

衛生福利部全民健康保險會
第 6 屆 112 年第 10 次委員會議資料

本資料未上網公開前

請勿對外提供

中華民國 112 年 11 月 15 日

衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 10 次委員會議議程

一、主席致詞

二、議程確認

三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄----- 1

四、本會重要業務報告----- 13

五、討論事項

(一)113 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案----- 23

(二)全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)審議案----- 72

(三)建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任----- 110

(四)因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案----- 136

六、報告事項

(一)111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告 175

(二)有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃----- 210

(三)中央健康保險署「112 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」(書面報告)----- 226

七、臨時動議

三、確認上次(第 9 次)委員會議紀錄(不宣讀)。

說明：

- 一、本紀錄業以本(112)年 10 月 27 日衛部健字第 1123360143 號函送委員在案，並於本年 10 月 27 日併同會議資料上網公開。
- 二、另依本紀錄「參、確認上次(第 8 次)委員會議紀錄決定一」，業於本年 11 月 1 日上網更新第 8 次委員會議紀錄在案。

決定：

衛生福利部全民健康保險會第6屆112年第9次委員會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國112年10月18日上午9時30分

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：馬文娟、李岳蓁

出席委員：(依姓名筆劃排序)

王委員惠玄、田委員士金、朱委員益宏、江委員錫仁、吳委員榮達、
吳委員鏘亮、李委員永振、李委員飛鵬、周委員慶明(中華民國醫師公會全
國聯合會黃常務理事啓嘉代理)、周委員麗芳、林委員文德、林委員恩豪(全國勞
工聯合總工會賴秘書長元暉代理)、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯
委員俊良、張委員清田、陳委員石池、陳委員杰、陳委員相國、陳委
員節如、陳委員鴻文、游委員宏生、黃委員小娟、黃委員金舜、楊委
員玉琦、楊委員芸蘋、董委員正宗、詹委員永兆、劉委員玉娟、劉委
員守仁、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員力嘉(全國產職業總工會杜秘書韋
蓁代理)、鄭委員素華、謝委員佳宜、韓委員幸紋

請假委員：滕委員西華

列席人員：

本部社會保險司：陳專門委員淑華

中央健康保險署：石署長崇良(李副署長丞華代理)、蔡副署長淑鈴

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12頁)

貳、議程確認：(詳附錄第12~17頁)

決定：

- 一、為利各項議案均能有充分時間討論，同意議程變更，
將原排定報告事項3案，移至下次委員會議報告。
- 二、中央健康保險署所提臨時提案「因新冠疫情對中醫門
診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動

支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」，經徵詢委員意見，尚不符本次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，爰不列入本次委員會議議程。請中央健康保險署參考會中委員建議提供醫院總額相關資料，整體評估對四部門總額之影響後，一併提案。

三、餘照議程確認。

參、確認上次(第8次)委員會議紀錄：(詳附錄第17~21頁)

決定：

一、依委員意見修正如下：

討論事項第一案決議：一、(一)附件三其他預算「因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能」協定事項第6點，加註文字，如附件一劃線處。

二、餘確認。

肆、本會重要業務報告：(詳附錄第22~27頁)

決定：

一、上次(第8次)委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形：

(一)擬解除追蹤共2項，同意解除追蹤。

(二)擬繼續追蹤共1項，同意繼續追蹤。

二、委員若對移至下次會議之報告事項有意見或問題，請於112年10月23日前向本會提出，俾轉請中央健康保險署說明。

三、對於委員會議決議(定)列管追蹤事項辦理情形及委員所提意見，請中央健康保險署具體回應，餘洽悉。

伍、優先報告事項(詳附錄第28~54頁)

提案單位：本會第三組

案由：113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113年度總額協商結果之整體成長率，如下表：

113 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

註：1.計算成長率所採之基期費用，係依衛福部交議奉行政院核定之總額範圍，113 年度總額之基期(採淨值)，係以 112 年度健保醫療給付費用總額，於一般服務扣除「111 年未導入預算扣減」部分，故 113 年度總額基期淨值約 8,362.3 億元。

2.門診透析服務總成長率 3%、總金額 459.953 億元，其中醫院總額為 239.875 億元，西醫基層總額為 220.078 億元，已分別併入醫院及西醫基層總額計算。

3.年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

二、確認牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」(如附件二)，將併入113年度總額協商結果，報請衛生福利部核(決)定。

三、委員對於總額草案形成過程相關建議(包含：訂定「執行目標」及「預期效益之評估指標」與成效檢討)納入研修總額協商程序之參考，研修結果提12月份委員會會議討論。

陸、討論事項(詳附錄第55~76頁)

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113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、113年度全民健康保險醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範

圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之建議分配方式，報請主管機關決定。與會人員發言實錄併送主管機關參考。

1.付費者代表委員建議分配方式：

(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 3.887 億元)移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

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

①門診服務(不含門診透析服務)：

預算 53%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，47%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

②住院服務：

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

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

2.醫院代表委員建議分配方式：

(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 3.887 億元)移撥 4 億元，作為風

險調整移撥款，用以持續推動各分區資源平衡發展。

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

①門診服務(不含門診透析服務)：

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

②住院服務：

預算 45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

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

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第二案

提案單位：本會第三組

案由：113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、113年度全民健康保險西醫基層醫療給付費用總額一般服務項目之地區預算分配方式：

(一)地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二)分配方式：

1.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.052億元)移撥6億元，作為風險調整移撥款，依序用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點1元(不含「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」)、因112年度校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數占率前進而減少預算分區、點值落後地區(不含臺北區、東區)。

2.扣除上開移撥費用後，預算69%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，31%依西醫基層總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

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

三、需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第三案

提案單位：本會第三組

案由：113年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案，提請討論。

決議：

一、113年度全民健康保險牙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.自一般服務費用(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度1.164億元)移撥3.3億元，作為特定用途移撥款，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」等4項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「112年度0~6歲嚴重齲齒兒童口腔健康照護試辦計畫之品質獎勵費用」，其次用於「特定疾病病人牙科就醫安全計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

2.扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後之保險對象人數分配。

二、所涉執行面及計算(含特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險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。

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牙醫門診總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

第四案

提案單位：本會第三組

案由：關於「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值

計算方式」諮詢案，提請討論。

決議：委員所提意見，送請衛生福利部作為研擬114年度總額範圍參考。

柒、臨時動議：無。

捌、散會：下午12時55分。

附件三 113 年度全民健康保險其他預算及其分配(節錄)

二、預算分配相關事項：

(十三)因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)：

- 6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註：本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商)

【配合修正附表】

附表 113 年度其他預算協定項目表(節錄)

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能 (113年新增項目)	2,000	2,000	6.歷年醫院總額均編列「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」，建議應有相對金額用於提升住院護理照護量能。(註： <u>本項為付費者代表及健保署之共識，未經與醫院總額部門協商</u>)
總計	17,818.2	2,039.0	

牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算新增或延續性項目協定事項
之「執行目標」及「預期效益之評估指標」

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
牙醫門診總額	專款項目 特定疾病病人牙科就醫安全計畫	<p>1.執行目標：執行特定疾病病人牙科就醫安全計畫之院所數占率達3成。</p> <p>2.預期效益之評估指標(註)：特定疾病病人就醫風險降低，至少包括：</p> <p>(1)使用抗凝血劑患者，牙科處置後口腔出血風險降低。</p> <p>(2)使用抗骨鬆藥物患者，牙科處置後顎骨壞死風險降低。</p> <p>【註：本項指標之具體評估方式(含：指標定義、比較年度與基礎、計算方式等)，請健保署會同牙全會妥為研訂，併具體實施計畫於112年12月前提本會報告。】</p>
	高風險疾病口腔照護計畫	依協定事項，本項併同健保署112年12月前提報本會同意之具體實施計畫，一併確認。
中醫門診總額	一般服務 中醫利用新增人口	<p>1.執行目標：113年就醫人數大於112年就醫人數。</p> <p>2.預期效益之評估指標：113年就醫人數大於112年就醫人數。(就醫人數均不含U07.1(確認COVID-19病毒感染)、U09.9(嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)後的病況，未明示)、職災及預防保健部分)。</p>
	專款項目 中醫急症處置	<p>1.執行目標：參與院所數為7家及服務人數以4,000人為目標。</p> <p>2.預期效益之評估指標：依本計畫所訂各類疾病適應症使用之相關量表，如：視覺類比量表(Visual Analogue Scale, VAS)、數字等級量表(Numerical Rating Scale, NRS)、現在疼痛狀況(Present Pain Intensity, PPI)等工具進行評估，評量結果後測較前測呈現改善。</p>
	照護機構中醫醫療照護方案	<p>1.執行目標：</p> <p>(1)113年至少服務90家照護機構。</p> <p>(2)服務人次20,000人次，服務總天數3,500天。</p> <p>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比率較112年減少。</p>

部門	新增或延續性項目	「執行目標」及「預期效益之評估指標」
其他預算	居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫(113年新增)、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	新增「在宅急症照護試辦計畫」： 1.執行目標：113年至少100家院所參與服務。 2.預期效益之評估指標：本計畫收案對象結案後14天內轉住院率(註)較前1年醫院住院同診斷病人14天內再住院率下降。 【註：在宅急症照護個案結案後14天內住院人次/在宅急症照護總人次。】
	因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能(113年新增項目)	1.執行目標：調升護理相關費用之醫院家數達一定比率(註)，並以健保署與護理師公會對調升護理相關費用的共識方案設定目標值。 2.預期效益之評估指標：調升護理相關費用之醫院家數占率。 【註：本項達一定比率之目標值，請健保署於提報本會具體實施規劃時，一併提報。】

另：113年度中醫門診總額一般服務第1項「中醫利用新增人口」協定事項(2)之扣減方式，其中「就醫者平均每人就醫費用」，同意依健保署建議修正為「113年就醫者平均每人就醫費用」，以臻明確。

四、本會重要業務報告

一、本會依上次(第9次)委員會議決議(定)事項辦理情形，如下：

(一)依優先報告事項、確認第8次委員會議紀錄之決定，於本(112)年11月1日、11月2日以衛部健字第1123360154、1123360157號書函，將本會協定之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」陳報衛生福利部(下稱衛福部)核(決)定，如附錄一(第229~233頁)。

(二)依討論事項第四案之決議，於本年11月1日以衛部健字第1123360153號書函，將「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值計算方式」之決議併同發言實錄，送請衛福部作為研擬114年度總額範圍參考，如附錄二(第234頁)。

(三)上次委員會議決議(定)列管追蹤事項共計2項，依辦理情形，建議繼續追蹤2項，如附表(第19~20頁)。但最後仍依委員會議定結果辦理。

二、依年度工作計畫本次會議原訂安排中央健康保險署(下稱健保署)進行112年第3季業務執行季報告(口頭報告)，考量本次會議日期(11月15日)早於前開季報告之部分資料產出時程，爰延至下次(第11次)會議再進行報告。

三、健保署依本會112年第6次委員會議(112.7.26)決議，於本年10月13日函送中醫門診總額111年第3、4季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」3億1,283萬元之結算執行結果，如附錄三(第235~236頁)，摘要如下：

(一)111年第3季：除台北區、東區以外之4分區，補付2,744家院所，計75.94百萬元。

(二)111年第4季：除東區以外之5分區，補付3,969家院所，計236.88百萬元。

四、本會完成編製全民健康保險會111年版年報及歷年年報電子書櫃：

(一)依健保法施行細則第4條規定，本會應每年編具年終業務報

告，並對外公開。本會111年版年報已完成編製，隨本次會議資料寄送委員在案，請惠予收藏指正，同時寄送委員推薦單位參考。

(二)為利完整呈現歷年工作成果，111年起於本會網站建置歷年年報電子書櫃，收錄102~111年版年報電子書(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>年終業務報告>歷年健保會年報電子書櫃(bookcase)，網址：<https://gov.tw/KE4>)，供外界參閱。

五、完成編製「全民健康保險會 10 周年成果與未來展望專刊」：本會於本年 4 月 12、13 日特舉辦「10 周年成果及未來展望研討暨共識營」，為記錄 10 周年活動歷程，及 10 年來本會之重要工作成果，特編具「全民健康保險會 10 周年成果與未來展望專刊」(已隨本次會議資料寄送委員在案)，以利外界瞭解健保政策討論的歷程及委員努力的點滴(路徑：本部全球資訊網>本部各單位及所屬機關>全民健康保險會>公告及重要工作成果>10 周年成果及未來展望研討暨共識營，網址：<https://gov.tw/5Fh>)，供外界參閱。

六、本會預訂於下次(第 11 次)委員會議(112.12.20)之後(中午 12 時 30 分至 14 時)，安排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。

七、本會委員所屬相關團體來函或副知本會，摘錄如下：

(一)中華民國醫師公會全國聯合會於本年10月27日函請本會檢討修訂「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」專款分配方式(如附錄四，第237~240頁)。考量門診透析服務費用計算方式，屬跨部門議題且涉及後續執行細節，宜有充分執行數據分析後審慎研議，爰本會於本年10月31日以衛部健字第1123340277號書函(如附錄五，第241~242頁)，函請健保署會同醫院總額、西醫基層總額及門診透析相關團體重新審視討論後，提出共識之具體建議方案，若將於114年度總額開始適用，則請最遲於113年5月10日前提出，俾列入本會討論「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」案時，

一併處理。

(二)本年11月2日由本會27位團體代表委員(包括：19位保險付費者代表、8位醫事服務提供者代表)聯名行文立法院社會福利及衛生環境委員會各委員、行政院、衛福部、衛福部薛部長瑞元辦公室及本會，建請依健保法第76條第1項立法意旨及第3條規定，撥補政府應負擔法定下限36%差額共計1,246億元，並將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法的內容，詳附錄六(第243~244頁)。

(三)中華民國區域醫院協會於本年10月19日行文衛福部及本會，請衛福部暫緩本年6月27日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」之修法作業，如附錄七(第245~246頁)。

八、下次(第11次)委員會議(112.12.20)依年度工作計畫安排之專案報告主題為「自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告」、「新制部分負擔監測指標之監測結果及成效檢討報告」，請委員最晚於本年11月20日前向本會提出需請健保署回應或說明之問題。

九、本會針對上次(第9次)委員會議對113年度總額協商結果確認及地區預算分配作為委員關切重要議題之會訊報導主題，內容詳附錄八(第247~248頁)，已置於本會網頁(路徑：健保會首頁>最新訊息>委員關切重要議題分析，網址：<https://gov.tw/vqq>)，敬請委員轉知所屬團體之會員參閱。

十、衛福部及健保署於本年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6日寄至各委員電子信箱]

(一)衛福部

1.本年10月17日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，除Tw-DRGs 權重表自113年1月1日生效外，餘自112年11月1日生效，如附錄九(第249~251頁)，本次修正重點如下：

(1)第二部西醫：

①新增診療項目：「血液及體液葡萄糖-餐後」、「C 型肝炎病毒核心抗原」、「遊戲式聽力檢查」等 3 項。【預算來源：112 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」預算(醫院 6.32 億元、西醫基層 0.50 億元)】。

②修訂支付規範：

A.配合醫療器材使用規範，調升 73 項(其中牙醫有 2 項)支付點數及增列內含單次使用醫材比率或得另加計單次使用醫材比率之規定。【預算來源：112 年度醫院及西醫基層總額「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款預算(醫院 20 億元、西醫基層 10 億元)、牙醫門診總額預算】。

B.放寬 3 項給付條件(增列「連續血糖監測」適應症及放寬執行間隔、放寬「急性缺血性腦中風機械取栓術」與「急性缺血性腦中風處置費」之適應症)、修正「胸腔鏡肺葉切除術」等 19 項機械手臂輔助手術系統訓練資格之認證規範。【預算來源：112 年度醫院及西醫基層總額「新醫療科技」預算(醫院 6.32 億元、西醫基層 0.50 億元)】。

(2)第六部論病例計酬：配合 112 年 10 月 1 日支付點數調整，修正產科、婦科及一般外科相關診療項目支付點數及部分項目得核實申報上限點數。

(3)第七部全民健康保險住院診斷關聯群：例行性更新 Tw-DRGs 權重表。

(二)健保署

1.本年 9 月 28 日副知，公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」，如附錄十(第 252 頁)。本次修正重點為：牙醫門診總額研商議事會議，中華民國醫院牙科協會代表之席次由 2 名增為 3 名。

2.本年 10 月 30 日修正發布「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自 112 年 12 月 1 日生效，如附錄十一(第 253 頁)，修正重點如下：

(1)醫院及西醫基層：

- ①內科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、精神科、復健科等科別之部分審查注意事項自 112 年 7 月 1 日移列支付標準，爰自 114 年 7 月 1 日刪除。
- ②於「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」計畫審查重點，增訂呼吸照護居家階段審查原則。
- ③眼科白內障手術增訂眼用染劑事前審查必須符合之條件。
- ④醫院外科增訂經導管主動脈瓣膜置換(TAVI)(68040B)執行心臟超音波之審查原則。
- ⑤增訂外科消腫劑及修訂皮膚科抗組織胺之使用原則。
- ⑥另增修骨科、泌尿科、神經外科等部分審查注意事項。

(2)牙醫之牙周病：

- ①配合 112 年 3 月 1 日新增牙醫給付項目「特定牙周保存治療-全口總齒數一至三顆」(91091C)，爰於特定牙周保存治療新增 91091C。
- ②申報高風險疾病患者牙結石清除-全口(91090C)之規定：刪除「需符合及留存供審查之病人資料，以供審查」文字。

(3)中醫：增訂以美容為目的等處置不得申報之規定。

3.本年 10 月 31 日函送修正之 111 年第 4 季其他預算結算說明表，公文如附錄十二(第 254~255 頁)，係配合中醫門診總額 111 年第 3、4 季動支其他預算「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」專款項目之經費，故修正本項目 111 年結算金額為 312.83 百萬元(原為 0 元)。111 年其他預算全

年經費 16,579.2 百萬元，修正後 111 年全年預算執行 11,330.1 百萬元，整理預算執行情形如附錄十三(第 256 頁)供參考。

4. 本年 10 月 11 日副知，公告 112 年「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等 6 項中醫醫療照護計畫，自 10 月 1 日起新增之承作院所及醫師名單，如附錄十四(第 257 頁，名單已置於該署全球資訊網)，各分區承辦院所數、醫師數(人次)累計統計如附錄十五(第 258 頁)。

決定：

上次(第9次)委員會會議繼續列管追蹤事項

一、擬繼續追蹤(共2項)

項次	案由	決議(定)事項	本會辦理情形	相關單位辦理情形	追蹤建議	完成期限
1	討論事項第1、2、3案：113年度醫院/西醫基層/牙醫門診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/特定用途移撥款)等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院/西醫基層/牙醫門診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112年10月23日請辦健保署。	健保署回復：配合貴會決議事項辦理。	1.繼續追蹤 2.醫院/西醫基層俟衛福部核定，健保署送本會備查後解除追蹤；牙醫於健保署送本會備查後解除追蹤。	113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/西醫基層/牙醫門診總額相關團體議定後，於112年12月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。	於112年10月23日請辦健保署。	健保署回復：配合辦理，屬新增點值保障項目者，本署將提報保障點值理由及其對總額預算之影響等資訊。 本會補充說明： 1.依113年度總額協商原則：「需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點	1.繼續追蹤 2.醫院/西醫基層俟衛福部核定，健保署送本會同意後解除追蹤；牙醫於健保署送本會同意後解除追蹤。	112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
				<p>值理由及其對總額預算之影響等」。</p> <p>2.依上開原則，提報保障點值理由及其對總額預算影響等項，並未限定在「新增點值保障項目」，建請健保署依上開原則，進行整體評估，若仍有需點值保障項目，均請提報保障理由及其對總額預算之影響。</p>		

討論事項

第一案

提案單位：本會第三組

案由：113 年度中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 113 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(112)年 9 月份總額協商完成後，2 週內(112.10.2 前)提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提 10 月份委員會議討論。中華民國中醫師公會全國聯合會(下稱中全會)於 112.10.19 及 112.10.23 函送 113 年度中醫門診總額一般服務地區預算分配建議方案(詳附件一，第 40~65 頁)，未及於時限內提送，爰排入本次會議討論。
- 二、113 年度中醫門診醫療給付費用總額，經本會本年第 8 次委員會議(112.9.22)決議，付費者代表與中醫代表委員達成共識方案，113 年度中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 4.979%。
- 三、中醫門診總額歷年一般服務地區預算執行概況(詳附件二，第 66~68 頁)：
 - (一)第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(衛福部前身)交付方案，分六區以「各地區校正人口風險後保險對象人數」占率(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」占率(S 值)兩項參數協定後之比率分配地區預算。各年 R 值比率：89.7~90 為 5%；91 年為 15%；92 年為 20%；93 及 94 年為 30%。
 - (二)95 年至 98 年，採事後結算方式的試辦計畫，分配參數未含人口因素。
 - (三)99 年至 112 年，採修正後以事前分配預算的試辦計畫，分配參數含人口因素，且以「戶籍人口數」為依據：

1.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。

2.分配方式：

(1)東區預算占率 2.22%，其他五分區預算占率 97.78%。

(2)五分區預算分配參數及其占率，如下表：

年度 分配參數(參數意涵)		各參數占率(%)								
		99 ~ 101	102	103	104	105	106 、 107	108 、 109	110	111 、 112
參 數 一	95年第4季至98年第3季 加總之各分區各季實際收 入預算占率 (反映各分區過去醫療利用狀況)	80	78	74	73	72	69	67	67	66
參 數 二	各分區去年同期戶籍人口 數占率 (反映各分區民眾就醫需求)	5	6	6	7	8	11	13	13	14
參 數 三	各分區去年同期每人於各分 區就醫次數之權值占率 (反映各分區民眾就醫情形)	5	5	9	9	9	9	9	10	10
參 數 四	各分區去年同期人數利用 率成長率(p)與醫療費用點 數成長率(r)差指標加權校 正後之占率 (反映各分區就醫人數、費用點數 成長的合理狀況)	5	5	5	5	5	5	5	4	4
參 數 五	當年前一季「各分區各鄉鎮 市區每萬人口中醫師數」指 標加權校正後之占率 (反映各分區醫師分布狀況)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
參 數 六	偏鄉人口預算分配調升機制 (1.符合「偏鄉」定義之中醫院所， 依該分區前1季浮動點值補至最 高每點1元。2.若有剩餘款，則按 指標1分配予各分區)	-	1	1	1	1	1	1	1	1

(四)查本會 104.11.20 委員會議討論 105 年中醫門診總額地區預算

分配之決議：「為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10% 為目標」，協定情形如下表：

1. 戶籍人口數占率(分配參數二)：自 105 年至 112 年，7 年間戶籍人口數占率計調升 7%，112 年度為 14%。

2. 風險調整移撥款：

(1) 查 106 年~110 年，中醫自五分區(不含東區)一般服務費用移撥 32~42 百萬元，撥補就醫率較高之分區，或東區以外之鄉鎮市區僅有一家中醫門診特約醫事服務機構之點值。

(2) 112 年移撥 30 百萬元用於因新冠疫情影響，撥補就醫率上升而點值偏低之分區。

年 項目	99 ~ 101	102 ~ 103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
戶籍人口 數占率	5%	6%	7%	8% (+1%)	11% (+3%)	11% (+0%)	13% (+2%)	13% (+0%)	13% (+0%)	14% (+1%)	14% (+0%)
風險調整移 撥款(萬元)	-	-	-	-	4,000	3,600	3,200	4,200	3,500	-	3,000

四、中全會函提 113 年地區預算分配建議方案，係依據該會於本年 10 月 15 日召開內部相關會議之決議事項辦理，建議方案詳附件一，第 40~65 頁，內容摘要如下：

(一) 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. 其他五分區預算，依下列參數占率分配：

(1) 各分區實際收入預算占率(參數一)：66%。

(2) 各分區戶籍人口數占率(參數二)：**15%(較 112 年 14% 調升 1%)**。

(3) 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)：

9%(較 112 年 10%調降 1%)。

(4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差(參數四)：4%。

(5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率(參數五)：5%。

(6)偏鄉人口預算分配調升機制(參數六)：1%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

(二)風險調整移撥款：

1.提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

2.分配方式(略以)：

(1)4,000 萬元用於補助點值：逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用，依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

(2)2,000 萬元按季均分：撥予當季就醫率最高之分區。

五、健保署對中全會所提建議方案之執行面意見及風險調整移撥款執行結果，詳附件四，第 71 頁。

(一)有關各總額部門地區預算分配及風險調整移撥款，援例配合本會協定共識辦理。

(二)112 年風險調整移撥款執行情形，詳附件四(第 71 頁)。

六、113 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 22.8 百萬元)地區預算分配方式，待討論事項及本會研析資料如下：

(一)分配方式：

1.中全會建議：

(1)東區預算占率 2.22%；其餘五分區預算占率 97.78%。

(2)五分區預算依前開 6 項參數占率分配，其中：

- ①各分區戶籍人口數占率(參數二)：調升為 15%(112 年 14%，調升 1%)。
- ②各分區每人於各分區就醫次數之權值占率(參數三)：調降為 9%(112 年 10%，調降 1%)。
- ③其餘 4 項參數及占率同 112 年。

2.本會研析資料：

(1)查本會 104.11.20 委員會議決議(略以)：「自 105 年度起，分配參數中之『各分區戶籍人口數占率』，以 5 年調升 10%為目標」。自 105 年至 112 年 7 年期間，戶籍人口數占率計調升 7%，尚未達 5 年調升 10%之目標值。

(2)111 年評核委員意見：

- ①中醫地區預算分配參數「各分區戶籍人口數占率」僅 14%，相較其他總額部門，人口占率調升速度緩慢，仍有相當大的努力空間。
- ②考量近 20 年來，各分區人口成長及醫療利用情形已有差距，經比較各區預算分配及人口數占率，北區預算占率偏低(111 年北區戶籍人口數占 16.5%、預算占 12.6%、平均每人預算數 933 元，低於全區平均值 1,233 元，詳表 2-1，第 31 頁)，人口數是影響醫療利用的重要因素，故建議提高戶籍人口數占率以改善此失衡情形。

(3)依中全會建議，試算 113 年參數二「各分區戶籍人口數占率」由 14%調升為 15%(參數三「各分區每人於各分區就醫次數之權值占率」相對調降 1%)之模式，各分區預算成長率均為 3.854%以上；另試算參數二由 14%調升至 16%、17%對各區預算之影響供參，各分區預算成長率均為 3.360%以上(3.360%~4.849%)(詳表 1-1，第 29 頁)。

3.是否同意中全會建議，「各分區戶籍人口數占率」調升為 15%，或再予提高，請討論。

(二)風險調整移撥款：是否同意中全會建議，自五分區之一般服

務預算項下全年移撥 6,000 萬元，其中 4,000 萬元用於補助浮動點值最高補至 0.8 元之差值、2,000 萬元用於就醫率最高之分區，請討論。

七、依 113 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，請健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 112 年 12 月前送本會同意後執行。前述提報內容須包含點值保障項目、保障點值理由及其對總額預算之影響等。

八、相關參考資料：

(一)模擬 113 年度依「各分區去年同期戶籍人口數占比 14~17%」之各分區預算估計值，如表 1-1(第 29 頁)。

(二)提供 111 年地區預算分配參數、歷年各分區投保人口及戶籍人口數、一般服務預算、中醫師數、就醫人數與醫療利用情形，及點值等資料供參(如表 1-2~表 8-2，第 30~39 頁)。

(三)歷年地區預算分配相關會議結論及本會委託研究建議，如附件三，第 69~70 頁。

擬辦：

- 一、確認 113 年度中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(含風險調整移撥款)等相關細節，授權健保署會同中醫門診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：

113年度中醫門診總額一般服務地區預算模擬試算表

表1-1 調升參數二占率(相對調降參數三占率)

單位：百萬元；%

分區	112年度 預算 ^(註1、3)	分配參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		14%(同112年)			15% (中全會建議方案)		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	8,633	8,987	4.102%	354	8,996	4.202%	363
北區	3,720	3,873	4.102%	153	3,882	4.351%	162
中區	7,496	7,803	4.102%	307	7,784	3.854%	289
南區	4,223	4,396	4.102%	173	4,396	4.111%	174
高屏	4,747	4,942	4.102%	195	4,942	4.106%	195
東區	655	683	4.201%	28	683	4.201%	28
全區	29,474	30,684	4.104%	1,210	30,684	4.104%	1,210

分區	112年度 預算 ^(註1、3)	分配參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率 ^(註2、3)					
		16%			17%		
		值	成長率	增加金額	值	成長率	增加金額
台北	8,633	9,005	4.302%	371	9,013	4.402%	380
北區	3,720	3,892	4.600%	171	3,901	4.849%	180
中區	7,496	7,766	3.607%	270	7,747	3.360%	252
南區	4,223	4,397	4.121%	174	4,397	4.131%	174
高屏	4,747	4,942	4.111%	195	4,943	4.115%	195
東區	655	683	4.201%	28	683	4.201%	28
全區	29,474	30,684	4.104%	1,210	30,684	4.104%	1,210

註：1.112年一般服務預算：

- (1)以111年結算資料為基礎，於校正投保人口成長率差值(-129.3百萬元)及加回111年度違規扣款14.1百萬元，依112年協定成長率4.072%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。
- (2)112年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%，扣除風險調整移撥款後，依下列參數分配：
 - ①參數一：95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率：66%。
 - ②參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率：14%。
 - ③參數三：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。
 - ④參數四：「各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」指標加權校正後之占率：4%。
 - ⑤參數五：「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率(當年前1季)：5%。
 - ⑥參數六：偏鄉人口預算分配調升機制(補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數一」分配予各區)：1%。本表依111年實際執行情形估算，其中8.03%預算用於補偏鄉點值，剩餘91.97%預算按「參數一」分配。

2.113年一般服務預算：

- (1)以112年一般服務預算為基礎，於校正投保人口預估成長率差值(-254.2百萬元)及加回112年度違規扣款34.5百萬元，依113年協定成長率4.979%推估，不含品質保證保留款及醫缺論量計酬費用。先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%，扣除風險調整移撥款後，依上開參數分配。

(2)預算模擬方式：參數二每增加1%，則參數三相對調降1%。

- 3.本表估算112年度及113年度各分區預算，因分配參數尚無資料，均以健保署111年地區預算分配參數試算，各分區最終之實際結算，仍以健保署結算資料為準。

表1-2 111年度中醫門診總額地區預算分配參數

項目 分區	分配參數					
	參數一：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際收入預算占率	參數二：各分區去年同期戶籍人口數占率	參數三：各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	參數四：各分區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差	參數五：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率	參數六：偏鄉人口預算分配調升機制
參數占率	66%	14%	10%	4%	5%	1%
台北	29.375%	32.950%	30.084%	29.430%	29.584%	28.482%
北區	12.096%	16.733%	13.639%	12.118%	12.179%	12.158%
中區	27.138%	19.913%	26.083%	27.190%	26.864%	27.045%
南區	14.761%	14.404%	14.265%	14.600%	14.742%	15.307%
高屏	16.630%	16.001%	15.928%	16.662%	16.631%	17.007%

- 註：1.111年五分區預算分配，先扣除東區預算占率2.22%，餘97.78%扣除風險調整移撥款後依參數一~參數六分配。
 2.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」係用於補足偏鄉浮動點值至每點1元，若有餘款，則按「參數一」分配予各區，本項參數占率依111年實際執行情形估算，其中8.03%預算用於補偏鄉點值，剩餘91.97%預算按「參數一」分配。
 3.各項參數均採4季均值。

表2-1 111年投保人口數、戶籍人口數、中醫門診總額一般服務預算占率及平均每人預算數

分區	投保人口數 占率 ^(註1)	戶籍人口數 占率 ^(註1)	一般服務預算 占率 ^(註2)	平均每人預算 數 ^(註2)
台北	36.8%	32.0%	29.3%	1,120
北區	16.5%	16.5%	12.6%	933
中區	18.1%	19.5%	25.4%	1,594
南區	12.7%	14.0%	14.3%	1,247
高屏	13.9%	15.6%	16.1%	1,261
東區	2.0%	2.3%	2.2%	1,189
全區	100%	100.0%	100.0%	1,223

表2-2 111年較95年投保人口、戶籍人口、中醫門診總額一般服務預算及平均每人預算成長率

分區	投保人口數 成長率 ^(註1)	戶籍人口數 成長率 ^(註1)	一般服務預算 成長率 ^(註2)	平均每人預算 成長率 ^(註2)
台北	9.1%	1.4%	65.3%	63.0%
北區	18.1%	14.8%	76.2%	53.5%
中區	3.9%	2.3%	52.4%	49.0%
南區	-4.2%	-4.5%	62.0%	69.6%
高屏	-2.2%	-3.0%	61.1%	66.1%
東區	-11.5%	-8.6%	62.0%	77.2%
全區	5.5%	1.7%	61.9%	59.2%

表2-3 107~111年各分區人口老化指數

分區 \ 年	107	108	109	110	111
台北	119.4	128.0	137.3	147.1	157.9
北區	81.0	86.0	91.6	97.5	103.7
中區	99.4	106.0	113.1	121.0	128.3
南區	137.9	145.5	154.3	163.8	172.8
高屏	132.1	140.3	149.6	159.2	168.7
東區	134.5	141.8	150.6	159.8	168.0
全區	112.6	119.8	127.8	136.3	144.9

註：1.資料來源：投保人口數(4季季中平均)：採中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、戶籍人口數(年底)：內政部戶政統計資料，相關資料詳表2-4。

2.一般服務預算不含品質保證保留款及專款項目並扣除醫療資源不足地區之論量計酬結算金額、扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用，相關資料詳表2-5。

3.老化指數是以65歲以上老年戶籍人口數除以14歲以下幼年戶籍人口數。

表2-4 95、107~111年各分區投保人口數、戶籍人口數

年 分區	投保人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,931	8,716	8,753	8,769	8,738	8,653	722	9.1%
北區	3,292	3,776	3,803	3,838	3,869	3,890	597	18.1%
中區	4,099	4,289	4,297	4,299	4,291	4,259	160	3.9%
南區	3,117	3,088	3,072	3,057	3,027	2,986	-132	-4.2%
高屏	3,333	3,323	3,319	3,317	3,297	3,261	-72	-2.2%
東區	521	478	474	472	468	461	-60	-11.5%
全區	22,294	23,671	23,720	23,752	23,689	23,510	1,215	5.5%

年 分區	戶籍人口數(千人)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	7,337	7,642	7,640	7,608	7,502	7,442	105	1.4%
北區	3,354	3,772	3,807	3,834	3,839	3,850	496	14.8%
中區	4,438	4,579	4,582	4,578	4,554	4,539	101	2.3%
南區	3,421	3,346	3,333	3,317	3,290	3,268	-153	-4.5%
高屏	3,746	3,703	3,698	3,685	3,655	3,634	-111	-3.0%
東區	581	547	543	540	535	531	-50	-8.6%
全區	22,877	23,589	23,603	23,561	23,375	23,265	388	1.7%

年 分區	投保人口數占率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	35.6%	36.8%	36.9%	36.9%	36.9%	36.8%	1.2%
北區	14.8%	16.0%	16.0%	16.2%	16.3%	16.5%	1.8%
中區	18.4%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	18.1%	-0.3%
南區	14.0%	13.0%	13.0%	12.9%	12.8%	12.7%	-1.3%
高屏	15.0%	14.0%	14.0%	14.0%	14.0%	13.9%	-1.1%
東區	2.3%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%	-0.4%
全區	100%	100.0%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	戶籍人口數占率(%)						111較95年 增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	32.1%	32.4%	32.4%	32.3%	32.1%	32.0%	-0.1%
北區	14.7%	16.0%	16.1%	16.3%	16.4%	16.5%	1.9%
中區	19.4%	19.4%	19.4%	19.4%	19.5%	19.5%	0.1%
南區	15.0%	14.2%	14.1%	14.1%	14.1%	14.0%	-0.9%
高屏	16.4%	15.7%	15.7%	15.6%	15.6%	15.6%	-0.8%
東區	2.5%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	2.3%	-0.3%
全區	100%	100.0%	100%	100%	100.0%	100%	—

表2-5 95、107~111年中醫門診總額各分區一般服務預算數

年 分區	預算數(百萬元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	5,043	7,053	7,305	7,676	8,039	8,337	3,294	65.3%
北區	2,038	3,003	3,119	3,291	3,450	3,591	1,553	76.2%
中區	4,748	6,176	6,389	6,655	6,963	7,235	2,487	52.4%
南區	2,516	3,453	3,575	3,737	3,909	4,075	1,559	62.0%
高屏	2,844	3,879	4,010	4,204	4,392	4,581	1,738	61.1%
東區	390	536	556	582	608	632	242	62.0%
全區	17,579	24,101	24,955	26,145	27,360	28,452	10,873	61.9%

年 分區	平均每人預算數(元)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	687	923	956	1,009	1,071	1,120	433	63.0%
北區	608	796	819	858	899	933	325	53.5%
中區	1,070	1,349	1,394	1,454	1,529	1,594	524	49.0%
南區	735	1,032	1,072	1,127	1,188	1,247	512	69.6%
高屏	759	1,047	1,085	1,141	1,201	1,261	501	66.1%
東區	671	980	1,023	1,079	1,136	1,189	518	77.2%
全區	768	1,022	1,057	1,110	1,170	1,223	455	59.2%

年 分區	預算數占率(%)						111較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	28.7%	29.3%	29.3%	29.4%	29.4%	29.3%	0.6%
北區	11.6%	12.5%	12.5%	12.6%	12.6%	12.6%	1.0%
中區	27.0%	25.6%	25.6%	25.5%	25.4%	25.4%	-1.6%
南區	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	14.3%	0.0%
高屏	16.2%	16.1%	16.1%	16.1%	16.1%	16.1%	-0.1%
東區	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	2.2%	0.0%
全區	100%	100%	100%	100%	100%	100%	—

年 分區	預算數成長率(%)					
	95	107	108	109	110	111
台北	2.6%	3.6%	3.6%	5.1%	4.7%	3.7%
北區	0.8%	4.0%	3.9%	5.5%	4.8%	4.1%
中區	4.9%	2.7%	3.4%	4.2%	4.6%	3.9%
南區	-0.8%	3.1%	3.5%	4.6%	4.6%	4.2%
高屏	1.7%	3.6%	3.4%	4.8%	4.5%	4.3%
東區	5.4%	3.3%	3.7%	4.8%	4.4%	4.0%
全區	2.4%	3.3%	3.5%	4.8%	4.6%	4.0%

資料來源：健保署，其中預算數摘自中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及專款項目，並扣除醫療資源不足地區之論量計酬結算金額、

扣除風險調整移撥款撥付醫療資源不足地區補至每點1元所需預算、扣除參數6

「偏鄉人口預算分配調升機制」補至偏鄉每點1元所需費用。(依111年總額協定事項

，專款項目「照護機構中醫醫療照護方案」，依111年度預算執行結果，於一般服務扣

減與本項重複部分之費用計1.7百萬元)

2.平均每人預算數=預算數/年底戶籍人口數。

表3 88~111年各分區中醫師分布情形

年	總額開辦前	衛生福利部規劃之分配方式						94較88年 增加值	94較88年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	88	89	90	91	92	93	94		
台北	936	964	1,063	1,184	1,211	1,250	1,259	323	34.5%
北區	351	362	400	450	455	492	508	157	44.7%
中區	1,022	1,024	1,097	1,151	1,164	1,254	1,259	237	23.2%
南區	421	425	465	509	513	563	593	172	40.9%
高屏	431	466	498	533	558	600	616	185	42.9%
東區	57	57	56	55	62	66	73	16	28.1%
全區	3,218	3,298	3,579	3,882	3,963	4,225	4,308	1,090	33.9%

年	部規劃	試辦計畫						111較94年 增加值	111較94年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	94	106	107	108	109	110	111		
台北	1,259	1,925	1,992	2,068	2,150	2,191	2,235	976	77.5%
北區	508	792	837	872	898	928	954	446	87.8%
中區	1,259	1,786	1,830	1,864	1,919	1,971	2,017	758	60.2%
南區	593	855	868	896	919	934	959	366	61.7%
高屏	616	927	958	985	1,017	1,051	1,086	470	76.3%
東區	73	127	138	153	164	160	157	84	115.1%
全區	4,308	6,412	6,623	6,838	7,067	7,235	7,408	3,100	72.0%

表4 歷年全民健保各分區每萬人口中醫師數

年	總額開辦前	衛生福利部規劃之分配方式						94較88年 增加值	94較88年 成長率
	中醫師數	中醫師數							
	88	89	90	91	92	93	94		
台北	1.33	1.35	1.48	1.64	1.68	1.72	1.73	0.40	30.3%
北區	1.15	1.17	1.27	1.41	1.41	1.51	1.54	0.38	33.3%
中區	2.39	2.37	2.53	2.64	2.65	2.85	2.85	0.46	19.1%
南區	1.24	1.24	1.36	1.49	1.50	1.64	1.73	0.50	40.1%
高屏	1.16	1.25	1.33	1.42	1.49	1.60	1.65	0.48	41.4%
東區	0.94	0.95	0.94	0.92	1.04	1.12	1.25	0.30	31.8%
全區	1.46	1.48	1.60	1.72	1.75	1.86	1.89	0.44	29.9%

年	部規劃	試辦計畫						111較94年 增加值	111較94年 成長率
	中醫師數	每萬人口中醫師數							
	94	106	107	108	109	110	111		
台北	1.73	2.52	2.61	2.71	2.83	2.92	3.00	1.28	73.8%
北區	1.54	2.12	2.22	2.29	2.34	2.42	2.48	0.94	61.4%
中區	2.85	3.91	4.00	4.07	4.19	4.33	4.44	1.59	56.0%
南區	1.73	2.55	2.59	2.69	2.77	2.84	2.93	1.20	69.5%
高屏	1.65	2.50	2.59	2.66	2.76	2.88	2.99	1.34	81.6%
東區	1.25	2.31	2.52	2.82	3.04	2.99	2.95	1.71	137.2%
全區	1.89	2.72	2.81	2.90	3.00	3.10	3.18	1.29	68.3%

資料來源：88-89年：健保局(現稱健保署)提報費協會第124次委員會議資料、90-111年：112年版全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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

表5 95、107~111年中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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	1,955	2,055	2,067	1,947	1,726	2,107	151	7.7%
北區	900	948	964	897	805	1,021	121	13.4%
中區	1,649	1,641	1,640	1,547	1,412	1,666	17	1.0%
南區	957	915	918	856	781	941	-16	-1.7%
高屏	1,051	1,003	1,011	949	866	1,027	-24	-2.2%
東區	138	131	134	130	117	137	-1	-0.8%
全區	6,419	6,461	6,501	6,119	5,541	6,684	265	4.1%

年 分區	就醫率(%)						111較95年增加值
	95	107	108	109	110	111	
台北	26.65%	26.89%	27.06%	25.59%	23.00%	28.31%	1.66%
北區	26.83%	25.12%	25.32%	23.39%	20.98%	26.52%	-0.32%
中區	37.16%	35.84%	35.80%	33.78%	31.00%	36.70%	-0.47%
南區	27.98%	27.36%	27.53%	25.80%	23.72%	28.81%	0.82%
高屏	28.06%	27.08%	27.35%	25.77%	23.70%	28.27%	0.21%
東區	23.71%	23.96%	24.74%	24.01%	21.93%	25.72%	2.01%
全區	28.06%	27.39%	27.54%	25.97%	23.70%	28.73%	0.67%
差值	13.45%	11.88%	11.06%	10.39%	10.02%	10.97%	—

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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；就醫率＝就醫人數/年底戶籍人口數。

2.差值＝分區中最高值－分區中最低值

表6 95、107~111年中醫門診總額各分區門診就醫次數

年 分區	門診件數(千件)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	8,886	11,319	11,662	11,364	9,801	11,871	2,985	33.6%
北區	3,851	4,995	5,196	4,977	4,412	5,400	1,550	40.3%
中區	9,073	10,578	10,780	10,342	9,392	10,973	1,900	20.9%
南區	5,067	5,503	5,622	5,415	4,990	5,838	771	15.2%
高屏	5,492	6,145	6,325	6,157	5,655	6,550	1,057	19.3%
東區	613	688	748	747	669	740	127	20.7%
全區	32,981	39,229	40,333	39,002	34,919	41,371	8,390	25.4%

年 分區	平均每人門診就醫次數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	1.21	1.48	1.53	1.49	1.31	1.60	0.38	31.7%
北區	1.15	1.32	1.36	1.30	1.15	1.40	0.25	22.2%
中區	2.04	2.31	2.35	2.26	2.06	2.42	0.37	18.2%
南區	1.48	1.64	1.69	1.63	1.52	1.79	0.31	20.6%
高屏	1.47	1.66	1.71	1.67	1.55	1.80	0.34	22.9%
東區	1.05	1.26	1.38	1.38	1.25	1.39	0.34	32.0%
全區	1.44	1.66	1.71	1.66	1.49	1.78	0.34	23.3%
倍數	1.94	1.84	1.72	1.74	1.79	1.74	—	—

年 分區	平均每就醫人門診就醫次數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	4.54	5.51	5.64	5.84	5.68	5.63	1.09	24.0%
北區	4.28	5.27	5.39	5.55	5.48	5.29	1.01	23.6%
中區	5.50	6.45	6.57	6.69	6.65	6.59	1.09	19.7%
南區	5.29	6.01	6.13	6.33	6.39	6.20	0.91	17.2%
高屏	5.23	6.13	6.26	6.49	6.53	6.37	1.15	22.0%
東區	4.45	5.25	5.57	5.77	5.71	5.41	0.96	21.7%
全區	5.14	6.07	6.20	6.37	6.30	6.19	1.05	20.5%
倍數	1.29	1.23	1.22	1.20	1.21	1.25	—	—

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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.平均每人門診就醫次數＝門診件數/年底戶籍人口數；

平均每就醫人門診就醫次數＝門診件數/就醫人數。

3.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表7 95、107~111年中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)						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	5,078	7,847	8,395	8,510	7,553	8,968	3,890	76.6%
北區	2,088	3,249	3,558	3,586	3,329	4,019	1,931	92.5%
中區	4,795	6,929	7,389	7,422	7,036	8,120	3,325	69.3%
南區	2,603	3,731	4,019	4,079	3,937	4,527	1,923	73.9%
高屏	2,926	4,236	4,550	4,661	4,432	5,070	2,144	73.3%
東區	346	514	580	615	597	652	306	88.3%
全區	17,837	26,506	28,491	28,874	26,885	31,356	13,519	75.8%

年 分區	平均每人門診費用點數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	692	1,027	1,099	1,119	1,007	1,195	503	72.7%
北區	623	861	934	935	867	1,047	424	68.1%
中區	1,080	1,513	1,613	1,621	1,545	1,783	703	65.0%
南區	761	1,115	1,206	1,230	1,197	1,376	615	80.8%
高屏	781	1,144	1,231	1,265	1,213	1,387	606	77.5%
東區	596	940	1,068	1,140	1,117	1,219	623	104.6%
全區	780	1,124	1,207	1,225	1,150	1,341	562	72.0%
倍數	1.81	1.76	1.73	1.73	1.78	1.70	—	—

年 分區	平均每就醫人門診費用點數						111較95年 增加值	111較95年 成長率
	95	107	108	109	110	111		
台北	2,597	3,818	4,061	4,371	4,377	4,257	1,660	63.9%
北區	2,321	3,429	3,691	3,999	4,133	3,938	1,617	69.7%
中區	2,907	4,222	4,505	4,799	4,985	4,875	1,967	67.7%
南區	2,719	4,076	4,379	4,765	5,044	4,808	2,089	76.8%
高屏	2,784	4,223	4,500	4,909	5,116	4,935	2,151	77.2%
東區	2,513	3,921	4,317	4,746	5,094	4,769	2,256	89.8%
全區	2,779	4,103	4,383	4,719	4,852	4,691	1,913	68.8%
倍數	1.25	1.23	1.22	1.23	1.24	1.25	—	—

資料來源：112年全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽。

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.平均每人門診點數＝門診點數/年底戶籍人口數。

3.平均每就醫人門診點數＝門診點數/就醫人數。

4.倍數＝分區中最高值/分區中最低值。

表8-1 104~111年中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
104Q1	0.9025	0.9205	0.8860	0.9611	0.9762	1.3080	0.9263	5	4	6	3	2	1
104Q2	0.8905	0.9080	0.8879	0.9468	0.9828	1.3012	0.9204	5	4	6	3	2	1
104Q3	0.9167	0.9425	0.9109	0.9700	0.9899	1.2989	0.9428	5	4	6	3	2	1
104Q4	0.8724	0.9054	0.9034	0.9750	0.9768	1.2983	0.9218	6	4	5	3	2	1
105Q1	0.9742	0.9909	0.9729	1.0513	1.0541	1.3015	1.0045	5	4	6	3	2	1
105Q2	0.8730	0.8794	0.8638	0.9239	0.9380	1.2939	0.8952	5	4	6	3	2	1
105Q3	0.8769	0.8883	0.8777	0.9412	0.9592	1.2933	0.9062	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.8630	0.8734	0.8737	0.9510	0.9260	1.2939	0.8961	6	5	4	2	3	1
106Q1	0.9112	0.9123	0.8955	0.9610	0.9307	1.2989	0.9236	5	4	6	2	3	1
106Q2	0.9278	0.9194	0.8960	0.9521	0.9401	1.2912	0.9297	4	5	6	2	3	1
106Q3	0.8648	0.8769	0.8516	0.9029	0.8954	1.2902	0.8797	5	4	6	2	3	1
106Q4	0.9449	0.9692	0.9312	0.9924	0.9567	1.2911	0.9585	5	3	6	2	4	1
107Q1	0.8821	0.9051	0.8748	0.9409	0.8922	1.2988	0.8998	5	3	6	2	4	1
107Q2	0.8689	0.9169	0.8718	0.9369	0.9226	1.2942	0.9002	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.8533	<i>0.9115</i>	0.8574	0.9613	<i>0.9021</i>	1.2577	0.8903	6	3	5	2	4	1
107Q4	0.8527	0.9008	0.8572	0.9205	0.8925	1.2559	0.8824	6	3	5	2	4	1
108Q1	0.8285	0.8381	0.8330	0.9064	0.8663	1.1887	0.8542	6	4	5	2	3	1
108Q2	0.8419	0.8575	0.8439	0.8814	0.8747	1.1861	0.8612	6	4	5	2	3	1
108Q3	0.8174	0.8411	0.8017	0.8391	0.8438	1.1344	0.8290	5	3	6	4	2	1
108Q4	0.7874	0.8107	0.8152	0.8656	0.8217	1.1033	0.8196	6	5	4	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.8584	0.8859	0.8447	0.9004	0.8660	1.1292	0.8702	5	3	6	2	4	1
109Q3	0.8307	0.8859	0.8634	0.8894	0.8902	1.1356	0.8687	6	4	5	3	2	1
109Q4	0.9121	0.9788	0.9422	0.9906	0.9457	1.2212	0.9500	6	3	5	2	4	1
110Q1	0.9078	1.0002	0.9478	0.9962	0.9311	1.2287	0.9512	6	2	4	3	5	1
110Q2	1.3525	1.2902	1.1679	1.1489	1.1614	1.4380	1.2362	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.2634	1.1591	1.0574	1.0613	1.0739	1.2874	1.1361	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0359	1.0452	0.9986	1.0333	0.9967	1.2375	1.0245	3	2	5	4	6	1
111Q1	1.0464	1.0833	1.0153	1.0546	1.0378	1.2759	1.0469	4	2	6	3	5	1
111Q2	1.0311	0.9913	0.9604	1.0048	0.9858	1.3132	1.0016	2	4	6	3	5	1
111Q3	0.8331	0.7861	0.8115	0.8122	0.8153	1.1607	0.8220	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.7830	0.7267	0.7745	0.7832	0.7491	1.1238	0.7746	3	6	4	2	5	1

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

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

表8-2 104~111年中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
104Q1	0.9347	0.9496	0.9237	0.9758	0.9849	1.2000	0.9519	5	4	6	3	2	1
104Q2	0.9255	0.9408	0.9240	0.9663	0.9889	1.2000	0.9472	5	4	6	3	2	1
104Q3	0.9435	0.9631	0.9397	0.9811	0.9935	1.2000	0.9622	5	4	6	3	2	1
104Q4	0.9137	0.9391	0.9348	0.9843	0.9852	1.2000	0.9484	6	4	5	3	2	1
105Q1	0.9827	0.9942	0.9818	1.0320	1.0344	1.2000	1.0030	5	4	6	3	2	1
105Q2	0.9127	0.9220	0.9067	0.9512	0.9596	1.2000	0.9298	5	4	6	3	2	1
105Q3	0.9156	0.9277	0.9164	0.9624	0.9735	1.2000	0.9373	6	4	5	3	2	1
105Q4	0.9064	0.9186	0.9140	0.9687	0.9518	1.2000	0.9308	6	4	5	2	3	1
106Q1	0.9401	0.9443	0.9295	0.9753	0.9552	1.2000	0.9497	5	4	6	2	3	1
106Q2	0.9499	0.9478	0.9286	0.9690	0.9605	1.2000	0.9526	4	5	6	2	3	1
106Q3	0.9066	0.9198	0.8980	0.9372	0.9310	1.2000	0.9189	5	4	6	2	3	1
106Q4	0.9622	0.9801	0.9528	0.9951	0.9714	1.2000	0.9721	5	3	6	2	4	1
107Q1	0.9215	0.9406	0.9168	0.9630	0.9311	1.2000	0.9348	5	3	6	2	4	1
107Q2	0.9114	0.9473	0.9138	0.9601	0.9499	1.2000	0.9342	6	4	5	2	3	1
107Q3	0.9015	0.9442	0.9045	0.9749	0.9370	1.1753	0.9277	6	3	5	2	4	1
107Q4	0.9019	0.9379	0.9046	0.9501	0.9306	1.1731	0.9232	6	3	5	2	4	1
108Q1	0.8886	0.9008	0.8909	0.9424	0.9156	1.1247	0.9069	6	4	5	2	3	1
108Q2	0.8964	0.9124	0.8978	0.9271	0.9208	1.1241	0.9110	6	4	5	2	3	1
108Q3	0.8807	0.9016	0.8703	0.9014	0.9020	1.0901	0.8906	5	3	6	4	2	1
108Q4	0.8619	0.8842	0.8796	0.9179	0.8881	1.0688	0.8851	6	4	5	2	3	1
109Q1~Q2 ^註	0.9103	0.9320	0.9012	0.9409	0.9181	1.0836	0.9195	5	3	6	2	4	1
109Q3	0.8919	0.9312	0.9122	0.9338	0.9326	1.0890	0.9178	6	4	5	2	3	1
109Q4	0.9440	0.9872	0.9628	0.9944	0.9665	1.1451	0.9687	6	3	5	2	4	1
110Q1	0.9421	1.0001	0.9670	0.9977	0.9582	1.1480	0.9699	6	2	4	3	5	1
110Q2	1.2204	1.1735	1.1068	1.0890	1.0983	1.2858	1.1460	2	3	4	6	5	1
110Q3	1.1656	1.0957	1.0367	1.0367	1.0449	1.1879	1.0844	2	3	6	5	4	1
110Q4	1.0227	1.0273	0.9991	1.0201	0.9979	1.1562	1.0153	3	2	5	4	6	1
111Q1	1.0289	1.0500	1.0096	1.0324	1.0229	1.1773	1.0289	4	2	6	3	5	1
111Q2	1.0192	0.9948	0.9750	1.0029	0.9913	1.2000	1.0010	2	4	6	3	5	1
111Q3	0.8969	0.8730	0.8817	0.8885	0.8888	1.1034	0.8911	2	6	5	4	3	1
111Q4	0.8673	0.8398	0.8595	0.8718	0.8497	1.0792	0.8633	3	6	4	2	5	1

資料來源：健保署中醫門診總額各區一般服務每點支付金額結算說明表。

註：1.100年起醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫之論量計酬費用(每點支付金額以1元計)，自專款項目改移列由一般服務預算支付，本表平均點值含括該部分。

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

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 112 年 10 月 23 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0772 號
速 別：
附 件：

主 旨：重行檢陳「113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用
總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」，請鑒核。

說 明：

- 一、依本會112年10月15日中醫門診醫療服務審查執行會第51次會議等決議事項辦理。
- 二、「113 年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」(不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣 22.8 百萬元)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) 2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
 2. 其他五分區預算，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：15 %。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300245

112. 10. 24

(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%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

(三)風險調整移撥款之提撥及分配：

1. 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元，由各季提撥1,500萬元。

2. 分配方式：

(1)4,000萬元用於補助點值，補助方式如下：

(A)自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(B)其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

(C)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

(2)2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

中醫全聯會
校對章(四)

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 詹永兆

113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：113年1月1日起至113年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件(每點以1元支付)後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二)分配方式

1、其中 4,000 萬元用於補助點值，補助方式如下：

(1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計

算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第

4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中2,000萬元按季均分，撥予當季就醫率最高之分區。

註：各分區就醫率=當季就醫人數/當季季中戶籍人口數。

三、113年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\frac{\sum 112\text{年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}}{\sum 112\text{年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。
4. 113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與

中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905% ≈ 0.999905）※計算時程：每季

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總
- 四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）
http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 >人口政策及統計資料 >人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就 醫比率(a1%)	病患a2就 醫次數	於各區就 醫比率(a2%)	病患a3就 醫次數	於各區就 醫比率(a3%)	病患a4就 醫次數	於各區就 醫比率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+a3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(\frac{112\text{年該季}}{111\text{年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{112\text{年該季申報醫療費用點數}}{111\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $>$ 全國平均值：
*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$
*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成

長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σ dr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

三、 112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 112年每月申報醫療費用 / Σ 112年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、 113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 66\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 15\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

- 二、各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (Ai1 / \sum Ai1)。$$

$$\text{指標1占率} (Ai1 / \sum Ai1)$$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (Ai1) / \sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum Ai1)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (Ai2 / \sum Ai2)。$$

$$\text{指標2占率} (Ai2 / \sum Ai2)$$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (Ai2) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\sum Ai2)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

$$= \text{各季預算 GC} * \text{指標3占率} (Ai3 / \sum Ai3)。$$

$$\text{指標3占率} (Ai3 / \sum Ai3)$$

$$= \text{各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (Ai3) / \sum \text{去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (\sum Ai3)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

$$= \text{各季預算 GD} * \text{指標4加權後之預算占率} (Ai4 / \sum Ai4)。$$

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4)

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算(Ai1)*(1+指標4權值K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 (Ai4/ΣAi4)

=各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4) / Σ 各分區各季經指標4加權後之預算 (ΣAi4)

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

=預算 GE*指標5加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)。

※各分區指標5權值=各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5)

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) * 【1+指標5權值和(Σdr_peop)】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)

=各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5) / Σ 各分區各季經指標5加權後之預算 (ΣAi5)

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

=(預算 GF -Σ 指標6各區各季補至每點1元所需預算)*指標1占率 (Ai1/ΣAi1)。

三、各分區各季預算 Ts=該區當季預算 Ga+該區當季預算 Gb +該區當季預算 Gc+該區當季預算 Gd+該區當季預算 Ge +該區當季預算 Gf+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義:各分區全年預算 Ty=Σ 該區各季 Ts+Σ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率=(113年該區各季核算 Ty/112年該區各季核 Ty) -1 。

2. 各分區撥補比例=(成長率大於0之分區 Ty) / Σ (成長率大於0之分區 Ty)。

(二) 撥補程序

1. 於113第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於 0 為止。

	112年該區		113年該區		成長率	負成長 分區 差額	撥補比 例	撥補方式	調整金 額	撥補後 Ty	撥補後成 長率
	全年 預算Ty (百萬元)	V	全年 預算Ty (百萬元)	W							
台北	5,604.8		5,723.8		2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2		2,389.2		2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3		5,174.2		-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0		2,858.7		2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2		3,207.2		2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長 分區小計			14,178.9				100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額 = [預算(東區) - 東區核定非浮動點數 - 東區自墊核退點數] / 東區一般服務浮動核定點數。

(二) 各分區浮動每點支付金額 = [預算(各分區) - 各分區核定非浮動點數 - 各分區自墊核退點數] / 各分區一般服務浮動核定點數。

(三) 全區浮動每點支付金額 = [全區一般服務預算總額 - 全區核定非浮動點數 - 全區自墊核退點數] / 全區一般服務浮動核定點數。

三、平均點值

(一) 東區平均點值 = [預算(東區) / [東區一般服務核定浮動點數 + 東區核定非浮動點數 + 東區自墊核退點數]]

(二) 各分區平均點值 = [各分區預算 / [各分區一般服務核定浮動點數 + 各分區核定非浮動點數 + 各分區自墊核退點數]]

(三) 全區平均點值 = [全區一般服務預算總額 / [全區一般服務核定浮動點數 + 全區核定非浮動點數 + 全區自墊核退點數]]

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段33號11樓之2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月19日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第0770號
速 別：
附 件：

主 旨：檢陳「113年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額
一般服務地區預算分配計畫(草案)」，請鑒核。

說 明：

- 一、依本會112年10月15日中醫門診醫療服務審查執行會第51次會議等決議事項辦理。
- 二、「113年中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算」本會建議「一般服務」(不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度新臺幣22.8百萬元)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) 2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
 2. 其他五分區預算，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：15%。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300243

112.10.23

(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%。若有餘款則歸入依「各分區實際收入預算占率」分配。

(三)風險調整移撥款之提撥及分配：

1. 提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥6,000萬元，由各季提撥1,500萬元。

2. 分配方式：

(1)4,000萬由各季提撥1,000萬元。

(A)自113年第1季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(B)其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至0.8元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)。

(C)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依113年第4季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

(2)2,000萬由各季提撥500萬元:按季結算，撥予當季就醫率最高之分區；各分區就醫率之計算為「當季就醫人數/當季季中戶籍人口數」。

中醫全聯會
校對章(四)

正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 詹永兆

113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)

壹、依據：

全民健康保險會協定年度全民健康保險醫療給付費用總額事項辦理。

貳、目的：

為規範中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配之實際操作方式、品質與醫療資源分布之管控，特訂定本計畫。

參、計畫期間：113年1月1日起至113年12月31日止。

肆、預算分配：

當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算（扣除106年度於一般服務之品質保證保留款額度22.8百萬元），按季先行結算該年度中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案巡迴醫療服務計畫之論量計酬案件（每點以1元支付）後，再依下列方式進行預算分配：

一、東區預算占率2.22%，先予分配；其餘五分區預算占率97.78%。

二、風險調整移撥款之提撥及分配：

(一)提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

(二)分配方式

1、其中 4,000 萬由各季提撥 1,000 萬元。

(1)自 113 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止。

(2)其浮動點值以該區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/∑各院補助金額)。

(3)移撥經費全年預算若有結餘則回歸一般服務費用總額，並依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

2、其中2,000萬由各季提撥500萬元：按季結算，撥予當季就醫率最高之分區；

各分區就醫率之計算為「當季就醫人數/當季季中戶籍人口數」。

三、113年東區之外五分區中醫總額一般服務預算扣除風險調整移撥款後，各季預算分配方式如下(操作型定義詳附件1)：

- (一)66%預算以「95年第4季至98年第3季之五分區實際預算占率」分配。
- (二)15%預算以「各區去年同期戶籍人口數占率」分配。
- (三)9%預算以「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」分配。
- (四)4%預算以「各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率」分配。
- (五)5%預算以「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」指標加權校正後之占率分配(當年前一季)。
- (六)1%預算作為「偏鄉人口預算分配調升機制」之用。符合本計畫「偏鄉」定義之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，其經費由本項預算支應。本項預算當季若有餘款，則餘額按「95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率」分配予各區。

註：符合「偏鄉」定義之條件說明如下：

1. 偏鄉定義為(1)全民健康保險保險人(以下稱保險人)公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。
2. 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。
3. 112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = $\frac{\sum 112年各中醫門診特約醫事服務機構每月申報醫療費用點數}{\sum 112年每月月底中醫門診特約醫事服務機構家數}$ 。申報醫療費用點數為中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

4. 113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

四、經上述第(一)款至第(六)款方式分配後，以及含已撥補分區之風險調整移撥款，如全年各區預算與去年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長。

伍、五分區預算分配之計算及各分區點值之核算詳附件2。

陸、管理機制

一、中華民國中醫師公會全國聯合會（以下稱中醫全聯會）應成立「中醫總額共同管理組」，負責本計畫六分區總額事務之協調與管理。

二、中醫全聯會與保險人成立共同管理機制，含各分區全民健康保險中醫門診總額支付制度保險委員會分會與保險人分區業務組，負責本計畫之管理、監控與檢討。

柒、本計畫由保險人與中醫全聯會研訂後，報請主管機關核定後公告實施，並副知全民健康保險會。屬執行面之修訂，由保險人逕行修正公告。

附件1：指標之操作型定義

※各項指標計算過程結果，四捨五入取至小數點以下第6位（如：99.9905% ≈ 0.999905）※計算時程：每季

指標：

指標1：95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率

分子：各分區各季總預算(Ai1)

分母： Σ 各分區各季總預算加總($\Sigma Ai1$)

條件說明：

- 一、第1季：96Q1+97Q1+98Q1預算加總
- 二、第2季：96Q2+97Q2+98Q2預算加總
- 三、第3季：96Q3+97Q3+98Q3預算加總
- 四、第4季：95Q4+96Q4+97Q4預算加總

指標2：各區去年同期戶籍人口數占率

分子：各區去年同期戶籍人口數(Ai2)

分母： Σ 各分區去年同期戶籍人口數加總($\Sigma Ai2$)

條件說明：

- 一、資料來源採用內政部戶政司統計資料（採季中戶籍人口數）
http://www.ris.gov.tw/zh_TW/346（首頁 >人口政策及統計資料 >人口統計資料庫 > 人口統計資料 > 各月人口資料 > 03鄉鎮戶數及人口數）
- 二、各分區之各鄉鎮市區採用內政部戶政司之地區分類。

指標3：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率

分子：各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值(Ai3)

分母： Σ 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值加總($\Sigma Ai3$)

條件說明：

- 一、保險對象：身分證號相同者就醫人數計一人。
- 二、資料擷取時間點：中醫門診特約醫事服務機構申報資料【不含職業災害案件（案件分類B6）、中醫醫療照護計畫及收容對象醫療服務計畫】，該費用年月次月20日前申報受理者，始納入計算。就醫次數計算排除診察費=0之案件。

三、計算步驟：

- (一)計算去年同期全國就醫人數(季) (p)
- (二)計算每位病患於各區就醫次數(a)
- (三)計算每位病患於各區就醫次數比率(a%)
=每位病患於各區就醫次數(a)/ Σ 每位病患於各區就醫次數(Σa)
- (四)各區每位病患之就醫次數比率(T)
=各區 Σ 每位病患於各區就醫次數比率($\Sigma a\%$)
- (五)計算各區每人就醫次數之權值(K1)
=各區每位病患之就醫次數比率(T)/ 全國就醫人數(p)
- (六)扣除東區後，重新計算各區就醫次數之權值(K2)
=各區每人就醫次數之權值(K1)/加總五區每人就醫次數之權值($\Sigma K1$)

四、舉例說明：

- (一)本季全國中醫就診病患有4人(p)
- (二)計算(a)、(a%)、(T)

分區	病患a1就 醫次數	於各區就 醫比率(a1%)	病患a2就 醫 次數	於各區就 醫次 數比率(a2%)	病患a3就 醫 次數	於各區就 醫次 數比 率(a3%)	病患a4就 醫 次數	於各區就 醫次 數比 率(a4%)	各區每位病患 之就醫次數比 率 T=(a1%+a2%+a 3%+a4%)
台北	3	16.6667%	2	7.1429%	24	60.0000%	0	0.0000%	0.838095
北區	2	11.1111%	4	14.2857%	7	17.5000%	0	0.0000%	0.428968
中區	6	33.3333%	0	0.0000%	0	0.0000%	7	58.3333%	0.916667
南區	4	22.2222%	8	28.5714%	4	10.0000%	5	41.6667%	1.024603
高屏	2	11.1111%	6	21.4286%	3	7.5000%	0	0.0000%	0.400397
東區	1	5.5556%	8	28.5714%	2	5.0000%	0	0.0000%	0.391270
全區	18	100%	28	100%	40	100%	12	100%	4.000000

(三)計算各分區就醫次數之權值

分區	就醫人數P	各區每位病患之 就醫次數比率(T)	權值 (K1)=T/(全 區P)	扣除東區分區	權值(K2)
台北	3	0.838095	0.209524	0.209524	0.232241
北區	3	0.428968	0.107242	0.107242	0.118870
中區	2	0.916667	0.229167	0.229167	0.254014
南區	4	1.024603	0.256151	0.256151	0.283923
高屏	3	0.400397	0.100099	0.100099	0.110952
東區	3	0.391270	0.097817	-	-
全區	4		1.000000	0.902183	1.000000

指標4：去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差(季)

條件說明：

- 一、保險對象：以各區各季之身分證號相同者計一人。
- 二、人數利用率成長率 (p)：以各區患者 ID 歸戶(以「季」及「人」為單位不重複計算)，即 $(\frac{112\text{年該季}}{111\text{年同期}}) - 1$ 。
- 三、醫療費用點數成長率(r)： $(\frac{112\text{年該季申報醫療費用點數}}{111\text{年同期申報醫療費用點數}}) - 1$ 。
- 四、各季以費用年月計算，醫療費用點數係指中醫門診醫療給付費用總額一般服務之申報醫療費用點數(申請費用點數+部分負擔點數)，含交付機構，不含職業災害案件(案件分類 B6)、中醫醫療照護專案計畫及收容對象醫療服務計畫。
- 五、本項為正向指標，權重為1、權值為5%(m)。
- 六、(p-r)產生的最大值中，其值大於0且 p 值大於0之區域，權值加計+5%；(p-r)產生的最小值中，其值小於0且 r 值大於0之區域，權值加計-5%，非屬前述二要件之區域均以0計。

指標5：當年前一季「各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數」占率

分子：各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

分母： Σ 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

條件說明：

- 一、「各分區各鄉鎮市區人口數」之資料來源採用內政部戶政司「戶籍人口數」。
- 二、「中醫師數」之資料來源採用全民健康保險保險人「特約醫事機構醫事人員」公務統計。
- 三、戶籍人口數及中醫師數採用季中數值。
- 四、各分區業務組之各鄉鎮市區如附表。
- 五、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數
 $= \text{各分區各鄉鎮市區中醫師數} \div (\text{各分區各鄉鎮市區戶籍人口數} \div 10,000)$
- 六、各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(季)，指標值為全國平均值
(一)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 $>$ 全國平均值：
*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)
 $= -5\%(m) * (\text{各鄉鎮市區戶籍人口數} / \text{該分區戶籍人口數小計})$
*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成

長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(二)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數 \leq 全國平均值：

*該鄉鎮市區每萬人口中醫師數成長率 \geq 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)

=+5%(m)*(各鄉鎮市區戶籍人口數/該分區戶籍人口數小計)

*該鄉鎮市區本季每萬人口中醫師數成長率 $<$ 全國每萬人口中醫師數成長率，各鄉鎮市區權值(dr_peop)為 0 (m)。

*各鄉鎮每萬人口中醫師成長率為0或無中醫師鄉鎮，其權值以0計算。

(三)分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數(指標5)之權值和(Σ dr_peop)

= 各分區 Σ 各鄉鎮市區權值(dr_peop)

*成長率之計算係與前季季中比較。

指標6：「偏鄉人口預算分配調升機制」

一、 每季結算時，「偏鄉」之中醫門診特約醫事服務機構，當季結算之醫療點數，除依一般服務預算結算外，若該區前一季浮動點值低於每點1元者，依該區前一季浮動點值，補至最高每點1元，若分區前一季浮動點值大於每點1元者，則不予補付。

二、 依上述方式補付後，若該季預算尚有結餘，則餘額按指標1「95年第4季至98年第3季加總之各區各季實際預算占率」分配予各分區，併同指標1至指標5之預算進行當季結算。

條件說明：

一、 偏鄉定義為(1)保險人公告之全民健康保險山地、離島地區或(2)每萬人口中醫師數小於1.8人且中醫師數不大於9人之鄉鎮，補助之中醫門診特約醫事服務機構須排除各季月平均申報醫療費用點數大於(含等於)112年全國每月申報醫療費用點數之平均值者。

二、 符合中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案獎勵開業服務計畫之中醫門診特約醫事服務機構不予補付。

三、 112年全國每月申報醫療費用點數之平均值 = Σ 112年每月申報醫療費用 / Σ 112年每月月底特約中醫門診特約醫事服務機構家數。申報醫療費用點數為特約中醫門診特約醫事服務機構每月之申請點數+部分負擔點數。

四、 113年偏鄉之每萬人口中醫師數認定，以112年12月之戶籍人口與中醫師數進行計算。

附件2 五分區預算分配之計算及點值核算

※五分區預算分配之計算操作型定義

- 一、 當年度中醫門診醫療給付費用總額一般服務各季預算總額(T)
= 預算 GA+預算 GB+預算 GC+預算 GD+預算 GE+預算 GF+
預算(東區)+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

$$\text{指標1預算 GA} = (T) * 97.78\% * 66\%$$

$$\text{指標2預算 GB} = (T) * 97.78\% * 15\%$$

$$\text{指標3預算 GC} = (T) * 97.78\% * 9\%$$

$$\text{指標4預算 GD} = (T) * 97.78\% * 4\%$$

$$\text{指標5預算 GE} = (T) * 97.78\% * 5\%$$

$$\text{指標6預算 GF} = (T) * 97.78\% * 1\%$$

- 二、 各分區各季指標預算計算如下

(一) 各分區各季預算 Ga

$$= \text{各季預算 GA} * \text{指標1占率} (Ai1 / \sum Ai1)。$$

$$\text{指標1占率} (Ai1 / \sum Ai1)$$

$$= \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (Ai1) / \sum \text{95年第4季至98年第3季之各區各季預算} (\sum Ai1)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(二) 各分區各季預算 Gb

$$= \text{各季預算 GB} * \text{指標2占率} (Ai2 / \sum Ai2)。$$

$$\text{指標2占率} (Ai2 / \sum Ai2)$$

$$= \text{去年同期各分區戶籍人口數} (Ai2) / \sum \text{去年同期各分區戶籍人口數} (\sum Ai2)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(三) 各分區各季預算 Gc

$$= \text{各季預算 GC} * \text{指標3占率} (Ai3 / \sum Ai3)。$$

$$\text{指標3占率} (Ai3 / \sum Ai3)$$

$$= \text{各分區去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (Ai3) / \sum \text{去年同期每人於各分區就醫次數之權值} (\sum Ai3)。$$

※占率：四捨五入至小數點第6位

(四) 各分區各季預算 Gd

$$= \text{各季預算 GD} * \text{指標4加權後之預算占率} (Ai4 / \sum Ai4)。$$

※各分區指標4權值 = 各分區人數利用率成長率(p)與醫療費用成長率(r)差

※各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4)

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算(Ai1)*(1+指標4權值K2)

※各分區各季經指標4加權後之預算占率 (Ai4/ΣAi4)

=各分區各季經指標4加權後之預算 (Ai4) / Σ 各分區各季經指標4加權後之預算 (ΣAi4)

※成長率占率：四捨五入至小數點第6位

(五) 各分區各季預算 Ge

=預算 GE*指標5加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)。

※各分區指標5權值=各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數權值

※各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5)

=95年第4季至98年第3季之各區各季預算 (Ai1) * 【1+指標5權值和(Σdr_peop)】

※各分區各季經指標5加權後之預算占率 (Ai5/ΣAi5)

=各分區各季經指標5加權後之預算 (Ai5) / Σ 各分區各季經指標5加權後之預算 (ΣAi5)

※占率：四捨五入至小數點第6位

(六) 各分區各季預算 Gf

=(預算 GF -Σ 指標6各區各季補至每點1元所需預算)*指標1占率 (Ai1/ΣAi1)。

三、各分區各季預算 Ts=該區當季預算 Ga+該區當季預算 Gb +該區當季預算 Gc+該區當季預算 Gd+該區當季預算 Ge +該區當季預算 Gf+當季撥補之風險調整移撥款 Gh。

四、若五分區全年預算與前一年比較呈現負成長，則由其他分區按比例撥補至零成長，其操作定義及撥補程序如下：

(一) 操作定義:各分區全年預算 Ty=Σ 該區各季 Ts+Σ 指標6各區各季補至每點1元所需預算。

1. 成長率=(113年該區各季核算 Ty/112年該區各季核 Ty) -1 。

2. 各分區撥補比例=(成長率大於0之分區 Ty) / Σ (成長率大於0之分區 Ty)。

(二) 撥補程序

1. 於113第四季結算時，由「成長率大於0之分區」，各自依比例撥補至「成長率小於0之分區」，使全年預算 Ty 負成長之分區補至零成長。

● 撥補程序之操作範例：如下頁附表。

2. 依上述方式撥補後，如仍有分區呈現負成長，其不足額度繼續由「成長率大於0之分區」按比例撥補，直至各區預算成長率均不小於 0 為止。

	112年該區		113年該區		成長率	負成長 分區 差額	撥補比 例	撥補方式	調整金 額	撥補後 Ty	撥補後成 長率
	全年 預算Ty (百萬元)	V	全年 預算Ty (百萬元)	W							
台北	5,604.8		5,723.8		2.1%	--	40.4%	-14.1*40.4%	-5.7	5,718.1	2.0%
北區	2,336.2		2,389.2		2.3%	--	16.9%	-14.1*16.9%	-2.4	2,386.8	2.2%
中區	5,188.3		5,174.2		-0.3%	-14.1	--	--	14.1	5,188.3	0.0%
南區	2,802.0		2,858.7		2.0%	--	20.2%	-14.1*20.2%	-2.8	2,855.9	1.9%
高屏	3,144.2		3,207.2		2.0%	--	22.6%	-14.1*22.6%	-3.2	3,204.0	1.9%
正成長 分區小計			14,178.9				100.0%		0		

※各分區點值之核算操作型定義：

一、 藥費依全民健康保險藥物給付項目及支付標準以每點一元自地區預算預先扣除。

二、 浮動點值

(一) 東區浮動每點支付金額＝[預算(東區)－東區核定非浮動點數－東區自墊核退點數]／東區一般服務浮動核定點數。

(二) 各分區浮動每點支付金額＝[預算(各分區)－各分區核定非浮動點數－各分區自墊核退點數]／各分區一般服務浮動核定點數。

(三) 全區浮動每點支付金額＝[全區一般服務預算總額－全區核定非浮動點數－全區自墊核退點數]／全區一般服務浮動核定點數。

三、 平均點值

(一) 東區平均點值＝[預算(東區)／[東區一般服務核定浮動點數＋東區核定非浮動點數＋東區自墊核退點數]]

(二) 各分區平均點值＝[各分區預算／[各分區一般服務核定浮動點數＋各分區核定非浮動點數＋各分區自墊核退點數]]

(三) 全區平均點值＝[全區一般服務預算總額／[全區一般服務核定浮動點數＋全區核定非浮動點數＋全區自墊核退點數]]

歷年地區預算執行概況

一、第一期(89.7~90.6)至 94 年，依衛生署(102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部)交付方案：

依衛生署交議，費協會委員會議決議之相關事項辦理：

(一)地區範圍：以中央健康保險局(現改制為中央健康保險署)六分局所轄範圍區分為六地區。

(二)分配事項：

1.先依各投保分局參數分配預算，再依投保人口實際就醫情形，將其跨區就醫費用歸至就醫分局。

2.分配參數：「各地區校正人口風險後保險對象人數」(R 值)、「總額開辦前一年各地區保險對象實際發生醫療費用」(S 值)。

3.人口風險校正因子：年齡、性別。

4.分配方式：以「錢跟著人走」方式分配預算，以 8 年為目標，期最終達成預算 100%依校正人口風險後之各分區保險對象人數分配。

5.各年協定之「人口占率」比率分別為：89 年 7 月~90 年 12 月：5%、91 年：15%、92 年：20%、93 及 94 年：30%。

二、95 年至 98 年，採試辦計畫(事後結算、分配參數未含人口因素)：95 年依衛生署函送方案，協定採試辦計畫方式辦理；96 年至 98 年並經委員會議同意續辦。摘錄 98 年方式如下：

(一)東區預算占率 2.22%，餘 97.78%依其他五分區分配參數分配(依就醫分局分配預算)。

(二)五分區預算分配參數及其占率為：

占率	分配指標	備註
90%	依當(98)年各分區各季校正後申請醫療費用點數(需經上限調整)占率分配	反映各分區當年利用狀況
10%	依當(98)年各分區經 6 項管控指標加權計算後之申請醫療費用點數占率分配	反映各分區當年費用管控狀況

三、99 年至 112 年：

- (一)採修正後試辦計畫，先扣除東區預算占率 2.22%，其他五分區預算依下列指標占比分配：
- 1.參數一「95 年第 4 季至 98 年第 3 季加總之各區各季實際預算占率」：99 為 80%，112 年降為 66%。
 - 2.參數二「各區去年同期戶籍人口數占率」：99 為 5%，112 年上升為 14%。
 - 3.參數三「各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率」：99 為 5%，112 年上升為 10%。
 - 4.參數四「去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差」：歷年皆為 5%，112 年下降為 4%。
 - 5.參數五「當前前一季『各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數』」占率：歷年皆為 5%。
 - 6.參數六「偏鄉人口預算分配調升機制」：歷年皆為 1%
- (二)105 年：為提升民眾就醫公平性及促進各地區醫療資源均衡發展，中醫門診總額一般服務之地區預算，自 105 年度起，分配參數中之「各分區戶籍人口數占率」，以 5 年調升 10%為目標。請中醫師公會全國聯合會與中央健康保險署，於討論 106 年度地區預算分配方式前，研提符合前開條件之分配草案；屆時若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應調升 3%。
- (三)105、106、108~110 年：同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，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。
- (四)107 年：基於中醫門診總額相關團體承諾於討論 108 年度地區預算分配案前，將進行研究、規劃並提出建議方案，爰同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。
- (五)108 年：請中醫門診總額承辦團體於討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討執行結果並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」

應予調升。

(六)111 年：不列風險調整移撥款。

(七)112 年：中全會原建議 112 年不移撥風險調整移撥款，考量受新冠疫情影響，造成 112 年中醫各區醫療利用增加、各區點值也存有差異，爰需增列風險調整移撥款，以為因應，於 112 年第 5 次委員會議(112.6.28)對衛福部公告之 112 年度地區預算分配，提出修正案。建議增列風險調整移撥款 3,000 萬元，用於撥補受新冠疫情影響造成點值過低之分區。

歷年地區預算分配公式檢討會議相關結論及本會委託研究建議

壹、95~105 年行政院衛生署(現改制為衛生福利部)、衛生福利部及健保會歷年召開地區預算分配公式檢討會議，相關結論摘述如下：

一、衛生署規劃方案，以「錢跟著人走」的概念分配地區預算，係為達成「保障民眾就醫的公平性」及漸進促成「資源分布均衡發展」之目標，惟為減緩衝擊，分配公式中之「人口占率」可採漸進方式增加，以利各分區調適。(95.5.1 費協會座談會)

二、目前(指 95~98 年試辦計畫)主要以「利用面」作為分配依據，除從管理面作分配外，亦應兼顧「需求面」，建議公式仍應適度反映人口占率因素，至於「人口占率」所占比重之多寡，可再調整。(98.8.6 衛生署座談會)

三、「人口占率」調升比率，應以各分區預算沒有負成長為前提。(98.8.6 衛生署座談會)

四、專家學者多認同「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，而考量醫療提供及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率是否達 100%，尚有討論空間。(105.3.4 座談會)

五、專家學者所提下列意見，請健保署協助模擬試算，供未來討論地區預算分配案參考(105.3.4 座談會)：

(一)所採「戶籍人口數占率」分配參數，宜校正年齡、性別等風險因素，以反映該區人口需求。

(二)年度總額協商因素項目之新增費用，均已指定用途，若欲將「新增醫療費用」挪做地區預算分配，如何兼顧總額協定事項的執行，宜慎重考量其妥適性。

貳、本會於 105 年委託國立台灣大學辦理「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」計畫，中醫相關之研究結論及政策建議如下：

一、除中醫部門外，其他總額部門皆有預算調整或撥補機制，建議中

- 醫部門宜建立跨區就醫之預算撥補機制。
- 二、中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入 CCS(以疾病診斷處置反映罹病狀態)則可提高，建議中醫部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。
 - 三、建議 S 值可從總額開辦前 1 年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料。

健保署對中全會所提建議方案之執行面意見，及風險調整移撥款執行結果：

一、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。

二、112 年「風險調整移撥款」，本署執行情形如下：

年度	分配方式	執行情形
112 年	提撥 3,000 萬元風險調整移撥款，用於逐季撥補五分區(不含東區)浮動點值低於 0.75 元之分區，其浮動點值補至 0.75 元(預算上限 3,000 萬元)；經費若有剩餘，則餘額於第四季回歸一般服務預算分配。	自 112 年第 1 季開始執行，逐季使用至預算使用完畢為止，112 年第 1 季結算結果： 1.風險調整移撥款撥付(浮動點值補至每點 0.75 元)：北區 2,411 萬元。 2.風險調整移撥款全年剩餘款：589 萬元。

註：111 年度中醫門診總額無提撥風險調整移撥款。

第二案

提案單位：中央健康保險署

案由：全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)，提請審議。

說明：

- 一、本案經貴會於本(112)年 10 月 18 日「全民健康保險 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議」結論，請本署參酌諮詢委員與貴會委員所提意見及需補充資料修正「全民健康保險 113 年度保險費率試算結果(草案)」送貴會本年第 10 次委員會議(112.11.15)審議。
- 二、本署爰依前揭決議事項，研提「全民健康保險 113 年度保險費率試算結果(草案)」(附件一，第 76~91 頁)，提請審議。
- 三、前揭本署研提之費率試算結果(草案)，已參酌委員意見，修正處理情形詳附件一簡報第 3~6 張投影片(第 77~79 頁)。

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

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

.....

本會補充說明：

- 一、依全民健康保險法(下稱健保法)第 5 條規定，保險費率審議為本會法定任務之一，其相關規定敘明於健保法第 24 條，內容如下：
第十八條被保險人及其每一眷屬之保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。
前項審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。
第一項之審議，應於年度開始一個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。
- 二、本會業依健保法第 24 條規定，於本年 10 月 18 日召開「全民健康保險 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議」，會議重點建議

摘要如下(會議紀錄詳附錄十六，第 259~285 頁)：

(一)就「全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)」之意見：

- 1.113 年度維持現行健保費率 5.17% 不調整：依據 113 年度總額協商結果及健保署財務推估，在維持現行費率 5.17% 下，113 年底安全準備累計餘額為 2.04(付費者方案)或 1.89(醫界方案)個月保險給付支出，符合法定 1~3 個月原則，113 年度可維持現行費率不調整。
- 2.審慎因應政府撥補健保安全準備之影響：政府於 112 年、113 年撥補健保安全準備 240 億元、200 億元，一方面可減輕健保財務壓力，另一方面會增加未來調整費率的困難度，並延緩健保的改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸健保制度中的調整機制，或調整健保財務收支結構。
- 3.請健保署補充相關資料，以利本會審議 113 年度保險費率。
(需補充之資料列於健保署簡報第 3~6 張投影片)

(二)宜全面檢視歷年諮詢會議、相關研究計畫對收支平衡之建議，就開源、節流面向，研擬規劃推動改善方案之優先順序。

(三)對短期開源節流措施之看法及建議：

- 1.應遵循法令規範，落實政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之財務責任。
- 2.檢討總額支出配置之有效性，持續推動健保財務相關調整措施：
 - (1)總額目前已達 8 千多億元，研擬總額範圍及總額協商時宜審慎評估總額成長幅度，並檢討整體總額支出配置是否具有有效性。
 - (2)健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法內容(101 年 10 月 30 日修正發布之版本)。
 - (3)菸捐分配健保安全準備比率恢復至 70%。
 - (4)112 年稅收如有超徵，建議衛福部應強力爭取挹注健保基金。
- 3.審慎研議部分負擔方案，以達功效：112 年 7 月部分負擔調整之財務影響僅有 33 億元，似未達到應有的效果，建議蒐集各

方意見審慎研議，以達到預期效果。

(四)對中長期如何增加保險收入及強化健康投資之看法及建議：

- 1.支持強化健康投資，並落實效益評估：支持健康投資構想，惟近年衛福部多項投資健康相關計畫或政策(如家庭醫師整合照護計畫、分級醫療)，似只看到預算投入，但沒有節省醫療支出，應深入探討相關計畫預算投入後的追蹤管理，若具成效，則可再運用於更多的健康投資項目，形成良性循環。
- 2.規劃保費徵收方式之調整機制：建議保費收取可再增加薪資所得之外的財源；另為因應未來負擔保費之青壯年人口逐漸減少可能產生的財務壓力，或可考量採用提存的方式，類似年金保險；或者參考德國長期照護制度的經驗，成立費率平穩基金。各國經驗於規劃調整機制時均可納入參考。
- 3.提高民眾對投資健康之認知：新醫療科技的發展有助提升民眾健康，但價格高昂，未來如納入健保給付，健保也需有相對的財務資源因應。因此，如果民眾認同健康的價值，必須接受未來醫療支出在食衣住行費用的占比將越來越高的趨勢。

三、本次健保署提出 113 年度保險費率方案(草案)，就前揭專家諮詢會議結論提出需補充資料，列於附件一簡報第 3~6 張(第 77~79 頁)。

四、另本會進行費率審議及其決議方式之相關法源依據，與 113 年財務推估重要數據彙整如下：

(一)相關法源依據

1.健保法第 5 條第 1 項

本保險下列事項由全民健康保險會(以下稱健保會)辦理：

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

2.健保法第 78 條

本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為

原則。

3.決議方法：依據健保會組成及議事辦法第8條第3項規定，如下：

會議應有二分之一以上委員出席，始得開議；其決議依下列方式為之：

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

(二)113 年財務推估重要數據

113 年度兩案併陳 之總額成長率	維持現行費率 5.17% 下， 113 年底之安全準備月數
3.645% (付費者)	2.04
4.672% (醫界)	1.89

五、檢附 107~111 年委員會議費率審議相關決議供參，如附件二(第 108~109 頁)。

決議：



全民健康保險113年度 保險費率試算結果(草案)

衛生福利部中央健康保險署
112年11月15日



簡報大綱

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



法令依據

■全民健康保險法第二十四條(由保險人提請費率審議)

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

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

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



諮詢會議意見處理情形及說明

1/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、 有關敏感度分析之假設條件 ：進行敏感度分析時，不宜在「假設其他情況不變」前提下，僅以收入、支出本身影響因素增減多少數額或百分比進行分析，宜併同從影響收入、支出的各項外在因素(如：物價、貿易順逆差或經濟成長)切入，分析其變動對保險財務產生之變化，使其分析結果更符合實際情形。	本試算結果中敏感度分析收入面以第1、2類投保金額成長率增減0.5個百分點，及補充保險費增減5%為試算條件，即是考量經濟成長之變動對保險收入的可能影響；至支出面，因保險成本主要受總額成長率影響，又113年總額成長率尚未確定，爰以付費者代表版本及醫界代表版本分別增減0.5個百分點作試算條件。
二、 規劃因應法定費率上限6%之議題 ：依健保署推估顯示，在「維持年底安全準備1個月」下(簡報第22、23張)，116年度費率需調整至5.87%~5.92%，已近法定上限6%，惟簡報對未來如何面對法定費率上限6%之問題未予著墨，因其涉及修法，宜有中長期之規劃作為。	依年底安全準備維持一個月保險給付支出預估，117年健保費率將超過法定上限6%，因此，衛福部已成立全民健康保險法修法工作小組，檢討收支重大議題，預為因應。



諮詢會議意見處理情形及說明

2/4

諮詢會議意見	處理情形及說明								
三、 健保財務狀況	若依委員建議將112年240億元及113年200億元之政府額外挹注扣除後，財務試算結果								
表達之一致性： 請依一致性原則，將112、113年政府撥補240億元、200億元扣除後，剖析目前健保財務實況，提供委員了解，以利11月份進行費率審議。	如下：								
	(一)付費者代表	年別	保險費率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
	版本	111年	5.17%	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
		112年(P)	5.17%	7,768	7,782	3.323%	-14	1,035	1.60
		113年(P)	5.17%	7,899	8,017	3.645%	-118	917	1.37
		114年(P)	5.17%	7,989	8,385	4.353%	-396	521	0.75
		115年(P)	5.17%	8,083	8,817	4.903%	-734	-213	-0.29
		116年(P)	5.17%	8,150	9,204	4.189%	-1,054	-1,267	-1.65
	(二)醫界代表	年別	保險費率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
	版本	111年	5.17%	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
		112年(P)	5.17%	7,768	7,782	3.323%	-14	1,035	1.60
		113年(P)	5.17%	7,899	8,102	4.672%	-203	831	1.23
		114年(P)	5.17%	7,987	8,473	4.353%	-486	345	0.49
		115年(P)	5.17%	8,080	8,910	4.903%	-831	-485	-0.65
		116年(P)	5.17%	8,144	9,301	4.189%	-1,157	-1,642	-2.12

4



諮詢會議意見處理情形及說明

3/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
四、 請釐清、說明簡報相關問題如下：	
(1)113年度推估所採用的平均眷口數，仍採112年度適用的0.57人是否妥當？	一、有關113年度保險人公告事項尚未完成公告程序，爰本試算結果(草案)之平均眷口數，係依112年公告之0.57人進行估算。
(2)112年補充保費670億元是否低估？其將進而影響113年度補充保費之推估值。	二、112年補充保費係以112年上半年實際數相較去年同期成長情形推估，惟考量全球經濟前景仍不樂觀，且公開發行公司公布之下半年股利分派情形較去年同期減少，爰下修下半年之成長情形。
(3)簡報第19張平衡費率試算假設中，保險收入與總額平均年成長率逆差4.28%，較去年3.35%為高，以此趨勢，未來收支失衡情況恐更加惡化，國發會對此現象示警已超過5年以上，卻只停留在討論階段。	三、若排除113年特別預算撥補健保基金200億元之影響，114年至116年保險收入與總額平均年成長率逆差為3.48%，與去年相差不大；針對收支結構失衡問題，本署配合衛福部持續研擬各項可能之財務改善配套措施，且衛福部已成立全民健康保險法修法工作小組，檢討收支重大議題，為健保長期財務預做準備。
(4)附錄第15、16頁110年~113年健保財務收支情形表之編表假設未符法遵，提供之財務資訊恐有誤導之虞。	四、有關健保財務收支情形表說明如下： (一)為呈現當年保險收支餘絀情形，將該項單獨列出，爰該表之安全準備相關收入不含保險收支結餘數。 (二)當年安全準備填補金額，則係為呈現保險費相關收入不足支應保險成本時，須以安全準備填補之金額。
(5)資料顯示，截至112年9月為止，呆帳累計達45.47億元，推估全年度呆帳可能達到60億元，請說明在保險收入公式中如何推估呆帳金額。	五、原簡報第11張投影片(本簡報第15張投影片)，呆帳提列隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長情形推估。

5



諮詢會議意見處理情形及說明

4/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
五、 <u>審慎考量財務推估採用之總額成長率</u> ：111年、112年總額成長率皆為3.32%左右，然健保署推估114年~116年財務收支所用的成長率皆超出4%，該推估涉及總額基期大小，目前基期逐年成長，宜審慎考量推估所採用的總額成長率，否則金額差距會很大。	114~116年總額成長率較高，係因疫後投保人口回流，致人口校正值較高之故。

6



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
111年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由24,000元調整為25,250元	57億元
	軍公教人員待遇調升4%	12億元
111年7月	投保金額分級表由46級調整為51級，上限調整為219,500元	25億元
112年1月	平均眷口數由0.58人調整為0.57人	-19億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由25,250元調整為26,400元	56億元
	行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112年撥補全民健康保險基金240億元	240億元
112年7月	修正保險對象門診藥品及急診應自行負擔費用	33億元
113年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由26,400元調整為27,470元	52億元
	軍公教人員待遇調升4%	12億元
	「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元	200億元

7



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
111年	保險收入	7,603	7,444	160	2.15%
	保險成本	7,491	7,529	-38	-0.51%
112年	保險收入	8,009	7,703	306	3.98%
	保險成本	7,782	7,792	-11	-0.14%

註：1、112年度保險費率方案(草案)資料依同年度核定之醫療給付費用總額成長率調整。

2、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。

■差異原因說明

◎111年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加160億元，主要係補充保險費下半年收繳金額較原預估增加，連帶使政府應負擔健保總經費及整體保費收入增加。

◎112年保險收入「最新預估數」較「前一年預估數」增加306億元，主要因112年投保金額及補充保險費原以疫情前之成長趨勢推估，再加上本國籍人口原參考國發會人口推估報告於113年始有較大幅的回流，非本國籍人口亦假設113年有較大幅的增加，惟實際人口部分已提早於112年回流，致一般保險費及補充保險費均低估，連帶使政府應負擔健保總經費及整體保費收入低估。

8



平衡費率計算公式

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

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

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

◎t：推估年數

◎r：t年之一般保險費平衡費率

■ B_t ：t年之保險成本

■ ΔS_t ：t年之保險收支餘絀

◎ S_t ：t年底之安全準備餘額

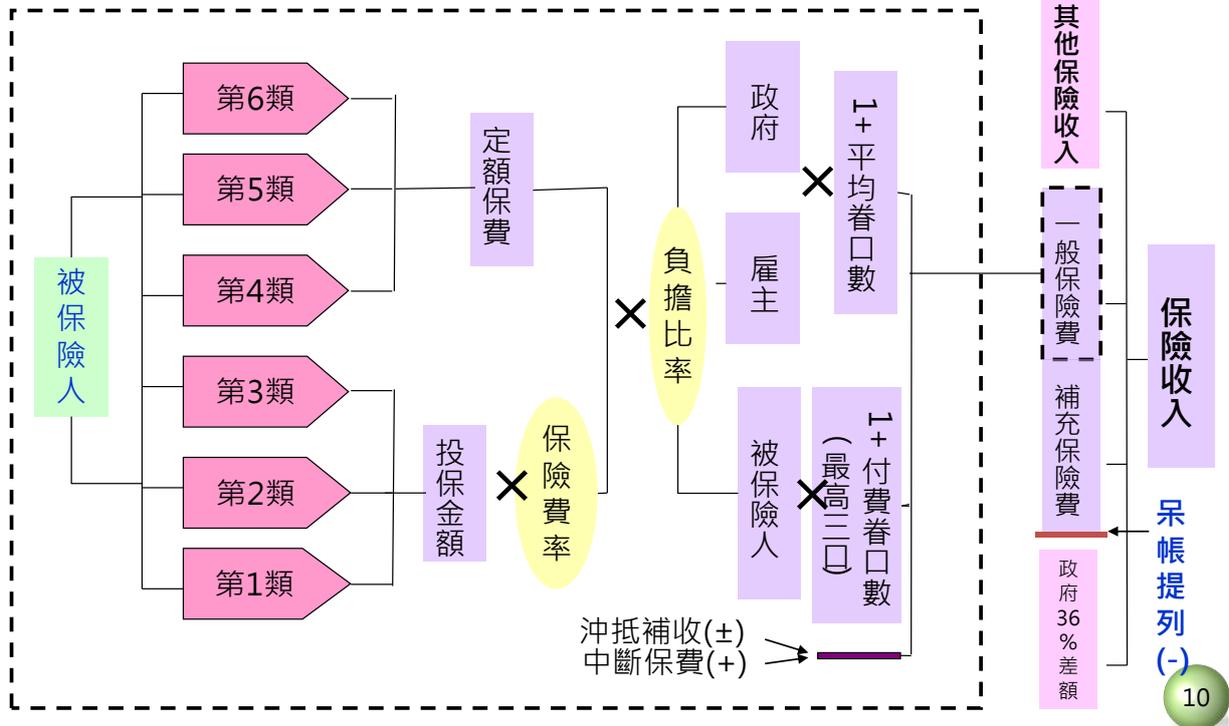
註：保險收入含保險費收入及其他保險收入，保險費收入如一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定36%之差額，其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。

9



推估方法-保險收入

註：其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。



推估方法-一般保險費_{1/5}

- 投保人口成長率：拆分本國籍人口及非本國籍人口，112年保險對象人數以1至6月實際數推估，113年起依下列分別進行推估：
 - ◎本國籍保險對象，參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022至2070年)」報告中推估結果之年底人口數換算為年中人口數成長率推估，另考量因疫情趨緩致人口回流較原預估提早，校正113-114年年中人口數成長率。
 - ◎非本國籍保險對象，依外籍人士投保人數歷史趨勢推估。

年別	年中現住人口 (內政部/國發會)	保險對象				
		小計		本國籍		非本國籍
		人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)
109年	-0.05	2,395	0.10	2,309	0.07	85
110年	-0.47	2,388	-0.28	2,304	-0.24	84
111年	-1.00	2,371	-0.73	2,288	-0.67	82
112年(預估)	0.66	2,376	0.25	2,289	0.02	88
113年(預估)	0.53	2,388	0.49	2,294	0.24	94

說明：1、年中現住人口，111年(含)以前為內政部統計資料，109年至111年呈現負成長主要係受自然增加及社會增加皆為負成長所致，112年為內政部當年1至7月統計資料預估，113年則為國發會推估資料。
 2、112年保險對象人數以1至6月實際數預估。
 3、109年至111年本國籍保險對象人數成長率均高於現住人口成長率，主要係受疫情影響出國停保人數減少所致；112年及113年本國籍保險對象人數成長率均低於現住人口成長率，112年主要係受疫情趨緩、國際邊境管制放寬影響，出國停保人數大增所致；113年主要係因疫情趨緩致人口回流較原預估提早，校正現住人口成長率所致。



推估方法-一般保險費_{2/5}

■被保險人與眷屬人數比率

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

年別	被保險人人數占率(%)	眷屬人數占率(%)
109年	66.94	33.06
110年	67.25	32.75
111年	67.67	32.33
112年(預估)	68.08	31.92
113年(預估)	68.18	31.82

說明：112年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

12



推估方法-一般保險費_{3/5}

■保險對象投保類別結構

依各類保險對象人數之變動趨勢及政府施政政策目標作為假設推估基礎 單位：%

年別	被保險人人數占率						眷屬人數占率			
	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第1類	第2類	第3類	第6類
109年	57.28	14.62	8.96	0.60	1.80	16.73	63.20	15.73	8.45	12.62
110年	57.75	14.76	8.75	0.55	1.78	16.42	63.82	15.87	8.16	12.15
111年	58.49	14.82	8.50	0.56	1.75	15.87	64.67	15.92	7.89	11.52
112年(預估)	58.97	14.54	8.15	0.56	1.68	16.11	65.19	15.75	7.53	11.52
113年(預估)	59.33	14.44	7.91	0.54	1.66	16.12	65.81	15.63	7.22	11.34

說明：

- 1、112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，110年及111年占率上升，係受疫情影響，部分第1類被保險人移轉至是類所致；112年起回歸疫情前遞減趨勢。
- 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類被保險人及眷屬人數占率逐年降低，主要係受少子化影響；另針對94年次以後出生之役男自113年起兵役延長為1年政策，假設其畢業後方服兵役，預估政策影響年度為116年以後。
- 6、第5類被保險人及眷屬人數占率逐年降低，係因每年重新審核其資格，而不符合資格者為脫貧或轉入中低收入戶所致。
- 7、第6類被保險人及眷屬人數110年及111年占率下降，主要係受保險對象因疫情戶籍遷出國外導致退保人數有略增所致，112年起因戶籍被遷遷出者陸續回復戶籍，致占率增加。
- 8、第4類及第5類均限以被保險人身分加保，因此該兩類投保類別無眷屬人數占率。

13



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
109年	44,668	27,641	24,000	1,785	1,785	1,249
110年	45,458	27,509	24,000	1,825	1,825	1,377
111年	47,206	28,403	25,250	1,839	1,839	1,377
112年(預估)	48,538	29,263	26,400	2,063	2,063	1,377
113年(預估)	49,792	30,010	27,470	2,063	2,063	1,377

說明：1、112年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。
2、113年已納入基本工資調升及軍公教調薪之影響。

14



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

15



推估方法-補充保險費

■各補充保險費依歷史資料推估。

單位：億元

年別	投保單位負擔		高額獎金	非所屬投保單位給付之薪資所得(兼職所得)	執行業務收入	股利所得	利息所得	租金收入	合計
	政府為雇主	民營雇主							
109年	46	214	64	18	8.1	88	5.4	28	473
110年	51	264	89	21	9.8	110	4.8	31	582
111年	50	321	123	24	10.0	167	5.9	33	734
112年(預估)	50	306	106	24	9.9	130	10.1	35	670
113年(預估)	51	276	92	23	10.5	120	9.7	35	618

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、112年各補充保險費項目以1至6月實際數預估，另股利參考公開發行公司公布之1至9月股利分派情形進行預估。
- 3、111年補充保險費增加，係因110年經濟成長率較高，111年企業發放獎金及股利較多所致。
- 4、110年補充保險費增加，係因該年經濟成長率較高，企業發放獎金及股利較多，及受費率由1.91%調升為2.11%所致。
- 5、利息所得補充保險費自111年起增加，主要係受我國中央銀行升息所致。
- 6、113年補充保險費減少，係考量全球經濟前景仍不樂觀，延續112年趨勢下修推估。
- 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。

16



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1}

政府應負擔保險總經費^{註2}

= [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備^{註3}) - 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第33次全體委員會議結論，健保法施行細則第45條規定納入7項中央政府已實質負擔保險費，並自105年起施行；另因應衛福部公告「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，加計災民保費補助項目。

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

註3：依行政院協商確立之法律見解及計算方式，「應提列或增列之安全準備」以實際營運值計算。

17



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

依預估當年1至6月實際數定值推估。

■ 菸品健康福利捐分配收入

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

■ 投資收益率

依健保可運用資金流量趨勢，並參考現行可運用投資工具利率趨勢推估。

■ 其他收入

主要為呆帳收回及過期帳，隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

18



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 (%)
109年	4.67	15	144	11	0.59
110年	4.45	15	146	12	0.33
111年	5.22	14	140	13	0.57
112年(預估)	5.35	16	135	254	1.31
113年(預估)	5.48	16	133	215	1.31

說明：

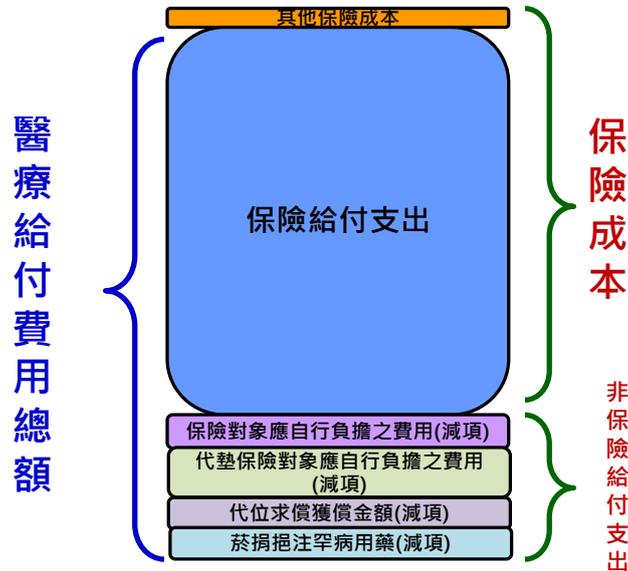
- 1、112年其他保險收入以1至6月實際數預估。
- 2、110年滯納金減少，係受保險費緩繳政策影響，致110年部分滯納金遞延至111年。
- 3、其他收入主要為呆帳收回及過期帳，其中，112年含括行政院主計總處因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金240億元；113年含括「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元。

19



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



20



推估方法-非保險給付支出

■ 保險對象應自行負擔之費用

以歷史平均成長趨勢推估

■ 代墊保險對象應自行負擔之費用

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

◎ 參考本報告推估未來人口趨勢及個別項目歷史醫療利用狀況推估

■ 代位求償獲償金額

參考目前求償原則之獲償金額定值推估

■ 菸捐挹注罕病用藥

依收入面推估菸品健康福利捐之課徵金額，按目前受配比率推估

21



推估方法-保險成本

◎113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3.645%及醫界版代表4.672%。

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)	
109年	7,526	5.237%	7.65%	6,954	
110年	7,836	4.107%	7.22%	7,274	
111年	8,096	3.320%	7.52%	7,491	
112年(預估)	8,364	3.323%	7.01%	7,782	
113年(預估)	3.645% (付費者代表版)	8,667	3.645%	7.52%	8,017
	4.672% (醫界代表版)	8,753	4.672%	7.46%	8,102

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。

22



平衡費率試算假設、方式及結果^{1/5} 試算假設及方式

■計算平衡費率之假設條件

◎醫療給付費用總額成長率：

□113年暫依9/22協商結果分別為付費者代表版本3.645%及醫界代表版本4.672%

□114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估

✓非協商因素：

- 醫療服務成本指數改變率：以近5年(109年至113年)採計之平均值推估
- 人口結構改變對醫療服務點數之影響率：參考國發會人口資料，隨人口變動
- 投保人口預估成長率：採收入面推計結果
- 一般服務總費用占率：以近5年(109年至113年)採計之移動平均推估
- 投保人口成長率差值：採收入面投保人口預估數差值校正

✓協商因素：

- 協商調整因素：近3年(110年至112年)之非協商及協商因素資料採簡單迴歸分析推估

◎114~116年保險收入平均年成長率：0.2%

(113年特別預算案撥補健保基金200億元，若排除此項因素後，平均年成長率為1.0%)

◎114~116年總額平均年成長率：4.48%

23



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

◎113年保險收支累計結餘約1,364億元(約當2.04個月保險給付支出)。

◎115年保險收支累計結餘不足1個月保險給付支出。

◎116年安全準備用罄，保險收支累計發生短絀。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.12%	5.17%	-	8,104	8,017	3.645%	87	1,364	2.04
114年(P)	5.43%	5.17%	-	7,995	8,385	4.353%	-390	974	1.39
115年(P)	5.65%	5.17%	-	8,089	8,817	4.903%	-728	246	0.33
116年(P)	5.84%	5.17%	-	8,158	9,204	4.189%	-1,046	-801	-1.04

註1：113年度總額成長率採3.645%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

24



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

◎113年保險收支累計結餘約1,278億元(約當1.89個月保險給付支出)。

◎115年安全準備用罄，保險收支累計發生短絀。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.17%	5.17%	-	8,103	8,102	4.672%	1	1,278	1.89
114年(P)	5.49%	5.17%	-	7,993	8,473	4.353%	-480	798	1.13
115年(P)	5.71%	5.17%	-	8,086	8,910	4.903%	-824	-26	-0.04
116年(P)	5.90%	5.17%	-	8,152	9,301	4.189%	-1,149	-1,175	-1.52

註1：113年度總額成長率採4.672%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

25



平衡費率試算假設、方式及結果^{2/5} 依「年底安全準備1個月」推估(付費者代表版本)

◎115年保險費率由5.17%調整為5.49%。

◎116年保險費率再調整為5.87%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.12%	5.17%	-	8,104	8,017	3.645%	87	1,364	2.04
114年(P)	5.43%	5.17%	-	7,995	8,385	4.353%	-390	974	1.39
115年(P)	5.65%	5.49%	6.19%	8,579	8,817	4.903%	-238	736	1.00
116年(P)	5.84%	5.87%	6.92%	9,252	9,204	4.189%	48	784	1.02

註1：113年度總額成長率採3.645%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

26



平衡費率試算假設、方式及結果^{3/5} 依「年底安全準備1個月」推估(醫界代表版本)

◎115年保險費率由5.17%調整為5.68%。

◎116年保險費率再調整為5.92%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.17%	5.17%	-	8,103	8,102	4.672%	1	1,278	1.89
114年(P)	5.49%	5.17%	-	7,993	8,473	4.353%	-480	798	1.13
115年(P)	5.71%	5.68%	9.86%	8,869	8,910	4.903%	-42	756	1.02
116年(P)	5.90%	5.92%	4.23%	9,330	9,301	4.189%	28	785	1.01

註1：113年度總額成長率採4.672%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

27



敏感度分析及試算-敏感度分析

	低推估	高推估
收入面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年起第1、2類被保險人投保金額成長率減少0.5個百分點 ✓ 113年起補充保險費金額減少5% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年起第1、2類被保險人投保金額成長率增加0.5個百分點 ✓ 113年起補充保險費金額增加5%
支出面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年度醫療給付費用總額成長率付費者版本增加0.5個百分點(4.145%) ✓ 113年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 112年度醫療給付費用總額成長率醫界版本減少0.5個百分點(4.172%)

28



敏感度分析及試算-試算結果

假設條件		於維持保險費率5.17%下	
		預估113年安全準備增減金額	本假設與基本假設安全準備月數之差異
收入面	113年起第1、2類被保險人投保金額成長率增減0.5個百分點	31億元	增減0.05個月
	113年起補充保險費金額增減5%	45億元	增減0.07個月
支出面	113年度醫療給付費用總額成長率增減0.5個百分點	42億元	增減0.07個月
	113年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支	8億元	增加0.01個月

29



- 112年底保險收支累計結餘預估為1,277億元(約當1.97個月保險給付支出)。
- 113年在維持現行費率5.17%，並納入軍公教調薪4%、「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元，以及基本工資調整為27,470元，醫療給付費用總額成長率分別以下列版本試算，預估當年底保險收支累計結餘皆逾1個月保險給付支出：
 - ◎**付費者代表版本3.645%**
 - ★113年底保險收支累計結餘約為1,364億元(約當2.04個月保險給付支出)。
 - ◎**醫界代表版本4.672%**
 - ★113年底保險收支累計結餘約為1,278億元(約當1.89個月保險給付支出)。
- 以上試算結果，提請討論。

目次

一、敏感度分析說明.....	第 93 頁
二、敏感度分析試算表.....	第 94 頁
(一)113 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 3.645%.....	第 94 頁
1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點.....	第 94 頁
2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點.....	第 95 頁
3、113 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 96 頁
4、113 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 97 頁
5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支.....	第 98 頁
(二)113 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版本 4.672%.....	第 99 頁
1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點.....	第 99 頁
2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點.....	第 100 頁
3、113 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 101 頁
4、113 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 102 頁
5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支.....	第 103 頁
(三)113 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點.....	第 104 頁
三、110 年至 113 年健保財務收支情形表.....	第 106 頁

一、敏感度分析說明

(一)分別以 113 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 3.645%及醫界代表版本 4.672%，試算下列假設條件以及 113 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果：

- 1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點。
- 2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點。
- 3、113 年起補充保險費金額減少 5%。
- 4、113 年起補充保險費金額增加 5%。
- 5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支。

(二)分別以 113 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 3.645%及醫界代表版本 4.672%，試算增減 0.5 個百分點之結果。

二、敏感度分析試算表：

(一)113 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 3.645%

1.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,073	8,017	3.645%	56	1,333	2.00
114 年(P)	5.17%	-	7,933	8,385	4.353%	-452	881	1.26
115 年(P)	5.17%	-	7,994	8,817	4.903%	-823	58	0.08
116 年(P)	5.17%	-	8,028	9,204	4.189%	-1,176	-1,118	-1.46

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,073	8,017	3.645%	56	1,333	2.00
114 年(P)	5.17%	-	7,933	8,385	4.353%	-452	881	1.26
115 年(P)	5.62%	8.70%	8,674	8,817	4.903%	-143	738	1.00
116 年(P)	5.96%	6.05%	9,244	9,204	4.189%	40	778	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,135	8,017	3.645%	117	1,394	2.09
114 年(P)	5.17%	-	8,057	8,385	4.353%	-327	1,067	1.53
115 年(P)	5.17%	-	8,185	8,817	4.903%	-632	435	0.59
116 年(P)	5.17%	-	8,289	9,204	4.189%	-915	-480	-0.63

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,135	8,017	3.645%	117	1,394	2.09
114 年(P)	5.17%	-	8,057	8,385	4.353%	-327	1,067	1.53
115 年(P)	5.37%	3.87%	8,495	8,817	4.903%	-323	744	1.01
116 年(P)	5.77%	7.45%	9,237	9,204	4.189%	33	777	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 113 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,059	8,017	3.645%	42	1,319	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,949	8,385	4.353%	-436	883	1.26
115 年(P)	5.17%	-	8,042	8,817	4.903%	-775	108	0.15
116 年(P)	5.17%	-	8,109	9,204	4.189%	-1,095	-987	-1.29

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,059	8,017	3.645%	42	1,319	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,949	8,385	4.353%	-436	883	1.26
115 年(P)	5.59%	8.12%	8,682	8,817	4.903%	-135	748	1.02
116 年(P)	5.89%	5.37%	9,228	9,204	4.189%	24	772	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4.自 113 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,149	8,017	3.645%	131	1,408	2.11
114 年(P)	5.17%	-	8,041	8,385	4.353%	-344	1,064	1.52
115 年(P)	5.17%	-	8,136	8,817	4.903%	-681	383	0.52
116 年(P)	5.17%	-	8,207	9,204	4.189%	-997	-614	-0.80

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,149	8,017	3.645%	131	1,408	2.11
114 年(P)	5.17%	-	8,041	8,385	4.353%	-344	1,064	1.52
115 年(P)	5.40%	4.45%	8,489	8,817	4.903%	-328	736	1.00
116 年(P)	5.83%	7.96%	9,241	9,204	4.189%	37	773	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

5. 113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,009	3.645%	95	1,372	2.06
114 年(P)	5.17%	-	7,995	8,385	4.353%	-390	982	1.41
115 年(P)	5.17%	-	8,089	8,817	4.903%	-728	254	0.35
116 年(P)	5.17%	-	8,158	9,204	4.189%	-1,046	-792	-1.03

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,009	3.645%	95	1,372	2.06
114 年(P)	5.17%	-	7,995	8,385	4.353%	-390	982	1.41
115 年(P)	5.49%	6.19%	8,580	8,817	4.903%	-238	744	1.01
116 年(P)	5.86%	6.74%	9,235	9,204	4.189%	31	775	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(二)113 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.672%

1.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,073	8,102	4.672%	-29	1,247	1.85
114 年(P)	5.17%	-	7,931	8,473	4.353%	-542	705	1.00
115 年(P)	5.17%	-	7,991	8,910	4.903%	-919	-214	-0.29
116 年(P)	5.17%	-	8,023	9,301	4.189%	-1,278	-1,493	-1.93

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,073	8,102	4.672%	-29	1,247	1.85
114 年(P)	5.18%	0.19%	7,944	8,473	4.353%	-529	719	1.02
115 年(P)	5.80%	11.97%	8,943	8,910	4.903%	32	751	1.01
116 年(P)	6.00%	3.45%	9,302	9,301	4.189%	1	752	0.97

註 1：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註 2：116 年為 6.02%(調幅 3.79%)，超過法定上限 6%，以 6% 計算。

2.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,134	8,102	4.672%	32	1,309	1.94
114 年(P)	5.17%	-	8,056	8,473	4.353%	-418	891	1.26
115 年(P)	5.17%	-	8,182	8,910	4.903%	-728	163	0.22
116 年(P)	5.17%	-	8,284	9,301	4.189%	-1,017	-855	-1.10

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,134	8,102	4.672%	32	1,309	1.94
114 年(P)	5.17%	-	8,056	8,473	4.353%	-418	891	1.26
115 年(P)	5.55%	7.35%	8,774	8,910	4.903%	-137	754	1.02
116 年(P)	5.83%	5.05%	9,333	9,301	4.189%	32	786	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 113 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,059	8,102	4.672%	-43	1,233	1.83
114 年(P)	5.17%	-	7,947	8,473	4.353%	-526	707	1.00
115 年(P)	5.17%	-	8,039	8,910	4.903%	-871	-164	-0.22
116 年(P)	5.17%	-	8,103	9,301	4.189%	-1,198	-1,361	-1.76

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,059	8,102	4.672%	-43	1,233	1.83
114 年(P)	5.17%	-	7,947	8,473	4.353%	-526	707	1.00
115 年(P)	5.77%	11.61%	8,952	8,910	4.903%	42	749	1.01
116 年(P)	5.96%	3.29%	9,336	9,301	4.189%	35	784	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4.自 113 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,148	8,102	4.672%	46	1,323	1.96
114 年(P)	5.17%	-	8,039	8,473	4.353%	-434	888	1.26
115 年(P)	5.17%	-	8,133	8,910	4.903%	-777	111	0.15
116 年(P)	5.17%	-	8,201	9,301	4.189%	-1,100	-989	-1.28

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,148	8,102	4.672%	46	1,323	1.96
114 年(P)	5.17%	-	8,039	8,473	4.353%	-434	888	1.26
115 年(P)	5.58%	7.93%	8,766	8,910	4.903%	-144	744	1.00
116 年(P)	5.89%	5.56%	9,337	9,301	4.189%	35	779	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

5. 113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,103	8,094	4.672%	9	1,286	1.91
114 年(P)	5.17%	-	7,993	8,473	4.353%	-480	806	1.14
115 年(P)	5.17%	-	8,086	8,910	4.903%	-824	-18	-0.02
116 年(P)	5.17%	-	8,153	9,301	4.189%	-1,149	-1,167	-1.51

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,103	8,094	4.672%	9	1,286	1.91
114 年(P)	5.17%	-	7,993	8,473	4.353%	-480	806	1.14
115 年(P)	5.67%	9.67%	8,851	8,910	4.903%	-59	747	1.01
116 年(P)	5.93%	4.59%	9,343	9,301	4.189%	42	789	1.02

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(三)113 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點

1. 113 年度醫療給付費用總額成長率 4.145%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,059	4.145%	45	1,322	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,994	8,428	4.353%	-434	888	1.26
115 年(P)	5.17%	-	8,088	8,863	4.903%	-775	113	0.15
116 年(P)	5.17%	-	8,155	9,251	4.189%	-1,096	-983	-1.28

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,059	4.145%	45	1,322	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,994	8,428	4.353%	-434	888	1.26
115 年(P)	5.58%	7.93%	8,717	8,863	4.903%	-145	743	1.01
116 年(P)	5.89%	5.56%	9,284	9,251	4.189%	33	776	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2. 113 年度醫療給付費用總額成長率 4.172%

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,061	4.172%	43	1,320	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,994	8,430	4.353%	-436	883	1.26
115 年(P)	5.17%	-	8,088	8,865	4.903%	-777	106	0.14
116 年(P)	5.17%	-	8,155	9,254	4.189%	-1,099	-993	-1.29

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,104	8,061	4.172%	43	1,320	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,994	8,430	4.353%	-436	883	1.26
115 年(P)	5.59%	8.12%	8,731	8,865	4.903%	-134	749	1.01
116 年(P)	5.89%	5.37%	9,280	9,254	4.189%	26	776	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

三、110 年至 113 年健保財務收支情形表

(113年度總額成長率採付費者代表版本3.645%)

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,667
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	3.645%
保險成本	7,274	7,491	7,782	8,017
保險成本成長率	4.60%	2.98%	3.89%	3.02%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	7.01%	7.52%
保險收入	7,119	7,603	8,009	8,104
保險收入成長率	13.39%	6.81%	5.34%	1.18%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,836	7,932
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,638	7,775
1.一般保險費	5,663	5,857	6,067	6,258
2.補充保險費	582	734	670	618
3.政府負擔不足法定36%之差額	745	883	900	899
(二)其他收入	-42	-39	199	157
二、安全準備相關收入	171	169	173	172
當年安全準備填補金額	326	56	0	85
當年保險收支餘絀	-155	113	228	87
保險收支累計餘絀	936	1,049	1,277	1,364
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.97	2.04

製表日期：112.09.25

說明：112年起以全民健康保險113年保險費率審議前意見諮詢會議(112.10.18)討論「全民健康保險113年度

- 1、保險費率方案(草案)資料之假設為基礎進行推估。
- 2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。
- 3、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。
- 4、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)。
- 5、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，惟不含保險收支之結餘。
- 6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。
- 7、113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。
- 8、目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算。
- 9、已納入113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響、113年1月起基本工資調整為27,470元(一年52億元)及軍公教調薪4%(一年12億元)之財務影響。
- 10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(113年度總額成長率採醫界代表版本4.672%)

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,753
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	4.672%
保險成本	7,274	7,491	7,782	8,102
保險成本成長率	4.60%	2.98%	3.89%	4.12%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	7.01%	7.46%
保險收入	7,119	7,603	8,009	8,103
保險收入成長率	13.39%	6.81%	5.34%	1.17%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,836	7,932
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,638	7,775
1.一般保險費	5,663	5,857	6,067	6,258
2.補充保險費	582	734	670	618
3.政府負擔不足法定36%之差額	745	883	900	899
(二)其他收入	-42	-39	199	157
二、安全準備相關收入	171	169	173	172
當年安全準備填補金額	326	56	0	170
當年保險收支餘絀	-155	113	228	1
保險收支累計餘絀	936	1,049	1,277	1,278
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.97	1.89

製表日期：112.09.25

說明：112年起以全民健康保險113年保險費率審議前意見諮詢會議(112.10.18)討論「全民健康保險113年度

1、保險費率方案(草案)」資料之假設為基礎進行推估。

2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。

3、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。

4、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)。

5、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，惟不含保險收支之結餘。

6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。

7、113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。

8、目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算。

9、已納入113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響、113年1月起基本工資調整為27,470元(一年52億元)及軍公教調薪4%(一年12億元)之財務影響。

10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

107~111 年委員會會議費率審議相關決議

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
111.11.18 討論事項 第 1 案(中 央健康保 險署)	全民健康保險 112 年度保險費率方案 (草案)，提請審議。	一、112年度保險費率經本會審議結果，建議維持現 行費率5.17%。 二、前揭審議結果將依全民健康保險法第24條第3項 規定，併同與會人員發言實錄陳報衛生福利部 ，副本抄送中央健康保險署，請就委員意見研 參妥處。
110.11.19 討論事項 第 2 案(中 央健康保 險署)	全民健康保險 111 年度保險費率方案 (草案)，提請審議。	一、全民健康保險111年度保險費率，經本會審議結 果，兩案併陳： (一)甲案：維持現行費率5.17%。 (二)乙案：費率調整為5.22%~5.32%(以111年度醫療 給付費用總額兩案併陳之協商結果，並維持111 年底安全準備1個月保險給付支出法定原則估 算)。 二、請衛生福利部(社會保險司)及中央健康保險署 提供各項可能的財務微調措施及預估經費之資 料，供費率核定參考。 三、依全民健康保險法第24條第3項規定，將上開審 議結果及與會人員發言實錄，陳報衛生福利部 。
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 ^註 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。

會議日期 (提案單位 /提案人)	案由	決議
109.11.27 討論事項 第 1 案(中 央健康保 險署)	全民健康保險 110 年度保險費率方案 (草案)，提請審議。	<p>一、全民健康保險 110 年度保險費率，經本會審議結果未能達成共識，綜整在場 38 位委員意見後，獲致兩項建議費率，分別由現行 4.69% 調整為甲案：4.97%(18 位委員支持；書面連署 19 位委員，如附件)；乙案：5.47%~5.52%(12 位委員支持)，無意見 8 位。</p> <p>二、依全民健康保險法第 24 條第 3 項規定，本會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，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。</p>
108.11.15 討論事項 第一案(中 央健康保 險署)	全民健康保險 109 年度保險費率方 案，提請審議。	<p>一、全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、依中央健康保險署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元(以付費者版本為例)，約當 0.32 個月保險給付支出，請衛生福利部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。</p>
107.11.16 討論事項 第五案(中 央健康保 險署)	108 年度全民健康 保險保險費率方案 (草案)，提請審議。	<p>一、108 年度全民健康保險保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。</p> <p>二、委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請中央健康保險署參辦。</p> <p>三、委員提出保險成本增加項目如有涉及疾病管制署、食品藥物管理署、國民健康署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見。</p>

第三案

提案人：李委員永振、林委員恩豪、陳委員杰、劉委員淑瓊

代表類別：保險付費者代表

案由：建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任，提請討論。

說明：

一、緣起：二代健保為改善健保財務缺口，新增收取補充保險費，致民眾及企業雇主的保費負擔加重，為求公平，同時修法將政府負擔占比相對提高至少為 36%，同步增加政府之財務責任，相關規範明定於健保法第 2、3、76、78 條(相關法條詳附件一，第 118~119 頁)。

二、歷年來因政府應負擔健保總經費法下限計算方式，所產生之見解差異及法遵疑義(詳附件二，第 120~123 頁)，重點如下：

(一)二代健保法實施初期，因健保署與行政院主計總處對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額之法規見解及核算方式不同，案經行政院 104 年 5 月 15 日召開跨部會會議協商後，做成三項結論(詳附件三，第 124~126 頁)，包括：尊重主管機關(衛福部)法令解釋權採用收入面方式計算、請衛福部儘速修正健保法施行細則 45 條，將原住民健保費等 9 項列入政府已負擔健保費範圍，以及檢討菸品健康捐(下稱菸捐)分配比率等；106 年健保財務由結餘轉為短絀，爰行政院進行第二次協商，決議將實際營運值代入應提列之安全準備(就是可以代入負值)(詳附件四，第 127~128 頁)。由於協商結論未符法遵，歷任委員自 106 年起連續多次提案，均未獲解決。

(二)前項行政院協商結論，政府雖已將用收入面計算 102~104 年編列不足之金額，自 105 年起分年撥補健保安全準備，惟其仍未符法遵，將產生下列各項影響，致使健保財務陷入窘境：

1.政府未依健保法將第 76 條第 1 項第 2 至 5 款安全準備之來源

計入政府應負擔法定下限 36% 計算，甚至將短絀之負值當成應提列安全準備代入公式計算，歷年委員會多次提案請衛福部釐清匡正法定下限 36% 計算方式，未獲解決改善，因此本會對健保署所送 106~111 年度健保基金決算案均不予備查。然此爭議歷經 6 年半未解，行政院協商結論雖謂衛福部為健保法主管機關、具法令解釋權，惟衛福部之解釋內容仍不應凌駕健保法明定之內容，採用未符法遵之計算方式，致 102 ~111 年政府負擔短計約 **1,246 億元**。

2.修正健保法施行細則第 45 條，將 7 項原為社會福利補助之金額，視為政府所繳之健保費，此項修正法源指為健保法第 3 條，但盡全力在該法條找不到，且抵觸健保法第 27 條法條(詳附件一)，補助該 7 類人員屬於社會福利措施，其本質應為該 7 類人員自行繳納的健保費，現又將其視為政府繳納的健保費，產生一魚兩吃，使得政府在 105~111 年之間減少保費負擔約 **854 億元**。

3.至於菸捐挹注健保安全準備部分：由於 104 年安全準備累計突破 2 千億元，政府認定健保財務充溢，自 104 年 9 月 1 日起將菸捐挹注健保安全準備比率由 70% 調降至 50%；後於 108 年 5 月 24 日修法，改為 50% 供全民健康保險之安全準備及「補助經濟困難者之保險費」，推估 104 年 9 月至 111 年菸捐挹注金額減少約 **463 億元**。更於今年 6 月 27 日預告修正條文，將菸捐與補助經濟困難者共用之 50%，再納入醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動三項用途。

擬辦：健保財務收支自 106 年起開始出現短絀，更於 110 年調升費率 (4.69%→5.17%)，幸 111 年補充保費成長幅度優於預期，且 112 年、113 年獲行政院挹注健保安全準備，若非如此，健保安全準備將無法維持 1 個月保險給付支出。依健保署推估，預計至 117 年費率將突破法定上限 6%，全民健保事關全民福祉，為維護健保財務健全、維護民眾權益，特提出三項訴求，如下：

- 一、積極發揮主管機關對於健保法令的解釋權，重新遵循健保法規範導正計算公式，撥補 102~111 年十年共約 1,246 億元的不足數額，回歸依法行政！
- 二、請衛福部將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法的内容(101 年 10 月 30 日行政院衛生署修正發布之條文，僅將依「健保法」負擔之保費納入政府負擔保費之計算範圍)。
- 三、近年政府稅收均有超徵，健保財務相對面臨困窘，已不同於 104 年調降菸捐分配健保比率之背景，應儘速恢復將菸捐分配安全準備比率恢復為 70%。

社會保險司意見：(資料後附)

.....

本會補充說明：

- 一、本提案與本會重要業務報告第四項所提有 27 位委員聯名發函立法院、行政院及衛福部等機關表達之訴求內容相同(函文詳附錄六，第 243~244 頁)。
- 二、本會歷屆委員向來十分關切政府應負擔健保總經費法定下限 36%、健保法施行細則第 45 條修正案，及菸捐分配健保安全準備比率等議題，整理歷年相關提案及討論過程說明如下：

(一)政府應負擔健保總經費法定下限 36%

- 1.二代健保施行之初，因衛福部與行政院主計總處對計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額之法規見解及核算方式不同，致主計總處減列 102 年安全準備提列數，本會委員乃於 103 年 9 月委員會議提出臨時提案，並於 103 年 10 月份及 104 年 1、3、4、6 月份委員會議提出相關詢問及意見，後經行政院召集相關部會協調，於 104 年 5 月 15 日達成三項共識(詳附件三，第 124~126 頁)。
- 2.後續再因主管機關與本會委員對健保法第 2 條第 5 款條文所稱「應提列或增列之安全準備」之計算方式有不同主張，在 105 年(2、3 月)、106 年(2、3、7、12 月)、107 年(6、10、11)、

108(4、7、11月)委員會議均提出意見，本會委員自106年7月迄今，多次提案籲請政府依健保法第76條第1項規定計算政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數，另外本會於107、108年間也曾就此議題召開專案會議交換意見。

3.歷次委員提案及會議彙整如下表供參。相關追蹤事項辦理情形詳附表(第116~117頁)。

會議日期/案別	案由/會議名稱
106.7.28 討論事項 第三案	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。
107.4.16	「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會 註：會議聚焦討論決算中與政府應負擔健保總經費法定下限36%及健保法施行細則第45條相關部分。
108.5.7	政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式專案會議
108.11.15 討論事項 第五案	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。
108.12.27 討論事項 第三案	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。
109.4.24 討論事項 第一案	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。
109.10.23 討論事項 第五案	近年政府未遵循健保法承擔36%經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，如說明一，將加速110年安全準備餘額降至0.5個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，如說明三(一)及說明四，以供健保會委員有效執行110年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備2.3~2.5個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案。
109.11.27 討論事項 第二案	近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案。
109.11.27 討論事項 第三案	在政府未撥付補足105年至108年應負擔36%保險總經費差額前，應不調整110年度健保費率案。

(二)健保法施行細則第 45 條修正案

- 1.衛福部依據行政院 104 年 5 月 15 日協商結論第二點(詳附件三，第 125 頁)，於 104 年 12 月 15 日發布全民健康保險法施行細則第 45 條、第 73 條修正條文，將 9 項政府依其他法令實質負擔之健保費，納入政府已負擔保費之計算範圍，並明訂追溯至 104 年 1 月 1 日施行。
- 2.健保會委員基於監理健保業務之職責，於 104 年 7、12 月委員會議提出反對意見，復於 105 年 3 月份委員會議(105.3.25)提案，決議就健保法施行細則第 45 條修正之適法性疑慮，籌組立法院拜會小組，於 105 年 5 月 17 日在立法院召開記者會後，拜會朝野黨團尋求支持。
- 3.案經立法院對衛福部 104 年 12 月 15 日發布之健保法施行細則部分條文修正案進行審查，決議請衛福部更正該次修正條文。衛福部乃於 105 年 12 月 23 日再次修正發布健保法施行細則第 45 條及第 73 條條文，將失業被保險人與其眷屬健保費及經濟弱勢者健保費之補助，排除在計算政府負擔經費之外(保留 7 項)；同時修正第 73 條第 2 項，將 104 年 12 月 25 日發布之第 45 條條文，更正為自 105 年 1 月 1 日施行。
- 4.歷次委員提案彙整如下表供參：

會議日期/案別	案由
104.07.24 臨時提案 第二案	針對衛生福利部於 104 年 7 月 21 日於行政院公報刊登預告修正「全民健康保險法施行細則」之部分條文修正草案，其中預告版本欲刪除施行細則第 45 條。此案涉及保險經費內涵比例之變更，對被保險人、投保單位之權利均有影響，本會基於權責，應立即向衛福部要求暫緩修正，提請討論。
104.12.25 臨時提案 第二案	反對衛生福利部修正發布之全民健康保險法施行細則第 45 條條文溯自中華民國 104 年 1 月 1 日施行。應自發布日 104 年 12 月 15 日施行案。
105.03.25 討論事項 第一案	建請以本會代表名義，邀集本會各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部全民健康保險法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會，提請討論。

(三)菸品健康福利捐分配及運作辦法修法案

- 1.菸品健康福利捐是健保最重要的補充性財源，依據菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條規定，其分配係先以定額供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用，且其金額不得超過前 1 年度菸捐徵收金額之 1%，餘額再分配給健保安全準備、罕病醫療費用、癌症防治、菸害防制等用途。
- 2.二代健保施行初期，菸捐分配 70% 供健保安全準備之用，104 年 10 月以推動長照需求修法調整菸捐分配比率降至 50%，至 108 年 4 月再次修正與補助經濟困難者保險費共用 50%，至 112 年 11 月 6 日起再新增納入醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動與健保安全準備、補助經濟困難者保險費共用 50%(如附件五，第 129~135 頁)。
- 3.本會委員為維護健保財務健全，對於歷次菸捐分配修法預告案，均在委員會議提案並行文主管機關表達相關意見，希望爭取菸捐分配健保安全準備比率恢復至 70%。
- 4.歷次委員提案彙整如下表供參：

會議日期/案別	案由
105.06.24 討論事項 第六案	建請中央健康保險署針對菸品健康福利捐分配於全民健康保險之安全準備金從 70% 調整至 50% 一事，重新審視其調整的比例，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17% 使用至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17% 回歸到健保安全準備金中，提請討論。
108.3.8 討論事項 第四案	建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70% 供健保安全準備』」，提請討論。
112.7.26 臨時提案	反對 112.6.27 預告修正之菸品健康福利捐分配及運作辦法第 4 條條文，並請恢復『菸捐分配 70% 供健保安全準備』之用，提請討論。

附表 政府應負擔健保總經費法定下限 36%提案之追蹤事項辦理情形表

項次	決議(定)之待辦事項 /前次追蹤建議	相關單位 辦理情形	追蹤 建議	完 成 期 限 (年 月)
1	<p>106.7.28 討論事項第三案</p> <p>案由：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。</p> <p>決議(定)：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]</p> <p>(106.7 決議、106.8、106.12、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>社保司回復：政府應負擔健保總經費法定下限為新二代健保制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。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，已分年完撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社 保司 納入 考量 研相 法進 度辦 理</p>
2	<p>107.4.27 上次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告</p> <p>決定：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]</p> <p>(107.4、107.5、107.6、107.12、108.3、108.6、108.12、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>社保司回復：政府應負擔健保總經費法定下限為新二代健保制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。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，已分年完撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社 保司 納入 考量 研相 法進 度辦 理</p>
3	<p>108.12.27 討論事項第三案</p> <p>案由：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。</p> <p>決議(定)：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\geq0)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]</p> <p>(108.12 決議、109.2、109.6、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)</p>	<p>社保司回復：政府應負擔健保總經費法定下限為新二代健保制度，施行初期因主計總處與本部法規見解差異，致相關預算編列產生疑義。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，已分年完撥補，政府每年皆依法負擔本項經費。貴會委員所提意見，將配合健保相關</p>	<p>1.繼續追蹤 2.俟衛福部完成法規檢討修正後解除追蹤</p>	<p>依社 保司 納入 考量 研相 法進 度辦 理</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	追蹤 建議	完成 期限 (年月)
4	109.9.25 上次及歷次委員會議決議(定)事項辦理情形及重要業務報告 決定: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] (109.9、109.10、109.12、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)	法規研修納入考量,並更明確界定政府負擔範圍,以杜爭議。		
5	108.11.15 討論事項第五案 案由: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。 決議(定):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、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)	社保司回復: (回復內容同項次1)	1.繼續追蹤 2.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	依社保司研擬進度辦理
6	109.4.24 討論事項第一案 案由: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。 決議(定):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、110.4、110.12、111.6、111.12、112.2、112.6 決定)	社保司回復: (回復內容同擬繼續追蹤項次1) 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法律見解及計算方式辦理。	1.繼續追蹤 2.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	依社保司、健保署研擬進度辦理

決議：

【全民健康保險法】

第 2 條

本法用詞，定義如下：

一、保險對象：指被保險人及其眷屬。

二、眷屬：

（一）被保險人之配偶，且無職業者。

（二）被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

（三）被保險人二親等內直系血親卑親屬未成年且無職業，或成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

三、扣費義務人：指所得稅法所定之扣繳義務人。

四、保險給付支出：指醫療給付費用總額扣除保險對象就醫時依本法應自行負擔費用後之餘額。

五、保險經費：指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

六、就醫輔導：指保險對象有重複就醫、多次就醫或不當醫療利用情形時，針對保險對象進行就醫行為瞭解、適當醫療衛教、就醫安排及協助。

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。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 17 條

本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 18 條

第一類至第三類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之；保險費率，以百分之六為上限。

前項眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過三口者，以三口計。

第 27 條

第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

一、第一類被保險人：

（一）第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。

（二）第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。

（三）第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。

二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。

三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。

四、第四類被保險人：

(一) 第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。

(二) 第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。

(三) 第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。

五、第五類被保險人，由中央社政主管機關全額補助。

六、第十條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

七、第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

一、本保險每年度收支之結餘。

二、本保險之滯納金。

三、本保險安全準備所運用之收益。

四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。

五、依其他法令規定之收入。

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。

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。

【全民健康保險法施行細則】

第 45 條(現行條文)

本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。

二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

第 45 條(101 年 10 月 30 日修正發布、102 年 1 月 1 日施行之條文)

本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費，及政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

二代健保政府應負擔健保總經費法定下限 計算方式爭議之始末及待解課題

一、緣起

二代健保法修法時，為改善健保財務缺口，新增收取補充保費 2%；由於此舉加重民眾及企業雇主的負擔，經立法委員提案，政府應相對提高負擔占比。政府當時已負擔健保經費達 34%，致提出 36 或 40% 之案討論，經激烈論戰，最後結論以 36% 為下限，明定於現行健保法第 3 條第 1 項：「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」。有關後續處理事宜，分別於健保法第 2、3、76、78 條周全明確規範。

二代健保法實施初期，各主責單位對於法令之規範，由各自立場加以解讀，致產生曲解或掉入迷思陷阱，沒有精準掌握立法意旨，出現爭議！103 年進行 102 年度健保基金決算時，同樣強調依法行政，都遵循二代健保法的健保署與主計總處，對於政府應負擔健保總經費法定下限計算方式就有不同見解！雖經行政院於 104、106 年兩次協商，獲致公部門認同之處置方式，但因協商考量資訊沒有遵循健保法規範，健保會付費者代表自 106 年 7 月對處理方式提出質疑，歷經近六年半溝通討論，爭議未解！

二、依二代健保法規範政府應負擔法定下限之計算方式

(一)依健保法第 3 條第 1 項規定法定下限之計算方式：

法定下限=36%×〔每年保險經費-法定收入〕

(二)公式中的保險經費於健保法第 2 條第 5 款定義：「保險經費」指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

⇒法定下限=36%×〔(保險給付支出+應提列或增列之安全準備)-法定收入〕

政府每年應撥補法定下限差額=上列公式算得之法定下限金額-政府已負擔數。

(三)公式中保險給付支出有明確數值，法定收入由健保署定義，應提列之安全準備則於健保法第 76 條第 1 項明定應提列安全準備來源有下列五項：一、本保險每年度收支之結餘。二、本保險之滯納金。三、本保險安全準備所運用之收益。四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。五、依其他法令規定

之收入。

(四)本保險安全準備總額則於健保法第 78 條規範：「以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。」

前述中政府已負擔保險費範圍則於施行細則第 45 條規範，法定下限之計算方式健保法法條均明確、清楚規範。

三、健保署與主計總處沒有法遵前提之計算方式見解

(一)103 年進行 102 年度健保基金決算所提出計算方式兩造主張：

1.衛福部健保署依據健保法第 2、3 及 17 條提出所謂收入面之計算公式：

政府負擔法定下限=(民眾及雇主所負擔保險費÷64%)×36%

健保法第 17 條：本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

上述三法條只看到保險經費、36%等字樣，看不出上述公式的存在，第 17 條只點出分擔對象，並未規範誰該分擔多少之占比，完全與第 3 條第 1 項明確規定之公式扯不上一點關係，該公式「依法無據」！

2.主計總處則依據健保法第 2、3 及 78 條提出依其認知經其補強之支出面公式：政府負擔法定下限=[保險給付支出+(1 個月之保險給付支出-年初安全準備總額)-法定收入]×36%，公式中(1 個月之保險給付支出-年初安全準備總額)若為負數以 0 代入。

公式外型與健保法第 3 條第 1 項規定，有些神似，但內容完全走樣，法定公式中應提列安全準備來源於第 76 條第 1 項規範，主計總處則認為，只要年初安全準備總額超過 1 個月保險給付支出，應提列之安全準備金額即為 0，與第 76 條第 1 項規定完全背離，沒有法遵，明顯減輕政府對二代健保應負之法定責任，違背二代健保法立法之意旨！

(二)105 年底健保署預估 106 年度健保財務時，發現健保財務收支將由結餘轉為短絀，提出改變計算方式之主張，行政院進行第二度協商。健保署主張：公式改依健保法第 3 條第 1 項規範之公式計算，但公式中「應提列之安全準備」是應計為 0 或計入年度短絀數？兩公部門意見又生歧異。看似已依健保法第 3 條第 1 項規定合規計算，實則不然！依健保法第 76 條第 1 項規定，如前述安全準備來源共有五項，依健保署主張，年度收支有結餘時，將結餘金額視為安全準備提列額代入公式，但其他四項來源不見了，低估！年度收支短絀時，不但另四項來源不見，應提列安全準備更以負值代入，更離譜顛覆立法原意！

四、兩次協商的結論及影響

(一)103 年對於計算方式之爭議，兩政府單位所主張的算法雖都沒有遵循法令規範，仍透過行政院跨部會多次討論、協商，於 104 年 5 月 15 日獲致如下結論：

結論一：計算方式原則尊重主管機關(衛福部)的法令解釋權，採健保署收入面算法。⇒影響：1.主計總處配合撥補 102 年至 104 年預算不足數 698 億元。2.健保法第 76 條第 1 項第 2 至 5 款之安全準備來源未計入 36% 計算，減輕政府的法定責任！

結論二：儘速修正健保法施行細則第 45 條，將其他法令規範贊助 9 類人員(立法院認定其中 7 類)繳納健保費屬於社會福利補助之金額，視為政府所繳健保費用。⇒影響：1.沒有法源強將該 7 類人員社會福利補助視為政府所繳健保費，自 105 年 1 月 1 日生效。105 年至 111 年 7 年政府約少負擔 854 億元。(即健保費少收入 854 億元)。2.此項修施行細則之法源指為健保法第 3 條，但盡全力在該法條找不到蹤影，且抵觸健保法(母法)第 27 條規範，補助該 7 類人員的社會福利款項既為該 7 類人員所繳的健保費，又視為政府繳納的健保費，產生一魚兩吃的現象。

結論三：儘速檢討菸捐分配比例。影響：1.由於當時安全準備累計突破二千億元，認定健保財務充溢，自 104 年 9 月 1 日菸捐挹注健保比例 70% 降為 50%。2.推估 104 年 9 月至 111 年菸捐挹注金額減少 463 億元。

(二)第二度爭議行政院於 106 年 1 月 23 日作成如下結論：

公式中「應提列之安全準備」應採實際值計算。⇒影響：1.依此結論計算，105 年至 111 年 7 年政府減少負擔 973 億元法定責任。另 102 年至 104 年若僅以結餘視為「應提列之安全準備」(如 111 年之算法)，則三年共須再補撥 273 億元 $[(268.5+251.3+238.4) \times 36\%]$ ！依此推估二代健保政府少負擔約 1,246 億元健保費。2.於短絀年度，以負值視為應提列安全準備代入公式計算，明顯未「依法行政」，健保會質疑時，一直以協商結論說明搪塞，似乎行政院的協商結果可凌駕法律之上，令人不解！106 年至 111 年健保基金決算健保會六年都不予備查，審計部照樣審定，令人有「官官相護」之疑？！

五、懇請政府儘速協助解決下列課題，以解健保財務目前之窘境！

- (一)請衛福部將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法的內容。施行細則的修訂屬主管機關的職權，修訂後只須送立法院備查。111 年 1 月衛福部提「全民健保財務調整措施」已將此修法工作納入考量，估年約可增加 128 億元保費收入，已快兩年了，應可加速修法進度。
- (二)政府應負擔健保總經費 36%法定下限的計算方式，衛福部應摒棄兩次沒有法遵基礎所做結論之處理方式，積極發揮主管機關對於健保法令的解釋權，重新遵循健保法規範導正計算公式，撥補 102 年至 111 年十年共約 1,246 億元的不足數額，回歸依法行政！
- (三)儘速恢復菸捐分配占比 70%以上。104 年分配占比考量由 70%降為 50%，係因當時健保安全準備總額已突破 2,000 億元，認為健保財務狀況佳，加上當時國家財政相對弱；如今情況易位，健保財務遇到窘境，除於 110 年調漲健保費率外，近三年於健保費率審議時，若沒有特別預算挹注，都在擔心安全準備是否達一個月保險給付支出的法定下限！而近三年政府稅收均出現超徵，於此情況下，將分配占比修回 70%，應屬合情合理。

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳 真：02-33566920
聯 絡 人：王馨儀
電子郵件：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國104年6月2日
發文字號：院臺衛字第1040134413號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (104GA01715_1_021540344521.docx)

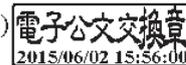
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額之疑義」之檢討結果及解決方案一案，照104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論辦理。

說明：

- 一、復104年3月5日衛部保字第1041260164號函。
- 二、檢附104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：財政部、國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



衛生福利部 104/06/02



保 1040116171

104年5月15日本院社政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論

- 一、本案有關政府應負擔全民健康保險法（以下簡稱健保法）法定下限差額之計算方式，仍依 103 年 12 月 29 日第 1 次會議協商結論，尊重主管機關衛生福利部對健保之法令解釋權及計算方式。
- 二、有關健保法第 3 條第 1 項「政府每年度負擔本保險之總經費」之認列範圍，除衛生福利部所提「原住民健保費」、「65 歲以上離島地區居民健保費」、「中低收入戶健保費」、「70 歲以上老人健保費」、「中重度身心障礙者健保費」、「中低收入戶 18 歲以下兒少健保費」等 6 項外，本院主計總處所提「失業被保險人及其眷屬健保費」、「受僱者（勞工身分）育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費」、「經濟弱勢者健保費」等 3 項，均屬健保收入面中政府已實質負擔之保險費，應予列入，自本（104）年度起實施，並請衛生福利部儘速修正「全民健康保險法施行細則」第 45 條規定，將以上 9 項認列為政府已負擔保險費之範圍；至財政部所提「公益彩券回饋金－協助弱勢族群排除就醫障礙」，據衛生福利部說明該項補助用途尚包括交通費、掛號費等非屬健保費之項目，爰不宜納入認列。另請本院主計總處會同衛生福利部，依前開原則重新計算本案預算不足數金額，並依政府財政狀況分年撥補。
- 三、依衛生福利部「102-106 年度健保財務狀況及政府應負擔 36%法定下限差額」資料估計，104 年健保安全準備總額預計將超過健保法第 78 條訂定以 1 個月至 3 個月為原則之上限甚多，恐引發調降保險費率及提高健保支出之爭議，且考量健保費率易降難升，安全準備總額應儘可能維持一定水準，以兼顧健保財務及國家財政。目前每年菸捐分配 70% 挹注於健保安全準備，其他運用於弱勢照顧之比率偏低，尚有檢討空間，仍請衛生福利部確實依本院秘書長 103 年

12月22日院臺衛字第10300157752號函示儘速檢討菸捐分配比率，建議可朝訂定彈性調整菸捐用途別分配比率之機制，或仍採固定分配比率並定期進行滾動式檢討等兩方向研議，於本年6月底前完成檢討並進行修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第4條之程序，俾使菸捐之分配使用更符實需，發揮最大效益。

- 四、現階段健保財務狀況雖有足額的安全準備，但邁入高齡社會後，未來仍將面臨財務壓力，請衛生福利部短期仍應透過二代健保已建立之收支連動機制，並持續推動各項開源節流措施，延後健保財務困窘發生之時間點；長期則建議擬訂中長程計畫或邀集產、官、學等各界專家，共同檢討健保制度，就健保財務制度及醫療資源分配等項提出完整的規劃，作為下一階段健保改革之參考，以確保健保永續經營。

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王馨儀
電子信箱：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年2月3日
發文字號：院臺衛字第1060162872號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (A21000000I0000000_1060162872-0-0.tif)

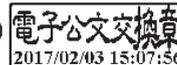
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額」之計算疑義一案，照106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論辦理。

說明：

- 一、復105年8月11日衛部保字第1051260337號函。
- 二、檢附106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



衛生福利部 106/02/03
保 1060103542

106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論

- 一、本案係因現行全民健康保險法（以下簡稱健保法）對政府應負擔全民健康保險（以下簡稱健保）總經費法定下限36%之規定不明確，致衛生福利部與本院主計總處對相關條文之法令見解及計算公式產生不一致情形，惟考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法，俾使相關規定更臻明確。
- 二、依健保法第2條及第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式為「36%（保險給付支出＋應提列或增列之安全準備－法定收入）」。考量目前健保未以每年度平衡費率計收健保費，使健保在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，經衡酌同法第76條有關提列安全準備之內涵，安全準備應有平衡健保財務之目的及調節健保盈餘、短絀之性質，倘安全準備均以正值或零值計算，將使健保帳務收支不平衡，並導致諸多不合理現象。
- 三、本案有關「應提列之安全準備」之處理方式，應採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限36%之責任。請衛生福利部會同本院主計總處就本案立法意旨及計算公式內涵研擬說帖，並向全民健康保險會妥適說明。

行政院公報 第029卷 第209期 20231106 衛生勞動篇

衛生福利部 令 中華民國112年11月6日
財政部 衛授國字第1120760987A號
台財庫字第11200672961號

修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」。

附修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」

部 長 薛瑞元

部 長 莊翠雲

菸品健康福利捐分配及運作辦法修正條文

第 一 條 本辦法依菸害防制法（以下稱本法）第五條第一項規定訂定之。

第 二 條 菸品健康福利捐之金額應依本法第四條規定計算並徵收之。

第 三 條 菸品健康福利捐依本法第五條第一項規定用於菸農及相關產業勞工之輔導與照顧，以受輔導與照顧者因配合本法之施行，致無法繼續從事於本法施行前已從事與菸草種植相關之工作，且其配合確符本法之立法目的，防制菸害發生者為限。

第 四 條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由農業部依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：

一、百分之五十供全民健康保險之安全準備、醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費之用。

二、百分之二十七點二供罕見疾病相關之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。

三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟相關之用。

四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。

五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。

第 五 條 菸品健康福利捐之運作方式如下：

一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。

二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。

三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為農業部及所屬機關。

前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。

衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行相關狀況進行評核，納入未來調整分配比率之參考。

菸品健康福利捐之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補（捐）助事項、受補（捐）助單位名稱與金額及相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。

第 六 條 菸品健康福利捐會計事務之處理，由各受分配機關就其受分配之部分，依有關法令規定辦理。

第 七 條 本辦法自發布日施行。

本則命令之總說明及對照表請參閱行政院公報資訊網（<https://gazette.nat.gov.tw/>）。

菸品健康福利捐分配及運作辦法修正總說明

「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(以下稱本辦法)前於九十六年十月十一日訂定發布，其後歷經六次修正，配合菸害防制法(以下稱本法)於一百十二年二月十五日修正公布，為因應科技發展，全民健康保險所涉醫藥服務之品質評估、審查及相關規範制定等事項，專業度與人力需求大幅提升；又為求全民健康保險資源有效利用，能持續研擬規劃相關政策及改革措施，周延照護國民健康與醫療權益，爰修正本辦法，修正要點如下：

- 一、配合本法修正，調整本辦法授權依據。(修正條文第一條、第三條)
- 二、增訂醫療科技評估、醫療服務審查及全民健康保險政策推動之菸品健康福利捐分配項目。(修正條文第四條)

菸品健康福利捐分配及運作辦法修正條文對照表

修正條文	現行條文	說明
第一條 本辦法依菸害防制法（以下稱本法） <u>第五條第二項</u> 規定訂定之。	第一條 本辦法依菸害防制法（以下簡稱本法） <u>第四條第四項</u> 規定訂定之。	配合本法修正後條次變更，修正本辦法授權依據。
第二條 菸品健康福利捐之金額應依本法 <u>第四條</u> 規定計算並徵收之。	第二條 菸品健康福利捐之金額應依本法 <u>第四條</u> 規定計算並徵收之。	本條未修正。
第三條 菸品健康福利捐依本法 <u>第五條第一項</u> 規定用於菸農及相關產業勞工之輔導與照顧，以受輔導與照顧者因配合本法之施行，致無法繼續從事於本法施行前已從事與菸草種植相關之工作，且其配合確符本法之立法目的，防制菸害發生者為限。	第三條 菸品健康福利捐依本法 <u>第四條第四項</u> 規定用於菸農及相關產業勞工之輔導與照顧，以受輔導與照顧者因配合本法之施行，致無法繼續從事於本法施行前已從事與菸草種植相關之工作，且其配合確符本法之立法目的，防制菸害發生者為限。	配合本法修正後條次變更。
第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之 <u>百分之一</u> ，由 <u>農業部</u> 依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之： 一、百分之五十供全民	第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之 <u>百分之一</u> ，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之： 一、百分之五十供全民	一、全民健康保險法第四十一條第二項及第三項、第四十二條第二項規定，全民健康保險醫療服務及藥物給付項目及支付標準，由保險人（即衛生福利部中央健康保險署）、相關機關及專家學者等人召開會議共同擬訂，於會議召開前，保險人得辦理醫療科技評估相關作業（如：HTA、HTR）及公開評估結果；又同法

<p>健康保險之安全準備、醫療科技評估、醫療服務審查、全民健康保險政策推動及補助經濟困難者之保險費之用。</p> <p>二、百分之二十七點二供罕見疾病相關之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟相關之用。</p> <p>四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>健康保險之安全準備及補助經濟困難者之保險費之用。</p> <p>二、百分之二十七點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。</p> <p>四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>第六十三條第一項亦規定，保險人對於保險醫事服務機構辦理全民健康保險醫療服務，應遴聘或委託具臨床或相關經驗之專家或專業機構審查。因保險醫事服務機構、藥物提供者等申請上述相關服務或提供建議案件日增，現有財源已不敷所需，且因應醫療科技迅速發展之趨勢，辦理上述評估及審查作業亦有高度專業需求，為落實精準醫療目標、加強審查以提升醫療品質及滿足財務支應，爰修正第一款，於符合本法第五條第一項菸品健康福利捐應用於提升醫療品質之範圍內，增列醫療科技評估、醫療服務審查之項目。</p> <p>二、另保險人為全民健康保險資源有效利用、持續規劃相關政策及改革措施，在全民健康保險服務項目持續增加下，現行資源可供運用實屬有限，為規劃及推動相關政策以周延照護國民健康與醫療權益，爰於第一款增列全民健康保險政策推動項目。</p>
---	--	---

		<p>三、配合行政院組織改造作業，爰修正「中央農業主管機關」文字為「農業部」，以資明確。</p>
<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為<u>農業部</u>及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用</p>	<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為中央農業主管機關及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預</p>	<p>一、為使文義明確，酌作文字修正。</p> <p>二、配合行政院組織改造作業，爰修正「中央農業主管機關」文字為「農業部」，以資明確。</p>

<p>成效、行政配合及預算執行<u>相關</u>狀況進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項、受補(捐)助單位名稱與金額及相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	<p>算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受補(捐)助單位名稱與金額等相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	
<p>第六條 菸品健康福利捐會計事務之處理，由各受分配機關就其受分配之部分，依有關法令規定辦理。</p>	<p>第六條 菸品健康福利捐會計事務之處理，由各受分配機關就其受分配之部分，依有關法令規定辦理。</p>	<p>本條未修正。</p>
<p>第七條 本辦法自<u>發布日</u>施行。</p>	<p>第七條 本辦法自中華民國一百零四年九月一日施行。</p> <p><u>本辦法修正條文，除中華民國一百零八年五月二十四日修正發布之條文，自一百零八年四月一日施行外，自發布日施行。</u></p>	<p>本次為全案修正，施行日期之規範應以新訂法規方式辦理，爰刪除沿革，明確規範本辦法自發布日施行。</p>

第四案

提案單位：中央健康保險署

案由：因新冠疫情造成各部門總額 112 年醫療費用顯著影響，提請動支其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目案，提請討論。

說明：

一、依據「調節非預期風險及其他非預期策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(附件一，第144~145頁)辦理。

二、評估方式：

(一)因應 COVID-19 於 112 年 3 月 20 日疫情降級，相關醫療費用回歸健保支應，致對各總額部門 112 年醫療費用造成顯著影響(附件二，第 146~166 頁)。經統計 112 年第 1、2 季各總額部門 COVID-19 費用（主診斷為 U07.1）及類流感案件相較 108 年同期費用點數共增加 18.49 億點，各部門影響如下：

- 1.醫院新增 12.12 億點(112 第 1 季 3.77 億點、第 2 季 8.35 億點)。
- 2.西醫基層總額 5.36 億點(112 第 2 季)。
- 3.中醫 1.01 億點(112 第 1 季 0.03 億點、第 2 季 0.98 億點)。
- 4.牙醫不受影響。

(二)依貴委員會議決議「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估方式，評估中醫、西醫基層、牙醫 112 年第 1、2 季符合動支條件情形如附件三(第 167~168 頁)。

(三)惟醫院部門費用管理係採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後視當季成長率及占率，於共管會議決定核減方式，爰難以前開動支程序加以評估。

三、補助金額計算方式：

(一)考量 COVID-19 降級後回歸健保，而 112 年健保總額於 111 年協商時確未考慮 COVID-19 降級所產生之醫療費用影響，爰就前開費用所產生之影響予以補助，應符合本項經費編列緣由。

(二)鑑於疫情於降級後第一年影響較大，建議就 COVID-19 費用(主診斷為 U07.1)及類流感案件相較 108 年同期增加之費用點數，比照降級前以公務預算支應模式予以補助(以 1 點 1 元計)後，平均點值(醫院部門以攤扣前點值計算)未至每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元，所須經費推估(正確費用以結算為準，動支條件及補助金額計算方式業經各總額團體確認)如下：

- 1.中醫：第 1 季約須 1.90 億元、第 2 季約須 2.73 億元，合計約 4.63 億元(附件四，第 169 頁)。
- 2.西醫基層：第 1 季不須補助，第 2 季約 6.37 億元(附件五，第 170 頁)。
- 3.醫院：第 1 季約須 13.31 億元；第 2 季約須 22.8 億元(附件六，第 171 頁)。
- 4.綜上，經統計 112 年第 1、2 季中醫、西醫基層及醫院合計共須動支約 47.11 億元(下表，第 1 季約 15.21 億元、第 2 季約 31.9 億元)。

單位：億元

總額別	112Q1	112Q2	小計
中醫	1.90	2.73	4.63
基層	0.00	6.37	6.37
醫院	13.31	22.80	36.12
合計	15.21	31.90	47.11

註：1.COVID-19 案件：主診斷為 U07.1 之申報案件。

2.類流感案件：主診斷前 3 碼 A22、A37、B25、B44、J09-J18 或全碼為 J06.9 之申報案件。

3.112 年第 2 季係以預估點值計算。

四、前開補助金額將納入該季該區預算，作為提升該區平均點值之用。

五、預算來源：

(一)112 年其他預算編列「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需費用」(下稱非預期預算)編列 8 億元。

(二)健保總額支付制度係前瞻性支付制度，為因應非預期風險或其他非預期政策改變導致各部門整體醫療費用造成顯著影響，於其他預算編列「非預期預算」支應，如當年度未使用則回歸健保安全準備金(自 92 年起累計回歸健保安全準備金約 89.7 億元)；依此同理，如遇前開經費當年度所編預算不足，應從健保安全準備金挹注支應。

(三)政府於 112 年亦挹注特別預算 240 億元，即為因應疫情可能對健保總額產生之影響，如以上半年所需動支經費(約 50 億元)推估全年由本項特別預算支應，應仍在政府挹注款範圍內。

(四)建議 112 年第 3、4 季比照上開原則辦理。

(五)安全準備金估算說明：

1.112 年底保險收支累計結餘，最新財估安全準備結餘為 1,277 億元(約當 1.97 個月保險給付支出)。

2.113 年底保險收支累計結餘，付費者代表版本約 1,364 億元(約當 2.04 個月保險給付支出)，醫界代表版約 1,278 億元(約當 1.89 個月保險給付支出)。

.....

本會補充說明：

一、本案前經健保署於本會112年第9次委員會議(112.10.18)提出臨時提案「因新冠疫情對中醫門診總額112年第1季之醫療費用造成顯著影響，提請動支其他預算之『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目案」，會議決定：

經徵詢委員意見，尚不符本次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，爰不列入第9次委員會議議程，請健保署參考會中委員建議提供醫院總額相關資料，整體評估對四部門總額之影響後，一併提案。

二、本案係健保署於112.11.3更新提案，整體評估各部門總額112年第1季、第2季受COVID-19疫情影響情形，提出評估方式、補助金額計算方式及預算來源，摘要如下：

(一)各部門總額 112 年第 1、2 季受疫情影響之評估結果：

1.依照「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序(下稱非預期風險動支程序)規定，2項評估指標中(點值及點數成長率，詳下表)，1項符合即可提請動支本項預算，健保署評估結果，中醫門診、西醫基層及牙醫門診總額符合情形(詳附件三，第167~168頁)。本會摘要說明及整理如下表：

(1)第1季：僅中醫門診總額符合指標門檻，且2項指標均符合。

(2)第2季：中醫門診總額2項指標均符合、西醫基層總額符合評估指標2。

評估指標 1				
項目	總額部門	中醫	基層	牙醫
門檻		平均點值<0.9，且較去年同季點值下降幅度達5%		
111Q1 全區平均點值		1.0289	1.0652	1.0048
112Q1 全區平均點值		<u>0.8792</u>	0.9692	0.9861
下降幅度 (符合者 V)		<u>-15%</u> V	-9% X	-2% X
111Q2 全區平均點值		1.0010	1.0567	1.0856
112Q2 全區平均點值(預估)		<u>0.8735</u>	0.9134	0.9669
下降幅度 (符合者 V)		<u>-13%</u> V	-14% X	-11% X

評估指標 2(調整後)				
各總額部門調整後成長率需大於門檻，才符合動支條件				
項目	總額部門	中醫	基層	牙醫
門檻 ^{註1}		一般服務之醫療費用核定點數成長率(以「疫情前一年(108年)」作為計算基期)－受影響年度(109~111年)一般服務成長率>(112年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上		
		6.394%	6.400%	5.642%
112Q1 較 108Q1 成長率		21.78%	11.47%	6.67%
調整後成長率 ^{註2} (符合者 V)		<u>8.64%</u> V	2.46% X	-1.79% X
112Q2 較 108Q2 成長率		22.28%	17.87%	1.22%
調整後成長率 ^{註2} (符合者 V)		<u>9.14%</u> V	<u>8.86%</u> V	-7.23% X

註：

1.各總額部門門檻計算方式為「112年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

(1)中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

(2)西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。

(3)牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。

2.調整後成長率之計算方式為「一般服務之醫療費用核定點數成長率(以108年為基期)－受影響年度(109~111)一般服務成長率」，以112Q1為例：

(1)中醫門診：8.64%=21.78%-13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

(2)西醫基層：2.46%=11.47%-9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)

(3)牙醫門診：-1.79%=6.67%-8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)

2.至於醫院總額部分：依健保署說明二(三)表示醫院部門費用採分區共管方式，由各分區因地制宜訂定目標管理點值後，各醫院自主於申報前核減點數，或於申報後於共管會議決定核減方式，難以上開動支程序加以評估。

(二)補助金額計算方式及結果(詳健保署說明三)：

健保署考量 112 年度總額協商結果，未將 COVID-19 降級對醫療費用所產生衝擊納入，尤其降級後第一年影響較大，應適度補助：

1.補助金額計算方式，如下：

(1)就「COVID-19 費用及類流感案件」相較 108 年同期增加之費用點數，比照降級前以公務預算支應模式予以補助(以每點 1 元計)。

(2)再以平均點值(醫院部門以攤扣前點值計算)未至每點 0.9 元者，再補至每點 0.9 元。

2.112 年第 1、2 季補助金額業與各總額團體確認，本會整理其計算結果如下表，合計 47.11 億元：

(1)符合「非預期風險動支程序」部門：中醫門診總額約需 4.63 億元(詳附件四，第 169 頁)、西醫基層總額約需 6.37 億元(詳附件五，第 170 頁)。

(2)至於醫院總額因難以非預期風險動支程序加以評估，健保署比照上開補助方式計算，補助金額約需 36.12 億元(詳附件六，第 171 頁)。

單位：億元

補助方式	中醫		基層		醫院	
	Q1	Q2	Q1	Q2	Q1	Q2
「COVID-19+類流感」與 108 年差額 (以每點1元計算)	0.03	0.98	0	5.36	3.77	8.35
再補至平均點值 0.9 元 費用	1.87	1.75	0	1.00	9.55	14.45
合計	1.90	2.73	0	6.37	13.31	22.80
	4.63		6.37		36.12	

(三)預算來源(詳健保署說明五)：

1.112 年度「其他預算」項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算 8 億元。

2.從健保安全準備金挹注支應：

依健保署所提 112 年底及 113 年底兩案併陳之安全準備金估算，尚符合 1~3 個月的法定要求。

3.健保署建議未來 112 年第 3、4 季亦比照第 1、2 季原則辦理。

三、有關112年度總額「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」協定事項，及其111年預算動支情形：

(一)112 年度：全年預算 8 億元，截至目前為止，112 年該項費用並未動支。

(二)查本會 112 年第 6 次委員會議(112.7.26)同意動支本項 111 年預算，撥補因新冠疫情影響之 111 年第 3、4 季中醫門診總額，計 3 億 1,283 萬元，動支額度計算方式如下：

以該分區該季平均點值，補至前一年(以108年計算)同分區同季平均點值，上限補至0.9，最低補至全區同季平均點值估算。

四、另提供健保法規中涉及安全準備之相關條文供參：

(一)全民健康保險法第 76 條及第 78 條

第 76 條

本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

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。

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。

(二)全民健康保險法施行細則第 2 條及第 3 條

第 2 條

保險人應按月將下列書表及於年終時編具總報告，報主管機關，分送全民健康保險會(以下稱健保會)備查，並公開於網際網路：

- 一、投保單位、投保人數、投保金額及保險費統計表。
- 二、醫療給付統計表。
- 三、保險醫事服務機構增減表。
- 四、保險收支會計報表。
- 五、安全準備運用概況表。
- 六、其他與保險事務有關之重要書表及報告。

第 3 條

保險人應依全民健康保險(以下稱本保險)業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報主管機關，並分送健保會備查。

擬辦：

一、健保署所提內容，請委員討論。

二、依補助預算來源不同，後續需辦理事項：

(一)若屬 112 年度「其他預算」項下「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目預算(8 億元)：

請健保署依非預期風險動支程序規定及本會議定結果，報請衛福部核定後，會同動支本項費用之總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)若屬安全準備金：

請健保署依健保法施行細則第 3 條規定，將 112 年度安全準備運用狀況，編列年終決算報告，送本會備查。

決議：

「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過

103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正

106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

一、適用範圍：

(一)屬「非預期風險」：

- 1.年度中發生全國(或特定區)之其他不可預期因素，如具傳染性疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響。
- 2.應排除依其他法令由各級政府負擔之醫療服務項目。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

- 1.年度中非預期之全民健康保險法(下稱健保法)及相關政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，且須經衛生福利部(下稱衛福部)交議。
- 2.應排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目(包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等)」(註)

二、動支程序：

(一)屬「非預期風險」：

1.提案前評估：

由受影響之總額部門與中央健康保險署(下稱健保署)於提案前共同完成評估，確定對總額影響顯著，其影響不可歸責於該總額部門。

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

(1)具傳染性疾病異常流行(排除依其他法令應由各級政府負擔之醫療服務項目)，致使總額部門全區，單一季別之預估值，有下列情形之一者：

①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>

5%以上。

②一般服務之醫療費用點數成長率 $>$ (當年度醫療服務成本及人口因素成長率 $+5%$)以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

(2)屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年度平均總額預算之0.3%以上。

2.提案及議定：

由健保署或本會委員提案，並提供前述評估資料與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定。

3.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

(二)屬「其他非預期政策改變」：

1.提案及議定：

依適用範圍，於衛福部交議後，由健保署提案至本會討論議定；提案內容，應包括政策實施日期及方式、預估經費需求及預期效益等。

2.核定與執行：

由健保署依本會之議定結果，報請衛福部核定後，會同相關總額部門討論執行細節及結算事宜，並於費用結算後，向本會提報執行結果。

註：1.年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。

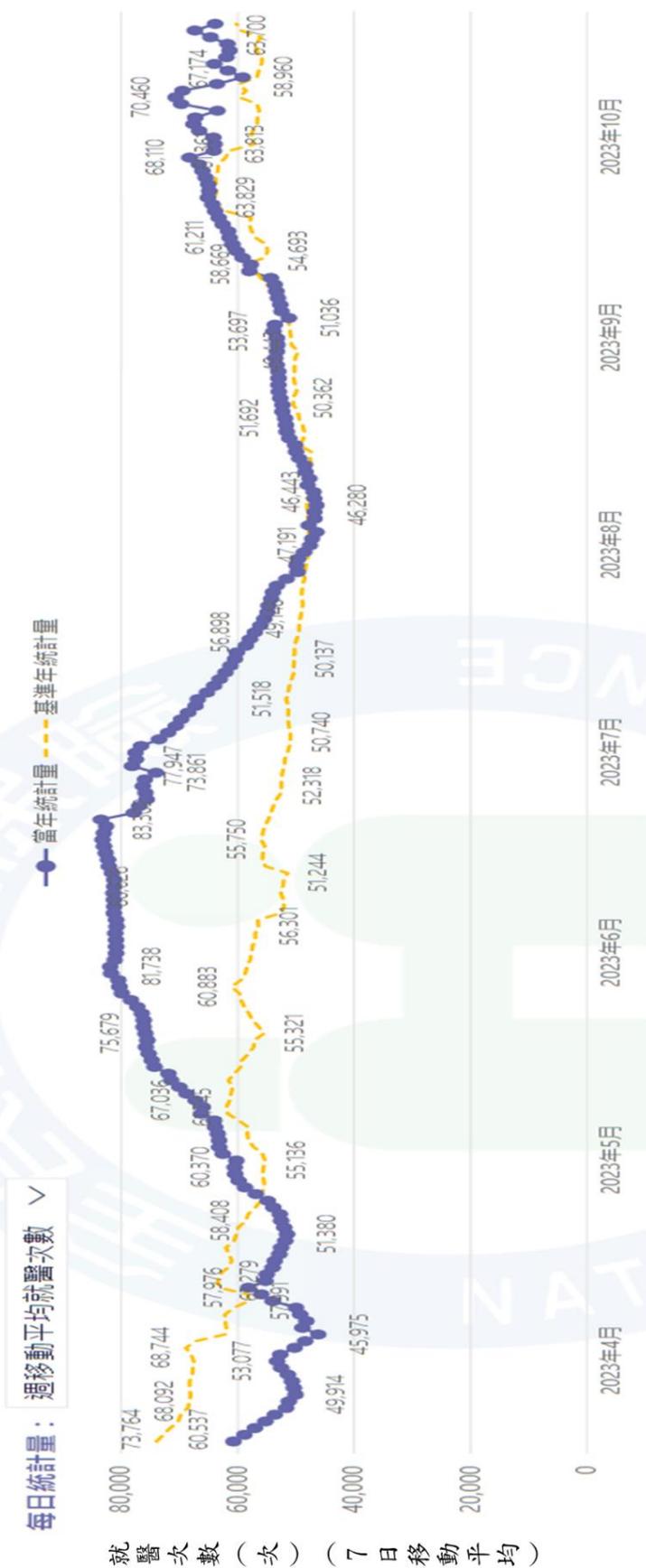
2.歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。

(1)專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。

(2)其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

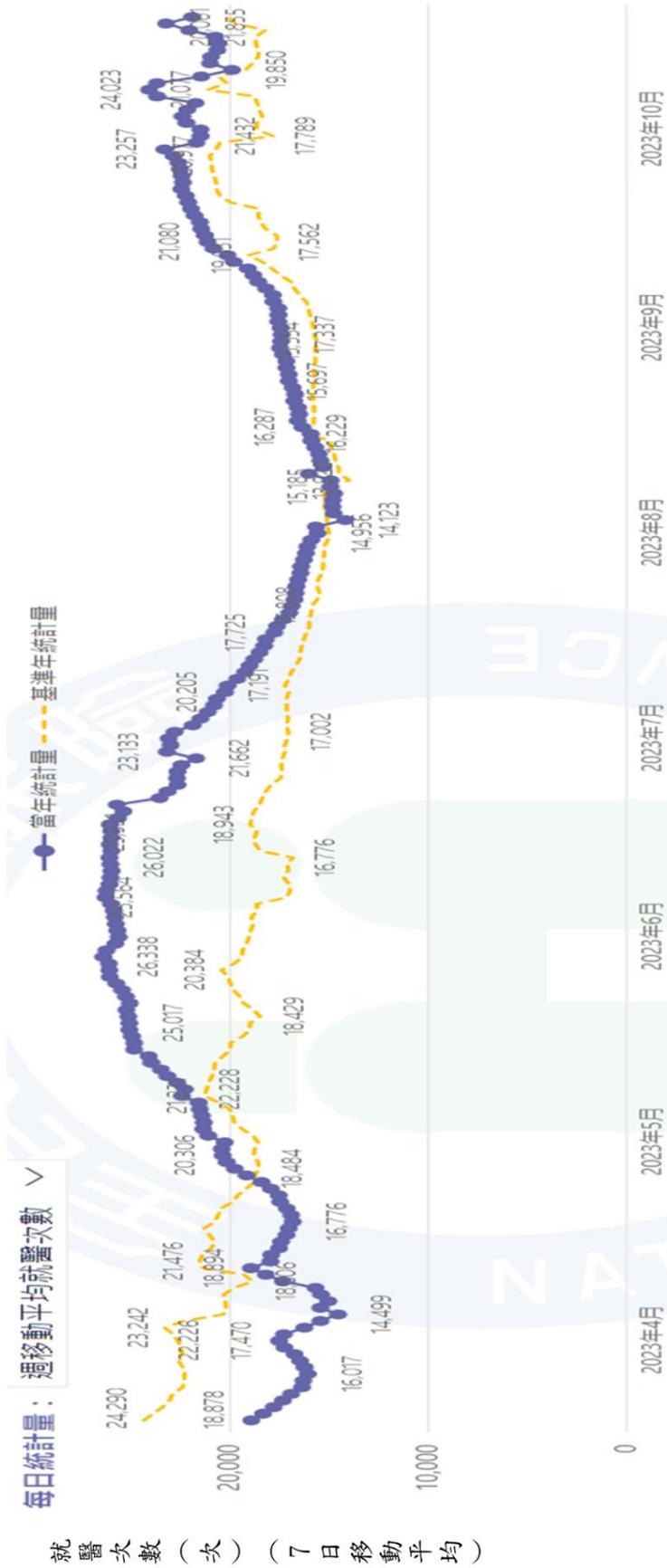
(3)其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

圖 1、【西醫基層】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



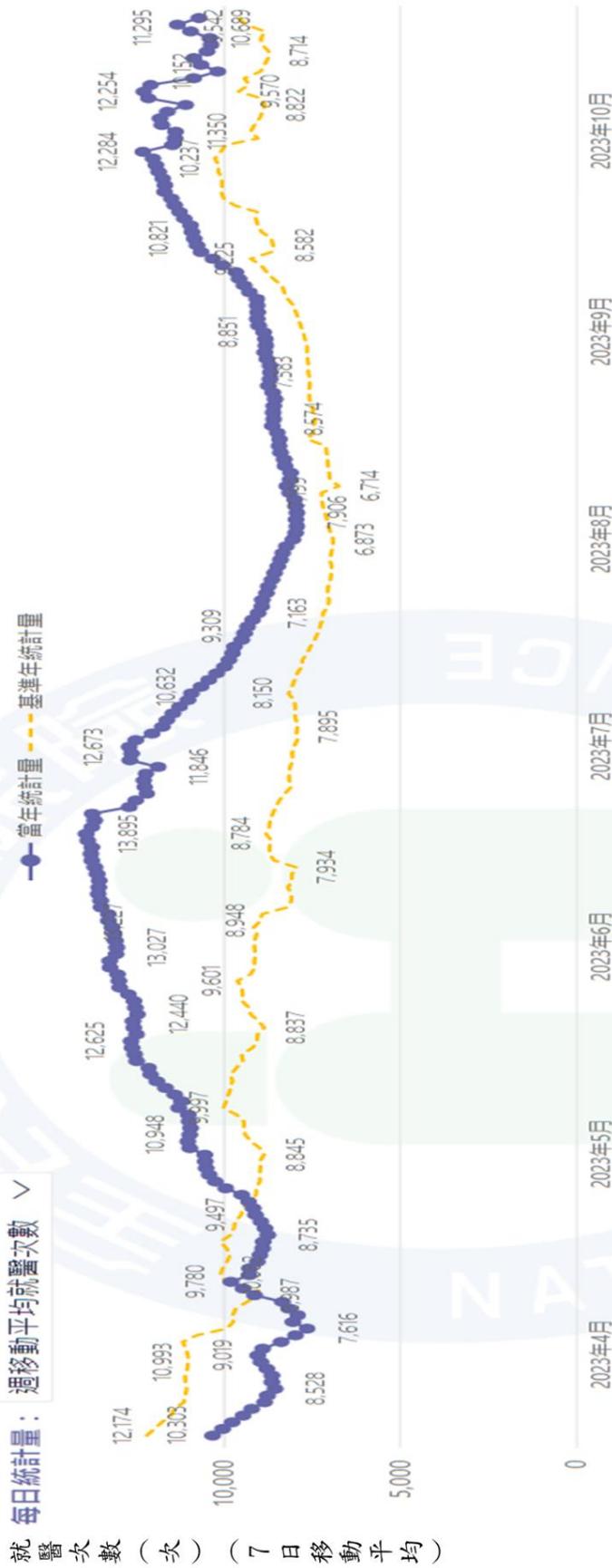
註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
 2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-2、【西醫基層-臺北】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
 2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

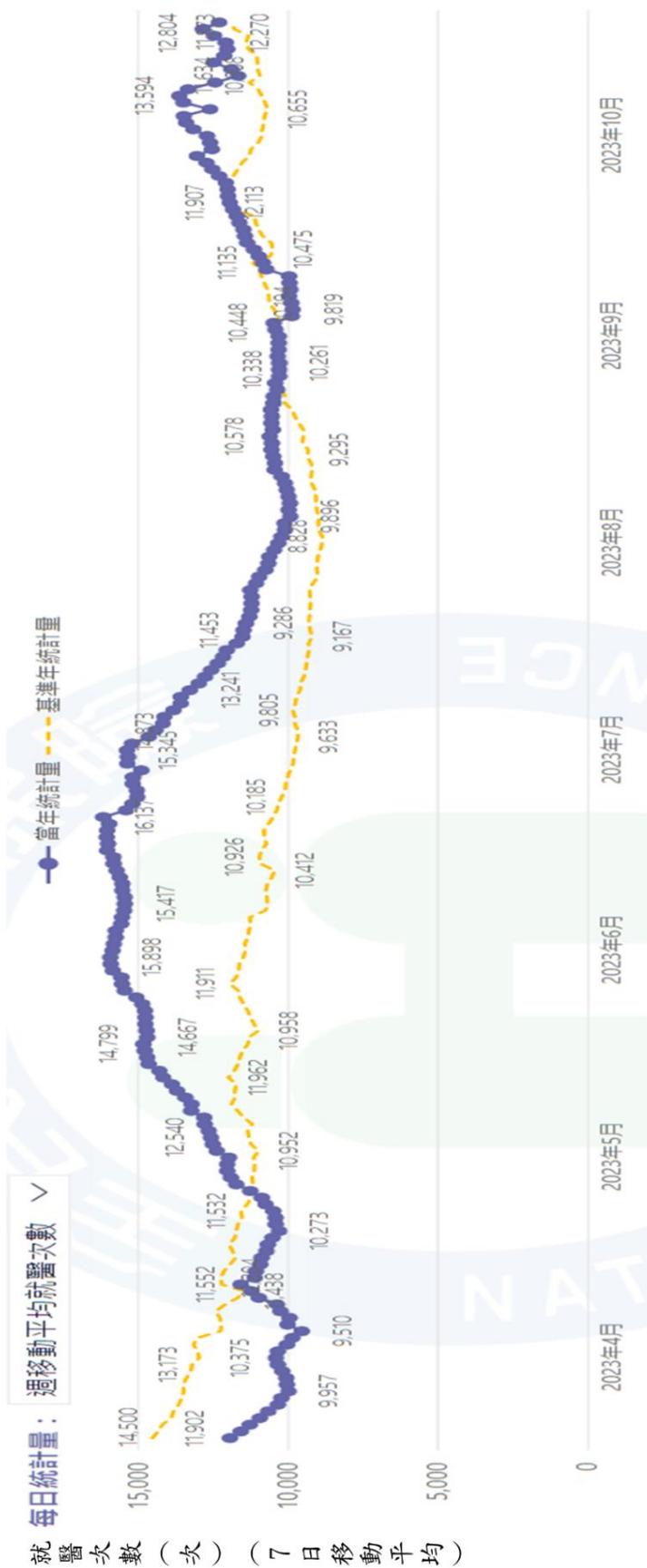
圖 1-3、【西醫基層-北區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

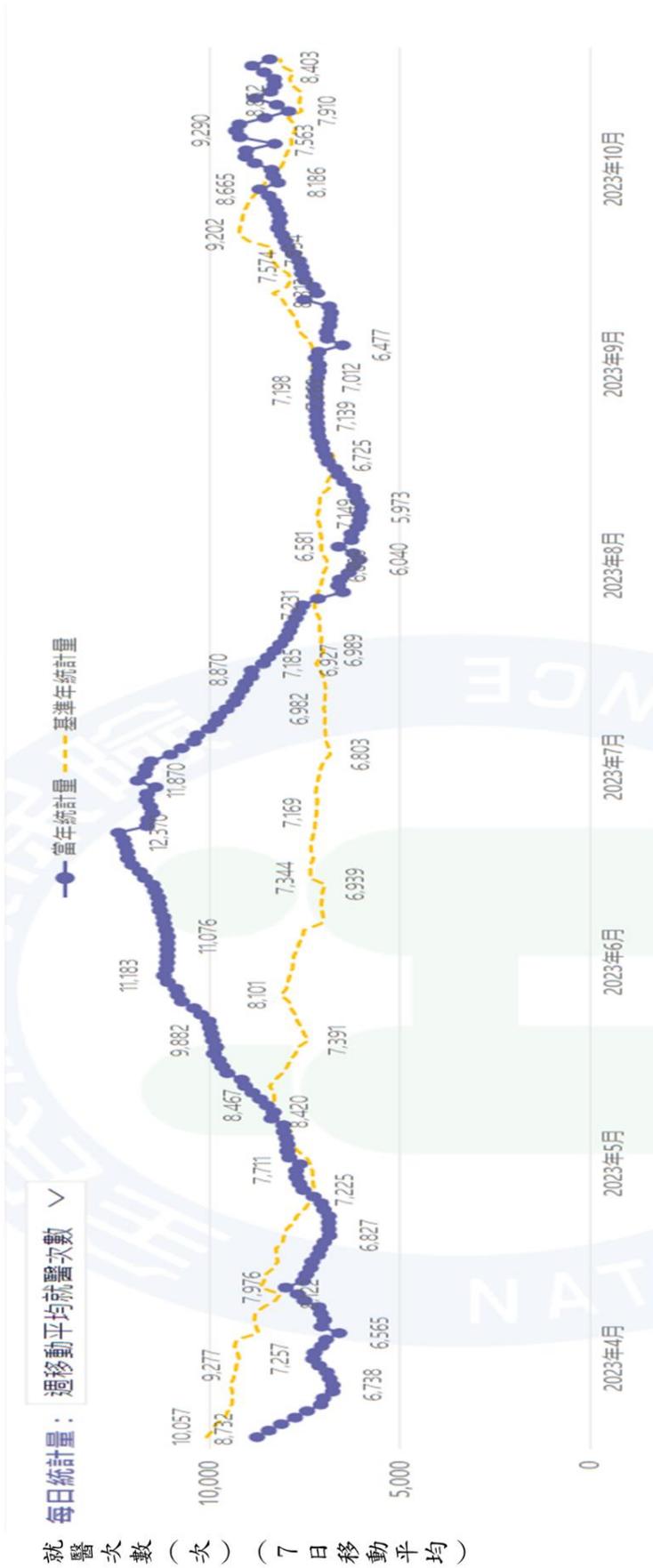
圖 1-4-【西醫基層-中區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

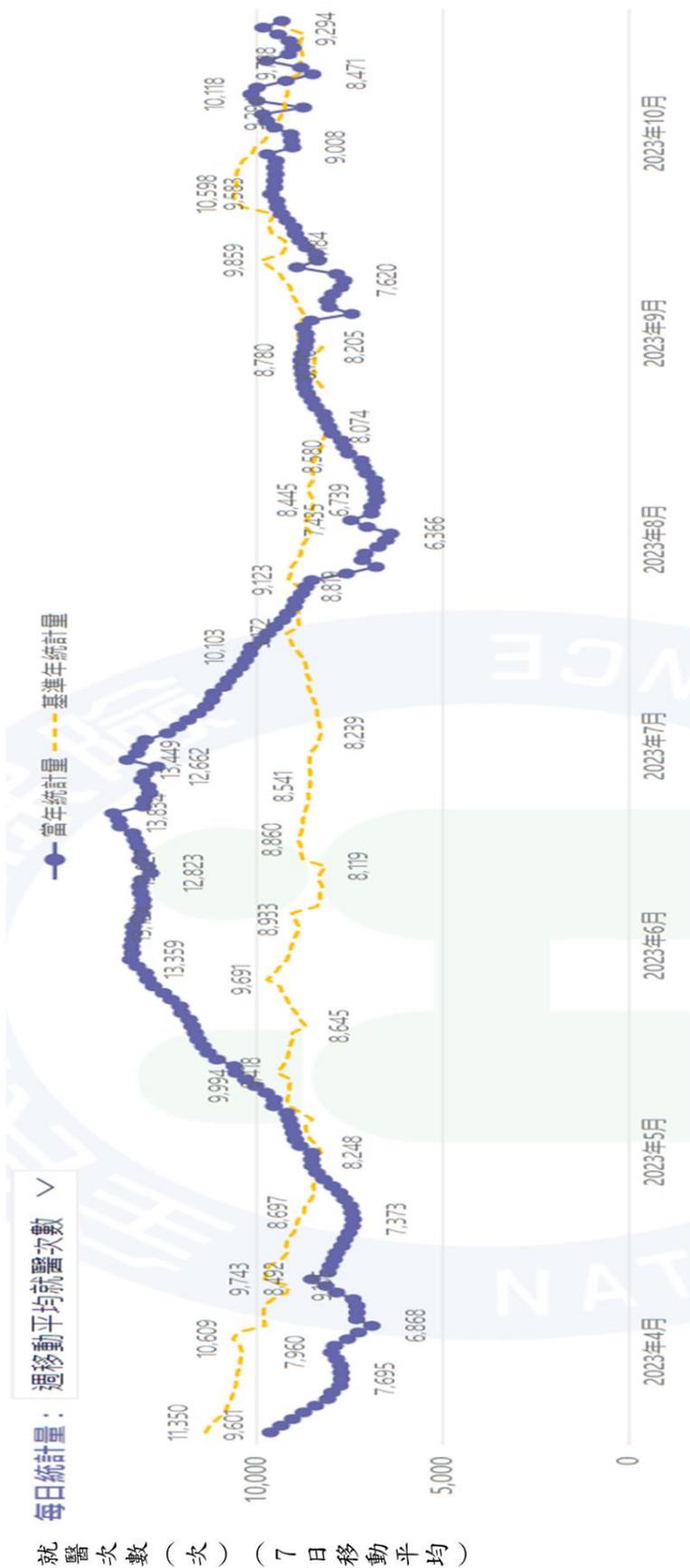
- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 1-5、【西醫基層-南區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：
 1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資訊平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
 2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
 3. 統計定義：
 (1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 (2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 (3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

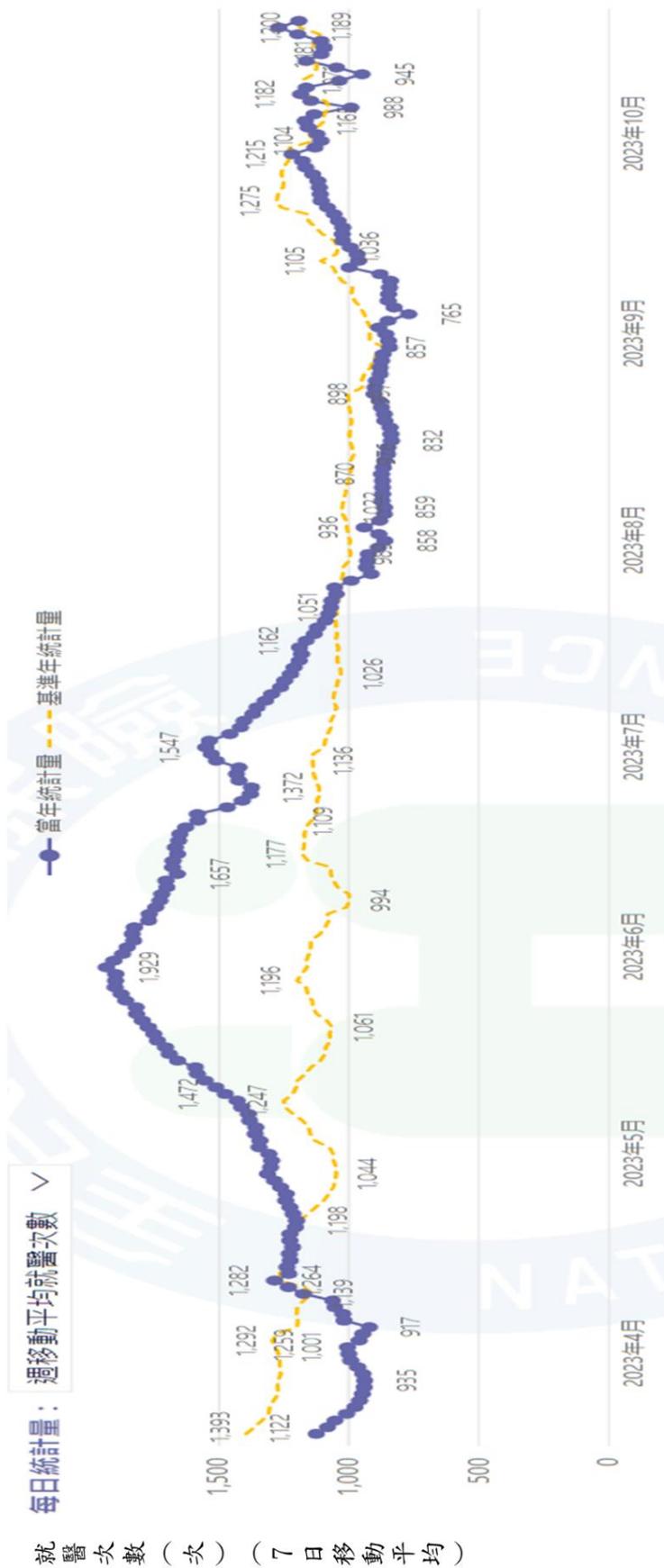
圖 1-6、【西醫基層-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

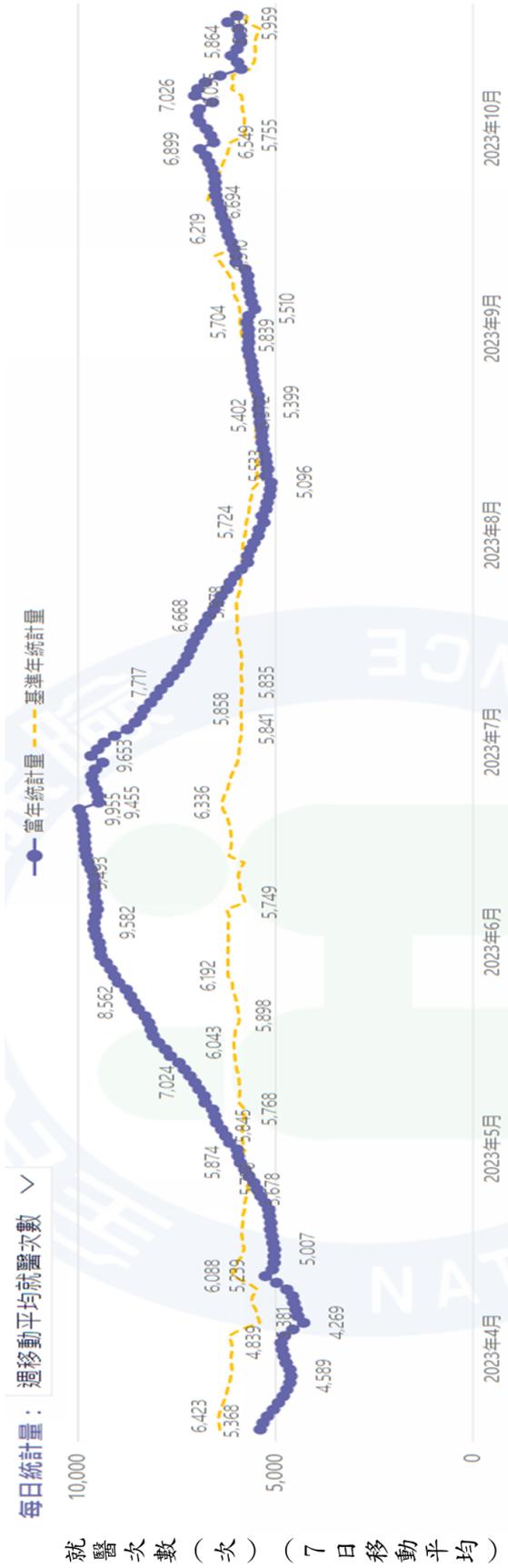
圖 1-7、【西醫基層-東區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫(健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20))。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

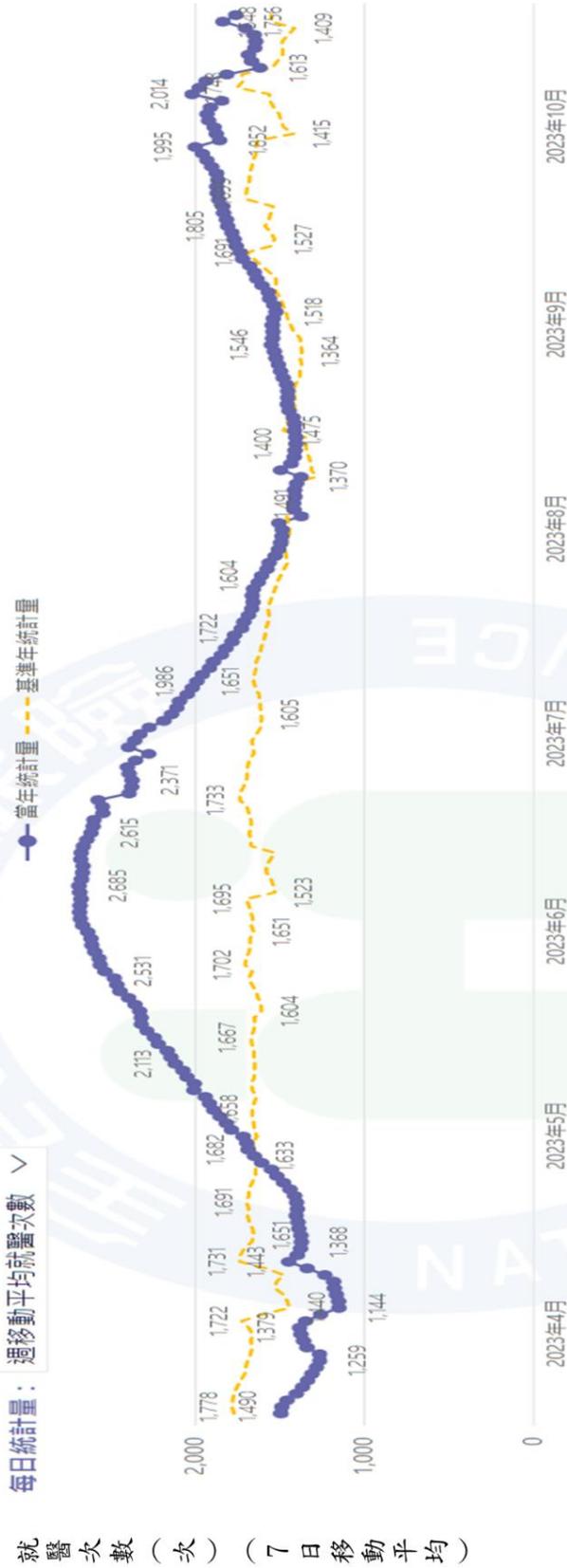
圖 2、【醫院總額】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-2、【醫院總額-臺北】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

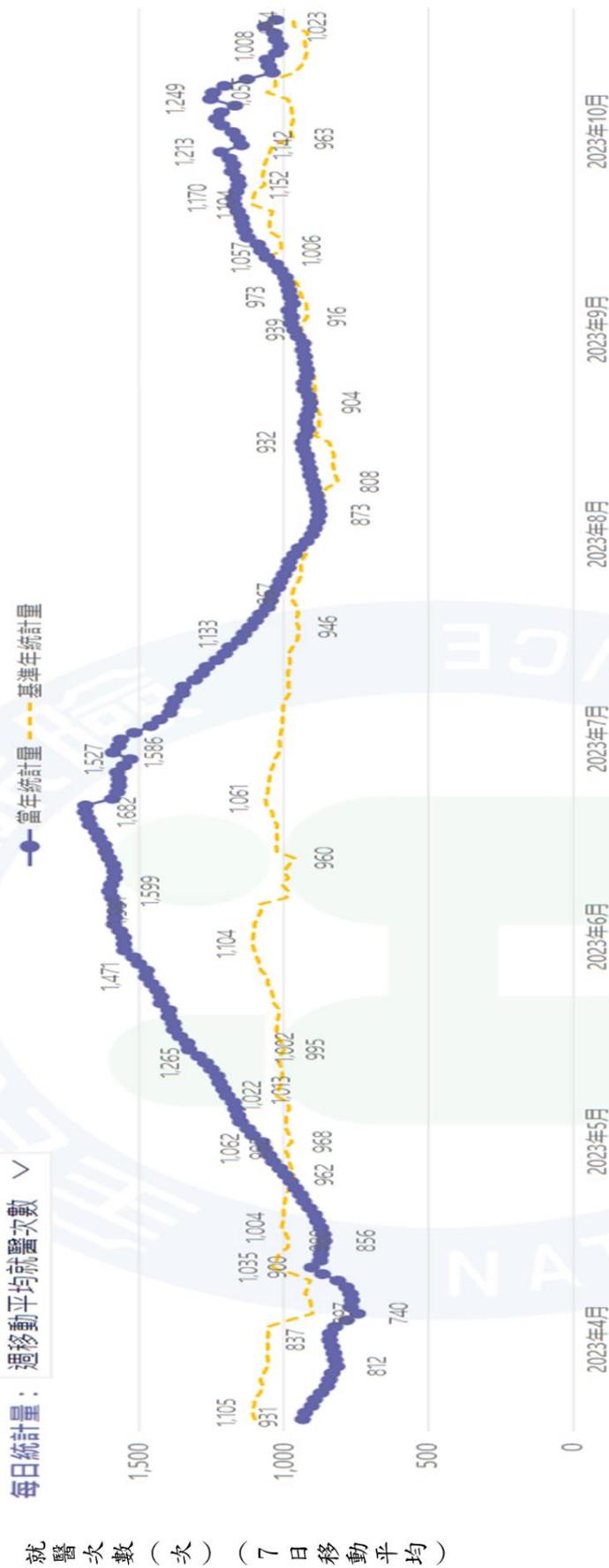


就醫次數 (次) (7 日移動平均)

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

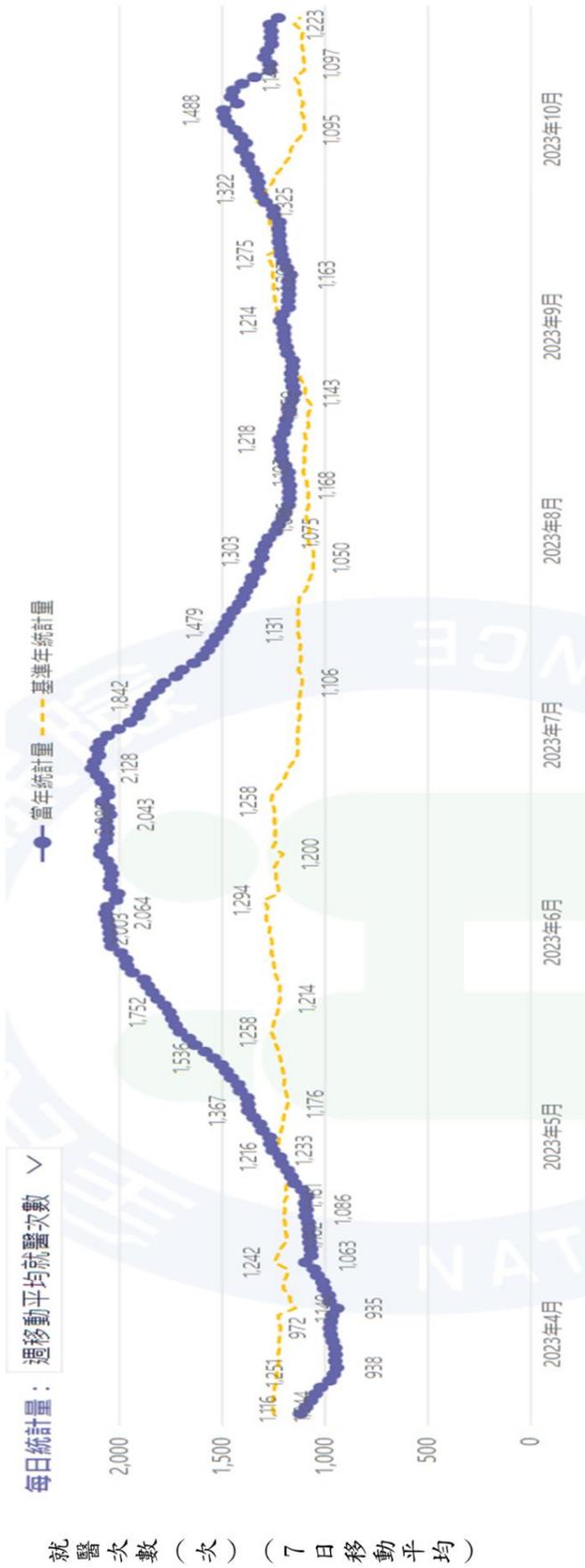
圖 2-3、【醫院總額-北區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 2-4、【醫院總額-中區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

1. 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。

2. 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。

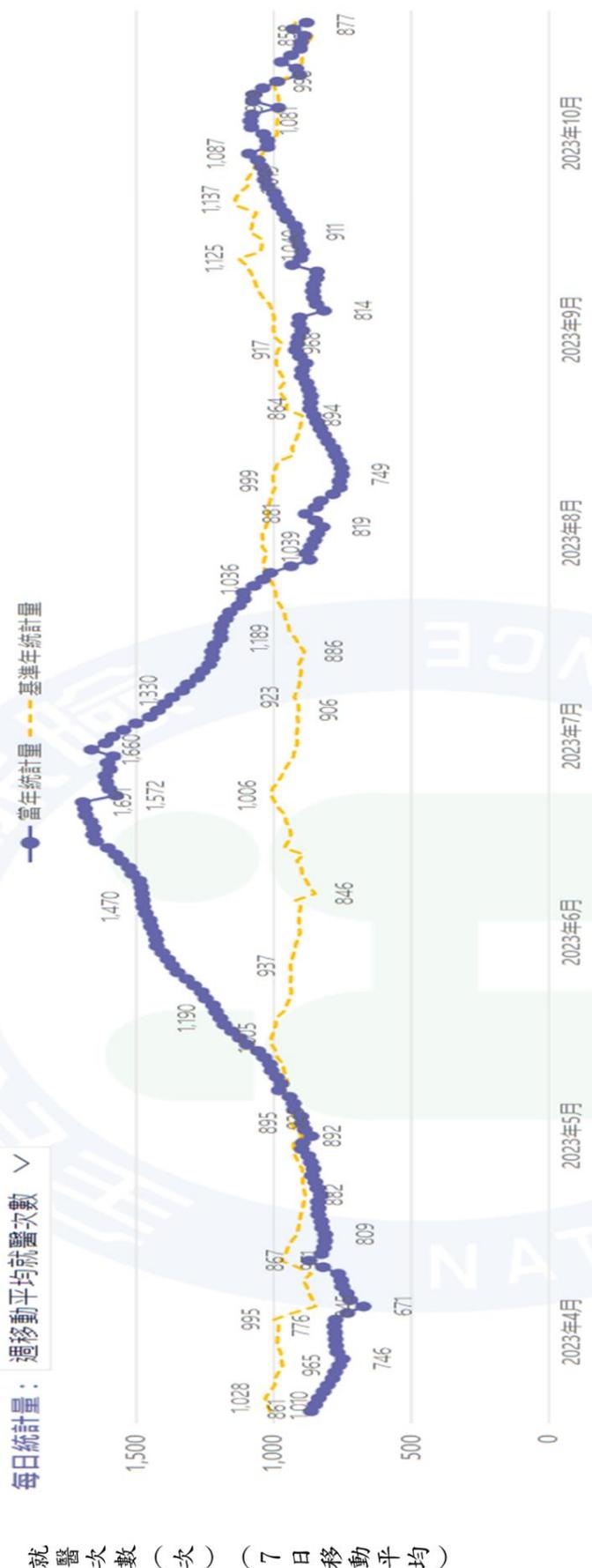
3. 統計定義：

(1) COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。

(2) 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。

(3) 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

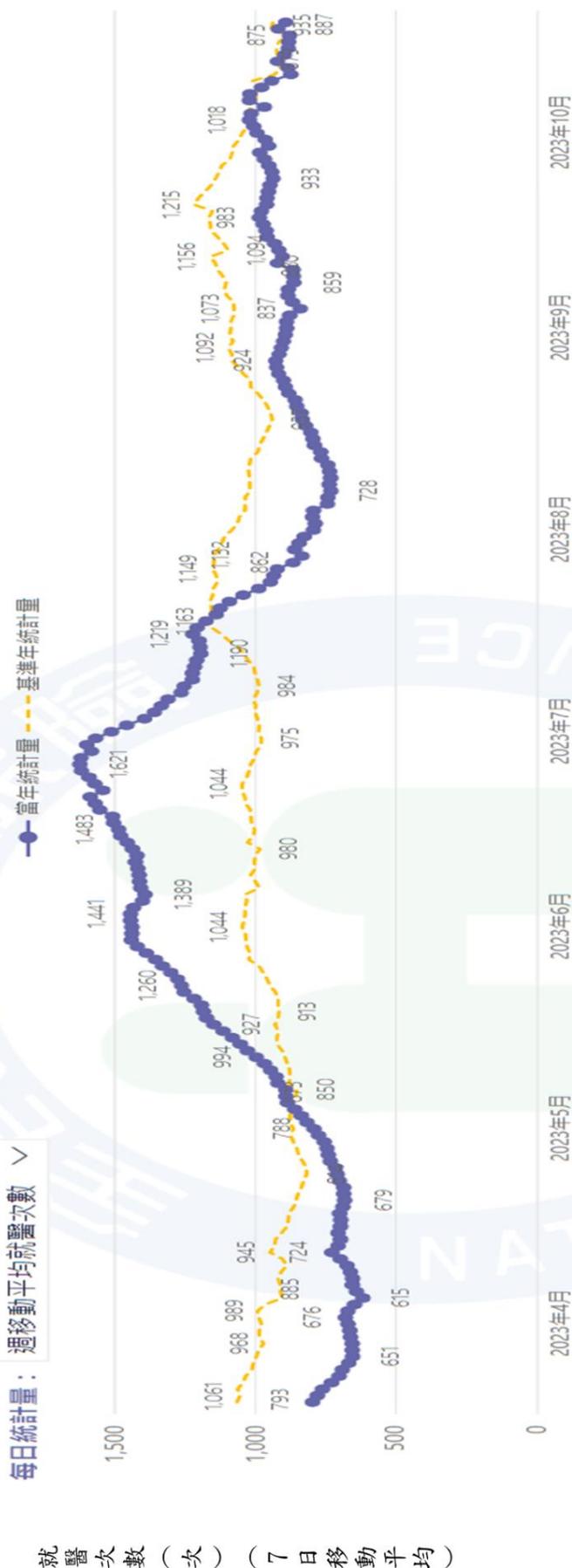
圖 2-5、【醫院總額-南區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

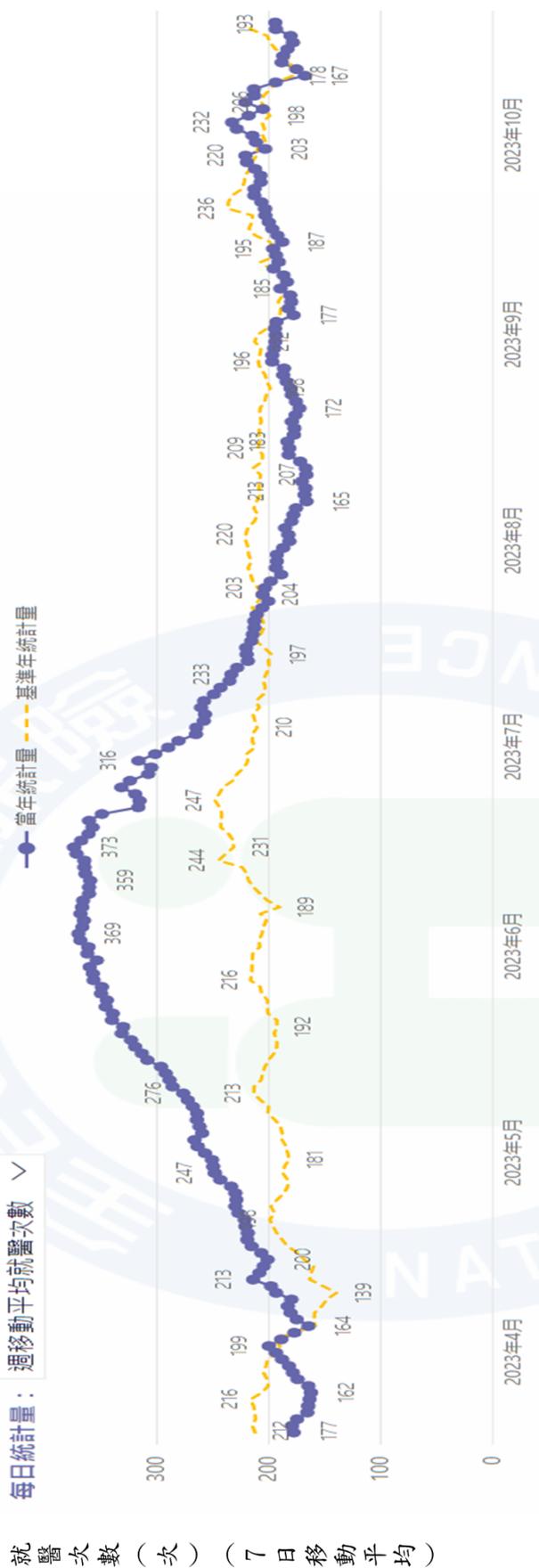
圖 2-6、【醫院總額-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

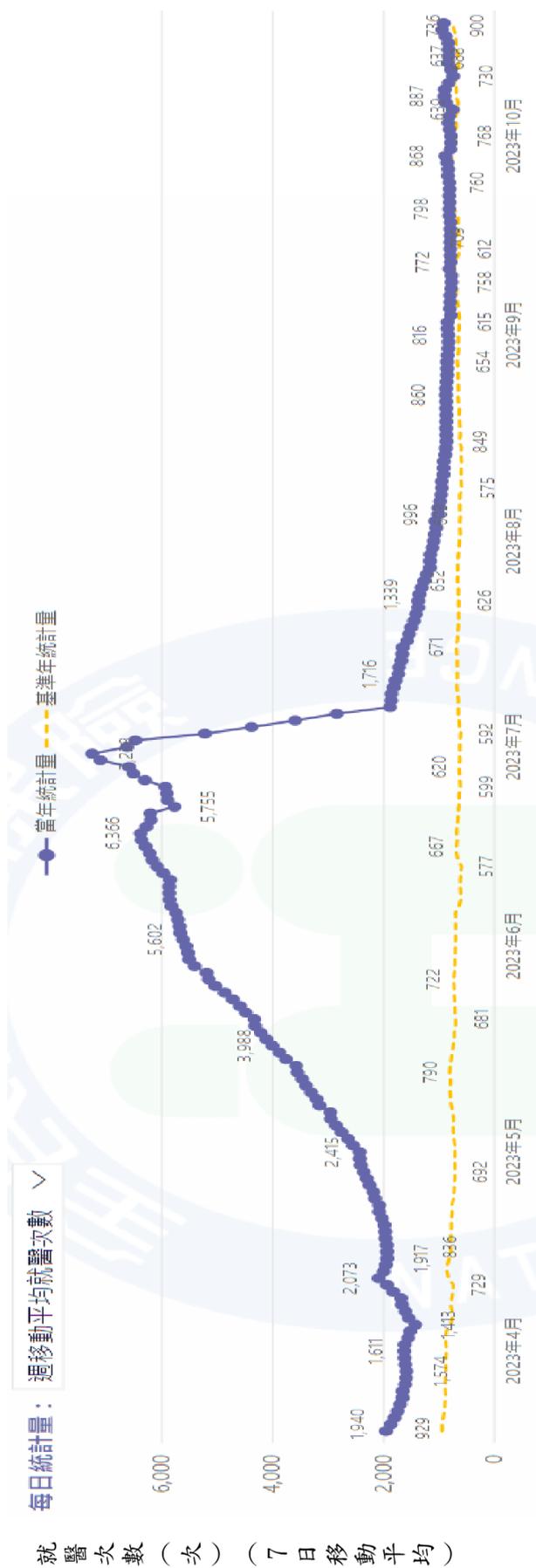
圖 2-7、【醫院總額-東區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

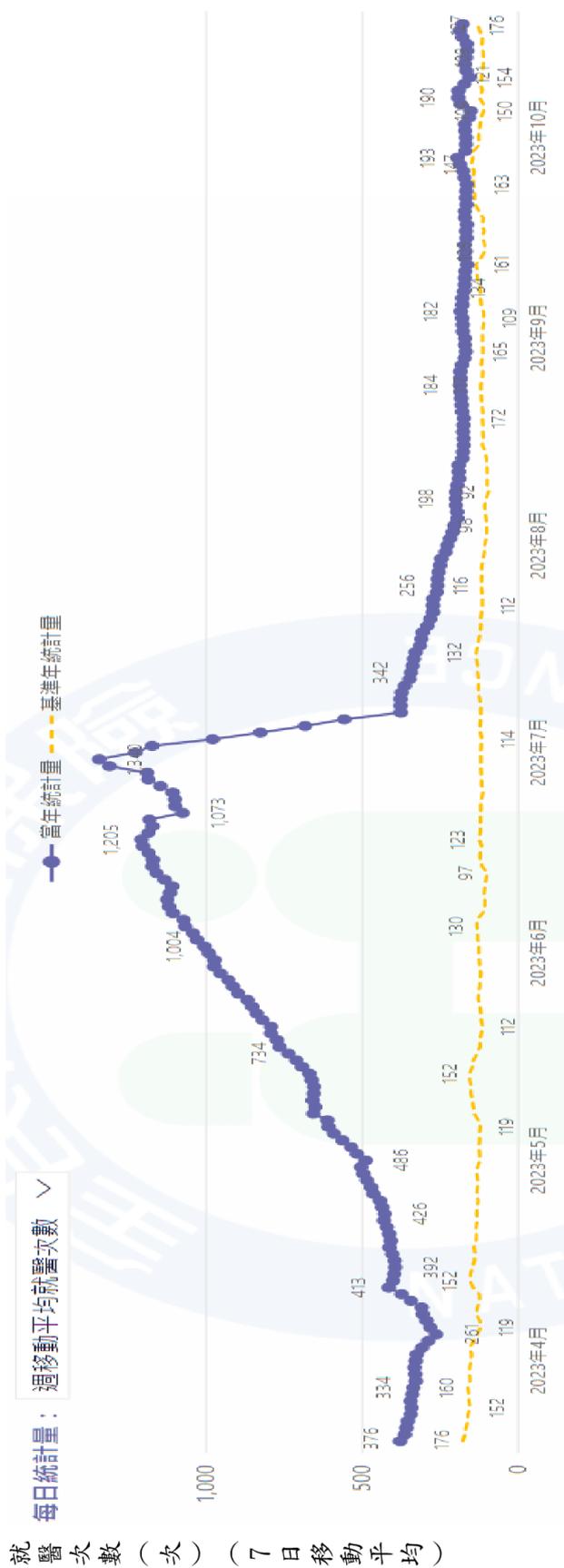
圖 3、【中醫總額】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料庫平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-3、【中醫總額-北區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

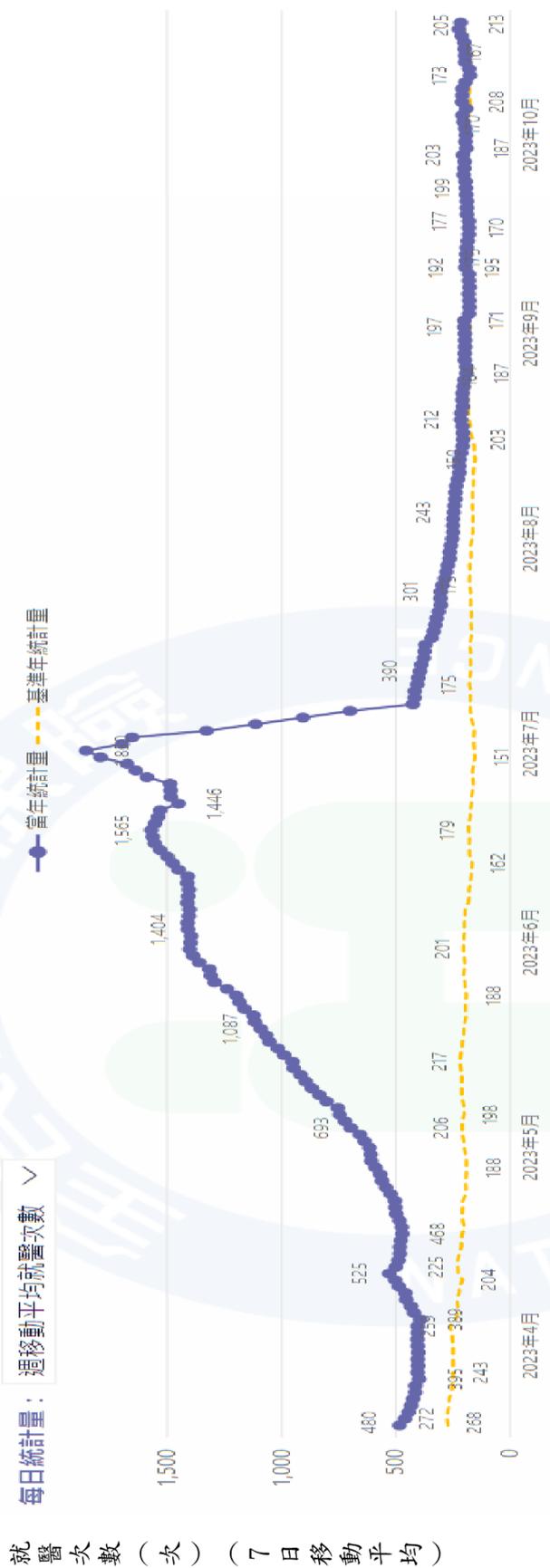


就醫次數 (次) (7 日移動平均)

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-4、【中醫總額-中區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

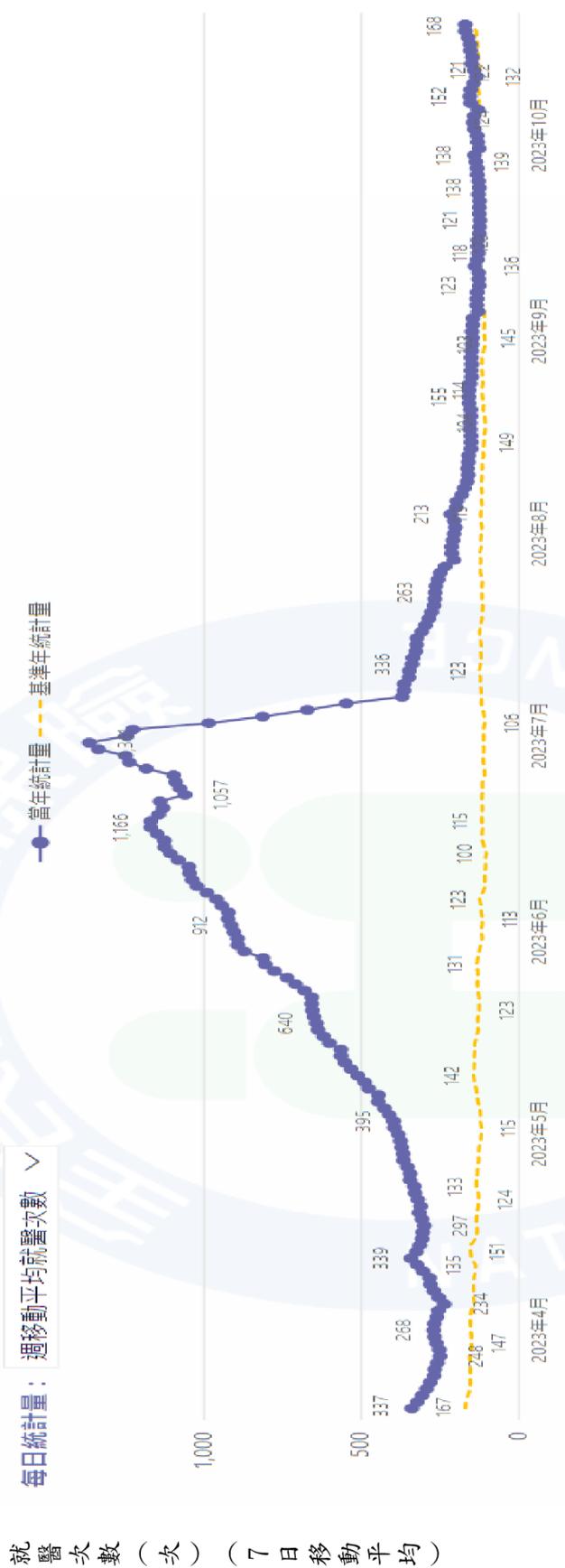


就醫次數 (次) (7 日移動平均)

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-5、【中醫總額-南區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年

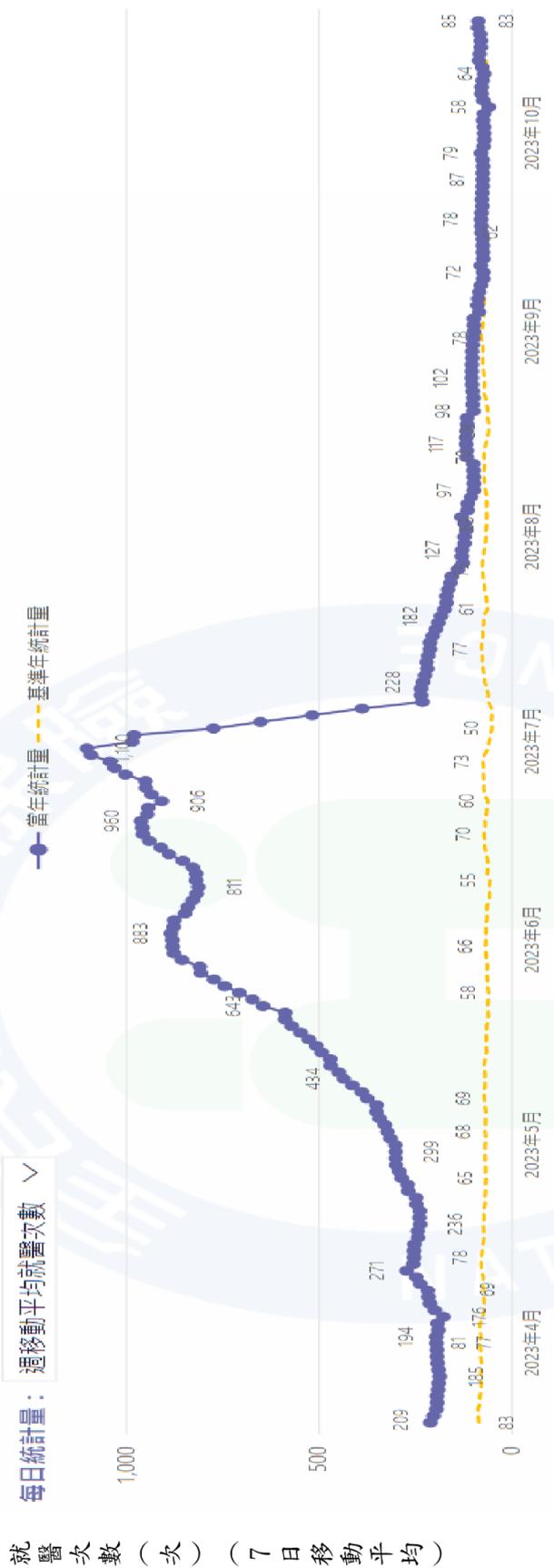


就醫次數 (次) (7 日移動平均)

註：

- 資料來源：中央健康保險署多模態健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

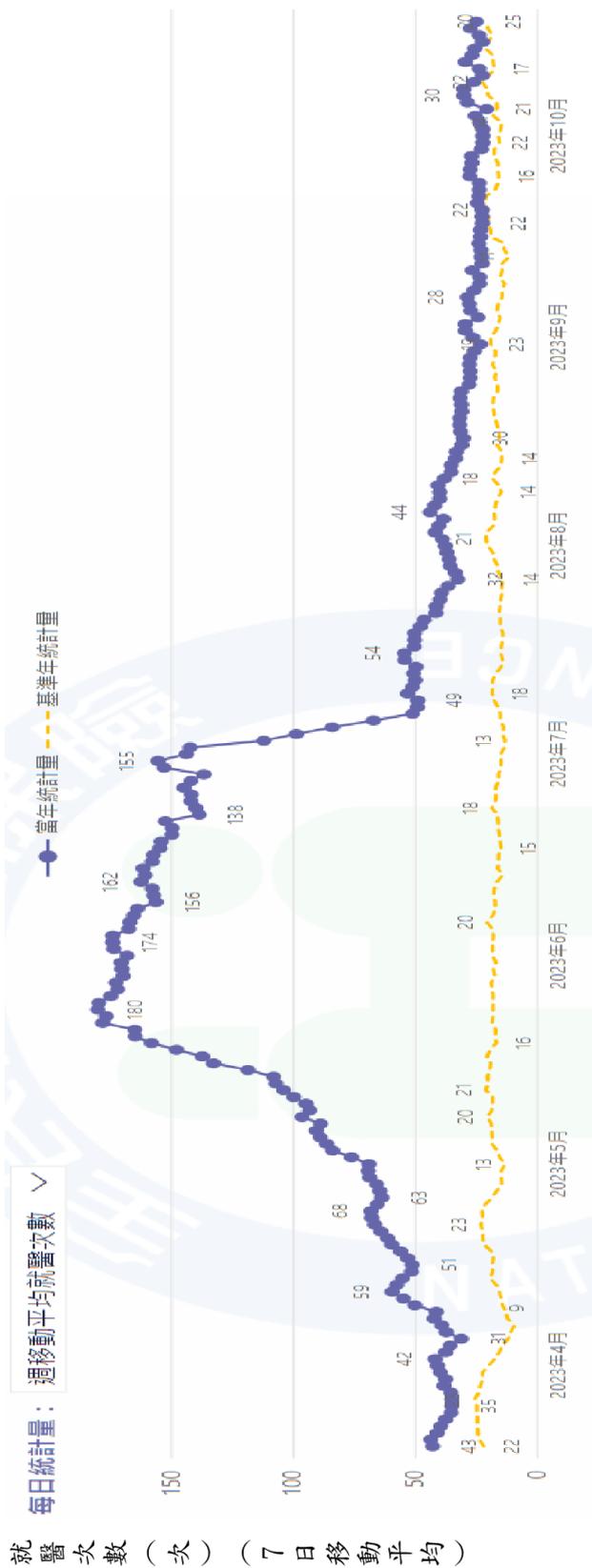
圖 3-6、【中醫總額-高屏】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7 日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

圖 3-7、【中醫總額-東區】3/20~10/18 每日健保卡上傳 COVID-19 及類流感案件就醫次數統計—112 年 vs. 108 年



註：

- 資料來源：中央健康保險署多模型健保資料平台健保卡就醫紀錄主檔(彙算日期：2023/10/20)。
- 資料範圍：2019 年及 2023 年健保卡上傳就醫案件。
- 統計定義：
 - COVID-19：主診斷碼為 U07.1、U07.2、U09.9 者，惟依現行申報規定，僅有主診斷 U07.1 之案件。
 - 類流感：主診斷碼三碼為 J09-J18、A22、A37、B25、B44 或診斷碼為 J06.9 者。
 - 就醫次數(7日移動平均)：統計日-6 至統計日當日就醫次數。

112 年第 1、2 季之醫療費用是否符合其他預算之「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」適用範圍及動支程序評估結果：

一、有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，依 112 年 7 月 26 日衛生福利部全民健康保險會第 6 屆 112 年第 6 次委員會議通過之評估方式，動支程序評估指標 2 一般服務之醫療費用核定點數成長率，所依據之「基期年」以「疫情前一年(108 年)」作為比較基期，計算醫療費用點數成長率時，預先扣除受影響年度一般服務成長率（實際作業如表）。

二、動支程序評估結果：

考量 COVID-19 疫情對各總額費用之影響為全面性的，爰以全區評估

(一) 中醫：

112 年第 1、2 季：全區均符合動支條件。

(二) 西醫基層：

112 年第 1 季：全區不符合動支條件。

112 年第 2 季：全區均符合啟動條件。

(三) 牙醫：

112 年第 1、2 季：全區均不符合動支條件。

註：

1. 各總額部門門檻計算方式為「112 年醫療服務成本及人口因素成長率+5%」：

(1) 醫院：7.250%(2.250%+5%)。

(2) 西醫基層：6.400%(1.400%+5%)。

(3) 牙醫門診：5.642%(0.642%+5%)。

(4) 中醫門診：6.394%(1.394%+5%)。

2. 各總額部門「109~111 年一般服務成長率」：

(1) 醫院：13.567%(5.471%+5.047%+3.049%)

(2) 西醫基層：9.009%(3.685%+3.493%+1.831%)

(3) 牙醫門診：8.456%(3.559%+3.054%+1.843%)

(4) 中醫門診：13.132%(4.696%+4.260%+4.176%)

中醫、基層及牙醫門診112年第1-2季評估表

評估指標1: 平均點值在0.9以下，且較去年同季點值
下降幅度>5%以上

年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
111年					
第1季	1-3月	浮動點值	1.0469	1.0923	1.0048
		平均點值	1.0289	1.0652	1.0048
第2季	4-6月	浮動點值	1.0016	1.0808	1.0859
		平均點值	1.0010	1.0567	1.0856
第3季	7-9月	浮動點值	0.8220	0.9801	1.0024
		平均點值	0.8911	0.9859	1.0024
第4季	10-12月	浮動點值	0.7746	0.9569	1.0122
		平均點值	0.8633	0.9694	1.0121
112年			0	0	
第1季	1-3月	浮動點值	0.7994	0.9561	0.9859
		平均點值	0.8792	0.9692	0.9861
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-15%	-9%	-2%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	N
條件1&2			Y	N	N
第2季 (預估)	4-6月	浮動點值	0.7970	0.8793	0.9666
		平均點值	0.8735	0.9134	0.9669
條件1	點值<0.9		Y	N	N
	同季平均點值成長率		-13%	-14%	-11%
條件2	同季降幅>5%註記		Y	Y	Y
條件1&2			Y	N	N

評估指標2-實際作業：一般服務之醫療費用核定點數成長率(基期年以108年計算) -

年季	月份	項目	中醫	基層	牙醫
108年					
第1季	1-3月	一般服務點數	6,379	29,878	10,834
第2季	4-6月	一般服務點數	6,961	29,942	11,250
第3季	7-9月	一般服務點數	7,171	30,086	11,622
第4季	10-12月	一般服務點數	7,277	32,037	11,760
112年					
第1季	1-3月	一般服務點數	7,768	33,304	11,556
	較108年同期點數成長率		21.78%	11.47%	6.67%
	扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率		8.64%	2.46%	-1.79%
條件：成長率>門檻			Y	N	N
第2季	4-6月	一般服務點數	8,512	35,292	11,388
	較108年同期點數成長率		22.28%	17.87%	1.22%
	扣除受影響年度一般服務成長率後之成長率		9.14%	8.86%	-7.23%
條件：成長率>門檻			Y	Y	N
指標1or2					
112年					
第1季			Y	N	N
第2季			Y	Y	N

表1-1、中醫【COVID_19與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9元所需經費之推估

		COVID-19加類流感且平均點值補至0.9				
就醫分區	分區預算 A1	點數 BI	結算平均點值 P1=A1/BI	COVID-19加類流感補助	平均點值再補至0.9所需經費	合計需補助金額 F1 =C1+E1
				C1	E1 =0.9*BI-A1-C1	
112Q1						
臺北	19.70	22.28	0.8843	0.01	0.8847	0.35
北區	8.72	10.20	0.8552	0.01	0.8562	0.46
中區	17.33	19.81	0.8747	0.00	0.8750	0.50
南區	9.95	11.21	0.8876	0.00	0.8877	0.14
高屏	11.08	12.81	0.8648	0.00	0.8648	0.45
東區	1.52	1.37	1.1066	0.00	1.1084	0.00
合計	68.30	77.68	0.8792	0.03	1.87	1.90
112Q2						
就醫分區	分區預算 A2	點數 B2	結算平均點值 P2=A2/B2	COVID-19加類流感補助	平均點值再補至0.9所需經費	合計需補助金額 F2 =C2+E2
				C2	E2 =0.9*B2-A2-C2	
臺北	21.96	24.38	0.9009	0.21	0.9097	0.21
北區	9.45	11.39	0.8302	0.20	0.8473	0.80
中區	18.82	21.82	0.8622	0.26	0.8740	0.82
南區	10.57	12.22	0.8645	0.15	0.8771	0.43
高屏	11.90	13.70	0.8685	0.13	0.8777	0.43
東區	1.65	1.60	1.0297	0.03	1.0484	0.03
合計	74.35	85.12	0.8735	0.98	3.62	2.73
112Q1+112Q2合計						
				0.98	3.62	4.63

單位:億

註：1. 112年第2季費用點數係擷取總額預估點值。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1及主診斷為U09.9之申報案件，但排除C5案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

表2-1、基層【COVID_19與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9所需經費之推估

單位:億元

就醫分區	112Q1						COVID-19加類流感且平均點值補至0.9		
	一般服務分區預算 A1	新增醫藥分業地區 A2	點數 B1	結算平均點值 P1 =(A1+A2)/B1	COVID-19加類流感補助 C1	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9 加補助後新點值 P2 =(A1+C1)/B1	平均點值再補至0.9所需經費 E1=0.9*B1-A1-A2-C1	合計需補助金額 F1 =C1+E1	
					0.00	0.9382	0.00		
臺北	106.96	0.01	114.01	0.9382	0.00	0.9382	0.00	0.00	
北區	50.01	0.04	51.24	0.9768	0.00	0.9760	0.00	0.00	
中區	60.90	0.02	61.78	0.9860	0.00	0.9857	0.00	0.00	
南區	46.55	0.10	46.64	1.0001	0.00	0.9979	0.00	0.00	
高屏	51.37	0.08	52.85	0.9734	0.00	0.9719	0.00	0.00	
東區	6.58	0.17	6.52	1.0344	0.00	1.0088	0.00	0.00	
合計	322.36	0.41	333.04	0.9692	0.00	0.9692	0.00	0.00	
112Q2									
就醫分區	一般服務分區預算 A3	新增醫藥分業地區 A4	點數 B2	預估平均點值 P3 =(A3+A4)/B2	COVID-19加類流感補助 C2	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9 加補助後新點值 P4 =(A3+C2)/B2	平均點值再補至0.9所需經費 E2 =0.9*B2-A3-A4-C2	合計需補助金額 F2 =C2+E2	
					1.55	0.8917	1.00		
臺北	107.50	0.01	122.29	0.8791	1.55	0.8917	1.00	2.55	
北區	50.23	0.04	54.71	0.9188	1.00	0.9363	0.00	1.00	
中區	60.24	0.02	65.36	0.9220	1.12	0.9389	0.00	1.12	
南區	46.51	0.11	48.78	0.9559	0.75	0.9689	0.00	0.75	
高屏	50.62	0.06	55.01	0.9213	0.80	0.9348	0.00	0.80	
東區	6.83	0.19	6.77	1.0357	0.15	1.0300	0.00	0.15	
合計	321.93	0.42	352.92	0.9134	5.36	0.9134	1.00	6.37	
112Q1+112Q2合計									
1.00									
6.37									

註：1. 112年第2季以預估點值計算。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1之申報案件，但排除C5案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

表3-1、醫院【COVID-19門住診與類流感】與108年差額且平均點值補至0.9所需經費之推估

112.11.1 18:06

單位:億元

季別	分區	預算 A1	結算點數 (加回攤扣點數) B1	平均點值 P1 =A1/B1	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
					COVID-19與 類流感 補助金額 C1	加補助金額後 新點值 P2 =(A1+C1)/B1	再補平均 點值0.9所需 經費 E1=(0.9-P2)*B1	合計補助 金額 F1= C1+E1
第1季	臺北	440.12	496.91	0.8857	2.27	0.8903	4.83	7.10
	北區	172.32	188.33	0.9150	0.00	0.9150	0.00	0.00
	中區	221.01	252.23	0.8762	1.28	0.8813	4.71	5.99
	南區	176.18	188.81	0.9331	0.00	0.9331	0.00	0.00
	高屏	186.81	198.49	0.9411	0.00	0.9411	0.00	0.00
	東區	33.48	36.03	0.9293	0.22	0.9353	0.00	0.22
合計		1229.92	1360.80	0.9038	3.77	0.9066	9.55	13.31

171

附件六

季別	分區	預算 A2	結算點數 (加回攤扣點數) B2	平均點值 P3 =A2/B2	COVID-19加類流感且平均點值補至0.9			
					COVID-19與 類流感 補助金額 C2	加補助金額後 新點值 P4 =(A2+C2)/B2	再補平均 點值0.9所需 經費 E2=(0.9-P4)*B2	合計補助 金額 C2+E2
第2季	臺北	424.84	487.40	0.8716	3.02	0.8778	10.80	13.82
	北區	172.96	195.08	0.8866	1.21	0.8928	1.41	2.62
	中區	250.86	283.83	0.8839	2.34	0.8921	2.25	4.58
	南區	182.45	194.14	0.9398	0.32	0.9414	0.00	0.32
	高屏	197.97	212.47	0.9318	0.68	0.9350	0.00	0.68
	東區	35.81	38.53	0.9296	0.78	0.9499	0.00	0.78
合計		1264.90	1411.44	0.8962	8.35	0.9021	14.45	22.80
112Q1+112Q2合計					12.12		24.00	36.12

註：1. 112年第2季費用點數係擷取總額預估點值。

2. COVID-19案件：主診斷為U07.1之申報案件。

3. 類流感案件：主診斷前3碼為A22、A37、B25、B44、J09-J18或全碼為J06.9之申報案件。

報告事項

第一案

報告單位：中央健康保險署、本會

案由：111 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。

健保署業務窗口：李忠懿簡任視察，聯絡電話：02-27065866 分機 2542

說明：

- 一、本會為執行健保業務監理之法定任務，自 104 年起請健保署依本會建置之「全民健康保險業務監理架構與指標」，提供前 1 年之監測結果與說明，並於委員會議進行專案報告；本會另依健保署提報內容，提出趨勢評析意見，並彙製年度全民健康保險監理指標之監測結果報告。
- 二、健保署部分：業依本會 112 年度工作計畫及本會 107 年 7 月份委員會議(107.7.27)修正通過之監理架構與指標，提報 111 年監理指標之監測結果，包含效率、醫療品質、效果、資源配置及財務等 5 大構面，共 23 項指標，簡報資料如附件一(第 188~206 頁)，並提出監測結果之重點與說明如下表：

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	1. 以醫院急性病床平均住院天數作為衡量院所營運效率的指標之一，在相同條件下，平均住院天數越短，代表營運效率越高。 2. 109 年至 111 年醫院急性病床平均住院天數分別為 7.44、7.64、7.44 天，呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，分別為 8.28、8.49、8.31 天，已較 110 年略降。 3. 查 111 年平均住院天數回到 109 年水準，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，本署將持續觀察。
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	1. 本指標可瞭解病人在急診室留置時間，評估醫院對急診病人的處理效率。數值低表示駐留時間較短，醫院在急診病人後續照護、病床管理表現較佳。 2. 111 年整體急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，較 110 年上升約 0.05 個百分點、較 109 年上升約 0.24 個百分點。111 年區域醫院及地區醫院急診留置超過 24 小時件數比率為近 3 年最高，醫學中心指標表現則較 109 年上升，惟較 110 年下降。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>3. 111 年整體急診留置超過 24 小時比率，在檢傷分類第 1 級至第 3 級較 110 年上升 0.14 個百分點至 1.82 個百分點、較 109 年上升 0.31 個百分點至 2.50 個百分點。其中檢傷第 1 級於醫學中心較 110 年上升 1.99 個百分點、區域醫院上升 2.43 個百分點、地區醫院上升 0.73 個百分點。</p> <p>4. 查 111 年之急診件數及急診留置超過 24 小時件數皆為近 3 年最高，可能係因 111 年本土 COVID-19 疫情升溫，Omicron 病毒傳播快速，眾多 COVID-19 病人為進行篩檢湧入急診，排擠醫院急診資源，加上各醫院配合中央流行疫情指揮中心，要求保留特定比率病床做為專責病床，影響病人轉入住院病房時程。</p>
	<p>1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數</p>	<p>1. 癌末病人疾病嚴重度較高，醫療利用或費用相對也高，若在自己意願下選擇接受安寧緩和療護，生活較有品質，並減少臨終前無意義之過度醫療。本指標可了解癌末病人臨終前 6 個月整體醫療費用變化情形。</p> <p>2. 108 至 111 年癌症病人死前 6 個月使用安寧療護者之醫療費用皆較未使用者低，顯示安寧療護推動除提升生活品質亦有助於減少癌症病人生命終段醫療費用支出。</p> <p>3. 111 年癌症病人死前 6 個月曾接受與未接受安寧療護者之前 5 大醫療費用支出為藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費。另曾接受安寧療護者除治療處置費外，其餘費用類別均低於未使用者。</p>
	<p>1.4 區域醫院以上初級門診照護率</p>	<p>1. 本項指標用於觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護，考量區域醫院以上層級應以急重症照護為主，藉由本指標可觀察資源有無過度投入初級照護之情形。</p> <p>2. 109 年至 111 年醫院初級門診照護率分別為 21.61%、21.03%、21.19%，整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為 17.04%、16.73%、17.21%，趨勢持平。</p> <p>3. 考量部分地區醫院之急性一般服務病床數大於 250 床，已有提供急重症照護之能力；若將急性一般服務病床數大於 250 床之地區醫院排除，則 111 年地區醫院之初級門診照護率達 31.8%。</p>
	<p>1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、</p>	<p>1. 本項指標係觀察西醫基層與醫院總額部門間服務量變化及轉移情形，作為資源分配及調整之參考。</p> <p>2. 基層就醫人數占率自 111 年第 3 季起回升，考量最近 3 年均為疫情期間，對應中央流行疫情指揮中心防疫政策調整，民眾就醫習慣改變及各層級醫療院所提供醫療服</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	件數占率	務行為隨之改變，未來仍須向民眾再加強溝通宣導，並持續觀察。
	1.6 藥品費用占率	<p>1. 在藥品費用占率部分，108年至110年之藥費占率呈現上升趨勢，111年係因藥品費用分配比率目標制(DET)方案調整藥價致藥費占率下降。經排除新藥申報金額之影響，109年至111年藥費占率均維持在25%上下。</p> <p>2. 藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，110年及111年DET方案經參採藥界意見，於111年12月20日公告兩年合併辦理，成長率分別為4.524%、3.159%，新藥品支付價格生效日期為112年4月1日。超出額度調整金額則考量近年疫情、俄烏戰爭及物價通貨膨脹上升等因素，參考行政院主計總處公布之消費者物價指數年增率(即通貨膨脹率)後予以調整。</p>
	1.7 健保專案計畫之執行成效	<p>1. 各總額部分專案試辦多年，未能適時退場或轉入常態支付項目，且專案數目有逐漸增加之趨勢，有必要監理及提升各專案執行之效率。</p> <p>2. 111年進場專案計畫達8項(精神科長效針劑藥費同時併列於西醫基層與醫院總額)，係因協商當年度總額時配合部定111年度全民健保醫療給付費用總額政策(含健保總額中長期改革計畫)，結合公衛、醫療與照護體系間合作及其資源，精進照護模式，透過論價值支付及提升臨終照護品質等目標，新增多項專案。</p>
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	本項指標微幅上升後呈現穩定趨勢，無明顯變化。另補充本項指標院所平均值之定義為各院所之指標值加總/院所數。
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	全國糖尿病品質支付服務之照護率，從109年55.4%，111年增加為60.9%。各層級糖尿病照護率亦從109年46.1%~63.9%，111年增加為49.0%~65.0%，其中區域醫院照護率最高。
	2.3 照護連續性	<p>1. 提供連續性照護將產生較佳的照護效果、較高的病患滿意度與較低的醫療費用，亦可作為整合性照護相關方案或計畫之評估參考；指標值介於0~1之間，越接近1代表照護連續性越高。</p> <p>2. 111年平均每人照護連續性為0.424，較110年略降，接近109年水準。</p> <p>3. 考量最近3年屬疫情期間，民眾就醫行為因應防疫政策及疫情變化進行調整，且110年5月中旬因國內COVID-19疫情進入社區流行階段，中央流行疫情指揮中心為</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		保全醫療量能，指揮中心要求醫療營運降載，可能進而影響民眾後續就醫，111年各項防疫措施亦滾動性調整，建議後續應持續觀察。
	2.4 護理人力指標—全日平均護病比達成之占率分布	<p>1.在醫療人力中，護理人員之占比最高，人力之供給，攸關醫療品質之良窳。本指標主要呈現「醫院急性病房」護理人力之供給情形，指標值愈高，表示每位護理人員需照護之病患愈多，工作負擔愈大。</p> <p>2.109年至111年各層級醫院各月份全日平均護病比符合加成達91%以上，另109年計算方式，全日平均上班護理人員數改為不列計護理長，爰109年至111年資料無法與108年比較。</p>
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	111年醫院滿意度為94.1%、西醫基層滿意度為94.2%、牙醫門診滿意度為95.3%、中醫門診滿意度為94.7%，在95%信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為±3個百分點以內。
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)—糖尿病病人住院率	111年糖尿病病人各年齡層住院率大多有下降，仍以75歲以上年齡層之住院率最高；整體住院率110年為0.13%，至111年下降至0.12%。
	3.3 出院後3日內再急診比率	<p>1.本指標係監測住院治療出院後之照護品質；DRGs既為重要政策，監控3日內再急診比率，有助瞭解醫院是否過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。</p> <p>2.109年至111年Tw-DRGs案件之3日內再急診率維持為約1.8%-1.9%，相較一般住院案件3.6%至3.8%低，顯示Tw-DRGs推動有助改善疾病急性期治療醫療效率與品質。</p>
(四) 資源配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人	1.本指標係依「行政院研考會之委託研究報告：鄉鎮市區數位發展分類研究報告，謝雨生(2011)」將鄉鎮市區依發展程度分類為5組後(第1組表都市發展程度最高)，計算每萬人口醫師數最高與最低兩組比值，用以衡量鄉鎮間醫師人力分布的均勻程度。

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
	力之比值(各部門)	<p>2. 觀察各部門最高與最低兩組醫師人力之比值，111 年醫院、西醫基層比值分別為 95.81、2.47 皆較 110 年增加，中醫、牙醫比值分別為 9.45、14.43 較 110 年略減。</p> <p>3. 另查最高與最低兩組「每萬人口醫師數」：</p> <p>(1) 最高組醫師數：111 年醫院、西醫基層、中醫及牙醫門診之每萬人口醫師數皆較 110 年增加。</p> <p>(2) 最低組醫師數：111 年西醫基層、牙醫及中醫門診每萬人口醫師數較 110 年增加，但醫院較 110 年略減。</p> <p>4. 綜上，在發展程度最高與最低地區之戶籍人數皆減少的情況下，111 年醫院及西醫基層醫師人力比值較 110 年高，係因醫院之最高組 111 年醫師數較 110 年增加，最低組 111 年醫師數較 110 年略減少所致；另西醫基層之最高組及最低組 111 年醫師數雖皆較 110 年增加，惟最高組增加幅度較最低組高，故該部門最高與最低兩組醫師人力之比值略為上升。</p> <p>5. 為鼓勵醫師及院所至山地離島及偏遠等醫療資源不足地區提供醫療服務，本署積極推動 IDS 計畫、西醫、中醫及牙醫醫療資源不足地區改善方案等，辦理開(執)業或巡迴醫療服務，每年評估各方案施行區域之合宜性，依實際需求修訂方案，以平衡城鄉醫療資源差距。</p>
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	<p>1. 本指標以該地區戶籍人數的保險對象為分母，計算該區就醫人數之占率，用以觀察偏遠地區就醫率是否低於一般地區，評估醫療利用之公平性。</p> <p>2. 111 年醫院及西醫基層部門之門診就醫率以山地離島地區最高，醫療資源不足地區居次，一般地區就醫率較低；另，中醫及牙醫門診部門則相異，以一般地區之門診就醫率較高，其次為山地離島地區，最低為醫療資源不足地區。</p> <p>3. 111 年牙醫門診、中醫門診部門山地離島或醫療資源不足地區就醫率低於一般地區，可能原因為牙醫及中醫醫療資源不足地區改善方案之巡迴地區覆蓋率(執行服務鄉鎮數/公告鄉鎮數)未能完整覆蓋，查 111 年牙醫醫療資源不足地區改善方案地區覆蓋率為 85.6%(131/153)、中醫醫療資源不足地區改善方案為 78.8%(123/156)，囿於上述地區交通不便等因素，惟已相較 110 年增加，本署持續與中醫師公會全聯會及牙醫師公會全聯會共同努力，提升覆蓋率，以期導入醫療資源至醫療資源不足或山地離島地區，俾提升當地民眾就醫可近性。</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>4. 本署每年檢視各方案施行地區及服務內容之合宜性，滾動式調整執行內容，就牙醫部分，112年牙醫醫療資源不足地區改善方案新增於本方案施行地區得提供全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準「齶齒經驗之高風險患者氟化物治療」診療項目(P7302C)、「超音波根管沖洗」診療項目(P7303C)服務，及執行「健保牙醫特殊醫療服務計畫」服務之服務對象新增自閉症及失智症患者規定；中醫部分，112年中醫醫療資源不足地區改善方案調整施行地區，持續鼓勵院所參與開業計畫及巡迴醫療。</p>
	<p>4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)</p>	<p>1. 整體：自付差額特材占全年特材使用率，109年0.0448%，110年0.0449%，111年0.0449%，平均占率0.0523%，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，逐漸成長。</p> <p>2. 各類別項目：</p> <p>(1)近3年自付差額特材申報占率已達6成以上之項目：</p> <p>A. 冠狀動脈塗藥支架：已於111年3月提案至全民健保特材專家諮詢會議中，與會專家建議應重新規劃給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群。本署已彙整相關專家及學會意見，且函請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)就臨床專家建議之給付規定，協助進行醫療科技評估，已於112年1月完成報告。經再提112年8月18日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，共識優先以具臨床實證適應症範圍納入全額給付，後續再依程序提至特材共同擬訂會議討論。</p> <p>B. 腦脊髓液分流系統：已於111年9月提案至全民健保特材共同擬訂會議，決議同意先將市占率最高(67%)的「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，並自111年11月1日生效。爰自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至111年70.5%，將持續觀察。</p> <p>C. 特殊功能及材質髓內釘組：考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，110年9月將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付，自110年12月1日起生效。爰</p>

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		<p>自付差額申報占率由 109 年 60.8% 上升至 111 年 76.5%，將持續觀察。</p> <p>(2) 另有關自付差額品項因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。</p>
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	111 年主要係因補充保險費收入高於預期，連帶使「政府負擔不足法定下限 36% 之差額」增加，加上基本工資由 24,000 元調整為 25,250 元，軍公教待遇調升 4%，致保險費收入實際數較預估數增加約 387 億元；另總額專款結餘增加約 38 億元，致保險成本減少 38 億元，若排除前揭因素影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為 -3.54%。
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	111 年底安全準備總額折合保險給付支出月數為 1.68 個月，尚符合健保法第 78 條保險安全準備總額以 1 至 3 個月保險給付支出為原則之規定。
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	110 年全民健保醫療支出(含部分負擔)占 GDP 比率為 3.55%，全民健保醫療支出(不含部分負擔)占 GDP 比率為 3.38%，近 3 年來全民健保醫療支出占 GDP 比率維持在 3% 至 4% 之間。
	5.4 資金運用收益率	全民健康保險基金 111 年資金運用收益率為 0.57%，高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
	5.5 保費收繳率	<p>1. 109 年至 111 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98% 以上，其中除第六類收繳率約在 84% 至 86% 之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於 99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。</p> <p>2. 另 111 年整體收繳率較 109 年及 110 年微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。</p>
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	109 年發生 COVID-19 疫情，嚴重衝擊民生經濟，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標上升。110 年疫情雖仍嚴峻，惟一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，故本指標較 109 年下降；111 年疫情趨緩，本署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益

構面	監理指標	監測結果之重點與說明
		彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生，爰指標再較 110 年下降。

三、本會部分：依健保署提供監測結果據以製作監理指標之監測結果報告(初稿)：

- (一)本會同仁依據健保署提報內容，整理完成 111 年監理指標之監測結果報告初稿，業於上次委員會議併同會議資料寄送委員參考。
- (二)整體而言，5 大構面之 23 項指標中，有 10 項呈進步，宜保持；13 項指標趨勢略有退步，尤其在效率及資源配置構面的指標，值得特別關注(如下圖)，建議健保署就略有退步之指標，進一步探討原因並研議改善策略，以保障民眾權益(摘錄如附表，第 186~187 頁)。

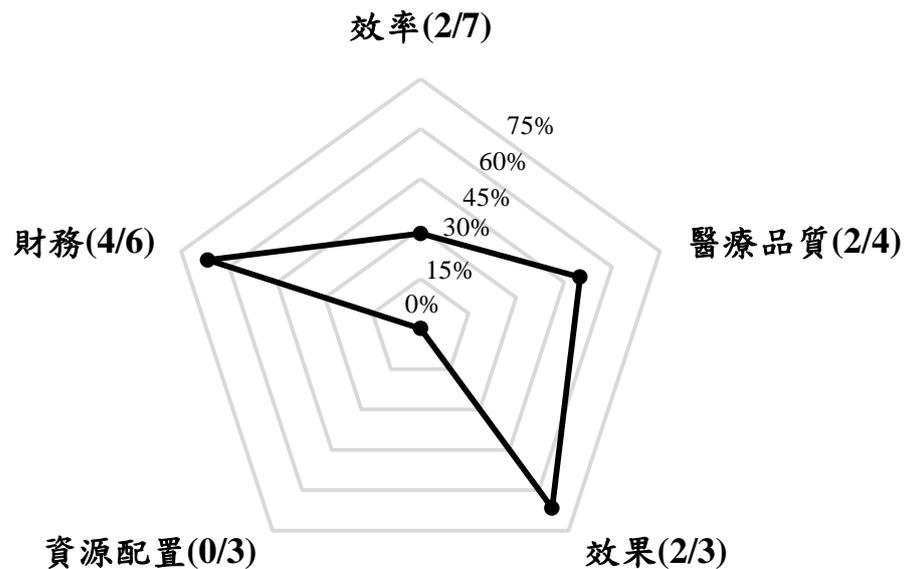


圖 111年5大監理構面指標進步比率(進步指標數/指標數)

(三)各項指標表現情形摘述如下：

1.效率構面(7 項指標—進步 2/7、退步 5/7)：

- (1)「指標 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)」、「指標 1.6 藥品費用占率」，呈進步趨勢。
- (2)其餘 5 項指標呈退步趨勢，其中「指標 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率」，整體呈上升趨勢；「指標

1.4 區域醫院以上初級門診照護率」較 110 年上升，及「指標 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布」，基層占率未有上升，宜留意是否符合分級醫療期待壯大基層及提高基層服務量能之方向；「指標 1.7 健保專案計畫之執行成效」，呈下降趨勢。

(3)建議健保署宜留意急診壅塞、分級醫療推動、提升專款計畫執行成效等事宜，並研議改善策略。

2.醫療品質構面(4 項指標—進步 2/4、退步 2/4)：

(1)2 項指標呈進步趨勢。

(2)2 項指標呈退步趨勢，其中「指標 2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升」，區域及地區醫院達加成月次占率逐年遞減，醫學中心護病比小於 7 人之加成月次占率略為下降，建議健保署持續觀察疫後的變化，及檢討歷年健保總額投入提升護理照護品質相關預算之執行成效。

3.效果構面(3 項指標—進步 2/3、退步 1/3)：

(1)2 項指標呈進步趨勢，「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)- 糖尿病病人住院率」及「指標 3.3 出院後 3 日內再急診比率」，111 年均較 110 年略降。

(2)呈現微幅退步之「指標 3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」，考量 COVID-19 疫情期間，醫療提供情形不若非疫情期間穩定，請健保署持續觀察疫後之醫療利用情形，及民眾對醫療結果之滿意度變化，提供各總額部門作為業務改進參考。

4.資源配置構面(3 項指標—退步 3/3)：

3 項指標均呈退步趨勢，其中：

(1)「指標 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)」，醫院及西醫基層呈上升趨勢，宜留意西醫醫師人力城鄉分布差距是否逐漸擴大。

(2)指標「4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)」，近3年牙醫與中醫門診之醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區，建議健保署進一步瞭解原因，並與各總額部門共同研議因地制宜的改善措施，及滾動檢討相關方案或計畫。

(3)「指標 4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，呈上升趨勢，「特殊功能及材質髓內釘組」、「冠狀動脈塗藥支架」等2項占率，已超過7成，建議健保署宜積極研議，將已近於常態或必要使用之自付差額特材納入全額給付，以減少民眾就醫的財務負擔。

5.財務構面(6項指標—進步4/6、退步2/6)：

(1)2項指標呈現退步，其中「指標 5.1 保險收支餘絀實際數與預估數之差異率」，建議健保署檢視補充保險費預估模型之妥適性，以提升即時因應健保財務問題之機動性；「指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」呈現下降趨勢，近3年間健保醫療支出之成長，已擴增近500億元，如何在兼顧整體經濟成長、社會環境及民眾付費能力下，投資健保醫療支出，相當重要。

(2)呈現進步4項指標，其中「指標 5.4 資金運用收益率」略有提升，建議健保署宜持續研議提升投資績效之策略；至「指標 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，雖近年比率變化不大(1.2%~1.31%)，但呆帳提列數有逐年持續增加趨勢，建議健保署宜持續解析呆帳原因，尋求解決對策，尤其對弱勢民眾之協助，以減少呆帳情形。

四、本案前經本會112年第9次委員會議(112.10.18)決定，移至本次委員會議報告。經彙整委員於第9次委員會議會後提供之意見，及健保署之回復說明與本會說明如附件二(第207~209頁)。

擬辦：本次專案報告後，本會同仁將彙整委員於會中所提供之建議，與健保署會後之補充說明，研修本會趨勢評析意見，將111年

全民健康保險監理指標之監測結果報告定稿，並上網公開。

決定：

111 年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步
(一) 效率 ○：2 ×：5	1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	○ (111 年較 110 年下降)
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率(整體及各層級)	× (除 111 年醫學中心略降外，整體及區域與地區醫院呈上升趨勢)
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	× (111 年有申報安寧費用者的比率較 110 年下降) *使用安寧療護較未使用者費用低
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	× (111 年較 110 年上升)
	1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布	× (基層就醫人數比例及件數占率各季未有上升趨勢)
	1.6 藥品費用占率	○ (111 年藥費占率下降係因 109 年 DET 延後調整，宜再觀察)
	1.7 健保專案計畫之執行成效	× (預算執行率呈下降趨勢，醫院及牙醫門診未達 8 成)
(二) 醫療品質 ○：2 ×：2	2.1 手術傷口感染率	○ (111 年較 110 年略降)
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○ (整體照護率呈上升趨勢，且為近 3 年最高)
	2.3 照護連續性	× (111 年較 110 年略降)
	2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升	× (區域醫院及地區醫院達成占率逐年遞減，醫學中心則全數達成) *宜留意醫學中心低護病比(<7 人)加成年次占率略降
(三) 效果 ○：2 ×：1	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)	× (111 年醫院及中醫門診滿意度上升，西醫基層及牙醫略為下降；不滿意部分，除牙醫下降外餘均上升)
	3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率	○ (111 年整體及各年齡層之糖尿病病人住院率略降)
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	○ (111 年較 110 年略降)
(四) 資源配置 ×：3	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)	× (醫院及西醫基層呈上升趨勢，牙醫及中醫門診較 110 年略降)
	4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)	× (牙醫門診、中醫門診近 3 年醫療資源不足及山地離島地區就醫率皆低於一般地區)
	4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	× (111 年整體占率較 110 年略升) *宜留意部分項目自付差額特材占率逐

構面	指標	近 3 年監測結果 ○：改善、×：退步
		年增加
(五) 財務 ○：4 ×：2	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	× (逐年擴大)
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	○ (111 年略升)
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	× (逐年下降)
	5.4 資金運用收益率	○ (111 年略升)
	5.5 保費收繳率	○ (整體及第 1~3 類已達 9 成，第 6 類逐年上升)
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比 率	○ (逐年下降) *宜留意呆帳金額隨著保費收入成長而增加

衛生福利部全民健康保險會
第6屆112年第10次委員會議



全民健康保險業務 監理架構與指標

中央健康保險署

1

全民健康保險業務監理指標^{23項}



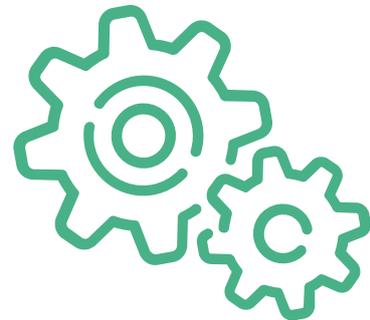
依據衛福部健保會第3屆107年第6次委員會議通過之「全民健康保險業務監理架構與指標」：

- 修正之指標，共計5項，以*表示；新增之指標，共計5項，以**表示。
- 刪除之指標，共計9項，分別為效率2項：「高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率」、「各層級醫院服務量占率」；醫療品質2項：「急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)」、「醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)」；效果2項：「未滿月新生兒死亡率」、「孕產婦死亡率」；資源配置1項「家庭自付醫療保健費用比率」；財務2項：「健保費成長率與GDP成長率比值」、「國民醫療保健支出占GDP比率」。



效率

- 1.1 急性病床平均住院天數(整體及各層級)
- 1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)
- 1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 1.4 區域醫院以上初級門診照護率
- 1.5 西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布
- 1.6 藥品費用占率
- 1.7 健保專案計畫之執行成效



3



效率 指標1.1

急性病床平均住院天數(整體及各層級)

- 計算方式：急性病床住院日數/急性病床住院申請件數
- 監理重點：院所營運效率/國際比較
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

層級\年度	109年	110年	111年
醫院	7.44	7.64	7.44
醫學中心	7.27	7.44	7.18
區域醫院	7.24	7.42	7.26
地區醫院	8.28	8.49	8.31

註：1.資料來源:中央健康保險署多模型健保資料平台住院明細、醫令檔。
 2.資料排除補報部分醫令或醫令差額案件、代辦案件、其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者。
 3.住院日數係從入院日到出院日之日數(算進不算出)。
 4.平均每件住院日數=住院日數/住院件數。

- 109-111年醫院急性病床平均住院天數呈現持平趨勢；其中地區醫院最高，已較110年略降。
- 查111年平均住院天數回到109年水準，醫學中心平均住院天數為三層級較低，區域及地區醫院則略高，本署將持續觀察。



4



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體)

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
	值	值	值	占率
109年	6,320,904		146,893	2.32%
110年	5,893,834		147,737	2.51%
111年	7,390,371		189,436	2.56%

急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，較110年上升約0.05%，較109年上升約0.24%。111年區域醫院及地區醫院急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，醫學中心指標表現則較109年上升，惟較110年下降。(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、加護病床或急性一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素)

- 各級檢傷分類均為醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，應係受病人急診就醫習慣及醫院病床占床率影響，且其收治之病人病況危急度及嚴重度較高，所需之緊急處置項目較耗時。



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率 (各層級)1/2

年度別	特約類別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
		值	值	值	占率
109年	醫學中心	1,617,426		99,314	6.14%
	區域醫院	3,102,035		40,957	1.32%
	地區醫院	1,601,440		6,622	0.41%
110年	醫學中心	1,461,185		100,043	6.85%
	區域醫院	2,859,894		38,474	1.35%
	地區醫院	1,572,755		9,220	0.59%
111年	醫學中心	1,730,483		109,995	6.36%
	區域醫院	3,634,110		63,872	1.76%

- 醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，可能係受病人急診就醫習慣(選擇至醫學中心就醫)及醫院病床占床率影響，且醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度可能較其他層級別院所高，故病人所需之緊急處置項目可能較耗時。111年醫學中心急診留置超過24小時比率較110年下降0.49%，後續將持續觀察。



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)2/2

醫院檢傷分類分級比率統計表

年度別	層級別	一級	二級	三級
109年	醫學中心	12.06%	10.18%	5.57%
	區域醫院	4.56%	2.81%	1.17%
	地區醫院	1.23%	1.32%	0.43%
	合計	6.42%	5.39%	2.17%
110年	醫學中心	14.60%	11.02%	6.23%
	區域醫院	4.23%	2.79%	1.20%
	地區醫院	1.96%	1.67%	0.61%
	合計	7.10%	5.63%	2.34%
111年	醫學中心	16.59%	11.28%	5.90%
	區域醫院	6.66%	4.16%	1.67%
	地區醫院	2.69%	2.70%	0.82%
	合計	8.92%	6.51%	2.48%

7



效率
指標1.3

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數

1/2

- 計算方式：癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數
- 監理重點：資源運用適當性/觀察整體趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

死亡年	死前6個月已接受安寧療護者			未接受安寧療護者 醫療費用
	安寧費用	非安寧費用	合計	
	(點/人)	(點/人)	(點/人)	
109年	68,583	333,506	402,089	445,252
110年	57,120	344,630	401,751	458,675
111年	51,329	349,823	401,152	466,160

註：1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。

2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。

8



效率
指標1.3

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數

2/2

- 排除基本診療費用後(含安寧費用)，曾接受與未接受安寧療護者前5大醫療費用支出，皆包含藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費，曾接受安寧療護者費用均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費	129,379	藥費	153,840
診療費	51,167	診療費	62,673
治療處置費	28,764	檢查費	37,678
檢查費	21,282	放射線診療費	25,344
放射線診療費	18,482	治療處置費	25,236

註：1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。
2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。



效率
指標1.4

區域醫院以上初級門診照護率

- 計算方式：符合初級照護之門診案件數(不含門診透析)/門診總案件數(不含門診透析)
- 監理重點：觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度	醫院				區域醫院以上
	醫學中心	區域醫院	地區醫院	小計	
109年	13.94%	19.35%	32.31%	21.61%	17.04%
110年	13.94%	18.85%	30.86%	21.03%	16.73%
111年	14.40%	19.34%	30.26%	21.19%	17.21%

註：105年全面改以ICD-10-CM/PCS疾病編碼，104年以前以ICD-9-CM疾病編碼進行統計。

- 109-111年醫院初級門診照護率整體趨勢為持平；區域醫院以上初級門診照護率分別為17.04%、16.73%、17.21%，趨勢持平。
- 考量部分地區醫院之急性一般服務病床數大於250床，已有提供急重症照護之能力；若將急性一般服務病床數大於250床之地區醫院排除，則111年地區醫院之初級門診照護率達31.8%。



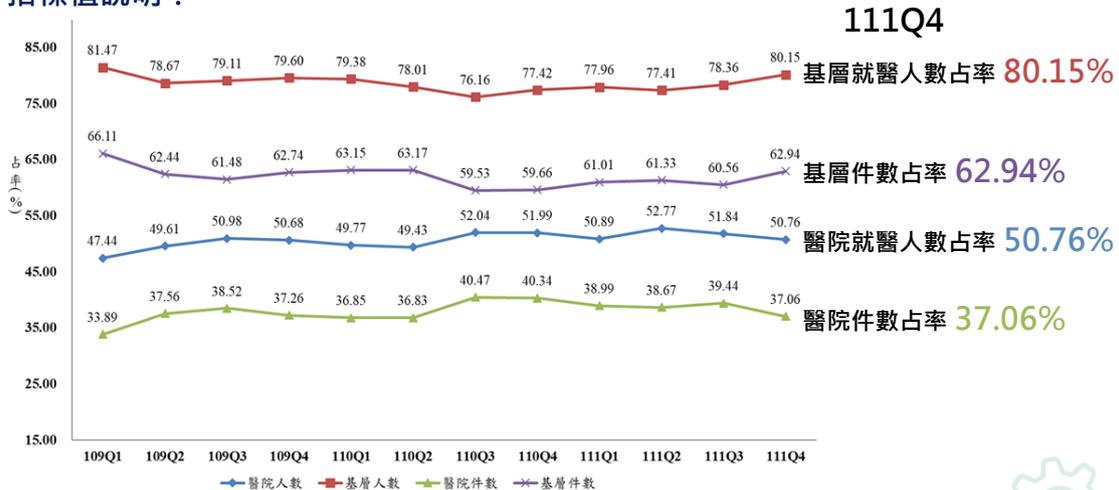


效率

指標1.5

西醫基層與醫院門診就醫人數及申報件數分布

- 計算方式：病人數占率=該部門門診就醫人數/西醫門診就醫人數
件數占率=該部門門診申報件數/西醫門診申報件數
- 監理重點：就醫變動性
- 監測期程：每季
- 指標值說明：



註：1. 資料來源：健保署多模型健保資料平台門診明細檔；資料範圍：西醫基層與醫院總額（含透析）案件。
 2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
 3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。；件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢連箋領藥」、「病理中心」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報日未申報診察費者」申報案件不計。



效率

指標1.6

藥品費用占率

- 計算方式：1. 藥品申報醫療點數/整體申報醫療點數
2. 醫療點數含交付機構依醫院整體、醫學中心、區域醫院、地區醫院分列
- 監理重點：藥品使用情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度/費用佔率	層級別				
	(1)整體	(2)醫學中心	(3)區域醫院	(4)地區醫院	(5)基層院所
109年上半年	27.98%	36.57%	29.96%	23.68%	19.08%
109年下半年	27.08%	35.65%	28.41%	22.65%	18.47%
110年上半年	28.91%	38.47%	30.42%	24.17%	19.33%
110年下半年	28.39%	37.60%	29.71%	23.91%	19.18%
111年上半年	27.80%	36.97%	29.41%	23.82%	18.70%
111年下半年	26.88%	36.01%	28.84%	23.65%	18.00%
平均值	27.84%	36.88%	29.46%	23.65%	18.79%
標準差	0.70%	0.95%	0.67%	0.48%	0.46%
平均值±1.5*標準差	(26.79%, 28.89%)	(35.45%, 38.30%)	(28.45%, 30.47%)	(22.93%, 24.36%)	(18.11%, 19.48%)
平均值±2*標準差	(26.43%, 29.25%)	(34.98%, 38.78%)	(28.11%, 30.81%)	(22.69%, 24.60%)	(17.88%, 19.71%)

註：1. 藥品給付協議還款金額回歸總額自107年第二季實施，故自107年上半年起，藥品實際申報費用為藥品申報費用扣除還款金額。

2. 有關110年醫學中心占率超過37%，醫學中心近三年藥費占率平均值為36.38%，尚落於平均值±1.5標準差範圍內，藥費占率略增原因可能為「新冠肺炎影響民眾就醫習慣」及「108及109年藥價調整延後實施」。





效率
指標1.7

健保專案計畫之執行成效

- 計算方式：1.本年度導入(進場)、退場之專案計畫數/本年度進行之專案計畫總數
2.各部門擇一計畫，計算KPI(含經費)達成率
- 監理重點：健保各專案執行之效率
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

111年全年專案計畫及進場專案計畫

項目	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
進場、退場之專案計畫	3/17	3/15	1/10	2/8
專款計畫之預算執行率	70%	87%	85%	59%

- 111年進場專案計畫達8項(精神科長效針劑藥費同時併列於西醫基層與醫院總額)，係因協商當年度總額時配合部定111年度全民健保醫療給付費用總額政策(含健保總額中長期改革計畫)，結合公衛、醫療與照護體系間合作及其資源，精進照護模式，透過論價值支付及提升臨終照護品質等目標，新增多項專案。



13



醫療品質

2.1 手術傷口感染率

2.2 糖尿病品質支付服務之照護率

2.3 照護連續性

2.4 護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升



14



手術傷口感染率^{1/2}

- 計算方式：1. 住院手術傷口感染病人數/所有住院手術病人數
2. ICD-9-CM次診斷碼為996.6、998.1、998.3、998.5或ICD-10-CM次診斷碼全碼為第52頁之指標定義
- 監理重點：住院照護安全性
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：



年度	分子	分母	指標值	院所		平均值		平均值	
				平均值	標準差	±1.5*標準差	±2*標準差		
107年上半年	5,886	522,929	1.13%	0.79%	4.75%	0.00%	7.91%	0.00%	10.29%
107年下半年	6,252	555,332	1.13%	0.68%	2.54%	0.00%	4.49%	0.00%	5.76%
107年全年	12,052	1,033,710	1.17%	0.75%	2.91%	0.00%	5.12%	0.00%	6.57%
108年上半年	5,980	529,937	1.13%	0.95%	5.18%	0.00%	8.72%	0.00%	11.31%
108年下半年	6,538	564,529	1.16%	1.18%	6.94%	0.00%	11.59%	0.00%	15.06%
108年全年	12,412	1,048,670	1.18%	1.22%	6.87%	0.00%	11.53%	0.00%	14.96%
109年上半年	6,064	489,243	1.24%	0.87%	2.18%	0.00%	4.14%	0.00%	5.23%
109年下半年	6,704	576,211	1.16%	0.65%	1.84%	0.00%	3.41%	0.00%	4.33%
109年全年	12,647	1,020,871	1.24%	0.77%	1.77%	0.00%	3.43%	0.00%	4.31%
110年上半年	5,958	487,283	1.22%	0.93%	3.49%	0.00%	6.17%	0.00%	7.91%
110年下半年	6,500	539,222	1.21%	1.09%	6.01%	0.00%	10.10%	0.00%	13.11%
110年全年	12,376	983,219	1.26%	1.05%	4.10%	0.00%	7.20%	0.00%	9.25%
111年上半年	5,847	488,948	1.20%	0.99%	4.14%	0.00%	7.20%	0.00%	9.27%
111年下半年	6,704	562,730	1.19%	1.04%	4.73%	0.00%	8.14%	0.00%	10.50%
111年全年	12,474	1,007,339	1.24%	1.07%	4.39%	0.00%	7.66%	0.00%	9.85%

註：105年起改用ICD-10診斷碼。

15



手術傷口感染率^{2/2}

- 108年下半年起，呈上升趨勢，至109年下半年略為下降，110年上、下半年又略為上升，至111年上、下半年呈現微幅下降趨勢，評估109上半年及110年指標值上升原因，可能係因COVID-19疫情影響，醫療院所為因應疫情發展、保全醫療量能，爰減少或延後非緊急住院手術，分母(住院手術病人數)減少所致，建議持續觀察。
- 另108年及110年下半年標準差較大之原因，此項指標為負向指標，大多數院所指標值皆為0%(分子個案數為0)(108年下半年461家院所中260家分子為0；110年下半年436家院所中236家分子為0)，108年及110年下半年有院所指標值為100%(分子、分母個案數皆為1)(108年下半年461家院所所有2家分子及分母皆為1；110年下半年有436家院所所有1家分子及分母皆為1)，是造成該統計期間標準差變動幅度大之原因。



16



糖尿病品質支付服務之照護率

- 計算方式：分母中有申報管理照護費人數/符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數
- 監理重點：評估門診照護之品質
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

照護率	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	總計
109年	56.7%	63.9%	56.5%	46.1%	55.4%
110年	58.8%	65.5%	58.6%	47.5%	59.9%
111年	60.6%	65.0%	62.4%	49.0%	60.9%



17



照護連續性

- 計算方式：
$$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$$

N = 病患就醫總次數

n_i = 病患在個別院所*i*之就醫次數

M = 就診院所數

- 監理重點：整合性連續照護之品質
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	109年	110年	111年
平均每人門診照護連續性	0.422	0.436	0.424

- 註：1. 資料來源：健保署多模型健保資料平台門診明細檔；資料範圍：西醫門診案件（不含牙醫、中醫）。
2. 本表不含本署代辦、居家照護及精神社區復健案件。
3. 人數以ID、BIRTHDAY歸戶。
4. 平均每人門診連續照護性：計算每人歸戶後之COCI值並排除極端值（就醫次數 ≤ 3 次且 ≥ 100 次）個案，再取算數平均值。
5. 件數：「轉代檢」、「補報醫令或醫令差額」、「慢箋箋領藥」、「病理中心」、「BC肝藥物」、「交付機構」、「同一療程及排檢」、「其他依規定於該次就醫拆併報且未申報診察費者」申報案件不計。



18



護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升

- 計算方式：1.醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總/每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總
2.護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)，自108年5月不列計「護理長」
- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明： **111年1-12月全日平均護病比登錄統計**



加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍	月次占率
20%	< 7.0	42.7%	< 10.0	78.8%	< 13.0	86.5%
17%	7.0-7.4	35.0%	10.0-10.4	7.6%	13.0-13.4	1.8%
14%	7.5-7.9	16.3%	10.5-10.9	4.9%	13.5-13.9	1.4%
5%	8.0-8.4	6.0%	11.0-11.4	2.5%	14.0-14.4	1.0%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	5.5%	14.5-14.9	1.1%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.8%	> 14.9	1.1%
不適用 ^{註3}		0%		0%		7.1%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：各醫院至健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料。

註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數。

2.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

3.護病比為0表示該醫院該費用年未有收治住院個案。

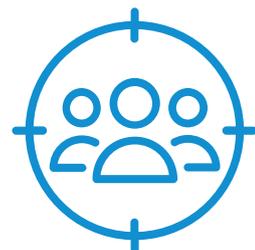
19



3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)

3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)-糖尿病病人住院率

3.3 出院後3日內再急診比率



20



效果 指標3.1

民眾對醫療院所醫療結果滿意度

(各部門)

- 計算方式：填答「非常滿意」及「滿意」總人數/所有表示意見人數
- 監理重點：民眾就醫整體感受
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

總額別	109年	110年	111年
醫院	96.0%	93.9%	94.1%
西醫基層	97.2%	95.0%	94.2%
牙醫門診	96.7%	95.5%	95.3%
中醫門診	95.8%	94.5%	94.7%

註：本項指標105年(含)以前指標名稱為「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度(各部門)」，每年調查民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度；106年起考量本項調查逐步朝「就醫經驗」方向修訂，原測量醫療環境、醫師態度、治療結果及整體滿意度部分予以精簡，只保留治療結果滿意度，指標名稱已修正為「民眾對醫療院所醫療結果滿意度(各部門)」。

- 111年各部門滿意度為94.1%-95.3%之間，有效樣本數為醫院2,221份、西醫基層2,380份、牙醫門診1,268份、中醫門診1,278份，在95%信心水準下，各部門調查抽樣誤差約為±3個百分點以內。
- 111年度調查報告書(含問卷內容)公開於「政府研究資訊系統(GRB)」(網址：<https://www.grb.gov.tw>)。



21



效果 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

- 計算方式：15歲(含)以上主診斷為糖尿病之住院案件/15歲以上人口(每十萬人口)
- 監理重點：糖尿病初級照護之情形
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年齡層	109年	110年	111年
15-24	0.03%	0.02%	0.02%
25-34	0.03%	0.03%	0.02%
35-44	0.06%	0.05%	0.05%
45-54	0.11%	0.10%	0.09%
55-64	0.17%	0.15%	0.14%
65-74	0.31%	0.27%	0.25%
75~	0.57%	0.50%	0.48%
整體	0.14%	0.13%	0.12%

- 隨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。



22



效果
指標3.3

出院後3日內再急診比率

- 計算方式：分母出院案件中，距離出院日0日至3日內，再次急診的案件數(跨院)/出院案件數
- 監理重點：住院治療出院後之照護品質
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度別	Tw-DRGs案件		一般案件	
	3日內再急診率	增減%	3日內再急診率	增減%
109年	1.90%	-0.12	3.68%	-0.17
110年	1.93%	0.03	3.76%	0.08
111年	1.82%	-0.11	3.60%	-0.16



23



資源配置

4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

4.2 一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)

4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)



24



資源配置 指標4.1

以鄉鎮市區之發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值(各部門)

- 計算方式：1.依鄉鎮市區發展程度分類後，計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值。
2.鄉鎮市區發展程度分類採謝兩生(2011)定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類分為1級至5級區域，共5組。
- 監理重點：人力供給之公平性
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	總計	醫院	西醫基層	中醫	牙醫
109年	8.68	83.29	2.40	8.29	13.87
110年	9.17	90.13	2.45	9.51	15.13
111年	9.08	95.81	2.47	9.45	14.43

註：1.原始數值擷取至小數點第二位計算比值。

2.資料來源：內政部戶政司戶籍人口數、本署醫療機構醫師數統計(112.4.16製作);戶籍人口數、醫師數：均以該年年底(12月)之統計數字為計算依據。

- 整體人力比值維持穩定，醫院人力比值差異較大，西醫基層人力比值差異小於中醫、牙醫。

25



資源配置 指標4.2

一般地區/醫療資源不足地區/山地離島地區之就醫率(各部門)

- 計算方式：1.門診就醫人數/總人數
2.醫療資源不足地區：各部門最近一年公告之醫療資源不足地區。
3.山地離島地區：執行IDS之地區。
- 監理重點：醫療利用之公平性
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

單位：%

年度	總額別 地區別	醫院	西醫基層	牙醫	中醫
109年	一般地區	52.36	78.88	46.36	25.18
	醫療資源不足地區	56.65	79.99	31.77	18.83
	山地離島地區	58.63	84.28	41.54	22.63
110年	一般地區	51.23	76.26	45.00	22.91
	醫療資源不足地區	55.51	77.62	31.09	16.88
	山地離島地區	57.85	82.97	40.47	20.72
111年	一般地區	54.18	78.31	46.46	27.64
	醫療資源不足地區	56.74	78.94	31.92	20.03
	山地離島地區	60.26	83.84	41.10	24.26

26



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(整體)

- 計算方式：自付差額特材申報數量/特材申報數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

單位：%

費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
109年上半年	0.0422	0.0473	0.0035	0.0421	0.0526	0.0403	0.0543
109年下半年	0.0471						
109年全年	0.0448						
110年上半年	0.0429						
110年下半年	0.0469						
110年全年	0.0449						
111年上半年	0.0514						
111年下半年	0.0531						
111年全年	0.0523						

註：1.平均值*：109-111年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之平均值。
2.標準差*：109-111年自付差額特材品項全年申報資料之年度占率，再計算占率之標準差。

- 自付差額特材占全年特材使用率，109年**0.0448%**，110年**0.0449%**，111年**0.0523%**，**平均占率0.0473%**，顯示民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐漸成長。

27



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)1/6

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊功能 人工水晶體	109年	39.1	41.7	2.2	38.3	45.0	37.2	46.1
	110年	41.4						
	111年	44.5						
特殊材質 人工腕關節	109年	28.5	29.3	0.8	28.0	30.5	27.6	30.9
	110年	28.9						
	111年	30.4						
特殊功能 人工心律調節器	109年	42.6	45.5	2.3	42.0	48.9	40.9	50.1
	110年	45.6						
	111年	48.2						
冠狀動脈 塗藥支架	109年	66.3	68.3	1.6	65.9	70.7	65.1	71.5
	110年	68.4						
	111年	70.2						

- 冠狀動脈塗藥支架：
 - 自付差額特材申報占率109-111年皆達**60%以上**
 - 已提案至111年3月全民健保特材專家諮詢會議，與會專家建議應**重新規劃**給付條件以符合健保給付效益，以臨床實證為先決條件，研議納入全額給付之病人族群。
 - 經彙整相關專家及學會意見後，函請財團法人醫藥品查驗中心(CDE)就**臨床專家建議之給付規定**，協助進行醫療科技評估，並於112年1月完成評估報告。
 - 經再提112年8月18日「心臟科特材」納入健保給付之專家諮詢會議討論，共識**優先以具臨床實證之適應症範圍納入全額給付**，後續再依程序提至特材共同擬訂會議討論。

28



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)2/6

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
特殊材質生物 組織心臟瓣膜	109年	39.3	41.4	1.6	39.1	43.7	38.3	44.5
	110年	41.9						
	111年	43.0						
義肢	109年	8.4	5.5	2.4	1.8	9.2	0.6	10.4
	110年	5.7						
	111年	2.4						
腦脊髓液分流 系統	109年	81.9	78.4	5.6	70.0	86.7	67.2	89.5
	110年	82.7						
	111年	70.5						
治療淺股動脈 狹窄之塗藥裝置	109年	35.6	38.8	2.4	35.3	42.3	34.1	43.5
	110年	39.6						
	111年	41.2						

- 腦脊髓液分流系統：
 - 已提案至111年9月全民健保特材共同擬訂會議，決議：此案特材具有臨床需要性，同意先將市占率最高(67%)的「調控式腦室腹腔引流系統-流速控制型或可調式壓力閥(不具抗虹吸功能)」類別納入健保全額給付，自111年11月1日生效。
 - 自付差額特材申報占率已由110年82.7%下降至111年70.5%，將持續觀察。



29



資源配置
指標4.3

自付差額特材占率(各類別項目)3/6

- 計算方式：相同用途自付差額特材申報數量/相同用途之特材申報總數量
- 監理重點：民眾自付差額之升降趨勢
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

單位：%

項目	費用年	占率	平均值*	標準差*	平均值 ±1.5*標準差		平均值 ±2.0*標準差	
治療複雜性心臟 不整脈消融導管	109年	32.9	43.9	8.3	31.4	56.3	27.3	60.5
	110年	45.7						
	111年	53.0						
特殊功能及材質 髓內釘組	109年	60.8	67.1	6.8	56.9	77.3	53.5	80.7
	110年	64.0						
	111年	76.5						

- 治療複雜性心臟不整脈消融導管：
 - 108年12月再新增「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管」為自付差額特材。
 - 自付差額特材申報占率由109年32.9%上升至111年53.0%，將持續觀察。
- 特殊功能及材質髓內釘組：
 - 考量健保支付一致性原則及保險對象使用之權益，110年9月將民眾自費使用「股骨幹」、「脛骨」、「肱骨」鈦合金材質髓內釘品項，同原自付差額加長型伽瑪髓內釘組納入自付差額特材給付，自110年12月1日起生效。
 - 自付差額申報占率由109年60.8%上升至111年76.5%，將持續觀察。
- 其餘自付差額品項，因調整功能分類、再新增自付差額品項數，造成占率之變動，將持續觀察。



30



- 5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率
- 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數
- 5.3 全民健保醫療支出占GDP比率
- 5.4 資金運用收益率
- 5.5 保費收繳率
- 5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率



保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率

- 計算方式：1.(保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數)/保險收支餘絀預估數
2.保險收支餘絀=(年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出)
- 監理重點：收支餘絀預估之準確性
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

年度	109年	110年	111年
差異率	0.07%	-35.49%(2.31%註2)	-134.89%(-3.54%註2)

減2個標準差	減1.5個標準差	109-111年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
-171.00%	-142.44%	-56.77%	28.91%	57.47%

註:1.109-111年為審定決算數。

2. 110及111年扣除非預期風險後差異率分別為2.31%、-3.54%。

- 111年截至第4季底，實際賸餘數112.73億元，預估短絀數323.08億元；差異率-134.89%，扣除非預期風險後的差異率為-3.54%
- 111年主要因補充保險費收入數高於預期、基本工資調整、軍公教待遇調升、總額專款結餘增加等，若扣除前揭非預期風險因素之影響，保險收支餘絀預估數與實際數之差異率為-3.54%。





安全準備總額折合保險給付支出月數

- 計算方式：安全準備總額/最近12個月之保險給付支出月平均數
- 監理重點：保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

截至年度	109年底	110年底	111年底
約當月數	1.88個月	1.55個月	1.68個月
增減數	-676.07億元	-155.15億元	112.73億元
安全準備累計餘額	1,091億元	936億元	1,049億元

減2個標準差	減1.5個標準差	109-111年平均	加1.5個標準差	加2個標準差
1.42個月	1.49個月	1.70個月	1.91個月	1.98個月

註:109-111年為審定決算數。

- 109-111年安全準備總額折合保險給付支出月數分別為1.88、1.55及1.68個月，尚符合健保法第78條保險安全準備總額以1至3個月保險給付支出為原則之規定。



33



全民健保醫療支出占GDP比率

- 計算方式：全民健保醫療支出總額 / GDP×100
- 監理重點：健保支出成長趨勢
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

年度	全民健保醫療支出 (含部分負擔)占GDP比率	全民健保醫療支出 (不含部分負擔)占GDP比率
108年	3.75%	3.52%
109年	3.73%	3.53%
110年	3.55%	3.38%

資料來源：GDP為行政院主計總處資料(112年8月18日更新)。

- 全民健保醫療支出占GDP比率近3年來維持在3-4%之間。



34



財務 指標5.4

資金運用收益率



- 計算方式：本季保險資金運用收益/本季保險資金日平均營運量
- 監理重點：資金管理效率
- 監測期程：每季
- 指標值說明：

項目	年度	109年	110年	111年
運用收益(億元)		10.13	5.47	9.93
日平均營運量(億元)		1,708.79	1,670.80	1,745.78
收益率		0.59%	0.33%	0.57%
五大銀行一年期 大額定存平均利率		0.13%	0.13%	0.30%

註：五大行庫分別為台銀、合庫銀、土銀、華銀及一銀

減2個標準差	減1.5個標準差	109-111年 運用收益率平均值	加1.5個標準差	加2個標準差
0.26%	0.32%	0.50%	0.68%	0.74%

- 因全民健康保險資金係短期資金，故其收益率以五大銀行一年期大額定存利率為比較基準，109-111年之全民健康保險資金運用收益率皆高於五大銀行一年期大額定存平均利率。
- 109-110年因國內存款利率進入降息階段，爰收益率受其影響逐年走低，直至111年3月中央銀行宣布升息，各銀行存款利率配合逐步升息，健保基金收益率亦獲逐步改善。

35



財務 指標5.5

保費收繳率

- 計算方式：最近5年投保單位及保險對象一般保費實收數/最近5年投保單位及保險對象一般保費應收數
- 監理重點：保費收繳之情形
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

投保單位及保險對象	109年	110年	111年
第一類	99.62%	99.55%	99.59%
第二類	99.70%	99.72%	99.71%
第三類	99.35%	99.44%	99.46%
第六類	84.65%	85.15%	86.05%
整體	98.61%	98.63%	98.78%

- 109-111年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在98%以上，其中除第六類收繳率約在84%至86%之間外，餘第一類至第三類收繳率均高於99%，係因第六類被保險人多屬無工作於戶籍所在公所辦理投保者，相較屬經濟弱勢，致影響其繳納保險費(含依附眷屬部分)能力。
- 另111年整體收繳率較109年及110年微幅成長，主要係因本署持續積極落實欠費監控機制，與強化催收與移送行政執行之成果。



36



呆帳提列數與保費收入數之比率

- 計算方式：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數/投保單位及保險對象本年度一般保費收入數
- 監理重點：呆帳提列情形
- 監測期程：每年
- 指標值說明：

109年	110年	111年
1.31%	1.27%	1.2%

- 109年發生COVID-19疫情，嚴重衝擊民生經濟，影響投保單位及保險對象欠費清償能力，致本指標上升。110年疫情雖仍嚴峻，惟一般保險費費率調升，全年度應收保險費金額增加幅度較大，故本指標較109年下降；111年疫情趨緩，本署恢復催收力道，並持續積極爭取財政部公益彩券回饋金、集結政府及民間各類社團力量，協助弱勢民眾以減少欠費及呆帳發生，爰指標再較110年下降。



THANK YOU

委員意見及回復說明

委員姓名	委員意見	回復說明
劉委員淑瓊	<p>護理人力指標-全日平均護病比達加成之占率提升：醫改會過往多次提醒，「全日平均護病比」是非常寬鬆的標準，但健保仍分出級距，給予不同比例的獎勵加成，是不是符合公平、鼓勵精進的目標，應該有所評估。</p> <p>政府為推動三班護病比，已委由國家衛生研究院、藥品查驗中心等單位進行「實證本土三班護病比暨照護品質監測可行模式研析(112年)」。研究透過健保VPN資料，將全日平均護病比，採乘以0.5、0.3、0.2的方式，回推108~111年的白班、小夜、大夜班的護理人數，以及平均三班護病比，也同時證實有一定比例的醫院的小夜班、大夜班，不符合國家衛生研究院建議的三班護病比標準。</p> <p>據前述資料，以疫情前108全年及國衛院標準，來探討後發現：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 醫學中心的大夜班 95%以上不符合、小夜班 70%以上不符合； 2. 區域醫院的大夜班 95%以上不符合、小夜班 85%以 	<p>健保署</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、為鼓勵醫院管理者重視護理照護人力，讓更多護理人員久任或回流職場，確保病人安全與照護品質，本署於104年將「提升住院護理照護品質」預算20億元，由醫院總額專款移列至一般服務，將護病比明訂於支付標準與支付連動。 二、為鼓勵醫院朝向更佳的護病比努力，本署近年陸續修訂護病比加成規範，將相關預算挹注於表現較好之醫院，分別於106年5月1日將護病比加成級距拆分為五段（加成率3%至14%），107年12月1日調整加計成數（加成率2%至20%），本署續將參考委員建議，持續精進護病比加成規範。 三、為研議合理三班護病比數值，本署配合衛生福利部政策規劃，於健保資訊網服務系統(VPN)新增填報欄位，並於112年7月31

委員姓名	委員意見	回復說明
	<p>上不符合；</p> <p>3.地區醫院的大夜班 60%以上不符合、小夜班 40%以上不符合。</p> <p>總而言之，健保這種雨露均霑、欠缺實證基礎的獎勵加成方式，已非常過時且有嚴重脫離現實的疑慮，應儘速修正，才能夠實際獎勵到持續精進護理人力的醫院。</p>	<p>日正式上線，衛生福利部護理及健康照護司亦於同年 8 月 1 日函知全國各醫院配合填報相關數據。本署將持續觀察各醫院填報之三班護病比相關資料，並籲請各醫院將相關費用全數用於護理人員薪資調整上，以回應臨床護理人員辛勞。</p>
韓委員幸紋	<p>一、關於監理指標之監測結果及研析報告此事項中，是否整理一個表格，將各項指標預期變化跟實際數據變化加以比對，才知道哪些指標變化趨勢不符預期、或後續應加強努力改善。</p> <p>二、部分指標(例如全民健保醫療支出占 GDP 比率)的近年變化到底是持平好、還是成長好，某種程度也可以藉此了解政府的施政方向，但是目前報告內的說明看不出來，甚至 110 年有相較於前 2 年較為明顯的下降，但是文字中卻說是持平。另外，目前效果構面只有 3 項指標，未來是否有考慮擴充指標？</p>	<p>健保會</p> <p>一、監理指標之監測結果報告(初稿)，主要係呈現各指標表現具改善或退步趨勢(以近 3 年進行評析)，除提出 5 大構面指標之整體表現，並就各指標監測結果進行趨勢評析(輔以指標意涵說明監測結果之意義)，及提出後續改善建議。</p> <p>二、委員所提整理表格之意見，查報告初稿報告有彙整 23 項指標之重點摘要表(報告初稿第 4~5 頁)及監測結果重點摘要(報告初稿第 1~3 頁)，以利整體了解各項指標之表現情形。</p> <p>三、有關「指標 5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率」近 3 年監測結果，已於重點摘要表說明呈逐年下降趨勢(如本報告事項第 204 頁)。另</p>

委員姓名	委員意見	回復說明
		<p>在報告初稿第 77 頁說明近 3 年間健保醫療支出之成長，已擴增近 500 億元，健保醫療支出之成長，宜兼顧整體經濟成長及民眾付費能力，審慎評估。</p> <p>四、另有關擴充指標意見，考量監理指標係監測各項指標長期趨勢變化，為利比較，宜具穩定性，本會將持續收集各方意見後，適時提出。</p>

第二案

報告單位：中央健康保險署

案由：有關「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃，請鑒察。

說明：

- 一、按 112 年度醫院總額及西醫基層總額協定事項，「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款分別編列 2,000 百萬元、1,000 百萬元，用於配合醫療器材使用規範修訂及通盤研議各項支付標準調整。
- 二、本署依急迫性及影響層面陸續辦理，前述專款於 112 年醫院總額已執行約 1,395 百萬點、西醫基層約 383 百萬點，執行情況摘要如下：
 - (一) 配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用，為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備等成本，優先調整受影響之 73 項診療項目支付點數，推估增加支出約 1,408 百萬點(醫院 1,383 百萬點、西醫基層 20 百萬點、牙醫 5 百萬點)，經提至本署 112 年 9 月 14 日全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(下稱支付標準)共同擬訂會議 112 年第 3 次會議，同意修訂，將依程序報請衛生福利部核定後公布實施。未調整項目，將持續與相關學會共同研議調整方式。
 - (二) 修訂支付規範及調整西醫基層及醫院支付點數一致，均於 112 年 10 月 1 日前生效：
 1. 修訂 17006C「支氣管擴張劑試驗」等 19 項支付規範，將原審查注意事項之「限制執行次數」或「不得併報」規定，增列至支付規範，不影響財務支出。
 2. 調升 29016C「脊椎穿刺」等 145 項西醫基層適用診療項目支付點數暨手術及麻醉兒童加成方式及手術折付方式至與醫院一致，增加支出約 363 百萬點。

3. 考量不同專科別醫師照護兒科病人之支付衡平性，修訂支付標準第二部第一章第二節住院診察費通則，小兒外科專科醫師診治未滿 19 歲之病人比照適用兒科專科醫師加成規範，增加支出約 11.8 百萬點。

三、除前述支付標準修訂外，規劃參考醫療服務資源耗用相對值 (RBRVS) 調整模式，邀請醫界共同通盤審視各診療項目中英文名稱、支付規範及支付點數之合理性，進而提出具體調整建議方案，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形，考量調整項目及點數幅度涉及各層級及多個專科別，須與醫界多次討論方能確認調整項目，規劃於 112 年至 114 年期間分年辦理，說明如下：

(一) 112 年 4 至 12 月彙整資料並召開說明會議：

1. 112 年 4 至 9 月：蒐集建議、盤點執行項目、統計分析及規劃 RBRVS 執行方式。召開內部工作小組會議，進行教育訓練、分工說明。

2. 112 年 10 月~12 月召開外部會議凝聚專科共識：

- (1) 召開支付標準相對值評量溝通會議：規劃邀請總額受託單位，就 RBRVS 辦理方式及流程交換意見。

- (2) 辦理專科說明會及評量會議：除說明辦理方式及流程外，透過分科別召開會議，共同檢視其負責評量之診療項目中英文名稱、章節分類之合理性及相對值評量方式，並由醫學會評量各診療項目相對值，以實際反應臨床投入成本。

- (3) 計算各專科評量結果，由本署挑選各專科之代表項目，以展開成本分析調查。

(二) 113 年依上述會議結果，完成下列事項：

1. 代表項成本分析：

- (1) 徵詢醫院提供成本分析資料意願，召開成本分析說明會，齊一辦理方式。

(2)綜整醫院回復之成本分析資料。

(3)串連各專科代表項之相對值。

(4)召開專家小組會議，檢視成本分析資料之正確性。

2.凝聚跨科共識：邀集醫界之內、外、婦產、兒科及急診等領域專家召開專家會議，針對上述資料串聯後結果，共同討論預算運用方式，如診療項目全面同調幅調整或排定優先調整順序，以合理分配醫療資源。

3.提報支付標準共同擬訂會議討論。

4.陳報衛生福利部核定後公告實施。

(三)預算運用方式：按上述會議決議及各項支付標準調整推估所需預算額度，逐年爭取編列預算，調整支付標準。盼能使支付標準更契合臨床實務，讓醫療提供者得到合理醫療給付。

報告單位業務窗口：黃瓊萱科長，聯絡電話：02-27065866 分機 3606

.....

本會補充說明：

一、依 112 年度總額核(決)定事項，分別在醫院及西醫基層總額編列「促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」專款項目，預算分別為 20 億元及 10 億元，本項決定事項如下：

項目	總額 別	金額 (百萬元)	決定事項
促進醫療服務診療項目支付衡平性(含醫療器材使用規範修訂之補貼)(112年新增項目)	醫院	2,000.0	1.執行目標：通盤研議支付標準調整，並配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數。 預期效益之評估指標： (1)預期效益：調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形。 (2)評估指標：本項目預定辦理期程為3年，考量支付標準調整項目數視核定預算而定，評估指標如下： ①提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃。 ②「支付標準研議諮詢會議」召開4場次。
	西醫基層	1,000.0	2.請健保署辦理下列事項： (1)於112年度總額公告後，至本會最近1次委員會議提出具體實施規劃(包含 <u>支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程</u>)，並定期提報執行情形。 (2)本項經費於支付標準修訂後，依實際執行之項目與季別，併入醫院總額及西醫基層總額一般服務費用結算。 (3)本項以 <u>3年為檢討期限(112~114年)</u> ，會同醫療服務提供相關團體滾動式檢討逐年成效，若持續辦理，則請於執行第3年提出納入一般服務或退場之評估指標及檢討結果。

二、依前開決定事項，健保署所提報內容需包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程之具體實施規劃。

三、整理本會委員在相關會議對本項專款之意見重點摘要如下：

(一)RBRVS曾於93年及102年推動，惟執行時遭遇很多問題，爰未能全面實施，當時的問題在於醫療院所的成本資料不透

明，難以估算成本；另醫院端也擔心提高醫師診察費會影響醫師費制度，為避免重蹈覆轍，請健保署說明執行方式及討論過程。(113 年度總額協商會前會 112.8.16)

(二)112 年度總額決定事項明訂本項應提出具體實施規劃，包含支付標準檢討之分年目標、執行方法及期程，惟健保署迄今仍未提出，並在 113 年持續增編預算，且所編列預算大多用於醫療器材使用規範修訂之補貼，請健保署依 112 年度總額決定事項提出整體規劃作法等說明。(113 年度總額協商座談會 112.8.23)

四、本會研析意見

(一)依本項決定事項之檢討期限為 112~114 年，查健保署簡報所提期程規劃為 112.04~113.09(會議資料第 223 頁)，請該署依前開決定事項及委員意見，於 113 年 7 月前提出涵蓋 112~114 年支付標準檢討之分年目標、執行方法等規劃內容，以利 114 年總額協商參考。

(二)另請健保署於會中說明決定事項所列「執行目標」、「預期效益之評估指標」目前之辦理情形，例如「支付標準研議諮詢會議」之執行情形。

五、本案前經本會 112 年第 9 次委員會議(112.10.18)決定，移至本次委員會議報告。經彙整委員於第 9 次委員會議會後提供之意見，轉請健保署回復說明如附件(第 224~225 頁)。

決定：

全民健康保險會112年11月份委員會議

報告事項第二案

「促進醫療服務診療項目支付衡平性
(含醫療器材使用規範修訂之補貼)」之具體實施規劃

提案單位：衛生福利部中央健康保險署
112年11月15日

1

112年總額協定事項

112年度專款編列

醫院總額：20億元

西醫基層總額：10億元

執行目標：

- 通盤研議支付標準調整
- 配合現行法規之變動(如醫療器材使用規範修訂)，考量支付衡平性，系統性檢討各項支付點數

預期效益：

調整各診療項目支付點數、章節歸類、名稱、支付規範、適應症，以合理反應各項醫療服務投入的成本差異及資源耗用情形

辦理期程：3年

評估指標：

- 提出醫療服務支付標準檢討時程及方向規劃
- 召開4場「支付標準研議諮詢會議」

2

分年目標說明

01 配合現行法規變動，調整支付點數 — 112年部分修訂

02 通盤研議支付標準調整 — 依急迫性、影響層面及預算額度，112~114年分年導入

- 修訂支付規範
- 調整支付一致性
- 啟動RBRVS

3

配合現行法規變動，調整支付點數(1)

醫界重複使用一次性手術耗材引議

綜合報導

發布時間：2019-06-26 12:51

更新時間：2019-06-26 15:17

一次性

醫療

衛福部

醫材

奇摩
一次性醫材修法罰則明年起生效 這3大類嚴禁重消使用

2020年10月11日



ETtoday新聞雲

一次性醫材重消納管新制！113年起重消業者需核准才可執行

2020年11月4日



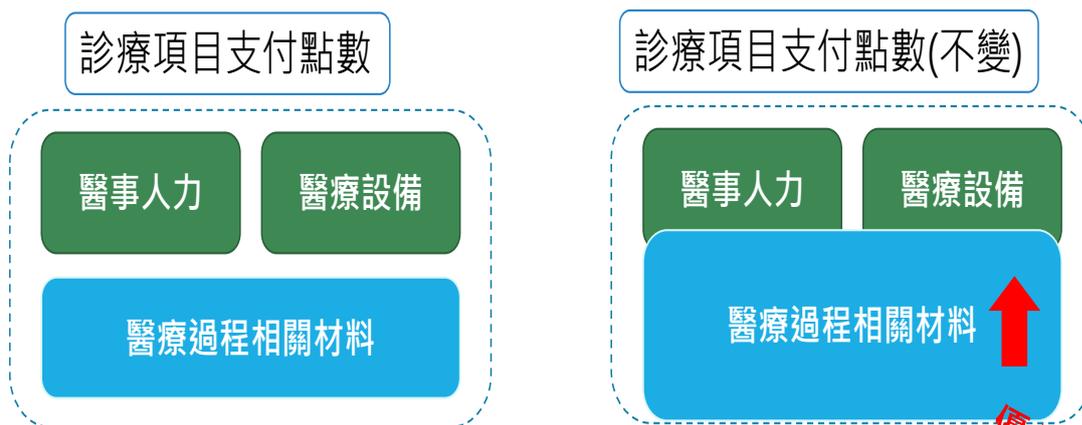
PTS
Tài-gi sin-bún
中書新聞

先開罰又增訂重新消毒指引 衛福部挨批

4

配合現行法規變動，調整支付點數(2)

- 配合衛生福利部醫事司訂定重處理單次使用醫材(SUD)相關規定暨部分醫材已無重消品項可供使用



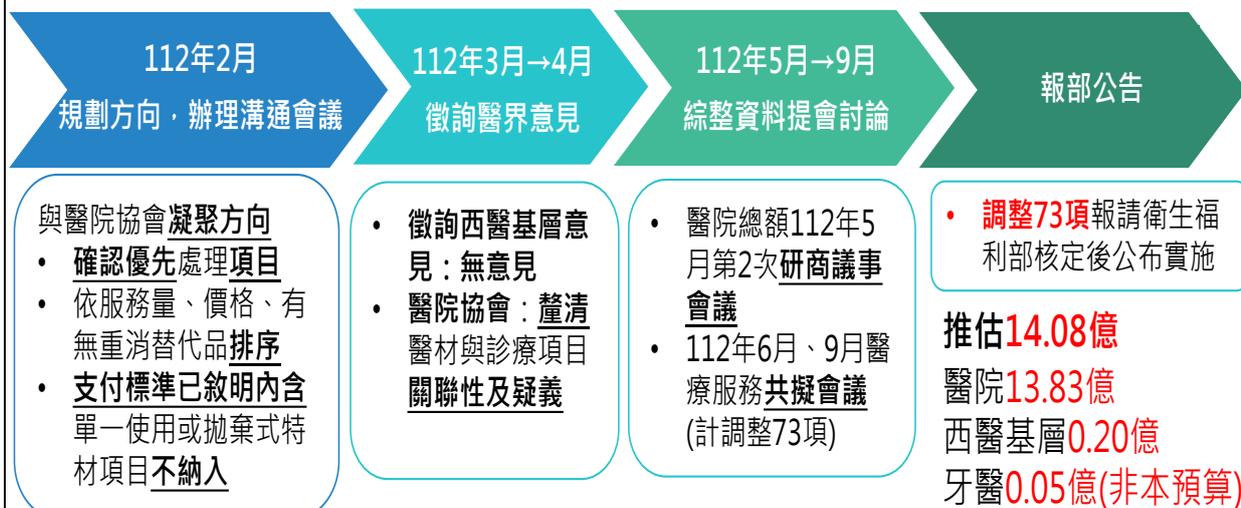
為免醫材成本上升，壓縮醫事人力及設備成本

優先調整

5

配合現行法規變動，調整支付點數(3)

- 辦理期程-已修訂73項



與醫院協會凝聚方向

- 確認優先處理項目
- 依服務量、價格、有無重消替代品排序
- 支付標準已敘明內含單一使用或拋棄式特材項目不納入

- 徵詢西醫基層意見：無意見
- 醫院協會：釐清醫材與診療項目關聯性及疑義

- 醫院總額112年5月第2次研商議事會議
- 112年6月、9月醫療服務共擬會議 (計調整73項)

- 調整73項報請衛生福利部核定後公布實施

推估**14.08億**
醫院**13.83億**
西醫基層**0.20億**
牙醫**0.05億**(非本預算)

6

配合現行法規之變動，調整支付點數(4)

●待研議-眼科白內障手術內含醫材

醫院協會提供受影響 診療項目	醫院協會 推估增加預算(億)
86009C 囊外水晶體超音波乳化術	0.08
86008C 水晶體囊內(外)摘除術及人工水晶體置入術	23.06
總計	23.14

●學會陸續提出其他受SUD議題影響之診療項目

Continue >>

7

現行醫療服務給付項目及支付標準

統計至112年10月1日之支付標準項目數，計4,812項



基本診療：診察費、病床費、護理費等
特定診療：手術、處置、檢驗、檢查等



診察、放射線診療、牙科處置及手術



診察、診療、藥費等



居家照護、論病例計酬、住院診斷關聯群、
論品質計酬

8

通盤研議支付標準調整(1)

ETtoday新聞雲 > ETtoday健康雲

2021年02月24日 11:17

健保保費、給付雙漲「醫護依舊血汗」 醫療工會提出2大訴求

【寵物】歡慶兩週年 寵物用品全館滿額折百



▲台北市立聯合醫院企業工會常務理事曹芸華護理師健保給付漲了，勞動條件未改善。(圖/記者嚴云岑攝)

報導者 THE REPORTER 贊助 評論 專題 攝影 多媒體 議題

健保給付中逐年下降的醫師費，會帶來什麼影響？

貶值的醫療專業——診察費被剝2層皮，問診愈仔細、做得愈心酸

udn/ 元氣網/ 焦點/ 醫藥新聞

救命CPR遭諷比按摩便宜 健保23年首次漲給付

2018-12-22 12:48:01 中央社 / 記者張茗喧台北22日電

救命的心肺復甦術 (CPR) 因健保給付低，遭諷「比腳底按摩便宜」。健保署多次開會決議，CPR給付將從755元漲至1000元，漲幅約32%，是23年來首次調漲，最快明年初上路。

今周刊 外國人讚台灣健保好便宜！前台大醫曝背後真相：台灣的驕傲與悲哀

撰文|蘇君薇 分類|保險 醫療來源|劉威昌攝影、王明宏醫師繪畫 日期|2019-03-03 10:28

9

通盤研議支付標準調整(2)

已執行3.75億

●分年分階段完成- 112年已修訂項目

單位：億點

	盤點及規劃方向	項數	徵詢意見及提會討論	公告實施	財務影響
修訂部分支付規範	審查注意事項屬限制規範，移列支付標準	19	112年3月~4月 醫院/西基研商、共擬會議	7月1日	不增加
支付一致性	調整西醫基層支付點數與醫院一致	145+ 通則	112年5月~6月西基研商、共擬會議	10月1日	3.63
	小兒外科專科醫師住院診察費加成	通則	112年5月~6月醫院研商、共擬會議	10月1日	0.12

10

歷年RBRVS調整情形

• 87年【牙醫醫療費用相對值】：健保小組與牙醫師公會全國聯合會合作

90~91年 RBRVS評量作業	100~101年 重啟RBRVS評量作業
<ul style="list-style-type: none"> • 93年7月：外科等27科導入 • 95年1月：婦產科導入 • 點數調升1,336項 • 點數調降164項 • 新增27項 • 刪除9項 • 共計增加71億點(63億點+8億點) 	<ul style="list-style-type: none"> • 102年1月導入 • 特定診療項目點數調升516項 • 基本診療項目點數調升5項 • 兒童加成率提升151項 • 新增地區醫院門診及急診加成22項 • 共計增加50.55億點

11

啟動RBRVS-目標及規劃

群策群力

合理支付

明確規範

與時俱進

照護弱勢

署內端作業

- 盤點項目、彙整意見
- 統計分析
- 規劃RBRVS執行方式



與醫界合作

- 分專科別討論
- 溝通凝聚共識
- 協力合作

12

執行方法(1)

112年4月~10月

站在巨人的肩膀上

步驟1-資料彙整及溝通

1. 最近一次RBRVS及成本分析串聯結果
2. 近年各學協公會提出修訂診療項目建議
3. 函釋或審查注意事項
4. 近年申報量(無申報量項目、未列項)



→ 召開支付標準相對值評量溝通會議

13

執行方法(2)-專科共識

112年10月~12月

集思廣益

步驟2-總說明會及分科討論

1. 依申報量分派專科別(部定專科、申報之就醫科別)
2. 討論內容：
 - ✓ 中英文名稱、章節歸屬正確性
 - ✓ 建議支付點數(or 相對值)



14

執行方法(3)

113年~

協力合作

步驟3—代表項成本分析

1. 徵詢及確認可提供成本分析之醫院
2. 召開成本分析說明會
3. 收集代表項目成本分析資料
4. 串連各專科代表項之相對值



15

執行方法(4)-跨科共識

絞盡腦汁

步驟4—跨科討論

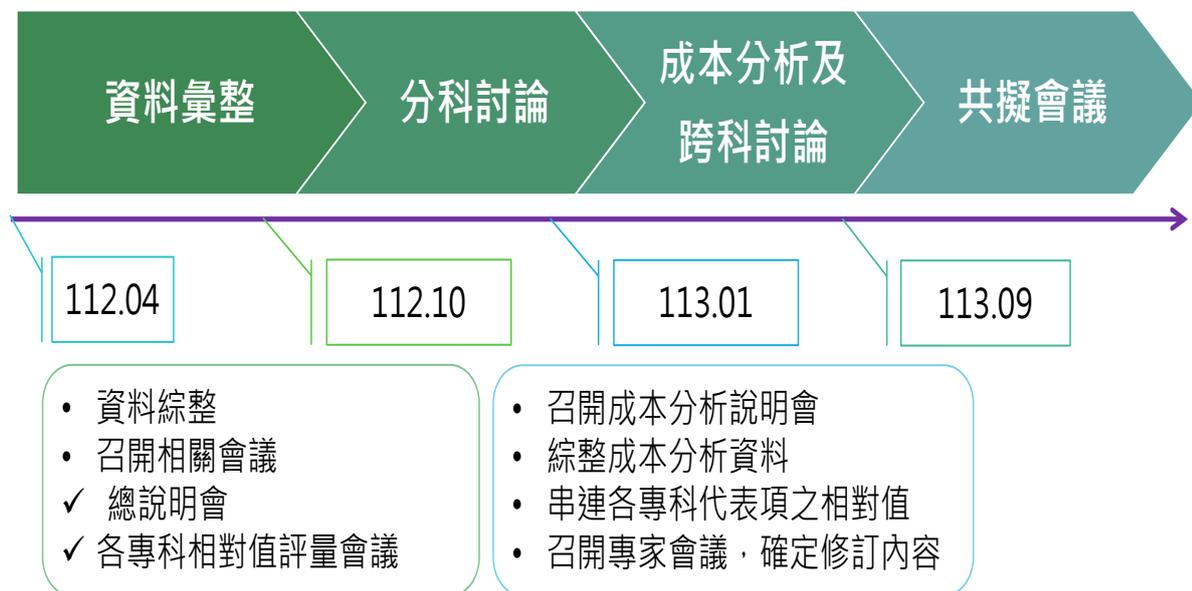
1. 組成專家會議討論
2. 討論內容：
 - ✓ 通盤審視調整方案
 - ✓ 有限的資源下，如何合理配置
 - ✓ 分階段執行內容



→ 依程序提至醫療服務共同擬訂會議並報部核定公告實施

16

RBRVS期程規劃



17

預算規劃運用

- 112年預算執行情形：
 - ✓ 醫院總額：預算20億元，已執行約13.95億點
 - ✓ 西醫基層：預算10億元，已執行約3.83億點
- 依相關會議決議及各項支付標準調整推估所需預算額度，逐年爭取編列預算，調整支付標準
- 盼能使支付標準更契合臨床實務，讓醫療提供者得到合理醫療給付

18

委員意見及回復說明

委員姓名	委員意見	健保署回復說明
劉淑瓊	<p>過去 RBRVS 的挫折，主要是因為，醫院的人事成本資料是機密，涉及院內次專科的營收、資源分配。從健保署的報告中，並不清楚可以如何避免重蹈覆轍。</p> <p>目前 RBRVS 雖有執行方法與調整原則(依急迫性、影響層面及預算額度)，卻沒有設定理念議程，健保署雖表示會盤點各學協公會提出的修訂診療項目建議，但費用有限，建議台灣的 RBRVS 要以「問題為導向」，盤點較難羅致人才的科別、急重難罕等醫療院所較難營利、自費較少的科別、具前瞻性且未滿足的醫療需求等，來作優先調整。</p>	<p>一、健保過去曾推動3次 RBRVS 評量作業：</p> <p>(一)第1次：牙醫醫療費用相對值於 87 年，由衛生署(現為衛生福利部)健保小組與牙醫師公會全國聯合會合作訂定。</p> <p>(二)第2次：於 90-91 年啟動規劃 RBRVS 評量作業，94-95 年分別於醫院總額一般服務編列預算成長率(1.7%、0.8%)推動 RBRVS，健保透過專家學者、專科醫學會、醫療院所、醫界團體共同討論共識之方法學、成本蒐集及校正等程序步驟，合力於 93 年 7 月完成外科等 27 科導入，95 年 1 月完成婦產科導入作業。</p> <p>(三)第3次：於 100-101 年再次辦理 RBRVS 評量作業，配合 101 年醫院總額一般服務編列預算成長率(0.399%)優先調整外科、婦產科及兒科等艱困科別，於 102 年 1 月導入部分項目。</p> <p>(四)前述 RBRVS 除請專科醫學會評定相對值表外，亦請有意願評量成本分析(含人事成本、房屋設</p>

		<p>備折舊及維修費用等)之醫院共同參與，使RBRVS 評量結果更契合實務現況。</p> <p>二、除推動前述作業外，本署每年運用總額部門新科技預算，逐年增修診療項目，亦持續關注總額執行面之相關議題，以「問題為導向」，運用醫療服務成本指數改變率所增預算及爭取一般服務編列特定項目之預算成長率，已就基本診療、護理費及護病比、嬰幼兒、內科、外科、小兒科、婦產科、急重難科別、安寧、復健治療及語言治療、特定處置項目、鼓勵院所假日開診等，逐年於預算範圍內調整支付標相關項目。</p> <p>三、今(112)年再次規劃推動RBRVS 評量作業，除汲取前三次推動經驗，亦須就方法學及成本蒐集與校正程序等關鍵事宜，邀集專家學者、專科醫學會、醫療院所及醫界團體共同討論與凝聚執行共識，本案因涉及層面廣泛，期待貴會委員持續支持與指導。</p>
--	--	--

第三案

報告單位：中央健康保險署

案由：112 年 9 月份全民健康保險業務執行報告，請鑒察。

(資料由中央健康保險署前於本年第 9 次委員會議提供)

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 112 年度工作計畫，為提高議事效率，本項例行性業務報告，書面資料須每月提供，但口頭報告改採季(每年 2、5、8、11 月)報方式辦理。
- 二、本案前經本會 112 年第 9 次委員會議(112.10.18)決定，移至本次委員會議報告。

決定：

附錄

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6878
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月1日
發文字號：衛部健字第1123360154號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明

主旨：奉交議「協定113年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，陳請鑒核。

說明：

- 一、依據鈞部112年8月8日衛部保字第1120132989號函、本會第6屆112年第8次委員會議(112.9.20)決議及第9次委員會議(112.10.18)決定辦理。
- 二、本會業依鈞部交議之113年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍與政策目標，完成協議訂定其總額及相關分配，其中牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算達成共識，至醫院總額及西醫基層總額未達共識，乃以兩案併陳報鈞部決定。
- 三、113年度牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額成長率與其他預算額度及相關分配，達成共識，如下：
 - (一)牙醫門診醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長2.436%，其中一般服務成長率為2.055%，專款項目全年經

費為3,520.4百萬元(總額及其分配，詳附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長

4.211%，其中一般服務成長率為4.979%，專款項目全年經費為1,276.7百萬元(總額及其分配，詳附件二)。

(三)由中央健康保險署管控之其他預算額度為17,818.2百萬元(詳附件三)。

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

(一)醫院總額(詳附件四)：

1、付費者代表之建議方案：一般服務成長率為5.152%，專款項目全年經費為40,059.7百萬元，醫院門診透析服務費用成長率為1.586%(門診透析服務總費用成長率為3%，並依112年第1季申報費用點數占率，分配醫院及西醫基層門診透析服務費用)。三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長3.626%。

2、醫院代表之建議方案：一般服務成長率為4.721%，專款項目全年經費為48,250.4百萬元，醫院門診透析服務費

用成長率為1.586%(同付費者代表方案)。三項額度經換算，113年度醫院醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長4.660%。

(二)西醫基層總額(詳附件五)：

1、付費者代表之建議方案：一般服務成長率為3.704%，專款項目全年經費為9,745.9百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為4.587%(門診透析服務總費用成長率為3%，並依112年第1季申報費用點數占率，分配醫院及西醫基層門診透析服務費用)。三項額度經換算，113年度西醫基層醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長3.066%。

2、西醫基層代表之建議方案：一般服務成長率為5.464%，專款項目全年經費為10,096.3百萬元，西醫基層門診透析服務費用成長率為4.587%(同付費者代表方案)。三項額度經換算，113年度西醫基層醫療給付費用總額，較113年度總額基期成長4.697%。

(三)有關協商過程之「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」議事錄，本會業於112年10月30日以衛部健字第1123360152號函送在案(諒達)，併請鈞部參考。

五、綜上，本會協定結果之113年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率估計值相較於113年度總額基期，付費者代表之

建議方案成長率為3.645%、醫事服務提供者代表之建議方案成長率為4.672%(詳附件六)。謹請鈞部核(決)定，俾利中央健康保險署儘速會同各總額部門相關團體研擬113年度總額相關計畫/方案，並順利於年度開始推動實施。至各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，將於完成協定後，另案陳報。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6878
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月2日
發文字號：衛部健字第1123360157號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：勘誤本會112年11月1日衛部健字第1123360154號書函(諒達)
說明三(二)內容，中醫門診醫療給付費用總額，較113年度
總額基期成長「4.211%」係誤植，更正為「4.221%」，請查
照。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳思琪
聯絡電話：(02)8590-6878
傳真：(02)8590-6046
電子郵件：hsszchi@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年11月1日
發文字號：衛部健字第1123360153號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：112年第9次委員會議之決議及與會人員發言實錄

主旨：檢送本會第6屆112年第9次委員會議(112.10.18)討論「總額範圍擬訂之低推估公式中，醫療服務成本指數改變率(MCPI)數值採4年平均方式或單年度數值計算方式」諮詢案之委員意見(如附件)，敬請鈞部卓參。

說明：依據本會第6屆112年第9次委員會議決議辦理(議事錄諒達)。

正本：衛生福利部
副本：

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 書函

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

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月13日
發文字號：健保醫字第1120664285號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如說明二 (A21030000I_1120664285_doc1_Attach1.pdf)

主旨：有關中醫總額部門111年第3-4季動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之結算執行結果如說明，請查照。

說明：

- 一、依據貴會112年7月26日第6屆112年第6次委員會議決議辦理。
- 二、因新冠疫情對中醫門診總額111年第3~4季之醫療費用造成顯著影響，旨揭中醫總額部門動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目3億1,283萬元案，業於112年9月底辦理補付作業(111年第3季2,744家，補付約75.94百萬元；111年第4季3,969家，補付約236.88百萬元，附件)。

正本：衛生福利部全民健康保險會

副本：電 2023/10/16 文
交 08:56:54 章



中醫總額111Q3、Q4動支「調節非預期風險及其他非預期政策
改變所需經費」項目各分區補助院所家數及補付費用

111Q3		
就醫 分區	家數	補付差額 (百萬元)
臺北	0	0.00
北區	493	29.06
中區	1,104	18.80
南區	563	13.28
高屏	584	14.80
東區	0	0.00
合計	2,744	75.94

111Q4		
就醫 分區	家數	補付差額 (百萬元)
臺北	1,198	43.71
北區	499	49.72
中區	1,118	55.77
南區	564	34.28
高屏	590	53.40
東區	0	0.00
合計	3,969	236.88
111Q3+111Q4合計		312.83

檔 號：
保存年限：

中華民國醫師公會全國聯合會 函

地址：10688台北市大安區安和路一段29號
9樓
承辦人：吳韻婕
電話：(02)27527286-154
傳真：(02)2771-8392
Email：yulia@.tma.tw



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月27日
發文字號：全醫聯字第1120001386號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (1120001386_Attach1.pdf)

主旨：建請貴會檢討修訂有關「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」專款分配方式，請察照。

說明：

- 一、依據本會112年10月5日西醫基層醫療服務審查執行會(審查組)112年第2次會議結論暨衛生福利部中央健康保險署(下稱健保署)112年10月23日健保醫字第1120120692號函辦理(如附件)。
- 二、健保署說明「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」專款預算分配方式，應循「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」辦理。
- 三、惟該預算自112年起匡列用於照護「腹膜透析」病人，若預算分攤比例仍遵循上開攤分方式，似有違公平分配原則，爰本會建議修訂該項專款分配方式，改採「總額別實際腹膜透析申報占率」重新計算，以符合總額別預算分攤精神。



正本：衛生福利部全民健康保險會

112.10.27



1123340277

副本：衛生福利部中央健康保險署

2023/10/27
14:24:24
電子交換文章

理事長 周慶明



裝

訂



線

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：張祐禎
聯絡電話：02-27065866 分機：3626
傳真：02-27069043
電子郵件：A111344@nhi.gov.tw

受文者：中華民國醫師公會全國聯合會

發文日期：中華民國112年10月23日
發文字號：健保醫字第1120120692號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：無

主旨：有關貴會函詢「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」專款分配方式，建議本署改採以「總額別實際腹膜透析申報占率」計算，以符合總額別預算分攤公平性一事，復如說明，請查照。

說明：

- 一、依據衛生福利部全民健康保險會(下稱健保會)112年5月24日第6屆112年第4次委員會議決議兼復貴會112年10月11日全醫聯字第1120001289號函。
- 二、依據「113年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」規定略以，門診透析預算服務總費用係合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務預算，門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式略以，採協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算。
- 三、查旨揭計畫預算為113年透析預算之一部分，其預算之分配應同透析預算依據「113年度全民健康保險醫療給付費用總

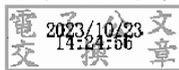
電子
文
贈

生
保
署

額協商架構及原則」辦理。有關門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式係屬健保會權責，旨揭建議請提案至健保會討論。

正本：中華民國醫師公會全國聯合會

副本：



裝

訂

線



抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：115204 臺北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：林偉翔
聯絡電話：(02)8590-6871
傳真：(02)8590-7080
電子郵件：hsazk@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國112年10月31日
發文字號：衛部健字第1123340277號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文

主旨：有關中華民國醫師公會全國聯合會函請檢討修訂「鼓勵院所加強推動腹膜透析與提升其照護品質計畫」專款分配方式案，請貴署會同相關團體研提具體建議方案後，提送本會討論，請查照。

說明：

- 一、依據112年10月27日中華民國醫師公會全國聯合會(下稱醫全會)全醫聯字第1120001386號函辦理(副本諒達)。
- 二、查門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之分攤方式，係依98年中央健康保險局(貴署前身)門診透析聯合執行委員會議所提建議方案，並經全民健康保險醫療費用協定委員會第151次委員會議討論後議定，決議採「依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配」，爰據以納入「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」中門診透析服務費用之計算方式(如附件)，並沿用至今。113年度

門診透析服務費用亦採此方式完成協定，合先敘明。

三、考量門診透析服務費用計算方式，屬跨部門議題且涉及後續執行細節，宜有充分執行數據分析後審慎研議。爰請貴署會同醫院總額、西醫基層總額及門診透析相關團體重新審視討論後，提出共識之具體建議方案，若將於114年度總額開始適用，則請最遲於113年5月10日前提出，俾列入本會討論「114年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」案時，一併處理。

正本：衛生福利部中央健康保險署

副本：中華民國醫師公會全國聯合會、台灣醫院協會(均含附件)

全民健康保險會各團體代表 聯名函

聯名人：田士金(中華民國全國漁會)，朱益宏(台灣醫院協會)，江錫仁(中華民國牙醫師公會全國聯合會)，吳鏘亮(台灣醫院協會)，李永振(中華民國工商協進會)，李飛鵬(台灣醫院協會)，林恩豪(全國勞工聯合總工會)，林淑珍(中華民國農會)，林綉珠(中華民國護理師護士公會全國聯合會)，花錦忠(台灣總工會)，侯俊良(中華民國全國教師會)，陳石池(台灣醫院協會)，陳杰(中華民國全國總工會)，張清田(中華民國會計師公會全國聯合會)，陳相國(中華民國醫師公會全國聯合會)，陳節如(台灣社會福利總盟)，陳鴻文(中華民國全國工業總會)，游宏生(全國產業總工會)，黃金舜(中華民國藥師公會全國聯合會)，董正宗(中華民國工業區廠商聯合總會)，楊玉琦(中華民國工業協進會)，楊芸蘋(中華民國全國職業總工會)，鄭力嘉(全國產職業總工會)，鄭素華(全國工人總工會)，劉守仁(中華民國全國商業總會)，劉淑瓊(台灣醫療改革基金會)，蔡麗娟(臺灣癌症基金會)
(以上依筆劃排序)

100009

台北市中正區忠孝東路1段1號

受文者：行政院

發文日期：中華民國 112 年 11 月 2 日

發文字號：全勞聯總豪字第 11211002 號

速別：最速件

密等及解密條件：

附件：如說明三

主旨：建請依全民健康保險法(下稱健保法)第 76 條第 1 項立法意旨及健保法第 3 條規定，撥補二代健保實施至今十年政府應負擔法定下限差額計新台幣 1246 億元，並將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法的內容，請 查照。

說明：

- 一、對於政府應負擔健保總經費法定下限計算方式雖經大院於 104 及 106 年兩次協商，惟該公部門共識之處置方式並未遵循健保法立法意旨及規範，且該案自 106 年 7 月起即經全民健康保險會(下稱健保會)委員不斷質疑其適法性，並因此造成健保會自 106 年度起對中央健康保險署提送之各年度「全民健康保險基金附屬單位決算」均決議「不予備查」至今，合先敘明。

- 二、近年健保總額費用持續高成長，財務收支已趨於失衡並面臨健保費率突破 6%法定上限之窘境，爰建請相關部門回歸法遵處理方式以撥補首揭應負擔法定下限差額，並修正目前抵觸健保法第 27 條規定之健保法施行細則 45 條內容，以明確落實政府對健保財務收支之責任，使享譽國際的台灣全民健保能夠永續經營。
- 三、檢送「二代健保政府應負擔健保總經費法定下限計算方式爭議之始末及待解課題」，謹請卓參。
- 四、本案請於回復時副知本案聯名代表所屬團體。

正本：立法院社會福利及衛生環境委員會各委員，行政院，衛生福利部，衛生福利部薛部長瑞元辦公室，全民健康保險會

副本：中華民國工商協進會，中華民國工業協進會，中華民國工業區廠商聯合總會，中華民國牙醫師公會全國聯合會，中華民國全國工業總會，中華民國全國商業總會，中華民國全國教師會，中華民國全國漁會，中華民國全國總工會，中華民國全國職業總工會，中華民國會計師公會全國聯合會，中華民國農會，中華民國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，台灣社會福利總盟，台灣總工會，台灣醫院協會，台灣醫療改革基金會，全國工人總工會，全國產業總工會，全國產職業總工會，全國勞工聯合總工會，臺灣癌症基金會

檔 號：
保存年限：

中華民國區域醫院協會 函

地址：105台北市松山區健康路131號2樓
承辦人：顏正婷
電話：02-27423636
傳真：02-27423737
Email：rha89106@gmail.com



受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月19日
發文字號：(112)區域醫協字第112021號字第1120210210號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：誠請 貴部於獲得各界共識前，暫緩「菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案」修法作業，詳如說明，請查照。

說明：

- 一、本案係依據 貴部112年9月28日衛授國字第1120760955號函、112年7月13日預告「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案。
- 二、長期以來，全國醫院面臨著健保給付嚴重不足的問題，經查菸捐收入已逐年減少(106年共收取323億，111年僅297億，其中健保安全準備獲配140億3709萬餘元。)；WHO公布肺癌危險因子，菸害占68%疾病負擔，而在台灣肺癌奪命也連續18年稱冠，菸捐徵收金額及分配本項目比率卻自104年逐年下修低於50%以下，並見逐年增加確診人數，足見影響癌症防制成效不力不容小覷。旨揭修法後新制將使健保安全準備金更加不足，區域醫院層級屆時勢必需再次調整病人部份負擔收費，恐持續嚴重影響造成本層級醫院經



112.10.20



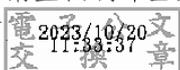
1123340270

營困境， 貴部宜先有健保給付提升之有效解決方案為妥。

三、誠請 貴部於獲得各界共識前，暫緩「菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案」修法作業，本會建請 貴部宜再審慎思量撤回「菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案」修法，並將菸捐分配給健保安全準備的比率恢復到70%較為適宜；誠請惠復。

正本：衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會

副本：台灣醫院協會



113 年度總額協商結果確認案及一般服務之地區預算分配

健保會 112.11

健保會已於本(112)年 9 月 20、22 日完成 113 年度總額協商，並確認各部門總額協商結論，為辦理後續報部事宜，健保會於 10 月份委員會議(112.10.18)就 113 年度總額整體成長率進行確認(詳如下表)，其中：付費者方案總成長率為 3.645%，醫界方案為 4.672%，均落在行政院核定的總額成長率上限 4.7% 內。113 年度健保總額，付費者委員方案為 8,667.1 億元、醫界方案為 8,753.0 億元。

113 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳				年度總額	
	牙醫 門診	中醫 門診	其他 預算	醫院		西醫基層		付費者 方案	醫界 方案
				付費者 方案	醫界 方案	付費者 方案	醫界 方案		
金額 (億元)	520.4	322.9	178.2	6,006.3	6,066.2	1,639.4	1,665.3	約 8,667.1	約 8,753.0
成長率/ 增加金額	2.436%	4.221%	增加 20.39 億元	3.626%	4.660%	3.066%	4.697%	3.645%	4.672%

健保會於協商 113 年度總額時，依循衛福部 112 年度總額交議函之指示，請各部門總額相關團體研擬總額協商草案時，即配合該協商項目訂定相關 KPI，包含：明訂試辦期程、成效評估標準等，以利後續評估執行成效(擴大或持續辦理、減少預算或停辦)。故於 10 月份委員會議，就達成共識之牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算，確認其新增或延續性項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。討論過程中，健保會委員認為總額協商草案是否完備、KPI 是否明確，攸關協商共識之達成，乃提出相關建議。爰會議決議，委員對於總額草案形成過程之相關建議(包含如何落實「執行目標」及「預期效益之評估指標」之訂定與成效檢討)，納入研修總額協商程序之參考，研修結果提 12 月份委員會議討論。

年度健保總額協商後，需接著進行地區預算分配，將四部門總額預算分配至健保六個分區。地區預算分配有 2 項參數，一是「各地區校正人口風險後之保險對象人數」(R 值)，另一是「各地區在總額實施前一年的醫療費用」(S 值)。R 值主要反映就醫人口需要，但會先校正人口風險因子，包括：各分區投保人口年齡及性別指數，醫院及西醫基層總額另納入標準化死亡比及轉診型態等校正因素；S 值則是為避免預算重分配後對部分分區產生太大的衝擊，故將各地區在總額實施前一年的醫療費用也納入考量。此外，為因應各部門總額地區預算運作之需要，各部門亦移撥部分經費作為風險調整移撥款，用於風險調控或平衡各地區醫療資源發展之用。

首先討論醫院總額地區預算分配，付費者代表委員支持主管機關規劃地區

預算分配以「錢跟著人走」之原則，漸進達成保障民眾就醫公平性的政策目標，另考量 113 年度一般服務預算成長率較往年為高，R 值前進對各區財務衝擊相對較低，故建議門診與住院 R 值占率都前進 1%，即門診 53%，住院 46%，風險調整移撥款則維持 112 年額度 6 億元，用於持續推動各分區資源平衡發展。醫院代表委員表示 112 年門診 R 值占率已有調整，且住院服務長期處於損益平衡邊緣，R 值調升對各區預算衝擊很大，建議 113 年維持門診 R 值占率 52%，住院 45%，風險調整移撥款 4 億元。本案雖經醫院與付費者代表委員充分溝通，仍未能達成共識，爰依健保會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就雙方之建議分配方式，報請主管機關決定。

接續討論西醫基層總額地區預算分配，衛福部 112 年 1 月 9 日公告 112 年度總額預算及其分配方式時，明訂未來西醫基層總額地區預算分配之 R 值占率「每 2 年增加 1%，逐步調整至 75% 再做評估」。因 112 年已經調升 1%，依衛福部公告及醫師公會全聯會建議，協定 113 年度總額 R 值占率不調整，維持 69%。另風險調整移撥款亦維持 112 年額度 6 億元，用於臺北區、保障東區浮動點值不低於每點 1 元、因 112 年度 R 值占率前進而減少預算分區及點值落後地區(不含臺北區、東區)等用途。

最後討論牙醫門診總額之地區預算分配，牙醫部門自 95 年度起已 100% 依照 R 值分配，但自 99 年度起移撥部分經費用於特定用途，以利其內部調整。113 年度經討論決議自一般服務費用移撥 3.3 億元，作為特定用途移撥款，用於醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用、弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫、該區投保人口就醫率全國最高二區之保障款及特定疾病病人牙科就醫安全計畫等用途。中醫門診總額地區預算分配則將於 11 月份委員會議討論。

健保會於 10 月份委員會議確認 113 年度總額預算協商結果，將依法報請衛福部核(決)定。至於各部門總額之地區預算分配，將於 11 月份委員會議議定中醫門診總額地區預算分配後，一併報請衛福部核(決)定。

出處：相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 112 年第 9 次委員會議議事錄(112 年 10 月 18 日)

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月17日
發文字號：衛部保字第1120143042C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112年10月17日以衛部保字第1120143042號令修正發布，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群第一章Tw-DRGs支付通則之「附表7.3 113年1月至6月3.4版1,068項Tw-DRGs權重表」自113年1月1日生效外，自112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、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國助產師助產士公會全國聯合會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、社團法人中華民國醫事檢驗師公會全國聯合會、社團法人中華民國物理治療師公會全國聯合會、勞動部勞工保險局、衛生福利部中央健康保險署
副本：衛生福利部國民健康署、衛生福利部疾病管制署、本部醫事司、本部中醫藥司、本部護理及健康照護司、本部心理健康司、本部口腔健康司、本部長期照顧司、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會(均含附件)

2.10.17



112CC00844

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（一百十二）年第四次修正，除第七部全民健康保險住院診斷關聯群之附表 7.3 自一百十三年一月一日生效外，自一百十二年十一月一日生效。

本次主要依據本年度醫院及西醫基層部門總額決定事項，新增診療項目及放寬給付條件各三項，以及配合醫療器材使用規範，調升支付點數或增列加計規定計七十三項；另配合支付標準調整，修正論病例計酬相關支付點數及得核實申報上限點數，及例行性更新全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRGs)權重表(附表 7.3)等。要點如下：

一、西醫特定診療(第二部第二章)

(一) 檢查(第一節)：

1. 新增「血液及體液葡萄糖-餐後」(編號09140C, 50點)、「C型肝炎病毒核心抗原」(編號12216C, 900點)及「遊戲式聽力檢查」(編號22041C, 671點)等三項目。
2. 增列「連續血糖監測」(編號08134B)適應症，懷孕之第二型糖尿病或妊娠糖尿病且接受胰島素注射者適用，及放寬本項執行間隔。
3. 修正「血液及體液葡萄糖-空腹」等五項項目名稱或支付規範。

(二) 放射線診療(第二節)：

1. 調升「內視鏡逆行胰液引流術」(編號33033B)支付點數及增列內含單次使用醫材比率規定。
2. 放寬「急性缺血性腦中風機械取栓術」(編號33143B)適應症。

(三) 治療處置(第六節)：

1. 調升「胃靜脈瘤硬化治療」(編號47078B)等十二項支付點數及增列內含單次使用醫材比率規定。
2. 修正「急性缺血性腦中風處置費」(編號47101B)適應症。

(四) 手術(第七節)：

1. 修正「口腔粘膜皮瓣手術」(編號62070B)等五十八項支付規範，增列得另加計單次使用醫材比率規定。
2. 修正「胸腔鏡肺葉切除術」(編號67050B)等十九項機械手臂輔助手術系統訓練資格之認證規範。

二、牙醫(第三部)：配合醫療器材使用規範，調升「手術拔除深部阻生齒」(編號 92063C)項目支付點數及增列內含單次使用醫材比率之規定，及修正「顎骨矯正手術—單顎或二處」(編號 92224A)支付規範，增列得另加計單次使用醫材比率規定。

三、論病例計酬(第六部)：配合一百十二年十月一日支付點數調整，修正產科、婦科及一般外科相關診療項目支付點數及部分項目得核實申報上限點數。

四、全民健康保險住院診斷關聯群(第七部)：修正「附表 7.3 113 年 1 月至 6 月 3.4 版 1,068 項 Tw-DRGs 權重表」。

副本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



24

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年9月28日
發文字號：健保醫字第1120663998號
附件：請至本署全球資訊網公告區下載



主旨：公告修訂「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」。

依據：全民健康保險法第61條規定暨全民健康保險醫療給付費用牙醫門診總額112年第3次研商議事會議決議辦理。

公告事項：「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議作業要點」(附件)，已置於本署全球資訊網/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，請自行擷取。

副本：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、中華民國牙醫學會、中華民國醫院牙科協會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會、中華民國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、台灣腎臟醫學會、中華民國醫事放射師公會全國聯合會、本署企劃組、本署醫審及藥材組、本署各分區業務組、本署資訊組、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署署長室、本署李副署長室、本署蔡副署長室

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300227

衛生福利部中央健康保險署 令

發文日期：中華民國112年10月30日
發文字號：健保審字第1120672686號
附件：「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部
分規定



修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定，並自中華民國一百一十二年十二月一日生效。

附修正「全民健康保險醫療費用審查注意事項」部分規定

署長 石崇良

檔 號：
保存年限：

衛生福利部中央健康保險署 函

地址：106211 臺北市大安區信義路三段
140號
聯絡人：李羿萱
聯絡電話：02-27065866 分機：2630
傳真：27069043
電子郵件：A111360@nhi.gov.tw

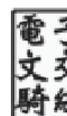
受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月31日
發文字號：健保醫字第1120664503號
速別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：111Q4全民健康保險其他部門結算說明表

主旨：修正111年第4季「全民健康保險其他部門結算說明表」，
並公布於本署全球資訊網，下載路徑如說明段，請查
照。

說明：

- 一、依衛生福利部112年8月11日衛部保字第1121260306號函、
全民健康保險會112年7月26日第6屆112年第6次委員會議決
議暨「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經
費』項目之適用範圍與動支程序」及全民健康保險法第62
條第3項規定：「保險人應依前條分配後之醫療給付費用總
額及經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按
各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用」辦
理。
- 二、配合中醫門診總額部門111年第3、4季動支「調節非預期風
險及其他非預期政策改變所需經費」項目之經費，修正旨
揭報表相關數值，111年結算金額由0元修正為3億1,283萬
元。



112.10.31

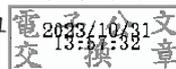


1123340280

三、旨揭檔案同步放置於本署全球資訊網，路徑為：健保服務\
健保醫療費用\
醫療費用申報與給付\
醫療費用支付\
醫療費用給付規定\
各部門總額預算分配參數及點值結算說明表\
其他部門，請自行下載利用。

正本：本署各分區業務組

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



111年度其他預算支用情形

單位：百萬元；%

項目	年	全年 預算數	執行數				小計	全年 執行率
			Q1	Q2	Q3	Q4		
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(含山地鄉論人計酬試辦計畫)		605.4	139.0	126.2	126.0	148.2	539.4	89.1%
提升院所智慧化資訊機制(111年新增項目)、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用 ^{註1}		1,500.0	36.3	195.4	186.9	721.2	1,139.8	76.0%
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫		1,653.8	342.0	341.2	359.2	378.0	1,420.3	85.9%
推動促進醫療體系整合計畫		450.0	40.7	44.4	42.2	49.8	177.1	39.4%
1.醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫			8.9	9.8	9.2	9.2	37.2	
2.跨層級醫院合作計畫			14.2	17.5	16.2	17.0	64.9	
3.急性後期整合照護計畫			16.2	16.0	15.4	22.3	69.9	
4.遠距醫療給付計畫			1.3	1.1	1.4	1.3	5.1	
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費 ^{註2}		290.0	0.32	0.10	0.19	0.14	0.7	0.3%
支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費 ^{註3}		1,900.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0%
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費		1,000.0	0.0	0.0	0.0	312.8	312.8	31.3%
腎臟病照護及病人衛教計畫 ^{註4}		450.0	97.3	92.8	98.2	104.5	392.8	87.3%
1.Pre-ESRD之病人照護與衛教計畫			66.2	63.6	69.3	71.1	270.2	
2.初期慢性腎臟病醫療給付改善方案			19.8	17.9	17.7	22.2	77.6	
3.慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(申復)			0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
※慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫(另行結算)			11.3	11.3	11.3	11.3	45.0	
提升用藥品質之藥事照護計畫 ^{註6}		30.0	0.001	0.09	0.05	0.12	0.26	0.9%
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務		7,300.0	1,519.2	1,500.7	1,549.0	1,637.9	6,206.8	85.0%
1.居家醫療與照護			972.2	957.1	984.6	1,035.2	3,949.1	
2.助產所			0.8	1.2	0.9	0.7	3.6	
3.精神疾病社區復健			535.9	533.3	552.9	590.6	2,212.8	
4.轉銜長照2.0之服務			10.3	9.0	10.6	11.4	41.3	
提升保險服務成效		600.0	42.9	80.5	102.8	372.5	598.7	99.8%
基層總額轉診型態調整費用 ^{註6}		800.0	47.4	219.6	136.0	138.3	541.4	67.7%
總計		16,579.2	2,265.1	2,601.0	2,600.5	3,863.5	11,330.1	68.3%

註：1.第4季費用大幅增加係因「提升院所智慧化資訊獎勵」(包含：部分負擔新制費用申報格式改版獎勵、居家藍牙APP介接獎勵、就醫識別碼預檢成功獎勵)自111.10.1實施，及資料上傳獎勵費用遞延1季結算，故第4季執行數含第3、4季費用。(四部門總額「網路頻寬補助費用」尚無專款不足需支應之情形。)
 2.僅支付狂犬病治療藥費，其餘項目尚無專款不足需支應之情形。
 3.C型肝炎藥費尚無專款不足需支應之情形。
 4.門診透析服務品質提升獎勵計畫為年度另行結算且全數支應，以每季11.3百萬元(45百萬元/4)暫列。
 5.「全民健康保險提升用藥品質藥事照護計畫」於110年10月21日公告實施。
 6.111年度限定用於「轉診成功案件(申報轉診醫令且轉診成功者)」。其中第2季執行數包含110年基層院所接受醫院申報轉診案件之日起6個月之醫療費用屬111年第1季者。

檔 號：
保存年限：

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115204



3

臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國112年10月11日

發文字號：健保醫字第1120664211號

附件：請自行至本署全球資訊網下載



主旨：公告112年10月起新增「全民健康保險西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「全民健康保險中醫提升孕產照護品質計畫」、「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」、「全民健康保險中醫急症處置計畫」、「全民健康保險中醫癌症患者加強照護整合方案」及「全民健康保險中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」等6項中醫門診總額照護計畫承作院所及醫師名單（附件），執行日自112年10月1日起。

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

署長 石崇良

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300233

112.10.12

裝

訂

線

附錄十五

6項中醫醫療照護計畫自112年10月1日起新增之承作院所及醫師名單

分區別		項目	台北	北區	中區	南區	高屏	東區	全區
西醫住院病患中 醫特定疾病輔助 醫療計畫(腦血 管疾病、顱腦損 傷及脊髓損傷)	院所數	3	3	4	2	2	1	15	
	醫師數	5	3	9	3	4	2	26	
中醫提升孕產照 護品質計畫	院所數	6	11	17	1	9	0	44	
	醫師數	12	14	20	1	31	0	78	
中醫門診總額兒 童過敏性鼻炎照 護試辦計畫	院所數	5	4	21	3	10	0	43	
	醫師數	9	7	35	4	21	0	76	
全民健康保險中 醫急症處置計畫	院所數	0	1	0	1	1	1	4	
	醫師數	0	2	0	1	1	2	6	
中醫癌症患者加 強照護整合方案	癌症患者西 醫住院中醫計 醫輔助醫療計 畫	院所數	3	3	2	2	3	0	13
		醫師數	5	3	7	4	5	0	24
	癌症患者中 醫門診延長 照護計畫	院所數	2	3	2	2	2	0	11
		醫師數	4	3	4	3	2	0	16
	特定癌症患 者中醫門診 加強照護計 畫	院所數	9	6	17	2	7	0	41
		醫師數	13	7	27	3	18	0	68
全民健康保險中 醫慢性腎臟病門 診加強照護計畫	院所數	5	8	6	2	4	1	26	
	醫師數	9	8	10	2	6	2	37	

全民健康保險 113 年度保險費率審議前專家諮詢會議紀錄
(含附錄-與會人員發言實錄)

時間：中華民國 112 年 10 月 18 日下午 1 時

地點：本部 301 會議室

主席：盧主任委員瑞芬

紀錄：范裕春、曾幼筑
彭美熒、李德馥
許至昌

出席者：(依姓名筆劃排序)

曲諮詢委員同光、李諮詢委員永振、楊諮詢委員銘欽、羅諮詢委員
紀琮

列席者：(依姓名筆劃排序)

本會委員：王委員惠玄、田委員士金、江委員錫仁、吳委員榮達、
吳委員鏘亮、李委員飛鵬(台灣醫院協會林副秘書長佩菽代理)、
林委員文德、林委員恩豪(全國勞工聯合總工會賴秘書長元暉代
理)、林委員淑珍、林委員綉珠、花委員錦忠、侯委員俊
良、張委員清田、陳委員杰、陳委員相國、陳委員節如、
陳委員鴻文(中華民國全國工業總會何常務理事語代理)、黃委員小
娟、楊委員芸蘋、董委員正宗、劉委員玉娟、劉委員守
仁、劉委員淑瓊、蔡委員麗娟、鄭委員素華、韓委員幸
紋

本部社會保險司：陳副司長真慧、陳專門委員淑華、蔣科長翠蘋、郭科長
乃文

中央健康保險署：李副署長丞華、姚簡任秘書雨靜、江參議姝靚、
陳組長美杏、張副組長菊枝、林副組長右鈞、洪
專門委員于淇、連簡任技正恆榮、溫科長怡琿

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、報告事項：中央健康保險署(下稱健保署)報告「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)」：略。

參、討論事項及題綱

(一)就健保署研擬「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)」之意見。

(二)依健保署之財務收支推估及未來可能面對人口高齡化、工作年齡人口占比下降保費收入可能減少，加上新醫療科技費用昂貴，將造成未來健保收支失衡等問題，宜提早規劃因應措施：

1.短期開源節流措施之看法及建議。

2.中長期如何增加保險收入及強化健康投資之看法及建議。

(諮詢委員與本會委員意見摘要，如附件)

肆、主席結論

感謝各位諮詢委員及本會委員提供寶貴意見，請健保署參酌會中所提意見修正113年度保險費率方案(草案)，於112年10月31日前提案至本會，俾於112年第10次委員會議(112.11.15)審議。

伍、臨時動議：無。

陸、散會：下午3時05分。

附錄：與會人員發言實錄

全民健康保險113年度保險費率審議前專家諮詢會議

--諮詢委員與本會委員意見摘要

一、就「全民健康保險113年度保險費率方案(草案)」之意見。

(一)113年度維持現行健保費率5.17%不調整：依據113年度總額協商結果及健保署財務推估，在維持現行費率5.17%下，113年底安全準備累計餘額為2.04(付費者方案)或1.89(醫界方案)個月保險給付支出，依據健保會110.8.20通過之費率審議準則，符合健保法第78條所定1~3個月原則，113年度可維持現行費率不調整。

(二)檢視財務推估準確度：健保署過去推估年度保險收支的準確度很高，與實際值差距大多在20億元以內；但110年起預估與實際值差異數增加至百億元以上，且近年落差越來越大。由於財務推估對健保費率相關決策仍有相當影響，宜重新檢討影響財估相關因素，以減少推估值與實際值之誤差。

(三)審慎因應政府撥補健保安全準備之影響：政府考量近期社會經濟受疫情影響及物價通貨膨脹，於短期內調漲健保費率有困難，分別於112年、113年撥補健保安全準備240億元、200億元。然其對健保基金有正反兩面影響，一方面可減輕健保財務壓力，另一方面會增加未來調整費率的困難度，並延緩健保的改革腳步。長期而言，健保財務問題宜回歸健保制度中的調整機制，或調整健保財務收支結構，以維持財務長期穩定。

(四)請健保署補充以下資料，以利本會審議113年度保險費率

1.有關敏感度分析之假設條件：進行敏感度分析時，不宜在「假設其他情況不變」前提下，僅以收入、支出本身影響因素增減多少數額或百分比進行分析，宜併同從影響收入、支出的各項外在因素(如：物價、貿易順逆差或經濟成長)切入，分析其變動對保險財務產生之變化，使其分析結果更符合實際情形。

2. 規劃因應法定費率上限 6%之議題：依健保署推估顯示，在「維持年底安全準備 1 個月」下(簡報第 22、23 張)，116 年度費率需調整至 5.87%~5.92%，已近法定上限 6%，惟簡報對未來如何面對法定費率上限 6%之問題未予著墨，因其涉及修法，宜有中長期之規劃作為。

3. 健保財務狀況表達之一致性：請依一致性原則，將 112、113 年政府撥補 240 億元、200 億元扣除後，剖析目前健保財務實況，提供委員了解，以利 11 月份進行費率審議。

4. 請釐清、說明簡報相關問題如下：

(1)113 年度推估所採用的平均眷口數，仍採 112 年度適用的 0.57 人是否妥當？

(2)112 年補充保費 670 億元是否低估？其將進而影響 113 年度補充保費之推估值。

(3)簡報第 19 張平衡費率試算假設中，保險收入與總額平均年成長率逆差 4.28%，較去年 3.35%為高，以此趨勢，未來收支失衡情況恐更加惡化，國發會對此現象示警已超過 5 年以上，卻只停留在討論階段。

(4)附錄第 15、16 頁 110 年~113 年健保財務收支情形表之編表假設未符法遵，提供之財務資訊恐有誤導之虞。

(5)資料顯示，截至 112 年 9 月為止，呆帳累計達 45.47 億元，推估全年度呆帳可能達到 60 億元，請說明在保險收入公式中如何推估呆帳金額。

5. 審慎考量財務推估採用之總額成長率：111 年、112 年總額成長率皆為 3.32%左右，然健保署推估 114 年~116 年財務收支所用的成長率皆超出 4%，該推估涉及總額基期大小，目前基期逐年成長，宜審慎考量推估所採用的總額成長率，否則金額差距會很大。

二、依健保署之財務收支推估及未來可能面對人口高齡化、工作年齡人口占比下降保費收入可能減少，加上新醫療科技費用昂貴，將

造成未來健保收支失衡等問題，宜提早規劃因應措施。

(一)宜全面檢視歷年對收支平衡之建議，就開源、節流面向，規劃推動改善方案之優先順序：

未來少子化、老年化越趨嚴重，健保財務收支平衡日益困難，改善財務之相關議題已討論多年，宜盤點檢視歷年諮詢會議建議、相關研究計畫及公民會議蒐集之意見等成果，進而檢視各項建議之可行性、重要性與急迫性等，以決定推動的優先順序。例如過去在開源部分曾提到擴大費基、增加補充性財源，節流則可以抑制醫療資源不當耗用方案為基礎等。

(二)對短期開源節流措施之看法及建議：

1.應遵循法令規範，落實政府應負擔健保總經費法定下限 36%之

財務責任：政府未遵循健保法第 76 條第 1 項安全準備之來源規範計算健保總經費法定下限 36%，衛福部為健保法主管機關，具法令解釋權，行政院協商結論不應凌駕健保法明定之內容，此議題爭議多年，應儘快釐清、解決，將計算方式導正。(詳發言實錄第 16、18 頁)

2.檢討總額支出配置之有效性，持續推動健保財務相關調整措施：

(1)總額目前已達 8 千多億元，很快就會破兆，研擬總額範圍及總額協商時宜審慎評估總額成長幅度，並檢討整體總額支出配置是否具有有效性。

(2)將健保法施行細則第 45 條修回二代健保原先立法內容(101 年 10 月 30 日修正發布之版本)。

(3)菸品健康福利捐分配健保安全準備比率恢復至 70%。

(4)112 年稅收如有超徵，建議衛福部強力爭取挹注健保。

3.審慎研議部分負擔方案，以達功效：

112 年 7 月部分負擔調整之財務影響僅有 33 億元，似未達到應有的效果。研議部分負擔方案時，除需兼顧對醫療利用的抑制效果，減少健保的支出，又需避免增加經濟弱勢的負擔，或許可以參考國外對不同年齡層規劃不同部分負擔比率之設計。建議蒐集各方意見審慎研議，以達到預期效果。

(三)對中長期如何增加保險收入及強化健康投資之看法及建議：

- 1. 支持強化健康投資，並落實效益評估：**建議政府對預防醫學、健康教育等方面多挹注公務預算，以強化健康投資。健康投資構想極佳，但需有實質成效，近年衛福部多項投資健康相關計畫或政策(如家庭醫師整合照護計畫、分級醫療)，似都只看到預算投入，但沒有節省醫療支出，應深入探討相關計畫規劃是否周全、預算投入後的追蹤管理，以及是否達到預期成效，若具成效則可再運用於更多的健康投資項目，形成良性循環，而非僅一味投入預算，未見成效。
- 2. 規劃保費徵收方式之調整機制：**人口老化不可抗拒，建議保費收取可再增加薪資所得之外的財源；另為因應未來負擔保費之青壯年人口逐漸減少可能產生的財務壓力，或可考量採用提存的方式，類似年金保險，其優點在於現在多繳保費，未來責任可以減輕；缺點則是可能造成費率調整的困難。或者參考德國長期照護制度的經驗，成立費率平穩基金，各國經驗於規劃調整機制時均可納入參考。
- 3. 提高民眾對投資健康之認知：**新醫療科技的發展有助提升民眾健康，但價格高昂，未來如納入健保給付，健保也需有相對的財務資源因應。因此，如果民眾認同健康的價值，必須接受未來醫療支出在食衣住行費用的占比將越來越高的趨勢，到了必須調整健保費率時，心態上就較能接受。

全民健康保險113年度保險費率審議前專家諮詢會議
與會人員發言實錄(依與會人員發言內容整理)

【諮詢委員】

楊諮詢委員銘欽

- 一、感謝健保署與健保會提供資料，對於已知需要掌控或推估參數都有試算，113年度沒有調整保險費率之條件，而且在選舉年政治環境之下，也不太適合太大變動。
- 二、今天擔任諮詢委員還是提出一些悲觀看法，113年度財務趨勢固然如此，但是還有很多未知因素在內，可否如期收到這麼多保險費，涉及一些變動因素，與就業率、經濟成長率、失業率、戰爭等有關，因為屬於未知，無法估計，建議不能太樂觀，需要適度警覺，預擬配套措施。
- 三、113年底保險收支累計結餘為2個月保險給付支出，但115年底就已經低於1個月保險給付支出，以諮詢委員立場可以提出一些建言，再由貴會委員討論。
- 四、關於節流部分，如何讓總額預算適度成長屬重要議題，目前在總額預算下，如果減少醫療服務使用量，只是造成點值改變，對於整個保險成本影響不大，所以建議從保險成本源頭做改變，亦即各位健保會委員在協商總額時需要更審慎。
- 五、有關差額負擔、長期照護、居家醫療、遠距醫療等對於保險成本都有影響，可能降低醫療服務使用量，但保險成本下降後，對民眾是不是一件好事，最近許多媒體報導，醫療院所不太容易聘用醫療工作人員，許多護理人員離職，醫事人員薪資結構需要很大調整，當護理人員薪資有變動時，其他醫療人員部分也需要比照調整，整體醫療產業薪資或成本結構會往上提升，假設健保沒有適當反映成本，可能造成很多醫院、診所無法營運下去，也無法維護國人健康。

六、未來整個大環境如何變化很難預測，在未知情形必須保持適度悲觀，建議健保署模擬健保當面臨哪些情形發生時，研議相關配套措施預作因應。

羅諮詢委員紀琮

- 一、今天為保險費率審議前專家諮詢會議，重點在保險費率議題，113年底不管採付費者或醫界代表版本，保險收支累計結餘在1.89個月與2.04個月保險給付支出範圍，因此於法或於理都不需要也不應該調整費率。
- 二、今天有指定討論題綱，但在討論之前，回應楊老師意見，過往到2022年，我們跟中國大陸貿易順差，都遠超過我們整體的貿易順差，亦即我們對中國大陸貿易順差彌補我們跟世界其他國家貿易逆差，大家都認為不宜把全部雞蛋丟在同一個籃子，惟這就是事實，健保不能假設其他事情都不變去做推估，可是報告中敏感度分析，屬非常傳統，收入面為預估113年起第1、2類被保險人投保金額成長率增加0.5%等，及支出面預估增加或減少若干數額，建議在做敏感度分析時，可探討物價、經濟成長等背後影響因素，就像楊老師剛才所提的，需回到源頭去考量。
- 三、不管是短期或中長期的開源節流，需要注意兩個事實，第1個收入面就是112年政府撥補240億元，113年政府再撥補200億元，這些金額其實滿大，我們常說，一個制度要在其裡面運作才會產生壓力或助力，可是我們的保險制度，政府持續撥補，並不是不好，我們大家都希望看到這樣的結果，大家負擔可以輕鬆一點，也就是因為這樣子，說不定當需要調費率時，很多人會說請政府撥補就好，而增加調整費率困難度，任何事物都有正面跟反面，我相信大家都有討論到，只是我們在報告中沒有看到，當採行這樣做法，就要知道這樣做法的優缺點，或其利弊得失，如果沒有探討，我們就很簡單說由政府撥補，費率都不必調整，也不必討論今天的議題，所以這是需要思考的問題。

- 四、第2個為支出面，於近2年影響健保財務之重大措施及其影響評估，部分負擔原先規劃效益為100億元，惟實際數字為33億元，如果只為了33億元去做大規模調整有點可惜，即使100億元效益，個人認為都有點少，想要藉著財務槓桿，調整費率增加收入，可以增加部分負擔以節約資源使用，支出減少即表示保險累計結餘增加，此次部分負擔調整沒有達到應有的效果。
- 五、費率調不調整係收入減支出的結果予以判斷，支出取決於每年總額成長，是否合理很難論定，現有總額已達8,000多億元，按照現在成長率，很快就達9,000億元、1兆元，建議檢討支出是否合理，個人曾做糖尿病研究有3個結論，第1個為糖尿病診斷出來太晚，患者已有很多併發症，第2個為惡化速度太快，我們追蹤6年，其併發症惡化速度非常快，很快就達到洗腎程度，第3個為洗腎病人超過一半屬於糖尿病病人，而且持續增加，其代表的意義為健保支出並不是最有效率，應該多花一點力氣，分析如何提升8千多億元支出的有效性。
- 六、另外按照健保署的推估，116年底安全準備1個月保險給付支出的保險費率是5.87%，則117年費率可能就是6%，按照健保法規定已達上限，聽說不排除要修法，在今天報告中沒有談到，若要談中長期規劃，有關費率上限6%這部分要怎麼因應，應該稍微有點著墨。
- 七、最後在投影片第20、21頁，兩者的差別只在於113年度保險費率5.17%下，總額成長率在付費者代表版本是3.645%，在醫界代表版本是4.672%，這沒有問題，接下來3年的保險費率是完全一樣，這有些奇怪之處，如果今年總額成長率用3.645%的話，你的base(基礎)比較小，明年的成長率可能會高一點，但是如果今年就讓總額成長率4%多，則明年成長率就不是與3%多有同樣的幅度，我的意思是很多數據，特別是這類數據，若往大方向看，可能決定很多事情，可是有些細緻的地方可能需要再進一步處理。

曲諮詢委員同光

一、每次這時候都很期待有機會了解一下來年的財務情形，剛剛健保署也做了很好的報告，這份報告歷經多年運作，千錘百鍊，內容很完整，我也看到今年、去年及前年報告的架構是一樣的，但這不是壞事情，因為去年大家討論時，就肯定健保署多年來運作的這套架構事實上是好的，所以才會從前年、去年到今年都一以貫之，這沒問題，但有個小問題提出來給大家參考：

(一)健保署過去在推估收入或是支出的時候，準確度都非常高，尤其收入準確度甚至高於支出，但去年起就有點不太一樣，過去推估常常是幾千億元經費僅有幾億元或是10、20億元的落差，但去年開始第一次出現評估落差比較大，我記得去年數字是110年差107億元、111年差238億元，但今年報告資料為111年差160億元、112年差306億元。

(二)前開狀況意即，第一，過去健保署預估都非常精準，但最近這3年來沒有過去這麼準，且落差越來越大，原因包括疫情，疫情大概是罪魁禍首，因為它的關係整個世界都亂了套；第二，補充保費於估算時與實際有落差，另外是人口變動跟原來預期不一樣，就財務角度來看，因為有這些因素，所以導致預估跟實際有很大不同。

(三)我想請問健保署，看起來愈來愈大的落差，當然也許到明年就不會，但從表面看會覺得連續3年都有相當差距，而且差距越來愈大，有沒有什麼更好的方式？雖然架構非常好及完整，但是不是有什麼地方需要檢討，或有什麼方式讓這樣的誤差盡量減少？

因為畢竟財估對於未來費率決定仍有相當影響，譬如說最近這2年行政院撥了440億元，112年是240億元、113年是200億元，當然是因為健保財務會出現他不想看到的數字，所以很難得用公務預算撥補，連續2年用公務預算挹住健保費用這也真的是破天荒，但是破天荒之舉是否受到財估影響就不知

道，是否因為財估給他的印象是不給點錢健保就不行了，因此這部分可能要稍微仔細考慮、小心一點。

(五)如果撇開預估的部分暫且不管，以實際的數字來看，包括行政院所撥補的錢，我們可看到，確實明年財務還是相當不錯，甚至到財務不好的時間點還要過2、3年以後，最大挑戰當然就是117年，那時整個財務會出現能不能突破6%的問題。

(六)另外，因為行政院連續撥補2年共440億元，其實會造成下次調費率時一個非常大的GAP(差距)，本來如果每年都稍微調一點，比較smooth(平順)，雖然行政院給440億元是好意，但這會讓下次需調整費率的時候，會有很大的落差，這個可能也要有所因應，過2年要調整的時候，大家反應才不會那麼強烈。

(七)基本上若以本次財務報告來看，明年依健保法規範，應該沒有調整的需求，以上是有關費率方案的部分，因為今年沒有太大問題，所以沒有太多意見。

二、第二個要討論健保財務的收支等等，其實我記得過去諮詢會議時，也都會談此問題，只是表達題目的方式不一樣，但是討論的核心事項基本上都差不多，其實收支如何平衡，這問題我覺得並不是沒有答案，因為這麼多年來討論，不管是收入或支出方面，不管是開源或是節流，其實都有很多很好的看法：

(一)除了過去2年我們在討論費率方案時，都有討論到這問題以外，我記得衛福部也曾進行委託研究去討論關於財務部分，有沒有可能擴大費基或擴大其他補助性財源等等，甚至我記得健保會辦理公民會議時，也曾就財務問題進行討論，其實把那些資料整理好就相當完整。

(二)支出的部分，健保法第72條明文規定，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，而且還要提健保會討論。那份方案也相當完整，因為也是經過好幾年來不斷演變出來，所以若把那份拿來整理，也可以得到很完整的支出面的一些方法。

(三)我的意思是，其實內容是有的，只是怎麼樣進行整理之後，經過一個方式，作優先順序的設定，譬如我們看它的重要性、可行性，還有是不是有急迫性等等來做推估，看看哪些可以先做、哪些有可能做、那些不可能做。

三、這次題目還有提到人口老化，將來怎麼辦？確實這是很頭痛的問題，因為人口老化是不可抗拒的，也是實際會發生，我自己在想，面對人口老化要怎樣處理？

(一)一個是考慮保費的收取方式，是不是有可能需要改革。因為二代健保之後，補充保費是在各方面很多討論之後所形成，那要往前，是不是還有其他的方式，也不能說沒有。今天如果擔心高齡者可能將來沒有能力、或付保費的能力會比較弱，及付保費的受雇者越來越少，我自己在想，是不是可以就調整收保費的方式來因應。其實有時候會發現老年人經濟能力可能不低於年輕人，甚至有時候還更好一點，像我自己就覺得我的經濟能力比我小孩好。也就是說，收保費時不一定僅以薪資為基礎，除了可以收取受薪者的保費之外，一樣可以在此架構下，對沒有受薪的人收取，因為不同的徵收方式，所需要繳的保費不見得減少很多，一樣有其支撐力量，當然實務怎麼做，我想健保署及主管機關應該有很豐富的經驗及想法。如果針對老年人也有適當的收費方式，應該就不會有太大的問題。

(二)我也曾經想過，有沒有可能在健保之外有另一個機制。健保都是隨收隨付制，於當年或來年就解決財務問題，但若考慮到未來還有很長時間，年輕人會變老，另外一個就是用提存的方式，當然提存在健康保險比較少看到，提存一般用在年金保險。但是提存的好處就是現在的人多繳一點，等到多年以後，因為有提存的關係，到時的責任不會太重。但是提存也有壞處，提存手邊就會有一大筆錢，如果是屬於年金，當然會知道這是退休金，如果放在健保存一大筆基金，大家看了會容易眼紅，怎麼健保這麼多錢還一天到晚想要調整費率，所以各有利

弊。以上是我的想法，如果要因應未來年老的方式，可以綜合考量。

四、我自己很擔心的反而是科技發展問題。因為年紀大了之後，除了保費問題，另一個很大的問題是身體一定不會這麼健康，比較容易生病，也意謂著支出會增加，看看現在很多新科技，會讓人擔心，因為醫療需求是無止境的，在此狀況下，我們可看到很多科技不斷發展，科技發展當然不是壞事，可以救人命，可以讓人更健康，說不定有一天還可以延緩老化等，但是必須相對付出非常多錢，如果民眾慢慢付不起，將來責任有可能落到健保頭上。最近立法院在審查再生醫療法、再生醫療製劑條例，當然我不是這麼熟悉或了解，只是初步看起來，會覺得這個法象徵未來再生醫療方面有很多發展空間，等於在那邊有無窮的希望，但是相對於此，另一方面就是有無窮的商機，也代表要有財務去運作，所以我覺得反而將來在財務部分，對於健保必須面臨高科技不斷進步及增加，然後需求也不斷增加這問題，反而十分需要注意。

五、我自己的基本看法是，目前費率是5.17%，以薪資架構來看，5.17%大致概念就是薪資，當然還有別的錢，不過還是可以認為現在薪資拿來當健保費的比率還不是這麼高，不到10%。如果說健保、醫療、健康對我們的價值這麼高，我們就必須接受在未來的人生或生命中，體認到醫療在我們食衣住行中占的比率越來越重，是不可逆的，所以到了必須調整費率或是財務變動時，才能夠接受，這是為了我們自己的健康、醫療，而且他是不可避免的趨勢，這是我一直以來的想法，謝謝。

李諮詢委員永振

一、因為早上會議是以健保會委員身份與會，現在是以諮詢委員身份與會，稍後報告若身分混淆或太冗長，請見諒。

(一)今天有2個題綱，第1個題綱是對113年度保險費率方案提供意見。參照健保署提供的113年度健保財務推估，到明年底安全

準備還有約當1.89~2.04個月保險給付支出；再依據健保會110年8月20日討論通過的健保費率審議準則，113年度費率維持在一般保險費率5.17%、補充保費2.11%應該沒有問題，剛才2位諮詢委員都有提到。

但是要請健保署是不是可以依一致性原則，把行政院這2年特別挹注撥補的240億元、200億元扣除後，剖析目前健保財務狀況，這樣看到的健保財務才會比較真實。若依目前情形，110年到113年的一般保險費率一樣是5.17%，把112年、113年分別扣除240億元、200億元後，會看到110年短絀155億元、111年結餘113億元、112年短絀12億元、113年短絀156億元，這就是沒有額外挹注的真實情況，這樣去看應該會比較好。其中113年財務收支的估算，因為總額成長率有付費者及醫界版本共2個版本，我是把它加起來除以2來計算，得到可能會短絀156億元。

請留意110年、113年是一樣的費率，而且短絀也很接近，分別為短絀155億元、短絀156億元，所以我要請健保署幫忙的就是這裡，需進一步去剖析財務收支結構裡面的東西是什麼。當然剛才健保署報告時有說到，111年補充保費因為超收，達到734億元，所以多出來的應該在那個部分，但是除了補充保費之外還有無其他原因，是否可以再深入去思索一下？掌握到實際情況之後，未來要怎麼辦，可能才有辦法真正去面對及解決問題。

(二)針對健保署提供的參考資料，尚有下列幾點需釐清、說明：

- 1.113年度推估採用的平均眷口數仍以112年度適用的0.57人估算，是否妥當？因為0.57人與0.56人的收入差異為19億元，113年1月軍公教人員調薪影響為12億元都已納入影響評估，這19億元不用留意嗎？我為什麼會這樣請教質疑，因為去(111)年7月27日就已經公告0.57人這數字，今天已經是112年10月18日，為什麼還用0.57人計算？另外去年公告平均眷口數時的實

際數字是0.562人，直接進位後變成0.57人，0.562人已經很接近0.56人了；再根據投影片第8張眷屬人口占率下降的趨勢來看，如果恢復以往四捨五入的處理方式，我可以推定明(113)年應該會降到0.56人，所以下個月提到健保會討論時(112.11.15)，已接近年底，希望要用真正的數字，如果要重新公告也該準備得差不多了，這是第1點。

2.第2點，112年補充保費670億元的推估是不是偏低？因為它會影響113年補充保費的推估。我這樣講有2個原因：

(1)第1個原因，剛才報告提到，112年利息所得補充保費幾乎比110年成長1倍，從5.9億元增加到10.1億元，到112年後應該會更穩定成長。因為從去年開始整個世界潮流都在升息，可能未來美國還會升息，所以現在應該是處於較高利率的時期，為什麼在估計113年利息所得補充保費時反而減少，從10.1億元降到9.7億元。

(2)第2個原因，健保署提供的業務執行報告顯示，112年1~9月補充保險費是593億元，比111年同期增加27.4億元，如果依照670億元反推，第四季保費占全年保費的比率會由111年的22.9%降為11.4%，只剩下111年的一半還不到，這樣合理嗎？

3.第3點，有關投影片第19張平衡費率試算假設，我翻了去年的資料，113年~115年的保險收入平均年成長率是0.79%、總額平均年成長率是4.14%，所以保險收支成長率是逆差3.35%，應該不算小；今年資料裡面，114年~116年的保險收入平均年成長率降到0.2%、總額平均年成長率提高到4.48%，保險收支成長逆差更由原來的3.35%擴大到4.28%，相當驚人。

剛才有關諮詢委員提到，總額再沒幾年就會破兆，我記得吳榮達委員以前曾推估過，應該可能會提前。更何況依簡報的推估假設看起來，這個數據還沒有包含9月初執政黨呼應承諾65歲以上的長者健保費由政府全額負擔之社會訴求，推估

1年將支出100億元左右，表示目前我們看到的數據，從114年~116年每年都要減少100億元。100億元大約占保險收入的1.23%~1.25%，表示原來的估算基礎如果再加上這個考慮因素，未來3年的保險收入平均年成長率將會是負的，從0.2%掉到剩下-1%，這樣的話收支成長率逆差會再擴大。

4.第4點，附錄第15~16頁「110年~113年健保財務收支情形表」的編表假設未遵法，已經講好幾年了，提供的財務資訊恐怕會有誤導的疑慮。譬如：

(1)說明5.安全準備相關收入不含保險收支之結餘，未遵循健保法第76條第1項規定。

(2)說明6.當年安全準備填補金額也有類似的疑慮，依照健保法第76條第2項規定，保險如果有收支短絀的時候，才可以由安全準備收回來填補。但是我們看到表裡面111年~113年都是結餘，但是在111年、113年有填補安全準備，有結餘還填補，但是其中112年卻又不用填補安全準備，這樣就可以合理解釋健保署的邏輯怪怪的，要請健保署再予釐清。因為你自己重新定義的部分算出來就會邏輯錯誤，沒有辦法自圓其說。

(3)投影片第13張今年新增註3，跟說明7.一樣，強調是以行政院協商確立之法律見解及計算方式來決定政府應提列或增列之安全準備，並用實際營運值代入「應提列或增列之安全準備」。這部分在健保會已經爭議6年多，這邊報告每次都提出來，但是好像都沒有什麼用，既然在這裡徵詢委員意見，還是要拿出來講。這裡就很明顯違反健保法第76條的規範，另外又會衍生出一個疑慮，就是法律上已有規範的內容，再用行政院的協商結論去凌駕於上，這樣有效嗎？請健保署要再思考。

二、第二個議題，依照討論題綱第二點的內容跟國發會今年所提的建言，顯示政府對健保財務現況有相當程度的體認，但是對於

目前的一些作為，我反而感到奇怪：第1點就是剛才提到65歲以上長者的保費由政府全額負擔，這樣1年需編列100億元，現在的財務好像沒有這麼寬裕，而且以前在會中都有提到或請教未來政府還會挹注健保嗎？這是問號，答案大概應該是沒有，沒有挹注的話，以後每1年又要減少100億元，這樣好像又怪怪的，兩者之間有矛盾。

第2點是我從媒體報導看到，當政府稅收超徵的時候，撥補勞保基金由1,000億元提高到1,200億元，多了200億元；公教人員退撫基金113年的缺口為20億元，也撥給它100億元。但是健保財務苦哈哈，除了疫後特別預算撥補200億元外，一毛錢也沒有增加，似乎政府對各基金的角度不大一樣。

以下就針對題綱提供意見，在短期措施節流方面，國發會就健保財務收支嚴重失衡現象提出警訊應該超過5年了，但是在預估未來總額成長時好像都沒有限縮，最近這2年總額成長率雖然稍有降低，是因為非協商因素降低之故，將來總額的數字還會繼續擴大，這邊可以看得出來，健保署在做支出面預估的時候，跟過去談到的方向好像有點不一致。

另外還有工作人口占比下降的問題，它不是只會使得保費收入減少，我比較擔心是中間年齡層負擔得起嗎？這個問題比較重要，去年行政院核定總額範圍及費率諮詢會議時都有提到這個問題，今年7月評核會議評核委員有進一步剖析，但是到目前好像也還沒有進展，只是在蒐集意見，健保署在這個地方是不是可以再努力一點。

所以，節流部分我是建議主責單位應該就已經收到的建議先思考啟動規劃，拋出來做為集思廣益的引子，這樣比較有根據，不是憑空想像而已。

短期開流方面，衛福部若願意做的話，下列幾項應該可以馬上進行：

- (一) 健保法施行細則第45條恢復至二代健保原先立法的內容，修訂施行細則只需要送立法院備查即可，且111年1月衛福部所

提的全民健保財務調整措施也包含這項措施，它可以使保費收入1年增加128億元。

(二)菸捐分配健保安全準備比率雖然日前才預告修正，但是可以重新思考恢復至70%。104年行政院協商會議時，是因為當時健保安全準備突破2,000億元，財務充裕，所以建議將分配比率由70%降到50%；但是現在情境剛好反過來，這2年國家稅收超徵，但是健保財務比較窘困，所以現在修回到70%應該是合情合理，希望衛福部可以主導修法。

(三)政府應負擔健保總經費法定下限36%計算公式的爭議，我個人認為主責單位在計算時都強調是依照協商結論，但是協商結論的第1點就提到法令解釋權是歸主管機關，這點為什麼不強制執行呢？這也是衛福部願意就可以做的事情。

上次在10週年成果及未來展望研討暨共識營有提到，依據我的推估，大家都很清楚記得105年~111年的36%差異數約有973億元，這數字可能要更新一下。因為最近為了今天會議，我找了很多有關健保署、主計總處的相關資料，發現102年到104年也有少，當時是認為說有結餘，算式大概就沒有問題，收入面、支出面算出來的結果應該差不多。

因為我看到111年是結餘113億元，上次有提到也是少了61億元，我就用那個公式重新去算102年到104年這3年，也是少了273億元，所以二代健保施行10年以來，政府應該負擔健保法定下限36%，政府負擔不足的數字需要update，應該是少1,246億元。如果這個爭取到的話，費率上限6%的天花板可以晚幾年修法，所以這一點就請衛福部看願不願意做。不願意做就繼續爭議下去。但是現在很明確，你是違反健保法第76條第1項，把負的數值都代進去，結餘只是0而已，其他還有四項，這幾年其他四項的安全準備都不見了。

(四)第四點，就是前不久在野黨的立委發現今年的稅收好像又會超徵，所以他有提出1個普發現金的政見訴求，如果真是這樣

子的話，衛福部是不是應該留意，是不是應該要強勢一點去爭取。剛剛說到勞保基金都可以多爭200億元、我們中華民國全國教師會理事長侯委員也多爭取到80億元，缺口只有20億元、政府就給100億元啊！我們健保這邊，是不是健保主管單位有機會的話，可以去爭取繼續挹注？

中長期增加保險收入的議題，剛才前面幾位諮詢委員有提到過，這個議題應該已經有很多討論，所以這邊沒有新的意見，我是建議趕快把已經收到的意見整理出來，起而行比較重要，資料應該已經蒐集很多了。如果我印象沒有錯的話，大概106年~107年之間就開始在關心這個議題，平衡費率也是就在講這個問題，應該有很多建議了。

- 三、強化健康投資的構想很好，但效益是不是可以再強化，過去的一些經驗讓健保會委員留下不好的印象，譬如說家醫計畫已經試辦20年、分級醫療做7年，2項投入420億元的預算，好像沒有看到什麼結果，應該要節省醫療費用，應該要有效益及成效。目前衛福部的司署一直推出健康投資，在評估時有效益的節省，但是最後好像都看不到，個人是贊成投資健康，但是要有整體配套，才能說服保險對象，將來要調漲保費時，時間應該會延後也比較容易接受。
- 四、建請健保署應該用保險人的角度積極切入投資健康計畫，提供過去經驗供各司署執行參考，過去看到健保署沒有積極介入國健署的代謝症候群計畫，除提供經驗，還要包括項目間的衡平性及支付標準的衡平性。

【健保會委員】

何代理委員語(陳委員鴻文代理人)

- 一、健保不管是財務充裕或是資金不夠，對健保署或健保會委員都會是困擾。
- 二、剛才羅教授講得非常正確，112年經濟成長率GDP(Gross Domestic Product，國內生產毛額)不會很高，我的推測是1%~1.2%左右，113年獲利分配會下降，目前第3季，所有的上市櫃公司的獲利前面都下降，所以在股利所得預估比112年少10億元，我推測可能不只少10億元，全部補充保費差額是52億元，比112年會差52億元，民間雇主補充保費佔了275億元。未來少子化及老人化愈來愈嚴重，健保收支平衡很困難，要多面向去開拓財源。
- 三、政府的挹注也是未來必須，政府36%差額的短差缺口，105年大概35%，106年34%、107年33%、108年33%、109年31%、110年34%、111年35%，補200億元算是113年才補進來。這缺口大概短差了974億元左右，但是政府一直認為沒有差，希望政府要補這個缺口，提案已經提過8次，希望政府能夠重視。
- 四、明年的經濟第1季是不樂觀，第2季也許好一點，大致上要到第3、4季，可是不要忘了有幾個因素，第一個因素是無法加入RCEP(Regional Comprehensive Economic Partnership，區域全面經濟夥伴協定)、CPTPP(Comprehensive and Progressive Agreement for Trans-Pacific Partnership，跨太平洋夥伴全面進步協定)，美國跟我們正討論雙邊貿易協議，目前還沒有簽署。另外，明年ECFA(Economic Cooperation Framework Agreement，兩岸經濟合作架構協議)清單有2,800多種產品，若大陸取消掉，對台商衝擊影響很大，因為ECFA的清單2,800多項產品來轉銷到東南亞，目前銷大陸的占比最高42%，現在有回穩下來到39%~40%左右，未來整個經濟狀況會看這些國際經濟體架構，

所以在預測上不能不考慮，如果在1/12以前，大陸確定全面取消免收清單2,800多項，台灣的產業是非常慘的。

- 五、另外就是投資收益率低，都是以存款利息而已，沒有什麼投資收益，實際上健保的錢根本不會投資，現在勞動基金投資都有4.8%的收益，還有教師的基金投資也5~6%，但是健保的投資收益率非常低。
- 六、臨終醫療的推動，從去年開始編列3億元，不曉得健保署能不能統計臨終醫療的獎勵投入能夠減少多少健保的支出，還有病人自主權利法已經開始推動，政府應該投入醫師、護理師、心理師、社工師之間的諮詢費用，減少無效醫療的支出，若政府不投資，而是希望爭取健保投入，聽說最近在立法院要爭取健保給付諮詢費用，那是很麻煩的事情，我認為病人自主權利法推動，還有安寧緩和醫療條例的推動應該要減少醫療支出。
- 七、今年7月1日提高醫學中心、區域醫院門診部分負擔，請健保署預估113年會減少多少的健保支出。還有推動檢查的自付額，希望明年選舉完後應該要推動，不要有政治考量，到目前為止，檢查、檢驗還有各種的檢驗的自付額都沒有推動，希望能夠推動，減少健保費用支付。
- 八、預估114、115、116年的總額成長率為4.353%、4.903%、4.189%，都在4%以上，現在基期越滾越大，以前的成長率4%跟現在的成長率4%費用差距非常大，111、112年的成長率才3.320%、3.323%，為什麼要預估4%以上，請慎重考量，不然基期太大，預估的百分比很高，金額差距是很大的。
- 九、114年以後，政府軍公教是否每年應該加薪3%以上，否則如何帶動民間薪資成長？連續8年調整基本工資，每年增加五十幾億元健保費，為了帶動民間薪資成長，政府應帶頭每年調薪3%，連續十年可達30%，這樣的薪資成長才能夠增加健保費的收入。
- 十、政府的公務預算應該要編列投入預防醫學、人民健康教育推廣、老人縮短臥病醫療的支出，達到良好的善終目的，政府的公務

預算應該要投入疾病防治疫苗的施打或減少疾病發生的健康促進才對，能夠縮短臨終在臥病期間的期限，減少醫療浪費的支出，且能夠得到善終。明年度看起來是不必調整費率，後年也不必調整費率，但是政府事先要規劃一些良善的政策並推動，應該多方面開源、多方面節流。

陳委員杰

- 一、肯定113年維持現行的費率5.17%，今年有向行政院爭取200億元撥補預算，維持健保基金正常運作，不需要調高健保費率，但是明年、後年怎麼辦？是不是可以委託所有立委共同關心健保問題，正式提案讓每年都能夠撥補，這樣就不用擔心健保財務的問題。
- 二、健保總額裡面的其他預算(應該是指非屬健保給付之行政經費)，112年是157.79億元，113年相對又增加，等於是去侵蝕到本身健保基金，希望健保署向衛福部爭取公務預算。
- 三、每年調高基本工資，111年、112年、113年增加57、56、52億元，當然裡面有很多包括付費者、資方負擔的健保費用，當然希望能夠妥善運用，幾位學者專家提到開源節流，如何開源、如何節流值得大家省思。醫界一直認為醫療費用長期不足，付費者認為每年都調高健保總額，建議健保署找出平衡點。
- 四、健保法第3條規定，政府每年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的36%，政府是不是有盡到法定責任，足額給健保基金，健保法是經過立法院三讀通過，應該要遵循法律規定去執行。

韓委員幸紋

- 一、討論事項及題綱提到人口高齡化工作人口占比下降，保費收入可能減少，宜提早規劃因應措施，短期開源節流，中長期要增加保險收入及強化健康投資，強化健康投資對我來講是口號，在財務上面應該就是增加支出，短期要節流，長期要增加支出，所以方向到底是什麼？

- 二、我覺得有一個部分要先確認，(二)因為人口高齡化、工作年齡人口占比下降保費收入可能減少等等，所以應該要趕快規劃因應措施，小標1，短期開源節流措施的看法及建議，小標2，中長期如何增加保險收入，這是開源，及強化健康投資，可是強化健康投資對我來講是口號，在財務上面應該就是增加支出，我看這2個題綱就想說短期要節流，長期要增加支出，所以方向到底是什麼？我覺得這件事情還是要先弄清楚，要先有方向，要往哪裡走，譬如說最近剛好正在進行總統選舉，已經有候選人很明確提出希望未來能夠把醫療保健支出占GDP的比率拉到8%，因為這占比裡面有很高部分可能來自於政府，是不是就要開始增加支出，是不是先有一個方向要往哪裡走，然後我們再來決定可能的方案有哪一些，不然我當時看到這部分就覺得有些矛盾。
- 三、針對今天推估的數據，剛才有很多委員提到一個問題，在投影片第4張，大家有發現這幾年特別在保險收入部分有失準的情況，且失準的金額越來越大，是不是推估方法要修正？剛才也有委員提到超徵問題，我上課都用健保的例子跟學生做討論，超徵是什麼意思？就是實際收到跟原本的預估數不一樣，超徵就是實際收入數大於預估數，在政府財政有超徵的情況，就會提到是不是要普發現金？可是健保都沒有討論這問題，因為就放到安全準備。
- 四、當然有一點點情況不同，我覺得以國家整體財政更不應該普發現金，政府很明顯是赤字狀況，舉債的情況，健保財務現在還不錯，是有安全準備的，而且還有相當水平，反而不討論超徵的部分是不是用什麼方式還給大家，政府財政超徵到底要不要普發現金，我先打一個問號，我自己不太覺得現在的財政狀況適合再普發現金。回到剛才大家說，如果真的要發現金，代表有多一筆費用出來，是不是要繼續去爭取挹注健保，當然也會回到剛才幾位老師或委員都有提到的問題，這有時候是雙面刃，對我們來說，好像有一個期盼，如果政府有一些費用可以挹注

健保收入，但確實會使得很多改革腳步往後延，因為沒有急迫性了。很多人都提到勞保多拿了多少錢，為何健保沒有辦法，這是制度上根本的差異，當時勞保設計時就留一個有點像是缺點，就是政府負擔最終責任，可是健保就是因為當時勞保的這個問題，所以做了修正，健保是非常獨立財務的社會保險制度，到底要往好的比還是差的比，我覺得大家可以想一下，這是我自己對於這件事情的看法。

五、我也在考慮模型是否要修正，大家也有看到新聞又有超徵的問題，其實就是預估失準的問題，可是我也不太願意說政府單位不努力，所以估的都不準，實在是這幾年變化太大了，剛才很多委員都提到現在有各式各樣的情況，貿易情況也不同，經濟情勢也不同，所以事實上失準在某種程度上實在是沒有辦法，就是其實要平衡一件事情，模型到底要不要做修正？財政部因為會有超徵問題，而且大家馬上就會叫他普發現金，他們就會很謹慎，在編列預算過程當中，如果有些更即時的數據進來就要盡可能趕快做調整。只是健保目前失準的部分感覺是在補充保險費，雖然失準的金額蠻高，有幾百億元，可是要平衡這個問題，到底要勞師動眾花非常多時間換個新模型，還是有個容許值，其實健保也相對還好，反正真的有類似超徵這個概念，就會回到安全準備，但我覺得可行性及修改模型的成本要做平衡。

六、以目前數據來看今年好像不太需要調整費率，但我還是拋一個議題，因為剛才提到提存的問題，如果之後大家希望費率不要調整這麼快，是不是要考慮在財務相對好的時候，嘗試成立費率平穩基金，像德國長期照顧的例子，但是確實剛才也有提到當健保經費很多的時候，是不是一些項目由健保支付或是抽走經費，其實德國的例子是會限制啟用基金的條件，而且完全是綁財務條件，比如他們去估人口數的問題，到某1年之後會因為人口結構變化，費率一下子跳升很高的時候啟動，這也是可能的制度設計方式。

七、短期方案裡，健保署在回應李永振委員之前問題時，也提到幾個可能的政策方向，比方旅外國民的投保條件是否要做調整，還有部分負擔的改革，或是補充保險費，或是提升強化政府的責任。說句實在話，旅外國民的投保條件改變帶來的財務效果非常少；部分負擔除非真的改成定率，並且大幅拉高部分負擔金額，才會對醫療利用有非常明顯的抑制效果，但是大家又非常擔心這件事情，所以定額制一直走到現在。如果要讓部分負擔真的有比較積極的效果，我覺得怎麼樣處理大家比較擔心的經濟弱勢等等，或者是國外也有不同年齡會有不同的部分負擔比率，有很多委員提到我們已經做完報告很多本了，是不是至少選幾個方案，這幾年財務或收入面真的沒有很大的改革，除了部分負擔有點微調，有關部分負擔的部分，健保署可以再做考量。

八、雖然補充保險費的財務效果還可以，但是長期來講成長率可能有點受限，所以我覺得要再評估長期方案，確實很多委員都提到現在已經有非常多素材，是不是可以從中挑選出一些真的有可行性的來研究，而不是蒐集意見了很多年，可是到現在都沒有提出一些真正的改革方案。

黃委員小娟

一、有關政府撥補的部分，我也要呼應韓幸紋委員的意見，勞保基金跟健保是不一樣，勞保基金在法有明定政府要負最後的支付責任，所以勞保虧損問題一直無法改善。當初在設立健保基金時，制度就是採取社會保險制度，用使用者付費概念，由保險給付來決定保險費率，所以健保財務問題應該要回歸到健保調整機制，不應該倚賴政府撥補。政府這2年為何會撥補240、200億元，主要是考量近期疫情關係、物價通貨膨脹，短期內健保要調漲費率會有困難，所以一次性撥補。長期還是要回到健保制度中的調整機制，或衛福部調整健保財務結構收支，或提出改革措施。

二、針對政府負擔36%的保費差額，首先要說明剛剛講的一次性撥補跟36%完全沒有關係，那個是另外的考量，行政部門絕對都是依法行政，所以政府每年應該負擔36%的差額都有補足。因為剛剛健保署在做報告的時候，也有提到這幾年推估保險費收入都趨於保守，以至於實際保費收入跟預估數差異很大，但最後都會依照實際保費收入計算政府應負擔的差額，舉例說明，105年~109年預決算的差異數是240億元，這部分在110年已經撥補完畢，至於110年、111年確實也是因為保費收入增加的關係，導致政府要撥補的36%差額增加180億元，這180億元也在113年度預算都編足，政府對於36%的差額已經撥補共有1,017億元，所以沒有短撥違法的問題。

三、剛剛有委員提到計算公式的部分，其實衛福部社保司已經提過很多遍就不再贅述，主要是用收入面推估政府應該負擔的36%差額，就跟安全準備沒有關係，因為在健保法第76、78條都沒有明確定義應該提撥的安全準備增列數字是多少，所以最後衛福部才會用收入面去推估，用收入面去推估根本沒有安全準備的問題，雖然委員可能都聽很多遍，所以我想最後再重申一次，希望也是最後一次，最後也要重申政府部門都是依法行政，絕對沒有違法的問題。

吳委員榮達

我們看今天資料，截至112年9月為止，今年的呆帳45.47億元，如果換算成全年度大概是60億元呆帳，成長的狀況是比去年還蠻可觀的，健保財務的收支平衡或費率調整因素是否有把呆帳考量進去。

【健保署回應】

陳組長美杏

在座的專家及委員剛才提到非常多建議，包括開源節流及長期的建議，今天健保署也有相關同仁在場，我們都會帶回署裡。另外針對費率試算結果，李永振委員有特別提醒平均眷口數的部分，因為目前還沒有完成公告程序，如果完成公告程序後數字有變，我們一定

會配合修正。111年、112年差異數比較大是因為補充保險費超出我們的預期，未來是不是有更好的模式，我們同仁一定也會來努力，未來的政策如果有影響到財估部分，我們也會留意並適時更正。

張副組長菊枝

- 一、有委員提到投影片第19張，114年~116年的保險平均收入成長率0.2%，跟114~116年的總額平均成長率的差距，這次的算法跟我們去年的推估有什麼差異，其實在這張投影片有提到，114年~116年保險費平均成長率0.2%，是因為113年有政府撥補的200億元，若把200億元拿掉的話，平均成長率大概有1%，所以差異跟去年估的差距並沒有這麼大。
- 二、投影片第20、21張，專家學者跟委員都有提到，114年之後的3年，付費者跟醫界版本的總額成長率為什麼都還是一樣？因為我們在估計總額成長率的時候是按照低推估的算法，在協商因素部分是採用最近3年非協商因素簡單迴歸，也就是說跟前面幾年沒有直接相關，就像非協商因素是算出來的，跟前面幾年不會有影響，即使113年總額成長率不一樣，是不會影響我後面的推估，就是比較小，所以總額成長率算出來的結果是一樣的。
- 三、有委員詢問為什麼114年~116年的總額成長率都要預估到4%，在投影片第19張，推估總額成長率分兩個因素，「人口結構改變對醫療服務點數之影響率」跟「醫療服務成本指數改變率」等非協商因素再加上協商因素。在非協商因素投保人口成長率差值的部分，114年、115年都要考慮人口差值，115年要補足113年人口的差值，因為113年在協商總額的時候是以111年人口數計算，那時候人口數是比較低的，因為人口回流所以113年人口會增加，以115年來看，總額成長率人口差值就會比較高，所以要補回去，這3年就是因為人口差值的因素，所以總額成長率估起來大概都有4%以上，以上簡要說明。
- 四、呆帳部分其實我們有考慮，在投影片第11張，這數字會比較高，因為會隨著保險收入成長變動。

衛生福利部全民健康保險會

第 6 屆 112 年第 10 次委員會議補充資料目錄

會議時間：112 年 11 月 15 日

一、討論事項

- (一)第一案「113 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」之中全會修正資料(會議資料第 26、42 頁)----- 1
- (二)第二案「全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)審議案」之健保署修正資料(會議資料第 72、75、76~107 頁)---- 3
- (三)第三案「建請政府依法撥補 102 年~111 年政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額，及恢復原健保法施行細則第 45 條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任」之社保司意見(會議資料第 112 頁) ----- 36

二、報告事項

- (一)第一案「111 年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研析報告」之部分簡報資料更正(會議資料第 190、192、197 頁)----- 54

(會議資料第 26、42 頁)

討論事項第一案「113 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案」之中全會修正資料

.....

一、中全會於 112.11.9 以(112)全聯醫總兆字第 0820 號函，修正「113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」肆、預算分配二、(二)風險調整移撥款之分配方式(中全會公文如附件，第 2 頁)。

二、依上開中全會來文，修正會議資料第 42 頁中全會所提建議草案，及第 26 頁說明四(二)風險調整移撥款 2.分配方式，如下劃線處：

(二)風險調整移撥款：

1.提撥方式：自五分區之一般服務預算項下全年移撥 6,000 萬元，由各季提撥 1,500 萬元。

2.分配方式(略以)：

(1)4,000 萬元用於補助點值：逐季使用至預算使用完畢為止，補助其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低分區)；若經費不足，以原計算補助金額乘以折付比例計算。全年預算若有結餘則回歸一般服務費用，依 113 年第 4 季各分區一般預算服務總額占率分配至各區。

(2)2,000 萬元按季均分：撥予當季就醫率最高之分區。

檔 號：
保存年限：

中華民國中醫師公會全國聯合會 函

會址：新北市板橋區民生路一段 33 號 11 樓之 2
電話：(02)2959-4939
傳真：(02)2959-2499
E-mail：tw.tm@msa.hinet.net
承辦人：王逸年 分機：17

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國 112 年 11 月 9 日
發文字號：(112)全聯醫總兆字第 0820 號
速 別：
附 件：

主 旨：修正「113 年度全民健康保險中醫門診醫療給付費用總額一般服務地區預算分配計畫(草案)」肆、預算分配二、風險調整移撥款之提撥及分配(二)分配方式(1)(B)文字為：「其浮動點值以最低分區該季每點支付金額最高補至 0.8 元之差值(但最高不大於點值第二低分區)，當季經費若有結餘，則流用至下季；若當季經費不足時，實際補付金額以原計算補助金額乘以折付比例計算(折付比例=經費/Σ各院補助金額)」，惠請協助辦理，請鑒核。

說 明：

- 一、本會 112 年 10 月 23 日(112)全聯醫總兆字第 0772 號函諒達。
- 二、修正後文字將更加符合本會 112 年 10 月 15 日中醫門診醫療服務審查執行會第 51 次會議意旨。



正本：衛生福利部全民健康保險會
副本：衛生福利部中央健康保險署

理事長 詹永兆

衛生福利部全民健康保險會收發



1123300256

112. 11. 13

(會議資料第72、75、76~107頁)

討論事項第二案「全民健康保險 113 年度保險費率方案(草案)審議案」之健保署修正資料

-
- 一、健保署於 112.11.13 表示配合 113 年保險人公告事項已於今日公告，爰請本會協助抽換簡報及附錄資料(如附件，第 4~35 頁)，
 - 二、本會配合修正會議資料第 75 頁本會補充說明四之(二)113 年財務推估重要數據如下：

113 年度兩案併陳 之總額成長率	維持現行費率 5.17%下， 113 年底之安全準備月數
3.645% (付費者)	<u>2.02</u>
4.672% (醫界)	<u>1.87</u>



全民健康保險113年度 保險費率試算結果(草案) (加公告事項)

衛生福利部中央健康保險署
112年11月15日



簡報大綱

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



法令依據

■全民健康保險法第二十四條(由保險人提請費率審議)

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

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

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

2



諮詢會議意見處理情形及說明

1/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、 <u>有關敏感度分析之假設條件</u> ：進行敏感度分析時，不宜在「假設其他情況不變」前提下，僅以收入、支出本身影響因素增減多少數額或百分比進行分析，宜併同從影響收入、支出的各項外在因素(如：物價、貿易順逆差或經濟成長)切入，分析其變動對保險財務產生之變化，使其分析結果更符合實際情形。	本試算結果中敏感度分析收入面以第1、2類投保金額成長率增減0.5個百分點，及補充保險費增減5%為試算條件，即是考量經濟成長之變動對保險收入的可能影響；至支出面，因保險成本主要受總額成長率影響，又113年總額成長率尚未確定，爰以付費者代表版本及醫界代表版本分別增減0.5個百分點作試算條件。
二、 <u>規劃因應法定費率上限6%之議題</u> ：依健保署推估顯示，在「維持年底安全準備1個月」下(簡報第22、23張)，116年度費率需調整至5.87%~5.92%，已近法定上限6%，惟簡報對未來如何面對法定費率上限6%之問題未予著墨，因其涉及修法，宜有中長期之規劃作為。	依年底安全準備維持一個月保險給付支出預估，117年健保費率將超過法定上限6%，因此，衛福部已成立全民健康保險法修法工作小組，檢討收支重大議題，預為因應。

3



諮詢會議意見處理情形及說明

2/4

諮詢會議意見	處理情形及說明								
<p>三、健保財務狀況</p> <p>表達之一致性：請依一致性原則，將112、113年政府撥補240億元、200億元扣除後，剖析目前健保財務實況，提供委員了解，以利11月份進行費率審議。</p>	若依委員建議將112年240億元及113年200億元之政府額外挹注扣除後，財務試算結果如下：								
	(一) 付費者代表								
	版本	年別	保險費率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
		111年	5.17%	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
		112年(P)	5.17%	7,768	7,782	3.323%	-14	1,035	1.60
		113年(P)	5.17%	7,882	8,017	3.645%	-135	900	1.35
		114年(P)	5.17%	7,971	8,385	4.353%	-413	487	0.70
		115年(P)	5.17%	8,065	8,817	4.903%	-752	-265	-0.36
		116年(P)	5.17%	8,131	9,204	4.189%	-1,073	-1,338	-1.74
		年別	保險費率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
		111年	5.17%	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
		112年(P)	5.17%	7,768	7,782	3.323%	-14	1,035	1.60
		113年(P)	5.17%	7,882	8,102	4.672%	-220	815	1.21
		114年(P)	5.17%	7,970	8,473	4.353%	-504	311	0.44
	115年(P)	5.17%	8,062	8,910	4.903%	-849	-538	-0.72	
	116年(P)	5.17%	8,126	9,301	4.189%	-1,175	-1,713	-2.21	

4



諮詢會議意見處理情形及說明

3/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
<p>四、請釐清、說明簡報相關問題如下：</p> <p>(1) 113年度推估所採用的平均眷口數，仍採112年度適用的0.57人是否妥當？</p> <p>(2) 112年補充保費670億元是否低估？其將進而影響113年度補充保費之推估值。</p> <p>(3) 簡報第19張平衡費率試算假設中，保險收入與總額平均年成長率逆差4.28%，較去年3.35%為高，以此趨勢，未來收支失衡情況恐更加惡化，國發會對此現象示警已超過5年以上，卻只停留在討論階段。</p> <p>(4) 附錄第15、16頁110年~113年健保財務收支情形表之編表假設未符法遵，提供之財務資訊恐有誤導之虞。</p> <p>(5) 資料顯示，截至112年9月為止，呆帳累計達45.47億元，推估全年度呆帳可能達到60億元，請說明在保險收入公式中如何推估呆帳金額。</p>	<p>一、有關113年度保險人公告事項已完成公告程序，爰本試算結果(草案)之平均眷口數，係依113年公告之0.56人進行估算。</p> <p>二、112年補充保險費係以112年上半年實際數相較去年同期成長情形推估，惟考量全球經濟前景仍不樂觀，且公開發行公司公布之下半年股利分派情形較去年同期減少，爰下修下半年之成長情形。</p> <p>三、若排除113年特別預算撥補健保基金200億元之影響，114年至116年保險收入與總額平均年成長率逆差為3.48%，與去年相差不大；針對收支結構失衡問題，本署配合衛福部持續研擬各項可能之財務改善配套措施，且衛福部已成立全民健康保險法修法工作小組，檢討收支重大議題，為健保長期財務預做準備。</p> <p>四、有關健保財務收支情形表說明如下：</p> <p>(一) 為呈現當年保險收支餘絀情形，將該項單獨列出，爰該表之安全準備相關收入不含保險收支結餘數。</p> <p>(二) 當年安全準備填補金額，則係為呈現保險費相關收入不足支應保險成本時，須以安全準備填補之金額。</p> <p>五、原簡報第11張投影片(本簡報第15張投影片)，呆帳提列隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長情形推估。</p>

5



諮詢會議意見處理情形及說明

4/4

諮詢會議意見	處理情形及說明
五、審慎考量財務推估採用之總額成長率：111年、112年總額成長率皆為3.32%左右，然健保署推估114年~116年財務收支所用的成長率皆超出4%，該推估涉及總額基期大小，目前基期逐年成長，宜審慎考量推估所採用的總額成長率，否則金額差距會很大。	114~116年總額成長率較高，係因疫後投保人口回流，致人口校正值較高之故。

6



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
111年1月	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由24,000元調整為25,250元	57億元
	軍公教人員待遇調升4%	12億元
111年7月	投保金額分級表由46級調整為51級，上限調整為219,500元	25億元
112年1月	平均眷口數由0.58人調整為0.57人	-19億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由25,250元調整為26,400元 行政院主計總處為因應健保安全準備不足部分，112年撥補全民健康保險基金240億元	56億元 240億元
112年7月	修正保險對象門診藥品及急診應自行負擔費用	33億元
113年1月	平均眷口數由0.57人調整為0.56人	-21億元
	因應基本工資調整，投保金額分級表第一級由26,400元調整為27,470元	52億元
	軍公教人員待遇調升4% 「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元	12億元 200億元

7



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
111年	保險收入	7,603	7,444	160	2.15%
	保險成本	7,491	7,529	-38	-0.51%
112年	保險收入	8,009	7,703	306	3.98%
	保險成本	7,782	7,792	-11	-0.14%

註：1、112年度保險費率方案(草案)資料依同年度核定之醫療給付費用總額成長率調整。

2、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。

■差異原因說明

◎111年保險收入「實際數」較「前一年預估數」增加160億元，主要係補充保險費下半年收繳金額較原預估增加，連帶使政府應負擔健保總經費及整體保費收入增加。

◎112年保險收入「最新預估數」較「前一年預估數」增加306億元，主要因112年投保金額及補充保險費原以疫情前之成長趨勢推估，再加上本國籍人口原參考國發會人口推估報告於113年始有較大幅的回流，非本國籍人口亦假設113年有較大幅的增加，惟實際人口部分已提早於112年回流，致一般保險費及補充保險費均低估，連帶使政府應負擔健保總經費及整體保費收入低估。

8



平衡費率計算公式

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

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

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

◎t：推估年數

◎r：t年之一般保險費平衡費率

■ B_t ：t年之保險成本

■ ΔS_t ：t年之保險收支餘絀

◎ S_t ：t年底之安全準備餘額

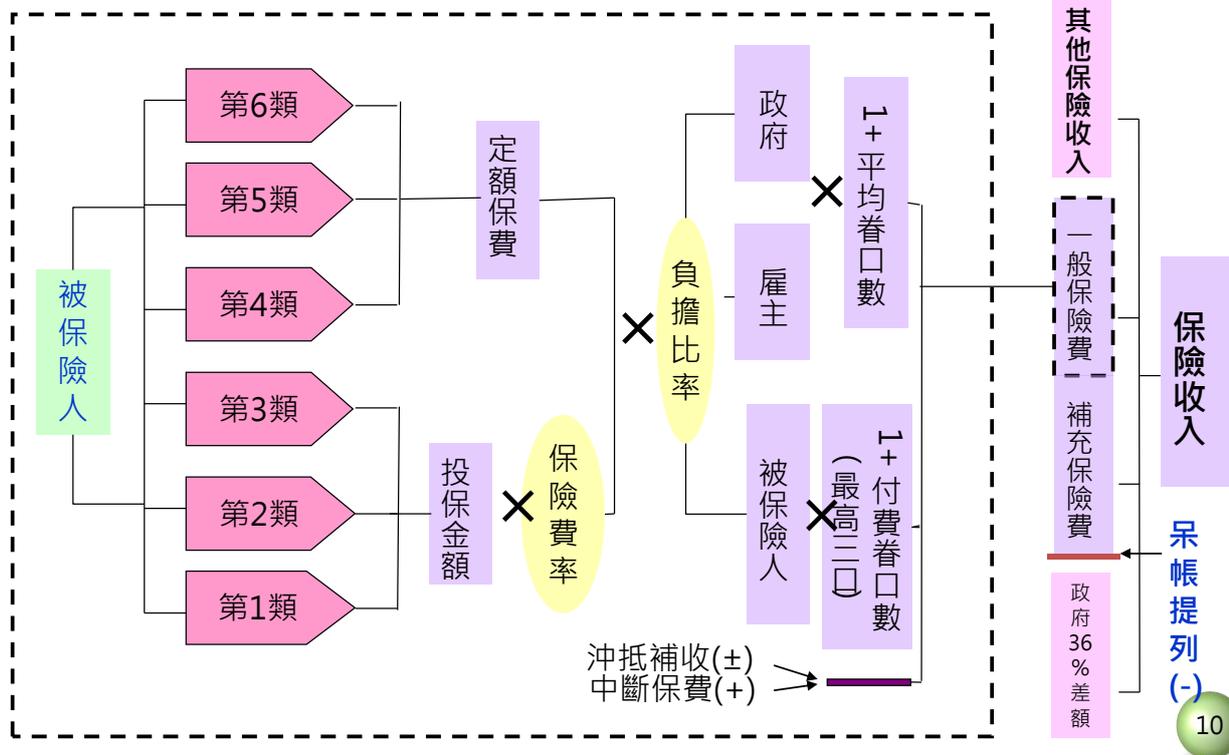
註：保險收入含保險費收入及其他保險收入，保險費收入如一般保險費、補充保險費及政府負擔不足法定36%之差額，其他保險收入如滯納金、菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。

9



推估方法-保險收入

註：其他保險收入如滯納金、於品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入及其他收入。



推估方法-一般保險費^{1/5}

- 投保人口成長率：拆分本國籍人口及非本國籍人口，112年保險對象人數以1至6月實際數推估，113年起依下列分別進行推估：
 - ◎本國籍保險對象，參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022至2070年)」報告中推估結果之年底人口數換算為年中人口數成長率推估，另考量因疫情趨緩致人口回流較原預估提早，校正113-114年年中人口數成長率。
 - ◎非本國籍保險對象，依外籍人士投保人數歷史趨勢推估。

年別	年中現住人口 (內政部/國發會)	保險對象				
		小計		本國籍		非本國籍
		人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)	成長率(%)	人數(萬人)
109年	-0.05	2,395	0.10	2,309	0.07	85
110年	-0.47	2,388	-0.28	2,304	-0.24	84
111年	-1.00	2,371	-0.73	2,288	-0.67	82
112年(預估)	0.66	2,376	0.25	2,289	0.02	88
113年(預估)	0.53	2,388	0.49	2,294	0.24	94

說明：1、年中現住人口，111年(含)以前為內政部統計資料，109年至111年呈現負成長主要係受自然增加及社會增加皆為負成長所致，112年為內政部當年1至7月統計資料預估，113年則為國發會推估資料。
 2、112年保險對象人數以1至6月實際數推估。
 3、109年至111年本國籍保險對象人數成長率均高於現住人口成長率，主要係受疫情影響出國停保人數減少所致；112年及113年本國籍保險對象人數成長率均低於現住人口成長率，112年主要係受疫情趨緩、國際邊境管制放寬影響，出國停保人數大增所致；113年主要係因疫情趨緩致人口回流較原預估提早，校正現住人口成長率所致。



推估方法-一般保險費_{2/5}

■被保險人與眷屬人數比率

◎眷屬人數按年齡層區分為0~19歲、20~64歲及65歲以上等3組

- ✓「民法」修正第12條條文將成年年齡由20歲下修為18歲，經總統於110年1月13日修正公布後，並於112年1月1日施行
- ✓依健保法第2條第2款第3目規定略以：「成年無謀生能力或仍在學就讀且無職業者」得為眷屬
- ✓高三生(18~19歲)仍屬我國十二年國民基本教育範圍，且畢業未滿1年且未就職的成年人得以眷屬身分加保

◎依據過去歷史資料並參考國家發展委員會「中華民國人口推估(2022至2070年)」報告中，同年齡層之人口未來趨勢推估

年別	被保險人人數占率(%)	眷屬人數占率(%)
109年	66.94	33.06
110年	67.25	32.75
111年	67.67	32.33
112年(預估)	68.08	31.92
113年(預估)	68.18	31.82

說明：112年眷屬人數占率以1至6月實際數預估。

12



推估方法-一般保險費_{3/5}

■保險對象投保類別結構

依各類保險對象人數之變動趨勢及政府施政政策目標作為假設推估基礎 單位：%

年別	被保險人人數占率						眷屬人數占率			
	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	第1類	第2類	第3類	第6類
109年	57.28	14.62	8.96	0.60	1.80	16.73	63.20	15.73	8.45	12.62
110年	57.75	14.76	8.75	0.55	1.78	16.42	63.82	15.87	8.16	12.15
111年	58.49	14.82	8.50	0.56	1.75	15.87	64.67	15.92	7.89	11.52
112年(預估)	58.97	14.54	8.15	0.56	1.68	16.11	65.19	15.75	7.53	11.52
113年(預估)	59.33	14.44	7.91	0.54	1.66	16.12	65.81	15.63	7.22	11.34

說明：

- 1、112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，110年及111年占率上升，係受疫情影響，部分第1類被保險人移轉至是類所致；112年起回歸疫情前遞減趨勢。
- 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，主要係受少子化影響；另針對94年次以後出生之役男自113年起兵役延長為1年政策，假設其畢業後方服兵役，預估政策影響年度為116年以後。
- 6、第5類被保險人人數占率逐年降低，係因每年重新審核其資格，而不符合資格者為脫貧或轉入中低收入戶所致。
- 7、第6類被保險人人數110年及111年占率下降，主要係受保險對象因疫情戶籍遷出國外導致退保人數有略增所致，112年起因戶籍被遷遷出者陸續回復戶籍，致占率增加。
- 8、第4類及第5類均限以被保險人身分加保，因此該兩類投保類別無眷屬人數占率。

13



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
109年	44,668	27,641	24,000	1,785	1,785	1,249
110年	45,458	27,509	24,000	1,825	1,825	1,377
111年	47,206	28,403	25,250	1,839	1,839	1,377
112年(預估)	48,538	29,263	26,400	2,063	2,063	1,377
113年(預估)	49,792	30,010	27,470	2,160	2,160	1,377

說明：1、112年平均投保金額及定額保險費以1至6月實際數預估。
2、113年已納入基本工資調升及軍公教調薪之影響。

14



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

15



推估方法-補充保險費

■各補充保險費依歷史資料推估。

單位：億元

年別	投保單位負擔		高額獎金	非所屬投保單位給付之薪資所得(兼職所得)	執行業務收入	股利所得	利息所得	租金收入	合計
	政府為雇主	民營雇主							
109年	46	214	64	18	8.1	88	5.4	28	473
110年	51	264	89	21	9.8	110	4.8	31	582
111年	50	321	123	24	10.0	167	5.9	33	734
112年(預估)	50	306	106	24	9.9	130	10.1	35	670
113年(預估)	51	276	92	23	10.5	120	9.7	35	618

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、112年各補充保險費項目以1至6月實際數預估，另股利參考公開發行公司公布之1至9月股利分派情形進行預估。
- 3、111年補充保險費增加，係因110年經濟成長率較高，111年企業發放獎金及股利較多所致。
- 4、110年補充保險費增加，係因該年經濟成長率較高，企業發放獎金及股利較多，及受費率由1.91%調升為2.11%所致。
- 5、利息所得補充保險費自111年起增加，主要係受我國中央銀行升息所致。
- 6、113年補充保險費減少，係考量全球經濟前景仍不樂觀，延續112年趨勢下修推估。
- 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。

16



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1}

政府應負擔保險總經費^{註2}
 = [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備^{註3}) - 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會議第33次全體委員會議結論，健保法施行細則第45條規定納入7項中央政府已實質負擔保險費，並自105年起施行；另因應衛福部公告「災區受災全民健康保險保險對象保險費及就醫費用補助辦法」，加計災民保費補助項目。

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

註3：依行政院協商確立之法律見解及計算方式，「應提列或增列之安全準備」以實際營運值計算。

17



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

依預估當年1至6月實際數定值推估。

■ 菸品健康福利捐分配收入

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

■ 投資收益率

依健保可運用資金流量趨勢，並參考現行可運用投資工具利率趨勢推估。

■ 其他收入

主要為呆帳收回及過期帳，隨應收保險費收入(不含政府負擔)成長率推估。

18



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 (%)
109年	4.67	15	144	11	0.59
110年	4.45	15	146	12	0.33
111年	5.22	14	140	13	0.57
112年(預估)	5.35	16	135	254	1.31
113年(預估)	5.47	16	133	215	1.31

說明：

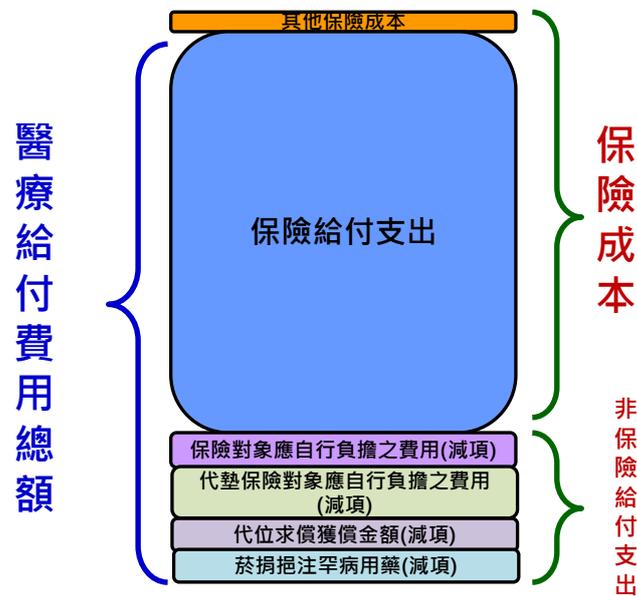
- 1、112年其他保險收入以1至6月實際數預估。
- 2、110年滯納金減少，係受保險費緩繳政策影響，致110年部分滯納金遞延至111年。
- 3、其他收入主要為呆帳收回及過期帳，其中，112年含括行政院主計總處因應健保安全準備不足部分，撥補全民健康保險基金240億元；113年含括「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元。

19



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



20



推估方法-非保險給付支出

■ 保險對象應自行負擔之費用

以歷史平均成長趨勢推估

■ 代墊保險對象應自行負擔之費用

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

◎ 參考本報告推估未來人口趨勢及個別項目歷史醫療利用狀況推估

■ 代位求償獲償金額

參考目前求償原則之獲償金額定值推估

■ 菸捐挹注罕病用藥

依收入面推估菸品健康福利捐之課徵金額，按目前受配比率推估

21



推估方法-保險成本

◎113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3.645%及醫界版代表4.672%。

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)	
109年	7,526	5.237%	7.65%	6,954	
110年	7,836	4.107%	7.22%	7,274	
111年	8,096	3.320%	7.52%	7,491	
112年(預估)	8,364	3.323%	7.01%	7,782	
113年(預估)	3.645% (付費者代表版)	8,667	3.645%	7.52%	8,017
	4.672% (醫界代表版)	8,753	4.672%	7.46%	8,102

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。

22



平衡費率試算假設、方式及結果^{1/5}

試算假設及方式

■計算平衡費率之假設條件

◎醫療給付費用總額成長率：

□113年暫依9/22協商結果分別為付費者代表版本3.645%及醫界代表版本4.672%

□114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估

✓非協商因素：

➢醫療服務成本指數改變率：以近5年(109年至113年)採計之平均值推估

➢人口結構改變對醫療服務點數之影響率：參考國發會人口資料，隨人口變動

➢投保人口預估成長率：採收入面推計結果

➢一般服務總費用占率：以近5年(109年至113年)採計之移動平均推估

➢投保人口成長率差值：採收入面投保人口預估數差值校正

✓協商因素：

➢協商調整因素：近3年(110年至112年)之非協商及協商因素資料採簡單迴歸分析推估

◎114~116年保險收入平均年成長率：0.2%

(113年特別預算案撥補健保基金200億元，若排除此項因素後，平均年成長率為1.0%)

◎114~116年總額平均年成長率：4.48%

23



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

◎113年保險收支累計結餘約1,347億元(約當2.02個月保險給付支出)。

◎115年保險收支累計結餘不足1個月保險給付支出。

◎116年安全準備用罄，保險收支累計發生短絀。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.13%	5.17%	-	8,087	8,017	3.645%	70	1,347	2.02
114年(P)	5.45%	5.17%	-	7,978	8,385	4.353%	-407	940	1.35
115年(P)	5.66%	5.17%	-	8,071	8,817	4.903%	-746	194	0.26
116年(P)	5.85%	5.17%	-	8,139	9,204	4.189%	-1,065	-871	-1.14

註1：113年度總額成長率採3.645%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

24



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

◎113年保險收支累計結餘約1,261億元(約當1.87個月保險給付支出)。

◎115年安全準備用罄，保險收支累計發生短絀。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.19%	5.17%	-	8,087	8,102	4.672%	-16	1,261	1.87
114年(P)	5.50%	5.17%	-	7,976	8,473	4.353%	-497	764	1.08
115年(P)	5.72%	5.17%	-	8,068	8,910	4.903%	-842	-78	-0.11
116年(P)	5.91%	5.17%	-	8,134	9,301	4.189%	-1,167	-1,246	-1.61

註1：113年度總額成長率採4.672%，114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年，主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

25



平衡費率試算假設、方式及結果^{2/5} 依「年底安全準備1個月」推估(付費者代表版本)

◎115年保險費率由5.17%調整為5.53%。

◎116年保險費率再調整為5.87%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.13%	5.17%	-	8,087	8,017	3.645%	70	1,347	2.02
114年(P)	5.45%	5.17%	-	7,978	8,385	4.353%	-407	940	1.35
115年(P)	5.66%	5.53%	6.96%	8,623	8,817	4.903%	-194	746	1.02
116年(P)	5.85%	5.87%	6.15%	9,233	9,204	4.189%	29	774	1.01

註1：113年度總額成長率採3.645%·114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年·主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

26



平衡費率試算假設、方式及結果^{3/5} 依「年底安全準備1個月」推估(醫界代表版本)

◎115年保險費率由5.17%調整為5.71%。

◎116年保險費率再調整為5.94%。

年別	當年 平衡費率	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀 (億元)	保險收支 累計餘絀 (億元)	約當保險 給付支出 月數(月)
111年	-	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112年(P)	-	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113年(P)	5.19%	5.17%	-	8,087	8,102	4.672%	-16	1,261	1.87
114年(P)	5.50%	5.17%	-	7,976	8,473	4.353%	-497	764	1.08
115年(P)	5.72%	5.71%	10.44%	8,894	8,910	4.903%	-16	747	1.01
116年(P)	5.91%	5.94%	4.03%	9,337	9,301	4.189%	36	783	1.01

註1：113年度總額成長率採4.672%·114年起依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註2：114年保險收入低於113年·主要係因113年特別預算案撥補健保基金200億元所致。

27



敏感度分析及試算-敏感度分析

	低推估	高推估
收入面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年起第1、2類被保險人投保金額成長率減少0.5個百分點 ✓ 113年起補充保險費金額減少5% 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年起第1、2類被保險人投保金額成長率增加0.5個百分點 ✓ 113年起補充保險費金額增加5%
支出面	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 113年度醫療給付費用總額成長率付費者版本增加0.5個百分點(4.145%) ✓ 113年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 112年度醫療給付費用總額成長率醫界版本減少0.5個百分點(4.172%)

28



敏感度分析及試算-試算結果

假設條件		於維持保險費率5.17%下	
		預估113年安全準備增減金額	本假設與基本假設安全準備月數之差異
收入面	113年起第1、2類被保險人投保金額成長率增減0.5個百分點	30億元	增減0.05個月
	113年起補充保險費金額增減5%	45億元	增減0.07個月
支出面	113年度醫療給付費用總額成長率增減0.5個百分點	42億元	增減0.07個月
	113年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8億元未動支	8億元	增加0.01個月

29



結論

- 112年底保險收支累計結餘預估為1,277億元(約當1.97個月保險給付支出)。
- 113年在維持現行費率5.17%，並納入軍公教調薪4%、「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元，以及基本工資調整為27,470元，醫療給付費用總額成長率分別以下列版本試算，預估當年底保險收支累計結餘皆逾1個月保險給付支出：
 - ◎**付費者代表版本3.645%**
 - ★113年底保險收支累計結餘約為1,347億元(約當2.02個月保險給付支出)。
 - ◎**醫界代表版本4.672%**
 - ★113年底保險收支累計結餘約為1,261億元(約當1.87個月保險給付支出)。
- 以上試算結果，提請討論。

目次

一、敏感度分析說明.....	第 21 頁
二、敏感度分析試算表.....	第 22 頁
(一)113 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 3.645%.....	第 22 頁
1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點.....	第 22 頁
2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點.....	第 23 頁
3、113 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 24 頁
4、113 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 25 頁
5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支.....	第 26 頁
(二)113 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版本 4.672%.....	第 27 頁
1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點.....	第 27 頁
2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點.....	第 28 頁
3、113 年起補充保險費金額減少 5%.....	第 29 頁
4、113 年起補充保險費金額增加 5%.....	第 30 頁
5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支.....	第 31 頁
(三)113 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點.....	第 32 頁
三、110 年至 113 年健保財務收支情形表.....	第 34 頁

一、敏感度分析說明

(一)分別以 113 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 3.645%及醫界代表版本 4.672%，試算下列假設條件以及 113 年起每年安全準備皆維持 1 個月之結果：

1、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點。

2、113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點。

3、113 年起補充保險費金額減少 5%。

4、113 年起補充保險費金額增加 5%。

5、113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支。

(二)分別以 113 年度醫療給付費用總額成長率付費者代表版本 3.645%及醫界代表版本 4.672%，試算增減 0.5 個百分點之結果。

二、敏感度分析試算表：

(一)113 年度醫療給付費用總額成長率以付費者代表版本 3.645%

1.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,057	8,017	3.645%	40	1,316	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,916	8,385	4.353%	-469	847	1.21
115 年(P)	5.17%	-	7,977	8,817	4.903%	-841	6	0.01
116 年(P)	5.17%	-	8,010	9,204	4.189%	-1,194	-1,188	-1.55

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,057	8,017	3.645%	40	1,316	1.97
114 年(P)	5.17%	-	7,916	8,385	4.353%	-469	847	1.21
115 年(P)	5.66%	9.48%	8,717	8,817	4.903%	-100	747	1.02
116 年(P)	5.96%	5.30%	9,242	9,204	4.189%	20	767	1.00

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,118	8,017	3.645%	100	1,377	2.06
114 年(P)	5.17%	-	8,040	8,385	4.353%	-345	1,032	1.48
115 年(P)	5.17%	-	8,167	8,817	4.903%	-650	382	0.52
116 年(P)	5.17%	-	8,270	9,204	4.189%	-934	-552	-0.72

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,118	8,017	3.645%	100	1,377	2.06
114 年(P)	5.17%	-	8,040	8,385	4.353%	-345	1,032	1.48
115 年(P)	5.40%	4.45%	8,521	8,817	4.903%	-296	737	1.00
116 年(P)	5.79%	7.22%	9,249	9,204	4.189%	44	781	1.02

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 113 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,043	8,017	3.645%	25	1,302	1.95
114 年(P)	5.17%	-	7,932	8,385	4.353%	-453	849	1.22
115 年(P)	5.17%	-	8,024	8,817	4.903%	-793	56	0.08
116 年(P)	5.17%	-	8,090	9,204	4.189%	-1,114	-1,057	-1.38

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,043	8,017	3.645%	25	1,302	1.95
114 年(P)	5.17%	-	7,932	8,385	4.353%	-453	849	1.22
115 年(P)	5.62%	8.70%	8,708	8,817	4.903%	-110	740	1.01
116 年(P)	5.91%	5.16%	9,239	9,204	4.189%	35	774	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4.自 113 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,132	8,017	3.645%	115	1,391	2.08
114 年(P)	5.17%	-	8,023	8,385	4.353%	-361	1,030	1.47
115 年(P)	5.17%	-	8,118	8,817	4.903%	-699	331	0.45
116 年(P)	5.17%	-	8,188	9,204	4.189%	-1,016	-685	-0.89

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,132	8,017	3.645%	115	1,391	2.08
114 年(P)	5.17%	-	8,023	8,385	4.353%	-361	1,030	1.47
115 年(P)	5.44%	5.22%	8,533	8,817	4.903%	-284	746	1.02
116 年(P)	5.84%	7.35%	9,235	9,204	4.189%	31	777	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

5. 113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,009	3.645%	78	1,355	2.03
114 年(P)	5.17%	-	7,978	8,385	4.353%	-407	948	1.36
115 年(P)	5.17%	-	8,071	8,817	4.903%	-746	202	0.28
116 年(P)	5.17%	-	8,139	9,204	4.189%	-1,065	-863	-1.13

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,009	3.645%	78	1,355	2.03
114 年(P)	5.17%	-	7,978	8,385	4.353%	-407	948	1.36
115 年(P)	5.52%	6.77%	8,606	8,817	4.903%	-212	736	1.00
116 年(P)	5.88%	6.52%	9,246	9,204	4.189%	42	778	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(二)113 年度醫療給付費用總額成長率以醫界代表版 4.672%

1.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率減少 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,056	8,102	4.672%	-46	1,231	1.82
114 年(P)	5.17%	-	7,914	8,473	4.353%	-559	671	0.95
115 年(P)	5.17%	-	7,973	8,910	4.903%	-937	-266	-0.36
116 年(P)	5.17%	-	8,005	9,301	4.189%	-1,297	-1,562	-2.02

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,056	8,102	4.672%	-46	1,231	1.82
114 年(P)	5.20%	0.58%	7,958	8,473	4.353%	-516	715	1.01
115 年(P)	5.81%	11.73%	8,941	8,910	4.903%	30	745	1.00
116 年(P)	6.00%	3.27%	9,286	9,301	4.189%	-15	730	0.94

註 1：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

註 2：116 年為 6.03%(調幅 3.79%)，超過法定上限 6%，以 6%計算。

2.自 113 年起第 1、2 類被保險人投保金額成長率增加 0.5 個百分點

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,117	8,102	4.672%	15	1,292	1.91
114 年(P)	5.17%	-	8,038	8,473	4.353%	-435	856	1.21
115 年(P)	5.17%	-	8,164	8,910	4.903%	-746	110	0.15
116 年(P)	5.17%	-	8,265	9,301	4.189%	-1,036	-926	-1.20

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,117	8,102	4.672%	15	1,292	1.91
114 年(P)	5.17%	-	8,038	8,473	4.353%	-435	856	1.21
115 年(P)	5.58%	7.93%	8,800	8,910	4.903%	-111	746	1.00
116 年(P)	5.84%	4.66%	9,331	9,301	4.189%	29	775	1.00

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

3.自 113 年起補充保險費金額減少 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,042	8,102	4.672%	-60	1,217	1.80
114 年(P)	5.17%	-	7,930	8,473	4.353%	-543	673	0.95
115 年(P)	5.17%	-	8,021	8,910	4.903%	-889	-216	-0.29
116 年(P)	5.17%	-	8,085	9,301	4.189%	-1,216	-1,432	-1.85

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,042	8,102	4.672%	-60	1,217	1.80
114 年(P)	5.17%	-	7,930	8,473	4.353%	-543	673	0.95
115 年(P)	5.80%	12.19%	8,981	8,910	4.903%	71	744	1.00
116 年(P)	5.97%	2.93%	9,333	9,301	4.189%	32	776	1.00

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

4.自 113 年起補充保險費金額增加 5%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,131	8,102	4.672%	29	1,306	1.93
114 年(P)	5.17%	-	8,022	8,473	4.353%	-452	854	1.21
115 年(P)	5.17%	-	8,115	8,910	4.903%	-795	59	0.08
116 年(P)	5.17%	-	8,183	9,301	4.189%	-1,118	-1,059	-1.37

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,131	8,102	4.672%	29	1,306	1.93
114 年(P)	5.17%	-	8,022	8,473	4.353%	-452	854	1.21
115 年(P)	5.62%	8.70%	8,806	8,910	4.903%	-105	749	1.01
116 年(P)	5.91%	5.16%	9,344	9,301	4.189%	43	792	1.02

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

5. 113 年「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8 億元未動支

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,094	4.672%	-7	1,269	1.88
114 年(P)	5.17%	-	7,976	8,473	4.353%	-497	772	1.09
115 年(P)	5.17%	-	8,068	8,910	4.903%	-842	-70	-0.09
116 年(P)	5.17%	-	8,134	9,301	4.189%	-1,167	-1,237	-1.60

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率 成長率	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額 成長率	保險收支 餘絀(億元)	保險收支累計 餘絀(億元)	約當保險給付 支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,094	4.672%	-7	1,269	1.88
114 年(P)	5.17%	-	7,976	8,473	4.353%	-497	772	1.09
115 年(P)	5.71%	10.44%	8,894	8,910	4.903%	-16	756	1.02
116 年(P)	5.93%	3.85%	9,323	9,301	4.189%	22	778	1.00

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(三)113 年度醫療給付費用總額成長率增減 0.5 個百分點

1. 113 年度醫療給付費用總額成長率 4.145%

(1)依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,059	4.145%	28	1,305	1.94
114 年(P)	5.17%	-	7,977	8,428	4.353%	-451	854	1.22
115 年(P)	5.17%	-	8,070	8,863	4.903%	-793	61	0.08
116 年(P)	5.17%	-	8,137	9,251	4.189%	-1,115	-1,054	-1.37

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2)依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,059	4.145%	28	1,305	1.94
114 年(P)	5.17%	-	7,977	8,428	4.353%	-451	854	1.22
115 年(P)	5.62%	8.70%	8,757	8,863	4.903%	-106	748	1.01
116 年(P)	5.91%	5.16%	9,292	9,251	4.189%	40	788	1.02

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

2. 113 年度醫療給付費用總額成長率 4.172%

(1) 依「現行費率 5.17%」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,061	4.172%	26	1,303	1.94
114 年(P)	5.17%	-	7,977	8,430	4.353%	-453	849	1.21
115 年(P)	5.17%	-	8,070	8,865	4.903%	-795	54	0.07
116 年(P)	5.17%	-	8,137	9,254	4.189%	-1,117	-1,063	-1.38

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

(2) 依「年底安全準備 1 個月」推估

年別	保險費率	保險費率成長率	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率	保險收支餘絀(億元)	保險收支累計餘絀(億元)	約當保險給付支出月數(月)
111 年	5.17%	-	7,603	7,491	3.320%	113	1,049	1.68
112 年(P)	5.17%	-	8,009	7,782	3.323%	228	1,277	1.97
113 年(P)	5.17%	-	8,087	8,061	4.172%	26	1,303	1.94
114 年(P)	5.17%	-	7,977	8,430	4.353%	-453	849	1.21
115 年(P)	5.62%	8.70%	8,757	8,865	4.903%	-108	741	1.00
116 年(P)	5.91%	5.16%	9,291	9,254	4.189%	37	778	1.01

註：114 年起總額成長率依非協商及協商因素之歷史趨勢推估。

三、110年至113年健保財務收支情形表

(113年度總額成長率採付費者代表版本3.645%)

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,667
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	3.645%
保險成本	7,274	7,491	7,782	8,017
保險成本成長率	4.60%	2.98%	3.89%	3.02%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	7.01%	7.52%
保險收入	7,119	7,603	8,009	8,087
保險收入成長率	13.39%	6.81%	5.34%	0.97%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,836	7,915
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,638	7,758
1.一般保險費	5,663	5,857	6,067	6,242
2.補充保險費	582	734	670	618
3.政府負擔不足法定36%之差額	745	883	900	898
(二)其他收入	-42	-39	199	157
二、安全準備相關收入	171	169	173	172
當年安全準備填補金額	326	56	0	102
當年保險收支餘絀	-155	113	228	70
保險收支累計餘絀	936	1,049	1,277	1,347
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.97	2.02

製表日期：112.10.23

說明：1、112年起以「全民健康保險113年度保險費率試算結果(草案)」資料之假設為基礎進行推估。

2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。

3、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。

4、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)。

5、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，惟不含保險收支之結餘。

6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。

7、113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。

8、目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算。

9、已納入113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響、113年1月起基本工資調整為27,470元(一年52億元)及軍公教調薪4%(一年12億元)之財務影響。

10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(113年度總額成長率採醫界代表版本4.672%)

單位：億元

項目	110年	111年	112年	113年
	決算數		預估數	
醫療給付費用總額	7,836	8,096	8,364	8,753
總額成長率	4.107%	3.320%	3.323%	4.672%
保險成本	7,274	7,491	7,782	8,102
保險成本成長率	4.60%	2.98%	3.89%	4.12%
非保險給付占率	7.22%	7.52%	7.01%	7.46%
保險收入	7,119	7,603	8,009	8,087
保險收入成長率	13.39%	6.81%	5.34%	0.96%
一、保險費相關收入	6,948	7,435	7,836	7,915
(一)保險費收入	6,990	7,474	7,638	7,758
1.一般保險費	5,663	5,857	6,067	6,242
2.補充保險費	582	734	670	618
3.政府負擔不足法定36%之差額	745	883	900	898
(二)其他收入	-42	-39	199	157
二、安全準備相關收入	171	169	173	171
當年安全準備填補金額	326	56	0	187
當年保險收支餘絀	-155	113	228	-16
保險收支累計餘絀	936	1,049	1,277	1,261
約當保險給付支出月數	1.55	1.68	1.97	1.87

製表日期：112.10.23

說明：1、112年起以「全民健康保險113年度保險費率試算結果(草案)」資料之假設為基礎進行推估。

2、保險收入=保險費相關收入(保險費收入+其他收入)+安全準備相關收入。

3、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。

4、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)。

5、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，惟不含保險收支之結餘。

6、當年安全準備填補金額，係指運用安全準備(前一年累計餘絀，加計當年安全準備相關收入)填補當年保險費相關收入與保險成本間發生短絀之金額。

7、113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。

8、目前所擬之113年度全民健康保險醫療給付費用總額，係依113年度總額基期淨值約8,362.32億元為基期進行計算。

9、已納入113年「中央政府疫後強化經濟與社會韌性及全民共享經濟成果特別預算案」撥補全民健康保險基金200億元對健保財務之影響、113年1月起基本工資調整為27,470元(一年52億元)及軍公教調薪4%(一年12億元)之財務影響。

10、部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與細數之間，容有未能完全吻合情況。

(會議資料第112頁)

討論事項第三案「建請政府依法撥補102年~111年政府應負擔健保總經費法定下限36%差額，及恢復原健保法施行細則第45條與菸品健康福利捐分配健保安全準備比率，確實承擔健保財務責任」案之社會保險司意見

社會保險司意見：

一、政府應負擔健保總經費法定下限 36%係二代健保新制度，實施初期因主計總處與本部之法規見解差異，致該下限差額之預算編列產生疑義。案經行政院跨部會研商及立法院審查健保法施行細則修正案，已確立法律見解及計算方式，健保署據以計算之各年度政府應負擔健保總經費，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，合法性無虞。針對委員所提疑義，業多次於貴會委員會議中以口頭及書面方式說明，並曾於 107 年 4 月 16 日「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會、108 年 5 月 7 日「108 年度全民健康保險相關業務座談會」進行專題報告，近期再依貴會要求於 112 年 5 月 24 日委員會議資料提供本案完整爭議過程及計算說明(如附件 A，第 39~49 頁)，請諒查。今貴會再度提出，爰擇要說明如後。

二、有關所提訴求一「積極發揮主管機關健保法令解釋權，導正計算公式，撥補 102~111 年 1,246 億元不足數額」一節：

(一)依健保法第 2、3 及 17 條，政府應負擔法定下限差額可以下方 3 個數學式表達，於前述條文規範下，3 個數學式計算之數值應相等。惟健保法無明確定義「應提列或增列之安全準備」

政府應負擔法定下限差額

= 36% * (保險經費 - 法定收入) - 政府已負擔數

= 36% * [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] - 政府已負擔數

= 36% * 保險費收入 - 政府已負擔數

備」致此數值產生疑義，經綜整健保法相關條文及其立法意旨，查二代健保係採當年收支平衡概念，而目前未以年度平衡費率計收保險費，在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，過去年度之結餘，政府已依法分攤其中之36%。如「應提列或增列之安全準備」均以正值計算，等同於短絀年度，政府就短絀數獨自出資彌補，故其應依健保法第76條第2項規定略以，年度收支發生短絀時，應由安全準備先行填補，不論盈虧皆應以各年度營運實際值計算。該等法規見解與計算方式，在行政院協商過程已包含其法制單位之意見，詳細理由請參閱行政院核復函(106年2月3日院臺衛字第1060162872號函)及附件B(第50~53頁)之完整說明。而「應提列或增列之安全準備」以年度營運實際值計入公式時，「保險經費」、「保險給付支出+應提列或增列之安全準備」、「保險費收入+法定收入」3數值相等，依上述3個數學式計算之數值亦相等，符合健保法規範。

(二)至委員所提應以健保法第76條第1項為計算基礎一節，查該條文於健保開辦時即已訂定係規定安全準備之來源項目，非用以計算法定下限36%之數值。另委員所提未將第76條第1項第2至5款安全準備之來源計入政府應負擔法定下限36%計算一節，查健保署於計算年度營運實際值時，係採當年總收入減去總支出所得結果，爰健保法第76條第1項第2至5款之滯納金、安全準備運用收益、菸捐及依其他法令規定之收入等皆已計入當年總收入。

三、有關訴求二「將健保法施行細則第45條修回二代健保原先立法的內容」一節，查105年修正係考量健保法第3條第2項「政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%部分，由主管機關編列預算撥補之。」條文中「依法令」之字義，顯已涵蓋健保法以外之

其他法令，原限定依健保法規定補助之政府負擔始列入計算之規定似有限縮母法之虞，故修正自 105 年起將原住民健保費等中央政府依其他規定實質負擔的保險費列入政府負擔數計算；該等內容經立法院依立法院職權行使法進行實質審查確認，合法性無虞。近年來本司雖以健全健保財務為訴求，提議將依其他法規之健保費補助排除計列政府負擔，惟尚須凝聚部會間共識，方能順利推動，目前仍持續爭取中。

四、有關訴求三「將菸捐分配安全準備比率恢復為 70%」一節，菸捐乃健保保險費以外，最重要之補充性財源，歷次分配檢討，本司皆積極爭取較高之分配比率，惟現行菸捐所分配之各項業務皆與民眾健康息息相關，爰尊重國家施政總體考量之健康資源配置政策。

五、貴會委員針對法規見解所提不同意見，本部予以尊重，惟本案相關法制程序完備，政府每年皆已依法負擔健保最低財務責任，針對條文未臻周全之處，未來亦將配合健保相關法規研修，更明確界定政府負擔範圍，以杜爭議。本部為健保之主管機關，確保健保永續經營乃重要使命，任何合理的財源都會積極爭取，目前於健保法施行細則第 45 條及菸捐分配上雖尚待突破，但已成功爭取政府於法定責任外，另以公務及特別預算挹注健保基金，分別於 112 年及 113 年撥補 240 億元及 200 億元，未來仍會就爭取健保各項財源持續努力。

政府應負擔健保總經費法定下限之爭議過程及計算說明

社會保險司

一、依 102 年 1 月 1 日實施之健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。另依同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。故政府每年應撥補之健保總經費法定下限差額可以用下列計算式呈現： $36\% * [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入] - 政府已負擔數$ 。(相關法條請參閱附件 1，第 43-44 頁)

二、政府應負擔健保總經費法定下限為二代健保新制度，實施初期本部與主計總處因法規見解不同，致預算編列陸續產生爭議，經行政院二階段協商，已有明確結論，相關內容如下：

(一) 第一階段爭議(102-105 年度)：

1. 當時各年度健保財務收支均有結餘，以 102 年為例，本部主張就收入面反推之全年結餘 728 億元^{註1}，應依健保法第 76 條規定全數計入算式中之「應提列或增列之安全準備」，如此無論從收入面或支出面計算均可得相同結果。主計總處則引用健保法第 78 條，選擇以 1 個月安全準備總額為基礎，102 年度「應提列或增列之安全準備」僅列計 208 億元（當時 1 個月安全準備約 418 億元，因 101 年已有累積結餘 210 億元，故再計入 208 億元補足到 1 個月）。雙方各自主張之計算方式請參閱表 1。

註1：以保險對象及民營雇主應負擔保險費回推出總保費 $[(1,957+1,558)/0.64=5,491$ 億元]+保險費以外之收入淨值(259億元)-保險成本(5,021億元)=年度收支結餘(728億元)。

2. 經行政院協商決定尊重主管機關對健保之法令解釋權及計算方式，並於

104 年 6 月 2 日函送協商結論，請本部修正施行細則，自 104 年度起將政府實質負擔之原住民健保費等 9 項，列入政府已負擔數計算(詳附件 2，第 45~47 頁)。惟修正施行細則時，部分健保會委員爭取下，經立法院實質審查將 9 項改為 7 項，並修正自 105 年起實施。

(二) 第二階段爭議(106 年度)：

1. 後因預估收支將轉為短絀，對於遇有短絀之年度，算式中「應提列或增列之安全準備」項目，究應計為 0 或是計入年度短絀數，本部與主計總處意見又生歧異。本部當時主張短絀時應採支出面算法，並應將提列或增列之安全準備以 0 值代入。主計總處則認為若因健保盈、虧而有不同算法，將造成前後年度算法不一，違反法安定性，應依當年度實際營運數計列「應提列或增列之安全準備」，使計算方式前後一致。雙方各自主張之計算方式請參閱表 2。
2. 經行政院再次跨部會協商，並於 106 年 2 月 3 日核復(詳附件 3，第 48~49 頁)，本案係因法規不明確致生爭議，惟修法曠日廢時，先以條文解釋方式處理，再適時提出修法使相關規定更臻明確。考量目前健保未以平衡費率計收保險費，在長期平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，而健保法第 76 條安全準備之內涵，即為平衡財務，具調節盈餘、短絀之性質，若均以正值或 0 值計算，導致帳務收支不平衡之諸多不合理現象，因此各年度算式中「應提列或增列之安全準備」項目，應無論盈虧皆以「實際營運值」全數計入該項目，使計算方式符合前後一致。而該計算結果即為政府負擔勞資政三方總保險費 36%之數值【(民眾負擔+民營雇主負擔)/64%*36%】^{註 2}。自此，確立本案之法律見解及計算方式，本部與主計總處之長期爭議業獲解決。

註 2：以保險費推算政府責任符合二代健保收支連動之精神

$$\text{保險收入} = \text{保險費收入} + \text{法定收入} \quad \dots\dots ①$$

$$\text{保險收入} = \text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} \quad \dots\dots ②$$

因①=②，

$$\text{故保險費收入} = \text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備} - \text{法定收入}$$

三、 綜上，目前政府應負擔健保總經費法定下限之法律見解及計算方式，確

係經行政院跨部會研商確立；各年度據以計算之政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，亦有相關法定文書備查。我們尊重委員的不同見解，也願意在未來修法時將條文寫得更明確，但希望委員尊重現行法制運作下的結果。

表 1：本部與主計總處第 1 次爭議之政府應負擔數計算方式比較

102 年度	政府負擔數(A)	總保險費(B)	〔保險給付支出+應提列或增列之安全準備-法定收入〕(C)	政府負擔比率		
				支出面 (D)=(A)/(C)	收入面 (E)=(A)/(B)	
收入面	1,977	5,491			36.00%	
支出面	衛福部	1,977	5,491	5,021+728-259=5,491	36.00%	36.00%
	主計總處	1,787	5,301	5,021+208-266=4,963	36.00%	33.71%

註 1:主計總處認列之法定收入為公彩、運彩、菸捐分配。

註 2:部分資料因尾數四捨五入關係，致總數與尾數之間，容有未能完全吻合情況。

表 2：本部與主計總處第 2 次爭議之政府應負擔數計算方式比較

106 年度	政府負擔數(A)	總保險費(B)	〔保險給付支出+應提列或增列之安全準備-法定收入〕(C)	政府負擔比率		
				支出面 (D)=(A)/(C)	收入面 (E)=(A)/(B)	
收入面	2,061	5,726			36.00%	
支出面	0 值	2,097	5,761	5,998+0-174=5,824	36.00%	36.39%
	實際值	2,061	5,726	5,998-98-174=5,726	36.00%	36.00%

相關法規

■全民健康保險法

第 2 條第 5 款：「保險經費」指保險給付支出及應提列或增列之安全準備。

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 36%。

政府依法令規定應編列本保險相關預算之負擔不足每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36% 部分，由主管機關編列預算撥補之。

第 17 條：本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。

第 76 條：本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下：

- 一、本保險每年度收支之結餘。
- 二、本保險之滯納金。
- 三、本保險安全準備所運用之收益。
- 四、政府已開徵之菸、酒健康福利捐。
- 五、依其他法令規定之收入。

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。

第 78 條：本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則。

■全民健康保險法施行細則

第 45 條：本法第 3 條第 1 項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：

- 一、政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費。
- 二、政府依本法第 27 條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
- 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。

<修正前>本法第 3 條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第 27 條第 1 款第 1 目、第 2 目及第 34 條規定應負擔之保險費，及政府依本法第 27 條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。

第 73 條：本細則自中華民國 102 年 1 月 1 日施行。

本細則修正條文，除中華民國 104 年 12 月 15 日修正之第 45 條自 105 年 1 月 1 日施行外，自發布日施行。

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳 真：02-33566920
聯 絡 人：王馨儀
電子郵件：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國104年6月2日
發文字號：院臺衛字第1040134413號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (104GA01715_1_021540344521.docx)

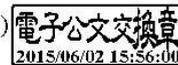
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額之疑義」之檢討結果及解決方案一案，照104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論辦理。

說明：

- 一、復104年3月5日衛部保字第1041260164號函。
- 二、檢附104年5月15日本院杜政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：財政部、國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



衛生福利部 104/06/02

保 1040116171

104年5月15日本院社政務委員紫軍、顏政務委員鴻森等協商結論

- 一、本案有關政府應負擔全民健康保險法（以下簡稱健保法）法定下限差額之計算方式，仍依 103 年 12 月 29 日第 1 次會議協商結論，尊重主管機關衛生福利部對健保之法令解釋權及計算方式。
- 二、有關健保法第 3 條第 1 項「政府每年度負擔本保險之總經費」之認列範圍，除衛生福利部所提「原住民健保費」、「65 歲以上離島地區居民健保費」、「中低收入戶健保費」、「70 歲以上老人健保費」、「中重度身心障礙者健保費」、「中低收入戶 18 歲以下兒少健保費」等 6 項外，本院主計總處所提「失業被保險人及其眷屬健保費」、「受僱者（勞工身分）育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費」、「經濟弱勢者健保費」等 3 項，均屬健保收入面中政府已實質負擔之保險費，應予列入，自本（104）年度起實施，並請衛生福利部儘速修正「全民健康保險法施行細則」第 45 條規定，將以上 9 項認列為政府已負擔保險費之範圍；至財政部所提「公益彩券回饋金－協助弱勢族群排除就醫障礙」，據衛生福利部說明該項補助用途尚包括交通費、掛號費等非屬健保費之項目，爰不宜納入認列。另請本院主計總處會同衛生福利部，依前開原則重新計算本案預算不足數金額，並依政府財政狀況分年撥補。
- 三、依衛生福利部「102-106 年度健保財務狀況及政府應負擔 36%法定下限差額」資料估計，104 年健保安全準備總額預計將超過健保法第 78 條訂定以 1 個月至 3 個月為原則之上限甚多，恐引發調降保險費率及提高健保支出之爭議，且考量健保費率易降難升，安全準備總額應儘可能維持一定水準，以兼顧健保財務及國家財政。目前每年菸捐分配 70% 挹注於健保安全準備，其他運用於弱勢照顧之比率偏低，尚有檢討空間，仍請衛生福利部確實依本院秘書長 103 年

12 月 22 日院臺衛字第 10300157752 號函示儘速檢討菸捐分配比率，建議可朝訂定彈性調整菸捐用途別分配比率之機制，或仍採固定分配比率並定期進行滾動式檢討等兩方向研議，於本年 6 月底前完成檢討並進行修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第 4 條之程序，俾使菸捐之分配使用更符實需，發揮最大效益。

- 四、現階段健保財務狀況雖有足額的安全準備，但邁入高齡社會後，未來仍將面臨財務壓力，請衛生福利部短期仍應透過二代健保已建立之收支連動機制，並持續推動各項開源節流措施，延後健保財務困窘發生之時間點；長期則建議擬訂中長程計畫或邀集產、官、學等各界專家，共同檢討健保制度，就健保財務制度及醫療資源分配等項提出完整的規劃，作為下一階段健保改革之參考，以確保健保永續經營。

電子公文

檔 號：
保存年限：

行政院 函

機關地址：10058 臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920
聯絡人：王馨儀
電子信箱：shinyi@ey.gov.tw

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年2月3日
發文字號：院臺衛字第1060162872號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：如文 (A21000000I0000000_1060162872-0-0.tif)

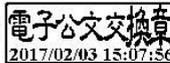
主旨：所報「全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額」之計算疑義一案，照106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論辦理。

說明：

- 一、復105年8月11日衛部保字第1051260337號函。
- 二、檢附106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論1份。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處(均含附件)



106年1月23日本院林政務委員萬億、許政務委員璋瑤等協商結論

- 一、本案係因現行全民健康保險法（以下簡稱健保法）對政府應負擔全民健康保險（以下簡稱健保）總經費法定下限36%之規定不明確，致衛生福利部與本院主計總處對相關條文之法令見解及計算公式產生不一致情形，惟考量修法恐曠日廢時，現階段宜先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法，俾使相關規定更臻明確。
- 二、依健保法第2條及第3條規定，政府應負擔健保總經費法定下限之計算方式為「36%（保險給付支出＋應提列或增列之安全準備－法定收入）」。考量目前健保未以每年度平衡費率計收健保費，使健保在長期財務平衡下，勢必出現前期盈餘、後期短絀之情形，經衡酌同法第76條有關提列安全準備之內涵，安全準備應有平衡健保財務之目的及調節健保盈餘、短絀之性質，倘安全準備均以正值或零值計算，將使健保帳務收支不平衡，並導致諸多不合理現象。
- 三、本案有關「應提列之安全準備」之處理方式，應採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限36%之責任。請衛生福利部會同本院主計總處就本案立法意旨及計算公式內涵研擬說帖，並向全民健康保險會妥適說明。

政府應負擔健保總經費法定下限計算公式- 「應提列或增列之安全準備」應依營運實際值計算

一、政府應負擔健保總經費法定下限立法背景

二代健保修法時，為改善健保財務及提升負擔公平性，針對民眾高額獎金等 6 項所得(收入)及雇主支付薪資未計入投保金額之部分，新增 2%補充保險費之規定；由於補充保險費主要由民眾及民營雇主負擔，政府整體負擔率將相對下降，在此之前政府負擔率約為 34%，立法委員基於照顧人民及提升政府對健保財務責任，要求政府負擔亦需相應提高 2 個百分點，於健保法明定政府每年度至少應負擔保險經費扣除法定收入後金額之 36%(以下稱法定下限)。

探究立法原意，是立基於保險費分攤的角度，政府負擔經費之合理計算方式，應以民眾及民營雇主因加徵補充保險費後所負擔之保險費，按政府原負擔之相對比例(34:66)計算為基礎，並適度提高，俾使二者負擔比例維持在 36:64，修法改變原經費負擔比率後(政府由 34%提高為 36%)，明顯加重政府健保負擔。

二、健保法相關規定與「應提列或增列之安全準備」於計算公式之疑義

依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 3 條規定，政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%。因此，政府應負擔健保總經費法定下限可以用以下計算式呈現：

$$36\% * \left[(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入} \right]$$

上述公式中，「保險給付支出」、「法定收入」均有明確數值，但「應提列或增列之安全準備」，健保法並未明定計提方式。由於 102 至 105 年度健保每年收支均有結餘，健保署依健保法第 76 條規定，將結餘全數提列安全準備，並將該數額計入公式中「應提列或增列

之安全準備」項目，則獲致之政府負擔數，可與政府分攤 36%總保險費之結果相同。

$$\text{保險收入}=\text{保險費收入}+\text{法定收入} \quad \dots\dots\textcircled{1}$$

$$\text{保險收入}=\text{支出}+\text{應提列或增列之安全準備} \quad \dots\dots\textcircled{2}$$

因 $\textcircled{1}=\textcircled{2}$ ，因此

$$\text{保險費收入}=\text{支出}+\text{應提列或增列之安全準備}-\text{法定收入}$$

亦即，可直接以政府分攤 36%保險費之原則，透過民眾與民營雇主實際負擔數占總保險費 64%之方式，推算政府應負擔數(民間負擔 \div 64% \times 36%)。

惟於編列 106 年預算時，預估當年度保險收支將產生短絀，因無結餘可供提列安全準備，若仍維持政府負擔總保險費 36%之計算方式，則公式中「應提列或增列之安全準備」項目，基於安全準備填補之精神，需以負數將全年短絀數帶入。

三、公式中「應提列或增列之安全準備」項目，應不論盈虧皆採實際值計算

「應提列或增列之安全準備」應依立法意旨，不論盈虧皆採實際值計算，使計算方式符合前後一致性，並確保政府依法負擔健保總經費法定下限 36%之責任。亦即不只是有結餘時將結餘數計入，遇有短絀時，亦應以實際短絀數帶入公式計算。理由如下：

(一)用以填補短絀之安全準備是過去年度的結餘，政府已依法分攤其中的 36%，應納入考量

依健保法第 24 條規定，健保會每年應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，故其財務係秉持「隨收隨付」、「年度收支連動」的短期平衡觀念建構而成，原則上單一年度之收入應與支出相當，只維持法定安全準備，不就盈餘做長期的提存準備。惟考量費率向來易降難升並避免其頻繁調整，二代健保實施之後，各年度審議完成之費率並非年度平衡費率，在長期財務平衡機制下，勢必出現前期盈餘、後期短絀

之情形；因此目前各年度結餘，均依健保法第 76 條規定全數納入安全準備，作為調節收支盈虧、平衡健保財務之用。

當年度收入小於支出時，依健保法第 76 條規定，應由安全準備先行填補，而用於填補短絀之安全準備，為政府、民營雇主及民眾三方歷年來分攤保險費累存之結果，政府既已於過去年度承擔其中 36%，計算應負擔數時，納入考量應屬合理。若此時「應提列或增列之安全準備」以 0 或其他正值計入，等同政府當年度除原先負擔保險費之 36% 外，尚需額外負擔短絀之 36%，形成政府單方少付要補，多付卻不退之不合理現象，亦不符合健保法第 76 條「年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補」之規定。

(二) 二代健保增訂之政府責任，立法原意涵蓋保險費負擔比率的觀念

對於政府負擔法定下限之法規解釋，不應僅拘泥於單一條文之字義，應回歸其立法意旨及制度設計內涵。二代健保實施前，政府皆是依被保險人身分類目分攤一定比例的保險費，推動立法過程，亦多次說明將強化政府財務責任，其負擔保險費之比率將由 34% 提高至 36%。因此，在計算政府各年度法定下限時，由政府負擔總保險費的 36% 應符合二代健保之立法原意。

檢視健保法與政府負擔下限有關之條文，亦未違背前述以保險費為計算基礎之原意。依健保法第 2 條規定，保險經費指保險給付支出及應提列或增列之安全準備；同法第 17 條規定，本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之。若依健保法第 24 條之當年收支平衡原則，無論是依第 2 條(支出原則)或是第 17 條(保險費收入分攤原則)，計算健保法第 3 條政府應負擔 36% 之保險經費，結果應該要相同。

102 至 105 年雖非當年收支平衡，惟因有結餘，健保署將各年度結餘計入「應提列或增列之安全準備」後，二者亦獲致相同的結果。106 年度健保收支出現短絀時，若將年度短絀數以負值

計入「應提列或增列之安全準備」，二者結果亦同；然倘於短絀年度，不採計當年短絀數，改以 0 或其他正值計入，則上述收、支二種算法將產生不同結果，無法互相平衡，反而有法規適用上之疑義。

(三)短絀年度「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，政府有重複負擔之虞，不符三方分攤比率衡平之原則

於收入小於支出之短絀年度，「應提列或增列之安全準備」若以 0 或其他正值計入，等同民眾及民營雇主應負擔短絀數之 64%部分是由安全準備填補，政府則須再就短絀數負擔 36%，因既有之安全準備已內含政府過去年度負擔 36%之數額，政府單獨就短絀數額外負擔，將有重複計算政府負擔之問題，導致政府負擔率超過 36%；此種以 0 或其他正值計入安全準備之計算方式，政府負擔比率將隨之快速成長，有違民眾、民營雇主及政府三方負擔比率衡平之社會保險財務機制。

反之，若本於政府負擔總保險費 36%之原則，各年度營運結果無論是結餘或是短絀，「應提列或增列之安全準備」均以實際值計入，則計算方式可維持各年度的一致性，政府與民間之保險費負擔比率固定，政府負擔 36%，民眾及民營雇主合計負擔 64%，符合二代健保立法「強化政府責任」及「政府責任明確」之初衷。

全民健保是社會安定的重要基礎，穩健經營是政府責無旁貸的重要使命。除了負擔保險費之 36%外，政府依法開徵之菸捐及公益彩券之盈餘，每年另有一定比率挹注健保安全準備。然而，政府各項支出實際皆為全民負擔，在資源有限下，某項政事別經費的增加將排擠其他施政支出；全民健保係屬社會保險，民眾與企業亦有其各自應盡之基本責任。因此，無論是基於前述之立法意旨、法條內涵、計算一致性，或是社會保險本質，各年度計算政府負擔數時，「應提列或增列之安全準備」項目，均應依年度營運結果，不論盈虧一律採實際值計算，以明確政府法定責任及維護全民最大福祉。

(會議資料第190、192、197頁)

報告事項第一案「111年全民健康保險業務監理指標之監測結果及研
析報告」之簡報資料第5、6、9、19頁更正

 效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率 (整體)

- 計算方式：急診留置>24小時之急診件數/急診總案件數
- 監理重點：急診照護效率
- 監測期程：每半年
- 指標值說明：

年度別	急診總件數	急診留置超過24小時之件數	
	值	值	占率
109年	6,320,904	146,893	2.32%
110年	5,893,834	147,737	2.51%
111年	7,390,371	189,436	2.56%

- 111年整體急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，較110年上升約0.05%、較109年上升約 0.24%。111年區域醫院及地區醫院急診留置超過24小時件數比率為近3年最高，醫學中心指標表現則較109年上升，惟較110年下降。(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、加護病床或急性一般病床床位調度、病房護病比、醫療服務量能等因素)
- 各級檢傷分類均為醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，應係受病人急診就醫習慣及醫院病床占床率影響，且其收治之病人病況危急度及嚴重度較高，所需之緊急處置項目較耗時。

5



效率
指標1.2

急診病人留置急診室超過24小時比率

(各層級)1/2

年度別	特約類別	急診總件數		急診留置超過24小時之件數	
		值	值	值	占率
109年	醫學中心	1,617,426	99,314	6.14%	
	區域醫院	3,102,035	40,957	1.32%	
	地區醫院	1,601,440	6,622	0.41%	
110年	醫學中心	1,461,185	100,043	6.85%	
	區域醫院	2,859,894	38,474	1.35%	
	地區醫院	1,572,755	9,220	0.59%	
111年	醫學中心	1,730,483	109,995	6.36%	
	區域醫院	3,634,110	63,872	1.76%	
	地區醫院	2,025,778	15,569	0.77%	

- 醫學中心之急診留置超過24小時比率最高，可能係受病人急診就醫習慣（選擇至醫學中心就醫）及醫院病床占床率影響，且醫學中心收治之病人，其病況危急度及嚴重度可能較其他層級別院所高，故病人所需之緊急處置項目可能較耗時。111年醫學中心急診留置超過24小時比率較110年下降0.49%，後續將持續觀察。

6



效率
指標1.3

癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數

2/2

- 排除基本診療費用後(含安寧費用)，曾接受與未接受安寧療護者前5大醫療費用支出，皆包含藥費、診療費、治療處置費、檢查費及放射線診療費，曾接受安寧療護者費用，除治療處置費外，均低於未接受者。

曾接受安寧療護者		未接受安寧療護者	
項目	點	項目	點
藥費	129,379	藥費	153,840
診療費	51,167	診療費	62,673
治療處置費	28,764	檢查費	37,678
檢查費	21,282	放射線診療費	25,344
放射線診療費	18,482	治療處置費	25,236

註：1. 死前6個月已接受安寧療護者包括死前已接受安寧療護6個月以上者，排除小於6個月內始接受安寧療護者。

2. 死亡前未進行安寧療護者為以死前一年內曾就醫者進行配對，配對方式為性別、十歲年齡組、曾進行安寧者十大死亡原因、有無癌症之變項進行PropensityScore配對，樣本數為1:2。



9



護理人力指標-全日平均護病比達成之占率提升

- 計算方式：1.醫院該月每一個病房之(急性一般病床床位數×占床率×3)加總/每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總
2.護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」(以1人計)，自108年5月不列計「護理長」
- 監理重點：護理人力之供給情形
- 監測期程：每半年
- 指標值說明： **111年1-12月全日平均護病比登錄統計**



加成率	醫學中心		區域醫院		地區醫院	
	1-12月	範圍	月次占率	範圍	月次占率	範圍
20%	< 7.0	42.7%	< 10.0	78.8%	< 13.0	86.5%
17%	7.0-7.4	35.0%	10.0-10.4	7.6%	13.0-13.4	1.8%
14%	7.5-7.9	16.3%	10.5-10.9	4.9%	13.5-13.9	1.4%
5%	8.0-8.4	6.0%	11.0-11.4	2.5%	14.0-14.4	1.0%
2%	8.5-8.9	0%	11.5-11.9	5.5%	14.5-14.9	1.1%
無	> 8.9	0%	> 11.9	0.7%	> 14.9	1.1%
不適用 ^{註3}		0%		0%		7.1%
	小計	100%	小計	100%	小計	100%

資料來源：各醫院至健保服務網資訊系統VPN登錄之提升住院護理照護品質相關資料。

註：1.月次占率：該層級該護病比加成率之申報月次數/該層級之總申報月次數。

2.精神專科教學醫院比照區域醫院護病比加成範圍，精神專科醫院比照地區醫院護病比加成範圍。

3.護病比為0表示該醫院該費用年月未有收住院個案。