

衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 111 年第 11 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 111 年 11 月 18 日

衛生福利部全民健康保險會第 5 屆 111 年第 11 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄 ----- 1

四、本會重要業務報告 ----- 19

五、優先報告事項

中央健康保險署「111 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」(口頭報告) ----- 37

六、討論事項

(一)全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)審議案 ----- 41

(二)112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案 ----- 77

(三)為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部儘速實施「電子處方箋」 ----- 96

(四)維護本會委員提案權案 ----- 98

七、臨時動議

三、確認上次(第 10 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(111)年 11 月 7 日衛部健字第 1113360148 號函送
委員在案，並於本年 11 月 7 日併同會議資料上網公開。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第5屆111年第10次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國111年10月28日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、林劭璇

出席委員：(依姓名筆劃排序)

干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員永振、李委員麗珍、林委員恩豪、林委員敏華、林委員綉珠(中華民國護理師護士公會全國聯合會健保小組劉副召集人淑芬代理)、侯委員俊良、柯委員富揚(中華民國中醫師公會全國聯合會詹常務監事永兆代理)、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍、張委員鈺民、許委員騏洪、陳委員石池、陳委員有慶、陳委員彥廷、黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、董委員正宗、趙委員曉芳、劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、謝委員佳宜、顏委員鴻順(中華民國醫師公會全國聯合會黃常務理事啓嘉代理)

請假委員：卓委員俊雄、陳委員秀熙、劉委員守仁

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第21~22頁)

貳、議程確認：(詳附錄第22~23頁)

決定：

一、議程確認。

二、黃委員振國及顏委員鴻順所提「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形案」(附件一)不列入議程，併同朱委員益宏詢問事項(附件二)，轉請衛生福利部處理。

參、確認上次(第9次)委員會議紀錄：(詳附錄第23~24頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第25~39頁)

決定：

一、上次(第9次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共2項，同意繼續追蹤。

(三)歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項達解除追蹤條件，擬解除追蹤共1項，同意解除追蹤。

二、本年第12次委員會議改為12月23日下午1時30分召開，並於晚上6時30分與部長進行業務座談及餐敘，敬請委員預留時間與會。

三、餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第40~60頁)

報告單位：本會第三組

案由：112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案，請鑒察。

決定：

一、確認112年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

112年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 ^{註2} 方案		
金額 (億元)	508.00	309.80	157.79	5,774.09	5,844.53	1,573.88	1,617.04	約 8,323.56	約 8,437.17
成長率 (增減金額)	2.588%	4.344%	減少 8億元	3.269%	4.529%	1.800%	4.592%	2.821%	4.224%

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，112年度總額之基期(採淨值)，係以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，故112年度總額基期淨值約8,095.2億元。

2.門診透析服務預算經協商未達共識，付費者方案成長率為3%，醫界方案成長率為4%。其中西醫基層醫界方案未依醫界之門診透析服務成長率計列，致無法計算其整體成長率(含透析)，惟為呈現年度整體總額成長率之需，仍以門診透析服務預算4%計算西醫基層成長率(含透析)，至後續報部決定時，將尊重並以西醫基層醫界方案內容提送。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件三)，將併入112年度總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

陸、討論事項(詳附錄第61~110頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：112年度醫院總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。

1.付費者代表委員建議：

(1)自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度388.7百萬元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採

之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 52%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，48%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 46%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

2.醫院代表委員建議：

(1)自一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 388.7 百萬元)移撥 2 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

(2)扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用(45%)包含門診透析服務。

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 51%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前

一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

③各地區門住診服務，經依①、②計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)，以及撥補點值落後地區。

2.扣除上開移撥費用後之預算分配方式：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條

規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議分配方式，報請主管機關決定。

(1)付費者代表委員建議：預算 69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

(2)西醫基層代表委員建議：預算 68%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，32%依西醫基層總額支付制度開辦前一年(89年)各地區實際發生醫療費用比率分配。

二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：112年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、112年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.一般服務費用(不含 106 年度於一般服務之品質保

證保留款額度 22.8 百萬元)2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。

2.五分區(不含東區)依下列參數占率分配：

(1)各分區實際收入預算占率：66%。

(2)各分區戶籍人口數占率：14%。

(3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

3.本年度不列風險調整移撥款。

二、所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：有關111年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案，提請討論。

決議：本項未執行額度計算方式為111年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險

署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。

註：「預算執行額度」計算方式：以111年申報「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」之費用，扣除111年申報91090C者曾於108年至110年任一年執行原相關服務之基期費用。

柒、報告事項(詳附錄第111~118頁)

第一案

報告單位：中央健康保險署

案由：111年度各部門總額協定事項預算扣減項目之處理規劃，請鑒察。

決定：

- 一、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。
- 二、另尚有3項未提報效益評估方式之項目，請中央健康保險署最遲於111年12月份委員會議將具體規劃結果，提報本會。
- 三、餘洽悉。

第二案

報告單位：中央健康保險署、本會第二組

案由：110年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員如有書面意見，請於下週三(11月2日)前以書面或口述方式提出，將請報告單位回復說明或參採研修後，由本會同仁彙製110年全民健康保險監理指標之監測結果報告。

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：中央健康保險署「111年9月份全民健康保險業務執行報告」，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員如有書面意見，請於下週三(11月2日)前以書面或口述方式提出，將請中央健康保險署回復說明。

捌、臨時動議：無。

玖、散會：下午13時55分。

全民健康保險會提案單

提案日期：111年10月7日

提案者	黃振國委員、顏鴻順委員
委員代表類別	醫療服務提供者
提案屬性 (請勾選)	<input checked="" type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案 由	為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形。
說 明	<p>一、 在 112 年總額協商會議、各次會議的溝通過程中，多位委員表示疫情期間，衛生福利部「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」，已核發相關補助獎勵津貼，對於醫界爭取相關成長率項目，表示健保不用額外編列預算。</p> <p>二、 111 年 9 月 21 日 112 年總額協商會議資料健保署說明(236 頁)，前揭獎勵要點針對「符合獎勵資格之<u>醫護人員</u>發給每日(班)<u>一萬元津貼</u>」。經查核，係指「<u>重度級急救責任醫院</u>，執行收治疑似或確診病例之床位協調、跨院溝通及重症病人維生儀器調度相關事項之<u>專責協調人員</u>」。診所，僅 109 年 2-4 月核予每家 1-13 萬元獎勵金。</p> <p>三、 參考中央健保署醫院、西醫基層總額研商議事會議資料指出，110 年醫院醫師數約 34,000 人，基層診所醫師數約 16,000 人，及護理師護士全聯會「110 年護理人力監測指標」數據，醫院執業約有 122,100 人，診所執業約有 27,400 人。</p>

	<p>四、為免造成各界誤解，請衛生福利部提供醫院及基層發放家數、人數及金額之細項數據，以釐清實際獎勵核發情形及平均每位醫護人員究竟得到多少獎勵補助。</p>
<p>擬 辦</p>	<p>依說明四辦理。</p>
<p>內容與本會任務符合情況 (請勾選)</p>	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input checked="" type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
<p>連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)</p>	

【朱委員益宏詢問事項】

嚴重特殊傳染性肺炎中央流行疫情指揮中心指定應變/隔離醫院醫療費用差額計算擬由醫院總額支應案

111.10.28

- 一、依「全民健康保險法」第 52 條之規定，經行政院認定並由各級政府專款補助之重大疫情不適用本保險，再據「傳染病防治法」第 14 條規定簡言中央主管機關得建立傳染病防治醫療網並指定醫療機構設傳染病隔離病房，中央主管機關得酌予補助；另「傳染病防治醫療網作業辦法」第 13 條亦指出隔離醫院依規定啟動收治，中央主管機關得補助其與前一年未被啟動年同期全民健康保險總醫療費用之差額。
- 二、參據 110 年 8 月 19 日 110 年醫院總額臺北分區共管會議第 2 次臨時會議紀錄所提：
 - (一)、依據中央流行疫情指揮中心 110 年 6 月 21 日肺中指字第 1103800275 號函及疾病管制署 110 年 8 月 9 日疾管新字第 1100066746 號函，三總松山於 110 年 5 月 26 日被啟動為隔離醫院，停止門、急診醫療業務及清空住院部門，依傳染病防治醫療網作業辦法規定得向主管機關申請補助，補助期間已啟動當月起至啟動解除當月後三個月為止。另依前開疾病管制署 110 年 8 月 9 日函，**相關補助款由疾病管制署支應並請健保署先行代付。**
 - (二)、上開有受補助之醫院、補助金額、代墊方式及歸墊時程等俟與疾病管制署確認，如於本季(110Q2)結算前歸墊返還，將納入上開第三階段剩餘款再分配，如未及返還則於次季分配。
 - (三)、另依與會代表要求，將俟前開費用歸墊事宜確認後，提供醫療服務審查執行會台北分會參辦。
- 三、衛生福利部於 110 年 9 月 17 日召開「傳染病指定隔離醫院補償疑義討論會議」，討論關於「徵用為隔離醫院，並停止門、急診醫療業務及清空住院部門之補助費用」案，決議如下：

- (一)、補助醫院為 23 家網區/縣市應變醫院，補助期間三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市立聯合醫院和平婦幼院區等 3 家為 110 年 5 至 11 月(啟動月份為 5 至 8 月，解除啟動後為 9 至 11 月)；餘 20 家醫院為 110 年 5 至 10 月(啟動月份為 5 至 7 月，解除啟動後為 8 至 10 月)。
 - (二)、前項補助期間與方式，110 年第 2 季及第 3 季依據健保署醫院總額結算方式，以各院 108 年第 2 季及 109 年第 3 季為基期，由健保署核付醫院總額一般服務收入之 9 成，該二季各院其餘不足之收入，含醫院總額一般服務收入之差額、專款、中醫、牙醫、透析、其他部門及代辦(不含 COVID-19 相關費用)等之差額，由疾病管制署支應。
 - (三)、第一項所述補助期間屬 110 年第 4 季者(三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市聯合醫院和平婦幼院區為 110 年 10 至 11 月；餘 20 家網區應變醫院為 110 年 10 月)，若低於未啟動年同期，差額由疾病管制署支應；實際申報如以高於未啟動年同期則不予補助。
 - (四)、疾病管制署應逐月辦理補助作業，各院每月應補助費用由健保署提供疾病管制署後，再由健保署代撥予各院。
- 四、惟衛生福利部疾病管制署 111 年 3 月 14 日疾管新字第 1110034790 號函表示該等醫院第 1-3 階段應屬健保醫療費用收入之範圍，爰第 1-3 階全額應均由健保總額支應(即疾病管制署僅補助中、牙、透析、專款、代辦、其他部門收入與基期之差額，無歸墊款)，另由疾病管制署特別預算支付 108 年總收入與 110 年總收入(含第 1 階段及第 2-3 階段)之差額 1.2 億元，請健保署扣除預估/留 110 年第 2 季至第 4 季支付補助 23 家醫院醫療費用差額所需費用後之賸餘款匯還疾病管制署。
- 五、前項公文擬視同健保特約醫院之計算原則，意涵該類醫院收入虧損之補償悉數由醫院總額支應，實違「全民健康保險法」第 52 條之規定亦與 110 年 9 月 17 日傳染病指定隔離醫院補償疑義討論會議決議不合。
- 六、依醫院臨床實務奉疫情指揮中心亦或各縣市衛生局徵用為專責應變/隔離醫院之院所，其醫療業務旋即停止全部或部分健保業務直至解除徵用為止，意

即無任何健保收入，爰其營運收入之損失理應遵相關法令規範悉數由防疫特別預算支應為正途，惟基於國家特別預算資源有限及據傳染病防治醫療網作業辦法第 13 條規定，勉以健保總額支應未達疫前同年同期之 9 成，餘項未達同期收入之部分由特別預算補足。

七、今，疾病管制署擬上開醫院之各項營運損失主張視同一般健保醫療費用支出悉數由健保總額支應，反對歸墊應支付之款項(含當期醫院總額一般服務第 1 階 1 成+2, 3 階等與基期之差額)計 2.09 億元，將造成醫院部門地區總額須重新配置，勢對因疫情影響之重災區醫院形成二次傷害，亦違反行政程序之信賴保護原則。

八、綜上，建請疾病管制署及中央健康保險署，惠就上開第二點醫院總額台北區共管會議決議，提供就轉列專責醫院(三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區及台北市聯合醫院和平婦幼院區及 20 家網區應變醫院)健保署應支付健保補助款及疾病管制署應用特別預算支應情形及實際核付結果。

牙醫門診總額、中醫門診總額新增項目協定事項之
「執行目標」及「預期效益之評估指標」

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	一般服務 特定牙周保存治療-新增全口總齒數一至三顆	1.執行目標：112 年度特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆執行次數全年以 10 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：18 歲以上執行「特定牙周保存治療-顆數一至三顆」者，追蹤其治療後 1 年之平均拔牙顆數低於其最近 3 年年平均拔牙顆數。
	專款項目 超音波根管沖洗計畫	1.執行目標：112 年度超音波根管沖洗執行件數全年以 144.8 萬件為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率，比未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率低。 【評估指標之定義： (1)使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。 分母：年度執行超音波根管沖洗的牙齒數。 分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。 公式：分子/分母*100%。 (2)未使用超音波根管沖洗的牙齒兩年內根管治療之再治療率。 分母：年度未執行超音波根管沖洗的根管治療牙齒數(指 90001C、90002C、90003C、90019C、90020C、90016C、90018C) 分子：分母之牙齒根管充填申報結束日起兩年內申報 90015C 之牙齒數(牙位歸戶)。 公式：分子/分母*100%。 】
	齲齒經驗之高風險患者氟化物治療計畫	1.執行目標：112 年度齲齒經驗之高風險患者氟化物治療執行人次全年以 200 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。 2.預期效益之評估指標：1 年後(113 年起)齲齒經驗之高風險患者平均齲齒填補顆數增加率減緩。

部門	新增項目		「執行目標」及「預期效益之評估指標」
			<p>【評估指標之定義：</p> <p>(1)年度高風險患者的平均牙齒填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分子：當年度高風險患者之填補顆數(牙位歸戶)。</p> <p>分母：當年度高風險患者之就醫人數。</p> <p>公式：分子/分母。</p> <p>(2)每年之平均牙齒填補增加率。</p> <p>分子：(當年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)－(前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數)。</p> <p>分母：前一年度高風險患者的平均牙齒填補顆數。</p> <p>公式：分子/分母*100%。】</p>
中醫門診總額	一般服務	提升中醫小兒傷科照護品質	<p>1.執行目標：112 年度中醫小兒傷科照護執行人次全年以 12,425 人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報六歲以下中醫小兒傷科同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>
		多重慢性疾病之中醫醫療照護密集度	<p>1.執行目標：112 年度中醫整合醫療照護服務人次全年以 681 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫整合醫療照護費之慢性疾病或重大疾病同一病人同一診斷碼同季『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
	針傷合併治療 合理給付	<p>1.執行目標：112 年度中醫針傷合併治療之總案件數全年以 130 萬人次為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月跨院所看診人次較前五年平均下降 1%。</p> <p>(註：請健保署於年度評核報告，一併提供「申報中醫針傷合併治療同一病人同一診斷碼同月『整體』看診人次」前 5 年平均及當年資料。)</p>
	增加「特定疾病門診加強照護」適應症腦中風後遺症(診斷碼 I69)	<p>1.執行目標：112 年度診斷為 I69 之腦中風病患納入「特定疾病門診加強照護」收案總人數全年以 1,347 人為基準，並以 112 年修訂支付標準後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：本收案對象診斷為 I69 腦中風病患之巴氏量表評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>
專款項目	<p>西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫</p> <p>1.腦血管疾病(112 年新增腦血管後遺症(診斷碼 I69))</p> <p>2.顱腦損傷</p> <p>3.脊髓損傷</p> <p>4.呼吸困難相關疾病</p> <p>5.術後疼痛(112 年新增項目)</p>	<p>1.執行目標：112 年度符合術後疼痛適應症之服務人次全年以 15,000 人次為基準，並以 112 年修訂計畫後之實施時程等比率換算目標值。</p> <p>2.預期效益之評估指標：本計畫符合術後疼痛適應症案件，須達以下效益評估指標：</p> <p>(1)歐氏失能量表(Oswestry Disability Index, ODI) 評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p> <p>(2)簡易麥克吉爾疼痛問卷(Short Form McGill Pain Questionnaire, SF-MPQ)評估，後測平均分數優於前測平均分數。</p>

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 10 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)黃委員振國及顏委員鴻順所提「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形案」及朱委員益宏詢問事項：於本(111)年11月3日依會議決定函送衛生福利部，並副知疾病管制署及中央健康保險署(下稱健保署)，請其於本年11月14日前提供相關資料供參，如附錄二(第 149~150 頁)，俟衛生福利部(下稱衛福部)回復後提報委員會議。

(二)於本年11月10日以衛部健字第1113360155號書函，將本會協定之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」陳報衛福部核(決)定(如附錄三，第151~155頁)。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計10項，依辦理情形，建議解除追蹤1項，繼續追蹤9項，如附表(第23~27頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理；另個別委員關切事項，健保署回復如附錄四(第156~158頁)。

二、全民健康保險法第 5 條明定本會應於會議後 10 日內公開會議實錄，目前實務作法同仁或委員對發言實錄多少會予修正潤飾，且修正幅度不一，倘修正幅度過大恐衍生同仁文書登載之責任問題，為依法如實呈現會議實況，並考量本會已聘請專業速錄師詳實記載與會人員發言內容，為節省委員寶貴時間及提升議事錄製作效率，自本(11)月份起發言實錄將以錄音檔併同速錄內容為主。惟若委員擬補充現場發言內容，可於會後 3 日內將書面補充意見送本會，併入發言實錄。

三、健保署於本年 10 月至 11 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 11 月 4 日寄至各委員電子信箱]

(一)本年 10 月 24 日公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付方式」計畫，並自 111 年 10 月 1 日生效，如附錄五(第 159 頁)。本次修訂係健保署依 111 年醫院總額新

增「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」專款項目(預算 3 億元)，於前開計畫新增「鼓勵亞急性呼吸照護病房(RCC)、慢性呼吸照護病房(RCW)病人脫離呼吸器、簽署拒絕心肺復甦術(Do not resuscitate, DNR)及安寧療護獎勵措施」，獎勵重點如下：

1. 個案獎勵：脫離呼吸器個案(A)每件獎勵 5,000 點、簽署 DNR 個案(B)每件獎勵 5,000 點、臨終前接受緩和醫療照護個案(C)每件獎勵 20,000 點。(預算以 1 億元為上限，採浮動點值)
 2. 醫院評比獎勵：各院 3 項指標(A、B、C)占該院本計畫收案個案數之比率，分別依 2:1:3 加權計算後由高至低排序，前 25%之院所，每一個案獎勵 RCC 12,000 點、RCW 24,000 點；前 26%至 50%之院所，每一個案獎勵 RCC 9,000 點、RCW 18,000 點；前 51%至 75%之院所，每一個案獎勵 RCC 6,000 點、RCW 12,000 點。(預算以 2 億元為上限，採浮動點值)
- (二)本年 10 月 26 日修正發布「全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點」如附錄六(第 160~162 頁)，本次修正第 7 點第 4 款，重點為針對小額欠款逾清償期已達一定期間，該期間既經健保署催收或免催收而仍未清償，即依程序轉銷為呆帳，為避免文義誤解，調整文字先後順序。
- (三)本年 11 月 7 日公告「112 年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，並自 112 年 1 月 1 日生效，如附錄七(第 163~165 頁)。本次公告重點如下：
1. 本次公告之醫療資源缺乏地區施行區域共計 75 個(較 111 年減少 2 個)。
 2. 112 年度減少之 2 個施行區域為雲林縣臺西鄉、屏東縣枋山鄉。
- (四)將公告之總額相關計畫副知本會，如附錄八(第 166~167 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
111.10.18/ 111.10.1	全民健康 保險鼓勵 醫事服務 機構即時 查詢病患 就醫資訊 方案	<p>1.新增「提升院所智慧化資訊獎勵」：</p> <p>(1)配合部分負擔新制實施，修正「特約醫事服務機構門診醫療費用點數申報格式及填表說明」獎勵：</p> <p>①部分負擔新制實施前，完成修正且上傳預檢作業者，每家獎勵 1,000 點；實施次月底前，完成部分負擔新制申報者，每家獎勵 2,000 點。</p> <p>②部分負擔新制公告實施日，依衛福部公告為依據。</p> <p>(2)適用「居家輕量藍牙方案」將居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)獎勵：</p> <p>111 年 12 月 31 日前完成安裝「醫療資料傳輸共通介面 API」及將居家輕量藍牙 APP 就醫資料介接(寫入)院所端醫療資訊系統(HIS)，每家最高 6,000 點。</p> <p>(3)「就醫識別碼(健保卡資料上傳格式)」預檢獎勵指標：</p> <p>111 年 12 月 31 日前各項「就醫類別」以「健保卡資料上傳格式 2.0」預檢作業上傳成功至少 6 件，每家獎勵費用 11,000 點。</p> <p>2.新增「居家藍牙 APP 介接獎勵結算方式」：由「提升院所智慧化資訊等獎勵補助費」支應，預算上限 1800 萬元，採浮動點值，全年結算，每點支付金額不高於 1 元。</p> <p>3.修訂本方案之特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明：放寬牙科 X 光攝影檢查項目之影像解析度最低需求；本項修訂於 111 年 11 月 1 日起實施。</p>

(五)本年 10 月 14 日公告 111 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫 10 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄九(第 168 頁，

名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十(第 169 頁)。

決定：

上次(第 10 次)委員會議繼續列管追蹤事項

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 3 案： 中央健康保險署「111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」。	委員如有書面意見，請於下週三(11 月 2 日)前以書面或口述方式提出，將請中央健康保險署回復說明。	於 111 年 11 月 2 日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件(第 28 頁)。	解除追蹤	—

二、擬繼續追蹤(共 9 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	討論事項第 1 案：112 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案。	所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。	於 111 年 11 月 2 日請辦健保署。	健保署回復：配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定，健保署送本會備查後解除追蹤	111 年 12 月
2		需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。	於 111 年 11 月 2 日請辦健保署。	<p>健保署回復：配合辦理，屬新增點值保障項目者，本署將提報保障點值理由及其對總額預算之影響等資訊。</p> <p>本會補充說明： 1.依 112 年度總額協商原則：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等」。 2.依上開原則，提報保障點值理由及其對總額預算影響等項，並未限定</p>	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定，健保署送本會同意後解除追蹤	111 年 12 月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
				在「新增點值保障項目」,建請健保署依上開原則,進行整體評估,若仍有需點值保障項目,均請提報保障理由及其對總額預算之影響。		
3	討論事項第2案:112年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配	所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節,授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之,其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復:配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定,健保署送本會備查後解除追蹤	111年12月
4		需保障或鼓勵之醫療服務,以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障,由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後,於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復:配合辦理,屬新增點值保障項目者,本署將提報保障點值理由及其對總額預算之影響等資訊。 本會補充說明:同項次2。	1.繼續追蹤 2.俟衛福部核定,健保署送本會同意後解除追蹤	111年12月
5	討論事項第3案:112年度中醫門診總額一般服務之地區	需保障或鼓勵之醫療服務,以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障,由中央健康保險署	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復:配合辦理,屬新增點值保障項目者,本署將提報保障點值理由及其對總額預算之影響等資訊。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會同意後解除追蹤	111年12月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
	預算分配案。	會同中醫門診總額相關團體議定後，於111年12月底前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。		本會補充說明：同項次2。		
6	討論事項第4案：有關111年度牙醫門診總額「高風險疾病口腔照護」項目之當年度未執行額度扣減計算方式案。	本項未執行額度計算方式為111年「高風險疾病口腔照護」項目預算(4.05億元)，扣除「預算執行額度」所得，其中「預算執行額度」依照委員決議採中央健康保險署計算方式(註)，請該署依決議方式辦理後續預算扣減事宜。	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復：配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署辦理預算扣減事宜後解除追蹤	112年2月
7	報告事項第1案：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111年11月2日請辦健保署。	健保署回復：配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署將預算扣減執行結果提報本會後解除追蹤	112年2月
8		另尚有3項未提報效益評估方式之項目，請中央健康保險署最遲於111年12月份委員會議將具體規劃結果，提報本會。	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復：有關3項(高風險疾病口腔照護、高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫、鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計	1.繼續追蹤 2.於健保署提報3項項目之效益評估方式後解除追蹤	111年12月

項次	案由	決議(定)事項	本會 辦理情形	相關單位 辦理情形	追蹤建議	完成期限
				畫)效益評估方式，本署將函請中華民國牙醫師公會全國聯合會及台灣醫院協會提供。		
9	報告事項 第2案： 110年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。	委員如有書面意見，請於下週三(11月2日)前以書面或口述方式提出，將請報告單位回復說明或參採研修後，由本會同仁彙製110年全民健康保險監理指標之監測結果報告。	於111年11月2日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件(第29~35頁)。	1.繼續追蹤 2.俟本會完成110年全民健康保險監理指標之監測結果報告後解除追蹤	111年12月

健保會第 5 屆 111 年第 10 次委員會議之健保署答覆
上次(第 10 次)委員會議之擬解除追蹤項次 1

案由：中央健康保險署「111 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」。

委員意見	健保署說明
<p>盧委員瑞芬書面意見(議事錄 p.111)</p> <p>111年9月份健保業務執行報告，第15頁，表6-1，為確切瞭解政府在應收、實收保險費的負擔比率，請將「投保單位及保險對象」欄位，以「政府投保單位」、「非政府投保單位」及「保險對象」分列。</p>	<p>111 年 9 月健保業務執行報告表 6-1，「投保單位及保險對象」應收保險費依「政府為雇主」、「非政府投保單位」及「保險對象」分列(如附件之附表，第 36 頁)。</p>

上次(第 10 次)委員會議之擬繼續追蹤項次 9

案由：110 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。

委員意見	健保署說明									
<p>李委員永振會後書面意見(議事錄 p.111)</p> <p>依本會同仁分析，23 項監測指標有 13 項退步，占 56%，改善進步的只有 6 項，約四分之一，效率面的指標大都呈現退步之趨勢，可能是受疫情因素影響？！但疫情已是第 2 年，111 年若仍是此現象，則值得深入瞭解、掌握！其中有幾項目前就應進行分析：</p> <p>一、1.5 項，與分級醫療政策方向不符，不禁令人想起我們大筆投入之期待是什麼？</p> <p>二、1.6 項，黃理事長金舜撰文提及，國外先進國家之藥費占率在 9%~19% 之間，我國近年藥費占率逐年提高，已快突破 29%，DET(Drug Expenditure Target，藥品費用分配比率目標制)制度是否該檢討了？</p> <p>三、5.2 項之數據，健保署每月之業務執行報告皆會揭露，而目前健保財務吃緊時期，下降是必然現象，本項指標之意義為何？</p> <p>四、5.4 項，資金運用收益率與投資環境有關，絕對數字很難評斷優劣，以相對方式呈現是否較能看出端倪，否則 112 年之收益率必大幅提升！</p>	<p>感謝委員指教，本署配合辦理，並持續監測指標趨勢，及積極推動與檢討相關方案與計畫，且另以書面形式提供健保會各指標詳細說明，以利彙製成全民健康保險各年度監測結果報告。</p> <p>有關委員就各指標所提意見，說明如下：</p> <p>一、指標 1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率：</p> <p>(一)本項指標係按季統計西醫基層與醫院門診服務病人數與件數占率，整體而言，109、110 年西醫基層及醫院總額門診件數成長率均為負成長(下表)。</p> <table border="1" data-bbox="871 1223 1366 1417"> <thead> <tr> <th>門診件數成長率</th> <th>西基</th> <th>醫院</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>109</td> <td>-11.6%</td> <td>-3.3%</td> </tr> <tr> <td>110</td> <td>-10.5%</td> <td>-3.3%</td> </tr> </tbody> </table> <p>(二)民眾改變就醫行為，疫情及防疫政策確有影響；民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服務行為，非短時間內可以完全改變，本署將再加強溝通宣導並持續觀察。</p> <p>二、指標 1.6 藥品費用占率：</p> <p>DET 制度已試辦多年，本署未來將就執行面進行評估檢討，並與外界溝通討論，並適時修正藥價調整辦法，以周延整體藥價管控機制。</p> <p>三、指標 5.2 安全準備總額折合保險給付支</p>	門診件數成長率	西基	醫院	109	-11.6%	-3.3%	110	-10.5%	-3.3%
門診件數成長率	西基	醫院								
109	-11.6%	-3.3%								
110	-10.5%	-3.3%								

委員意見	健保署說明
	<p>出月數：</p> <p>(一)健保法第78條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。</p> <p>(二)本指標監測重點為保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數。</p> <p>四、指標5.4資金運用收益率：</p> <p>(一)全民健康保險基金資金運用原則係以流動性及安全性重於收益性，爰目前主要投資工具為定期存款、優惠存款及短期票券等項目。</p> <p>(二)111年截至10月底資金運用年收益率為0.52%，相對五大銀行111年1月至10月一年期大額定存平均年利率0.29%為高。</p>
<p>劉委員淑瓊會後書面意見(議事錄 p.111-113)</p> <p>一、針對「110年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」，首先謝謝健保會同仁的安排審查與整理專家學者意見，及署方的回應。</p> <p>二、醫改會希望就4項指標請教健保署：</p> <p>(一)指標1.2：急診病人留置急診室超過24小時比率(報告，p.17)</p> <p>「檢傷分類第一級急診留置超過24小時比率」中，110年醫學中心為14.60%，高於109</p>	<p>感謝委員的肯定與指教，有關委員就各指標所提意見，說明如下：</p> <p>一、指標1.2急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)：</p> <p>(一)查109年、110年「急診病人停留超過24小時的比率」(負向指標)結果均較前五年(104年至108年)下降。另109年、110年急診病人數持續下降，顯示病人受疫情影響，確有急症才就醫，另觀察各級檢傷分類，均係醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，可能因醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度本較其他層級別院所高，故病人所需之</p>

委員意見	健保署說明
<p>年的 12.06%、108 年的 14.46%。有關近年醫學中心的急診壅塞，健保署回應是，因疫情急診病人流滯多、危急程度、嚴重程度，而可能造成影響(p.87)。然而，醫改會要強調的是，醫學中心急診壅塞長年沉痾未解，疫情是加重問題的砧碼、照妖鏡，我們同時還看到分級醫療的失靈。未來新興傳染病一定會再發生，對於急診處置效率與品質，我們希望在疫情後，健保署能夠在分析整體原因、逐院專案輔導的實證前提下，再提出能有效改善的品質方案。</p> <p>(二)指標 1.4：區域醫院以上初級門診照護率(報告，p.25)</p> <p>雖健保署自陳從 106 年起陸續推動分級醫療措施，但 108~110 年間，即使受疫情影響，醫學中心的初級照護率仍未降低，降幅出現於區域醫院與地區醫院，顯見醫學中心「胖門診」或「看輕症」的情形，可能並未如預期改善。健保署也呈現(p.92)，108~110 年初級照護前 10 大疾病就醫件數中，是感冒、COVID-19 相關症狀，如急性上呼吸道多處或未明示感染、急性支氣管炎等，加總約 2 千萬至 3 千萬</p>	<p>緊急處置項目可能確實需較耗時，並且受醫院各類病床占床率影響。</p> <p>(二)造成急診病人滯留原因眾多，例如病人之病況危急度、嚴重度、急診人力配置、加護病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素等，另本署前於111年7月29日至健保會報告時，委員亦提出各層級醫院的分工、體系內部運作及人力，都是影響急診壅塞的重要因素。</p> <p>(三)承上，改善醫學中心急診壅塞情形之措施需多管齊下，本署近年推動急診品質提升方案、提升急診診察費支付點數及新增診治兒童之專科醫師加成、提供急診即時訊息、發揮社區醫療群24小時緊急諮詢服務效用及鼓勵地區醫院、基層診所假日開診等。此外，本署原規劃111年5月15日實施之部分負擔調整方案，為使醫學中心及區域醫院回歸急重症照護、避免輕症急診就醫，爰調降第1-2級並加重第4-5級部分負擔。</p> <p>(四)另本署預計於111年11月23日全民健康保險醫療給付費用醫院總額111年第4次研商議事會議提案討論急診品質提升方案監測指標，並依該會議討論結果，續於貴會12月會議報告。本署將持續監測急診壅塞情形並與相關學協會合作滾動式檢討各項政策。</p>

委員意見	健保署說明
<p>件，以及本態性(原發性)高血壓，約 8 百萬件。健保署指出，因 COVID-19 與感冒輕症症狀有類似之處，無法區分出疫情影響有多大。醫改會認為，應該拉長時間向度，觀察疫情前後對照，仍可初步瞭解初級照護疾病改善情形，也建議應該同時呈現各層級的初級照護件數。</p> <p>(三)指標 2.4：護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分析(報告，p.44)</p> <p>「全日」平均護病比是相對寬鬆的標準，也沒有細分科別，不能全貌瞭解護理人員「經常性勞動條件」是否得到改善。尤其是 111 年、112 年健保中長期改革方案中，各界如工會，對於「住院整合照護服務試辦計畫」對護理師勞動條件的影響程度存在疑慮。因此，我們期待健保署儘速邀集各利害關係團體來重新研議，將「三班護病比」納入本指標。</p> <p>(四)指標 4.1：以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(報告，p.54)</p> <p>從監測結果來看，最高與最低兩組醫師人力的比值近三年逐步擴大，代表醫師人力充裕與匱乏地區的差距更加惡化，</p>	<p>二、指標 1.4 區域醫院以上初級門診照護率：</p> <p>(一)108-110年醫院初級門診照護率已自 22.22%逐步降至21.03%，呈現下降趨勢；若僅觀察區域醫院以上初級門診照護率雖下降幅度較緩，亦有觀察到相似趨勢(17.13%至16.73%)，已較106、107年數下滑(分別為 18.10%及17.64%)。</p> <p>(二)考量COVID-19與感冒輕症症狀有類似之處，委員建議拉長時間向度，觀察疫情前後對照等，將持續配合健保會提供本項指標監測結果供參。</p> <p>(三)惟隨著防疫政策開放、邊境解封，加上民眾逐漸出現防疫疲乏，流感等其他屬初級照護範圍之傳染性疾病於第4季就醫件數可能上升，本署將持續觀察。</p> <p>三、指標 2.4 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布：</p> <p>(一)查醫療機構設置標準第12-1條規定略以，「醫院之急性一般病床依其層級訂定之全日平均配置比例(簡稱護病比)辦理」，另醫院評鑑基準亦係規範急性一般病床之「全日平均護病比」。</p> <p>(二)有關護病比區分三班別或科別登錄一節，本署曾提案至107年9月5日醫院總額研商議事會議107年第3次會議討論，台灣醫院協會於會前即來函表達經其醫院各層級共識均採反</p>

委員意見	健保署說明
<p>無醫鄉也仍在增加，107年202個、108年203個、109年204個、110年205個無醫鄉。我們瞭解因疫情造成整體就醫人次下降，偏鄉也不例外。但偏鄉本來就醫就不夠近便，疫情更可能減少偏鄉民眾的就醫意願。所以重點是，偏鄉人口的就醫基本需要是不是有得到滿足？疾病狀態、慢性病用藥天數等有沒有改變？健康公平性有沒有受到影響？是我們希望健保署後續更加注重的面向。</p>	<p>對意見，會中部分代表亦表達須依現行規定辦理等意見；本案為再次凝聚共識續提至107年10月25日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議討論，決議維持依現行規定以「全日平均三班護理人員數」之登錄方式。</p> <p>(三)後續醫療機構設置標準及醫院評鑑基準護病比人力計算範圍如有修訂三班別計算標準，本署將配合調整本保險全日平均護病比人力之計算範圍。</p> <p>四、指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)</p> <p>(一)有關偏鄉人口就醫是否得到滿足，說明如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.查本署業務執行報告中全民健康保險總額部門別醫療點數統計，以門診件數為例，109年相較108年減少7.43%，110年相較109年減少7.87%，可見COVID-19疫情衝擊對民眾整體醫療利用造成的影響係不分地區。 2.本署為保障偏遠及離島地區民眾就醫權益，積極辦理各項計畫，以西醫醫療資源不足地區改善方案為例，109、110年計畫服務診次及服務人次之執行數皆超過目標數，另提供本(111)年度各計畫成果如下： <ol style="list-style-type: none"> (1)全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(簡稱IDS計畫

委員意見	健保署說明
	<p>)：目前全國50個山地離島地區及2個適用地區(嘉義縣大埔鄉及花蓮縣豐濱鄉)均已納入本計畫，由26家特約醫院結合當地基層診所或衛生所，共同提供醫療服務，111年1-6月服務逾26.9萬人次。</p> <p>(2)全民健康保險西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案：</p> <p>A.西醫：111年1-6月共168家院所，前往117個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務13.9萬人次。</p> <p>B.中醫：111年1-6月共147家院所，前往119個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務14萬人次。</p> <p>C.牙醫：111年1-6月共19個醫療團，前往122個醫療資源不足鄉鎮巡迴，服務5.1萬人次。</p> <p>(3)偏鄉地區基層診所/助產機構產婦生產補助試辦計畫：111年1-6月計16家基層診所、5家助產機構參與，基層診所補助生產案件數1,687件，助產機構補助生產案件數18件。</p> <p>(4)牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：111年1-6月計1個醫療團(嘉義市)參與，服務311人次。</p> <p>(5)醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫：111年符合資格者計116家醫院，計93家醫院參與本計畫，其中衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，有8家區域醫院參與本計畫。</p>

委員意見	健保署說明
	<p>(6)依每年經衛生福利部公告之「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」，支付急診診察費加成30%，若同時符合夜間、例假日者，依表定點數加成80%，111年共有72家醫院。</p> <p>(7)全民健康保險遠距醫療給付計畫： A.截至 111 年 9 月，共有 51 家在地院所與 30 家遠距院所合作參與本計畫，服務鄉鎮計 47 個。 B.111 年 1-6 月專科門診遠距會診服務 2,666 人次，急診遠距會診服務 13 人次。</p> <p>(二)前開計畫旨在以導入醫療資源、保障點值等方式，強化在地醫療、提升偏遠及離島地區民眾就醫可近性，惟有關改變疾病狀態、慢性病用藥等情形，需透過醫療及公共衛生各方面結合才能落實。</p> <p>(三)綜上，本署將持續積極推動各項偏鄉醫療服務計畫，提供符合當地民眾需求醫療服務，俾縮短城鄉醫療資源差距。</p>

全民健保一般保險費收入執行狀況表

單位：億元，%

年度	投保單位及保險對象											政府保險費補助款			總計			
	應收保險費						保險對象負擔					總計	實收保險費	應收保險費	收繳率%	實收保險費	應收保險費	收繳率%
	投保單位負擔		非政府投保單位				政府投保單位		金額		占率							
	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率	金額	占率
106.07-106.12	186.61	10.53	755.53	42.62	830.39	46.85	1,772.53	99.74	1,767.89	3,646.04	99.66	1,756.75	849.25	849.25	100.00%	2,621.78	2,617.14	99.82%
107.01-107.12	397.32	10.86	1,561.72	42.69	1,699.49	46.45	3,658.53	99.66	3,646.04	3,658.53	99.66	1,756.75	1,756.75	100.00%	5,415.28	5,402.79	99.77%	
108.01-108.12	408.91	10.86	1,627.40	43.21	1,729.70	45.93	3,766.01	99.28	3,738.75	3,766.01	99.28	1,816.61	1,816.61	100.00%	5,582.62	5,555.36	99.51%	
109.01-109.12	411.77	10.82	1,647.32	43.30	1,745.43	45.88	3,804.52	98.57	3,750.28	3,804.52	98.57	1,854.80	1,854.80	100.00%	5,639.32	5,605.08	99.04%	
110.01-110.12	458.96	10.73	1,875.13	43.82	1,944.92	45.45	4,279.01	98.05	4,195.37	4,279.01	98.05	2,127.00	2,127.00	100.00%	6,406.01	6,322.37	98.69%	
111.01-111.03	116.26	10.69	482.91	44.39	488.73	44.92	1,087.90	97.71	1,062.98	1,087.90	97.71	504.72	504.72	100.00%	1,592.62	1,567.70	98.44%	
111.04-111.06	119.16	10.72	491.31	44.22	500.63	45.06	1,111.10	96.86	1,076.25	1,111.10	96.86	504.72	504.72	100.00%	1,615.82	1,580.97	97.84%	
111.04	39.77	10.71	163.40	43.98	168.33	45.31	371.50	97.37	361.72	371.50	97.37	168.24	168.24	100.00%	539.74	529.96	98.19%	
111.05	39.77	10.82	163.77	44.56	163.95	44.61	367.49	97.19	357.15	367.49	97.19	168.24	168.24	100.00%	535.73	525.39	98.07%	
111.06	39.62	10.65	164.15	44.11	168.34	45.24	372.11	96.04	357.37	372.11	96.04	168.24	168.24	100.00%	540.35	525.61	97.27%	
總計	2,098.99	10.78	8,441.32	43.33	8,939.28	45.89	19,479.59	98.76	19,237.57	19,479.59	98.76	9,413.85	9,413.85	100.00%	28,893.44	28,651.42	99.16%	

資料日期：111年9月30日
製表單位：衛生福利部中央健康保險署

附件之附表

- 備註：
1. 不含投保單位及保險對象補充保險費。
 2. 投保單位及保險對象收繳率計算期間為保險費在5年請求權期間資料(106年7月至111年6月)。
 3. 近期收繳率相對較低，係因收繳期間較短。
 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。

五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：111 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告，請鑒察。(資料由中央健康保險署另行提供)

報告單位各項業務窗口：詳如業務執行報告內附

.....

本會補充說明：

- 一、依 102 年 2 月 22 日委員會議決定及 111 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理，本次進行口頭報告。請委員先行審閱，如有疑義可洽該署各項業務窗口。
- 二、參照 106 年 10 月 27 日委員會議之委員建議，健保署業務執行季報告之口頭報告，有其重要性，爰列為優先報告事項。

決定：

討論事項

第一案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

說明：

- 一、本案經貴會於本(111)年 10 月 14 日「全民健康保險 112 年度保險費率審議前專家諮詢會議」結論，請本署參酌諮詢委員與貴會委員所提意見及需補充資料，修正「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)」送貴會本年第 11 次委員會議(111.11.18)審議。
- 二、本署爰依前揭決議事項，研提「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)」(附件一，第 44~58 頁)，提請審議。
- 三、前揭本署研提之費率方案(草案)，已參酌委員意見，修正處理情形詳附件一簡報第 3、4 頁(第 45~46 頁)，另提供補充資料詳附件二(第 73~74 頁)。

擬辦：依全民健康保險法第 24 條規定辦理，完成審議後由貴會報衛福部轉報行政院核定後由衛福部公告之。

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、依全民健康保險法(下稱健保法)第 5 條規定，本會法定任務之一為保險費率之審議，而費率審議之相關規定，則敘明於健保法第 24 條，內容如下：

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

二、本會業依健保法第 24 條規定，於本年 10 月 14 日召開「全民健康保險 112 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，會議重點建議摘要如下(會議紀錄詳附錄一，第 113~148 頁)：

(一)就「全民健康保險 112 年度保險費率方案(草案)」之意見：依據健保財務推估及 112 年總額協商結果，在現行費率 5.17% 下，112 年底安全準備總額約當 1.24(付費者方案)或 1.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第 78 條所定需有 1~3 個月為原則，多數諮詢委員建議 112 年度維持現行費率 5.17%，惟本次安全準備金能至少達 1 個月保險給付支出，係因行政院主計總處撥補健保基金 240 億元所致，未來行政院是否能長期撥補，為穩定健保財務的變數之一。

(二)對全民健保財務調整措施有何看法與建議：贊成實施部分負擔，惟應兼顧弱勢族群就醫權益；至停復保制度應檢討制度缺失，避免旅外國人有取巧機會。

(三)給付範圍、支付制度合理性及法定費率上限 6% 修法之建議：建議調整費率上限 6% 前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、依健保法第 26 條通盤檢討給付範圍或強化政府財務責任；另調整費率上限應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，且其為保護被保險人財務負擔的重要防線，不宜輕易打破。

三、本次健保署提出 112 年度保險費率方案(草案)，業依據前揭專家諮詢會議結論修正，處理及說明情形列於附件一簡報第 3、4 頁(第 45~46 頁)及附件二(第 73~74 頁)。

四、另本會進行費率審議及其決議方式之相關法源依據，與 112 年財務推估重要數據彙整如下：

(一)相關法源依據

1.健保法第 5 條第 1 項

本保險下列事項由全民健康保險會(以下稱健保會)辦理：

一、保險費率之審議。

- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

2. 健保法第 78 條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。

3. 決議方法：依據健保會組成及議事辦法第 8 條第 3 項規定，如下：

會議應有二分之一以上委員出席，始得開議；其決議依下列方式為之：

- 一、本法第五條第一項第三款保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項，應以協商方式達成各項協定。
- 二、本法第五條第一項第一款、第二款、第四款、第五款及其他本法所定健保會應辦理事項，應經出席委員超過二分之一同意行之。

(二) 112 年財務推估重要數據

112 年度兩案併陳 之總額成長率	維持現行費率 5.17% 下， 112 年底之安全準備月數
2.821% (付費者)	1.24
4.224% (醫界)	1.05

五、檢附 107~110 年委員會議費率審議相關決議供參，如附件三(第 75~76 頁)。

決議：



全民健康保險112年度 保險費率方案(草案)

衛生福利部中央健康保險署
111年11月18日



簡報大綱

- 法令依據
- 諮詢會議意見處理情形及說明
- 近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估
- 前一年推估結果準確度評估
- 平衡費率計算公式
- 推估方法
- 平衡費率試算假設、方式及結果
- 敏感度分析及試算
- 結論
- 附錄



法令依據

■全民健康保險法第二十四條(由保險人提請費率審議)

第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

2



諮詢會議意見處理情形及說明

1/2

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、110年、111年財務收入推估差異金額分別為107億元、238億元，該差異金額對於費率調整決策十分關鍵，宜深入分析差異原因。	差異原因主要是補充保險費較原預估為高，致政府負擔健保總經費因而增加： 一、110年補充保險費增加約56億元，一般保險費增加約7億元，政府負擔健保總經費增加約38億元，其餘為其他收入。 二、111年補充保險費增加約125億元，一般保險費增加約10億元，政府負擔健保總經費增加約101億元，其餘為其他收入。

3



諮詢會議意見處理情形及說明

2/2

諮詢會議意見	處理情形及說明
<p>二、請補充說明原投影片第19張(本簡報第22張)</p> <p>(一)113~115年保險收入平均年成長率 0.79% 較 110 年 推估 112~114 年保險收入平均成長率 1.56%。有 2 年相同成長率卻差異減少近 1 倍原因。</p> <p>(二)113 年、115 年總額成長率分別為 2.240%、5.977% 之原因</p> <p>(三)113~115 年總額平均年成長率較 110 年推估 112~114 年總額平均年成長率增加 0.6%。</p>	<p>一、保險收入平均年成長率較去(110)年差異原因：行政院主計總處因應 112 年健保安全準備不足 1 個月保險給付支出，撥補健保基金 240 億元，因基期(112 年)較高所致。</p> <p>二、113 年及 115 年總額成長率分別為 2.240%、5.977% 及總額平均成長率差異原因查係校正前 2 年實際投保人口成長率與協商公告之原投保人口成長率之差值所致</p> <p>(一)111 年投保人口成長率預估為 -0.84% 較協商公告參採之 109 年投保人口成長率 0.136% 為低，高估之差值於 113 年進行校正。</p> <p>(二)113 年投保人口成長率依國發會 111 年 8 月發布之「中華民國人口推估(2022 年至 2070 年)」以 0.6% 估列，較 113 年總額協商參採之 111 年投保人口成長率 -0.84% 為高，低估之差值於 115 年進行校正。</p> <p>(三)由於前述 113 年總額協商參採之 111 年投保人口成長率低估之差值於 115 年進行校正，致 115 年總額成長率較高，爰 113~115 年總額平均年成長率較 110 年推估 112~114 年總額平均年成長率增加。</p> <p>註：國發會 111.8.22 發布最新之「中華民國人口推估(2022 年至 2070 年)」，假設我國於 2022 年下半年起，隨新冠疫情漸趨平穩，逐步開放邊境管制，並假設受疫情影響而無法回國及來臺的本國人及外國人將陸續回流，爰預估 113 年人口成長率為 0.6%。</p>

4



近 2 年影響健保財務之重大措施及其影響評估

實施日	措施	實際或預估增減數/年
110年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由 23,800 元調整為 24,000 元	5 億元
	一般保險費費率由 4.69% 調整為 5.17%；補充保險費費率由 1.91% 連動調整為 2.11%	611 億元
	第 6 類保險對象之保險費調整為 1,377 元	51 億元
111年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由 24,000 元調整為 25,250 元	59 億元
	軍公教人員待遇調升 4%	12 億元
111年7月	投保金額分級表由 46 級調整為 51 級，上限調整為 219,500 元	17 億元
112年1月	平均眷口數由 0.58 人調整為 0.57 人	-19 億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由 25,250 元調整為 26,400 元	56 億元
	行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112 年撥補全民健康保險基金項下核增 240 億元	240 億元

5



前一年推估結果準確度評估

年別	項目	實際數 /最新預估數 (億元)(A)	前一年 預估數 (億元)(B)	差異數	
				金額(億元) (A-B)	差異率 (A-B)/B
110年	保險收入	7,119	7,012	107	1.52%
	保險成本	7,274	7,273	1	0.01%
111年	保險收入	7,444	7,205	238	3.31%
	保險成本	7,529	7,528	1	0.01%

註：111年度保險費率方案(草案)資料依同年度核定之醫療給付費用總額成長率調整。

■差異原因說明

- ◎110年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加107億元，主要係補充保險費下半年金額係以前一年度同受疫情影響月份資料估列，致政府應負擔健保總經費及整體保費收入有低估情形。
- ◎111年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加238億元，主要係原考量受疫情影響保守推估外，另依證交所資料顯示，臺灣上市公司上半年營收較去年同期成長近10%，企業配發獎金增加、配息高，補充保險費上半年收繳因而較去年同期成長約2成，致政府應負擔健保總經費及整體保費收入有低估情形。

6



平衡費率計算公式

$$P_t(r) = B_t + \Delta S_t$$

$$S_t = \Delta S_t + S_{t-1}$$

■ $P_t(r)$ ：t年之保險收入註，為當年一般保險費平衡費率r之函數(補充保險費費率依一般保險費費率之成長率調整)

- ◎t：推估年數
- ◎r：t年之一般保險費平衡費率

■ B_t ：t年之保險成本

■ ΔS_t ：t年之保險收支餘絀
◎ S_t ：t年底之安全準備餘額

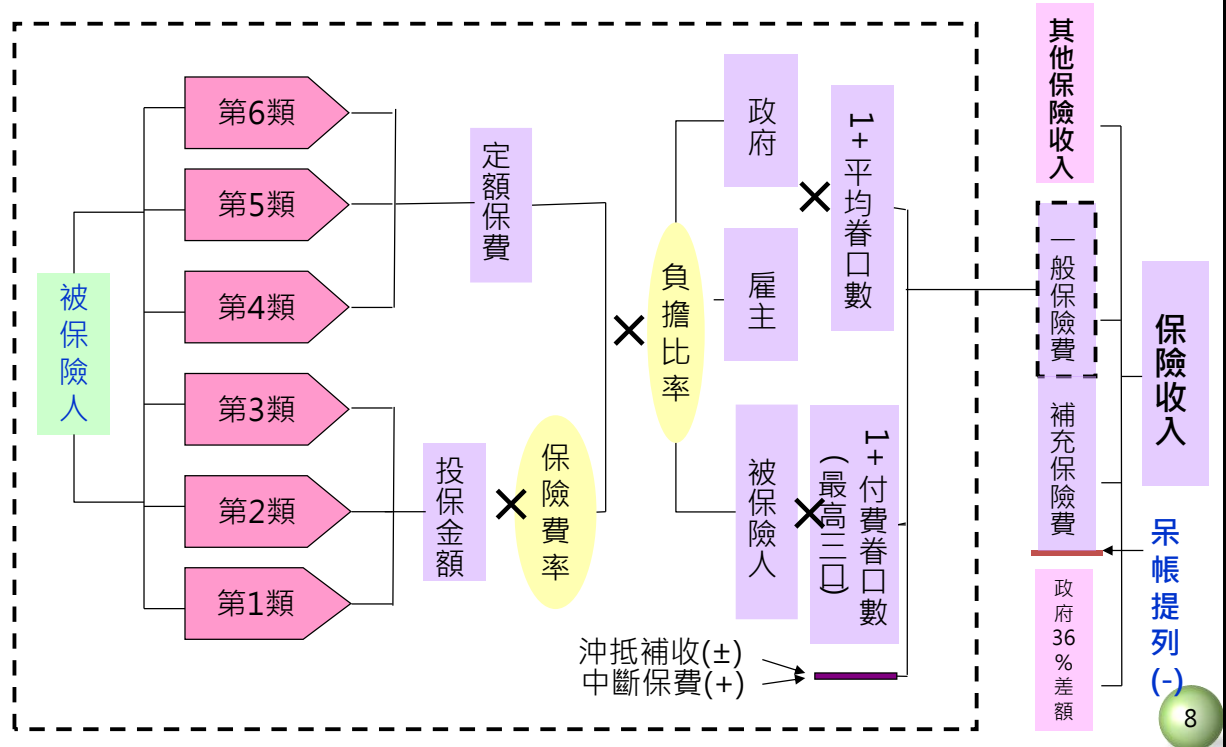
註：保險收入含保險費收入及其他保險收入，保險費收入如一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定36%之差額，其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。

7



推估方法-保險收入

註：其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。



推估方法-一般保險費^{1/5}

■ 投保人口成長率：拆分本國籍人口及非本國籍人口，111年保險對象人數以1至6月實際數推估，112年起依下列分別進行推估：

- ◎ 本國籍保險對象，參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022至2070年)」報告中推估結果之年底人口數換算為年中人口數成長率推估。
- ◎ 非本國籍保險對象，依外籍人士投保人數歷史趨勢推估。

年別	年中現住人口 (內政部/國發會)	保險對象				
		小計		本國籍		非本國籍
	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)
108年	0.07	2,392	0.21	2,308	0.09	85
109年	-0.05	2,395	0.10	2,309	0.07	85
110年	-0.47	2,388	-0.28	2,304	-0.24	84
111年(預估)	-1.14	2,368	-0.84	2,289	-0.65	79
112年(預估)	-0.21	2,366	-0.09	2,284	-0.21	82

說明：1、年中現住人口，110年(含)以前為內政部統計資料，111年為內政部當年1至7月統計資料預估，109年至111年呈現負成長主要係受自然增加及社會增加皆為負成長所致，112年則為國發會最新推估資料。

- 2、111年保險對象人數以1至6月實際數推估。
- 3、本國籍保險對象人數之成長率均高於現住人口成長率，主要係受出國停保人數減少所致。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致成長率之計算，容有未能完全吻合情況。



推估方法-一般保險費^{2/5}

■被保險人與眷屬人數比率

- ◎眷屬人數按年齡層區分為0~19歲、20~64歲及65歲以上等3組
 - ✓「民法」修正第12條條文將成年年齡由20歲下修為18歲，經總統於110年1月13日修正公布後，並於112年1月1日施行
 - ✓依健保法第2條第2款第3目規定略以，「成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者」得為眷屬
 - ✓高三生(18~19歲)仍屬我國十二年國民基本教育範圍，且畢業未滿1年且未就職的成年人得以眷屬身分加保
- ◎依據過去歷史資料並參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022至2070年)」報告中，同年齡層之人口未來趨勢推估

年別	被保險人人數占率(%)	眷屬人數占率(%)
108年	66.71	33.29
109年	66.94	33.06
110年	67.25	32.75
111年(預估)	67.61	32.39
112年(預估)	67.69	32.31

說明：111年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

10



推估方法-一般保險費^{3/5}

■保險對象投保類別結構

依各類保險對象人數之變動趨勢及政府施政政策目標作為假設推估基礎 單位：%

年別	被保險人人數占率						眷屬人數占率			
	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第1類	第2類	第3類	第6類
108年	56.99	14.63	9.21	0.67	1.84	16.66	62.66	15.75	8.80	12.79
109年	57.28	14.62	8.96	0.60	1.80	16.73	63.20	15.73	8.45	12.62
110年	57.75	14.76	8.75	0.55	1.78	16.42	63.82	15.87	8.16	12.15
111年(預估)	58.35	14.98	8.54	0.55	1.76	15.82	64.66	15.99	7.91	11.43
112年(預估)	58.36	15.01	8.37	0.54	1.76	15.96	64.76	16.16	7.71	11.36

說明：

- 1、111年保險對象投保類別結構以1至6月實際數預估。
- 2、第1類被保險人及眷屬人數占率逐年上升，係因是類被保險人工作期間延長、延退休效。
- 3、第2類被保險人及眷屬人數占率自109年起占率降低減緩甚至上升，係受疫情影響，部分第1類被保險人移轉至是類所致。
- 4、第3類被保險人及眷屬人數占率逐年降低，係因農業人口高齡化，農業就業人數逐年下降之影響所致。
- 5、第4類被保險人人數占率逐年降低，係因少子化及迄112年本國兵制由徵兵制逐年轉為募兵制所致。
- 6、第5類被保險人人數占率逐年降低，係因每年重新審核其資格，而不符合資格者為脫貧或轉入中低收入戶所致。
- 7、第6類被保險人人數109年占率上升，係隨老化人口而遞增；惟110年及111年占率較低，主要係受保險對象戶籍遷出國外導致退保人數有略增所致，又依國發會假設疫情自111年下半年將趨於平緩，戶籍被遷出者於112年及113年回復，爰112年占率增加。
- 8、第4類及第5類均限以被保險人身分加保，因此該兩類投保類別無眷屬人數占率。

11



推估方法-一般保險費^{4/5}

■平均投保金額及定額保險費

- ◎第1、2類平均投保金額成長率，依據過去歷史資料趨勢推估
- ◎第3、4、5及6類投保金額及平均保險費依現況推估

單位：元

年別	平均投保金額		第3類 投保金額	定額保險費		
	第1類	第2類		第4類	第5類	第6類
108年	43,811	27,711	24,000	1,759	1,759	1,249
109年	44,668	27,641	24,000	1,785	1,785	1,249
110年	45,458	27,509	24,000	1,825	1,825	1,377
111年(預估)	47,082	28,378	25,250	1,839	1,839	1,377
112年(預估)	48,189	29,177	26,400	1,839	1,839	1,377

說明：1、111年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。
2、112年已納入基本工資影響。

12



推估方法-一般保險費^{5/5}

■呆帳提列

隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長情形推估

■沖抵補收保險費

隨一般保險費成長率推估

■中斷投保開單保險費

依保險對象人數成長率及第6類定額保險費成長率推估

13



推估方法-補充保險費

■各補充保險費依歷史資料推估。

單位：億元

年別	投保單位負擔		高額獎金	非所屬投保單位給付之薪資所得(兼職所得)	執行業務收入	股利所得	利息所得	租金收入	合計
	政府為雇主	民營雇主							
108年	45	213	62	18	7.5	95	6.4	28	476
109年	46	213	64	18	8.0	88	5.4	28	472
110年	51	263	89	21	9.8	110	4.8	31	581
111年(預估)	52	306	109	23	9.9	125	5.3	32	663
112年(預估)	53	266	79	24	10.6	116	7.1	33	589

說明：

- 1、補充保險費投保單位負擔約占5成以上；保險對象6項補充保險費中，股利所得占4成以上最高，其次依序為高額獎金、租金收入、兼職所得、執行業務收入及利息所得。
- 2、111年各補充保險費項目以1至5月實際數預估。
- 3、111年補充保險費增加，受我國COVID-19疫情控制得宜，政府亦提出一系列紓困振興措施，刺激零售業營業額，且海運業、資訊業、科技業等獎金豐厚所致。
- 4、110年補充保險費增加，除受上開111年補充保險費增加原因影響外，另受費率由1.91%調升為2.11%所致。
- 5、另利息所得補充保險費自111年起增加，主要係受我國中央銀行升息所致。
- 6、112年補充保險費減少，係考量通貨膨脹危機，全球經濟恐陷衰退，影響企業營收所致。
- 7、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。

14



推估方法-「政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數」之計算方式

「政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數」
= 政府應負擔保險總經費 - 政府已負擔^註

政府應負擔保險總經費

= [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] × 36%

註1：依105年6月22日立法院105年第9屆第1會期社會福利及衛生環境委員會議第33次全體委員會議結論，健保法施行細則第45條規定納入7項中央政府已實質負擔保險費，並自105年起施行；另因應衛福部公告「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，加計災民保費補助項目。

註2：健保法第3條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。

15



推估方法-其他保險收入_{1/2}

■ 滯納金

隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

■ 公益彩券盈餘分配收入

依近2年平均數定值推估。

■ 菸品健康福利捐分配收入

依18歲以上平均每人每日消費量及未來18歲以上之人口數作為消費量推估依據，按目前受配比率，並參考國民健康署公布吸菸率目標值推估。

■ 投資收益率

依健保可運用資金流量趨勢，並參考現行可運用投資工具利率趨勢推估。

■ 其他收入

主要為呆帳收回及過期帳，隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

16



推估方法-其他保險收入_{2/2}

年別	滯納金 (億元)	公益彩券盈餘 分配收入 (億元)	菸品健康福利 捐分配收入 (億元)	其他收入 (億元)	投資收益率 (%)
108年	4.52	14	139	9	0.67
109年	4.67	15	144	11	0.59
110年	4.45	15	146	12	0.33
111年(預估)	6.11	16	134	14	0.64
112年(預估)	5.69	16	137	254	1.02

說明：

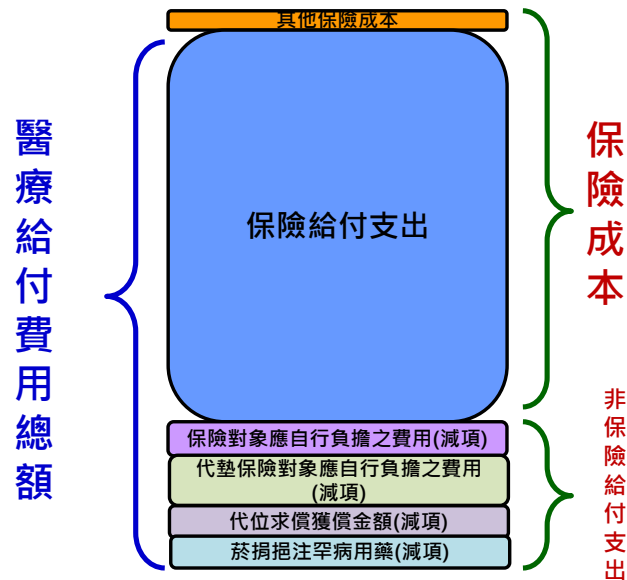
- 1、111年其他保險收入以1至6月實際數預估，其中，受保險費緩繳政策影響，致110年部分滯納金遞延至111年。
- 2、其他收入主要為呆帳收回及過期帳，112年行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金240億元。
- 3、112年投資收益率較111年為高，預期我國中央銀行將會升息所致。

17



推估方法-保險成本架構

保險成本 = 醫療給付費用總額 - 非保險給付支出 + 其他保險成本



18



推估方法-非保險給付支出

■ 保險對象應自行負擔之費用

以歷史平均成長趨勢推估

■ 代墊保險對象應自行負擔之費用

◎ 項目：榮民及榮眷、低收入戶、油症患者、三歲以下兒童、替代役男、警消海巡空勤軍

◎ 參考本報告推估未來人口趨勢及個別項目歷史醫療利用狀況推估

■ 代位求償獲償金額

參考目前求償原則之獲償金額定值推估

■ 菸捐挹注罕病用藥

依收入面推估菸品健康福利捐之課徵金額，按目前受配比率推估

19



推估方法-保險成本

◎112年度醫療給付費用總額醫院及西醫基層部門尚未達共識，目前整體成長率協商結果分別為付費者代表版2.821%及醫界版代表4.224%。

年別	醫療給付費用總額(億元)	成長率	非保險給付支出占率	保險成本(億元)	
108年	7,153	4.417%	8.24%	6,566	
109年	7,526	5.237%	7.65%	6,954	
110年	7,836	4.107%	7.22%	7,274	
111年(預估)	8,096	3.320%	7.08%	7,529	
112年(預估)	2.821% (付費者代表版)	8,324	2.821%	6.94%	7,752
	4.224% (醫界代表版)	8,437	4.224%	6.86%	7,865

說明：保險成本=醫療給付費用總額-非保險給付支出+其他保險成本，其他保險成本包括保險費小額(10元以內)短繳、逾二年保險收支未兌現支票重開，108年至110年分別為119萬餘元、443萬餘元及176萬餘元。

20



平衡費率試算假設、方式及結果^{1/5}

試算假設及方式

■計算平衡費率之假設條件

◎醫療給付費用總額成長率：

□112年暫依9/21協商結果分別為付費者代表版本2.821%及醫界代表版本4.224%

□113年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估

✓非協商因素：

➢醫療服務成本指數改變率：以近5年(108年至112年)平均值推估

➢人口結構改變對醫療服務點數之影響率：參考國發會人口資料，隨人口變動

➢投保人口預估成長率：採收入面推計結果

➢一般服務總費用占率：以近5年(108年至112年)平均值推估

➢投保人口成長率差值：採收入面投保人口預估數差值校正

✓協商因素：

➢協商調整因素：95年至111年排除「最高及最低各4個極端值」後，取9年平均值推估

◎113~115年保險收入平均年成長率：0.79%

◎113~115年總額平均年成長率：4.14%

21



平衡費率試算假設、方式及結果^{2/5} 依「現行費率5.17%」推估(付費者代表版本)

◎112年保險收支累計結餘約802億元(約當1.24個月保險給付支出)。

◎113年安全準備餘額不足1個月保險給付支出。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
110年	-	5.17%	-	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111年(P)	-	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112年(P)	5.21%	5.17%	-	7,703	7,752	2.821%	-49	802	1.24
113年(P)	5.38%	5.17%	-	7,636	7,930	2.240%	-295	507	0.77
114年(P)	5.51%	5.17%	-	7,775	8,280	4.224%	-505	2	0.00
115年(P)	5.77%	5.17%	-	7,887	8,799	5.977%	-912	-910	-1.24

註：112年度總額成長率採2.821%，113年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

22



平衡費率試算假設、方式及結果^{3/5} 依「現行費率5.17%」推估(醫界代表版本)

◎112年保險收支累計結餘約689億元(約當1.05個月保險給付支出)。

◎113年安全準備餘額不足1個月保險給付支出。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
110年	-	5.17%	-	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111年(P)	-	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112年(P)	5.29%	5.17%	-	7,703	7,865	4.224%	-162	689	1.05
113年(P)	5.46%	5.17%	-	7,634	8,045	2.240%	-411	278	0.41
114年(P)	5.60%	5.17%	-	7,771	8,400	4.224%	-629	-351	-0.50
115年(P)	5.86%	5.17%	-	7,881	8,926	5.977%	-1,045	-1,396	-1.88

註：112年度總額成長率採4.224%，113年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

23



平衡費率試算假設、方式及結果^{4/5} 依「年底安全準備1個月」推估(付費者代表版本)

◎113年保險費率由5.17%調整為5.28%。

◎114年及115年保險費率分別再調整為5.54%及5.80%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
110年	-	5.17%	-	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111年(P)	-	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112年(P)	5.21%	5.17%	-	7,703	7,752	2.821%	-49	802	1.24
113年(P)	5.38%	5.28%	2.13%	7,792	7,930	2.240%	-138	664	1.01
114年(P)	5.51%	5.54%	4.92%	8,321	8,280	4.224%	41	705	1.02
115年(P)	5.77%	5.80%	4.69%	8,841	8,799	5.977%	43	748	1.02

註：112年度總額成長率採2.821%，113年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

24



平衡費率試算假設、方式及結果^{5/5} 依「年底安全準備1個月」推估(醫界代表版本)

◎113年保險費率由5.17%調整為5.45%。

◎114年及115年保險費率分別再調整為5.61%及5.89%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
110年	-	5.17%	-	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111年(P)	-	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112年(P)	5.29%	5.17%	-	7,703	7,865	4.224%	-162	689	1.05
113年(P)	5.46%	5.45%	5.42%	8,036	8,045	2.240%	-9	680	1.02
114年(P)	5.60%	5.61%	2.94%	8,425	8,400	4.224%	25	705	1.01
115年(P)	5.86%	5.89%	4.99%	8,974	8,926	5.977%	49	754	1.01

註：112年度總額成長率採4.224%，113年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

25



敏感度分析及試算-敏感度分析

	低推估	高推估
收入面	✓ 112年起補充保險費金額減少5%	✓ 112年起補充保險費金額增加5%
支出面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 112年度醫療給付費用總額成長率付費者版本增加0.5個百分點(3.321%) ✓ 112年起實施部分負擔新制 ✓ 112年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支 	✓ 112年度醫療給付費用總額成長率醫界版本減少0.5個百分點(3.724%)

26



敏感度分析及試算-試算結果

假設條件		保險費率5.17%下 預估112年安全準備 增減金額	按112年維持收支 平衡之費率，本假設 與基本假設之差異
收入面	112年起補充保險費金額增減5%	42億元	增減0.03個百分點
支出面	112年度醫療給付費用總額成長率增減0.5個百分點	40億元	增減0.03個百分點
	112年起實施部分負擔新制	99.9億元	減少0.07個百分點
	112年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支	8億元	減少0.01個百分點

27



結論

- 截至111年底，保險收支累計結餘預估為851億元(約當1.36個月保險給付支出)。
- 在維持現行費率5.17%下，112年度醫療給付費用總額成長率分別以下列版本試算之結果，預估皆可維持當年1個月保險給付支出的水準：
 - ◎**付費者代表版本2.821%**
 - ★112年底保險收支累計結餘約為802億元(約當1.24個月保險給付支出)。
 - ◎**醫界代表版本4.224%**
 - ★112年底保險收支累計結餘約為689億元(約當1.05個月保險給付支出)。
- 以上試算結果，提請討論。

目次

一、敏感度分析說明.....	第 60 頁
二、敏感度分析試算表	
(一)112 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 2.821%	
1、112 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 61 頁
2、112 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 62 頁
3、112 年起實施部分負擔新制.....	第 63 頁
4、112 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」10 億元未動支.....	第 64 頁
(二)112 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版本 4.224%	
1、112 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 65 頁
2、112 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 66 頁
3、112 年起實施部分負擔新制.....	第 67 頁
4、112 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支.....	第 68 頁
(三)112 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點.....	第 69 頁
三、109 年至 112 年健保財務收支情形表.....	第 71 頁

一、敏感度分析說明

(一)分別以 112 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 2.821%及醫界代表版本 4.224%，試算下列假設條件以及 112 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果：

- 1、112 年起補充保險費金額減少 5%。
- 2、112 年起補充保險費金額增加 5%。
- 3、112 年起實施部分負擔新制。
- 4、112 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支。

(二)分別以 112 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 2.821%及醫界代表版本 4.224%，試算增減 0.5 個百分點之結果。

二、敏感度分析試算表：

(一)112 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 2.821%

1.自 112 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,661	7,752	2.821%	-91	760	1.18
113 年(P)	5.17%	-	7,592	7,930	2.240%	-338	422	0.64
114 年(P)	5.17%	-	7,730	8,280	4.224%	-550	-129	-0.19
115 年(P)	5.17%	-	7,840	8,799	5.977%	-958	-1,087	-1.48

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,661	7,752	2.821%	-91	760	1.18
113 年(P)	5.34%	3.29%	7,836	7,930	2.240%	-94	666	1.01
114 年(P)	5.56%	4.12%	8,305	8,280	4.224%	24	690	1.00
115 年(P)	5.84%	5.04%	8,849	8,799	5.977%	50	741	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2.自 112 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,745	7,752	2.821%	-7	844	1.31
113 年(P)	5.17%	-	7,679	7,930	2.240%	-251	593	0.90
114 年(P)	5.17%	-	7,819	8,280	4.224%	-461	133	0.19
115 年(P)	5.17%	-	7,934	8,799	5.977%	-865	-733	-1.00

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,745	7,752	2.821%	-7	844	1.31
113 年(P)	5.22%	0.97%	7,752	7,930	2.240%	-179	665	1.01
114 年(P)	5.50%	5.36%	8,307	8,280	4.224%	27	693	1.00
115 年(P)	5.77%	4.91%	8,843	8,799	5.977%	44	737	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 112 年起實施部分負擔新制

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,704	7,652	2.821%	52	902	1.42
113 年(P)	5.17%	-	7,637	7,829	2.240%	-192	711	1.09
114 年(P)	5.17%	-	7,778	8,177	4.224%	-400	311	0.46
115 年(P)	5.17%	-	7,892	8,695	5.977%	-803	-492	-0.68

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,704	7,652	2.821%	52	902	1.42
113 年(P)	5.17%	-	7,637	7,829	2.240%	-192	711	1.09
114 年(P)	5.43%	5.03%	8,162	8,177	4.224%	-15	696	1.02
115 年(P)	5.73%	5.52%	8,736	8,695	5.977%	41	737	1.02

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4. 112 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,744	2.821%	-41	810	1.26
113 年(P)	5.17%	-	7,636	7,922	2.240%	-286	524	0.79
114 年(P)	5.17%	-	7,775	8,272	4.224%	-497	26	0.04
115 年(P)	5.17%	-	7,887	8,791	5.977%	-903	-877	-1.20

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,744	2.821%	-41	810	1.26
113 年(P)	5.27%	1.93%	7,780	7,922	2.240%	-142	668	1.01
114 年(P)	5.53%	4.93%	8,308	8,272	4.224%	36	704	1.02
115 年(P)	5.79%	4.70%	8,828	8,791	5.977%	38	742	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(二)112 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.224%

1.自 112 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,661	7,865	4.224%	-204	647	0.99
113 年(P)	5.17%	-	7,590	8,045	2.240%	-455	192	0.29
114 年(P)	5.17%	-	7,726	8,400	4.224%	-674	-482	-0.69
115 年(P)	5.17%	-	7,834	8,926	5.977%	-1,091	-1,573	-2.12

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.18%	0.19%	7,673	7,865	4.224%	-191	660	1.01
113 年(P)	5.50%	6.18%	8,062	8,045	2.240%	17	677	1.01
114 年(P)	5.65%	2.73%	8,433	8,400	4.224%	33	710	1.02
115 年(P)	5.92%	4.78%	8,967	8,926	5.977%	42	752	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2.自 112 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,745	7,865	4.224%	-120	731	1.12
113 年(P)	5.17%	-	7,677	8,045	2.240%	-368	363	0.54
114 年(P)	5.17%	-	7,816	8,400	4.224%	-584	-220	-0.32
115 年(P)	5.17%	-	7,928	8,926	5.977%	-998	-1,218	-1.64

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,745	7,865	4.224%	-120	731	1.12
113 年(P)	5.39%	4.26%	7,997	8,045	2.240%	-48	683	1.02
114 年(P)	5.58%	3.53%	8,429	8,400	4.224%	29	712	1.02
115 年(P)	5.85%	4.84%	8,967	8,926	5.977%	42	753	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 112 年起實施部分負擔新制

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,765	4.224%	-61	789	1.22
113 年(P)	5.17%	-	7,635	7,944	2.240%	-308	481	0.73
114 年(P)	5.17%	-	7,774	8,297	4.224%	-523	-42	-0.06
115 年(P)	5.17%	-	7,886	8,822	5.977%	-935	-977	-1.33

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,765	4.224%	-61	789	1.22
113 年(P)	5.30%	2.51%	7,822	7,944	2.240%	-122	667	1.01
114 年(P)	5.54%	4.53%	8,321	8,297	4.224%	24	692	1.00
115 年(P)	5.82%	5.05%	8,868	8,822	5.977%	47	739	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4.112 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,857	4.224%	-154	697	1.07
113 年(P)	5.17%	-	7,634	8,037	2.240%	-403	294	0.44
114 年(P)	5.17%	-	7,771	8,392	4.224%	-620	-327	-0.47
115 年(P)	5.17%	-	7,881	8,918	5.977%	-1,036	-1,363	-1.84

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,857	4.224%	-154	697	1.07
113 年(P)	5.43%	5.03%	8,011	8,037	2.240%	-27	670	1.00
114 年(P)	5.61%	3.31%	8,424	8,392	4.224%	32	703	1.01
115 年(P)	5.88%	4.81%	8,961	8,918	5.977%	43	746	1.00

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(三)112 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點

1. 112 年度醫療給付費用總額成長率 3.321%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,792	3.321%	-89	762	1.17
113 年(P)	5.17%	-	7,635	7,971	2.240%	-336	425	0.64
114 年(P)	5.17%	-	7,773	8,323	4.224%	-549	-124	-0.18
115 年(P)	5.17%	-	7,885	8,844	5.977%	-959	-1,083	-1.47

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,792	3.321%	-89	762	1.17
113 年(P)	5.34%	3.29%	7,880	7,971	2.240%	-91	671	1.01
114 年(P)	5.56%	4.12%	8,351	8,323	4.224%	29	700	1.01
115 年(P)	5.83%	4.86%	8,886	8,844	5.977%	42	742	1.01

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2. 112 年度醫療給付費用總額成長率 3.724%

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,824	3.724%	-122	729	1.12
113 年(P)	5.17%	-	7,634	8,004	2.240%	-370	359	0.54
114 年(P)	5.17%	-	7,772	8,357	4.224%	-585	-225	-0.32
115 年(P)	5.17%	-	7,883	8,880	5.977%	-997	-1,222	-1.65

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
110 年	5.17%	10.23%	7,119	7,274	4.107%	-155	936	1.55
111 年(P)	5.17%	-	7,444	7,529	3.320%	-85	851	1.36
112 年(P)	5.17%	-	7,703	7,824	3.724%	-122	729	1.12
113 年(P)	5.39%	4.26%	7,952	8,004	2.240%	-52	677	1.02
114 年(P)	5.58%	3.53%	8,382	8,357	4.224%	25	702	1.01
115 年(P)	5.86%	5.02%	8,930	8,880	5.977%	50	752	1.02

註：113 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

三、109 年至 112 年健保財務收支情形表

109年至112年健保財務收支情形表
(112年度總額成長率採付費者代表版本2.821%)

單位：億元

項目	109年	110年	111年	112年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,324
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	2.821%
保險成本	6,954	7,274	7,529	7,752
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.51%	2.96%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.08%	6.94%
保險收入	6,278	7,119	7,444	7,703
保險收入成長率	0.87%	13.39%	4.56%	3.49%
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,281	7,536
(一)保險費收入	6,143	6,990	7,323	7,340
1.一般保險費	5,074	5,663	5,832	5,945
2.補充保險費	473	582	663	589
3.政府負擔不足法定36%之差額	596	745	829	806
(二)其他收入	-38	-42	-42	197
二、安全準備相關收入	174	171	163	167
當年安全準備填補金額	850	326	248	216
當年保險收支餘絀	-676	-155	-85	-49
保險收支累計餘絀	1,091	936	851	802
約當保險給付支出月數	1.88	1.55	1.36	1.24

製表日期：111.09.29

- 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、112年保險費率維持以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、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。

109年至112年健保財務收支情形表
(112年度總額成長率採醫界代表版本4.224%)

單位：億元

項目	109年	110年	111年	112年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,526	7,836	8,096	8,437
總額成長率	5.237%	4.107%	3.320%	4.224%
保險成本	6,954	7,274	7,529	7,865
保險成本成長率	5.91%	4.60%	3.51%	4.46%
非保險給付占率	7.65%	7.22%	7.08%	6.86%
保險收入	6,278	7,119	7,444	7,703
保險收入成長率	0.87%	13.39%	4.56%	3.48%
一、保險費相關收入	6,104	6,948	7,281	7,536
(一)保險費收入	6,143	6,990	7,323	7,340
1.一般保險費	5,074	5,663	5,832	5,945
2.補充保險費	473	582	663	589
3.政府負擔不足法定36%之差額	596	745	829	806
(二)其他收入	-38	-42	-42	197
二、安全準備相關收入	174	171	163	166
當年安全準備填補金額	850	326	248	328
當年保險收支餘絀	-676	-155	-85	-162
保險收支累計餘絀	1,091	936	851	689
約當保險給付支出月數	1.88	1.55	1.36	1.05

製表日期：111.09.29

- 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、112年保險費率維持以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、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。

項次	諮詢委員及健保會委員所提意見	補充說明及資料
1	<p>依據健保署 111.9.12 提供資料顯示,111 年健保財務為短絀 314 億元,111.9.29 提供資料為短絀 85 億元,請補充說明前後 17 天相差 229 億元之原因。</p>	<p>主要係兩者計算基礎不同,111.9.12 所提供資料是以去(110)年 11 月財務估計為基礎,尚未包含本(111)年上半年補充保險費收繳超乎預期的影響,而 111.9.29 所提供資料是依 111 年上半年補充保險費實際收繳情形,及國發會於 111 年 8 月 22 日發布最新之「中華民國人口推估(2022 年至 2070 年)」重新進行推估,所以兩者短絀金額才會有所差異。</p>
2	<p>請補充說明行政院主計總處 112 年挹注健保安全準備之 240 億元,係為一次性或常態性撥補、其撥補原因或標準為何,以及 112 年後各年之健保收入推估是否也有計入 240 億元。</p>	<p>112 年行政院主計總處會撥補 240 億元,主要係考量明(112)年健保安全準備可能會不足 1 個月保險給付支出,原投影片第 3 張及第 15 張皆有說明,故 113 年後各年之健保收入均未計入 240 億元。</p>
3	<p>我國已連續 7 年調漲基本工資,110 年、111 年均使健保收入增加超過 50 億元,請補充說明 113 年度以後之財務推估是否已納入基本工資調漲之影響。</p>	<p>勞動部 9/1 召開基本工資審議委員會,決議基本工資由 25,250 元調整為 26,400 元,並自 112 年 1 月 1 日起實施,爰已納入 112 年度保險費率審議方案(草案)之評估,未來將俟勞動部每年召開基本工資審議委員會決議情形,適時納入未來保險費率審議方案。</p>
4	<p>方案內容如有提及保險成本或保險給付之數字時,請一併備註該年度之浮動點值。</p>	<p>有關浮動點值之計算,與當年度申報經核定後之醫療費用點數、專款計畫執行情形及總額結算公式等因素有關,至歷史浮動點值均每月於健保會業務執行報告之「全民健康保險_各總額部門歷年一般服務點值」呈現,供委員參考。110 年浮動點值如後附。</p>

全民健康保險各總額部門 110 年一般服務點值

總額別	牙醫		中醫		西醫基層		醫院		門診透析	
	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值	浮動點值	平均點值
110 年	1.0683	1.0679	1.0870	1.0539	1.1080	1.0756	-	-	0.8578	0.8682
110 年第 1 季	0.9965	0.9965	0.9512	0.9699	1.0466	1.0329	0.8856	0.9343	0.8557	0.8663
110 年第 2 季	1.2460	1.2447	1.2362	1.1460	1.1439	1.1008	-	-	0.8558	0.8663
110 年第 3 季	1.0491	1.0486	1.1361	1.0844	1.1211	1.0843	-	-	0.8591	0.8694
110 年第 4 季	0.9818	0.9820	1.0245	1.0153	1.1205	1.0843	0.9299	0.9607	0.8605	0.8706

註：1.全年點值係採當年各季點值採簡單平均法計算之。

2.110 年第 2 季及第 3 季醫院總額結算方式改變，無一般服務點值。

資料來源：健保會第 5 屆 111 年第 6 次委員會議(健保署業務執行報告)。

107~110 年委員會會議費率審議相關決議

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
110.11.19 討論事項 第 2 案(中 央健康保 險署)	全民健康保 險 111 年 度保險費 率方案(草 案), 提請 審議。	<p>一、全民健康保險111年度保險費率，經本會審議結果，兩案併陳：</p> <p>(一)甲案：維持現行費率5.17%。</p> <p>(二)乙案：費率調整為5.22%~5.32%(以111年度醫療給付費用總額兩案併陳之協商結果，並維持111年底安全準備1個月保險給付支出法定原則估算)。</p> <p>二、請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資料，供費率核定參考。</p> <p>三、依全民健康保險法第24條第3項規定，將上開審議結果及與會人員發言實錄，陳報衛生福利部。</p>
110.8.20 討論事項 (何委員語、 李委員永 振、張委員 文龍、劉委 員守仁、賴 委員博司、 許委員駢 洪、干委員 文男、陳委 員有慶、楊 委員芸蘋、 林委員恩 豪、馬委員 海霞、鄭委 員素華、李 委員麗珍)	為使本會審 議健保費 率更具彈 性、切合 實際情勢 ，建請依 據健保法 第 78 條 規定，以 維持 1~3 個月安全 準備法定 條文規定 ，做為健 保費率審 議依據， 提請討論。	<p>本會審議健保費率依全民健康保險法第 78 條^註規定辦理。</p> <p>註：全民健康保險法第 78 條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則。</p>
109.11.27 討論事項 第 1 案(中 央健康保 險署)	全民健康保 險 110 年 度保險費 率方案(草 案), 提請 審議。	<p>一、全民健康保險 110 年度保險費率，經本會審議結果未能達成共識，綜整在場 38 位委員意見後，獲致兩項建議費率，分別由現行 4.69%調整為甲案：4.97%(18 位委員支持；書面連署 19 位委員，如附件)；乙案：5.47%~5.52%(12 位委員支持)，無意見 8 位。</p> <p>二、依全民健康保險法第 24 條第 3 項規定，本會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，</p>

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
		完成該年度費率之審議。請幕僚將上開審議結果併同與會人員發言實錄，依法陳報衛生福利部。
108.11.15 討論事項 第一案(中央健康保險署)	全民健康保險 109 年度保險費率方案，提請審議。	<p>一、全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、依中央健康保險署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元(以付費者版本為例)，約當 0.32 個月保險給付支出，請衛生福利部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。</p>
107.11.16 討論事項 第五案(中央健康保險署)	108 年度全民健康保險費率方案(草案)，提請審議。	<p>一、108 年度全民健康保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、委員提出保險成本增加項目如有涉及疾病管制署、食品藥物管理署、國民健康署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見。</p>

第二案

提案單位：本會第三組

案由：112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

說明：

- 一、依全民健康保險法第 61 條第 2 項規定，總額協商後本會尚須討論地區預算及相關分配事項，復依 112 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序(略以)，有關各部門總額一般服務地區預算之分配方式：請各總額部門於本(111)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(111.10.6 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提委員會議討論。中華民國牙醫師公會全國聯合會(下稱牙全會)業於 111.10.3、111.10.28 函送 112 年度牙醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 92~94 頁)，爰排入本次會議討論。
- 二、112 年度牙醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 9 次委員會議(111.9.23)決議，付費者代表與牙醫代表委員達成共識方案，112 年度牙醫門診總額涉及需進行地區預算分配之一般服務成長率為 0.702%。
- 三、牙醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況：
 - (一)地區範圍：以中央健康保險署(下稱健保署)六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。
 - (二)牙醫部門自 95 年度開始，一般服務之地區預算，100%依各地區校正人口風險(年齡性別指數)後之保險對象人數占率(R 值)分配。
 - (三)分配參數中，校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)於各年協定情形：

項目	年	87.07~ 88.06	88.07~ 89.12	90	91	92~93	94	95~111
	協定 結果	R	10%	20%	40%	50%	70%	80%
	S	90%	80%	60%	50%	30%	20%	0%

(四)特定用途移撥款：自 99 年度起自一般服務預算移撥部分經費用於特定用途，近年移撥經費及用途，如說明六之彙整表(第 80 頁)。其中移撥用於第 5 項「牙周病統合治療方案」之緣由，說明如下：

1. 「牙周病統合治療方案」係於 108 年度總額導入一般服務(預算 28.08 億元)，牙全會為避免衝擊各分區點值，規劃初期先自一般服務移撥部分經費，作為依各分區執行率分配之預算。
2. 經參考 107 年評核委員審慎考量其妥適性之建議，於 107 年第 10 次委員會議(107.11.16)決議：請以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式及預算分配。對此，牙全會代表於相關會議表示將以 5 年為期，逐年調降依各分區執行率分配預算之比率(下稱移撥比率)，即逐年回歸依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配預算。
3. 查 108~111 年度移撥比率逐年減少 20%，分別為 90%、70%、50%、30%。另於 110 年第 7 次委員會議(110.11.19)討論 111 年度地區預算分配時，針對該移撥經費決議：「牙周病統合治療方案」項目，自 113 年度總額起，回歸依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配。

四、牙全會函提 112 年度地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

(一)該建議業經牙全會第 14 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議。

(二)建議內容：

1. 牙醫門診總額一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算已達 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配。
2. 特定用途移撥款：建議移撥 12.9702 億元，用於下列項目：
 - (1)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」：經費 2 億元，為避免因預算不足，排擠偏鄉民眾就醫之權利。

- (2)「牙醫特殊醫療服務計畫」：經費 0.5 億元，為避免因預算不足，排擠身障民眾就醫之權利。
- (3)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」：經費 0.8 億元，用以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題。
- (4)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」：經費 0.3 億元，用於投保人口就醫率最高之二區(中區 0.2 億元，高屏 0.1 億元)。
- (5)「牙周病統合治療方案」：經費 9.2202 億元，六區預算按 110 年 7 月至 111 年 6 月第二階段支付 91022C 之申報件數執行率分配。
- (6)「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」：經費 0.15 億元，為獎勵該季點值不到每點 1 元的分區配合執行「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，該分區執行 91090C 醫令每點支付金額最高補至每點 1 元。
- (7)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」；若再有剩餘則回歸一般服務費用，並依 110 年第 4 季人口風險因子(R 值)分配至各區。

五、健保署對牙全會所提建議方案之執行面意見，及移撥款執行結果，詳附件二(第 95 頁)。

六、112 年度一般服務(不含原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度 116.4 百萬元)地區預算分配方式，已 100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數占率(R 值)分配，待討論事項為「特定用途移撥款」內容：

- (一)彙整 108~111 年度移撥款及牙全會 112 年度之建議(如下表):
 - 1.第 1 項至第 4 項，移撥用途及經費與 111 年度相同。
 - 2.第 5 項「牙周病統合治療方案」，用途與 111 年度相同，經費 9.2202 億元，較 111 年度(8.724 億元)增加。

3. 新增第 6 項移撥用途「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，經費 0.15 億元，為獎勵該季點值不到每點 1 元的分區執行 91090C，執行該醫令支付金額最高補至每點 1 元。

單位：億元

用途項目	108 年度	109 年度	110 年度	111 年度	112 年度
1. 醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用	2	2	2	2	2
2. 牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	—	0.5	0.5	0.5
3. 牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.8	0.65	0.8	0.8	0.8
4. 該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款	0.15	0.3	0.3	0.3	0.3
5. 牙周病統合治療方案(註)	25.272 (28.08 *90%)	19.656 (28.08 *70%)	14.04 (28.08 *50%)	8.724 (29.08*30%)	9.2202 (30.734*30%)
6. 高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)	—	—	—	—	0.15
7. 移撥款若有結餘之用途	回歸一般服務費用。	1. 優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 若再有剩餘，用於「因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案(109 年、110 年分別為 0.4 億元、1 億元)」。 3. 若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1. 優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1. 優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 若再有剩餘，則回歸一般服務費用。	1. 優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」。 2. 若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
合計 (移撥經費占當年度一般服務預算比率)	28.722 (約 6.5%)	22.606 (約 5.0%)	17.64 (約 3.8%)	12.324 (約 2.6%)	12.9702 (約 2.7%)

註：牙周病統合治療方案，於 108 年導入一般服務編列 28.08 億元，移撥款計算方式如下：
 1. 108~110 年：移撥比率(分別為 90%、70%、50%)*108 年該方案預算 28.08 億元計算。
 2. 111 年：移撥比率 30%*29.08 億元，29.08 億元=108 年該方案預算 28.08 億元*(1+109 年度一般服務成長率 3.559%)。
 3. 112 年：移撥比率 30%*30.734 億元，30.734 億元=108 年該方案預算 28.08 億元*(1+109 年度一般服務成長率 3.559%)*(1+110 年度一般服務成長率 3.054%)*(1+111 年度一般服務成長率 1.843%)*(1+112 年度一般服務成長率 0.702%)。

(二)本會研析意見：

1.第 1 項至第 4 項及新增第 6 項，建議可依照牙全會所提用途及經費：

牙全會建議前 4 項移撥用途及經費，係比照 111 年度維持不變。新增第 6 項「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」，移撥經費 0.15 億元，係為加強推動 111 年度一般服務新增項目「高風險疾病口腔照護」，尚屬合理。

2.第 5 項「牙周病統合治療方案」用途同過去年度，但 112 年度移撥經費額度較 111 年度為高，建請討論：

(1)歷年移撥經費及計算方式(詳下表)：

①108~111 年度移撥比率分別為 90%、70%、50%、30%，逐年減少 20%，移撥經費介於 25.272 億元~8.724 億元，且逐年降低。

②112 年度移撥經費 9.2202 億元，較 111 年度 8.724 億元為高，經洽牙全會，其計算方式為 30%*30.734 億元，移撥比率仍維持 111 年度之 30%，惟其方案預算基礎 30.734 億元改以 108 年該方案一般服務預算(28.08 億元)累滾至 112 年之費用計算。相較 111 年度，因方案預算基礎成長，雖移撥比率維持不變，移撥經費額度仍呈現增加情形。

年度	移撥比率 (A)	方案預算基礎 (億元) (B)	移撥額度 (億元) (C=A*B)
108	90%	28.08 =108 年該方案預算(28.08)	25.272
109	70%		19.656
110	50%		14.04
111	30%	29.08 =108 年該方案預算(28.08) *(1+109 年度一般服務成長率 3.559%)	8.724
112 (牙全會 建議案)	30%	30.734 =108 年該方案預算(28.08) *(1+109 年度一般服務成長率 3.559%) *(1+110 年度一般服務成長率 3.054%) *(1+111 年度一般服務成長率 1.843%) *(1+112 年度一般服務成長率 0.702%)	9.2202

(2)建議 112 年度移撥經費不宜大於 111 年度(8.724 億元)：

牙周病統合治療既屬一般服務項目，則理應回歸以民眾需求面之人口占率分配為宜，而牙全會為考量對服務面之點值影響，乃於過渡期訂有特定用途移撥款，依申報件數執行率分配，但移撥款應逐年遞減方屬合理。爰建議 112 年度移撥經費不宜大於 111 年度，至多維持 111 年度經費額度 8.724 億元。

(3)建請委員討論本項移撥經費額度：

①牙全會建議移撥額度 9.2202 億元(較 111 年度增加約 0.5 億元)。

②本會建議移撥額度 8.724 億元(同 111 年度)。

七、依 112 年度醫療給付費用總額協商架構及原則，需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 111 年 12 月底前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

提供 110 年地區預算分配參數、歷年各分區年齡性別人口指數、投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、醫師數與醫療利用(就醫人數、次數、點數)，及點值等資料供參(如表 1 至 7，第 83~91 頁)。

擬辦：

- 一、確認 112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配方式後，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

決議：

表1-1 110年牙醫門診總額地區預算分配參數

年 分區	分配參數數值 R值	R值校正因子(註)	
		=(A*B)	
參數占率	100%	保險對象人數 占率(A)	年齡性別指數 (B)
台北	0.37118	0.36904	1.00582
北區	0.16018	0.16035	0.99895
中區	0.18119	0.18118	1.00006
南區	0.12834	0.12952	0.99087
高屏	0.13933	0.13993	0.99570
東區	0.01978	0.01999	0.98964

資料來源：健保署，牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.110年牙醫門診總額地區預算係依108年度各季R值相關參數分配。

2.R值之計算，以保險對象人數占率為基礎，並校正年齡性別指數。

3.各項參數均為4季均值。

表1-2 106~110年牙醫門診總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	R值校正因子(註)				
	106	107	108	109	110
台北	1.00456	1.00504	1.00582	1.00568	1.00549
北區	1.00231	1.00045	0.99895	0.99909	0.99909
中區	1.00143	1.00077	1.00006	0.99999	1.00008
南區	0.99041	0.99104	0.99087	0.99100	0.99126
高屏	0.99424	0.99511	0.99570	0.99580	0.99579
東區	0.98895	0.98955	0.98964	0.98993	0.99053

註：1.資料來源：健保署，牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

2.各分區人口指數為4季均值。

表1-3 110年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額一般服務
預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口 占率 ^(註1)	戶籍人口 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人 預算數(元) ^(註2)
台北	36.9%	32.1%	37.1%	1,914
北區	16.3%	16.4%	16.0%	1,866
中區	18.1%	19.5%	18.1%	1,903
南區	12.8%	14.1%	12.8%	1,910
高屏	13.9%	15.6%	13.9%	1,904
東區	2.0%	2.3%	2.0%	1,905
全區	100.0%	100.0%	100.0%	1,902

表1-4 110年較95年投保人口、戶籍人口、牙醫門診總額
一般服務預算及平均每人預算數成長率

分區	投保人口 成長率 ^(註1)	戶籍人口 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	10.2%	2.3%	48.3%	34.6%
北區	17.5%	14.5%	53.8%	30.8%
中區	4.7%	2.6%	40.2%	34.0%
南區	-2.9%	-3.8%	32.0%	36.0%
高屏	-1.1%	-2.4%	33.7%	35.1%
東區	-10.1%	-8.0%	22.2%	36.0%
全區	6.3%	2.2%	42.6%	34.2%

註：1.投保人數(4季季中均值)採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及
附件；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。相關資料詳表2。

2.一般服務預算不含品質保證保留款、專款項目及特定用途移撥款，相關資料詳表3。

表2 95、106~110年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年成 長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,931	8,668	8,716	8,753	8,769	8,738	806	10.2%
北區	3,292	3,742	3,776	3,803	3,838	3,869	577	17.5%
中區	4,099	4,271	4,289	4,297	4,299	4,291	192	4.7%
南區	3,117	3,092	3,088	3,072	3,057	3,027	-91	-2.9%
高屏	3,333	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	-37	-1.1%
東區	521	483	478	474	472	468	-53	-10.1%
全區	22,294	23,590	23,671	23,720	23,752	23,689	1,395	6.3%
年 分區	戶籍人口數(千人)						110較95年 增加值	110較95年成 長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	7,337	7,648	7,642	7,640	7,608	7,502	166	2.3%
北區	3,354	3,735	3,772	3,807	3,834	3,839	485	14.5%
中區	4,438	4,571	4,579	4,582	4,578	4,554	116	2.6%
南區	3,421	3,357	3,346	3,333	3,317	3,290	-131	-3.8%
高屏	3,746	3,711	3,703	3,698	3,685	3,655	-90	-2.4%
東區	581	549	547	543	540	535	-47	-8.0%
全區	22,877	23,571	23,589	23,603	23,561	23,375	499	2.2%
年 分區	投保人口占率(%)						110較95年 增加值	
	95	106	107	108	109	110		
台北	35.6%	36.7%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	1.3%	
北區	14.8%	15.9%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	1.6%	
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%	
南區	14.0%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	-1.2%	
高屏	15.0%	14.1%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.0%	
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.4%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	
年 分區	戶籍人口占率(%)						110較95年 增加值	
	95	106	107	108	109	110		
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	0.0%	
北區	14.7%	15.8%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	1.8%	
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	0.1%	
南區	15.0%	14.2%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	-0.9%	
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	-0.7%	
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%	
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—	

資料來源：投保人數(4季季中均值)採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件；
戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料。

表3 95、106~110年牙醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	11,278	14,343	14,740	15,119	15,993	16,726	5,449	48.3%
北區	4,695	6,150	6,329	6,514	6,897	7,219	2,524	53.8%
中區	5,822	7,084	7,254	7,427	7,836	8,165	2,343	40.2%
南區	4,380	5,126	5,222	5,316	5,585	5,782	1,402	32.0%
高屏	4,697	5,547	5,661	5,754	6,037	6,278	1,581	33.7%
東區	729	807	819	829	864	891	162	22.2%
全區	31,601	39,058	40,025	40,959	43,212	45,062	13,460	42.6%

年 分區	平均每人預算數(元)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	1,422	1,655	1,691	1,727	1,824	1,914	492	34.6%
北區	1,426	1,643	1,676	1,713	1,797	1,866	440	30.8%
中區	1,420	1,658	1,691	1,728	1,823	1,903	483	34.0%
南區	1,405	1,658	1,691	1,730	1,827	1,910	505	36.0%
高屏	1,409	1,664	1,703	1,733	1,820	1,904	495	35.1%
東區	1,400	1,671	1,712	1,749	1,832	1,905	504	36.0%
全區	1,417	1,656	1,691	1,727	1,819	1,902	485	34.2%

年 分區	預算數占率(%)						110較95年 增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	35.7%	36.7%	36.8%	36.9%	37.0%	37.1%	1.43%
北區	14.9%	15.7%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	1.16%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.30%
南區	13.9%	13.1%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	-1.03%
高屏	14.9%	14.2%	14.1%	14.0%	14.0%	13.9%	-0.93%
東區	2.3%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.33%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	106	107	108	109	110
台北	0.4%	2.9%	2.8%	2.6%	5.8%	4.6%
北區	7.1%	3.3%	2.9%	2.9%	5.9%	4.7%
中區	0.2%	2.4%	2.4%	2.4%	5.5%	4.2%
南區	4.0%	2.0%	1.9%	1.8%	5.1%	3.5%
高屏	3.2%	2.1%	2.1%	1.6%	4.9%	4.0%
東區	7.1%	1.5%	1.5%	1.2%	4.2%	3.1%
全區	2.4%	2.6%	2.5%	2.3%	5.5%	4.3%

資料來源：健保署，預算數摘自牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.本表不含品質保證保留款、專款項目及特定用途移撥款(移撥經費106~110年分別為4.156、3.45、28.722、22.606及17.64億元。

2.平均每人預算數=預算數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

表4 90、106~110年各分區牙醫師分布情形

年 分區	牙醫師數(人)						110較90年 增加值	110較90年 成長率
	90	106	107	108	109	110		
台北	3,660	5,962	6,125	6,328	6,478	6,552	2,892	79.0%
北區	1,051	1,898	1,986	2,057	2,153	2,253	1,202	114.4%
中區	1,741	2,600	2,662	2,698	2,757	2,825	1,084	62.3%
南區	963	1,590	1,623	1,644	1,672	1,683	720	74.8%
高屏	1,303	2,016	2,049	2,108	2,152	2,217	914	70.1%
東區	146	210	217	217	215	217	71	48.6%
全區	8,864	14,276	14,662	15,052	15,427	15,747	6,883	77.7%

年 分區	每萬人口牙醫師數						110較90年 增加值	110較90年 成長率
	90	106	107	108	109	110		
台北	5.11	7.80	8.01	8.28	8.51	8.73	3.63	71.0%
北區	3.34	5.08	5.26	5.40	5.62	5.87	2.53	75.5%
中區	4.01	5.69	5.81	5.89	6.02	6.20	2.19	54.7%
南區	2.81	4.74	4.85	4.93	5.04	5.12	2.30	81.8%
高屏	3.49	5.43	5.53	5.70	5.84	6.06	2.57	73.8%
東區	2.44	3.83	3.97	4.00	3.98	4.06	1.62	66.1%
全區	3.96	6.06	6.22	6.38	6.55	6.74	2.78	70.3%

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

註：牙醫師數採每年12月數值；每萬人口牙醫師數=(牙醫師數/年底戶籍人口數)×10,000。

表5 95、106~110年牙醫門診總額各分區就醫人數及就醫率

年 分區	就醫人數(千人)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	3,275	3,986	4,060	4,134	3,991	3,787	511	15.6%
北區	1,347	1,789	1,822	1,864	1,824	1,767	420	31.2%
中區	1,915	2,280	2,304	2,334	2,268	2,197	283	14.8%
南區	1,224	1,470	1,474	1,497	1,463	1,418	194	15.9%
高屏	1,414	1,695	1,699	1,727	1,688	1,644	230	16.3%
東區	197	208	207	208	203	196	-2	-0.8%
全區	9,155	11,167	11,312	11,508	11,200	11,010	1,855	20.3%

年 分區	就醫率(%)						110較95年增加值
	95	106	107	108	109	110	
台北	41.3%	46.0%	46.6%	47.2%	45.5%	43.3%	2.0%
北區	40.9%	47.8%	48.3%	49.0%	47.5%	45.7%	4.8%
中區	46.7%	53.4%	53.7%	54.3%	52.8%	51.2%	4.5%
南區	39.3%	47.5%	47.7%	48.7%	47.9%	46.9%	7.6%
高屏	42.4%	50.8%	51.1%	52.0%	50.9%	49.9%	7.5%
東區	37.9%	43.1%	43.4%	43.9%	43.0%	41.8%	3.9%
全區	41.1%	47.3%	47.8%	48.5%	47.2%	46.5%	5.4%
差值	8.8%	10.3%	10.4%	10.4%	9.7%	9.4%	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.就醫人數係依當年度有就醫者之身分證字號及就醫分區別歸戶計算人數。

2.就醫率=就醫人數/4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

3.差值=分區中最高值-分區中最低值。

表6-1 95、106~110年牙醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	9,891	11,584	11,842	12,148	11,842	10,878	988	10.0%
北區	3,831	4,913	5,036	5,196	5,137	4,886	1,055	27.5%
中區	5,818	6,537	6,650	6,749	6,580	6,299	481	8.3%
南區	3,712	4,447	4,473	4,555	4,470	4,255	543	14.6%
高屏	4,502	5,288	5,332	5,371	5,249	5,037	535	11.9%
東區	593	600	598	595	585	545	-48	-8.1%
全區	28,347	33,369	33,930	34,615	33,862	31,900	3,553	12.5%
年 分區	平均每人門診就醫次數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	1.25	1.34	1.36	1.39	1.35	1.25	0.00	-0.2%
北區	1.16	1.31	1.33	1.37	1.34	1.26	0.10	8.5%
中區	1.42	1.53	1.55	1.57	1.53	1.47	0.05	3.4%
南區	1.19	1.44	1.45	1.48	1.46	1.41	0.21	18.0%
高屏	1.35	1.59	1.60	1.62	1.58	1.53	0.18	13.1%
東區	1.14	1.24	1.25	1.26	1.24	1.16	0.03	2.3%
全區	1.27	1.41	1.43	1.46	1.43	1.35	0.08	5.9%
倍數	1.25	1.28	1.28	1.29	1.28	1.31	—	—

表6-2 95、106~110年牙醫門診總額各分區門診費用點數

年 分區	門診費用點數(百萬點)						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	11,042	15,262	15,756	16,208	16,367	15,240	4,198	38.0%
北區	4,399	6,862	7,129	7,378	7,461	7,131	2,732	62.1%
中區	6,807	8,573	8,893	9,017	9,091	8,946	2,138	31.4%
南區	4,149	5,886	5,978	6,054	6,128	5,851	1,702	41.0%
高屏	5,072	6,617	6,739	6,915	7,029	6,837	1,765	34.8%
東區	659	845	851	838	852	797	138	20.9%
全區	32,127	44,044	45,346	46,410	46,928	44,801	12,674	39.4%
年 分區	平均每人門診費用點數						110較95年 增加值	110較95年 成長率
	95	106	107	108	109	110		
台北	1,392	1,761	1,808	1,852	1,866	1,744	352	25.3%
北區	1,336	1,834	1,888	1,940	1,944	1,843	507	37.9%
中區	1,661	2,007	2,074	2,098	2,114	2,085	424	25.5%
南區	1,331	1,904	1,936	1,970	2,005	1,933	602	45.2%
高屏	1,522	1,985	2,028	2,083	2,119	2,074	552	36.3%
東區	1,265	1,749	1,779	1,768	1,805	1,702	438	34.6%
全區	1,441	1,867	1,916	1,957	1,976	1,891	450	31.2%
倍數	1.31	1.15	1.17	0.84	1.17	1.22	—	—

資料來源：111年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽；投保人數採牙醫門診總額各分區一般服務每點支付金額結算參數及附件。

註：1.平均每人就醫次數及費用點數之計算，分母採4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

2.倍數=分區中最高值/分區中最低值

表7~1 103~111年第1季牙醫門診總額各季浮動點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	0.8866	0.9951	0.9219	0.9487	0.9203	1.0748	0.9313	6	2	4	3	5	1
103Q2	0.9365	1.0323	0.9747	1.0186	0.9811	1.1582	0.9706	6	2	5	3	4	1
103Q3	0.8812	0.9951	0.9456	0.9881	0.9683	1.1322	0.9461	6	2	5	3	4	1
103Q4	0.9389	1.0266	0.9772	1.0227	0.9795	1.1534	0.9728	6	2	5	3	4	1
104Q1	0.8513	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846	1.1371	0.9770	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9677	1.0679	1.0069	1.0363	0.9797	1.1430	0.9980	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9004	0.9797	0.9536	0.9648	0.9605	1.0789	0.9523	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9584	1.0391	0.9782	1.0070	1.0202	1.1557	0.9843	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9058	0.9922	0.9643	0.9680	0.9916	1.0913	0.9595	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8788	0.9558	0.9486	0.9467	0.9554	1.0672	0.9303	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8750	0.9490	0.9309	0.9421	0.9673	1.0744	0.9217	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9198	1.0037	0.9759	0.9884	0.9932	1.0982	0.9575	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8832	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8951	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8751	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.8984	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9771	1.0480	1.0323	1.0340	1.0252	1.1554	1.0053	6	2	4	3	5	1
109Q3	0.8659	0.9446	0.9671	0.9710	0.9741	1.1132	0.9425	6	5	4	3	2	1
109Q4	0.9491	1.0204	1.0230	1.0275	1.0068	1.1579	0.9829	6	4	3	2	5	1
110Q1	0.9430	1.0365	1.0082	1.0452	1.0250	1.1961	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.3400	1.3212	1.2318	1.3026	1.2249	1.4910	1.2460	2	3	5	4	6	1
110Q3	0.9401	0.9933	1.0248	1.0467	1.0482	1.1941	1.0491	6	5	4	3	2	1
110Q4	0.9339	0.9998	0.9888	1.0384	1.0036	1.1765	0.9818	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9613	1.0450	1.0115	1.0727	1.0281	1.2101	1.0048	6	3	5	2	4	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.浮動點值 = [當季預算 - (藥費及議定點值核算之金額)] ÷ 浮動之服務項目核定總點數。

2.因應COVID-19疫情影響，109年牙醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.依據「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」，平均點值超過 1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109、110、111年因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫。

表7~2 103~110年第1季牙醫門診總額各季平均點值分布情形

分區 年(季)	點 值							點 值 排 序					
	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
103Q1	0.8933	1.0026	0.9264	0.9598	0.9257	1.0856	0.9320	6	2	4	3	5	1
103Q2	0.9280	1.0242	0.9703	1.0078	0.9755	1.1415	0.9708	6	2	5	3	4	1
103Q3	0.8920	1.0029	0.9485	0.9928	0.9697	1.1346	0.9466	6	2	5	3	4	1
103Q4	0.9291	1.0198	0.9746	1.0173	0.9786	1.1477	0.9731	6	2	5	3	4	1
104Q1	0.8685	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121	6	2	4	3	5	1
104Q2	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612	6	2	4	3	5	1
104Q3	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845	6	2	5	3	4	1
104Q4	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772	6	3	4	2	5	1
105Q1	0.9605	1.0549	1.0053	1.0336	0.9803	1.1401	0.9981	6	2	4	3	5	1
105Q2	0.9140	0.9988	0.9587	0.9757	0.9627	1.0884	0.9527	6	2	5	3	4	1
105Q3	0.9479	1.0263	0.9763	1.0008	1.0142	1.1416	0.9844	6	2	5	4	3	1
105Q4	0.9166	1.0025	0.9658	0.9741	0.9946	1.1006	0.9599	6	2	5	4	3	1
106Q1	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512	6	2	3	4	5	1
106Q2	0.8871	0.9653	0.9503	0.9492	0.9556	1.0678	0.9309	6	2	4	5	3	1
106Q3	0.8768	0.9509	0.9331	0.9433	0.9664	1.0724	0.9224	6	3	5	4	2	1
106Q4	0.9120	0.9918	0.9721	0.9815	0.9906	1.0932	0.9578	6	2	5	4	3	1
107Q1	0.8912	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325	6	2	5	4	3	1
107Q2	0.8937	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411	6	3	5	4	2	1
107Q3	0.8803	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462	6	4	5	3	2	1
107Q4	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525	6	3	5	4	2	1
108Q1	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576	6	4	5	3	2	1
108Q2	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557	6	5	3	4	2	1
108Q3	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582	6	4	5	2	3	1
108Q4	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9626	1.0347	1.0285	1.0283	1.0221	1.1523	1.0052	6	2	3	4	5	1
109Q3	0.8879	0.9679	0.9733	0.9809	0.9795	1.1189	0.9430	6	5	4	2	3	1
109Q4	0.9336	1.0033	1.0177	1.0187	1.0034	1.1485	0.9830	6	5	3	2	4	1
110Q1	0.9446	1.0325	1.0094	1.0423	1.0230	1.1872	0.9965	6	3	5	2	4	1
110Q2	1.2548	1.2572	1.2100	1.2718	1.2038	1.4382	1.2447	4	3	5	2	6	1
110Q3	1.0192	1.0656	1.0423	1.0837	1.0645	1.2382	1.0486	6	3	5	2	4	1
110Q4	0.9356	0.9983	0.9922	1.0392	1.0081	1.1773	0.9820	6	4	5	2	3	1
111Q1	0.9564	1.0342	1.0094	1.0664	1.0254	1.2021	1.0048	6	3	5	2	4	1

資料來源：健保署牙醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.平均點值 = 當季預算 ÷ 所有服務之核定總點數(含藥費金額)。

2.因應COVID-19疫情影響，109年牙醫門診總額採第1、2季合併結算；第3、4季按季結算。

3.依據「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」，平均點值超過1.15，啟動分區保留款機制，挹注其醫療資源不足地區改善方案。自109、110、111年起因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫。

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 111 年 10 月 3 日
發文字號：牙全彥字第 00295 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
請 查照。

說明：

- 一、復 貴會衛部健字第 1113360108 號函。
- 二、牙醫一般服務(不含 106 年品質保證保留款)地區預算已達 100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配，有關一般服務預算移撥特定用途部分，待本會 10 月 26 日內部會議討論後提送。

正本：衛生福利部全民健康保險會



理事長 陳彥廷

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診總額
原委會執行會 主委決行

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300225

檔 號：
保存年限：

社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會 函

地址：台北市復興北路 420 號 10 樓
傳真：(02)25000126
聯絡人及電話：邵格蘊 (02)25000133 轉 261
電子郵件信箱：green@cda.org.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 111 年 10 月 28 日
發文字號：牙全彥字第 00399 號
速別：
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：有關 112 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，
詳如說明段，請 查照。

說明：

一、復 貴會衛部健字第 1113360108 號函暨衛部健字第 1113360141 號函。

二、依據本會第 14 屆第 9 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議，112 年地區預算分配方式調整，「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」移撥 2 億元，「全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」移撥 0.8 億元，「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，「牙周病統合治療方案」分配 9.2202 億元，「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」移撥 0.15 億元，共 12.9702 億元。

(一)「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」，經費 2 億元，為避免因預算不足排擠偏鄉民眾就醫之權利，由一般預算提撥 2 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

(二)「牙醫特殊醫療服務計畫」，經費 0.5 億元由一般服務

第一頁 共一頁

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300239

11 10 31

支應，為避免因預算不足排擠身障民眾就醫之權利，由一般預算提撥 0.5 億於此。該預算按季均分及結算，以當區前一季浮動點值不低於 1 元支付。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。

- (三)「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」移撥 0.8 億元，以疏緩改善弱勢鄉鎮醫師人力不足問題，計畫內容另送健保署研商議事會議討論。
- (四)「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」移撥 0.3 億元，移撥全國一般服務醫療給付費用總額支應全國投保人口就醫率最高之二區中區及高屏，經費分別為 0.2 億元及 0.1 億元。
- (五)「牙周病統合治療方案」經費 9.2202 億元，六區預算按 110 年 7 月至 111 年 6 月第二階段支付 91022C 之申報件數執行率分配。
- (六)「高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)」經費 0.15 億，為獎勵該季點值不到 1.0 的分區配合執行(91090C)，112 年由一般預算提撥 1 千 5 百萬，對象為該季點值小於 1.0 的分區；其執行高風險患者牙結石清除(91090C)醫令點值以該區前一季浮動點值計算，每點支付金額最高補至 1 元，該預算按季均分及結算。當季預算若有結餘，則流用至下季；若當季預算不足時，則採浮動點值結算。。
- (七)各項移撥經費全年預算若有結餘，優先用於全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫，若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 110 年第 4 季各區人口風險因子(R 值)分配至各區。

正本：衛生福利部全民健康保險會



理事長 陳彥廷

第二頁 共二頁

本案依照分層負責規定
授權 牙醫門診醫療服務審查執行會 主委執行

附件二

健保署對牙全會所提建議方案之執行面意見，及特定用途移撥款執行結果：

- 一、有關各總額部門地區預算分配及特定用途移撥款，本署援例配合貴會協定共識辦理；至於執行面及操作細節，由本署與該總額團體再行研商。
- 二、另就協定 110 年及 111 年第 1 季牙醫總額部門「特定用途移撥款」，本署執行情形如下：

單位：億元

年度	執行方式	預算數	110 年執行數
110 年	一般服務之特定用途移撥款	17.64	16.364
	1.投保人口就醫率全國最高二區之保障款(中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.3
	2.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2.0	1.773
	3.支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」	14.04	14.04
	4.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(109 年起改為季結算)	0.8	0.251
	5.支應牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0
	6.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0
	7.因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案 ^(註)	前開預算剩餘款	1

註：110 年第 3 次牙醫門診總額研商議事會議決議由 110 年牙醫門診總額一般服務移撥經費結餘款支應因應新冠肺炎疫情影響醫院牙科門診量下降之特別獎勵案，預算上限 1 億元。

單位：億元

年度	執行方式	預算數	111 年第 1 季執行數
111 年	一般服務之特定用途移撥款	12.324	2.661
	1.投保人口就醫率全國最高二區之保障款(中區移撥 0.2 億元，高屏移撥 0.1 億元)	0.3	0.075
	2.保障巡迴醫師執行「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」	2	0.383
	3.支應「牙周病統合治療方案(原於專款-牙周病統合照護計畫)」	8.724	2.181
	4.弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫(109 年起改為季結算)	0.8	0.022
	5.支應牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	0
	6.牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0

第三案

提案人：干委員文男、陳委員有慶、林委員恩豪、許委員駢洪、劉委員淑瓊、馬委員海霞、楊委員芸蘋、林委員敏華、董委員正宗、吳委員鴻來、翁委員燕雪、李委員永振、張委員文龍、李委員麗珍、劉委員國隆、鄭委員素華、侯委員俊良、張委員鈺民

代表類別：保險付費者代表

案由：為提升醫療可近性、優化處方箋傳遞流程以及因應環保趨勢，提請衛生福利部(下稱衛福部)儘速實施「電子處方箋」，提請討論。

說明：

- 一、提供新冠肺炎居家照護病患遠距看診之政策仍持續實施，惟於看診後，因尚未廣泛實施電子處方箋，對於多數民眾而言，取得紙本處方箋並進行領藥仍屬一大問題，尤其是單獨租屋者、偏鄉獨居長者以及全家確診之情況。
- 二、電子處方箋整體而言效益良多：第一，慢性病連續處方箋患者需保存處方箋數月之久，電子化可減少遺失發生；第二，可運用電子簽章等資訊技術，有效防止偷竊、仿冒、竄改發生；第三，資料數位化後可提升用藥紀錄歸檔的效率，並減少紙本以符合環保趨勢；第四，可降低謄打錯誤發生；第五，遠距看診搭配電子處方箋，病患方無須返回醫療院所，可直接前往鄰近藥局領藥。
- 三、已有多國實施電子處方箋，歐盟目前已推動跨境電子處方箋，英國早於 2005 年開始規劃電子處方箋系統計畫，日本則預計 2023 年正式實施，台灣應當遵循國際趨勢儘快實施。
- 四、經由疫情，民眾已普遍支持電子處方箋之概念，建請衛福部應儘速建立統一的電子處方箋平台進行宣導，並同步開放民眾得自行選擇原先紙本或電子形式處方箋；另針對特殊個案之處理方式，則再偕同醫藥界擬定因應策略。

擬辦：依說明研議辦理。

中央健康保險署意見：

電子處方箋涉及法規修訂及院所資訊程式配合更改，雖非短期可成，惟本部積極辦理中，目前涉法規修訂部分進度如下：

- 一、衛福部 111 年 8 月 11 日召開「通訊診察治療辦法」修正草案研商會議，草案第 18 條新增第 2 項：通訊診療使用之資訊系統，涉及病歷資料之傳輸、交換、儲存或開立處方、檢查、檢驗單者，應具備個人身分驗證及符合國際標準組織通用之資料傳輸加密機制，且應符合醫療機構電子病歷製作及管理辦法之規定。同條新增第 3 項：前項通訊診療資訊系統，醫療機構得委託大專校院、機構、法人或團體、建置、管理，受託者應通過中央主管機關認可之資訊安全標準驗證；其委託，應訂定書面契約。
- 二、后於 111 年 9 月 30 日召開「通訊診察治療辦法」修正草案研商會議，草案第 14 條通訊診療之醫療項目，新增以電子方式開立處方，其處方箋應符合中央主管機關公告之格式。
- 三、有關衛福部資訊處所擬「電子處方箋」交換單張欄位，本署於 111 年 10 月 25 日以健保醫字第 1110663137 號書函提供意見予該處，惟電子處方箋欄位涉電子處方箋平臺建置之目的性，需有明確規劃內容，方能提出具體建議，已建請衛福部資訊處邀集相關司署召開會議共同研商討論旨揭欄位及格式為宜。
- 四、俟法規修訂公告後，本署將儘速研議相關資訊配合事項。

.....
本會補充說明：

依健保署意見，本案涉及通訊診察治療辦法之修訂、電子處方箋平臺之建置及健保業務執行面之規劃等，分屬衛福部及健保署權責，本會委員關心電子處方箋推動事宜，建議送請衛福部及健保署參考，並請該署於例行業務執行報告提報辦理進度。

決議：

第四案

提案人：胡委員峰賓

連署人：卓委員俊雄、許委員駢洪、林委員恩豪、張委員鈺民、黃委員金舜、黃委員振國、顏委員鴻順

代表類別：公正人士、專家學者、保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表

案由：維護本會委員提案權案，提請討論。

說明：

- 一、本會已有數次經委員提案後，幕僚人員認為非健保會職掌，而不納入議程之情形，然此容有違反會議規範及侵害本會委員職權之虞。依照最高法院 98 年度臺上字第 598 號判決闡明：「有關會議之進行自得適用內政部於 54 年 7 月 20 日內民字第 178628 號公布施行之會議規範。」，按上開內政部訂定之會議規範第 20 條，出席人有發言、動議、提案、討論、表決及選舉等權利。次按該規範第 34 條動議以書面為之者稱提案，因此有出席權者，其提出書面，已屬提案，自應依法列入議程，於此合先敘明。另如立法院設有程序委員會，程序委員會係形式審查，且組成係由立法委員組成，非立法院之幕僚否決排入議程。
- 二、再按全民健康保險法第 5 條規定，「本保險下列事項由全民健康保險會辦理：一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。」，考據本條當初之立法理由係為「透過民眾參與，收集更多社會具體意見，以為健保政策制定之重要參考」，是以立法者其除列舉規定，尚有例示之規定，即其他有關事項均屬之，此係立法者於立法當時有意擴大健保會之功能，故加上例示之規定。另依照全民健康保險會組成及議事辦法第 11 條，亦賦予委員提案權，是以本會委員就上開立法意旨就有關之事項均可提案，此有立法理由，載述綦詳。

三、矧以健保會為審議式民主(Deliberative Democracy)性質，各委員來自不同屬性之代表，提案權係公民審議之核心價值，二者互為一體，亦未容遽予割裂。且並無法律授權健保會幕僚可以「事先實質審查」委員之提案是否屬於法定任務。蓋是否屬於健保會法定任務或提案是否同意，其係本會委員決議之職權，並非幕僚人員得逕以決定，已臻明灼。

四、揆諸本屆委員其提案數量並不多，其係經委員審慎研擬後提出，然健保會幕僚多次從程序上剝奪委員之提案權，此係違反全民健康保險法、全民健康保險會組成及議事辦法，本會「委員之提案」竟需受「非委員幕僚人員」之事前審查制，其有悖於審議民主精神，亦嚴重侵害本會委員職權。

擬辦：本會委員提出書面後，已經屬於提案，應納入議程，是否屬於健保會法定任務，應由健保會會議議決。

.....

本會補充說明：

一、全民健康保險會(下稱健保會)法定任務法有明定，至於其運作方式，則均依法辦理，相關法規如下：

(一)全民健康保險法第 5 條

本保險下列事項由全民健康保險會辦理：

- 一、保險費率之審議。
- 二、保險給付範圍之審議。
- 三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- 四、保險政策、法規之研究及諮詢。
- 五、其他有關保險業務之監理事項。

(二)衛生福利部處務規程第 20 條

本部為應業務需要得設下列常設性任務編組；其內部組設及主管權責，另以設置要點定之：

- 五、全民健康保險會：辦理全民健康保險費率、給付範圍之審議及醫

療給付費用總額之協定分配事項，置執行秘書一人，由適當人員擔任。

(三)衛生福利部全民健康保險會設置要點第 2 點、第 4 點

二、本會任務如下：

- (一)保險費率之審議。
- (二)保險給付範圍之審議。
- (三)保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
- (四)保險政策、法規之研究及諮詢。
- (五)其他有關保險業務之監理事項。
- (六)其他全民健康保險法所定由本會辦理事項。

四、本會置執行秘書一人，綜理日常事務；副執行秘書一人，襄助處理會務；組長及工作人員若干人，分組辦理本會業務。執行秘書、副執行秘書、組長及工作人員，由本部法定員額內調充之。

二、有關委員會議議程之安排，均依全民健康保險會組成及議事辦法、本會會議規範及相關委員會議決議辦理，說明如下：

(一)全民健康保險會組成及議事辦法

1.第 11 條：

- (1)會議議程，應於開會七日前分送各出席、列席人員，並對外公開之；臨時提案經排入議程者，亦公開之。
- (2)委員提案內容，以與健保會法定任務有關者為限，並應於提案中載明提案人之姓名及其代表類別。

2.第 13 條：會議提案方式、條件及程序等議事作業，本辦法未規定者，依委員會議之決議辦理。

(二)本會會議規範第三點明定：

會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員；提案內容應與本會法定任務有關。(本會會議規範如附件一，第 103~106 頁)

(三)本會 106 年第 9 次委員會議(106.10.27)

該次會議討論事項共計 10 案(其中第 1~4 案地區預算，有時效性，第

5~9 案為前次會議保留，第 10 案為委員當次提案)、報告事項 5 案(其中第 1 案為 9 月總額協商成長率之確認，有時效性，第 2~4 案為前次會議保留)，委員對於議事效率及議案安排順序各有意見，由於議案過多，委員對個人提案均希能提前討論(註：有人關切報告案已多次延宕、亦有人表示委員提案被排至討論事項第 5~10 案本次可能未及討論)，最後委員各持己見爭論不休超過半小時，終於獲致「議程確認」之決定事項：

「嗣後議程之安排，參酌本次委員所提建議，由傅主任委員立葉及周執行秘書淑婉審視、排定。」

(四)本會委員會議提升議事效率作法(108.3.8 委員會議通過，如附件二，第 107 頁)節錄如下：

- 1.第二點：為提升議事效率，本會委員會議依以下方式進行：(一)議程確認：1.授權主委及幕僚安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前 10 日向幕僚反映，作為排定議程之參考。3.以遵照授權主委及幕僚安排之議程進行為原則。議程確認後，應遵照議程安排進行。
- 2.第三點：委員提案倘內容超出本會權責時，主任委員可提醒委員非屬本會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理。

三、本會幕僚同仁乃依據前揭法規授權辦理各項法定事項，且同仁具公務人員身份，均應恪守公務員本分，依法行政，執行健保法所賦予之任務及職權，應本於權責提醒委員執行本會法定任務範圍之事務。

四、查本會第 5 屆委員提出之各項提案，截至 111 年 10 月份委員會議，共計 10 案(詳如附件三，第 108~109 頁)，本會幕僚均排入議程並建議處理方式，經委員會議議決：

(一)8 案列入討論事項。

(二)2 案不納入議程，但均已妥為處理在案。

五、本會幕僚排定送請委員會議討論之議案，均尊重及遵照委員提案內容，所有委員提案，均於委員會議議程確認時，向委員說明並從幕僚立場僅建議處理方式，最後仍依委員會議決定是否

納入議程，並進行後續討論及議決。絕無本案指稱就議案事前審查及不將議案列入議程之相關情事，亦不可能恣意剝奪委員之提案權及侵害本會委員職權。

六、為完成法定任務，本會每年均擬訂年度重要工作計畫並經委員會議通過，即每月均有已排定之議案，需優先處理，本會法定任務繁重，每月會議時間均長達 4.5 小時，且依照過往經驗，委員對於提案內容是否屬於法定任務範圍，恐有認定之疑義，為兼顧議事效率，且本會同仁了解部內司署業務職掌範圍及權限，歷年委員會議決議方有授權主委及幕僚排定議程之決定，惟實務面針對所有委員提案均有提至委員會討論，並未有剝奪提案權之實。在此重申，幕僚向極尊重委員提案權，惟與本會法定任務無關之提案內容，本會無權處理，僅能轉請相關權責機關參考，爰本案仍建議依健保會組成及議事辦法、會議規範及相關委員會議決議辦理。

決議：

全民健康保險會會議規範

102年1月25日委員會議討論通過
102年8月23日委員會議修正第三點、第六點
102年12月27日委員會議修正第二點
103年10月24日委員會議修正附表
106年5月26日委員會議修正第二點

- 一、依據全民健康保險會(以下稱本會)組成及議事辦法第十三條規定，及為使本會委員會議順利進行，特訂定本規範。
- 二、會議之程序如下：
 - (一)由主席報告出席人數，並宣布開會。
 - (二)主席報告及確認議程。
 - (三)宣讀及確認上次會議紀錄。
 - (四)報告上次會議決議(定)事項辦理情形及本會重要業務。
 - (五)優先報告事項：健保署業務執行季報告、總額範圍諮詢案、總額及其分配方式核定結果及後續相關事項等。
 - (六)討論事項：
 - 1.前次會議遺留之事項。
 - 2.本次會議預定討論之事項。
 - (七)報告事項：
 - 1.相關單位報告。
 - 2.其他報告。
 - 3.依會議決議(定)事項安排之專案報告。
 - (八)臨時提案或動議。
- 三、會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員。
會議提案程序如下：
 - (一)一般提案
 - 1.一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會(提案單如附)。

- 2.提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出。
- 3.提案內容應與本會法定任務有關。
- 4.提案內容不全者，本會幕僚單位應立即請其補正；對內容不符合本款第二、三目規定者，應敘明理由通知原提案者。
- 5.議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排。

(二)臨時提案

- 1.書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。
- 2.臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。
- 3.臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

四、修正案之提出：

- (一)修正案須與原議案有關方得提出，但具有否決原議案之效果者，不得提出。
- (二)修正案之修正方法為加入字句、刪除字句或刪除並加入字句。
- (三)修正案應以書面提出，提案程序比照第三點規定辦理。

五、復議之提出：

(一)提請復議之理由：

議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。

(二)提請復議應具備之條件：

- 1.原案決議後尚未執行。
- 2.具有與原決議不同之理由者。
- 3.提案人須符合以下條件：

(1)提案經當次出席委員十分之一以上之連署。

(2)若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。

(三)提請復議之方式：

應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。

(四)復議動議之討論：

1.復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。

2.復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。

(五)經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

六、會議列席人員如下：

(一)本會執行秘書及各組組長。

(二)中央健康保險署署長及相關單位主管。

(三)經主任委員同意邀請之有關機關、團體或相關領域之專家學者。

七、會議決議事項如需其他機關配合執行，由本會函各相關機關。

八、本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。

九、本規範提會討論通過後施行，修正時亦同。

全民健康保險會提案單

提案日期： 年 月 日

提案者	
委員代表類別	
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案 <input type="checkbox"/> 臨時提案 <input type="checkbox"/> 修正案 <input type="checkbox"/> 復議案
案由	
說明	
擬辦	
內容與本會任務符合情況 (請勾選)	<p>全民健康保險會法定任務：</p> <p><input type="checkbox"/>保險費率之審議事項(第 5、24 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項(第 5、61 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險給付範圍之審議事項(第 5、26、51 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>保險政策、法規之研究及諮詢事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)。</p> <p><input type="checkbox"/>其他全民健康保險法所定由本會辦理事項(第 45、72、73、74 條)。</p> <p>註：()內為健保法條次。</p>
連署或附議人 (臨時提案、復議案填入)	

全民健康保險會委員會議提升議事效率作法

108年3月8日委員會議通過

一、背景說明：全民健康保險會(下稱本會)委員會議之進行，係依全民健康保險會組成及議事辦法第13條規定及本會會議規範辦理；另基於本會歷屆委員對議事效率提升之期許，幕僚乃依106年3月、107年3月本會委員於共識營針對「提升議事效率」所達成之共識事項，綜整作法如下。

二、為提升議事效率，本會委員會議依以下方式進行：

(一) 議程確認：

1. 授權主委及幕僚安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前10日向幕僚反映，作為排定議程之參考。
2. 將「討論事項」提至「報告事項」之前，僅健保署按季(1、4、7、10月)進行業務執行口頭報告時，將其提至「討論事項」之前。
3. 以遵照授權主委及幕僚安排之議程進行為原則。議程確認後，應遵照議程安排進行。

(二) 確認會議紀錄：

1. 確認時僅能就文字提出修正建議，不能涉及實質內容討論，或與紀錄無關的發言，若涉及實質內容，應另行提案，或於相關議案時再表達意見。
2. 會議紀錄於下次委員會議確認前，均已函送委員參閱在案，若委員有任何修正意見，應即早於會前向幕僚反映處理。

(三) 委員會議決議(定)事項追蹤：

1. 解除追蹤事項：幕僚僅就此部分案件進行說明。
2. 繼續追蹤事項：為節省會議時間，除幕僚不再進行說明，亦不再開放討論。如委員對此類案件之辦理情形仍有意見或疑問，請改以書面方式提出，會後由幕僚轉請相關單位另行補充說明。
3. 委員應就相關單位是否達成原決議(定)事項加以檢視，若是，則解除追蹤；若所提意見是針對執行後的成效，則應另行提案，而非於原案再提出新的要求，並繼續追蹤。
4. 逐步建立「追蹤事項處理原則」：例如每一追蹤案件如未能於次月解除追蹤，則需於委員會議確定該案之「預訂完成期限」及「管考週期」，以利後續追蹤並提升效率。

(四) 發言次數及時間：

1. 同一議案每位委員發言以3次為限，每次不超過3分鐘。由幕僚按鈴提醒，逾時則每分鐘響鈴1次。超過3次者，原則上主席不再請其發言，敦請其改以書面方式提供意見，除非已無其他委員發言且獲在場委員同意，方可進行超過3次的發言。
2. 委員意見雷同時，應表明贊同某委員意見，或僅就不同見解、需補充部分論述，避免重複發言內容。
3. 委員發言內容離題、與議案本質不符或涉及人身攻擊，主席應適時提醒、制止。

三、委員提案倘內容超出本會權責時，主任委員可提醒委員非屬本會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理。

健保會第 5 屆委員提案一覽表(截至 111 年 10 月 28 日)

一、未納入議程：共計 2 案

序號	時間	提案委員	案由	委員會議 議程確認之 決定事項	備註
1	110.06.25	提案人：黃委員金舜 連署人：蔡委員明鎮、許委員駢洪、張委員澤芸、林委員敏華	提請討論「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」執行事宜。	不列入議程 註：本案非本會權責，其性質屬「總額訂定後相關計畫之研商及推動事宜」，爰轉請健保署辦理。	轉請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會依協定事項辦理。
2	111.10.28	黃委員振國、顏委員鴻順	為了解及評估健保投入資源之合理性與必要性，請衛生福利部提供「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形。	不列入議程 註：本案屬專款專用於該項法定傳染病之特別公務預算，且為疾病管制署權責，非本會職掌。	併同朱委員益宏詢問事項，轉請衛生福利部處理。

二、納入議程：共計 8 案

序號	時間	提案委員	案由
1	110.08.20	何委員語等 13 位委員	為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據健保法第 78 條規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據。
2	110.09.24	吳委員鏘亮等 3 位委員	建議健保總額財源應優先解決總額缺口，不宜再新增任何項目。
3	110.11.19	干委員文男等 15 位委員	電子煙在台灣銷售已長達 7 年，使用族群年輕化，國、高中職學生電子煙使用情形亦日趨嚴重，已成為威脅國民健康的警訊，而其菸害的醫療成本，最終仍由全民健保承擔；建議衛福部加速推動並完成菸害防制法修法，積極強化管制新興菸品的法源，嚴禁販售電子煙產品給青少年，落實防制菸害，減輕健保醫療負擔。
4	111.1.21	林委員敏華、馬委員海霞	有關「全民健康保險各部門總額執行成果評核會」的委員組成，建議應由本委員會的專家學者及付費者代表等共同擔任。

序號	時間	提案委員	案由
5	111.1.21	李委員麗珍等 17 位委員	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。
	111.2.25		
	111.3.25		
6	111.4.21	黃委員金舜等 6 位委員	解決民眾餘藥問題之策略與執行方式。
7	111.4.21	劉委員淑瓊等 17 位委員	為確保民國 111 年 5 月 15 日公告實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」之執行成效與確實保障民眾就醫權益，健保署應即時提出相關配套措施與監測指標，並定期於本會提出監測報告。
8	111.6.24	林委員恩豪等 13 位委員	有關健保署醫院總額研商議事會議研議「罕見疾病藥費專款改變結算邏輯」及「鼓勵 RCC、RCW 病人脫離呼吸器、簽署 DNR 及安寧療護計畫」案決議有不符總額協定事項之虞。

附錄

全民健康保險 112 年度保險費率審議前專家諮詢會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 111 年 10 月 14 日星期五上午 9 時 30 分

方式及地點：實體會議(本部 301 會議室)、視訊會議(使用 Webex 線上會議系統)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑
彭美熒、李德馥
許至昌

出席者：(依姓名筆劃排序)

曲諮詢委員同光、吳諮詢委員榮達、李諮詢委員永振、郝諮詢委員充仁、楊諮詢委員子霆、楊諮詢委員銘欽、羅諮詢委員光達

列席者：(依姓名筆劃排序，*為參與視訊會議)

本會委員：干委員文男、朱委員益宏、吳委員鴻來、吳委員鏘亮*、李委員麗珍*、卓委員俊雄、林委員敏華*、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能*、翁委員燕雪*、馬委員海霞、商委員東福、張委員文龍*、張委員鈺民、許委員駢洪*、陳委員石池*、陳委員有慶*、陳委員秀熙、陳委員彥廷*、黃委員金舜*、黃委員振國*、楊委員芸蘋、董委員正宗*、趙委員曉芳、劉委員國隆*、劉委員淑瓊*、滕委員西華*、鄭委員素華*、盧委員瑞芬*、謝委員佳宜、顏委員鴻順*

本部社會保險司：陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋、林科長蕙卿

中央健康保險署：李副署長丞華、唐研究員蕙文、陳組長美杏、戴參議雪詠、劉副組長林義、張專門委員菊枝、溫科長怡琿、李科長仁輝

本會：周執行秘書淑婉、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：中央健康保險署(下稱健保署)報告「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」：略。

參、討論題綱

- (一)就「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」之意見。
 - (二)衛生福利部(下稱衛福部)於111年1月提出「全民健保財務調整措施」(詳參考資料)，包括：調整部分負擔、調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任及補充保險費制度改革。對前述財務調整措施有何看法與建議。
 - (三)行政院核定112年度總額範圍時，提及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，將影響保險收入之成長速度，應通盤檢討包括給付範圍、支付制度之合理性，健保相關政策制度應如何調整因應為宜。
 - (四)為維持健保財務穩健、收入保持成長動力，未來可能須修法調整健保法第18條規定之費率上限6%，對費率法定上限修法建議為何。
- (諮詢委員與本會委員意見摘要，如附件)

肆、主席結論

請健保署參酌諮詢委員與本會委員所提意見及需補充資料，修正「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」，於111年11月1日前提案至本會，俾於111年第11次委員會議(111.11.18)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：中午12時15分。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險112年度保險費率審議前專家諮詢會議

--諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險112年度保險費率方案(草案)」之意見。

(一)在112年安全準備符合法定額度之前提下，建議維持現行費率5.17%：依據健保財務推估及112年總額協商結果，在維持現行費率5.17%下，112年底安全準備約當1.24(付費者方案)或1.05(醫界方案)個月保險給付支出，符合健保法第78條所定1~3個月原則，多數諮詢委員建議112年度維持現行費率5.17%。惟112年可以維持不調整，係因行政院主計總處撥補健保基金240億元，否則安全準備仍低於1個月保險給付支出，有調整費率可能。113、114年之財務狀況預估仍低於1個月安全準備，審議費率時宜一併考量。

(二)宜深入分析財務推估差異原因：健保署財務推估的專業與用心值得肯定，惟110年、111年財務收入推估差異金額分別為107億元、238億元，該差異金額對於費率調整決策十分關鍵，宜深入分析差異原因。

二、衛福部於111年1月提出「全民健保財務調整措施」，包括：調整部分負擔、調高投保金額上限、檢討旅外國人權利義務、強化政府財務責任及補充保險費制度改革。對前述財務調整措施有何看法與建議。

(一)調整部分負擔

- 1.應兼顧弱勢族群就醫權益：贊成部分負擔回歸法令規定逐步實施，惟應同時考量民眾可負擔性，及一併推動弱勢民眾之配套措施，例如門診部分負擔相較於住院部分負擔未設上限，可能影響年輕或低所得族群就醫權益。
- 2.落實健康促進且擷節支出：部分負擔新制可參考商業保險，結合大數據及區塊鏈之應用，例如逐步將給付項目結合質化指標，對

慢性病執行成效佳之醫療院所給予獎勵，以達成健康促進與摺節支出的效果。

(二)檢討旅外國人權利義務：由健保資料顯示旅外國人使用之醫療資源並未超出於其整體保費收入，應檢討制度設計之缺失，避免旅外國人有取巧機會。

(三)增加補充保險費費基及補充性財源的建議作法：探討增加補充保險費費基與其他財源的可能性，前者包括：海外所得、機會中獎獎金、不動產交易收入，後者包括：加熱菸課徵菸稅或菸捐、針對醫療設備課徵特種銷售稅。

三、行政院核定112年度總額範圍時，提及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，將影響保險收入之成長速度，應通盤檢討包括給付範圍、支付制度之合理性，健保相關政策制度應如何調整因應為宜。

(一)宜通盤檢討給付範圍：依健保法第26條通盤檢討給付範圍，並將檢討結果提送健保會討論，如要縮減給付範圍，須同時考量如何照顧弱勢族群權益。

(二)健保資源分配係以照顧最大多數人為考量：健保收入來自民眾繳納的保費及政府撥補的稅捐，應將其用來照顧最大多數人，提供民眾必要的醫療服務，在健保資源有限情況下，每年總額均引進新醫療科技約20~30億元，減少民眾自費負擔，至特殊族群醫療費用應另尋解決方法，或轉由政府支出，財務才能平衡。

四、為維持健保財務穩健、收入保持成長動力，未來可能須修法調整健保法第18條規定之費率上限6%，對費率法定上限修法建議為何。

(一)費率法定上限6%修法宜併同給付範圍調整審慎評估：在修法調高費率法定上限6%前，宜先處理健保財務收支結構性失衡問題，依健保法第26條通盤檢討給付範圍，不能只是每年討論費率，需同步考量支出面控管，方能落實收支連動精神。

- (二)費率法定上限6%為保護被保險人保費負擔之防線，調整宜審慎為之：建議調整費率上限6%前，應優先考慮其他增加收入或減少支出作法，包括：擴大補充保險費費基(如機會中獎、不動產交易收入等)、強化政府財務責任，同時應考量雇主經營法定成本之整體負擔增加，及其為保護被保險人財務負擔的防線，不宜輕易打破。
- (三)探討費率法定上限修法對雇主之影響：健保費屬於員工福利成本，費率調漲會影響雇主獲利空間，建議相關單位規劃委託研究案，探討健保與勞保等法定成本增加對雇主之影響，如邀請國際性人力資源公司一起探討國內外費率內涵，以及雇主和員工保費負擔比例之合理性。
- (四)強化政府財務責任：調整費率法定上限前，應考量將政府負擔健保總經費法定下限36%，調整到二代健保修法時曾經討論的38%或37%，若還有不足的部分，再考慮調整費率上限。

五、其他意見

- (一)有關政府應負擔健保總經費法定下限36%之財務責任：因本會委員與健保署主張計算方式不同，兩者計算方式之差異金額至112年已累積約1,100億元，如獲挹助可使健保財務再維持2~3年不調費率，減輕健保財務壓力。
- (二)宣導正確健保觀念認知：健保資源有限，宜適時教育民眾，民眾有照顧本身健康之權利義務，不能全部依賴健保，未來調整給付範圍民眾接受度才會比較高；另外從經濟學角度，醫療服務所得之彈性大於1，當消費者所得增加時，醫療支出金額增加幅度必定大於所得增加幅度，長期而言，為了維持健保財務穩定，費率調漲應是常態。
- (三)探討新冠疫情對醫療利用之影響：運用健保大數據，分析COVID-19疫情下保險對象就醫習慣改變及長新冠症狀對醫療利用的變化情形，於明(112)年3月前提供社保司參考，納入113年度總額範

圍考量。

(四)研議呆帳由公務預算支出之可行性：健保呆帳逐年增加，影響健保財務，政府應從社會福利政策考量是否擴大公務預算補助範圍，以減少呆帳發生。

六、請健保署於提送修正方案(草案)時，補充以下資料，以利本會審議112年度保險費率：

(一)依據健保署111.9.12提供資料顯示，111年健保財務為短絀314億元，111.9.29提供資料為短絀85億元，請補充說明前後17天相差229億元之原因。

(二)請補充說明投影片第19張113~115年保險收入平均年成長率0.79%較110年推估112~114年保險收入平均成長率1.56%，有2年相同成長率卻差異減少近1倍原因；113~115年總額平均年成長率較110年推估112~114年總額平均年成長率增加0.6%，以及113年、115年總額成長率分別為2.240%、5.977%之原因。

(三)請補充說明行政院主計總處112年挹注健保安全準備之240億元，係為一次性或常態性撥補、其撥補原因或標準為何，以及112年後各年之健保收入推估是否也有計入240億元。

(四)我國已連續7年調漲基本工資，110年、111年均使健保收入增加超過50億元，請補充說明113年度以後之財務推估是否已納入基本工資調漲之影響。

(五)方案內容如有提及保險成本或保險給付之數字時，請一併備註該年度之浮動點值。

全民健康保險112年度保險費率審議前專家諮詢會議

與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)

【諮詢委員】

羅諮詢委員光達

- 一、去年我也受邀參加此諮詢會議，但因為去年試算結果顯示安全準備不到1個月，而依據健保法應有1~3個月安全準備的規定，我去年是比較支持調漲費率。
- 二、個人非常肯定健保署過去幾年所做的財務推估，從投影片第4張來看，差異金額與比例都算是在可接受的範圍中，預估結果算是準確，當中變動比較大的，是受經濟環境景氣影響的補充保險費。就一般保險費來說，人口結構或是其他相關估計值，都沒有多大問題，所以我基本上是相信健保署的估算結果。因此，根據112年的試算結果顯示，不論是那種試算版本，都還有至少1個月以上的安全準備，因此我個人可以接受今年維持費率5.17%。
- 三、民眾必須了解，從經濟學的角度來說，醫療支出或醫療消費的本質就是所得彈性大於1的財貨，即使不浪費或所有資源都非常有效率地應用，當所得增加，支出上升的比例一定大於所得上升的比例。長期上，須讓民眾知道，為了維持健保財務的穩定，費率調漲是常態，費率不調漲反而是比較有問題的情況。所以雖然可以接受112年暫時不調，但必須進行政策行銷，讓民眾了解，112年底安全準備水位非常低，已經降到接近法定下限，財務其實非常危險。
(註：所得彈性是所得變動百分之1造成商品需求量變動的百分比。)
- 四、近年國際情勢變化非常大，從補充保險費中占比最大的高額獎金、股利所得的變化就看得出來，如果是按照以往年度平均成長率計算，一定還要另外加以調整。我很高興看到，即使111年以前股利所得或高額獎金都有明顯成長的趨勢，但是健保署在

112年度因應國內外經濟情勢變化有做下修，我覺得這是比較貼近現況的務實做法。

- 五、討論題綱(二)~(四)包括：衛福部1月份提出的全民健康保險財務調整方案、人口結構轉變或是法定費率上限6%是否要調整，這些議題是連動的。健保財務結構簡單來講就是收入減支出，會有虧損或盈餘就看收支互動，所以二代健保最重要的就是收支連動的精神。
- 六、在財務收支上，大家對支出比較有共識，知道不能浪費、民眾要有一定的部分負擔，加上監督比較透明，支出比較沒有問題。問題主要在收入的部分，大家共識比較少，而收入又受到人口結構或經濟情況影響。
- 七、收入在健保而言就是費率、費基的問題。法定費率上限6%要不要調整，就是看政策上決定是否要繼續維持一般保險費跟補充保險費的制度。如果還要持續這個制度，就可以探討開拓補充保險費費基與其他財源的可能性：
- (一)海外所得已被討論多時，有人認為有徵收上的困難，但是目前最低稅負制已規定須計入海外所得，其實財政部可以提供課稅資訊，且企業海外所得資料相對個人海外所得資料更為完整。因為開徵新稅目在政治上或民眾接受度上較難以突破，所以對既有存在的項目如海外所得，開徵補充保險費是可以努力的方向。
 - (二)機會中獎是屬於by chance(偶然地)，老天爺給的機會，納入補充保險費費基，大家接受度應該會比較高。
 - (三)新興菸品部分，目前行政院也在討論相關法案，要將加熱菸納入其他菸品類加以課稅，未來也是有可能在菸捐或菸稅上增加健保收入。
 - (四)基於受益原則，對醫療設備消費行為或相關行業廠商，課徵特種銷售稅，進而做為未來健保收入的可能性財源，這也是可以思考的方向。

八、針對討論題綱(四)，保險費率上限6%這個議題，我想要最後再提一個比較不一樣的思考方向。誠如我剛才所說，醫療服務支出就是所得彈性大於1，永遠都會面臨費率一定要漲的現實狀況，目前的制度有一個重要的要求即是6%的上限，其實我們還有一個我認為更重要的部分，就是安全準備1~3個月原則的要求，其實這兩個來說我會認為1~3個月的原則，其重要性應該遠大於上限6%的要求。我自己所提的建議或許是一個很大的修法方向，但部裡面或署裡可以加以考量。

九、即使未來修到8%、10%，總有一天還是會碰到天花板。不如反過來思考，例如當安全準備低於1個月時，可以允許在目前費率加以調漲，但以調漲0.5%為上限，我只是先舉例這樣的設計精神，詳細上限比例有待日後予以精算。同理可言，當安全準備低於2個月時，得按照目前費率調漲至多0.3%的費率、低於3個月的時候也許是0.1%。若以這樣的設計及調漲方式，無論是8%、10%的天花板上限，我們未來就永遠不會有天花板的問題，但又得以保有彈性。在思考這樣的財務規劃時，我提出此一建議，這確實是跟目前制度比較不一樣的，但如果願意這樣改變，我們就一勞永逸永遠不會遇到任何的天花板上限，但又可在面對安全準備低於1個月、2個月、3個月時，我們又可擁有法律授權調整的可能性。

楊諮詢委員銘欽

一、關於112年要不要調整健保費率，因為112年底有1個多月安全準備，依照法理或法條規定，若要調整費率障礙比較大，所以我支持維持現行費率。要注意113年底安全準備就不足1個月了，但是當年有大選，時機較為敏感，在大選前會動到民眾權利義務的政策都要很謹慎。所以提醒健保會委員審議費率時，不妨考慮在112年就先動一點費率，至少讓113年年底安全準備有機會維持至少1個月以上，將著眼點放在113、114年而不是112年，視野往後面多看一點。

二、題綱(二)~(四)提到的項目，包括全民健保財務調整措施，如果能夠做的話，相信對財務都有幫助。要提醒的是調整部分負擔及調高投保金額上限可能要多做一些討論。

(一)關於部分負擔，現行制度對住院部分設有上限，但是對門診部分負擔沒設上限，對於門診次數多的人，在生活上可能會造成一些影響。因為在M型化社會下，比較年輕或低所得的民眾，生活上是比较困難的，所以在調整部分負擔的過程也有必要考慮如何照顧弱勢民眾生活。

(二)調高投保金額上限這部分，依照健保制度的精神，當某個收入區間的人數超過一定百分比後，會再調高一個級距上限，我覺得這要繼續做下去。

三、關於題綱(三)，我也很建議通盤檢討給付範圍，健保法第26條也是提到某些情況下要調整給付範圍。不管是健保會、社保司或是健保署，要開始釋放訊息給民眾、教育民眾，讓他們了解健保並不是包山包海，是提供民眾必要的醫療服務，保健權利或義務還是在民眾，不要全部依賴健保。這樣未來調整給付範圍時，民眾的接受度會比較高，否則在短期內不容易縮減已提供的給付項目。

四、新藥、新科技要納入總額越來越困難，每年不管是給20億元、30億元總是不夠用。也需要讓民眾了解，健保沒有義務將新藥、新科技一定要納入健保給付，或是馬上納入健保給付。健保是要照顧最大多數人，我們拿大家的保險費或是政府稅捐撥補，這是大家的錢應該要照顧最大多數人，而不是用這些錢挹注少數的人很高的醫療費用，我覺得健保精神我們還是要把握住，應該是照顧最大多數人。在健保財務有限情況下，總額每年給新藥、新科技20億元、30億元，我覺得是可以的，倒是不用一直追最新的醫療科技、要趕上全世界最高水準，因為基本上健保著重財務分配，是看怎麼樣能夠照顧民眾健康。

五、有關保險費率上限6%修法建議，應該要看精算結果，因為健保是每5年要精算一次、至少看25年精算結果，不知道上一次的精算結果在未來幾年的費率會到什麼情況，剛剛報告時已經講到113年都快要碰到6%了，接下來有可能再突破6%，這部份看精算結果是什麼。幕僚也可以查一下民國83年健保法草案，第1個修法草案出來時，當時健保費費率上限不是6%，比6%更高，經過協商後訂在6%，可以參考歷史資料。

六、最後還要肯定這次準備資料的單位，特別是健保署財務組，我相信有李副署長丞華一定指導良多，資料的整理跟呈現對費率審議非常重要。本來看到資料前面，每年成長多少用點估計不是很有信心，因為用點估計很危險，但資料後面有用敏感度分析，不管分析得是否合理，至少有做敏感度分析很值得肯定。

曲諮詢委員同光

一、去年開會時候，有好幾位委員提到健保署財務推估的功力已經爐火純青，報告內容完備周全，所以我今年收到報告時，特別把去年報告拿出來比對一下，發現其中至少有九成的相似度。當然還好作者都是健保署，沒有抄襲的問題。我的意思是說今年報告也做得很好，去年大家肯定過了，今年跟去年一脈相承，所以也是做得相當周全。

二、報告中有2點需要特別注意，也是我很在意的部分：

(一)112年底財務之所以能維持1個月安全準備，有很大的原因是行政院撥補了240億元進入安全準備，就我的理解這是空前的做法。過去就算財務不好，行政院可能用別的方式協助財務，但是不曾這樣直接撥一筆錢到基金裡面，而且240億元事實上也並不是一筆小數目，因為有了這筆錢，所以112年財務預估是還可以維持不需要調整費率的狀況。

(二)近幾年健保署的財務推估，不論是收入或支出差距最多也就是10幾億元，可是110年收入卻差了106億元、111年收入也差了237億元，這2個數字加總就是3百多億元。就財務的立場，

多出3百多億元收入固然是好事，求之不得，但同時也反映這中間有一些因素要仔細探討。因為過去大家很肯定健保署推估的精確度，但不是說現在就不精確，剛剛署裡有解釋一些原因，若能把差異原因講得更清楚、分析得更精準更好，因為2、3百億元的差距在決定是否調整費率時是很關鍵的數字。

三、投影片第19張，推估113年~115年的總額平均年成長率是4.14%，我記得去年推估112年~114年的平均年成長率不到3.5%，也就是說去年跟今年差了1年，平均年成長率卻差了0.6%左右，甚至更多，為什麼會突然增加這麼多？如果看投影片第20張，發現主要增加是在115年，總額成長率預估為5.977%，非常高，而且比前面2年都高蠻多，我想請教是什麼原因。

四、結論部分，健保署提到推估結果，不管採用醫界代表版本或是付費者代表版本，112年安全準備都可以維持1個月，都沒有超過應該調整費率的條件。不過我還是要強調，在做這樣的敘述時，無論是要把文字放入簡報或是大家心裡有數，不要忘了是因為有240億元的挹注，也就是說，如果按照健保既有財務運作推估的話，今年事實上還是面臨要調整費率的風險，因為2個版本的安全準備都不到1個月，因為有行政院挹注的240億元，才達到1個月以上的標準，所以這點一定要特別小心。

五、至於113年的財務，還沒有到那個時間點，不是討論的重點，但是113年會再遇到同樣的狀況，行政院會不會再拿出240億元來挹注？如果少了240億元，在推估數據裡，113年的保險收入是負成長的，我想大概就是因為少了240億元。

六、112年還有一個對財務比較有利的因素就是部分負擔，從敏感度分析及試算數據呈現，若112年起實施部分負擔新制，約有100億元的效益，若112年及113年都有實施，就合計約有200億元的效益，這屬於潛在、目前在帳面上還看不到的數字，而到明年才可能會出現。

李諮詢委員永振

一、今天的主題是健保112年度保險費率方案(草案)，剛才3位先進也都提到，112年因為政府撥補增加安全準備240億元，所以到年底的安全準備，付費者版本是1.24個月保險給付支出，醫界版本是1.05個月保險給付支出，兩者都高於法定1個月保險給付支出的下限，所以112年的一般保險費率可考量維持現行之5.17%，應該是可行的。

二、楊諮詢委員銘欽提到不能只看112年的財務，我也認同，因為112年如果把240億元扣掉，付費者跟醫界2個版本都沒有達到1個月保險給付支出，縱使部分負擔新制112年初就上路約增100億元，付費者版本勉強可以到1.02個月保險給付支出，但以過去的經驗，部裡核下來的成長率應該會稍微增加，多0.02個月保險給付支出是多少？大概9億元，部長若多給醫界9億元，連付費者版本的1.02個月保險給付支出都達不到。所以將來在健保財務方面還是繼續吃緊，所以我就從另外一些角度提出建議，剛才先進都肯定健保署是優等生，所以我可能會比較尖酸刻薄、要求的比較多，請健保署可以體諒。

(一)投影片第4張，保險收入的誤差率在1.52%與3.31%，應該是接受的標準，但因為健保署是優等生，所以可能還有精進的空間。各位可以看看參考資料第6頁，105年~112年度健保收支預估數、審定決算數之差異，看到105年~110年的差異都在0.5%裡面，很厲害，我也去稱讚健保署，但是那個稱讚裡面有加一點問號。雖然如果以精算來講，正負2%、3%應該都是在可接受的範圍內，但是一經比較，好像還有改善空間。

(二)投影片第4張下面的解釋，我覺得有點奇怪，例如110年在提供估計數據的時候已經8、9月，所以裡面講的獎金應該已經掌握，去年新冠肺炎疫情高峰在5、6月，到9月也差不多高原期過了，所以為什麼還跟實際數差那麼多？我算了一下111年，238億元占補充保險費36%，是不是誤差的原因還有一些沒有抓到？不

可能都是在補充保險費，補充保險費預估誤差達36%，是不是太大了，這是第一點建議。

- 三、第二點建議，在健保會已經討論多年，政府是否履行法定健保總經費至少36%的財務責任，大家知道這一點我一定會提，因為未來財務缺口還蠻大，這個已經爭議8年了，兩種論點算出來誤差已經累積到將近1,100億元，我們對政府撥付安全準備240億元就好高興，如果1,100億元能拿出來，大概我們2、3年財務就還好，應該可以不用調費率，這個可能還是需要繼續考量斟酌，因為不是小數字。
- 四、第三點，在投影片第19張，剛才曲教授同光也有提到，在這邊我的問題是，未來3年的保險收入或保險成本成長率的假設，去年提出收入方面成長率是1.56%，今年降到0.79%，剛才健保署有解釋，那個解釋不知道可以解釋多少%，因為3年中有2年是一樣情形，去年再往後推3年，今年再往後推3年，只是去掉1年多加1年，這樣的話簡單算不要精算，1.56%降到0.79%只剩下一半，裡面有2年是相同基礎，到底為什麼會差這麼多？
- 五、在保險成本方面，去年是兩個數字，付費者3.38%、醫界3.6%，今年是4.14%一個數字，一個或兩個數字應該是沒關係，問題是我們一直在談健保財務相當困難，但是健保署好像相當樂觀，成長率到4.14%。另外要請教的是投影片第20張，今年的付費者代表版成長率是2.821%，有這麼低的成長率是因為今年的低推估只有1.307%，113年總額成長率可能只有2.24%嗎？在113年壓低之後，當然115年就快要到底了，我不曉得健保署是否配合健保會所提第4個議題嗎？要把那個法定費率上限6%趕快踢破，不然這樣看下去，大概116年就破了，支出這麼高，跟我們在目前的健保財務狀況好像不太一致，這是我比較質疑的地方。
- 六、第四點，針對111年財務收支餘絀的推估數，健保署在111年9月12日提出的資料是短絀314億元，現在提出的資料日期是9月29

日則短絀85億元，短短17天誤差229億元，如果政府挹注安全準備240億元很補，則229億元的誤差也是相當困擾，這一點是不是在11月份提到健保會討論審查時，健保署應該要加以好好地分析一下，向委員詳細說明，這樣才可以提高委員對你們財務推估的信任度。

- 七、第五點，依據參考資料第9頁整理的表格，基本工資從106年開始7年來每年都有調高，尤其最近2年對保費收入的影響特別大，分別是59億元及56億元，這個數字也很補，不曉得在未來年度的財務推估中有沒有考慮到這個因素。
- 八、第二個議題是有關中長期改革方面，我在此提兩點，第一點是部分負擔應該漸進回歸法遵面，我贊成，因為保險是有對價關係，該符合法令規定就是要按照法令遵循去做，但是剛才楊教授銘欽提到，健保會討論時也有很多意見，就是要照顧經濟比較弱勢的族群，這個我認同，但是在實施的時候，補救的配套措施要一起上路，這樣反彈的聲音會比較少。
- 九、剛才楊教授銘欽提到，我心裡充滿歡喜，終於有人點出這個問題，不要說給付的時候越多越好，要調整保費的時候大家都不願意，那是不可能的事，所以要照顧應該是普遍的照顧，因為這是保險，對於那些特殊族群，要另想辦法盡量解決，不然大家以後怎麼辦？尤其有些事情就是一直談，我剛才要來開會時，看到自由時報刊登黃理事長金舜寫的一篇文章，講到藥費現在已經占了28.9%，他表示外國幾個國家沒有超過20%，大約9%~19%，我們整個這樣趨勢下去要怎麼辦，這地方也應該要考量，不然這樣繼續下去，是不是馬上要到30%，又有DET(Drug Expenditure Target，藥品費用支出目標制)，不夠的藥價就需補給他，永遠沒有控管，將來的洞是不是會越來越大。
- 十、另外一個是按照健保署資料統計分析，旅外國人的醫療收支並沒有透支，所以我看到健保署好像要廢止停復保制度，我覺得不需要，現在問題是出在那些取巧的人，你要去想辦法把取巧

的人抓出來，列為黑名單，拒絕往來戶才對，不要因為一小撮的不肖份子就打翻一船人，大概補充這兩點。

十一、討論題綱(四)，調高費率的法定上限6%，依照目前的趨勢是遲早問題，但是我建議考慮這個問題之前，應該把已經講了5、6年，行政院國發會也曾建議，「健保財務收支結構性失衡」這個問題先處理，現在好像沒有看到動作出來，在支出面如果不好好考量的話，費率再調到10%、20%，可能也不夠，只是把時間往後延而已，我們不斷強調二代健保精神是要財務收支平衡，但不能每年都在檢討費率，支出面好像都沒事情，這樣怪怪的，應該同時考量，這個跟討論題綱(三)有關，題綱(三)就是人口結構改變，老年化就是保險給付會多，保險給付多就是相對收入要增加，但將來負擔的人減少，我所考慮不是只有保費成長趨緩而已，是中間那一塊負擔保費的人負擔得起嗎？這比保費成長緩慢還更嚴重。

十二、另外一個有關給付範圍與支付制度，這兩個問題我們平常的話，大概是一點一點去擴大，保險給付範圍今年放一點、明年放一點，支付制度也是一樣，一下調整這項、一下調整那項，經過多年後大家認知有很大差異，在健保會中也有爭議，剛好可以做一次總整理，到底該怎麼辦提出來後，在健保會討論，若有共識，可以作為將來對被保險人溝通、或與醫界溝通時的根據，不要各說各話，大家講半天還是沒有結論，我認為這是浪費時間。今年評核會議的評核委員也有建議，行政院好像也聽到了，藉此機會趕快決定怎麼進行比較好。

十三、經過3年新冠肺炎疫情的影響，保險對象的就醫習慣應該有所改變，不幸往生的人也不少，我看媒體報導都是高齡者或者多數為慢性病患者，這對醫療費用的影響應該會蠻大。另外就是醫界擔心的長新冠疾病，這個沒有統計資料，但應該要想辦法掌握，已經3年了，我們付出代價難得有一些資料在那邊，若沒有檢討出來，得到一些東西回來，這3年來大家的努力好像有點冤枉。這個要快，檢討出來後，建議提供給社保司，因為明

年3月又要提出113年總額範圍，要在這之前趕快提供給社保司到底影響有多大，未來在決定總額範圍時應該好好列入考慮，不然又會各說各話，例如付費者代表可能會說這個如何變化，意思就是給付要減少，醫界又說沒有，就像現在出國一樣，關閉國境3年，現在開放日本北海道的旅遊團聽說秒殺，1分鐘內30幾個名額就不見了，所以是不是疫情過去之後，大家以前沒有看病，現在都跑出來看病，應該不會吧！沒有生病吃藥是吃毒，沒有生病不會去看病吃藥。但我講不代表是對，至少保險人的立場客觀有根據，運用大數據優勢，李署長伯璋不是講大數據怎樣運用嗎！外國人於國慶來參觀我們，我們也呈現一下，可以把優勢用在健保這邊，徹底針對問題解決，看有沒有辦法真的讓健保可長可久。

十四、對於趙委員曉芳提到的問題，我是長期放在心裡面的，因為在核定總額範圍的時候，一定會考慮經濟成長率、民眾付費能力，但是長期以來我們一直參加健保的相關會議，都沒看到彼此的關聯在哪裡。

十五、根據健保法政府應負擔健保總經費法定36%的不足數，投影片第13張有計算公式，健保署每次答覆時就說計算公式是遵循健保法第2、3條及施行細則第45條，但關鍵的健保法第76條並沒有遵循。

十六、主責單位疏忽二代健保重要的精神，就是要政府多負擔財務責任，但主責單位一直解釋若是這樣不斷支付安全準備，會讓政府負擔太多，這是嚴重的誤解。二代健保因為增加補充保險費，所以立法院才會要求政府也要相對負擔，我以前曾經調閱當時討論該案的紀錄，當時在野黨民進黨主張40%，執政黨國民黨主張36%，因為當時執政黨國民黨立法委員席次比較多，一旦表決民進黨也贏不了，才妥協36%當底線，但加「不得少於」。社保司一直解釋收入面支出面，但收入面的公式不存在，因為是至少36%，不是訂在36%，但當收支有結餘，收入面跟支

出面算出來大概是一樣的，但是當有短絀的時候，要用支出面才可以計算出。

十七、依據健保法第76條規定，安全準備有5種來源，第1種是「每年度收支之結餘」應該要提安全準備。如果是有結餘的時候，5種都是正數，加起來安全準備來源是正數。但是如果沒有結餘的時候，第1種是0，而其他4種都是正數，加起來安全準備來源也是正數。而健保法第76條第2項規定，收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。

十八、會議資料附錄第13頁，109年的二、安全準備相關收入174億元，按照健保法第76條第1項應該要提安全準備174億，雖然這一年是短絀，但依法還是要提，就向安全準備借174億元。109年的保險收支短絀676億元。按照投影片第13張的公式，「應提列或增列之安全準備」要帶入174億元，但健保署是帶入-676億元，一來一往就差850億元，850億元的36%，這一年政府就少出306億元。安全準備相關收入174億元，要從安全準備提出來，保險收支餘絀-676億元，也要從安全準備提出來，兩個加起來就是850億元，遵循健保法第76條，「每年度收支之結餘」不可以代入負數，像是一個水池一樣，安全準備相關收入174億元就是水加進去，保險收支餘絀-676億元從水池掏出來，安全準備相關收入174億元不夠，也允許從水池掏出來，所以就收回850億元，從105年到現在，用付費者代表的版本去計算政府須多負擔1,079億元，可以抵行政院主計總處撥補240億元4年多。

吳諮詢委員榮達

- 一、剛才幾位諮詢委員的一些看法，也是我的一些心聲，我先針對討論題綱(一)，可能大家比較有共識，費率在5.17%之下，明年仍可以保持在法規裡面的安全準備，我也建議不做調整。
- 二、有關討論題綱(二)、(四)，我就有很大的意見，我也與李諮詢委員永振等的想法有部分相近的地方。我想今天很沉重地要就現實面跟大家報告，第一點從消費者立場，就民眾角度的部分來

- 講，現在民眾於想法上盡量是希望保險費率不要調或是調低一點、少一點、慢一點，大概這樣一個想法會較多人，因為調慢一點或低一點，或維持不調，在保險費負擔而言是比較輕一點。
- 三、民眾另外一個想法，希望能夠擴大給付範圍或項目，所以一直希望新藥、新科技趕快盡量擴大納入健保給付，這也是我們可以看到民眾所需的。又像現在討論有關看護費用要不要納入健保給付的部分，都是在擴大給付範圍與給付費用的金額，所以從民眾立場來講，大概是希望這樣的做法。
- 四、從醫院的角度觀之，因為健保給付總額成長緩慢，就我初步了解，部分醫院就健保收支來講是在虧損狀況，這種虧損狀況只好往幾個方向走，一個是衝量，我們可以看到大家比較批評，是用藥、檢驗是否增加，甚至大家更擔心醫院的擴充，就是分院的增加，大家都知道醫院醫療服務量的增加，就是健保給付點數的增加，相對的點值就會下降，這都是相對性。
- 五、再來就是剛才李副署長丞華提到，民眾自費的增加，那個比率已經超過40%，大家可以想像若我們去醫院看病，就醫自費的項目一直在增加，超過我們每1年繳的健保費的增加，甚至全部的金額，如果去醫院就醫住院、拿藥或是一個手術的支出，自費的部分就抵過好幾年健保費的增加金額或整個健保費，這是我們需要思考，是否要謹守健保費率不要上漲，或我們增加自費項目的金額支出，這都是要來做考量。
- 六、再從政府面來看，這幾年我們也看到政府盡量把預防性的支出項目丟給健保負擔，或是政策性的支出也丟給健保負擔，我們可以看到愛滋病醫療費用、C肝藥費，一些擴大給付條件，這些都讓健保的負擔加重，我們可以看得到這些情形的浮現。
- 七、有關藥品部分，許多人提過，剛才李諮詢委員永振也提過，健保藥費占率逐年增加，而且藥費點值保障每點1元，壓縮了醫療服務或特材的點值，這個影響是非常非常大的，特別在勞務方面，對於醫療人員是非常非常不公平，所以藥品的部分要不要

納入浮動點值一併計算，長期以來其實都是一個需要大家討論的問題，我想這些問題可以說仍在惡性循環中。

八、保險費率的調整只是時間快慢或幅度多少的問題，費率6%的天花板是一定會碰到，我跟李諮詢委員永振、楊諮詢委員銘欽有幾個同樣的思考點，首先跳到討論題綱(四)，若健保不增加收入，或是不進行給付範圍或項目的限縮，健保制度大概撐不下去。所以接下來就分為兩個部分來談：

(一)先從收入來看，收入部分當然除了剛才羅諮詢委員光達所談到的問題，那些我都贊成，法定費率上限6%到頂後，是不是要調漲費率，這也是可以考慮的，但我覺得要一併考慮政府負擔健保總經費下限36%，因為政府負擔比率是由修法階段所提38%，調降至修法確定後的36%，政府部分可以回過頭來考慮，是不是要再回到37%或38%，然後若還有不足的部分，再考慮要不要調漲6%的部分。

(二)剛才李諮詢委員永振、楊諮詢委員銘欽都有提到，在支出面的部分，如果沒有考慮對給付項目或給付範圍進行縮減，不管如何試圖增加保險收入，終究一定還是會入不敷出，所以我們真的是要非常赤裸裸的面對保險給付項目及範圍的議題，到底是全盤性對於所有項目都仍舊給付，甚至將新藥、新醫療科技都大力引進納入健保，以照顧民眾醫療權益，還是要做一些限縮？但即使真的進行限縮，我也同意大家的意見，限縮真的要考慮到經濟弱勢民眾的部分，我會建議這些限縮的範圍或項目都應該由政府部門支出，因為要調整給付項目或範圍所面臨的困難，光醫院端就很難克服，更別說民眾端，到底是要限縮感冒還是盲腸炎？哪一方面要限縮？哪一個醫療服務或程序要限縮？這是我們無法克服的。如果這些方面無法克服，是不是對於高度使用藥品或檢驗(查)的新藥、新醫療科技，這些對民眾的醫病部分屬於比較大宗、比較具重要性或有切膚之痛的項目，是否可全部納入政府預算支出，或是對於經濟弱勢民眾的部分由政府支出，而不是全面性由健保支出，這樣健保

財務才能平衡。

九、我想請教健保署2個問題，第1個是關於呆帳，目前呆帳逐年成長，在擔任健保會第3、4屆委員時，觀察到呆帳1年有50億元，但不知道這2年的情形如何，應該還在成長中。調整部分負擔被大家罵得要死，也不過才增加99、100億元，呆帳則是高達幾十億元，我在2年前就講過，幾十億元的呆帳近在眼前，是我們可以看得到。請參閱投影片第6張，呆帳提列的估算是用保費收入成長來計算，另外是不是也應該考慮近年保費呆帳的成長情形來進行估算，這會比較符合現實面。至於其實呆帳涉及到社會問題，我最大的建議是：這個部分是不是應該由政府預算來支出，這樣也可以減少健保負擔，是另一個可以考量的方向。

郝諮詢委員充仁

一、大家意見都非常明確，112年若不調整保險費率，應該沒有太大問題，至於決戰應該在113及114年，目前看起來可以採用的工具中，重點在部分負擔。部分負擔其實是有多重功能，就此議題提供個人看法，利用部分負擔達成健保功能之調整：

(一)採取部分負擔措施時，健保署可能要開始進行研究，按照經濟學上價格彈性的概念，對於價格彈性高的，可盡量採用部分負擔，才能達到功能，若按照這個原則進行，我預估大概可能偏向在2個層面的醫療項目：與慢性疾病及高齡有關。衛福部可參考日本在111年10月所採取之調整部分負擔新制，未來應該可往此方向走。

(二)部分負擔制度如果繼續走下去可能弱化保險的功能，會跟二代健保、DRG制度很像，就是健保和商業保險競合的問題又會出現。這其中牽涉被保險人、健保、商業保險、醫院之間的行為模式，這裡面的愛恨糾結已經走了很多年就不細談，但我覺得可以趁此機會重新梳理，這中間是什麼關係，健保想要達成什麼樣的目的，裡面應該會有好幾個研究案的方向可以思考，這是我想給衛福部及健保署的建議。

(三)剛才幾位委員一直談到擲節的部分，擲節就會跟健康促進的行為有關，我想趁這次部分負擔制度的調整，建議加強在醫療科技上的運用，還有包含現在商業保險也在應用的大數據及區塊鏈，是不是有可能也納入部分負擔調整案，趁此健保制度的調整，逐步適用給付項目與質化指標之結合，特別是健保及醫院之間的關聯性，針對慢性疾病之執行成效佳即給予獎勵，這也是現在商業保險流行運用的方式。

二、請參閱投影片第22、23張，無論以付費方版本或是醫界版本，大概在115年後、也就是116年，法定費率就會調到6%以上，剛才也有幾位委員談到此事，不過我想從另一個角度思考，就是為什麼會有法定費率上限6%？這勢必是一個協商的結果，那是誰跟誰協商：

(一)若看投影片第22、23張，一個是付費方、一個是醫界，這個6%勢必是由付費方出來，付費方就是企業界，我們在思考6%這件事不能只從健保角度看，要預先思考付費方的立場。付費方有幾個角度看，6%是什麼？若從企業方角度來看，就是員工福利的成本，所以我想在座不管你是工總、商總、工商協進會就會了解我講的東西。這個6%員工福利成本，大概就連動到幾個部分，企業一定會算未來的獲利可能性、成長的空間，也就是員工福利其實是從獲利利潤這一塊思考，台灣的產業，不管你是製造業、科技業、服務業，都會自己去預估獲利狀況，然後大家再去協商費率上限，這是第一點。

(二)第二點，要去思考健保這塊在企業界而言，是員工福利的法定成本，不僅是健保，勞保也是，且勞保破產的更快，勞保費率也往上升，所以企業是通算了，企業通算這一塊當中，究竟法定成本在什麼狀況，我覺得他們有自己的想法，我們也不能完全不去考量這件事情。所以如果6%要出來，我覺得健保也要超前部署想這件事。

(三)如果希望能夠降低企業主的負擔成本，勞保已經在做這件事，

勞保投保金額45,800往上推，分攤比率1:2:7也就是20%、70%分屬員工及雇主負擔比例，將來要不要調整成1:3:6或1:4:5，亦即員工的負擔比例是不是要往上調，雇主負擔比例是不是要往下降，這就涉及高薪員工要不要負擔更高比例的議題，這應該是一個通算。所謂通算的意思就是說如果勞保這樣調，健保要不要這樣調，要注意若要提高健保投保薪資上限，是不是代表薪資高的國民負擔比例要高，後面隱含很多議題。我想目前112年沒有面對費率調整的壓力，相關單位包含社保司、健保署是否可花點時間把這些事情想清楚，或委託研究案來分析，這都是可考量的方向。

(四)另外，這也可能牽扯國際上的標準，就是若屬跨國性企業公司也會思考這個議題，我倒是建議費率上限6%這件事，可以把國際性人力資源管理公司例如Mercer、Towers Watson等也拉進來，比方說由它幫忙處理，有很多外資如Nike公司要進來台灣，都會找國際人力資源管理公司。我們常說國外保險費率也超過6%，但國外費率跟台灣費率的內涵是什麼，這恐怕也是不一樣的概念，也許可以把人家找來一起探討。

(五)最後一點，我倒是覺得若保險費率突破6%再調上去，會跟補充保險費強碰，補充保險費慢慢要跟年終獎金、績效獎金連結在一起，若費率再往上調、而且針對收入高的員工，再繼續往下走會不會碰觸到這一塊，這通算是怎樣，恐怕不是那麼簡單的事情，我倒覺得趁今年沒什麼事，乾脆把很多事情好好想一遍，這樣後面要做事，才會有所本。

楊諮詢委員子霆

一、首先肯定健保署製作資料的用心，內容相當清楚，讓大家很快就可以知道目前的財務狀況。關於保險收入的推估我有一些建議，請參閱投影片第12、10張，特別是關於112年補充保險費跟一般保險費的推估，我的感覺是這兩方面在112年的推估好像不是很一致。在補充保險費的部分，健保署用心考慮到112年景氣

可能會往下反轉的狀況，所以估計較為保守，補充保險費的收益不會繼續成長反而可能是衰退。同理而言，如果企業獲利下降的話，員工薪資也不太可能繼續成長，也就是一般保險費，譬如說第一類保險對象的所得是否也需要下修，但目前估計還是以平均投保金額照歷史推估呈現成長的狀況。但這兩個方向上，我感覺似乎是趨於一致可能比較好。雖然景氣走向也沒人說得準，但是在推估上，可能以同一方向推估較為適宜，例如同樣都是成長、還是衰退、或沒有成長，方向可能需要一致。

二、但是關於112年景氣到底是往上或往下，我覺得目前的數據有一些跡象顯示可能衰退，且機率不小，像是7、8月外銷訂單已經出現負成長的現象，外銷訂單是一個領先指標，因為是預定的數據，約2、3個月後才會呈現在出口金額上。而且整個外銷訂單，有很多產業已經呈現蠻大幅度的負成長，只剩下電子業有成長，才有微幅的變化。但電子業以目前來看，成長機率可能也沒有那麼樂觀。加上現在8月景氣燈號已經呈現23分，通常景氣燈號如果在23到30左右算是平穩的狀況，但若降到22分表示景氣要往下轉，也就是可能會呈現衰退的狀況。年初的燈號約是37分，8月已經變成23分，離要進入衰退的燈號只剩下1分，而且現在快要進入年底，所以112年的景氣可能不是這麼樂觀。所以關於一般保險費的推估，我會比較傾向往補充保險費的推估方向去走，這可以給健保署或健保會參考。

三、有關費率的調整，剛才曲諮詢委員同光提醒因為行政院撥補240億元維持安全準備，才使得目前帳面上看起來還不錯的狀況，這個是確實要審慎考慮，加上我剛剛講的景氣衰退不確定會不會持續一陣子，我的感覺是，如果搭配楊諮詢委員銘欽所提醒選舉的時間，我想或許可思考112年費率是否還有可能調整，當然我覺得機率不大，但若在往後幾年才進行調整，勢必有相當程度的壓力。

四、關於中長期財務改善的規劃，第一個我還蠻贊同投保金額上限以後可以考慮定期調整，雖然它所增加的收入沒有很多，但也

不無小補。另外一個，長期來說也許在費基上可以再多，剛才幾位委員也提到不同收入，像是海外收入所得等等，我想還有一個可以考慮，就是政府開始對於不動產交易收入有比較好的掌握，自從實施房地合一稅後，關於不動產收入部分，既然財政部對於不動產交易收入已較能掌握資訊，也許可考慮納入費基考量，將來可能也會增加不少補充保險費收入。

五、最後，關於費率上限6%的部分，我的感覺是這個調整上限的壓力應該不小，特別可看到，就如同曲諮詢委員同光所言，政府已採用前所未見的方式直接撥補240億元至健保基金，所以這個其實顯示調整的壓力或是法定上限是不是要維持在6%，可能是這幾年內必須要去好好思考的。

【健保會委員】

千委員文男

- 一、首先表達針對支出面的意見，公共政策的支出不應該編入健保醫療給付費總額，比如最近住院整合照護服務計畫等3、4項，屬於其他權責單位的業務都來健保會爭取預算，所以難怪醫療費用成長到收入不足以支應的情況。
- 二、對於國人海外收入，我國政府並未深入調查相關資料，因此這些國人在國內投保健保，可能僅以投保一般薪資或收入之水準，宜學習美國對於該國人民於國內外收入均予確實課稅之方式，以擴增健保收入，期盼政府在這方面再多加努力。
- 三、至於調整部分負擔預估增加健保收入之額度，依先前健保會委員會議資料約為100億元，至於本次保險費率方案(草案)所推估則為99.9億元，金額相近。但我擔憂的是，因為部分負擔不需要經過立法院同意，行政單位逕行規劃後就徵詢健保會意見，期望爭取委員認同後就實施，好像要把調整部分負擔的手段變成常態，此有違健保當初的立法精神。
- 四、也感謝行政院為因應健保安全準備不足，於112年撥補240億元至健保基金，自從健保會委員提出政府撥補不足36%這個議題開始，許多委員都提出意見，並經歷好幾年。但這次撥補240億元究竟屬於恩惠或是給予過去政策支出之補償(例如C肝新藥未以公務預算支出)，又其係屬一次性或常態性的撥補，建議予以釐清，以避免未來可能產生之爭議：
 - (一)大家可再深思，其他很多該以公務預算支應的部分，大家都仍期盼納入健保，難怪健保費率再怎麼成長，還是不能滿足醫界所有想要的醫療費用，而且還得實施民眾個人的部分負擔來進行財務調整。
 - (二)希望釐清本次撥補的240億元究竟是給什麼，怕將來健保永續經營下去，會有人質疑這部分是欠了什麼錢才給的，李諮詢委員永振是精算師最清楚，每一年每一期都會有這些舊有的帳

或應該回收的錢，結果政府可能就會說，240億元已經給你了，這筆錢是堵你的口，你就不能再開口追究政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式的爭議，COVID-19大家都有分到錢，健保在這區塊卻沒有分到錢，其他很多應該由公務預算支應的都改由健保支付，難怪不管健保費率如何調整都不能滿足所有醫界的期望，還有部分負擔的調整。

(三)在此重申，希望能講清楚這240億元收入的理由，是補以前該給的費用，以後不可以再開口爭取其他費用？希望健保署能講清楚這筆錢是行政院的好意或恩惠，是否為常態性補助，還是只是補足以前未給的金額，這樣以後健保會在向政府提出訴求時也才能有比較明確的議題。

陳委員秀熙

一、關於平衡費率試算，付費者代表版本113年費率由5.17%調整為5.28%，113~115年保險費率成長率分別為2.13%、4.92%、4.69%；醫界代表版本113年費率由5.17%調整為5.45%，113~115年保險費率成長率分別為5.42%、2.94%、4.99%，我認為這個地方是有一些差異，年代之間的差異是部分原因。我們國家的健保比較特殊，是由健保署承擔保險人的角色，我認為除付費者代表版本、醫界版本外，應該要參考健保署提出的方案，才可能去反應包括李委員永振講的COVID-19等相關因素。不管推估出來保費要不要調漲，都會影響到後續政府要採取擲節或開源的方法，我認為健保署提出的方案比較接近人民的醫療需求(need及demand)，這樣思考健保費率也比較能做出客觀的決定，才不會完全受到台灣複雜的政治環境影響。

二、我們過去也提過，嬰兒潮已經跨入65歲以上，感謝社保司及健保署這次有納入考慮，但各位不要忘掉，下一個世代X世代是準備要跨入40~60歲的年齡層，總共有700多萬人，這些人有慢性病需求，不知道未來估算時是放在協商因素或非協商因素，這可能會牽涉到呆帳，這些人當中可能有社經地位很低的人，健

保署若能用大數據資料分析他們的看病需求，可以更清楚，政府撥補的240億元可能拿一部分用來照顧這群弱勢。我非常同意剛剛關於新藥的意見，其實健保署編列新藥的費用，都是反映人民的期望，可是在協商過程中，大家有各自的考量，這些對精準的預估是會有影響。

- 三、最後對於費率上限6%是否修法調整，我非常同意吳諮詢委員榮達講的，我們是衛福部，在討論費率上限6%時要把福利部分也納入討論，討論範圍就很廣，除了剛剛講的醫療需求，以及未來COVID-19可能做的調整之外，福利也是很重，所以才會叫衛福部。政府應該要偕同民眾及醫療供給者協商健保財務收支平衡，才不會損及人民權益，讓醫界在協商的過程中照顧人民。

朱委員益宏

- 一、關於240億元的補助，是健保開辦以來的空前，不知道會不會是絕後，後年要選舉，若後年保費又不足1個月時，不知道會不會再次撥補。如同干委員文男剛剛詢問的，這240億元到底為什麼撥補下來？是常規性補助還是單一特例？如果是特例的話，政府是做什麼樣的考量，才會有這240億元撥補下來，如果不是特例是常規性，是要達到什麼樣的標準才要撥補，還是這是之前李委員永振一直關心的36%不足款，政府一次撥補，請問到底是什麼原因。我當然感謝政府處理，總額不足，政府撥補下來確實讓健保財務得到緩解。
- 二、會議資料最後一頁「104年後影響健保財務重大措施及其影響評估之彙整」，第7項「擴增給付範圍」有「106年1月1日C型肝炎新藥納入健保給付」、「106年2月4日AIDS感染者確診開始服藥2年後之醫療費用由健保給付」，這2項措施產生的健保效益都是省錢，我覺得很奇怪，超過我的理解，請健保署在健保會審議費率時能再更進一步說明，明明我們看到的都是健保增加費用，擴增預算還可以省錢，請健保署在11月份委員會議時進一步說明。

三、期望健保署在健保會審議費率時，在所有保險成本或保險支出項目下都加上備註浮動點值，我覺得要呈現年度的浮動點值，不然今天我們考慮所有保險收入與支出，保險支出卻不考慮浮動點值，意思是打折時完全不考慮，我覺得不妥，應該是打了多少折扣都要完整呈現，希望健保署在11月份健保會審議費率時，應該把所有預估，包括從104、105年以來，或是歷年來所有的保險成本，只要有保險成本或支出的項目，就應該註明浮動點值，要做平衡性的呈現。

胡委員峰賓

- 一、剛剛吳諮詢委員榮達提到要重視新藥、新科技，這議題確實很重要，許多病人在等待新藥、新科技以增加存活機會，對病人而言，時間就是生命。但是費率的增加永遠趕不上新藥、新科技推出的速度，所以沒有充足的預算來購買。不過藥物給付支付標準裡面有關於藥品給付協議，方式包括2種，一種是以藥品價量為基礎的價量協議，另一種是以財務或療效結果為基礎的協議，可以來彈性運用。舉例來講，以療效結果為基礎的協議，比方說改善整體存活確保方案的部分，把病人的存活期跟臨床對照組做比較，若效果好，廠商不用返還藥費；如果效果不好，可能要返還全部或一部分的申報藥費，這樣可以加速收載新藥，讓病人快速使用，健保也不會當冤大頭。
- 二、藥品給付協議在健保署努力之下，效果也不錯，108年返回15億元，109年返還26億元，110年返還高達55億元，執行效果不錯，健保署要予以肯定。但我建議返還的金額應該要繼續回到新藥使用，而非用到其他地方，因為畢竟是從新藥裡面撙節出來的費用，透過多元藥品協議省下返還的錢，要回到新藥使用，讓新藥有更多資源可以使用，來跟國際同步，讓病人獲得更及時的照顧。健保署關於MEA(Managed Entry Agreements，藥品給付管理合約)、藥品給付協議可以兼顧健保的財務風險跟資源效益，應該要持續推動。

侯委員俊良

- 一、我們了解要把錢從別人的口袋拿出來，可能跟殺父之仇一樣，從理性面來看，命還是比錢重要。以這樣的概念來做處理，我覺得健保制度要可長可久，應該是分析需求的迫切性，剛剛提到新藥、新科技，我覺得應該要做整個經費的精算，才有辦法將錢用在刀口上。
- 二、會議資料第12頁平衡費率試算，112年的財務，不管是付費者代表版本或是醫界版本的安全準備都在1個月，我認為這240億元展現政府願不願意調整費率的決心，除非可以講出說服我們的理由。113~115年的約當保險給付支出月數在1.01~1.02個月，請問這預估是否有把政府每1年的240億元都算進去？健保支出是越來越大，收入若都沒有增加的情況下，怎麼算出1個月的約當保險給付支出月數？天底下沒有白吃的午餐，如果只是短暫性的處理，只是飲鴆止渴，最後洞會越來越大，最後一定是付費者或醫界共同負擔，才有辦法創造出這樣的數字出來。所以這個撥補到底可不可以制度化、可長可久，是我們應該要關心的。
- 三、我們了解退撫是保生活，就是退休部分，健保是保健康。你要得到這樣的商品，就要有相對的付出，如果不願意調高費率或是做各項節省，後面這些錢要怎麼支付？我覺得精算結果應該要講清楚，裡面的數字是不是每1年都有把政府的撥補算進去，若有的話，我覺得大家都可以接受政府的善意，如果沒有，後面怎麼辦？我們要怎麼彌補後面愈來愈大的洞，我覺得應該要提出比較完善的說明。

趙委員曉芳

- 一、我有2點想請教諮詢委員的見解，第一個就是在計算總額成長率或健保保費收入時，不知道各位諮詢委員是否覺得有機會在計算公式中加入通膨或物價指數的改變，造成付費者實質購買力改變的狀況或推估值計算，若不考量這個，現行收入成長率推估，似乎跟民眾實質付費能力是脫鉤的。

二、其次，家戶總所得制度已經討論很久，在座各位委員也都有深入研究，我想請教有沒有機會在現行制度下，逐步或是部分納入家戶總所得制的精神，在現在的付費機制之下，嘗試調整健保收入結構。

張委員鈺民

- 一、很感謝今天來參加會議，聽了很多專家學者意見，大家對於明年度的費率沒什麼問題，剛才幾位委員都提出一些重點，總括而言，健保財務狀況應該是持續會有問題出現，倒不純粹是醫療浪費，而是整個財務結構出現問題。
- 二、同意剛才郝教授所說，我覺得在討論112年費率後，要對健保財務整體結構做一些大範圍的研究，比方說題綱(三)就很重要，有一些在協商或非協商因素，特別是非協商因素中，不管是剛剛有陳委員秀熙提到，戰後嬰兒潮之後的X世代邁入40~60歲，其慢性病增加造成醫療支出增加，以及勞動力的投入減少、保費收入減少，我想都要檢討，不然收入跟支出不可能平衡的情況下，怎麼提供好的醫療水準，兼顧國家責任，是健保會非常重要的責任。
- 三、剛才羅諮詢委員光達提到6%的問題，我的看法跟他不同，若今天只是糾結在1~3個月的安全準備，健保本來就是左手進、右手出，雖然要有安全量，但把這個無限上綱，認為6%可以機動性調整，這我覺得會發生另一個問題。回到實際務實面，付費者不管是雇主或被保險人，有沒有辦法支應這樣的狀況，只是為了滿足1~3個月的狀況。6%存在有一個好處，會讓所有參與會議的專家學者、其他團體代表很認真思考支出、收入的平衡性，比方前陣子的總額協商，醫事服務提供者、付費者代表在相關醫療給付上，可以更充分思考哪些醫療給付是我們要買的，消費者是不是也必須做一些項目的限縮思考，而不是要一味無限大的要求服務量擴充。

- 四、在新藥、新特材的部分，應該是考慮必要性，關於醫療品質，我覺得雖然在健保財務困難下，仍要考量必要性可能要大於品質，我所謂的品質不是指要舒服、副作用少、比較不會痛，而是在有限資源內要應付必要性，新藥、新醫材是救命而不是一種緩衝。
- 五、關於部分負擔，我想要兼顧公平跟平衡性，而且在健保擴大自費的部分，要考慮會不會產生一個M型就醫品質的出現，部分負擔制度沒有綜合考量對經濟弱勢者的影響，可能會對他們造成傷害。

楊委員芸蘋

- 一、聽了蠻多諮詢委員講的，都是我們應該要了解的問題，付費者代表委員一直很擔心費率調整高低，付費者代表版本跟醫界代表版本的差距真的滿大的。
- 二、我們都知道健保要永續經營，大家都了解，也不想讓健保這麼美意的制度因為收入不夠支出，產生不好的品質或無法延續下去，這對我們付費者都是不公平的。
- 三、我蠻支持剛剛張委員鈺民講的，也要考慮到付費者的感受是不是有能力，若調幅太高，本身是一般收入的勞工或是弱勢，真的會影響到生存問題，這部分不是全面的，但在偏鄉或是弱勢團體來說，是比較有影響的。
- 四、加上部分負擔提高是雙重增加支出，對付費者、勞工來說負擔相當大。我們不反對部分負擔，可是負擔的數字應該讓一般的民眾能夠接受，而且要平民化，不能夠太高。李署長推動部分負擔提高我們是贊成的，但數字高低真的會影響到一般收入的勞工及弱勢，影響他們的生計，我想是不是要通盤考慮，建議明年好好通盤考慮後再決定費率調整的高低。

朱委員益宏

我剛漏掉問一個問題，健保署投影片第20張有好幾張費率假設試算結果，從110年一直推估到115年，看不出來是在112年的240億元有

在保險收入的試算裡面？若有算進去是不是備註。因為照這個計算邏輯，我會把前面幾張保險成本加總，得到一個保險收入，就前面幾個計算的，但前面幾張投影片的計算邏輯都沒有這240億元，所以等於是額外加上來的，我建議在備註要特別說明這112年裡面的7,700億元，裡面有沒有加上240億元的保險成本。

吳委員鴻來

- 一、非常感謝諮詢委員提供非常受用的意見，作為一個病友團體的代表，我們知道健保財務非常緊張，包括之前有討論部分負擔新制，現在的問題只是何時實施，因為部分負擔新制會讓就醫病人要負擔的錢增加，病友看健保財務狀況，其實也是願意從口袋多掏一些錢出來，但就如同剛剛好幾位諮詢委員提到，現在民眾就醫的自費金額越來越高，而健保新藥及新醫療科技的預算，因為成長受到健保總額上限的限制，所以能分配到的預算就是有限。另外今年其實很多病友有反映執行率的問題，不僅是新藥及新醫療科技，也包括大家可能最近在新聞上看到像是罕見疾病專款的部分也有一些狀況。
- 二、畢竟整體健保制度是服務全體國民，並不是說只有病人，還有一些是付費在支持健保制度的民眾。今年看整體來說，原則不太需要調整明年健保費率，也是因為剛剛多位委員提到行政院主計總處撥補240億元到全民健康保險基金，讓健保財務暫時沒有那麼大的壓力，但是從健保財務長遠的未來考量，隨著人口老化及醫療科技進步，藥物越來越貴是不可避免的趨勢，所以大家還是要思考一下未來到底怎麼做，我非常贊同剛剛吳諮詢委員榮達提的，大家要去想說，有些新藥及新醫療科技到底是要民眾自費負擔，還是多付一點保費去支持，到底怎麼樣才是對民眾比較好的，我覺得值得大家思考。

卓委員俊雄

針對討論題綱(四)「為維持健保財務穩健、收入保持成長動力，未來可能須修法調整健保法第18條規定之費率上限6%，對費率法定上限

修法建議為何」，其實當初在訂健保法第18條費率6%上限，是具有非常特殊的意義，這是為了要保護被保險人財務負擔最重要的防線，費率6%上限若是可以任意更動的話，未來健保總額支出會遠遠超過我們可以想像的，所以應該要優先考慮任何其他可以增加收入或減少支出的方法，當然在很極端的情況下，導致醫療成本費用非常高昂的時候，我才會建議修健保法第18條調高健保費率。

周主任委員麗芳

針對趙委員曉芳的提問，請2位長期參與健保規劃的楊諮詢委員銘欽、曲諮詢委員同光回應。

楊諮詢委員銘欽

- 一、有關通貨膨脹或購買力進行國際上比較時要執行PPP（Purchasing power parity，購買力平價）的校正，方法學上是可行的，只要在公式裡面多一個參考的變數，但健保署實際計算時會不會遇到什麼困難可能要請教健保署。還有購買力是怎麼樣算出來的？又是另外一套方法，所以我的看法比較簡單，目前已經行之有年的計算方法如果沒有特別理由就維持下去，不然新增加變數會比較困難。
- 二、其實以家戶總所得為健保保費的基礎是我們衷心期盼的，剛剛也有委員講到美國籍在世界各地賺的錢都要繳稅給美國政府，台灣最近也開始針對海外所得開始課稅，但家戶總所得從楊教授志良當署長時就有提出，但在府會協商時，有部會表示在技術上有困難，家戶總所得其實也不是衛福部權責所在，是其他部會的權責。

曲諮詢委員同光

- 一、全民健保醫療費用總額有一個非協商因素，非協商因素裡面有非常複雜的公式，雖然沒有單獨放入通貨膨脹指數，但有一項醫療服務成本指數改變率，包含醫事人力費用、醫療材料費用、藥品費用等項目，算是隱含一定程度的物價變動。

二、其實家戶總所得是二代健保提出的財務改革方案，只是後來因為很多因素影響，最終改為補充保險費。補充保險費某個程度也反映家戶總所得的一部分，因為有擴大費基的效果。若未來接者要循序漸進的推動健保財務改革，則下一步可以考量的是補充保險費先辦理結算，再來是個人總所得，最後是家戶總所得。

【健保署回應】

李副署長丞華

- 一、雖然目前健保財務狀況看起來不錯，但還有看不到的需求，像新藥、新科技給付得非常慢、非常少，現在民眾自費的總醫療費用占個人醫療費用接近40%，回到27年前還沒開辦健保的狀況，民眾自費付了很多錢。
- 二、我補充剛剛委員提到健保保費呆帳的部分，一年有50億元的健保保費呆帳要努力處理，但50億元占整個健保總額7,000多億元只有0.6%，比其他金融保險業比例低。另外這些健保保費呆帳都有移到法務部行政執行署處理，但行政執行官跟我們講到已經很不忍心繼續執行，有4、50歲失業但帳戶有3、40萬的人，如果強制執行，小孩下學期的學費就會交不出來，事實上全世界已開發國家福利人口是2~5%，我國的社會福利人口壓到1點幾%，所以還有另外1~3%的人交不起健保保費但沒有放在第五類，要去收這些人的保費都很困難，所以最後變成健保保費呆帳，如果有辦法將福利人口擴張，健保保費呆帳就會減少。

溫科長怡琿

曲諮詢委員同光提出的部分，我說明一下，這個差異的最大影響因素是人口差值，就是投影片第19張有提到非協商因素依照投保人口差值，這是依照國發會的報告，人口差值為往前校正2~3年，推估是112年、113年因為新冠肺炎疫情，當時因為110年與111年這2年因為外籍人士沒有進來，有一些我們國人在國外沒有回來而使戶籍遷出的部分，所以預估在後面的部分，其實那個人口數會回升，我們就

有一個人口差值的校正，我們是參考國發會資料進行推估，以上說明。

張專門委員菊枝

- 一、剛剛許多委員都關心行政院主計總處撥補到全民健康保險基金的240億元，到底113年以後還會不會繼續撥補，跟各位委員報告，112年行政院主計總處會撥補240億元，是因為考量明年健保安全準備可能會不足1個月，至於113年以後會不會繼續撥補目前不清楚，所以剛剛委員問到的投影片第22張，就只有112年有含撥補的240億元，而且是含在保險收入，在投影片第15張預估其他收入也有說明。
- 二、剛剛委員問到投影片第19張，113年到115年的保險收入平均成長率比較低，那是因為112年有行政院主計總處撥補的240億元，導致基期變高，所以成長率就比較低。
- 三、另外委員問到投影片第20張，113年總額成長率2.24%相對比較低，這是人口差值因素造成，因為113年是校正111年，111年是採用109年投保人數，那時候成長率是0.1%，113年校正之後今年成長率是負的，所以113年總額成長率比較低。
- 四、還有委員問到110年9月估計的短絀金額跟現在估計的短絀金額不一樣，那是因為當時提出的是以110年11月財務估計為基礎，沒有包含111年上半年補充保險費的影響。今天提出版本是依照111年上半年的補充保險費預收情形及國發會在111年8、9月的人口推估情形所做的重新預估，所以短絀金額會有差異。
- 五、剛剛委員也有問到投影片第4張，111年保險收入「實際數/最新預估數」與「前一年預估數」的差異有238億元，主要是補充保險費增加，連帶使36%政府負擔隨同增加所致。

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：劉于鳳
聯絡電話：(02)8590-6879
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月3日
發文字號：衛部健字第1113360149號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1. 會議紀錄節錄及與會人員發言實錄、2. 黃委員振國及顏委員鴻順提案單、3. 朱委員益宏詢問事項

主旨：檢送本會第5屆111年第10次委員會議委員提案關切「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」支應情形，惠請於本(111)年11月14日前提供相關資料供參，敬請查照惠復。

說明：

- 一、依據本會第5屆111年第10次委員會議決議(會議紀錄節錄及與會人員發言實錄如附件1)辦理。
- 二、本案有關黃委員振國及顏委員鴻順提案(如附件2)詢問醫院及西醫基層診所「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」實際核發情形(含家數、人數及金額等細項數據)，及朱委員益宏詢問(如附件3)23家轉列專責醫院(三軍總醫院松山分院、新北市聯合醫院三重院區、台北市聯合醫院和平婦幼院區及20家網區應變醫院)，中央健康保險署應支付健保補助款、疾病管制署應用特別預算支

應情形及實際核付結果，惠請提供相關資料，供本會委員參考。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部疾病管制署、衛生福利部中央健康保險署

抄本

檔 號：
保存年限：

附錄三

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111年11月10日
發文字號：衛部健字第1113360155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：奉交議「協定112年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

- 一、依據鈞部111年8月10日衛部保字第1110131417號函、本會第5屆111年第9次委員會議(111.9.23)決議及第10次委員會議(111.10.28)決定辦理。
- 二、本會業依鈞部交議之112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與政策目標及執行計畫，完成協議訂定其總額及相關分配，其中牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算達成共識，至醫院總額及西醫基層總額未達共識，乃以兩案併陳報鈞部決定。
- 三、112年度牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額成長率與其他預算額度及相關分配，達成共識，如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長2.588%，其中一般服務成長率為0.702%，專款項目全年經費為2,894.3百萬元(總額及其分配，詳附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長4.344%，其中一般服務成長率為4.072%，專款項目全年經費為1,220.3百萬元(總額及其分配，詳附件二)。

(三)由中央健康保險署管控之其他預算額度為15,779.2百萬元(詳附件三)。

四、醫院及西醫基層之醫療給付費用總額，經醫院及西醫基層部門與付費者代表協商，尚有部分項目未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就保險付費者代表及醫事服務提供者代表之建議方案當中各提一案，報請鈞部決定。

(一)醫院總額(詳附件四)：

1、付費者代表之建議方案：一般服務成長率為3.092%，專款項目全年經費為39,050.5百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為2.405%(門診透析服務總費用成長率為3%，並依111年第1季申報費用點數占率，分配醫院及西醫基層門診透析服務費用)。三項額度經換算，112年度醫院醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長3.269%。

2、醫院代表之建議方案：一般服務成長率為4.455%，專款項目全年經費為39,059.2百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為3.400%(門診透析服務總費用成長率為4%，並依111年第1季申報費用點數占率，分配醫院及西醫基層門診透析服務費用)。三項額度經換算，112年度醫院醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長4.529%。

(二)西醫基層總額(詳附件五)：

1、付費者代表之建議方案：一般服務成長率為1.551%，專款項目全年經費為8,497.1百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為3.675%(門診透析服務總費用成長率為3%，並依111年第1季申報費用點數占率，分配醫院及西醫基層門診透析服務費用)。三項額度經換算，112年度西醫基層醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長1.800%。

2、西醫基層代表之建議方案：一般服務成長率為4.539%，專款項目全年經費為8,847.4百萬元，惟其方案在門診透析服務費用部分，未依醫事服務提供者代表協商時提出之門診透析服務總費用成長率4%計列，致無法計算112年度西醫基層醫療給付費用總額及成長率(含門診透析)。若以醫事服務提供者代表建議之門診透析服務總費用成長率4%計列，依其與醫院分配占率計算，則西醫

基層門診透析服務費用成長率為4.682%。三項額度經換算，112年度西醫基層醫療給付費用總額，較112年度總額基期成長4.592%。

(三)有關協商過程之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」議事錄，本會業於111年10月21日以衛部健字第1113360138號函送在案(諒達)，併請鈞部參考。

五、綜上，本會協定結果之112年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率估計值，相較於112年度總額基期，付費者代表之建議方案成長率為2.821%；醫事服務提供者代表之建議方案成長率為4.224% (詳附件六)。為利中央健康保險署會同各總額部門相關團體，依鈞部核定結果即早研擬112年度總額相關計畫/方案，謹請鈞部即早裁決與核定。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

六、有關鈞部交議請本會納入本次協商之成效回饋款部分，各部門總額新增方案/計畫已協訂各項目之規劃期程與檢討期限，請中央健康保險署會同各部門總額相關團體，滾動檢討逐年成效，於檢討期限提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果，並提出節流效益。後續將俟辦理結果，提報相關資料。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

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 p.24)</p> <p>三、在會議資料第250頁，剛才周執行秘書淑婉有提到，雖然是我個人關心的問題，但是與下個(11)月委員會議的112年健保費率審議案應該有相當關係，所以在這裡還是要再提出來。本人是針對健保署說明不清楚的地方，才會請教健保署有關健保法第76條遵循情形，但這次說明和上次完全一樣，我找不出來到底哪裡不一樣，所以有回答等於沒有回答。</p> <p>四、看到健保署的說明後，我就找了最近會議資料，希望能從健保署的做法可以得到一點解惑，但找了半天還是有很多地方要解釋東、西又不通，解釋南、北也是一樣情形，所以還是沒有辦法完全釋疑。後來發現，下個月費率審議的時候，健保署會提供一個歷年健保財務收支情形表，其中細項有政府負擔不足法定36%的差額、安全準備相關收入以及當年安全準備填補金額這3項資料。</p>	<p>一、依第5屆111年第11次委員會議本署提供之109年至112年健保財務收支情形表並以111年度為例，計算分述如下：</p> <p>(一)政府負擔不足法定36%差額829億元：詳如附表(第158頁)。</p> <p>(二)安全準備相關收入163億元：菸品健康福利捐135億元+公益彩券盈餘分配收入16億元+滯納金6億元+安全準備投資淨收益6億元。</p> <p>(三)當年安全準備填補金額248億元：保險費相關收入7,281億元-保險成本7,529億元。</p>
<p>滕委員西華(議事錄 p.62)</p> <p>二、醫院協會在做公式研擬，首先，剛才健保會同仁也提到門、住診費用比率，健保署在健保會103年的報告</p>	<p>有關地區預算分配方式，本署業已委託台灣醫院協會辦理；將俟報告完成後提供委員參考。</p>

委員意見	健保署說明
<p>說沒有合理比率，但今年已經111年，住院部分轉為門診內視鏡手術、化療等，都已經應該要有更好的數據了；第二個，合理門診量在調整的時候，不同層級也產生不同的shifting(流動)。第三個，DRGs(Diagnosis Related Groups，住院診斷關聯群)做這麼多年，也大概可以知道住診費用在不同醫院層級的變化。目前有人說要維持門、住診比率不動，但我仍然覺得應該要動，至少要再改1%，還是要前進，我認為門、住診比率應該要動。如果真的不動，醫院協會承接健保署的委託研究時，應該要把現行門診型態、DRGs執行變化，還有應該要考慮，是否將來在醫院不同層級要有不同的門、住診比率。我們知道現在地區醫院慢慢轉至門診型態為主，或是轉型為以長照床為主，這非常多。因此讓台大醫院之類的醫學中心層級，維持跟地區醫院一樣的門、住診費用比率，好像也不太對。若今年的研究能做好，那未來於112年協商113年度總額時，就再也沒有理由及藉口說還要做公式研究，因為都派給總額管理單位研究了。這個議題再繼續長期不改善，是有點漠視地區分配預算原本存在的意義。</p>	

政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數計算方式之比較

單位：億元

計算項目	111年度	
	收入面	支出面
	保費分攤原則	給付支出原則
	$(A+B)/64%\times 36\%$	$(C+D-E)\times 36\%$
保險對象負擔A	2,419	-
民營雇主負擔B	2,268	-
保險給付支出C	-	7,529
應提列或增列安全準備D ²	-	-85
其他法定收入E ³	-	121
政府應負擔健保總經費F	2,636	2,636
政府已負擔保險費小計G	1,808	
政府應負擔健保總經費 法定下限36%不足數H=F-G	829	829

製表日期：111.11.03

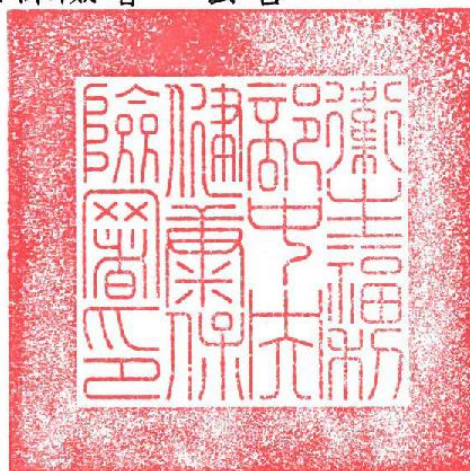
- 說明：1、依健保法第3條及第17條規定，保險經費扣除其他法定收入後由三方分擔之，政府負擔該部分之36%，保險對象及民營雇主則負擔64%，為方便計算，以保險對象及民營雇主之負擔為基礎，按64%回推總保險費，並計算政府應負擔健保總經費。
- 2、依行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎，「應提列或增列安全準備」以實際營運值計入。
- 3、依健保法第17條規定，其他法定收入為保險經費扣除三方分擔保險費後之金額，計列項目包含滯納金、社會公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐分配收入、呆帳提列、投資淨收益及其他(呆帳轉銷後收回金額、未兌現支票轉入數、保險費小額短繳數等)。
- 4、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

副本

檔號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  2
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月24日
發文字號：健保醫字第1110118145號
附件：請自行至本署全球資訊網站擷取

主旨：公告修訂「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性
支付方式」計畫，自一百十一年十月一日起生效。

依據：衛生福利部111年10月13日衛部保字第1111260327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

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300235

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：林欣然
聯絡電話：02-27065866 分機：2358
電子郵件：A111113@nh.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月26日

發文字號：健保承字第1110640838A號

速別：普通件

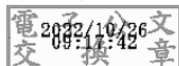
密等及解密條件或保密期限：

附件：如主旨 (A21030000I_1110640838A_doc4_Attach1.odt、
A21030000I_1110640838A_doc4_Attach2.pdf)

主旨：「全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點」，業經本署於中華民國111年10月26日以健保承字第1110640838號令修正發布，茲檢送發布令及行政規則規定1份，請查照。

正本：衛生福利部社會保險司、衛生福利部全民健康保險會、審計部、本署企劃組、本署主計室、本署政風室、本署醫務管理組、本署各分區業務組

副本：



111.10.26

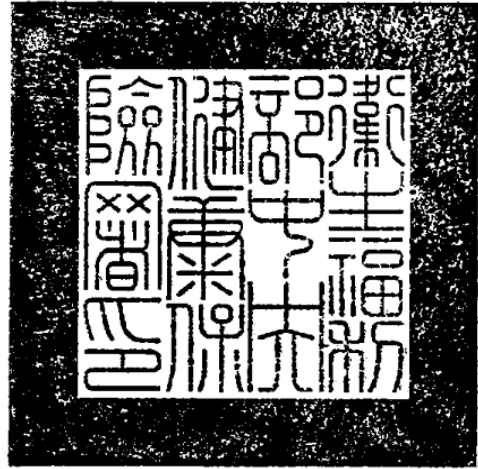


1113340236

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國111年10月26日
發文字號：健保承字第1110640838號
附件：如文



修正「全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點」第七點，並自即日生效。

附修正「全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點」第七點

署長李伯璋

裝

訂

線

全民健康保險紓困基金逾期欠款債權催收及轉銷呆帳作業要點第七點修正規定

七、逾期欠款債權有下列情事之一，應於保險人依行政作業程序經其首長核准後轉銷為呆帳：

- (一) 欠款者經保險人連續二年查核，均不具有清償能力者。
- (二) 欠款者無財產可供執行，或有財產但執行無實益已取得債權憑證者。
- (三) 聲請法院依督促程序核發支付命令或經保險人以雙掛號郵件催繳，仍無法送達者。
- (四) 每案逾期欠款債權金額在新臺幣一百元以下免催收者；或每案逾期欠款債權金額在新臺幣七千五百元以下，經保險人催收仍未收回者，且已逾清償期二年。
- (五) 欠款者死亡且符合下列情形之一者：
 - 1. 無財產或有財產但執行無實益。
 - 2. 每案逾期欠款債權金額在新臺幣四萬元以下。
- (六) 欠款者依破產法規定聲請和解經和解成立或受破產宣告，致未清償者。
- (七) 欠款者依消費者債務清理條例聲請債務更生、清算，並經法院裁定確定，致未清償者。
- (八) 對於同一欠款者，前已取得債權憑證，嗣又就其欠款部分取得執行名義，如執行已顯無實益者。
- (九) 因天然災害或其他不可抗力之事故，未受清償者。
- (十) 具有第四點第三款及第四款情形之一者。
- (十一) 其他原因，未受清償，經取具證明者。

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111年11月7日
發文字號：健保醫字第1110118969號
附件：如主旨(請至全署全球資訊網擷取)

主旨：公告「112年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，如附件，並自一百一十二年一月一日起生效。

依據：全民健康保險醫療資源缺乏地區應具備之條件第三點。

副本：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、中華民國藥師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、台灣醫院協會、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、台灣醫學資訊學會、臺北市電腦商業同業公會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、衛生福利部全民健康保險爭議審議會、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署違規查處室、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組、本署資訊組

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300240

112年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

序號	分區業務組	區域別	序號	分區業務組	區域別
1	臺北業務組	新北市石碇區	24	中區業務組	彰化縣線西鄉
2	臺北業務組	新北市坪林區	25	中區業務組	彰化縣福興鄉
3	臺北業務組	新北市石門區	26	中區業務組	彰化縣芬園鄉
4	臺北業務組	新北市平溪區	27	中區業務組	彰化縣埔鹽鄉
5	臺北業務組	新北市雙溪區	28	中區業務組	彰化縣田尾鄉
6	臺北業務組	新北市貢寮區	29	中區業務組	彰化縣芳苑鄉
7	臺北業務組	新北市萬里區	30	中區業務組	彰化縣溪州鄉
8	臺北業務組	宜蘭縣冬山鄉	31	中區業務組	南投縣鹿谷鄉
9	臺北業務組	宜蘭縣五結鄉	32	中區業務組	南投縣中寮鄉
10	臺北業務組	宜蘭縣三星鄉	33	中區業務組	南投縣魚池鄉
11	北區業務組	桃園市觀音區	34	中區業務組	南投縣國姓鄉
12	北區業務組	新竹縣橫山鄉	35	南區業務組	雲林縣大埤鄉
13	北區業務組	新竹縣芎林鄉	36	南區業務組	雲林縣元長鄉
14	北區業務組	新竹縣寶山鄉	37	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
15	北區業務組	新竹縣北埔鄉	38	南區業務組	嘉義縣東石鄉
16	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	39	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
17	北區業務組	新竹縣新埔鎮	40	南區業務組	嘉義縣番路鄉
18	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	41	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
19	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	42	南區業務組	臺南市大內區
20	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	43	南區業務組	臺南市七股區
21	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	44	南區業務組	臺南市將軍區
22	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	45	南區業務組	臺南市北門區
23	中區業務組	臺中市大安區	46	南區業務組	臺南市楠西區

112年度「全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域

47	南區業務組	臺南市南化區	62	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
48	南區業務組	臺南市左鎮區	63	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
49	南區業務組	臺南市龍崎區	64	東區業務組	花蓮縣光復鄉
50	高屏業務組	高雄市田寮區	65	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
51	高屏業務組	高雄市永安區	66	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
52	高屏業務組	高雄市六龜區	67	東區業務組	花蓮縣富里鄉
53	高屏業務組	高雄市甲仙區	68	東區業務組	臺東縣成功鎮
54	高屏業務組	高雄市杉林區	69	東區業務組	臺東縣卑南鄉
55	高屏業務組	高雄市內門區	70	東區業務組	臺東縣大武鄉
56	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	71	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
57	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	72	東區業務組	臺東縣東河鄉
58	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	73	東區業務組	臺東縣長濱鄉
59	高屏業務組	屏東縣車城鄉	74	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
60	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	75	東區業務組	臺東縣池上鄉
61	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮			

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  29
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月18日
發文字號：健保醫字第1110663184號
附件：如主旨、公告事項

主旨：公告修正「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案（下稱即時查詢方案）」如附件1，自111年10月1日起實施。

依據：衛生福利部111年10月5日衛部保字第1111260307號函。

公告事項：

一、旨揭方案新增及修正項次如下：

（一）新增項次：

- 1、六、提升院所智慧化資訊獎勵。
- 2、七、（二）居家藍牙APP介接獎勵結算方式。

（二）修正項次：

- 1、三、（五）其他預算用途。
- 2、五、（七）核發獎勵金追扣條件。

衛生福利部全民健康保險會收發

1113300231

3、七、(三)其他項目獎勵結算方式。

二、次修正即時查詢方案—特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明(附件2)，四、(二)、1、(2)、C、(c)及表一備註說明(放寬牙科X光攝影檢查項目之影像解析度最低需求)，考量院所調整影像檔上傳程式所需時間，本項修訂於111年11月1日起實施。

三、旨揭方案置於本署全球資訊網/公告，又問答集及特約醫事服務機構上傳醫療檢查影像格式說明置於本署全球資訊網/健保服務/健保與就醫紀錄查詢項下，請自行擷取。

副本：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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、台灣助產學會、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、社團法人中華民國職能治療師公會全國聯合會、台灣醫院協會、中華民國公立醫院協會、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、國軍退除役官兵輔導委員會、社團法人台灣醫學資訊學會、台北市電腦商業同業公會、社團法人台灣醫事檢驗學會、台灣臨床病理檢驗醫學會、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、本署蔡副署長室、本署主任秘書室、本署財務組、本署主計室、本署企劃組(請刊登本署電子報)、本署資訊組、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

署長李伯璋

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204  3
臺北市南港區忠孝東路6段488號



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年10月14日
發文字號：健保醫字第1110663130號
附件：請自行至本署全球資訊網下載

裝

訂

主旨：公告111年10月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自111年10月1日起。

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

線

署長李伯璋

衛生福利部全民健康保險會收發



1113300229

6項中醫醫療照護計畫自111年10月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	1	4	2	4	1	0	12	
	醫師數	1	16	2	7	2	0	28	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	4	6	9	4	4	0	27	
	醫師數	5	13	13	8	7	0	46	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	4	6	6	4	3	0	23	
	醫師數	5	13	9	8	4	0	39	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	2	0	0	0	1	0	3	
	醫師數	3	0	0	0	2	0	5	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫計 醫輔助醫療 畫	院所數	1	4	2	2	1	0	10
		醫師數	1	16	2	2	2	0	23
	癌症患者中 醫門診延 醫門診延 護計畫	院所數	0	3	1	1	1	0	6
		醫師數	0	15	1	1	2	0	19
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	1	7	5	2	2	0	17
		醫師數	1	22	8	3	3	0	37
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	0	6	3	1	2	0	12	
	醫師數	0	18	4	2	2	0	26	

衛生福利部全民健康保險會
第 5 屆 111 年第 11 次委員會議補充資料目錄

會議時間：111 年 11 月 18 日

- 一、本會重要業務報告
更新說明一(會議資料第19頁)----- 1
- 二、討論事項第四案「維護本會委員提案權案」
新增社會保險司意見及更新本會補充說明六(會議資料第
102頁)----- 4

(會議資料第 19 頁)

四、本會重要業務報告

.....

一、本會依上次(第10次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)黃委員振國及顏委員鴻順所提「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點實際核發情形案」及朱委員益宏詢問事項：於本(111)年11月3日依會議決定函送衛生福利部(下稱衛福部)，並副知疾病管制署及中央健康保險署(下稱健保署)，請其於本年11月14日前提供相關資料供參，如附錄二(第149~150頁)，衛福部於本年11月11日函復黃委員振國及顏委員鴻順所詢事項(如附件，第2~3頁)，至朱委員益宏詢問事項，已另請辦健保署於11月16日前提供相關說明(資料後附)。

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：陳先生
聯絡電話：(02)8590-6666
傳真：(02)8590-7088
電子郵件：mdckh@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國111年11月11日
發文字號：衛部醫字第1110143443號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所詢「執行嚴重特殊傳染性肺炎醫療照護及防治發給補助津貼及獎勵要點」之醫院及診所撥款情形一案，復如說明段，請查照。

說明：

- 一、復貴會111年11月3日衛部健字第1113360149號函。
- 二、旨揭獎勵要點包含醫事人員及相關工作人員津貼、醫療機構獎勵費用，以及醫事人員及社工人員取消出國補償等項目，截至111年11月4日止，撥款金額共新臺幣(下同)426億9,373萬4,000元，各項目情形如下：
 - (一)醫事人員及相關工作人員津貼：109年1月至111年9月共265家醫院提出申請，已撥款金額共158億3,759萬1,000元，餘29億9,928萬3,000元，將於審查後撥款。
 - (二)醫療機構獎勵費用：已核撥491家醫院之獎勵費用計217億8,872萬5,000元，及撥付2萬1,206家診所之獎勵費用計49

111.11.11



111CC00720

億7,819萬8,000元，醫療機構獎勵費用尚有24億8,146萬8,000元待撥，將配合預算時程進行撥款。

(三)醫事人員及社工人員取消出國補償：共340家醫院提出申請，撥款金額計8,922萬元。

(四)另本部無實際發放人數統計資料，未能提供予貴會參考。

三、相關撥款進度，可至本部網站之嚴重特殊傳染性肺炎專區查詢。(網址：<https://gov.tw/ZHq>)

正本：本部全民健康保險會

副本：

抄本

補充資料夾頁

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：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國111年11月17日

發文字號：健保醫字第1110063231號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：無

主旨：貴會朱委員益宏所詢23家轉列專責醫院領取健保款、紓困振興特別預算支用情形及實際核付結果案，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據貴會111年11月14日表單編號1111114777號請辦事宜辦理。
- 二、依傳染病防治醫療網作業辦法第13條規定，隔離醫院依規定啟動收治並予以補助之權責單位為衛生福利部疾病管制署。
- 三、有關旨揭醫院110年第2-3季一般服務收入係依據衛生福利部疾病管制署提供之操作型定義，衛生福利部核定之110年第2、3季健保總額結算方式計算。
- 四、另該等醫院以嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算支應情形，請逕洽該署提供。

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部疾病管制署

討論事項第四案「維護本會委員提案權案」

一、有關提案說明二提及「是以立法者其除列舉規定，尚有例示之規定，即其他有關事項均屬之，此係立法者於立法當時有意擴大健保會之功能，故加上例示之規定」一節：

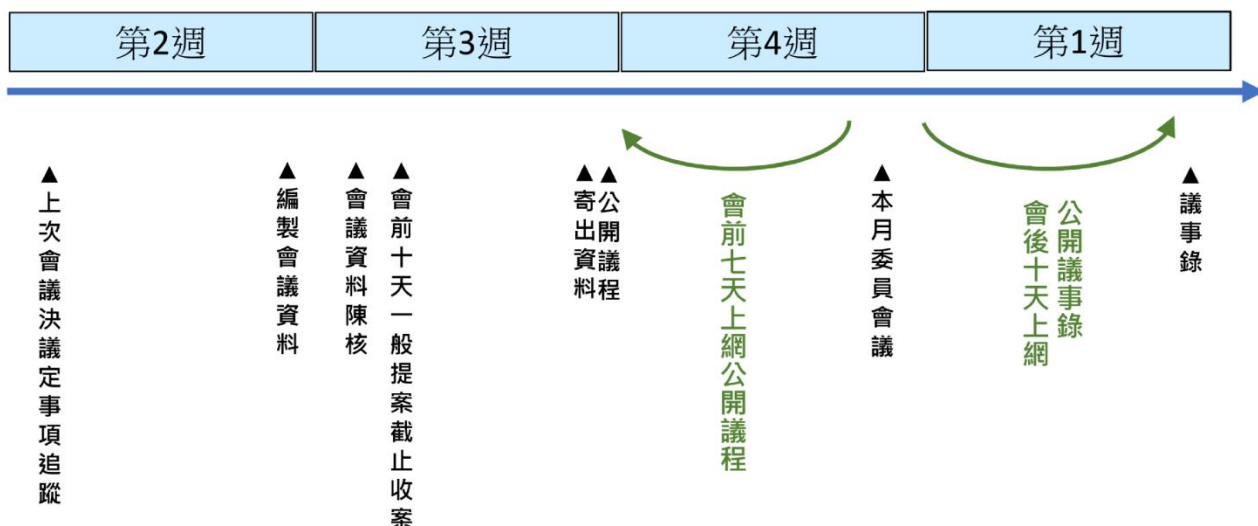
(一)因衛福部(社會保險司)為健保法之主政單位，本會請就其立法原意與胡委員對全民健康保險法第5條之解釋(其他有關事項均屬之，此係立法者於立法當時有意擴大健保會之功能)是否相符。

(二)社會保險司回復意見如下：

有關全民健康保險會之任務，已明定於全民健康保險法第5條第1項：「本保險下列事項由全民健康保險會辦理：一、保險費率之審議。二、保險給付範圍之審議。三、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。四、保險政策、法規之研究及諮詢。五、其他有關保險業務之監理事項。」二代健保施行時，為擴大民眾參與，以全民健康保險會為各界代表對於全民健康保險重要事務的溝通、審議、協商的重要平台，其任務範圍以全民健康保險業務為主，應無疑義。

二、更新本會補充說明六(如下圖)：

本會會議資料及議事錄流程



註：本會議事錄，除會議紀錄外，並包含與會人員發言逐字稿實錄。