

### (三)全民健康保險基金

政府為辦理全民健康保險業務，依據衛生福利部中央健康保險署組織法及全民健康保險法等規定，設立全民健康保險基金。該基金 111 年度各項營運計畫及預算之執行等，經予書面審核，並派員就地抽查，茲將查核結果說明如次：

#### 1. 營運計畫實施情形之查核

該基金主要營運計畫係於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依全民健康保險法規定給予保險給付。111 年度預計支付保險給付 7,666 億 8,909 萬餘元，實際支付 7,486 億 4,826 萬餘元，較預計減少 180 億 4,082 萬餘元，約 2.35%，主要係全民健康保險會協議訂定之醫療費用總額成長率較預計為低，保險給付隨減所致。

#### 2. 預算執行情形之審核

111 年度決算審核結果，全民健康保險保費收支、其他業務收入及業務費用、業務外收入及費用等收支結餘 112 億 7,283 萬餘元，經依全民健康保險法規定悉數提存安全準備，審定本期賸餘為零，與預算數相同。又 111 年度保險費等收支結餘，尚未提存安全準備，其實際本期賸餘為 112 億 7,283 萬餘元，與同基礎之預算短絀 565 億 601 萬餘元，相距 677 億 7,884 萬餘元，主要係保費收入較預計增加所致。

#### 3. 餘絀及撥補之審定

(1) 餘絀審定 111 年度決算經行政院核定無餘絀數，本部依法審核修正減列業務收入 279,763,673 元、業務成本與費用 279,763,673 元，收支互抵，餘絀未有增減，予以照數審定。

(2) 餘絀撥補 111 年度決算審定無餘絀數，亦無撥補事項。

#### 4. 現金流量之查核

111 年度期初現金及約當現金 143 億 4,717 萬餘元，經業務、投資及籌資活動結果，現金及約當現金淨增 82 億 4,021 萬餘元，期末現金及約當現金為 225 億 8,739 萬餘元；其現金及約當現金淨增數較預算淨增數 105 億 1,261 萬餘元，減少 22 億 7,239 萬餘元，主要係保險收支短絀轉為賸餘，原預計收回安全準備填補短絀轉為提存安全準備，投資活動之淨現金流入減少所致。

## 5. 重要審核意見

(1) 中央健康保險署配合全民健保醫療給付總額中長期改革計畫，積極改革健保給付及支付制度，惟執行情形間有未臻周妥情事，允宜完善相關配套措施，以增進醫療品質與提升資源配置效益。

衛生福利部為使健保資源合理配置、提升使用效率、改善全體國民之健康，自 110 年度起推動全民健保醫療給付總額中長期改革計畫（110—114 年，下稱中長期改革計畫），擬定 8 大策略、3 大框架，10 項行動方案（圖 1），由中央健康保險署（下稱健保署）主責辦理「改革健保給付及支付制度」，執行項目包含：提供獎勵誘因，以醫院為單位導入全民健康保險住院診斷關聯群制度、改革藥品給付支付制度，及導入健康科技評估（再評估）制度等行動方案。經查推動情形，核有下列事項：



資料來源：擷取自衛生福利部網站資料。

A. 健保署為提升住院醫療服務效率及品質，規劃分階段推動住院診斷關聯群支付制度，惟自 99 年起推行至今，仍因各界對實施內容存有疑慮而暫緩全面推動：健保署為改善論量計酬衍生之醫療浪費，提高醫療服務效率，改善病人照護品質，參照美國、德國及日本施行之住院診斷關聯群支付制度 (Diagnosis Related Groups, DRG)，依全民健康保險住院診斷關聯群分類手冊分類條件，將主要疾病類別分類，規劃分 5 階段逐步導入臺灣版住院診斷關聯群制度 (Taiwan Diagnosis Related Groups, Tw-DRGs)，並自 99 年度導入第 1 階段分類支付項目，103 年 7 月 1 日起導入第 2 階段分類支付項目，原預計於 105 年 3 月全面實施 Tw-DRGs，惟因同年 1 月實施國際疾病分類標準 ICD-10 之編碼，醫界反映作業不及等因素，而暫緩推動，健保署調整修正後，於 104 年 9 月修正全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，公告「3.4 版 Tw-DRGs」。經該署統計第 1、2 階段 Tw-DRGs 已導入至 3.4 版支付項目，規劃劃分 1,068 項支付項目，現行已導入 407 項支付項目。該署自 106 年度起，為改善第 1、2 階段分類架構不完善，無法反映實際醫療耗用及各項加成項目之合理性支付等問題，持續研議修訂 Tw-DRGs 4.0 版，將支付項目細拆分為 1,700 項，規劃自 107 年 7 月實施 Tw-DRGs 4.0 版，及逐步導入第 3 至 5 階段，惟因各界對於實施內容有調整建議，再度暫緩實施。其後，健保署為使政策遂行，於 110 至 112 年度全民健康保險醫院總額中編列「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)」專款項目，

分年編列預算 2.1 億元，規劃以獎勵誘因，招募醫院以雙軌制推動 Tw-DRGs，惟仍因須更新資訊系統程式並進行損益分析，且內科系疾病相較外科系複雜度高，費用變異性大等，影響醫院參與雙軌制之意願，致該署原編 110 及 111 年度相關預算均未執行。顯示 Tw-DRGs 自 99 年推行迄 111 年底止，歷時 13 年，仍因各界對於政策實施內容及配套措施存有疑慮而未能全面推動，經函請健保署蒐羅未能順利推行之問題癥結，並完善相關配套措施，以利 Tw-DRGs 之推動，提升住院醫療服務效率及品質。據復：經考量醫界建議及可行性，已初擬 Tw-DRGs 雙軌試辦草案，規劃以 Tw-DRGs 3.4 版為基礎，調整支付通則及納入獎勵誘因，提升醫院擴大導入 DRGs 項目之意願。另後續將配合 Tw-DRGs 政策推動方向，辦理 Tw-DRGs 代碼轉換作業，以完善相關配套措施，促使政策落實推動。

**B. 健保署為推動藥品給付支付制度改革，自 102 年度起試辦藥品支出目標制 (DET)，以管控藥費支出成長，惟藥費支出連年高於目標值，且部分藥品支付價格仍無法貼近市場實際加權平均價格：**全民健康保險藥品價格調整作業辦法第 3 條規定，藥品支付價格調整原則為逐步調整藥品支付價格，使更接近藥品市場實際之加權平均銷售價格。經查健保署自 102 年度起依前開規定，試辦藥品支出目標制 (Drug Expenditure Target, DET)，當全年度實際藥費超出設定之支出目標值，自動於次年度啟動藥價調整機制。惟 DET 制度執行以來，每年實際藥費支出均超出目標值，須調整藥價介於 31.8 億餘元至 82.1 億餘元不等。次查，該署 110 年度依 DET 制度辦理藥品支付價格調整後，計調整 6,645 項藥品支付價格，其中計 81 項藥品，受原屬 3A 類別健保核價較高之原廠藥，因收載超過 15 年且已逾專利期，改分為 3B 類別，與 3B 類別同分組內「同品項、同含量、同劑型」(三同)之學名藥一併計算加權平均銷售價格之影響，致部分 3B 類別藥品經調整後，較原支付價格增加，另部分藥品調整後之藥價反與實際加權平均銷售價格存有落差，經函請健保署檢討精進相關制度，並審慎評估藥品給付價格之妥適性，以有效管控健保藥費支出。據復：已著手徵詢各界意見，將加速檢討現行藥價調整機制，期能合理分配健保有限資源，保障民眾用藥權益。

**C. 健保署為加速新藥及罕病新藥等納入健保給付項目，導入醫療科技評估 (HTA) 及再評估機制 (HTR)，惟囿於評估、審查或議價作業期程冗長，且須考量各利害關係人之立場，影響評估期程或評估結果：**健保署自 102 年間實施二代健保以來，參考醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA) 結果，進行醫療服務及藥物給付項目與支付標準之訂定。經查廠商為申請將新藥、醫療器材或醫療服務(下稱新醫療科技)納入全民健康保險藥物給

付項目及支付標準，須提交「藥物納入全民健康保險給付建議書」等資料予健保署進行健保財務影響評估，並由該署委託財團法人醫藥品查驗中心（Center for Drug Evaluation, CDE）之 HTA 小組辦理評估。惟查新醫療科技對於健保財務衝擊較大，健保署需與廠商多次協商議價，致一般新藥從申請到納入健保給付生效所需天數之中位數為 297 天，至較困難複雜之癌症用藥，中位數則需 561 天，相較日本納入收載作業時間為 60 天（最長不超過 90 天），歐洲新醫療科技納入給付需時 180 天，作業時程遠長於其他國家；次查，健保署為使健保資源更有效運用，委請 CDE 蒐集各國醫療科技再評估（Health Technology Reassessment, HTR）作法與機制，建立 HTR 機制，逐步檢討已給付低效益品項，建立相關退場機制，並自 110 年起正式篩選醫療科技品項辦理再評估作業。惟據該署統計 110 至 111 年度計檢討 60 項醫療科技，截至 112 年 4 月底止，仍因藥廠、病患等利害關係人之意見，或涉及臨床醫師既定專業認知，或認為屬不可或缺之品項等由，尚有 51 項仍在辦理評估作業，另已完成評估之 9 項醫療科技中，有 8 項評估後仍維持給付、1 項經評估後限縮給付範圍，維持給付比率占 88.89%，顯示多數舊有醫療科技仍無法退場或限縮給付，壓縮新醫療科技引進空間等情事，經函請健保署綜整各利害關係人立場，精進改善 HTA、HTR 相關審核作業流程，以增進醫療品質與提升資源配置效益。據復：未來將持續爭取增加新藥預算，管控與加速核價流程及廠商議價程序，強化廠商與審查專家溝通，以提升各項新醫療服務納入健保給付之作業效率。另於 112 年度委託 CDE 規劃常規性醫療科技再評估機制，並辦理既有給付項目之再評估作業，後續將送「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論後訂定，並報主管機關核定發布。

**（2） 衛生福利部及中央健康保險署為健全健保基金財務結構，推動各項收支改革措施，惟健保保費收入在一般保險費主要負擔人口占比逐年減少等實況下難有增長；另指示用藥及日劑藥費給付措施尚有精進空間，允宜研謀善策，以維護有限健保資源。**

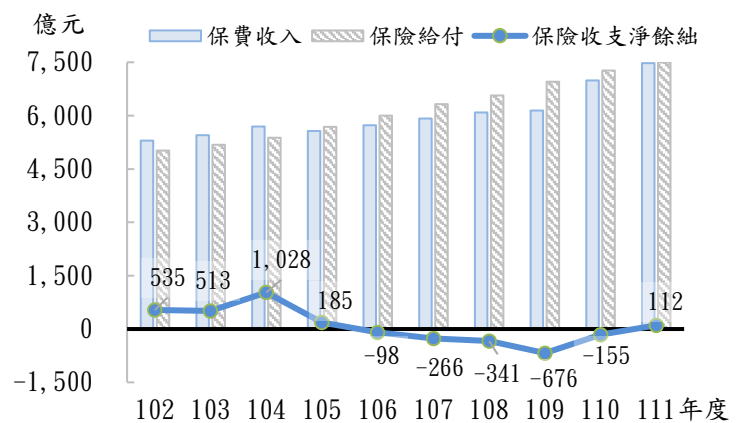
2015 年 9 月聯合國發布全球永續發展目標（SDGs），目標 3「確保健康及促進各年齡層的福祉」，希各國應在政策上滿足各年齡層之照護需求，積極實踐健康平權（Health for all）之目標。臺灣永續發展核心目標項下具體目標 3.8 亦揭示，將朝向「實現全民醫療保健覆蓋（Universal Health Coverage）及永續性」方向邁進。全民健康保險自 84 年整合各社會保險系統以來，係採隨收隨付制，由全民健康保險會依協議訂定醫療給付費用總額推估整體醫療需求，再按當年保險成本或收支連動機制，完成應計收支平衡費率之設算及審議。經查執行情形，核有下列事項：

A. 健保保費收入高度仰賴經常性薪資所得，惟在一般保險費主要負擔人口占比逐年減少等實況下，健保保費收入難有增長：我國老年人口自 100 年度起加速成長，至 107 年度 65 歲以上人口占比已超逾 14%，正式邁入高齡社會。受到人口高齡化與整體環境等影響，健保醫療費用總額逐年成長，由 102 年度之 5,531 億餘元，成長至 111 年度之 8,095 億餘元，增幅達 46.36%，經分析同期間健保保費收繳情形，自 102 年度加收補充保險費後，保費收入包含一般保險費、補充保險費、政府應負擔健保總經費法定下限不足數及滯納金等項目，由 102 年度之 5,300 億餘元，增加至 111 年度之 7,479 億餘元，成長約 41.11%，其中一般保險費每年收繳金額為 4,662 億餘元至 5,861 億餘元不等，約占整體保費收入 78.40% 至 87.97%，顯示健保保費收入高度仰賴經常性薪資為主之一般保險費，惟隨著人口高齡化、出生人口數下降，健保保費主要負擔人口（15 至 64 歲）逐年減少，保費收入難有增長；而保險給付由 102 年度之 5,021 億餘元，增加至 111 年度之 7,486 億餘元，成長約 49.09%，保險給付與保費收入成長率存有 7.98 個百分點之落差，且保險收支淨餘絀由 102 年度之賸餘 535 億餘元，下降至 111 年度之 112 億餘元（圖 2），顯示健保財務仍存在收支失衡；又一般保險費率於 110 年度調增至現行之 5.17%，補充保險費率亦由 1.91% 調整至 2.11%

%，已有效挹注健保財務收入，然一般保險費率已接近法定上限費率 6%，倘短期內再次調整費率，勢影響民眾及雇主之負擔能力；另補充保險費係以被保險人之獎金、兼職收入、執行業務收入、租金收入、利息及股利所得等非經常性收入作為費基，屬不確定性財源，亦難解決因國內人口老化，醫療資源需求迅速增加，保險支

出增長速度高於保費收入成長之財務危機。鑑於健保永續運作攸關「實現全民醫療保健覆蓋及永續性」目標之達成，經函請衛生福利部正視健保基金財務結構現況，從制度面、執行面研謀善策，以因應人口快速老化對健保財務之衝擊，維繫永續運作。據復：已研擬各項可能之財務改善配套方案，及戮力推動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，並成立「全民健康保險法修法核心工作小組」，雙向檢討擴大保險費計費基礎、增加其他財源及提高費率上限等議題，期能改善健保收支結構失衡問題。另將積極與各界溝通，尋求共識，推動下一階段之健

圖 2 健保保險收支及淨餘絀



資料來源：整理自健保署提供資料。

保改革，在改革完成前，預期之財務缺口，將藉由二代健保收支連動機制，於全民健康保險會逐年檢討保險給付與保險費率，以確保財務平衡與穩定。

B. 中央健康保險署鑑於指示用藥非屬全民健康保險規定給付範疇，自 94 年起逐步檢討指示用藥給付情形，惟進程緩慢；另基層院所採日劑藥費申報方式，與實際開立之藥品價格存有差距：依全民健康保險法第 51 條第 4 款規定，成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品不列入保險給付範圍。惟全民健康保險 84 年開辦初期，考量醫師醫療習慣及民眾用藥需要，於全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 11 條第 1 項第 2 款規定，原前公、勞保核准使用之指示用藥，經醫師處方暫予支付，但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。經查中央健康保險署（下稱健保署）自 94 年起陸續執行檢討作業，現行優先朝對病患用藥影響程度小之品項（如使用人數較少者）檢討，惟執行結果，指示藥品僅由 108 年底之 872 項，緩步下降至 111 年底之 836 項，111 年度指示藥品申報金額 20.56 億元，檢討進程緩慢；次查，健保署為簡化西醫基層院所藥費申報程序，於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準訂定「日劑藥費」，診所及藥局可選擇採「逐項」或「日劑藥費」方式申報。經分析 107 至 111 年度西醫基層門診藥費申報情形，日劑藥費總申報點數介於 53 億 8,398 萬餘點至 81 億 2,803 萬餘點之間，平均每件日劑藥費點數介於 69.3 點至 71.0 點之間。惟上開日劑藥費案件實際開立之藥品點數，介於 24 億 6,846 萬餘點至 38 億 2,613 萬餘點之間，平均每件藥費點數介於 31.8 點至 33.4 點之間（表 1），平均申報點數顯高於

表 1 日劑藥費申報及給付情形

單位：千件、%、千點、點

項目 年度	門診 申報案件	日劑藥費				實際藥費	
		件數	占門診 申報案 件比率	點數	平均每 件點數	點數	平均每 件點數
107	315,822	114,237	36.17	8,095,883	70.9	3,819,871	33.4
108	323,348	114,548	35.43	8,128,032	71.0	3,826,133	33.4
109	297,149	94,146	31.68	6,623,861	70.4	3,050,703	32.4
110	275,851	77,689	28.16	5,383,981	69.3	2,468,468	31.8
111	294,870	83,712	28.39	5,896,619	70.4	2,743,826	32.8

資料來源：整理自健保署提供資料。

醫療院所實際開立之藥品平均點數，兩者間存有藥價差等情事，經函請健保署以保障病患權益及減少社會衝擊為前提，落實檢討指示用藥給付之適當性，並審慎評估日劑藥費支付標準之合理性，以維護有限健保資源。據復：已邀集藥師公會全國聯合會及相關專科醫學會等，討論現行 800 餘項指示藥品之臨床需求，並決議取消 8 類成分劑型（計 15 品項）健保給付；針對年申報量少於一定數量之指示藥品，將持續蒐集各界意見，另行檢討。又考量部分指示用藥有予以保留給付之必要，將與各界溝通，凝聚修法共識，以符合民意及實務作業，另將轉請相關臨床專業團體評估日劑藥費支付標準規範。

(3) 為早期發現代謝症候群個案，辦理全民健康保險代謝症候群防治計畫，惟收案對象與其他計畫間有重複，又年輕族群罹患代謝疾病就醫率升高，收案率卻相對偏低，且計畫參與院所涵蓋率仍有提升空間，允宜研謀改善，以增進照護成效。

中央健康保險署（下稱健保署）及國民健康署（下稱國健署）配合全民健康保險中長期改革計畫，強化慢性病之疾病初期控制，由健保署於 111 年度西醫基層總額專款，匡列預算 3 億 800 萬元，自同年 7 月起辦理全民健康保險代謝症候群防治計畫（下稱代謝症候群防治計畫），將 20 至 64 歲民眾之腰圍、飯前血糖值、血壓值、三酸甘油酯值及高密度脂蛋白膽固醇值等代謝症候群 5 大指標，其中 3 項逾標準者納為收案對象，由參與計畫醫師向收案對象解釋計畫目的與內容，經個案同意後納入收案，透過醫療人員指導，引導其改變飲食及生活型態，並定期以電話、訪視、安排回診等方式追蹤個案健康管理情形，提供衛教指導，截至 111 年底參與院所數 1,195 家，已提供 2 萬餘人收案照護服務。經查計畫推動情形，核有：A. 計畫收案條件與給付項目及支付標準明定，收案對象不得與「糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案」重複收案，另同時於家庭醫師整合性照護計畫、醫療給付改善方案收案者，不得重複申報該計畫個案管理費及代謝症候群防治計畫追蹤管理費，惟 111 年度收案對象 23,070 人中，分別有 15,760 人、165 人同時為家庭醫師整合性照護計畫、糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案之收案個案，健保署尚未能及時釐清上開個案是否存有重複申報追蹤管理費，及資源重複投入之情事；B. 據國健署國民營養健康狀況變遷調查（106-109 年），20 至 39 歲及 40 至 64 歲等 2 個族群，代謝症候群盛行率分別約 17.5% 及 42.0%，以 111 年度各年齡別人口數計算，20 至 64 歲代謝症候群潛在風險人數約 490 萬餘人，惟計畫收案對象僅占潛在風險人口之 0.47%（表 2），復據 106 至 110 年度全民健康保險醫療統計年報數據分析，20 至 39 歲人口中，因糖尿病、高血壓性疾病及腦血管疾病之就醫率，已由 106 年度之 3.52%，成長至 110 年度之 4.01%，糖尿病等代謝疾病發生年齡呈年輕化趨勢，其中又以 35 至 39 歲族群發生率為最高，顯示年輕族群罹患代謝疾病之就醫率提高，惟計畫收案率卻相對偏低，尚待提升目標風險族群檢查意願，並協助運用多

表 2 111 年度代謝症候群防治計畫收案情形

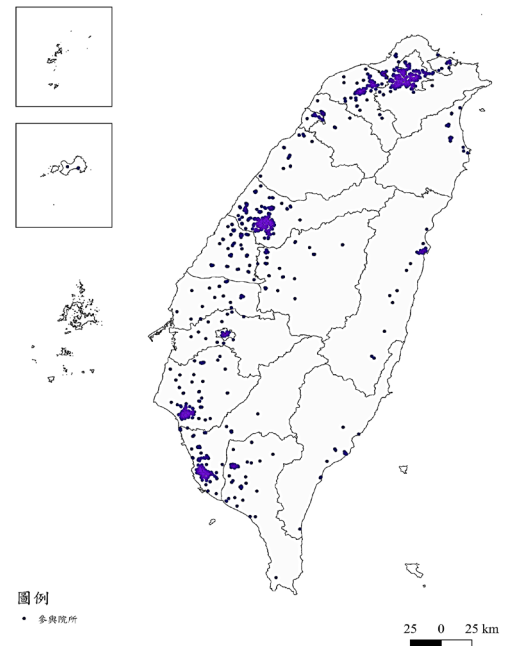
單位：人、%

年齡級距	年底人口數	盛行率	代謝症候群潛在人口數	收案數	收案率
合計	15,305,277		4,909,166	23,070	0.47
20-29 歲	2,937,791	17.5	514,113	659	0.13
30-39 歲	3,262,416	17.5	570,923	2,311	0.40
40-49 歲	3,836,995	42.0	1,611,538	6,376	0.40
50-59 歲	3,552,495	42.0	1,492,048	9,089	0.61
60-64 歲	1,715,580	42.0	720,544	4,635	0.64

資料來源：整理自國健署國民營養健康狀況變遷調查(106-109 年)、健保署提供資料、內政部戶政司人口統計資料。

元管道及時獲取所需服務；C. 計畫明定由辦理成人預防保健服務之西醫診所，提供代謝症候群防治照護管理服務，惟截至 111 年底止，參與計畫之西醫診所計有 1,195 家，僅占所有執行成人預防保健西醫診所 6,298 家之 18.97%，且參與院所主要集中於西部都會地區，至東部及山地離島地區服務資源相對匱乏等情事(圖 3)，經函請衛生福利部督促研謀改善，並滾動檢討計畫內容，以提升整體照護成效。據復：A. 將持續監測相關費用申報情形，如有重複情事將辦理追扣費用事宜，另規劃將該計畫整併至家庭醫師整合性照護計畫，以提供全人照護；B. 將結合 22 市縣辦理宣導活動，由各衛生局因地制宜規劃相關策略，提升轄區民眾代謝症候群防治識能，並將其列入衛生保健計畫執行重要指標；另持續透過健保快易通等多元管道宣導，並規劃以健保資料庫收載資料定期產製名單並派案至診所，以提高收案人數；C. 為加強基層診所加入計畫意願，將結合各衛生局、地方醫事團體及具執行經驗之診所，辦理計畫說明會，增進診所對計畫及執行流程瞭解，並蒐集診所執行建議，列入後續計畫修訂參考。

圖 3 代謝症候群防治計畫參與院所分布情形



資料來源：整理自健保署提供資料。

**(4) 為提升民眾住院照護品質及減輕家屬照顧負擔，辦理全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫，惟間有計畫執行情形欠佳，又醫療費用申報系統檢核機制未臻完備，允宜檢討改善，俾達成計畫目標。**

衛生福利部(下稱衛福部)為有效運用住院照護人力，減輕家屬照顧及經濟負擔，透過健保給付與民眾部分負擔機制，依病房特性及病人疾病嚴重程度，安排適當照護輔佐人員(下稱照護人員)，使病人獲得連續性及完整之照護，由護理及健康照護司(下稱照護司)辦理「全民健康保險住院整合照護服務試辦計畫」(下稱住院整合照護計畫)，並由中央健康保險署(下稱健保署)協助辦理計畫公告、醫院徵選、費用審核等事宜。111 年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額專款，編列住院整合照護計畫預算 3 億元，實際執行數 2,716 萬餘點(111 年度經費未超逾額度，爰 1 點以 1 元計算)。經查執行情形，核有：A. 111 年度住院整合照護計畫迄 7 月始經衛福部核定，致醫院前置作業規劃不及，且核定試辦醫院地區占整體醫院比率僅 1 至

2 成，又諸多醫院面臨照護人力不足窘境，截至 111 年底止，實際開放病床數僅占核定試辦病床數之 50.72%，影響計畫執行成效；另照護司已決議於 112 年度住院整合照護計畫完成醫院遴選核定前，由 111 年度試辦醫院持續辦理，惟截至 112 年 5 月底止迄未公告當年度核定試辦醫院名單，恐影響後續作業進程；B. 健保署為支付醫院試辦住院整合照護計畫之醫療費用，於資訊系統訂有檢核條件，惟間有醫院申報未經核備之病床號及照護人員；另實務上醫院多採 2 班制或 3 班制照護，卻開放擇一填報照護人員資料，難以確保其他提供服務之值班照護人員是否屬計畫核備人員及具備相關照護資格，恐衍生照護風險等情事，經函請衛福部研謀改善，加強推廣提升醫院參與意願，及協助相關醫院解決照護人力問題，以提升計畫執行成效。據復：

A. 將儘速完成 112 年度計畫承作醫院審查及核定作業，並於 112 年底前與醫護團體研商 113 年度計畫；將強化醫院宣導溝通，積極輔導醫院參與試辦計畫，並刻正規劃醫院護佐人力制度，以改善醫院照護人力不足問題；B. 已規劃建立後端檢核機制，如不符計畫規定則逕予核扣醫療費用，以督促承作醫院確實按計畫規定辦理。

## 6. 110 年度重要審核意見追蹤查核情形

本部於 110 年度審核報告非營業部分內列重要審核意見 3 項，經賡續追蹤查核實際辦理結果，仍待繼續改善者 1 項、已研謀改善或依改善措施持續辦理者 2 項（表 3），其中仍待繼續改善者，經再研提審核意見 1 項通知檢討改善。

表 3 110 年度審核報告非營業部分所列全民健康保險基金重要審核意見覆核辦理情形

重要審核意見標題	說明
<b>仍待繼續改善</b>	
全民健康保險提供國人普及、低負擔、高品質之醫療照護服務，惟保險收支存在結構性失衡，又推動中長期改革計畫相關方案之規劃未盡周妥，及調整部分負擔等多元微調方案，恐對抑制非必要就醫行為及控制醫療費用成長效果有限，亟待研謀改善，俾確保健保長期財務健全，建立永續之健康照護保險體制。	衛生福利部雖已推動各項收支改革措施，惟在一般保險費主要負擔人口占比逐年減少等實況下，尚難改善健保收支結構性失衡問題等，業再研提審核意見詳「5. 重要審核意見 (2)」。
<b>已研謀改善或依改善措施持續辦理</b>	
(1) 為早期發掘肺阻塞高風險病患，建立整合性肺阻塞早期介入模式，惟未持續推廣，且辦理全民健康保險慢性阻塞性肺病醫療給付改善方案，提供肺阻塞病患完整追蹤照護，惟病患對肺阻塞認知不足，影響參與方案意願，亟待研謀改善。	/
(2) 推動全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫及遠距醫療給付計畫，以改善山地離島地區民眾醫療資源普遍不足情形，惟初級照護品質與疾病管理仍有待提升，且遠距醫療執行案件數遠低於預估量，有待研謀改善，以提供因地制宜之醫療服務。	

茲將該基金收支餘絀之審定、餘絀審定後現金流量及資產負債狀況，分別列表如次：

## 全民健康保險基金收支餘絀審定表

中華民國 111 年度

單位：新臺幣元

科 目	預 算 數	決 算 數	修 正 數	決 算 審 定 數	審 定 數 與 預 算 數 比 較 增 減	
					金 額	%
業 務 收 入	771,591,817,000	763,908,275,792	- 279,763,673	763,628,512,119	- 7,963,304,881	- 1.03
保 險 收 入	757,177,627,000	748,183,835,701	- 279,763,673	747,904,072,028	- 9,273,554,972	- 1.22
其 他 業 務 收 入	14,414,190,000	15,724,440,091	—	15,724,440,091	1,310,250,091	9.09
業 務 成 本 與 費 用	772,861,368,000	766,202,066,655	- 279,763,673	765,922,302,982	- 6,939,065,018	- 0.90
保 險 成 本	772,192,695,000	765,538,031,385	- 279,763,673	765,258,267,712	- 6,934,427,288	- 0.90
其 他 業 務 成 本	225,990,000	240,381,585	—	240,381,585	14,391,585	6.37
行 銷 及 業 務 費 用	442,683,000	423,653,685	—	423,653,685	- 19,029,315	- 4.30
業 務 賸 餘 ( 短 絀 )	- 1,269,551,000	- 2,293,790,863	—	- 2,293,790,863	- 1,024,239,863	80.68
業 務 外 收 入	1,270,634,000	2,295,203,180	—	2,295,203,180	1,024,569,180	80.63
財 務 收 入	364,225,000	1,008,689,309	—	1,008,689,309	644,464,309	176.94
其 他 業 務 外 收 入	906,409,000	1,286,513,871	—	1,286,513,871	380,104,871	41.94
業 務 外 費 用	1,083,000	1,412,317	—	1,412,317	329,317	30.41
其 他 業 務 外 費 用	1,083,000	1,412,317	—	1,412,317	329,317	30.41
業 務 外 賸 餘 ( 短 絀 )	1,269,551,000	2,293,790,863	—	2,293,790,863	1,024,239,863	80.68
本 期 賸 餘 ( 短 絀 )	—	—	—	—	—	--

# 全民健康保險基金餘絀審定後現金流量表

中華民國 111 年度

單位：新臺幣元

項 目	預 算 數	決 算 數	比 較 增 減	
			金 額	%
<b>業 務 活 動 之 現 金 流 量</b>				
本期賸餘（短絀）	—	—	—	--
利息股利之調整	- 364,225,000	- 1,008,689,309	- 644,464,309	176.94
未計利息股利之本期賸餘（短絀）	- 364,225,000	- 1,008,689,309	- 644,464,309	176.94
調整項目	- 40,340,660,000	- 29,485,921,715	10,854,738,285	- 26.91
未計利息股利之現金流入（流出）	- 40,704,885,000	- 30,494,611,024	10,210,273,976	- 25.08
收取利息	364,304,000	1,007,418,634	643,114,634	176.53
收取股利	—	197,352	197,352	--
<b>業務活動之淨現金流入（流出）</b>	<b>- 40,340,581,000</b>	<b>- 29,486,995,038</b>	<b>10,853,585,962</b>	<b>- 26.90</b>
<b>投 資 活 動 之 現 金 流 量</b>				
減少流動金融資產及短期貸墊款	705,240,000	—	- 705,240,000	- 100.00
減少投資、長期應收款、貸墊款及準備金	50,503,826,000	44,992,840,176	- 5,510,985,824	- 10.91
增加流動金融資產及短期貸墊款	—	- 6,910,680,249	- 6,910,680,249	--
增加不動產、廠房及設備、礦產資源	- 175,162,000	- 175,123,290	38,710	- 0.02
增加無形資產及其他資產	- 185,422,000	- 181,559,267	3,862,733	- 2.08
<b>投資活動之淨現金流入（流出）</b>	<b>50,848,482,000</b>	<b>37,725,477,370</b>	<b>- 13,123,004,630</b>	<b>- 25.81</b>
<b>籌 資 活 動 之 現 金 流 量</b>				
增加短期債務、流動金融負債及其他負債	4,711,000	1,735,452	- 2,975,548	- 63.16
<b>籌資活動之淨現金流入（流出）</b>	<b>4,711,000</b>	<b>1,735,452</b>	<b>- 2,975,548</b>	<b>- 63.16</b>
<b>現金及約當現金之淨增（淨減）</b>	<b>10,512,612,000</b>	<b>8,240,217,784</b>	<b>- 2,272,394,216</b>	<b>- 21.62</b>
期初現金及約當現金	12,532,424,000	14,347,173,322	1,814,749,322	14.48
期末現金及約當現金	23,045,036,000	22,587,391,106	- 457,644,894	- 1.99

註：1. 本表係採現金及約當現金基礎，包括現金及自投資日起3個月內到期或清償之債權證券。

2. 本表「調整項目」欄所列，包括提存呆帳、醫療折讓及評價短絀、提存各項準備、折舊、減損及折耗、攤銷、兌換短絀（賸餘）、處理資產短絀（賸餘）、債務整理短絀（賸餘）、其他、流動資產淨減（淨增）及流動負債淨增（淨減）。

## 全民健康保險基金餘絀審定後平衡表

中華民國 111 年 12 月 31 日

單位：新臺幣元

科 目	111 年 12 月 31 日		110 年 12 月 31 日		比 較 增 減	
	金 額	%	金 額	%	金 額	%
<b>資 產</b>	251,847,021,110	100.00	255,309,449,081	100.00	- 3,462,427,971	- 1.36
流 動 資 產	164,535,599,552	65.33	122,950,426,493	48.16	41,585,173,059	33.82
現 金	22,587,391,106	8.97	14,347,173,322	5.62	8,240,217,784	57.43
流 動 金 融 資 產	11,806,658,136	4.69	4,895,977,887	1.92	6,910,680,249	141.15
應 收 款 項	130,141,550,310	51.67	103,707,275,284	40.62	26,434,275,026	25.49
投資、長期應收款、貸墊款及準備金	79,442,183,362	31.54	124,435,023,538	48.74	- 44,992,840,176	- 36.16
準 備 金	79,442,183,362	31.54	124,435,023,538	48.74	- 44,992,840,176	- 36.16
不 動 產 、 廠 房 及 設 備	288,691,110	0.11	188,690,196	0.07	100,000,914	53.00
機 械 及 設 備	288,691,110	0.11	188,690,196	0.07	100,000,914	53.00
無 形 資 產	352,635,157	0.14	277,605,024	0.11	75,030,133	27.03
無 形 資 產	352,635,157	0.14	277,605,024	0.11	75,030,133	27.03
其 他 資 產	7,227,911,929	2.87	7,457,703,830	2.92	- 229,791,901	- 3.08
什 項 資 產	7,227,911,929	2.87	7,457,703,830	2.92	- 229,791,901	- 3.08
<b>合 計</b>	<b>251,847,021,110</b>	<b>100.00</b>	<b>255,309,449,081</b>	<b>100.00</b>	<b>- 3,462,427,971</b>	<b>- 1.36</b>

註：信託代理與保證資產（負債），111 年底及 110 年底各有 72,191,084 元及 269,135,446 元。

## 全民健康保險基金餘絀審定後平衡表 (續)

中華民國 111 年 12 月 31 日

單位：新臺幣元

科 目	111 年 12 月 31 日		110 年 12 月 31 日		比 較 增 減	
	金 額	%	金 額	%	金 額	%
負 債	251,846,091,110	100.00	255,308,519,081	100.00	- 3,462,427,971	- 1.36
流 動 負 債	146,911,869,538	58.33	161,648,863,753	63.31	- 14,736,994,215	- 9.12
應 付 款 項	146,911,869,538	58.33	161,648,863,753	63.31	- 14,736,994,215	- 9.12
其 他 負 債	104,934,221,572	41.67	93,659,655,328	36.68	11,274,566,244	12.04
負 債 準 備	104,893,727,790	41.65	93,620,896,998	36.67	11,272,830,792	12.04
什 項 負 債	40,493,782	0.02	38,758,330	0.02	1,735,452	4.48
淨 值	930,000	0.00	930,000	0.00	—	—
基 金	930,000	0.00	930,000	0.00	—	—
基 金	930,000	0.00	930,000	0.00	—	—
合 計	251,847,021,110	100.00	255,309,449,081	100.00	- 3,462,427,971	- 1.36