112B	社會資源轉介評估獎勵費	500

註:上述醫令代碼、醫令名稱及醫令單價，摘自 110 年 12 月 13 日健保醫字第 1100046233 號公告「COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫」。

五、結算方式：由本預算支應之 COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫獎勵費用，併同當次門住診醫療費用案件申報，醫令類別請填「4 不計價」，點數請填 0。於年度結算時，點數以浮動點值計算，且每點支付金額不高於 1 元。

六、評估指標：

- (一)MIS-C 免疫球蛋白：依 MIS-C 認定原則照護人數大(等)於 108 年度 COVID-19 引起 MIS-C 照護人數為基準。
- (二)COVID-19 染疫康復者門住診整合醫療計畫收案長新冠人數較 108 年成長。

七、醫療利用監控及管理措施

因本預算為專款，用於支用 MIS-C 的醫療費用，不致發生濫用情形，預算如有剩餘則回歸安全準備金，惟本署仍將定期統計申報資料，提報每季醫院總額研商議事會議監控利用情形。

附件2、西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用

一、預算經費：112 年全年經費 10 百萬元。

二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

三、預期效益評估指標：本項預算使用達 80%。

四、動支條件：

(一)支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況,未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。

(二)本項支出如達動支條件,併入西醫基層總額一般服務費用結算。

五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形,併入該分區一般服務預算結算,當季預算如有剩餘,則流用至下季,惟如當季預算不足支應時,按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配,併入當季該分區一般服務預算結算。

六、醫療利用監控及管理措施

因本預算為專款,用於長新冠引起之醫療利用,預算如有剩餘則回歸安全準備金,惟本署仍將定期統計申報資料,提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：吳春樺
電話：(02)27527286-172
傳真：(02)2771-8392
Email：chunhua@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

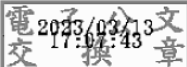
發文日期：中華民國112年3月13日
發文字號：全醫聯字第1120000320號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：檢送112年西醫基層總額新增項目「因應長新冠照護衍生
費用」之執行目標及預期效益評估指標，請查照。

說明：

- 一、依 貴署112年3月2日西醫基層總額研商議事會議結論辦理。
- 二、旨揭執行目標及預期效益評估指標：
 - (一)執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
 - (三)預期效益評估指標：本項預算使用達80%。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本： 2023/03/13 17:07:43
電子公文
交換章

理事長 周慶明

(會議資料第 86 頁)

七、報告事項

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：藥費管控策略及檢討(含藥費超出支出目標值之原因檢討、新藥納入健保給付之作業程序與核價原則及新藥引進後之檢討等)，請鑒察。

說明：(截至 112 年 4 月 25 日中午 12 時 50 分尚未收到報告內容。)

.....
本會補充說明：

- 一、依本(112)年第 1 次委員會議通過之年度工作計畫辦理，安排健保署於本月份報告。
- 二、因為健保署尚未提出報告內容，本會僅能彙整歷次委員會議關切藥費相關議題之決議(定)及委員發言重點(詳附件，第 85~92 頁)，供委員參考。

決定：

附表 彙整本會歷次委員會議決議(定)及委員發言重點

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
一、新醫療科技預算編列與控管			
1	112.3.22 討論 事項第二案： 有關新醫療 科技預算，未 依時程導入或 預算有餘時， 財務扣減之配 套機制案。	決議： 一、111 年度西醫基層總 額部門新醫療科技協 定項目，請健保署依 照總額決定事項辦理 預算扣減事宜。 二、新醫療科技預算移列 專款項目之建議，請 健保署會同醫院及西 醫基層總額相關團 體，共同討論、評估 其可行性(包含與一 般服務預算之切割、 預算額度編列及控管 措施等執行面規劃)。	<p>【醫界】</p> <p>1.核定的預算用不完要扣減，但是超支怎麼辦？雖然總額是上限目標制，但是總不能一直吃醫界的豆腐，最後就是醫療品質變差、點值變差、醫療機構變得更血汗。</p> <p>2.建議將新醫療科技列在其他預算或專款較合理，因為新醫療科技的引入，是健保署的政策，權利跟責任要相符。</p> <p>【藥界】</p> <p>目前藥費占整個健保 1/4 以上，但很多新藥跟罕藥拿不到，主張健保架構要做重大變革，藥費採獨立總額，不要占到其他專業服務項目。慢性病藥費也占很大比例，建請健保署納入規劃考慮。</p> <p>【付費者】</p> <p>1.應按協定事項，扣減未依時程導入或預算執行有剩餘之額度。</p> <p>2.新醫療科技變成專款項款，茲事體大，若病人治療過程當中專款用完怎麼辦，是停止用藥還是自費？請 HTA 做政策評估，再來看看怎麼樣做，對於付費者還有對於醫界，以病人為中心的考量也要納入。</p> <p>【專家學者及公正人士】</p> <p>1.每年總額分配既已列定，醫</p>

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
			<p>療院所自應在預算範圍內執行，超額部分自應於總額分配或點值計算，無另行要求於總額外再請求補足之理。</p> <p>2.醫界建議新藥費用超出預算的部分應補足，是否亦應相同考量，將節流措施及分級醫療制度所節省之數額，不滾入總額，而提列於安全準備。</p> <p>3.如果要編列藥費專款，只能編當年預算，且只能當年引進的新藥，而非5年內的新藥。</p>
2	<p>111.6.24 報告事項第五案：有關醫院及西醫基層總額之「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」及「藥品及特材給付規定改變」預算檢討、調整與管控機制。</p>	<p>決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署回復說明。</p>	<p>【醫界】 健保署應說明新醫療科技引進之考量因素，及導入後對總額之財務壓力，及導入後若超出原編預算之彌補機制。</p>
3	<p>108.5.24 討論事項第一案：請健保署於協商前3個月提供預擬引進或擬擴增適應症之新醫療科技項目，做為協商</p>	<p>決議： 一、鑑於108年9月份將進行109年度總額協商，請健保署於總額協商前1個月，提出109年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。</p>	<p>【醫界】 1.建議將現行匡列預算後送藥品共擬會議討論的流程，改為匡列預算前，由藥品共擬會議先提出參考品項及所需經費，作為總額協商參考。 2.執行上應該排列優先順序或考量財務情況，有多少錢就</p>

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
	之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生案。	二、請健保署於下週召開「健保新藥預估模式研究計畫」成果報告會議時，邀請本會專家學者及公正人士委員與會。	做多少事。 【付費者】 每年新醫療科技預算金額約20~30億元，若滾入基期，每年累進成長金額已不是當年所協商的金額而已，應詳實估算5年或10年新醫療科技所投入之金額，如此才不會失真。
二、新藥納入健保給付			
4	111.3.25 討論事項第一案：建請健保署針對高死亡率癌別優先給付免疫療法新適應症，並請衛福部設立國家癌症藥品基金，提高癌症病人新藥使用機會。	決議：本案屬衛福部及健保署權責，委員所提意見，送請權責單位研參。	【付費者】 1.建議參考英國癌症藥物基金，由政府編列預算，以暫時性給付方案(最多給付2年)，幫助癌友加速使用新藥，並將病人使用反應及療效數據，作為納入健保給付參考。 2.希望健保署能向民眾、家屬、病友說明清楚優先順序的排定原則。 【醫界】 1.癌症免疫療法的療效，尚無科學數據佐證。 2.希望政府編列公務預算或其他財源挹注，不使用健保資源。
5	107.6.22 討論事項第十案：建請健保署說明107年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案。	決議： 一、委員對於107年度總額編列的新藥預算執行進度至為關切，並期盼加速新藥的引進，以符民眾需求，爰請健保署本於權責，儘速依原訂新藥導入項目與作業時程辦理。 二、鑑於9月份將進行108	【付費者】 1.新藥預算執行率偏低(107年1至4月納入的25項新藥只申報10.7百萬元)，編列後即應據以執行，若執行程序有困難，健保署應該在事先即進行評估處理。 2.如果未來癌症新藥要納入健保給付，應比照C肝新藥先做整體規劃提會討論，不要等執行之後，又衍生問題。

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
		<p>年度總額協商，請健保署儘早規劃新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材之預算，及擬調整或導入之相關項目與作業時程，並妥為管理運用，以符民眾期待。</p>	<p>3.癌症藥物很貴，因此在使用上有所限制，是可理解及接受的，只是在流程方面到底卡關在哪裡？要如何突破，既然已編列預算，但看得到用不到，對病人而言，是很大的心理挫折，建請健保署設法解決。</p>
三、指示用藥相關問題			
6	<p>106.10.27 討論事項第六案： 「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」</p>	<p>決議： 一、請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實健保法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。 二、請健保署將前項整體評估結果，提至本會報告。 三、另有關現行健保實務中是否有違反全民健康保險法之情事，請委員於下次委員會議提供具體內容。</p>	<p>(另於 106.11.17、106.12.22、107.6.22、107.12.21 追蹤辦理情形、112.2.22 討論 112 年度工作計畫、112.3.22 本會重要業務報告等多次會議提出) 【醫界】 1.建議採分階段方式逐步取消指示用藥，可以先逐步取消對病人影響較小的項目。 2.最沒有爭議的指示用藥已經取消給付了。若指示用藥全部都不給付，健保絕不會省錢，可能有些疾病因此被延誤了，將來要花更多錢。 3.如果經評估覺得某一些指示用藥有不可替代，應建請食藥署改列為處方藥，或者修改健保法。 4.若取消指示用藥可節省費用的話，我支持從總額移除；但如果有藥費轉移(醫生會開立其他類似療效的取代藥品)，甚至藥費轉移比指示用藥耗用更大的話，總額應該要增加，這才公道。 【藥界】 健保法規明文規定，指示藥品不能健保給付，建議應該回歸健保法的規範。</p>

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
			<p>【付費者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.原則同意回歸健保法第 51 條規定，惟考量涉及到民眾就醫權益，建議採逐步取消方式，訂定落日條款的時間，以保障民眾用藥權益和弱勢民眾就醫權益。 2.在取消指示用藥前，應完成相關配套措施。 3.取消指示用藥給付，真的可以幫健保節省費用嗎？ 4.若取消給付指示用藥可以節省費用，建議這筆金額不可流入各部門的一般預算，應回歸安全準備金，或應指定用於新藥新醫療科技項目。 5.如果因處方藥有副作用，必須搭配指示用藥，就不應取消給付，可將該類指示用藥改名為「處方搭配藥品」。 6.建議健保署辦理下列事項： <ol style="list-style-type: none"> (1)盤點哪一些指示用藥用量高，但是處方藥的可替代性低。 (2)估算健保給付指示藥品，因而引導民眾就醫行為，造成的隱形成本有多少。 (3)評估民眾常用(例如止痛藥、咳嗽與感冒用藥、抗組織胺藥物、腸胃機能失調用藥等)的指示用藥，如果取消給付的話，對於不同族群的健康衝擊是什麼？ <p>【專家學者及公正人士】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.若指示用藥有給付之必要性，建議應修法；若不修法就應朝落實健保法第 51 條規定，建議可訂定辦理時

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
			<p>程，並設有緩衝期及相關配套措施。</p> <ol style="list-style-type: none"> 2.請健保署說明取消指示用藥，可省下多少費用，以及後續如何處理，並請於總額協商前提供相關資料，以作為協商參考資料。 3.認為給付指示用藥造成健保財務衝擊致缺藥的推論，欠缺科學論證的基礎，且會導致社會上仇視使用健保給付指示用藥的族群，長期沒有處方的藥品，才應該要把它慢慢退出健保給付。 4.通常落入自費後，金額常常是健保給付的數十倍，如果認為因為指示用藥造成健保財務的衝擊，應該是訴求民眾多花一點點的保費，去支持這些必要的指示用藥納入健保給付才對，這種評估其實都應該要同時納進去作為政策的參考。 5.健保署應該依法行政，若認為部分指示用藥確實有給付之必要性，應把這些項目，立法除外來解決，不應該讓違法狀態繼續持續。
7	108.03.08 報告事項第二案： 落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告(含配套措施及對健保財務之影響評估)	決定：本案洽悉。委員所提意見(含書面)，建請健保署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於第4季業務報告提報。	<p>【醫界】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.建議在未修法情況下，應訂出指示用藥不納入健保給付之規劃時程。 2.支持健保署提出的方案，以現有狀況依照使用者人數多寡，逐年處理，使用者少的品項列入優先淘汰對象。 <p>【付費者】</p> <p>全面取消指示用藥對民眾影</p>

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
			<p>響非常大，若指示用藥給付真有其必要性，建議應修法，使現況符合法制。</p> <p>【專家學者及公正人士】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.如果認為現行健保給付指示用藥之舉利多於弊，則應立即修法，否則應該依法取消給付。 2.應先瞭解健保法排除指示用藥於給付範圍之外的決策理由，如果係以節制健保支出為主要考量，在用藥安全的前提下，仔細盤整目前仍在給付範圍的指示用藥，考量指示用藥替代性及成本，擬出符合成本效益的指示用藥清單，並進而修法，以落實執行健保之合法性。
四、藥價相關(含全民健保藥品費用分配比率目標制，DET)			
8	105.06.24 報告事項第一案： 「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果	決定：委員所提建議請健保署參酌，並提供相關書面說明。	<p>【付費者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.DET 成長率採總額成長率，為何要與總額成長率連動或一致。 2.建議以每年藥品銷售數量成長率作為調整藥價基礎，超出使用量自動降價或折付。 <p>【醫界】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥價調查機制依舊存在，應審視每項藥品合理價格，而非為達成藥價調降目標，刻意尋找標的物來分配調降額度。 2.藥品價量償還的金額應該回歸總額而非償還健保署。
9	103.06.27 報告事項第二案： 「全民健康	決定：請健保署參酌委員意見，檢討改善「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案，	<p>【付費者】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.藥費支出目標制對健保運作沒有積極意義，每2年調整藥價，並衍生缺藥情形，現

項次	議題	委員會議決議(定)	委員發言重點
	保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	使達該方案原所訴求之目的。	<p>在變成每年都會缺藥，實質效益在哪？應該好好檢討。</p> <p>2.試辦藥費支出目標制，但成長卻有些爆衝，請問超出的56.7億元如何處理？從哪裡扣？</p> <p>3.建議將調降藥價後節省費用，用於增加新藥、新特材、新科技項目，有去有回，才公道。</p> <p>【醫界】 超出目標值的56.7億元，健保並沒有額外增加總額預算支應，而是由各總額部門自行吸收。</p>
五、藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額或健保安全準備			
10	107.3.23 討論事項第三案：有關「藥品價量協議(PVA)回收金額回歸總額」，健保署之執行方式一案	<p>決議：健保署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，有委員認為其係因新藥實際費用超出原預估金額，爰應回歸該部門總額，以減少對點值之衝擊；或可全部或部分專用於支應新藥及擴增藥品給付規定；亦有委員認為回收金額應比照過去方式由全民共享，回歸健保基金。本案未獲共識，委員所提意見，請健保署參考。</p> <p>備註：本案最後經健保署報部核定為回歸總額，並自107.9.19於藥物給付項目及支付標準增列第44條之2。</p>	<p>【醫界】</p> <p>1.錢從哪裡支出，就應該回歸哪裡，PVA回收金額最大的來源是新藥，藥品每點1元優先從總額扣除，會造成其他醫療服務的點值下降。</p> <p>2.若付費者委員不贊成回到總額，至少應該專款專用支應在新藥新科技上，不應回到健保基金。</p> <p>【付費者】</p> <p>1.PVA回收金額，應該是全民共享，所以回歸至健保安全準備，是合宜的。</p> <p>2.PVA回收金額，回歸至健保安全準備，可減少未來保險費率調整的壓力，相對的，也因為安全準備基金沒有下降的那麼快，在年度總額協商時，各部門總額預算的成長也會較有空間。</p>



藥費管控策略及檢討 (含藥費超出支出目標值之原因檢討 、新藥納入健保給付之作業程序與核 價原則及新藥引進後之檢討等)

衛生福利部中央健康保險署
112年4月26日

大綱



National Health Insurance Administration

- 1** 藥品核價(含作業程序、核價原則及引進後之檢討)及藥價調整
- 2** 健保藥品支付現況及挑戰
- 3** 健保藥品政策改革方案

臺灣Horizon Scanning登錄平台



National Health Insurance Administration

精進新藥預算預估模式

本署編列111年預算即參考國際作法，運用「**前瞻式評估 (Horizon Scanning · 簡稱HS)**」，參採廠商於HS平台登錄預計於預算年度收載品項等資料編列預算，提升新藥預算編列準確性。

申請類型

- 新藥
- 擴增給付範圍

新藥價值宣稱

- 宣稱BTD
- 宣稱2A
- 宣稱2B

查驗登記

- 預期上市許可的適應症
- 預期在臺灣上市年月

登錄平台已於
109年9月底上線

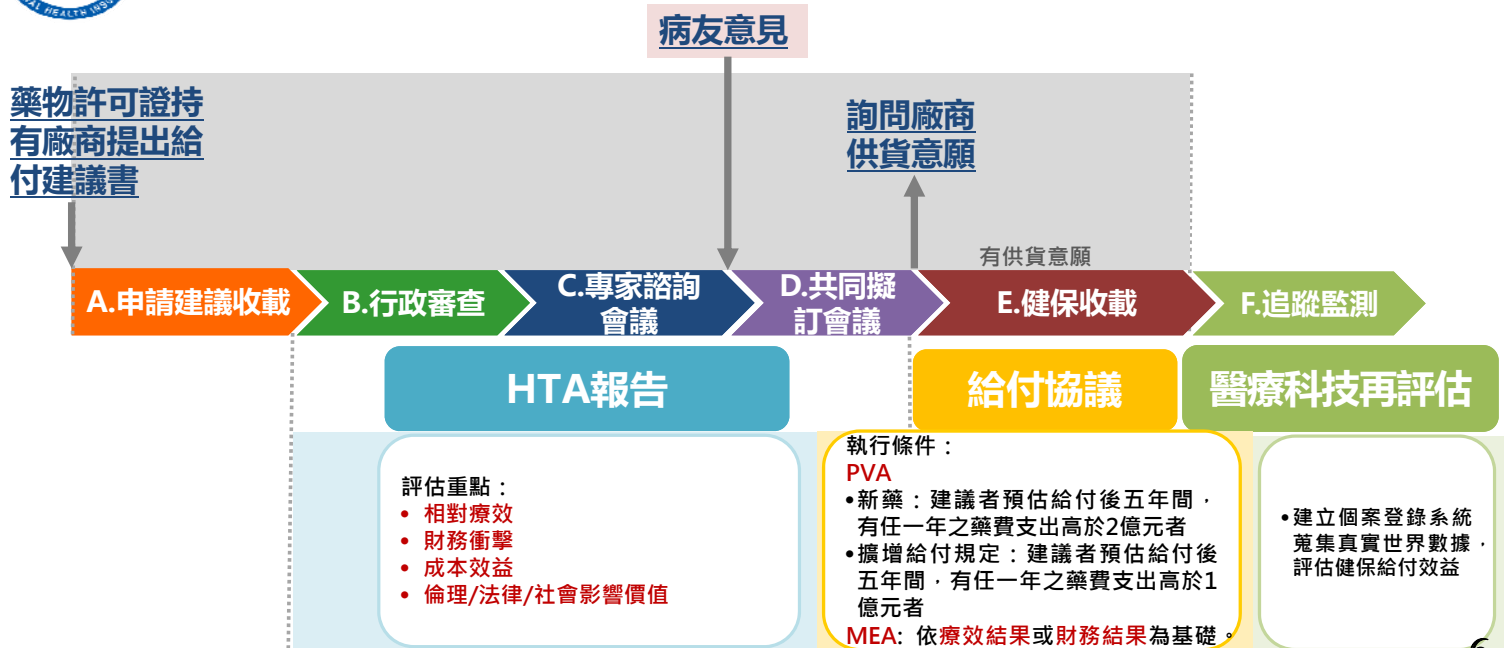
健保申請

- 預算類別
- 預期建議案送件年月
- 預期建議健保給付範圍
- 預期健保收載年月
- 健保建議價
- 參考品
- 財務衝擊估算
 - 目標族群病人數推估及假設
 - 新藥使用人數推估及假設
 - 新藥藥費推估及假設
 - 取代藥費推估及假設
 - 財務衝擊
- 給付協議方案(MEA)或 Local PE (推估藥費大於兩億)

新藥收載流程



National Health Insurance Administration



新藥核價原則(1/2)



National Health Insurance Administration

新藥分類	定義	核價方式
1	與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床療效有明顯改善之突破創新新藥	十國藥價中位數
2A	與現行最佳常用藥品比較，顯示臨床價值有中等程度 (moderate improvement) 改善之新藥	1.十國藥價最低價 2.原產國藥價 3.國際藥價比例法 4.療程劑量比例法* 5.複方製劑(得採各單方價格合計×70%·或各單方同成分規格藥品支付價格之中位數合計×70%·或單一主成分價格核價)
2B	臨床價值相近於已收載核價參考品之新藥	
首發新藥	在我國為國際間第一個上市，且具臨床價值之新藥 (包括增進療效、減少不良反應或降低抗藥性)	1.市場交易價 2.成本計算法 3.核價參考品或治療類似品之十國藥價

註：依據全民健康保險藥物給付項目及支付標準§14

新藥核價原則(2/2)



National Health Insurance Administration

□鼓勵國內研發

加算項目	加算比例
致力於國人族群特異性療效及安全性之研發，在國內實施臨床試驗達一定規模	10%
於國內執行藥物經濟學(PE)之臨床研究	最高10%

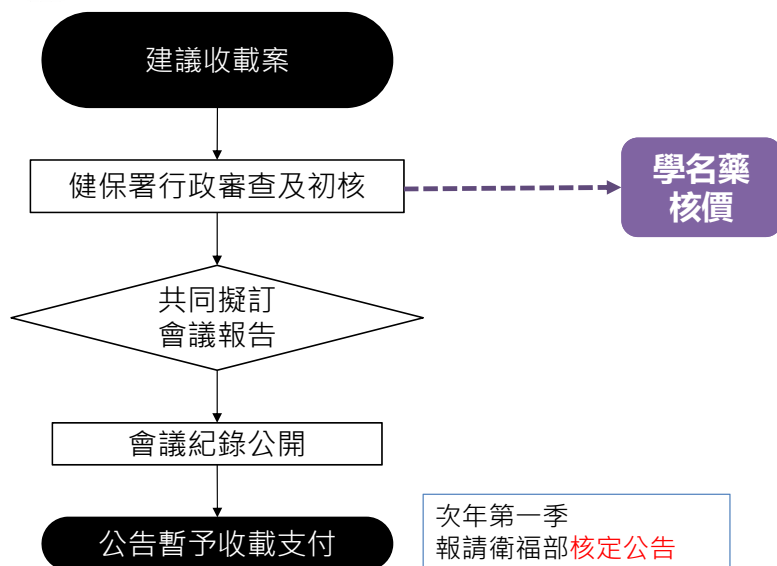
□鼓勵創新

創新條件	最高加算比例
比核價參考品療效佳、安全性高、具方便性(如用藥間隔較長、用藥途徑較優..等)或具臨床意義之兒童製劑	各15%

新品項藥品(如學名藥)之收載流程及核價原則



National Health Insurance Administration



BA/BE 學名藥

下列方式取低核價:

- 同成分規格原廠藥品價格**90%**
- 同成分規格通過BA/BE藥品最低價
- 廠商建議價格

一般學名藥註

下列方式取低核價:

- 同成分規格原廠藥品價格**80%**
- 同成分規格通過BA/BE藥品最低價
- 同成分規格一般學名藥最低價
- 廠商建議價格

註：一般學名藥指其他非屬BA/BE學名藥及未在我國執行BA/BE之學名藥

透過MEA管控醫療費用 加速新藥引進



National Health Insurance Administration

自107年起新增藥品給付協議(MEA)機制，在法規授權下運用多元協商議價機制，與藥商取得共識，加速引進好的新藥，讓病患能獲得更及時的治療與照顧。

方案類別

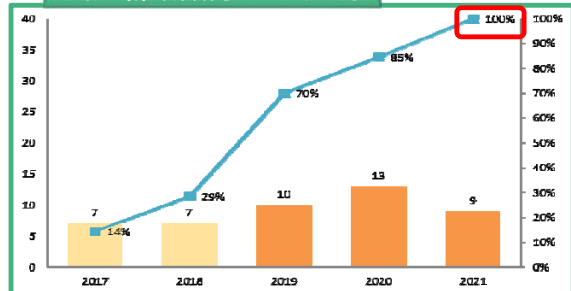
療效結果為基礎之協議方案

財務結果為基礎之協議方案

協議共同分攤方案

擴大運用

癌症新藥簽訂MEA比例



- 癌症新藥簽訂MEA比例達**100%**
- 已收載癌藥近**20%**在擴增給付時簽訂MEA

暫時性健保支付
(Conditional listing)

- ✦ 已取得藥物許可證
- ✦ 療效或安全尚未確定 (如尚未完成第三期臨床試驗)
- ✦ Unmet medical need

配套措施

- 建立登錄系統，蒐集真實世界數據，進行HTR
- 透過藥品給付協議(MEA)，明定一定時間後啟動HTR評估，如需取消給付，廠商應持續供應使用中病人

備註：1.以當年度收載之新藥成分數計算
2.MEA自2019年實施，2017~2018年顯示資料為該藥品後續擴增給付範圍時簽訂MEA之比例

重複用藥管控措施(1/2)



National Health Insurance Administration

醫師處方前

- ★ 資訊共享
 - ✓ 健保醫療雲端查詢系統藥歷頁籤
 - ✓ 跨院重複開立醫囑主動提示功能API

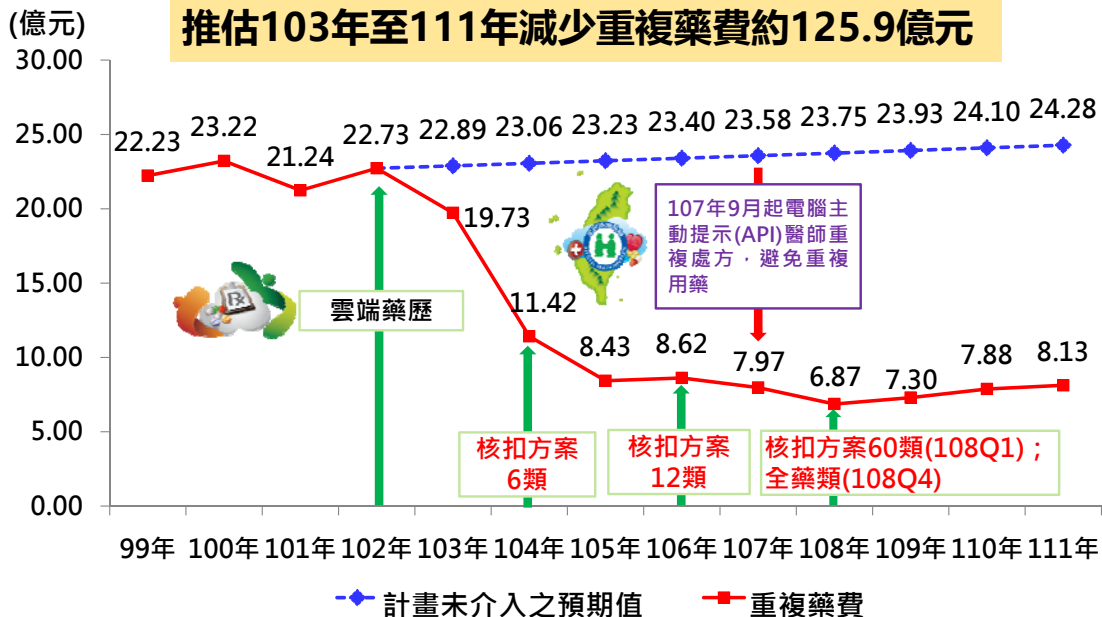
醫師處方後 且申報費用

- ★ 資訊回饋
 - ✓ 藥品80/20管理-將申報藥費高於同特約層級同價之資訊，回饋院所及醫師
 - ✓ 品質資訊公開-藥品重疊率指標
- ★ 加強管理
 - ✓ 門診特定藥品重複用藥費用管理方案-針對當次給藥日數大於(含)7日者，經病人歸戶，其手邊餘藥大於10天，不予支付
 - ✓ CIS篩異指標-透過大數據定期監測分析結果，精準篩出異常案件，加強抽審

重複用藥管控措施(2/2)



National Health Insurance Administration

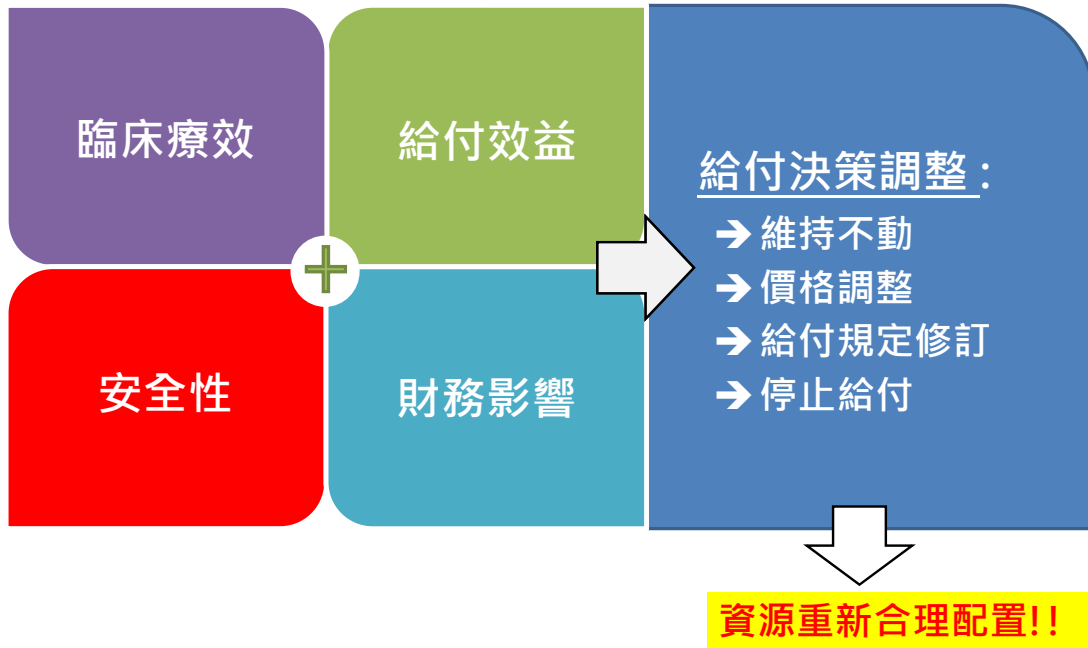


備註：減少之重複藥費係以核扣方案全藥類門診用藥之重複藥費估算

HTR對健保給付決策調整重要性



National Health Insurance Administration



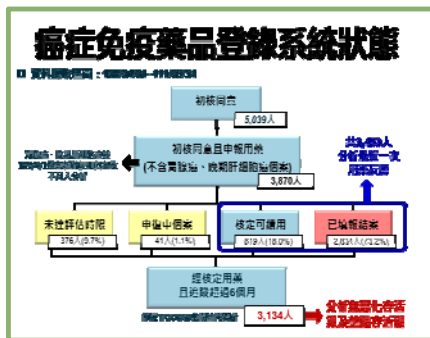
系統登錄蒐集實證 依據RWE調整健保給付

(Real World Evidence)

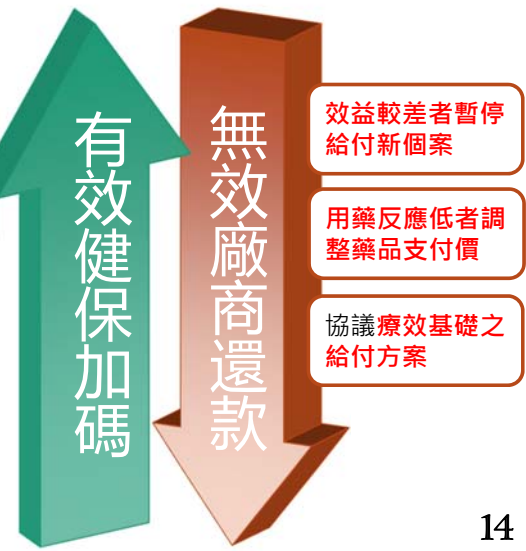
建置登錄系統，蒐集藥品臨床使用之真實世界證據(RWE)，並據以調整健保給付，將資源用在最有效益之治療，減輕健保及民眾財務負擔。



- 癌症類別與分期
- 基因檢測資料
- 生物標記檢測報告
- 藥品使用成效
- 嚴重副作用等資料
- 停止用藥原因



- 有效健保加碼
- 有療效反應、疾病穩定者，給付延長
- 擬訂優先順序放寬經費管控





建置藥品個案登錄系統 掌握給付成效

蒐集
病人資料

追蹤
用藥成效

放寬
給付條件

- ▶ 治療結束12週後病毒量
- ▶ 中斷用藥原因

C肝口服新藥(DAA) 治療結束12週後C型肝炎病毒量檢驗結果



第一階段 2017/1/24

- 肝纖維化程度F3以上
- 曾接受干擾素治療失敗

第二階段 2017/5/15

- 肝纖維化程度F3以上
- 不限治療經驗

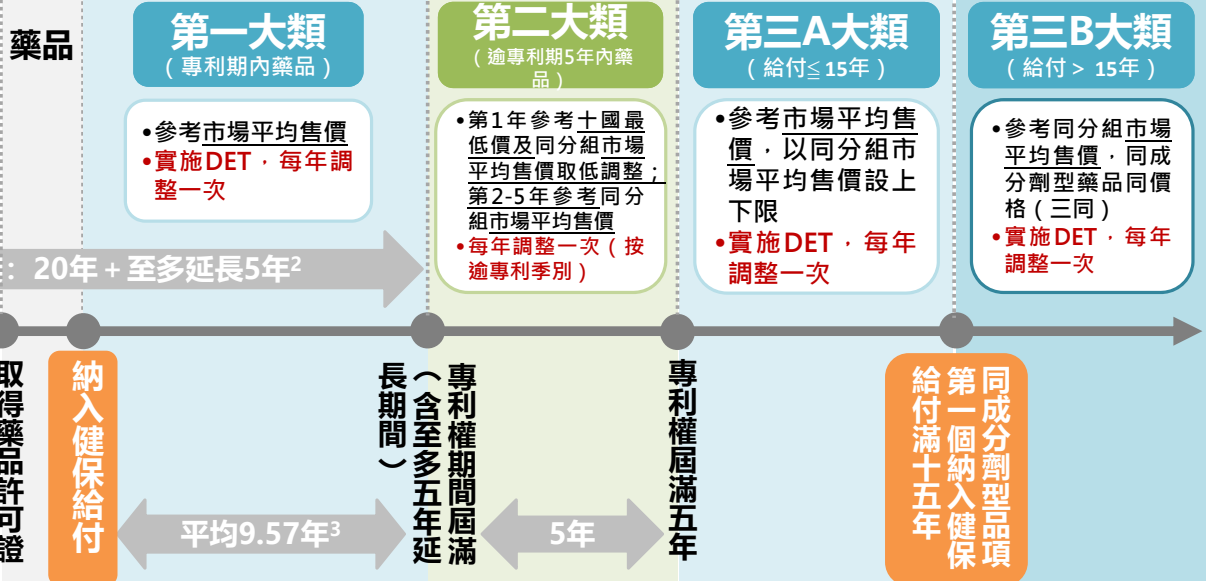
第三階段 2019/1/1

- 不限肝纖維化
- 不限治療經驗

藥品上市及健保藥價調整生命週期 (現況)



National Health Insurance Administration



註:

- 以上各大類藥品不包含罕見疾病藥品及特殊藥品
- 專利權延長時間係補償藥品查驗登記過程所耗費之保護期間
- 106-110年收載93項第一大類專利期內藥品, 給付生效至專利權期滿平均時間為9.57年, 最大值為17.38年、中位數為9.83年、最小值為1.26年

藥費支出目標制(DET)法源依據



National Health Insurance Administration

全民健康保險法

第46條

保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；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。

前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。

第62條第4項

藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。

全民健康保險藥品價格調整作業辦法

第13條第1項

第一大類及第三大類藥品：每二年檢討及調整一次，其新支付價格生效日，由保險人公告；本保險實施藥品費用分配比率目標制，且該年度藥費核付金額超出目標值時，其新支付價格，自次一年度第二季第一個月之一日生效（即4月1日）。

第22條第1項

本保險實施藥品費用分配比率目標制，其當年度藥費核付金額超出前一年預先設定之目標值時，於次年度以超出目標值之額度為限，調整第一大類及第三大類藥品之支付價格。

17

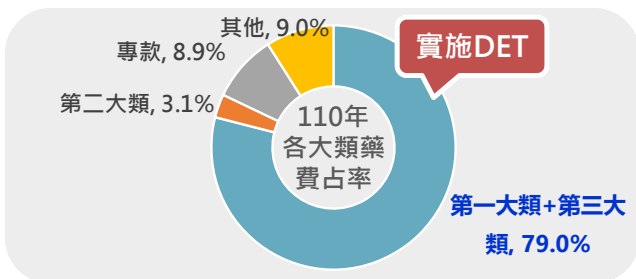
實施DET來管控藥費占率



National Health Insurance Administration

- 預設整體藥費支出目標值，讓藥費維持於穩定及合理範圍，並與實際藥費支出做連結，當超過目標值時，自動啟動次一年之藥價調整，增進藥價調整之可預測性

方案制定時
與各界達共識



DET試辦方案 (106至111年)

適用品項 第一大類及第三大類藥品

實施範圍 各總額，不含中醫及愛滋、C肝、罕病及血友病等4類專款藥費

基期值 前一年目標值

成長率 醫療總額一般服務項目之成長率

目標值 基期值×(1+成長率)

超出DET 額度 核付金額 - 目標值 - 藥品給付協議 (PVA/MEA) 返還金額

18



調整前支付價格

有DET之
調整後新支付價格

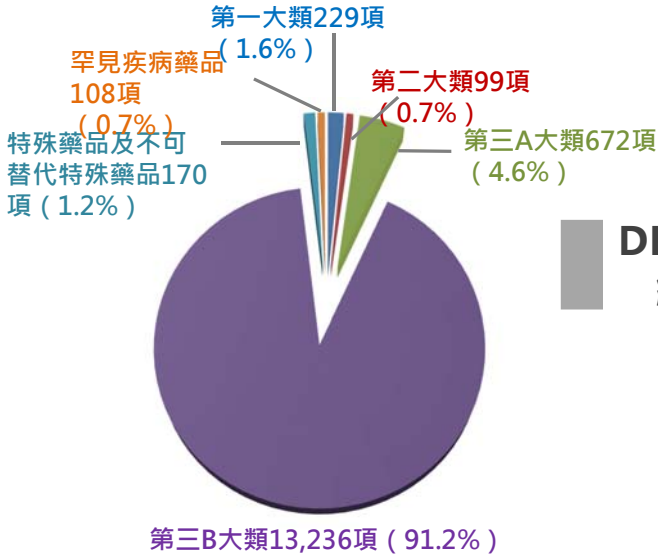
市場平均售價
+R-zone 15%

健保收載西藥品項分析



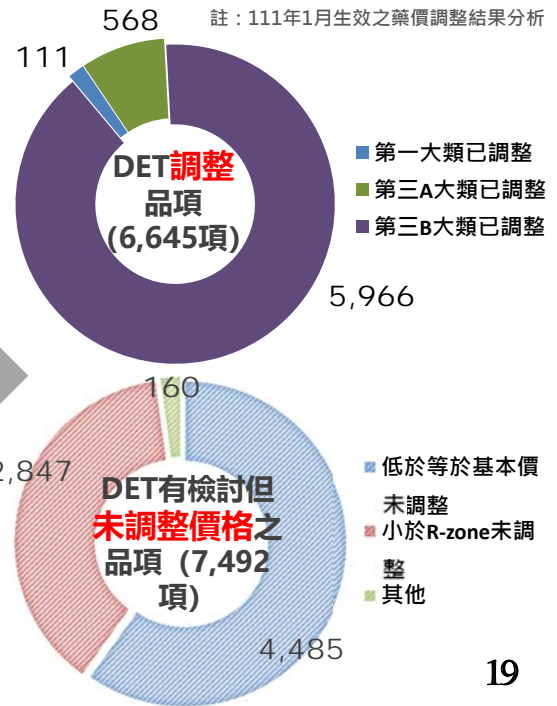
National Health Insurance Administration

健保藥品品項分布



註：以110年12月健保給付藥品分析，共14,514項

DET藥價調整結果分布



健保藥品支付現況及挑戰



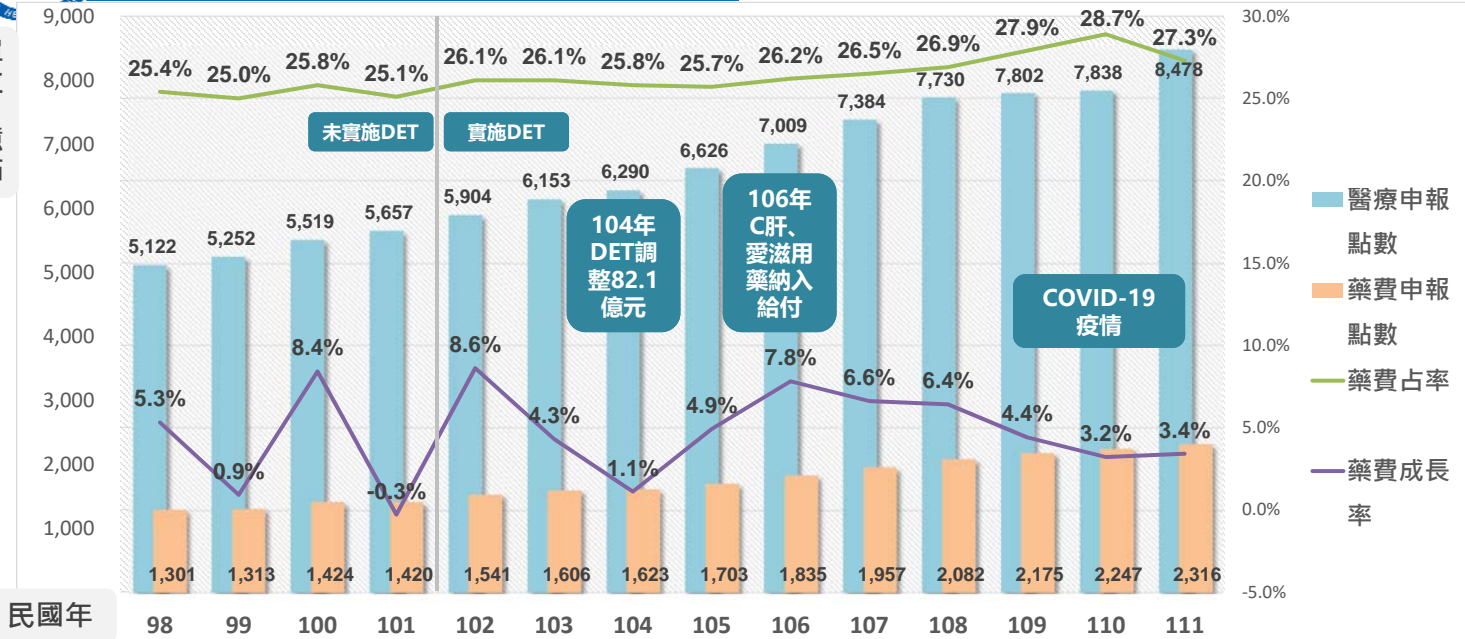
健保藥費支出現況

- ★ 高齡化及醫療科技發展導致健保藥費逐年提高，111年藥費申報已達**2,316億點**，占率**27.3%**。
- ★ 自102年起，健保藉由實施DET，維持藥費成長於可控制範圍內



National Health Insurance Administration

單位：億點



說明：藥費申報金額及藥費占率，未扣除藥品給付協議還款金額。

健保新藥/癌藥/罕藥投入資源逐年提高



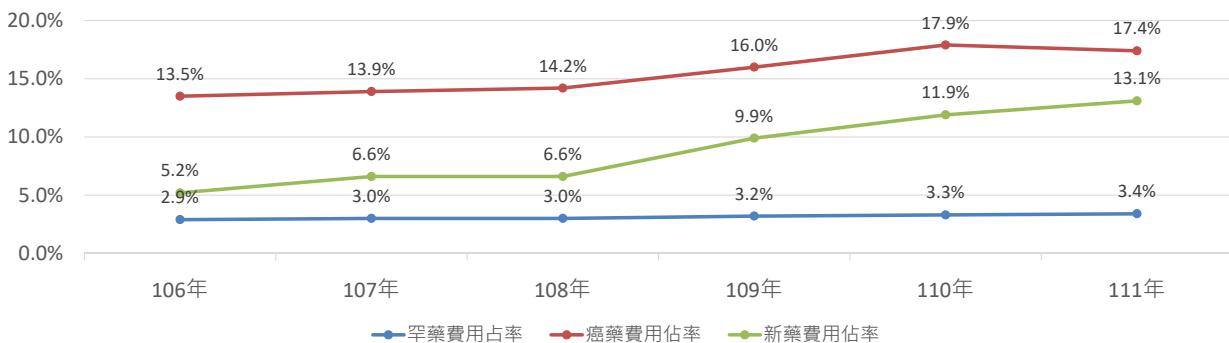
National Health Insurance Administration

➤ 新藥、癌藥、罕藥費用占率逐年提高

顯示健保為保障病人用藥權益，對新醫療科技持續增加挹注。

➤ 111年總額預算8,478億元，藥品申報費用約2,316億元，其中癌藥約392億元 (17.4%)、新藥約303億元 (13.1%)、罕藥約78億元 (3.4%)

癌藥、罕藥及新藥費用之歷年藥費占率



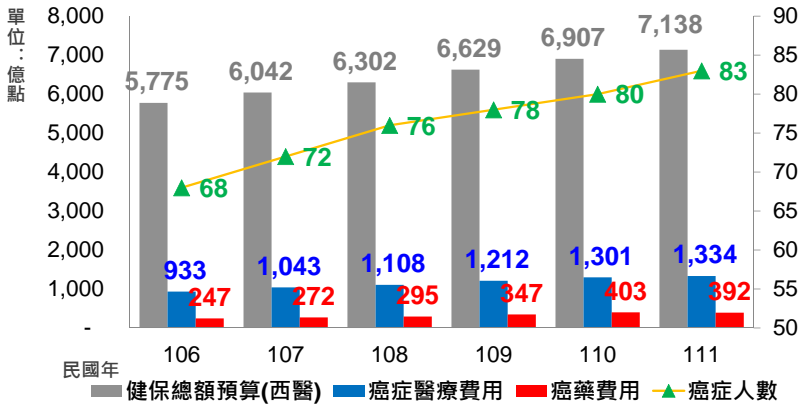
說明：「新藥」係指5年內收載之新藥(含新成分、新療效複方、新給藥途徑及新劑型新藥)

近年癌症醫療與癌藥費用統計



National Health Insurance Administration

- 111年癌症就診病患達**83萬人**，癌症醫療花費**1,334億點**
- 111年癌藥費用支出達**392億點**，其中**標靶藥物**占率最高 (**61.7%**)
- 106-111年癌藥費用平均成長率**9.68%**，高於健保總額成長率



癌藥分類	111年申報金額 (億點)	占率
標靶藥物	241.8	61.7%
化療藥物	85.0	21.7%
荷爾蒙藥物	40.0	10.2%
免疫檢查點抑制劑(IO)	15.2	3.9%
免疫調節劑	6.9	1.8%
放射性藥物	2.8	0.7%
總計	392	100.0%

說明：1. 癌症人數、醫療費用及癌藥費用資料來源為DA醫療給付檔案分析系統/藥品監測報表
 2. 癌症醫療費用及癌症人數係主診診斷碼符合癌症(C00-C97)者之費用及人數合計
 3. 癌藥費用係主診診斷碼符合癌症(C00-C97)者，且ATC碼前三碼符合各項癌症用藥申報金額合計
 4. 健保總額預算係採每年醫院部門及西醫基層部門總額核(決)定結果
 5. 所有藥費及癌藥費用尚未扣除廠商還款

說明：主診診斷碼符合癌症(C00-C97)者，依藥品ATC碼分類之各項癌症用藥，且未扣除協議返還金額

健保新藥收載結果分析



National Health Insurance Administration

- 新藥申請建議收載結果：
- 1) 共擬會議同意收載且給付生效
 - 2) 共擬會議同意收載，但尚未生效
 - 3) 共擬會議不同意收載
 - 4) 廠商自行撤案
 - 5) 其他

生效年度	案件數	品項數	106-110年收載新藥之受理至生效時間 (月)			
			最小值	平均值	最大值	中位數
106	29	50	7.3	12.0	31.3	8.9
107	26	51	7.3	11.7	28.2	10.8
108	33	51	7.4	13.0	27.9	13.1
109	27	45	3.3	13.6	27.5	10.0
110	25	39	6.0	12.0	19.0	11.6
總計	140	236	3.3	12.5	31.3	10.8

各階段流程	受理至專家會議	專家會議至共擬會議	共擬會議至生效	合計
106-110年收載新藥平均作業時間 (月)	3.8	5.9	2.8	12.5

- ✓ 經統計110年共擬會議同意收載且給付生效之新藥，自其受理至生效平均需**12個月**，較109年減少**1.6個月**；若為癌症新藥平均需**13.7個月**
- ✓ 經分析各階段平均作業時間，專家會議至共擬會議需時最長，平均需**5.9個月**，其中包含「廠商補件後再次提專家會議討論」或「對初核結果重提建議」

健保指示用藥之背景說明



National Health Insurance Administration

★ **健保法83年立法時**規定 (§39, 現為 §51), 指示用藥不屬健保給付範圍, 健保開辦時給付 2,518項指示用藥

★ 對於健保給付之指示藥品, 藉由藥價調整, 以**調降不調升機制**及**製藥廠全面實施PIC/S GMP之契機**, 於指示用藥許可證於註銷、廢止或逾期時, 取消健保給付
★ 持續檢討指示藥品給付範圍

★ **健保會106年10月份會議決議:** 請健保署考量病患權益及減少社會衝擊等情況下, 檢討如何落實健保法規定, 包括研提逐步不納入健保給付之規劃與配套措施, 及對健保財務之影響評估; 若確有窒礙難行之處, 亦請評估有無修法之必要性

★ **全民健康保險藥價基準** (現為藥物給付項目及支付標準) 88年訂定時規定 (§6), 原前公、勞保核准使用之指示用藥繼續給付, 但健保署應逐步檢討, 並縮小支付範圍
★ 後續向健保署建議新收載的指示用藥, 依規定亦無法納入保險收載

★ 94年、95年及107年進行**3次**取消給付作業
★ 自101年起至112年3月止, 給付品項從1,200多項減少至**836項**

★ 112年因應缺藥事件, 考量指示藥品之**必要性、可替代性及價格合理性**, 持續蒐集各界意見, 給予指示藥品給付保障, 朝向修法務實解決

指示用藥給付現況



National Health Insurance Administration

★ **目前健保仍給付之指示藥品共836項, 111年指示用藥申報藥費為20.56億元。**

層級別	醫令金額 (百萬) ^註	占比
醫學中心	391	19.0%
區域醫院	546	26.5%
地區醫院	394	17.0%
西醫基層	771	37.5%
總計	2,056	100.0%

科別	申報人數(萬人)	占率
家庭醫學科	621	33.5%
內科	609	32.9%
耳鼻喉科	571	30.8%
小兒科	452	24.4%
急診醫學科	296	16.0%

註：1.本資料含簡表及包裹給付且扣除代辦品項
2.交付藥品歸回原開方院所

健保藥品政策改革



National Health Insurance Administration

1 藥價調整檢討 (含DET)

- ✦ 加速逾專利期藥價調整
- ✦ 檢討DET方案
- ✦ 縮短三同藥品同價年限
- ✦ 檢討十國藥價參考國

2 加速收載健保新藥

- ✦ 核價流程管控與加速
- ✦ 推動暫時性健保支付
- ✦ 善用多元風險分攤模式
- ✦ 優化HTR制度

3 指示用藥給付政策

- ✦ 符合法規但顧及臨床需求
- ✦ 指示用藥逐步退出健保
- ✦ 價格合理，確保供應穩定

以上政策改革，本署將於近期內與各相關團體進行溝通修正

27

謝謝聆聽
敬請指正



28

討論事項

依衛福部112年度醫院及西醫基層總額之決定，提報本會確認事項-「因應長新冠照護衍生費用」部分之確認事項案

3

附件2、西醫基層總額因應長新冠照護衍生費用

- 一、預算經費：112 年全年經費 10 百萬元。
- 二、執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。
- 三、預期效益評估指標：接受長新冠照護之個案超過 2 萬件以上。
- 四、動支條件：
 - (一)支應申報任一診斷碼有 U099(COVID-19 後的病況，未明示)之醫療費用點數(申請點數+部分負擔)與 108 年醫療點數之差距。
 - (二)本項支出如達動支條件，併入西醫基層總額一般服務費用結算。
- 五、結算方式：預算按季均分並依各季各就醫分區實際執行情形，併入該分區一般服務預算結算，當季預算如有剩餘，則流用至下季，惟如當季預算不足支應時，按當季各就醫分區申報醫療點數之比例分配，併入當季該分區一般服務預算結算。
- 六、醫療利用監控及管理措施
因本預算為專款，用於長新冠引起之醫療利用，預算如有剩餘則回歸安全準備金，惟本署仍將定期統計申報資料，提報每季西醫基層總額研商議事會議監控利用情形。

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓

承辦人：吳春樺

電話：(02)27527286-172

傳真：(02)2771-8392

Email：chunhua@mail.tma.tw

受文者：衛生福利部中央健康保險署

發文日期：中華民國112年3月13日

發文字號：全醫聯字第1120000320號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：檢送112年西醫基層總額新增項目「因應長新冠照護衍生
費用」之執行目標及預期效益評估指標，請查照。

說明：

一、依貴署112年3月2日西醫基層總額研商議事會議結論辦理。

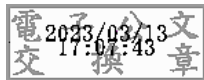
二、旨揭執行目標及預期效益評估指標：

(一)執行目標：減緩「長新冠引起的醫療耗用」。

(三)預期效益評估指標：本項預算使用達80%。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：



理事長 周慶明

總收文 112.03.14



1120104750

陳

寄件者: 吳春樺 <chunhua@mail.tma.tw>
寄件日期: 2023年4月25日星期二 下午 2:37
收件者: 陳
主旨: RE: 有關112年度西醫基層醫療給付費用協定專款項目新增項目「因應長新冠照護衍生費用」健保會幕僚研析意見，請貴會於4月24日(一)中午前提供說明

您好
經請示後，本會建議
評估指標：接受長新冠照護之個案超過 2 萬件以上

From: 陳 <@nhi.gov.tw>
Sent: Friday, April 21, 2023 7:34 PM
To: chunhua@mail.tma.tw
Cc: 洪 <@nhi.gov.tw>; 朱 <@nhi.gov.tw>
Subject: 有關 112 年度西醫基層醫療給付費用協定專款項目新增項目「因應長新冠照護衍生費用」健保會幕僚研析意見，請貴會於 4 月 24 日(一)中午前提供說明

Dear 春樺：您好！

- 一、有關 112 年度西醫基層醫療給付費用協定專款項目新增項目「因應長新冠照護衍生費用」評估指標，其執行目標「減緩長新冠引起的醫療耗用」項目，貴會所訂預期效益之評估指標為「預算使用率達 80%」。
- 二、健保會訂於 112 年 4 月 26 日(三)召開，依該會幕僚研析意見，上揭預期效益「預算使用率達 80%」指標，預算使用情形實無法呈現本協商項目對民眾健康有何預期成果，請研議以結果面為導向，提出該項「預期效益之評估指標」之修正，詳如附檔，請貴會於 4 月 24 日(一)中午前提供本署回應說明，謝謝。

敬啟

衛生福利部中央健康保險署
醫務管理組總額規劃科 陳
TEL：(02) 27065866
FAX：(02) 2706-9043
ADD：台北市信義路 3 段 140 號 1F
E-mail：@nhi.gov.tw
