

衛生福利部全民健康保險會  
第5屆 110 年第 7 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 110 年 11 月 19 日



# 衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第7次委員會議議程

## 一、主席致詞

## 二、議程確認

一另有關千委員文男等15位付費者代表委員提出「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」案(如後附)，本案涉及菸害防制法屬國民健康署權責，非屬本會職掌，建議不納入議程。

三、確認上次(第6次)委員會議紀錄-----1

四、本會重要業務報告-----11

## 五、優先報告事項

中央健康保險署「110年第3季全民健康保險業務執行季報告」-----30

## 六、討論事項

(一)全民健康保險111年度保險費率方案(草案)審議案-----33

(二)111年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案-----108

(三)111年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案-----126

## 七、臨時動議



議程確認補充說明：

有關于委員文男等 15 位付費者代表委員提出有關電子煙管制相關提案(如後附)，處理意見說明如下：

- 一、本案於提案單之「內容與本會任務符合情況」欄位勾選屬「其他有關保險業務之監理事項(第 5 條)」，惟審視提案內容主要為菸害防制法修法建議，非屬全民健康保險法規範之監理業務範圍，歉難認定為本會法定職掌，建議不納入議程。
- 二、惟案經15位委員聯名提案，表達關心電子煙使用日趨嚴重影響青少年健康議題，基於委員均為全國性團體代表，具有一定民意基礎，共同重視本項健康議題，爰建議將委員提案內容以本會名義正式函送權責機關國民健康署，請其提供目前修法進度，供委員知悉。



# 全民健康保險會提案單

提案日期：110 年 11 月 09 日

提案者	干文男、何語、吳鴻來、李永振、李麗珍、林恩豪、林敏華、翁燕雪、張文龍、許駢洪、陳有慶、楊芸蘋、劉守仁、劉淑瓊、賴博司(依委員姓名筆劃排序)
委員代表類別	保險付費者代表
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	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。
說明	<p><b>一、菸品變貌、菸害族群年輕化、徒增健保醫療成本</b></p> <p>每年臺灣約有 2.8 萬名死於菸害，平均不到 20 分鐘就有 1 人因菸害而失去生命；電子煙自 103 年起開始在台灣市場銷售，短短 7 年間，這類新穎菸品蓬勃發展，深入我們生活周遭，甚至擄獲未成年使用者，國、高中職學生使用電子煙的人數，已快速成長到 5.7 萬；110 年 1 月 20 日臺灣兒科醫學會聲明稿表示，電子煙雖不含焦油，但其中的尼古丁，仍有強烈的成癮性，並造成大腦神經系統危害，尤其對發育中的青少年；其中的化學物質經高溫霧化的交互作用，常會產生各種有毒物質，造成呼吸、心臟血管甚至神經系統的傷害，亦有致癌風險。中山醫大附醫兒童部，就曾收治 15 歲男學生的案例，該學生從小接觸電子煙，確診為嚴重肺損傷；相關案例不勝枚舉，且因菸害相關疾病每年耗費健保醫療資源，最保守估計至少 500 億元，造成健保財務沉重負擔。</p> <p><b>二、維護全民健康的法典「菸害防制法」修法一再延宕</b></p> <p>現行的菸害防制法是 98 年 01 月 23 日修正，十四年後，隨著時代演進，市面上各種新型態的菸品層出不窮，各國也紛紛為此修訂菸控政策以保護公共健康，並成為全球危害健康的新興議題；而台灣的菸害防制法仍按兵不動，以致於現在電子煙市場崛起之後，沒有法源依據，無法可管；為了讓一部維護國民健康的法典與時俱進，109 年 10 月 20 日衛福部將「菸害防制法」修正案陳報行政院，109 年 11 月 1</p>

	<p>6日召開審查會議，之後的進度就是109年12月7日、10年3月12日及4月6日，皆是「衛福部陳復意見予行政院」，修法延宕至今已逾一年；只要行政院的菸害防制法修正案版本出不來，立法院就沒辦法審查；因此民眾迫切希望有一套辦法來保護下一代、杜絕電子煙危害，又再度落空。</p> <p><b>三、慎防菸害擴大侵蝕醫療資源、應強化管制新興菸品的法源</b></p> <p>「菸害防制法」尚未完成修法之際，電子煙仍將繼續氾濫、新穎發明的菸品仍將陸續上市，並在可見未來繼續衍生新型態的菸害風險，不僅傷害國人的健康，最後的醫療成本仍是我們的全民健保來承擔！為了防範新型態菸害擴大侵蝕健保醫療資源，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，將該法所規範的範圍擴大，除了嚴禁販售電子煙產品給青少年之外，也應該預期規範到未來新穎發明的菸品，必須一併加以禁止，落實防制菸害，維護全民健康，減輕健保醫療負擔。</p>
擬辦	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。
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 checked="" 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)	

三、確認上次(第 6 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：本紀錄業以本(110)年 11 月 1 日衛部健字第 1103360146 號函送委員在案，並於本年 11 月 1 日併同會議資料上網公開。

決定：

# 衛生福利部全民健康保險會第5屆110年第6次委員會議紀錄 (含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國110年10月22日上午9時30分

地點：本部301會議室

主席：周主任委員麗芳

紀錄：馬文娟、張琬雅

出席委員：(依姓名筆劃排序)

于委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、  
李委員永振、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪、林委員敏華、  
侯委員俊良、柯委員富揚、胡委員峰賓、翁委員文能、馬委員海霞、  
商委員東福、張委員文龍、張委員澤芸、許委員駢洪、陳委員石池、  
陳委員有慶、陳委員秀熙、陳委員建志(徐常務理事邦賢12:07以後代理)、  
黃委員金舜、黃委員振國、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、  
劉委員國隆、劉委員淑瓊、滕委員西華、鄭委員素華、盧委員瑞芬、  
謝委員佳宜、顏委員鴻順、台灣總工會(待聘中)

請假委員：翁委員燕雪、賴委員博司

列席人員：

本部社會保險司：盧副司長胤雯

中央健康保險署：李署長伯璋(蔡副署長淑鈴代理)、王組長宗曦、游副組長慧真、  
黃副組長育文

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、  
陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。(詳附錄第11~12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~13頁)

決定：

一、中央健康保險署署長為本會會議規範明訂應列席之人員，  
如需請假，請衡酌請假事由與列席本會之重要性方得為  
之。

二、原報告事項第三案調整為報告事項第一案，原報告事  
項第一案及第二案順延為第二案及第三案。

三、餘照議程之安排進行。

參、確認上次(第 5 次)委員會議紀錄：(詳附錄第 13 頁)

決定：確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第 14~24 頁)

決定：

一、上次(第 5 次)及歷次委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬繼續追蹤共 2 項(上次)，同意依擬議，繼續追蹤。

其中項次 2，請衛生福利部(社會保險司)、中央健康保險署就委員所提意見妥為研議。

(二)擬解除追蹤共 3 項(歷次)，同意依擬議，解除追蹤。

二、考量 COVID-19 防疫需要，取消原預訂於本(110)年 12 月辦理之業務訪視活動，至本年 12 月 17 日委員會議維持在本部召開。

三、本會委員索取業務相關資料之原則及流程，遵循歷屆委員會之共識作法辦理。

(一)原則：在符合本會法定權限、政府資訊公開法及相關法規的前提下提供資料。

(二)流程：

1.委員會議決議(定)資料：由同仁洽請中央健康保險署提供，並於下次委員會議提報辦理情形及相關資料。

2.個別委員要求資料：由同仁依議事錄中主席之提示或委員書面意見，洽請中央健康保險署提供後，轉送所有委員參考。

四、請同仁彙整本會 102~109 年委託研究計畫之成果摘要供委員參考。

五、餘洽悉。

伍、優先報告事項：(詳附錄第 25~61 頁)

報告單位：本會第三組

案由：111 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 111 年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

111 年度 總額	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 方案
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	5,540.67	5,639.54	1,538.84	1,569.79	約 8,037.40	約 8,167.21
成長率 (增加金額)	2.756%	4.208%	4.26 億元	2.567%	4.397%	2.239%	4.295%	2.577%	4.233%

註：1. 計算成長率所採基期費用為 110 年度核定總額(約 7,835.50 億元)。

2. 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、中醫門診總額及其他預算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)，請併入 111 年度總額協商結果，陳報衛生福利部核(決)定。

三、為利評核上開「執行目標」及「預期效益之評估指標」執行結果，以未受 COVID-19 疫情影響之 108 年為比較基準年，惟若 111 年疫情持續，目標值應予調降。

陸、討論事項：(詳附錄第 62~89 頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：111 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、111 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：

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)扣除風險調整移撥款後，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.住診服務：

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，按季結算各分區浮動點值以核付費用。

二、風險調整移撥款：

(一)自一般服務費用移撥部分金額，作為風險調整移撥款，鼓勵各區就轄內醫療資源需求進行最適之整合及規劃，以持續推動區域間平衡發展。

(二)本項額度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額度，報請主管機關決定。其中：

1.付費者代表委員建議：6億元。

2.醫院代表委員建議：2億元。

三、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。

四、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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 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、111 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

### 第三案

提案單位：本會第三組

案由：111 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、111 年度全民健康保險西醫基層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. 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 105.2 百萬元)移撥部分金額，作為風險調整移撥款。
  2. 扣除上開移撥費用後，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、有關風險調整移撥款部分，保留續議。請中華民國醫師公會全國聯合會儘快於 110 年 11 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，以利 11 月份委員會議討論。

陸、報告事項：(詳附錄第 90~109 頁)

## 第一案(原列第三案)

報告單位：中央健康保險署、本會第二組

案由：109 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。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明後，由本會同仁彙製 109 年全民健康保險監測結果報告。

## 第二案(原列第一案)

報告單位：中央健康保險署

案由：110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告(併「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)，請鑒察。

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

## 第三案(原列第二案)

報告單位：中央健康保險署

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案，請鑒察。

決定：

一、本案洽悉。請參考委員意見，依全民健康保險法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。

二、委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午 14 時 05 分。

附錄：與會人員發言實錄

**牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算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	<p>高風險疾病口腔照護</p> <p>1. 執行目標：111 年服務高風險疾病患者 270,000 人。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：高風險患者利用全口牙結石清除之比率，111~113 年分別為 40%、45%、50%。</p>
		<p>提升假日就醫可近性</p> <p>1. 執行目標：</p> <p>(1) 111 年提升假日就醫之急症處置服務人次：</p> <p>① 牙醫急症處置 92093B：服務 17,435 人次。</p> <p>② 週六、週日及國定假日牙醫門診急症處置 92094C：服務 412,089 人次。</p> <p>③ 牙齒外傷急症處理 92096C：服務 915 人次。</p> <p>(2) 全國假日提供看診服務之院所數較 108 年增加 60 家。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：接受治療者，其整體就醫滿意度提升。</p>
	專款項目	<p>12~18 歲青少年口腔提升照護試辦計畫</p> <p>1. 執行目標：111 年服務 12~18 歲少年 900,000 人次。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：提升全國 12~18 歲少年牙醫就醫率不低於該年齡層 108 年牙醫就醫率，111~113 年分別為 40%、50%、60%。</p>
		<p>高齶齒病患牙齒保存改善服務計畫</p> <p>1. 執行目標：111 年服務高齶齒病患(曾接受過複合體填補處置) 92,000 人。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：高齶齒病患利用塗氟(完整塗氟 4 次)之比率，111~113 年分別為 30%、35%、40%。</p>
	一般服務	<p>提升民眾於疾病黃金治療期針傷照護</p> <p>1. 執行目標：111 年民眾使用針傷於疾病黃金治療期<sup>註</sup>醫療次數較 108 年多出 5%。</p> <p>2. 預期效益之評估指標：減少患者同期使用針傷於疾病黃金治療期<sup>註</sup>跨院所就醫次數 2%。</p> <p>註：黃金治療期定義：自首次開立同一 ICD-10-CM 主診斷碼起 3 個月內(含跨院所)。</p>

部門	新增項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
	專款項目 照護機構中醫醫療照護方案	1. 執行目標： (1)111 年至少 30 家院所參與服務。 (2)服務人次 15,000 人次，服務總天數 1,500 天。 2. 預期效益之評估指標：照護機構接受中醫醫療照護後，其住民外出中醫就醫件數較未被照護前(108 年)之件數減少。
其他預算	專款項目 提升院所智慧化資訊機制(111 年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用	新增提升院所智慧化資訊機制： 1. 執行目標：提升檢驗所(與西醫基層診所合併計算)資料上傳率達 50%。 2. 預期效益之評估指標：西醫基層於 20 類檢查(驗)同病人 28 天內再檢查率，較 108 年下降 10%。
	提升用藥品質之藥事照護計畫	1. 執行目標：年度預計服務達 3 萬人次。 2. 預期效益之評估指標：收案保險對象使用藥品品項數，較照護前(108 年)下降 10%。

#### 四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第 6 次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

- (一)彙整本會 102~109 年委託研究計畫之成果及參採情形摘要，如附件一(第 20~22 頁)。
- (二)於本(110)年 11 月 2 日函請中華民國醫師公會全國聯合會儘快於 110 年 11 月份委員會議前，提送 111 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之風險調整移撥款建議額度與用途。
- (三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計 6 項，依辦理情形，建議解除追蹤 1 項，繼續追蹤 5 項，如附表(第 17~19 頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、本會安排於 110 年第 8 次委員會議(110.12.17)之後(預訂中午 12 時 30 分至 14 時為止)，邀請部長與本會委員就全民健康保險相關業務進行座談，敬請委員預留時間與會。

三、本會第 4 屆公正人士代表委員：吳委員榮達及蔡委員登順獲頒衛生福利部 110 年度衛生福利專業獎章，訂於本年 11 月 19 日(本次委員會議當天)下午 3 點 30 分於衛生福利部(下稱衛福部)1 樓大禮堂舉行頒獎典禮，歡迎委員會後移駕蒞臨觀禮。

四、為使外界了解歷次委員會議之重點議題及結論，自 107 年 6 月起，本會同仁於每次會議後均會擇重要議題整理為會訊報導，置於本會網頁(路徑：健保會首頁 > 最新訊息 > 委員關切重要議題分析，網址：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-4039-116.html>)，茲整理本(第 5)屆 110 年委員會議截至目前公開之主題如下表，內容詳附錄二(第 171~178 頁)，歡迎委員轉知所屬團體之會員參閱。

委員會議次別及時間	主題
第 1 次(4.30)	111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見
第 3 次(7.23)	提升民眾牙周照護及感染控制品質，確保口腔健康及就醫安全
第 6 次(10.22)	111 年度總額協商結果及一般服務之地區預算分配

五、衛福部及中央健康保險署(下稱健保署)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 5 日寄至各委員電子信箱]

### (一)衛福部

1.本年 10 月 15 日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，自本年 11 月 1 日生效，如附錄三(第 179~181 頁)。本次增修訂重點摘要如下：

(1)新增診療項目：運用 110 年醫院及西醫基層總額新醫療科技項目預算，新增 98 項，包含「胸(腹)腔鏡食道憩室切除術」、「Nissen 氏胃摺疊術」等 96 項手術項目，及「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測」、「HIV 1/2 抗體確認檢驗(抗體免疫層析檢驗法)」2 項。

(2)調升支付點數：調升 2 項放射線診療項目(乳癌術後低分次全乳照射合併/無合併局部加強照射放射治療)、15 項論病例計酬項目。

(3)修正支付規範：住院診察費之「器官移植協調管理費」增列併同申報項目、病房費通則九護理費加成規定，明定偏鄉醫院定義、水晶體手術增列通則「限眼科專科醫師施行後申報」等。

2.本年 10 月 19 日公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方案」附表一及附表二，如附錄四(第 182 頁)，修正重點如下：

(1)修訂附表一利用率指標之「六歲以下兒童氣喘住院率」、「住院率」、「平均每入住院日數」及「每人急診就醫率」等 4 項指標之計算公式及參考值。

(2)配合藥品給付規定異動，修訂附表二「門診注射劑使用率」指標分子排除條件 A「因病情需要，由病人持回注射之藥品」項目內容。

### (二)健保署

1.總額相關公告

(1)將公告之總額相關計畫送本會備查或副知本會，如附錄五(第 183~186 頁)[內容已置於該署全球資訊網]，修訂重點如下表：

公告/ 實施日期	計畫名稱	計畫增修訂重點
110.10.13/ 110.1.1	110 年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫	<p>1.修訂預算來源之文字：明定全年預算若有結餘，屬一般服務移撥款費用，依當年度移撥款之處理方式辦理。</p> <p>2.修訂醫療團之醫師資格：新增「加入計畫後，每年須再接受 4 學分以上之身心障礙口腔醫療業務相關之再進修教育課程」等文字。</p>
110.10.20/ 111.1.1	全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	<p>1.施行期間：第四期計畫自 111 年 1 月 1 日至 113 年 12 月 31 日。</p> <p>2.醫療服務提供方式：承作院所除原提供之家庭醫學科或內科門診外，另新增外科門診。</p> <p>3.矯正機關內門診藥品處方及處方箋之調劑方式：增列調劑給藥之適用法規，並新增可由矯正機關人員至原看診院所領藥，或由藥事人員親送之規定。</p> <p>4.評核指標：指標(五)由「矯正機關內門診每診人次與醫療費用」修訂為「收容對象每人每年門診醫療費用」。</p> <p>5.其他健保相關矯正機關醫療服務規範：新增「牙醫門診加強感染管制實施方案」。</p> <p>6.附件 11 「基本承作費核發基準」：</p> <p>(1)第 1 階段「團隊組成完整性」之門診提供情形：新增皮膚科門診或疥瘡治療，並調整核發金額。</p> <p>(2)第 2 階段「指標達成情形」：調整各項指標權重，及每人每年戒護外醫次數之比較基準。</p>
110.10.21/ 110.10.21	全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫	<p>110 年其他預算新增計畫：</p> <p>1.照護個案收案條件：</p> <p>(1)跨院所處方用藥品項達 10 種(含)以上者，且尚在服用者。</p> <p>(2)同時持有 3 張(含)以上跨院所且在有效期內慢性病連續處方箋者。</p> <p>(3)經醫師主動轉介或保險人分區業務組認定需要藥師專業輔導者。</p> <p>2.藥事照護內容：</p> <p>(1)藥師判斷性服務：藥師依保險對象用藥問題，擬訂合適之照護計畫，並進行</p>

公告/ 實施日期	計畫名稱	計畫增修訂重點
		<p>用藥指導及衛教。</p> <p>(2)用藥配合度諮詢服務：</p> <p>①藥師察覺收案之保險對象用藥配合度問題後，以「遵循醫囑領藥與使用藥物量表」當面進行配合度測量(前測)，若測量結果總分超過 12 分(不含)，則需藥師介入協助改善用藥狀況。</p> <p>②前測 3 週後需再次進行配合度量表施測(後測)，得以電話訪問形式完成。前、後測期間，藥師得以電話追蹤保險對象用藥情形並適時提供支持或調整介入措施。</p> <p>3.支付及費用申報：</p> <p>(1)藥師判斷性服務費：400 點。</p> <p>(2)用藥配合度諮詢服務費：400 點。</p> <p>(3)用藥配合度諮詢服務—第一次追蹤、第二次追蹤：各 100 點。</p> <p>(4)藥師判斷性服務—醫師共同照護費：200 點。</p> <p>(5)醫師轉介服務費：200 點。</p> <p>4.計畫監測指標：</p> <p>(1)藥師判斷性服務：醫師對藥師建議事項之回應比率達 70%。</p> <p>(2)用藥配合度諮詢服務：個案配合度提升之比率達 50% 以上。</p> <p>(3)年度預計服務人次至少達 30,000 以上。</p> <p>(4)執行藥師數至少達 150 人以上。</p> <p>(5)收案保險對象使用藥品品項數，照護後較照護前下降 10%。</p>
110.10.22/ 110.10.22	全民健康 保險末期 腎臟病前 期之病人 照護與衛 教計畫	<p>1.新增藥師得參與本計畫之照顧團隊。</p> <p>2.新增因急性腎臟損傷後成為急性腎臟疾病(AKD)者，並訂定收案條件，收案時腎功能約等於 CKD(慢性腎臟病)第 3B、4、5 期。</p> <p>3.新增 AKD 病人照護指引、新增慢性腎臟病藥事照護指引。</p> <p>4.新增藥事照護介入之病人、AKD 病人照護九十天後之照護指標。</p> <p>5.給付項目及支付標準：</p> <p>(1)CKD 新收案管理照護費：新增曾申報「AKD 新收案管理照護費」者不得申</p>

公告/ 實施日期	計畫名稱	計畫增修訂重點
		<p>報。</p> <p>(2)新增 AKD 病人管理照護費及獎勵費：新收案管理照護費 1200 點、病人衛教照護費 600 點、病人照護成效獎勵費，依腎功能恢復程度支付 500~1500 點。</p> <p>(3)新增 5 項 CKD/AKD 藥事照護費：每項支付 200 點。</p> <p>(4)結案資料處理費及其他獎勵費：新增末期腎臟病前期(Pre-ESRD)轉診獎勵費：支付 200 點。</p>

(2)本年 10 月 21 日函送「110 年第 2 季醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」，如附錄六(第 187~188 頁)。結算方式說明如下：

- ①分區預算：依近 3 年(107~109 年)第 2 季就醫分區預算占率校正各分區預算，各分區占率如下：台北 0.34001844、北區 0.13682906、中區 0.19517956、南區 0.14334976、高屏 0.15660888、東區 0.02801430。
- ②各醫院收入結算方式：
  - A.第 1 階段一般服務收入：以每點 1 元計算與 108 年同期(費用年月 4~6 月)比較，未至 108 年同期之 9 成者，保障至 108 年同期之 9 成；超過 108 年同期 9 成者，依此金額給付，上限為 108 年同期。
  - B.第 2 階段特定醫療服務收入：依據各分區共管會議決議，考量新設醫院、成長型醫院、特殊醫院服務之剛性需求、配合防疫需求受影響等因素分配。
  - C.第 3 階段剩餘再分配：經扣除第 1、2 階段分配、醫院總額交付機構收入、費用年月 110 年 3 月以前醫院及交付機構收入及自墊核退之剩餘預算，依據各分區共管會議決議分配。

## 2.其他公告事項

本年 11 月 3 日公告「111 年度全民健康保險醫療資源缺乏

地區」施行區域，並自 111 年 1 月 1 日生效，如附錄七(189~191 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 77 個(較 110 年增加 3 個)。
- (2)111 年度新增之 3 個施行區域為嘉義縣鹿草鄉、臺南市大內區、屏東縣枋山鄉。

決定：

附表  
上次(第 6 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 2 案： 110 年 9 月份全民健康保險業務執行報告(併 「110 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」)。	委員所提意見， 送請中央健康 保險署回復說 明。	於 110 年 10 月 29 日 請辦健保 署。	健保署回復： 委員所提意見，說明 如附件二(第 23~24 頁)。	解除追蹤	—

## 二、繼續追蹤(共 5 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： 111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 110 年 10 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 依決議事項辦理。	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 3 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。	於 110 年 10 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 依決議事項辦理。	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 3 月
3	討論事項第2案： 111年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案。	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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。	於 110 年 10 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 依決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.於健保署送本會同意後解除追蹤	110 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
4	報告事項第1案：委員所提意見，109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。	委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於 110 年 10 月 29 日請辦健保署。	委員所提意見，健保署另於「109 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」案委員意見回復表中說明。(資料後附)	1.繼續追蹤 2.俟健保署回復資料後解除追蹤	110 年 11 月
5	報告事項第3案：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之核算方式案。	一、本案洽悉。請參考委員意見，依全民健康保險法規定，在符合適法性、公平性前提下辦理。 二、委員所提意見，送請中央健康保險署回復說明。	於 110 年 10 月 29 日請辦健保署。	健保署回復： 委員所提意見，說明如附件三(第 26~29 頁)。	1.繼續追蹤 2.於審計部審定 110 年度全民健康保險基金附屬單位決算後解除追蹤	111 年 8 月

## 本會 102~109 年委託研究計畫成果及參採情形

年度	計畫名稱 /主持人	研究目的及參採情形
102	建立全民健康保險業務重要監理指標之研究(國立台灣大學鍾國彪教授)	<p><b>研究目的：</b>建構宏觀及前瞻性的監理模式。</p> <p><b>參採情形：</b>參考研究結果，建置「全民健康保險監理架構與指標」，包含 5 大構面 27 項指標，提至第 1 屆 103 年第 4、5 次委員會議(103.4.25、103.5.23)討論通過，後續請健保署每年據以提報監測結果(103~107 年)。</p>
105	從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究(國立台灣大學郭年真副教授)	<p><b>研究目的：</b>檢視我國總額支付制度地區預算之分配方式及參數，對照國際經驗，提出改善方向供政策參考。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>參考研究建議「以年齡、性別進行預算分配之模擬分析，即具有極佳之變異解釋能力」，可漸進提升各部門總額的 R 值(校正風險後保險對象人數)，並考量各部門實務運作，進行地區預算分配。經提至第 3 屆 106 年第 7 次委員會議(106.7.28)專案報告。</li><li>另研究建議未來可納入罹病狀態與社經特性等參考因子，已提供健保署及各總額部門研修分配方式參考。</li></ol>
106	建立監理指標與健保效能之關連性評析案(臺北醫學大學陳再晉教授)	<p><b>研究目的：</b>依第 2 屆 105 年 8 月份委員會議(105.8.26)決議，監理指標應再進行整體增修檢討。</p> <p><b>參採情形：</b>參考研究建議維持 5 大構面，並新增「健保專案計畫之執行成效」、「糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率」、「出院後 3 日內再急診比率」、「保費收繳率」、「呆帳提列數與保費收入數之比率」等 5 項指標，計 23 項指標，提至第 3 屆 107 年第 5、6 次(107.6.22、107.7.27)委員會議討論通過，請健保署每年依之提報監測結果(108 年迄今)。</p>
107	利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式平台-以全民健保財務收支連動機制為例(國立臺灣大學林國明教授)	<p><b>研究目的：</b>建立健保法第 5 條所列蒐集民意及民眾參與運作模式。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>研究結果依據本會各項法定業務屬性，提出適用之民眾參與模式，包括願景工作坊、公民陪審團、公民會議、審議式民調等，並完成公民參與模式之操作手冊，供未來辦理公民參與活動時參用。</li><li>以「分級醫療」辦理實驗性公民審議會議，蒐集公民意見，包括推動在宅醫療服務、建立家庭醫師資料庫</li></ol>

年度	計畫名稱 /主持人	研究目的及參採情形
		與證照制度、家庭醫師診所採「論人計酬」的模式、加強醫療機構間的垂直合作以落實雙向轉診等，供未來辦理民意蒐集活動及業務監理參考。
108	進行將新醫療科技引進健保給付之科學技術評析方法-健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析(國立政治大學連賢明教授)	<p><b>研究目的：</b>探討審議費率應考量因素及啟動條件，建立合理務實之費率審議原則。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>辦理 6 場專家諮詢會議，邀請本會歷屆委員及學者專家，從調整時機、調整頻率、調整方式等提供意見。</li> <li>建立健保財務推估模型，從安全準備門檻(1.5 或 1 個月保險給付支出)、費率調整啟動標準多元化(如保險成本與收入之差距、當年平衡費率與現行費率之差距)、調整頻率以及考量因素(如連結總額成長率、經濟或薪資成長率)等面向，提出 3 種費率審議原則建議方案及試算結果，供本會研修參考。</li> </ol>
108	如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討-以西醫醫療服務為例(中華經濟研究院簡毓寧助研究員)	<p><b>研究目的：</b>為了解歷年健保及公務預算，投入照顧醫療資源不足地區民眾健康之效益，進行整體資源盤點及檢討。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>研究結果顯示，目前本部各司署對偏鄉相關健康照護政策之目的不同，未發現資源投入有明顯重疊情形，其中健保 3 項專案計畫「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」、「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」、「醫療資源不足地區改善方案」，可達正向之政策效果，建議持續對偏鄉計畫挹注總額預算。經提至第 4 屆 109 年第 5 次委員會議(109.7.24)專案報告。</li> <li>另提出醫療資源匱乏之偏鄉地區判定建議，提供健保署研修計畫參考。</li> </ol>
109	精進全民健康保險會議事效率及運作模式(國立政治大學陳敦源教授)	<p><b>研究目的：</b>為提升本會議事效率及執行細節、會議形成共識之方法與策略，以精進業務效能。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>研提增進議事效率輔助措施，包括限制發言時間及次數、召開專家會議或座談會等方式。</li> <li>探討本會委員會議公開方式，提出「應維持現狀公開議事錄，直播方式應審慎考量」之研究建議，供本會第 5 屆 110 年第 2 次委員會議(110.6.25)討論相關議案時參考。</li> </ol>

年度	計畫名稱 /主持人	研究目的及參採情形
109	建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析-第二年(國立政治大學連賢明教授)	<p><b>研究目的：</b>探討及建立本會依健保法第 26 條審議保險給付範圍之建議原則。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>辦理 4 場專家諮詢會議，蒐集本會歷屆委員及學者專家對審議保險費率、給付範圍等議題之建言。</li> <li>修正 108 年所提保險費率審議原則建議方案，並提出最終建議方案(審議原則包含安全準備 1~1.5 個月及總額成長率)。</li> <li>研提本會未來依法審議調整保險給付範圍方案，應考量因素、啟動條件及作業時程，提出 2 種建議方案(包含配合總額範圍報行政院核定時程、因應保險財務緊急狀況)，最終建議以緊急因應方案為首要考量，供未來審議給付範圍時參用。</li> </ol>
109	評析全民健康保險民眾滿意度及監理指標資料，提升健保運作效能案(中華經濟研究院簡毓寧助研究員)	<p><b>研究目的：</b>檢視歷年各部門總額執行結果之民眾就醫滿意度，提出總額執行之改善建議，及評析監理指標監測結果，作為業務監理之依據。</p> <p><b>參採情形：</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>研究結果顯示，各部門總額民眾就醫之整體滿意度達 92% 以上，惟部分項目尚有改善空間，經提至第 4 屆 109 年第 5 次委員會議(109.7.24)專案報告，請各總額部門持續加強改善，並將對民眾滿意度調查問卷之增修建議，提供健保署參考，該署已參採增列轉診制度題組，並使各部門之共通性題目問項趨於一致。本會亦納入評核指標，做為評核依據。</li> <li>提出監理指標近 3 年之監測結果評析資料(包含文字解析、國際比較及趨勢分析圖表)，研究結果納入 108 年全民健康保險監測結果報告(109 年版)，供委員監理健保業務參用，並請健保署就呈退步趨勢之指標，進一步了解原因，及研議改善策略。</li> </ol>

## 健保會第5屆110年第6次委員會議之健保署答覆

## 擬解除追蹤項次1

案由：110年9月份全民健康保險業務執行報告(併「110年8月份全民健康保險業務執行報告」)。

委員意見	健保署說明																																		
<p>李委員永振(議事錄 p.92)</p> <p>一、請先看到9月份業務執行報告第11頁「表5全民健保財務收支分析表」，安全準備提列(收回數)110年截至9月底短绌67.37億元，在上禮拜「全民健康保險111年度保險費率審議前意見諮詢會議」中，健保署有估全年度短绌261億元，估算後110年第4季將會短绌194億元，110年上半年短绌10.44億元，110年第3季是短绌56.9億元，為何110年第4季會短绌那麼多？等於是第4季短绌數是第3季56.9億元的3倍以上，平均第4季1個月短绌數約為前面1季的金額，是不是請健保署在下個月健保費率審查時，好好進行分析，以讓委員了解。</p>	<p>一、保險收支餘绌為保險收入減除保險成本而得，110年截至9月底，保險收入及保險成本占其全年預估數之比率分別為75%及73%，皆與去(109)年同期相同(下表)，110年預估數應屬合理。</p> <p style="text-align: right;">單位：億元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">110年</th> <th colspan="3">109年</th> </tr> <tr> <th>1-9月</th> <th>全年預估</th> <th>占率</th> <th>1-9月</th> <th>全年審定</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>保險收入</td> <td>5,273</td> <td>7,012</td> <td>75%</td> <td>4,716</td> <td>6,278</td> <td>75%</td> </tr> <tr> <td>保險成本</td> <td>5,340</td> <td>7,273</td> <td>73%</td> <td>5,105</td> <td>6,954</td> <td>73%</td> </tr> <tr> <td>收支短绌</td> <td>-67</td> <td>-261</td> <td>26%</td> <td>-389</td> <td>-676</td> <td>58%</td> </tr> </tbody> </table> <p>二、至110年第4季預估短绌194億元，經分析主要原因為健保費率自110年起由4.69%調整為5.17%，致保險收入成長較保險成本為高，連帶影響保險收支餘绌，若排除此項原因，110年截至9月底短绌占全年預估數之比率為60%，將與去(109)年同期短绌占全年之比率相當。</p>		110年			109年			1-9月	全年預估	占率	1-9月	全年審定	占率	保險收入	5,273	7,012	75%	4,716	6,278	75%	保險成本	5,340	7,273	73%	5,105	6,954	73%	收支短绌	-67	-261	26%	-389	-676	58%
	110年			109年																															
	1-9月	全年預估	占率	1-9月	全年審定	占率																													
保險收入	5,273	7,012	75%	4,716	6,278	75%																													
保險成本	5,340	7,273	73%	5,105	6,954	73%																													
收支短绌	-67	-261	26%	-389	-676	58%																													
<p>李委員永振(議事錄 p.92)</p> <p>二、請看到業務執行報告第</p>	<p>一、有關安全準備之計提，依據全民健康保險法</p>																																		

委員意見	健保署說明
<p>17 頁「表 8 全民健康保險安全準備提列情形表」，這個表格格式應該行之有年，但我發現既然是安全準備的提列，是不是應該回歸健保法第 76 條，在前面 4 個項目前加 1 個「收支結餘」，依第 76 條第 1 項，這是安全準備的來源，把這個列出來，接下來是「其餘保險收支結餘(短絀)」的欄位名稱，依健保法第 76 條第 2 項應該是「收回安全準備」，不夠的話要從安全準備收回來。這也是一直強調安全準備來源就是提存，就像一個水池活水進去，短絀不足的部分再從水池舀出來補，健保法第 76 條第 2 項規定的很清楚，也符合表 8 的名稱「全民健康保險安全準備提列情形表」，最後一欄「淨提列數(淨收回數)」是經過加減後，最後從水池提列多少出來，也就是收回淨安全準備。</p>	<p>第 76 條規定，提列安全準備，其來源如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(一)本保險每年度收支之結餘。</li> <li>(二)本保險之滯納金。</li> <li>(三)本保險安全準備所運用之收益。</li> <li>(四)政府已開徵之菸、酒健康福利捐。</li> <li>(五)依其他法令規定之收入。</li> </ul> <p>本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。</p> <p>二、有關上述安全準備來源</p> <p>(一)本保險每年度收支之結餘、或短絀數需由安全準備填補，在業務執行報告表 8「全民健康保險安全準備提列情形表」中，係以第(5)項「其餘保險收支結餘(短絀)」的欄位名稱表示，為更明確表達保險收支餘絀情形，本室配合修正第(5)項欄位名稱為「保險收支餘(絀)」，並於備註 3. 增列說明「保險收支餘(絀)」，係指除提存及收回安全準備外，其餘項目合計數，本項如有結餘則提存安全準備，若為短絀則收回安全準備填補；另第(6)項「淨提列數(淨收回數)」及最後 1 項「累計提列數(不足數)」欄位名稱酌修為「<u>安全準備淨提列數(淨收回數)</u>」及「<u>安全準備餘額</u>」，詳如附件二之附件(以 110 年 9 月報表為例，第 25 頁)。</p>

## 附件二之附件

表 8 全民健康保險安全準備提列情形表

單 位：億元

年度	法定提存 (1)	保險費 滯納金 (2)	安全準備 運用收益 (3)	公益彩券、運動彩券及菸品 健康捐分配收入 (4)	保險收支餘 (純) (除前1-4項外) (5)	安全準備淨 提列數 (淨收回數) (6)= (1)+(2)+(3) +(4)+(5)	安全準備餘額
84.3-104.12	206.43	176.23	78.73	2,561.10	(733.79)	2,288.71	2,288.71
105.1-105.12		3.39	6.59	185.28	(9.68)	185.57	2,474.28
106.1-106.12		3.52	8.40	175.88	(286.20)	(98.40)	2,375.88
107.1-107.12		3.98	12.07	153.87	(436.41)	(266.48)	2,109.40
108.1-108.12		4.52	13.13	152.51	(512.12)	(341.97)	1,767.43
109.1-109.12		4.67	9.78	159.38	(849.90)	(676.07)	1,091.36
110.1-110.6		2.13	2.78	75.39	(90.74)	(10.44)	1,080.92
110.07		0.30	0.31	12.73	(52.58)	(39.25)	1,041.68
110.08		0.33	0.41	14.09	(10.80)	4.03	1,045.71
110.09		0.35	0.39	11.99	(34.45)	(21.72)	1,023.99
110年截至09 月底止小計		3.11	3.88	114.21	(188.57)	(67.37)	1,023.99
<b>84.3-110.09 總計</b>	<b>206.43</b>	<b>199.42</b>	<b>132.60</b>	<b>3,502.22</b>	<b>(3,016.68)</b>	<b>1,023.99</b>	

資料日期 110年09月30日

備註：

※本表所列金額( )內為負數。

1. 安全準備運用收益包含安全準備利息收入、安全準備投資淨利益。
2. 公益彩券、運動彩券及菸品健康福利捐分配收入，包含公益彩券259.6億元、運動彩券 2.93 億元及菸品健康福利捐3,239.69億元。
3. 保險收支餘(純)，係指除提存及收回安全準備外，其餘項目合計數，包含保險費收入、營運資金利息收入、營運資金投資賸餘、雜項業務收入及其他業務外收入之合計數，扣除保險給付、營運資金投資損失、利息費用、呆帳、業務費用及其他業務外費用合計數之差額；本項如有結餘則提存安全準備，若為短純則收回安全準備填補。
4. 安全準備淨提列數(收回數)係由法定提存、保險費滯納金、安全準備運用收益、公益彩券分配收入、菸品 健康福利捐及保險收支結餘(短純)轉入數。
5. 本年度截至9月底止淨短純數67.37億元，依法收回安全準備填補短純，收回後安全準備餘額為1,023.99億元，折合約1.71個月保險給付。

## 健保會第 5 屆 110 年第 6 次委員會議之健保署答覆

## 擬繼續追蹤項次 5

案由：醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案。

委員意見	健保署說明
<p>林委員恩豪(議事錄 p.97)</p> <p>關於報告事項第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式」，因為上次委員會議沒有討論，而保留至本次會議。之前醫院總額 110 年第 2 季結算時，我有提出相關意見，這種結算方式就是把健保拿去做類似紓困，有適法性的問題，現在 110 年第 3 季又是同樣的結算方式。第 2 季已經結算了，但第 3 季還沒有結算，又提出保證支付的結算方式，以後做不夠也不會拿回來，有適法性的問題，也喪失點值的意義，我不認同這樣的結算方式。</p>	<p>一、有關 109 年提升暫付金額之執行情形：</p> <p>(一)有關 109 年提升暫付金額，經結算應返還之金額且申請分期攤還院所之全額利息，係由「嚴重特殊傳染性肺炎防治及紓困振興特別預算」補貼，目前已轉入健保基金計 38 萬 6,453 元。</p> <p>(二)經調查全數醫院均願意繳回前開提升暫付金額方案之暫付款，並申請分期攤還，截至 110 年 10 月 28 日，經每月暫付款及核付金額沖抵後，尚有欠款計 14 家醫院(占率 3.24%)，1,881 萬 4,238 元(尚欠款占率 0.2%)，均已申請分期攤還，預計於 111 年 2 月底前全數繳回。</p> <p>二、有關醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算案之說明：</p> <p>(一)有關 110 年第 2 季及 3 第季結算方式，係台灣醫院協會考量本(110)年 COVID-19 疫情未來發展混沌不明，為確保全體醫院部門得營運穩健以持續支持國家醫療政策，建議 110 年第 2 季一般服務保障至 108 年同期核付收入之 9 成，110 年第 3 季結算基礎調整為 109 年同期，餘項同第 2 季結算方案。</p> <p>(二)依健保法第 61 條第 1、4 項規定，健保醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘相關專家、保險付費者代表與保險醫事服務機</p>
<p>何委員語(議事錄 p.98)</p> <p>一、109 年用暫付款每季先行支付年底結算回扣回來，並且當時要加收利息，我也提案免收利息。109 年結算後，聽說很多醫院不願意繳回暫付款，有沒有這種情形？如果有，健保署是否同意提供清單，讓我們了解哪些醫院不願意</p>	

委員意見	健保署說明
繳回 109 年暫付款？	構代表等，研商及推動總額支付制度。
二、110 年第 2 季用 108 年第 2 季作為暫付款之 90%，110 年第 3 季是以 109 年第 3 季暫付款之 90%，為什麼 110 年第 2 季用 108 年做計算，110 年第 3 季用 109 年做計算，原因為何？	(三)又依同法第 42 條規定，醫療服務給付，除以論量方式外，並可依論品質、論日或論病例等方式，健保支付非僅依單一方式為之。
三、開會時，我一直強調要依法先行暫付款，但你們一直認為是「保障」2 個字，我一直強調要用暫付款，但你們卻一直用保障的方式強過這個提案。林委員恩豪在醫院總額研商議事會議也提出許多意見，卻沒有被接受，健保署自己解釋不違法，但為什麼要向我們報告？如果不違法，自己決定就好了啊！又要提案向委員報告，要我們背書還要我們洽悉，我認為這個很奇怪，你們說你們決定的事情不違法，又來健保會報告，要我們洽悉。	(四)茲因配合防堵新冠肺炎擴散之因應疫情措施之一，依中央流行疫情指揮中心指示，保險醫事服務機構進行醫療營運降載，申報量大幅減低，如依現行支付方式，將使保險醫事服務機構因配合營運降載，產生更大損失。為確保醫院穩定營運，現行支付方式有必要配合調整，依前開健保法相關規定，仍須經總額研商議事會議討論取得共識，並陳報衛福部核定後辦理。
四、關於報告案第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式」，希望列入紀錄，我個人不同意洽悉。有關違反法規	

委員意見	健保署說明
<p>的支付量能規定，由健保署負完全責任，這是我的意見，我們不同意洽悉，我們也不願意背書。許多律師說可以先暫付之後一定要結算，這是量能公平的問題，甲醫院做多少服務量就給多少錢，乙醫院沒有那麼多服務量，為什麼要給 90% 的錢。或許醫院相關單位認為這是我們總額的錢，要怎麼分配就怎麼分配，但不是這樣的，要依據法規去辦理，量能法規為依據才是重要的重點。</p>	
<p>李委員永振(議事錄 p.99)</p> <p>一、關於原列報告事項第二案      會議資料第 154 頁之說明      二，第 2 次委員會議對「醫院總額部門 110 年第 2 季之結算方式」相關意見，付費者、專家學者及公正人士提出許多意見。110 年第 3 季還要繼續這樣做，為什麼這些意見都沒有回應？有沒有把這些意見納入考量？</p> <p>周主任委員麗芳(議事錄 p.100)</p> <p>三、第三案「醫院總額部門 110 年第 3 季比照第 2 季之結算方式案」，本案洽</p>	

委員意見	健保署說明
<p>悉。請參考委員意見，依健保法規定，在符合公平性、適法性前提下辦理。</p> <p>何委員語(議事錄 p.100)</p> <p>依照全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法(下稱審查辦法)第 6 條規定，提到的文字是暫付、暫付、暫付，第 6 條所列的全部規定都是暫付，第 12 條是結算也寫得很清楚，結算金額如低於核定金額，應於撥付之醫療費用中抵扣，如不足抵扣應予以追償，這裡文字寫得清楚，所以我不同意用洽悉。</p>	

## 五、優先報告事項

報告單位：中央健康保險署

案由：「110 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 110 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，爰列為優先項目提前報告。

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 111 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

說明：

- 一、本案經貴會於本(110)年 10 月 15 日「全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」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 111 年度保險費率方案」(草案)送貴會本年第 7 次委員會議(110.11.19)審議。
- 二、本署爰依前揭決議事項，併同行政院於本年 10 月 28 日通過自 111 年 1 月 1 日起軍公教人員調薪 4% 影響，研提「全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)」(附件一，第 36~50 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，修正處理情形詳附件一(簡報第 4~5 張投影片)，另提供補充資料詳附件二(第 66~68 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：張菊枝專門委員，聯絡電話：02-27065866 分機 2333

.....

本會補充說明：

- 一、本案係中央健康保險署(下稱健保署)依全民健康保險法(下稱健保法)第 24 條第 1 項規定，將全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)，提請本會審議。復依同條第 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，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、本會依健保法第 24 條第 2 項規定，於 110.10.15 召開「全民

健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，與會諮詢委員與本會委員意見摘要如下(會議紀錄詳附錄一，第 133~170 頁)：

(一)就「全民健康保險 111 年度保險費率方案(草案)」之意見：

- 1.法定原則不宜輕易打破：健保署所提暫緩調整之結論，缺乏充分數據支持，宜提供客觀、具體數據予以佐證。且健保法第 78 條安全準備維持 1 至 3 個月為「原則」之規定，不宜輕易打破，依健保署提供之付費者、醫界版本財務推估，111 年底安全準備均不到 1 個月，其應提出依法調整費率之建議，並試算 111~114 年年底均維持 1 個月安全準備之財務推估及平衡費率。
- 2.建議微幅調整 111 年度保險費率：若未能逐年調整保險費率，健保財務不平衡情形將累積至以後年度處理，屆時費率調整幅度將較大，甚至可能突破法定上限 6%，因此，111 年可微幅調整費率。

(二)對現行制度之開源建議：

- 1.一般保險費：可調高投保金額上限、檢討各類保險對象計費基準，及擴大計收保費基礎之所得範圍。
- 2.補充保險費：可擴大徵收補充保險費之費基、將徵收方式由單次起徵改為年度結算。
- 3.其他補充性收入或財源：建議先設法補回在 104、105 年健保財務充裕時被減少的財源、檢討政府應負擔建保總經費 36% 之計算方式、逐一評估可能的補充性財源，及研析勞保職災代位求償之可能性。

(三)節流成效在協商總額時應具體反映：宜在總額架構下建立適當的調整機制(如將節流金額部分回饋付費者、部分回饋醫界)，對健保財務才具有實質助益。

三、健保署就 110.10.15 諮詢會議意見之處理及說明，列於附件一簡報第 4、5 張(第 37~38 頁)。另提供補充資料，如附件二。

至於該署提出之 111 年度保險費率方案，已參酌上開諮詢意見，及依 110 年第 4 次委員會議(110.8.20)決議，本會審議健保費率依健保法第 78 條規定辦理，其操作型定義為，當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時，應啟動費率調漲機制，修正其結論，相關數據彙整如下表：

111 年度兩案併陳 之總額成長率	維持費率 5.17%，至 111 年底之安全準備月數	健保署提出費率建議方案 (111 年底維持 1 個月安全準備)	
		保險費率	費率調幅
2.577% (付費者版)	0.91	5.22%	0.97%
4.233% (醫界版)	0.69	5.32%	2.90%

四、本會進行費率審議及其決議方式之相關法源依據，如下：

#### (一)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。

#### (二)健保會組成及議事辦法第 8 條第 3 項

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。

五、檢附以下資料供參：

- (一)歷次委員會議費率審議相關重要決議及辦理情形，如附件三(第 101~104 頁)。
- (二)111 年度基本工資調整後，各類被保險人的保險費影響彙整表，如附件四(第 105 頁)。
- (三)108 年至 111 年健保財務收支情形表，如附件五(第 106~107 頁)。

決議：



## 全民健康保險111年度 保險費率方案(草案)

衛生福利部中央健康保險署

110年11月19日

1



### 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
- ◆ 平衡費率試算假設及結果
- ◆ 敏感度分析及試算
- ◆ 結論
- ◆ 附錄

2



## 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。

3



## 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
1. 請提供費率暫緩調整之結論所需佐證之相關數據及資料。	依所提意見修正(詳簡報第29張投影片)。
2. 請試算111~114年每年年底均維持1個月安全準備之財務推估及平衡費率。	依所提意見修正增列相關資料(詳會議資料第65頁)
3. 原投影片第5張，110年之前1年預估數是何時預估的？採用何費率？	簡報第7張投影片，110年之前一年預估數，係以110年度保險費率方案(草案)資料，按同年度核定之保險費率及醫療給付費用總額成長率調整。
4. 原投影片第8張，依內政部統計，110年預估人口數有較大幅度減少(-0.35%)尚屬合理。但111年卻趨緩減少(-0.12%)，是否合理？另近3年非本國籍保險對象維持85萬人，111年則增2萬人至87萬人，是否太樂觀？	簡報第10張投影片，有關年中現住人口成長率，110年係以內政部當年1至7月統計資料預估，111年則為國發會推估資料；至有關非本國籍保險對象人數，因同國發會假設109至110年受疫情影響，致國際遷移停滯，111年起恢復依歷史趨勢(108年以前)推估。
5. 原投影片第14張，政府應負擔保險總經費計算公式已回歸健保法第3條規範，在會計原則上是否產生前後基礎不一致之問題？若否，計算公式內涵、參數是否有疑義？	有關政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數之計算公式，係以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。

4



## 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>6. 請補充原投影片第17張，非保險給付支出之財務推估方式、細項及預估金額。</p> <p>7. 原投影片第20張，未來之推估假設，非協商因素採5年、協商因素用10年，為何不一致？10年會不會太久？另第21、22張表中112~114年總額成長率是如何算得？</p>	<p>非保險給付支出項目之推估方式詳簡報第20張投影片，各項目金額如下表：</p> <p style="text-align: right;">單位：億元</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>年別</th> <th>保險對象應自行負擔之費用</th> <th>代墊保險對象應自行負擔之費用</th> <th>代位求償獲償金額</th> <th>菸捐挹注罕病用藥</th> <th>調整帳</th> <th>合計</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>107</td> <td>418</td> <td>63</td> <td>20</td> <td>1.89</td> <td>25</td> <td>527</td> </tr> <tr> <td>108</td> <td>425</td> <td>62</td> <td>23</td> <td>2.12</td> <td>77</td> <td>590</td> </tr> <tr> <td>109</td> <td>409</td> <td>56</td> <td>22</td> <td>2.39</td> <td>87</td> <td>575</td> </tr> <tr> <td>110(P)</td> <td>392</td> <td>50</td> <td>21</td> <td>2.44</td> <td>100</td> <td>566</td> </tr> <tr> <td>111(P)</td> <td>417</td> <td>55</td> <td>21</td> <td>2.42</td> <td>75</td> <td>571</td> </tr> </tbody> </table> <p>註：</p> <p>1.保險對象應自行負擔之費用(含代墊)109-110年金額減少，係受疫情影響，就醫人數減少所致。</p> <p>2.調整帳係為點值結算及各總額部門專款項目未使用之減列金額。</p> <p>(1)協定調整因素係總額協商結果，存在不確定性故以10年長期平均降低變動幅度。</p> <p>(2)112~114年總額成長率，係依非協商及協商因素的歷史趨勢推估(詳簡報第22張投影片)。</p>	年別	保險對象應自行負擔之費用	代墊保險對象應自行負擔之費用	代位求償獲償金額	菸捐挹注罕病用藥	調整帳	合計	107	418	63	20	1.89	25	527	108	425	62	23	2.12	77	590	109	409	56	22	2.39	87	575	110(P)	392	50	21	2.44	100	566	111(P)	417	55	21	2.42	75	571
年別	保險對象應自行負擔之費用	代墊保險對象應自行負擔之費用	代位求償獲償金額	菸捐挹注罕病用藥	調整帳	合計																																					
107	418	63	20	1.89	25	527																																					
108	425	62	23	2.12	77	590																																					
109	409	56	22	2.39	87	575																																					
110(P)	392	50	21	2.44	100	566																																					
111(P)	417	55	21	2.42	75	571																																					

5



## 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
109年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由23,100元調整為23,800元。	17億元
	平均眷口數由0.61人調整為0.58人。	-47億元
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%。	589億元
111年1月	第6類保險對象之保險費調整為1,377元。	49億元
	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
	軍公教調薪4%。	12億元

6



## 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
109年	保險收入	6,278	6,291	-13	-0.21%
	保險成本	6,954	6,962	-8	-0.11%
110年	保險收入	7,012	7,015 <sup>註</sup>	-3	-0.03%
	保險成本	7,273	7,255 <sup>註</sup>	18	0.25%

註：110年度保險費率方案(草案)資料依同年度核定之保險費率及醫療給付費用總額成長率調整。

### ◆ 差異原因說明

- 109年保險收入「實際數」較「前一年預估數」減少13億元，主要係因保險費收入較預估減少所致。
- 109年保險成本「實際數」較「前一年預估數」減少8億元，主要係因以前年度總額結算追扣補付預估與實際差異數及專款結餘款調整減列保險給付所致。

7



## 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<sup>註</sup>，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)
- ◆  $B_t$ ：t年之保險成本
- ◆  $\Delta S_t$ ：t年之保險收支餘绌
- ◆  $S_t$ ：t年底之安全準備餘額
- ◆ t：推估年數
- ◆ r：t年一般保險費平衡費率

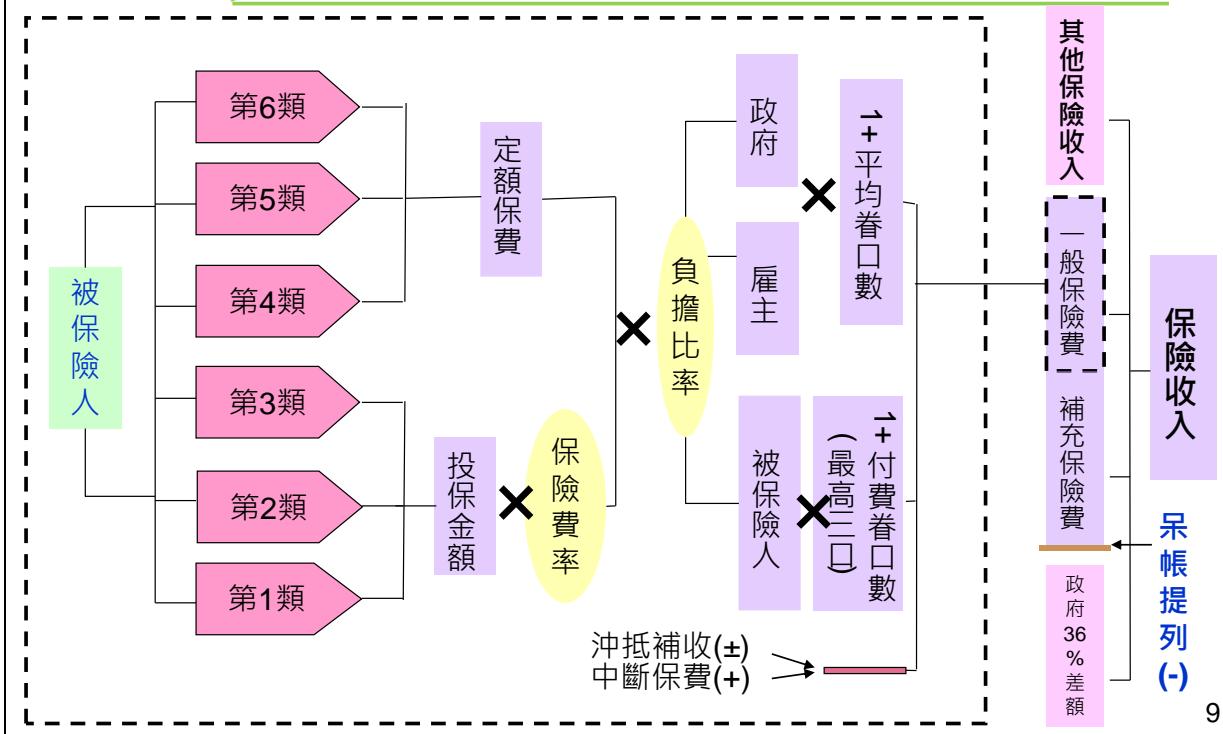
註：保險收入含保險費收入及其他保險收入，保險費收入含一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定36%之差額，其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。

8



## 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。



9



## 推估方法-一般保險費(1/5)

- ◆ **投保人口成長率：**拆分本國籍人口與非本國籍人口，並同國家發展委員會假設至110年底因受疫情影響，致國際遷移停滯；111年起按下列分別進行推估：
  - 本國籍人口，參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2020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。
  - 非本國籍人口，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)
107年	0.09	2,387	0.26	2,306	0.06	82
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(預估)	-0.35	2,390	-0.18	2,306	-0.16	85
111年(預估)	-0.12	2,390	-0.03	2,303	-0.12	87

說明：1、年中現住人口，109年以前為內政部統計資料、110年以內政部當年1至7月統計資料預估，109年至110年呈負成長主要係受自然增加及社會增加均為負所致；111年則為國發會推估資料。

2、110年保險對象人數以1至6月實際數預估。

3、109年至110年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。

10



## 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0~20歲、21~64歲及65歲以上共3組。
- 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(2020至2070年)」報告中推估結果，以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(%)
107年	66.44	33.56
108年	66.71	33.29
109年	66.94	33.06
110年(預估)	67.25	32.75
111年(預估)	67.26	32.74

說明： 110年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

11



## 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
107年	56.41	14.93	9.52	0.75	1.89	16.50	61.98	15.99	9.16	12.88
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(預估)	57.73	14.72	8.75	0.58	1.78	16.44	63.76	15.87	8.15	12.22
111年(預估)	57.88	14.59	8.52	0.57	1.79	16.66	64.20	15.71	7.96	12.13

說明：1、 110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、延退效應。
- 3、 第2類被保險人及眷屬人數占率歷來逐年降低，係因是類被保險人擔心年金縮水，提早申請退休；惟109年至110年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，係因每年重新資格審核，而不符資格者為脫貧或轉入中低收入戶所致。
- 7、 第6類被保險人人數占率歷來逐年上升，係隨老化人口而遞增；惟110年占率降低，主要係受戶籍遷出國外保險對象投保資料清理作業自110年3月至7月退保人數有略增所致。
- 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。

12



## 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
107年	42,901	27,743	24,000	1,759	1,759	1,249
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(預估)	45,324	27,477	24,000	1,825	1,825	1,377
111年(預估)	46,657	28,391	25,250	1,825	1,825	1,377

說明： 110年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。

13



## 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

14



## 推估方法-補充保險費

◆ 各補充保險費項目依時間序列方式推估。

單位：億元

項目 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							
107年	44	209	61	17	6.6	91	8.4	27	464
108年	45	213	62	18	7.6	95	6.4	28	476
109年	46	213	64	18	8.1	88	5.4	28	472
110年(預估)	52	236	74	20	9.6	98	4.6	31	526
111年(預估)	53	241	77	20	10.0	102	3.7	31	538

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、110年各補充保險費項目以1至5月實際數預估。

3、110年各補充保險費項目有較高增幅，主要係受費率由1.91%調升為2.11%所致。

4、依公教人員退休金優惠存款利率調降政策，支領月退休金者之優存本金107年7月起調降為9%，110年1月調降為0%，以及央行109年3月降息影響，致利息所得補充保險費逐年減少。

5、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

15



## 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 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。

16



## 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。

17



## 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 (%)
107年	3.98	14	140	13	0.64
108年	4.52	14	139	9	0.68
109年	4.67	15	144	11	0.59
110年(預估)	4.06	14	146	12	0.34
111年(預估)	6.33	14	141	12	0.34

說明：1、110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、108年4月起，菸捐50%分配供健保安全準備及補助經濟困難者保險費之用。

3、其他收入主要為藥商藥品價量協議返還款項、呆帳收回及過期帳，惟自107年第2季起，藥商藥品價量協議返還款項回歸總額(107年第1季藥價返還款約4億元)。

18



## 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



19



## 推估方法-非保險給付支出

### ◆ 保險對象應自行負擔之費用

採近5年成長率移動平均值推估。

### ◆ 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

依菸品健康福利捐預估課徵金額，按目前受配比率推估。

20



## 推估方法-保險成本

- ◆ 111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2.577%及醫界代表版4.233%。

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)
107年	6,853	4.711%	7.69%	6,328
108年	7,153	4.417%	8.24%	6,566
109年	7,526	5.237%	7.65%	6,954
110年(預估)	7,836	4.107%	7.23%	7,273
111年 (預估)	2.577% (付費者代表版)	8,037	2.577%	7.10%
	4.233% (醫界代表版)	8,167	4.233%	7.00%
				7,599

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，107年至109年分別為87萬餘元、119萬餘元及443萬餘元。

21



## 平衡費率試算假設及結果 -試算假設

- ◆ 醫療給付費用總額協定成長率：
  - 111年度暫依總額協商結果分別為付費者代表版2.577%及醫界代表版4.233%
  - 112年度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年加權平均值推估
      - 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
      - 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-協定調整因素：以近10年加權平均值推估
    - C肝預算金額：參考國家C型肝炎旗艦計畫採用C肝新藥人數推估每年預算金額
  - ◆ 112~114年保險收入平均年成長率：1.57%
  - ◆ 112~114年總額平均年成長率：3.38%(以111年度付費者代表版2.577%計算)、3.60%(以111年度醫界代表版4.233%計算)

22



## 平衡費率試算假設及結果 -依現行費率5.17%推估(付費者代表版)

- ◆ 111年保險收支累計結餘約565億元(約當0.91個月保險給付支出)。
- ◆ 113年安全準備用罄並發生短绌。

年度	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 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
109		4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110		5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.37%	5.17%	0.00%	7,205	7,471	2.577%	-265	565	0.91
112	5.42%	5.17%	0.00%	7,331	7,671	2.628%	-340	225	0.35
113	5.53%	5.17%	0.00%	7,446	7,955	3.618%	-509	-284	-0.43
114	5.67%	5.17%	0.00%	7,551	8,273	3.899%	-722	-1,006	-1.46

註：111年度總額成長率採付費者代表版2.577% · 112年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

23



## 平衡費率試算假設及結果 -依現行費率5.17%推估(醫界代表版)

- ◆ 111年保險收支累計結餘約436億元(約當0.69個月保險給付支出)。
- ◆ 112年安全準備用罄並發生短绌。

年度	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 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
109		4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110		5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.47%	5.17%	0.00%	7,205	7,599	4.233%	-394	436	0.69
112	5.53%	5.17%	0.00%	7,331	7,821	2.851%	-491	-55	-0.08
113	5.65%	5.17%	0.00%	7,443	8,128	3.833%	-685	-740	-1.09
114	5.80%	5.17%	0.00%	7,546	8,472	4.112%	-926	-1,665	-2.36

註：111年度總額成長率採醫界代表版4.233% · 112年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

24



## 平衡費率試算假設及結果 -按111年底安全準備維持1個月推估(付費者代表版)

◆ 111年費率調整為5.22%(調幅0.97%)

年度	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 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
109		4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110		5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.37%	5.22%	0.97%	7,273	7,471	2.577%	-198	633	1.02
112	5.42%	5.22%	0.00%	7,401	7,671	2.628%	-270	362	0.57
113	5.53%	5.22%	0.00%	7,518	7,955	3.618%	-436	-74	-0.11
114	5.67%	5.22%	0.00%	7,626	8,273	3.899%	-647	-721	-1.05

註：111年度總額成長率採付費者代表版2.577% · 112年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

25



## 平衡費率試算假設及結果 -按111年底安全準備維持1個月推估(醫界代表版)

◆ 111年費率調整為5.32%(調幅2.90%)

年度	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 餘绌 (億元)	保險收支 累計餘绌 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
109		4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110		5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.47%	5.32%	2.90%	7,408	7,599	4.233%	-191	639	1.01
112	5.53%	5.32%	0.00%	7,540	7,821	2.851%	-281	358	0.55
113	5.65%	5.32%	0.00%	7,662	8,128	3.833%	-466	-108	-0.16
114	5.80%	5.32%	0.00%	7,773	8,472	4.112%	-699	-807	-1.14

註：111年度總額成長率採醫界代表版4.233% · 112年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

26



## 敏感度分析及試算-假設條件

### ◆ 收入面

- 111年起補充保險費金額增減5%

### ◆ 支出面

- 111年起非保險給付占率增減0.5個百分點
- 111年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費動支10億元
- 111年度醫療給付費用總額成長率增減0.5個百分點  
(3.077%/3.733%)

27



## 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111年安全準備 增減金額	按111年底安全準備維持 1個月下之費率，本假設 與基本假設之差異
收入面	111年起補充保險費金額增減5%	38億元	增減0.03個百分點
支出面	111年起非保險給付占率增減0.5個百分點	40億元	增減0.03個百分點
	111年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費動支10億元	10億元	增加0.01個百分點
	111年度醫療給付費用總額成長率增減0.5個百分點	39億元	增減0.03個百分點

28



## 結論

### ◆ 試算結果

- 截至110年底，保險收支累計結餘預估為830億元(約當1.37個月保險給付支出)。
- 在維持現行費率5.17%下，111年度醫療給付費用總額成長率分別以付費者代表版及醫界代表版之試算結果，預估111年底保險收支累計結餘各約為565億元及436億元(約當0.91個月及0.69個月保險給付支出)。
- 依貴會110年第4次委員會議決議「健保費率之審議依全民健康保險法第78條規定辦理」，以及111年度醫療給付費用總額成長率分別以付費者代表版及醫界代表版試算，如111年底安全準備維持1個月，預估費率需分別調整為5.22%(調幅0.97%)及5.32%(調幅2.90%)。

### ◆ 以上試算結果，提請討論。

## 附錄目次

一、敏感度分析假設條件 .....	第 52 頁
二、敏感度分析試算結果 .....	第 53 頁
(一)111 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版 2.577% .....	第 53 頁
1、111 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 53 頁
2、111 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 54 頁
3、111 年起非保險給付占率增加 0.5 個百分點 .....	第 55 頁
4、111 年起非保險給付占率減少 0.5 個百分點 .....	第 56 頁
5、111 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費動支 10 億元 .....	第 57 頁
(二)111 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.233% .....	第 58 頁
1、111 年起補充保險費金額增加 5% .....	第 58 頁
2、111 年起補充保險費金額減少 5% .....	第 59 頁
3、111 年起非保險給付占率增加 0.5 個百分點.....	第 60 頁
4、111 年起非保險給付占率減少 0.5 個百分點 .....	第 61 頁
5、111 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費動支 10 億元 .....	第 62 頁
(三) 111 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點 .....	第 63 頁
三、111 年起每年安全準備均維持 1 個月之試算結果 .....	第 65 頁

## 一、敏感度分析假設條件

(一)分別以 111 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版

2.577%及醫界代表版 4.233%，試算下列假設條件：

- 1、111 年起補充保險費金額增加 5%。
- 2、111 年起補充保險費金額減少 5%。
- 3、111 年起非保險給付占率增加 0.5 個百分點。
- 4、111 年起非保險給付占率減少 0.5 個百分點。
- 5、111 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費動支 10 億元。

(二)分別以 111 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版

2.577%及醫界代表版 4.233%，增減 0.5 個百分點。

## 二、敏感度分析試算結果

### (一) 111 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版 2.577%

#### 1、111 年起補充保險費金額增加 5%。

(1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,243	7,471	2.577%	-227	603	0.97
112	5.17%	0.00%	7,370	7,671	2.628%	-301	302	0.47
113	5.17%	0.00%	7,486	7,955	3.618%	-469	-167	-0.25
114	5.17%	0.00%	7,592	8,273	3.899%	-681	-848	-1.23

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.19%	0.39%	7,271	7,471	2.577%	-200	631	1.01
112	5.19%	0.00%	7,399	7,671	2.628%	-272	358	0.56
113	5.19%	0.00%	7,516	7,955	3.618%	-439	-80	-0.12
114	5.19%	0.00%	7,623	8,273	3.899%	-650	-730	-1.06

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 2、111 年起補充保險費金額減少 5%。

### (1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,167	7,471	2.577%	-303	527	0.85
112	5.17%	0.00%	7,292	7,671	2.628%	-379	148	0.23
113	5.17%	0.00%	7,406	7,955	3.618%	-549	-401	-0.60
114	5.17%	0.00%	7,509	8,273	3.899%	-764	-1,165	-1.69

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### (2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.25%	1.55%	7,274	7,471	2.577%	-196	634	1.02
112	5.25%	0.00%	7,403	7,671	2.628%	-269	365	0.57
113	5.25%	0.00%	7,521	7,955	3.618%	-434	-69	-0.10
114	5.25%	0.00%	7,628	8,273	3.899%	-645	-713	-1.03

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### 3、111 年起非保險給付占率增加 0.5 個百分點。

#### (1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,430	2.577%	-225	605	0.98
112	5.17%	0.00%	7,331	7,630	2.628%	-299	307	0.48
113	5.17%	0.00%	7,447	7,912	3.618%	-465	-159	-0.24
114	5.17%	0.00%	7,552	8,229	3.899%	-677	-836	-1.22

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

#### (2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.19%	0.39%	7,233	7,430	2.577%	-197	633	1.02
112	5.19%	0.00%	7,360	7,630	2.628%	-270	363	0.57
113	5.19%	0.00%	7,476	7,912	3.618%	-436	-73	-0.11
114	5.19%	0.00%	7,583	8,229	3.899%	-646	-719	-1.05

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

#### 4、111 年起非保險給付占率減少 0.5 個百分點。

##### (1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,511	2.577%	-306	525	0.84
112	5.17%	0.00%	7,331	7,713	2.628%	-382	143	0.22
113	5.17%	0.00%	7,445	7,997	3.618%	-552	-409	-0.61
114	5.17%	0.00%	7,549	8,317	3.899%	-768	-1,177	-1.70

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

##### (2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.25%	1.55%	7,313	7,511	2.577%	-198	632	1.01
112	5.25%	0.00%	7,442	7,713	2.628%	-271	362	0.56
113	5.25%	0.00%	7,561	7,997	3.618%	-437	-75	-0.11
114	5.25%	0.00%	7,669	8,317	3.899%	-648	-723	-1.04

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 5、111 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 動支 10 億元。

(1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,481	2.577%	-275	555	0.89
112	5.17%	0.00%	7,331	7,671	2.628%	-340	215	0.34
113	5.17%	0.00%	7,446	7,955	3.618%	-509	-294	-0.44
114	5.17%	0.00%	7,550	8,273	3.899%	-723	-1,017	-1.47

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.23%	1.16%	7,285	7,481	2.577%	-195	635	1.02
112	5.23%	0.00%	7,414	7,671	2.628%	-258	377	0.59
113	5.23%	0.00%	7,531	7,955	3.618%	-423	-46	-0.07
114	5.23%	0.00%	7,639	8,273	3.899%	-634	-680	-0.99

註：111 年度總額成長率採付費者代表版 2.577% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## (二) 111 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.233%

### 1、111 年起補充保險費金額增加 5%。

(1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,243	7,599	4.233%	-356	474	0.75
112	5.17%	0.00%	7,370	7,821	2.851%	-452	22	0.03
113	5.17%	0.00%	7,484	8,128	3.833%	-645	-622	-0.92
114	5.17%	0.00%	7,587	8,472	4.112%	-884	-1,506	-2.13

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.29%	2.32%	7,407	7,599	4.233%	-192	638	1.01
112	5.29%	0.00%	7,539	7,821	2.851%	-282	356	0.55
113	5.29%	0.00%	7,660	8,128	3.833%	-468	-112	-0.17
114	5.29%	0.00%	7,770	8,472	4.112%	-701	-814	-1.15

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 2、111 年起補充保險費金額減少 5%。

### (1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,167	7,599	4.233%	-432	398	0.63
112	5.17%	0.00%	7,291	7,821	2.851%	-530	-132	-0.20
113	5.17%	0.00%	7,403	8,128	3.833%	-725	-857	-1.27
114	5.17%	0.00%	7,505	8,472	4.112%	-967	-1,824	-2.58

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### (2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.35%	3.48%	7,409	7,599	4.233%	-190	640	1.01
112	5.35%	0.00%	7,541	7,821	2.851%	-280	360	0.55
113	5.35%	0.00%	7,663	8,128	3.833%	-465	-105	-0.15
114	5.35%	0.00%	7,774	8,472	4.112%	-697	-802	-1.14

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### 3、111 年起非保險給付占率增加 0.5 個百分點。

#### (1)依現行費率 5.17%推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,558	4.233%	-353	477	0.76
112	5.17%	0.00%	7,331	7,779	2.851%	-449	28	0.04
113	5.17%	0.00%	7,444	8,085	3.833%	-640	-612	-0.91
114	5.17%	0.00%	7,547	8,426	4.112%	-879	-1,491	-2.12

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

#### (2)按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.29%	2.32%	7,368	7,558	4.233%	-190	640	1.02
112	5.29%	0.00%	7,499	7,779	2.851%	-280	360	0.56
113	5.29%	0.00%	7,620	8,085	3.833%	-465	-105	-0.16
114	5.29%	0.00%	7,729	8,426	4.112%	-697	-802	-1.14

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

#### 4、111 年起非保險給付占率減少 0.5 個百分點。

##### (1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,640	4.233%	-435	395	0.62
112	5.17%	0.00%	7,330	7,863	2.851%	-533	-138	-0.21
113	5.17%	0.00%	7,442	8,172	3.833%	-729	-867	-1.27
114	5.17%	0.00%	7,545	8,517	4.112%	-972	-1,839	-2.59

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

##### (2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.35%	3.48%	7,448	7,640	4.233%	-192	638	1.00
112	5.35%	0.00%	7,581	7,863	2.851%	-282	356	0.54
113	5.35%	0.00%	7,704	8,172	3.833%	-468	-111	-0.16
114	5.35%	0.00%	7,816	8,517	4.112%	-701	-812	-1.14

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 5、111 年調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 動支 10 億元。

(1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,609	4.233%	-404	426	0.67
112	5.17%	0.00%	7,330	7,821	2.851%	-491	-65	-0.10
113	5.17%	0.00%	7,443	8,128	3.833%	-685	-750	-1.11
114	5.17%	0.00%	7,546	8,472	4.112%	-926	-1,675	-2.37

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.33%	3.09%	7,424	7,609	4.233%	-185	645	1.02
112	5.33%	0.00%	7,556	7,821	2.851%	-265	380	0.58
113	5.33%	0.00%	7,679	8,128	3.833%	-449	-69	-0.10
114	5.33%	0.00%	7,790	8,472	4.112%	-682	-751	-1.06

註：111 年度總額成長率採醫界代表版 4.233% · 112 年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### (三) 111 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點

#### 1、111 年度醫療給付費用總額成長率 3.077%

##### (1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,510	3.077%	-304	526	0.84
112	5.17%	0.00%	7,331	7,717	2.695%	-386	141	0.22
113	5.17%	0.00%	7,445	8,007	3.683%	-562	-421	-0.63
114	5.17%	0.00%	7,549	8,333	3.964%	-784	-1,205	-1.73

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

##### (2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.25%	1.55%	7,313	7,510	3.077%	-197	634	1.01
112	5.25%	0.00%	7,442	7,717	2.695%	-275	359	0.56
113	5.25%	0.00%	7,561	8,007	3.683%	-446	-87	-0.13
114	5.25%	0.00%	7,669	8,333	3.964%	-664	-751	-1.08

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 2、111 年度醫療給付費用總額成長率 3.733%

### (1) 依現行費率 5.17% 推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.17%	0.00%	7,205	7,560	3.733%	-355	475	0.75
112	5.17%	0.00%	7,331	7,776	2.783%	-445	30	0.05
113	5.17%	0.00%	7,444	8,076	3.768%	-631	-602	-0.89
114	5.17%	0.00%	7,547	8,411	4.048%	-864	-1,466	-2.09

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### (2) 按 111 年底安全準備維持 1 個月推估

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.29%	2.32%	7,368	7,560	3.733%	-192	638	1.01
112	5.29%	0.00%	7,499	7,776	2.783%	-277	362	0.56
113	5.29%	0.00%	7,620	8,076	3.768%	-456	-94	-0.14
114	5.29%	0.00%	7,729	8,411	4.048%	-682	-776	-1.11

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

### 三、111 年起每年安全準備均維持 1 個月之試算結果

#### (一) 111 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版 2.577%

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.22%	0.97%	7,273	7,471	2.577%	-198	633	1.02
112	5.43%	4.02%	7,693	7,671	2.628%	22	654	1.02
113	5.54%	2.03%	7,972	7,955	3.618%	18	672	1.01
114	5.68%	2.53%	8,297	8,273	3.899%	24	696	1.01

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

#### (二) 111 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.233%

年度	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	保險收支餘绌(億元)	保險收支累計餘绌(億元)	約當保險給付支出月數(月)
109	4.69%	0.00%	6,278	6,954	5.237%	-676	1,091	1.88
110	5.17%	10.23%	7,012	7,273	4.107%	-261	830	1.37
111	5.32%	2.90%	7,408	7,599	4.233%	-191	639	1.01
112	5.54%	4.14%	7,845	7,821	2.851%	23	663	1.02
113	5.66%	2.17%	8,145	8,128	3.833%	17	680	1.00
114	5.82%	2.83%	8,505	8,472	4.112%	33	713	1.01

註：112 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

## 健保署補充資料

項次	諮詢會議意見	補充資料
1	請評估調高投保金額上限之可行性。	配合衛福部研議。
2	請提供最新平均眷口數資料，以及試算每張慢性病連續處方箋若加收 200 元部分負擔，其影響健保財務之金額。	<p>1. 111 年度保險費率方案(草案)，平均眷口數係以 0.58 人辦理財務估算。</p> <p>2. 假設慢性病連續處方箋每次調劑加收 200 元藥品部分負擔之財務影響推估：</p> <p>(1) 統計 109 年慢性病連續處方箋總調劑件數約為 7,660 萬件。</p> <p>(2) 預估財務影響約為 153.2 億元。</p> <p>(3) 前開慢性病連續處方箋之藥品部分負擔與門診藥品部分負擔採計不同，僅作參考。</p>
3	請提供歷年代位求償之類型、件數、總金額及求償比率，並分析說明代位求償效果不彰之原因；檢討健保法第 95 條代位求償範圍之合理性。	<p>1. 近 10 年(100 年至 109 年)健保代位獲償共計 1,163,049 件，金額 239.2 億元，獲償比率為 98%。其中汽車交通事故獲償 1,162,993 件，金額 238.8 億元；公共安全、重大交通事故、公害及食物中毒等事件，共獲償 56 件，金額 3,845 萬元。</p> <p>2. 健保法第 95 條所規範之代位求償範圍，除汽車交通事故外，其餘案件常需經由訴訟程序始得獲償。</p>
4	健保安全準備餘額在 99 年 3 月底約負 609 億元，自 99 年 4 月費率由 4.55% 調升至 5.17% 後，至 101 年底健保收支結餘 819 億元，平均 1 年結餘 298 億元；惟 110 年費率自 4.69% 調升為 5.17% 後，110 年即短絀 261 億元，顯示 102 至 110 年，安全準備餘額正負之間差距達 1,085 億元，建議深入探討，及分析總額從健保開辦時 2 千多億元成長至 110 年 8 千多億元之原因。	<p>1. 總額預算依全民健康保險法第 60 條、61 條規定辦理，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定；健保會於年度開始前三個月，協議訂定總額及其分配方式，報主管機關核定及公告。</p> <p>2. 各年度總額協商，醫院、西醫基層、中醫、牙醫及其他預算部門總額，皆依貴會各年度「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」，討論與協定。</p> <p>3. 檢附「110 年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」所列之牙醫門診、中</p>

項次	諮詢會議意見	補充資料
		<p>醫門診、西醫基層、醫院、其他預算等醫療給付費用成長率項目表(詳附件二之附件 1，第 69~81 頁)。</p> <p>4. 自 91 年 7 月全面實施總額制度以來，從 92 年的 3,762 億元，110 年為 7,836 億元，19 年約成長 1 倍，平均每年醫療費用成長率約控制在 4% 左右。</p>
5	請具體呈現節流相關措施之項目、投入金額、預期目標及具體效益，俾利討論節流成效如何回饋醫事服務提供者及付費者。	依所提意見整理「近年健保各項節流措施之成效」(詳附件二之附件 2，第 82~87 頁)
6	應依健保法規定，不給付指示用藥；也要檢討屬政府公務預算支應，卻由健保支出的部分。	<p>1. 本署衡酌病人權益及減少社會衝擊等情形，現階段仍採雙軌制策略逐步取消指示藥品，分述如下：</p> <p>(1) 倘有醫學相關專業團體提出取消給付，即執行臨床之必要性及需求性評估，並就實況推動不予給付。</p> <p>(2) 主動蒐集相關醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付。</p> <p>2. 近期疫情趨緩，本署預計將於年底前召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」，廣納各界意見再行研議。</p>
7	簡報中僅呈現各年度總額，請補充各年度實際申報醫療點數，以反映其與總額間之財務缺口。	有關 107~109 年申報醫療點數，依據全民健康保險業務執行報告，分別為 7,384 億點、7,732 億點、7,804 億點。
8	原投影片第 9 張，依據主計總處 2020 年人口普查報告，受少子化及高齡化影響，首度出現 15~64 歲工作年齡人口減少 16.9 萬人，再加上前項原因，被保險人人數占率是否繼續增加？未來此群體占率若往下降，費率卻往上調，我們所關心的保險對象保費負擔能力又將是何情形？	依目前數據顯示，被保險人人數占率近年增加情形趨緩，長期仍需持續觀察。

項 次	諮詢會議意見	補充資料
9	<p>參考資料 3-3、3-4 說明 4，安全準備相關收入為何不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘？(有違健保法第 76 條第 1 項有關安全準備來源之規範)應提列或增列之安全準備是如何計算的應清楚列示。</p>	<p>有關參考資料「108 年至 111 年健保財務收支情形表」，安全準備相關收入係為呈現滯納金、運用收益、彩券盈餘及菸捐分配收入等之收入情形，至於保險收支餘額已單獨列示。</p>

## 附件二之附件 1

(二)牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目	102年度		103年度		104年度		105年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>0.381%</b>	<b>137.9</b>	<b>0.431%</b>	<b>158.0</b>	<b>0.373%</b>	<b>137.5</b>	<b>2.512%</b>	<b>941.8</b>
投保人口數年增率	0.163%		0.205%		0.175%		0.140%	
人口結構改變率	-0.129%		-0.129%		-0.062%		0.000%	
醫療服務成本指數改變率	0.347%		0.355%		0.260%		2.369%	
協商因素成長率	<b>0.600%</b>	<b>217.1</b>	<b>-0.067%</b>	<b>-24.6</b>	<b>0.946%</b>	<b>348.8</b>	<b>0.534%</b>	<b>200.5</b>
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.300%	108.6	0.300%	110.0	0.300%	110.6	0.300%
保險給付項目及支付標準之改變	口腔癌統合照護計畫	0.064%	23.0					
	根部齲齒填補	0.276%	100.0					
	口乾症患者照護			0.082%	30.1			
	牙周病統合照護計畫(3階段)			-0.447%	-163.8			
	牙周顧本計畫					0.400%	147.5	
	調整藥事服務費					0.008%	2.9	
	調整診察費					0.000%	0.0	
	特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫					0.027%	10.0	
	懷孕婦女照護					0.217%	80.0	
其他醫療服務利用及密集度之改變							0.296%	111.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.040%	-14.5	-0.002%	-0.7	-0.006%	-2.1	-0.031%
	新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%						-0.031%	-11.5
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	<b>增加金額</b>	<b>355.0</b>	<b>0.364%</b>	<b>133.4</b>	<b>1.319%</b>	<b>486.3</b>	<b>3.046%</b>	<b>1,142.3</b>
	<b>總金額</b>	<b>—</b>		<b>—</b>		<b>—</b>		<b>38,634.6</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
牙醫特殊服務	423.0	0.0	443.0	20.0	443.0	0.0	473.0	30.0
醫療資源不足地區改善方案	229.2	0.0	280.0	50.8	280.0	0.0	280.0	0.0
牙周病統合照護計畫(1、2階段)	452.3	68.0	680.0	227.7	850.0	170.0	884.0	34.0
受刑人之醫療服務費用	101.3	101.3	0.0	0.0				
牙周病統合照護計畫(3階段)			164.6	164.6	244.6	80.0	260.6	16.0
專款金額	<b>1,205.8</b>	<b>169.3</b>	<b>1,567.6</b>	<b>463.1</b>	<b>1,817.6</b>	<b>250.0</b>	<b>1,897.6</b>	<b>80.0</b>
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款)	<b>增加金額</b>	<b>524.3</b>	<b>1.580%</b>	<b>596.5</b>	<b>1.916%</b>	<b>736.4</b>	<b>3.109%</b>	<b>1,222.3</b>
	<b>總金額</b>	<b>—</b>		<b>—</b>		<b>39,175.6</b>		<b>40,532.2</b>
較前一年度核定總額成長率	<b>1.421%</b>	<b>—</b>	<b>1.888%</b>	<b>—</b>	<b>2.140%</b>	<b>—</b>	<b>3.463%</b>	<b>—</b>

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口數年增率」差值。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

3.102年度所編「受刑人之醫療服務費用」之經費，自103年度起移列至其他預算項下統籌運用。

(二)牙醫門診醫療給付費用成長率項目表(續1)

項目	106年度		107年度		108年度		109年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	1.922%	745.6	1.341%	533.8	0.187%	75.9	2.430%	1,069.7
投保人口預估成長率	0.113%		0.175%		0.359%		0.346%	
人口結構改變率	-0.118%		0.000%		0.282%		0.379%	
醫療服務成本指數改變率	1.925%		1.164%		-0.453%		1.698%	
協商因素成長率	0.418%	161.8	0.365%	145.0	8.089%	3,283.3	1.129%	496.9
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)				0.030%	12.0		
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.300%	116.4					
	顎顏面外傷術後整合照護						0.032%	14.0
	全面提升感染管制品質						1.136%	500.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	12歲牙結石清除	0.054%	20.8					
	加強全民口腔疾病照護	0.100%	38.7					
	顎顏面骨壞死術後傷口照護	0.026%	10.0					
	牙周病支持性治療 (91018C)所增加之費用			0.000%	0.0	0.862%	350.0	
	牙周病統合照護計畫(第1、2、3階段)					6.918%	2,808.0	
	提升假日急症處置服務					0.284%	115.3	
	醫院夜間急診加成服務						0.023%	10.2
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.023%	-9.0	-0.012%	-5.0	-0.005%	-2.0	-0.062%
	新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%	-0.039%	-15.1					
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	2.340%	907.4	1.706%	678.8	8.276%	3,359.2	1,566.6
	總金額		39,702.0		40,486.6		43,947.6	45,589.2
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	280.0	0.0	280.0	0.0	280.0
牙醫特殊醫療服務計畫		473.0	0.0	484.0	11.0	534.0	50.0	647.13
牙周病統合照護計畫(1、2階段)		1,042.4	158.4	1,564.0	521.6	0.0	-1,564.0	
牙周病統合照護計畫(3階段)		350.6	90.0	588.8	238.2	0.0	-588.8	
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫								7.8
網路頻寬補助費用						136.0	136.0	136.0
品質保證保留款				119.1	119.1	119.1	0.0	101.2
專款金額		2,146.0	248.4	3,035.9	889.9	1,069.1	-1,966.8	1,172.1
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款)	增加金額	2.841%	1,155.8	3.740%	1,568.7	3.192%	1,392.4	1,669.7
	總金額		41,848.0		43,522.5		45,016.7	46,761.3
較前一年度核定總額成長率		3.246%	—	4.001%	—	3.433%	—	3.876%

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(二)牙醫門診醫療給付費用成長率項目表(續2)

項目	110年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>		
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>2.466%</b>	<b>1123.3</b>
投保人口預估成長率	0.204%	
人口結構改變率	0.617%	
醫療服務成本指數改變率	1.640%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.588%</b>	<b>267.6</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)	0.026% 12.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	糖尿病患者口腔加強照護	0.494% 225.0
	高齡患者根管治療難症處理	0.220% 100.0
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.152% -69.4
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>1,390.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>46,942.1</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0
牙醫特殊醫療服務計畫	672.1	25.0
牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫	12.0	4.2
0~6歲兒童口腔健康照護試辦計畫	60.0	60.0
網路頻寬補助費用	136.0	0.0
品質保證保留款	87.9	-13.3
<b>專款金額</b>	<b>1,248.0</b>	<b>75.9</b>
<b>較前一年度核定總額成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>1,466.8</b>
	<b>總金額</b>	<b>48,190.1</b>

註：1.一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年

度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(三)中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目	102年度		103年度		104年度		105年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	2.460%	501.9	1.417%	297.5	0.978%	210.6	3.207%	704.4
投保人口數年增率	0.163%		0.205%		0.175%		0.140%	
人口結構改變率	0.579%		0.339%		0.325%		0.420%	
醫療服務成本指數改變率	1.714%		0.871%		0.477%		2.643%	
協商因素成長率	0.127%	25.9	0.905%	190.0	0.684%	147.3	0.194%	42.6
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.000%	0.0	0.100%	21.0	0.000%	0.0	0.100%
保險給付項目及支付標準之改變	支付標準調整	0.147%	30.0					
	中醫特定疾病門診加強照護計畫-腦血管疾病及癲癇			0.810%	170.1			
	損傷後遺症					0.135%	29.0	
	調整藥事服務費					0.557%	120.0	0.364%
其他醫療服務利用及密集度之改變								
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.020%	-4.1	-0.005%	-1.0	-0.008%	-1.7	-0.009%
	腦血管疾病及癲癇損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自103年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列						-0.193%	-42.5
	小兒腦性麻痺及小兒氣喘緩解期中醫優質門診照護試辦計畫自102年由專款移列至一般服務後執行率偏低之減列						-0.068%	-15.0
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額 總金額	2.587%	527.8	2.322%	487.5	1.662%	357.9	3.401%
			—		—		—	22,711.9
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
醫療資源不足地區改善方案		74.4	0.0	74.4	0.0	96.5	22.1	106.5
腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫		40.0	-5.0					
腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫		14.0	4.0					
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫				113.0	59.0	113.0	0.0	113.0
腦血管疾病後遺症門診照護計畫		100.0	18.0	0.0	-100.0			
受刑人之醫療服務費用		57.1	57.1	0.0	0.0			
中醫提升孕產照護品質計畫						32.0	32.0	32.0
乳癌、肝癌門診加強照護計畫								14.9
學齡兒童過敏性鼻炎照護計畫								20.0
專款金額		285.5	74.1	187.4	-41.0	241.5	54.1	286.4
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款)	增加金額 總金額	2.177%	451.9	2.104%	446.5	1.897%	412.0	3.566%
較前一年度核定總額成長率		2.187%	—	2.421%	—	2.124%	—	3.927%

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口數年增率」差值。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

3.102年度所編「受刑人之醫療服務費用」之經費，自103年度起移列至其他預算項下統籌運用。

(三)中醫門診醫療給付費用成長率項目表(續1)

項目	106年度		107年度		108年度		109年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	2.281%	520.2	1.715%	405.0	1.365%	333.0	3.092%	781.9
投保人口預估成長率	0.113%		0.175%		0.359%		0.346%	
人口結構改變率	0.411%		0.409%		0.590%		0.666%	
醫療服務成本指數改變率	1.755%		1.128%		0.412%		2.071%	
協商因素成長率	1.010%	230.5	1.285%	303.4	2.092%	510.4	1.604%	405.5
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	22.8					
			0.635%	150.0				
保險給付項目及支付標準之改變	提升用藥品質						1.719%	434.6
其他醫療服務利用及密集度之改變		1.096%	250.0	0.707%	167.0	2.109%	514.6	
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.019%	-4.3	-0.057%	-13.6	-0.017%	-4.2	-0.115%
	腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自103年由專款移列至一般服務後，於105年上半年執行率未達80%之扣款	-0.167%	-38.0					
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	3.291%	750.7	3.000%	708.4	3.457%	843.4	4.696%
	總金額		23,556.1		24,326.4		25,241.5	26,475.1
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
醫療資源不足地區改善方案		121.5	15.0	135.6	14.1	135.6	0.0	135.6
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫		133.0	20.0	130.0	-3.0	182.0	52.0	204.0
癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫		30.0	30.0	0.0	-30.0			
乳癌、肝癌門診加強照護計畫		25.0	10.1	0.0	-25.0			
中醫癌症患者加強照護整合方案				103.0	103.0	166.0	63.0	194.0
中醫提升孕產照護品質計畫		47.7	15.7	60.0	12.3	65.0	5.0	90.0
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫		20.0	0.0	20.0	0.0	10.0	-10.0	22.0
中醫急症處置				20.0	20.0	20.0	0.0	10.0
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫							50.0	50.0
網路頻寬補助費用						74.0	74.0	0.0
品質保證保留款				23.6	23.6	23.6	0.0	60.8
專款金額		377.2	90.8	492.2	115.0	676.2	184.0	840.4
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款)	增加金額	3.643%	841.5	3.432%	823.4	4.128%	1,027.4	1,351.6
	總金額		23,933.3		24,818.6		25,917.7	27,315.5
較前一年度核定總額成長率		4.066%	—	3.699%	—	4.429%	—	5.393%

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(三)中醫門診醫療給付費用成長率項目表(續2)

項目	110年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>		
醫療服務成本及人口因素成長率	<b>3.089%</b>	<b>817.5</b>
投保人口預估成長率	0.204%	
人口結構改變率	1.006%	
醫療服務成本指數改變率	1.873%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.171%</b>	<b>310.0</b>
保險給付項目及支付標準之改變	中醫針灸處置品質提升	0.684% 181.0
	中醫傷科處置品質提升	0.578% 153.0
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.091% -24.0
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>1,127.5</b>
	<b>總金額</b>	<b>27,592.0</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
醫療資源不足地區改善方案	140.6	5.0
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫	234.0	30.0
中醫提升孕產照護品質計畫	90.0	0.0
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	24.0	2.0
中醫癌症患者加強照護整合方案	245.0	51.0
中醫急症處置	10.0	0.0
中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫	50.0	0.0
網路頻寬補助費用	81.0	7.0
品質保證保留款	25.2	-35.6
<b>專款金額</b>	<b>899.8</b>	<b>59.4</b>
<b>較前一年度核定總額成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>1,186.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>28,491.8</b>

註：1.一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年

度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(四)西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項目	102年度		103年度		104年度		105年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	2.101%	1,969.2	0.811%	781.5	1.154%	1,132.7	3.441%	3,472.5
投保人口數年增率	0.163%		0.205%		0.175%		0.140%	
人口結構改變率	0.762%		0.966%		0.997%		1.025%	
醫療服務成本指數改變率	1.173%		-0.361%		-0.020%		2.272%	
協商因素成長率	0.393%	368.3	0.823%	793.1	1.293%	1,269.8	0.390%	393.8
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	93.7	0.100%	96.4	0.100%	98.2	0.100%
								100.9
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)	0.041%	38.4	0.104%	100.2	0.122%	120.0	0.082%
	新增跨表項目	0.011%	10.3	0.018%	17.3			0.030%
	支付標準調整	0.237%	222.1	0.104%	100.2			
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.7	0.004%	3.9	0.004%	3.9	0.004%
	修訂降血脂藥品給付規定			0.0	0.0			
	配合102年醫院部門調整急重難科別之政策			0.104%	100.2			
	配合結核病防治政策改變之費用			0.007%	6.7			
	提升用藥品質			0.010%	9.6			
	提升婦產科夜間住院護理照護品質			0.062%	59.7			
	調整藥事服務費及語言治療診療項目					0.399%	391.6	
其他醫療服務及密集度之改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響(含慢性病照護之增進)			0.467%	450.0			0.229%
	其他預期之法令或政策改變	0.057%	53.4			0.713%	700.0	
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.057%	-53.4	-0.053%	-51.1	-0.045%	-43.9	-0.024%
	醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享：七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象						-0.031%	-31.2
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>		<b>增加金額</b>	<b>2,494%</b>	<b>2,337.5</b>	<b>1,634%</b>	<b>1,574.6</b>	<b>2,447%</b>	<b>2,402.5</b>
		<b>總金額</b>		—		—		3,866.3
								104,782.2
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
醫療資源不足地區改善方案		150.0	0.0	150.0	0.0	150.0	0.0	240.0
加強慢性B型及C型肝炎治療計畫		157.0	0.0	200.0	43.0	400.0	200.0	400.0
家庭醫師整合性照護計畫		1,215.0	-100.0	1,200.0	-15.0	1,180.0	-20.0	1,180.0
診所以病人為中心整合照護計畫		162.4	-49.6	205.5	43.1	254.4	48.9	292.7
醫療給付改善方案				0.0	0.0			
修訂黃斑部新生血管病變藥品(Lucentis)適應症所增費用		262.4	262.4	0.0	0.0			
受刑人之醫療服務費用		1,946.8	112.8	1,755.5	71.1	1,984.4	228.9	2,112.7
<b>專款金額</b>								128.3
成長率 (一般服務+專款)	<b>增加金額</b>	<b>2,450.4</b>		<b>1,645.7</b>		<b>2,631.4</b>		<b>3,994.6</b>
	<b>總金額</b>	—		—		102,545.5	3.882%	106,894.9
門診透析服務成長率	<b>增加金額</b>	588.8		708.7		774.4		661.6
	<b>總金額</b>	—		—		14,709.3	4.498%	15,371.0
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)	<b>增加金額</b>	<b>3,039.1</b>		<b>2,354.3</b>		<b>3,405.8</b>		<b>4,656.2</b>
	<b>總金額</b>	—		—		117,254.9	3.959%	122,265.9
<b>較前一年度核定總額成長率</b>	<b>2.818%</b>	—	<b>2.391%</b>	—	<b>3.191%</b>	—	<b>4.274%</b>	—

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口數年增率」差值。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

3.102年度所編「受刑人之醫療服務費用」之經費，自103年度起移列至其他預算項下統籌運用。

(四)西醫基層醫療給付費用成長率項目表(續1)

項目	106年度		107年度		108年度		109年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
<b>醫療服務成本及人口因素成長率</b>	<b>3.159%</b>	<b>3,323.6</b>	<b>1.757%</b>	<b>1,926.8</b>	<b>2.549%</b>	<b>2,867.8</b>	<b>3.465%</b>	<b>4,019.8</b>
投保人口預估成長率	0.113%		0.175%		0.359%		0.346%	
人口結構改變率	1.075%		1.188%		1.297%		1.363%	
醫療服務成本指數改變率	1.968%		0.392%		0.885%		1.745%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.804%</b>	<b>846.0</b>	<b>0.553%</b>	<b>606.1</b>	<b>0.352%</b>	<b>396.0</b>	<b>0.220%</b>	<b>255.0</b>
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	105.2					
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.080%	84.0	0.106%	116.0	0.037%	42.0	0.086%
	山地離島門診診察費	0.095%	100.0					
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	4.0					
	B型肝炎藥費回歸一般服務			0.255%	280.0			
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加(109年含擴大C型肝炎治療衍生之醫療服務費用)	0.570%	600.0	0.228%	250.0			
						0.356%	400.0	0.164%
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.045%	-47.2	-0.036%	-39.9	-0.041%	-46.0	-0.030%
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>3.963%</b>	<b>4,169.6</b>	<b>2.310%</b>	<b>2,532.9</b>	<b>2.901%</b>	<b>3,263.8</b>	<b>3.685%</b>
	<b>總金額</b>		<b>109,381.4</b>		<b>112,200.0</b>		<b>115,770.4</b>	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
西醫醫療資源不足地區改善方案		180.0	-60.0	187.0	7.0	217.0	30.1	317.1
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫								50.0
家庭醫師整合性照護計畫		1,580.0	400.0	2,880.0	1,300.0	2,880.0	0.0	3,500
強化基層照護能力及「開放表別」項目		250.0	250.0	450.0	200.0	720.0	270.0	820.0
C型肝炎藥費				408.0	408.0	406.0	-2.0	406.0
醫療給付改善方案		300.0	7.3	300.0	0.0	400.0	100.0	459.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制				129.0	129.0	258.0	129.0	258.0
慢性B型及C型肝炎治療計畫		688.0	288.0	0.0	-688.0			
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材						110.0	110.0	110.0
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用						11.0	11.0	11.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用				178.0	178.0	178.0	0.0	178.0
網路頻寬補助費用						211.0	211.0	211.0
品質保證保留款				109.4	109.4	328.1	218.7	280.5
<b>專款金額</b>		<b>2,998.0</b>	<b>885.3</b>	<b>4,641.4</b>	<b>1,643.4</b>	<b>5,719.2</b>	<b>1,077.8</b>	<b>6,600.6</b>
<b>成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>4.710%</b>	<b>5,054.9</b>	<b>3.707%</b>	<b>4,176.3</b>	<b>3.706%</b>	<b>4,341.6</b>	<b>4.442%</b>
	<b>總金額</b>		<b>112,379.4</b>		<b>116,841.4</b>		<b>121,489.6</b>	<b>126,885.7</b>
門診透析服務成長率	增加金額	5.342%	821.1	4.624%	748.7	4.683%	793.3	4.126%
	總金額		16192.1		16,940.8		17,7734.1	,18,465.8
<b>總成長率<sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>增加金額</b>	<b>4.789%</b>	<b>5876.0</b>	<b>3.822%</b>	<b>4,925.0</b>	<b>3.830%</b>	<b>5,134.9</b>	<b>5,887.9</b>
	<b>總金額</b>		<b>128,571.5</b>		<b>133,782.2</b>		<b>139,223.7</b>	<b>145,351.5</b>
<b>較前一年度核定總額成長率</b>		<b>5.157%</b>	—	<b>4.053%</b>	—	<b>4.067%</b>	—	<b>4.401%</b>

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(四)西醫基層醫療給付費用成長率項目表(續2)

項目	110年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>		
醫療服務成本及人口因素成長率	2.954%	3,548.9
投保人口預估成長率	0.204%	
人口結構改變率	1.585%	
醫療服務成本指數改變率	1.159%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>0.539%</b>	<b>647.0</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.158% 190.3
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定改變	0.064% 76.5
		0.368% 442.0
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.051% -61.8
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>	<b>增加金額</b> <b>3.493%</b>	<b>4,195.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>124,336.1</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	0.0
家庭醫師整合性照護計畫	3,670.0	170.0
C型肝炎藥費	292.0	-114.0
醫療給付改善方案	655.0	196.0
強化基層照護能力及「開放表別」項目	920.0	100.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫	50.0	0.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	55.0	0.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	55.0	
因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0
新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	0.0
網路頻寬補助費用	214.0	3.0
品質保證保留款	115.8	-164.7
<b>專款金額</b>	<b>6,790.9</b>	<b>190.3</b>
<b>成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b> <b>3.343%</b>	<b>4,386.2</b>
	<b>總金額</b>	<b>131,127.0</b>
<b>門診透析服務成長率</b>	<b>增加金額</b> <b>4.992%</b>	<b>921.8</b>
	<b>總金額</b>	<b>19,387.7</b>
<b>較前一年度核定總額成長率 (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>增加金額</b> <b>3.552%</b>	<b>5,308.1</b>
	<b>總金額</b>	<b>150,514.7</b>

註：1.一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年

度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(五) 醫院醫療給付費用成長率項目表

項目	102年度		103年度		104年度		105年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	3.128%	10,095.3	1.909%	6,542.4	2.128%	7,497.6	4.395%	16,201.4
投保人口數年增率	0.163%		0.205%		0.175%		0.140%	
人口結構改變率	1.969%		1.895%		1.859%		1.764%	
醫療服務成本指數改變率	0.991%		-0.194%		0.091%		2.485%	
協商因素成長率	2.733%	8,820.5	0.674%	2,309.3	2.215%	7,800.9	0.627%	23,102
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	322.7	0.000%	0.0	0.100%	352.3	0.100%
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新診療項目、新藥及新特材等)	0.418%	1,349.1	0.584%	2,001.4	0.646%	2,275.5	0.503%
	支付標準調整	1.566%	5,055.4					
	配合安全針具推動政策之費用	0.031%	100.0	0.029%	99.4	0.057%	200.0	0.027%
	慢性B型及C型肝炎治療計畫	0.627%	2,022.0					100.0
	合理調高藥事服務費			0.090%	308.4			
	強化醫療資源支付合理性					0.100%	351.0	
	第2階段住院診斷關聯群(DRGs)之持續推動費用					0.110%	387.0	
	提升護理照護品質					0.568%	2,000.0	0.0
	類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白之藥費移至專款支付			-0.033%	-113.1			0.0
其他醫療服務利用及密集度之改變								
其他預期之法令或政策改變	配合結核病防治政策改變之費用			0.007%	24.0	0.010%	36.0	
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.009%	-30.5	-0.003%	-10.9	-0.0003%	-0.9	-0.003%
	醫療照護整合政策暨服務效率提升成效，利益共享，七成用以獎勵醫療服務提供者，三成回歸保險對象						-0.032%	-117.0
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額 總金額	5.861%	18,915.8	2.583%	8,852.3	4.343%	15,298.56	5.022%
			—		—		—	387,145.3
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
慢性B型及C型肝炎治療計畫	0.0	-1,922.0						
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,672.0	187.3	3,972.0	300.0	3,972.0	0.0	4,162.0	190.0
罕見疾病、血友病藥費及(104年起)罕見疾病特材	6,864.0	1,215.0	7,815.0	951.0	7,827.5	12.5	8,952.5	1,125.0
醫療給付改善方案	499.8	0.0	567.3	67.5	741.3	174.0	876.3	135.0
急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0	0.0	160.0	-160.0	160.0	0.0
提升住院護理照護品質	2,500.0	500.0	2,000.0	-500.0	0.0	-2,000.0		
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	387.0	0.0	667.0	280.0	280.0	-387.0	1,114.0	834.0
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區之方案	50.0	0.0	60.0	10.0	60.0	0.0	60.0	0.0
受刑人之醫療服務費用	903.7	903.7	0.0	0.0				
全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫			800.0	800.0	800.0	0.0	800.0	0.0
<b>專款金額</b>	<b>15,196.5</b>	<b>884.0</b>	<b>16,201.3</b>	<b>1,908.5</b>	<b>13,840.8</b>	<b>-2,360.5</b>	<b>16,124.8</b>	<b>2,284.0</b>
成長率 (一般服務+專款)	增加金額 總金額	5.874%	19,799.8	3.014%	10,760.8	3.511%	12,938.0	20,795.7
門診透析服務成長率	增加金額 總金額	0.188%	34.9	2.519%	467.9	2.341%	445.8	637.8
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)	增加金額 總金額	5.578%	19,834.7	2.990%	11,228.7	3.453%	13,383.8	21,433.4
較前一年度核定總額成長率		5.587%	—	3.281%	—	3.659%	—	5.672%

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口數年增率」差值。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

3.102年度所編「受刑人之醫療服務費用」之經費，自103年度起移列至其他預算項下統籌運用。

(五) 醫院醫療給付費用成長率項目表(續)

項目	106年度		107年度		108年度		109年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>								
醫療服務成本及人口因素成長率	4.203%	16,337.2	2.642%	10,768.2	3.292%	13,922.6	4.687%	20,658.9
投保人口預估成長率	0.113%		0.175%		0.359%		0.346%	
人口結構改變率	1.778%		1.801%		1.884%		1.970%	
醫療服務成本指數改變率	2.307%		0.662%		1.039%		2.356%	
協商因素成長率	0.382%	1,486.0	0.934%	3,807.0	0.788%	3,331.2	0.784%	3,453.5
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	388.7					
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.531%	2,063.0	0.844%	3,440.0	0.714%	3,019.0	0.723%
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及(109年起)特材給付規定範圍改變			0.098%	400.0	0.010%	42.0	
其他議定項目	移列C型肝炎藥品費用至專款項目	-0.243%	-943.0					
	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.006%	-22.7	-0.008%	-33.0	-0.007%	-29.8	-0.007%
一般服務成長率 <sup>註1</sup>	增加金額	4.585%	17,823.2	3.576%	14,575.2	4.080%	17,253.8	5.471%
	總金額		406,525.0		422,153.5		440,178.9	
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>								
C型肝炎藥費		2,655.0	2,655.0	4,528.0	1,873.0	4,760.0	232.0	4,760.0
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材		12,452.5	3,500.0	13,960.5	1,508.0	15,234.4	1,273.9	15,545.0
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質		4,215.7	53.7	4,399.7	184.0	4,712.8	313.1	5,027.0
醫療給付改善方案		997.5	121.2	1,187.0	189.5	1,187.0	0.0	1,187.0
急診品質提升方案		160.0	0.0	160.0	0.0	160.0	0.0	160.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)		300.0	-814.0	1,088.0	788.0	868.0	-220.0	868.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區方案		60.0	0.0	80.0	20.0	80.0	0.0	80.0
全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫		800.0	0.0	950.0	150.0	950.0	0.0	950.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制				258.0	258.0	689.0	431.0	689.0
網路頻寬補助費用						114.0	114.0	114.0
品質保證保留款				406.5	406.5	406.5	0.0	1,055.4
專款金額		21,640.7	5,515.9	27,017.7	5,377.0	29,161.7	2,144.0	30,435.4
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	5.765%	23,339.1	4.648%	19,952.2	4.312%	19,397.8	5.572%
	總金額		428,165.7		449,171.2		469,340.6	
門診透析服務成長率	增加金額	2.975%	598.7	2.622%	543.4	1.839%	391.1	548.6
	總金額		20,724		21,267.4		21,658.5	
總成長率 <sup>註1</sup> (一般服務+專款+門診透析)	增加金額	5.633%	23,937.8	4.555%	20,495.6	4.200%	19,788.9	5.572%
	總金額		448,889.7		470,438.6		490,999.1	
較前一年度核定總額成長率		6.021%	—	4.800%	—	4.428%	—	5.438%

註：1.總成長率及一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(五)醫院醫療給付費用成長率項目表(續2)

項目	110年度	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)
<b>一般服務</b>		
醫療服務成本及人口因素成長率	3.730%	17,315.6
投保人口預估成長率	0.204%	
人口結構改變率	2.262%	
醫療服務成本指數改變率	1.257%	
<b>協商因素成長率</b>	<b>1.317%</b>	<b>6,118.3</b>
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.767% 3,562.0
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定改變 持續推動分級醫療，壯大社區醫院 提升重症照護費用，促進區域級(含)以上醫院門住診費用結構改變	0.230% 1,070.0 0.108% 500.0 0.215% 1,000.0
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003% -13.7
<b>一般服務成長率<sup>註1</sup></b>	<b>增加金額</b>	<b>23,433.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>487,655.2</b>
<b>專款項目(全年計畫經費)</b>		
C型肝炎藥費	3,428.0	-1,332.0
罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材	11,699.0	1,411.0
後天免疫缺乏病毒治療藥費	5,257.0	
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,127.0	100.0
醫療給付改善方案	1,368.0	181.0
急診品質提升方案	246.0	86.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	210.0	-658.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	100.0	20.0
全民健保醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	1,100.0	150.0
鼓勵院所建立轉診之合作機制	400.0	-289.0
網路頻寬補助費用	127.0	13.0
品質保證保留款	880.4	-175.0
<b>專款金額</b>	<b>29,942.4</b>	<b>-493.0</b>
<b>成長率 (一般服務+專款)</b>	<b>增加金額</b>	<b>22,940.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>517,597.6</b>
門診透析服務成長率	增加金額	399.9
	總金額	22,607.0
<b>較前一年度核定總額成長率 (一般服務+專款+門診透析)</b>	<b>增加金額</b>	<b>23,340.9</b>
	<b>總金額</b>	<b>540,204.6</b>

註：1.一般服務成長率所採基期，97年度起校正「投保人口預估成長率」差值，108年

度起加回前一年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

2.除專款項目金額外，各項金額為預估值，最終以中央健康保險署結算資料為準。

(六)其他預算協定結果

項目	年度	金額(百萬元)					
		105年度	106年度	107年度	108年度	109年度	110年度
1 基層總額轉診型態調整費用	...	...	1,346.0	1,346.0	1,000.0	1,000.0	
2 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 <sup>註2</sup>	605.4	605.4	605.4	655.4	655.4	655.4	
3 居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務 <sup>註3</sup>	4,000.0	5,000.0	5,520.0	6,020.0	6,170.0	6,544.0	
4 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 <sup>註4</sup>	300.0	300.0	290.0	290.0	290.0	290.0	
5 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 <sup>註4</sup>	...	...	...	1,370.0	3,000.0	2,850.0	
7 推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	1,100.0	700.0	500.0	400.0	400.0	
6 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 <sup>註5</sup>	1,000.0	1,000.0	822.0	822.0	822.0	1,000.0	
8 嘉獎上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用 <sup>註6</sup>	1,100.0	1,100.0	1,100.0	800.0	936.0	980.0	
11 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	1,404.5	1,653.8	1,653.8	1,653.8	1,653.8	
10 腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	404.0	404.0	404.0	427.0	450.0	
9 提升保險服務成效 <sup>註7</sup>	295.0	310.0	300.0	300.0	300.0	300.0	
12 提升用藥品質之藥事照護計畫 <sup>註8</sup>	50.0	40.0	40.0	40.0	30.0	30.0	
13 提升ICD-10-CM/PCS編碼品質	100.0	0.0	...	...	...	...	
<b>總計</b>	<b>10,358.9</b>	<b>11,263.9</b>	<b>12,781.2</b>	<b>14,201.2</b>	<b>15,684.2</b>	<b>16,153.2</b>	

註：1.105年(含)以前其他預算採支出目標制，各服務項目以每點1元支付，106年起醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，採浮動點值處理。

2.山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之一般醫療費用仍分別納入各總額部門。

3.106年(含)以前名稱為「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」。

4.94年及106年起支應後天免疫缺乏病毒治療藥費專款不足(95~105年由公務預算支應治療費用)；107年新增支應C型肝炎藥費專款不足，108年起移列至「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」。

5.107年起「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」移列西醫基層總額專款項目。105年(含)以前名稱為「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」。

6.108年起補助醫療院所之「直接網路及行動網路月租費」移列各總額部門專款「網路頻寬補助費用」；107年(含)以前名稱為「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」。

7.依105年度健保總額及其分配公告之附帶決議，同意104年度「提升保險服務成效」項目未執行預算(254.2百萬元)於105年度可續用，惟僅此1次；依106年度協定事項，繼續執行105年未執行完成之預算(10百萬元)。

8.105年名稱為「全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護」，106~107年名稱為「高診次者藥事照護計畫」。108年名稱為「特殊族群藥事照護計畫」。

## 近年健保各項節流措施之成效

### (一) 持續優化及推廣健保醫療資訊雲端查詢系統

本署為提升民眾就醫品質與安全，運用雲端科技，整合病人跨院所之健保醫療費用申報資料，建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」(下稱雲端系統)，提供醫師處方及藥師調劑時，可查詢病人之中西醫用藥紀錄、檢查檢驗結果(含電腦斷層(CT)、磁振造影(MRI)等醫療影像)等 12 項主題式資訊，並自 107 年起以創新科技技術，陸續提供跨院重複處方、西西藥交互作用及過敏藥(108 年)、中西藥交互作用(109 年)等主動提示功能 API，以電腦自動運算比對，提醒醫師於處方時留意病人藥品使用情形。透過醫療資訊共享，可協助醫事人員掌握病人病況，避免重複處方，更可節省病人交通、拷貝影像光碟等花費的時間及費用。

持續宣導推廣及健保特約醫事服務機構配合，統計 110 年 1~9 月有 28,019 家院所、82,293 位醫事人員查詢使用本系統 ( 使用率：醫院 100%、西醫診所 99%、中醫診所 98%、牙醫診所 98%、藥局 96% )，有 88.4% 的病人在就醫或領藥時，醫事人員有查詢本系統，平均每月約有 4.5 千萬查詢人次。透過雲端醫療影像分享，可避免重複檢查，及病人到醫院複製影像之交通與時間成本，統計醫療院所跨院調閱醫療影像占整體雲端系統調閱件數已達 77%，其中基層診所跨院調閱醫療影像占該特約層級別調閱件數已達 98%；估計分享電腦斷層、磁振造影每月可為民眾節省約 578 萬元影像複製費。

雲端系統建置至今，透過醫療資訊分享及各項管理措施介入下，大幅減少不必要之處方，除使健保資源更有效地運用外，對於控制整體醫療支出及維持點值穩定亦有所助益。健保署將持續致力於健保雲端系統功能及效能之精進，提高雲端臨床實務之可用性及查詢效能，期與健保特約醫事服務機構共同合作，運用健保大數據及醫療資訊共享提升醫療服務效能，守護病人安全，共創健保、醫界及保險對象三贏。

### (二) 推動重複用藥及檢驗檢查之節流措施

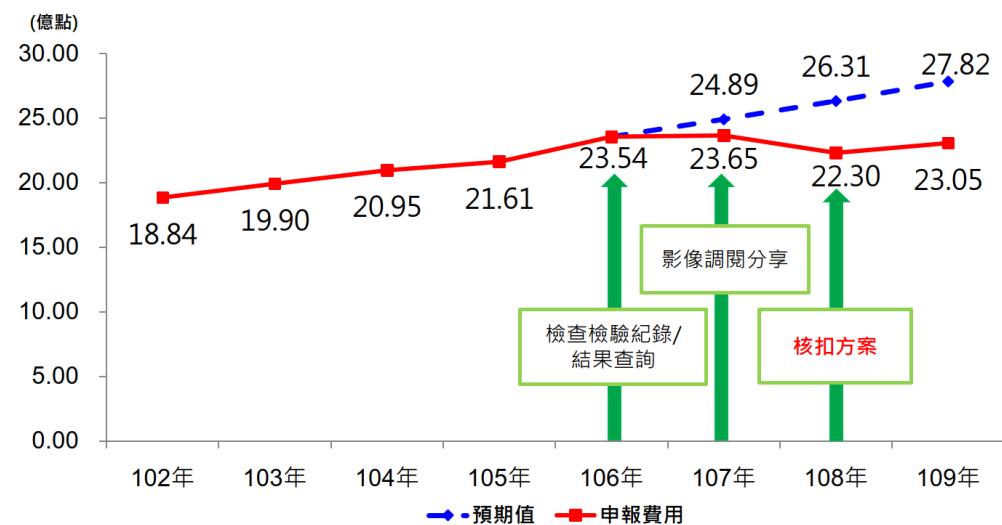
自 104 年 7 月起分階段實施門診特定藥品重複用藥管理，針對病人就醫時仍有 10 日以上用藥，醫師無特殊理由仍處方相同藥品，則予以核減。本方案 104 年 7 月實施同院 6 類，106 年 10 月實施跨院 12 類，於 108 年 1 月擴增為 60 類藥品，108 年 10 月起推及全藥類藥品，經估計全藥類 103 年至 109 年重複藥費減少近 93.5 億元。

自 107 年起針對重要檢驗(查)執行率、再執行率等高於同儕之醫療院所及醫師按月資訊回饋，供其自我管理；並針對異常案件，進行立意專業審查。另為推動 CT 及 MRI 影像或報告資源共享，針對門診 28 日內跨院再執行 CT 及 MRI 未調閱已上傳影像或報告者進行輔導及管理。其成效為門診 44 大類檢驗(查)費用成長率由介入前 106 年 9.5%，至 109 年下降為 0.9%。且 44 大類檢驗(查)門診再次執行率由介入前 106 年 8.4%，至 109 年下降為 7.5%。檢驗檢查再次執行推估 107-109 年節省約 10.0 億點。

### 估算103年至109年減少重複藥費約93.5億元



### 估算107-109年減少44類重複檢查檢驗費用約10.0億點



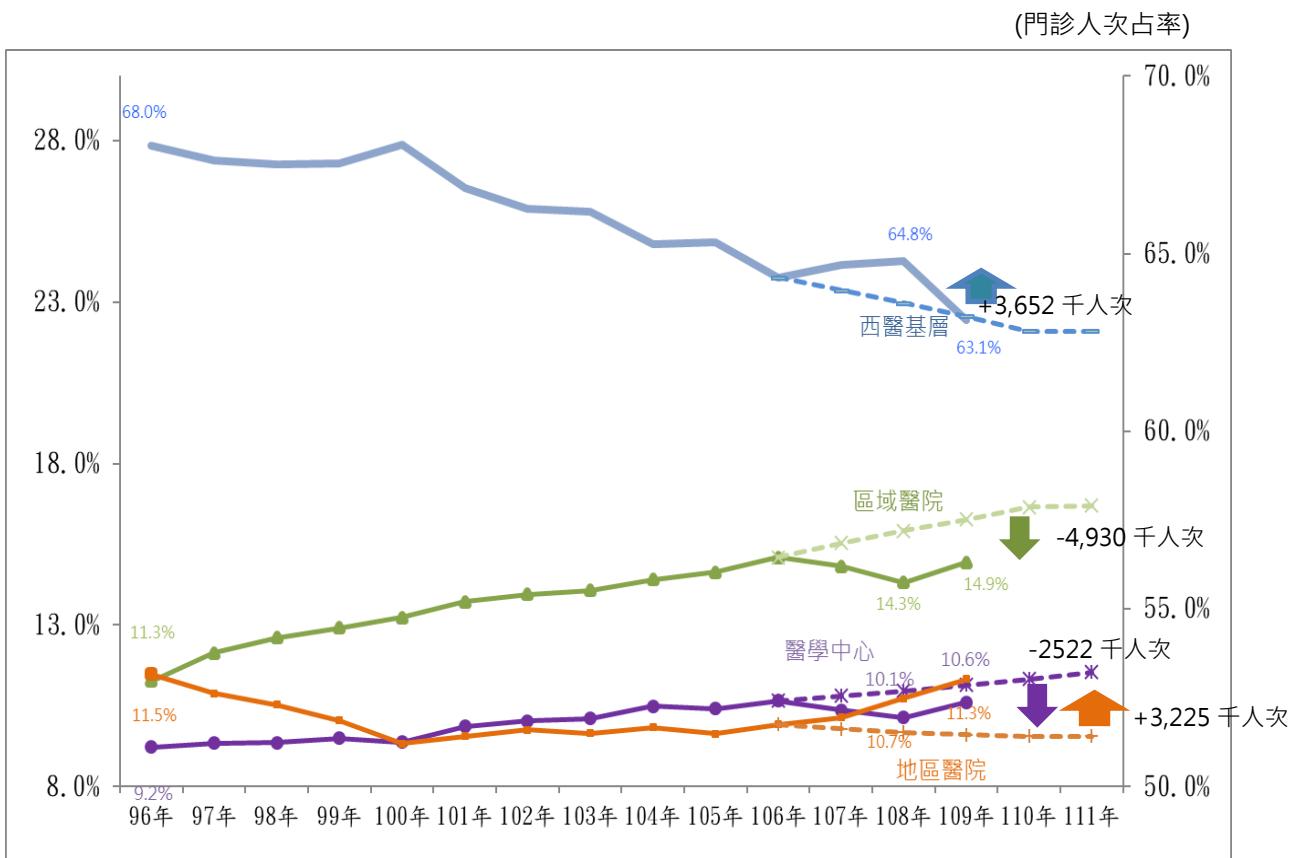
備註：減少費用係指44類門診檢查(驗)再次執行之費用

### (三) 分級醫療推動情形

1. 101-110 年預算：近 10 年投入預算約 310 億，平均每年 31 億。預算用途主要用於轉診之獎勵約 29 億元、強化基層量能約 236 億元(如：持續推動家庭醫師整合照護計畫、開放表別)及減少基層診所接受醫院下轉後增加醫療點數所致之總額風險約 47 億元。

預算項目	101年	102年	103年	104年	105年	106年	107年	108年	109年	110年	近10年 預算投入
分級醫療相關預算	11.15	12.15	12.00	11.80	11.80	22.80	46.13	58.93	62.67	62.48	311.91
(一)鼓勵院所建立轉診合作機制-醫院及基層							3.87	9.47	9.47	6.58	29.39
(二)基層總額轉診型態風險調整費用							13.46	13.46	10.00	10.00	46.92
(三)家庭醫師整合照護計畫	11.15	12.15	12.00	11.80	11.80	20.30	24.30	28.80	35.00	36.70	204.00
(四)開放跨表						2.50	4.50	7.20	8.20	9.20	31.60

2. 健保自 106 年推動分級醫療政策後，西醫基層及地區醫院門診人次占率下降趨勢已趨緩且微幅提升；醫學中心及區域醫院門診人次則相對下降(如下圖)。惟因民眾就醫習慣非短期可改變且受疫情影響，雖就醫人次有朝基層移動的趨勢並逐步增加，但仍須再加強溝通宣導並持續觀察。



註：1.107 年起件數及點數係按前 10 年件數之幾何平均成長率推估。

2.109 年受疫情影響，西醫基層就醫占率下降幅度較大。

3. 自 106 年執行分級醫療政策，以 6 大策略各項配套措施逐步推動，經醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，反映在大醫院門診減少，而基層和地區醫院的門診相對增加，且因基層門診平均費用較醫院低，故門診人次的轉移對整體總額就會有節省費用的效果。
4. 惟 109 年 COVID-19 疫情影響，且政府大力推動防疫新生活，看診人次普遍減少，國人就醫行為因為疫情有了正向的改變，減少不必要的就醫，避免暴露於醫療院所的風險。
5. 有關 109 年推動分級醫療政策對總額節省的影響，查 109 年就醫人次下降，因難以排除是否為 COVID-19 疫情影響亦或是推動分級醫療而造成之結果，爰無法客觀推估可能節省費用。

#### **(四)藥品部分**

有關新藥及給付規定擴增之預算編列，係考量新藥替代原收載藥物後，預期增加之藥費。而本署現行藥品節流措施，包括配合藥費支出目標制(DET)辦理例行年度藥價調整措施及藥商藥品給付協議返還金額之運用，將回歸醫療總額，用以提升點值，分述如下：

##### **1. 配合藥費支出目標制(DET)辦理例行年度藥價調整措施**

二代健保法修法後，為讓藥價調整幅度更具有可預測性，自 102 年起試辦「藥費支出目標制(DET)」，每年例行就超出藥費支出目標值額度，做為次年藥價調整之額度，針對市場調查交易價格已有下降的藥品進行調整，103 年至 109 年每年辦理例行藥價調整，所節省藥費約 400.22 億元，可以緩和藥費之成長，使得其他醫療服務有較大的額度以反映合理點值，以及給付新藥、放寬藥品給付範圍之財源調控。

項目	102 年	103 年	104 年	105 年	106 年 <sup>註</sup>	107 年 <sup>註</sup>	108 年 <sup>註</sup>
DET 成長率	4.528%	3.309%	3.481%	4.950%	4.280%	3.212%	4.080%
目標值 (億元)	1,380.0	1,425.6	1,475.2	1,548.2	1,511.0	1,559.5	1,623.1
核付金額 (億元)	1,436.7	1,507.7	1,507.0	1,605.3	1,594.4	1,631.9	1,678.3
超出額度 調整額度 (億元)	56.7	82.1	31.8	57.1	73.82	58.3	40.4
調整 生效日期	103.5.1 103.7.1	104.4.1	105.4.1	106.4.1	107.5.1	108.4.1	109.10.1

註：106 年起 DET 不包括罕病、血友病、AIDS 及 C 肝等治療用藥，故其目標值及核付金額排除該等費用，其超出及調整金額為核付金額扣減目標值，再扣減藥品給付協議(PVA、MEA)回收金額。

## 2. 藥商藥品價量協議返還金(藥品給付協議返還金額)之運用

藥品給付協議返還金額原撥入健保基金，自 107 年第 2 季起回歸醫療總額，並由保險人依相關藥品於各季申報醫令金額之占率，併入各總額醫療費用結算，減少藥費對總額點值之衝擊。此外，C 肝用藥費用自 106 年起列為專款項目，該藥品返還金額撥入專款項目用於 C 肝病患之用藥治療。

年度	藥品給付協議 返還金額 (億元)		備註
	總計	小計	
103	14.70		撥入健保基金
104	13.17		撥入健保基金
105	15.26		撥入健保基金
106	9.58	基金：9.48 C 肝專款：0.1	0.1 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝用藥治療，其餘 9.48 億撥入健保基金
107 <sup>註</sup>	14.9	基金：4.1 總額：10 C 肝專款：0.8	0.8 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療，其餘 14.1 億中，4.1 億撥入健保基金(107 年第 1 季)、10.0 億撥入總額(107 年第 2-4 季，包含 4 百萬其他專款返還金額)
108 <sup>註</sup>	34.1	總額(一般)：15.1 C 肝專款：18.6 總額(專款)：0.4	18.6 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療，其餘 15.5 億撥入總額(包含 0.4 億其他專款返還金額)
109 <sup>註</sup>	39.9	總額(一般)：26.7 C 肝專款：12.9 總額(專款)：0.3	12.9 億 C 肝藥品返還款撥入專款用於 C 肝治療，其餘 27 億撥入總額(包含 0.3 億其他專款返還金額)

註：藥品給付協議之返還金額自 107 年第 2 季回歸總額。

另有關 C 肝病人治癒後所節省相關併發症衍生之醫療費用預估，衛生福利部 C 肝辦公室已協助評估結果(附件二之附件 3，第 88~100 頁)。投入金額及預期效益簡要說明如下(至 2025 年)：

1. 投入藥費比較：給付 C 肝新藥相較於僅給付傳統干擾素療法情境，需額外投入 267 億元。
2. 產生之效益：C 肝新藥情境相較於傳統干擾素情境，在 2025 年時可多節省 38.4 億元，此效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可節省約 276.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用。C 肝病人治療後，也可減少 C 型肝炎併發之其他肝臟相關疾病衍生的生命年損失與健康生活品質損失，延長生命年也間接地減少生產力的損失，或減少因 C 肝病人就醫，家人照顧病人造成的生產力損失。

## **(五)強化違規查處機制**

本署為辦理加強查緝違規，109 年 1 至 12 月共計訪查設計違規案件 470 件（涉及違規尚未確定處分），包括醫院 61 件、西醫基層 225 件、牙醫 48 件、中醫 50 件、藥局 60 件、其他 26 件（包含助產所、居家護理、醫檢所、康復之家、物理治療所），經本署查核後，予以違約記點 46 家次、停止特約 62 家次、終止特約 19 家次，具有積極及具體之成效。以極少之人力及經費稽查違規院所，實非易事，未來本署將透過各種管道，加強保險對象共同監督醫療院所之他律效果，達成防杜不當醫療支出之目標。

## 附件 2-3.C 肝全口服新藥治療效益分析

民國 110 (2021) 年 5 月 10 日

慢性 C 肝病人經由治療成功清除 C 肝病毒後，將可大幅延緩疾病進展的速度，減少 C 型肝炎併發症的發生，包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等。依據臺灣過去研究指出[1]，尚未發展為肝硬化的慢性 C 肝病人成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險較病毒未清除的病人下降 63% (95% 信賴區間為 57%-78%)，而若治療前已發展為肝硬化的慢性 C 肝病人，在成功清除 C 肝病毒後，未來發展為肝癌的風險降低幅度較小，降為 46% (95% 信賴區間為 8%-69%)，顯示愈早治療所得到的臨床療效愈大。治療慢性 C 肝病人的預期效益除了可減少包括失代償性肝硬化、肝癌、肝病相關死亡等 C 型肝炎併發症的發生及其衍生的生命年與健康生活品質損失外，還可減少 C 型肝炎併發症衍生之如治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用，此外，還可降低將 C 肝病毒傳播給他人的機會，而降低感染 C 型肝炎的發生率及後續急性肝炎衍生的醫療費用及病人生命與生產力損失，整體減少感染 C 型肝炎對家庭與社會帶來的衝擊。

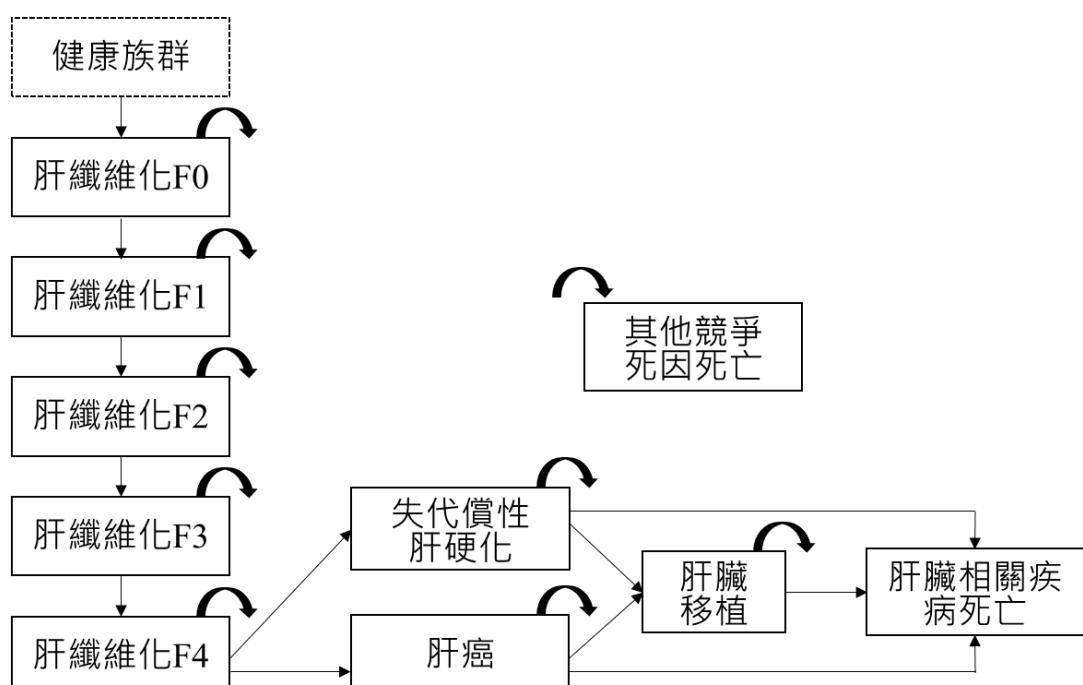
為了解「國家消除 C 肝政策綱領 2018-2025」所設定之目標—「2025 年 C 肝口服新藥治療人數達到 25 萬人」之預期效益，國家 C 型肝炎旗艦辦公室以慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型（圖一）比較不同 C 型肝炎治療策略對 C 型肝炎相關併發症發生率及併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年 (quality-adjusted life-years, QALYs) 損失、及醫療費用的影響，電腦模型中使用的參數值與來源請見表二。納入比較的策略情境除了國家政策綱領設定目標外，還包括另外二種策略作為比較之基礎，包括無治療策略與干擾素策略。三種策略歷年的治療人數如圖二，而各策略的內容說明如下（表一）：

1. C 肝口服新藥策略（國家政策綱領目標）：假設健保除過去二年（2017-2018 年）已以 C 肝口服新藥治療的病人數外，自 2020 年起治療人數預計提高至 5 萬多人，2021 年起治療人數略減，直到 2025 年達到 2017-2025 年累計約以 C 肝口服新藥 (DAA) 治療共 25 萬人的目標。
2. 干擾素策略：假設健保僅給付 C 肝病人干擾素/雷巴威林（簡稱干擾素）治療，其中每年治療人數依過去給付經驗假設為每年約 8,000 人，治療持續到 2030 年，期間（2017-2030 年）累計約以干擾素治療共 11.2 萬人。
3. 無治療策略：假設 C 肝病人自 2017 年起即未接受 C 肝病人口服新藥 (DAA) 或

干擾素/雷巴威林治療。

表一、模擬三種策略情境之各年度治療人數

年度	情境	治療人數		
		國家政策綱領目標 (DAA)	干擾素策略 (PR)	無治療 (No tx)
2017		9,538	8,000	0
2018		19,549	8,000	0
2019		45,800	8,000	0
2020		36,159	8,000	0
2021		46,577	8,000	0
2022		41,400	8,000	0
2023		20,000	8,000	0
2024		18,000	8,000	0
2025		12,977	8,000	0
2026		0	8,000	0
2027		0	8,000	0
2028		0	8,000	0
2029		0	8,000	0
2030		0	8,000	0
合計		250,000	112,000	0



圖一 慢性 C 型肝炎自然病史電腦模型

表二 慢性 C 型肝炎治療效益電腦模型之參數表

變項	參數值	參數來源與說明
<b>1. 自然病史相關參數</b>		
<b>(1) 2017 年時病人肝纖維化分布</b>		
肝纖維化 F0	8.99%	
肝纖維化 F1	34.12%	
肝纖維化 F2	26.84%	[1-5]
肝纖維化 F3	20.66%	
肝纖維化 F4	9.39%	
<b>(2) 轉移機率</b>		
C 型肝炎感染發生率(2016 年年底)	0.04%	臺灣血液基金會
C 型肝炎感染發生率(2017 年以後)	變動	假設發生率隨當時現存慢性 C 肝人數(感染源)變化等比例變動
感染後病毒血症發生率	65%	國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公室 流行病學組專家意見
肝纖維化 F0→F1	0.1170	[2]
肝纖維化 F1→F2	0.0850	[2]
肝纖維化 F2→F3	0.1200	[2]
肝纖維化 F3→F4	0.1160	[2]
肝纖維化 F4→失代償性肝硬化	0.0722	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝癌	0.0495	[1, 3]
肝纖維化 F4→肝病相關死亡	0.0454	[1, 3]
失代償性肝硬化→肝癌	0.0680	[4]
失代償性肝硬化→肝臟移植	0.0310	[6]
失代償性肝硬化→肝病相關死亡	0.2600	[7]
肝癌→肝臟移植	0.0400	[8]
肝癌→肝病相關死亡	0.2450	[9]
肝臟移植→肝病相關死亡	0.0760	[6]
其他競爭死因死亡率	0.56%- 3.87%	依臺灣地區生命表[5] · 並假設 2017 年時世代平均年齡為 55 歲
<b>2. 治療療效相關參數</b>		

變項	參數值	參數來源與說明
<b>(1) 治療後達持續性病毒反應率(SVR)</b>		
C 肝口服新藥 SVR 率 (考慮服藥配合度)	95.7%	依健保 2017 年至 2021 年 4 月 C 肝口服新藥治療實際 SVR 率 計算
干擾素 SVR 率 (考慮服藥配合度)	69.8%	依國家 C 型肝炎旗艦計畫辦公 室流行病學組專家意見，臺灣 干擾素 SVR 率基因型第 1 型約 70%，第 2 型約 85%，再考慮 約 10% 病人中途放棄治療
<b>(2) 達 SVR 後肝病併發症風險降低比例</b>		
尚無肝硬化之病人	63%	[1]
肝硬化病人	46%	[1]
<b>3. 效用參數</b>		
健康族群至肝纖維化 F3	0.95	[10]
肝纖維化 F4	0.80	[10]
失代償性肝硬化	0.65	[10]
肝癌	0.50	[10]
肝臟移植第一年	0.65	[11]
肝臟移植第二年	0.65	假設
<b>4. 成本相關參數</b>		
失代償性肝硬化醫療費用	162,953	[12]
肝癌醫療費用	178,010	[12]
肝臟移植第一年醫療費用	1,508,326	[12]
肝臟移植第二年以後醫療費用	268,691	[12]

---

## 預期效益：

C 型肝炎相關併發症衍生之生命年增加、生活品質調整

生命年增加、醫療費用減少

本報告以政府觀點對不同治療策略下 C 型肝炎併發症衍生之生命年損失、生活品質調整生命年損失及治療失代償性肝硬化、肝癌及進行肝移植等的醫療費用進行比較。依國家 C 型肝炎旗艦辦公室建構之 C 型肝炎疾病自然病史進展電腦模式分析結果，C 肝口服新藥策略與其他二種治療策略的生命年損失、生活品質調整生命年損失及 C 肝相關併發症醫療費用節省比較分別列於表三至表五。

由表三，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，於 2030 年及 2040 年時分別累計可增加約 86,670 人年及 282,652 人年；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，於 2030 年及 2040 年時則分別累計可增加約 54,076 人年及 170,347 人年。隨追蹤時間愈長，節省的累計人年愈高，若再延伸至 2050 年時，C 肝口服新藥策略較無治療策略可增加 518,279 人年，較干擾素策略可增加約 332,827 人年。

在生活品質生命年的影響列於表四，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，於 2030 年、2040 年及 2050 年時分別累計可增加約 97,219 QALYs、299,174 QALYs、及 531,877 QALYs；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，於 2030 年、2040 年及 2050 年時則分別累計可增加約 61,001 QALYs、184,584 QALYs、及 348,470 QALYs。

由表五，C 肝口服新藥策略相較於無治療策略，在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略於 2030 年及 2040 年時分別節省約 134.4 億元及 302.1 億元；C 肝口服新藥策略與每年治療 8,000 人的干擾素策略相較，在 C 肝相關併發症醫療費用上於 2030 年及 2040 年時則分別節省約 77.8 億元及 173.9 億元。隨追蹤時間愈長，節省的累計醫療費用愈高，若再延伸至 2050 年時，C 肝口服新藥策略在 C 肝相關併發症醫療費用上較無治療策略可節省約 430.0 億元，較干擾素策略可節省約 276.8 億元。

## 結語

依據分析，若以 C 肝全口服新藥於 2025 年時治療 25 萬名 C 肝病人，相較於無治療策略，追蹤至 2030 年時預估可增加約 86,670 人年、97,219 QALYs、及節省約 134.4 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 518,279 人年、531,877 QALYs、節省約 430.0 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

若與干擾素治療相比，C 肝全口服新藥治療策略追蹤至 2030 年時預估可增加約 54,076 人年、61,001 QALYs、及節省約 77.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用，以上效益隨追蹤時間延長而持續增加，至 2050 年時預估可增加約 332,827 人年、348,470 QALYs、節省約 276.8 億元 C 肝相關併發症醫療費用。

表三 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之潛在生命年增加(LYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	LYs gained/年	累計	LYs gained/年	累計
2017	66	66	43	43
2018	360	426	255	298
2019	1,004	1,364	718	973
2020	2,089	3,093	1,481	2,199
2021	3,695	5,785	2,585	4,067
2022	5,891	9,586	4,064	6,649
2023	8,721	14,612	5,930	9,994
2024	12,213	20,933	8,189	14,119
2025	16,382	28,595	10,834	19,023
2026	21,227	37,609	13,851	24,685
2027	26,734	47,961	17,216	31,066
2028	32,883	59,617	20,906	38,122
2029	39,653	72,536	24,900	45,806
2030	47,018	86,670	29,176	54,076
2031	54,952	101,970	33,733	62,909
2032	63,429	118,381	38,577	72,310
2033	72,420	135,849	43,721	82,299
2034	81,897	154,317	49,179	92,900
2035	91,829	173,726	54,961	104,140
2036	102,185	194,014	61,078	116,039
2037	112,933	215,119	67,533	128,610
2038	124,039	236,973	74,325	141,858
2039	135,468	259,508	81,451	155,776
2040	147,184	282,652	88,897	170,347
2041	159,148	306,332	96,649	185,546
2042	171,323	330,471	104,685	201,334
2043	183,670	354,993	112,982	217,667
2044	196,149	379,818	121,509	234,490
2045	208,719	404,868	130,235	251,743
2046	221,342	430,061	139,125	269,359

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	LYs gained/年	累計	LYs gained/年	累計
2047	233,978	455,321	148,143	287,268
2048	246,590	480,568	157,252	305,395
2049	259,139	505,729	166,414	323,665
2050	259,139	518,279	166,414	332,827

表四 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症衍生之生活品質調整  
生命年增加(QALYs gained)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	QALYs gained/年	累計	QALYs gained/年	累計
2017	111	111	69	69
2018	558	669	387	455
2019	1,441	1,999	1,010	1,396
2020	2,828	4,268	1,965	2,975
2021	4,797	7,625	3,297	5,262
2022	7,414	12,211	5,040	8,337
2023	10,708	18,123	7,198	12,238
2024	14,696	25,405	9,771	16,969
2025	19,383	34,080	12,749	22,520
2026	24,751	44,135	16,107	28,856
2027	30,777	55,528	19,817	35,924
2028	37,433	68,210	23,853	43,669
2029	44,693	82,126	28,191	52,043
2030	52,526	97,219	32,810	61,001
2031	60,904	113,430	37,718	70,528
2032	69,796	130,700	42,928	80,647
2033	79,171	148,966	48,452	91,380
2034	88,996	168,167	54,298	102,749
2035	99,239	188,235	60,473	114,771
2036	109,866	209,105	66,978	127,451
2037	120,840	230,706	73,811	140,789
2038	132,127	252,967	80,962	154,773
2039	143,688	275,815	88,420	169,382
2040	155,486	299,174	96,165	184,584
2041	167,482	322,968	104,176	200,341
2042	179,637	347,119	112,428	216,604
2043	191,912	371,549	120,891	233,318
2044	204,267	396,179	129,533	250,424
2045	216,665	420,932	138,322	267,855
2046	229,067	445,732	147,222	285,544

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	QALYs gained/年	累計	QALYs gained/年	累計
2047	241,436	470,503	156,198	303,420
2048	253,738	495,174	165,214	321,412
2049	265,939	519,676	174,235	339,449
2050	265,939	531,877	174,235	348,470

表五 C 肝口服新藥策略與無治療策略及干擾素策略相較之 C 肝相關併發症醫療費用節省(億元)

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計
2017	0.3	0.3	0.2	0.2
2018	1.5	1.8	1.1	1.3
2019	3.4	5.2	2.5	3.7
2020	5.2	10.4	3.7	7.4
2021	6.9	17.3	4.6	12.0
2022	8.5	25.8	5.6	17.6
2023	10.1	35.9	6.4	24.0
2024	11.4	47.3	7.0	31.0
2025	12.6	59.9	7.5	38.4
2026	13.6	73.5	7.8	46.2
2027	14.4	87.9	7.9	54.1
2028	15.0	102.9	7.9	62.0
2029	15.5	118.4	7.9	70.0
2030	16.0	134.4	7.8	77.8
2031	16.3	150.7	7.8	85.6
2032	16.6	167.3	8.0	93.7
2033	16.8	184.1	8.4	102.1
2034	17.0	201.1	8.9	111.0
2035	17.1	218.2	9.4	120.4
2036	17.1	235.2	9.9	130.2
2037	17.0	252.3	10.4	140.6
2038	16.9	269.1	10.8	151.4
2039	16.6	285.7	11.1	162.5
2040	16.3	302.1	11.4	173.9
2041	15.9	318.0	11.5	185.4
2042	15.4	333.4	11.5	196.9
2043	14.8	348.2	11.4	208.3
2044	14.2	362.3	11.2	219.5
2045	13.4	375.8	10.9	230.4
2046	12.6	388.3	10.4	240.8

年度	C 肝口服新藥策略 與無治療策略相較		C 肝口服新藥策略 與干擾素策略相較	
	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計	C 肝相關併發症 醫療費用節省	累計
2047	11.7	400.1	9.9	250.7
2048	10.8	410.9	9.3	260.0
2049	9.8	420.7	8.6	268.6
2050	9.3	430.0	8.2	276.8

## 參考資料

1. Lee, M.H., et al., *Clinical Efficacy and Post-Treatment Seromarkers Associated with the Risk of Hepatocellular Carcinoma among Chronic Hepatitis C Patients*. Sci Rep, 2017. **7**(1): p. 3718.
2. 陳義隆, 盧勝男, and 吳正禮, *B 型及 C 型肝炎盛行鄉內各村之間的盛行率差異：高雄縣梓官鄉之社區研究*. 中華公共衛生雜誌, 1999. **18**(5): p. 313-318.
3. Yu, M.L., et al., *High hepatitis B virus surface antigen levels and favorable interleukin 28B genotype predict spontaneous hepatitis C virus clearance in uremic patients*. J Hepatol, 2014. **60**(2): p. 253-9.
4. Yu, M.L., et al., *The genotypes of hepatitis C virus in patients with chronic hepatitis C virus infection in southern Taiwan*. The Kaohsiung journal of medical sciences, 1996. **12**(11): p. 605-612.
5. *105 年簡易生命表*, 中華民國內政部統計處, Editor. 2017.
6. Lee, C.M., et al., *Hepatitis C virus genotypes in southern Taiwan: prevalence and clinical implications*. Trans R Soc Trop Med Hyg, 2006. **100**(8): p. 767-74.
7. Kao, J.H., et al., *Genotypes of hepatitis C virus in Taiwan and the progression of liver disease*. J Clin Gastroenterol, 1995. **21**(3): p. 233-7.
8. Chang, S.J., et al., *Risk factors of hepatitis C virus infection in a Taiwanese aboriginal community*. Kaohsiung J Med Sci, 1996. **12**(4): p. 241-7.
9. Yu, M.L., et al., *Rapid virological response and treatment duration for chronic hepatitis C genotype 1 patients: a randomized trial*. Hepatology, 2008. **47**(6): p. 1884-93.
10. Pwu, R.F. and K.A. Chan, *Cost-effectiveness analysis of interferon-alpha therapy in the treatment of chronic hepatitis B in Taiwan*. J Formos Med Assoc, 2002. **101**(9): p. 632-41.
11. Hsu, P.C., et al., *Health utilities and psychometric quality of life in patients with early- and late-stage hepatitis C virus infection*. J Gastroenterol Hepatol, 2012. **27**(1): p. 149-57.
12. Tang, C.H., et al., *Mortality and medical costs associated with liver-related diseases among patients with hepatitis C virus (HCV) infection in Taiwan*. Value in Health, 2013. **16**(7): p. A495.

## 歷次委員會議費率審議相關重要決議及辦理情形

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
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。	本會審議健保費率依全民健康保險法第 78 條 <sup>註</sup> 規定辦 理。 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。
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。	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。 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， 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。	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。 二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署 參辦。 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

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
		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。
107.11.16 討 論 事 項 第五案(中 央 健 康 保 險 署)	108 年度全 民健保費率方 案(草案)，提 請審議。	<p>一、108 年度全民健保保險費率審議結果，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>
104.11.20 討 論 案 三 (中央健康 保險署)	健保財務平 衡及收支連 動之機制與 標準暨 105 年 全民健 保費率方 案(草案)， 提請審議。	<p>一、討論事項第四案、臨時提案第一案併本案處理。</p> <p>二、本會委員認為全民健保保險制度須在財務平衡穩定下運作始能永續，以及保險費率應依二代健保法所揭示財務收支連動精神，建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之審議機制，因此集眾人智慧，照全民健保保險法第 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」之規定，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」(如下)，並據以審議 105 年度費率。</p> <p>本會協定次年度(下稱當年)總額後，中央健康保險署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送本會審議。</p> <p>(一)當年起(含)第 3 年年底安全準備餘額超出 3 個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。</p> <p>(二)當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起(含)第 2 年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額計算為原則。</p> <p>三、以上開「全民健保財務平衡及收支連動機制」審議後，105 年度一般保險費率調整為 4.69%，依全民健保保險法第 24 條規定，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。</p>

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
1	<p>「為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛生福利部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」，本會委員所提意見送請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署審慎研析並檢討修正。/[俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤] (106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第 45 條，恐有違背母法第 27 條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並於下(第 4)次委員會議提出研修方向及期程。另委員針對上開中央健康保險署所送預、決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。/[繼續追蹤] (107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p> <p>有關近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案，健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備(各項來源金額 <math>\geq 0</math>)後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。/[繼續追蹤] (108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.04 決定)</p> <p>.....</p>	<p>社保司回復：</p> <p>至「歷次委員會議有關費率審議之列管追蹤事項」一案，本公司說明如下：</p> <p>1. 有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 案，已於貴會 110 年 4 月 30 日委員會議追蹤辦理情形，並決議其管考週期為 1 年，且因相關法規檢討事項尚於研議階段，目前無可供對外之更新進度。</p> <p>2. 以下僅就貴會主動將本案列為「有關費率審議」之列管追蹤事項並獨立列表，提供意見供參：</p> <p>(1) 政府負擔健保總經費 36% 下限是二代健保新規定，實施初期本部與主計總處因法規見解差異，致該預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商，已確立法律見解及計算方式，配合部分爭議修正之健保法施行細則第 45 條，亦經立法院實質審查確定，據以計算之各年度政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性及合理性無虞；早期因政府部門間法規爭議衍生之預算不足數，亦已分年完成撥補，政府每年皆依法負擔本項經費，繳費率為 100%。費率審議應以法定資料為基礎，案內追蹤事項之委員意見，既非現行法定健保財務計算方式，故與費率審議無關。</p> <p>(2) 經洽貴會幕僚同仁表示，此次新增「有關費率審議」之列管追蹤事項並獨立列表，係源自貴會李委員永振於 110 年 8 月 20 日貴會委員會議之建議；經查是日發言實錄，委員係建請貴會同仁提前將歷次會議有關此議題(費率審議)尚在追蹤階段事項整理出來，及早請健保署做充分準備，而非追蹤本部之辦理情形。另健保署曾為配合貴會「於總額協商及費率審議等會議，針對政府應負擔</p>

項 次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位辦理情形
	<p>委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛生福利部研議參考。/[繼續追蹤] (109.09、109.10、109.12、110.04 決定)</p>	<p>不足數 36% 之金額，分別依主管機關依法認定及提案委員主張二種計算方式呈現結果」之決議，於 109 年 3 月 13 日簽報本部，並於同年月 20 日奉示略以，為使健保財務明確，於正式會議提供之財估資料應以法定之計算結果為基礎，以免混淆視聽。若本部於正式委員會議，主動將本案列為「有關費率審議」之列管追蹤事項，與健保法之規定及本部之政策方向有違，似未妥適，建請再酌。</p>
2	<p>建請政府依財政狀況，撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案，本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。/[俟衛福部撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數或舉證委員建議不符現行法規後解除追蹤] (108.11 決議、108.12、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>社保司回復： 辦理情形同項次 1。</p>
3	<p>近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105~108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案，本案委員意見，送請衛生福利部參考。/[俟社保司、健保署協助本委員會向行政院彙報說明後解除追蹤] (109.4 決議、109.5、109.6、109.12、110.04 決定)</p>	<p>社保司回復： 辦理情形同項次 1。</p> <p>健保署回復： 有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，歷年來皆依健保法第 2 條、第 3 條及同法施行細則第 45 條規定，以及行政院協商確立之法律見解及計算方式辦理。</p>

## 基本工資調整之月付健保一般保險費影響彙整表

110.10.26

職業或 類別	月投保金額變化	保險對象月付一般保險費			影響 人數
		調整前	調整後	差異	
公營機 構受僱員 工	1. 實際薪資月額 25,201 元 至 25,250 元。 投保金額由 26,400 元 降為 25,250 元。	409 元	392 元	減少 17 元	- <small>註</small>
	2. 實際薪資月額 24,001 元 至 25,200 元。 投保金額由 25,200 元 提升為 25,250 元。	391 元	392 元	增加 1 元	42 萬人
	3. 實際薪資月額 24,000 元 以下為投保金額。 投保金額提升為 25,250 元。	372 元	392 元	增加 20 元	294 萬人
村里鄰長	投保金額由 40,100 元， 改為 42,000 元。	622 元	651 元	增加 29 元	4.96 萬人
特定專門 職業及技 術人員	投保金額由 30,300 元， 改為 31,800 元。	1,567 元	1,644 元	增加 77 元	0.57 萬人
第 2 類 被保險人	投保金額由 26,400 元， 改為 25,250 元。	819 元	783 元	減少 36 元	- <small>註</small>
	投保金額由 25,200 元， 改為 25,250 元。	782 元	783 元	增加 1 元	3.80 萬人
	投保金額由 24,000 元， 改為 25,250 元。	744 元	783 元	增加 39 元	280 萬人
第 3 類 被保險人	投保金額由 24,000 元， 改為 25,250 元。	372 元	392 元	增加 20 元	204 萬人

註：投保金額由 26,400 元改為 25,250 元之實際影響人數，因健保資料庫無  
保險對象經常性薪資資料，爰無法計算。

資料來源：健保署

## 附件五

### 108年至111年健保財務收支情形表 (111年度總額成長率採付費者代表版本2.577%)

項目	單位：億元			
	108年	109年	110年	111年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,153	7,526	7,836	8,037
總額成長率	4.417%	5.237%	4.107%	2.577%
保險成本	6,566	6,954	7,273	7,471
保險成本成長率	3.77%	5.91%	4.58%	2.72%
非保險給付占率	8.24%	7.65%	7.23%	7.10%
保險收入	6,224	6,278	7,012	7,205
保險收入成長率	2.69%	0.87%	11.69%	2.76%
一、保險費相關收入	6,054	6,104	6,845	7,041
(一)保險費收入	6,090	6,143	6,889	7,087
1.一般保險費	5,038	5,074	5,656	5,822
2.補充保險費	477	473	526	538
3.政府負擔不足法定36%之差額	575	596	707	728
(二)其他收入	-36	-38	-45	-46
二、安全準備相關收入	170	174	167	164
當年安全準備填補金額	512	850	428	429
當年保險收支餘紳	-342	-676	-261	-265
保險收支累計餘紳	1,767	1,091	830	565
約當保險給付支出月數	3.23	1.88	1.37	0.91

製表日期：110.10.28

- 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(前一年累計餘紳，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紳之金額。
- 6、111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。

**108年至111年健保財務收支情形表**  
**(111年度總額成長率採醫界代表版本4.233%)**

項目	108年	109年	110年	111年
	決算數		預估數	
<b>醫療給付費用總額</b>	<b>7,153</b>	<b>7,526</b>	<b>7,836</b>	<b>8,167</b>
總額成長率	4.417%	5.237%	4.107%	4.233%
<b>保險成本</b>	<b>6,566</b>	<b>6,954</b>	<b>7,273</b>	<b>7,599</b>
保險成本成長率	3.77%	5.91%	4.58%	4.48%
非保險給付占率	8.24%	7.65%	7.23%	7.00%
<b>保險收入</b>	<b>6,224</b>	<b>6,278</b>	<b>7,012</b>	<b>7,205</b>
保險收入成長率	2.69%	0.87%	11.69%	2.75%
一、保險費相關收入	6,054	6,104	6,845	7,041
(一)保險費收入	6,090	6,143	6,889	7,087
1.一般保險費	5,038	5,074	5,656	5,822
2.補充保險費	477	473	526	538
3.政府負擔不足法定36%之差額	575	596	707	728
(二)其他收入	-36	-38	-45	-46
二、安全準備相關收入	170	174	167	164
當年安全準備填補金額	512	850	428	558
<b>當年保險收支餘紳</b>	<b>-342</b>	<b>-676</b>	<b>-261</b>	<b>-394</b>
保險收支累計餘紳	1,767	1,091	830	436
<b>約當保險給付支出月數</b>	<b>3.23</b>	<b>1.88</b>	<b>1.37</b>	<b>0.69</b>

製表日期：110.10.28

- 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(前一年累計餘紳，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紳之金額。
- 6、111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。

## 第二案

提案單位：本會第三組

案由：111 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 111 年度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(110)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(110.10.8 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 110.10.1、110.10.29 函送 111 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 122~124 頁)。
- 二、111 年度牙醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 5 次委員會議(110.9.24)決議，付費者代表與牙醫代表委員達成共識方案，111 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 1.843%。

三、牙醫門診總額一般服務歷年地區預算執行概況：

- (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，校正人口風險後保險對象人數占率(R 值)於各年協定情形：

年 項目		87.07~ 88.06	88.07~ 89.12	90	91	92~93	94	95~110
協定 結果	R	10%	20%	40%	50%	70%	80%	100%
	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 111 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經費，依各分區執行率分配預算。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(即逐年提高回歸一般服務依 R 值分配預算之比率)。
- 2.查 108~110 年度本項移撥經費依各分區執行率(申報件數占率)分配之額度已逐年降低，108~110 年度移撥比率分別為 90%、70%、50%。

四、牙全會函提 111 年度地區預算分配建議方案，重點摘要如下：

- (一)該建議案經牙全會第 14 屆第 5 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保險對象人數占率(R 值)分配。
  - 2.特定用途移撥款：建議 111 年度牙醫門診總額一般服務費用，移撥 12.324 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，主要係為避免因預算不足，排擠偏鄉民眾就醫權利。
    - (2)「牙醫特殊醫療服務計畫」：經費 0.5 億元，主要係因擴大服務對象及增加社區醫療網，為避免預算不足，排擠

身障民眾就醫權利。

- (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，主要用以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 2 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 8.724 億元，六分區預算按 109 年 7 月~110 年 6 月「牙周病統合治療第二階段支付 91022C」之申報件數執行率分配。
- (6)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 109 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 125 頁)。

六、111 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」：

(一)彙整 108~110 年度移撥款及牙全會 111 年度之建議如下表，111 年度建議之 5 項移撥用途與過去 3 年相同，相較 110 年，移撥經費僅第 5 項「牙周病統合治療方案<sup>註</sup>」依循逐年調降原則移撥比率由 50% 調降為 30%，其餘均相同。

註：牙全會建議  $29.08 \text{ 億元} \times 30\% = 8.724 \text{ 億元}$ ； $29.08 \text{ 億元} = 28.08 \text{ 億元} \times (1 + 109\text{ 年一般服務成長率 } 3.559\%)$

(二)是否同意牙全會建議，請討論。

(三)另有關「牙周病統合治療方案」，牙全會規劃以 5 年為期，逐年調降依各分區執行率分配預算之比率乙節，請牙全會說明

何時調降至 0%，即 100% 回歸依 R 值分配預算。

單位：億元

年度 用途項目	108 年度	109 年度	110 年度	111 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	<b>2</b>
2. 牙醫特殊醫療服務計畫	0.5	—	0.5	<b>0.5</b>
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	<b>0.8</b>
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	<b>0.3</b>
5. 牙周病統合治療方案(註 1)	25.272 (28.08 *90%)	19.656 (28.08 *70%)	14.04 (28.08 *50%)	<b>8.724 (29.08*30%)</b>
6. 移撥款若有結餘之用途	回歸一般服務費用	用於 2 項計畫/方案，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。 (註 2)	優先用於「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。	
合計 (移撥經費占當年 一般服務預算比率)	28.722 億元 (約 6.5%)	22.606 億元 (約 5.0%)	17.64 億元 (約 3.8%)	<b>12.324 億元 (約 2.6%)</b>

註：

1. 牙周病統合治療方案：於 108 年導入一般服務，編列 28.08 億元。經詢牙全會 111 年度移撥額度計算基礎 29.08 億元之計算方式為： $28.08 \text{ 億元} * (1 + 109 \text{ 年度一般服務成長率 } 3.559\%) = 29.08 \text{ 億元}$ 。
2. 109 年度結餘之移撥款用途：優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」後，移撥經費再用於「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(預算 4 千萬元)」，最後之剩餘款，則回歸一般服務費用。

七、依 111 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 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

八、相關參考資料：

提供 109 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 113~121 頁)。

擬辦：

- 一、確認 111 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1-1 109年牙醫門診總額地區預算分配參數

年 分區	分配參數數值 <b>R</b> 值	<b>R</b> 值校正因子 <sup>(註)</sup> $= (A \cdot B)$	
		保險對象人數 占率(A)	年齡性別指數 (B)
參數占率	<b>100%</b>		
台北	0.37008	0.36823	1.00504
北區	0.15960	0.15953	1.00045
中區	0.18133	0.18119	1.00077
南區	0.12927	0.13044	0.99104
高屏	0.13971	0.14040	0.99511
東區	0.02000	0.02021	0.98955

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：1.109年牙醫門診總額地區預算係依107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1-2 105~109年牙醫門診總額各分區人口年齡性別指數

年 分區	105	106	107	108	109
台北	1.00494	1.00456	1.00504	1.00582	1.00568
北區	1.00284	1.00231	1.00045	0.99895	0.99909
中區	1.00140	1.00143	1.00077	1.00006	0.99999
南區	0.98963	0.99041	0.99104	0.99087	0.99100
高屏	0.99374	0.99424	0.99511	0.99570	0.99580
東區	0.98791	0.98895	0.98955	0.98964	0.98993

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1-3 109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 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 占率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 占率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算數 (註2)
台北	36.9%	32.3%	37.0%	1,824
北區	16.2%	16.3%	16.0%	1,797
中區	18.1%	19.4%	18.1%	1,823
南區	12.9%	14.1%	12.9%	1,827
高屏	14.0%	15.6%	14.0%	1,820
東區	2.0%	2.3%	2.0%	1,832
全區	100.0%	100.0%	100.0%	1,819

表1-4 109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 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 成長率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 成長率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算 成長率 <sup>(註2)</sup>
台北	10.6%	3.7%	41.8%	28.3%
北區	16.6%	14.3%	46.9%	26.0%
中區	4.9%	3.2%	34.6%	28.3%
南區	-1.9%	-3.0%	27.5%	30.0%
高屏	-0.5%	-1.6%	28.5%	29.2%
東區	-9.4%	-7.2%	18.5%	30.8%
全區	6.5%	3.0%	36.7%	28.4%

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、105~109年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,931	8,608	8,668	8,716	8,753	8,769	838	<b>10.6%</b>
北區	3,292	3,704	3,742	3,776	3,803	3,838	545	<b>16.6%</b>
中區	4,099	4,251	4,271	4,289	4,297	4,299	200	<b>4.9%</b>
南區	3,117	3,097	3,092	3,088	3,072	3,057	-60	<b>-1.9%</b>
高屏	3,333	3,344	3,333	3,323	3,319	3,317	-16	<b>-0.5%</b>
東區	521	487	483	478	474	472	-49	<b>-9.4%</b>
全區	22,294	23,491	23,590	23,671	23,720	23,752	1,457	<b>6.5%</b>
年 分區	戶籍人口數(千人)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	7,337	7,652	7,648	7,642	7,640	7,608	271	<b>3.7%</b>
北區	3,354	3,692	3,735	3,772	3,807	3,834	480	<b>14.3%</b>
中區	4,438	4,560	4,571	4,579	4,582	4,578	140	<b>3.2%</b>
南區	3,421	3,366	3,357	3,346	3,333	3,317	-104	<b>-3.0%</b>
高屏	3,746	3,718	3,711	3,703	3,698	3,685	-61	<b>-1.6%</b>
東區	581	552	549	547	543	540	-42	<b>-7.2%</b>
全區	22,877	23,540	23,571	23,589	23,603	23,561	685	<b>3.0%</b>
年 分區	投保人口占率(%)						109較95年 增加值	
	95	105	106	107	108	109		
台北	35.6%	36.6%	36.7%	36.8%	36.9%	<b>36.9%</b>		1.3%
北區	14.8%	15.8%	15.9%	16.0%	16.0%	<b>16.2%</b>		1.4%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	<b>18.1%</b>		-0.3%
南區	14.0%	13.2%	13.1%	13.0%	13.0%	<b>12.9%</b>		-1.1%
高屏	15.0%	14.2%	14.1%	14.0%	14.0%	<b>14.0%</b>		-1.0%
東區	2.3%	2.1%	2.0%	2.0%	2.0%	<b>2.0%</b>		-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>		—
年 分區	戶籍人口占率(%)						109較95年 增加值	
	95	105	106	107	108	109		
台北	32.1%	32.5%	32.4%	32.4%	32.4%	<b>32.3%</b>		0.2%
北區	14.7%	15.7%	15.8%	16.0%	16.1%	<b>16.3%</b>		1.6%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	<b>19.4%</b>		0.0%
南區	15.0%	14.3%	14.2%	14.2%	14.1%	<b>14.1%</b>		-0.9%
高屏	16.4%	15.8%	15.7%	15.7%	15.7%	<b>15.6%</b>		-0.7%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	<b>2.3%</b>		-0.3%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>		—

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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	11,278	13,945	14,343	14,740	15,119	15,993	4,715	<b>41.8%</b>
北區	4,695	5,955	6,150	6,329	6,514	6,897	2,202	<b>46.9%</b>
中區	5,822	6,915	7,084	7,254	7,427	7,836	2,013	<b>34.6%</b>
南區	4,380	5,025	5,126	5,222	5,316	5,585	1,205	<b>27.5%</b>
高屏	4,697	5,431	5,547	5,661	5,754	6,037	1,339	<b>28.5%</b>
東區	729	795	807	819	829	864	135	<b>18.5%</b>
全區	31,601	38,066	39,058	40,025	40,959	43,212	11,611	<b>36.7%</b>

年 分區	平均每人預算數(元)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	1,422	1,620	1,655	1,691	1,727	<b>1,824</b>	402	<b>28.3%</b>
北區	1,426	1,608	1,643	1,676	1,713	<b>1,797</b>	371	<b>26.0%</b>
中區	1,420	1,627	1,658	1,691	1,728	<b>1,823</b>	402	<b>28.3%</b>
南區	1,405	1,622	1,658	1,691	1,730	<b>1,827</b>	422	<b>30.0%</b>
高屏	1,409	1,624	1,664	1,703	1,733	<b>1,820</b>	411	<b>29.2%</b>
東區	1,400	1,635	1,671	1,712	1,749	<b>1,832</b>	431	<b>30.8%</b>
全區	1,417	1,620	1,656	1,691	1,727	<b>1,819</b>	402	<b>28.4%</b>

年 分區	預算數占率(%)						109較95年 增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	35.7%	36.6%	36.7%	36.8%	36.9%	<b>37.0%</b>	1.32%
北區	14.9%	15.6%	15.7%	15.8%	15.9%	<b>16.0%</b>	1.11%
中區	18.4%	18.2%	18.1%	18.1%	18.1%	<b>18.1%</b>	-0.29%
南區	13.9%	13.2%	13.1%	13.0%	13.0%	<b>12.9%</b>	-0.93%
高屏	14.9%	14.3%	14.2%	14.1%	14.0%	<b>14.0%</b>	-0.89%
東區	2.3%	2.1%	2.1%	2.0%	2.0%	<b>2.0%</b>	-0.31%
全區	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	<b>100.0%</b>	—

年 分區	預算數成長率(%)						
	95	105	106	107	108	109	
台北	0.4%	3.6%	2.9%	2.8%	2.6%	5.8%	
北區	7.1%	3.9%	3.3%	2.9%	2.9%	5.9%	
中區	0.2%	3.3%	2.4%	2.4%	2.4%	5.5%	
南區	4.0%	2.9%	2.0%	1.9%	1.8%	5.1%	
高屏	3.2%	2.9%	2.1%	2.1%	1.6%	4.9%	
東區	7.1%	2.7%	1.5%	1.5%	1.2%	4.2%	
全區	2.4%	3.4%	2.6%	2.5%	2.3%	5.5%	

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105~109年分別為3.453、4.156

、3.45、28.722及22.606億元。

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、105~109年各分區牙醫師分布情形

年 分區	牙醫師數(人)						109較90年 增加值	109較90年 成長率
	90	105	106	107	108	109		
台北	3,660	5,768	5,962	6,125	6,328	6,478	2,818	77.0%
北區	1,051	1,849	1,898	1,986	2,057	2,153	1,102	104.9%
中區	1,741	2,533	2,600	2,662	2,698	2,757	1,016	58.4%
南區	963	1,550	1,590	1,623	1,644	1,672	709	73.6%
高屏	1,303	1,980	2,016	2,049	2,108	2,152	849	65.2%
東區	146	206	210	217	217	215	69	47.3%
全區	8,864	13,886	14,276	14,662	15,052	15,427	6,563	74.0%

年 分區	每萬人口牙醫師數						109較90年 增加值	109較90年 成長率
	90	105	106	107	108	109		
台北	5.11	7.54	7.80	8.01	8.28	8.51	3.41	66.7%
北區	3.34	5.01	5.08	5.26	5.40	5.62	2.27	68.0%
中區	4.01	5.56	5.69	5.81	5.89	6.02	2.01	50.2%
南區	2.81	4.60	4.74	4.85	4.93	5.04	2.23	79.2%
高屏	3.49	5.32	5.43	5.53	5.70	5.84	2.35	67.3%
東區	2.44	3.73	3.83	3.97	4.00	3.98	1.54	63.1%
全區	3.96	5.90	6.06	6.22	6.38	6.55	2.59	65.5%

資料來源：110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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	3,275	3,855	3,986	4,060	4,134	3,991	715	21.8%
北區	1,347	1,702	1,789	1,822	1,864	1,824	477	35.4%
中區	1,915	2,229	2,280	2,304	2,334	2,268	353	18.4%
南區	1,224	1,420	1,470	1,474	1,497	1,463	239	19.5%
高屏	1,414	1,656	1,695	1,699	1,727	1,688	273	19.3%
東區	197	205	208	207	208	203	6	2.9%
全區	9,155	10,812	11,167	11,312	11,508	11,200	2,045	22.3%

年 分區	就醫率(%)						109較95年增加值
	95	105	106	107	108	109	
台北	41.3%	44.8%	46.0%	46.6%	47.2%	45.5%	4.2%
北區	40.9%	46.0%	47.8%	48.3%	49.0%	47.5%	6.6%
中區	46.7%	<b>52.4%</b>	<b>53.4%</b>	<b>53.7%</b>	<b>54.3%</b>	<b>52.8%</b>	6.0%
南區	39.3%	45.9%	47.5%	47.7%	48.7%	47.9%	8.6%
高屏	42.4%	49.5%	50.8%	51.1%	52.0%	50.9%	8.5%
東區	37.9%	<b>42.1%</b>	<b>43.1%</b>	<b>43.4%</b>	<b>43.9%</b>	<b>43.0%</b>	5.1%
全區	41.1%	46.0%	47.3%	47.8%	48.5%	47.2%	6.1%
差值	8.8%	10.3%	10.3%	10.4%	10.4%	9.7%	—

資料來源：110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、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	9,891	11,111	11,584	11,842	12,148	11,842	1,951	19.7%
北區	3,831	4,633	4,913	5,036	5,196	5,137	1,306	34.1%
中區	5,818	6,400	6,537	6,650	6,749	6,580	762	13.1%
南區	3,712	4,258	4,447	4,473	4,555	4,470	758	20.4%
高屏	4,502	5,167	5,288	5,332	5,371	5,249	746	16.6%
東區	593	582	600	598	595	585	-8	-1.3%
全區	28,347	32,150	33,369	33,930	34,615	33,862	5,515	19.5%

年 分區	平均每入門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	1.25	1.29	1.34	1.36	1.39	1.35	0.10	8.3%
北區	1.16	1.25	1.31	1.33	1.37	1.34	0.17	15.0%
中區	<b>1.42</b>	1.51	1.53	1.55	1.57	1.53	0.11	7.8%
南區	1.19	1.37	1.44	1.45	1.48	1.46	0.27	22.8%
高屏	1.35	<b>1.55</b>	<b>1.59</b>	<b>1.60</b>	<b>1.62</b>	<b>1.58</b>	0.23	17.1%
東區	<b>1.14</b>	<b>1.20</b>	<b>1.24</b>	<b>1.25</b>	<b>1.26</b>	<b>1.24</b>	0.10	8.9%
全區	1.27	1.37	1.41	1.43	1.46	1.43	0.15	12.1%
倍數	1.25	1.29	1.28	1.28	1.29	1.28	—	—

表6-2 95、105~109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)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	11,042	14,215	15,262	15,756	16,208	16,367	5,325	48.2%
北區	4,399	6,316	6,862	7,129	7,378	7,461	3,062	69.6%
中區	6,807	8,154	8,573	8,893	9,017	9,091	2,283	33.5%
南區	4,149	5,521	5,886	5,978	6,054	6,128	1,979	47.7%
高屏	5,072	6,331	6,617	6,739	6,915	7,029	1,958	38.6%
東區	659	790	845	851	838	852	193	29.3%
全區	32,127	41,326	44,044	45,346	46,410	46,927	14,800	46.1%

年 分區	平均每入門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	1,392	1,651	1,761	1,808	1,852	1,866	474	34.1%
北區	1,336	1,705	1,834	1,888	1,940	1,944	608	45.5%
中區	<b>1,661</b>	<b>1,918</b>	<b>2,007</b>	<b>2,074</b>	<b>2,098</b>	2,114	454	27.3%
南區	1,331	1,782	1,904	1,936	1,970	2,005	674	50.6%
高屏	1,522	1,893	1,985	2,028	2,083	<b>2,119</b>	598	39.3%
東區	<b>1,265</b>	<b>1,624</b>	<b>1,749</b>	<b>1,779</b>	<b>1,768</b>	<b>1,805</b>	540	42.7%
全區	1,441	1,759	1,867	1,916	1,957	1,976	535	37.1%
倍數	1.31	1.18	1.15	1.17	0.84	1.17	—	—

資料來源：110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.平均每入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7~1 102~110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
102Q1	<b>0.8823</b>	0.9957	0.9158	0.9597	0.9231	1.1522	0.9337	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
102Q2	0.9420	1.0650	0.9898	1.0380	0.9865	1.1521	0.9813	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
102Q3	0.9235	1.0302	0.9608	1.0110	0.9795	1.1521	0.9726	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
102Q4	0.9176	1.0308	0.9670	1.0193	0.9727	1.1475	0.9686	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
103Q1	<b>0.8866</b>	0.9951	0.9219	0.9487	0.9203	1.0748	0.9313	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
103Q2	0.9365	1.0323	0.9747	1.0186	0.9811	1.1582	0.9706	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
103Q3	<b>0.8812</b>	0.9951	0.9456	0.9881	0.9683	1.1322	0.9461	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
103Q4	0.9389	1.0266	0.9772	1.0227	0.9795	1.1534	0.9728	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
104Q1	<b>0.8513</b>	0.9624	0.9081	0.9302	0.9041	1.0483	0.9113	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
104Q2	0.9367	1.0272	0.9762	1.0067	0.9567	1.1287	0.9609	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
104Q3	0.9508	1.0273	0.9788	1.0173	0.9975	1.1552	0.9843	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
104Q4	0.9279	1.0103	0.9890	1.0202	0.9846	1.1371	0.9770	<b>6</b>	3	4	2	5	<b>I</b>
105Q1	0.9677	1.0679	1.0069	1.0363	0.9797	1.1430	0.9980	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
105Q2	0.9004	0.9797	0.9536	0.9648	0.9605	1.0789	0.9523	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>I</b>
105Q3	0.9584	1.0391	0.9782	1.0070	1.0202	1.1557	0.9843	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>I</b>
105Q4	0.9058	0.9922	0.9643	0.9680	0.9916	1.0913	0.9595	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>I</b>
106Q1	0.9170	0.9973	0.9620	0.9605	0.9546	1.0759	0.9507	<b>6</b>	2	3	4	5	<b>I</b>
106Q2	<b>0.8788</b>	0.9558	0.9486	0.9467	0.9554	1.0672	0.9303	<b>6</b>	2	4	5	3	<b>I</b>
106Q3	<b>0.8750</b>	0.9490	0.9309	0.9421	0.9673	1.0744	0.9217	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>I</b>
106Q4	0.9198	1.0037	0.9759	0.9884	0.9932	1.0982	0.9575	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>I</b>
107Q1	<b>0.8832</b>	0.9608	0.9341	0.9506	0.9553	1.0542	0.9319	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>I</b>
107Q2	<b>0.8951</b>	0.9736	0.9571	0.9717	0.9798	1.1093	0.9406	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>I</b>
107Q3	<b>0.8751</b>	0.9796	0.9581	0.9885	1.0333	1.1580	0.9458	<b>6</b>	4	5	3	2	<b>I</b>
107Q4	0.9139	0.9787	0.9666	0.9701	0.9871	1.1205	0.9521	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>I</b>
108Q1	0.9052	0.9806	0.9722	0.9940	1.0037	1.1512	0.9573	<b>6</b>	4	5	3	2	<b>I</b>
108Q2	<b>0.8984</b>	0.9776	0.9878	0.9848	0.9959	1.1433	0.9553	<b>6</b>	5	3	4	2	<b>I</b>
108Q3	0.9065	0.9866	0.9704	1.0086	0.9938	1.1536	0.9580	<b>6</b>	4	5	2	3	<b>I</b>
108Q4	0.9013	0.9897	0.9949	0.9968	0.9961	1.1479	0.9606	<b>6</b>	5	4	2	3	<b>I</b>
109Q1~Q2 <sup>註</sup>	0.9771	1.0480	1.0323	1.0340	1.0252	1.1554	1.0053	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>I</b>
109Q3	0.8659	0.9446	0.9671	0.9710	0.9741	1.1132	0.9425	<b>6</b>	5	4	3	2	<b>I</b>
109Q4	0.9491	1.0204	1.0230	1.0275	1.0068	1.1579	0.9829	<b>6</b>	4	3	2	5	<b>I</b>
110Q1	0.9430	1.0365	1.0082	1.0452	1.0250	1.1961	0.9965	<b>6</b>	3	5	2	4	<b>I</b>

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年因應COVID-19疫情影響，暫停執行本計畫。

表7~2 102~110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
102Q1	<b>0.8924</b>	1.0027	0.9212	0.9728	0.9304	1.1500	0.9343	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
102Q2	0.9319	1.0501	0.9834	1.0258	0.9808	1.1500	0.9815	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
102Q3	0.9275	1.0370	0.9635	1.0149	0.9803	1.1500	0.9729	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
102Q4	0.9195	1.0306	0.9968	1.0179	0.9736	1.1462	0.9688	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
103Q1	<b>0.8933</b>	1.0026	0.9264	0.9598	0.9257	1.0856	0.9320	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
103Q2	0.9280	1.0242	0.9703	1.0078	0.9755	1.1415	0.9708	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
103Q3	<b>0.8920</b>	1.0029	0.9485	0.9928	0.9697	1.1346	0.9466	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
103Q4	0.9291	1.0198	0.9746	1.0173	0.9786	1.1477	0.9731	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
104Q1	<b>0.8685</b>	0.9763	0.9148	0.9448	0.9118	1.0651	0.9121	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
104Q2	0.9216	1.0130	0.9703	0.9952	0.9522	1.1134	0.9612	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
104Q3	0.9486	1.0270	0.9787	1.0156	0.9937	1.1490	0.9845	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
104Q4	0.9328	1.0138	0.9882	1.0196	0.9859	1.1383	0.9772	<b>6</b>	3	4	2	5	<b>1</b>
105Q1	0.9605	1.0549	1.0053	1.0336	0.9803	1.1401	0.9981	<b>6</b>	2	4	3	5	<b>1</b>
105Q2	0.9140	0.9988	0.9587	0.9757	0.9627	1.0884	0.9527	<b>6</b>	2	5	3	4	<b>1</b>
105Q3	0.9479	1.0263	0.9763	1.0008	1.0142	1.1416	0.9844	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>1</b>
105Q4	0.9166	1.0025	0.9658	0.9741	0.9946	1.1006	0.9599	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>1</b>
106Q1	0.9156	0.9962	0.9626	0.9619	0.9586	1.0774	0.9512	<b>6</b>	2	3	4	5	<b>1</b>
106Q2	<b>0.8871</b>	0.9653	0.9503	0.9492	0.9556	1.0678	0.9309	<b>6</b>	2	4	5	3	<b>1</b>
106Q3	<b>0.8768</b>	0.9509	0.9331	0.9433	0.9664	1.0724	0.9224	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>1</b>
106Q4	0.9120	0.9918	0.9721	0.9815	0.9906	1.0932	0.9578	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>1</b>
107Q1	<b>0.8912</b>	0.9705	0.9384	0.9568	0.9594	1.0605	0.9325	<b>6</b>	2	5	4	3	<b>1</b>
107Q2	<b>0.8937</b>	0.9710	0.9554	0.9687	0.9775	1.0990	0.9411	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>1</b>
107Q3	<b>0.8803</b>	0.9785	0.9584	0.9861	1.0275	1.1478	0.9462	<b>6</b>	4	5	3	2	<b>1</b>
107Q4	0.9072	0.9790	0.9661	0.9732	0.9920	1.1252	0.9525	<b>6</b>	3	5	4	2	<b>1</b>
108Q1	0.9075	0.9802	0.9719	0.9904	1.0020	1.1443	0.9576	<b>6</b>	4	5	3	2	<b>1</b>
108Q2	0.9005	0.9784	0.9865	0.9863	0.9967	1.1430	0.9557	<b>6</b>	5	3	4	2	<b>1</b>
108Q3	0.9056	0.9847	0.9722	1.0050	0.9940	1.1500	0.9582	<b>6</b>	4	5	2	3	<b>1</b>
108Q4	0.9031	0.9891	0.9926	0.9987	0.9959	1.1471	0.9608	<b>6</b>	5	4	2	3	<b>1</b>
109Q1~Q2 <sup>註</sup>	0.9626	1.0347	1.0285	1.0283	1.0221	1.1523	1.0052	<b>6</b>	2	3	4	5	<b>1</b>
109Q3	<b>0.8879</b>	0.9679	0.9733	0.9809	0.9795	1.1189	0.9430	<b>6</b>	5	4	2	3	<b>1</b>
109Q4	0.9336	1.0033	1.0177	1.0187	1.0034	1.1485	0.9830	<b>6</b>	5	3	2	4	<b>1</b>
110Q1	0.9446	1.0325	1.0094	1.0423	1.0230	1.1872	0.9965	<b>6</b>	3	5	2	4	<b>1</b>

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：邵格蓮 (02)25000133 轉 262

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 110 年 10 月 1 日

發文字號：牙全志字第 00244 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 111 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 貴會健字第 1103360113 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 27 日內部會議討論後提送。

正本：衛生福利部全民健康保險會

牙醫公會  
全國聯合會  
校正章(266)

理事長

宋建志

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  
主委決行

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300190

110.10.5

第一頁 共一頁

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 262  
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 110 年 10 月 29 日

發文字號：牙全志字第 00381 號

速別：

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：有關 111 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 1103360113 號函。

二、依據本會第 14 屆第 5 次牙醫門診醫療服務審查執行會會議決議，111 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，「牙醫特殊醫療服務計畫」，移撥 0.5 億元，「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」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 8.724 億元，共 12.324 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 億元由一般服務支應，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 億元由一般服務支應，因擴大服務對象及增加社區醫療網，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

衛生福利部全民健康保險會收發

第一頁 共一頁



1103300221

10.11.1

億元。

- (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 8.724 億，六區預算按 109 年 7-12 月及 110 年 1-6 月第二階段支付 91022C 之申報件數執行率分配。
- (六)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，內容另送健保署研商議事會議討論；若再有剩餘則回歸一般服務費用總額，並依 109 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



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  
主委決行

## 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：
- 有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，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。
  - 另就協定 109 年及 110 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	109 年 結算數
109 年	一般服務之特定用途移撥款	22.606	22.578
	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	1.828
	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)」	19.656	19.656
	4. 弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.65	0.394
	5. 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫 <sup>(註)</sup>	移撥經費如有結餘，優先支應本項	0
	6. 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 <sup>(註)</sup>	支應第 5 項後，若有剩餘，則支應本項，預算上限為 4 千萬元	0.4

註：移撥款若有結餘之用途：優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若有剩餘用於「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(預算上限 4 千萬元)」，若有剩餘，則回歸一般服務費用。

單位：億元

年度	執行方式	預算數	110 年第 1 季 執行情形
110 年	一般服務之特定用途移撥款	17.64	4.036
	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	0.385
	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	3.510
	4. 弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫	0.8	0.066
	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

提案單位：本會第三組

案由：111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，續請討論。

說明：

一、111 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配，業經本會上次 (110 年第 6 次)委員會議，就中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)函提之建議方案進行討論，決議略以：

(一)111 年度西醫基層醫療給付費用總額地區預算分配方式：

1.自一般服務費用移撥部分金額，作為風險調整移撥款。

2.扣除上開移撥費用後，預算 68% 依 R 值、32% 依 S 值分配。

(二)有關風險調整移撥款部分，保留續議。請醫全會儘快於 110 年 11 月份委員會議前，提送風險調整移撥款之建議額度與用途，以利 11 月份委員會議討論。

二、本會依上開決議，於 110.11.2 函請醫全會儘速提送建議內容，經洽醫全會表示預定於 110.11.10 召開會議討論，將函復本會其會議結論(資料後附，詳附件一)。

三、歷年西醫基層總額均自一般服務費用移撥部分經費撥補點值落後地區或特定分區，109 及 110 年各移撥 6 億元作為風險調整移撥款，均用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區(詳附件二，第 128~129 頁)，其執行結果詳附件三(第 130 頁)。

四、有關 111 年度風險調整移撥款之額度與用途，請討論。

(一)若醫全會於委員會議前回復其對風險調整移撥款之建議，則優先討論該會建議之額度與用途(資料後附)。

(二)若醫全會未能於委員會議前回復，則依 111 年度總額協商程序，由本會掣案討論。

本會建議如下：考量 111 年度地區預算之 R、S 值占比同 110 年度，風險調整移撥款可比照 110 年度方式(如下)辦理：

1.額度：6 億元。

2. 用途：用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

五、依 111 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，請健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 110 年 12 月底前送本會同意後執行。

擬辦：

- 一、確認 111 年度西醫基層總額地區預算風險調整移撥款之額度及用途後，併同本會 110 年第 6 次委員會議通過之地區預算分配方式，報請衛福部核定。
- 二、所涉執行面及計算(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保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。

決議：

## 歷年西醫基層總額地區預算風險調整移撥款(含微調機制)執行概況

- 一、98 及 99 年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率  $\pm 10\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；99 年並另從一般服務預算中提撥 6,000 萬元予北區。
- 二、100 及 101 年計得之各區預算成長率，若超出全國平均成長率  $\pm 22\%$ ，則再予微調，直至各區預算成長率皆落於上下限之間為止；101 年並另從一般服務預算中分別提撥 1.5 億元予北區及 6,000 萬元予中區。
- 三、102 年計得之各區預算成長率，若低於全國平均成長率之 17%，則再予微調，直至各區預算成長率皆不低於下限為止。
- 四、103 年方式，全年提撥 1,000 萬元予東區及 4 億元作為風險基金 (補浮動點值 $<0.9$  之分區)。
- 五、104 年方式，全年提撥 5,500 萬元予東區，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 15%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 六、105 年方式，全年提撥 3.5 億元予台北區；1.5 億元予中區；7,500 萬元予東區，及五分區成長率不得低於 3.26%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 七、106 年方式，全年提撥 4 億元予台北區；2 億元予中區；8,000 萬元予東區，及五分區成長率不得低於 3.37%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。
- 八、107 年方式，全年提撥 3 億元予台北區；4,800 萬元予東區；1 億元撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 1.96%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

九、108 年方式，全年提撥 5 億元作為風險調整基金(六分區提列 4.85 億元，北區另再提列 0.15 億元)，用於撥補點值落後地區，及五分區成長率不得低於 2.176%，東區成長率不得低於 1.741%。低於下限值之處理方式：由高於下限成長率之分區，依其預算占率，攤補低於下限成長率之分區至下限成長率為止。

十、109 年及 110 年方式，全年提撥 6 億元作為風險調整基金(移撥款)，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

## 健保署提供 109 及 110 年西醫基層總額風險調整移撥款執行結果

年度	執行方式	執行情形
109 年	<p>1. 109 年提撥 6 億元風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。</p> <p>2. 風險基金移撥原則：</p> <p>(1) 如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於 1，則風險調整基金於移撥後同時回歸。</p> <p>(2) 如 109 年全年結算後，有部分分區浮動點值小於 1，則風險調整基金按季移撥後，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區。</p>	109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大於每點 1 元，風險調整基金於移撥後同時回歸，納入一般服務費用結算辦理。
110 年	<p>1. 110 年全年風險調整移撥款 6 億元，依 110 年四季預算占率提列，用於保障東區浮動點值至每點 1 元及撥補點值落後地區(點值排序第 4-6 名且點值小於每點 1 元者)。</p> <p>2. 點值落後地區撥補比率：</p> <p>(1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。</p> <p>(2) 點值排序第 6 名之地區非[臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。</p> <p>(3) 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持上開撥補比率。</p>	110 年第 1 季結算，移撥風險調整移撥款 149 百萬元，僅臺北區為點值落後區，撥補 89 百萬元，剩餘款合併至下季撥補。

# 附錄



附錄一

全民健康保險 111 年度保險費率審議前意見諮詢會議紀錄  
(含附錄—與會人員發言實錄)

時間：中華民國 110 年 10 月 15 日上午 9 時 30 分

地點：本部 301 會議室(台北市南港區忠孝東路 6 段 488 號 3 樓)

主席：周主任委員麗芳

紀錄：范裕春、曾幼筑  
彭美熒、李德馥

出席者：(依姓名筆劃排序)

曲諮詢委員同光、李諮詢委員永振、郝諮詢委員充仁、黃諮詢委員耀輝、楊諮詢委員銘欽、劉諮詢委員淑瓊、盧諮詢委員瑞芬、羅諮詢委員光達

列席者：(依姓名筆劃排序)

本會委員：干委員文男、朱委員益宏、何委員語、吳委員鴻來、吳委員鏘亮、李委員麗珍、卓委員俊雄、林委員恩豪(全國勞工聯合總工會賴秘書長元暉代理)、林委員敏華(中華民國農會保險部徐課員珮軒代理)、侯委員俊良、胡委員峰賓、翁委員文能、翁委員燕雪、商委員東福、許委員駢洪、陳委員石池、陳委員秀熙、陳委員建志(中華民國牙醫師公會全國聯合會徐常務理事邦賢代理)、黃委員金舜、黃委員振國(中華民國醫師公會全國聯合會吳常務理事國治代理)、楊委員芸蘋、趙委員曉芳、劉委員守仁、劉委員國隆、賴委員博司、謝委員佳宜、顏委員鴻順

本部社會保險司：盧副司長胤雯、陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋

中央健康保險署：陳組長美杏、唐研究員蕙文、吳參議科屏、游副組長慧真、張專門委員菊枝、洪科長于淇、李科長仁輝、連科長恆榮

本會：周執行秘書淑婉、張副執行秘書友珊、洪組長慧茹、邱組長臻麗、陳組長燕鈴

壹、主席致詞：略。

貳、討論事項：中央健康保險署(下稱健保署)研擬之「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」。

參、討論/諮詢建議題綱

(一)就「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」之意見。

(二)開源：就健保收入面而言，除調整費率外，如何從現行制度之既有財源，包括一般保費、補充保費以及其他法定收入(如菸品健康福利捐、公益彩券盈餘等)提出各項開源之建議作法？

(三)節流：健保署自二代健保施行後，推動多項節流措施，包括：藉由雲端資訊系統降低重複檢查、核刪不當用藥及醫療浪費；推動分級醫療執行大醫院門診減量等，皆有相當效果，對於節流成效如何反映於健保財務之具體建議？

(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111年度保險費率方案」(草案)，於110年11月2日前提案至本會，俾於110年第7次委員會議(110.11.19)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

## 諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險111年度保險費率方案(草案)」之意見：

- (一)缺乏充分數據支持暫緩調整之結論：健保署所提 111 年度保險費率方案之結論為暫緩調整，然僅以文字描述政府刻正推動有助健保財務之措施，未提供客觀、具體數據予以佐證，請補充相關資料。
- (二)法定原則不宜輕易打破：健保法第 78 條規定，安全準備維持 1 至 3 個月為「原則」，此原則不宜輕易打破，健保會亦於 110 年 8 月份委員會議，針對第 78 條提出操作性定義，即：當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出時，應啟動調漲機制。因此，就保險人立場，於安全準備不到 1 個月時，應提出依法調整費率之建議，建議健保署試算 111~114 每年年底均維持 1 個月安全準備之財務推估及平衡費率，以利觀察健保財務未來趨勢。
- (三)建議微幅調整 111 年度保險費率：111 年底及 113 年 1 月將分別辦理地方縣市長選舉及總統大選，推論 112、113 年調整費率之可能性不大，若 111~113 年都不調整費率，財務問題將全部積壓到 114 年，依據健保署的財務預估，屆時保險收支累計短绌可能達 1 千億元以上，如欲調整費率彌補財務缺口，可能將直接突破法定上限 6%，因此，111 年是調整費率相對適當的時機。
- (四)應先檢視支出的合理性，再調整費率：健保開辦至今 20 多年，總額規模由 2 千多億元成長到 8 千多億元，應先檢視整體總額支出的合理性、解決現有體制問題，再討論如何調整費率，才具說服力。

二、開源：就健保收入面而言，除調整費率外，如何從現行制度之既有財源，包括一般保費、補充保費以及其他法定收入(如菸品健康福利捐、公益彩券盈餘等)提出各項開源之建議作法？

## (一)一般保險費

- 1.調高投保金額上限：從投保金額分級表來看，過去最低、最高月投保金額分別為17,280元及182,000元時，最高為最低一級的10.5倍；111年最低一級月投保金額隨基本工資調整為25,250元後，兩者僅約7.2倍，宜考量調高最高等級之月投保金額，以維持公平性及量能負擔原則，同時亦能為健保開源。
- 2.檢討各類保險對象計費基準：鑑於110年調升第6類保險對象平均保險費後，健保收入大幅增加49億元，建議通盤檢討第1~5類保險對象之保費計收基礎及結構。
- 3.擴大計收保費基礎：可考慮由個人薪資所得擴大至家戶所得，或納入境外所得。

## (二)補充保險費

- 1.擴大補充保險費費基：將現已徵收6項補充保費以外之其他所得或收入，如機會中獎等納入徵收範圍；或降低各項補充保險費起徵點，調整計費所得或收入之上下限，如調升單筆補充保險費上限(1千萬元)。
- 2.調整徵收方式：建議將保險對象負擔補充保費之收繳方式，由單次起徵改為年度結算。

## (三)其他補充性收入或財源

- 1.建議先設法補回在104、105年健保財務充裕時被減少的財源，例如菸品健康福利捐分配安全準備比率恢復到70%或90%，實務上似較為可行。
- 2.有關政府應負擔健保總經費36%之計算方式，若能參採健保會委員意見，估計105~111年共計增加1,108億元保險收入，則無須調整111年度保險費率。105年12月23日修正發布之健保法施行細則第45條，約使健保收入每年減少107億元，該條文雖經立法院實質審查通過，實則與健保法第27條立法意旨有所抵觸，也是可以努力的方向。

- 3.就可能的補充性財源逐一評估，例如：營業稅、環境稅、食品健康稅、房地合一稅、檳榔稅、特種消費稅等，選擇和健保關連性較大且影響層面小的項目，較為可行。
- 4.勞保職業災害保險已單獨立法，建議研析勞保職災代位求償之可能性。

三、節流：健保署自二代健保施行後，推動多項節流措施，包括：藉由雲端資訊系統降低重複檢查、核刪不當用藥及醫療浪費；推動分級醫療執行大醫院門診減量等，皆有相當效果，對於節流成效如何反映於健保財務之具體建議？

節流可以促進健保體制健全發展、醫療資源有效分配、合理化就醫行為，最重要的關鍵是，須在總額架構下建立適當的調整機制(如將節流金額部分回饋付費者、部分回饋醫界)，以反映節流成效，對健保財務才具實質助益。但仍宜審慎思考可能產生之連帶反應，例如將節流效益作為總額減項，可能影響醫療院所之財務，反而將增加的成本轉嫁給民眾。

#### 四、其他意見

- (一)不宜以健康保險制度承擔所有醫療責任，給付範圍宜以重症項目為主，回歸保險互助精神，並建議逐步排除輕症，或提高輕症、小病之自付額，以抑制非必要之就醫行為。對於經濟弱勢民眾，則給予社會福利補助或提供免費醫療。
- (二)隨著人口老化，針對慢性病問題，可仿效商業保險外溢保單之設計，例如勞動部職業安全衛生署已在勞保職業災害保險中，提供復健補助，可達到健康促進的功能，如此可把風險控制與風險理財結合，降低健保財務負擔。
- (三)健保基金之投資策略可參考公教人員退休撫卹基金會之模式，與券商或投顧公司約定保證收益金額，可使投資收益穩健增加。
- (四)為落實健保法第5、24條所揭示之收支平衡精神，宜先考量保險收入及費率，再協商總額。過去皆先協商總額，健保支出成長過

快，付費者已快要無法負擔。

五、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  
111年度保險費率：

- (一)請提供費率暫緩調整之結論所需佐證之相關數據及資料。
- (二)請試算 111~114 年每年年底均維持 1 個月安全準備之財務推估及平衡費率。
- (三)請評估調高投保金額上限之可行性。
- (四)請提供最新平均眷口數資料，以及試算每張慢性病連續處方箋若加收 200 元部分負擔，其影響健保財務之金額。
- (五)請提供歷年代位求償之類型、件數、總金額及求償比率，並分析說明年代位求償效果不彰之原因；檢討健保法第 95 條代位求償範圍之合理性。
- (六)請補充投影片第 17 張，非保險給付支出之財務推估方式、細項及預估金額。
- (七)健保安全準備餘額在 99 年 3 月底約負 609 億元，自 99 年 4 月費率由 4.55% 調升至 5.17% 後，至 101 年底健保收支結餘 819 億元，平均 1 年結餘 298 億元；惟 110 年費率自 4.69% 調升為 5.17% 後，110 年即短绌 261 億元，顯示 102 至 110 年，安全準備餘額正負之間差距達 1,085 億元，建議深入探討，及分析總額從健保開辦時 2 千多億元，成長至 110 年 8 千多億元之原因。
- (八)請具體呈現節流相關措施之項目、投入金額、預期目標及具體效益，俾利討論節流成效如何回饋醫事服務提供者及付費者。
- (九)應依健保法規定，不給付指示用藥；也要檢討屬政府公務預算支應，卻由健保支出的部分。
- (十)簡報中僅呈現各年度總額，請補充各年度實際申報醫療點數，以反映其與總額間之財務缺口。

## 與會人員發言實錄

### 【諮詢委員】

盧諮詢委員瑞芬

一、健保署報告所採公式已行之有年，沒有太大問題，較為重要的應該是變數的估計，也就是在精算模型中估計會增加或減少的部分。

二、明年基本工資確定將由24,000元調高到25,250元，過去投保金額分級表最低一級為17,280元時，最高為最低一級金額的10.5倍，近年最低一級金額隨基本工資調漲而連動調整，所以倍數一直降，到明年最低一級調整為25,250元後，將從原來的10.5倍變成7.2倍。請問健保署，為什麼在這些年基本工資調整的過程中，都沒有考慮調整最高一級投保金額182,000元，以維持公平性及量能付費原則？

三、關於方案的結論：

(一)依健保署的財務推估，明年總額成長率無論採付費者或醫界代表版本，安全準備都不到1個月，在這個情況下，健保署還以政府推動多項經濟提升政策將對健保財務有所助益為理由，建議不調整費率？(以目前書面的精算報告內容，做成如此決議，並不合理。)

(二)我們尊重專業，如果健保署(基於專業)真的認為政府擬推動的多項經濟提升政策會影響reserve(安全準備)，建議把試算數字提供給委員看，否則這樣的說法很空洞，不能只是說有提升經濟政策。我知道財務預估裡都有不確定性，但在不確定性下，如果健保署覺得真的可以讓安全準備超過1或1.5個月，至少要有個推估的數字。雖然現在要談的是明年的費率，但健保財務的穩定絕對不能只是看明年1年。

(三)一般保險費收入主要來自薪資，振興經濟措施如果沒有直接影響薪資，對健保收入能有多少影響？即使是近期推動的五

倍券，其對整體經濟的效果，沒有1、2年的時間，可能也看不出來。我希望健保署對所下的結論，多給一些hard evidence(有力的證據)，讓我們有辦法判斷。

楊諮詢委員銘欽

- 一、有關結論建議暫緩調整費率的部分，我也呼應盧教授的意見，請健保署提出更多的試算資料來支持。以方案前面的論述來看，不論111年度總額成長率是付費者或醫界代表的版本，安全準備很快就會用罄，但是方案結論卻建議明年暫緩調整費率，邏輯上無法說服大家。
- 二、管理學上常說，做事情有成本，但不做事情最後成本反而可能更大。所以，如果明年暫緩調整或是不調費率，未來需要付出甚麼成本，對健保財務的最大傷害會是甚麼，需要考慮進去。
- 三、就開源來講，因為保費就是所得乘上費率，目前第一、二類被保險人是以薪資所得為計算基礎，過去曾討論過計算保費時，到底是採個人薪資所得或家戶所得，以及境外所得要不要放進來，這些方向都可以加大計收保費的基礎，也可以考慮進去。
- 四、費率本來是應依法按照精算結果調整，但是調整費率不是單純的算數問題，還須考慮政治、經濟及社會文化氛圍，建議可以適時釋放訊息讓民眾了解，若期望健保不要倒，需要大家共同維護健保財務健全，藉此達成全民共識。換句話說，法理情都要兼顧，同時也要考慮到生活較為困難的民眾。
- 五、節流部分，健保署持續推動多項措施，包括：整合醫療資源有效運用及抑制醫療資源不當耗用等，非常肯定健保署的用心。健保現在是總額制度，在總額不變的情況下，如果核刪不當使用，將使整體點數下降、點值增加。如果今年度減少不當使用，並將減少的金額反映在未來年度的總額，可能又將衍生另1個問題，當總額成長不夠，但是醫療院所聘用的人力及資源等成本已經投入進去了，費用不夠的情況下，醫療院所就無法做適當、財務健全的營運，費用會轉嫁到民間去，產生很多連帶的關係。

所以，我認為節流效果確實是要反映在總額上，但反映到總額上時，要注意連帶效果，不要間接使自費項目增加，而影響到民眾。自從總額開辦以來，醫界代表也常提到，希望總額部分能適當反映他們的需要。

- 六、節流的部分，建議針對無效醫療的服務項目做適度調整，在前監察委員黃煌雄在第三波健保改革也有提到無效醫療項目，有些項目如果療效不是很明確，但是會用掉很多健保資源，是否應適度減少或建立使用時的遵循準則，才不會花了好幾百億元的經費，卻對民眾的健康幫助不大。
- 七、在此總結我的發言，我呼應盧教授的看法，在這個階段不宜直接建議暫緩調整，或是這是長官的批示，但在這個場合提出來，會使得討論空間變小，且無論開源、節流，都要兼顧法、理、情。

### 曲諮詢委員同光

- 一、每次參加這個會議都非常戒慎恐懼，雖然只是諮詢性質，但畢竟是健保費率調整流程中的一環，任何意見到健保會應該都有參考價值，所以要特別小心提出適當建議。
- 二、首先肯定健保署所做的方案，經過多年磨練，財務推估架構及模式已很成熟。但今年和去年不大一樣的是，去年平衡費率推估是以健保會104年決議訂定的收支連動機制為基礎，今年是以維持1個月安全準備為試算條件。對於方案，我有2點意見：
- (一)投影片第23、24張，健保署是以1個月安全準備為基礎，試算111年的平衡費率及財務狀況，如果要更清楚了解健保財務未來趨勢，建議應該再提供111~114年每年都維持1個月安全準備的財務推估，以觀察費率應該做什麼樣的變動與調整。
- (二)至於結論部分，我呼應前面2位老師的看法：

- 1.110年因為調整健保費率，所以安全準備可以維持1個月以上，但111年若不做處理，安全準備將掉到1個月以下。安全準備維持1~3個月是法定原則，雖然”原則”表示不是非要這樣不可，

但畢竟這是重要的原則，能夠遵守是最好的。

- 2.以保險人的立場，當安全準備不到1個月時，應該要提出適當調整費率的建議，除非有非常明確的財源可以彌補，或是在112、113年有機會做大幅度的費率調整來彌補財務缺口。否則依照這個趨勢，114年要處理健保財務問題時，當年就有7百多億元的短絀，累計短絀達到1千億元以上，這是非常大的財務缺口，如果要彌補，健保費率可能馬上就衝破6%。
- 3.健保費率早調1年、晚調1年，動輒就是幾百億元的差異，對健保財務影響非常大。如果111年不調費率，112、113年可能調整嗎？似乎非常困難。因為111年底是地方縣市長選舉、113年1月有總統大選，所以不大可能在112年、113年調整費率，如果111~113年都不調整費率，會把財務問題全部積壓到114年，累計短絀達1千億元以上。這在健保來講是空前的，因為健保過去財務最大赤字，是民國98年底約6百億元。
- 4.我個人認為，畢竟若於110年底決定要調整111年費率，相對112、113年，距離選舉時間稍微久一點，是補充健保財務較為適當的時機。若不考慮其他因素，純粹站在對健保財務有利的立場來看，111年若可以微幅調整費率至5.4%~5.5%之間，對健保財務就會相當有幫助，112~113年應該可以靠111年的調整適當維持，到114年再看看有什麼更好的處理方式。

### 三、現在來談開源節流部分：

#### (一)開源的部份，有下列建議：

- 1.一般保費部分，剛剛有老師也提過投保金額上限，印象中上限182,000元已經維持很多年，過去曾經提議將上限提高至五院院長薪資水平約30餘萬元，但是這個方案在當時沒有得到健保會支持，所以不了了之，我覺得現在可以重新思考，這也是籌措財源方式之一。
- 2.補充保費的上下限也可以評估是否調整，當然下限不動為宜，但單筆補充保費上限1,000萬元可以考慮調高一點，也有助於

收入。若要繼續徵收補充保費，結算是必須做的事，可以併同調整上下限一起規劃。

- 3.也可適度擴大補充保費費基，目前只對6項所得徵收補充保費，可以考慮納入其他所得。
- 4.其他補充性財源，目前最常看到的是菸捐，菸捐如果要調高不是沒有可能，畢竟台灣菸價比起其他國家，尤其是鄰近國家還是偏低。只是調高菸捐不易，一方面恐會引起菸稅相關爭議，另一方面大家可能會來搶菸捐，當初菸捐提高，挹注於健保的收入沒有增加反而更少，就是因為如此，不過菸捐還是可以討論。
- 5.酒捐大家也談了很多年，不過酒捐的正當性沒有菸捐強，相對而言，菸捐的正當性還是比較強。
- 6.至於公益彩券盈餘，我認為不用想了，因為公益彩券盈餘已經很穩定，不會再大幅增加，它的50%分配給社會福利支出、45%屬於國民年金、5%分配給全民健保，健保很難在5%的基礎上去搶別人，不要被別人搶走就不錯了。
- 7.營業稅還有努力空間，因為理論上它可以從5%調到10%，目前營業稅是5%，以前都還沒有往上調整過，不過要調整營業稅也不容易，它對升斗小民影響很大，也有人認為營業稅屬於累退稅，不是很理想的財源，而且動到營業稅會跟自己人打架，因為國民年金法就明定可以提高1%營業稅以挹注財源。
- 8.還有一些像環境稅、食品健康稅等，這些因為都從來沒做過。我覺得林林總總這麼多方面，可以評估一下哪些比較可行，集中精力去做，否則那麼多好像都可以，但到最後可能都不可以。

(二)節流最重要的關鍵是，即使做很多的事情、節約很多費用，節流做了之後，如果在總額架構下沒有適當合理的調整機制，就對健保財務沒有實質幫助；若要有實質幫助，節流結果如何在總額中有適當運作是重要關鍵。但不是說節流不該做，該節流

還是要節流，做了還是可以有促進體制合理發展、資源合理分配、就醫行為更合理化等效果。

四、健保財務很好的黃金時期已經過去，接下來會面對一段比較艱苦的日子，如何在適當時機善用費率調整，對健保財務還是有很大的影響。雖然還有很多方法有助於改善健保財務，最終還是須回歸費率調整，尤其以現在健保財務的規模，如果靠其他收入而不調整費率是很困難的。

李諮詢委員永振

一、有關健保署研擬之111年度保險費率方案(草案)，在技術面已經很成熟，從前一年推估結果準確度評估看來，誤差好像都在正負0.3%以內。在精算觀點，健保署已經很厲害，尤其最近基本工資調漲，他們在短短數天內就可以馬上提出修正資料，可以得到驗證；在架構方面，從102年至今，經過8年淬鍊，應該也很純熟。但是魔鬼藏在細節裡，方案中每個計算公式，一句話的解釋可能會有天差地別的效果，在這資料中看不到，也沒辦法做評論。因為時間關係，針對資料需要釋疑的地方，另外提供書面資料給健保署參考，希望有助於本會11月審議費率。

二、關於費率是否調漲，我有3點看法：

(一)剛才3位先進已經講過，健保署提案結論建議暫緩，但是提的2個理由，邏輯上好像無法直接跟健保財務有所連結，如果這個建議還要提到健保會，剛才楊諮詢委員銘欽也有提到，是不是應該針對健保財務有關的配套措施提供估計數字，或許這樣健保會委員會比較容易將健保署的建議納入考慮。

(二)我認為明年費率應該微調，因為剛才3位先進都提到，健保署資料算出明年底安全準備分別是0.89(付費者版本)跟0.67(醫界版本)個月保險給付支出，健保會在今年8月份委員會議，已經把去年討論使用的「全民健保財務平衡及收支連動機制」改掉，回歸健保法第78條規定。剛才曲諮詢委員同光提到，健保法第78條是原則，有原則就有例外，當時在討論也留意到這一

點，所以操作性定義有列出來，就是不到1個月保險給付支出就要啟動調漲機制。現在不管付費者版本或醫界版本都不到1個月保險給付支出，所以一定要啟動調漲機制，最後再由健保會討論要不要調漲費率。

依照健保署估算未來的平衡費率，每1年都是往上攀升，所以未來可能每1年都需要調漲費率，這是按照估算的推想。如果明年漲費率的話，有2個好處，第1個剛才曲諮詢委員同光提到，考量選舉因素，不要集中在縣市長選舉時留給大家有話題，純粹費率調漲變成政治話題就比較麻煩，第2個是今年不調，明年漲比較多，不如未來每年都增加，重點在健保財務整個運作有沒有大幅變革，不然將來一直要調漲費率，若逾6%就要修改健保法。不過調漲費率的遺憾，是陳部長時中去(109)年底的承諾可能要跳票。

(三)如果調漲費率的話，建議健保署深入分析，記得剛才曲諮詢委員同光也提到，最高的安全準備不足數是99年3月底，為609億元，這是最大負債時候。在99年4月費率從4.55%調到5.17%，經過2年9個月，收支結餘了819億元，平均一年結餘298億元！同樣今年一般費率也是5.17%，補充保費又增加了526億元，結果還短絀261億元。經過短短8年，一來一往之間差了1,085億，這數字相當驚人，健保署是不是應該好好地分析找出問題，當然這問題的答案大家也知道，就是收支結構失衡，但是不管怎麼樣，總是把它分析給委員參考，在討論的時候比較有所依據。

### 三、在開源的部分，我有3個看法：

(一)建議是不是可以在現有財務制度的基礎上，把在健保財務安全準備極為充裕時，所減少的收入先恢復回來，這樣比較快，且比較不會有爭議。例如，剛才提到菸捐挹注健保安全準備比率，以前最高曾達90%，到104年時，因為安全準備太多了，從70%降到50%，現在健保財務已經比較拮据，看看能否恢復

回70%或90%。

另外有些項目本來是單次起徵，可否改採年度結算，這樣單次不會超過起徵點，年度結算可能就會超過。例如股利，如果有3張不同公司的股票，每家都發放1.9萬元股利，依照目前規定，一毛錢都不用繳，如果加在一起，2張就超過2萬，就可以有所貢獻；再來，起徵點從2萬元恢復到原來的5千元，或是因應近年物價上漲，將5千元稍微地合理提高，這都是短期內可以處理的做法。

(二)第6類保險對象平均保險費，講了7、8年後，終於在今年調升了，當時沒想到調升影響的金額會這麼大，因為沒有資料可以試算。其他各類保險對象是否也可以好好檢討一下，像以前常說林志玲條款是否還存在？如果有，是否可以修正？

(三)政府應負擔健保總經費法定下限36%，是爭議最久且金額也最大的部分，去年諮詢會議也提過，現在仍爭議不下，因為時間關係，我不贅述，去年也有建議需要修法，但我認為不需要修法，只要落實法遵即可，我提供數據給各位參考，依照健保署提供的資料，2個算法，從105年底~111年底，這7年會累積1,108億元的差額。部長曾呼籲全民要投資健康，是否請政府也考慮一下替人民投資健康，如果可以拿出來這1,108億元的話，到明年底的安全準備大概可以達到2.67個月保險給付支出，不僅明年不用調整費率，而且未來對健保財務還是會越來越有幫助，如果按照目前的處理方式，那個差額還會繼續長大，不是調整費率後就沒有，多了將近上百億元，這應該可以好好考量，這樣的話部長的承諾也不會跳票，明年就不用調費率了。

另外1個比較麻煩，是經過立法院認證，健保法施行細則第45條規定，根據健保署估算1年少收107億元，也就是政府1年可以少付出107億元，之前在健保會委員會議也很激烈討論。當年至立法院陳情時沒有提到這1點，就是這個修正牴觸健保法第27條規定，但105年講到現在也沒有結果，這路程更

長，所以我常開玩笑說，當時為了要102年、103年的490億元，結果現在1年虧107億元，已經有5、6年了，早就被咬回去了，這是1個可以努力的方向。

四、節流的議題也討論蠻久了，健保署的同仁也很努力整理，但是我認為總是覺得好像沒有搔到癢處，因為整理出來的這些資料好像跟一般在媒體上報導的健保署努力成果落差很大，譬如某項措施節省多少錢，現在整理出來怎麼這麼一點點錢，有些誤差。所以關於這點，個人建議，請健保署把對外宣揚的項目，呈現投入多少金額、產生多少節流效益，過去這些錢都跑到哪裡去了。讓外界誤以為節流很多啊，但剛才楊諮詢委員銘欽提到，好像對總額或對百姓沒有幫助，都不見了，常在檯面下跑來跑去，我們也不知道在哪裡，是不是在整理之後交代一下以前跑到哪裡，讓委員知道以方便討論，社會大眾也都可以了解。待資料整理出來之後再提出討論，因為全部收歸總額好像也怪怪的，醫界也有努力，這樣應該怎麼分配數字，你說要回饋給付費者的話，是不是可以放到總額減項或是放到新藥、新科技的財源，如果說應該給醫界分享，那個數字也要浮現出來，這總是1個支出嘛，將來應該在成長率上來浮現，這樣可能會讓彼此之間比較有所了解，大家在看數字的時候也不會再霧裡看花，這樣會不會有所幫助？以上，謝謝。

郝諮詢委員充仁

一、無論健保費率是不調或微調，勢必會影響到健保安全準備，剛才曲諮詢委員同光說到，健保財務將會進入1個新的階段。我先解釋一下安全準備，以商業保險公司角度來講，它是緩衝機制，會影響商業保險公司的清償能力，監理機關會看這項東西，但我們是社會保險，可以動用其他功能，對安全準備不需要那麼堅持，一旦這個防線破了，就要進到下一個stage(階段)，因此一旦安全準備的標準發生變化，下一階段要思考要不要啟動借款，而且不是短期借款，是長期借款。

二、如果說要借款的話，接下來要思考下面幾個議題，國內其他社會保險如國保、農保都有這樣的案例，第1個是借支的來源為何？以我來看最好是政府控制的財源，否則麻煩會很大，以國保為例，因為它有責任準備金，就是從責任準備那部分借支而來，等於是長期保險有責任準備這1塊。而我們的健保是沒有的，因為我們是pay as you go(隨收隨付)，如果真的要借款，唯一政府有大量資金的那一塊，大概要動用到勞動部的勞動基金，這就要跨部會協商，要請衛福部思考。第2件事情，借支的話利率要用多少，當年國保為了利率也是吵翻天，裡面argue(爭論)很多事情，借支等於是運用別人某些資產，合理報酬率在哪裡，它就類似債券，怎麼評價是一系列的事情，我不細談，都是後續主管機關與委員需要思考的東西。

三、開源部分，我提2點：

(一)第1點是代位求償，代位求償是保險人於給付賠償金額後，基於損害填補原則，得以代位行使被保險人對第三人之請求權。健保在某種程度有點類似基礎保險，所有人有touch(碰觸)到健保，健保就有權利代位求償，以過去的例子來看，我們曾經執行1次是強制車險，那是政策性保險，代位求償也非常成功。其他的社會保險跟健保有接觸的，大概是意外醫療，強制車險也是意外醫療的一部分。勞保現在將職災單獨立法，把保額提高，職災那部分就多了一個可以爭取的空間，我建議衛福部裡，不管是健保署或社保司做個研究案探討可行性，因為勞保的職災單獨立法也執行了一段時間，看看從法理與金額上對健保有多少幫助，甚至未來農保follow(遵循)勞保將職災單獨立法，我覺得也有空間。

(二)有關被保險人職業類別，現在人口結構是工作人口變少、退休人口變多，以近10年的趨勢來看，進入65~75歲初老族的人口越來越多，政府的政策是推動銀髮族再就業，我們要思考如何將初老族partially working(部分工時)的部分納入保費計算，法理上怎麼呈現、怎麼稽核，這就可能會需要研究如何取得、勾

稽其他部會的資料，包括：勞動部、農委會可能會有銀髮族再就業推動計畫，財政部的財稅資料。

#### 四、節流也分兩個部分來談：

(一)二代健保之後，一直有個議題是健保自費項目與商業保險中間的關聯，也勾稽到健保的給付。我想很多公衛學者一直很 uncertain 你沒辦法抓出自費跟商業保險的 link(關聯)是什麼。現在有個變化，商業保險弄了理賠大聯盟搞了實物給付，可能慢慢把自費跟商業保險的 link(關聯)可以抓得出來，我覺得應該很多學者對它有興趣，這東西其實很有商業價值，也沒辦法完全看到，因為這裡面需要跟健保資料串，就是在統計處去 control(控制)那個資料，我想其中一個辦法，看社保司或健保署開啟計畫，把想要的弄出來，應該有很多學者想要抓這項計畫，不斷去找出行為模式，我想這邊可以找出醫療機構跟保險對象行為模式，這對我們後面策略會有幫助，畢竟這是長長久遠的事情。

(二)第二件事情，隨著人口老化，現在最大問題是慢性病，其中一直想做的是健康促進，健康促進這件事要有誘因，其實現在其他非健保也在做一些事情，像是商業保險作外溢保單，像勞保職災給付當中，職安署開始做一些失能、復健的部分，某種程度也有健康促進的功能在裡面。我在想健保怎麼去串人家已經做的東西，也可以抓出怎麼樣把風險控制的部分跟我們保險的風險理財結合在一起，這對於慢性病，像糖尿病、高血壓，甚至 cancer(癌症)都有幫助，這也可以解我們健保長期的問題。這是我簡單的看法，以上。

劉諮詢委員淑瓊

一、依據前面幾位專家討論及健保署提供的資料，除非健保有財務結構轉變與制度改革，否則常年收不抵支幾乎每年都要面對調漲費率這件事。很多人認為民間團體一定逢漲必反，但是醫改會這麼多年以來，不是這樣的立場，不是不能漲，但漲保費很

重要的是要說服大眾。醫改會一直以來強調「先補破口袋，再掏民眾錢」，雖然我們近年有看到健保署努力稽核不當使用，但是對整體檢討與制度改革的呼聲卻少有回應及行動。

二、我今天要表達的重點是accountability，翻譯為課責、問責、責信、交代都可以。二代健保整體規劃有3個主要目標，就是提升醫療品質、平衡財務收支、擴大社會參與。在提升醫療品質這部分，是以accountability來架構其內涵，並有4個特點，第1個是要有「清楚的角色與責任」，績效要清楚且必須雙方同意；第2個是「平衡期待與能力」，我們對於績效的期待跟給予的資源要相當，不能過高或過低；第3個是「成果導向的品質評估」；最後1個是「持續的改善與學習」。

三、醫改會進入健保會之後，經歷過總額協商，我們觀察到在總額協商過程中有相當多不理性、無法說服付費者的地方，也就是無法回應我前面提到的accountability。在幾個總額部門提供的資料中，抱歉，我暫以醫院總額做為例子，因為它是金額最大的總額部門。我們統計總共有27個項目，扣掉重複、不適用、未提案項目後共有9項一般服務，其中6項沒有預擬評估指標，也就是沒有績效的交代。雖然其中3項有交代，但是這3項都是寫「住院滿意度」，並不是結果面的指標，我們其實也不知道，你是希望或承諾要做到80%滿意度，那現在的滿意度是多少？住院滿意度是要怎麼測量、信度與效度呢？協商項目動輒是30億元、20億元、35億元的金額，理應明白交代預擬指標為何。然而，我們今天的會議，卻是連基本的accountability都沒有做到的情況下，所做出的協商結果，當成是既定事實，來討論要調升多少保費。事實上，如果不能建立可問責的醫療體系，這個制度也不可能做根本的改變，我們就只能不斷往上疊、往上加，再怎麼增加財務收入，恐怕每年都要面臨同樣的財務困境。

四、另一個缺乏問責性的是作為保險人的健保署。在這次協商中，我們統計一下，抱歉，還是以醫院部門為例，其他部門也存在類似情況，有10個一般項目，當中高達8項(80%)健保署完全沒

提供任何執行建議；12個配合健保署編列的專款項目中，也有9項(75%)沒有提供建議。保險人握有健保資料庫，卻未依「衛生福利部中央健康保險署組織法」第2條規定善盡掌理職責，非常可惜，我們期待健保署能盡責、發揮更大的功能。

五、醫改會過去特別關心節流，健保署於這次會議資料中，也告訴我們很多不當使用的把關措施，我們對於所有努力一樣給予肯定，但是在政策設計上針對雲端藥歷、醫院門診減量、分級醫療這些項目，我們都看不到健保署對於評核委員意見的具體回應，我們也不知道這些設定的目標在醫療現場有無落實的條件存在？沒有的話就是上有政策，下有對策，我知道很多醫療服務提供者非常不樂意，對於發展出來的因應行為也不認同，但也只能這樣。

六、除此之外，總額在支付制度等的總體檢討是更根本的問題，卻始終未獲說明與解決，不去檢討已破8千億元大關的總額，任基期不斷滾大，也不處理國發會每年給健保的建議的情況下，你要付費者在這個時點上來談怎麼樣提高費率、怎麼樣從其他地方拿錢，是很讓人沮喪的議題。以上是醫改會來自民眾角度的觀察分析與誠摯呼籲，謝謝。

黃諮詢委員耀輝

我有三點意見：

一、針對去年調高保費部分：

(一)去年跨年長假的前夕，陳部長宣佈要調高健保保費，當晚蔡英文總統表示：「這是集結大家力量，確保健保財務能夠平衡，給防疫及醫護人員最大支持」。其實這是以政治話術做不當的連結。聽起來似乎是防疫造成健保財務虧空，但事實上不是。反而是疫情期間大家不敢去看病，甚至一般感冒、流感也減少了，健保門診支出是減少的。若不是總額支付制度，醫療支出的預算已經固定，否則健保的給付其實是減少的。因此，用防疫來連結健保虧空，而不得不調高健保費，是非常不當的連結。

反過來說，防疫既然沒造成健保支出增加，是否政府應該把防疫紓困4.0特別預算8,400億元沒用完的部分撥補給健保？

(三)蔡總統提到調漲保費，是給醫護人員最大支持，聽起來好似調高保費是要給醫護人員改善待遇用的，更是不當的連結。請問，健保保費調高有多少是用來改善血汗醫護人員的待遇？請健保署提供110年提高的保費所增加的收入中，有多少數字是用於改善醫護人員的待遇？如果沒有用於改善醫療人員的待遇，就是陷醫護人員於不義，更是矇騙社會大眾。

二、針對健保署所提方案為111年打算不調整費率，我的看法跟前面幾位先進看法一樣：

(一)方案內容陳述許多數據之後，但最後結論卻以文字輕描淡寫提到「鑑於政府刻正推動多項提升經濟政策，對健保財務將有所助益」。請問健保署，協商或非協商因素都可以納入推估，為何「多項提升經濟政策」在前面不以數字反映出來，結論卻只用文字說「將有所助益」？健保署是專業的單位，應該讓數字說話，而非用文字美化，更要心無旁騖，不必做政治考量，也不要擔心順時中或逆時中。健保署若認為哪些政策對健保有所助益，就用你的假設及推估方法，算出數字提供，也告訴我們未來推估結果沒有那麼糟糕，明年的安全準備不會低於1個月，就不用調費率。如果不是，就應回歸依法(健保法第78條)行政，合法適法為基本原則，建議提高費率的建議。至於最後是否獲得採行，則由部長以政務官身份做出決策，由其為決策負責。

(二)事實上，去年諮詢會議的試算報告即預測113年財務若要平衡，費率調高幅度30%，最後結果是110年度費率調高幅度10.23%，而且只討論一般保費，沒有討論補充保費，結果補充保費調幅將近10.5%。因此，健保署如果打算111年不調漲費率，代表112~113年可能還要調高20%，才不會破產，最終費率將超過6%，還非修正健保法不可。可見得，健保署不管怎

麼迴避政治因素，政治因素無所不在，遲早有1天仍要調整，且調幅更大，壓力更重，後來執政的人就要倒楣。建請健保署純粹從健保角度，從依法、合法、適法的角度具體告知最後數據結果是什麼，最後仍由政務官員的長官做出決策並由其負責。

三、我從健保支出3千億元時就參與，花了5、6年才由3千億元跨入4千億元，跨入5千億元時好像就縮短了，4、5年就增加千億元。最近甚至是每2、3年就跨過千億元門檻，明年健保支出就達8千億元，每年看健保財務報告都是收入成長率低於支出成長率，在每年這種狀況下，要提出開源及節流都流於空談。若要從長計議，我再次重複去年講過的建議，就是健保不等於醫療，不要用健康保險制度扛所有醫療責任，健保若涵蓋所有醫療的話就不是保險，若全民健保什麼都保，就失去保險的意義。小病不會造成家庭經濟重擔、也不會傾家蕩產應該不用保險，若對於窮困的病人，可以給予社會福利制度的補助或提供免費醫療來解決。但非屬於經濟貧困的部分，小病納保就造成浪費。可以考慮回到保險精神，逐步把小病排除在給付範圍之外，否則未來可能1、2年內總額就到達9千億元，再來就1兆元了。如果沒有制度面的大幅改革，每年諮詢會議提一些零碎、片段式的開源節流建議，過一年算一年，而沒有實質效益，實在可惜。

羅諮詢委員光達

針對會議的3個討論題綱，稍微發表一下個人看法。

一、就健保署所提保險費率方案：

(一)由投影片第5頁大概可知近年差異數，這麼多年來健保署在試算公式的經驗嘗試，相信誤差是非常非常小，也驗證公式的可信度。其實我比較常參與是財政部的研究，其歲出歲入的差異相對就比較大。既然在健保署推估可信度滿高的情況下，公式算出來的結果應該沒有多大問題，誠如前面幾位諮詢委員看法，既然試算結果沒問題，就可預期在111年度健保安全準備

是不到1個月。

(二)既然如此，我個人除了跟其他委員意見一樣，也認為其實這是一個滿好的政策行銷時間點。於法來說必須依照健保法78條安全準備1~3個月的原則，雖然是「原則」，但我們第一次就破壞的話，若未來再遇到這樣的情況，就很難再遵守健保法第78條的原則。個人認為在台灣的健保政策方面，民眾對於健保政策的滿意度與接受度滿高的，在此基礎上，個人傾向不要這麼快把此防線或說法在第一次就打破，而不去考慮調漲費率的可能性。

## 二、就開源及節流而論：

(一)從學術研究來說，根據國際經驗，醫療所得需求彈性大部分都大於一，意思表示隨經濟成長，醫療支出一定大於經濟成長，所隱含的就是入不敷出或虧損是比較常見的，因為人口變化或醫療需求增加，所以若有虧損，是可被預期的。換言之，背後隱含的就是，即便未有浮濫的醫療浪費與支出，在經濟成長過程中，醫療支出成長就是會大於經濟成長。

(二)對於開源及節流，個人認為節流本來就是必然要做，醫療浪費或不當，其實在目前醫改會或輿論監督下，節流方面比較會受到監督，相對沒問題。問題是開源的部分，大家共識較少，其實很多研究報告或學者都提出不少關於開源的觀點或意見。

## 三、在開源的部分，目前看到安全準備的可能會有不到一個月的現象，其實一般保費是可調整的，只是漲幅多寡的問題。另外就補充保費，在此提出幾個淺見，或許財政部會有其他意見，但或許按照這樣的學術討論跟研究，可以試著進行部會間協調：

(一)第一個是菸捐，誠如李諮詢委員永振所言，原本指定用途高達90%、70%，但後來有其他政策目的，例如支援罕見疾病或長期照顧政策，就調降到50%。但其實原本菸捐絕大部分就是用在健保支出，若可以的話，可以再嘗試調整比例。

(二)第二個，很多報告討論到補充性保費，我個人看法是，要開闢

目前財政部沒有實施的新稅目，確實較難，例如開徵檳榔稅等，雖然學術上討論很多，但政治與現實上我認為比較不可行。在目前不可行的前提之下，可以改為考慮現有稅目，比較有可能撥出挹注於健保支出的部分來思考：

- 1.第一個是消費稅，剛也談到營業稅，但要動營業稅，有政治上困難度，雖然不用透過立院調漲，也有5%至10%的徵收率可調整，但一動就牽涉到所有物價，我覺得政治上有極高難度。營業方面還有特種消費稅，像是貨物稅，其中幾項如汽車、油電、奢侈稅，影響層面較少，是否可從特種消費稅著手考量。即使是一般的營業稅，也可考慮用在相關醫療產業所課徵的營業稅加以支援，我覺得影響的層面會比較少也比較可行。
- 2.第二個，其實補充保費的基礎上，目前是以股利所得最大，其他則為高額獎金、租金收入等，但還有一些雖然目前沒有納入，但一直都是原本我們在討論的，例如海外所得，有學者說機制上不可行，但不要忘記在目前課稅過程中已有最低稅負制，其實就是把海外所得，或其他比較能衡量納稅能力的部分納入，而且這也已經在實施。如果怕對個人影響太大，可以從企業的最低稅負制來設想，所以這幾個地方，可能還有突破點。
- 3.另外常討論到的機會中獎，也還沒有列入補充保費。由以上討論，我個人比較建議，由目前已經有的稅目，找出當中跟健保比較有相關或民眾接受度比較高，來進行稅基或費率的擴大會比較有可能。

## 李諮詢委員永振書面意見

一、投影片第5張，110年之前1年預估數是何時預估的？採用何費率？(若在總額與費率尚未確定時所估值，差異數僅18及3億元，相當厲害！)

二、投影片第8張：

(一)根據報載內政部最新統計，110年1~9月每月死亡數均大於出生數，共減少25,548人，9月底人口數23,430,948人，較上年同期減少37,430人（約-0.58%），致110年預估有較大幅度減少（-0.35%），尚屬合理。但111年卻趨緩減少（-0.12%），是否合理？

(二)說明中言及，110年受疫情影響，國際遷移停滯，近3年非本國籍保險對象均維持85萬人，111年則增2萬人至87萬人，是否太樂觀？

三、投影片第9張，依據主計總處2020年人口普查報告，受少子化及高齡化影響，首度出現15~64歲工作年齡人口減少16.9萬人，再加上前項原因，被保險人人數占率是否繼續增加？未來此群體占率若往下降，費率卻往上調，我們所關心的保險對象保費負擔能力又將是何情形？

四、投影片第14張，政府應負擔保險總經費計算公式已回歸健保法第3條規範，在會計原則上是否產生前後基礎不一致之問題？若否，計算公式內涵、參數是否有疑義？另參考資料3-3、3-4說明4，安全準備相關收入為何不含保險費相關收入用來支應保險成本後之結餘？(有違健保法第76條第1項有關安全準備來源之規範)應提列或增列之安全準備是如何計算的，於健保會審議時應清楚列示，讓近半的新任委員能充分瞭解、掌握，以利討論順暢進行！

五、投影片第20張，未來之推估假設，非協商因素採5年、協商因素用10年，為何不一致？10年會不會太久？另第21、22張表中112~114年總額成長率是如何算得？

## 【本會委員】

陳委員秀熙

- 一、有2件事情我認為非常重要，也是李永振委員所提到，全民健保是全民的保險，至於開源節流則是所有人的責任、包含政府。這兩件事情本來就應該要與逐年收取保費進行長程規劃，但一直沒有真的去做這件事，這是第1個非常想要呼應之處。
- 二、第2件事也很重要，關於政府應負擔健保費36%的啟動機轉，我認為這可能比第1點還值得討論，剛才劉諮詢委員淑瓊也講到體制問題，非協商因素及協商因素兩個加起來是總額，非協商多了、協商部分就少，非協商少了、協商就多，今天總額在這樣的體制下，人民不是說不要出錢，非協商因素中有一個是人口結構對於醫療服務的影響，當退休之後，無論你早或晚退休、年齡成長、慢性病增加、癌症增加等等各種需要都會增加，但在這裡一直用國發會的數字推算，就會造成很多地方跑到協商因素做，協商因素做完還不夠，政府在安全準備的討論之下，不管要用4個月或1個月的估算，就必須來負擔這36%。我記得干委員在我第一次當新委員就提出這問題，可是這機轉36%要不要啟動，全民健保在全民努力之下預防保健做得好，這個錢難道不是政府應該要規劃從行政院所有統籌的社會成本節省下的經費嗎？這2點非常重要。若一直不討論這個問題，再怎麼協商，最後結果還是一樣。
- 三、最後很感謝健保署今天提供的資料，我要講的是敏感度分析，做過simulation(模擬)的人都知道，一定要給一個範圍，還要考慮這因素是否現在最重要，剛剛李諮詢委員永振提到體制問題，黃諮詢委員耀輝、曲諮詢委員同光也提到菸捐的注入都是變項之一，敏感度分析一定要把這個納入呈現，可以看到一個例子：今年的COVID-19讓菸捐增加，我們做菸害防制的人都很害怕，為什麼菸捐增加？是不是吸菸人口增加？結果答案不是，是出國人口減少，稅省下來25億元。這些紓困經費若要挪到醫護人

員這裡來做，就該呈現一組漂亮的實證數據告訴大家，以上是我今天學到的東西回饋給大家。

朱委員益宏

- 一、今天是諮詢會議，下次提案於健保會11月份委員會議是正式審議，我希望屆時正式審議時，健保署能否補充保險給付支出，今天的草案完全沒提到這部分，僅有總額數字，至於保險給付支出用點值反映保險成本這件事，這完全沒有提到。我覺得這個必須要合理反映，不然你給1百元，但點值只有0.5、0.6元時，討論不出收支平衡，最後的財務壓力都轉嫁給醫療服務提供者。正式審議時，是否請健保署把歷年的財務缺口呈現出來，雖然我們訂了支出總額，實際上醫療服務提供實際的點數到底是怎樣，中間財務缺口多大，要完整呈現，希望下次會議可以看得到，這是第一點。
- 二、第二點，投影片第17、18張，提到非保險給付支出，剛剛諮詢委員也有特別關心這部分，比方代位求償、其他相關非保險給付支出，這並沒有詳細列出如何推估，只有在投影片第19張有推估占保險總額的百分比，但是細項哪個增加、減少，並沒有提出，是否請健保署提出數字。比方代位求償，健保會及社會各界一直希望提高代位求償金額，但看來成效不彰，那請列出原因為何。
- 三、剛剛有委員特別提到，例如商業保險的部分可否補充，給各位一個數字，我剛剛特別查了一下保險發展中心的統計數據，109年最新的資料，健康保險的總保險費收入是3,997億元，健康保險理賠金額是1,592億元，理賠率只有39.8%，健康保險保單是1.04億張，也就是平均每位國民有4張健康保險的保單，有這麼多保費但理賠率不到40%，或許政府對於商業保險補充到全民健保方面更要加把力，或許這部分也可以反映在代位求償的數字。

許委員馮洪

- 一、基於我在地方進行民眾服務的經驗，由此角度去看健保節流，一般民眾對醫療常識可能不足，建議健保署能否評估補助的可能性，開放民間團體召開珍惜健保資源健康研習會，藉以增強民眾的健康知識，也可以請藥師公會黃理事長金舜協助訓練一批師資，讓這些民間團體邀請師資來上課。
- 二、我的理由是，最近在地方服務看到一個例子，有位病人因膽結石進行一個小手術，卻因感染而過世，由此可見只要是侵入性醫療行為都很有危險性。另如健康檢查，使用顯影劑或照核磁共振，理論上都是5、6年以後再次進行檢查為宜。但很多人其實在健康檢查方面並沒有留意，今年在A醫院檢查、明年到B醫院檢查，資料沒有整合。至於一些慢性病病患到醫院就診，醫院也沒有對病患進行整合式醫療或會診，只要是醫生講說要檢查就檢查，檢查到最後還是要洗腎。
- 三、我常在講，如果我們就醫或用藥常識沒有改變，節流永遠是不可行。譬如說我有一次我胃脹，太太叫我看醫生，其實先到藥局購買成藥或指示用藥先吃就好，若吃藥沒有改善再去看醫生也不遲。另如膀胱腫瘤，每年需回診、做膀胱鏡，這都是侵入性的檢查行為，但其實膀胱腫瘤只要看到血尿就知道復發。由此可見仍有許多醫療浪費，因此建議辦理珍惜健保資源健康研習會，也請健保署予以評估可行性。

#### 劉委員國隆

- 一、其實我們都知道健保就是需要進行開源節流，節流方面我是覺得健保署提的也不錯，結語部分有提到要如何節流，但建議能否具體呈現節流的方向與項目，也應呈現預計達成節流的目標百分比，大概是多少，藉此數據可討論費率調升、或維持或甚至日後可調降。
- 二、剛剛諮詢委員也提到，其實健保應該不是包山包海，健保能否以重大病症為主，至於平常一般的小病，可以考量提高自付額，藉此方向能有所節制。保險的重大意義就是，在家庭無法負擔

時，能藉由社會大眾力量，大家互相支援，至於若本身可以負擔得起，就自己承受。也就是在使用者付費的情況下，能否把自付額提高一些，或在使用次數或頻率過於異常時有所調整，這方向請健保署回應或就教於諮詢委員。

三、最重要的其實在於預防醫學，也就是衛教宣導，我也非常同意這部分由健保支付，應由健保署編列預算，麻煩健保署思考可能性或就教於諮詢委員。

千委員文男

一、首先從開源部分談起，投保薪資級距的意見剛剛諮詢委員已提出，我也認同最高的級距應該可以再提高。另現在要爭取房地合一稅部分挹注健保，希望能多爭取一點來挹注。

二、感謝劉諮詢委員淑瓊等幾位委員都有提到，目前都是總額定了才談費率。我想目前沒按照法令規定去做，等於是違法，請看健保法第5、24條都提到財務平衡，但從來沒有改善的方向去考量如何達到此平衡，都先從總額協商，再回頭講費率。如果先談定費率，再談各總額就可以很安心、就可以達到收支平衡作用、也不用爭得厲害。現在等於先把整體總額弄得很大，尤其這幾年成長得太快了，憑良心講我們消費者實在付不起。

三、剛剛陳教授秀熙也提到非協商因素的成長，今年的成長率會成為明年的總額基期，這是倍數成長的主因，哪有那麼好賺，這幾年經營工資都沒有成長這麼快，這方面應該重新思考，要回歸健保法的基本精神，不要再違法做下去，這方面也已呼籲好幾年但沒有成果。

四、另一方面看到證所稅，股票炒得很厲害、大家所得也很高，何委員語也提到不做股票就窮到底，可見證交稅今年也是會收得很多，但健保署的方案都沒有呈現出來，雖說這是屬於比較不可確定部分，但沒有呈現就少了這部分的收入。

五、再來就談到的費率，最近10年來有維持好，我是贊成這樣就好、不調費率。因為我們過去在97、98年那時候最苦，健保署向各

銀行單位借了很多錢，剛才也有很多委員建議可以向哪裡借錢。經過那段健保沒錢的日子，健保署就很節省。後來費率一下子調漲到5.17%，結果大家那時候在討論費率也沒太多意見，審都沒審，就核准通過。看這個情況，我覺得其實健保的安全準備不需要存那麼多，健保財務太富裕的時候，如同有錢人的孩子都亂花，沒有去節省，不想想爸媽怎麼賺的，會盡量想把總額墊高就這樣付錢。我是代表付費者的想法，我希望陳部長能信守今年不調的承諾，看明年怎麼樣，大家再來商量。

李委員麗珍

- 一、我今年4月開始成為健保會委員並參與相關會議，只能以付費者、也是位基層勞工的立場來發言。經過上次總額協商，我發現總額預算一直增加，光談到用藥這部分，沒有註明使用新藥多少錢，舊藥退場後又可以還給健保多少錢，記得在報紙上看到，只見藥費很大一塊不斷增加，為何沒有退還方面的數據。
- 二、另外，最近在健保會提過，醫院總額的第2季費用，依照108年同期支付90%費用給各醫院，但今年及去年都因為COVID-19，醫療院所減少了服務量，但死亡率沒有增加。這樣看來以前都是在浪費資源，這2年又減少了多少支出，沒有去合理考慮。
- 三、有1個計畫是不合理的，4個人可以請1位護佐，平均每個人負擔9百元，我1天的日薪是2千元，是屬於高薪的基層勞工，如果是低薪的基層勞工，1天才賺1千元，要支付9百元請人照顧病人，不如自己不要工作、自己照顧，這個計畫根本不可能成功，難道要請政府補助收入低的人嗎？收入高的人也不需要，因為可以請人照顧，或由其他家人照顧。
- 四、開源部分，關於提高投保金額上限，那只是極少數人，像我現在已50幾歲也即將面臨退休，以後也負擔不起保費。現在的年輕人薪資水準倒退20年，收入低買不起房子，若要再增加其保費負擔，我覺得非常困難。
- 五、健保法第77條規定，本保險之基金，得以下列方式運用，包括

公債、庫券及公司債之投資，存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構，以及其他經主管機關核准有利於本保險之投資。我覺得可以比照公教人員退休撫卹基金會，我服務於第一銀行，有經手這項業務很瞭解，請不要排斥，建議可以跟某個券商或投資公司訂定條約，要求保證收益多少金額，多賺算健保的、少賺由投顧公司要給差額，我覺得公務人員心態就是怕虧錢，投資基金的盈虧會影響烏紗帽，不要有這樣的想法，健保法第77條只是用三分之一的錢去投資，即使發生問題也不會影響健保基金。

#### 何委員語

- 一、健保法只規定給付疾病、傷害、生育事故醫療費用，但健保署一直給付醫療管理費、服務費等非醫療費用支出，這是違法的行為。剛剛醫改會劉教授淑瓊說明總額協商的實際狀況，幫付費者委員伸張正義，講公道話，建議把它文字化，寫成論文發表，或是透過醫改會刊物對外發表講清楚，我們已經被冤枉好幾十年了，因為醫界的媒體力量很強，每次總額協商完就幫我們潑髒水、抹黑很多。
- 二、今年8月份委員會議，已決議將費率審議回歸健保法第78條規定，本保險安全準備總額，以相當於最近精算1~3個月之保險給付支出為原則。
- 三、今年補充保費收入將近6百億元，其中雇主貢獻52%左右。
- 四、110年1~7月薪資平均調升1.76%，會增加健保費收入，請健保署詳細估算金額。
- 五、慢性病連續處方箋如果加收自付額，若以1張2百元估算，請問預估會增加多少金額，可以多收6、10、或是16億元？請協助估算金額。
- 六、軍公教調薪，建議政府應調高5%才合理，可以增加軍公教人員的健保費收入。
- 七、已經有好幾年沒有調降平均眷口數，希望能精算111年應降調多

少眷口數。醫界一直說點值短差幾百億元，雇主在平均眷口數部分已被超收7、8百億元，工業總會估算已經被超收太多了。

八、就業安定基金是資方聘請外勞而放在勞動部的基金，不知道能不能借，健保沒有錢的話可以向中央銀行借錢，利息才會低，才0.2~0.3%而已，不一定要向勞動部借錢。另外，老人工時(高齡者部分工時)已經估算在資方補充保費裡面，每年薪資表只要一出去，就會收到健保署公文，換算薪資與實際保額的差額，2.11%的補充保費補繳單，每1年度的1、2月份就會送到各企業界，所以這些高齡者的部分工時，都是我們資方在繳交2.11%的補充保費，不是沒有繳交。

九、希望健保署不要只聽到部長口頭說不要調費率那句話，他並沒有簽公文，他說要向社會大眾講不調，但很尊重健保會決議，如果健保會決議調就調，部長說尊重健保會委員決議。但總額協商裁決就不尊重健保會的委員決議，我看都是這樣。這就跟基本工資審議委員會開會，我從趙守博先生當委員到現在20幾年，每次在立法院都講說勞資協商決定基本工資調幅，才不是真的，哪1年是我們勞資協商決定的，從來都沒有，都是政府決定調幅。今年之所以調幅5.2%，是因為韓國調高5.1%，跟我們說一定要超過韓國，不然會沒面子，這是面子問題，是政治性決定。

十、蔡總統問我同不同意111年調費率，我已經答應他微幅調整，希望健保費率依據健保法收支連動的精神每年開會1次，不然開會一次做什麼，像今天來開會，浪費很多時間，最後部長決定調整與否，哪1年由健保會決定？都沒有，一直都是這樣子。

十一、建議回歸健保法，每年總額協商完後檢討費率，該調就調，不該調就不調，就像是油價，該漲就漲，該降就降，我認為應該回歸這樣子，讓老百姓知道今年醫療費用使用太多，明年要多繳健保費，這樣才是對的，我認為應該要走健康的走法，相信老百姓會接受。

十二、依據健保法規定，建議微幅調整費率，健保署估算出2個費率，我建議若是建議調整5.23%或5.33%，由健保會決定調多少比較合理，這樣才是對的，回歸法律面來走，要不然永遠吵不完，我的建議是這樣。

翁委員燕雪

一、有關健保開源節流措施，剛剛諮詢委員、健保會委員都講得非常好，我個人都非常贊同。有關開源的部分，有幾位委員提到政府負擔36%的部分，剛好是我擔任科長任內處理，我非常清楚來龍去脈，但我不占用時間，若大家願意聽的話，我很願意說明當初決議的過程，請主席幫我安排時間，我再跟大家報告，當然是大家願意聽的前提下。

二、健保法36%的爭議在立法院、監察院都垂詢調查過，最後認為政府作法沒有違法，公務員要依法行政，我不強調合理性，我強調依法行政，在做法上應該是可以得到肯定。

三、有關節流部分，剛剛幾位委員說得非常好，我們很感佩健保署多年做了這麼多節流措施，但我今年第一次參加總額協商時，我完全沒有感受到節流措施有反映在總額，總額就是一直往上堆疊，健保支出從84年健保開辦2千億元，短短20幾年成長到8千億元，成長4倍，各位要想想這是合理的嗎？之前主計總處曾分析近年的健保總額，國發會有訂定總額的高、低推估，近年總額成長率都偏向高推估，往年是有時候偏低，有時候在中間，但我們近年看到通通都是偏向高推估，這部分從來沒有被檢討過。

四、醫療浪費不能通通怪罪到病人身上，病人跟醫生之間是資訊不對稱的，病人是弱勢，像我下午要去做核磁共振檢查，醫生說需要，但我不知道為什麼需要，有無替代措施，這能怪都是病人醫療浪費，醫界做的檢查難道都不需要被檢討？

五、醫界常強調點值，一直說點值未達1點1元，就是我們虧待醫界。我想請教各位，哪一條法律規定點值要1點1元，健保講的是總

額制，總額就是點值乘上點數。今年總額協商前，健保署提供一份資料，我們看到109年，因為疫情大家減少看醫生，小病就不用跑醫院，所以我們看到整個服務量是下降的，但因為總額定在那裡了，我們發現魔鬼真的藏在細節裡，就是那個點數成長率高到嚇人，點數成長率高過總額成長率，點數一提高點值就往下壓，兩個相乘等於總額，總額是控制住的。醫界就是用提高點數的方式去壓抑點值上升，點值是浮動的，但點數不是，點數一調上去就一直往上走。點數調升應該要回饋到醫護人員身上，但目前血汗醫護問題並沒有解決，點數調升多拿到的錢跑去哪裡？都不檢討支出面的浪費嗎？公式設算的合理性都不用檢討嗎？

- 六、實施健保的國家不是只有台灣，他山之石可以攻錯，建議分析各國的健保制度，讓委員了解，不要閉門造車，國外也許有很好的做法也可以參考，各位委員的發言並沒有反對費率調整，但調整要合理，要能說服所有的付費者，建議也可以參考國外做法。
- 七、剛剛有委員提到國保，並沒有對外借錢，法規規定政府應負擔的錢不夠時，要調高營業稅1%支應，因為營業稅一直沒有調整，變成隔年由政府負擔，確定金額及不調整營業稅，隔年由政府編列預算還這筆錢。國保是年輕的保險，因為目前還是收大於支，所以請國保基金先代墊這筆錢，國保並沒有對外舉債，不能類比。另外國保沒有安全準備的設計，它不是收支連動制度，所謂責任準備金是說如果開徵1%營業稅及公彩盈餘有多收，不是先拿回政府口袋，是先放在保險基金叫做責任準備，它也沒有1~3個月設計，跟健保制度的設計不同，我認為不能類比，因此說健保可以舉債。

劉委員守仁

- 一、關於基本工資調漲，剛剛的簡報資料提到會多收59億元，其實基本工資還會有推升的效果。在企業管理中，原本2萬5千元薪

資的基層員工調薪，也會慢慢推升第2、3層員工的薪資，雇主的支出一定會更多，誠如何委員語所說，企業支出只是保守估計，效果一定會放大。

二、目前雇主的財務負擔，健保有6成，勞保有7成，目前的費率已對雇主造成沉重壓力。今年看到GDP成長率5.88%，大部分來自高科技業輸出，內需產業是非常慘，不然蘇院長也不會提出調漲基本工資的配套措施，請經濟部、國發會等相關部會協商看要怎麼協助補貼，這對內需產業的雇主負擔是相當沉重的，對於調整費率，要很審慎地看待。

三、關於制度問題，剛剛聽了諮詢委員提供的意見，健保支出從2千億元起跳，到現在已經突破8千億元，數字若一直堆疊，是制度問題，真的要審慎看待制度的規劃檢討，不管是保大不保小等等，大家都應該正面看待。

四、關於基金缺口問題，勞動基金的缺口非常嚴重，勞動部去年開始每年撥補200億元去填補缺口，但是還是嚴重不足。今年政府財政是非常好的，不然軍公教不會調薪，財政部公告1~9月已經較去年1~9月超收4,022億元稅金，政府有很多政策工具可以填補缺口，應該可以比照勞動基金處理。

### 胡委員峰賓

健保存在很多問題，錢不是問題，問題是沒錢，除了調整保費外，還有其他值得關注的地方，很多委員提到代位求償，提供3點意見供參考：

一、汽車交通事故請求償付部分，依照健保法第95條第1項可以向強制汽車責任保險的保險人請求償付，這每年有數十億，但都沒有看到任何數據資料，例如每年代位求償件數、醫療費用總金額、求償比率，以及為何沒有求償。

二、公安、重大交通事故、公害、食品中毒事件的代位，這是在106年修正健保法第95條第2項時，賦予健保署可以就這些事故向責任保險的保險人及第三人代位求償，107年台鐵普悠瑪翻車事

故，報載這是健保署第一次用這新法向第三人求償，為何新法修正1年以來都沒有用過，這值得重視。時至今日，健保署有無評估健保法第95條第2項的代位，每年有多少案件可以求償，求償件數及金額，也希望健保署提供資料給委員參考。

三、延續我剛剛所說擴大健保代位求償的部分，健保法第95條僅列舉某些事故才可以代位求償，這應該加以檢討是否合理。舉例，甲拿刀殺乙，乙受傷嚴重健保就住院手術花了100萬元，在民事訴訟上，這100萬元乙不能跟甲求償，因為這並非乙的支出，而是健保支出，一年如果有10件就是1,000萬，如果有100件就是上億，但健保為這些殺人犯負擔，讓加害者得利，造成健保財務惡化，並沒有道理，因此一些侵權行為的醫療給付，應該修法擴大代位。

黃委員金舜

一、回應剛剛許委員馮洪的發言，在很早之前，全國藥師公會在全台25個地方公會就有訓練醫院藥師、社區藥局藥師，針對學校、長照據點、相關團體做用藥指導、用藥專業照護，我們也有跟地方政府爭取經費給出席上課的藥師，獲得的經費當然不多，所以全聯會這塊一直沒有資源，不斷賠錢。

二、我前年擔任台北市藥師公會理事長，向台北市政府申請經費1百多萬元，到澎湖做家庭藥師訪談，我覺得效果相當好，澎湖離島有很多獨居老人，申請外籍看護，看病拿慢性病藥物回家，都亂吃藥。我現在也擔任台北市政府顧問，在上週向台北市府反映，希望台北市政府可以做一些用藥指導，許多慢性病長者看不清字，外籍看護看不懂中文，我們可以透過黏貼紙的方式，像是早上吃的藥就在藥袋貼1隻公雞，中午吃的藥貼太陽、晚上吃的藥貼月亮、睡前吃的藥貼床鋪，不管它是哪1國的看護都可以一目了然。建議健保署可以編一點經費讓社區藥局去提供服務。

三、透過家庭藥師訪談，我發現藥品浪費的比率很高，健保法明文

規定不給付藥師指示用藥，健保給付的指示用藥有1千2百種，現在逐年降低，20幾年下來，還有9百種仍在開立，指示用藥金額約1百元左右，我覺得政府要回歸常態化，不應該繼續開立藥師指示用藥。藥師指示用藥1年花費金額12億元，這是政府明顯違規，卻不改進，希望健保署能聽到我的聲音，希望在場委員可以了解藥師團體對用藥安全、用藥專業照護付出很大的心力，請給我們一點舞台。

侯委員俊良

- 一、針對健保署提供的全民健保110年保險費率方案草案，剛剛有很多委員跟諮詢委員都有提到在最後的結論，建議暫緩調整，理由比較不充足，我覺得還是要針對費率調整進行討論。
- 二、健保制度層面有其設計道理，如果說有很多東西不是專業考量，是用政治因素影響費率討論，到最後我們會付出慘痛代價。以之前軍公教年金改革就是這樣，法律規定調整機制，本來在該調整的時候就要調整，一直不願意調整累積產生問題，勞保也是一樣，都不敢去處理，這部分請所有委員及健保署要深刻地去思考。
- 三、根據健保署提供的資料，103~109年減少重複藥費93.5億元，107~109年重複檢驗費省了10億元。104年健保的保費支出是5,908億元，明年要突破8千億元，7年間成長2千億元，支出成長遠大於節流，面對這樣的問題我們真的要好好思考，包括健保署的資料也提到現在人口是負成長，我覺得應該要檢討這樣的成長是否合理。
- 四、關於節流，節流不應該只提到人民醫療浪費，包括有委員之前提出的政府有些經費不應該從健保支出的項目，也應該要通盤檢討。另外，也應該一併檢討醫療服務提供者，不應該只檢討民眾的醫療行為。要求列出以往委員發言指出應政府支出而非健保支出之資料供討論。
- 五、我也呼應軍公教調薪幅度不該只有3~4%，7%以上都不為過，軍

公教偶爾幾年才調1次，這不太對，軍公教調薪也有助於健保保費收入。

朱委員益宏

- 一、我非常簡短的要回應剛剛翁委員燕雪的發言，我要代表醫界提出嚴正抗議，什麼叫做疫情期间醫界利用調整點數去衝高點數，翁委員是主計總處的代表，主計長是健保局前總經理，翁委員可以請問長官，健保支出從2千多億元成長到8千多億元，難道都是醫界利用點數，無故增加點數造成現在的狀況嗎？我要提出嚴正抗議。不然就請健保署向翁委員說明為什麼會這樣，或請健保署在委員會議正式說明健保支出為什麼從剛開辦的2千多億元成長到現在的8千多億元，並分析原因，是因為健保對於新醫療科技的給付太快或是因為疾病型態改變、老化造成，或是醫界浮報所致，我覺得健保署要分析，要對大眾說明。
- 二、剛剛翁委員燕雪提到點數乘上點值是理所當然，難怪政府不負責任，點數那麼差，難怪政府不願意出面負責，難怪付費者委員一直提36%，政府不願意出，看得出來就是不負責任的政府。
- 三、最後我要補充，不管下個月的委員會議決議費率要不要調漲，健保署建議不調漲，不調漲就會面臨到安全準備金低於1個月，我要提醒依健保法第26條規定，安全準備低於1個月保險給付總額，它不是說年底，只要低於一個月，健保署就應擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議。若下個月委員會議決議不調漲費率，那健保署就要針對每個月安全準備金的餘額提出說明，看何時啟動調整保險給付範圍。

陳委員石池

- 一、建議主席要有點power，很多人的發言都超過3分鐘，未尊重主席意見，建議時間到30秒後就關閉麥克風。
- 二、剛剛委員意見我都很贊同，希望健保署能依法行政，不能破壞二代健保收支平衡原則，不足1個月安全準備金還說不用調漲費率，這是公然違法，除非政策有足夠經費可以彌補缺口，不然

不能這樣做，政府單位不能帶頭違法。

三、剛剛有委員提到政府應負擔36%，我也很贊同，講那麼多年都不動，看得到吃不到，政府該付就要付。

四、署內開源節流政策我很贊同，但幾個地方不妨想一想，很多小吃店都沒有開立發票，這些都是稅，若開立可以拿到很多稅，7-11買10元就有發票，為什麼有些店家不用開立發票。

五、酒駕肇事者應該不予給付醫療費用，因為他傷害很多人，甚至破壞家庭。

六、應適度增加病人的自付額，在台灣就醫太方便，有很多人愛去醫院看急診，在日本不容易看急診，在美國看1次急診至少3萬元，大家不容易去看，在台灣看急診太便宜，增加自付額就能抑制不需要看病的人去看病，不是說病人不能去看病，SARS及COVID-19疫情期間，病人自然減少，重症並沒有減少，死亡率也沒有增加，表示有很多人並不需要看病，病人喜歡看病是心理狀態，應該適度抑制，另外預防工作做得好就可以減少重病。

周主任委員麗芳

一、今天非常感謝所有與會的諮詢委員及健保會委員，因時間有限，沒辦法暢所欲言，若委員還有意見，請提供書面資料。

二、我們會綜整各位諮詢委員、健保會委員所提的寶貴意見，請健保署參酌提出的意見，修正111年度保險費率方案，在11月2日前提案到健保會，健保會將在11月19日第7次委員會議審議費率，感謝大家參與，今天會議到此結束，散會，謝謝大家！

## 111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見

108.4.30

健保會第 5 屆委員聘任後，在 4 月 30 日召開本屆第 1 次委員會議，會中討論衛福部所提之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢案及健保署「111 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」。經委員充分討論，綜合考量健保財務平衡、民眾付費能力後，對於 111 年度總額範圍(草案)提出諸多諮詢意見，提供衛福部陳報行政院核定 111 年度總額範圍的參考。

依健保法第 60 條規定，衛福部須於年度開始前 6 個月，擬訂年度總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。衛福部循例於本(110)年 4 月 8 日召開座談會，收集專家學者、付費者及醫事服務提供者相關團體之意見後，將所擬訂之「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」(草案)諮詢健保會。衛福部提出的草案，111 年度總額成長率範圍為 1.272%(低推估值)~4.746%(高推估值)，預估金額為 7,935~8,207 億元，較前一年增加 99.64~371.88 億元。低推估值是依照公式計算的結果，主要反映人口結構改變、醫療服務成本變動及投保人口數成長等對於醫療費用的影響；高推估值則是「低推估值」(1.272%)加上「調整因素」(3.474%，約 272 億元)，調整因素是配合政策目標，包含健保總額延續性項目或計畫、全民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021-2025 年)等，並衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等研擬。

由於衛福部所擬前述 111 年度健保總額範圍(草案)，涉及保險財務收支之增減變化，為提升健保財務資源運用效率及配置之公平性，健保會依健保法第 5 條規定，於辦理總額之協議訂定等事項，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，請健保署併同提出「111 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，供健保會委員檢視歷年全民健保資源在不同總額部門間的分配及執行狀況，以綜合規劃考量健保財務配置。

本諮詢案經過委員熱烈討論，提出許多諮詢意見，摘要重點意見如下：

一、付費者、專家學者及公正人士委員建議：

- (一)健保署依據總額成長率範圍 1.272%~4.746% 推估健保財務，在 111 年度當年保險收支將短绌 222 億元~492 億元，當年底保險收支累計結餘數僅剩 1.05 個月~0.59 個月保險給付支出。考量 110 年才剛調漲健保費率至 5.17%，強烈建議衛福部應儘速研議財務平衡及開源節流措施，挹注健保財源，以確保 111 年底安全準備能符合健保法第 782 條，維持相當 1 個月至 3 個月保險給付支出為原則之規定，避免在短期內(111 年)再次面臨調整費率之可能。
- (二)因為受到 COVID-19(Coronavirus disease2019，新冠肺炎)疫情衝擊，國內傳統產業及內需產業就業機會減少，雖然 GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)成長，但主要是科技產業成長所致，無法反映整體民眾付費能力。實際上，民眾平均收入變低、所得分配惡化，付費能力下降，加上人口負成長，保費收入恐無法繼續支撐總額支出不斷成長，因此建請行政院核定 111 年度總額範圍時，能考量健保財務狀況及被保險人的財務負擔能力，合理設定總額範圍，確保健保制度永續發展。
- (三)鑑於總額基期不斷擴大，歷年總額配合政府政策投入相當多的預算，如健保醫療資訊雲端查詢系統、C 型肝炎藥費等，建議這些配合政策投入預算後的節流效果，應該列為減項回饋總額基期或納入總額調整因素，以減輕調漲保費的壓力。
- (四)本次提出 111 年度總額範圍之「調整因素」高達 272 億元，其中政策目標多元，結合公衛、照護模式、醫療照護體系、支付制度改革等諸多項目，惟考量當前健保財務及付費能力有限，建議就實際效益先進行專業評估及取捨。另「全

民健康保險醫療給付總額中長期改革計畫(2021-2025 年)」為重大政策方向，建議衛福部陳報行政院時，提供各項政策具體效益，以利後續評估預算及總額範圍設定之合理性。

(五)請檢討低推估公式中「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」計算公式之合理性，並排除其他因政策鼓勵或協商項目投入預算(如 C 肝藥費、新醫療科技)所造成的影響。

## 二、醫事服務提供者委員建議：

(一)低推估值之「醫療服務成本指數改變率」為負值，其數值是因為匯率波動影響所致，但實務上醫療院所採購藥品、醫材的成本並未下降，反而成長，且相關指數為抽樣調查資料，無法反映實際的醫療成本。此外，「躉售物價指數—醫療儀器及用品類」選取的查價項目，並非多數醫療機構常使用的品項，應檢討指數的合理性。

(二)建議運用健保大數據資料，分析最近 1 年各年齡層的醫療費用，以了解人口結構改變下，增加 1 歲會增加多少醫療需求(包括新藥、新科技等)，未來即可以前 1 年各年齡層實際醫療費用，推估未來 1 年各 3 年齡層的醫療費用，使更貼近實際需求。

COVID-19 疫情從 109 年發生至今，對我國整體經濟及醫療供需造成很大的影響，健保會將在行政院核定的總額範圍內，於衛福部正式交議後，考量整體醫療需求及保險收入狀況，集結眾委員的智慧，協議訂定 111 年度全民健保醫療給付費用總額及其分配，讓健保資源做最有效的配置，持續守護全體國人健康。

## 提升民眾牙周照護及感染控制品質，確保口腔健康及就醫安全

110.7.23

健保總額協商及業務監理均為健保會的重要法定任務，每年完成總額協商後，委員為了解各部門總額的執行成效是否符合預期，於次年均會安排健保署進行專案報告，以落實業務監理之職責。健保會於110年7月份委員會議(110.7.23)，安排健保署報告109年度列屬牙醫部門「牙周病統合治療方案」及「全面提升感染管制品質」的執行成果。當日委員在聽取健保署的報告及牙醫師公會全聯會的說明後，大致認可「牙周病統合治療方案」及「全面提升感染管制品質」的執行，對於提升民眾口腔的照護具有效益，惟為使相關方案推動更加完善，乃敦促健保署應會同牙醫師公會全聯會持續監測牙周照護的執行，及提升服務人數、全程照護完成率及醫療品質，並加強對牙醫院所感染管制品質之輔導與查核，期早日達成100%進階感染管制之目標。

為提升民眾牙周照護品質，牙醫門診總額自99年起即編列「牙周病統合治療方案」專款預算，於執行近10年後，委員考量其治療模式及服務量能已趨穩定，乃於協商108年度牙醫門診總額時，由專款項目導入一般服務，使牙周病照護處置成為健保常規的服務項目，讓更多民眾得以接受牙周病治療，惟初期導入常規後執行效率未如預期，復於協商109年度牙醫門診總額時，於協定事項設定執行目標須達30萬人次，若預算(29.079億元)執行率未達8成，將按比例扣款。依提報資料顯示，109年度預算執行率達82.41%、超過8成的目標值，爰無須扣款，服務25.1萬人次，執行率為83.7%，成效良好，另依據牙醫師公會全聯會對接受牙周照護民眾進行抽樣調查之結果，民眾對治療之滿意度亦高達96.77%。

在協商109年度牙醫門診總額時，牙醫師公會全聯會提出牙醫師在治療病患時，彼此暴露於血液、唾液感染之風險環境較高，感染控制工作特別重要，經協商結果，委員同意編列「全面提升感染管制品質」項目，預算10.675億元，用於全面提升感染管制品質，要求所有申請門診診察費之院所，均應符合加強感染管制標準。執行面則請健

保署與牙醫師公會全聯會提高院所訪查抽驗的有效性，及落實院所加強感染管制作業之管理與輔導，並設定牙醫院所須全面執行進階感染管制的執行目標，要求每家院所將消毒層次提升至高壓滅菌層次，降低交互感染機率，並於牙醫院所感染管制 SOP 作業考評表，新增「1人1機高壓滅菌」之項目(使用過後之高速手機及洗牙機頭，須以滅菌袋包裝後，再進行高壓鍋滅菌)。若未 100% 達成執行目標，則將按比例扣款。依提報資料顯示，109 年進階感染管制執行的比率為 98%、實地訪查合格率為 94.7%，均未達執行目標，尚有再精進空間，爰決議依協定內容按比例扣款，於 111 年度總額協商列為減列金額；牙醫師公會全聯會代表在會中也說明，未來將配合健保署持續加強輔導與查核牙醫院所，以早日達成 100% 進階感染管制之目標。

健保會委員非常重視牙周照護及牙醫院所感染管制品質，亦肯定健保署與牙醫師公會全聯會戮力推動相關事項，更期許健保署與牙醫師公會全聯會共同研擬具體解決方案，以確保民眾口腔健康及就醫安全。

## 111 年度總額協商結果及一般服務之地區預算分配

110.10.22

健保會於本(110)年 9 月 23、24 日完成「111 年度全民健康保險醫療給付費用總額」協商，經保險付費者代表委員與醫事服務提供者代表協商，牙醫門診、中醫門診總額及其他預算獲得共識。醫院及西醫基層總額因為雙方對部分項目仍有各自的堅持，乃依法將付費者、醫事服務提供者代表委員之建議方案，以兩案併陳方式，報請衛福部核(決)定。為利後續報部事宜，健保會於 10 月份委員會議(110.10.22)就 111 年度各部門總額協商結果及整體總額成長率進行確認，其中：付費者方案總成長率為 2.577%，醫界方案為 4.233%(詳如下表)。整體而言，111 年度健保總額，不論以付費者委員方案(8,037.4 億元)或是醫界委員方案(8,167.2 億元)計算，都將突破 8 千億元大關。

健保會 111 年度健保醫療給付費用總額協商結果

111 年度 總額	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 方案
金額 (億元)	495.18	296.91	165.79	5,540.67	5,639.54	1,538.84	1,569.79	約 8,037.40	約 8,167.21
成長率 (增加金額)	2.756%	4.208%	4.26 億元	2.567%	4.397%	2.239%	4.295%	2.577%	4.233%

為利後續評估年度總額新增項目之執行效益，10 月份委員會議亦就達成共識部門(牙醫門診、中醫門診、其他預算)，其新增協商項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」進行確認，以併入 111 年度總額協商結果報部，至於未達共識的部門，將另於衛福部核定後最近 1 次委員會議提報、確認。年度執行完成後，新增項目之執行成效將列入總額執行成果評核，評核結果納為未來總額協商參據。

健保會協商各部門總額後，尚須協定各部門總額分配至健保署六分區的預算(地區預算分配)。依據衛福部政策，地區預算係依據「錢跟著人走」的原則，以「各地區校正人口風險後之保險對象人數」(即 R 值)，進行預算分配，但為避免對原有的醫療利用情形產生太大衝擊，

也將「各地區在總額實施前一年的醫療費用」(即 S 值)納為參數，每年議定各總額部門 R 值及 S 值參數占比，並依其服務特性及實際執行情形，漸進增加分配參數中的人口占率。

10 月份委員會議先討論提出地區預算分配建議方案之醫院、中醫門診及西醫基層部門，至於牙醫門診部門因尚待凝聚內部共識，將提 11 月份委員會議討論。有關醫院總額之地區預算分配，醫院協會基於嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)仍持續發生，疫情前景未明，且醫院部門承中長期醫療改革要求，尚有諸多變動待行，建議 111 年維持 110 年門、住診 R 值占率(即門診 R 值占率 51%、住診 R 值占率 45%)，及風險調整移撥款 2 億元。付費者及專家學者代表委員尊重醫院部門維持 R 值占率之建議，惟對於風險調整移撥款額度，考量醫院部門之執行成效良好，且有助於照顧弱勢族群醫療需求，建議移撥額度增加至 6 億元。經充分討論後，醫院代表委員堅持維持 2 億元，最終與付費者代表委員未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就雙方之建議額度，報請衛福部決定。

接著進行中醫門診總額地區預算分配之討論，其分配方式與其他部門不同，因中醫師分布不均、中區就醫率遠高於其他分區及分區間點值落差大等因素，故於 95 年起採用「試辦計畫」分配地區預算。自 98 年起修正試辦計畫，固定東區預算占率 2.22%，以保障偏鄉，其餘五分區預算占率 97.78%，依 6 項參數進行分配，主要以「戶籍人口數占率」(代替 R 值)、「95 年至 98 年實際預算占率」(代替 S 值)，另納入反映就醫次數、醫療費用管控、醫師分布均衡度及保障偏鄉點值等參數。中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)經過內部多方溝通、達成共識，建議 111 年度「戶籍人口數占率」調升 1%(即人口數占率由 13% 調升為 14%、實際預算占率由 67% 調降為 66%)，不列風險調整移撥款。付費者代表委員對中全會的努力表示肯定，同意中全會之建議。

最後討論西醫基層總額地區預算分配案，經過醫界代表委員及付費者代表委員充分溝通，考量疫情期间，面對醫療行為、服務量能可能產生改變，決議依多數委員意見，111 年維持 110 年 R 值占率 68%。至於風險調整移撥款，委員同意醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)之

建議，於確定 R 值占率後，再研提建議之額度及用途，也請醫全會儘速提供建議，以利 11 月份委員會議討論。

本會委員協商地區預算分配時，感於 COVID-19 疫情期間，第一線醫療人員為做好防疫工作，承受龐大壓力，且考量 111 年疫情發展狀況不明，需維持醫療體系穩定及保留醫療量能以因應改變，因此，委員尊重醫界實務執行經驗，對醫界提出之各部門總額地區預算分配建議多予尊重，並期許各區於預算執行上，對各區民眾之醫療需求有最適之規劃，讓民眾獲得更好的醫療服務及品質。

## 衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號  
聯絡人：白其怡  
聯絡電話：(02)8590-6744  
傳真：(02)8590-6048  
電子郵件：1gpai@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月15日  
發文字號：衛部保字第1101260334C號  
速別：普通件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表之pdf檔各1份

主旨：「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，業經本部於中華民國110年10月15日以衛部保字第1101260334號令修正發布，並自110年11月1日生效，茲檢送發布令影本(含法規規定)、修正總說明及修正對照表各1份，請查照。

正本：台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國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、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署

副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理及口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

110.10.15



110CC00705

第1頁 共1頁

# 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準部分診療項目修正總說明

本次醫療服務給付項目及支付標準之修正，為本（一百十）年第四次修正。本次主要運用一百十年醫院及西醫基層總額部門新醫療科技項目預算，新增胸（腹）腔鏡術式之手術項目、「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測」、「Nissen 氏胃摺疊術」及「HIV 1/2 抗體確認檢驗（抗體免疫層析檢驗法）」等共九十八項，及修正相關通則與支付規範。重點如下：

## 一、西醫基本診療（第二部第一章）

（一）住院診察費：修正「器官移植協調管理費」（編號02027B）支付規範，增列併同申報項目（編號75034B及編號76036B）（第二節）。

（二）病房費：修正通則九護理費加成規定，明定偏鄉醫院定義（第三節）。

## 二、西醫特定診療（第二部第二章）

（一）檢查（第一節）：

1.新增「腦膜炎/腦炎病原體多標的核酸檢測」（編號12212B，9,689點）及「HIV 1/2 抗體確認檢驗（抗體免疫層析檢驗法）」（編號14083C，2,011點）。

2.修正「HIV病毒負荷量檢查」（編號14074C）及「人類免疫缺陷病毒抗原-抗體試驗」（編號14082B）支付規範，以及中文名稱。

3.修正「核糖核酸類定量擴增試驗」（編號12185C）等七項目申報規定、中文名稱。

（二）放射線診療（第二節）：配合一百十年七月一日生效之特定診療章屬醫院表別之支付標準調整，調升「乳癌術後低分次全乳照射合併/無合併局部加強照射放射治療」（編號36022B及編號36023B）等二項支付點數。

（三）手術（第七節）：

1.新增「胸（腹）腔鏡食道憩室切除術」（編號71226B，27,515點）等九十五項胸（腹）腔鏡診療項目，並配合修正「腹腔鏡輸尿管取石

術」(編號77030B)及「腹腔鏡式骨盆腔子宮內膜異位症電燒及切除—輕度/中度/重度」(編號80014C、80029C及80031C)等四項目，刪除「含內視鏡費」及「包括腹腔鏡檢查」等文字。

2.新增「Nissen氏胃摺疊術」(編號70419B，9,474點)。

3.水晶體手術增列通則「限眼科專科醫師施行後申報」，並配合修正第一部總則十附表須事前審查之診療項目序號二「白內障手術」，刪除「非眼科專科醫師施行之白內障手術個案」之規定。

(四) 其餘屬文字修正。

三、論病例計酬(第六部)：配合一百十年七月一日生效之特定診療章屬醫院表別支付標準調整，調升論病例計酬之一般外科(第三章)、泌尿科(第四章)及耳鼻喉科(第七章)等十五項支付點數。

四、本次修正自一百十年十一月一日生效。

副本

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 公告

11558



臺北市南港區忠孝東路6段488號4樓

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月19日

發文字號：衛部保字第1100140483號

附件：全民健康保險西醫基層總額支付制度品質  
保方案附表一及附表二



主旨：公告修訂「全民健康保險西醫基層總額支付制度品質確保方  
案」附表一及附表二。

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

部長陳時中

分層負責代辦	一層	二層	三層	四層
			✓	

第1頁 共1頁

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115

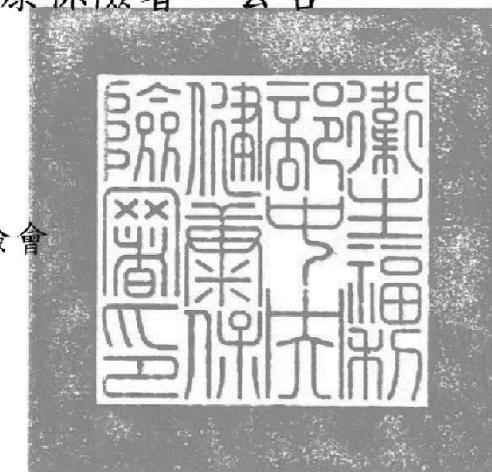
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月13日

發文字號：健保醫字第1100013272號

附件：請自行至本署全球資訊網站擷取



主旨：公告修訂「110年全民健康保險牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」，自中華民國一百一十年一月一日起生效。

依據：衛生福利部110年9月30日衛部保字第1101260314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

衛生福利部中央  
健康保險署核對章(4)

署長李伯璋

簽



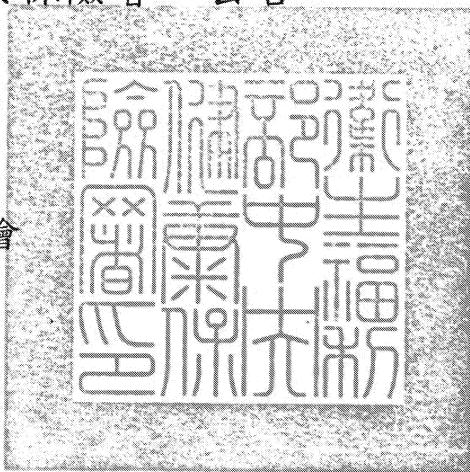
副本

## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
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110年10月20日  
發文字號：健保醫字第1100034547號  
附件：附件請自本署全球資訊網擷取



主旨：公告修正「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者  
醫療服務計畫」，如附件1，訂自111年1月1日施行。

依據：依全民健康保險會協定年度醫療給付費用總額事項辦理。

公告事項：

- 一、法務部矯正署所屬之各矯正機關醫療需求如附件2。有意願參與本計畫者，請於本公告公布次日起3週內(含例假日)提出申請，受理申請截止日110年11月10日。
- 二、附件電子檔已置於本署全球資訊網站(網址：<https://www.nhi.gov.tw/>)，路徑：首頁/法規公告。

副本：法務部矯正署、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、台灣醫院協會、地方政府衛生局、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、衛生福利部心理及口腔健康司、衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本署各分區業務組、本署財務組、本署主計室、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署醫務管理組

衛生福利部中央  
健康保險署印鑑

署長李伯璋



副本

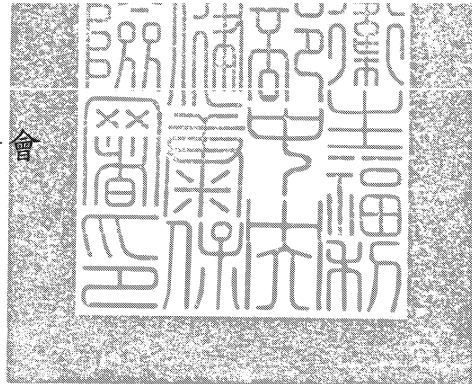
## 衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
臺北市南港區忠孝東路6段488號

裝

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月21日  
發文字號：健保醫字第1100013957號  
附件：如主旨



主旨：公告「全民健康保險提升用藥品質之藥事照護計畫」如附件，並自公告日起實施。

依據：衛生福利部110年10月14日衛部保字第1101260310號函。

副本：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、衛生福利部、衛生福利部食品藥物管理署、全民健康保險爭議審議會、衛生福利部全民健康保險會、本署各分區業務組、本署署長室、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（請刊登全球資訊網）、本署醫審及藥材組、本署承保組、本署醫務管理組

衛生福利部中央  
健康保險署長印

署長李伯璋

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
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110年10月22日  
發文字號：健保醫字第1100013993號  
附件：請逕自本署全球資訊網下載

裝



主旨：公告修訂「全民健康保險末期腎臟病前期(Pre-ESRD)之病人照護與衛教計畫」。

依據：衛生福利部110年10月14日衛部保字第1101260290號函。

副本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、台灣腎臟醫學會、社團法人台灣基層透析協會、社團法人中華民國藥師公會全國聯合會、本署財務組、本署醫務管理組、本署醫審及藥材組、本署資訊組、本署各分區業務組

衛生福利部中央  
健康保險署收發章(2)

署長李伯璋 出差  
副署長 蔡淑鈴 代行

線

衛生福利部全民健康保險會收發



1103300217

第1頁 共1頁

110.10.25

## 附錄六

檔 號：  
保存年限：

### 衛生福利部中央健康保險署 函

地址：臺北市信義路3段140號  
傳真：(02)27069043  
承辦人及電話：張毓芬(02)27065866轉  
2629  
電子信箱：A111037@nhi.gov.tw

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年10月21日  
發文字號：健保醫字第1100034568號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：請自本署全球資訊網自行擷取

主旨：110年第2季「醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」已確認並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查照。

說明：

- 一、依衛生福利部110年8月2日衛授保字第1100009534號函及本署110年8月25日召開之全民健康保險醫療給付費用醫院總額110年第2次研商議事會議決定辦理。
- 二、110年第2季醫院預算支用情形業於110年10月18日以健保醫字第1100034502號函請各全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議代表書面確認在案。旨揭結算說明表請逕自本署全球資訊網下載，路徑為本署全球資訊網/健保服務/健保醫療費用/醫療費用申報與給付/醫療費用支付/醫療費用給付規定/各部門總額預算分配參數及點值結算說明表(105年起)/醫院總額。
- 三、因110年第2季無一般服務點值，本署暫付及核付所採之「最近一季結算每點支付金額計算」，延用110年第1季結

110.10.22



算點值。另預訂自110年10月底辦理110年第2季結算後追扣補付事宜。

正本：本署各分區業務組

副本：申斯靜代表、朱文洋代表、朱益宏代表、何國梁代表、吳明賢代表、吳淑芬代表、吳鏘亮代表、周思源代表、孟令妤代表、林恩豪代表、林鳳珠代表、林慶雄代表、林應然代表、邱仲慶代表、侯明鋒代表、侯俊良代表、侯勝茂代表、施壽全代表、張禹斌代表、梁淑政代表、許惠恒代表、郭錫卿代表、陳文琴代表、陳志強代表、陳智芳代表、程文俊代表、童瑞龍代表、黃遵誠代表、楊俊佑代表、廖振成代表、劉建良代表、劉淑芬代表、劉碧珠代表、蔡淑鈴代表、謝文輝代表、謝景祥代表、謝輝龍代表、鍾飲文代表、顏鴻順代表、羅永達代表、嚴玉華代表、蘇主榮代表、蘇東茂代表、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、台灣醫院協會、中華民國醫師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、臺灣醫療暨生技器材工業同業公會、財政部賦稅署、本署企劃組、本署資訊組、本署財務組、本署主計室、本署醫審及藥材組、本署違規查處室、本署醫務管理組

電 2021/10/22 文  
09:50:27 章  
交 檢

裝

訂

線



副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115  
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110年11月3日

發文字號：健保醫字第1100034606號

附件：如主旨(請至本署全球資訊網擷取)



主旨：公告「111年度全民健康保險醫療資源缺乏地區」施行區域，如附件，並自一百一十一年一月一日起生效。

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、中華民國間業醫師協會、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

衛生福利部中央  
健康保險署核對章

署長李伯璋

線



111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	雲林縣臺西鄉
14	北區業務組	新竹縣寶山鄉	37	南區業務組	雲林縣元長鄉
15	北區業務組	新竹縣北埔鄉	38	南區業務組	嘉義縣六腳鄉
16	北區業務組	新竹縣峨眉鄉	39	南區業務組	嘉義縣東石鄉
17	北區業務組	新竹縣新埔鎮	40	南區業務組	嘉義縣鹿草鄉
18	北區業務組	苗栗縣南庄鄉	41	南區業務組	嘉義縣番路鄉
19	北區業務組	苗栗縣西湖鄉	42	南區業務組	嘉義縣大埔鄉
20	北區業務組	苗栗縣造橋鄉	43	南區業務組	臺南市大內區
21	北區業務組	苗栗縣三灣鄉	44	南區業務組	臺南市七股區
22	北區業務組	苗栗縣獅潭鄉	45	南區業務組	臺南市將軍區
23	中區業務組	臺中市大安區	46	南區業務組	臺南市北門區

111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	臺南市楠西區	63	東區業務組	花蓮縣鳳林鎮
48	南區業務組	臺南市南化區	64	東區業務組	花蓮縣玉里鎮
49	南區業務組	臺南市左鎮區	65	東區業務組	花蓮縣壽豐鄉
50	南區業務組	臺南市龍崎區	66	東區業務組	花蓮縣光復鄉
51	高屏業務組	高雄市田寮區	67	東區業務組	花蓮縣豐濱鄉
52	高屏業務組	高雄市永安區	68	東區業務組	花蓮縣瑞穗鄉
53	高屏業務組	高雄市六龜區	69	東區業務組	花蓮縣富里鄉
54	高屏業務組	高雄市甲仙區	70	東區業務組	臺東縣成功鎮
55	高屏業務組	高雄市杉林區	71	東區業務組	臺東縣卑南鄉
56	高屏業務組	高雄市內門區	72	東區業務組	臺東縣大武鄉
57	高屏業務組	屏東縣萬巒鄉	73	東區業務組	臺東縣太麻里鄉
58	高屏業務組	屏東縣竹田鄉	74	東區業務組	臺東縣東河鄉
59	高屏業務組	屏東縣崁頂鄉	75	東區業務組	臺東縣長濱鄉
60	高屏業務組	屏東縣車城鄉	76	東區業務組	臺東縣鹿野鄉
61	高屏業務組	屏東縣滿州鄉	77	東區業務組	臺東縣池上鄉
62	高屏業務組	屏東縣枋山鄉			

(會議資料第19頁)

補充：四、本會重要業務報告，說明一(三)追蹤表之繼續追蹤項次4之  
健保署說明

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
4	報告事項第1案：委員所提意見，109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告。	送請中央健康保險署回復說明。	於110年10月29日請辦健保署。	委員所提意見，健保署另於「109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」案委員意見回復表中說明。 <u>(如附件)</u>	1.繼續追蹤 2.健保署回復資料， <u>俟委員確認後</u> 解除追蹤	110年11月

附件

健保會110年第6次委員會議(110.10.22)報告事項第1案

「109年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」案

委員意見回復表

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>整體性意見</p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、監理指標的設立基本上是要回應全民健保開辦時的初衷與目的，全民健康保險由健保署負責經營管理，監理指標非常重要，本案建議不應該只是1個簡報，因為資料內容簡略、報告時間也很快，這樣重要的報告建議以書面方式呈現。</p> <p>二、相較於107、108年監測結果報告，發</p>	<p>感謝委員指教，委員所提意見，本署配合辦理說明如下，並已書面形式提供健保會各指標詳細說明，以利彙製成109年全民健康保險年度監測結果報告。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>現今年有好幾個項目健保署都沒有明確提出若排除掉干擾因素，或回應監測報告所提建議，會有什麼樣的結果或意見，希望健保署在未來可以提供更完整的資訊。</p> <p>李委員永振 請參閱會議資料第158頁原列報告事項第三案之說明三，本會同仁將彙製近3年監測結果及趨勢評析資料，3年趨勢評析也就是107~109年，因為110年也快過完了，可以的話放在一起比較有與沒有疫情的年度，到底民眾的需求及利用有何差異？剛才蔡副署長淑鈴也提到部分指標受疫情影響，在9月協商看到的資料，服務量呈現下降，但平均每件點數都是增加，是否可以一併分析原因，到底民眾真正的醫療需求及利用為何，這在將來健保財務不理想的時候會很有幫助。</p>	
<p><b>指標1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)</b></p> <p>劉委員淑瓊 一、區域醫院、地區醫院109年急性病床平均住院天數有提升現象，可能原因為何？ 二、地區醫院近3年急性病床平均住院天數分別為8.26天、8.17天、8.28天，明顯高出醫學中心及區域醫院約1天。經查107年、108年「全民健康保險年度</p>	<p>一、有關109年區域醫院急性病床平均住院天數為7.24天，較108年7.12天，微幅增加0.12天；109年地區醫院急性病床平均住院天數為8.28天，較108年8.17天，微幅增加0.11天，因增加幅度不大，本署將持續監測。</p> <p>二、109年地區醫院急性病床住院天數於</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>監測結果報告」係指地區醫院可能受極端值影響，主要為呼吸照護個案。在剔除極端值後，地區醫院急性病床平均住院天數為何？就地區醫院之長期呼吸照護個案，有無具體改善措施？</p>	<p>刪除申報呼吸照護案件(給付類別9)，其平均住院天數為7.62天。</p> <p>三、對於呼吸器依賴患者部分，本署作為如下：</p> <p>(一) 為促進醫療資源合理使用，減少長期呼吸照護個案醫療費用支出，本署抑制資源不當耗用改善方案訂有「呼吸器依賴病人安寧利用率」指標且每年持續強化推動，查該項指標107年約61.4%，至109年已達約70.5%。</p> <p>(二) 透過安寧療護服務、「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」計畫之推動，以及訂定每年抑制資源不當耗用改善方案，長期使用呼吸器病人之成長已漸趨穩定，本署統計地區醫院慢性呼吸照護病房個案人數自105年約近9千人，逐年下降至109年約7千人。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>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)</b></p> <p><b>何委員語</b></p> <p>關於「急診病人留置急診室超過24小時比率」，近2年因為疫情關係，很多急診室關診不收或快速轉院的情形，但未來疫情結束後，要如何改善，因為沒有疫情以前急診壅塞是蠻嚴重，未來如何改善是很重要的方向。</p> <p><b>劉委員淑瓊</b></p> <p>一、針對急診病人留置急診室超過24小時之情形，本指標僅能窺知整體及各層級的占率，無法藉以瞭解急診壅塞與效率問題之全貌，建請健保署應提供多方比較相關數據指標，而非以片段的數據指標呈現予本會委員，恐低估醫院急診面臨之嚴峻挑戰。</p> <p>二、醫學中心自102年至109年以來，其急診病人留置急診室超過24小時之比率在7%上下波動(<u>如附表1，第19頁</u>)，未見顯著改善趨勢，原因為何？建議應針對急診品質提升方案、分級醫療政策之實施成效進行相關的檢討改善。</p> <p>三、從「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房&lt;6小時」之效率而言(<u>如附表2，第19頁</u>)，醫院急診之效率自102年至109年，沒有顯著改善趨勢。</p> <p>四、研究顯示(如Chalfin, 2007等)，急診重症病人如無法在6小時內獲進一步處</p>	<p>一、統計近2年醫學中心之急性一般病床占床率情形，109年共計有18家(約95%)醫學中心占床率較108年下降。</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，改善措施需多管齊下。本署近年推動分級醫療、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，本署將持續滾動式檢討各項政策，期透過多重策略之介入，改善醫院急診壅塞情形。</p> <p>三、查本署統計資料，109年各層級醫院急診病人急診室平均暫留時間以醫學中心489分鐘最長，其次為區域醫院223分鐘及地區醫院133分鐘。近3年各層級醫院皆呈現逐年減少之趨勢。</p> <p>四、為改善急診品質及效率，鼓勵醫院提升急診病人之照護品質，本署於108年2月修訂急診品質提升方案，新增完成急診重大疾病照護病人進入加護病房&lt;6小時者，每位5,000點獎勵，並新增及調升重症照護(含OHCA、部分重大</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>置，不僅住院天數會拉長、病人死亡率亦會增高。由於109年醫院急診受疫情影響甚鉅，醫改會以107年、108年健保署提供之各層級、五級檢傷分類基準之平均暫留時間(分)而言(<u>如附表3, 第20頁</u>)，在檢傷分類申報案件中顯示，區域醫院的第一級案件平均暫留時間超過6小時；醫學中心的第一、二、三級案件(復甦急救、危急、緊急)平均暫留時間在8小時以上，第一、第二級甚至超過12小時，以上數字應予重視並找出原因與策進作法。</p>	<p>疾病照護)獎勵項目及點數等項目。</p> <p>五、另本署於110年8月19日召開「修訂急診品質提升方案討論會」，邀集急診相關醫學會研議方案修訂事宜，多數代表認同方案已實施近十年，獎勵方式有通盤檢討之需要，故決議請急診醫學會依現行醫療需求，擬具修訂草案後，本署將於接獲該會修訂建議後，據以辦理後續提會討論等事宜。</p>
<p><b>指標1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數：</b></p> <p>何委員語</p> <p>請參閱會議資料第164頁簡報第8張「癌末病人生前6個月申報醫療費用點數」部分，106~108年「死前6個月已接受安寧療護者」之醫療費用點數，相較於未接受安寧療護者的醫療費用點數節省不到1成，106~108年分別為9.1%、8.2%及8.9%，請教健保署要如何改善。</p>	<p>一、推動安寧療護之目的係為減緩末期病人臨終前之疼痛或其他痛苦症狀，滿足其身、心、靈之需要，並提升病人及家屬之生活品質，非以節省費用為目的。</p> <p>二、查癌末病人死前6個月已接受安寧療護者之每人平均醫療費用較未接受者低(108年接受安寧者39.9萬點，未接受安寧者43.8萬點)。</p> <p>三、本署將持續推動各類安寧療護服務，藉由醫事人員向病人及家屬詳細解釋</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
	<p>安寧介入照護之服務內容，適時提供相關衛教及舒適療護指導，以提高更多癌末病人接受安寧療護之意願或儘早介入安寧療護，以期降低疾病末期之醫療費用支出。</p>
<p><b>指標1.4 區域醫院以上初級門診照護率：</b>  <b>劉委員淑瓊</b>          雖然本指標是「區域醫院以上」，但從貫時資料可以看到，醫學中心的初級照護率一直都沒有明顯下降趨勢，即使在107年已開始推動門診減量措施，但醫學中心醫院初級照護率一直偏高，我們真正在意的是醫學中心的「胖門診」或「看輕症」，若此類門診不能減少，難以落實分級醫療與轉診制度。因此建議健保署進一步研析確實降低醫學中心初級照護率的議題，提出每一間醫學中心的初級照護率、初級照護或慢性穩定病人下轉的趨勢報告。</p>	<p>一、107-109年醫院各層級初級門診照護率，醫學中心約14%、區域醫院約19%-20%、地區醫院約32-35%，醫學中心確實低於區域醫院及地區醫院；另醫學中心於108年(13.8%)、109年(13.94%)，較107年(14.14%)為低，109年較108年微幅增加0.14%，本署將持續監測。</p> <p>二、健保保險對象依其意願自由就醫，醫療院所不能拒絕，惟基於醫療專業判斷、個案病情需要，應提供病人適切之上轉、下轉醫療服務；依據本署於貴會110年6月25日會議報告「分級醫療執行成效評估」，其中109年下轉到診所件數(轉診成功)，由107年第3季1.2萬件，至109年第4季達18萬件，已大幅提升，前開109年至診所看診停留期間亦高於108年。</p> <p>三、考量病患係依個別意願自由就醫，各層級院所收治初級門診照護個案之適切比率仍待討論；另對於已固定於醫院持續照護之慢性病患應否下轉，因可能影響連續性照護等議題，仍待凝</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<b>指標1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率</b>	聚社會共識。
<p>劉委員淑瓊</p> <p>一、觀察105Q1至109Q4之「西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率」之趨勢，並未有太大的改變。</p> <p>二、107年、108年「全民健康保險年度監測結果報告」亦指，醫院及西醫基層部門間醫療服務量之變化及轉移情形，在就醫人數或件數皆呈週期性消長，呈現穩定波動。</p> <p>三、綜整以上，顯不同於健保署在109年總額評核投影片、111年費率審議前諮詢會議等場合提供的資料所言：「本署自 106 年執行分級醫療政策，以6大策略各項配套措施逐步推動，經醫界、民眾及相關公部門的努力下，已略見成效，反應在大醫院門診減少，而基層和地區醫院的門診相對增加」，換言之，我們無法從前述數字得到「分級醫療政策已見成效」的樂觀結論，建請健保署應負起誠實經紀人(honest broker)之責任，檢討公關說明與分級醫療政策。</p>	<p>一、109年西醫門診就醫次數為2.6億次，其中西醫基層為1.67億次(占63%)，顯示西醫門診就醫病患，仍以西醫基層為主。</p> <p>二、為壯大基層及提高基層服務量能，健保署自106年推動分級醫療政策，逐年擴大家庭醫師整合照護計畫、放寬基層適用支付表別、提高上轉及下轉之支付誘因等，以整體就醫件數來看，109年1-12月較106年(基期)醫學中心就醫占率由10.65%減少至10.61%，區域醫院就醫占率由15.09%降至14.94%，基層醫療(地區醫院+基層院所)由74.26%增加至74.45%，基層醫療單位之就醫占率相較基期微幅上升，惟因病人就醫習慣非短期能改變，仍須再加強溝通宣導並持續觀察。</p> <p>三、109年因疫情影響，民眾加強個人防疫措施，降低病毒感染風險，故呼吸道症狀、流行性感冒及腸病毒就醫人數明顯減少，致基層院所就醫次數大幅減少。</p>
<p><b>指標1.6 藥品費用占率</b></p> <p>何委員語</p> <p>會議資料第166頁「藥品費用占率」，</p>	<p>一、經查109年上半年總體醫療費用較108</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>就是藥品申報醫療點數除以整體申報醫療點數，109年上半年整體藥品費用占率27.98%，醫學中心藥品費用占率36.57%，當然醫學中心使用重症或罕見疾病藥品比較多，但109年上半年藥品費用占率都是創新高，請教健保署藥品費用增加的主要原因為何？另外，如何稽查哪些藥品費用是屬於防疫用途，由公務預算支應的範圍，是否可以區分不同預算來源來統計？過去曾有人提出部分藥品不應該再由健保給付，而且還有好幾百項的藥品健保可以不給付。</p> <p><b>劉委員淑瓊</b></p> <p>一、藥品費用占率逐年攀升，長期以來未見顯著改善。對此，健保署在近2年的「全民健康保險年度監測結果報告」指出：「(藥品費用)主要受C肝新藥、治療HIV藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調節劑的藥費成長影響」。</p> <p>二、建議在數據趨勢呈現中，應同時並列排除新藥之影響因子後，所顯示的藥品費用占率及趨勢，以利付費者代表及社會大眾瞭解新藥以外的藥品費用之消長，方能分析既有藥品費用結構之合理性。</p>	<p>年同期下降、109年藥品支付價格年度例行調整事宜生效日期延後，均可能為導致109年上半年藥費占率偏高因素之一。另部分新藥簽訂有藥品給付協議，協議返還金額需至110年方能反應，亦可能導致109年藥品費用占率偏高。</p> <p>二、現行藥品費用部分尚無屬政府公務預算支應，均由健保支出。至取消指示藥品給付之部分，現階段仍採雙軌制策略逐步取消指示藥品，分述如下：</p> <p>(一) 倘有醫學相關專業團體提出取消給付，即執行臨床之必要性及需求性評估，並就實況推動不予給付。</p> <p>(二) 主動蒐集相關醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付。</p> <p>三、近期疫情趨緩，本署預計將於年底前召開「全民健康保險收載指示藥品之意見交流會議」，廣納各界意見再行研議。</p> <p>四、感謝劉委員建議，嗣後將於藥品費用占率指標中，呈現排除新藥影響因子後之費用占率及趨勢。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>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</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>本指標是採「全日」平均護病比占率，而非三班護病比，也沒有細分科別，已經是1個寬鬆的標準，而且在98年、104年、107年健保對於護理人力也持續有提出各種補助方案，獎勵條件也非常寬鬆，但從資料中可以看到108年1~12月醫學中心全日平均護病比，能真正做到我們期待的護病比1:7，這是國際上較低的(日本的)標準，事實上只有10.7%，即使是109年疫情影響下，也不到3成(26.3%)，還有很大的努力空間。</p>	<p>一、自104年起全日平均護病比加成之修訂歷程如下：</p> <p>(一) 104年醫院總額於一般服務部門「提升住院護理照護品質」編列20億元預算，其中12億元用於護病比與健保支付連動。本署自104年1月起，於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準推行「護病比與健保支付連動」，加成級距分3級，醫學中心護病比小於9、區域醫院小於12、地區醫院小於15，其住院護理費支付點數可依不同護病比級距，加成7%、8%、9%。</p> <p>(二) 106年5月加成級距由3級調整為5級，加成率調整為3%、6%、9%、12%、14%，以鼓勵全日平均護病比更佳之醫院。</p> <p>(三) 107年12月將全日平均護病比較不佳之加成率下修，並提升全日平均護病比較佳之加成率，調整為2%、5%、14%、17%、20%，以持續鼓勵醫院朝向較佳之護病比。</p> <p>二、有關護病比分三班別或科別登錄部分，本署曾研議並提至本署107年9月5日召開之醫院總額研商議事會議107年第3次會議討論，部分與會代表持反對</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
	<p>意見，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，考量當時預告修正之醫療機構設置標準及醫院評鑑基準條文，均係以「全日平均」護病比進行統計，故建議維持原資料登錄方式。</p>
<p><b>指標3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率」</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、糖尿病、高血壓、高血脂、腎臟病等是易引發多重慢性共病之疾病型態，也多仰賴門診服務。據衛生福利部「2017年群體衛生福利品質指標報告」指出，若糖尿病等因控制不良而住院，則顯示初級照護出現問題。慢性病人可能發生重複就醫行為、住院、再住院，是初級照護的重點對象，雖這類族群應多使用西醫基層或社區照護，卻反經常成為醫院的忠誠病人。對此，政府推動慢性病的有關整合計畫，旨在藉「整合醫療服務」減少病人住院率而與之恐有背道。</p> <p>二、然而，自105年至109年間，不論在各年齡層或整體而言，糖尿病病人住院率難言有顯著改善，甚至若以105年參照，存在惡化的現象(如附表4，第20頁)。再與部分OECD國家比較，台灣的糖尿病病人住院率也較高，甚至落後部分國家3年至5以上(如附表5，</p>	<p>一、隨著人口老化和生活型態改變，糖尿病病人逐年增加。糖尿病可能導致多項併發症，包含視網膜、腎臟及神經病變、動脈硬化症等，且如病情控制不佳，易引發心臟病、中風外，甚至造成失明、洗腎和截肢。查糖尿病病人不同年齡層住院率，歷年於各年齡層分布之趨勢皆一致，隨年紀增加而上升，且以年齡層最高組別(75歲以上)有相對最高之住院率，其主要與高齡者之病情穩定度差、共病較多及自我照護能力之限制有關。</p> <p>二、統計本署109年糖尿病方案照護率為58.3%。分析15歲以上各年齡層照護率，75歲以上為59.4%，屬各年齡層照護率最低；65-74歲為63.9%，屬各年齡層最高。惟糖尿病方案之參與條件與本監測指標之定義不同，難直接援引比較。</p> <p>三、查109年全民健康保險慢性病範圍就</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><u>第21頁</u>)。前述客觀事實，反映整合醫療政策、醫療給付改善方案之設計與推動，仍有不足或無對症下藥的隱憂。</p> <p>三、據108年「全民健康保險年度監測結果報告」，糖尿病人存在「各層級分別就醫」之現象，慢性病人的就醫行為反映分級醫療的落實程度，請教，慢性病人(尤其多重慢性病人)在各層級就醫的分布與上下轉情形如何？慢性病人在各層級分別就醫後，當病情穩定有無在西醫基層照護？抑或仍留在醫院門診、衝醫院門診？</p> <p>四、以健保署公布的「糖尿病醫療品質資訊」所示，第1點，雖然100年至109年糖尿病病人加入照護方案比率已漸達6成，但比較其住院率卻沒有顯著改善趨勢(<u>如附圖1，第22頁</u>)。第2點，糖尿病病人加入照護方案的層級別中，西醫基層百分比最低、不到5成，表示醫院收案情形較佳(<u>如附圖2，第22頁</u>)，如考慮重複收案的情況，基層醫師有多少比例是糖尿病病人的主責醫師？健保署宜就第1點、第2點進行探究與回應。</p>	<p>醫門診病人總計11.4百萬人、91.8百萬件各層級別院所分布以基層診所最多，計29.6百萬件(32.2%)、6.3百萬人(55.1%)，慢性病人以於基層診所接受照護為大宗，另醫學中心最低，計15.0百萬人(16.3%)、2.1百萬件(18.7%)。另查109年參與糖尿病方案之醫師總計4,130人，其中診所參與之醫師為1,743人(占約42%)。</p> <p>四、本署係配合國家衛生政策，結合衛生福利部國民健康署之糖尿病共照網策略推行糖尿病方案，為提升糖尿病照護品質，爰方案規範院所應組成團隊，除醫師外，更需護理及營養衛教人員參與，提供完整的團隊服務。對於一般小型診所或地區醫院可能因門檻過高，而無法加入方案，故本署自105年4月起另推動「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病人就醫資訊方案」，鼓勵上開院所定期追蹤糖尿病人，並將其檢驗(查)結果上傳至本署雲端系統，如醣化血紅素(HbAIC)、低密度脂蛋白膽固醇(LDL)及微量白蛋白(UACR或UPCR)等，如院所定期追蹤病人就醫及上傳檢驗(查)，本署則另支付個案管理費，鼓勵無法參與糖尿病方案院所，仍能積極追蹤糖尿病病人治療狀況，提供糖尿病人者長期且持續完整服務。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標3.3 出院後3日內再急診比率</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、本指標意涵是監控出院病人3日內再急診比率，瞭解病人醫院是否為節省成本，過早讓DRGs病人出院，致降低醫療服務品質。不論在Tw-DRGs案件或一般案件，應關注重點在病人各醫療階段(預防、門診、住院、出院準備、出院後照護等)的銜接情形。</p> <p>二、據108年「全民健康保險年度監測結果報告」(109年疫情影響前)指出，Tw-DRGs案件出院3日再急診比率呈現增加趨勢，宜瞭解Tw-DRGs案件病人有無提早出院之問題，但今年的監測報告卻無對此有相關說明。建請健保署進行相關回應。</p>	<p>一、有關委員所詢Tw-DRGs案件3日內再急診率108年較107年增加，雖107年至108年呈上升趨勢，惟該指標於105年至109年分別為2.00%、1.91%、1.96%、2.02%、1.90%，長期觀察監測指標並未大幅變動。</p> <p>二、本署針對Tw-DRGs案件訂有7項不適當出院狀態之審查指標，如病人病情不穩定狀況不得要求病人出院，並對審查發現不適當出院案件之醫院核刪其申報之醫療費用，惟病人是否需要住院或可否出院仍宜由臨床醫師依個案專業認定，本署無病人是否提早出院之統計資料。</p> <p>三、本署將持續監控Tw-DRGs案件各項指標，並將結果公布於醫療品質資訊公開網，以保障住院病人之醫療照護品質。</p>
<p><b>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比值</b></p> <p>劉委員淑瓊</p> <p>一、會議資料的簡報中僅呈現本指標之比值，卻未能提供各部門的最高、最低之數值。建議未來健保署於資料提供應更周延及完整。</p> <p>二、醫改會以本指標近五年趨勢(如附表6，第21頁)與「全民健康保險年度監測</p>	<p>一、有關指標「以鄉鎮市區發展，觀察最高與最低兩組醫師人力比值」，建議提供各部門最高及最低之數值一節，本署配合辦理。</p> <p>二、另有關鄉鎮市區醫師人力落差及評估醫師數較低之地區醫療需求、醫師留</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>「結果報告」提供之最高、最低兩組每萬人口醫師數(如附表7，第21頁)，觀察發現：每萬人口數雖有增加趨勢，但鄉鎮市區人力落差沒有改善，甚至表現逐年不佳，表示醫師仍多往市區流動。</p> <p>三、除提供資料(如鄉鎮市區醫師數等)應更周延完整外，亦應同等重視醫療服務供給與需求面之符合程度。人力比值無法據實反映出，醫師數較低的鄉鎮之主要醫療需求及其需求科別等。即便醫師數量增加，也未必能夠符合在地需求，亦未必能減少醫師留任率、流動率。因此，宜在觀察醫師數指標之際，同時評估分析各地區的主要醫療需求、醫師留任率與流動率，方能因地制宜。</p>	<p>任率與流動率一節，說明如下：</p> <p>(一) 衛生福利部於110年至113年推動辦理「建構敏捷韌性醫療照護體系計畫(第九期醫療網計畫)」。針對充實醫事人員量能改善執業環境，該計畫訂定相關工作策略如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 精進醫事人員培育及整合照護能力：醫事司持續推動醫院整合醫學制度暨垂直整合銜接照護計畫、醫師及各類醫事人員人力評估，據以調整政策等。</li> <li>2. 提升資源不足地區之醫事人員羅致及留任：醫事司除優化公費醫師培育制度挹注偏鄉醫師人力及改善偏遠地區醫院之人員留任與人力支援外，與本署及附屬醫療及社會福利機構管理會持續推動遠距醫療提升資源不足地區之就醫可近性。</li> </ol> <p>(二) 另為強化偏遠地區醫療服務與資源投入，並鼓勵醫療院所及醫師至偏鄉地區(山地離島、醫療資源不足地區)提供健保醫療服務，本署將持續推動全民健康保險西、中、牙醫醫療資源不足地區改善方案、全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫等獎勵措施。</p>
指標4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>劉委員淑瓊</p> <p>這議題醫界有很多討論，醫改會也曾針對自付差額特材召開過記者會，剛剛健保署報告時講得很快，我想確定一下，「調控式腦室腹腔引流系統」目前申報占率已經達8成以上，口頭報告說明好像已經納入健保給付，而不用自付差額嗎？因為查詢網站資料與簡報所示，目前該項仍需要自付差額。在健保署107年、108年評估報告中都提出，在健保可負擔範圍內可優先納入全額給付，本項若沒有納入健保全額給付，民眾需要自付差額5~7萬元，平均要6萬元，對民眾來說也是一筆負擔。所以凡是民眾需自付差額的特材，我們希望健保署不要再擱置，雖然困難很多，但是對民眾來講還是可以減輕負擔。</p>	<p>一、查健保給付自付差額特材「調控式腦室腹腔引流系統」，自107年起占率超過80%，曾提至107年6月特材專家會議討論是否納入全額給付，惟未獲得臨床專業於臨床指引上之共識。本署已於110年8月18日再次函請相關醫學會協助訂定臨床指引、明確給付適應症及預估年使用量，俟以上學會回復後，將併同考量健保財務等因素，與醫界共同研議納入健保全額給付之可行性。</p>
<p>干委員文男</p> <p>請參閱會議資料第173~176頁「自付差額特材占率」部分，自付差額特材項目有增無減，部分項目申報占率持續上升，如果可以的話希望不要有自付差額特材，健保署可以盡速評估納入健保全額給付的可行性，尤其當民眾上了手術台，有需要這些自付特材時，也只能接受，所以希望這幾項能夠再好好檢討。雖然我們持續監測這些項目的申報情形，但指標沒有很細緻化，因</p>	<p>二、針對10類自付差額特材評估納入全額給付部份，以健保給付自付差額特材「冠狀動脈塗藥支架」為例，於109年申報占率約66%，民眾自付總金額計29億。倘若將10類自付差額特材改採全額納入健保給付，非健保每年總額預算編列下財務足以支應。</p> <p>三、考量新醫療科技進步快速，健保財務有限下，在兼顧民眾使用新醫材權益及降低民眾醫療費用負擔考量下，經醫療專業評估下，部分新醫療科技特材不得不考量按自付差額特材納入健保給付，以符合民眾對健保期待，以及維持健保財務衡平下之權衡作法。</p> <p>四、另為提供民眾醫療資訊可近性，以及增進健保差額給付之效益，已與相關公學協會專業共識，各類別已按「功能</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>為每個特材都太專業了，民眾也看不懂，而且同樣一個特材會有不同的功能和品牌，價格也不一樣，功能不同價格就會差很多，民眾哪有能力可以判斷，希望未來健保署可以改善。</p>	<p>「材質類別」更細緻分類，健保署提供APP及Web版之「醫材比價網」，供民眾查詢健保全額給付與自付差額特材比較，並可查詢該品項之「功能/材質類別」、健保自付差額品項之給付點數、院所收費價格等資訊。</p> <p>五、本署針對民眾自付差額特材品項每年進行整體檢討，並每半年進行自付差額特材開放半年後之檢討。針對自付差額占率高者將優先研議納入健保全額給付。</p>
<p><b>指標5.3 全民健保醫療支出占GDP比率</b> 陳委員秀熙</p> <p>我主要係對於會議資料第178頁簡報第35張「全民健保醫療支出占GDP(國內生產毛額)比率」提供意見，也讓大家參考。之前一直提到政府應負擔健保總經費法定下限36%及健保費率，但健保開辦以來至今，108年全民健保醫療支出(不含部分負擔)占GDP比率約3.52%，這也是很大問題。我提供1個數據讓大家參考，世界各國中和我們一樣是社會保險，健保也是國寶的英國，占GDP為9.9%，被全世界批評最低成本的保險國家，我覺得不應該每次都思考保費占率。當然我也知道應該遵守相關法規，但政府應該思考如果健保是國寶，是人民需要的，應該重視過去付費者代表所提出的問題並解決，</p>	<p>一、指標5.3為「全民健保醫療支出」占GDP比率，其分子「全民健保醫療支出」係參採「全民健保總額結算值」；而OECD Health Statistics指標，為「全國經常性醫療保健支出」占GDP比率，其分子內涵除公部門經常性醫療支出外，尚包含家庭自付項目(如醫療照護及醫療保健用品自付費用等)。上述2項指標定義不同，若要國際比較，建請以定義相同指標為宜。</p> <p>二、2019年主要國家「全國經常性醫療保健支出」占GDP比率，英國為10.2%，德國11.7%，日本11.0%，韓國8.2%，OECD會員國8.8%，我國則為6.1%。</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>因為和世界各國比較，台灣的健保醫療支出占GDP是非常低，美國是16.6%，英國為9.9%，我們的占率真的非常低，必須向政府呼籲要重視這個問題，台灣是以低成本辦理健保，節流當然重要，但如果政府不重視的話，一直讓由民眾、付費者來負擔責任也不合理，我認為這應該檢討。</p> <p>盧委員瑞芬</p> <p>就剛才陳委員秀熙及蔡副署長淑鈴的說明部分，我再做一點補充說明，英國是公醫制度，不是社會保險國家，我們最常拿來比較的是德國、日本及韓國，但這不損剛才陳委員秀熙提到的重點，我們的占率的確是偏低。OECD Health Statistics的數據，全國醫療保健費用總支出占GDP的比率，分子是經常性醫療保健支出，並不包括資本門，只有經常門，台灣的經常性醫療保健支出占GDP只有6.1%，也更強調剛才的重點，我們的占率是低的。</p>	
<p><b>指標5.4 資金運用收益率</b></p> <p>李委員永振</p> <p>請參閱業務執行報告第20頁「表11全民健保安全準備金及營運資金投資概況表」，及會議資料第178頁簡報第36張「資金運用收益率」，兩部分可以一起看。以前我在會議上曾建議資金如何運用，但好像講了也沒用，現在結果</p>	<p>一、全民健康保險係屬「隨收隨付」之短期財務制度，保險費收入主要係用於支應醫療費用，並在安全性及流動性優先於收益性之原則下，進行相關投資運用。按目前健保財務狀況，健保基金僅適合進行短期投資，以利資金能</p>

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p>已經出來了。請大家參閱會議資料第178頁「資金運用收益率」，從107年收益率0.62%，108年提高至0.67%、109年下降至0.59%。另外，依之前執行業務報告顯示，110年1月資金收益下降至0.4%，之後更下降至0.37%、0.36%、0.35%，截至110年9月只剩0.33%。現在是健保財務最艱困的時候，資金運用收益卻一直下降，建議應該好好檢討。另外，現在將資金收益率0.33%和五大銀行定存比較，這個標準太低了，五大銀行1年期及3年期大額定存平均利率只有0.13%及0.17%，顯得資金收益率0.33%好像還很好，我建議以政府公債利率作為標準，因為政府公債利率被視為無風險利率，也是金融商品定價基準，以目前這個標準太寬鬆，至少要用政府公債利率作為標準和努力，這樣比較理想。</p>	<p>順利撥付醫療費用。</p> <p>二、查政府目前並未發行1年期之公債，其發行年期均在2年以上，其中2年期平均利率介於0.132%至0.225%；健保基金110年截至9月健保資金整體運用平均收益率為0.33%，仍優於前開政府公債收益率。</p> <p>三、未來仍將秉持安全性及流動性原則，考量各種投資工具之發行狀況，選擇收益率較高的投資工具。</p>
<p>何委員語</p> <p>關於資金運用收益部分，剛才李委員永振也提出許多意見，9月底收益率才0.33%，我不知道為什麼整個資金收益率非常低，過去我們也講好幾次，建議應該檢討健保基金的投資績效，及以公債殖利率作為基準來考量。</p>	

委員意見(含書面)	健保署回復說明
<p><b>指標5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率</b></p> <p>千委員文男</p> <p>按照權責收支來看，呆帳金額越來越高，請參閱會議資料第179頁呆帳提列數與保費收入數之比率，109年1.31%，比108年1.24%還高。</p>	<p>109年起新冠肺炎(COVID-19)疫情持續衝擊社會經濟生活迄今，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致比率較108年上升。</p>

附表 1 急診品質提升方案之壅塞指標

醫療利用情形／方案年度	壅塞指標			
	急診病人停留超過 24 小時之比率			
	全國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	2.9%	7.6%	1.5%	0.4%
103	3.0%	7.6%	1.7%	0.5%
104	2.7%	7.1%	1.4%	0.5%
105	2.7%	6.6%	1.5%	0.7%
106	2.8%	6.8%	1.5%	0.8%
107	2.7%	6.8%	1.5%	0.6%
108	2.8%	7.0%	1.6%	0.5%
109*	2.3%	6.1%	1.3%	0.4%

\*109 年醫院急診受 COVID-19 疫情影響

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

附表 2 急診品質提升方案之效率指標

醫療利用情形／方案年度	效率指標			
	完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6 小時之比率			
	全國	醫學中心	區域醫院	地區醫院
102	78.3%	71.6%	87.4%	76.1%
103	75.4%	68.2%	86.9%	75.1%
104	<b>62.8%</b>	<b>53.7%</b>	79.9%	<b>48.6%</b>
105	<b>59.8%</b>	<b>50.4%</b>	81.3%	<b>45.7%</b>
106	<b>65.1%</b>	<b>57.9%</b>	80.8%	<b>50.7%</b>
107	<b>61.9%</b>	未提供	未提供	未提供
108	<b>63.1%</b>	未提供	未提供	未提供
109	<b>60.1%</b>	未提供	未提供	未提供

資料來源：全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽、全民健康保險各部門總額評核會報告，醫改會整理

附表 3 醫學中心、區域醫院檢傷分類基準申報案件與平均暫留時間

層級	檢傷分類	107 年			108 年		
		申報件數	占比	平均暫留時間(分)	申報件數	占比	平均暫留時間(分)
醫學中心	第一級	68,792	3.6%	760	64,475	3.2%	789
	第二級	298,690	15.8%	737	299,826	15.0%	734
	第三級	1,328,720	70.1%	520	1,400,372	70.2%	542
	第四級	167,154	8.8%	184	165,365	8.3%	186
	第五級	9,665	0.5%	81	9,859	0.5%	80
	其他	21,614	1.1%	481	53,974	2.7%	513
	總計	1,894,635	100.0%	537	1,993,871	100.0%	550
區域醫院	第一級	95,054	2.7%	423	94,939	2.6%	416
	第二級	363,304	10.2%	349	374,819	10.2%	348
	第三級	2,547,541	71.2%	240	2,649,343	72.1%	246
	第四級	492,253	13.8%	117	473,768	12.9%	114
	第五級	43,402	1.2%	63	42,474	1.2%	61
	其他	37,139	1.0%	315	41,241	1.1%	280
	總計	3,578,693	100.0%	240	3,676,584	100.0%	244

資料來源：中央健康保險署，醫改會整理

附表 4 糖尿病病人住院率

年齡層／年度	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年
15-24	0.02%	0.02%	0.02%	0.02%	0.03%
25-34	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%	0.03%
35-44	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%	0.06%
45-54	0.10%	0.10%	0.11%	0.11%	0.11%
55-64	0.16%	0.16%	0.18%	0.17%	0.17%
65-74	0.29%	0.31%	0.32%	0.32%	0.31%
75~	0.52%	0.53%	0.56%	0.58%	0.57%
整體	0.13%	0.13%	0.14%	0.14%	0.14%

資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

附表 5：部分 OECD 國家糖尿病病人住院率

國家／年度	103 年	104 年	105 年	106 年
加拿大	0.09%	0.09%	0.09%	0.10%
丹麥	0.12%	0.11%	0.11%	0.10%
挪威	0.08%	0.07%	0.08%	0.08%
瑞典	0.10%	0.09%	0.09%	0.08%
英國	0.07%	0.07%	0.07%	0.07%
芬蘭	0.15%	0.14%	0.11%	0.12%
台灣			0.13%	0.13%

資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

附表 6：以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力比值

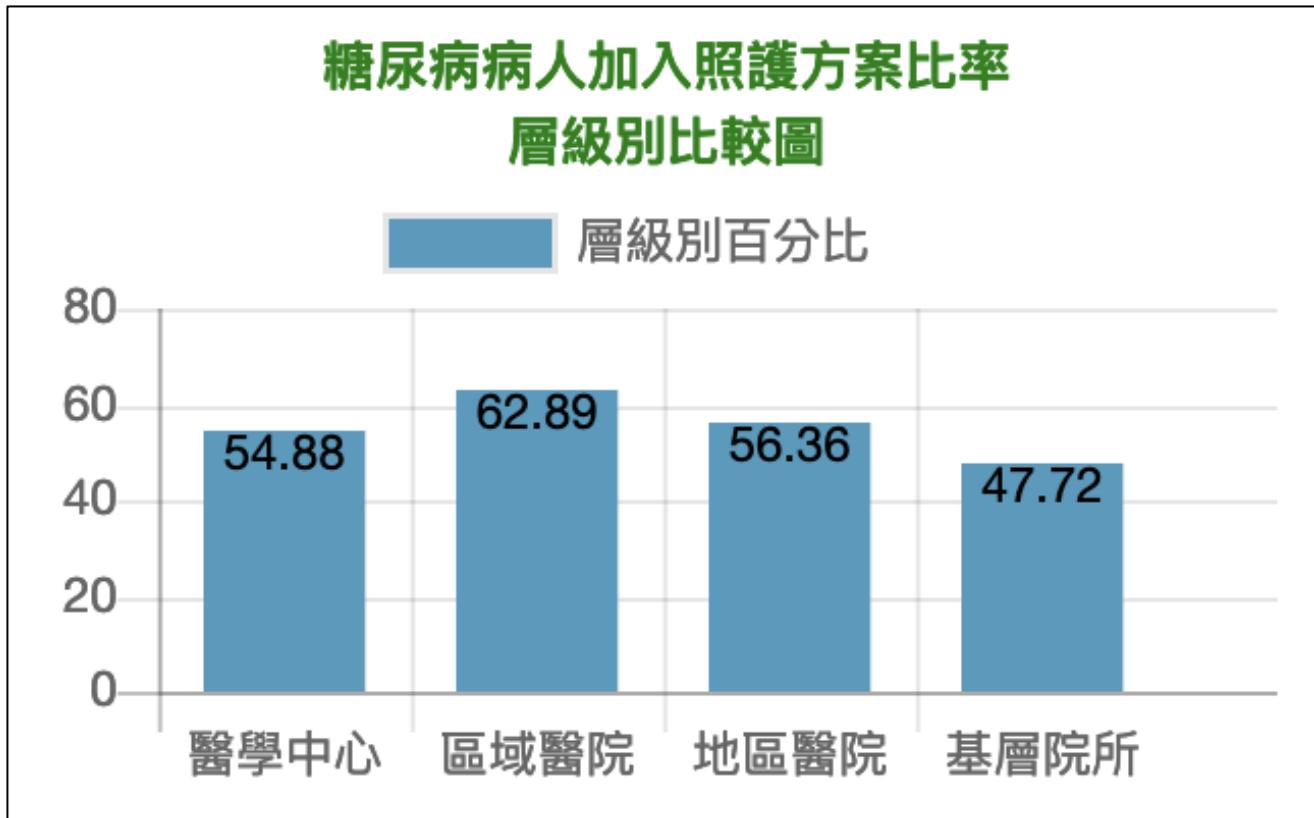
年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
105	7.70	73.53	2.16	9.81	11.91
106	7.96	79.36	2.18	9.65	13.35
107	8.00	76.71	2.21	8.44	13.65
108	<b>8.24</b>	<b>73.09</b>	2.27	8.82	<b>13.23</b>
109	<b>8.68</b>	<b>83.29</b>	2.40	8.29	<b>13.87</b>

附表 7：最高、最低兩組每萬人口醫師數

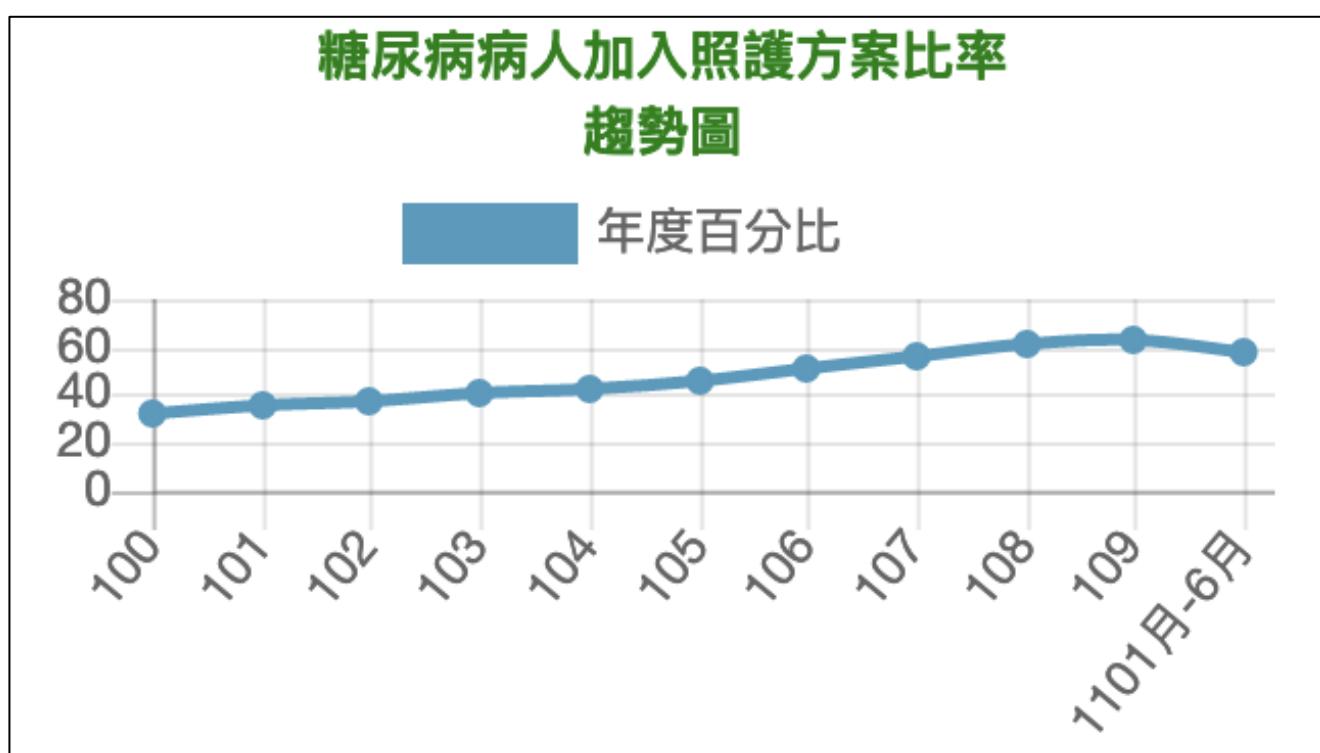
年度	總計		醫院		西醫基層		中醫		牙醫	
	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低	最高	最低
105	37.3	4.8	17.4	0.2	7.6	3.5	3.4	0.3	8.9	0.7
106	38.3	4.8	18.0	0.2	7.7	3.5	3.5	0.4	9.1	0.7
107	39.4	4.9	18.5	0.2	7.9	3.6	3.6	0.4	9.4	0.7
108	41.2	5.0	19.8	0.3	8.1	3.6	3.8	0.4	9.6	0.7
109	未提供									

資料來源：全民健康保險年度監測結果報告，醫改會整理

附圖 1：糖尿病病人加入照護方案比率趨勢圖



附圖 2：糖尿病病人加入照護方案比率層級別比較圖



# 衛生福利部全民健康保險會 第5屆110年第7次委員會議

## 「110年第3季全民健康保險業務 執行季報告」

中央健康保險署  
李伯璋署長  
110年11月19日





# 衛生福利部施政滿意度調查

## 全民健保滿意度上升

施政項目	滿意度		
	109 年 第二次	110 年 第一次	增幅
醫療衛生施政表現	91.3%	84.7%	-6.6%
1922 防疫專線諮詢	82.8%	76.0%	-6.8%
宣導 COVID-19 防治表現	91.3%	78.9%	-12.4%
全民健保	88.4%	91.3%	2.9%
嬰幼兒疫苗預防接種	87.6%	81.8%	-5.8%
四項癌症篩檢服務	95.4%	91.8%	-3.6%
打擊食安犯罪	68.9%	61.1%	-7.8%
查看醫療器材許可證標示	87.8%	80.5%	-7.3%
提升民俗調理服務品質作法	80.5%	77.7%	-2.8%
中藥藥品許可證查詢	85.6%	80.5%	-5.1%
小朋友牙齒保健服務	90.4%	88.0%	-2.4%
公開護理之家評鑑政策	91.5%	80.9%	-10.6%
護理職場爭議通報平台	90.0%	84.8%	-5.2%

\*\*說明：室內公共場所禁菸表現，上次調查為 108 年度，故不放入兩次調查比較中。



# 「人工頸椎椎間盤」納入給付

108年開始討論，歷經2年多溝通**110年12月1日納入給付**

李明依不爽多花23萬！轟  
政府有給付不早說 健保  
署回應了

更新時間：2021/11/14 21:02



- ✓ 溝通，溝通，再溝通！
- ✓ 110年9月通過，10月完成9家廠商協議，11月公告，**12月生效！**
- ✓ 全額**給付233,658點**，每年約1,000人受惠，支出約2.34億點。
- ✓ 專業共識，需事前審查，每次手術以**給付1顆**為限(未來視預算放寬給付)。

李明依做完手術才知可以省  
23萬，批「政府不早說」！  
律師發文反酸，國家只做錯1  
件事

道。不過隨著事情越演越烈，引來律師林  
智群發文指出，「國家在這件事上，唯一  
做錯的就是沒給藝人特殊待遇。」

李明依為手術「多花23  
萬」怒槓健保署 院方低  
調打臉她！術前已充分告  
知

更新時間：2021/11/15 17:03



# 「妊娠糖尿病血糖試紙」納入給付

聯合新聞網

聯合報數位版 經濟日報數位版 緯景工程 有設計 有行旅 我的新聞 登入

即時 要聞 娛樂 運動 全球 社會 地方 產經 股市 房市 **生活** 健康 標世代 文教 評論 兩岸 數位 旅遊 Oops 閱讀 線上  
妊娠糖尿病血糖試紙 下月起健保給付

2021-11-05 00:17 聯合報／記者邱宜君／台北報導

+ 孕婦



健保署自12月1日起給付有妊娠糖尿病的孕婦每天5片血糖試紙，直到生產。圖／123RF

資料來源：110年11月5日聯合新聞網剪報

- ✓ 99年6月1日納入健保，原僅給付第一型糖尿病患者，支付點數每片8.1點，每日支付4片。
- ✓ 110年10月共擬會議討論，為使**孕產婦**獲得良好血糖控制與照護，提升新生兒健康，通過給付。
- ✓ 110年12月1日起，妊娠糖尿病患者，每日支付5片，每年約1.2萬人受惠，推估增加健保支出約0.44億點。



# 精神醫療照護

## 精神科就醫人數

109年精神科就醫人數139.8萬人

## 思覺失調症方案照護

- 109年慢性精神病重大傷病領證人數中，思覺失調症約10.1萬人  
思覺失調方案收案6.1萬人(約占60%)
- 110年9月1日起方案增列「當年度新增連續施打長效針劑4個月以上之個案」  
獎勵1,000點至1,500點

## 領有精神科專科醫師且執業人數

截至110年11月2日共1,650人(醫院1,057人；西醫基層593人)

	醫院(占率)	西醫基層(占率)	總計
醫師數	1,057(64%)	593(36%)	1,650



# 加速找出C肝病人

## ❖ 提供潛在病人名單供衛生局轉介治療

彙整14萬名潛在個案(包含0.7萬名RNA檢驗結果陽性及13.5萬Anti-HCV檢驗結果陽性)，於110年10月4日函知各地方政府衛生局，以利轉介用藥治療或檢驗RNA。

## ❖ 雲端系統B、C型肝炎專區自110年3月31日起提供查詢



### 用藥紀錄

- B肝口服抗病毒藥品
- C肝全口服新藥
- C肝ribavirin
- 干擾素



### 檢查檢驗紀錄及結果

- B肝抗原
- C肝抗體
- B肝DNA病毒量
- C肝RNA病毒量
- C肝病毒基因型



### 就醫紀錄

- 主診斷是B、C型肝炎之就醫紀錄



### 成人健檢-

### B、C型肝炎篩檢

- B型肝炎表面抗原(HBsAg)
- C型肝炎抗體(Anti-HCV)
- 成人預防保健服務資格
- B、C型肝炎篩檢資格

104年起

最近1次用藥紀錄、檢查檢驗紀錄及結果、就醫紀錄

100年起最近1次篩檢結果+最近1次陽性

介接國健署相關服務資格

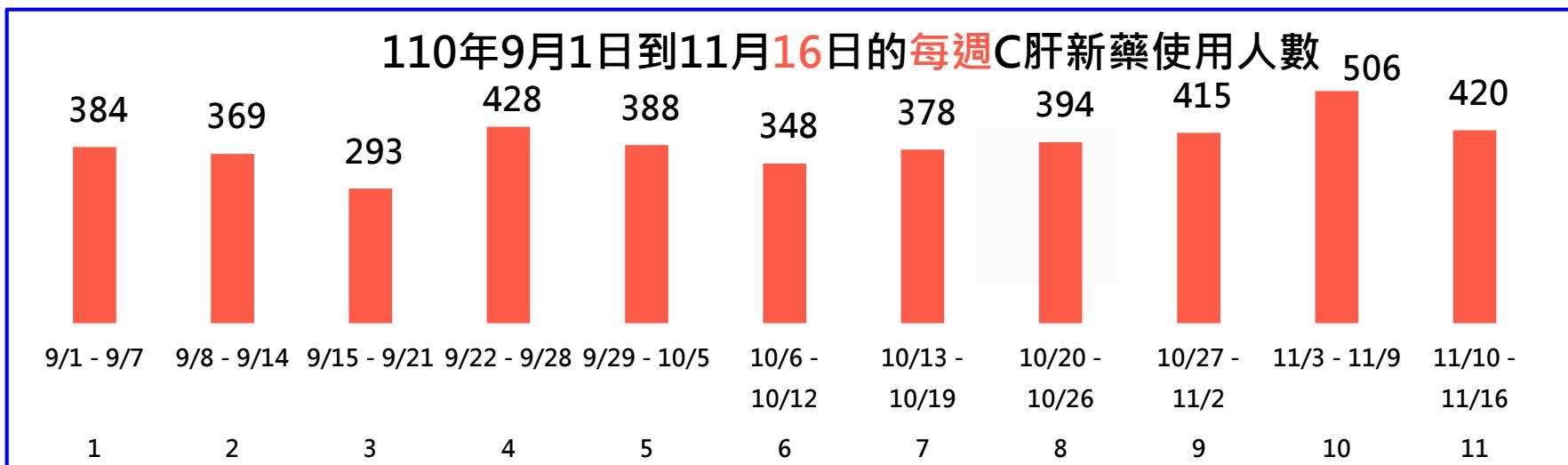


# C型肝炎全口服新藥 (DAA) 推動成果

- 近四年已累積12.8萬人接受全口服新藥治療，距離C肝消除目標（達25萬人）還剩12.2萬人。近四年治療成功比例平均達98.4%

年度	106	107	108	109	110	總計
人數	9,537	19,552	45,799	36,159	17,804	128,851

- C肝「高風險」及「中高風險」之鄉鎮區中，有87個（72%）鄉鎮區不具消化科醫師，為使病人能及時得到治療，健保署已於**110年10月22日公告放寬DAA之處方醫師資格**





# 健保醫療資訊雲端查詢系統

## 新增「高風險藥品同藥理」重複用藥提示(API)

- 110年10月7日起新增5類高風險藥品以同藥理(ATC前5碼)及同劑型進行檢核，以提升病人用藥安全。
- 截至110年11月14日計有1,583家院所使用，共查詢41萬次。





# 異常管理專案報告

## ➤ 109年影像上傳率低院所篩異管理

### 監測

109年影像上傳率低院所

### 透析

以指標分析篩選疑似異常申報情形：  
不符適應症、重複執行、不宜併報

### 篩異

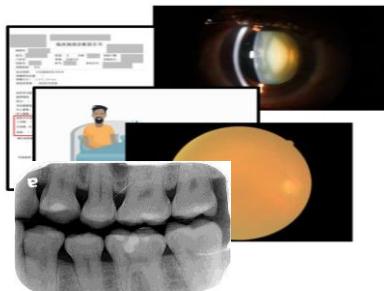
異常院所加強抽審

## ➤ 影像相似度偵測重複管理

- 本署開發影像相似度偵測之AI模型，以防範「醫療院所檢送不同病人之檢查結果，以相同影像上傳」。
- 後續將AI模型分析結果進一步剖析與查證。

### 【上傳資料】

-多種檔案格式



### 【影像分群】

眼科-眼底鏡、隙細燈、超音波



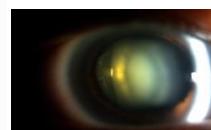
牙科-牙根尖、環口牙片、咬翼片



其他影像



### 【偵測相同/高相似影像】



VS.



VS.





# 「施打COVID-19疫苗併報健保」 自清專案



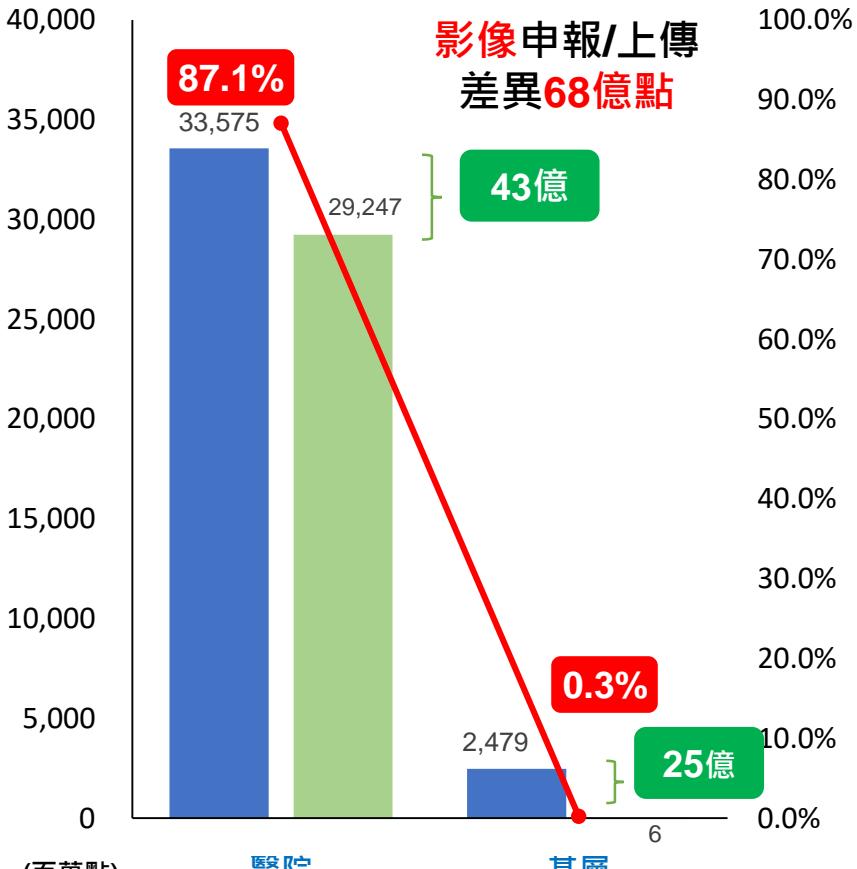
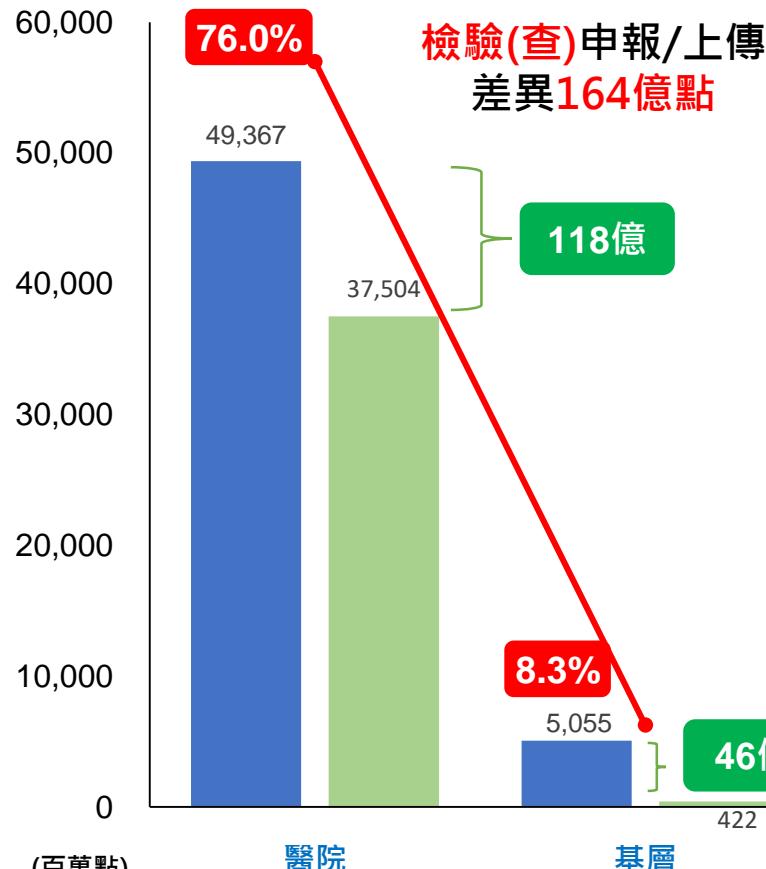
※資料統計：截至110年11月03日止

# 臺北業務組109年專案追扣、自清及查核成果

類型 總額 部門	專案追扣 (單位：點)	自清案件點數		查核 (查處追扣金額)			總計點數 (單位：點)
		院所自清 (費用科)	自願繳回 (醫管科)	其他行政 追扣金額 (單位：元)	扣減基數 金額 (單位：元)	罰鍰基數 金額 (虛報金 額) (單位：元)	
醫院總額	203,993,979	105,763,928	1,217,617	88,526	271,177	-	311,335,227
西醫基層	41,807,399	6,709,357	27,482,422	4,284,094	212,519	790,099	81,285,890
牙醫總額	8,679,222	8,032,377	50,542	45,559	-	228,834	17,036,534
中醫總額	3,993,249	2,275,793	2,877,279	197,026	1,173	64,902	9,409,422
總額總計	258,473,849	122,781,455	31,627,860	4,615,205	484,869	1,083,835	419,067,073
略計	2.5億(點)	1.2億(點)	3,100萬餘(點)	460萬餘(元)	48萬餘(元)	108萬餘(元)	近4.2 億點

# 109年檢驗(查)/影像申報及上傳情形

申報/上傳差異232億點

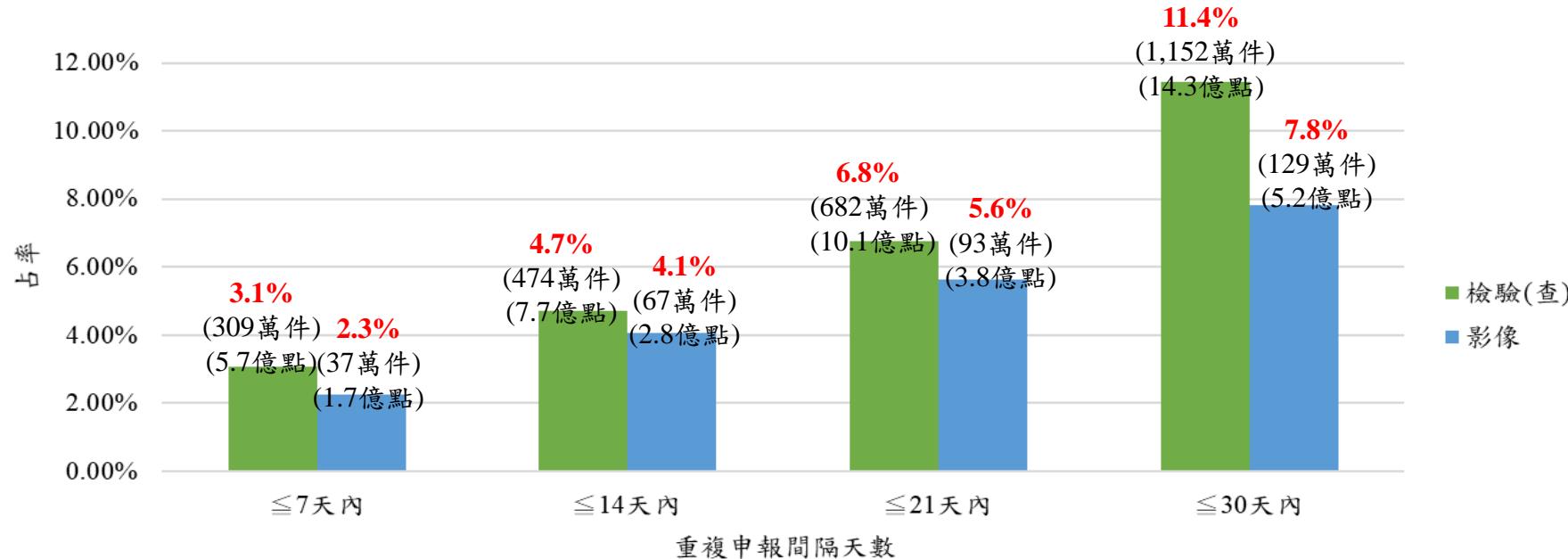


■ 申請點數 ■ 上傳點數 ■ 點數上傳率

■ 申請點數 ■ 上傳點數 ■ 點數上傳率



# 109年有申報未上傳案件中， 同個案同醫令30天內重複申報



- ✓ 109年有申報未上傳案件：檢驗(查)1億件、影像1,652萬件。
- ✓ 同個案同醫令30天內重複申報：檢驗(查)占率均較影像高。

110年11月18日以署長信箋，請院長留意  
院內上傳率低且執行異常之檢驗(查)項目



# 建立以病人為中心之健保就醫資料



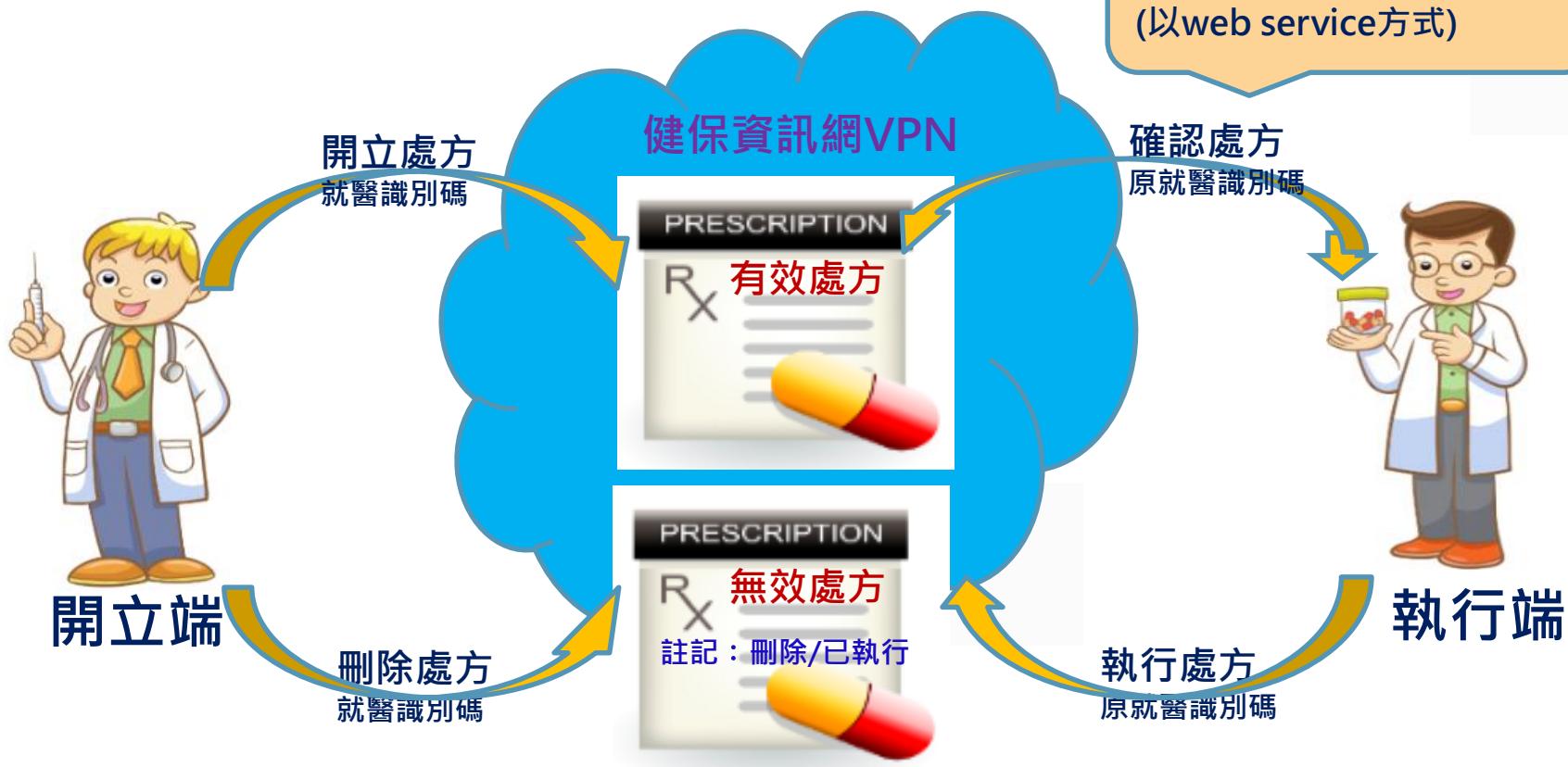
- ◆即時上傳資訊分享
- ◆簡單、明確KEY值及上傳檢查(驗)結果與醫療費用申報
- ◆以病人為中心之就醫資料即時分享利用：醫療雲端資訊及健康存摺



# 健保卡資料上傳格式2.0

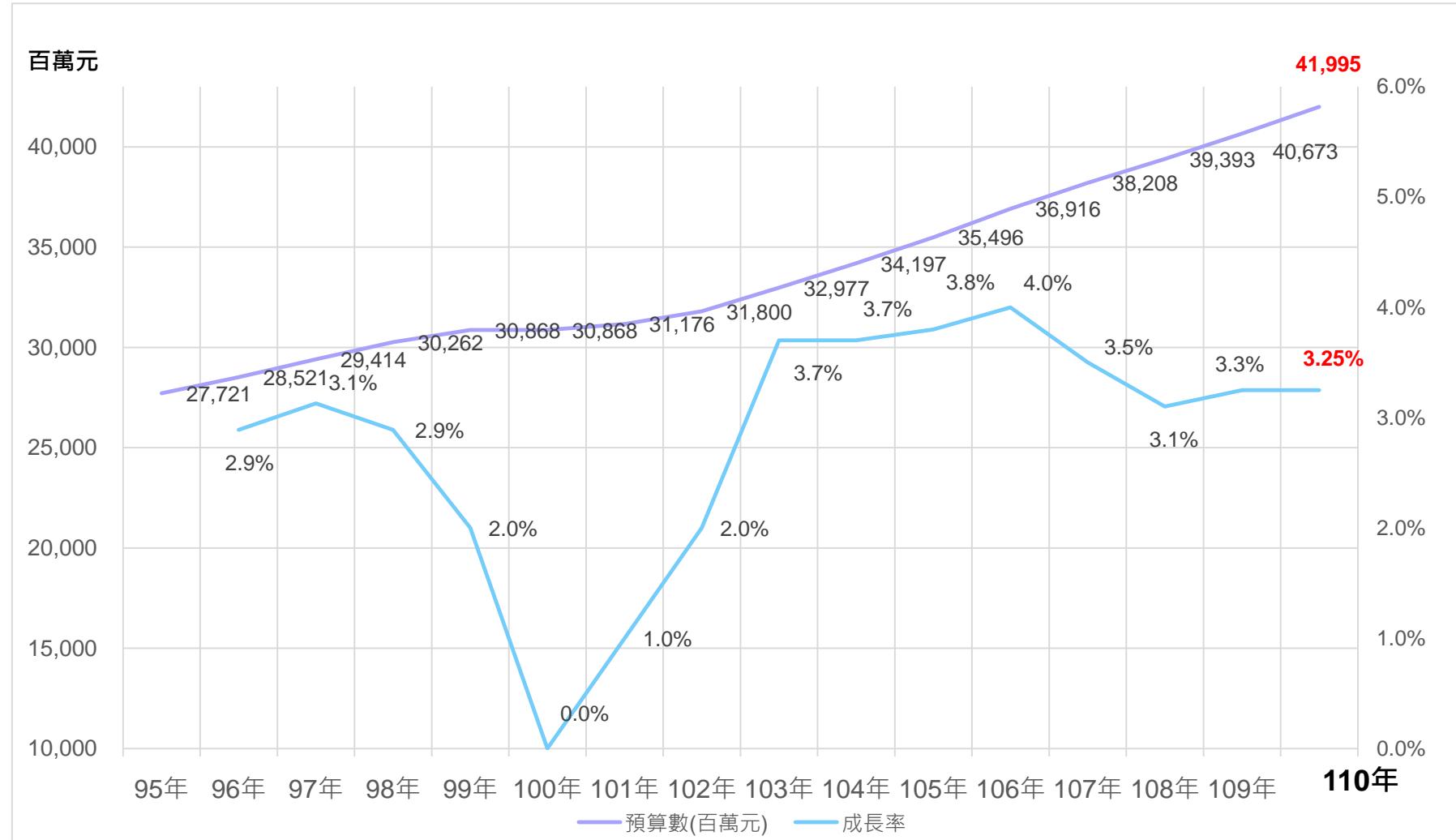
## 就醫識別碼

### 勾稽有效處方情境





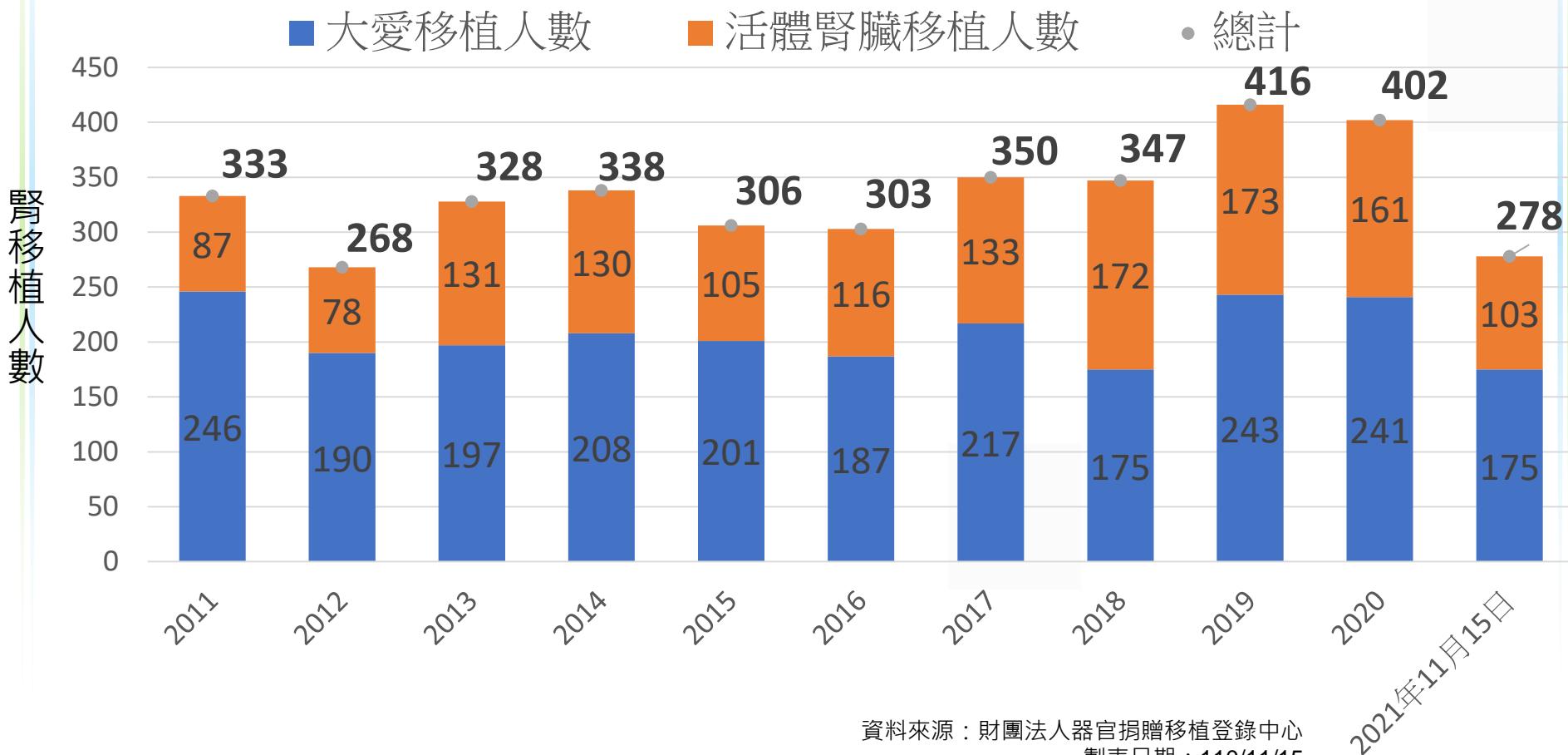
# 95年-110年門診透析預算持續成長





# 臺灣腎臟移植趨勢

- ◆ 每年腎臟移植新個案數約300~400例  
(其中活體移植約100~170例)



資料來源：財團法人器官捐贈移植登錄中心  
製表日期：110/11/15



清除  
腐肉

洗淨  
傷口

減壓  
保養



- 機構數：  
7→17家
- 治療人數：  
37→162人

實施前



實施後



遠距視訊，影音指導傷口照護



醫院端  
整形外科醫師



機構端  
傷口護理師

- 「智慧遠距傷口照護計畫」：清潔保養
- 法規鬆綁：爭取健保給付。

# 補足偏鄉醫療資源

首創連結扶輪社捐贈醫療巡迴車，因地制宜規劃需求

創新

## 車種

### 需連結外界資源 原因(設備不足)

### 評估設備需求及 使用/管理者

### 效益



38處偏鄉無眼科

- 4縣市共用1台
- 管理：嘉義聖馬爾定醫院



207巡迴場次，  
4209服務人次



- C肝高盛行區
- 無行動式超音波儀器

- 規劃每40-60萬人1台
- 6家醫院各自管理，配合巡迴醫療及外展門診



以躺椅或桌子替  
代診療椅

- 牙科X光及2張牙科診療椅
- 嘉義縣牙醫巡迴醫療
- 管理：嘉義縣衛生局

1年巡迴里程數  
>1萬公里(環島9  
圈)，造福2665  
位民眾



乳攝車儀器故障  
待編列預算修復  
或購買

- 衛生局行動醫院乳癌篩檢
- 管理：部立臺南醫院

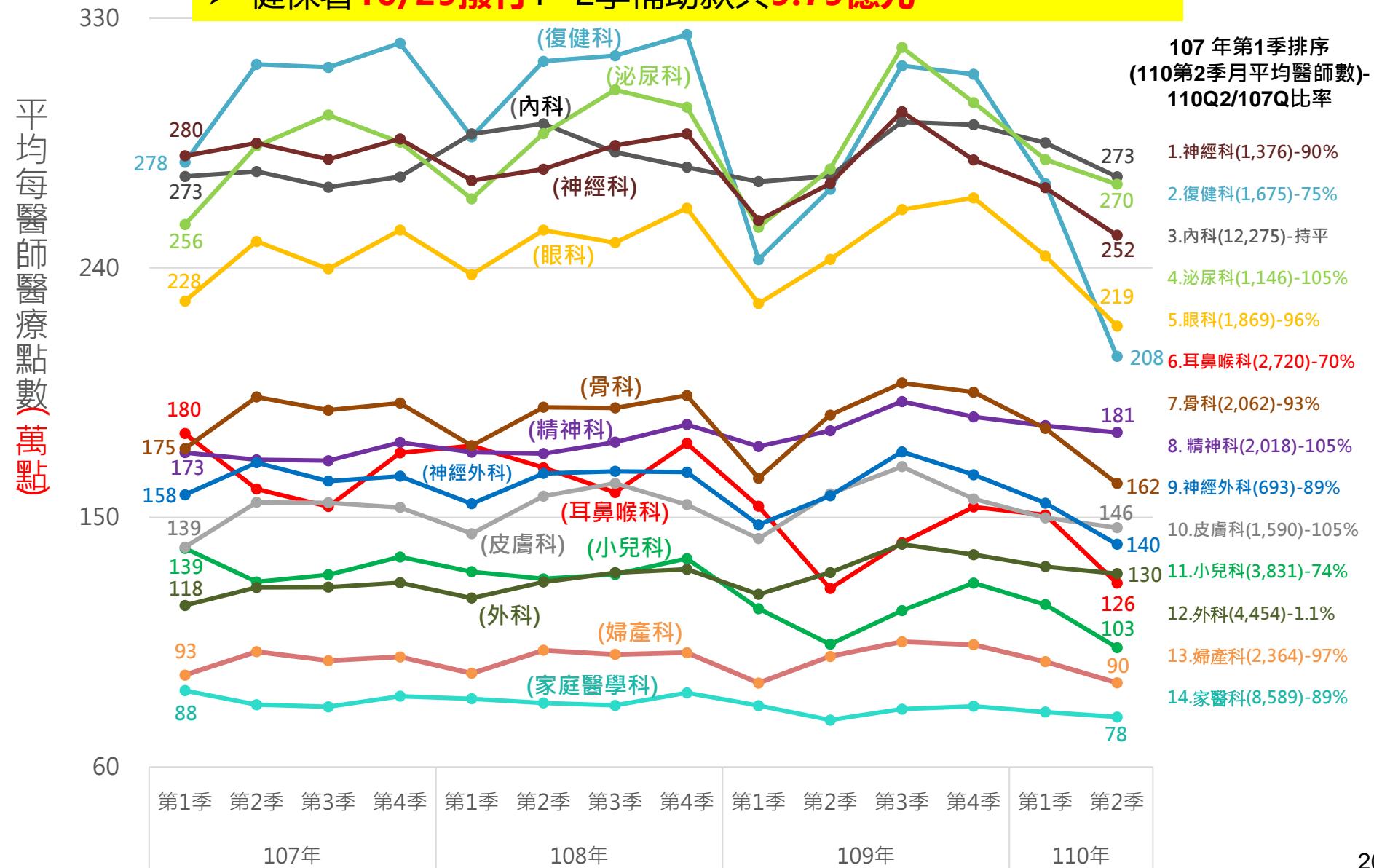
預計每年至少100  
場  
提升乳癌篩檢率

\*腹超車:多功能超音波巡迴醫療車

#乳攝車:3合1乳房攝影車(含乳房攝影、乳房超音波、子宮頸抹片檢查)

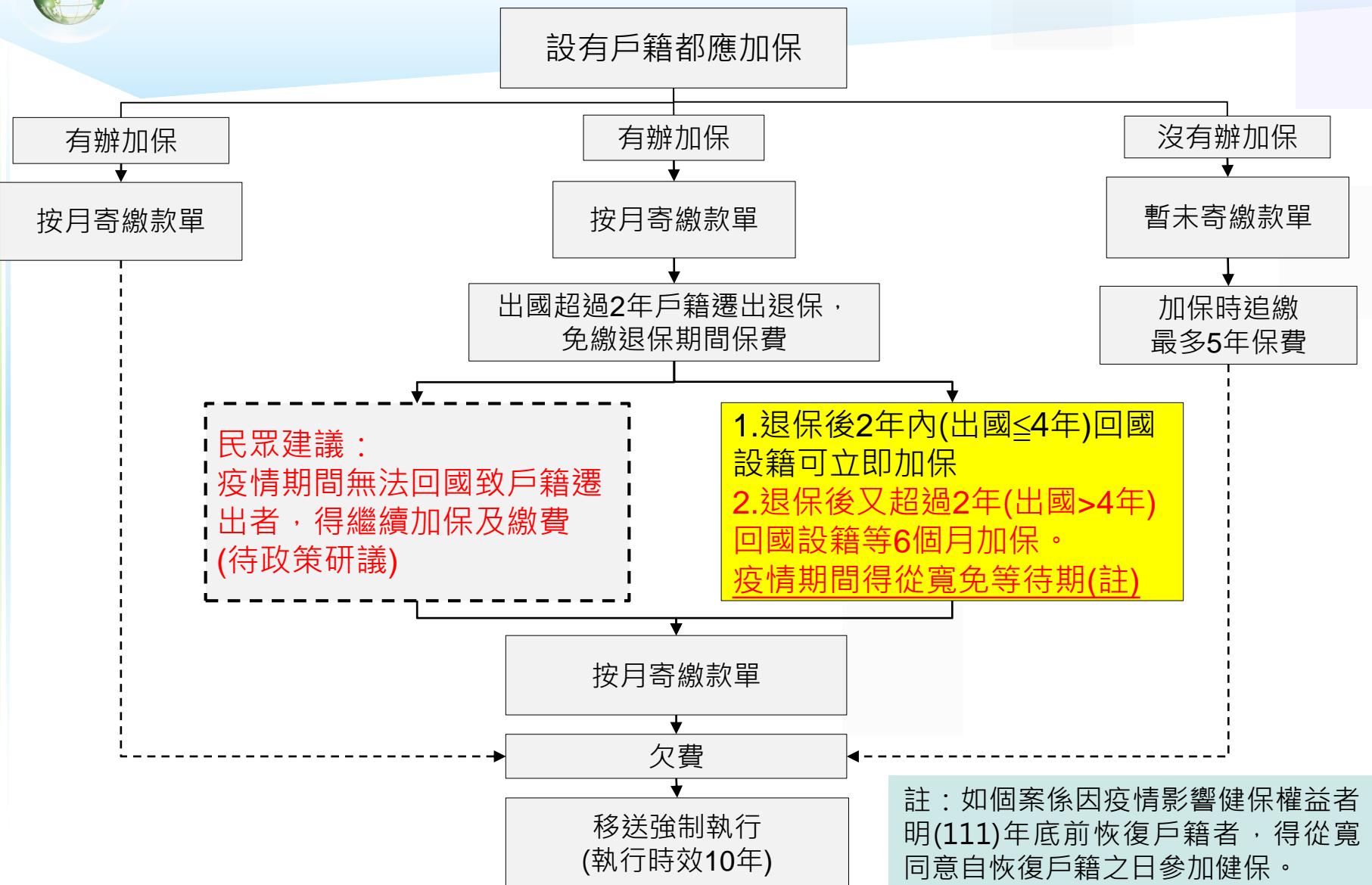
# 未八補八-各季門診前14大就醫科平均每醫師申報醫療點數

- 行政院法規會10/22審議通過，補助110年1~9月醫療費用
- 健保署10/29撥付1~2季補助款共9.79億元





# 因應疫情放寬健保投保6個月等待期





# 停復保現況爭議及因應策略

**目前爭點** 設有戶籍已加保出國6個月以上，辦理停保，暫停繳納保費。應自返國日復保即可使用健保資源，影響權利義務的公平性及合理性，國人普遍認為有改革之必要性。

**影響人數** 每年辦理停保者約16萬人，有半數以上(約9萬人)回國復保後，短期1年內又再度辦理停保，惟保費收入與醫療支出相當。109年疫情影響辦理停保人數約8.9萬人(減少7萬餘人)，短期復停者約5.5萬人(減少3.6萬人)

**因應策略**

1. 政策建議廢除出國停復保制度，衛福部持續蒐集各界意見適時辦理法規修正事宜
2. 多元宣導、申報管道，民眾辦理停復保更便利

## 短期復停保費及醫療利用概況

年度	人數	保費收入 (億元)	醫療支出 (億點)	就醫人數	就醫率 (%)	平均醫療點值 (點/人)	平均繳納保費 (元/人)
107	87,990	4.34	3.97	58,904	67%	4,507	4,928
108	91,066	4.48	4.17	60,295	66%	4,577	4,915
109	54,679	2.68	2.45	35,896	66%	4,472	4,899



# 因應行動醫療需求 擴大試辦虛擬健保卡

健保系統再進化！不需實體卡也能就醫，健保署研擬「虛擬健保卡」

除了口罩實名購買制，健保系統也成為防疫至為關鍵的第一道防火牆。在這些良好基礎上，健保署開始研擬「虛擬健保卡」政策，未來民眾不需帶實體卡片，也能就醫。



## • 健保快易通APP 申辦虛擬健保卡

- 使用既有健保快易通App身分認證機制
- 民眾自行透過手機申辦、流程簡單方便

## • 授權使用功能

- 受照顧者可授權家人或陪病者代理使用虛擬健保卡
- 解決實體卡在多位照顧者間傳遞之困擾

## • 三大試辦場域

- 遠距醫療、居家醫療、擴大視訊診療門診



37,112人  
申辦虛擬健保卡



770家醫療院所  
申請加入試辦計畫



439家醫療院所上線  
3,112件申報件數



# 健康存摺顯示疫苗/篩檢紀錄



中英文版



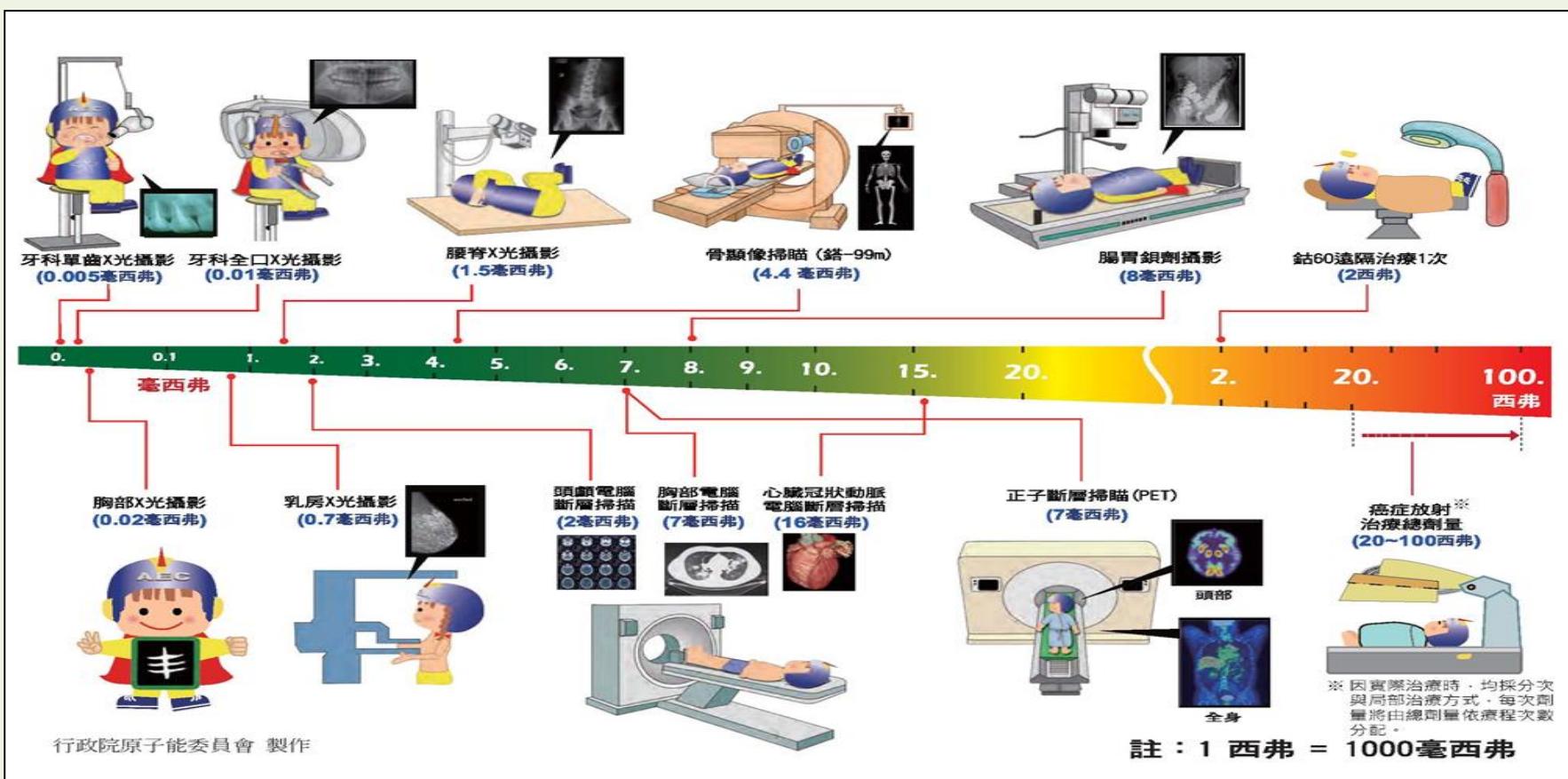
民眾FB po文  
「現在進學校教學都  
需要這2個通行證」

# 研議於健康存摺顯示醫療檢查輻射量

## ➤ 國際輻射防護委員會報告

- 暴露於1000毫西弗，致命的風險率為5%
- 每人每年總輻射暴露劑量超過100毫西弗時，易成為癌症的高危險群

## ➤ 研議於健康存摺顯示民眾因醫療檢查暴露輻射總量





# 司法院大法官審理蔡季勳等7人聲請釋憲案

- 人權團體訴求：  
個人健保資料**不得作為健保業務以外目的之使用**
- 110年10月26日司法院召開說明會  
**本人帶隊**，偕同中研院何之行副研究員等人出席。
- 院長許宗力大法官表示111年春季召開言詞辯論會議。

➤ **健保署精進作為**  
於**健康存摺主動推播**，  
請民眾**表達自身意願**

- 健康存摺使用人數:超過**723萬人**
- 健保快易通使用人數:超過**1,481萬人**





# 健保資訊運用及共享意願調查



總填答數：89,866人

## 健保資訊運用及共享意願調查

為增進公共利益目的，提升醫療衛生及數位科技發展，健保署會將所蒐集之健保資料經加密處理後，提供學術研究/產業使用，您是否支持？

91.8%

支持提供學術利用

85.3%

支持提供產業應用

➤ 截至110年11月15日：健保快易通逾1,481萬人次安裝健康存摺723萬人使用。



# 以實證為基礎的醫療給付 -免疫查核點抑制劑的Real-world results-

Art. 1.11078-PM 24933

European Review for Medical and Pharmacological Sciences

2021; 25: ???-???

## Real-world results of immune checkpoint inhibitors from the Taiwan National Health Insurance Registration System

S.-T. HSIEH<sup>1</sup>, H.-F. HO<sup>2</sup>, H.-Y. TAI<sup>2</sup>, L.-C. CHIEN<sup>1</sup>, H.-R. CHANG<sup>1</sup>, H.-P. CHANG<sup>2</sup>,  
Y.-W. HUANG<sup>2</sup>, J.-J. HUANG<sup>2</sup>, H.-J. LIEN<sup>2</sup>, L.-Y. HUANG<sup>1</sup>, P.-C. LEE<sup>3,4</sup>

---

<sup>1</sup>Division of Health Technology Assessment Center for Drug Evaluation, Taipei, Taiwan

<sup>2</sup>National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

<sup>3</sup>Director of General, National Health Insurance Administration, Ministry of Health and Welfare, Taipei, Taiwan

<sup>4</sup>Professor of Surgery, College of Medicine, National Cheng Kung University, Taipei, Taiwan

*Szu-Ting Hsieh and Hsiao-Feng Ho are co-first authors*

*Li-Ying Huang and Po-Chang Lee are co-respondents*



# 以實證為基礎的醫療給付

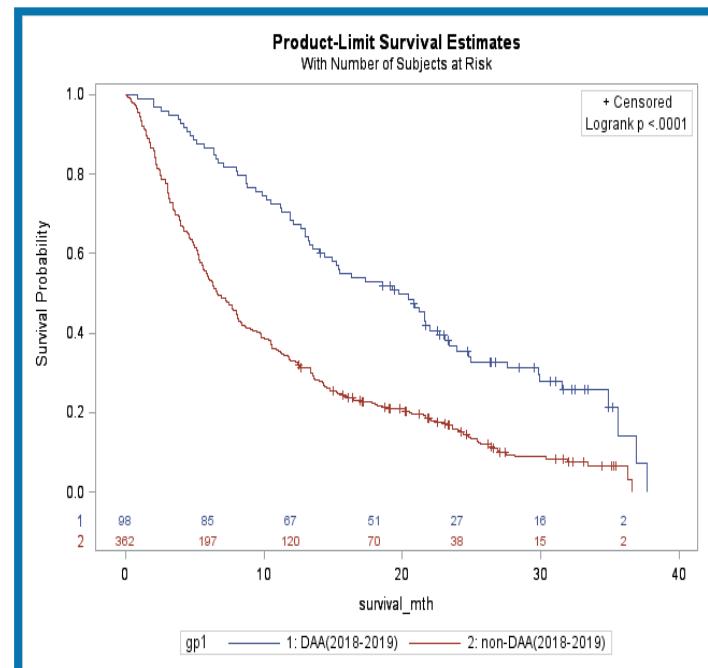
## -晚期肝癌併有C肝病人使用DAA之效益-

利用台灣健保資料庫真實世界數據分析發現：使用sorafenib治療的晚期肝癌且合併C肝病人，**接受DAA相較於未用DAA者有較佳的存活**，且使用DAA組中C型肝炎成功治癒者有更佳的存活

### ■存活分析

組別	模式一(未配對)		模式二(1:4 配對)	
	用藥組	未用藥組	用藥組	未用藥組
個案數	122	1562	98	362
存活期(月)				
平均值(標準差)	20.7(1.1)	12.5(0.3)	20.2 (1.2)	11.1 (0.6)
75 分位(Q3)	34.9	18.9	34.9	15.3
中位數(Q2)	20.8	8.3	19.7	6.7
25 分位(Q1)	10.2	3.4	9.9	3.1
存活率				
6 個月	86.9%	59.1%	86.7%	53.6%
1 年	70.5%	38.2%	68.4%	33.2%
2 年	37.9%	18.9%	35.6%	15.5%

### ■DAA組與non-DAA組存活分析(1:4配對)



DAA: direct-acting antiviral (直接作用抗病毒藥物)

備註:已獲European Review for Medical and Pharmacological Sciences期刊接受，近期將發表



# 健保大數據—AI加值科技防疫

## TAIWAN CAN HELP !



目的

整合健保大數據及AI應用  
展現臺灣數位防疫軟實力

技術

「國際COV19科技防疫黑客松競賽」  
台灣唯一獲選的優勝隊伍

國內

健保署今年開放全國院所上傳資料  
已即時回饋485筆X光影像

國際

免費提供給全球各國使用  
超過62個國家應用

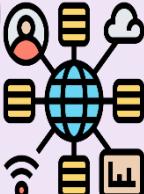


## 以雙北資料驗證

### 發掘潛在風險未執行PCR個案回饋院所



## 透過常規X光檢查發掘潛在COVID-19高風險患者



健保署巨量胸部X光  
(316家院所  
7,400張/日)

精準篩片

CXR  
compass



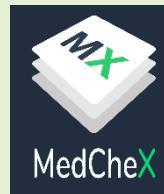
AI影像分群  
#篩選正面片  
(約400張/日)

#相關診斷

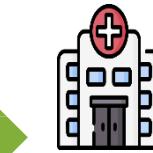
風險評估



1931



COVID-19肺炎偵  
測AI輔助判讀  
#熱區標註及風險值



全國醫療院所  
即時應用回饋



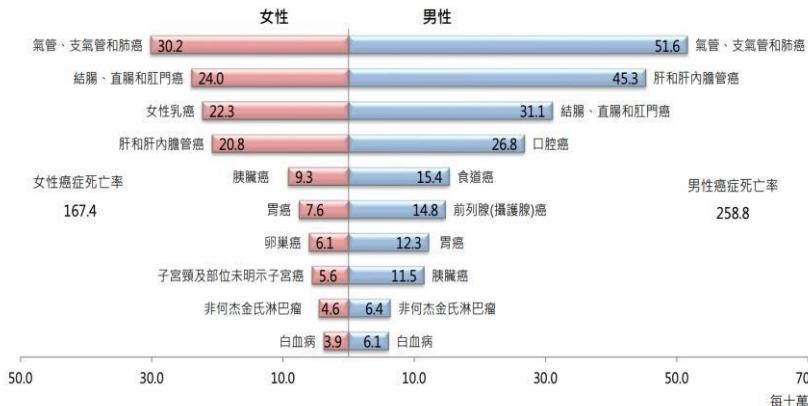
找出潛在患者

30



# 健保大數據—肺癌篩檢利器

## 肺癌為國人十大死因癌症之首



## 胸部X光前瞻運用—AI肺癌偵測



### 胸腔X光影像AI偵測疑似癌症病灶

#### 目的

高準確度且成本低廉的肺癌普篩利器

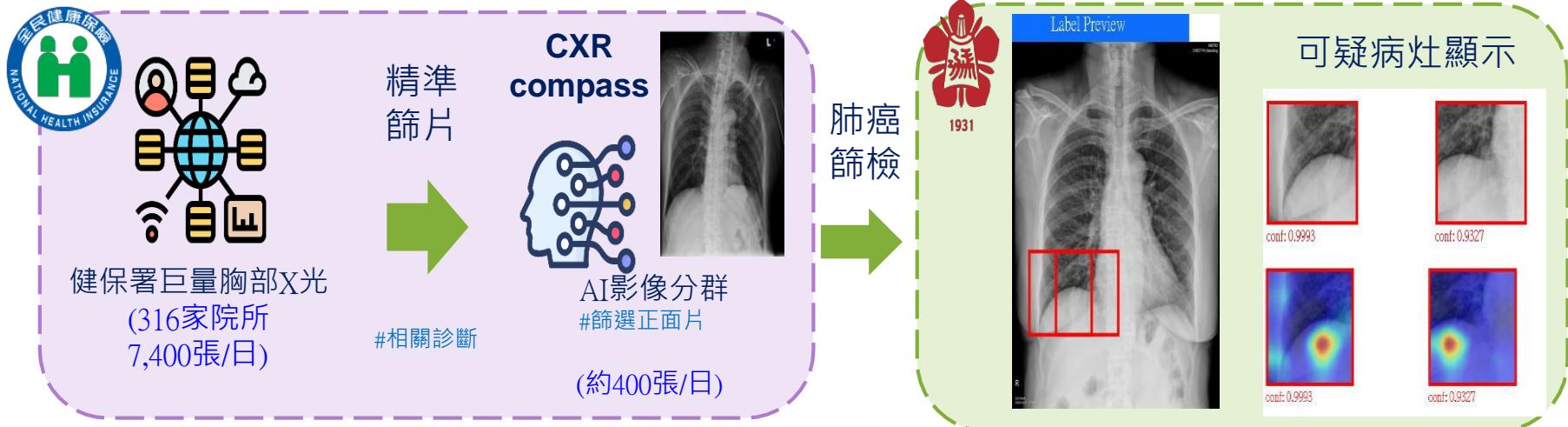
#### 特點

胸腔X光成本及輻射劑量較低

#### 效益

不必承受過多的輻射劑量危害、減輕健保給付負擔，達到雙贏的局面

## 運用AI技術偵測胸部X光是否有可疑肺癌病灶-敏感度0.81





# 各界肯定

評審團  
大獎

2021數位時代  
FCA創新商務獎

最佳管理  
創新金獎

社會創新  
銀獎

資誠永續影響力  
世代永續 健保相伴

入圍

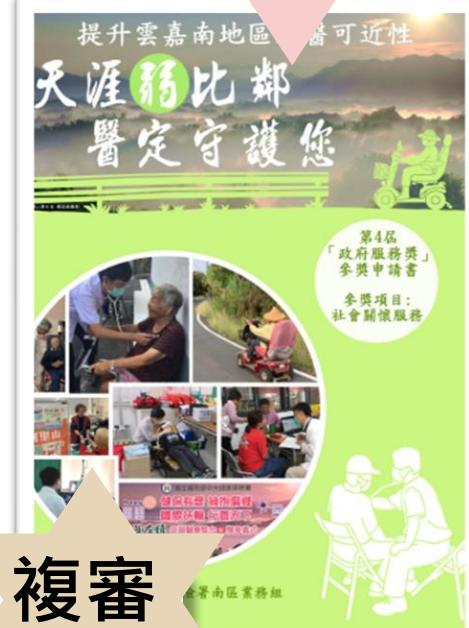
第4屆政府服務品質獎(社會關懷服務)  
天涯弱比鄰 醫定守護您

入選前  
10名

2021總統盃黑客松  
健保大數據・AI科技防疫

複審

第5屆總統創新獎  
健保雲端科技防疫 台灣醫療數位轉型



本署榮獲

107年公務人員

傑出貢獻獎團體獎



### 《107年公務人員傑出貢獻獎得獎名單揭曉》

「公務人員傑出貢獻獎」被譽為公務人員最高殊榮，向來深獲各界肯定，其選拔分為個人獎及團體獎，每年總獎額以10名為限。本（107）年全國各機關踊躍推薦符合資格的87名公務人員及55組優秀團體參選，歷經6個月的層層嚴選，終於在10月15日選出6位個人獎得獎人及4組得獎團體。

今年團體獎選出之傑出團隊分別為衛生福利部中央健康保險署「健保醫療資訊雲端查詢系統」規劃推動團隊、臺東縣政府交通及觀光發展處、內政部地政司—實價登錄詳細登、房地資訊輕鬆查團隊、行政院農業委員會林務局嘉義林區管理處。

公務人員傑出貢獻獎是唯一全國性且專屬於公務人員的至高榮譽，每年個人獎和團體獎合計至多選出10名，經考試院邀集各界專家、學者組成評審委員會，採全面書面審查、簡報複審、決審（含實地訪查及綜合審查）等階段之層層嚴謹程序，選出優秀的6位得獎人及4組傑出團隊。

本年得獎人，都是從基層承辦人員做起，以奉獻的精神全心投入、積極任事且持續累積自身專業及經驗，並勇於創新精進服務品質。另本年4組得獎團體，其團體成員個個具備高專業素質，分工合作默契佳且行動力強，以前瞻的思維創新服務作為，成就團隊整體效能卓著。這些得獎者在工作領域上敬業的優異表現，以及竭力追求人民福祉的態度，實為優質公務典範。

為使傑出熱忱的精神得以延續，同時鼓勵見賢思齊，考試院將於12月12日在該院傳賢樓10樓大禮堂，由考試院院長主持表揚大會，公開表揚6位得獎人及4組得獎團體，表彰其專業與卓越貢獻，藉此激勵所有在職的公務人員，秉持積極、關懷、熱忱、奉獻的精神，追求創新卓越，以勇於任事、主動承擔的理念為民服務。

〈資料來源:107.10.26敘報新聞稿〉

賀 本署資訊組吳淑慧組長榮獲  
110年公務人員傑出貢獻獎



衛生福利部  
中央健康保險署



### 健保科技防疫背後的無名英雄

#### ♥跨域整合，創造資訊價值：

109年COVID-19全球大流行，健保署運用「健保卡」及「健保大數據」跨域整合5機關資料，依李伯璋署長指示優先完成使命，在農曆春節期間2天內提供特約醫事服務機構查詢旅遊史，後續擴充TOCC（旅遊史、職業別、接觸史及群聚史）資訊及居家檢疫隔離資訊，降低疫情擴散風險，緩解醫護人員內心壓力。

#### ♥結合業務與資訊科技，有效提升效率與品質：

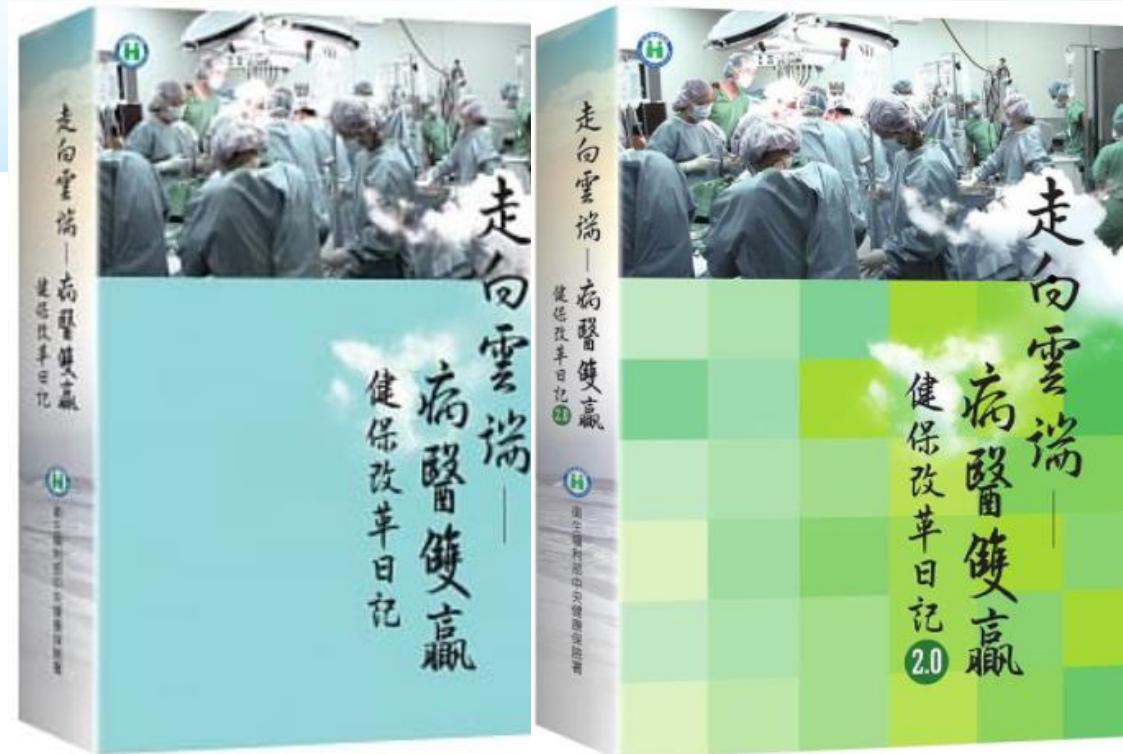
COVID-19疫情爆發期，109年1月民眾搶購及囤積醫用口罩等防疫物資，為確保醫療院所等第一線防疫人員能夠取得足量防疫物資，並公平分配給國人，資訊組吳淑慧組長臨危受命，與同仁在3天內建置防疫口罩實名制系統，讓國人均能公平地購買口罩，穩定民心。



健保署資訊組吳淑慧組長  
於108年8月8日「APEC醫療  
資訊分享國際研討會」上  
擔任與談人。



衛生福利部中央健康保險署  
National Health Insurance Administration,  
Ministry of Health and Welfare



務實面對台灣醫療問題  
治療病人  
以病人最大利益為考量



# 向世界分享台灣的健保

Dear Dr. Lee, Dear Dr Wang, Dear Dr. Chen, Dear Dr. Peng,

Thank you again for submitting your revised proposal, Digital Health Care in Taiwan. We greatly appreciate your review, consideration, and integration of the reviewers' comments in your revised proposal.

Good news: We finally have completed our review of your proposal. Thank you again for your patience.

**I am happy to inform you that your open access book project Digital Health Care in Taiwan has been approved within Springer. I also ....**

Springer is one of the world's foremost publishers of scientific, technical, and medical monographs and journals aimed at professionals, practitioners, academics, researchers, and students.....

**I hope you are as pleased as we are about this opportunity to work together on publishing your open access book with Springer. I look forward to hearing from and working with all of you.**

Thank you very much.



# Springer

Best wishes,  
Janet

## THE DIGITAL HEALTHCARE IN TAIWAN

### Innovations of National Health Insurance



Po-Ching Lee Editor

謝謝聆聽  
敬請指教



表2-1 109年投保人口、戶籍人口、西醫基層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 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 占率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 占率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算數 <sup>(註2)</sup>
台北	36.9%	32.3%	33.1%	4,537
北區	16.2%	16.3%	15.3%	4,796
中區	18.1%	19.4%	18.8%	5,263
南區	12.9%	14.1%	14.6%	5,758
高屏	14.0%	15.6%	16.0%	5,800
東區	2.0%	2.3%	2.1%	5,347
全區	100.0%	100.0%	100.0%	5,060

表2-2 109較95年投保人口、戶籍人口、西醫基層總額一般服務  
預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口 成長率 <sup>(註1)</sup>	戶籍人口 成長率 <sup>(註1)</sup>	一般服務預算 成長率 <sup>(註2)</sup>	平均每人預算 成長率 <sup>(註2)</sup>
台北	10.6%	3.7%	54.5%	39.8%
北區	16.6%	14.3%	66.2%	42.6%
中區	4.9%	3.2%	49.4%	42.4%
南區	-1.9%	-3.0%	37.8%	40.5%
高屏	-0.5%	-1.6%	53.6%	54.4%
東區	-9.4%	-7.2%	33.0%	46.8%
全區	6.5%	3.0%	51.8%	42.5%

註：1. 資料來源，投保人數(4季季中均值)；戶籍人數(年底)為內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-3。

2. 一般服務預算不包門診透析、品質保留款及專款項目(含併同點值結算之專款)等。

資料來源：全民健康保險會110年10月22日第5屆第6次委員會會議補充資料第14頁

表5 95、105~109年西醫基層總額各分區門診就醫次數、費用點數

年 分區	門診件數(千件)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	49,747	55,750	54,864	56,164	57,797	50,482	735	1.5%
北區	23,367	27,329	26,690	27,508	28,196	24,751	1,383	5.9%
中區	35,787	38,198	36,523	37,429	38,156	33,512	-2,275	-6.4%
南區	28,412	28,774	27,993	28,375	28,635	25,705	-2,706	-9.5%
高屏	30,171	31,360	31,232	31,805	32,441	29,152	-1,019	-3.4%
東區	4,066	3,769	3,698	3,670	3,709	3,350	-716	-17.6%
全區	171,550	185,180	181,000	184,953	188,934	166,953	-4,598	-2.7%
年 分區	平均每人門診就醫次數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	6.27	6.48	6.33	6.44	6.60	5.76	-0.52	-8.2%
北區	7.10	7.38	7.13	7.28	7.41	6.45	-0.65	-9.1%
中區	8.73	8.99	8.55	8.73	8.88	7.79	-0.94	-10.7%
南區	9.11	9.29	9.05	9.19	9.32	8.41	-0.71	-7.7%
高屏	9.05	9.38	9.37	9.57	9.77	8.79	-0.26	-2.9%
東區	7.81	7.75	7.66	7.67	7.82	7.10	-0.71	-9.1%
全區	7.69	7.86	7.67	7.81	7.97	7.03	-0.67	-8.7%
倍數	1.45	1.45	1.48	1.49	1.48	1.53	—	—
年 分區	門診費用點數(百萬點)						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	25,155	32,752	34,139	35,213	36,898	35,390	10,234	40.7%
北區	11,920	16,340	17,031	17,782	18,612	18,037	6,117	51.3%
中區	18,035	22,637	23,155	24,126	24,969	24,106	6,071	33.7%
南區	13,859	16,725	17,251	17,718	18,320	17,863	4,004	28.9%
高屏	14,813	18,374	19,383	19,953	20,789	20,365	5,551	37.5%
東區	2,100	2,437	2,532	2,548	2,611	2,562	461	22.0%
全區	85,883	109,264	113,491	117,339	122,199	118,322	32,439	37.8%
年 分區	平均每人門診費用點數						109較95年 增加值	109較95年 成長率
	95	105	106	107	108	109		
台北	3,172	3,805	3,938	4,040	4,215	4,036	864	27.2%
北區	3,621	4,412	4,551	4,709	4,894	4,700	1,079	29.8%
中區	4,399	5,325	5,421	5,625	5,810	5,607	1,207	27.4%
南區	4,446	5,400	5,580	5,738	5,963	5,843	1,398	31.4%
高屏	4,444	5,495	5,815	6,004	6,263	6,140	1,696	38.2%
東區	4,033	5,008	5,240	5,327	5,509	5,429	1,396	34.6%
全區	3,852	4,640	4,811	4,957	5,152	4,982	1,129	29.3%
倍數	1.40	1.44	1.48	1.49	1.49	1.52	—	—

資料來源：110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(4季季中均值)採西醫基層總額

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，分母採4季季中(2、5、8及11月)保險對象人數均值。

2.件數不含門診透析、慢性病連續處方調劑案件、補報部分醫令或醫令差額、排檢及交付機構(包括特約藥局、醫事檢驗所、醫事放射所及物理治療所)申報件數；費用點數不含門診透析服務點數。

3.倍數=分區中最高者/分區中最低值。

資料來源：全民健康保險會110年10月22日第5屆第6次委員會會議補充資料第18頁

# 105年至110年第1季西醫基層總額一般服務費用地區預算分配之「風險調整移撥款」分配情形

製表單位:中華民國醫師公會全國聯合會

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥風險基金額 (推估值)A	風險基金撥予各區金額 B	成長率區調整金額 C	各分區調整後金額 (推估值) D=B+A+C
105年	1. 一般服務增加金額3,866.4百萬元(成長率3.831%)。總金額104,583.1百萬元。 2. R 值 66% 、S 值 34% 。	臺北	191,525,062	350,000,000	-50,923,392	107,551,546
	3. 風險調整基金 575 百萬元。	北區	88,413,508	0	-23,518,458	-111,931,966
	4. 五分區成長率下限保障總成長率 3.831% 的 85% 。	中區	110,666,828	150,000,000	-13,894,841	25,438,331
	5. 微調機制： (1) 五分區成長率不得低於 3.26%[3.831%【105 年一般服務預算成長率】×(1-15%)] 。	南區	89,343,330	0	100,457,849	11,114,519
	(2) 風險調整基金 (A) 提撥予臺北區：350 百萬元 。 (B) 提撥予東區：75 百萬元 。 (C) 提撥予中區：150 百萬元 。	高屏	95,051,272	0	-12,121,158	-107,172,430
	(3) 各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限 。	東區	0	75,000,000	0	75,000,000
	(4) 調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」，併入一般服務費用結算 。	總計	575,000,000	575,000,000	0	0
106年	1. 一般服務增加金額4,169.6百萬元(成長率3.963%)。總金額109,175.3百萬元。 2. R 值 66% 、S 值 34% 。	臺北	227,840,250	400,000,000	-53,411,439	118,748,311
	3. 風險調整基金 680 百萬元 。	北區	105,047,493	0	-24,625,046	-129,672,539
	4. 五分區成長率下限保障總成長率 3.963% 的 85% 。	中區	130,862,762	200,000,000	-28,758,344	40,378,894
	5. 微調機制： (1) 風險調整基金 680 百萬元 。 (A) 臺北區：400 百萬元 。 (B) 東區：80 百萬元 。 (C) 中區：200 百萬元 。	南區	104,473,453	0	133,026,294	28,552,841
	(2) 五分區(不含東區)依公式計算後，五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 3.37%[3.963%【106 年一般服務預算成長率】×(1-15%)] 。	高屏	111,776,042	0	-26,231,465	-138,007,507
	(3) 各區各季浮動點值以每點 1.1 元為上限 。	東區	0	80,000,000	0	80,000,000

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥風險基金金額 (推估值)A	風險基金撥予各區金額 B	成長率下限各分區調整後金額 C	各分區調整後金額 (推估值) D=B+A+C
	(4)調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」、「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」，併入一般服務費用結算。	總計	680,000,000	680,000,000	0	0
	1. 一般服務增加金額2,532.9百萬元(成長率2.310%)。總金額112,094.8百萬元。	臺北	150,653,089	300,000,000	-57,080,691	92,266,220
	2. R 值 66% 、S 值 34% 。	北區	69,345,670	0	-35,879,596	-105,225,266
	3. 風險調整基金 448 百萬元。	中區	86,185,71	100,000,000	15,489,187	29,303,473
	4. 五分區成長率下限保障總成長率2.310%的85%。	南區	68,306,540	0	115,476,331	47,169,791
	5. <b>微調機制：</b>	(A) 臺北區：300 百萬元				
	(1) 風險調整基金 448 百萬元。	(B) 東區：48 百萬元				
	(2) 點值落後區(不含臺北區和東區)：100 百萬元	(C) 點值落後區(不含臺北區和東區)：100 百萬				
	(3) 四分區(不含臺北區及東區)預算依前開成長率調整後，比照分區及全區浮動點值計算方式，估算四區點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。	(2) 五分區成長率不得低於五分區預算成長率之 1.96%[2.310% 【107年一般服務預算成長率】 $\times$ (1-15%)]。	高屏	73,508,987	0	-38,005,231
	(4) 五分區各季浮動點值以每點1元為上限，東區各季浮動點值以每點1.1元為上限。	(3) 四分區(不含臺北區及東區)預算依前開成長率調整後，比照分區及全區浮動點值計算方式，估算四區點值最低分區且其浮動點值每點低於1元為點值落後地區。	東區	0	48,000,000	-111,514,218
	(5) 調整各分區「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」、「強化基層照護能力及開放表別項目」、「基層總額轉診型態調整費用」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」及藥品價量協議，併入一般服務費用結算。	(4) 五分區各季浮動點值以每點1.1元為上限。	總計	448,000,000	448,000,000	0

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥風險基金金額(推估值) A	風險基金撥予各區金額 B	成長率下限各分區調整金額 C	年度風險調整基金未支用金額 D	各分區調整後金額 (推估值) E=B-A+C+D
108 年	<p>1. 一般服務增加金額 3,263.8 百萬元(成長率 2.901%)。</p> <p>總金額 115,665.2 百萬元。</p> <p>2. R 值 67%、S 值 33%。</p> <p>3. 風險調整基金 500 百萬元。【六分區提列 485 百萬元，北區再提列 15 百萬元】。</p> <p>4. 五分區成長率下限保障總成長率 2.901%的 75%。東區成長率下限保障總成長率 2.901%的 60%。</p> <p>5. 微調機制</p> <p>(1) 風險調整基金 500 百萬元。提撥點值落後區(六區)</p> <p>(A) 點值排序第 6 名地區為[台北區]時：第 5 名占 30%，第 6 名(台北區)占 70%。</p> <p>(B) 點值排序第 6 名地區非[台北區]時：第 5 名占 50%，第 6 名占 50%。</p> <p>(2) 依 106 年論病例計酬案件點值差額，優先分配至各分區。</p> <p>(3) 五分區費用成長率不得低於 2.176%[2.901%<math>\times</math>75%]，東區費用成長率不得低於 1.741%[2.901%<math>\times</math>60%]。</p> <p>(4) 分區費用依「應減列查處追扣金額」、「應回補查處追扣金額」及「強化基層照護能力及開放表別項目」、「新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用」、「因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用」等專款、其他部門「基層總額轉診型態調整費用」及藥品價量協議，併入一般服務費用結算後，浮動點值排序第 5 名及第 6 名之分區(共 2 區)，為點值落後地區。</p>	臺北	165,332,939	387,445,354	-103,413,229	236,242	118,935,428

年度	西醫基層總額一般服務分配機制	分區別	各分區提撥風險基金額(推估值)A	風險基金撥予各區金額B	各分區調整後金額	
					(推估值)C=B/A	(推估值)
	1. 一般服務增加金額 4,274.8 百萬元(成長率 3.685%)。總金額 120,285.1 百萬元。 2. R 值 68%、S 值 32%。 3. 風險調整基金 600 百萬元。 4. 微調機制	臺北	197,783,280	197,783,280	0	0
109 年	(1) 如 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大(等)於 1，則風險調整基金於移撥後同時回歸，浮動點值(不含新增醫藥分業地區所增加之藥劑調劑費用)以每點 1.1 元為上限，若有分區浮動點值大於上限，移撥該分區高於每點 1.1 元之預算，並依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸其他分區，回歸後各分區排序不變。 (2) 如 109 年全年結算後，有部分分區浮動點值小於 1，則風險調整基金 6 億元(每季移撥 1.5 億元，6 億元 / 4)按季移撥後，再依中華民國醫師公會全國聯合會(下稱全聯會)109 年 11 月 19 日全醫聯字第 1090001452 號函，所提之一般服務費用地區預算分配方式處理，若移撥後仍有剩餘款，則依 109 年各分區預算(不含違規查處、專款及其他預算部門併入一般服務之預算)占率回歸各分區，撥補後排序不變。 註: 109 年全年結算(未移撥風險調整基金)後，六分區浮動點值皆大於每點 1 元，風險調整基金於移撥後同時回歸，納入一般服務費用結算辦理。	北區	91,299,120	91,299,120	0	0
110 年 Q1	1. 一般服務增加金額 4,195.9 百萬元(成長率 3.493%)。總金額 124,336.1 百萬元。 2. R 值 68%、S 值 32%。 3. 風險調整移撥款 600 百萬元。 4. 六分區估算浮動點值以每點 1.1 元為上限。如仍有剩餘款，併入風險調整移撥款。自 110 年第 2 季起各季中有經中央流行疫情指揮中心宣布疫情警戒標準為第二級含以上時，則本項費用不移撥。 5. 風險調整移撥款保障東區點值至每點 1 元後，各區點值重新排序，餘款撥補點值落後地區撥補方式與比率分配如下： (1) 點值排序第 6 名之地區為[臺北區]時：第 4 名分區占 15%、第 5 名分區占 25%，第 6 名分區占 60%。 (2) 點值排序第 6 名之地區[非臺北區]時：第 4 名分區占 20%、第 5 名分區占 40%，第 6 名分區占 40%。 (3) 點值落後地區如僅有 1 或 2 分區，仍維持前開撥補比率。	臺北	49,182,241	89,405,892	40,223,651	
		北區	22,737,945	0	0	
		中區	28,359,847	0	0	
		南區	21,788,156	0	0	
		高屏	23,860,764	0	0	
		東區	3,080,867	0	0	
		總計	149,009,820	89,405,892	40,223,651	

註：「風險基金撥予各區金額」、「成長率下限各分區調整金額」、「年度風險調整基金未支用金額攤分至各分區之金額」，依各年度各季「西醫基層醫療給付費用總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表」資料計算。