

中華民國102年版

全民健康保險會 年報

2013 Annual Report

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



衛生福利部全民健康保險會 編印
中華民國103年5月

中華民國102年版
全民健康保險會 年報

2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



目錄

contents



序	4
主任委員的話	5
第一章 前言	7
第二章 職掌與組織	11
第一節 業務職掌	12
第二節 組織	15
第三章 新任務與挑戰	23
第四章 102年度重點業務及執行概況	31
第一節 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配	32
第二節 保險費率之審議	41
第三節 保險給付範圍之審議及相關法定事項	43
第四節 全民健保監理業務及政策與法規諮詢事項	48
第五節 資訊公開及民眾參與	53
第六節 研究與發展	59
第五章 檢討與展望	69



附錄

附錄一	全民健康保險會第1屆委員名錄	74
附錄二	102年度大事紀	78
附錄三	103年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告	124
附錄四	全民健康保險會組成及議事辦法	152
附錄五	行政院衛生署全民健康保險會設置要點	156
附錄六	衛生福利部全民健康保險會設置要點	157
附錄七	全民健保財務收支連動問卷	158
附錄八	健保業務監理事項委員意見調查表	160
附錄九	全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法	162
附錄十	全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	172
附錄十一	102年及103年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	179



序

在民眾、醫事服務提供者及政府共同努力下，84年開始施行全民健康保險，構建無障礙就醫環境，提供國人完整醫療照護，因此獲得掌聲無數，也年年維持高滿意度，儼然是國內最受歡迎的公共政策；甚而在國際評比屢獲前茅，吸引國際知名媒體爭相報導，世界各國紛紛來台參訪取經。然而，在享受豐碩成果之餘，也必須體認健保正處於資源有限，卻面臨人口快速老化、疾病型態改變、醫療科技進步、醫療需求與日俱增的嚴峻考驗，若要財務健全、永續經營，應有所變革。歷經3年規劃，匯聚行政、立法及120位各領域專家學者的智慧，二代健保在社會的期待下，於102年1月1日正式實施。

為二代健保「財務收支連動」及「建構社會參與平台」核心精神應運而生的全民健康保險會，秉承原監理會與費協會的責任，被賦予監督管理的新使命。在鄭主任委員與其他34位委員合作無間下，成功地將該二會成熟的民主運作機制持續發揚光大，並接續順利完成103年度醫療給付費用總額協定分配、保險費率審議及健保業務監理等法定事務，使財務在收支連動機制下穩健地運作。今將所有成果編製成年報，對於編輯團隊在彙編年報期間的殫心竭力、辛勤付出，謹此深表謝忱。

本年報除見證健保重要事蹟外，也期待在資訊發達的時代，社會對全民健保日益走向公開監督的角度下，能成為全民參與的溝通平台，讓全民健保制度能在各方期望與集眾人智慧下健全發展，使國民享有更有效率、更高品質的醫療保健服務。

衛生福利部 部長

鄭文達 謹識



主任委員的話

102年1月1日開始施行二代健保法，因業務需要而將一代健保時期的監理會與費協會整合為「全民健康保險會」（健保會），個人兼任其第一屆主任委員雖是個偶然，但不辜負一百多位學者專家於規劃二代健保的付出，必須全力以赴則是應然。

健保會是商議、討論溝通健保事務的平台，和眾人權益有關，所以被要求順應時代潮流，在處理眾人之事時，要蒐集民意並擴大社會參與；健保法也因此特別規定，在其組成中，保險付費者代表之名額不得少於二分之一，且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。這樣的組成，國內不多見，無可供學習的運作案例，感謝35位委員一年來共同在摸索中前進。

除承續原監理、費協二會所有業務外，健保會並被賦予健保的新興任務，例如，以收支連動方式管理健保財務、審議年度應計之收支平衡費率、審議保險給付範圍的增減、討論保險人所擬訂抑制資源不當耗用的改善方案、保險醫事服務機構提報財務報告辦法等等，所以負擔算來沉重。過程冗長費時的年度醫療給付費用總額協定分配，及隨時要關注的健保監理工作，是大家已熟知的舊任務，本已繁重。現在更須在有限時間處理如此繁複且份量加倍的新舊議題，考驗著健保會委員與幕僚人員。幸有健保署、衛福部相關單位及相關機關團體提供必要協助，所以我們挺過了這一年，真的必須謝謝所有參與人員。

在健保會屆滿周歲之際，編具年報忠實呈現重要歷程與事蹟，對起始的第一年別有意義。所有委員及幕僚人員都深深感受到健保會的社會責任，並願意為台灣的全民健保奉獻心力，感謝各界一年來的策勵，並請能繼續給予支持和鼓勵，使健保會邁向更進步的未來。

全民健康保險會 主任委員

鄭永夏



2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

1 前言



第一章 前言

全民健康保險自84年3月1日開辦迄今，已逾18年，國人藉由自助互助及風險分攤的方式，享有門診、住院、居家照護及社區復健等完整的醫療照顧，就醫的財務障礙並因此大幅降低。

然隨著人口老化、重大傷病患者增加及醫療科技進步等之影響，我國全民健保「醫療費用」與「保費收入」的年成長率，始終存在一定程度的落差，造成財務缺口。衛生福利部（衛生署102年7月23日改制而成，下稱衛福部）及中央健康保險署（中央健康保險局102年7月23日改制而成，下稱健保署）雖已採行抑制醫療浪費及財務多元微調等開源節流措施，保險費率亦自91年9月1日及99年4月1日兩度調整，而稍紓緩財務缺口擴大的危機，但長期而言，仍必須推行全民健保制度的結構化

改革，以治本的方式，謀求永續經營。為達此目標，行政部門與上百位學者歷經數年規劃而提出二代健保建議方案，倡議就建構權責相符的組織體制、財源籌措的公平性、醫療品質的確保及擴大社會多元參與等層面，進行全面檢討與前瞻性改革，這也促成全民健康保險會（下稱健保會）的誕生。

衛福部冀望解決過去因收入與支出分別討論所導致收支無法連動的問題，在102年1月1日施行二代健保之伊始，將「全民健康保險監理委員會」（下稱監理會）及「全民健康保險醫療費用協定委員會」（下稱費協會）整合為健保會，期可因勢利導構建權責相符之全民健保組織體制。健保會除接續原監理會與費協會工作外，尚被賦予甚多任務，例如保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費



用總額之對等協議訂定、協議訂定年度總額須併同考量保險收支平衡費率等，以確保健保財務收支連動及永續經營。

為擴大社會參與全民健保的重要決策，二代健保法規定健保會委員之保險付費者代表名額不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額的三分之一。於是健保會的35名委員中，含保險付費者代表18名（其中被保險人代表12名、雇主代表5名、行政院主計總處代表1名）、保險醫事服務提供者代表10名、專家學者與公正人士5名、政府機關代表2名；主任委員則由衛福部就專家學者與公正人士委員中，指定1人兼任。

健保會依二代健保法施行細則第4條「應每年編具年終業務報告，並對外公開」之規定，編印本年報，介紹102年度各項重點業務的辦理情形，以利外界瞭解實際運作情形，其內容主要如下：

第一章：前言。

第二章：職掌及組織。

第三章：新任務與挑戰。

第四章：102年度重點業務及執行概況介紹，包括醫療給付費用總額協定分配、保險費率及保險給付範圍審議、健保監理業務及政策與法規諮詢、資訊公開與民眾參與、研究發展等。

第五章：檢討與展望。

此外，健保會第1屆委員名錄、102年度大事紀、103年度總額公告等重要紀實，均一併收錄於本報告中。

全民健保一年的醫療支出已超過五千七百億元，為我國規模最龐大的社會安全網絡，也是重要的公共政策。健保會成立的第一年，多借鏡前監理會及費協會運作的寶貴經驗，在第1屆全體委員努力下，得以順利完成所被賦予的各項法定任務，為二代健保的實施奠定良好基礎。相信未來在委員的投入及集眾人智慧下，定能面對各項財務、總額、給付面等議題的挑戰，共創全民健保的價值。





2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

2 職掌與組織



第二章 職掌與組織

第一節 業務職掌

健保會業務被規範在二代健保法，相關法條計10條（§ 5、§ 24、§ 26、§ 45、§ 51、§ 60、§ 61、§ 72、§ 73、§ 74），其中第5條係總體業務，其他各條則分述第5條各事項的執行方法與意旨。

一、業務職掌（健保法第5條）：

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

二、執行方法及意旨：

（一）保險費率之審議（健保法第24條，為新增業務）：

財務收支連動是二代健保的核心精神，其機制是每年度醫療給付費用先由買（保險付費者）賣（保險醫事服務提供者）雙方代表協定後，依該醫療費用來設算當年度費率，所以第24條規定，健保署（保險人）應於健保會協定年度醫療給付費用總額（下稱總額）後

1個月，提請審議該年度保險費率。而為期保險費率審議之周延，要求健保會審議費率前，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，並應於年度開始1個月前，依協議訂定之總額，完成該年度應計之收支平衡費率審議；不能於期限內完成審議時，由衛福部（主管機關）逕行報行政院核定後公告。

（二）保險給付範圍之審議（健保法第26條及第51條，為新增業務）：

為避免財務收支失衡，除以協定之總額設算費率外，尚可利用限縮給付範圍方式因應。因此，第26條乃規定，有「安全準備低於一個月之保險給付總額」或「增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡」情形時，由健保署擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告。

另為讓被保險人事先知道所能得到的醫療服務，二代健保規定保險給付範圍必須明確，因此所有健保的給付項目，都正面表列於「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」中；並將不列入保險給付範圍的

項目明訂於第51條（負面表列），如美容手術、義齒及義肢等共十一款，但也擔心尚有部分診療服務及藥物，可能仍需排除在給付之外，乃於第51條第12款規定，其他由健保署擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物，亦不列入保險給付範圍中。

（三）保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配（健保法第61條）：

全民健保施行後，用論量方式計酬，以致醫療費用快速成長，造成財務嚴重虧損，乃推動支付制度改革，於87年7月、89年7月、90年7月及91年7月陸續開辦牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度，由保險付

費者與保險醫事服務提供者協商年度總額，期透過財務責任共同分攤，控制總體的醫療費用在合理範圍成長，並配合制度的改革，進行內部資源重分配與提升服務效率。

二代健保實施後，亦延續此精神，由健保會辦理年度總額及其分配之協定事宜，相關的第61條條文因此未有太大變動：健保會應於年度開始3個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定醫療給付費用總額及其分配方式（包含西、中、牙醫等各部門總額，及分配至各健保分區的地區預算），報主管機關核定；若無法於期限內完成，為順利推展次年度的保險業務，則由主管機關逕行決定。



(四) 保險政策、法規之研究及諮詢（健保法第45條、第60條、第72條~第74條，為新增業務）：

保險政策、法規之研究及諮詢等原屬監理會的任務，健保會都須接續辦理，此外，二代健保為擴大民眾參與，於法明訂，包括：健保署（保險人）同意之自付差額特殊材料品項（第45條）、主管機關擬訂年度總額範圍（第60條）、保險人擬訂抑制資源不當耗用改善方案（第72條）、保險醫事服務機構提報財務報告辦法（第73條）與醫療品質資訊公開辦法（第74條）時，須先諮詢健保會或提請其討論，期透過此溝通平台廣納各界代表之意見。

另主管機關或保險人於擬訂健保相關政策或法規時，若議題涉及多數民眾權益，雖未有提健保會討論之規定，惟為使決策更具民意基礎，亦可就需要性

諮詢其意見，使相關決策更為周延、完善。

(五) 其他有關保險業務之監理事項：

全民健保屬強制性、限制性的社會保險，為保障被保險人的權益及維持保險財務的安全、穩定，應由第三團體加以監督，以維護公共利益。因此除法定監理業務外，健保會尚就各界關注的重要議題，予以納入年度工作計畫中，於進行必要討論後，將意見送請權責單位參酌或檢討改善相關事項。

另外，健保法施行細則第2條及第3條並規定，健保署應按月將「重要業務與財務書表相關事項及年終所編具總報告」、「依業務計畫與安全準備運用狀況所編列年度預算及年終決算報告」，報主管機關，並送健保會備查。各該報告雖屬備查性質，但幕僚仍擬具詳細研析報告，供委員監理業務參考。

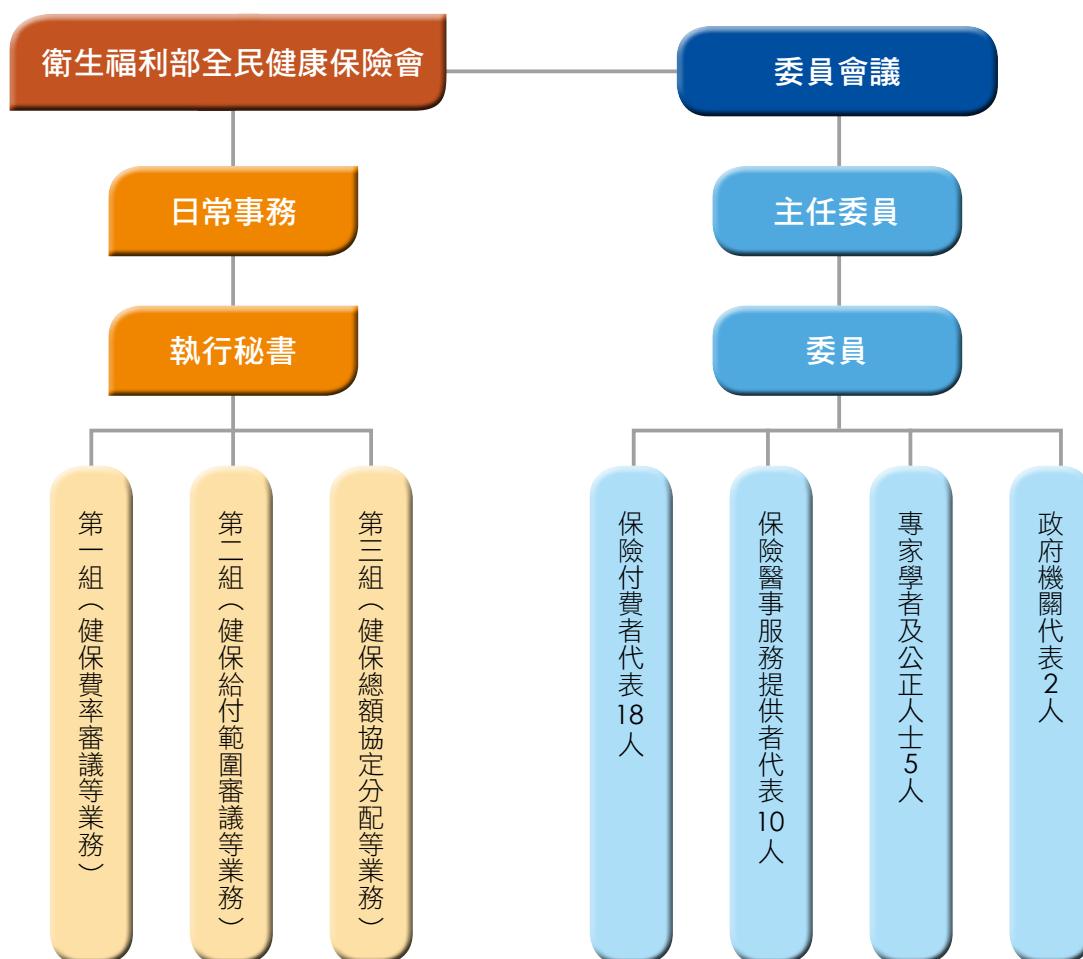


第二節 組織

一、組織體制

健保會設立的法源，在102年1月1日至102年7月22日為「行政院衛生署全民健康保險會設置要點」（附錄五）；在102年7月23日以後則為「衛生福利部全民健康保險會設置要點」（附錄六），兩設置要點的內容相同。

照設置要點，健保會委員代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項，依全民健康保險會組成及議事辦法（下稱組成及議事辦法）辦理，目前委員35人，其中1人兼主任委員；至行政業務，則置執行秘書1人，綜理日常事務；組長及工作人員若干人，分三組辦理會務。架構圖如下：



二、委員之組成及遴聘

依組成及議事辦法，健保會置委員35人，任期2年，名額分配如下：

(一) 保險付費者代表18人，包括：

1. 被保險人代表12人。
2. 雇主代表5人。
3. 行政院主計總處1人。

(二) 保險醫事服務提供者代表10人。

(三) 專家學者及公正人士5人。

(四) 行政院經濟建設委員會及衛福部各1人。

上述12名被保險人代表之委員中，9人由衛福部就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘；3人透過公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之，以擴大社會參與的多元性。至雇主代表、保險醫事服務提供者代表、及行政院主計總處、經濟建設委員會、衛福部代表，係洽請有關團體、機關推薦後遴聘（派）之；專家學者及公正人士之委

員，則由衛福部就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之；主任委員並由衛福部部長就專家學者及公正人士之委員中，指定1人兼任。

為使各類委員能確實代表所屬類別，組成及議事辦法並規定，保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

有關委員之連任，為符各界於立法時所期待之擴大社會參與，容納更廣泛多元的意見，特別規定，保險付費者代表及醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則；但也為避免更替比率過高而影響業務，減損健保會功能發揮，所以每屆更替人數為五分之一。

第一屆委員名錄如下。

現任委員名錄（依姓氏筆劃）



干委員文男
中華民國全國總工會
常務理事



曲委員同光
行政院衛生署參事/
衛生福利部社會保險
司司長



何委員永成
中華民國中醫師公會
全國聯合會理事長



何委員語
中華民國全國工業總會
常務理事



吳委員玉琴
中華民國老人福利推
動聯盟秘書長



吳委員肖琪
國立陽明大學衛生福利
研究所教授



李委員永振
中華民國工商協進會
財稅研究委員會委員



李委員成家
中華民國全國中小企
業總會榮譽理事長



李委員蜀平
中華民國藥師公會全國
聯合會理事長



周委員麗芳
國立政治大學財政學系
特聘教授



林委員至美
行政院經濟建設委員會
副處長



林委員啟滄
中華民國全國漁會
總幹事



林委員錫維
全國勞工聯合總工會
理事長



侯委員彩鳳
中華民國全國勞工聯盟
總會會長



柴委員松林
財團法人環境與發展
基金會董事長



翁委員文能
台灣醫院協會會員代表
(台灣醫學中心協會理事長)



張委員永成
臺灣省農會總幹事/
中華民國農會總幹事



張委員煥禎
台灣醫院協會理事
(中華民國區域醫院協
會名譽理事長)



莊委員志強
中華民國會計師公會全國
聯合會公共政策委員會顧
問



連委員瑞猛
台灣醫療品質促進聯盟
理事長



郭委員志龍
中華民國工業協進會
秘書長



陳委員川青
中華民國全國公務人員
協會理事長



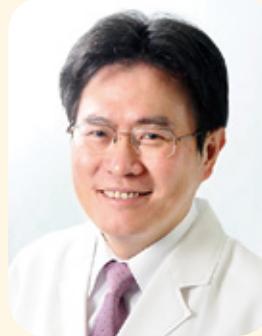
陳委員宗獻
中華民國醫師公會全國
聯合會常務理事



陳委員幸敏
行政院主計總處
專門委員



陳委員錦煌
台灣總工會秘書長



黃委員建文
中華民國牙醫師公會全國
聯合會理事長/常務理事



楊委員芸蘋
中華民國全國職業總工
會常務理事



楊委員漢湧
台灣醫院協會理事長



楊委員麗珠
中華民國護理師護士公
會全國聯合會副理事長



葉委員宗義
中華民國全國商業總會
常務監事



蔡委員明忠
中華民國醫師公會全國
聯合會秘書長



蔡委員登順
全國產業總工會
監事會召集人



鄭主任委員守夏
國立臺灣大學健康政
策與管理研究所教授



謝委員天仁
中華民國消費者文教
基金會名譽董事長



謝委員武吉
台灣醫院協會常務理事
(台灣社區醫院協會理事長)

卸任委員名錄（依姓氏筆劃）



李委員明濱
中華民國醫師公會全
國聯合會理事長



施委員純全
中華民國中醫師公會
全國聯合會特別顧問



孫委員茂峰
中華民國中醫師公會
全國聯合會理事長



盧委員美秀
中華民國護理師護士公
會全國聯合會理事長



鍾委員美娟
行政院主計總處
專門委員

三、委員會之議事運作

(一) 議事安排

依組成及議事辦法，健保會每月召開會議1次，必要時得召開臨時會議。102年度委員會議時間經議決，為各月的第4個星期五。

委員會開會時間，一般都是半天（3小時），但健保會經辦業務常有法定完成期限，因此每次會議往往超過半天（4~5小時）甚至更長，例如為使103年度總額能在法定期程內完成協商，9月份會議配合延長為1天半；若有需要，並召開會前會，以事先凝聚委員共識，使任務順利達成。

另為提升議事效率，促使會議順暢，有效完成法定任務，102年度在累積多次會議的運作經驗後，將委員會議的議程由二段（先報告事項，再討論事項）調整為三段（依序為例行報告、討論事項、專案報告），以有更充分時間進行議案的實質討論；幕僚人員並視需要制訂時間表，預先規劃當次會議各議案的報告、討論時間，期以最有效率的方式達成共識。

(二) 與會人員

各次會議需有二分之一以上委員出席，始得開議；並應邀請健保署派員列席，對相關議案提供說明，及進行必要業務報告與專案報告。討論議案，若有

必要，經徵得主任委員同意，可邀請有關機關、團體或相關領域的專家學者列席提供意見；亦即，建構諮詢管道，使議案討論更順暢與周延。

(三) 議決方式

健保會被賦予的法定任務中，總額之協議訂定與分配，性質不同於其他任務，因此組成及議事辦法對議決方式各有不同規範：

1. 保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項：
應以商議方式達成各項協定，未能於法定期限達成總額及其分配方式之協定時，需分別就保險付費者代表之委員、醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報衛福部（主管機關）決定。而鑑於買賣雙方之內部意見整合或不容易，所以個別委員對建議方案有不同意見時，亦得提出不同意之意見書，併送衛福部。
2. 保險費率與保險給付範圍之審議、保險政策與法規之研究諮詢、其他有關保險業務之監理等事項：
應經出席委員超過二分之一同意行之。本（102）年度內，各項決議均以共識決為之，尚未動用過表決。



2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

3 新任務與 挑戰



第三章 新任務與挑戰

一、組織的改變—由監理會／費協會到健保會

我國全民健康保險於84年3月1日開辦，而為監理保險業務，並提供保險政策、法規之研究與諮詢事宜，在同年4月28日設立監理會；另為協定保險醫療給付費用總額及其分配方式，在85年11月8日設立費協會，該二委員會都是衛生署所屬機關。此時期的健康保險統稱為一代健保。

總體而言，全民健保滿意度幾乎多維持在高原狀態，其造福國人無數，但也累積不少問題，例如：87年以後財務開始出現支大於收、品質無法提升、山地離島與偏遠地區資源缺乏、人口老化使醫療費用急速升高、第三者付費造成浪費、社會氛圍肇致費率無法調整…等。為健保之永續經營，主管機關自89年開始籌劃改革，共動用一百多位學者經三年多的努力，終在93年8月完成二代健保規劃報告供立法院、行政院及各界參考。

歷盡多年努力及折衝，二代健保法終在100年1月3日經立法院三讀通過，並奉100年1月26日總統令修正公布（全文104條），其強調財務收支連動、資源合理配置、資訊公開、民眾參與；並規定保險費率與保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定與分配、保險政策與法規之研究諮詢、及保險

業務之監理等事項由健保會辦理。應業務需要，衛生署在102年1月1日施行二代健保法的同時，將監理會與費協會整合成健保會；並在102年7月23日改制為衛福部後，設定健保會為部內單位。

二代健保相較於一代健保，增加甚多前所未有的新任務；而由二代健保法可發現，健保會除須接續原監理會與費協會的工作外，尚有諸多對健保而言是全新的工作；例如，收支連動、擴大民眾參與、資訊公開等都是很大的挑戰。

二、改變委員遴聘方式擴大民眾參與

二代健保也強調民眾共同參與健保事務，這由法規定健保會的組成為保險付費者（含被保險人與雇主）代表之名額不得少於二分之一，且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一，可見一斑。

為擴大社會參與層面，健保會的12名被保險人代表中，9名採監理會與費協會時期遴聘方式，依被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘；另外3名則以公開方式，徵求有意願推薦代表之依法設立或立案團體，再從中遴選三個團體，請其推薦人選後遴聘。以公開徵求方式遴選優秀團體來推薦被保險人代表是種挑戰，因競爭團體不少，選取方式必須為外界所

接受，才能避免遭致非議；最後係將初審合格團體分成社福團體、工會團體及其他（醫療服務品質與病友）團體等三類，在律師及政風人員見證下，每類各抽出一團體，請其推薦人選。該3名以此方式遴聘的代表，在健保會的委員會議中，都努力扮演符合其身份之角色且表現都不俗。

三、財務收支連動

一代健保時期（84年3月至101年12月）的財務收支之於監理會和費協會，業務雖無嚴格分野，但一般認為監理會較著重收入面，費協會則側重支出面，而財務出現赤字，與收支分由不同組織掌理有所關連。因此，在二代健

保中，收、支事項由健保會統辦，且兩者必須連動，其機制為，健保會在年度開始三個月前，於行政院核定之總額範圍內，協議訂定該年度醫療給付費用總額及其分配方式；總額協定後一個月，保險人須照所協定總額研擬一般保險費費率方案（草案），提請健保會審議。

103年度總額協議訂定及103年度保險費率審議，分別於102年9月及11月份委員會議進行，但財務收支連動係健保的嶄新措施，未有過往經驗及可供學習案例，因此是項大考驗，須未雨綢繆並即早準備，乃在102年6月利用問卷（詳附錄七）徵詢委員意見。雖然102年上半年收支結餘三百三十多億元，財務壓力稍有紓緩，但收支連動能否落實，依然令



人戰戰兢兢，所以委員都很努力填復問卷。在熱烈討論綜整之間卷資料後，請健保署辦理下列前置作業，以增進對未來相關議案之共識凝聚，使任務順利完成：

- (一) 於總額協定前，依行政院核定總額範圍，在補充保險費率與一般保險費率運動的財務狀況下，推估試算保險費率。
- (二) 以1年、2年、5年為計算基礎，並包含至少1個月安全準備，推估試算平衡費率。
- (三) 對擬納入年度總額協商之新醫療科技（含新藥、新特材、新增給付項目）及自付差額特材項目，都應事先進行財務評估與規劃。

因上開作業的事前準備，103年度費率在審議時，委員頗有共識，同意採保險人建議方案，仍維持4.91%不調整。此外，也考量到費率調整須有各種配合條件，且任何制度都需因人、時、地制宜，所以在建立費率調整原則的同時，已預留每年可討論修訂之彈性。

四、對等協商之爭論

一代健保時，專司總額協定分配之費協會，其委員組成為醫事服務提供者代表9人（賣方）、保險付費者代表與專家學者9人（買方）、相關主管機關代表9人。買賣雙方人數同額，隱含對等協商概念，而到二代健保，該概念被法制化了，所以健保法第5條規定，「保險醫療給付費用總額之『對等』協議訂定及分配」為健保會應辦事項之一。有關對

等協商，主管機關依健保法授權之「健保會代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項之辦法，由主管機關定之」事項，訂定於101年11月1日衛署令發布之「全民健康保險會組成及議事辦法」（下稱組成及議事辦法，全文16條）第9條中，其條文為「健保會於召開委員會議協商『保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項』時，保險付費者代表之委員應共同推選委員十人代為行使職權（包括發言權、提案權及協商權），與保險醫事服務提供者代表同名額之委員進行對等協商。經推選產生之付費者協商代表委員，除有正當理由者外，同一年度，不得替換」。

健保會有關提案方式、條件及程序等議事作業，都應照組成及議事辦法之規定辦理，辦法未規定者，再依委員會議之決議辦理，因此於102年1月25日第一次委員會議，即就「全民健康保險會會議規範（草案）」進行討論。考量總額協商十分重要，但模式已不同於費協會，所以將「健保會於進行總額對等協議訂定及分配事項前，應先請保險付費者代表之十八位委員共同推選委員十人代為行使發言權、提案權及協商權，以與保險醫事服務提供者代表同名額之委員進行對等協商」納在會議規範第六點，但引起委員一片譁然，在了解其肇因於組成及議事辦法第9條之後，即有委員認為該規定窒礙難行應修法。

組成及議事辦法第9條所訂對等協商的操作方式，在1至3月份的委員會議，只要是沾

上一點邊的議題，都會被提出並討論一番，結論都是窒礙難行，因此，有建議修法者，有建議刪除該法條者，主要論點大致為：

- (一) 18位保險付費者委員各有所代表之團體，8位沒被推選擔任協商代表的委員，對所屬團體將難以交代，會造成協商困難，甚至破裂。
- (二) 總額分牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門進行協商，各該部門之代表委員分別為1位、1位、2位及4位，所以也不是10對10的協商。
- (三) 用「人數」對等的形式沒有意義，協商要實質對等，要專業、時間、場地、談

判能力對等。

- (四) 「對等」最重要的是，在和氣之下，解決很多問題，要互相理解。
- (五) 由費協會多年累積下來的協商實務經驗，向來不是計較人數是否對等，付費者大多採「主、協談」分工方式發揮團隊精神，也都順利完成任務。
- (六) 依組成及議事辦法，似乎僅由10位醫事服務提供者代表和付費者推派的10位代表協商；專家學者、公正人士、相關機關代表也都不能夠參與協商，產生的負面效應將難以估計。

102年4月份委員會議，6位保險付費者代



表之委員共同提出：「建議衛生署刪除全民健康保險會組成及議事辦法第9條之規定」，議案經熱烈討論，獲致「建議衛生署將法條修為『健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排』」之結論。衛福部接受此項建議，循相關程序修法，並於102年8月8日發布修正令，將第9條修為「健保會於協議訂定及分配保險醫療給付費用總額時，其方式、場地、出席、列席人員及其他相關事項，應符合對等協議之精神」，此事件經數個月紛爭，終告落幕，103年度總額也順利展開協商作業。

五、魚與熊掌之兼顧

若論「組織」，健保會係監理會與費協會之整合；但就「任務」而言，卻是「1」+「1」>「2」，因在承續原監理會的監理及費協會的總額協商等既有任務外，尚增加很多新任務，諸如保險費率之審議、保險給付範圍之審議、主管機關所擬訂年度醫療給付費用總額範圍報行政院核定前之諮詢、討論保險人所提抑制資源不當耗用年度改善方案與保險醫事服務機構財報公開辦法等。但健保會委員屬性為兼職且有35位之多（國外研究指出，委員超過20位，議事效率將降低），加上法定任務頗多，難免有總額協商及監理工作孰重孰輕之暗潮，所以會議議題如何面面俱到、會議時間長短、會議效率等都是大考驗。

監理會與費協會均每個月開一次委員會

議，時間約3小時；而依組成及議事辦法，健保會也是每月召開會議一次，但須處理議題繁多，每次開會幾乎都5個小時以上，且在部分議案保留至下次會議續談的情況下勉強結束，因為大家都精疲力竭了。雖然可加開臨時會議，但委員多為來自各方代表，自身業務已十分忙碌，經常加開會議，實務上不可行。

年度醫療給付費用總額的協商，包含前置作業及實質協商，過程冗長又費時，且有法定完成時限之急迫性，所以幾乎一整年都有必須處理之相關議案。因此雖已依法定事項就總額協商、監理等業務擬具102年度工作計畫（附錄二之附件二），並經委員會議同意，但有些委員仍認為健保會似乎偏廢了監理工作，多數時間在談錢的分配。為回應委員的擔心，5月份再用問卷（附錄八）徵詢委員對強化監理業務的意見，並將新增議題排入102年度或103年度工作計畫中。

何謂議事效率，見仁見智。但所有委員都希望可為健保盡最大心力乃不爭事實，而唯有掌握會議脈動，事前建立共識，才能增進會議運作效率，處理更多健保業務及提供更多有意義建言。健保會一年來，多次利用問卷方式事先彙整委員意見，並已看到其對會議共識建立之效果，往後並將繼續尋求增進議事效率與效益的方法。





2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



4 102年度 重點業務及 執行概況

第四章 102年度重點業務及執行概況

第一節 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配

一、業務內容簡介

總額預算是以預算導引醫療服務提供的一種支付制度，透過專業自主及同儕制約精神，合理控制醫療費用成長。應施行總額支付制度始自一代健保法之規定，並於87年7月至91年7月期間，分階段開辦牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等各部門之總額支付制度，未涵蓋於四部門總額範圍的醫療服務，則以「其他預算」來吸納，並由保險人（健保署）管控。以協商方式來議定年度總額，在歷經十餘載的實務經驗與琢磨修正後，已發展出穩定的模式。

二代健保對總額支付制度的規範，大致和一代健保相同，比較不同的是，在修正後健保法中，於第5條敘明保險醫療給付費用總額應「對等」協議訂定及分配，及第60條新增

主管機關對所擬訂年度總額範圍，須先諮詢健保會，再報行政院核定；另外，財務以收支連動方式運作，費率以協定之總額設算，若有高於法定上限（6%）情況，則該總額須重新協定。因此，總額之協議訂定及分配，除民眾醫療需求外，尚須連帶考量財務平衡原則並於法定時限完成，才能作為費率審議之依據，其重要性不言可喻。

總額協商作業於每年4月至12月間，經由衛福部、健保署、健保會及總額部門各司其職，通力合作共同完成。以健保會而言，上半年主要是，對主管機關擬報行政院核定之年度總額範圍提供諮詢意見，及完成協商架構、協商通則、協商程序之議定與協商參考資料收集整理等前置作業；下半年則是辦理各部門總額前一年度執行成果評核會議、總額協商會前會，及展開正式協商。茲以簡圖說明總額協商作業流程：



4月份

主管機關擬訂年度總額範圍（草案），並於報行政院核定前，先諮詢健保會意見

4~6月份

- 一、議定協商架構、協商通則、協商程序
- 二、收集整理供參用之協商相關資料

7月份

- 一、舉辦各部門總額前一年度執行成果評核會議
- 二、主管機關交付就行政院核定範圍，依法協議訂定總額及其分配方式

8月份

- 一、編具協商參考指標要覽
- 二、召開總額協商會前會，安排健保署及各總額部門向委員說明其提請協商之規劃草案，並進行意見交流

9~12月份

- 一、協商年度總額及其分配方式（含地區預算）
- 二、協定結果報主管機關核定公告

二、業務執行概況

依法，本（102）年應完成103年度醫療給付費用總額之協定，因此自4月起，展開各項所須之工作。

（一）提供總額範圍諮詢意見

主管機關（衛福部）於4月中旬函送「103年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率範圍（草案）」諮詢健保會意見。本次提出之成長率低推估值為1.577%，是以「人口結構改變對醫療服務點數之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」等客觀的基本成長因子及公式計算而得；成長率高推估值為4.500%，是低推估值加上當年政策目標、健保署擬推動之照護計畫及四總額部門所提計畫與預估費用。

針對本諮詢案，健保會提供下列意見供衛福部參酌：

1. 本案所提成長率低推估值增加的費用偏低，因此非協商因素計算公式（即低推估值）宜周全，以更能反映實況。
2. 配合政策推動所增列之專案計畫，應定期評估，若成效不佳，或原欲改善之問題已解決，則經費之編列就應配合修訂。
3. RBRVS為各支付標準資源耗用之相對值調整，其修訂不必然需要外加預算；至於處理急、重症醫療

問題，102年度業已編列50億元支應，103年度須否再挹注30億元，應有更完整合理的政策說明及佐證資料。

（二）召開總額執行成果評核會議

為期各界共同檢視醫療費用總額執行績效並提供建言，以利醫療費用總額協商能納入更多具建設性意見，每年總額協商前邀集專家學者、民間團體、相關機關共同參與「總額執行成果評核會議」（下稱評核會議）已行諸多年，且變成年度盛事。評核會議也可說是總額協商的前哨戰，健保署與各總額部門均依委員會議所商定「各部門總額執行成果評核作業方式」中的相關要求，用相當時間準備前一年度總額（可取得之最近資料）各項計畫執行情形報告，以在評核會議中發表及接受各界檢視，並由專家學者評核其執行績效及提供改進建議。評核結果作為協商次年度總額及提升醫療服務品質、改善相關計畫之重要參據；對表現優異的部門，並於協商總額時酌給經費上之獎勵。

103年度總額協商前之評核會議於102年7月下旬召開，為期2天，前一天半對外開放，邀請7位熟悉總額支付制度之專家學者對101年度總額執行結果予以評核，其他與會人員也都可提供意見。評核面向包括：總額之管理與執行績效、醫療服務品質之確保及提升、保

險對象就醫權益（就醫可近性、自費情形、民眾滿意度等）之維護等。取自全民保險費的健保資源有限，各項計畫之執行必須考量其效率與效益，因此，評核會議的最後半天以閉門方式，由專家學者針對101年度各部門總額所提供的服務及24項專案計畫（方案），進行

相當嚴謹的討論與評分（是否續辦及經費增減建議如下表），渠等所提供的意見，甚多在總額協商中獲得參採，對實務大有幫助。本次評核，各總額部門所獲等級分別為，牙醫「優」、中醫及西醫基層「良」、醫院「可」，良級以上部門並依等級酌予獎勵。

總額別	項數	續辦與否				建議經費			
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除
牙醫門診總額	3	1	2			1	2		
中醫門診總額	4		3	1			3	1	
西醫基層總額	3		2		1		2		1
醫院總額	3		3				3		
西醫跨部門專案	11		9		2		9		2
合計	24	1	19	1	3	1	19	1	3

（三）協議訂定103年度醫療費用總額及其分配方式

透過保險付費者與保險醫事服務提供者代表，在行政院核定範圍內，以協商方式議定各年度總額及其分配方式，已累積十多年經驗，協商雙方都認為遊戲規則應公開、透明且事前談好，不可在中途要求改變，所以舉凡與遊戲規則有關之協商架構、通則、程序都須先經委員會議議定。另外，二代健保法明定，要「對等」協商，並於組成及議事辦法第9條中闡述，意指「協商之方

式、場地、出席、列席人員及其他相關事項，應符合對等協議精神」。總額協商也依立法意旨，在雙方合意的對等氛圍下進行。

1. 協商前置作業：4~6月間議定各項遊戲規則

（1）協商架構：總額協商談的是，要做什麼計畫，所須經費較去年成長多少，並以非協商因素成長率、協商因素成長率及專款項目額度轉化之成長率建構而成。所以協商的架構包含：①總額設

算公式、②非協商因素計算公式（依行政院核定總額範圍的低推估值計算而得，反應醫療費用自然成長，不須協商）、③協商因素範圍（配合政策推動項目、健保署擬推動之健康照護計畫，西、中、牙醫等團體所提計畫與預算，經由協商而來）、④專款項目範圍（為特定目的所協商專用款，該款項不能流用到其他項目）。

(2) 協商通則：各部門總額在費用基期、非協商因素、協商因素及專款項目等各項，所一體適用的共通性原則。

(3) 協商程序：總額協商係先召開共識會議，結論再提經委員會議確認，所以協商程序要談的包括會議日期、參加人員、各總額部門的協商順序（採抽籤方式）與可用的協商時間、共識會議與委員會議的工作內容、各方未能達成共識時的處理方式等。

2. 編具協商相關資料冊供參用

由於健保制度所涉面向多元且複雜，若無適當之科學化參考數據，不易在權責範圍內分配健保資源，而且付費者及醫事服務提供者資訊不對等，為改善此些情況，並增進委員了解現行總額支付制度之運作

情形及成效，俾於協商總額時可依據系統性、完整性之量化數據討論，以更合理與細緻地配置有限醫療資源，因此編具「102年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽」及「102年全民健康保險總額執行成果摘要」，收錄付費能力與醫療供需、各總額部門之醫療利用概況與醫療品質、滿意度、專案計畫（方案）執行情形等相關資料，除供當年9月協商次年度總額時參用外，亦提供各界了解各部門總額之執行情形。

3. 協商會前會

為使工作順利完成，在正式協商之前，先召開相關會前會。

(1) 行政院核定103年度總額成長率範圍後，主管機關即交付健保會依法進行協定及分配。在召開正式協商會議前，先由健保署與各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案；並於8月份委員會議，安排各總額部門及健保署報告所規劃的協商草案，以利付費者代表了解醫界訴求，並增加雙方溝通機會。

(2) 於協商會議前一週，安排付費者代表座談會，請健保署就各項方案提供進一步說明，及報告如何落實政策目標，以增進委員對整

個協商草案的瞭解，促成總額協商會議的順利進行。

4. 召開103年度總額協商會議

(1) 例行協商會議

遵循衛福部交付行政院所核定103年度總額成長率範圍（1.577%~4.450%，行政院核定時對衛福部所研擬之上限酌減0.05%）及政策方向，召開正式協商會議，其包含共識會議和委員會議。9月27日的共識會議，由各總額部門分別和付費者代表之委員協商，在過程中雙方均可視需要，要求暫停協商，以進行內部閉門會議；雙方的閉門會議可邀請專家學者及公正人士之委員加入，以提供諮詢意見。在歷經13小時馬拉松式會議，達成共識部門為牙醫門診、中醫門診總額及其他預算。醫院及西醫基層總額，雖經戮力協商，但因雙方在多項協商因素項目，例如：降

血脂藥品（Statins）與黃斑部新生血管病變藥品（Lucentis）放寬適應症所需增加費用，及支付標準調整等項，差距甚大，致無法達成共識。共識會議結論，於9月28日的委員會議進行確認。

(2) 重啟協商會議

衛福部於10月份函請健保會就未獲共識之兩部門總額續予協商。10月份委員會議當天，經依會議必要程序處理，委員同意重啟協商；不過付費者委員有個但書，就是此次重啟協商為特例，往後若再發生協商未果情事，則依法逕報主管機關裁決不再協商。在長達7小時的會議折衝後，西醫基層總額最終達成共識，但醫院總額歷經二度協商，雖已縮小付費者與醫院代表間之差距，惜仍無法達成共識，因此依法將雙方代表所提建議方案，併報主管機關決定。

西醫基層及醫院總額於9月及10月份委員會議之協商結果

會議日期 部門別	西醫基層總額	醫院總額
9月份委員會議 (102.09.28)	付費者方案：成長率1.895% (金額約1,131億元) 醫界方案：成長率4.685% (金額約1,162億元)	付費者方案：成長率3.032% (金額約3,859億元) 醫界方案：成長率5.549% (金額約3,953億元)
10月份委員會議 (102.10.25)	共識方案：成長率2.391% (金額約1,136億元)	付費者方案：成長率3.281% (金額約3,868億元) 醫界方案：成長率3.489% (金額約3,876億元)

5. 地區預算分配

年度總額成長率協定完成後，四部門就其費用總額尚須進行地區預算分配，其係以「錢跟著人走」的概念，依健保署6分區校正人口風險因子（考量因素包括人口數、年齡性別結構、標準化死亡比等）後的保險對象人數分配。而由於保險對象可自由的在各地區就醫，但各地區有自己預算，所以當保險對象跨區就醫時，會有費用歸屬問題。在地區預算之下，若有跨區就醫時，其醫療費用會由原投保分區支付，主要目的是保障各區保險對象就醫公平性，及適度導引醫療資源的合理分布。

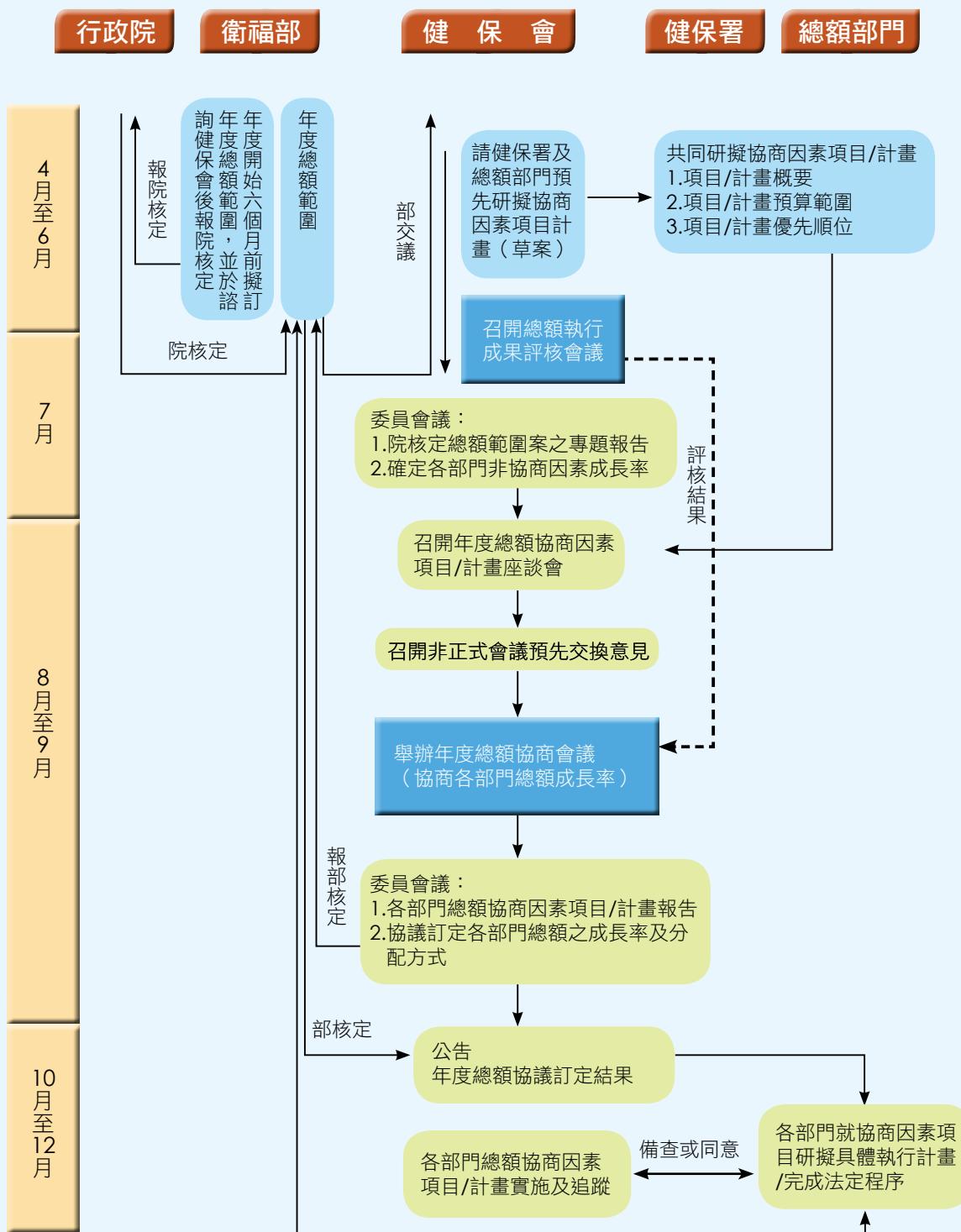
主管機關於規劃總額支付制度之地區預算分配時，雖以「錢跟著人走」為政策目標，但為避免對各區

既有醫療費用產生過大衝擊，因此地區預算以「各地區總額實施前一年醫療費用」及「各地區校正人口風險後保險對象人數」為參數及設定比率計算（分配），並逐年漸進增加人口比率的權重，最終須在5年或8年內達成100%以校正後保險對象人口數分配的目標；但健保實施已逾18年，各部門總額地區預算100%以人口分配，除牙醫門診總額達成外，其餘部門都是進展緩慢。為再釐清此政策目標，已建請衛福部於103年6月前制訂總額地區預算分配之具體政策，作為來年協商之依據。

6. 年度總額之協定分配，過程冗長且艱辛，由如下103年度總額協商之詳細流程圖應可略窺一二。



「103年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」協商流程圖



三、103年度總額成長率協定與核定結果

健保會協定結果依法報主管機關（衛福部）核定，衛福部於102年12月函復：所報103年度全民健康保險醫療給付費用總額及其

分配方式案，同意照辦，至醫院部門，採付費者代表方案。103年度全民健康保險醫療給付費用總額核定結果如下表。

項目	牙醫門診總額	中醫門診總額	西醫基層總額	醫院總額	其他預算	年度總成長
成長率 (總額預估值)	1.888% (約 383 億元)	2.421% (約 217 億元)	2.391% (約 1,136 億元)	3.281% (約 3,868 億元)	108 億元	3.275% (約 5,712 億元)

註：各部門及年度總額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。



第二節 保險費率之審議

一、業務內容簡介

我國全民健保自84年3月1日開辦至86年期間，保險收入均大於支出，86年底，安全準備累計餘額達615.59億元。但87年開始至98年，幾乎年年支出大於收入，該期間雖有91年保險費率由開辦的4.25%調為4.55%，及91年起全面施行醫療費用總額支付制度，將各年醫療費用成長率控制在5%以內，財務仍每況愈下，96年底安全準備餘額並出現125.71億元赤字；及至99年4月1日費率由4.55%調為5.17%之後，收入才又大於支出，安全準備累計餘額且在101年轉為正數（210億元）。考量全民健保是我國民意支持度與滿意度最高的公共政策，也是社會安全基石，必須有穩健財務才能永續經營。因此，在規劃二代健保時，財務制度改革被列為重點之一，以期財務穩固，不陷危機中。

在一代健保時，保險費率由保險人（健保局）每2年至少精算一次，並經主管機關（衛生署）籌組之精算小組（聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士15至21人組成）審查；保險費率上限6%，開辦第一年以4.25%計繳，之後若需調整，由衛生署報請行政院核定之。當時體系下，健保政策、執行、監理、醫療費用協定分由衛生署、健保局、監理會、費協會掌理。

102年起施行之二代健保，鑑於一代健保時期，財務經常捉襟見肘，因此，將原側重收

入面之監理會與負責協定醫療費用支出之費協會整合為全民健康保險會（健保會），期收支由同一單位治理，建立收支連動機制，使每年保險財務維持平衡狀態。財務收支連動機制，簡單的說，就是先議定每年度的醫療給付費用，健保署再就該醫療費用擬具當年度一般保險費率，提請健保會審議（一代健保時期，僅有一般保險費率；二代健保後，則有一般保險費率及補充保險費率，對高額獎金、股利所得、執行業務收入、租金收入、利息所得及兼職所得課徵補充保險費，以增加公平性。補充保險費率第1年為2%，以後隨一般保險費率之增減情形調整）。

有關保險費率之相關事項，規範於健保法第24條，主要內容略以：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；健保會審議前應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，並在年度開始一個月前依協議訂定之總額，完成該年度應計之收支平衡費率審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告；不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定公告。

二、業務執行概況

（一）前置作業

保險費率之審議係新任務，為期過程順利並能落實執行，健保會在上半年即開始各項前置作業，包括調查委員的看法、研議相關配套措施等，以確保下

半年的保險費率審議能如期完成。

（二）召開費率審議前意見諮詢會議

健保署於10月底送來103年度保險費率方案（草案），健保會隨即依法召開「全民健康保險103年度保險費率審議前意見諮詢會議」，邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士等及健保會委員參加。本諮詢會議提出下列意見供健保署參考：

1. 費率是否調整，應考量其推估假設的合理性、推估公式的正確性及推估結果的適用性，因此，於數據的邏輯性、數據之依據與相關說明等方向須補強。
2. 以薪資結構為主的保費收入易受景氣影響，財源不穩定；補充保費的效益有待評估；另因人口老化情況嚴重及醫療科技進步等因素，都會促使醫療費用上升，因此對費率的推估應持平，不宜過於樂觀或太保守。
3. 為利費率審議，應增列1個月及2個月安全準備情況下之費率與財務推估試算資料。
4. 詳細研析各領域專家所提供之意見並加以運用，以使所提費率方案更周延。

（三）保險費率方案之審議與結果

健保署參考上述意見並修訂103年度保險費率方案（草案）後，提請健保

會11月份委員會議審議。為落實健保法對於財務收支連動之設計，會中除針對該方案進行討論外，並同時討論啟動費率調整的原則。

1. 103年度保險費率維持4.91%不予調整

二代健保對財務改革之核心目的，在於穩健財務收支基礎，使健保得以永續經營，健保法因此課由健保會擔負保險財務收支連動之責。經檢視協定之醫療給付費用總額，並考量當下財務狀況下，同意健保署所提出的建議，103年度的保險費率維持4.91%不予調整，並將審議結果，報衛福部轉報行政院核定。

2. 啟動費率調整的原則

當安全準備低於1個月或高於3個月的保險給付總額時，費率即應配合調升或調降，每年並可討論該機制的修訂。

第三節 保險給付範圍之審議及相關法定事項

一、業務內容簡介

我國健保給付的範圍相當廣泛，涵蓋門診（含西醫、中醫、牙醫）、急診、住院、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目，且自開辦以來，因人口結構老化、新醫療科技引進，致給付項目逐年增加，醫療費用持續高漲。但醫療資源有限，健保支出面雖然已利用總額預算來控制，總體費用仍入不敷出，而社會普遍不接受調高費率。

考量財務收支失衡，除調高費率外，亦可藉由縮減給付、節制資源使用因應，二代健保乃將給付範圍得以調整的內容入法。期能解決給付範圍過於寬廣且規定不明確、給付決策未納入付費能力、尚未建立公開透明的資源配置優先順序、甚少規範民眾醫療利用等給付議題，並促使政府部門在決策過程，多方容納各界意見。健保會於此業務事項，被賦予對健保署所擬訂調整保險給付範圍方案及抑制資源不當耗用改善方案等，進行審議或討論。

（一）「調整保險給付範圍方案」之審議

為避免財務失衡，健保法第26條規定，當安全準備低於一個月保險給付總額或增減給付項目、給付內容、給付標準，致影響保險財務平衡時，由保險人（健保署）擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議。

（二）「保險不給付項目」之審議

為讓被保險人對其可接受的醫療服務得以預見，除健保法明訂的不給付項目外，所有的給付項目，都正面表列於「醫療服務給付項目及支付標準」、「藥物給付項目及支付標準」中，各該標準由健保署會同專家學者、被保險人、雇主、醫界等代表籌組共同擬訂會議議定之；至不給付項目，健保法第51條除明訂不在給付範圍之項目外，亦規定保險人可擬訂其他不給付之診療服務與藥物，但須經健保會審議，報主管機關核定，俾使相關行政作為得事先蒐集民意。

（三）「自付差額特殊材料品項」之討論

一代健保時，民眾若選用保險不給付項目，必須全額自付。但考量公平性及增加民眾選擇權，二代健保乃將特殊材料得自付差額入法，並於健保法第45條規範，立法意旨為，健保署對特殊材料得訂定給付上限，對屬同功能類別之特殊材料得支付同一價格（健保支付價）；健保已給付之特材，若有屬同功能類別但價格較高，且經公告為自付差額品項者，保險對象得於醫師認定有醫療需要時選用，但僅須自行負擔超過健保支付價的差額；而為廣納各方意見，自付差額特殊材料，應由其許可證持有者向健保署申請，經同意後，併同實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

（四）「抑制資源不當耗用改善方案」之討論

我國實施總額支付制度，醫療院所已共同承擔費用控制的責任及風險，並透過費用的審查及稽核，提高服務效率與品質；相對地，於民眾就醫行為則較少規範。隨著時代之演進，珍惜健保有限資源人人有責已是社會共識，因此健保法第72條規定，健保署每年應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。

二、業務執行概況

二代健保期望落實「重要資訊公開透明，擴大民眾參與」、「節制資源使用，減少不當醫療」等改革重點，改善過去給付面均由政府部門單方決定，缺乏社會基礎與共識的情形。因此建構保險付費者席次占一半以上的健保會為平台，對保險給付範圍調整及資源合理使用等社會議題建立共識，102年未有調整給付範

圍審議案，但有如下提請討論之相關議案：

（一）藥品給付規定修正應有相對財源案

醫界認為健保署之「修正降血脂藥品給付規定並自102年8月1日生效」公告，屬適應症之放寬，將影響財務甚鉅，但102年所協定總額未含該筆費用，且健保署建議將「適應症擴充及新藥收載可能造成之財務衝擊」議題提健保會討論，於是訴求：1.該公告於102年所衍生費用由102年度總額之其他預算挹注；2.協商103年度總額時，應編列相關預算。但以102年度總額挹注之訴求，於委員會議中並未受到支持。

「修訂降血脂藥品（Statins）及修訂黃斑部新生血管病變藥品（Lucentis）給付規定應有預算挹注」乙項，在102年9月協商103年度總額時被提出，雖經熱烈與冗長協商，惜因醫事服務提供者與付費者代表對其於財務

影響的見解不同，未獲共識；西醫基層及醫院兩部門總額也因此協商破裂。嗣經10月份委員會議重啟兩部門總額之協商，經漫長溝通協商，本項終達成以下共識，但醫院總額仍是協商未果：

1. 經費配套部分：保險付費者委員考量總額下，各醫療服務項目有截長補短的功能，健保署可在年度總額額度內整體調控、運用，及進行必要的支付標準調整；且基於付費能力有限，藥品給付項目眾多，不宜就單項藥品增加預算，但慮及新藥、新醫療科技引進有其必要性，爰於103年度醫院及西醫基層總額，增加「新醫療科技」及「就醫可近性提升」等協商項目預算。
2. 藥品給付規定部分：醫事服務提供者代表認為該藥品給付規定之修訂，於103年度總額未編列預算，因此提議給付條件應回歸原規定；經討論後認為，個別藥品的使用規範，涉及醫療專業判斷，且依健保法，「藥物給付項目及支付標準」的修訂，屬健保署權責，若須檢討修訂，則應由該署討論。

(二) 牛心瓣膜列入自付差額特材品項討論案

健保對於因心臟瓣膜疾病惡化，需植入人工心瓣膜的患者，或是無法長期接受抗凝血劑治療的患者，已全額給付豬心瓣膜特材供使用。牛心瓣膜許可證



持有廠商，依健保法第45條及健保署所訂定「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，向該署申請將其納為自付差額品項並獲同意，因此依法提請健保會102年8月份委員會議討論。

因認為牛心瓣膜部分療效雖比豬心瓣膜佳，但整體差異不大，廠商的建議價卻高出給付上限（即豬心瓣膜健保支付價格，為44,149點）數倍，不符比例原則，考量民眾對醫療器材的議價能力及相關資訊相對弱勢，請健保署依外界期待，規劃制訂「保險對象自付差額上限」與相關配套措施。本案並將於健保署提送更新資料後再繼續討論。

(三) 納為健保自付差額特材應有之規劃考量案

健保會為應健保署提請討論其所同意納為自付差額特材品項之需，請該署於8月份委員會議報告「保險對象自

付差額特殊材料品項之執行現況與規劃」。委員認為自付差額特材品項的申報、作業原則（包括：可申請列為自付差額特材的條件、病人權益保障措施、擬訂差額上限原則、自付差額品項納入全額給付之條件等），應從病人角度思考，因此請健保署對醫療院所向民眾收取特材自付差額、事前充分告知及資訊公開等相關事項，應進一步研擬管理規範，以保障民眾權益。健保署嗣於同年12月份委員會議專案報告「保險對象自付差額特殊材料之規劃」，重點如下：

1. 「自付差額上限」之訂定：健保署認為如訂太低，廠商不願進口；如太高，則院所均依上限收取差額，反而對民眾不利。因此，建議於收載初期暫不訂定差額上限，但每年監控自付差額品項的收費情形，若其價格在各院所間差異較大，或有高出國際平均價/中位價，或民眾反映事項等情況時，得訂定差額上限。
2. 民眾權益之維護：「資訊公開及充分告知」等部分，原已有規範，但為維護民眾權益，將再予強化以後的流程，除規定醫療院所應於手術前或處置前2日充分告知外，並將事前告知程序由一階段改為二階段，先由醫師交付說明書及病人簽名後，復由行政或護理人員說明

收費情形，病人了解後再填具同意書。此外，亦新增院所應開立收據及檢附明細表的規定，以維護民眾知的權利。

經討論，原則尊重健保署所規劃「收載初期暫不訂定自付差額上限，但每年監控院所的收費情形，如有異常時，再予訂之」、「資訊公開」、「二階段事前充分告知」及「開立收據」等措施，但希望各該措施更形周全，所以提出下列改善建議：

1. 在實施初期，持續觀察自付差額相關執行情形有其必要性，所以應請建立檢討改善機制並定期提報。
2. 為利民眾查詢，應彙整各院所自付差額特材品項之收費標準，並置於網站，加強價格之公開透明；並協調各縣市衛生主管機關，提供其核定之收費標準，以供比對。

（四）「102年及103年抑制資源不當耗用改善方案」之討論

台灣的全民健保制度，民眾就醫受到的限制較少，再加上支付醫療院所的方式，大多依提供的服務量來付費（論量計酬），因此形成看病多、拿藥多、檢查多等俗稱三多的現象。

雖然自91年起全面實施總額支付制度，將年度醫療費用控制在一定的成長幅度內，但台灣人口快速老化，醫療費用節節高升，保險費率調整不易，所

以仍有必要朝資源合理使用，減少不當醫療的政策方向改革。因此，二代健保法第72條明定，健保署應每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，以確保資源有效運用；但為期該改善方案，除考量管理層面外，也能適度納入付費者及醫療服務提供者的意見，以利後續執行，所以條文同時規定須提健保會討論，再報主管機關核定。

健保署綜整過去醫療服務審查及控管的經驗，分析可能造成醫療浪費的原因，配合研擬相關管控策略，包括：持續推動支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制及藥費管控等。健保會建議增列「加強健保教育宣導」、及

「強化違規查處機制」等2項之內容，而由於第一次討論時點已近年末，認為應有前瞻性，因此請該署併提102年度及103年度方案。

針對健保署於12月份委員會議提出之102年度及103年度方案，健保會原則尊重，但建議：1.民眾當年度就醫達20次就提出警示，恐有不妥，宜依不同年齡層與疾病別之實際需求調整之；2.慢性病患、多重疾病患者於不同院所重複領藥情形宜納入警示及輔導系統中；3.宜透過各種管道加強衛教宣導等事項，並附帶建議檢討現行違規查處之相關執行方式及辦法，朝微罪不舉、加重行政處罰代替刑事移送之原則改善。

第四節 全民健保監理業務及政策 與法規諮詢事項

一、業務內容簡介

全民健保屬於社會保險的一環，國人係依據強制性、限制性等原則納保，與一般商業保險可以自由投保的方式不同。為保障被保險人的權益，及維持保險的財務安全，有必要透過第三單位的監督，來維護公眾利益。因此，全民健保自84年實施以來，即設立監理會，以監理保險業務，及提供保險政策、法規之研究與諮詢事宜。二代健保實施後，健保會職責也包含承接原監理會任務，健保法第5條並明訂，保險業務之監理及保險政策、法規之研究與諮詢等，為健保會應辦事項。

為應健保業務接受監理之需，健保署除依健保法施行細則第2條規定，按月將承保、財務、醫療等之相關表報送會，供觀察長期趨勢及研究有無異常外；並將各該表報資料併同當月份重點業務彙整「全民健康保險業務執行報告」提報健保會委員會議，以讓委員瞭解相關業務執行情形及提供建言。另該署也依施行細則第3條規定，就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。

有關保險政策、法規之研究與諮詢，法定事項包括：主管機關擬訂年度總額範圍報院核定前須先諮詢健保會意見（第60條）、保險人同意之自付差額特殊材料品項（第45條）及保險人擬訂之抑制資源不當耗用改善方案

（第72條）、保險醫事服務機構提報財務報告辦法（第73條）與醫療品質資訊公開辦法（第74條）等，須先諮詢健保會或提健保會討論（相關辦理情形分述於本章各節）。至法雖未規定，但衛福部或健保署在擬訂健保相關政策、法規時，若認為已涉及多數民眾權益，而為使其更為周延、完善，大多會基於施政需要，而諮詢健保會意見。

二、業務執行概況

（一）監理業務

1. 法定監理業務：健保預、決算備查及按月提報健保業務執行情形於102年3月份及4月份委員會議，同意健保署所送「101年度決算報告」及「103年度預算報告」備查案。另對該署按月提報的「全民健康保險業務執行報告」，委員均於會中就健保會法定事項，提供執行面的各項建議；在考量每月份之業務執行報告資料，短期內變化不大，而為提高議事效率，2月份委員會議決定，口頭報告採季（每年1、4、7、10月）報方式辦理，惟不論有無進行口頭報告，委員都可就權責範圍，請健保署提供相關說明或資料，以利業務監理。
2. 安排專題報告，強化監理功能：鑑於監理會及費協會兩會合一後，委員認為年度總額協商的工作雖然

相當繁重，但不能因而偏廢監理業務。幕僚原已依據二代健保法及其施行細則的法定事項，安排相關專案報告；但為強化監理工作，於5月份以問卷方式調查委員認為應再加強之監理事項。經整合多數委員

關切的選項，及配合年度總額協商及費率審議（9至11月）等工作計畫的時程，排定年度專案報告主題及提報時間（如下表），使健保會於監理面向發揮更大功能。

專案報告主題	提報時間	報告單位
1. 急診壅塞問題及轉診制度之推動情形報告	102年2月	衛福部醫事司 / 健保署
2. 全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形報告	102年5月，之後按季提報	健保署
3. 「直轄市政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形報告	102年6月	健保署
4. 如何透過健保IC卡來管控醫療費用之規劃 [含健保資訊網服務系統（VPN）資料上傳之情形] 報告	102年7月	健保署
5. 抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形報告	102年7月	健保署
6. DRGs（診斷關聯群）、RBRVS（資源耗用為基準的相對價值表）等支付制度之推動情形報告	102年8月	健保署
7. 保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃報告	102年8、12月	健保署
8. 102年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果報告	102年8月	健保署
9. 「二代健保制度總檢討—補充保險費議題」初步檢討報告	102年12月	衛福部二代健保總檢討小組

健保會針對專案報告所提供的建議摘述如下：

(1)補充保險費扣繳情形及檢討報告：委員提出多項實務上的建議，包括：雇主增加的負擔過重、為防杜取巧宜改採年度結算保費方式、宜訂定全年上限，及改善逆所得重分配等，供衛福部及健保署未來政策擬訂及業務興革的參考。

(2)健保IC卡管控費用之規劃：委員認為目前已可藉由IC卡進行多項管控措施（查詢最近6次就醫資料、同時間不能掛號2次、開藥項目或就醫超過一定次數即不予以給付等），但其功能仍有侷限性，例如院所透過「全國醫療影像交換中心」，僅能查詢影像索引檔而尚不能直接調閱影像，在減少資源重複耗用的功能上仍有待加強，因此，建議健保署能尋求突破點，及提升院所的傳輸頻寬，以加強健保IC卡管控的功能。

(3)102年度各部門總額專款項目之執行：付費者委員再次重申，專款應符合專用於所協定項目之意旨，且不能挪用於調整一般服務的支付標準，並獲致：「考量現行『中央健康保險署所擬訂專款

使用方案及執行結果，若不符總額協定事項，係於次年度總額協商時檢討』作業方式，恐影響保險對象權益。爰請該署於每年1月之前，依協定事項完成各計畫（含專款）之訂定，並於4月份及7月份提報重要計畫執行情形，以利未符協定事項之導正」重要結論，充分展現健保會對總額協商後各項目經費執行的管理功能。

（二）政策與法規之諮詢

102年度衛福部及健保署分別就「投保金額分級表上限的調整幅度與時機」及「部分負擔調整方案」，諮詢健保會意見，所提供的建議與討論重點摘述如下：

1. 「全民健保投保金額分級表上限調整幅度與時機」之討論
依全民健康保險法第19條規定，第一類至第三類被保險人之投保金額，由衛福部擬訂分級表，報請行政院核定之；投保金額分級表最高一級與最低一級的投保金額應維持五倍以上差距，該表並應自基本工資調整之次月配合調整。適用最高一級投保金額的被保險人，當其人數超過被保險人總人數3%，並持續12個月時，衛福部應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

為回應立法委員所提「檢討全民健康保險法第19條第3項投保金額上限，並建議上限由182,000元修正成30萬元」的要求，衛福部於健保會102年6月份委員會議交議投保金額上限調整至303,000元及254,300元兩種方案。

經討論，多數委員認為當時健保財

務狀況尚稱良好，且二代健保甫施行半年，對於保險費（含補充保險費）之計收情形，仍有待評估，因此，建議本案暫時緩議。

2. 「部分負擔調整方案」之討論

為達到受益者付費的精神，健保法第43及47條規定，保險對象於就醫時應自行負擔門、住診的一定比



率費用，即俗稱的「部分負擔」。因為須要民眾從口袋多掏錢出來，涉及多數民眾權益，因此，一代健保時，歷次全民健保重大的部分負擔調整方案，保險人都先諮詢監理會的意見，以供決策參考。二代健保實施後，健保署在考量現行部分負擔比率（11%）低於健保法規定的20%、急診壅塞或肇因於部分負擔過低，及社會期待抑制醫療浪費等因素後，認為有檢討的必要，因此，研擬部分負擔調整方案，提請健保會102年7月份委員會議提供諮詢意見。

多數委員認為，二代健保運作才半年，而健保財務狀況尚可，並不需要以調整部分負擔來增加財源，且健保署提出的方案，主要目的在抑制醫療浪費，但現階段該署執行的管控策略（加強推動整合性門診照護、運用健保IC卡進行管控、落實高診次就醫者輔導措施等），也可

以達到降低就診次數的效果，故本案沒有立即調整的急迫性，最後決議：

(1) 基於下列因素，本案緩議：

①有關調整保險對象應自行負擔費用議案，委員認為其之於健保會，尚有究屬健保法所定「保險給付範圍之審議」或「保險政策之諮詢」事項之職權疑義，爰宜建請衛福部先予釐清。

②多數委員認為，二代健保甫實施半年，且健保署提出本案，係為抑制醫療浪費而非財務因素考量，並無急迫性；另外該署所提供之相關數據與理由，不具說服力，尚無法獲得支持。

(2) 請健保署重新評估後，若認確有調整需要，再擇期提出。

健保署經參酌健保會意見，102年度並未調整部分負擔金額。

第五節 資訊公開及民眾參與

一、業務內容簡介

「資訊力求公開」、「擴大民眾參與」，以期民眾了解、關心、參與及共同監督公共事務，是時代潮流，也是二代健保的核心精神。因此健保法修法時盡量融入社會期待事項，除於第5條、第73條及第74條等條文訂定相關規範外，並架構健保會為平台，供各界代表審議、協議及討論相關事項。

健保會既是平台，則其各類組成代表於委員會議的發言應受社會檢視；資訊須達一定程度的公開，且關心民眾的想法，因此健保法第5條之第3至第6項分別有如下規範：

- (一) 健保會於審議、協議健保有關事項，應在會議七日前及會議後十日內分別公開議程及實錄；於審議、協議重要事項前，應先蒐集民意。
- (二) 健保會的組成中，保險付費者（含雇主及被保險人）代表之名額不得少於二分之一，且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一；其餘不滿二分之一的名額，再分由保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表擔任。
- (三) 主管機關須就健保會各類代表之名額、產生方式、利益自我揭露及議事規範、資訊公開等有關事項訂定辦法。
- (四) 健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

財務資訊公開透明是二代健保改革方向之一，因來自於全體保險對象所繳保險費的健保資源相當有限，且保險費率調升不易，自84年開辦至今僅微幅調高二次，致財務壓力經常如影隨形，資源合理分配與使用於是掛在大家口中。醫療院所一再訴求所提供之醫療服務未獲健保相對的費用支付，一般卻認為醫療院所獲利尚佳，民間團體多年來也不斷呼籲醫療院所應公開財報供檢視其經營是否確有困難，整體資源配置是否均衡合理。各領域公開財務供檢視也是趨勢，例如在上市（櫃）公司、大專院校、財團法人醫院等都已行諸多年，因此二代健保法第73條規定，健保醫事服務機構當年領取之醫療費用超過一定數額者，應於期限內向健保署提報經會計師簽證或審計機關審定之健保有關財務報告，該署並應公開之。而應提出財報之費用數額、期限、程序、格式及內容，由健保署擬訂辦法送健保會討論後，報衛福部核定發布。保險醫事服務機構須提報之財務報告事項送由健保會討論，也是希望多參採代表民眾之保險付費者的意見，以符社會期待。

醫療品質與全民息息相關，在一代健保時，健保署已順應輿情，陸續於網站公開各種醫療品質相關資訊。為使醫療品質資訊更公開並更貼近民意，二代健保法第74條於是規定健保署及健保醫事服務機構都應定期公開相關之醫療品質資訊，而各該資訊健保署須就其範圍內容、公開方式及其他應遵行事項擬訂辦法，提健保會討論後，報衛福部核定發布。由

本法條也可充分了解，政府對資訊公開及民意蒐集的重視程度。

二、業務執行概況

就上開法定之「委員組成、會議議程及實錄公開事項」、「民眾參與機制建置事項」、「委員利益自我揭露事項」、「保險醫事服務機構財務資訊公開事項」及「健保署及保險醫事服務機構醫療品質資訊公開事項」等五部分，分述其辦理情形：

（一）委員組成、會議議程及實錄公開事項

照資訊公開和擴大民眾參與的立法意旨，在35名委員中，付費者委員計18名，占二分之一以上，委員資訊業公開於健保會網頁，包括35位委員之組成類別、推薦機關團體與名單，路徑為：衛福部/全民健康保險會/委員簡介/現任委員。

依法健保會會議議程及實錄，以日曆天計算，應在會議前七天及會議後十天（含與會人員之確認程序）內上網公開，雖然時間壓力很大，但仍克服萬難，完成每次會議均在期限內公開的法定要求。本年度公開於健保會網頁之委員會議資訊，包括12次會議議程與實錄、2次總額協商會議實錄、歷次會議的12項專案報告等內容，路徑為：衛福部/全民健康保險會/委員會議。

（二）民眾參與機制建置事項

1. 建立民意蒐集之基礎資料

為瞭解民眾對於二代健保措施之認知情形與相關意見，以建立未來審議及協議重要事項之基礎資料，102年度委外進行「全民健保重要議題民意調查」。本調查運用知識、態度與行為理論（Knowledge, Attitude and Practice, KAP），採電話訪問方式進行；為確保品質，問卷於諮詢相關領域學者專家意見及多次檢視修訂後才定稿，題目包括：民眾對減少醫療浪費行為、落實轉診制度、部分負擔減免、無效醫療、新醫療科技納入健保給付項目與財務入不敷出時的優先考量處置，及公開健保重要資訊等之看法。

透過102年度的「全民健保重要議題民意調查」，除拓展民眾對健保議題之參與機會，並得以進一步瞭解民眾對於二代健保各項措施的基本認知情形與相關意見。本調查結果，除作為健保會日後審議及協議重要事項時蒐集民意的基礎資料外，並送請衛福部及健保署作為未來政策擬訂與變革之參考。

2. 利用網路蒐集民意

於102年4月10日至6月10日期間，嘗試將健保局（健保署前身）到健保會委員會議專題報告之資料摘述置於官網，並提供民眾留言欄位，

進行網路民意蒐集，期能建立更多元民意蒐集管道，以利業務推動。其中，針對「急診壅塞分析及近期健保推動之改革措施」網路民意蒐集之點閱率（4至6月份），約計一千一百餘次，雖瀏覽資料後，暫無留言意見，但仍顯示民眾可藉此管道瞭解相關訊息，當可作為往後相關業務規劃參考。

（三）委員利益自我揭露事項

為利外界共同檢視健保會委員之發言（公開於會議實錄中）是否符合所代表身分類別及有無利益迴避，健保會就主管機關依健保法第5條所訂定「全民健康保險會組成及議事辦法」之要求，擬具「委員利益自我揭露聲明書」，請委員或其指派代理人（發言權及表決權等同委員）就下列情形，於首次參加委員會議前主動填報健保會，由該會於必要範圍內對外公開。

1. 其本人之專職、兼職、顧問職。
2. 其本人、配偶或直系親屬為保險醫事服務機構的負責醫事人員、保險藥物交易之相關業務人員、投保單位之負責人或其業務上之利益明顯與健保會之職權相關。
3. 其代表之身分類別異動。

前述委員及委員指派代理人利益自我揭露資訊，業於102年4月19日及8月2日（配合衛生署改制為衛福部）公開

於健保會網頁，並陸續依委員及委員指派代理人更替情形，更新相關資訊。路徑為：衛福部/全民健康保險會/委員及相關人員利益自我揭露資訊。

此外，財團法人台灣醫療改革基金會102年6月7日曾來函建議「公開健保會委員電子信箱，做為各界建言管道」事項，考量該建議可擴大民眾參與健保事務，但基於其非法定事項，須尊重個人意願，因此利用健保會102年6月份委員會議，徵詢委員意願，計21位委員同意公開其電子信箱，供各界建言，路徑為：衛福部/全民健康保險會/委員簡介/現任委員之「民眾建言信箱」欄。

（四）保險醫事服務機構財務資訊公開事項

健保局（健保署前身）依健保法第73條規定擬訂「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法（草案）」，並於健保會102年2月份委員會議提請討論，健保局所擬草案內容略以：

1. 財務報告編製原則：屬醫療法人醫事服務機構須依醫療法人財務報告編製準則編製；若屬公立醫事服務機構則須依主計機關規定的編製準則編製；至於其他醫事服務機構則依一般公認會計原則編製。
2. 財報公開時點：健保局於每年2~3月將扣繳憑單（即實際支付院所的醫療金額）寄給院所，院所每年所

領取金額超過一定額度（第1~3年6億元；第4~5年4億元；第6年以後各年2億元），需於隔年10月底前，提供經會計師簽證或審計機關審定的財務報表，健保局並於隔年12月底前登載於其全球資訊網。

3. 各期程需提報金額：開始實施第1至第3年，健保收入超過6億元者需提報，實施第4至5年，超過4億元者即需提報；第6年以後，超過2億元者就得提報。

健保會委員對本案看法略以：

1. 提報對象：部分委員認為有附設診所之醫院，健保支付的醫療費用合併後若超過6億元，亦應公開財務報告，否則此類醫院為規避提報門檻，會將營運量移轉至附設診所；部分委員認為所有醫療財團法人的財務報告都應公開；惟亦有委員認為，健保署是與個別院所而非與醫療財團法人簽約，因此不能要求其提報財務報告。

2. 提報內容：部分醫界委員反對將非健保收入公布，因為私人醫院的資產很多並非來自健保，且都已報稅，因此健保無權要求其公開整體財務報告，且健保法只規定醫事服務機構應公開請領健保的費用資料，非健保部分則不應公布，亦不可因自費與健保不易區分，就要求

合併申報。而部分付費者委員則較支持健保與非健保收入都應公布，因為財務報表的成本及費用難以區分健保及非健保，因此技術上只能全部公開，而且只要是醫院收入，都應公開，若不公開自費部分，可能造成自費項目增加。

3. 提報期程：部分委員支持財報公開須分期程漸進實施，因需有過渡期，以進行標準化，公開的資料才具有可比較性；惟部分委員支持財報公開需一步到位，每年領取2億元以上的醫院，就應公開財報。

4. 違規處理：實施第一年盡量以協調輔導為主，讓院所有機會改正，一年後仍未改善，再加以處理。

健保會最後做成決議：全民健保公開特約醫事服務機構的財務報告，是對社會負責及進步的表現，健保會贊同此項資訊公開；為使本辦法順利運作，在施行初始應有過渡期，以利健保局在此期間對特約醫事服務機構進行必要的輔導，並使所提報資料的定義標準化，及公開後的資料更具可比較性。請健保局參酌本案討論結果，報衛生署（衛福部前身）核定發布。

健保局參考健保會對於「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法（草案）」討論意見，酌修文字後，報經衛生署以102年6月7日衛署健保字第

1022660149號令核定發布「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」（附錄九），並定自102年開始實施。醫事服務機構之102年度財報資訊，將依規定於103年10月31日前向健保署提報，並由健保署公開於其網站。

（五）醫療品質資訊公開事項

健保局（健保署前身）依健保法第74條規定擬訂「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法（草案）」，並於健保會102年3月份委員會議提請討論。本辦法之資訊公開，包含健保局及醫事機構兩部分，健保局所擬草案內容略以：

1. 公開範圍：

（1）健保局：除應公開每月各特約院所保險病房設置比率外，並採正面表列方式，公開整體性與個別機構的醫療品質資訊，重點如下：

①整體性醫療品質資訊：為讓社會了解國內的醫療品質概況，依總額部門別/服務別（含醫院、西醫診所、中醫門診、牙醫門診等四部門及門診透析服務）公開其整體性醫療品質資訊，如門診注射劑使用率、門診抗生素使用率等，共計52項指標。

②機構別醫療品質資訊：為提供民眾就醫選擇之參考資

訊，依總額部門別/服務別（含醫院、西醫基層、中醫門診、牙醫門診等四部門及門診透析服務），公開各院所之出院後3日內再急診率、根管治療完成率等醫療服務的品質資訊；另外，針對糖尿病、消化性潰瘍、急性心肌梗塞等特定疾病，提供個別院所的照護比率、治療比率等資訊，共計80項指標。

（2）醫事服務機構：

①每日保險病床使用情形。
②訂有給付上限的自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質及收費標準等相關資訊。

2. 公開方式：健保局、醫學中心及區域醫院應以網際網路供民眾線上查詢為主要公開途徑，其他院所得選擇公眾足以得知的方式（如張貼於機構內明顯易見處）公開。

3. 其他應遵行規範：對公開項目的檢討機制、公開資訊的適度說明、資料的公開期程、其他單位協助彙整提供資料等，訂定相關規定。

本草案經提健保會討論後決議：請健保局參酌委員所提下列意見，報衛生署（衛福部前身）核定發布。

1. 對資訊公開的範圍內容：明訂醫療品質的定義及其公開目的；增列健

保局每月公布各特約醫院的保險病床設置數及其增減數。此外，並參考國際醫療品質指標，公開院所每小時看診人數、各國保費及醫療費用支用情形等資料。

2. 為落實所公開資訊容易讓民眾了解及避免爭議，對各項指標，應一併提供相關說明、參考數據基準，以利民眾解讀。本項並可視需要委請相關專家協助。
3. 公開及更新之時程：除採月、季、

半年或年外，增列「日」。

4. 對其他單位協助彙整提供資料的相關規定，敘明「其不得拒絕」。
- 健保局參考健保會對於「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法（草案）」討論意見，酌修文字後，報經衛福部以102年8月7日衛部保字第1021280007號令核定發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」（附錄十），並已公開相關訊息^註。

註 健保署依照品質資訊公開辦法之規定，於該署全球資訊網設置「醫療品質資訊公開專區」，分別設有「特約醫院保險病床設置比率」、「整體性之醫療品質資訊」、「院所別之醫療品質資訊」（含院所別及疾病別資料）、「專題報告」（含器官移植、長期使用呼吸器）等4路徑，供民眾查詢相關指標，並新增「意見信箱」，收集並回復民眾意見；該署並為利民眾就醫查詢及了解指標的意義及應用，於院所別之醫療品質資訊路徑，提供指標定義說明、指標參考價值、使用限制、疾病相關衛教等資訊。此外，健保署對院所公開的自付差額醫療材料費用資訊，也將各院所的支付價格或搜尋路徑彙整，公開於「藥材專區」供民眾查閱參考。

第六節 研究與發展

為配合二代健保法賦予的任務，健保會102年度共辦理三項研究計畫。

一、建構全民健保醫療給付調整之審議機制（研究期程：101.02.17 ~102.12.15）

監理會（102年與費協會整併為健保會）時期，因體察到保險給付範圍審議為未來將被賦予之新任務，衡酌資源有限，而全民健保於承接公、勞、農保年代給付範圍甚廣的醫療業務後，又逐年引進新醫療科技，使給付範圍不斷擴大，卻鮮少檢討其適當性，對不合時宜給付項目亦缺乏合理審議機制等現況下，有必要預為規劃健保資源配置優先順序的決策模式，乃於101年委辦本研究計畫。

本計畫為期2年，主要以系統性方式彙整國內、外相關文獻，並參酌現行醫療服務及藥物給付項目增減的運作方式，對健保給付範圍調整之審議方法、作業流程、審議機制、審議原則與標準等研提政策建議，重要結論如下：

（一）健保會審議時應建立透明機制、規則及經濟評估閾值（一項治療每增加「調整品質人年」一年生命，民眾願意付出之成本）。若從民眾觀點來看，該閾值平均為134.2萬元，高於專家觀點的94.4萬元，但其僅供審議參考，無法當作唯一考量；而為兼顧公平性，對弱勢族群健保會得預先建立共識，並給予加權處理。

- （二）擬新增、修訂的給付項目及支付標準，若屬當年度總額協定範圍且單項金額較小或財務影響較小的個別項目，由健保署醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準等兩個共同擬訂會議決定即可，並排定通過項目的優先順序；其他非屬當年度總額協定範圍的給付項目、對財務影響較大者、及共同擬訂會議決議送健保會審議的案件，則須送健保會審議。
- （三）建議主管機關、健保會及健保署對給付範圍審議案件的認定標準（如非屬總額協定範圍，或對財務影響較大的項目）先建立共識，以利篩選提送健保會審議的案件類別。
- （四）審議機制的作業時程，應先於總額協定且考慮收支連動。審議結果可提供主管機關訂定年度總額範圍，及健保會進行總額協商的參考。（審議機制架構及作業流程詳附圖1、附圖2）
- （五）健保會審議結果，若屬非急迫性的給付範圍增修，則由健保署於擬訂次年度總額時納入，並提至健保會總額協商會議討論；若屬急迫性的給付範圍增修，則可考慮以其他預算的經費暫時支應，再循正常管道爭取預算。

本研究成果將提委員會議討論後，作為健保資源合理配置及執行保險給付範圍審議之依據。

二、建立全民健保業務重要監理指標之研究（研究期程：102.05.07~102.12.10）

考量健保業務之監理事項為健保會主要任務之一，過去監理會時期雖有建立監理指標，但面對二代健保所賦予不同以往的任務和挑戰，各該指標需隨法令和政策與時俱進。因此，如何建立更宏觀與前瞻的整體性監理架構和指標，以提升監督與管理效率，乃刻不容緩要務，因此委辦本計畫。

本研究先透過文獻與網站搜尋，蒐集、比較各國健康保險醫療體系評核架構及相關指標，產製台灣健保評估架構雛型，並透過專家會議豐富其內容，再以概念圖示法蒐集國內58位專家的意見後，選取監理構面、子構面及相關指標。接著，利用健保資料庫及政府部門的統計資料等，試算指標的監測參考值，及運用分析層級程序法與專家共識，取得各構面指標間的相對與絕對權重，再藉由利害關係人會議，對監理架構與指標進行檢討修正，最後選取醫療面17支、財務面9支指標（如附表）。

本計畫已協助建立整體性的健保監理架構、指標及監測參考值，對涵蓋層面甚廣的監理業務甚為重要，將提委員會議討論，建置健保會適用的業務監理指標與監測值，再定期呈現監測結果，期望財務面指標可發揮及時預警收支兩平的目的；醫療面指標可提示相關單位採取因應對策，據以監督管理健保業務。

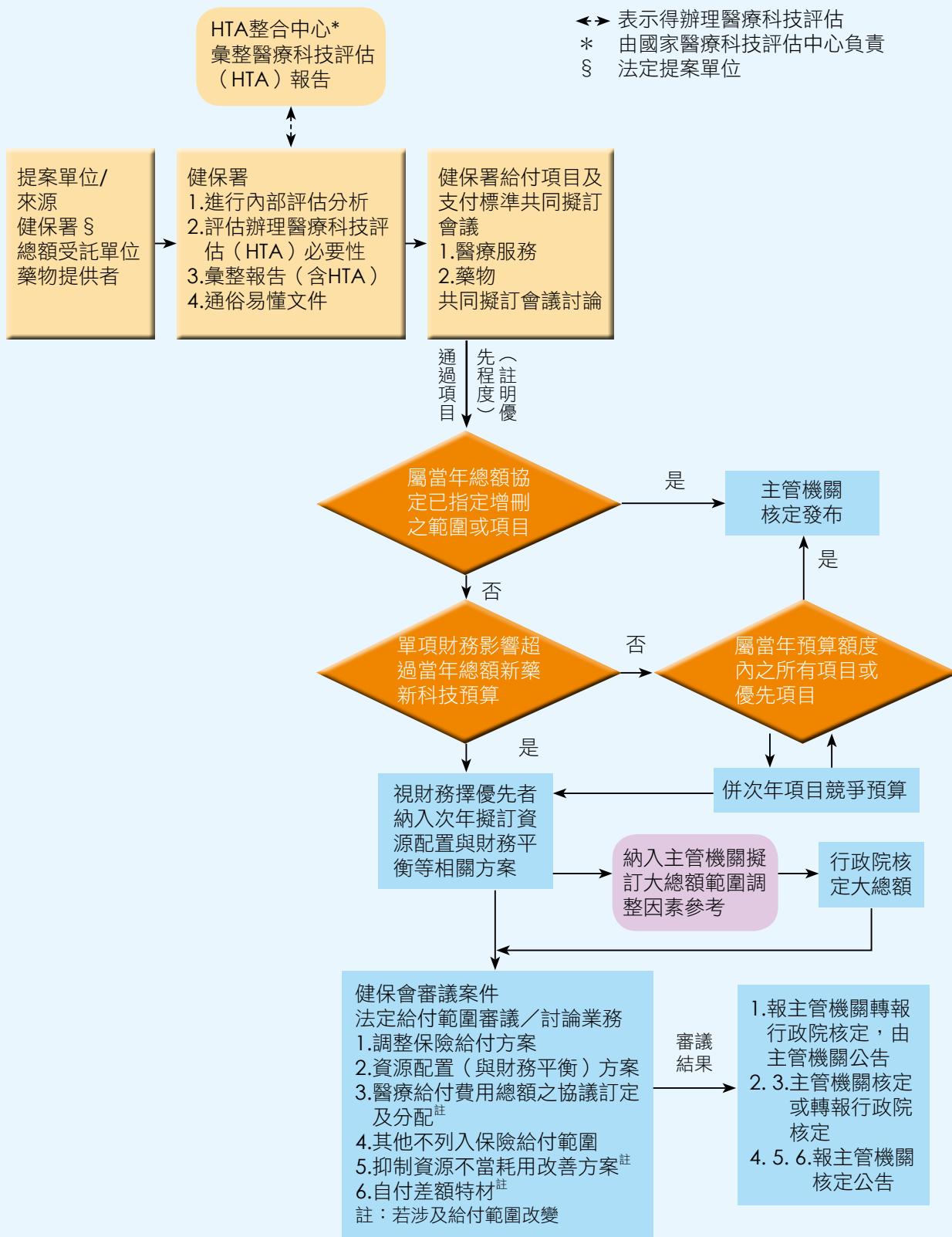
三、全民健康保險運作過程評估相關研究（研究期程：102.08.23~103.02.22）

健保會的設置為二代健保核心精神之一，其委員組成及運作能否有效達成二代健保所賦予財務收支運動、資訊公開、擴大社會參與等法定任務至為重要，因此在成立初始，即藉由第三團體來觀察、分析評估其實際運作情形並進行改善，有其迫切性與必要性，因此委辦本計畫。

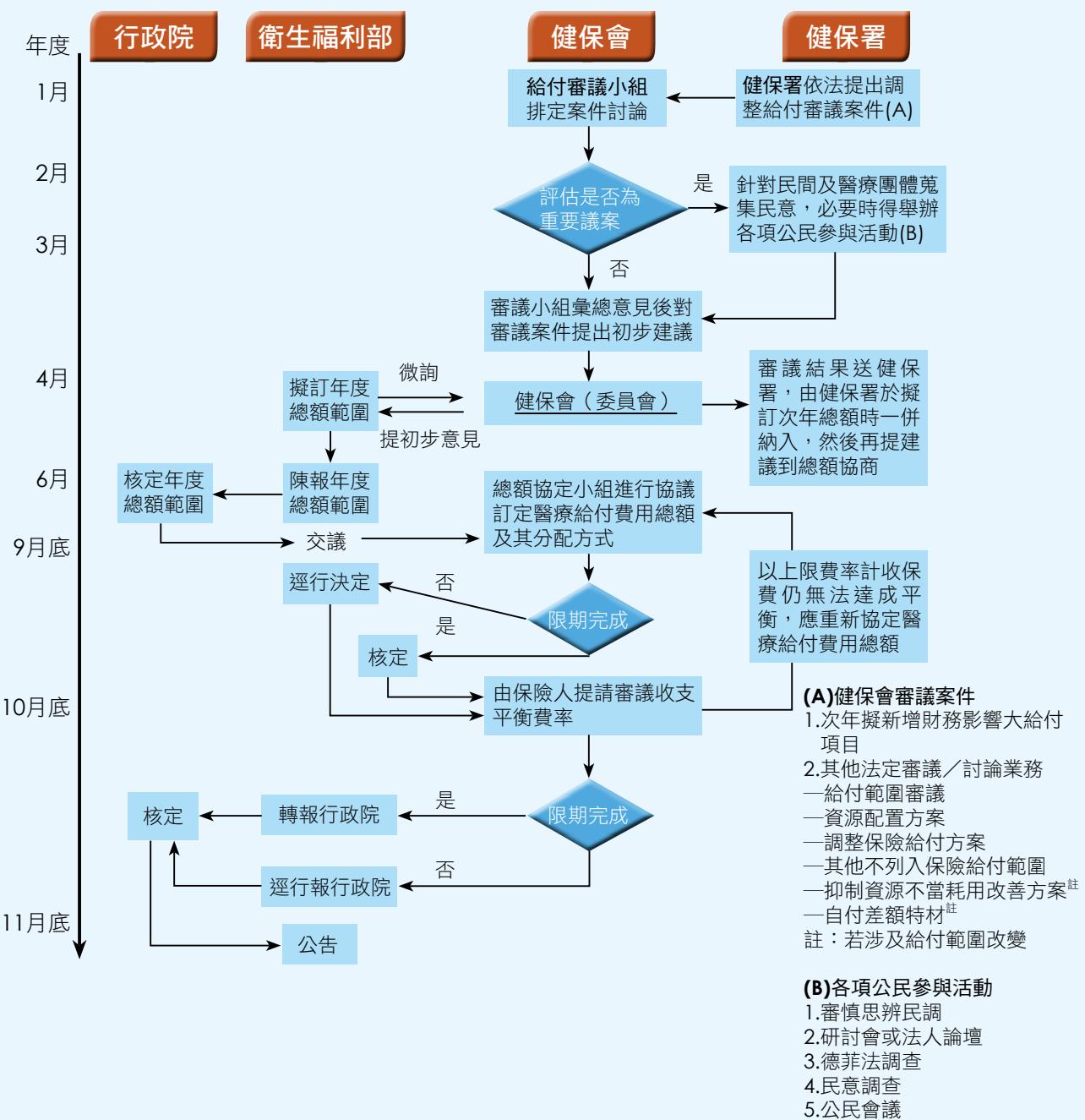
本研究主要透過國內外文獻探討、會議實地觀察、委員深度訪談、會議實錄研析，並邀集學者專家、相關政府單位、健保會委員，進行焦點團體會談等方式，以了解委員組成代表適當性與發言內容、委員投入情況、委員會議議事效率、兩會合一目標有無達成、行政資源充足性及運作困難之處等，期能即時修正健保會走向，使發揮該有功能。

本計畫於103年期間才能完成，屆時將依研究結果進行必要改善措施。

附圖1 保險給付審議機制之架構



附圖2 保險給付審議機制之作業流程



附表 整體監理架構與監理指標

監理構面	監理子構面	監理指標	計算方式	指標意涵 / 選取理由	監理時程	監測值 / 燈號	
整體監理架構	效果	健康狀態	平均餘命	定常人口累積數 / 生存數	可瞭解國人平均壽命。	年	OECD 前 10%
			未滿月新生兒死亡率	(出生一個月以內之嬰兒死亡數 / 活嬰數) *1,000	新生兒死亡率代表一個國家公共衛生與醫藥進步的最敏感指標，因為未滿月新生兒的抵抗力較差，易受傳染病的入侵。同時嬰兒死亡率也可以視為評估婦幼衛生保健工作實行成效的最佳指標。	年	OECD 前 10%
			孕產婦死亡率	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數 / 一年內之活產總數) *100,000	孕產婦死亡率為國際間常用的公共衛生指標，也可代表一個國家公共衛生的進步，以及評估衛生保健工作實行成效的最佳指標。	年	OECD 前 10%
		乳癌五年觀察存活率	在被診斷為乳癌後存活了五年的女性病人人數 / 被診斷為乳癌的女性病人	依 2007 年資料，與其他 19 個 OECD 國比較，台灣乳癌五年觀察存活率的排名為第 6 (79.2%)；國人十大死因裡，惡性腫瘤為首位 (1991-2008)，女性乳癌為所有癌症的第 6-4 名之間 (2010 年資料)。	年	OECD 前 25%	
	病人對照護結果的滿意程度	對醫療院所整體醫療品質滿意度	將「顧客服務滿意度調查」中，醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診與門診透析調查報告之填答人數加總計算	可瞭解民眾在就醫時的整體感受。	年	平均值加減 2 個或 3 個標準差	
		宏觀效率	急性一般病床平均住院天數	急性一般病床住院日數 / 急性一般病床住院申請件數	平均住院天數常做為衡量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。	年	OECD 前 25%
	資源的價值	DRG 案件三天內重返急診率	三日內重返急診的案件數 / DRG 個案出院案件數	代表照護結果之良莠，避免未完成治療而請病人離院。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差	

	監理構面	監理子構面	監理指標	計算方式	指標意涵 / 選取理由	監理時程	監測值 / 燈號
整體監理架構	效率	資源的價值	癌症病人轉介安寧照護比率	轉介安寧照護之病人數 / 所有癌症病人數	安寧共照除可提升病人及其家屬的生活品質外，亦可縮短住院時間與降低醫療成本，達到間接減少醫療資源浪費的效果。	年	平均值加減 2 個或 3 個標準差
			高診次病患門診用藥日數重複率	按 [總額部門、特約類別、院所、ID] 歸戶，計算每個 ID 的重複給藥日份加總 / 累計之給藥日份加總	減少醫療資源浪費。	年	平均值加減 2 個或 3 個標準差
	醫療品質	安全	手術傷口感染	次診斷碼為 996.6，998.1，998.3，998.5 的病人 / 所有住院手術病人數	傷口的感染發生可能從小範圍傷口導致敗血症，甚至死亡等嚴重臨床症狀，往往需要進行手術或延長住院時間。可以作為過程 / 結果構面的品質監測指標，透過洗手等必要的預防方法可以減少其發生。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差
			加護病房呼吸器相關肺炎發生密度	使用呼吸器而引起肺炎之住院病人數 / 加護病房使用呼吸器人日數	在加護病房呼吸器相關肺炎是一個主要造成病態和死亡的主要原因。呼吸器相關肺炎的發生率差異性很大，根據病人風險因素，範圍是從 6-52% 的插管病人會發生。平均呼吸器相關肺炎與可歸咎到達 30% 的死亡率相關。	年	平均值加減 2 個或 3 個標準差
			在 6 個月內，加護病房新發抗藥性金黃色葡萄球菌 (MRSA) 無菌醫療相關感染的總數 / 6 個月內 ICU 總住院人日	在 6 個月內 ICU 新發抗藥性金黃色葡萄球菌 (MRSA) 無菌醫療相關感染的總數 / 6 個月內 ICU 總住院人日	MRSA 可能引起繁殖性或侵襲性感染，並藉由接觸方式造成廣大的傳播。MRSA 致病率是有效監測醫護人員於手術或無菌醫療相關護理是否遵循醫療指引的良好指標。	半年	平均值加減 2 個或 3 個標準差
	效能	效能	急性心肌梗塞死亡率：排除轉院個案	分母中之死亡個案數 / 18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患	及時與有效率的治療有助於提升心肌梗塞患者存活率，良好的照護過程有助於降低急性心肌梗塞病人的死亡率，此指標有助於監控心肌梗塞患者照護品質。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差

監理構面	監理子構面	監理指標	計算方式	指標意涵 / 選取理由	監理時程	監測值 / 燈號
整體監理架構	醫療品質	冠狀動脈繞道術死亡率	分母中之死亡個案數 /40 歲以上住院手術碼為冠狀動脈繞道術患者數	冠狀動脈繞道術 (CABG) 是一項重大手術，國際間經常使用它來監測醫療品質之良莠。冠狀動脈繞道術需要使用複雜設備輔助，在技術上略有失誤即可能造成副作用的產生，諸如心肌梗塞、中風、甚至死亡。透過此指標，可用來促進醫療品質之提升。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差
		急性中風死亡率	分母中死亡個案數 /18 歲以上主診斷碼為中風之患者數	急性中風是引起國人死亡的重大急症之一，我國因腦血管疾病死亡個案數，近年來僅次於癌症與心臟疾病。急性中風死亡率亦為國際間常見的急重症照護品質指標之一。透過監測此指標，可了解急重症照護之概況。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差
		左心室收縮功能不全病患出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑 (ACEI) 或血管收縮素受體阻斷劑 (ARB)	出院時開立血管收縮素轉換酶抑制劑 (ACEI) 或血管收縮素受體阻斷劑人數 /18 歲以上左心室收縮功能不全心臟衰竭病患	血管收縮素轉換酶抑制劑 (ACEI) 或血管收縮素受體阻斷劑 (ARB) 有助於減少心臟衰竭或左心室收縮功能不全病患發生率及死亡率。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差
		肺炎死亡率	分母中之死亡個案 /18 歲以上肺炎患者	肺炎是一項常見的疾病，好發於老人與小孩等免疫力較弱之個體。一般來說，治療肺炎大多投以抗生素治療；醫生會就肺炎的類型及病人的免疫力來評估用量。少數病患需要進行手術以緩解病徵。透過本指標可以監控病患是否完成治療後方才出院。	季	平均值加減 2 個或 3 個標準差

	監理構面	監理子構面	監理指標	計算方式	指標意涵 / 選取理由	監理時程	監測值 / 燈號
整體監理架構	財務與財源籌措	財務收支平衡	保險收支餘 緝一權責	年初至本季保險總收 入一年初至本季保險 總支出	根據全民健康保險法第 24 條，保險費率為一年度收 支平衡費率，故會出現保 險費率上半年收大於支， 下半年支大於收之變異， 故計算年初至本季之保險 收支餘緝，以減少此變異 之發生。	季	
			保險費率合 宜率	(當年實際保險費 率－當年總額應計收 支平衡費率) / 當年 總額應計收支平衡費 率	可瞭解保險費率的制訂是 否達到理想之收支平衡狀 態。	季	
			保費成長率 與 GDP 成長 率比值	分子：(本年保費收 入－去年保費收入) / 去年保費收入 分母：(本年 GDP －去年 GDP) / 去 年 GDP	瞭解保費成長速度是否與 GDP 成長速度相近。	年	
			安全準備金 額及其支付 保險給付總 額倍數	安全準備金額 / 保險 給付總額	即時瞭解財務收支平衡狀 況，掌握未來走勢。	季	綠燈： $x \geq 1.5$ 黃燈： $1 \leq x < 1.5$ 紅燈： $x < 1$
			保險收支餘 緝實際數與 預估數之差 異百分比	(保險收支餘緝實際 數－保險收支餘緝預 估數) / 保險收支餘 緝預估數	即時瞭解財務收支平衡狀 況，掌握未來走勢。	季	
	醫療保健	全民健保醫 療支 出占 GDP 比例	全民健保醫療支出總 額 (百萬元) / 國內 生產毛額 (百萬元)	可了解我國健保支出水準 之適當性。	年		
		國民醫療保 健支 出占 GDP 比例	國民醫療保健支出總 額 (百萬元) / 國內 生產毛額 (百萬元)	可作國際比較，了解我國 醫療保健支出水準之適當 性。	年		
	財源籌措 分配的公 平性	重大傷病醫 療支出比例	重大傷病總費用點數 / 西醫醫療總費用點 數	可瞭解重大傷病的醫療費 用支出比重。	年		
		家戶保費支 出占家戶所 得之比例	家戶保費支出 / 家戶 所得	可瞭解每家戶健保保費支 出對於家戶經濟狀況的負 擔程度。	年		





2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

5 檢討與展望



第五章 檢討與展望

健保會是因應102年施行二代健保而設立。以文字來看，「健保會」是「新」單位，但就業務而言，並非「全新」，必須在監理、醫療費用總額協定分配及新增等業務之間取得平衡，因此一路走來，雖非步步艱辛，但也幾番風雨。法規定醫療給付費用總額要對等協定及分配，「對等」看似簡簡單單兩個字，卻引燃第一波烈火並延燒幾個月；在業務天平上，總額協商與監理，有無失衡，也激起委員心中不平之火；35位各路菁英組成的「大」委員會議，如何運作才有效率；健保會與健保署之間的權責是否存在灰色地帶而影響業務發展，正在考驗著健保會。期望透過下列的努力，能使業務更精進。

一、建構與時並進的監理架構與指標，使健保業務更符社會期待

使健保之財務能收支連動、醫療資源合理使用與配置、醫療服務品質資訊更公開等都是健保重要任務，因此必須建立前瞻性監理架構，將監理構面分為財務與醫療面，研訂靈敏可行的指標，定期監測相關業務執行情形。期財務面的指標可發揮預警收支的功效；醫療面的指標能透過監測結果，提示相關單位採取因應對策，精進健保會監督、管理健保的效能。

二、釐清健保會與健保署權責，促進業務效益

健保會依法須辦理之「健保給付範圍之



審議」事項，為二代健保新增之設計，過去並無相關經驗。惟囿於法規上對「給付範圍」的定義不明確，在實務運作上，保險給付範圍之審議權責屬健保會，而醫療服務與藥物等個別給付項目之擬訂，權責則屬健保署共同擬訂會議，因此，在二代健保施行初始，尚有兩者權責如何區別、認定等之疑慮產生。未來實有必要透過與健保署權責之釐清，建立給付範圍相關審議機制，使財務收支連動能落實執行。

三、尋求促進議事效率方法

健保會除承續原監理會及費協會的既有任務外，並增加諸多新任務，委員人數也較二會增加。而依組成及議事辦法，健保會每月召開會議一次，在有限時間內處理繁多且多數具時效性之議題，如何尋求增進議事效率之方法，更形重要。對於較複雜議案如醫療給付費用總額協定分配，召開會前會，事前溝通已屬必要；另對新增業務如自付差額特材品項之討論，利用問卷方式事先彙整委員意見，對會議共識之建立已見成效。其他諸如事前提供完整之會議資料，減少臨時提供補充資料致委員無

法事先閱讀情形；明確化健保會討論事項及討論目的，避免報告案占用過多時間；及落實會議規範，降低臨時提案之次數等，均有助於議事效率之提升。

四、建置民意蒐集管道

擴大社會參與是二代健保的核心價值，健保會雖已藉由委員組成增加民眾參與的機會，然而，健保法第5條要求健保會於審議保險費率、保險給付範圍，及協定總額等重要事項前，應先蒐集民意。因此尋求更適切、適用的管道，使在最短的時間蒐集到準確的重點民意，並即時提供委員討論的參考，是刻不容緩需要處理的議題，希望未來可以透過所建置的管道，確保健保會的業務推展架構在民意基礎之下，也更符合多數民眾的期待。

本年報的記載，除對健保會過去一年努力的足跡，留下紀錄外，也期盼鑑往知來，透過經驗的累積，逐步踏實往前邁進，期許未來此平台可以發揮最大的功效，兼顧魚與熊掌，使健保監理與總額協商的業務並重，健全財務收支連動機制，促使健保永續經營。



2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

附錄



附錄一

行政院衛生署全民健康保險會第1屆委員名錄

聘期 102.01.01~102.07.22

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
被保險人代表	中華民國全國公務人員協會	理事長	陳川青	
	中華民國會計師公會全國聯合會	公共政策委員會顧問	莊志強	
	全國產業總工會	監事會召集人	蔡登順	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
	中華民國全國勞工聯盟總會	會長	侯彩鳳	
	中華民國全國職業總工會	常務理事	楊芸蘋	
	臺灣省農會 / 中華民國農會 ^註	總幹事	張永成	
	中華民國全國漁會	總幹事	林啟滄	
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁	
	中華民國老人福利推動聯盟	秘書長	吳玉琴	
保險付費者代表	全國勞工聯合總工會	理事長	林錫維	
	台灣醫療品質促進聯盟	理事長	連瑞猛	
	中華民國全國工業總會	常務理事	何語	
	中華民國全國商業總會	常務監事	葉宗義	
	中華民國工商協進會	財稅研究委員會委員	李永振	
雇主代表	中華民國工業協進會	秘書長	郭志龍	
	中華民國全國中小企業總會	榮譽理事長	李成家	
	行政院主計總處	專門委員	鍾美娟	102.01.01~102.05.20
		專門委員	陳幸敏	102.05.21~102.07.22
	台灣醫院協會	理事長	楊漢淵	
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	會員代表 (台灣醫學中心協會 理事長)	翁文能	
	台灣醫院協會	理事 (中華民國區域醫院 協會名譽理事長)	張煥禎	

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
政府機關	台灣醫院協會	常務理事 (台灣社區醫院協會 理事長)	謝武吉	
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長 秘書長	李明濱 蔡明忠	102.01.01~102.06.23 102.06.24~102.07.22
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	陳宗獻	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長 / 常務理事	黃建文	
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長 特別顧問	孫茂峰 施純全	102.01.01~102.03.18 102.03.19~102.07.22
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	李蜀平	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	理事長 副理事長	盧美秀 楊麗珠	102.01.01~102.04.08 102.04.09~102.07.22
專家學者及公正人士	行政院經濟建設委員會	副處長	林至美	
	行政院衛生署	參事	曲同光	
	行政院衛生署	國立臺灣大學健 康政策與管理研 究所教授 財團法人環境與 發展基金會董事 長 國立陽明大學衛 生福利研究所教 授 國立政治大學財 政學系特聘教授 台灣總工會秘書 長	鄭守夏 (主任委員)	
	行政院衛生署		柴松林	
	行政院衛生署		吳肖琪	
	行政院衛生署		周麗芳	
	行政院衛生署		陳錦煌	

註：臺灣省農會自 102 年 4 月 18 日改制，成立中華民國農會，4 月 26 日召開第 1 屆理、監事會。

衛生福利部全民健康保險會第1屆委員名錄

聘期 102.07.23~103.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
被保險人代表	中華民國全國公務人員協會	理事長	陳川青	
	中華民國會計師公會全國聯合會	公共政策委員會顧問	莊志強	
	全國產業總工會	監事會召集人	蔡登順	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
	中華民國全國勞工聯盟總會	會長	侯彩鳳	
	中華民國全國職業總工會	常務理事	楊芸蘋	
	中華民國農會	總幹事	張永成	
	中華民國全國漁會	總幹事	林啟滄	
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁	
	中華民國老人福利推動聯盟	秘書長	吳玉琴	
保險付費者代表	全國勞工聯合總工會	理事長	林錫維	
	台灣醫療品質促進聯盟	理事長	連瑞猛	
	中華民國全國工業總會	常務理事	何語	
	中華民國全國商業總會	常務監事	葉宗義	
	中華民國工商協進會	財稅研究委員會委員	李永振	
雇主代表	中華民國工業協進會	秘書長	郭志龍	
	中華民國全國中小企業總會	榮譽理事長	李成家	
	行政院主計總處	專門委員	陳幸敏	
	台灣醫院協會	理事長	楊漢涙	
	台灣醫院協會	會員代表 (台灣醫學中心協會 理事長)	翁文能	
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事 (中華民國區域醫院 協會名譽理事長)	張煥禎	

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
政府機關	台灣醫院協會	常務理事 (台灣社區醫院協會 理事長)	謝武吉	
	中華民國醫師公會全國聯合會	秘書長	蔡明忠	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	陳宗獻	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	常務理事	黃建文	
	中華民國中醫師公會全國聯合會	特別顧問 理事長	施純全 何永成	102.07.23~102.11.04 102.11.05~
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	李蜀平	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	楊麗珠	
專家學者及公正人士	行政院經濟建設委員會	副處長	林至美	
	衛生福利部 ^{註1}	社會保險司司長	曲同光	
	衛生福利部	國立臺灣大學健 康政策與管理研 究所教授	鄭守夏 (主任委員)	
	衛生福利部	財團法人環境與 發展基金會董事 長	柴松林	
	衛生福利部	國立陽明大學衛 生福利研究所教 授	吳肖琪	
	衛生福利部	國立政治大學財 政學系特聘教授	周麗芳	
	衛生福利部	台灣總工會秘書 長	陳錦煌	

註：1. 行政院衛生署自 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部。

2. 本表資料至 102 年 12 月 31 日止。

附錄二

102年度大事紀

1

1月1日

一、配合二代健保之施行，行政院衛生署（下稱衛生署）將原全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會整合為全民健康保險會（下稱健保會）。

二、健保會第1屆委員共35位，聘期自102年1月1日至103年12月31日止，惟衛生福利部組織法若於委員屆期前施行，聘期則至該法施行日前一日止。首任主任委員由臺灣大學健康政策與管理研究所鄭教授守夏兼任。

1月22日

102年度委託陽明大學辦理之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」（第二年）科技計畫，完成簽約，契約期間自102年1月22日至12月15日。

1月25日

召開102年1月份委員會議，委員及其指派之代理人，均依全民健康保險會組成及議事辦法第6條第1項規定，於首次參加委員會議前，提報利益自我揭露事項。

一、重要報告事項暨決定：

（一）配合全民健康保險會組成及議事辦法第12條規定，健保會委員會議實錄應於會後10日內公開，乃訂定會議實錄之製作、確認及公開流程：

1. 幕僚於當次委員會議後4日內（含假日）完成會議實錄。
2. 個人之發言以傳真或電子郵件送請確認，並於3個工作天內就發言內容回復修正部分，但不宜加入其他未發言之意見。3天未回復，視為不修正。
3. 於當次委員會議後10日內，併會議決議，置於健保會網頁公開之。
4. 會議如有經決議暫不公開之未決事項，該部分之實錄得暫不公開，但議決後，應即公開。

（二）委員關心急診壅塞問題及轉診制度之推動情形，涉及全民健保制度及醫療體系整合等議題，因此決定：安排健保局於下次委員會議進行專題報告，並適時邀請衛生署相關單位蒞會說明，俾委員了解問題及提供建議。

二、重要討論事項暨決議：

- （一）議決健保會會議規範內容（如附件一）。
- （二）健保會每月份會議時間，訂為當月之第四個星期五。若遇國定假日或特殊情形，則予以調整。

1月28日

衛生署公告「102年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」。

2

召開 102 年 2 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 訂定 102 年度工作計畫（如附件二）。
- (二) 台灣費森尤斯醫藥股份有限公司向衛生署陳情，建議調整 102 年門診透析服務費用新增 2% 預算之使用方式。鑑於該款項之使用方式已經協定並核定公告，爰仍應依原定事項辦理。
- (三) 委員於衛生署醫事處、健保局報告「急診壅塞問題及轉診制度之推動情形」後，提出之執行面建議，供健保局參處。
- (四) 對健保局函請備查之 102 年西醫基層總額「新增跨表項目由原協定之 9 項調整為 6 項」及「外科手術處置項目支付標準調整暫緩施行」案，同意其「新增 9 項跨表項目」可在 102 年 8 月底前未全數開放實施的情況下，再予扣減相關費用。
- (五) 為提高議事效率，健保局每月提報之「全民健康保險業務執行報告」改按季（1、4、7、10 月）口頭報告，但書面資料仍每月提供之方式辦理。

2 月 22 日

二、重要討論事項暨決議：

- (一) 推派「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之健保會代表。
- (二) 依健保法第 73 條規定，討論「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」（草案），所獲致共識如下，請健保局參酌討論結果，依法報主管機關核定發布：
 - 1. 全民健保公開特約醫事服務機構之財務報告，是對社會負責及進步的表現，本會贊同此項資訊公開。
 - 2. 為使本辦法順利運作，在施行初始應有過渡期，以利健保局對特約醫事服務機構進行必要之輔導，並使所提報資料之定義標準化及公開後之資料更具可比較性。

3

召開 102 年 3 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 健保法及其施行細則中，提到「雇主」的法條不只一條，但各有定義，爰對「全民健康保險會組成及議事辦法」第二條第五項，有關「被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分」中之雇主，以健保法施行細則第十條所稱雇主來定義，是否妥適，宜請衛生署函釋。
- (二) 委員建議加強宣導第二類被保險人若持有工會出具之「在保證明」或「繳費證明」，可作為免扣取補充保費之證明，以避免部分投保單位不承認而產生先扣取再退還費用的情形，增加執行困難之意見，提供健保局作為業務改善參考。

3 月 22 日

4月 15 日

衛生署依全民健康保險法第 60 條規定，於擬訂「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」後，函送該範圍（草案）諮詢健保會委員意見。

4月 19 日

依全民健康保險會組成及議事辦法第 6 條第 2 項規定，將委員及其指派之代理人之利益自我揭露資訊，就必要範圍，公開於健保會網頁。

4月 26 日

召開 102 年 4 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 依法監理健保局所送「103 年度全民健康保險預算書」備查案。
- (二) 對主管機關所諮詢「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案），委員意見如下：

二、重要討論事項暨決議：

(一) 依健保法第 74 條規定，討論全民健康保險醫療品質資訊公開辦法（草案），提供健保局意見如下：

1. 資訊公開之範圍內容（第二條、第三條）：

(1) 應明定醫療品質之定義及公開目的。

(2) 增列保險人每月公布各特約醫院之保險病床設置數及其增減數。

(3) 可參考國際醫療品質指標，公開院所每小時看診人數、各國保費及醫療費用支用情形等資料。

2. 為落實第六條，使公開之醫療品質資訊能讓民眾易於了解及避免爭議，建議於公開指標時，能提供相關說明、參考數據基準，以利民眾了解及解讀，並視需要委請相關專家協助。

3. 公開及更新之時程，除採月、季、半年或年外，增列「日」（第七條）。

4. 建議第八條修改為：「…，須由各醫療給付費用總額部門之代表或相關醫學會蒐集彙整提供資料，其不得拒絕」。

(二) 103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）：

多數保險付費者委員表示，健保醫療費用總額以對等方式協議訂定及分配，既是法規命令，則應遵守，但健保會 18 位保險付費者委員來自各相關機關團體之推薦，因此組成及議事辦法第 9 條所訂「保險付費者代表之委員應共同推選 10 人代為行使職權，與保險醫事服務提供者代表同名額之委員進行對等協商」事項，將肇致部分委員對所屬機關團體難以交代，且其在實務運作上相當困難，爰建請衛生署應考量修法，以利總額之協商符合法制及順利運作。

(三) 健保局建議取消 102 年度門診透析服務總費用成長率 2%，作為鼓勵非外包機構之附帶規定，回歸一般預算案：本案依委員意見予以撤案。

1. 本案之成長率低推估值所增加的費用偏低，爰非協商因素計算公式宜周全，以更能反映實況。
2. 配合政策推動所增列之專案計畫，應定期評估。若成效不佳，或原欲改善之問題已解決，則經費之編列應配合修訂。
3. RBRVS 為各支付標準資源耗用之相對值調整，其修訂不必然需外加預算；至於處理急、重症醫療問題，102 年度業已編列 50 億元支應，103 年度須否再挹注 30 億元，應有更完整合理的政策說明及佐證資料。
4. 保險對象就醫應負擔之費用，文字應配合健保法規定，以「自行負擔」呈現。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 102 年各部門總額執行成果評核作業方式（草案）：

1. 訂定 102 年各部門總額執行成果評核作業方式（如附件三）。
2. 為利外界瞭解現行健保特約醫療院所提供之門診透析服務品質狀況，可評估於總額評核會議中邀請相關團體進行報告之需要性，據以安排後續相關事宜。

(二) 建請衛生署刪除全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定案（保險付費者代表委員提案）：

考量全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條之規定，對健保醫療給付費用總額之協議訂定及分配，於實務運作上確有窒礙難行之處，為遵循健保法所定「保險醫療給付費用總額應對等協議訂定及分配」事項，並維持實務運作之可行性，建請衛生署修正上開辦法第 9 條，修正意旨為：「健保會於召開委員會議協商保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項時，應本對等協議之精神，進行協商事項之相關安排」。

(三) 為維護醫療照護體系正常合理之運行，保障民眾就醫權益與品質，建議以浮動點值不得低於 0.9 為監測標準，且對浮動點值低於 0.9 之總額部門，應立即啟動檢討及補救機制（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

1. 目前各部門總額支付制度品質確保方案，均訂有各該總額每點支付金額之容許變動範圍，及不在容許變動範圍時之檢討改善機制，相關事項請依之辦理。
2. 有關門診透析服務點值偏低乙節，請健保局進行檢討分析後提會報告，若有健保會權責需討論解決的問題，再請提出相關方案到會討論。

(四) 有關 102 年醫院總額血友病及罕見疾病專款支應範圍，健保局擬增加類血友病藥費（診斷碼 286.4）案：

目前類血友病藥費已由醫院總額之一般服務預算支應，考量 102 年度總額業核定公告，若有移至專款項目之必要性，請健保局於協商 103 年度總額時再提調整建議。

4月 26 日

(五) 為符合「資訊透明公開、擴大民眾參與」之健保改革精神，健保會委員會議比照環評會議，同步於場外設置會議轉播，全程開放媒體與團體旁聽，並比照立法院製作 VOD 供全國民眾閱覽，以求透明、全民參與，並可分階段實施（保險付費者代表委員提案）：

1. 健保會支持資訊透明公開之社會趨勢，並已依相關規定，於會議後 10 日內上網公開與會人員發言實錄，以供各界了解健保會會議之討論情形。
2. 本案之資訊公開方式，對各項議案討論之利弊尚難論斷，且須配合經費、場地設備等現行問題分階段規劃，所以初步可先試行錄影供委員閱聽參考，再就衛生署遷至新辦公大樓後之會議場地狀況評估辦理。

(六) 為維護健保有限資源，對商業保險或人員不當作為而造成健保醫療費用增加之問題，應主動積極處理（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

基於珍惜全民健保有限資源的立場，建議衛生署函請商業保險公司之主管機關（金融監督管理委員會），對本案所揭示問題，加強監督管理。

召開「全民健康保險會作業說明會」，進行下述主題之說明，並就優質化健保會作業交換意見：

- 一、101 年「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」委辦計畫成果報告。（報告人：政治大學陳教授敦源）
- 二、「全民健康保險會組成及議事辦法」之相關報告。（報告人：行政院衛生署全民健康保險小組劉組長慧心）

4月 29 日

函報衛生署有關健保會委員對「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」諮詢案之意見。

5月 7 日

102 年度委託臺灣大學辦理之「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」研究計畫，完成簽約，契約期間自 102 年 5 月 7 日至 12 月 10 日。

5月 24 日

召開 102 年 5 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

委員對健保局報告「全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形」所提出之相關建議，提供衛生署及健保局參考；並請衛生署於進行二代健保總檢討時，能適時邀請相關團體、健保會委員參與相關議題之討論，以廣納各界意見，使全民健保之走向更貼近社會期待。

5 月 28 日
至 29 日

二、重要討論事項暨決議：

- (一) 訂定 103 年度總額協商架構（如附件四），其中門診透析服務之架構及其費用於西醫基層與醫院總額部門之分攤與計算方式，維持 102 年模式。惟在總額協商前，若有提經健保局門診透析服務研商議事會議討論並獲致共識之可行方案，可再提會進行必要之調整。
- (二) 訂定 103 年度總額協商通案性原則（如附件五）。
- (三) 低收入之專門職業及技術人員及未僱用有酬人員幫同工作之自營業主，不宜與高收入之專門職業及技術人員及僱用員工之民營事業主或負責人一樣，強制在第 1 類投保，建議應有所區隔（保險付費者代表委員提案）：
- 考量全民健保的精神在於量能付費，不在增加經濟弱勢者的保費負擔，建議衛生署及健保局針對與本案相關之諸如：低收入之專門職業及技術人員自行執業者、自營業主，其納保類別之妥適性，及自行執業者之認定條件等議題，召開會議研討可行之解決方案。

中華民國中醫師公會全國聯合會擇高雄市、屏東縣舉辦「102 年度全民健保中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案暨醫療照護試辦計畫」參訪活動，健保會干委員文男、施委員純全、郭委員志龍、陳委員川青、黃委員建文、楊委員麗珠、蔡委員登順、謝代理委員啟煌（李委員永振代理人）及幕僚人員參加。

6 月 24 日

102 年度委託陽明大學辦理之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」（第二年）科技計畫，繳交期中報告。

6 月 28 日

召開 102 年 6 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 為更強化健保業務監理工作，依據「健保業務監理事項委員意見」之調查結果，請健保局配合辦理下列事項：
1. 依規劃時程提報相關議題（如附件六）。
 2. 於 9 月前報告 102 年度各部門總額協定事項之相關計畫或方案執行進度。
- (二) 有關財團法人台灣醫療改革基金會建議於健保會官網之「委員簡介」頁面，增列各委員之公用電子信箱乙節，因非屬法定公開之事項，尊重委員個別意願，並於徵詢後（計 21 位委員同意），配合辦理委員公用電子信箱之建置事宜。
- (三) 健保局報告「門診透析獨立預算點值低落之原因及檢討」。
- (四) 健保局報告「直轄市政府健保費補助款欠費還款計畫執行情形」。

7月 22 日

二、重要討論事項暨決議：

- (一) 訂定 103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（如附件七）。
- (二) 衛生署交付健保會討論全民健康保險投保金額分級表上限調整幅度與時機案：
考量二代健保法甫施行半年，對於保險費（含補充保險費）之計收情形尚待評估，本案建議暫時緩議。
- (三) 健保支付面長期存在結構面失衡，造成資源分配愈來愈頭重腳輕，有必要重新思考支付面中「固定點值與浮動點值項目設定」與「藥價基準」兩項基本分配結構，以矯正支付面之結構扭曲，讓健保醫療回歸正軌（保險醫事服務提供者代表委員提案）：
 1. 為促進醫療體系正常發展，使各層級醫院發揮其應有的角色功能，建請衛生署及健保局對案內所提地區醫院面臨的困境，及內、外、婦、兒科及急診五大科人力缺乏等問題進行檢討，並就權責研提解決方案。
 2. 暫訂於本年 10 月份委員會議，安排相關單位提報初步規劃方案。

7月 22 日
至 23 日

- 一、衛生署所報「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，奉行政院核定，整體醫療給付費用成長率範圍為 1.577% 至 4.45%（預估總費用為 5,618 億元至 5,777 億元），交付健保會依全民健康保險法第 61 條規定協議訂定當年度總額及其分配方式，結果報其核定。
- 二、102 年度委託陽明大學辦理之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」（第二年）科技計畫，期中報告書面審查查驗合格。

7月 23 日

為瞭解 101 年度全民健保總額執行成效，召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，檢視過去各部門總額執行成果，並邀請專家學者評核，評核結果做為 103 年度醫療給付費用總額協商及其品質保證保留款成長率之參據。

7月 26 日

- 一、配合衛生福利部成立，「行政院衛生署全民健康保險會」更名為「衛生福利部全民健康保險會」（下稱健保會）。
- 二、第 1 屆委員聘請衛生署健保會委員繼續擔任，聘期自 102 年 7 月 23 日至 103 年 12 月 31 日。

召開 102 年 7 月份委員會議。因係衛生福利部成立後首次委員會議，委員及其指派之代理人，均依全民健康保險會組成及議事辦法第 6 條第 1 項規定，於參加委員會議前，提報利益自我揭露事項。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 確認 103 年度總額協商共識會議中，各部門排定之協商時間（如附件七附表）。
- (二) 提報委員對健保財務收支連動問卷填復結果，其中請健保署配合事項如下：
 - 1. 在總額協定前，就行政院核定經衛生福利部交議的總額範圍，進行費率推估試算，其應包含補充保險費率與一般保險費率兩者連動下的財務狀況。
 - 2. 以 1 年、2 年、5 年為計算基礎，並包含至少一個月的安全準備，推估試算平衡費率。
 - 3. 年度總額協商時，除該年度新藥、新醫療科技項目及財務的規劃評估外，也應將特材及擬自付差額之特材品項，一併納入考量。
 - 4. 其他個別委員對健保業務之相關建議，請參酌。
- (三) 103 年度各部門總額協商順序之抽籤結果，依序為：牙醫部門、中醫部門、醫院部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。
- (四) 健保署報告「如何透過健保 IC 卡來管控醫療費用之規劃」。
- (五) 健保署報告「抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形」。
- (六) 衛生福利部社會保險司說明「行政院所核定 103 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」。
- (七) 確認 103 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等各部門總額之醫療服務成本及人口因素成長率。

二、重要討論事項暨決議：

健保署所研擬「調整保險對象應自行負擔費用」案：

- (一) 基於下列因素，本案緩議：
 - 1. 有關調整保險對象應自行負擔費用議案，委員認為其之於健保會，尚有究屬健保法所定「保險給付範圍之審議」或「保險政策之諮詢」事項之職權疑義，建請衛生福利部先予釐清。
 - 2. 多數委員認為，二代健保甫實施半年，且健保署提出本案，係為抑制醫療浪費而非財務因素考量，並無急迫性；另外該署所提供之相關數據與理由，不具說服力，尚無法獲得支持。
- (二) 請健保署重新評估後，若認確有調整需要，再擇期提出。

配合衛生福利部成立，重新檢視委員及其指派之代理人利益自我揭露資訊並進行相關修正後，依全民健康保險會組成及議事辦法第 6 條第 2 項規定，就必要範圍，公開於健保會網頁。

8月 6 日
至 7 日

中華民國牙醫師公會全國聯合會擇臺中市、南投縣，舉辦「102 年度全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案暨特殊醫療服務試辦計畫」參訪活動。健保會干委員文男、林委員錫維、施委員純全、郭委員志龍、黃委員建文、楊委員芸蘋、蔡委員登順、周代理委員彥廷（李委員永振代理人）及幕僚人員參加。

8月 12 日

102 年度委託臺灣大學辦理之「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」研究計畫，繳交期中報告。

8月 23 日

召開 102 年 8 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

（一）健保署報告「保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃」：

為維護保險對象權益，請健保署研擬醫事服務機構向保險對象收取特殊材料自付差額、事前充分告知及資訊公開等相關事項之管理規範，並於本年 11 月提報。

（二）健保署報告「102 年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果」：

1. 依健保法，年度醫療給付費用總額及其分配方式經協議訂定後，各項專款的執行方案，由健保署與相關代表擬訂，報主管機關核定並據以實施。委員對「提升住院護理照護品質方案專款」使用規劃所提意見，供該署參考。

2. 考量現行「健保署所擬訂專款使用方案及執行結果，若不符總額協定事項，係於次年度總額協商時檢討」作業方式，恐影響保險對象權益。請該署應於每年 1 月之前，依協定事項完成各計畫（含專款）之訂定，並於 4 月份及 7 月份提報重要計畫執行情形，以利未符協定事項之導正。

（三）健保署報告「DRGs（診斷關聯群）、RBRVS（資源耗用為基準的相對價值表）等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向」。

（四）各總額部門及健保署報告「103 年度各部門總額協商因素項目或計畫之規劃」：

1. 委員對各總額部門及健保署之報告內容，若認有需補充說明之相關事項，請於本年 8 月 30 日前提出，由幕僚彙整轉請相關單位提供。

2. 請各總額部門及健保署於本年 9 月 3 日前，將修正後之 103 年度各部門總額協商因素項目或計畫草案送會，以利 9 月份協商會議之議程編製。

（五）健保署提供書面「102 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」，並進行口頭說明：

1. 部分委員所建議「暫緩於 103 年 1 月調整全民健康保險第二類被保險人投保金額下限」乙事，非屬健保會權責，轉請衛生福利部參考。
2. 請健保署依委員建議，於業務執行報告中，納入年度各項重大傷病之醫療費用、平均每人費用，及 99 百分位之醫療費用等內容。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 102 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵方式：

各部門總額於 102 年評核會議所獲評核等級，轉化於 103 年度總額中酌予獎勵，各等級之獎勵分別為：「特優」級酌加 0.5% 成長率、「優」級酌加 0.3% 成長率、「良」級酌加 0.1% 成長率。

(二) 健保署公告修正降血脂藥物之藥品給付規定，卻未完成相關預算挹注之配套措施，將嚴重衝擊醫院及西醫基層總額案（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

1. 本案尚非屬 102 年度其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支適用範圍。
2. 醫界代表若認為降血脂藥品給付規定之修正，已對醫療費用產生影響，需納入 103 年度總額協商，則請準備完整資料，以利討論。
3. 請健保署對前已送供討論之費用影響預估，提供該費用預估方法與詳細資料；並於降血脂藥品給付規定修正實施一年後，提供執行數據供參。

(三) 特殊材料「『愛德華』卡本特—愛德華沛旅旺人工心瓣膜」自付差額案：

基於下列因素，本案請健保署提送更新資料後再行討論：

1. 依醫藥品查驗中心之醫療科技評估，牛心瓣膜相較於健保全額給付之豬心瓣膜，雖部分療效相對較佳，惟整體差異並不大，而廠商之建議價卻高出給付上限數倍，不符比例原則。
2. 健保署尚未依外界期待，規劃制訂「保險對象自付差額上限」及配套措施。

(四) 依 102 年度總額協商原則，付費者代表重申專款係為鼓勵特定用途所編列，爰應專用，且不得用於一般服務之支付標準調整。

102 年度委託元智大學辦理之「全民健康保險會運作過程評估相關研究」科技計畫，完成簽約，契約期間自 102 年 8 月 23 日至 103 年 2 月 22 日（自決標日起半年）。

8 月 23 日

9

102 年度委託聯合行銷研究股份有限公司辦理之「全民健保重要議題民意調查」計畫，完成簽約，履約期間自 102 年 9 月 2 日至 103 年 1 月 1 日（自決標日起 4 個月內）。

9 月 2 日

9月 10 日	102 年度委託臺灣大學辦理之「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」研究計畫，期中報告書面審查查驗合格。
9月 16 日	召開「103 年度全民健康保險醫療費用總額協商付費者代表、學者專家及公正人士與政府機關委員座談會」，由健保署報告總額協商政策項目之規劃方向與重點，並提供各總額部門所擬草案之意見，期委員充分瞭解相關資料，以利當年度總額之協議訂定。
9月 27 日 至 28 日	<p>召開 103 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨 102 年 9 月份委員會議。</p> <p>重要討論事項暨決議：</p> <p>一、103 年度各部門總額協商結論：</p> <p>(一) 牙醫門診（詳 103 年度總額協商公告）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般服務成長率為 0.364%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 0.431%，協商因素成長率為 -0.067%。 2. 專款項目全年經費為 1,567.6 百萬元。 3. 前述二項額度經換算，103 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 1.888%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.580%。 <p>(二) 中醫門診（詳 103 年度總額協商公告）：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般服務成長率為 2.322%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.417%，協商因素成長率 0.905%。 2. 專款項目全年經費為 187.4 百萬元。 3. 前述二項額度經換算，103 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.104%。 <p>(三) 醫院：</p> <p>經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定（對照表詳附件八）。</p> <p>(四) 西醫基層：</p> <p>經西醫基層部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定（對照表詳附件九）。</p> <p>(五) 其他預算：增加 1,952 百萬元，預算總額度為 10,782.4 百萬元，採支出目標制，由健保署管控。</p>

10

10月 17 日

二、為利保險費率之審議及保險財務之監理，需請健保署配合事項：

- (一) 由於 103 年度總額協商，付費者與保險醫事服務提供者代表之間，對醫院及西醫基層兩部門之預算未有共識，爰請於 10 月中旬前，依保險財務收入與支出的高、低推估，提送保險費率方案，同時並提供相關財務收支的推估說明、收支平衡方案的選擇與建議，以及影響因素的敏感度分析等資訊（詳附件十），以利專家學者與社會公正人士提供意見及委員審議，並作為後續財務監理之基礎。
- (二) 保險費率經行政院核定後，應視核定結果進行相關科目預算金額之修正，並於業務執行報告中，提供各保險收支項目累計之實際數與預算數的比較報表及差異原因說明，以利委員即時監理財務狀況，確保年度收支達到平衡。
- (三) 年度中有影響財務收支之政策或業務變動時（如：投保金額分級表調整等），應即時提會，並提供財務影響評估。

衛生福利部因醫院及西醫基層部門 103 年度醫療給付費用總額之協議訂定未獲共識，且保險付費者代表與醫院、西醫基層代表所提方案差距大，函請健保會就該二部門總額續予協商。

召開重啟「103 年度醫院及西醫基層醫療給付費用總額協商因素項目及成長率」協商暨 102 年 10 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

西醫基層、醫院總額重啟協商之結論：

- (一) 西醫基層（詳 103 年度總額協商公告）：
 1. 一般服務成長率為 1.634%，包含醫療服務成本及人口因素成長率 0.811%，及協商因素成長率 0.823%。
 2. 專款項目全年經費為 1,755.5 百萬元。
 3. 門診透析服務成長率 5.358%。
 4. 前述三項額度經換算，103 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 2.391%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.116%。
- (二) 醫院總額：

經醫院部門與付費者代表兩度（9 月 27~28 日及 10 月 25 日）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，分別就付費者及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定（對照表詳附件十一）。

二、重要討論事項暨決議：

- (一) 103 年度醫院及西醫基層總額於 102 年 9 月份召開協商暨委員會議後再次協商為特例，未來不應援引辦理案（保險付費者代表委員提案）：

為凝聚共識，以期來年總額協商順利，往後於年度總額協商會議前，宜多召開會前溝通會議，討論健保署及各部門總額所研提之協商項目／計畫／方案內容。若經努力仍協商未果，則應依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條之規定，將付費者及醫事服務提供者代表委員之建議方案，陳報主管機關決定，不再重啟協商。

(二) 為維持總額財務穩定，在「修訂藥品給付規定之財務連動機制」未建立前，應維持藥品原給付規定或送衛生福利部裁示處理案（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

請健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，妥為處理西醫基層代表所建議，建立「修訂藥品給付規定之財務連動機制」，並檢討降血脂藥品（Statins）及黃斑部新生血管病變藥品（Lucentis）給付規定之修訂。

11

11月 4 日

103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層醫療給付費用總額成長率與其他預算額度及相關分配案，報請衛生福利部核定。至醫院總額成長率，則將保險付費者與醫院代表之建議方案，併報衛生福利部裁決。

11月 6 日

依全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，召開「全民健康保險 103 年度費率審議前意見諮詢會議」，邀請李精算師永振、袁精算師曉芝、莊會計師志強、周教授麗芳、羅教授紀琼、盧教授瑞芬、陳教授聽安，及許教授怡欣提供諮詢意見，健保會委員（含代理人）計有 19 人與會關心。

11月 21 日

102 年度委託元智大學辦理之「全民健康保險會運作過程評估相關研究」科技計畫，繳交期中報告。

11月 22 日

召開 102 年 11 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 衛生福利部醫事司、健保署報告「發揮各層級醫院角色功能重振五大科具體策略」。
- (二) 健保署提供書面「102 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」，並進行口頭說明：

請健保署於本業務執行報告中，納入當月份健保重點工作，以利健保業務之監理。

二、重要討論事項暨決議：

- (一) 討論 103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額一般服務費用分配案（結果詳 103 年度總額協商公告）。
- (二) 有關門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響，先諮詢專家學者意見後，請健保署據以分析現況及研提具體策略，於健保會進行專題報告。

12

12月 4 日

(三) 103 年度全民健康保險費率審議案：

1. 103 年度全民健康保險費率同意健保署所提建議，維持 4.91% 不調整。
2. 健保會將依健保法第 24 條規定，將審議結果報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
3. 為達二代健保法對健保財務應收支連動之要求，健保會所建立啟動費率調整之機制為，當安全準備低於 1 個月或高於 3 個月之保險給付總額時，費率應配合調升或調降，每年並可討論該機制之修訂。

12月 10 日

報請衛生福利部核定健保會所協議訂定「103 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式」案。

12月 12 日

一、102 年度委託元智大學辦理之「全民健康保險會運作過程評估相關研究」科技計畫，期中報告書面審查查驗合格。
二、102 年度委託陽明大學辦理之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」（第二年）科技計畫，繳交期末報告。

12月 13 日

衛生福利部函示：同意所報「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，其中醫院部門並決定採付費者代表方案；對付費者代表方案所提「關床致影響醫療利用者，應按每床每日費用扣減 103 年度總額」項目，因操作型定義尚不明確，請健保署先行監控其影響，如有必要，於 104 年度總額協商時再予以考量。依核定結果，103 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 3.275%，預估總費用約為 5,712 億元。

12月 17 日

102 年度委託聯合行銷研究股份有限公司辦理之「全民健保重要議題民意調查」計畫期末報告，經召開審查會議並獲通過。

12月 23 日

102 年度委託臺灣大學辦理之「建立全民健康保險業務重要監理指標之研究」研究計畫期末報告，經召開審查會議並獲通過。

12月 25 日

102 年度委託陽明大學辦理之「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」（第二年）科技計畫期末報告，經以書面審查並獲通過。

12月 27 日

召開 102 年 12 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 訂定 103 年度工作計畫（如附件十二）。

(二) 健保署所提「103 年度各部門總額協定事項中需經健保會同意或向其說明後方可施行之項目」案：

1. 醫院總額「訂定合理調劑量之調整方案」及「提升住院護理照護品質方案」，請於完成後提報。

2. 建請健保署針對過去總額協定納入之新醫療科技項目利用情形及財務影響進行評估（含替代效應）研究。

(三) 對健保署所送「103 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額保障項目」案，予以備查；另醫院總額之保障項目，請健保署議定後送會備查。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 依健保法第 72 條規定，討論健保署所提「102 及 103 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」：

尊重健保署所提方案，惟對下列委員關心事項請參酌納入，以期方案更周延，並依法定程序報主管機關核定。

1. 民眾當年度就醫達 20 次就提出警示，恐有不妥，宜依不同年齡層與疾病別之實際需求調整之。

2. 慢性病患、多重疾病患者於不同院所重複領藥情形宜納入警 示及輔導系統中。

3. 宜透過各種管道加強衛教宣導。

附帶決議：

1. 請健保署於本方案執行半年後，提報執行情形及成效。

2. 請檢討現行違規查處之相關執行方式及辦法，朝微罪不舉、加重行政處罰代替刑事移送之原則改善。

(二) 為了解現行健保就醫概況與醫療費用使用情形，建議於「全民健康保險業務執行報告」增列有關醫療院所初次級醫療照護比例、CMI 值等資料（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

請健保署於 103 年 6 月份委員會議提供下列資料：

1. 西醫診所、三層級醫院之門診初級照護統計資料。

2. 三層級醫院之住診 CMI 值 (Case Mix Index)、BR 值 (Base Rate)，並列出其平均值、標準差、最大值及最小值，以利比較。

3. 門診、住診前十大疾病、處置及手術統計資料。

(三) 基於保險監理及為了解總額實際資源分配之狀況，以利未來總額分配之思考，建議於委員會中按月提報醫院總額各分區等相關點值數據資料（保險醫事服務提供者代表委員提案）：

請健保署按季提供案內所提各分區三層級醫院之門、住診平均點值與浮動點值等相關資料，並備註說明其意涵，以利解讀。

三、專案報告暨決定：

(一) 「二代健保制度總檢討－補充保險費議題」初步檢討報告。

(二) 健保署報告「保險對象自付差額特殊材料之規劃」：

1. 原則尊重健保署所規劃「收載初期暫不訂定自付差額上限，但每年監控院所的收費情形，如有異常時，再予訂之」、「資訊公開」、「二階段事前充分告知」及「開立收據」等措施。惟為使各該措施更形周全，請健保署宜建立檢討改善機制，並定期向健保會提報。
2. 為利民眾查詢，請健保署彙整各院所自付差額特材品項之收費標準，並置於網站；另協調各縣市衛生主管機關，提供其核定之收費標準，以供比對。

四、臨時動議及決議：

通過建請衛生福利部於 103 年 6 月前制訂總額地區預算分配之具體政策供參據案（專家學者代表提案）。

12 月 30 日

衛生福利部函示：同意所報「103 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式」案。

附件一

全民健康保險會會議規範

102年1月份委員會議討論並經提報
8月份、12月份委員會議通過

一、依據全民健康保險會（以下稱本會）組成及議事辦法第十三條規定，及為使本會委員會議順利進行，特訂定本規範。

二、會議之程序如下：

（一）由主席報告出席人數，並宣布開會。

（二）主席報告及確認議程。

（三）例行報告：

1. 宣讀及確認上次會議紀錄。
2. 報告上次會議決議（定）事項辦理情形及本會重要業務。
3. 相關單位報告。
4. 其他報告。

（四）討論事項：

1. 前次會議遺留之事項。
2. 本次會議預定討論之事項。

（五）專案報告：依會議決議（定）事項安排之專案報告。

（六）臨時提案或動議。

三、會議之議案，經主任委員核定並編入議程後，應於開會七日前分送各出席、列席人員。

會議提案程序如下：

（一）一般提案

1. 一般議案於開會十日前以書面或電子郵件提送本會（提案單如附）。
2. 提案得由主管機關交議或本會委員、中央健康保險署、本會幕僚單位提出。
3. 提案內容應與本會法定任務有關。
4. 提案內容不全者，本會幕僚單位應立即請其補正；對內容不符合本款第二、三目規定者，應敘明理由通知原提案者。
5. 議案順序，以具重要性、急迫性或時效性者優先安排。

（二）臨時提案

1. 書面提案不符前款第一目規定之期限者為臨時提案；但以當次會議亟待決定之緊急事件或具時效性事項，且與本會法定任務有關者為限。

2. 臨時提案應有出席委員附議或連署始得成立。
3. 臨時提案若不符合本款第一目之要件，主席得決定提下次會議討論。

四、修正案之提出：

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

五、復議之提出：

- (一) 提請復議之理由：
議案經議決通過或否決後，如因情勢變遷或有新資料而認為決議確有重加研討之必要時，得提請復議。
- (二) 提請復議應具備之條件：
 1. 原案決議後尚未執行。
 2. 具有與原決議不同之理由者。
 3. 提案人須符合以下條件：
 - (1) 提案經當次出席委員十分之一以上之連署。
 - (2) 若為總額協商議題，則需為當時在場且同意原決議案者。
- (三) 提請復議之方式：
應以書面方式提出，其提案程序比照第三點規定辦理。
- (四) 復議動議之討論：
 1. 復議動議之成立，須經正反雙方對有無復議必要發言後，由出席委員三分之一以上同意決定之。
 2. 復議動議經否決後，對同一議案，不得再提請復議。
- (五) 經復議之議案於決議確定後，不得再提請復議。

六、會議列席人員如下：

- (一) 本會執行秘書及各組組長。
- (二) 中央健康保險署署長及相關單位主管。
- (三) 經主任委員同意邀請之有關機關、團體或相關領域之專家學者。

七、會議決議事項如需其他機關配合執行，由本會函各相關機關。

八、本規範未盡事宜，依內政部所公布會議規範處理。

九、本規範提會討論通過後施行，修正時亦同。

全民健康保險會提案單

提案日期： 年 月 日

提案者				
委員代表類別				
提案屬性 (請勾選)	<input type="checkbox"/> 一般提案	<input type="checkbox"/> 臨時提案	<input type="checkbox"/> 修正案	<input type="checkbox"/> 復議案
案由				
說明				
辦法				
內容符合 (請勾選)	健保會法定任務： <input type="checkbox"/> 保險費率之審議事項。 <input type="checkbox"/> 保險醫療給付費用總額之協議訂定及分配事項。 <input type="checkbox"/> 保險給付範圍之審議事項。 <input type="checkbox"/> 保險政策、法規之研究及諮詢事項 <input type="checkbox"/> 其他有關保險業務之監理事項。			
連署或附議人（臨時提案、復議案填入）				



附件二

全民健康保險會102年度工作計畫

102年2月份委員會議通過

類別	工作項目	預訂時程	負責單位	備註
監理業務（報告）	1. 急診壅塞問題及轉診制度之推動情形	102年2月	健保局 醫事處	依102年第1次委員會議決定事項辦理
	2. 健保局所編列103年度預算之備查	102年4月	健保局 健保會	依健保法施行細則第3條辦理
	3. 全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形	102年5月，之後列入健保局業務執行報告，按季（1、4、7、10月）提報	健保局	1. 依健保法第5條第1項第5款辦理 2. 考量資料完整性，健保局建議於4月份以後再行提報
	4.「各級政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形	102年6月	健保局	依健保法第5條第1項第5款辦理
	5. 家庭責任醫師制度之規劃及推動情形	視委員會議需要再行安排		
總額協議	1. 103年度總額協商程序	102年3~4月	健保會	1. 依健保法第5條第1項第3款及102年第1次委員會議決議辦理 2. 103年度總額協商進行程序之依據
	2. 103年度總額報行政院前之諮詢	依健保小組提報時程	健保小組 健保會	依健保法第60條辦理
	3. 103年度總額協商架構及原則之建立	102年5~6月	健保會	總額協商預備工作
	4. 各部門總額執行成果評核	102年5~8月	健保會	總額協商預備工作
	5. 103年度總額協商及其分配	102年7~12月	健保會	依健保法第61條辦理
費率審議	1. 保險平衡費率模式之建立	視委員會議需要再行安排	健保局 健保會	費率審議預備工作
	2. 費率審議： (1) 健保局提保險平衡費率精算案 (2) 召開費率審議前專家諮詢會議 (3) 進行審議並將結果報署	102年10~11月	健保局 健保會	依健保法第24條辦理

類別	工作項目	預訂時程	負責單位	備註
給付範圍及資源配置	1. 審議健保局擬訂之給付範圍調整方案	配合健保局送會時程訂定	健保局 健保會	依健保法第 5 條第 1 項第 2 款及第 26 條辦理
	2. 討論保險對象自付差額之特殊材料品項			依健保法第 45 條第 3 項辦理
	3. 討論保險人擬訂之抑制資源不當耗用改善方案			依健保法第 72 條辦理
品質及資訊公開	討論健保局擬訂辦法： 1. 保險醫事服務機構提報財務報告辦法 2. 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	102 年 2 月 102 年 3 月	健保局 健保會	依健保法第 73、74 條辦理
民眾參與	審議重要事項（如：費率、給付範圍等）之民意蒐集	重要事項審議前	健保會	依健保法第 5 條第 3 項辦理
其他	1. 健保會作業說明會	102 年 4 月	健保會	依委員建議，安排半日活動說明本會執掌及運作方式等
	2. 「建構全民健康保險會組織任務中財務收支連動運作機制之研究」計畫成果報告	安排於健保會作業說明會報告	政治大學 陳敦源教授	衛生署 101 年度委託研究計畫
	3. 健保會年終業務報告	102 年 12 月	健保會	依健保法施行細則第 4 條辦理

註：考量議事效率，部分專案報告視委員會議需要再行安排。另委員會議若有決議（定）事項，將配合安排相關工作項目。

附件三

102年度各部門總額執行成果評核作業方式

102年4月份委員會議通過

壹、評核範圍

- 一、醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之一般服務（含品質保證保留款）及門診透析服務執行成果。
- 二、各部門總額專案計畫或方案（詳附表一）執行成效。

貳、辦理方式

一、評核會議之報告

由各總額部門及健保局提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告，並於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之評核委員名單，以及本會自行邀請，由4至8位專家學者擔任評核委員。

三、舉行一般服務與專案計畫（方案）評核會議

（一）時間：連續二天之會議。

（二）第一階段：公開發表及評論（1天半）。

1. 依總額部門別報告一般服務及專案計畫之執行成果與評核委員評論，並開放與會者提問。

2. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保局外，另邀請衛生署相關機關，如：健保小組、醫事處、照護處、國民健康局、疾病管制局、全民健保爭議審議會、中醫藥委員會等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等。（詳細名單如附表二）

（三）第二階段：評核內部會議（半天）。

1. 評核委員就各部門總額執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額有整體執行成果評分外，並對專案計畫（方案）之規模、經費等提供一致性建議。

2. 參與人員：主席、評核委員、本會幕僚。

參、評核項目及評分方式

一、一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫 = 75% : 25%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<p>一、一般服務執行績效</p> <p>(一) 民眾滿意度</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 滿意度調查結果及檢討改善措施 2. 民眾諮詢及抱怨處理 <p>(二) 醫療服務品質</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 專業醫療服務品質指標監測結果及檢討改善措施 2. 品質指標之檢討及增修 3. 品質指標資訊公開 <p>(三) 就醫可近性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 就醫等候情形及醫師診療時間 2. 民眾自費情形 <p>(四) 就醫公平性</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 城鄉醫療資源分布均衡情形 2. 醫師人力地理分佈 <p>(五) 醫療服務效率</p> <p>醫療利用率</p> <p>(六) 醫療服務效益</p> <p>民眾健康狀況改善情形</p> <p>(七) 管理效能</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 接受健保局專業事務委託及辦理情形 2. 醫療利用及費用管控情形 3. 點值穩定度 4. 支付標準修訂 5. 專業審查管理 6. 院所違規家數及其違規情節 7. 醫療機構輔導 	75
<p>二、專案計畫（方案）執行成效</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 預期目標達成度 2. 醫療服務效益（照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升） 3. 醫療服務效率 	25

註：列入評核之專案計畫（方案）如附表一。其中實施未滿一年之新增計畫（方案），僅提供執行情形，不納入評核。

二、101年度未接受健保局專業事務委託之總額部門，由健保局報告執行成果，未受託部門補充說明，並予以評分。

肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

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

二、評核結果作為次年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給協商因素下「品質保證保留款」項目之成長率。

三、專案計畫（方案）評核之相關建議，並作為次年協商該項專案經費增減及續辦與否之依據。

伍、102年度作業時程表

時間	作業內容
5 月上旬	本會擬具一般服務及專案計畫報告大綱，函送各總額部門及健保局，並請各總額部門推薦評核委員參考人選。
5 月中旬	各部門視需要函請健保局提供相關資料。
6 月中旬	健保局及各部門提送一般服務及專案計畫執行成果書面報告。
7 月下旬	召開專案計畫及一般服務評核會議。

附表一

各部門總額專案計畫／方案（列入評核）

一、實施一年以上計畫（列入評核）

計畫／方案名稱	部門別
牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫 牙周病統合照護計畫	牙醫
中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫	中醫
西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案 家庭醫師整合性照護計畫 * 診所以病人為中心整合照護計畫 *	西醫基層
醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 提升住院護理照護品質計畫 急診品質提升方案	醫院
醫療給付改善方案（乳癌、氣喘、糖尿病、精神分裂症、B 及 C 型肝炎等） 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	醫院、西醫基層
推動促進醫療體系整合計畫（醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、全民健康保險論人計酬試辦計畫） 增進偏遠地區醫療服務品質計畫（全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫） 全民健康保險藥事居家照護試辦計畫 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫（初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、Pre-ESRD 預防性計畫及病人衛教計畫）	其他預算

* 自 102 年起二項計畫整合。

二、實施未滿一年之新增計畫（只報告執行情形，不評核）

計畫 / 方案名稱	部門別
慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	其他預算

附表二

一般服務與專案計畫（方案）評核會議出席單位與人數

相關單位		名額
1. 健保會	本會委員	35
	台灣醫院協會	10
2. 各總額部門相關團體	中華民國醫師公會全國聯合會	10
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3. 衛生署業務相關單位	健保小組	5
	中央健康保險局	12
	全民健康保險爭議審議會	5
	醫事處	2
	護理及健康照護處	2
	國民健康局	2
	疾病管制局	2
	中醫藥委員會	2
4. 民間團體	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1
	財團法人台灣醫療改革基金會	1
	中華民國消費者文教基金會	1
	民間監督健保聯盟	1
	中華民國老人福利推動聯盟	1
	兒童福利聯盟文教基金會	1
	台灣女人連線	1
	財團法人罕見疾病基金會	1
	中華民國血友病協會	1
	財團法人肝病防治學術基金會	1
	中華民國糖尿病病友全國協會	1
	中華民國乳癌病友協會	1
	中華民國康復之友聯盟	1
	台灣氣喘之友協會	1
	台灣腎臟醫學會	1
	財團法人中華民國腎友協會	1
	中華骨髓移植關懷協會	1
	財團法人羅慧夫顱顏基金會	1
	台灣腦中風病友協會	1

附件四

103年度總額協商架構

102年5月份委員會議通過

一、總額設定公式

●年度全民健保醫療給付費用 =

$$\sum_{i=1}^4 [\text{校正後前一年度部門別醫療給付費用} \times (1 + \text{年度部門別醫療給付費用成長率})] + \text{年度其他預算醫療給付費用}$$

年度全民健保醫療給付費用成長率 =

$$(\text{年度全民健保醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度全民健保醫療給付費用}) - 1$$

●年度部門別^{註1}醫療給付費用 =

$$[\text{校正後前一年度部門別一般服務醫療給付費用}^{\text{註2}} \times (1 + \text{醫療服務成本及人口因素成長率} + \text{協商因素成長率})] + \text{年度專款項目經費} + \text{年度門診透析服務費用}^{\text{註3}}$$

●年度部門別醫療給付費用成長率 =

$$(\text{年度部門別醫療給付費用} \div \text{校正後前一年度部門別醫療給付費用}) - 1$$

註：1. 部門別 (i) = 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
2. 依費協會第 114 次委員會議 (95.06.09) 決議，自 97 年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值 (即 103 年總額基期須校正 101 年投保人口成長率差值)。
3. 西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

二、醫療服務成本及人口因素

(一) 成長率計算公式

$$[(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口成長率})] - 1$$

(二) 各項因素之計算方法

1. 人口結構改變率

以衛生署報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，103年度總額係以100年每人醫療費用點數為基礎，計算101年對100年保險對象人口結構之影響 (即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以5歲為一組)。

2. 醫療服務成本指數改變率

(1) 成本項目之權數：

採行政院主計處95年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查

結果，取去除「最高及最低5%極端值」後之平均數。

(2)各成本項目對應之指數：

除「醫療材料費用」成本項目之指數，選擇95年為基期之查價分類中之「電子醫療用儀器及設備」、「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」、「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」、「放射照相或放射治療器具」、以及「理化分析用儀器及器具」等屬醫療儀器及材料之相關項目，由行政院主計處另外計算外，其餘沿用行政院主計處例行公告之指標項目及數值。

(3)醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以95年為基值（訂為100），計算101年對100年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其101年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3. 投保人口成長率

採經建會101年公布「中華民國2012年至2060年人口推計」之103年人口總增加數之中推計數值估算。

註：本項醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法，將依衛生署報奉行政院核定之內涵辦理。

三、協商因素

(一) 保險支付項目之改變

預期新增支付項目改變（如高科技及新藥）對全民健保醫療費用之影響率。

(二) 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康

為鼓勵提升醫療服務品質或促進國人健康而允許增加費用之幅度。

(三) 其他醫療服務利用及密集度之改變

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響（須排除已於醫療服務成本及人口因素反映部分）。

(四) 醫療服務效率之提升

因全民健保支付制度之改革，造成醫療服務效率提升，預估其對醫療費用之影響。

(五) 其他預期之法令或政策改變

其他預期之法令或政策改變及政策誘因對醫療費用之影響。

四、專款項目

針對特定項目協商預算，採零基預算直接協定預算額度。

五、門診透析

(一) 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。

(二) 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

(三) 計算公式：

年度醫院（西醫基層）門診透析服務費用=前一年醫院（西醫基層）門診透析服務費用×
(1+成長率)

年度門診透析服務費用=年度醫院門診透析服務費用+年度西醫基層門診透析服務費用

附件五

103年度總額協商通案性原則

102年5月份委員會議通過

一、基期

以穩定為原則，若確需變動，應於前一年6月前提經議定；6月以後所議定調整事項，適用於下年度總額。

二、醫療服務成本及人口因素

各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率，採衛生署報奉行政院核定之數值與計算公式。

三、協商因素

(一) 健保局會同各總額部門研擬年度協商草案時：

1. 應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
2. 納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

(二) 各部門「品質保證保留款」：

1. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
2. 考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會議通過。

(三) 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：

列為協商減項，但僅減列民眾檢舉及健保局主動查核所發現之違規案件，不減列總額受託單位或總額相關團體發揮揮同儕制約精神而主動舉發之案件。

(四) 一般服務之協商因素項目屬計畫型預算者，應於年度實施前提出具體實施及監控方案（含預定達成目標及評估指標），執行情形應即時檢討；若未能如期實施且可歸因於該總額部門，則應核扣當年度預算；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(五) 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，請健保局會同各部門總額相關團體議定後送本會備查。

四、專款專用項目

- (一) 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。
- (二) 新增計畫，視行政院所核定總額範圍及計畫需要，決定是否支持該計畫並協定預算。具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）應於年度實施前擬定完成。
- (三) 具有特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款項目，俟其執行具相當成效後，再移至一般服務項目。

五、其他原則

- (一) 年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二) 各部門最後之年度總額成長率，不超過行政院核定範圍之上限值。
- (三) 所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四) 健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五) 宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六) 醫療費用總額經衛生署核定後，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。

附件六

全民健保業務監理事項相關議題提報時程表

議題	提報時程
■如何透過健保 IC 卡來管控醫療費用之規劃〔含健保資訊網服務系統（VPN）資料上傳之情形〕 ■抑制資源不當耗用改善方案之規劃情形（102 年度工作計畫項目）	102 年 7 月份委員會議
■保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況與規劃（102 年度工作計畫項目） ■DRGs（診斷關聯群）、RBRVS（資源耗用為基準的相對價值表）等支付制度之推動情形與對總額影響及未來方向 ■102 年度各部門總額協定事項中重要專款項目執行之評估結果	102 年 8 月份委員會議
■家庭責任醫師及論人計酬制度之規劃及推動情形（102 年度工作計畫項目） ■以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向 ■如何透過健保支付制度來改善專科醫師及護理人力缺乏問題及其成效 ■健保欠費催收情形與成效 ■健保代位求償執行情形與成效 ■全民健保轉診實施辦法之執行情形 ■全民健保部分負擔之實施情形與檢討 ■健保法第 43 條之執行情形檢討 ■「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	納入規劃 103 年度工作計畫之參據
■核心業務列入每月份業務執行報告中	每月

註：1. 請健保局評估各議題，對可整合者，請整合後提報。

2. 配合各次議程及需要，酌調提報時程。

附件七

103年度總額協商程序

102年4月份、6月份及7月份委員會議通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
一、協商前置作業 1. 擬訂103年度總額協商架構、通案性原則及協商程序草案，並提會討論。 2. 於主管機關交議之後，依政策方向協商年度總額成長案： (1) 請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2) 確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3. 由健保局會同各總額部門預擬協商因素/專款項目及其預算規劃草案。 (1) 規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2) 各總額部門與健保局擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 4. 各總額部門及健保局報告所規劃之103年度總額協商因素項目或計畫草案，並進行綜合討論。 (註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料) 5. 視需要安排總額協商之相關座談會/會前會。 (1) 各總額部門與付費者代表、專家學者及公正人士、相關機關代表意見溝通座談會。 (2) 健保局與付費者代表、專家學者及公正人士、相關機關代表座談會。	102年5~6月 102年7~8月 102年7~8月 102年8~9月 102年8~9月
二、進行各部門總額成長率及分配方式之協商 1. 協定各部門總額成長率。 2. 協定一般服務費用之分配（地區預算）。 3. 年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及陳報主管機關核定。	102年9月 102年10~12月 102年10~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 1. 健保局會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。 2. 各方案/計畫進度之追蹤，並視需要，請健保局或總額部門專案報告。	102年10月~ 103年12月

二、協商會議之安排：

(一) 會議日期：本年9月27日及28日上午，共一天半。

(二) 各日工作內容：

1. 協商共識會議：

9月27日：分場次協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等各部門總額，及健保

局管控之「其他預算」；門診透析服務獨立預算，則依西醫基層及醫院等二總額部門協商順序，併於先談之部門協商。

9月28日上午：討論第一天未盡事宜。

2. 委員會議（9月28日上午）：完成協商結論之確認及103年度總額成長率案。

（三）協商共識會議之與會人員：

1. 付費方：

(1) 保險付費者代表委員。

(2) 專家學者及公正人士、行政院經濟建設委員會及主管機關代表委員。

2. 醫界：全體醫事服務提供者代表委員

(1) 牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門之協商，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上部門推派之協商代表（非本會委員，人數以會場可容納為原則）。

(2) 護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之協談。

(3) 門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表協談，邀請台灣腎臟醫學會列席說明。

3. 健保局相關人員與本會幕僚。

（四）協商共識會議進行方式與原則：

1. 各部門協商順序：於8月份委員會議抽籤決定之。

2. 議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。

3. 各部門協商時間，安排如下表：

附表 103年度總額協商共識會議各部門協商時間

部門別	提問與意見交換		部門之預算協商		合計 (不含各自召集會議時間)	付費者委員 視需要自行召開會議	醫界委員視 需要自行召開會議	推估最長 時間
醫院	40分鐘	(門診透析 20分鐘)	60分鐘 50分鐘	(門診透析 20分鐘)	140~180分鐘 120~155分鐘	30分鐘 20分鐘	30分鐘 20分鐘	140~240分鐘 120~195分鐘
西醫基層	30分鐘							
牙醫	25分鐘		40分鐘		65~85分鐘	20分鐘	20分鐘	65~125分鐘
中醫	25分鐘		40分鐘		65~85分鐘	20分鐘	20分鐘	65~125分鐘
其他預算	25分鐘		35分鐘		60~78分鐘	20分鐘		60~98分鐘

備註：各部門協商時間若確需延長，以不超過該「部門預算協商」時間之50%為限。

4. 相關原則

- (1)所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與協商。
- (2)各部門和付費者代表委員進行預算協商時，請健保局相關人員在場提供所需說明。
- (3)付費者及醫界委員視需要自行召開會議時，依其需求請本會幕僚及健保局協助試算與說明。

5. 各方未能達成共識時之處理方式

- (1)保險付費者代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。

- (2)總額部門代表委員間無法達成共識時：

於協商共識會議中，由總額部門委員召集內部會議進行協調。

- (3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：

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之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。

6. 各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為9月份之委員會議，未能在安排時限內達成共識，將依法送請主管機關裁決。

三、協定結果確認

- (一)協商項目之成長率（或金額）：於協商共識會議當場試算並進行確認。
- (二)協定事項：協商結論於委員會議中確認，但文字可酌修。
- (三)協商成長率（或金額）以協商共識會議所確認結果為準，除經部門總額代表提議，並獲得付費者委員支持，方可重新協議。

四、協商共識會議實錄之製作與公開

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，與會人員發言內容，將以實錄方式上網公開之。

附件八

103年度醫院醫療給付費用成長率項目表
(兩案併送主管機關裁決)

102年9月份委員會議通過

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
醫療服務成本及人口因素成長率	1.909%	6,542.4	1.909%	6,542.4
投保人口數年增率	0.205%		0.205%	
人口結構改變率	1.895%		1.895%	
醫療服務成本指數改變率	-0.194%		-0.194%	
協商因素成長率	0.402%	1,377.7	4.130%	14,154.1
醫療品質及保險對象 健康狀態的改變	品質保證保留款	0.000%	0.0	0.000% 0.0
一般服務 支付項目的改變	新醫療科技（包括藥品、 特材、新增項目等）	0.312%	1,069.3	0.312% 1,069.3
	降血脂用藥放寬適應症所 增費用	0.000%	0.0	0.598% 2,049.4
	特殊材料採每點 1 元之差 額	0.000%	0.0	0.627% 2,148.8
	調整支付標準	0.000%	0.0	1.459% 5,000.2
	合理調高藥事服務費	0.090%	308.4	0.090% 308.4
	配合結核病防治政策改變 之費用	0.007%	24.0	0.000% 0.0
	配合安全針具推動政策之 費用	0.029%	99.4	0.058% 198.8
	確保護理品質	0.000%	0.0	0.584% 2,001.4
	類血友病用藥及肝臟移植 術後免疫球蛋白之藥費移 至專款支付	-0.033%	-113.1	-0.033% -113.1
	慢性 B 型及 C 型肝炎治 療計畫	0.000%	0.0	0.438% 1,501.1

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
其他醫療服務利用及密集度改變對醫療費用之影響	0.000%	0.0	0.000%	0.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-10.9	-0.003%
一般服務成長率	2.311%	7,920.1	6.039%	20,696.5
專款項目 (全年計畫經費)	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,972.0	300.0	3,972.0
	罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	7,815.0
	放寬黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis) 適應症所增費用	0.0	0.0	120.0
	醫療給付改善方案	567.3	67.5	567.3
	急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0
	提升住院護理照護品質方案	2,000.0	-500.0	0.0
	繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	667.0	280.0	0.0
	醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	60.0	10.0	60.0
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	800.0	0.0
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0
專款金額	16,201.3	1,908.5	12,854.3	-1,438.5
(一般服務 + 專款) 成長率預估值及增加金額	2.753%	9,828.6	5.394%	19,258.0
門診透析服務成長率	2.519%	467.9	2.519%	467.9
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款 + 門診透析)	2.741%	10,296.5	5.252%	19,725.9
較 102 年度核定總額成長率	3.032%	—	5.549%	—

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。
 2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件九

103年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表
(兩案併送主管機關裁決)

102年9月份委員會議通過

項目		付費者代表方案		西醫基層代表方案	
		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
醫療服務成本及人口因素成長率		0.811%	781.5	0.811%	781.5
投保人口數年增率		0.205%		0.205%	
人口結構改變率		0.966%		0.966%	
醫療服務成本指數改變率		-0.361%		-0.361%	
協商因素成長率		0.251%	241.9	3.444%	3,318.7
醫療品質及保險 對象健康狀況的 改變	品質保證保留款	0.100%	96.4	0.100%	96.4
一般服務 支付項目的改變	新醫療科技(包括藥品、特材 及新增項目)	0.071%	68.4	0.249%	239.9
	放寬降血脂藥品(Statins)適 應症所增費用	0.000%	0.0	0.726%	699.6
	新增跨表項目	0.018%	17.3	0.018%	17.3
	調整支付標準	0.000%	0.0	0.135%	130.1
	配合結核病防治政策改變之費 用	0.007%	6.7	0.000%	0.0
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	0.004%	3.9
	慢性B型及C型肝炎治療試 辦計畫	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	破傷風類毒素	0.000%	0.0	0.010%	9.6
	特殊材料採每點1元之差額	0.000%	0.0	0.000%	0.0
	擴大基層醫療服務規模 1. 例假日提供醫療服務	0.000%	0.0	0.403%	388.3
	2. 整合照護	0.000%	0.0	0.532%	512.7
	3. 護理照護	0.000%	0.0	0.062%	59.7
	放寬耳鼻喉局部處置可申報率 閾值	0.000%	0.0	0.572%	551.2

項目	付費者代表方案		西醫基層代表方案	
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
其他醫療服務及密集度改變對醫療費用之影響	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）	0.104%	100.2	0.686% 661.1
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.053%	-51.1	-0.053% -51.1
一般服務成長率	1.062%	1,023.4	4.255%	4,100.2
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案	150.0	0.0	150.0 0.0
	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	200.0	43.0	200.0 43.0
	醫療給付改善方案	205.5	43.1	205.5 43.1
	家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	1,200.0	-15.0	1,200.0 -15.0
	鼓勵週日看診門診診察費加成	0.0	0.0	0.0 0.0
	放寬黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis) 適應症所增費用	0.0	0.0	20.0 20.0
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0 0.0
	專款金額	1,755.5	71.1	1,775.5 91.1
(一般服務 + 專款) 成長率預估值及增加金額		1.116%	1,094.5	4.275% 4,191.3
門診透析服務成長率		5.358%	708.7	5.358% 708.7
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款 + 門診透析)		1.620%	1,803.1	4.404% 4,900.0
較 102 度核定總額成長率		1.895%	—	4.685% —

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件十

健保署提供審議保險費率之參考資料

102年9月份委員會議通過

類別	項目	內容	說明
一、平衡費率計算 公式及推估方法	1. 計算公式 2. 推估方法	(略)	供委員或專家學者瞭解平衡費率所運用的計算公式及推估方法。
	1. 納保人口成長率	保險對象人數及年齡結構分布狀況	
	2. 保險費收入	<p>應包括以下各保費收入增減項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 被保險人人數比率 b. 保險對象投保類別結構變動率 c. 各類目被保險人投保金額成長率 d. 平均眷口數 e. 最高付費眷口數 f. 補充保險費 g. 政府補助保費差額 h. 呆帳率 i. 沖抵補收保險費 j. 中斷投保開單保險費 	
二、保險財務收支 項目推估假設	3. 保險成本	<p>應包括以下保險給付增減項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 部分負擔 b. 保險醫事服務機構申報審查核減數 c. 代辦項目醫療費用 d. 代位求償醫療費用 e. 自墊醫療費用核退等 	供委員或專家學者瞭解保險費收入、保險成本及安全準備等項目相關影響因素，及最可能發生之假設值。
	4. 安全準備	<p>1. 應包括以下安全準備提撥項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> a. 菸品健康福利捐 b. 公益彩券分配收入 c. 滯納金 d. 其他收入 e. 安全準備收益率等 <p>2. 累計餘額應維持至少1個月保險給付</p>	

類別	項目	內容	說明
三、收支平衡方案及建議	1. 配套方案（含財務預估） 2. 選擇建議	以 1 年、2 年、5 年為計算基礎，推估試算平衡費率	提供各項可能的收支平衡配套方案及其財務影響建議，供委員或專家學者選擇參考。
四、敏感度分析	(略)	保險財務收支推估假設中，各項可變動因素改變時，對費率之影響。	供委員或專家學者瞭解可變動影響因素之假設值改變時，對保險收入、保險成本及平衡費率的影響。
五、其他	1. 最近 3 年保險財務收支狀況 2. 前 1 年度推估結果準確度評估及差異原因說明 3. 歷年保險財務收支大事紀 4. 未來影響保險財務收支重要事項。 5. 名詞解釋 6. 其他有助審議之資訊	(略)	供委員或專家學者瞭解過去的實際執行結果及趨勢，及未來的財務相關影響事項，以做為審議保險費率之重要考量。
六、資源配置及財務平衡方案	(略)	(略)	依健保法第 5 條第 2 項規定，本會為保險費率審議，有減少保險收入或增加保險支出之情事時提出，併案審議。

註：參考歷年保險費率精算報告及健保法相關規定研擬。

附件十一

103年度醫院醫療給付費用成長率項目表
(兩案併送主管機關裁決版本)

102年10月份委員會議通過

項目		付費者代表方案		醫院代表方案	
		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	1.909%	6,542.4	1.909%	6,542.4
	投保人口數年增率	0.205%		0.205%	
	人口結構改變率	1.895%		1.895%	
	醫療服務成本指數改變率	-0.194%		-0.194%	
	協商因素成長率	0.674%	2,309.9	1.330%	4,558.1
	醫療品質及保險 對象健康狀態的 改變	品質保證保留款	0.000%	0.0	0.000% 0.0
	支付項目的改變	新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）	0.584%	2,001.4	0.000% 0.0
		修訂降血脂藥品給付規定	0.000%	0.0	0.000% 0.0
		特殊材料採每點1元之差額	0.000%	0.0	0.627% 2,148.8
		提升醫療照護品質（重症為主）	0.000%	0.0	0.584% 2,001.4
		合理調高藥事服務費	0.090%	308.4	0.090% 308.4
	其他議定項目	配合結核病防治政策改變之費用	0.007%	24.0	0.007% 24.0
		配合安全針具推動政策之費用	0.029%	99.4	0.058% 198.8
		類血友病用藥及肝臟移植術後 免疫球蛋白之藥費移至專款支付	-0.033%	-113.1	-0.033% -113.1
		違反全民健保醫事服務機構特 約及管理辦法之扣款	-0.003%	-10.9	-0.003% -10.9
	一般服務成長率	2.583%	8,852.3	3.239%	11,100.5

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	
專款項目 (全年計畫經費)	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,972.0	300.0	3,972.0	300.0
	罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	7,815.0	951.0
	醫療給付改善方案	567.3	67.5	567.3	67.5
	急診品質提升方案	320.0	0.0	320.0	0.0
	提升住院護理照護品質方案	2,000.0	-500.0	2,000.0	-500.0
	繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵	667.0	280.0	0.0	-387.0
	醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	60.0	10.0	60.0	10.0
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	800.0	0.0	0.0
	修訂黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis) 適應症所增費用	0.0	0.0	0.0	0.0
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	0.0	0.0
專款金額		16,201.3	1,908.5	14,734.3	441.5
(一般服務 + 專款) 成長率預估值及增加金額		3.014%	10,760.8	3.233%	11,542.0
門診透析服務成長率		2.519%	467.9	2.519%	467.9
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款 + 門診透析)		2.990%	11,228.7	3.198%	12,009.9
較 102 年度核定總額成長率		3.281%	—	3.489%	—

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件十二

全民健康保險會 103 年度工作計畫

102 年 12 月份委員會議通過

類別	工作項目	預定期程	負責單位	備註
監理業務	專案報告：			
	1. 門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響	2 月（暫定）	健保署	依 102 年 11 月份委員會議決議事項辦理
	2. 健保代位求償執行情形與成效	4 月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	3. 103 年度各部門總額協定事項重要計畫（含專款）之執行情形	4 月及 7 月	健保署	1. 依 102 年 8 月份委員會議決定事項辦理。 2. 健保署表示第 1 季執行情形須於 5 月初才有資料，至 7 月份僅能提報第 1 季辦理情形。
	4. 「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	6 月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	5. 健保法第 43 條之執行情形檢討	6 月	健保署	依 102 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	例行監理業務：			
	1. 全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形	納入業務執行報告中按季（1、4、7、10 月）提報	健保署	依 102 年 2 月份委員會議決定事項辦理
	2. 102 年度全民健保年終決算報告備查案	3 月	健保署 健保會	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3. 104 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 健保會	依健保法施行細則第 3 條辦理
總額協議訂定	1. 104 年度總額協商架構、原則及程序之討論	3~6 月	健保會	總額協商預備工作
	2. 104 年度總額報行政院前之諮詢	4 月	社保司 健保會	依健保法第 60 條辦理
	3. 各部門總額執行成果評核	5~8 月	健保會	總額協商預備工作
	4. 104 年度總額及其分配方式之協議訂定	7~12 月	健保會	依健保法第 61 條辦理

類別	工作項目	預定期程	負責單位	備註
費率審議	1. 104 年度保險費率提請審議案	本會協議訂定總額後 1 個月	健保署	依健保法第 24 條辦理
	2. 104 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10~11 月	健保會	
	3. 健保署所提 104 年度保險平衡費率案之審議	11 月	健保會	
保險給付	1. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	配合健保署送會時程訂定	健保署 健保會	依健保法第 45 條第 3 項辦理
	2. 健保署所擬訂 103 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論			依健保法第 72 條辦理
	3. 健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 5 條第 1 項第 2 款及第 26 條辦理
	4. 健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理
民眾參與	審議、協議重要事項之民意蒐集	重要事項審議、協議前	健保會	依健保法第 5 條第 3 項辦理
其他專案報告	1. 建立全民健保醫療給付調整之審議機制	視委員會議需要再行安排	陽明大學 李玉春教授	衛福部 101-102 年度委託研究計畫
	2. 建立全民健康保險業務重要監理指標之研究		台灣大學 鐘國彪教授	衛福部 102 年度委託研究計畫
	3. 全民健康保險會運作過程評估研究		元智大學 劉宜君教授	衛福部 102 年度委託研究計畫

註：1. 考量議事效率，部分專案報告視委員會議需要再行安排。
 2. 委員會議若另有決議（定）事項，配合安排或調整相關工作項目。
 3. 本會 102 年 6 月份委員會議所決定於 103 年度提報之「全民健保業務監理事項相關議題」，多數已規劃辦理專案報告，部分則參採健保署建議，納入其他報告中（如：全民健康保險業務執行報告、評核會報告、4 月及 7 月總額協定事項重要計畫之執行情形報告）。

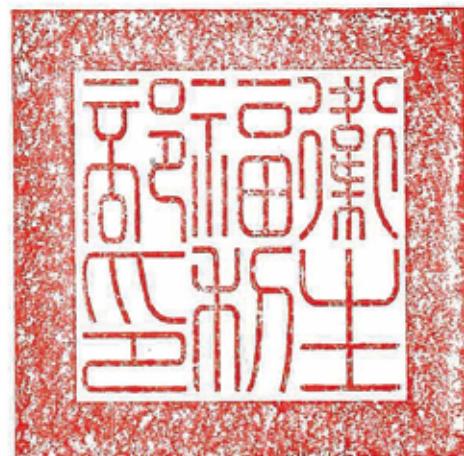
附錄三

張貼公告欄

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國103年1月21日
發文字號：衛部健字第1033360005號
附件：如公告事項一（附件一至五共五件）



主旨：公告103年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配。

依據：全民健康保險法第61條暨102年12月13日、同年月30日衛部保
字第1021280275號、第1021280392號函。

公告事項：

一、103年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院
醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：

(一)牙醫門診醫療給付費用成長率1.580%，其中，一般服務成長
率為0.364%，專款項目全年經費為1,567.6百萬元(附件
一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率2.104%，其中，一般服務成長
率為2.322%，專款項目全年經費為187.4百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率2.116%，其中，一般服務成長
率為1.634%，專款項目全年經費為1,755.5百萬元，門診透
析服務成長率為5.358%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率2.990%，其中，一般服務成長率為
2.583%，專款項目全年經費為16,201.3百萬元，門診透析服
務成長率為2.519%(附件四)。

(五)其他預算額度為10,782.4百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、103年度全民健康保險醫療給付費用成長率，經依本公告事項三之(一)、(二)計算後為2.989%；若相較於核定之102年度全民健康保險醫療給付費用，則成長率為3.275%。

三、103年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)103年度全民健保醫療給付費用 = $\sum_{i=1}^4$ [校正後102年度部門別醫療給付費用 \times (1+103年度部門別醫療給付費用成長率)] + 103年度其他預算醫療給付費用

(二)103年度全民健保醫療給付費用成長率(1) = (103年度全民健保醫療給付費用 \div 校正後102年度全民健保醫療給付費用) - 1
103年度全民健保醫療給付費用成長率(2) = (103年度全民健保醫療給付費用 \div 核定之102年度全民健保醫療給付費用) - 1

註：

1. 部門別(i) = 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；
另「其他預算」採協定各項目之全年經費。
2. 依前費協會第114次委員會議(95.06.09)決議，自97年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值(即103年總額基期須校正101年投保人口成長率差值)。

部長邱文達

附件一

103年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

103年度牙醫門診醫療給付費用總額 =

校正後102年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 103\text{年度一般服務成長率}) + 103\text{年}$
度專款項目經費

註：校正後 102 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依前費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 0.364%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為 0.431%，協商因素成長率為 -0.067%。
- (二) 專款項目全年經費為 1,567.6 百萬元。
- (三) 前述二項額度經換算，103 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 102 年度所核定總額成長 1.888%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.580%。各細項成長率及金額如表 1。

三、總額分配相關事項：

- (一) 一般服務（上限制）：

- 1. 地區預算：

- (1) 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。

- (2) 分配方式：

- a. 自一般服務費用移撥 0.5 億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
 - b. 於扣除品質保證保留款及上開 0.5 億元後，預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

- (3) 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 102 年 12 月底前送全民健康保險會備查。

- 2. 品質保證保留款（0.300%）：

(1)依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

3. 口乾症患者照護（0.082%）。
4. 牙周病統合照護計畫（第3階段）（-0.447%）：102年於一般服務執行，103年移列至專款項目。
5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.002%）。

（二）專款項目：

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費280百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
- (2)至少新增4個醫療站。
- (3)醫療資源不足地區之操作型定義，須經全民健康保險會同意後，方可施行。

2. 牙醫特殊服務計畫：

- (1)全年經費443百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障礙之身心障礙者牙醫醫療服務。
- (2)其中預算20百萬元用於新增早期療育患者之費用。

3. 牙周病統合照護計畫：

- (1)第1、2階段：全年經費680百萬元。
- (2)第3階段：全年經費164.6百萬元，其中163.8百萬元由一般服務移列。
- (3)第1、2階段照護目標數至少100,000人，第3階段服務人數應達7成以上。
- (4)若第3階段提供服務人數未達7成，應由第1、2階段預算移3千萬元至第3階段。
- (5)預算若仍不足，則由一般服務支應。

4. 受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費（101.3百萬元）移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

表1 103年度牙醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	0.431%	158.0	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口數年增率) × (1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率)] - 1
	投保人口數年增率	0.205%		
	人口結構改變率	-0.129%		
	醫療服務成本指數改變率	0.355%		
	協商因素成長率	-0.067%	-24.6	
	醫療品質及保險對象健康狀況的改變	0.300%	110.0	1. 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成品保款實施方案相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 3. 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成醫療服務品質指標項目與監測值之檢討修訂。
	口乾症患者照護	0.082%	30.1	
	牙周病統合照護計畫(第3階段)	-0.447%	-163.8	原 102 年於一般服務執行，移列至專款項目。
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.002%	-0.7
一般服務成長率		0.364%	133.4	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案	280.0	50.8 1. 辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。 2. 至少新增 4 個醫療站。 3. 醫療資源不足地區之操作型定義，須經全民健康保險會同意後，方可施行。
	牙醫特殊服務計畫	443.0	20.0 1. 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者牙醫醫療服務。 2. 其中預算 20 百萬元用於新增早期療育患者之費用。
	牙周病統合照護計畫（第 1、2 階段）	680.0	227.7 1. 第 1、2 階段照護目標數至少 100,000 人，第 3 階段服務人數應達 7 成以上。 2. 若第 3 階段提供服務人數未達 7 成，應由第 1、2 階段預算移 3 千萬元至第 3 階段。 3. 預算若仍不足，則由一般服務支應。
	牙周病統合照護計畫（第 3 階段）	164.6	164.6
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0 原 102 年所編經費（101.3 百萬元）移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
	專款金額	1,567.6	463.1
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款)	1.580%	596.5	
較 102 年度核定總額成長率	1.888%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件二

103年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

103年度中醫門診醫療給付費用總額 =

校正後102年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 103\text{年度一般服務成長率}) + 103\text{年}$
度專款項目經費

註：校正後 102 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依前費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為2.322%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.417%，協商因素成長率0.905%。
- (二) 專款項目全年經費為187.4百萬元。
- (三) 前述二項額度經換算，103年度中醫門診醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長2.421%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.104%。各細項成長率及金額如表2。

三、總額分配相關事項：

- (一) 一般服務（上限制）：

- 1. 地區預算：

- (1) 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。

- (2) 分配方式：

- a. 於扣除品質保證保留款後，預算2.22%歸東區，97.78%歸其他五區。

- b. 東區外，其他五分區預算分配方式為：

- (a) 各區實際收入預算占率：74%。

- (b) 各區戶籍人口數占率：6%。

- (c) 各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

- (d) 各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

(e) 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

(3) 試辦計畫由中央健康保險署送本部核定後據以施行。

(4) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於102年12月底前送全民健康保險會備查。

2. 品質保證保留款（0.1%）：

(1) 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提交前一年度執行成果。

(2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3) 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

3. 中醫特定疾病門診加強照護計畫—腦血管疾病及顱腦損傷後遺症（0.810%）。

4. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.005%）。

（二）專款項目：

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費74.4百萬元。

(2) 辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫（包含：1.腦血管疾病；2.腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；3.顱腦損傷）：

(1) 全年經費113百萬元。

(2) 102年之「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」二項計畫整合，並新增顱腦損傷。

3. 腦血管疾病後遺症門診照護計畫：經費移列至一般服務項下。
4. 受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費（57.1百萬元）移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

表2 103年度中醫門診醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	1.417%	297.5	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口數年增率) × (1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率)] - 1
	投保人口數年增率	0.205%		
	人口結構改變率	0.339%		
	醫療服務成本指數改變率	0.871%		
	協商因素成長率	0.905%	190.0	
	醫療品質及保險對象健康狀況的改變	品質保證保留款	0.100%	1. 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 3. 請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結面指標為方向。
	支付項目的改變	中醫特定疾病門診加強照護計畫—腦血管疾病及顱腦損傷後遺症	0.810 %	170.1
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.005%	-1.0
	一般服務成長率	2.322%	487.5	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案	74.4	0.0	辦理巡迴醫療服務計畫及獎勵開業服務計畫。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫 1. 腦血管疾病 2. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護 3. 顱腦損傷	113.0	59.0	102年之「腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」及「腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫」二項計畫整合，並新增顱腦損傷。
	腦血管疾病後遺症門診照護計畫	0.0	-100.0	經費移列至一般服務項下。
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原102年所編經費(57.1百萬元)移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
	專款金額	187.4	-41.0	
	總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務+專款)	2.104%	446.5	
	較102年度核定總額成長率	2.421%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之102年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件三

103年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

●103年度西醫基層醫療給付費用總額＝

校正後102年度西醫基層一般服務醫療給付費用×(1+103年度一般服務成長率) + 103年度專款項目經費 + 103年度西醫基層門診透析服務費用

●103年度西醫基層門診透析服務費用＝

102年度西醫基層門診透析服務費用×(1+成長率)

註：校正後 102 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依前費協會第 114 次委員會決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

(一) 一般服務成長率為1.634%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為0.811%，協商因素成長率為0.823%。

(二) 專款項目全年經費為1,755.5百萬元，原受刑人之醫療服務費用262.4百萬元，移至其他預算項下。

(三) 門診透析服務成長率5.358%。

(四) 前述三項額度經換算，103年度西醫基層醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長2.391%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.116%。各細項成長率及金額如表3。

三、總額分配相關事項：

(一) 一般服務（上限制）：

1. 地區預算：

(1) 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。

(2) 分配方式：

於扣除品質保證保留款後，預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%依西醫基層總額支付制度開辦前一年（89年）各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3)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102年12月底前送全民健康保險會備查。

2. 品質保證保留款（0.1%）：

(1)依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送前一年度執行成果。

(2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。

(3)請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結果面指標為方向。

3. 新醫療科技（包括新診療項目、新藥及新特材）（0.104%）：請中央健康保險署於102年12月委員會議說明訂定原則及作業時程，並於103年6月底前提送執行情形。

4. 修訂降血脂藥品給付規定（0%）：西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。

5. 新增跨表項目（0.018%）：

(1)新增6項跨表項目，其中64271B橈骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。

(2)應於102年12月底前完成相關程序（含適應症之訂定），若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。

6. 配合102年醫院部門調整急重難科別之政策（0.104%）：請中央健康保險署於102年12月委員會議說明擬調整項目與作業時程，並於103年6月底前提送執行情形。

7. 配合結核病防治政策改變之費用（0.007%）。

8. 配合安全針具推動政策之費用（0.004%）。

9. 提升用藥品質（0.010%）。

10.提升婦產科夜間住院護理照護品質（0.062%）。

11.因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）（0.467%）。

12.違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.053%）。

(二) 專款項目：

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團

體訂定後，依相關程序辦，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費150百萬元。
2. 慢性B型及C型肝炎治療計畫：全年經費200百萬元，不足部分，由其他預算支應。
3. 醫療給付改善方案：
 - (1)全年經費205.5百萬元。
 - (2)辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等4項方案，並新增早期療育方案。
 - (3)糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
4. 家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫：全年經費1,200百萬元，並應訂定嚴格之退場機制。
5. 修訂黃斑部新生血管病變藥品（Lucentis）適應症所增費用：全年經費0元，西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
6. 受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費（262.4百萬元）移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

（三）門診透析服務：

1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。
2. 合併西醫基層及醫院兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季西醫基層總額及醫院總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度西醫基層及醫院門診透析費用及其成長率。
3. 門診透析服務總費用成長率為3.7%，其基期費用包含102年度之2%成長率。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.358%。
4. 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

表3 103年度西醫基層醫療給付費用成長率項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	0.811%	781.5	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口數年增率) × (1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率)] - 1
	投保人口數年增率	0.205%		
	人口結構改變率	0.966%		
	醫療服務成本指數改變率	-0.361%		
	協商因素成長率	0.823%	793.1	
	醫療品質及保險對象健康狀況的改變	0.100%	96.4	1. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。 3. 請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值，並應以發展結面指標為方向。
	新醫療科技（包括新診療項目、新藥及新特材）	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明訂定原則及作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
	修訂降血脂藥品給付規定	0.000%	0.0	西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
新增跨表項目	0.018%	17.3	1. 新增 6 項跨表項目，其中 64271B 桡骨尺骨遠心端骨折經皮穿刺內固定復位手術，須有麻醉師與開刀房等設備。 2. 應於 102 年 12 月底前完成相關程序（含適應症之訂定），若未能於年度開始時實施，則扣減本項成長率。
配合 102 年醫院部門調整急重難科別之政策	0.104%	100.2	請中央健康保險署於 102 年 12 月委員會議說明擬調整項目與作業時程，並於 103 年 6 月底前提送執行情形。
配合結核病防治政策改變之費用	0.007%	6.7	
配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	
提升用藥品質	0.010%	9.6	
提升婦產科夜間住院護理照護品質	0.062%	59.7	
其他醫療服務及密集度的改變	因就醫可近性提升，對就醫人數及醫療費用成長之影響（含慢性病照護之增進）	0.467%	450.0
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.053%	-51.1
一般服務成長率	1.634%	1,574.6	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年 計畫 經費)	醫療資源不足地區改善方案	150.0	0.0
	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	200.0	43.0 不足部分由其他預算支應。
	醫療給付改善方案	205.5	43.1 1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 4 項方案，並新增早期療育方案。 2. 糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
	家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	1,200.0	-15.0 應訂定嚴格之退場機制。
	修訂黃斑部新生血管病變藥品 (Lucentis) 適應症所增費用	0.0	0.0 西醫基層代表建議修訂藥品給付規定時，應就費用及財源進行相關影響評估。
	受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0 原 102 年所編經費 (262.4 百萬元) 移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
	專款金額	1,755.5	71.1
	(一般服務 + 專款) 成長率預估值及增加金額	1.678%	1,645.7
	門診透析服務成長率	5.358%	708.7
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款 + 門診透析)		2.116%	2,354.3
較 102 度核定總額成長率		2.391%	—

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件四

103年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

●103年度醫院醫療給付費用總額＝

校正後102年度醫院一般服務醫療給付費用×（1+103年度一般服務成長率）+103年度專款項目經費+103年度醫院門診透析服務費用

●103年度醫院門診透析服務費用＝102年度醫院門診透析服務費用×（1+成長率）

註：校正後 102 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依前費協會第 114 次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額決定結果：

醫院總額經醫院與保險付費者代表兩度（102年9月27~28日及102年10月25日）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，分別就保險付費者代表之委員及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定，結果如下：

（一）總額成長率與相關額度：

- 一般服務成長率為2.583%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率為1.909%，協商因素成長率為0.674%。
- 專款項目全年經費為16,201.3百萬元，原受刑人之醫療服務費用903.7百萬元，移至其他預算項下。
- 門診透析服務成長率2.519%。
- 前述三項額度經換算，103年度醫院醫療給付費用總額，較102年度所核定總額成長3.281%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.990%。各細項成長率及金額如表4。

（二）總額分配相關事項：

- 一般服務（上限制）：

（1）地區預算：

a. 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。

b. 分配方式：

於扣除品質保證保留款後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比暫為45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。〔註：門住診費用比若經全民健康保險會討論後予以調整，則配合修正，否則仍為45：55〕

(a) 門診服務（不含門診透析服務、品質保證保留款）：

預算46%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」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。

(b) 住診服務（不含品質保證保留款）：

預算40%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，60%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。

(c) 各地區門住診服務，經依(a)、(b)計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

c. 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102年12月底前送全民健康保險會備查。

(2) 品質保證保留款（0%）：

a. 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於102年11月底前完成相關程序，並於103年6月底前前提送前一年度執行成果。

b. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限（102年該項成長率為0.1%，約3.2億元），其餘額度回歸一般服務預算。

c. 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於103年6月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。

(3) 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）（0.584%）：請中央健康保險署訂定相關項目之額度與開放時程，並於102年12月委員會議說明訂定原則及作業時程，若未於預定時程內導入，則扣減該額度。

(4) 合理調高藥事服務費（0.090%）：

a. 應配合訂定合理調劑量，其調整方案並須經全民健康保險會同意。

b. 請於103年6月底前前提送執行情形。

(5) 配合結核病防治政策改變之費用（0.007%）。

(6) 配合安全針具推動政策之費用（0.029%）。

(7) 原一般服務移列由專款支應之藥費（-0.033%）：

- a.類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。
 - b.肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。
- (8)違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.003%）。
2. 專款項目：
- 具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於102年11月底前完成，新增計畫原則於102年12月底前完成，並於103年6月底前提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。
- (1)鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：
- 全年經費3,972百萬元，不足部分由其他預算支應。
- (2)罕見疾病、血友病藥費：
- a.全年經費7,815百萬元，不足部分由其他預算支應。
 - b.為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於103年3月前，提出專案報告。
- (3)醫療給付改善方案：
- a.全年經費567.3百萬元。
 - b.辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤等5項方案，並新增早期療育方案。
 - c.糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
- (4)急診品質提升方案：全年經費320百萬元。
- (5)提升住院護理照護品質方案：
- a.全年經費2,000百萬元。
 - b.經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於103年4月前，提經全民健康保險會同意。
- (6)繼續推動DRGs之調整與鼓勵：
- a.全年經費667百萬元，含第2及第3階段DRGs項目之導入。
 - b.經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

(7) 醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案：

全年經費60百萬元，配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

(8) 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：

- a. 全年經費800百萬元，含原102年其他預算項下所編列經費（500百萬元）移列至醫院總額部門，並增加300百萬元。
- b. 經費用於繼續辦理原計畫，及新增「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」。

(9) 受刑人之醫療服務費用：原102年所編經費（903.7百萬元）移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。

3. 門診透析服務：

- (1) 合併醫院及西醫基層兩總額部門所協定之年度門診透析服務費用，並統為運用。
- (2) 合併醫院及西醫基層兩總額部門之年度門診透析服務費用，協商新年度成長率，並依協商當年第1季醫院總額及西醫基層總額之門診透析費用點數占率分配計算而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
- (3) 門診透析服務總費用成長率為3.7%，其基期費用包含102年度之2%成長率。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.519%。
- (4) 應持續檢討及修訂門診透析醫療服務品質指標及監測值。

表4 103年度醫院醫療給付費用成長率項目表（決定版）

項目	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
醫療服務成本及人口因素成長率	1.909%	6,542.4	<p>計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{投保人口數年增率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$</p>
投保人口數年增率	0.205%		
人口結構改變率	1.895%		
醫療服務成本指數改變率	-0.194%		
協商因素成長率	0.674%	2,309.9	
醫療品質及保 險對象健康狀 態的改變	0.000%	0.0	
一般服務	品質保證保留款	0.000%	<ol style="list-style-type: none"> 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，該方案請於 102 年 11 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以累計最近兩年有該保留款成長率的額度為限（102 年該項成長率為 0.1%，約 3.2 億元），其餘額度回歸一般服務預算。 請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，於 103 年 6 月底前，完成新增及檢討修訂醫療服務品質指標項目與監測值。
支付項目的 改變	新醫療科技（包括新 增診療項目、新藥及 新特材等）	0.584%	2,001.4 請中央健康保險署訂定相關項目之 額度與開放時程，並於 102 年 12 月 委員會議說明訂定原則及作業時程， 若未於預定期程內導入，則扣減該 額度。
	合理調高藥事服務費	0.090%	308.4 1. 應配合訂定合理調劑量，其調整 方案並須經全民健康保險會同 意。 2. 請於 103 年 6 月底前提送執行情 形。
	配合結核病防治政策 改變之費用	0.007%	24.0
	配合安全針具推動政 策之費用	0.029%	99.4

項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	類血友病用藥及肝臟移植術後免疫球蛋白之藥費移至專款支付	-0.033%	-113.1	1. 類血友病用藥，移由「罕見疾病、血友病藥費」專款支應。 2. 肝臟移植術後之免疫球蛋白藥費，移由「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」專款支應。
	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.003%	-10.9	
	一般服務成長率	2.583%	8,852.3	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,972.0	300.0	不足部分由其他預算支應。
	罕見疾病、血友病藥費	7,815.0	951.0	1. 不足部分由其他預算支應。 2. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 103 年 3 月前，提出專案報告。
	醫療給付改善方案	567.3	67.5	1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤等 5 項方案，並新增早期療育方案。 2. 糖尿病照護方案應擴大院所照護涵蓋率，並考慮以醫療院所為獎勵單位，且相關方案皆應訂定嚴格之退場機制。
	急診品質提升方案	320.0	0.0	
提升住院護理照護品質方案		2,000.0	-500.0	經費不得用於調整支付標準，實施方案並應由中央健康保險署於 103 年 4 月前，提經全民健康保險會同意。
繼續推動 DRGs 之調整與鼓勵		667.0	280.0	1. 含第 2 及第 3 階段 DRGs 項目之導入。 2. 經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

項目	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	60.0	10.0	配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	800.0	1. 含原 102 年其他預算項下所編列經費 (500 百萬元) 移列至醫院總額部門，並增加 300 百萬元。 2. 經費用於繼續辦理原計畫，及新增「鼓勵偏鄉醫院提供重度急診服務」。
受刑人之醫療服務費用	0.0	0.0	原 102 年所編經費 (903.7 百萬元) 移列至其他預算項下統籌運用，並不算入基期費用中。
專款金額	16,201.3	1,908.5	
(一般服務 + 專款) 成長率預估值及增加金額	3.014%	10,760.8	
門診透析服務成長率	2.519%	467.9	
總成長率預估值及增加金額 ^{註1} (一般服務 + 專款 + 門診透析)	2.990%	11,228.7	
較 102 年度核定總額成長率	3.281%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值，專款不含移出之 102 年「受刑人之醫療服務費用」。

2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件五

103年度全民健康保險其他預算及其分配

一、103年度其他預算增加1,952百萬元，預算總額度為10,782.4百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控，各細項分配如表5。

二、預算分配相關事項：

(一) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費605.4百萬元，請於103年6月底前提送執行成果。

(二) 非屬各部門總額支付制度範圍之服務：全年經費3,768百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護所需經費。其中，全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護，請於103年6月底前提送執行成果。

(三) 支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費：

1. 全年經費300百萬元。
2. 所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。

(四) 推動促進醫療體系整合計畫：

1. 全年經費1,000百萬元。
2. 預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。
3. 提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。
4. 延續型計畫，請於103年6月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(五) 其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

1. 全年經費1,000百萬元。
2. 含新增醫藥分業地區所增加之費用。
3. 經費之支用，依費協會第178次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

(六) 增進偏遠地區醫療服務品質計畫：原102年所編列經費500百萬元，移列至醫院總額專款項下。

(七) ICD-10-CM/PCS編碼：

1. 全年經費100.5百萬元。
2. 新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(八) 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

1. 全年經費2,200百萬元。
2. 請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。
3. 新增方案原則於102年12月底前完成相關程序，並於103年6月底前提送初步執行結果。

(九) 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1. 全年經費1,404.5百萬元。
2. 本項預算自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列（牙醫101.3百萬元、中醫57.1百萬元、西醫基層262.4百萬元、醫院903.7百萬元），並包含用於鼓勵院所至矯正機關提供收容人醫療服務之獎勵費用80百萬元。
3. 請於103年6月底前提送執行結果。

(十) 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1. 全年經費404百萬元。
2. 預算用於繼續推動末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
3. 請於103年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(十一) 醫療給付改善方案：本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下（西醫基層205.5百萬元、醫院567.3百萬元），及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫404百萬元。

(十二) 醫療資源不足地區改善方案：本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下（牙醫280百萬元、中醫74.4百萬元、西醫基層150百萬元、醫院60百萬元）。

表5 103年度其他預算項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
山地離島地區醫療給付 效益提昇計畫	605.4	1.5	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,768.0	54.0	1. 用於助產所、護理之家照護、居家照護、精神疾病社區復健、安寧居家療護及藥師居家照護等所需經費。 2. 全民健保高診次民眾就醫行為改善方案 - 藥師居家照護，請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
全民健保高診次民眾就 醫行為改善方案 - 藥師 居家照護	0.0	-54.0	併入非屬各部門總額支付制度範圍之服務。
支應罕病及血友病藥費、器官移植、西醫基層總額慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費及狂犬病治療藥費	300.0	100.0	所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
推動促進醫療體系整合 計畫	1,000.0	50.0	1. 預算用於醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫，及新增提升急性後期照護品質試辦計畫與醫院垂直整合方案。 2. 提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。 3. 延續型計畫，請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
其他預期政策改變及調 節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1. 含新增醫藥分業地區所增加之費用。 2. 經費之支用，依費協會第 178 次委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
增進偏遠地區醫療服務 品質計畫	0.0	-500.0	原 102 年所編列經費 500 百萬元，移列至醫院總額專款項下。
ICD-10-CM/PCS 編碼	100.5	100.5	新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。
鼓勵醫療院所即時查詢 病患就醫資訊措施	2,200.0	2,200.0	1. 請中央健康保險署於完成簽約後，即向全民健康保險會報告方案內容。 2. 新增方案原則於 102 年 12 月底前完成相關程序，並於 103 年 6 月底前提送初步執行結果。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	0.0	請於 103 年 6 月底前提送執行成果。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1. 預算用於繼續推動末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2. 請於 103 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
移列項目	醫療給付改善方案	—	本項方案包含自西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下（西醫基層 205.5 百萬元、醫院 567.3 百萬元），及其他預算下之慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 404 百萬元。
	醫療資源不足地區改善方案	—	本項方案自牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門移列，但所需費用仍編列在原部門專款項下（牙醫 280 百萬元、中醫 74.4 百萬元、西醫基層 150 百萬元、醫院 60 百萬元）。
總計 (不含四部門移列)	10,782.4	1,952.0	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

附錄四

全民健康保險會組成及議事辦法

中華民國 101 年 11 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 1012660249 號令訂定發布全文 16 條；並自 102 年 1 月 1 日施行。

中華民國 102 年 8 月 8 日衛生福利部衛部保字第 1021280025 號令修正發布第 9、16 條條文

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第五條第五項規定訂定之。

第二條 全民健康保險會（以下稱健保會）置委員三十五人，委員名額分配如下：

一、保險付費者代表：

（一）被保險人代表十二人。

（二）雇主代表五人。

（三）行政院主計總處一人。

二、保險醫事服務提供者代表十人。

三、專家學者及公正人士五人。

四、行政院經濟建設委員會及主管機關各一人。

被保險人代表之委員，其中九人，由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘三人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、行政院經濟建設委員會及主管機關之委員，由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。

學者專家及公正人士之委員，由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。

保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

第三條 健保會置主任委員一人，由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中，指定一人兼任。

第四條 各團體於推薦健保會委員時，採以複數方式為之，並應考量性別平等原則。

第五條 健保會委員任期為二年。

保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。

代表保險醫事服務提供者或機關出任之委員，其職務異動時，原推薦之團體或指派之機關應於一個月內主動通知健保會，並得向主管機關重行推薦、指派代表，由主管機關解聘原任委員後，再行聘（派）之。

委員因故無法執行任務、違反第二條第五項規定、違反本辦法或其他法令規定且情節重大者，主管機關應予解聘，並依第二條之規定另行遴選聘（派）補之。

前二項新任委員之任期，以補足原任之委員任期為止。

第六條 健保會委員應就下列情形，於首次參加委員會議前，主動提報健保會；任期間如有變動，應於事實發生後一個月內提報：

一、其本人之專職、兼職及顧問職。

二、其本人、配偶或直系親屬為保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物交易之相關業務人員、投保單位之負責人或其業務上之利益明顯與健保會之職權相關。

三、其代表之身分類別異動。

前項第一款及第二款資訊，應由健保會就委員依本法第五條第五項自我揭露之必要範圍，對外公開。

第七條 健保會委員已連任二屆、任期內未親自出席委員會議次數超過三分之一、或有下列行為未達解聘之條件者，列為下屆是否續聘重要參考：

一、違反議事規則或阻撓議事之進行。

二、發言侮辱他人或進行人身攻擊。

三、破壞公家財物或暴力之肢體動作。

四、妨害他人在議事上之發言、提案或表決。

五、對於會議相關事項，對外作不實之轉述。

六、對外提供應保密之內部相關文件。

七、干預健保違約處理或行政之決定。

八、違反本辦法或其他法令規定。

九、其他經委員會議決議禁止之不正當行為。

- 第 八 條 健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。會議由主任委員擔任主席，主任委員因故不能出席時，應指定委員一人為主席。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。
- 會議應邀請保險人派員列席；必要時經徵得主任委員同意，並得邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席提供意見。
- 第 九 條 健保會於協議訂定及分配保險醫療給付費用總額時，其方式、程序、場地、出席、列席人員及其他相關事項，應符合對等協議之精神。
- 第 十 條 健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。
- 第 十一 條 會議議程，應於開會七日前分送各出席、列席人員，並對外公開之；臨時提案經排入議程者，亦公開之。
- 委員提案內容，以與健保會法定任務有關者為限，並應於提案中載明提案人之姓名及其代表類別。
- 第 十二 條 會議應依發言作成會議實錄，載明下列事項，於會議後十日內公開：
- 一、會議年次、屆次及次數。
 - 二、會議時間。
 - 三、會議地點。
 - 四、主席姓名。
 - 五、出席委員姓名及出席之代理人姓名、服務單位及職稱。
 - 六、請假委員姓名。
 - 七、列席人員姓名、服務單位及職稱。
 - 八、紀錄姓名。
 - 九、報告事項之案由、發言內容及決定。

十、討論事項之案由、發言內容、決議及表決結果。

十一、其他應記載之事項。

前項會議實錄如有未議決之事項經決議暫不公開者，得暫不公開。但議決後，應即公開。

第 十三 條 會議提案方式、條件及程序等議事作業，本辦法未規定者，依委員會議之決議辦理。

第 十四 條 會議決議事項，經主任委員認有立即對外說明之必要時，應由其本人或指定人員統一發布。

第 十五 條 委員應親自出席會議；其因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位。

委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派之代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決。

第二條第五項及第六條第一項規定，於代理人，準用之；其有違反該規定，或有第七條各款之行為者，不得再為代理。

第 十六 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。
本辦法修正條文自發布日施行。

附錄五

行政院衛生署全民健康保險會設置要點

101年12月28日衛署健保字第1012660361號函訂定

一、行政院衛生署（以下稱本署）為辦理全民健康保險之業務監理及醫療給付費用總額協定分配事項，設全民健康保險會（以下稱本會）。

二、本會任務如下：

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

三、本會委員代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項，依全民健康保險會組成及議事辦法辦理。

四、本會置執行秘書一人，綜理日常事務；組長及工作人員若干人，分組辦理本會業務。

執行秘書、組長及工作人員，由本署所屬全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會法定員額內調充人員辦理。

五、本會於必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析。

六、本會委員為無給職。

附錄六

衛生福利部全民健康保險會設置要點

102年7月25日衛部綜字第1021180015號函訂定

一、衛生福利部（以下稱本部）為辦理全民健康保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配事項，設全民健康保險會（以下稱本會），並依本部處務規程第二十條第五款規定，訂定本要點。

二、本會任務如下：

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

三、本會委員代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項，依全民健康保險會組成及議事辦法辦理。

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

五、本會於必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析。

六、委員均為無給職。

附錄七

全民健保財務收支連動問卷

敬愛的委員：您好！

全民健保監理委員會暨醫療費用協定委員會在本（102）年1月1日施行二代健保法後，整合為全民健康保險會（以下稱健保會），就是希望權責相符及保險財務能收支連動。因此，以後的機制是，將協定的總額換算成費率（健保局應在總額協定後一個月，提出費率案送請健保會審議）；而且健保會在審議保險費率、保險給付範圍或協議訂定總額，若發現有減少保險收入或增加支出情況時，應請健保局同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

由於收支連動是項全新的議題，本年9月就將協定103年度總額，而委員的看法與期待，將影響制度的運作，因此煩請能回答下列問題：

一、在總額協定前，擬先請健保局就行政院核定經衛生署交議的總額範圍，進行費率推估試算作為參考，您是否同意？

是 否

二、補充保險費率與一般保險費率是連動的（第一年2%；第二年起，依一般保險費率之成長率調整），健保局的費率推估試算應包含兩者連動下的財務狀況，您是否同意？

是 否

三、在完成總額協定後，健保局推估的平衡費率若低於現行的4.91%，應即刻啟動收支連動機制而調降費率，您是否同意？

是 否

四、在完成總額協定後，健保局推估的平衡費率若高於現行的4.91%，次年應依收支連動機制調漲費率，您是否同意？

是 否

五、健保局推估試算的平衡費率，應該以幾年為計算基礎最為適當：

- 一年，依照健保法的精神，當年度收支平衡
- 二年，配合健保會委員任期，也預留政治經濟變動緩衝
- 五年，依照精算慣例，有較佳的政治經濟變動緩衝

六、健保局推估試算的平衡費率，應該包含至少一個月的安全準備，您是否同意？

是 否

七、年度總額協商時，健保局會納入該年度新藥、新醫療科技項目及財務的規劃評估，未來應該將特材及擬自付差額之特材品項一併納入考量，您是否同意？

是 否

八、為達健保收支運動的目標，總額協定後除了調整費率外，也有其他機制可以考量，請問下列收支平衡措施您個人偏好的優先順序為何：1.____2.____3.____4.____

A. 調整保險費率 B. 調整保險給付範圍 C. 調整部分負擔 D. 其他_____

九、其他相關建議：_____

委員簽名：_____ 年____月____日

全民健康保險會 敬上

附錄八

健保業務監理事項委員意見調查表

敬愛的委員，您好！

感謝委員奉獻心力於健保事務，並關心健保會成立後的健保業務監理狀況。

鑑於監理工作是本會重要業務項目，爰在102年度工作計畫中（第1屆102年第2次委員會議通過）的9個監理事項外（詳下頁），或有需要再增相關議題，爰擬具下列選項，請委員勾選（可複選）是否在本年度應予加入，也請委員建議議題：

- 「各級政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形（預訂102年6月提報）
- 家庭責任醫師制度之規劃及推動情形（視委員會議需要再行安排）
- 保險對象自付差額特殊材料品項之討論（配合健保局送會時程討論）
- 抑制資源不當耗用改善方案之討論（配合健保局送會時程討論）
- 如何透過健保支付制度來改善專科醫師及護理人力缺乏問題
- 健保欠費催收情形與成效
- 健保代位求償執行情形與成效
- DRGs（診斷關聯群）、RBRVS（資源耗用為基準的相對價值表）等支付制度之推動情形及未來方向
- 以病人為中心之照護計畫推動情形及未來方向
- 如何透過健保IC卡來管控醫療費用之規劃
- 暫無新增

請委員提供議題：

1. _____
2. _____
3. _____

委員簽名：_____

全民健康保險會 敬上 102年5月24日

附件

全民健康保險會102年度工作計畫（保險業務監理事項）

第1屆 102年第2次委員會議 (102.2.22)

類別	工作項目	預訂時程	負責單位	備註
監理業務（報告）	1.急診壅塞問題及轉診制度之推動情形	已於 102 年 2 月完成	健保局 醫事處	依 102 年第 1 次委員會議決定事項辦理
	2.健保局所編列 103 年度預算之備查	已於 102 年 4 月完成	健保局 本會	1.依健保法施行細則第 3 條辦理 2.另健保局所編列 101 年度決算，亦已於 102 年 3 月完成備查
	3.全民健保補充保險費就源扣繳及計收情形	102 年 5 月，之後列入健保局業務執行報告，按季(1、4、7、10 月)提報	健保局	1.依健保法第 5 條第 1 項第 5 款辦理 2.考量資料完整性，健保局建議於 4 月份以後再行提報
	4.「各級政府健保費補助款欠費還款計畫」執行情形	102 年 6 月	健保局	依健保法第 5 條第 1 項第 5 款辦理
	5.家庭責任醫師制度之規劃及推動情形	視委員會議需要再行安排		
給付範圍及資源配置	6.討論保險對象自付差額之特殊材料品項		健保局 本會	依健保法第 45 條第 3 項辦理
	7.討論保險人擬訂之抑制資源不當耗用改善方案	配合健保局送會時程訂定		依健保法第 72 條辦理
品質及資訊公開	討論健保局擬訂辦法： 8.保險醫事服務機構提報財務報告辦法 9.全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	已於 102 年 2 月完成 已於 102 年 3 月完成	健保局 本會	依健保法第 73、74 條辦理

附錄九

全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法

中華民國 102 年 6 月 7 日行政院衛生署衛署健保字第 1022660149 號令訂定發布

- 第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第七十三條第二項規定訂定之。
- 第二條 本辦法所稱財務報告，指本法第七十三條第一項所定全民健康保險（以下稱健保）業務有關之財務報告。
- 第三條 前條財務報告不易區分健保與非健保業務者，得以保險醫事服務機構整體財務報告代之。
- 第四條 保險醫事服務機構自中華民國一百零二年起算之一定年限，其領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於次年十月三十一日前，向保險人提報財務報告；其年限及數額，規定如下：
- 一、第一年至第三年：新臺幣六億元。
 - 二、第四年至第五年：新臺幣四億元。
 - 三、第六年以上：新臺幣二億元。
- 未達前項醫療費用而主動提報者，保險人應予受理。
- 第五條 保險醫事服務機構提報財務報告，應依下列之機構別及程序辦理：
- 一、醫療法人機構：依醫療法人財務報告編製準則編製，經會計師查核簽證，並出具意見書。
 - 二、公立機構：依主計機關之規定編製，並經審計機關審定。
 - 三、前二款以外之其他機構：依一般公認會計原則編製，經會計師查核簽證，並出具意見書。
- 第六條 財務報告之會計年度應採曆年制；記帳單位為新臺幣元；財務報表編製單位得為新臺幣千元。
- 第七條 財務報告應包括下列各項報表：
- 一、資產負債表。
 - 二、收支餘绌表（損益表）。
 - 三、淨值變動表。
 - 四、現金流量表。

五、醫務收入明細表。

六、醫務成本明細表。

前項財務報表之格式及內容，於醫療法人及公立機構，依相關法規之規定；於其他醫事服務機構，規定如附表一至附表六。

- 第八條 保險醫事服務機構提報之財務報告，有不符規定或缺漏者，保險人應通知限期補正，並於補正後，於網站公開之。
- 第九條 保險醫事服務機構未依本辦法提報財務報告，或經保險人通知限期補正，屆期未補正者，保險人應予以輔導；經輔導仍未改善者，得依全民健康保險特約醫事服務機構合約規定辦理。
- 第十條 本辦法自發布日施行。

第七條附表一：資產負債表

(特約醫事服務機構名稱)

資產負債表

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

資產	當年 月 日				負債及淨值總額	當年 月 日			
	金額	%	金額	%		金額	%	金額	%
流動資產					流動負債				
現金及約當現金					短期借款				
應收票據（減除備抵呆帳後淨額）					應付短期票券				
應收帳款（減除備抵呆帳、備抵支付點值調整及備抵健保核減後淨額）					應付票據				
其他金融資產 - 流動					應付帳款				
存貨					其他應付款				
預付款項					預收款項				
其他流動資產					其他流動負債				
固定資產					長期負債				
房屋及建築設備					長期借款				
醫療儀器設備					長期應付票據				
交通運輸設備					應付租賃負債				
資訊設備					其他長期負債				
雜項設備					其他負債				
租賃資產					退休金負債				
減：累計折舊					存入保證金				
減：累計減損					負債總額				
預付購置固定資產款項					淨值權益				
固定資產淨額					出資額				
					業主往來（或累積虧損）				
其他資產					淨值權益其他項目				
遞延資產					淨值權益總額				
存出保證金									
資產總額	100		100		負債及淨值總額	100		100	

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表二：收支餘绌表

(特約醫事服務機構名稱)
 收支餘绌表 (損益表)

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	當年度		前一年度		差異	
	金額	%	金額	%	金額	%
醫務收入 (A)		100		100		
門急診收入 - 健保						
門急診收入 - 非健保						
住院收入 - 健保						
住院收入 - 非健保						
其他醫務收入 - 健保						
其他醫務收入 - 非健保						
減：支付點值調整						
減：健保核減						
減：醫療優待						
醫務成本 (B)						
人事費用						
藥品費用						
醫材費用						
折舊費用						
租金費用						
事務費用						
其他醫務費用						
醫務毛利 (C=A-B)						
管理費用 (D)						
醫務利益 (損失) (E=C-D)						

項目	當年度		前一年度		差異	
	金額	%	金額	%	金額	%
非醫務活動收益 (F)						
利息收入						
租金收入						
研究計畫收入						
捐贈收入						
其他非醫務收益						
非醫務活動費損 (G)						
利息費用						
租金費用						
研究計畫費用						
捐贈費用						
其他非醫務費損						
非醫務利益（損失）(H=F-G)						
本期稅前餘緒 (I=E+H)						
所得稅費用 (J)						
本期稅後餘緒 (K=I-J)						

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表三：淨值變動表

(特約醫事服務機構名稱)

淨值變動表

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	當年度	前一年度
永久受限淨值		
永久受限本期稅後餘緝		
永久受限淨值增加總額		
永久受限期初淨值		
永久受限期末淨值		
暫時受限淨值		
暫時受限本期稅後餘緝		
暫時受限淨值限制解除轉出		
暫時受限淨值增加總額		
暫時受限期初淨值		
暫時受限期末淨值		
未受限淨值		
未受限本期稅後餘緝		
暫時受限淨值限制解除轉入		
未受限淨值增加總額		
未受限期初淨值		
未受限期末淨值		
淨值其他項目		
期末淨值總額		

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表四：現金流量表

(特約醫事服務機構名稱)

現金流量表

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	當年度	前一年度
營運活動之現金流量		
本期稅後餘緝		
支付點值調整		
健保核減		
呆帳費用		
折舊費用		
處分固定資產損益		
處分投資損益		
短期投資（增加）減少		
應收票據（增加）減少		
應收帳款（增加）減少		
預付款項（增加）減少		
存貨（增加）減少		
應付帳款增加（減少）		
應付票據增加（減少）		
預收款項增加（減少）		
其他流動負債增加（減少）		
營運活動之淨現金流入（出）		
投資活動之現金流量		
出售設備		
購買設備		
出售土地及房屋		
購買土地及房屋		
處分投資		
購買投資		
投資活動之淨現金流入（出）		

項目	當年度	前一年度
融資活動之現金流量		
擴建基金增加（減少）		
長期借款增加（減少）		
融資活動之淨現金流入（出）		
本期現金及約當現金增加（減少）數		
期初現金及約當現金餘額		
期末現金及約當現在餘額		
現金流量資訊之補充揭露		
本期支付利息（不含資本化利息）		
本期支付所得稅		
不影響現金流量資訊之投資及融資活動		
一年內到期之長期負債		
應付設備款		
僅有部份現金收付之投資及融資活動		
土地		
房屋		
長期應付票據		
支付現金		

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表五：醫務收入明細表

(特約醫事服務機構名稱)

醫務收入明細表

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	金額	備註
門診收入 - 健保		
門診收入 - 非健保		
急診收入 - 健保		
急診收入 - 非健保		
住院收入 - 健保		
住院收入 - 非健保		
其他醫務收入 - 健保		
其他醫務收入 - 非健保		
減：支付點值調整		
減：健保核減		
減：醫療優待		
合 計		

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表六：醫務成本明細表

(特約醫事服務機構名稱)

醫務成本明細表

全部 健保

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	金額	備註
人事費用		
藥品費用		
醫材費用		
折舊費用		
租金費用		
事務費用		
教育研究發展費用		
醫療社會服務費用		
其他醫務費用		
合 計		

主辦會計：

會計主管：

負責人：

附錄十

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國 102 年 8 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1021280007 號令訂定發布全文 10 條

第一條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第七十四條第二項規定訂定之。

第二條 保險人應定期公開與全民健康保險（以下稱本保險）有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。

二、整體性之醫療品質資訊（如附表一）。

三、機構別之醫療品質資訊（如附表二）。

四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。

第三條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：

一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。

二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等）及收費標準等相關資訊。

三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。

第四條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。

第五條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。

二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。

三、舉行記者會或說明會。

四、其他足以使公眾得知之方式。

- 第六條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。
- 第七條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。
- 第八條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。
- 第九條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。
- 第十條 本辦法自發布日施行。

第二條附表一

整體性之醫療品質資訊

總額部門別 / 服務別	項目名稱
一、醫院總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 平均每張處方箋開藥品項數
	6. 十八歲以下氣喘病人急診率
	7. 糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率
	8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
	11. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率
	12. 住院案件出院後三日以內急診率
	13. 剖腹產率—整體、自行要求、具適應症、初次具適應症
	14. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率
	15. 接受體外震波碎石術（ESWL）病人平均利用 ESWL 之次數
	16. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
	17. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率
二、西醫基層總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同（跨）院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 平均每張處方箋開藥品項數
	6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數—糖尿病、高血壓、高血脂
	7. 糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率
	8. 就診後同日於同院所再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 剖腹產率—整體、自行要求、具適應症

總額部門別 / 服務別	項目名稱		
三、牙醫門診總額	1. 牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內		
	2. 保險對象牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內		
	3. 同院所九十日以內根管治療完成率		
	4. 恒牙根管治療六個月以內保存率		
	5. 十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率		
	6. 五歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率		
	7. 院所感染控制申報率		
	8. 牙周病統合照護計畫執行率		
四、中醫門診總額	1. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數		
	2. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	3. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率		
	4. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	5. 於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率		
	6. 使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	✓	✓
	2. 尿素氮透析效率	✓	✓
	3. 貧血檢查	✓	✓
	4. 住院率	✓	✓
	5. 死亡率	✓	✓
	6. 瘢管重建率	✓	
	7. 腹膜炎發生率		✓
	8. 脫離率	✓	✓
	9. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	✓	✓
	10. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	✓	✓
	11. 五十五歲以下透析病人移植登錄率	✓	✓

第二條附表二

機構別之醫療品質資訊

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
一、醫院總額	1. 同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 2. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比 3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率 4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 5. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之比率 6. 門診手術（含體外震波碎石術）後二日以內急診或住院率 7. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率 8. 保險病房設置比率 9. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率 10. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率 11. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率 12. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率 13. 出院後三日以內同院所再急診率 14. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率 15. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 16. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率 17. 主要器官移植植入手術個案數與存活率
二、西醫基層總額	1. 注射劑使用率 2. 抗生素使用率 3. 同（跨）院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗精神分裂症、抗憂鬱症、安眠鎮靜 4. 健康檢查普及率一小兒、成人 5. 糖尿病病人醣化血紅素（HbA1c）執行率 6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率 7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率 8. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用 Potassium-sparing diuretics 或 Aldosterone antagonist 之比率 9. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病患人使用 β -Blocker 比率 10. 就診後同日於同院所再次就診率 11. 消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率 12. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率 13. 六歲以下兒童氣喘住院率

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱		
三、牙醫門診總額	1. 牙齒填補保存率一二年以內、乳牙一年六個月以內		
	2. 恒牙二年以內同院所再補率		
	3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量		
	4. 根管治療完成率		
	5. 根管治療保存率一六個月以內、乳牙三個月以內、恒牙六個月以內		
	6. 執行牙周病基礎治療之人數		
	7. 牙周疾病控制基本處置執行率		
	8. 十三歲以上病人執行全口牙結石清除之比率		
	9. 五歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率		
	10. 執行口腔癌篩檢之案件數		
	11. 執行單純齒切除之數量		
	12. 簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率		
	13. 參與牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫或牙周病統合照護計畫之院所名單		
	14. 牙周病案件比率		
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率		
	4. 藥品標示（藥袋標示）情形		
	5. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單		
	6. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單		
	7. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	∨	∨
	2. 貧血檢查	∨	∨
	3. 尿素氮透析效率	∨	∨
	4. 脫離率	∨	∨
	5. 腹膜透析腹膜炎發生率		∨
	6. 瘢管重建率	∨	
	7. B 型肝炎表面抗原（HBsAg）轉陽率	∨	∨
	8. C 型肝炎抗體轉陽率	∨	∨
	9. B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器	∨	
六、糖尿病	10. 各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率		∨
	1. 糖尿病病人執行檢查率—糖化血紅素（HbA1c）、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查		
	2. 糖尿病病人加入照護方案比率		

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
七、人工膝關節手術	1. 人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率 2. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率 3. 實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率
八、子宮肌瘤手術	1. 子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率 2. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率 3. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率 4. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
九、消化性潰瘍疾病	1. 消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率 2. 消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服抗發炎劑比率
十、氣喘疾病	1. 氣喘病人加入照護計畫比率 2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率 3. 氣喘病人開立類固醇藥物吸入劑比率
十一、急性心肌梗塞疾病	1. 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率 2. 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間給藥比率 -Aspirin、ADP 受體拮抗劑、β-Blocker、ACE inhibitor 或 ARB」 3. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三個月 / 六個月 / 九個月以內給藥比率 -Aspirin、ADP 受體拮抗劑、β-Blocker、ACE inhibitor 或 ARB 4. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率 5. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率

附錄十一

102年及103年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

中華民國 103 年 2 月 10 日衛部保字第 1031260086 號函核定

壹、依據

依全民健康保險法（以下稱健保法）第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論。

貳、說明

現行全民健康保險（以下稱全民健保）自全面實施總額支付制度，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，達到宏觀面之管控目的，在微觀管控面，已漸採提升醫療服務效率與品質之政策方向改革，如論病計酬、住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Related Groups,以下稱Tw-DRGs）支付、論質計酬等，並於平常醫療管理作業加強醫療費用審查，或依據醫療費用發生狀況，啟動專案審查及稽核等，惟國人對全民健保醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多、無效醫療等議題，希望本署能積極提出良好改善對策，因此於健保法第72條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致提供過多之醫療照護；生命末期甚多非必要的醫療，造成資源排擠效應；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；人口老化多重慢性病缺乏整合性醫療，易造成重複就醫及重複用藥的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；醫療分科過細，造成整體就醫屬片斷醫療，就醫次數不易控制等，爰擬訂相關策略，包括：加強健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

肆、實施期間：

本方案施行期間自公告日起至103年12月31日止，執行期將視方案特性與複雜度之情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

本方案管理內容，包括：加強全民健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等9項，主要策略及方法如下：

一、加強全民健保教育宣導（103年新增）

（一）策略：推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能；建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念。

（二）方法：協助教育部執行「提升國民中小學教師全民健康保險教學專業能力計畫」；結合地方衛生、教育機關、學校共同推動「全民健保、人人有責」概念；另於「103年度全民健保業務宣導計畫」中，加強對一般民眾宣導。

二、持續支付制度改革

（一）策略：推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。

（二）方法：持續推動論質及論人計酬支付方案；並參考Tw-DRGs第1階段實施經驗，導入Tw-DRGs第2階段，擴增實施項目。

三、減少無效醫療耗用

（一）策略：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。

（二）方法

1. 新增「緩和醫療家庭諮詢費」給付項目，促使現行住院重症病危且進入末期狀態之病患、家屬及主治醫療團隊，給予充分溝通說明。
2. 新增「社區安寧照護」給付項目，並自103年1月起實施。
3. 制訂呼吸器依賴患者病患權益手冊與衛教單張，使民眾瞭解對不可治癒之末期病人，可採減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。
4. 持續評估安寧療護效益及參採各界建議，作為政策推動及修訂安寧療護支付之參考。

四、高耗用醫療項目管控

（一）策略：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。

（二）方法

1. 電腦斷層及核磁造影檢查：強化資源共享機制，並針對影像品質不佳者加強審查。
2. 放射線治療：將按不同疾病之治療類別，研擬療程包裹支付方式。
3. 震波碎石術：加強異常醫師之管理及醫療利用異常病患之管控。

4. 復健治療：已研議「同一院所超長復健期之門診案件數比例過高」及「同一個案於同一院所各治療類別持續復健治療頻率過高」兩項不予支付指標相關操作型定義及財務影響等事項。
5. 除前述支付標準檢討業務、不予支付指標新增修外，另於常規醫療審查業務，持續加強檔案分析、行政與專業審查。

五、多重疾病整合醫療之推動

(一) 策略：提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置。

(二) 方法

1. 推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」：透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫之多重慢性病患提供整合式門診照護服務。
2. 推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」：擴大推廣家庭醫師「社區醫療群」照護模式；提供24小時諮詢專線、適當就醫指導，減少急診與不必要就醫。
3. 推動「全民健康保險論人計酬試辦計畫」：依實際需求，提供區域整合、社區醫療群、醫院忠誠病人等三種模式，使醫療團隊發揮照護能量，民眾獲得更完整的照護。

六、高診次就醫輔導

(一) 策略：導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。

(二) 方法

1. 擴大高診次就醫輔導對象，由 ≥ 100 次/年，降為 ≥ 90 次/年，及各季 ≥ 50 次，降為 ≥ 40 次。
2. 高利用輔導流程已列入標準作業程序，輔導方式除寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話外，亦就個案需要提供藥師居家關懷訪視。對不易接觸（失聯）者以限制全民健康保險憑證（以下稱健保卡）更新地點，取得衛教輔導之機會。針對高診次保險對象，若確有浮濫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

七、提供即時資訊避免重複醫療

(一) 策略：利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊。

(二) 方法

1. 持續輔導保險醫事服務機構配合健保卡登錄及上傳資料作業。
2. 依不同年齡設定不同標準就醫次數之提醒機制，提醒醫師避免重複醫療及輔導正確就醫。

八、藥費管制措施

(一) 策略：降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質。

(二) 方法

1. 整體門診慢性病用藥案件及藥費成長率管控：統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，對異常院所加強管控。
2. 高血壓、高血糖、高血脂藥費管控：針對同疾病同院所同病人就醫累計開藥及領藥日數偏高者進行管理，即對於醫師年處方開藥日數大於550日之院所，以及領藥日數大於1,000日且遊走3家（含）以上院所就醫之病人，加強抽審及輔導管理。
3. 門診一般藥品（排除重大傷病及慢性病案件）處方用藥品項數之監控：對於每張處方用藥品項及院所別平均每張處方用藥品項偏高者，一併予以加強審查。
4. 訂定不予支付指標：設定指標數值或比率的上限值，超過部分不予支付，並每年持續檢討增修。
5. 建置全民健保雲端藥歷系統：利用全民健保醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料之用藥紀錄，建置病人最近3個月用藥資訊系統，提供醫院即時查詢及醫師處方參考。未來將促請特約醫療院所醫師及藥師優先以75歲以上門診病人及65歲以上門診三高處方慢性病連續處方箋之多重慢性病患、健保卡高就診次數警示之病人等列為查詢對象，共同為民眾用藥安全及品質把關。

九、強化違規查處機制（103年新增）

(一) 策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

(二) 方法

1. 落實一般違規案件之訪查。
2. 辦理全國性查核專案。
3. 經查獲違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法者，依規定核處。

陸、預期效益

- 一、降低民眾不必要就醫及避免不必要的檢查及用藥。
- 二、避免延長末期病患的痛苦，讓生命有尊嚴，臨終有品質，降低臨終醫療使用。
- 三、透過支付制度改革，提升醫療效率及品質，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。
- 四、降低慢性病患不當處方用藥及提升慢性病患用藥品質。



2013 Annual Report

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

全民健康保險會年報

刊期頻率：年刊

出版機關：衛生福利部

地 址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

電 話：(02) 8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

出版年月：中華民國103年5月

創刊年月：中華民國103年5月

設計印刷：加斌有限公司

電 話：02-23255500

定 價：新臺幣300元整

GPN：1010300822

ISBN：978-986-04-1171-3



本著作採創用CC「姓名標示-非商業性-相同方式分享」授權條款釋出。

此授權條款的詳細內容請見：

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/tw>

中華民國102年版
全民健康保險會 年報

2013 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

ISBN 978-986041171-3



9 789860 411713
GPN : 1010300822
定價：新台幣300元



衛生福利部
全民健康保險會