

中華民國 106 年版  
全民健康保險會 年報



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

# contents

# 目錄

4

序言	部長的話	4
	主任委員的話	5

6

第一章	前言	8
-----	----	---

## 第二章 組織與任務

10

第一節	組織	12
第二節	任務	21
第三節	委員會議之運作	26

32

## 第三章 106年度重點業務及執行成果

第一節	協定及分配年度醫療費用總額，宏觀調控醫療資源	34
第二節	落實收支連動，穩健健保財務	59
第三節	合理調整給付範圍，保障民眾就醫權益	65
第四節	強化監理業務，奠立保險基石	87
第五節	提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務	103

112

## 第四章 研究發展及專題研析

第一節	研究發展	114
第二節	專題研討	117



# 2017

## ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

# 128

- 第五章 未來展望 ----- 130  
委員的期許與展望 ----- 132

## 附錄

# 134

- 附錄一 衛生福利部全民健康保險會第3屆（106年）委員名錄 ----- 136  
附錄二 106年度大事紀 ----- 138  
附錄三 衛生福利部全民健康保險會設置要點 ----- 182  
附錄四 全民健康保險會組成及議事辦法 ----- 183  
附錄五 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構 ----- 186  
附錄六 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則 ----- 189  
附錄七 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序 ----- 191  
附錄八 107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告 ----- 194  
附錄九 107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務  
費用分配方式公告 ----- 210  
附錄十 106年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案 ----- 213

## 部長的話



我國全民健保制度向為國際讚許及稱羨，健保體制得以永續經營的重要根基之一，即為總額支付制度的推動及落實。

然而，隨著科技進步及人口老化，國人的醫療需求也日益增加，全民健保的總額預算，從91年的2千餘億元，至107年增加至近7千億元。健保制度所面臨的財務問題，即為總額支出與保費收入，存在一定的成長率落差。二代健保為解決此財務危機，以保障民眾醫療權益，乃積極推動體制改革，全民健康保險會在此時刻因應而生，其肩負原「全民健康保險醫療費用協定委員會」、「全民健康保險監理委員會」協定總額及監理健保業務的職責，更被賦予審議健保費率與給付範圍等任務，以通盤考量健保的財務收支。而如何協定合理的總額，將資源配置最大化，並延緩對收入面的衝擊，在在考驗健保會委員的智慧。

感謝傅主任委員帶領來自保險付費者、醫事服務提供者、專家學者與社會公正人士及政府機關等35位委員的協力下，在106年持續策勵各項健保業務，並配合本部推動的政策，使健保署得以在「新醫療科技」的預算額度內，新增22項醫療服務、58項藥品及84項特材等給付項目，及在107年度總額增編「C型肝炎口服新藥」預算，擴大民眾的照護範圍，並配合分級醫療政策，增編「家庭醫師整合性照護計畫」預算，促進社區醫療群與合作醫院之實質合作、鼓勵開放表別，強化基層照護能力、輔以醫院總額減少大醫院門診照護案件、調整重症支付標準等協定事項，促使政策得以逐步落實；更完成107年度保險費率之審議工作，圓滿達成所被賦予的各項法定任務。委員代表不同的團體發聲，難免有歧見，但仍互相尊重，為民眾謀求福祉，努力達成共識，守護全民健保制度的精神，令人感佩！

本部的權責涵蓋國人的健康促進、預防保健、食品安全、傳染病防治、疾病治療、長期照護等議題，宜有整體的思維及跨單位的整合，如果前端的防護網相對穩固，相信可以減少後端的照護費用。健保會委員也有此體現，將安排相關單位進行業務座談，本部及所有同仁基於職責，更是刻不容緩，會更積極思考如何「處理問題」，進一步「解決問題」，以維護全民健康為依歸，許全民一個幸福的未來。

衛生福利部 部長

陳時中 謹識

## 主任委員的話

立葉自106年1月接任第3屆主任委員以來，深刻體會到健保會在健保體制下所肩負的重要任務，因此，無時無刻以任重道遠、責無旁貸的信念，面對此一重任。有幸在2位實務經驗豐富的前任主任委員，鄭守夏教授、戴桂英教授所奠立的良好基礎，與34位各界的菁英代表，攜手共同達成多項法定任務。

回首這1年來，透過35位委員的集思廣益、貢獻智慧，完成甚多艱難的議案，包括：審議107年度健保費率、協定107年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額，及分配至健保六分區業務組的預算，並擴大新醫療科技的給付範圍、增編C型肝炎口服新藥預算，提供職業工會會員投保金額下限申報規定之建言等。35位委員代表不同的團體發聲，雖然立場與見解往往不同，但總能共體時艱、相互折衝、相忍守護全民健保的制度，戮力謀求共識，委員們不遺餘力投入的熱忱與心力，實在令人感佩。立葉藉此機會，向各位委員致上最高的敬意！

在此，要特別感謝周執行秘書淑婉所帶領的幕僚團隊，同仁認真負責、積極安排相關參訪活動，以利委員實地了解健保業務，舉辦多場會前說明會、專家諮詢會議，提供委員充分資訊，並準備完整的研析意見與資料，有助委員針對議案進行深入討論，尤其是9月份的協商會議，同仁在會前準備豐富的協商資料，會中提供即時試算、完備的議事作業，會後迅速整理會議結論，讓委員確認協商結果，在在顯示同仁平日付出的努力與時間，在此謹代表所有委員向幕僚同仁致上萬分謝意。

本年報收錄106年委員會議就各項議案的討論歷程，及其執行成果，為委員的奉獻與努力留下記錄。相信第3屆委員在經過1年的洗禮、歷練後，將以更寬廣的視野、更多元的思維，持續就如何改善健保制度、強化監理效能、擴大民眾參與等面向更加精進。也期待鑒往知來，相信來年可以提供更具建設性的建議，讓全民健保制度更貼近民意、健保財務更加穩健，全民健保永續發展。

全民健康保險會主任委員

傅立葉 謹識





# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 第一章 前言

*Preface*



## 第一章 前言

全民健康保險會（下稱健保會）自102年成立，至今已邁入第3屆，依據全民健康保險法（下稱健保法）第5條規定，健保會每月召開委員會議，辦理保險費率與保險給付範圍之審議、總額之對等協議訂定與分配、保險政策與法規之研究及諮詢、保險業務之監理等法定任務。另於每年7月辦理各部門總額執行成果評核會、9月總額協商、10月進行費率審議前意見諮詢會議，另不定期召開專家學者諮詢會議、座談會，期能深入探討健保相關議題，並得以充分溝通、討論。

為擴大民眾參與全民健保的重要決策，並聽取各方不同意見及民眾需求，促使健保制度更符合社會期待，依健保法明定健保會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的三分之一。健保會委員任期2年，其成員包含：被保險人代表、雇主代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者與公正人士、政府機關代表等類別，主任委員則由專家學者與公正人士委員中之1人兼任。106年為第3屆委員任期的第1年，有多位來自醫界、病友團體等全新面孔，帶給健保會新的火花。

為將重要資訊公開透明，及讓外界了解健保會的運作情形，依健保法規定健保會於審議、協議健保有關事項，應在會議7日前及會議後10日內分別公開議程及議事錄；另健保法施行細則第4條規定「健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開」。故健保會除每月於網站公開議程及議事錄外，並自102年起，每年編印「全民健康

保險會年報」，介紹年度各項重點業務的辦理情形，以利外界了解其實際運作情形及相關成果。另為讓讀者立即掌握106年健保會的重要事件，特別以時間為主軸，編列「106年度大事紀」（如附錄二）供參考。



全民健保傲人的成果，獲得世界各國讚揚，不僅是臺灣的驕傲，更是守護臺灣人民健康最大的後盾。107年度全民健保總額已逼近7千億元，健保所面臨之挑戰日益嚴峻，期待透過健保會此

一溝通平台，能廣納、整合各方意見，匯集委員宏觀的智慧，共同謀求全民最大之福祉，達成二代健保「公平」、「品質」、「效率」之核心價值。





# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 第二章 組織與任務

*Organization and  
Tasks*



## 第二章 組織與任務

### 第一節 組織

#### 一、組織體制

衛福部為健保永續經營，建構權責相符的組織體制、提高財源籌措的公平性、確保醫療品質及擴大社會多元參與等層面，乃進行檢討與前瞻性改革，並於102年1月1日實施二代健保，將一代健保時期的全民健康保險監理委員會（側重收入監督）及全民健康保險醫療費用協定委員會（著重醫療費用支出總額之協定與分配）整併為健保會，期兩會合一能將醫療給付與財務收支通盤考量，提升效率，落實二代健保「建構社會參與平台」及「財務收支連動」之核心精神。

依據衛福部處務規程第20條第5款規定，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等事項，爰設立健保會（全民健保組織體制如圖2-1），其透過35位委員代表，以委員會議議決方式，達成各項法定任務，為利委員會之運作，並設有常設性任務編組，協助辦理相關事務。委員組成於後段有詳細介紹。

#### 二、委員組成、遴聘及利益自我揭露

##### （一）委員組成、遴聘

依據健保法第5條及其授權訂定之「全民健康保險會組成及議事辦法」（下稱組成及議事辦法，如附錄四），健保會委員計35名，名額分配為：保險付費者代表18人，包含被保險人代表12人、雇主代表5人及行政院主計總處1人；保險醫事服

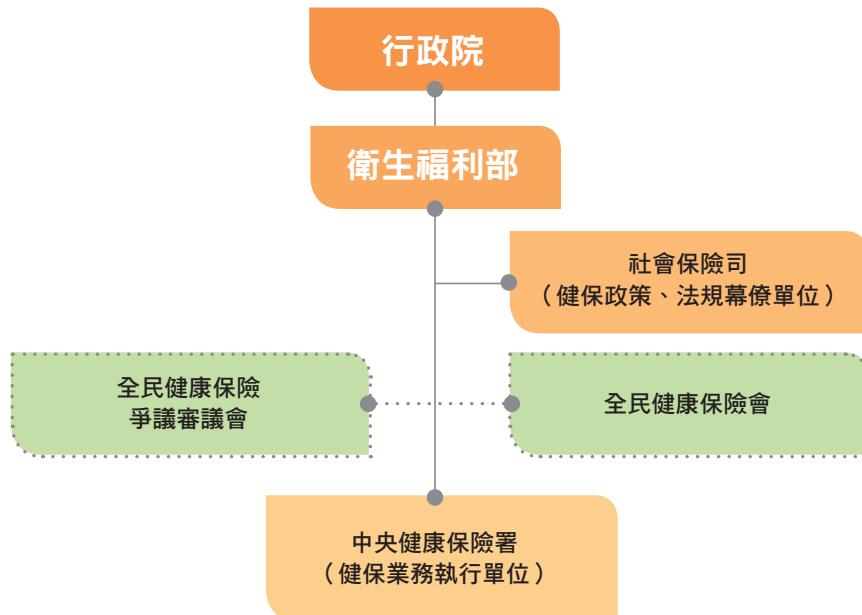


圖2-1 全民健保組織體制圖

務提供者代表10人；專家學者及公正人士5人；國家發展委員會及主管機關（衛福部）代表各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；另為擴大社會參與之多元性，其餘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。至雇主代表、保險醫事服務提供者代表，及行政院主計總處、國家發展委員會、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，並由衛福部部長就專家學者及公正人

士之委員中，指定1人兼任主任委員，委員產生方式整理如表2-1。

為使各類委員能確實代表所屬類別參與健保會，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，如圖2-2。



表2-1 健保會委員產生方式

代表屬性	人數	產生方式
保險付費者代表	被保險人代表 9人	依被保險人類別，洽請有關團體推薦
	3人	以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體推薦
	雇主代表 5人	洽請有關團體推薦
	行政院主計總處 1人	洽請主計總處推薦
保險醫事服務提供者代表	10人	洽請有關團體推薦
專家學者及公正人士	5人	由公共衛生、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
國發會及本部代表	各1人	洽請國發會推薦；衛福部指派代表
合計	35人	

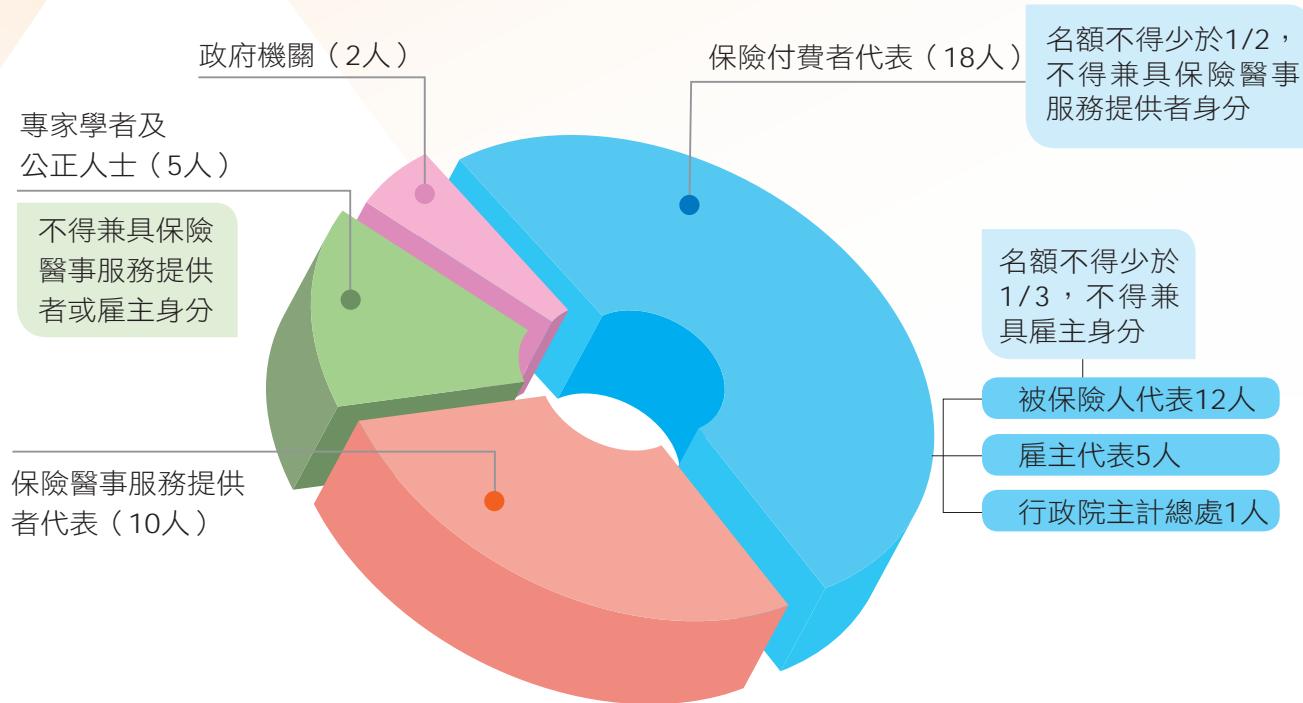


圖2-2 健保會委員組成之規範

為達各界於立法時，對擴大社會參與及容納更多元意見之期待，對於委員連任，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，每一屆並應至少更替五分之一。主要係為避免更替人數過多，影響業務傳承，而設定更替比率為五分之一。

另外界十分關切委員親自出席會議之情況，二代健保總檢討報告中亦建議委員應親自出席會議，以擔負起為所屬代表類別表達意見之責任，爰明定委員任期內親自出席會議之次數，為續聘之必要條件，相關遴聘規定如表2-2。

表2-2 健保會委員遴聘之相關規定

強制性規定	「保險付費者」及「保險醫事服務提供者」之委員，每屆應至少更替 1/5（組成及議事辦法第 5 條第 2 項）
	委員任期內親自出席委員會議達 2/3 之次數，為續聘之必要條件（組成及議事辦法第 7 條）
原則性規定	各團體於推薦委員時，採以 2 倍方式為之（組成及議事辦法第 4 條）
	「保險付費者」及「保險醫事服務提供者」之委員，以連任 1 次為原則（組成及議事辦法第 5 條第 2 項）
	各團體於推薦委員時，應考量性別平等原則（組成及議事辦法第 4 條）

健保會第3屆委員聘期自106年1月1日至107年12月31日止，任期2年，委員名錄如附錄一。

#### (二) 第3屆委員聘任辦理情形

辦理第3屆委員聘任時，包括勞工、病友、基層診所等諸多團體均表達希望爭取健保會委員席次之意見，為適度回應外界意見，屬工會團體3席，以輪流方式，每一屆更替1個團體，爰第3屆新洽請「全國工人總工會」推薦1席；另針對3

席公開徵求團體，於健保會網頁公告「公開徵求被保險人代表之推薦團體」，並依照推薦團體屬性區分為「病友團體」、「工會團體」、「社會服務與慈善團體及其他」3類。

#### (三) 委員之利益自我揭露

依健保法立法精神，委員之利益係採自我揭露方式，俾為外界檢視各委員發言之參考，相關規範明定於組成及議事辦法第6條如下。

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；任職期間如有變動，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5條第5項自我揭露之必要範圍，對外公開。

另依組成及議事辦法第15條第3項規定，對於第6條第1項規定，於代理人，準用之。因此，委員之專職、兼職、顧問職皆為應聲明事項，其代理人準用相關規定。例如：委員（含代理出席會議之代理人）擔任財團法人○查驗中心秘書長，或兼任○公益團體會長，皆應提出聲明。

至於委員之直系親屬包括血親、姻親，例如：祖父母、父母、子女、孫子女、配偶之父母、子女之配偶、孫子女之配偶，僅需揭露擔任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部分。

### 三、會務運作

因健保會委員為兼任性質，為辦理各項會務，「衛生福利部全民健康保險會設置要點」（下稱健保會設置要點，如附錄三）第4點規定，置執行秘書1人，綜理日常事務；副執行秘

書1人，襄助處理會務；組長及工作人員若干人，分組辦理會務。執行秘書、副執行秘書、組長及工作人員，由衛福部法定員額內調充之，健保會組織如圖2-3。

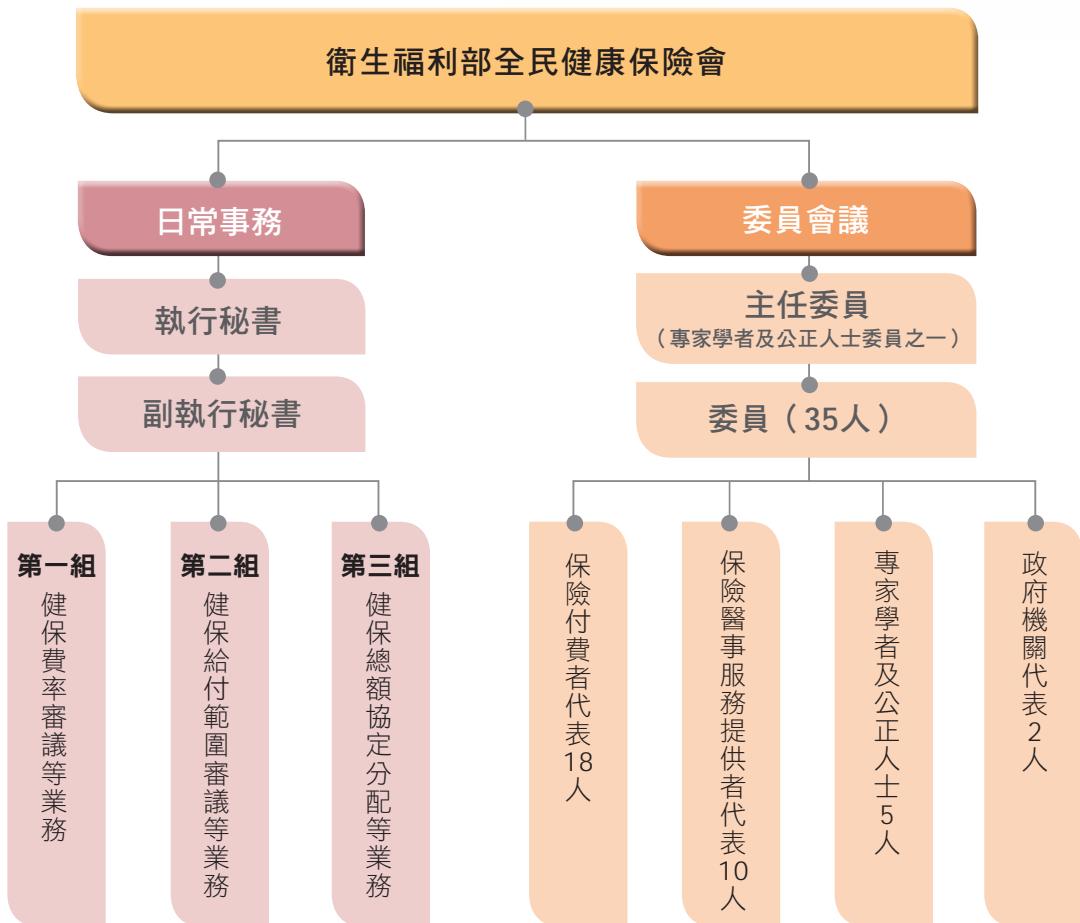


圖2-3 健保會組織圖

## 健保會第3屆（106年）委員（依姓氏筆劃）



傅主任委員立葉  
國立陽明大學衛生福利  
研究所副教授



干委員文男  
中華民國全國總工會  
常務理事



王委員雅馨  
台灣乾癬協會秘書長



古委員博仁  
中華民國藥師公會全  
國聯合會理事長



吳委員國治  
中華民國醫師公會全  
國聯合會常務理事



吳委員榮達  
中華民國消費者文教基  
金會消費者報導雜誌社  
副社長



李委員永振  
中華民國工商協進會  
財稅研究委員會委員



李委員育家  
中華民國全國中小企業  
總會副理事長



李委員偉強  
台灣醫院協會全民健康  
保險委員會委員（台灣  
醫學中心協會秘書長）



周委員麗芳  
國立政治大學財政學  
系教授



林委員至美  
國家發展委員會人力  
發展處處長



林委員敏華  
中華民國農會保險部  
主任



林委員惠芳  
台灣社會福利總盟之中  
華民國智障者家長總會  
秘書長



林委員錫維  
全國勞工聯合總工會理  
事長



翁委員文能  
台灣醫院協會理事長



商委員東福  
衛生福利部社會保險司  
司長



張委員文龍  
中華民國工業協進會  
秘書長



張委員清田  
中華民國會計師公會全  
國聯合會公共政策委員  
會主任委員



張委員煥禎  
台灣醫院協會理事（中  
華民國區域醫院協會最  
高顧問）



張委員澤芸  
中華民國護理師護士公會  
全國聯合會副理事長



郭委員錦玉  
全國工人總工會  
副理事長



陳委員平基  
中華民國全國漁會秘書



陳委員旺全  
中華民國中醫師公會全  
國聯合會理事長



陳委員亮良  
中華民國全國公務人員  
協會副理事長



黃委員偉堯  
長榮大學醫務管理學系  
副教授



黃委員啟嘉  
中華民國醫師公會全國  
聯合會常務理事



葉委員宗義  
中華民國全國商業總會  
監事會召集人



趙委員銘圓  
全國產業總工會常務理事



劉委員志棟  
中華民國全國工業總會綜  
合企劃處處長



蔡委員登順  
花蓮縣政府勞資爭議  
調解委員會調解委員



蔡委員麗娟  
台灣癌症基金會副執行長



盧委員瑞芬  
長庚大學醫務管理學系  
教授



謝委員尚廷  
中華民國牙醫師公會全  
國聯合會理事長



謝委員武吉  
台灣醫院協會副理事長  
(台灣社區醫院協會理  
事長)



羅委員莉婷  
行政院主計總處公務預算  
處專門委員

### 卸任委員（依姓氏筆劃）



陳委員幸敏  
行政院主計總處公務預算處專門委員



陳委員義聰  
中華民國牙醫師公會全國聯合會理事長



謝委員天仁  
中華民國消費者文教基金會名譽董事長



楊委員漢涬  
台灣醫院協會理事長



## 第二節 任務

### 一、任務簡介

依健保會設置要點（附錄三）第2點規定，健保會任務共計六大項，並見諸於健保

法（§5、§24、§26、§45、§51、§60、§61、§72、§73、§74）及其施行細則（§2、§3、§4），六大法定任務如圖2-4。

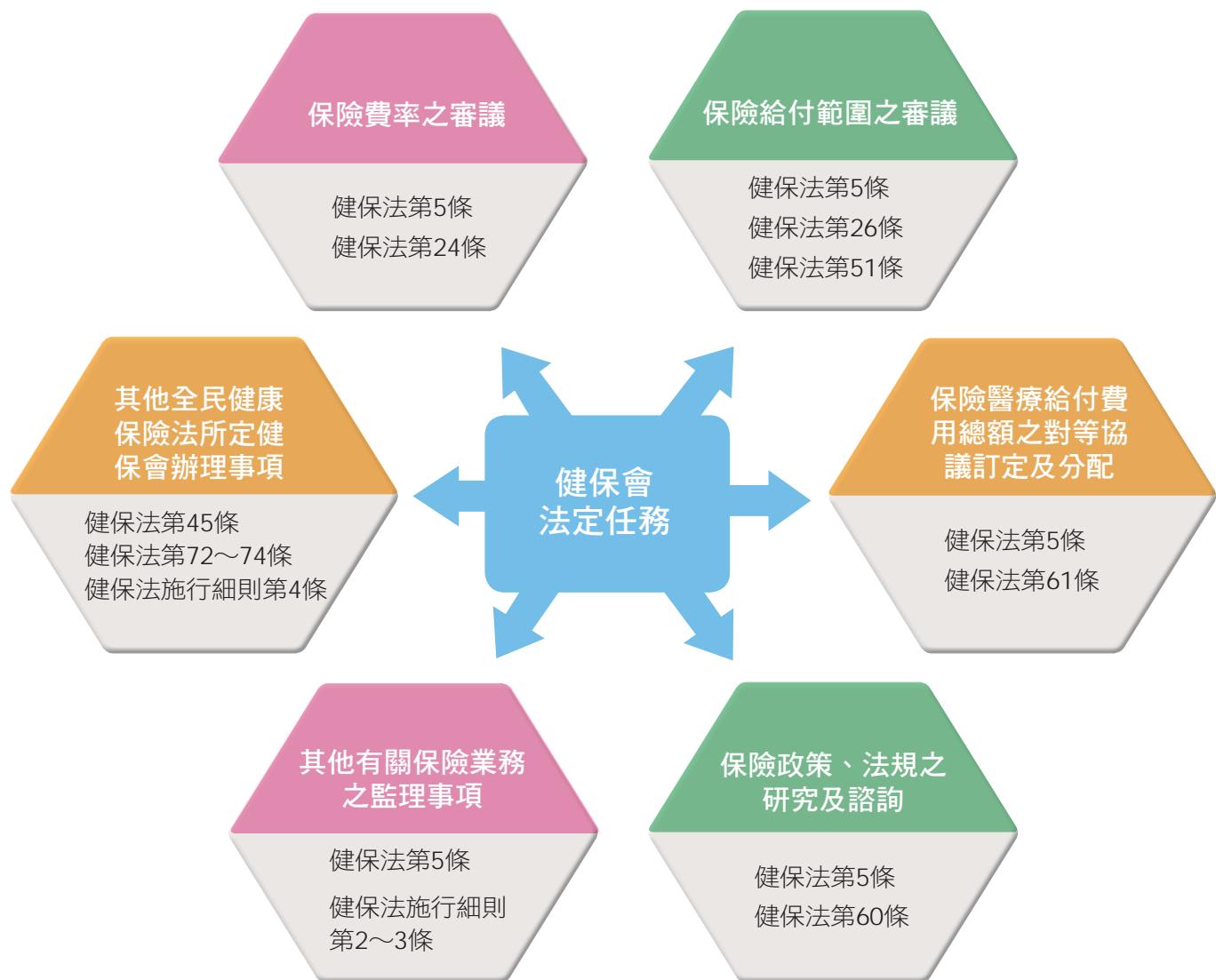


圖2-4 健保會法定任務

## 二、健保法及其施行細則對健保會業務之規範

### (一) 健保法第5條，規範總體業務（職掌）：

明訂健保會之主要職掌，並規範運作

過程中，須有財務收支平衡、資訊公開及融入公民參與等事項，希冀健保會的運作更符社會期待。主要內容如下：

#### § 5 健保會總體業務（職掌）

☆辦理事項：

1. 保險費率之審議
2. 保險給付範圍之審議
3. 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配
4. 保險政策、法規之研究及諮詢
5. 其他有關保險業務之監理事項

☆審議或協議訂定上開事項，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

☆審議、協議健保有關事項時，應於會議7日前公開議程，並於會議後10日內公開會議實錄；審議、協議重要事項前，應先蒐集民意，必要時，並得辦理相關之公民參與活動。

☆審議、協議訂定事項，應由衛福部核定或轉報行政院核定；由行政院核定事項，並應送立法院備查。

### (二) 其他規範於健保法及其施行細則之相關業務

#### 1. 健保法第24條，保險費率之審議：

明訂保險費率審議程序，並規範費率審

議與醫療給付費用總額（下稱總額）協定扣連之機制，期達成二代健保財務收支平衡之目標。主要內容如下：

§ 24  
保險費率之審議

- ☆健保署應於健保會協定年度總額後1個月，提請其審議當年度保險費率。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之總額達成平衡時，應重新協議訂定總額。
- ☆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。
- ☆於年度開始1個月前，依協議訂定之總額，完成年度收支平衡費率之審議，報衛福部轉報行政院核定後由衛福部公告之。不能於期限內完成審議時，由衛福部逕行報行政院核定後公告。

2. 健保法第26條及第51條，保險給付範圍之審議：  
考量健保資源有限，財務收支平衡除可透過費率調整外，亦可運用給付範圍之調整做因應。因此，健保法第26條及

第51條分別規範「保險給付範圍調整方案」之啟動條件與審議程序，及「不納入保險給付項目」之程序。主要內容如下：

§ 26  
、  
§ 51  
保險給付範圍之審議

- ☆健保法第26條  
有下列情形之一時，由健保署擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告。
  1. 安全準備低於一個月之保險給付總額。
  2. 保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響財務平衡。
- ☆健保法第51條
  1. 預防接種、成藥與指示用藥、美容外科手術、指定醫師與特別護士費等，計11項不列入健保給付範圍。
  2. 其他由健保署擬訂，經健保會審議，報衛福部核定公告之診療服務及藥物項目，也可不列入健保給付範圍。

3. 健保法第60條，年度總額之諮詢事項：

明訂衛福部擬訂年度總額範圍之諮詢程序，主要內容如下：

#### 年度總額之諮詢事項

衛福部於年度開始6個月前擬訂年度總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

4. 健保法第61條，總額之對等協議訂定及分配：

明訂年度總額及其分配之協定程序，主要內容如下：

#### 總額之對等協議訂定及分配

健保會應於年度開始3個月前，在行政院核定之總額範圍內，協議訂定健保總額及其分配方式，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。

5. 健保法施行細則第2～3條，其他有關保險業務之監理事項：

為對健保署之業務進行常態性監理，於施行細則第2、3條規範該署應按月將相

關書表，以及於年終時編具總報告、年度預算、年終決算報告，報衛福部，並送健保會備查。主要內容如下：

#### 其他有關保險業務之監理事項

##### ☆健保法施行細則第2條

健保署應按月將投保、醫療給付、保險醫事服務機構、保險收支、安全準備運用等相關書表，及於年終時編具總報告，報衛福部，及分送健保會備查。

##### ☆健保法施行細則第3條

健保署應依健保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，報衛福部，並分送健保會備查。

6. 健保法第45條及第72～74條、健保法施行細則第4條，其他全民健康保險法所定健保會辦理事項：  
 健保會為各界代表參與健保事務之溝通平台，因此健保法明訂與民眾權益相關之事項，如：醫療特殊材料自付差額項目、抑制資源不當耗用改善方案、健保醫療品質資訊公開及醫事服務機構提報

財務報告相關辦法等，須送健保會討論，以融入各界代表之意見，使政策制定更符合社會期待。此外，健保會須按施行細則第4條之規範，每年編具年終業務報告（年報），並對外公開，以讓外界充分瞭解健保會之運作情形。主要內容如下：

#### 其他全民健康保險法所定健保會辦理事項

健保法 第 45 條	規範自付差額之醫療特殊材料（下稱特材）項目，須提健保會討論： 1. 健保署對健保給付之特材，得訂定給付上限，並就同功能類別之特材支付同一價格。 2. 保險對象經醫師認定有醫療需要時，得選用健保署訂有給付上限之特材，並自付差額。 3. 自付差額特材品項，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，報衛福部核定公告。
健保法 第 72 條	規範不當耗用健保醫療資源之改善方案： 為減少無效醫療等不當耗用健保醫療資源之情形，健保署每年度應擬訂抑制資源不當耗用改善方案，提健保會討論後，報衛福部核定。
健保法 第 73 條	規範保險醫事服務機構財務報告應予公開及公開之內容： 1. 保險醫事服務機構當年領取之健保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業務有關之財務報告，健保署並應予公開。 2. 上述一定數額、期限、財報提供程序、格式及內容之辦法，由健保署擬訂，提健保會討論後，報衛福部核定發布。
健保法 第 74 條	規範健保署及保險醫事服務機構應定期公開之醫療品質資訊： 1. 健保署及保險醫事服務機構應定期公開與健保有關之醫療品質資訊。 2. 品質資訊之範圍內容、公開格式及其他應遵行事項之辦法，由健保署擬訂，提健保會討論後，報衛福部核定發布。
健保法 施行細則 第 4 條	健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開。

### 第三節 委員會議之運作

#### 一、議事安排及精進作法

健保會為全民健保擴大社會參與而設置之溝通平台，主要以委員會議方式運作。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，開會日期訂為每月的第4個星期五；11月份委員會議，為配合衛福部須將健保費率審議結果報行政院核定後公告，能有充分的作業時間，因此將該次會議時間提前1週。

健保會肩負諸多法定任務，其多具有完成期限，須討論的議案眾多，並與民眾權益息息相關，委員須經充分溝通、協調，方能達成共識，因此每次會議時間往往超過半天（4~5小時），甚至更長。而為在法定期程內完成年度總額協商任務，8月份委員會議配合延長為1天，9月份總額協商暨委員會議則為期2天。

健保會委員會議的議事運作，受到社會各界諸多關注。為提升議事效率，除加強會前準備工作、召開會前溝通會議、提供簡明資料等方式，並透過委員問卷調查，設定各議案的進行時間，報告案為20分鐘、討論案為30分鐘，複雜議案則由主席決定酌予延長；會議中由幕僚同步投影時間、倒數計時並按鈴提醒，以為輔助，另委員每案發言次數以3次為原則。

106年為第三屆委員任期第1年，爰於3月份委員會議暨業務參訪活動時併同舉辦委員共識營，就如何提升議案效率進行意見交流，幕僚並依委員建議研提下列改善方案，期有助提升議事效率：

- (一) 本會核心任務在「討論事項」，建議議程安排在確認上次會議紀錄之後，先進行討論事項，再進行例行報告、專案報告。
- (二) 健保署不須進行業務執行口頭報告的月份（2、3、5、6、8、9、11、12月），建議委員以書面提問，再由幕僚洽請健保署書面回覆；相關提問及回覆資料，將彙整納入下次委員會議議事錄。
- (三) 若當次專案報告因時間因素來不及提報，建議主委徵詢委員意見，是否同意參閱書面資料，若委員有提問，可以書面提出，由幕僚洽請健保署書面回覆；相關提問及回覆資料，將彙整納入下次委員會議議事錄。
- (四) 委員會議決議（定）事項追蹤，著重在提報解除追蹤事項，對於繼續追蹤事項，幕僚會研提解除追蹤條件，由相關單位及幕僚按月檢視，若達解除追蹤條件，則主動提報；若未達，則每半年彙整提報辦理進度。

#### 二、參加會議人員

依組成及議事辦法，會議應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，及進行業務報告與專案報告。必要時，經徵得主任委員同意，可邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席會議提供意見，建構諮詢管道，使議案討論更順暢與周延。

### 三、議決方式

健保會被賦予的各項法定任務，性質不盡相同，因此組成及議事辦法對其議決方式各有不同規範：

#### (一) 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1案，報衛福部決定。而鑑於買賣雙方的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，由健保會併送衛福部。

#### (二) 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。健保會成立以來，法定業務之相關議案均經充分溝通，努力尋求共識，避免動用表決。

### 四、106年度工作計畫

健保會為能在法定期限內，完成被交付的法定任務，在年度一開始，即訂定該年度工作計畫，供相關單位依循辦理，期能共同合作，順利推動健保的重要事務。

年度工作計畫主要依據健保法及其施行細則所定法定事項，及歷次委員會議決議（定）事項，並配合實務作業，就監理業務、總額協定、費率審議、保險給付及其他應討論之法定事項進行安排。106年度工作計畫如附件。



## 附件

## 全民健康保險會106年度工作計畫

類別	工作項目	預定期程	主(協)辦單位	備註
監理業務	一、業務訪視活動			
	業務參訪、共識營暨委員會議（兩天一夜） 預計參訪地區：中區	3月	本會 (健保署)	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	二、專案報告			
	1. 104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形	2月		依健保法第 73 條辦理
	2. 「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形	4月		依 105 年 7 月份委員會議決議事項辦理
	3. 健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形	6月		依 105 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4. 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	6月	健保署	依 105 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	5. 給付項目及支付標準調整 (1) 105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形 (2) 106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	7月		(1) 依 104、105 年 9 月份委員會議決議事項辦理 (2) 依 104 年 3 月份委員會議決議事項辦理 (全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則)
	三、例行監理業務			
	1. 105 年度全民健保年終決算報告備查案	3月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	2. 107 年度全民健保預算備查案	4月		依健保法施行細則第 3 條辦理
	3. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 (季呈現指標另納入 3、9 月業務執行報告)	健保署	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理

類別	工作項目	預定期程	主(協)辦單位	備註
監理業務	4. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1. 依 105 年 6 月份委員會議決議事項辦理 2. 開放半年後之報告視新品項收載狀況而定
	5. 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月		
	6. 依 105 年各月份委員會議決議(定)納入「全民健康保險業務執行報告」之事項			
	(1)「健保門、住診費用核減統計表」依自主管理與否，呈現分層級、分區、分部門之核減率資料	8 月	健保署	依 105 年 8 月份委員會議決定事項辦理
	(2)針對政府欠費，請健保署加強和相關單位之溝通並依法辦理(業務報告請詳細備註還款計畫執行情形)	每月		依 105 年 1 月份委員會議決定事項
	(3)「全民健保訪查特約醫事服務機構統計表一按訪查類別」、「全民健康保險特約醫事服務機構查處統計一按處分類別」增加分區別與層級別統計	每月		依 105 年 6 月份委員會議決定事項辦理
	1. 106 年各部門總額執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
總額協議訂定	2. 107 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司(本會)	依健保法第 60 條辦理
	3. 107 年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6 月	本會	
	4. 106 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵案之討論	8 月		預訂於 7 月辦理各部門總額執行成果評核(5~7 月準備資料)
	5. 107 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月		1. 依健保法第 61 條辦理 2. 預訂於 9 月第 4 週其中 2 日辦理總額協商暨委員會議(7~9 月前置作業)

類別	工作項目	預定期程	主(協)辦單位	備註	
總額協議訂定	6. 107 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
費率審議	1. 全民健保財務平衡及收支連動機制之討論 (提會前將召開專家會議)	6 月	本會 (健保署)		
	2. 107 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月		1. 依健保法第 24 條辦理 2. 健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議 107 年度保險費率案	
	3. 107 年度保險平衡費率案之審議	11 月			
保險給付及其他應討論法定事項	1. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11 月	健保署 (本會)	1. 依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份委員會議決議事項辦理 2. 預訂於 2 月討論健保署所提「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統自付差額特殊材料案」 3. 第 2 ~ 4 季配合健保署送會時程安排	
	2. 健保署所擬訂 107 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理	
	3. 健保署所擬訂醫療服務機構提財務報告辦法之討論	2 月		依健保法第 73 條辦理	
	4. 健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論	配合健保署送會時程		依健保法第 74 條辦理	
	5. 健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理	
	6. 健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理	

註：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。



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 第三章

# 106年度重點業務 及執行成果

*106 Annual key Development  
and Implementation Results*



## 第三章 106年度重點業務及執行成果

### 第一節 協定及分配年度醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

#### 業務現況

全民健康保險開辦之初，係先採論量計酬方式支付醫療費用，雖給予醫療服務提供者較高之自主性，卻也造成醫療服務使用量因此不斷成長，且無法提升品質。為解決此問題，依法實施總額支付制度。總額支付制度是以預算導引醫療服務提供的一種支付制度，在年度開始前，由保險付費者與醫事服務提供者預先規劃及協商次年度醫療給付費用總額（下稱年度總額）及其分配方式，期透過規劃年度預算，導引資源合理配置及提升醫療服務效率，並控制總體醫療費用成長於合理範圍。一代健保時期（84～101年），依法自87年7月、89年7月、90年7月及91年7月陸續推動牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額，至91年7月全面實施各部門總額支付制度。

102年實施二代健保，102年1月1日施行之全民健康保險法，其對總額支付制度之規範，大

致與一代健保相同，惟為推廣民意，新增主管機關（衛福部）於年度開始6個月前擬訂年度總額範圍後，需先諮詢健保會意見，再報行政院核定（第60條）。另於第61條規定，健保會應於年度開始3個月前，在上述行政院核定之總額範圍內，協議訂定總額及其分配方式（包含各部門總額成長率，及分配至各健保分區的地區預算），報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，則由衛福部決定。

年度總額擬訂流程如圖3-1，其涉及衛福部、健保會、健保署及各部門總額相關團體，須各單位通力合作，才能共同完成協定結果並予以落實。在衛福部交議健保會年度總額協商政策方向及行政院核定之總額範圍後，健保會在7月召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」（下稱評核會議），檢視四部門總額（牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院）與其他預算之執行結果，評核結果並作為協商下年度總額之重要參據，以落實總額預算之檢討、回饋機制；健保會於9月召開協商共識會議，議定四部門總額成長率與其他預算額度，並於10～12月協定四部門總額分配至健保6分區之預算；該會之協定結果在衛福部核（決）定後，健保署與各總額部門即依之研訂、執行各項計畫／方案，以落實總額協定事項。

茲就健保會提供107年度總額範圍之諮詢意見、評核會議之評定結果、總額協定前準備工作及107年度總額之協（核）定結果等執行成果分述如後。





圖3-1 年度總額擬訂流程

## 執行成果

### 一、提供擬訂107年度總額範圍（草案）之諮詢意見

衛福部於本年4月中旬擬訂並函送「107年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，諮詢健保會意見。所擬訂總額範圍描述如下：

（一）107年度相較106年度總額，成長率範圍為2.349%（低推估值）至5.631%（高推估值）。

（二）低推估值（2.349%）：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」等客觀的成長因素及公式計算而得，又稱非協商因素。低推估值計算公式為：  

$$[(1 + \text{人口結構改變對醫療服務點數之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) - 1]$$

（三）高推估值（5.631%）：以政策推動對醫療費用之影響為主，並參考各部門總額相關醫界團體所提成長率目標值及內容，及民眾付費能力，包含：總體經濟情勢、整體醫療保健支出等作為調整因素，再加上低推估值計算而得。

業經提報健保會106年4月份委員會議討論，委員提供諮詢意見詳如附件一；函復供衛福部參酌，其中摘要重點意見，如下：

- (一) 付費者委員建議，宜整體考量全民健保財務收支情形，並優先考量民眾付費能力，參酌相關參考指標，再行評估、調整。
- (二) 醫事服務提供者委員建議，人力與醫療服務成本息息相關，醫療院所配合一例一休，將造成人事成本增加，建議107年度總額應有客觀計算公式與數據。
- (三) 專家學者與公正人士委員建議，歷年低推估之「醫療服務成本指數改變率」，已包含人事、藥品、醫療材料、基本營業及其他營業等費用，對於增加護理人員、行政人員、醫務管理人員所需預算項目，應留意是否有重複編列之虞。

經衛福部參酌委員意見，於5月25日將擬訂之「107年度全民健康保險醫療給付費用總額範

圍（草案）」，報請行政院核定。並俟行政院核定後，正式交付健保會協商107年度總額。

## 二、評核會議之評定結果

為了解上年度總額協定事項執行情形，作為未來年度總額協商之參據，健保會於9月份協商會議前，依往例於106年7月20、21日舉行評核會議，邀請7位熟稔總額支付制度的專家學者擔任評核委員，與會者除本會委員外，也廣邀民間團體、病友團體及相關機關（構）等代表，以共同檢視總額的執行績效，並提供建言。106年評核以105年度總額執行成果為主，區分為各部門一般服務、專案計畫／方案，評核委員所提各項評核建議，及評核結果之運用，說明如下：

### (一) 一般服務之評核

各部門總額所提供之一般服務直接影響民眾所接受的醫療照護，106年評核面向，除延續105年之項目，包括：民眾就醫權益（就醫可近性與公平性、自費情形、滿意度）之維護、醫療服務品質提升、協商因素項目之執行情形、總額管理效能等面向外，為利掌握年度重點項目並聚焦討論，新增「整體規劃與執行檢討」評核項目，並請各總額部門以「年度重點項目之推動與檢討」作為簡報重點。

評核委員除就四部門總額與其他預算提出改善建議外，更就整體資源配置與未來規劃、分級醫療政策、品質保證保留款（下稱品保款）分配，及協商因素項目等，提出整體性評論意見與期許，評核委員之建議彙整如表3-1。



表3-1 評核委員對各部門總額一般服務項目之建議

項目	評核委員之建議
整體資源配置與未來規劃	<ol style="list-style-type: none"> <li>建議各總額部門宜就其對民眾健康的價值所在，描繪未來願景，再設定須達成的目標，及所採行的策略。</li> <li>肯定健保署善用 Big data（大數據）進行相關資料分析，發揮單一保險人制度優勢，提升資訊透明度，增進管理效能。</li> <li>健保署除持續改善現況問題外，宜思考未來願景，並設立目標，例如：提供水平面的給付項目（如新醫療科技的政策）、垂直面的連續性醫療服務（如銜接各期照護制度的建立），以及支付制度的未來規劃與精進策略等。</li> </ol>
分級醫療之建議	<ol style="list-style-type: none"> <li>分級醫療著重在醫療制度與法規的建立，應由醫政單位主導，健保制度為輔，並相互合作，目前健保採取之部分負擔措施或支付制度僅屬輔助作法。</li> <li>分級醫療成功的關鍵，在於醫療體系自發的分工合作，及民眾信心的建立，應著重在能否讓民眾安心在第一線接受服務，並提供後續支援，民眾才能得到完整的醫療服務。</li> <li>建議依民眾生活圈（地區別）的實際需要，找出最適開診率；此外，應加強民眾教育，除非急症盡量不在假日就醫，以兼顧民眾需求及醫師的生活品質。</li> </ol>
品保分配款	應持續檢討品保款之發放條件，期訂定更具鑑別度的指標和標準，核發醫療品質表現較佳的醫療院所，達到提升品質之效益。
協商因素項目	<ol style="list-style-type: none"> <li>新醫療科技之財務影響評估，應將「替代效果」，及「每年滾入基期之預算成長」納入估算，而非僅單純呈現其醫療利用增加的情形。</li> <li>支付標準調整應朝成本結構相對合理性的方向調整，並以成本分析做為調整依據，避免因應時事做議題式、片斷性的調整，影響支付標準整體結構的合理性。</li> <li>調整支付標準時，應客觀評估對健保財務影響，並將替代率納入計算。</li> </ol>

## (二) 31項專案計畫／方案之評核

評核委員除就各部門總額專案計畫／方案預期目標之達成度、醫療成效與效率等面向，進行討論與評核，並針對計畫／方案是否續辦、執行規劃，及經費增減等提出共識建議如表3-2。

此外，考量未來保險制度應朝提供完整、連續性之照顧方向邁進，許多專案計畫實施多年，已累積相當多資訊，應可進行檢討、整合及強化退場機制，並提出具體策略（擴大試辦、成效良好轉入一般服務、退場），做為來年評估標的。爰建議健保署邀請專家學者參與計畫或方案之設

計，並與醫療院所合作，期有助全民健保朝更具整合性、效率、公平的方向邁進。



表3-2 評核委員對各部門總額專款項目之建議

總額別	項數	續辦與否				建議經費				其他建議事項
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
牙醫門診	3	1	2			1	2			
中醫門診	5		5			5				「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」中之腦血管疾病與腫瘤2項內容，因執行多年，建議可考量回歸一般服務。
西醫基層	4		4			1	3			「慢性B型及C型肝炎治療計畫」建議比照醫院部門回歸一般服務。
醫院	7		7			7				
其他預算	12		9	2		7	4			另有1項「區域醫療整合計畫」未執行，請儘速提出方案。
合計	31	1	27	2		2	24	4		1項未執行。

### (三) 各總額部門評核結果及後續獎勵與檢討

健保會於105年9月份協定106年度總額時，部分委員表達品保款屬獎勵性質，不宜列入協商因素，滾入一般服務基期費用。相關建議提經106年5月及8月份委員會議討論，決議將107年度品保款改列為專款項目，以各部門上年度一般服務預算，依據評核等級，乘以該等級相對之獎勵成長率（優級\*0.3%，良級\*0.1%），計算該年度品保款之專款額度。

106年各總額部門評核結果，所獲等級分別為：牙醫「優」級；中醫、西醫基層及醫院「良」級。依上述品保款計算方式及評核結果，107年四部門總額總計編列專款6.59億元，以實質鼓勵部門總額持續提升執行成效，及精進醫療品質。

### 三、總額協定前之準備工作

#### (一) 訂定107年度總額協商架構、通則及程序

目前總額協商機制，是累積多年執行經驗，並逐年微調所形成，為提高9月協商會議進行之效率，援例在106年4~6月份委員會議，事先議定公開、透明之遊戲規則，包含：107年度總額協商架構、協商通則、及協商程序，供9月協商時依循，分述如下：

##### 1. 協商架構

107年度總額架構與過去相同，區分為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門總額及其他預算。四部門總額之設定，主要依據行政院核定之「低推估值」（即醫療服務成本及人口因素），加上協商議定之「協商因素項目」及「專款項目」而得，如圖3-2。



圖3-2 總額協商架構

另外，門診透析服務費用，合併西醫基層及醫院總額之透析服務費用，統為運用。而「其他預算」編列各項專款，由健保署執行與管控，以辦理非屬上開四部門總額範圍之項目及配合政策推動之相關計畫（107年協商架構詳附錄五）。

## 2. 協商通則

依循歷次會議委員所提建議，提經106年5月份委員會議議定的107年度總額協商通則，包含各部門總額在費用基期、非協商因素、協商因素、專款項目等一體適用的共通性原則。107年度協商通則相較過去，做以下修正（詳附錄六）：

(1) 考量107年度可協商空間較106年度具彈性，參照102～105年通則，新增「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」之通則。

(2) 基於107年各部門之「品質保證保留款」，由一般服務項下，改列為專款項目，爰配合修正相關文字；並新增「違反特約及管理辦法之扣款，不納入108年度總額協商之基期費用」之通則。

(3) 為避免專款項目成為常態，新增「新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務」之通則。

(4) 新增「各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案」之通則。

## 3. 協商程序

提經106年4月及6月份委員會議議定之總額協商程序，係規劃於106年9月21日

召開1整天的協商共識會議，按部門別依序協商，若有未盡事宜則於第2天（9月22日）上午11時至下午2時處理，結論再提第2天下午的委員會議確認（107年協商會議議程表詳附件二）。至於各總額部門的協商順序，採抽籤方式決定，依序為西醫基層、中醫、牙醫、醫院部門及其他預算。

所議定之協商程序尚包括：協商共識會議之時間、與會人員、進行方式與原則，及委員會議時間、進行內容與個別委員對建議方案有不同意見時，須於建議方案確認後提出，並送衛福部核定參考。參考過去協商經驗，於107年度總額協商程序明訂協商共識會議，醫界所推派之協商代表須經充分授權、主席宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻結論等文字，以避免爭議，期提高協商效率（107年協商程序詳附錄七）。

## （二）編製協商所需之參考數據

總額協商涉及健保資源配置，須有客觀的實際數據做為協商基礎，並強化協商所需資料的深度及廣度，以落實合理協商、有效分配資源之目標。為利協商107年度總額，幕僚於9月協商前，整理歷年健保總額執行成果及重要指標等資料，供委員參閱，並透過召開會前溝通會議及資料說明會，協助委員了解協商項目之內涵，並提供意見交流管道。

### 1. 編製總額協商參考指標要覽

為系統性整理我國及國際最新健保相關資料，彙整健保署提供及OECD公開之統計數據，編製「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—106年版」，供107年度總額協商參考，並公開於健保會網頁，以利各界瞭解各部門總額之執行情形。

指標要覽章節編排分為全民健保醫療給付費用配置、付費能力與醫療供需、醫療支出分攤情形、歷年各總額部門及其他預算協定結果及執行情形等，為使資料能更符合使用者需求，前於105年徵詢本會專家學者委員，進行內容、架構增修；另為提高整體設計及印刷品質，於106年委託專業設計廠商，辦理美術編輯、印製等事項，期提供使用者更詳實且便於閱讀之工具書，以應總額協商所需。



## 2. 編製各部門總額執行成果摘要

為建立各部門總額過去執行成果資料，彙編106年「全民健保各部門總額執行成果摘要」，整理、分析預算執行、辦理成效等相關數據與資料，提供委員檢視協定事項之執行結果，作為107年度總額協商參據。

執行成果摘要包含一般服務及專案計畫兩部分。「一般服務執行成果」內容包含：整體規劃與執行檢討、維護保險對象就醫權益、專業醫療服務品質之確保與提升、協商因素項目之執行情形、總額之管理與執行績效等資料。「專案計畫執行成果」內容則包含：實施目的、歷年執行情形及成效評估、檢討與改善等資料。

本項評核資料業經前揭評核委員審視並提出評核建議，一併送交健保會委員，納為總額協商參據。



## (三) 召開協商會前會

囿於總額協商時程緊迫，為增進協商效率，乃安排為期2天的「年度總額協商會議暨委員會議」，以完成協定工作。並於協商會議前安排一系列的座談會／會前會，增加醫界與付費者雙方代表委員對總額協商相關議題之溝通機會，促進對等協商能力，以利健保資源做最有效益的配置。

為利委員了解衛福部政策方向，於8月份委員會議（106.8.25）安排社保司報告、說明行政院核定107年度總額範圍及交付之協商政策方向。當天下午接續召開座談會，由各總額部門及健保署報告所規劃之107年度總額協商草案，讓付費者委員瞭解醫界訴求進行意見交換。另於9月4日舉辦「健保署和付費者代表、專家學者與公正人士座談會」，以及「部長與委員業務座談」。考量本屆有多位新任委員，首次參加總額協商，為讓委員在短時間內能更快熟悉協商資料及相關協商技巧，乃於9月15日召開「總額協商會議資料說明會」，由幕僚說明總額協商資料呈現方向及其內涵，並邀請總額協商經驗豐富之卸任委員謝律師天仁，進行協商經驗傳承，以利總額協商會議順利進行。

上開會議中，針對委員詢問之數據及資料需求，經幕僚彙整後，洽請健保署於9月協商前納入參考資料，促使協商能架構在客觀的科學數據基礎。

#### 四、107年度總額之協定與核定結果及歷年資料

健保會遵循衛福部奉行政院於8月18日核定107年度總額成長率範圍（2.349%～5%）及政策方向（詳附件三），於9月21日至22日，召開總額協商會議。各總額部門與付費者代表委員，在歷經19小時馬拉松式會議協商，牙醫門診、中醫門診及其他預算獲致共識。至於醫院總額及西醫基層總額部門，雙方雖釋出最大誠意、反覆折衝，惟對部分協商項目仍有差距。

付費者與醫界代表，對醫院總額及西醫基層總額部門預算編列意見，主要不同項目在於「C型肝炎藥費」及「配合一例一休政策費用」。醫界認為C型肝炎藥費應編列在其他預算，以利管控、付費者代表則認為應編列在醫院與西醫基層部門專款，並統籌運用；另醫界認為應編列配合一例一休政策費用，而付費者代表認為成本結構變動已於協商公式處理，不建議另編預算。另付費者代表為落實分級醫療，建議107年醫院總額區域級以上醫院之初級照護件數應減少10%，超過部分，不予分配，並建議「醫療服務成本指數改變率」所增預算之30%用以調整加護病房相關費用。

因為醫院及西醫基層總額部門未能達成共識方案，健保會須依法將付費者及醫界代表方案，以兩案併陳方式，併同其他獲致共識的部門，報請衛福部裁決。

##### （一）衛福部對107年度總額之核定結果

衛福部於106年12月核定牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，同意照健保會所報內容辦理；至於醫院部門與西醫基層

部門，裁定以付費者代表方案為主，並另裁定以下事項：

##### 1. 醫院部門

- (1) 為持續合理檢討支付標準，「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」優先用以提升重症護理照護品質（如加護病房）及持續推動「護病比與健保支付連動」。
- (2) C型肝炎藥費：為提升C型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費45.28億元。
- (3) 醫療給付改善方案：除持續辦理原有之8項方案外，另新增「提升醫院用藥安全與品質方案」，全年經費11.87億元。
- (4) 鼓勵院所建立轉診之合作機制：為鼓勵雙向轉診，全年經費2.58億元。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (5) 為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以5年降低10%為目標值，並定期檢討。

##### 2. 西醫基層部門

- (1) 家庭醫師整合性照護計畫：為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護、推廣社區醫療群應規劃主

動電訪（Call out）服務，並與一般診所建立差異化之服務模式，故全年經費28.8億元，其中4.5億元用於挹注106年度之不足款，107年該計畫之執行經費為24.3億元。

(2) 西醫醫療資源不足地區改善方案：除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，全年經費1.87億元。

## (二) 107年度總額及其分配

### 1. 整體總額成長率

「107年度全民健保醫療給付費用總額及其分配」於106年12月28日完成公告

（公告內容請參閱健保會網站：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1661-39043-116.html>，各部門總額醫療給付費用協定項目表，如附錄八）。107年度總額成長率為4.711%（相較106年度核定總額），呈現持續成長之趨勢，107年度總額為6,853億元，較106年度增加308億元。其中非協商因素（即行政院核定總額範圍的低推估）增加154億元、校正105年度投保人口成長率差值增加15.06億元、協商因素增加139億元。歷年行政院核定之總額成長率範圍（上、下限）及協（核）定成長率如圖3-3。

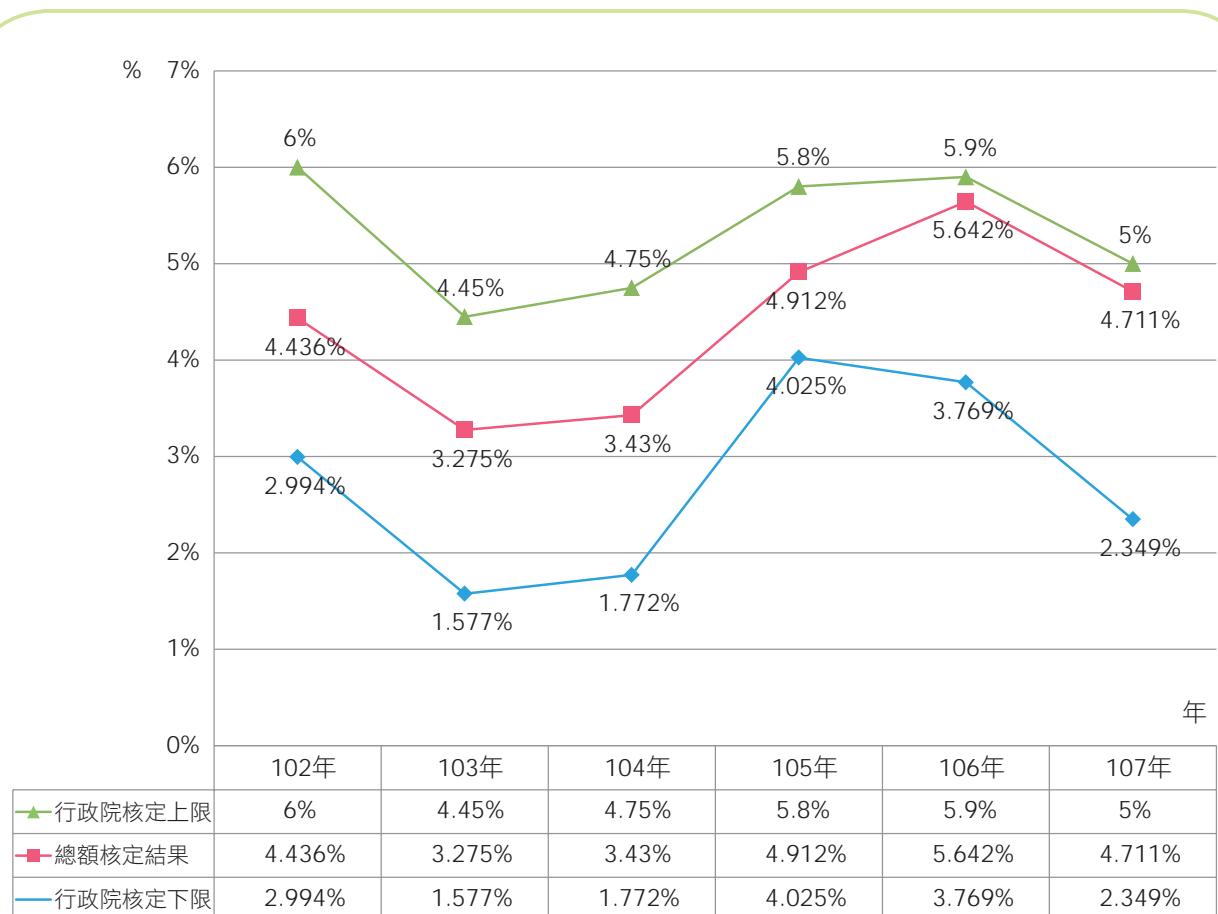


圖3-3 102至107年行政院核定之總額成長率範圍及協（核）定結果

## 2. 各部門總額成長率及其他預算

107年度四部門總額成長率介於3.432%~4.555%（所採基期含校正投保人口預估成長率差值），若相較106年度核定總額，則成長率介於3.699%~4.800%，其他預算增加15.173億元。

107年度各部門總額（醫院及西醫基層部門含門診透析服務）及其他預算成長率與金額如表3-3，若將門診透析服務預算單獨統計，則各部門總額預算及占率如圖3-4。

表3-3 各部門總額成長率及金額

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	整體
成長率（總額預估值）	3.740% (約435億元)	3.432% (約248億元)	3.822% (約1,338億元)	4.555% (約4,704億元)	增加 15.173億元 (約127.812億元)	4.471% (約6,853億元)
較前一年核定總額成長率	4.001%	3.699%	4.053%	4.800%		4.711%

註：1. 門診透析服務總費用（總成長率3.5%）合併醫院及西醫基層總額協定之服務費用，並統為運用。

2. 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。

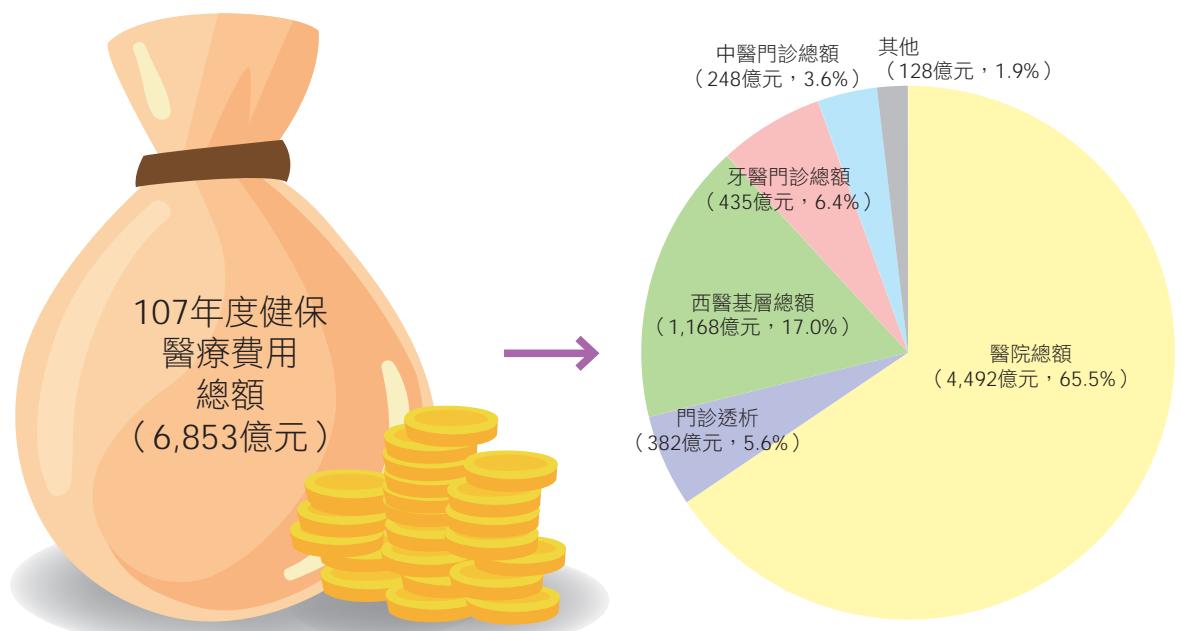


圖3-4 107年度各部門總額及其他預算協（核）定結果

### 3. 總額協（核）定重點內涵

#### (1) 持續引進新醫療科技（含新增診療項目、新藥及新特材），確保民眾就醫權益：

A. 持續編列相關預算，計35.56億元（醫院34.4億元、西醫基層1.16億元），持續引進新的醫療技術與藥物，提升給付效益，並減少民眾自付費用之負擔。

B. 為強化C型肝炎之有效治療，持續編列C型肝炎藥費專款計49.36億元（醫院45.28億元、西醫基層4.08億元）。為確保預算執行效益，協定事項並要求：執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益的治療方式，且於協商次年度總額前檢討成效，如：延緩肝硬化、肝癌發生等長期健康改善效果。

#### (2) 落實分級醫療與轉診制度，使醫療資源效益最大化：

A. 建立醫院診所合作機制：於醫院及西醫基層編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款（醫院2.58億元、西醫基層1.29億元），鼓勵雙向轉診。並於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」13.46億元，優先支應前開專款之不足。此外，為確保預算執行效益，協定事項並要求：需研訂醫院與西醫基層病人流動之監

測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。

B. 強化西醫基層照護量能：持續放寬表別，於西醫基層總額編列「開放表別」專款（4.5億元）。大幅增編「家庭醫師整合性照護計畫」專款預算（28.8億元），以促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作。

C. 導引區域級以上醫院回歸急重難症照護：醫院總額之醫療服務成本指數改變率所增加之預算（26.98億元），優先用以提升重症護理照護品質（如加護病房）及持續推動「護病比與健保支付連動」，並持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，107年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之98%，超過部分，按該院門診每次平均點數，不予分配；以5年降低10%為目標值，並定期檢討。

#### (3) 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益：

A. 持續編列山地離島地區醫療給付效益提升計畫、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，及各部門醫療資源不足地區改善方案，並鼓勵偏鄉假日開診（計22.38億元）。

B. 持續編列罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植（計186.502億元）、牙醫特殊醫療服務（含先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障礙之身心障礙者、老人長期照顧暨安養機構患者，計4.84億元）等專款。

**(4) 持續推動及促進醫療體系整合**

為促進醫療體系整合，持續編列醫院以病人為中心門診整合照護計畫、區域醫療整合計畫、提升急性後期照護品質試辦計畫，及跨層級醫院合作計畫等專款（計7億元）。

**(5) 推動以病人為中心之整合照護、提升醫療品質**

A. 西醫：因應人口老化，於其他預算「居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務」項下，編列相關經費（計55.2億元），並要求「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」須整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務；醫療給付改善方案（14.87億元），新增提升醫院用藥安全與品質方案，及胰島素注射之品質獎勵指標；持續編列急診品質提升方案（1.6億元）、慢性腎臟病及病人衛教計畫（4.04億元）、鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）（10.88億元）。

B. 牙醫：擴大牙周病統合照護計畫（21.528億元，增加7.598億元），並要求建立成效評估、監測指標，於108年回歸一般服務項目。

C. 中醫：擴大中醫照護癌症患者之整合服務（1.03億元）、新增「中醫急症處置」（0.20億元）、持續編列西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（1.3億元）、中醫提升孕產照護品質計畫（0.6億元）、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫（0.20億元）。

**(三) 歷年各部門總額成長率及金額**

103～107年度各部門總額成長率（醫院及西醫基層部門含門診透析服務）如圖3-5，各部門成長率介於1.888%～6.021%之間。因人口老化及醫療服務成本變動等非協商因素，及政策鼓勵等協商因素，所需預算增加，自105年起，各部門總額成長率均較往年上升，尤其106年成長率為歷年最高。

若將門診透析服務預算單獨統計，則103～107年度各部門總額預算如圖3-6。各部門預算逐年上升，自103年至107年，整體總額從5,712.4億元增加至6,853.4億元；其中，醫院總額自3,677.7億元，增加至4,491.7億元；西醫基層總額自996.9億元增加至1,168.4億元；牙醫門診總額自385.5億元增加至435.2億元；中醫門診總額自216.7億元增加至248.2億元；門診透析則自329.8億元增加至382.1億元。

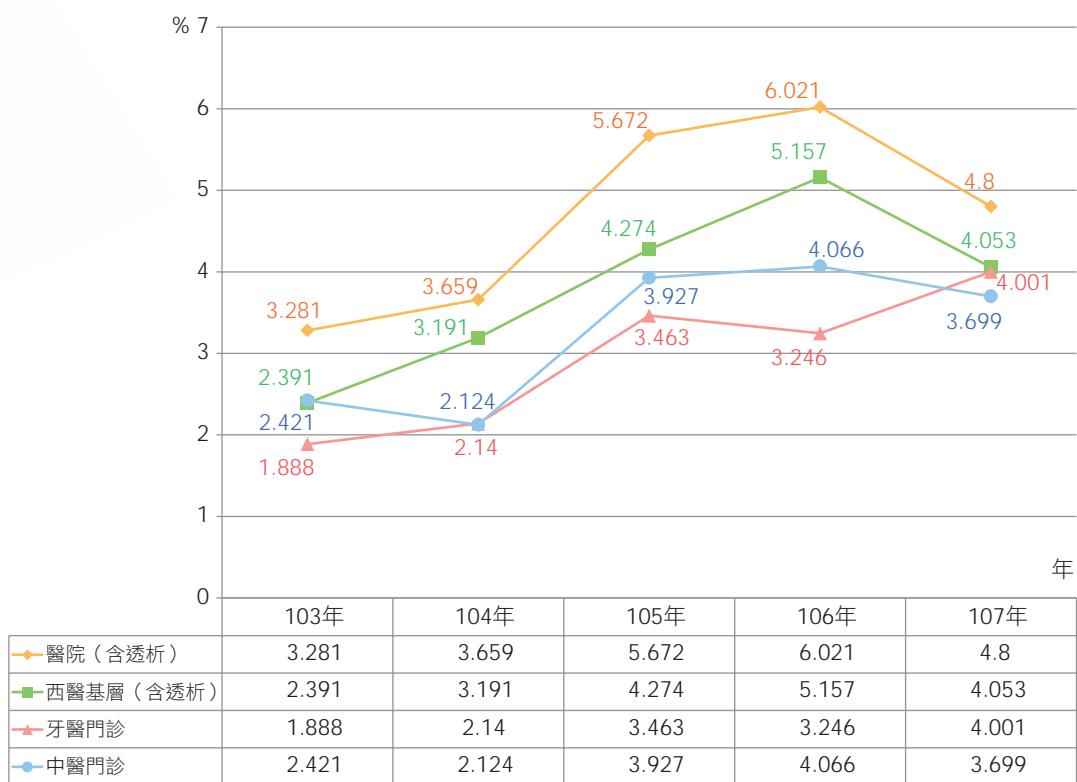


圖3-5 103~107年度各部門較前一年協定總額成長率

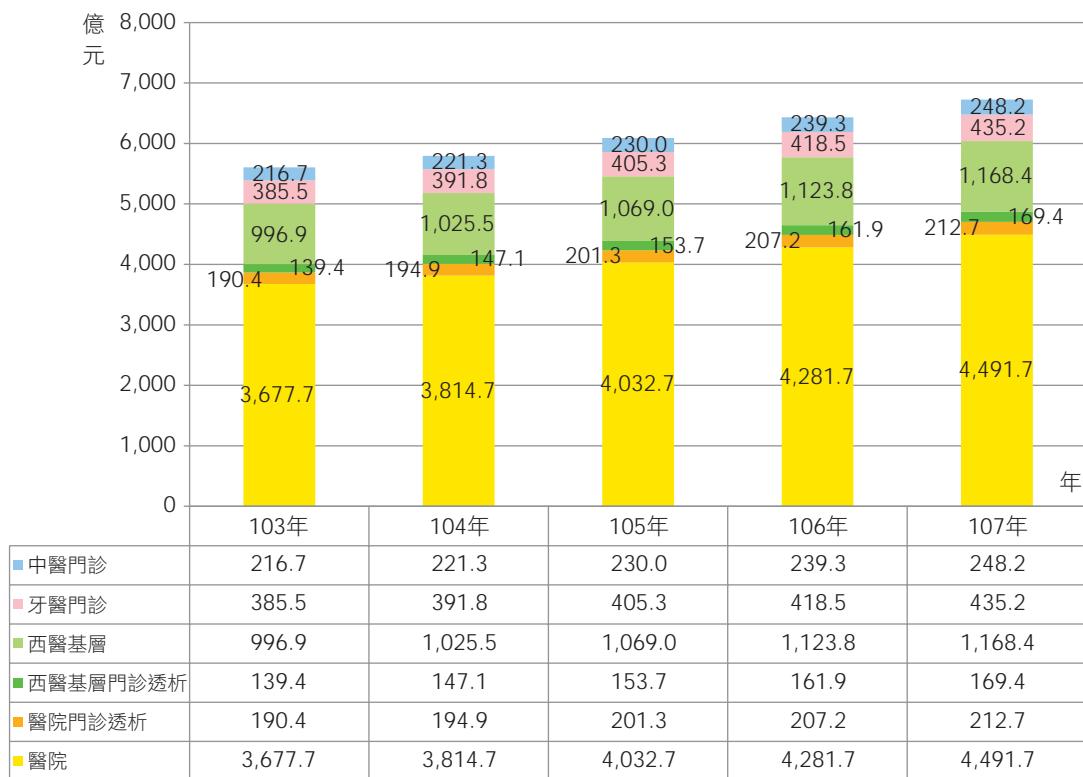


圖3-6 103~107年度各部門總額預算

## 五、107年度總額地區預算分配結果及歷年資料

### (一) 地區預算分配方式

各部門總額之地區預算分配，地區範圍比照健保署六分區業務組所轄縣市劃分為6區，如圖3-7。以「錢跟著人走」為概念，考量部門特性，漸進增加人口占率，期保障各地區民眾就醫公平性，並逐步引導醫療資源均衡分布。

在「錢跟著人走」的原則下，六分區地區預算以「校正人口風險後之保險對

象人數」為參數（即R值），進行預算分配，惟為避免重分配後對部分分區產生太大衝擊，亦將「各地區在總額實施前一年的醫療費用」納為參數（即S值），於每年10~12月份的委員會議討論各總額部門參數占比，並期望能逐年提升人口參數占率，最終達成100%依人口參數分配的目標。六分區投保人數占比及各部門總額一般服務地區預算分配如圖3-8（以105年度為例）。

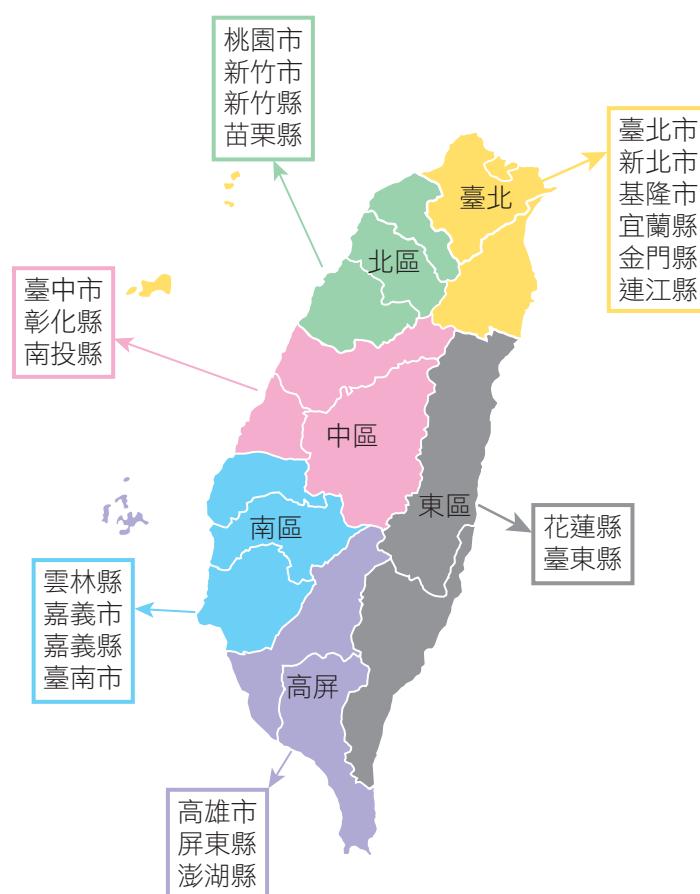


圖3-7 地區預算六分區

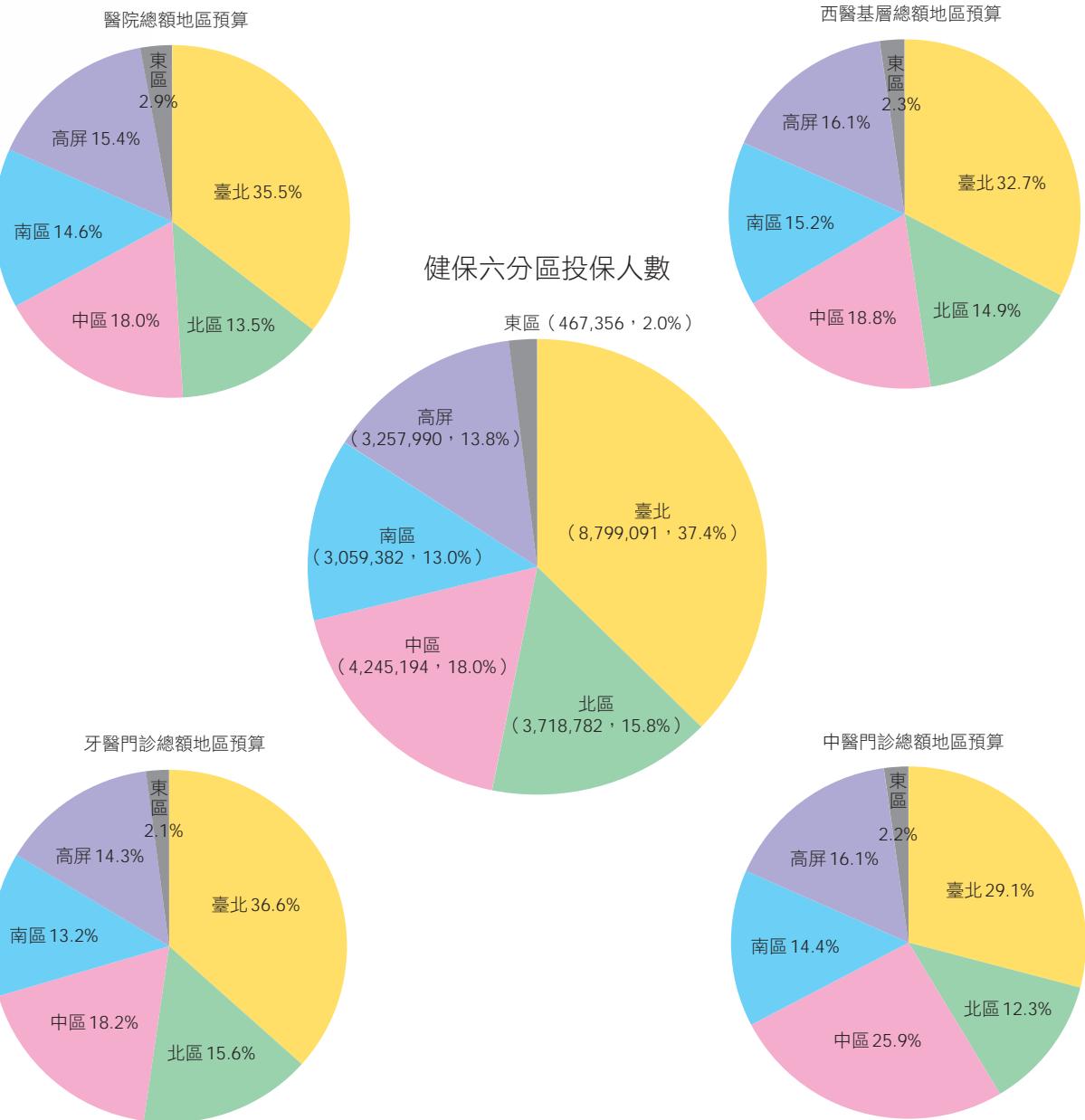


圖3-8 六分區投保人數占比及各部門總額一般服務地區預算分配（以105年度為例）

## （二）107年地區預算分配結果

健保會於9月份委員會議協商107年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等四部門總額，隨即於10~12月份及107年1月份委員會議討論四部門總額之地區預算

分配，分配結果依法函報衛福部核定，並於107年2月13日公告（詳附錄九）。

依健保會於105年委託辦理研究計畫「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」，發現多數國家

之地區預算分配，均採用「以人口為基礎（population-based）」之分配方式，並建議各部門總額校正風險後保險對象人數占率應持續提升。惟經四總額部門內部討論結果，建議107年暫不調升人口占率，健保會委員考量醫界實務運作及醫療現況，同意不調升人口參數，故各部門總額地區預算分配皆比照106年度占比。107年各部門總額地區預算之協定情形如表3-4。

此外，為因應各總額部門之實務需求，同意各部門可自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整之用。107年風險調整方案由各部門總額相關團體提送建議方案，經本會同意後執行，其中西醫基層總額提撥4.48億元、牙醫門診總額提撥3.45億元、中醫門診總額提撥0.36億元。至於提撥金額、提撥方式及執行細節等因應各部門的實質運作需要略有不同，爰授權健保署會同各部門總額相關團體議定。

表3-4 107年各部門總額地區預算協定情形

地區預算分配公式 (S、R值)	醫院		西醫 基層	牙醫	中醫 修正後試辦計畫	
	門診	住院			95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率	69%
各地區校正人口風險後保險對象人數（R值）	50%	45%	66%	100%	各區去年同期戶籍人口數占率	11%
					各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	9%
					各區去年同期人數利用率成長率(p)與醫療費用點數成長率(r)差指標加權校正後之占率	5%
各地區在總額實施前一年的醫療費用（S值）	50%	55%	34%	0%	各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數	5%
					偏鄉人口預算分配調升機制	1%

### （三）歷年年地區預算分配結果

自95年起，牙醫門診總額已100%依「校正人口風險後之保險對象人數」參數分配。而其他總額部門之「校正人口風險後之保險對象人數」占率，截至107年，西醫基層總額達66%、醫院總額門診達50%、住院達45%。而中醫門診總額，

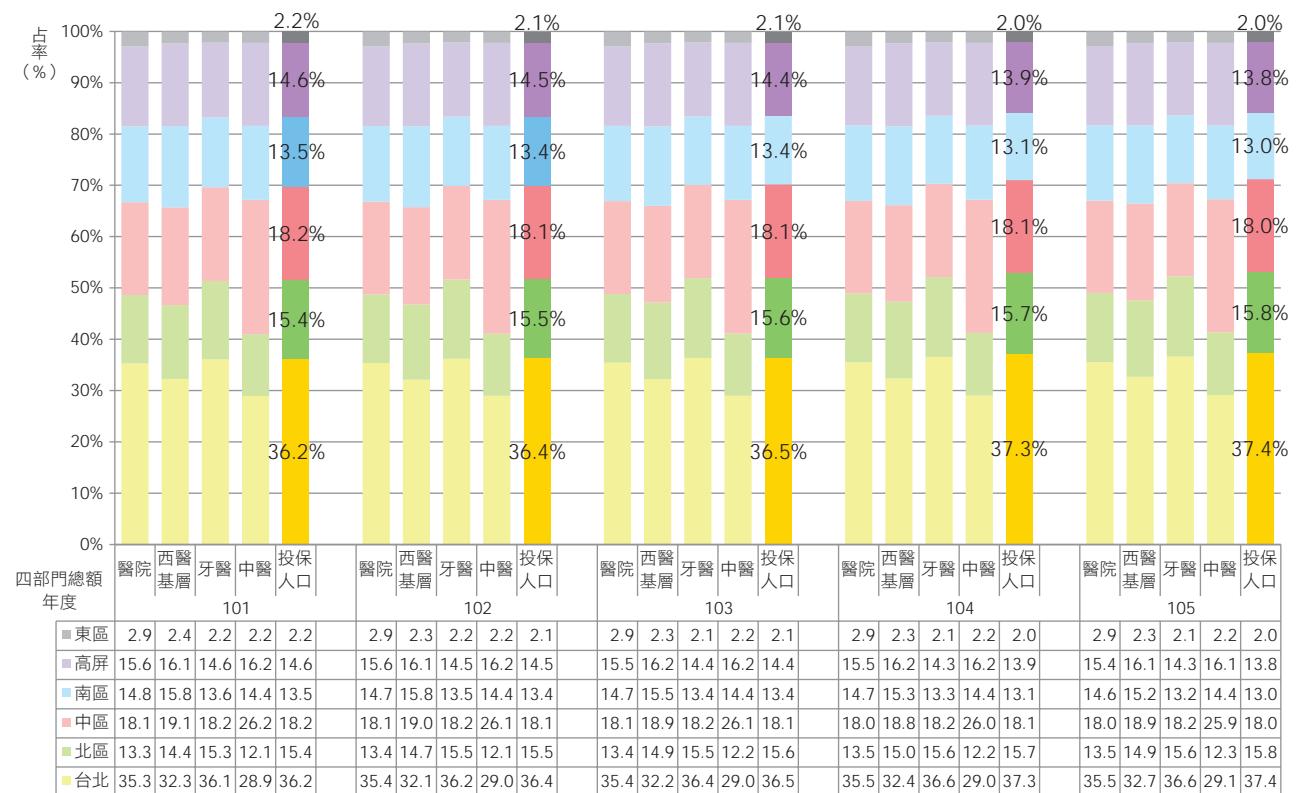
則於95年改以試辦計畫分配，並於99年起採用修正後試辦計畫迄今，其中人口相關參數為「各區去年同期戶籍人口數」，其餘為醫療費用、中醫師數及偏鄉預算分配相關參數。歷年各部門總額一般服務地區預算人口占率及地區預算分配情形如表3-5、3-6。

表3-5 歷年各部門總額地區預算人口占率之協定情形

年度 部門別		87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107
牙醫		-	10	20	40	50	70	80													100	
中醫		-	5	15	20	30			0			5		6	7	8	11					
									試辦計畫 <sup>註2</sup>			修正後試辦計畫 <sup>註3</sup>										
西醫基層		-		5	15	25	40	60	65	0 <sup>註4</sup>	試辦計畫		65								66	
醫院	門診		-		註5	10	15	38				45		46							50	
	住院		-		註5	10	38					40		41							45	

註：1. 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度，分別於 87 年 7 月、89 年 7 月、90 年 7 月及 91 年 7 月開辦。  
 2. 中醫門診總額採試辦計畫：事後分配預算，分配參數未含人口因素。  
 3. 中醫門診總額採修正後試辦計畫：事前分配預算，分配參數含人口因素。  
 4. 西醫基層總額採試辦計畫：分配參數未含人口因素。  
 5. 醫院總額 91 年 7 ～ 12 月：不採地區預算方式分配。92 年因應 SARS 影響部分醫院營運，以不分季但分區的方式，100% 依各區 91 年度門、住診實際發生醫療費用比率分配。

表3-6 歷年各區投保人口占率及各部門地區預算分配情形



註：醫院、西醫基層及牙醫總額以校正後之保險對象人數為地區預算分配參數之一，並於結算時進行跨區就醫費用調整，中醫總額則以戶籍人口數為地區預算分配參數之一，且無跨區就醫調整機制。

## 附件一

## 健保會提供衛福部107年度全民健保醫療給付費用總額範圍之諮詢建議

代表類別	表達意見
付費者代表 委員	<ol style="list-style-type: none"> <li>依 106 年度的財務情況，107 年度收支短绌將超過 3 百億元，且短绌金額快速增加。建議行政院核定 107 年度總額高、低推估值時，宜整體考量健保財務收支情形，並優先參考民眾付費能力等指標再行評估調整。</li> <li>建議陳報行政院時，除呈現高、低推估值之財務影響評估外，也應提供不同成長率對過去及未來 3 年的財務影響，供其核定參考。</li> <li>政策改變可能影響民眾薪資或收入，進而影響保費收入，例如軍公教年金改革、一例一休等政策，建議再謹慎評估 107 年度保險收入。</li> <li>一例一休政策對成本的影響，應有客觀評估資料。依健保署提報的醫事服務機構財報資料，近 8 成院所有盈餘，宜思考運用部分盈餘改善員工的勞動條件，而非僅訴求增加總額預算。</li> <li>應具體說明 107 年度總額之政策目標與調整因素內涵，並提供估算方式。</li> <li>107 年度總額之調整因素「持續落實分級醫療」，其效益應為醫院及基層部門間費用之移轉，整體費用不見得會增加。宜建立總額部門間連動機制，觀察病人轉移情形，若基層案件增加，醫院案件相對會減少，預算應配合調整。</li> <li>請說明 C 肝新藥所需費用，是否依 106 年度總額協商共識，編列公務預算支應。</li> </ol>
醫事服務 提供者代表 委員	<ol style="list-style-type: none"> <li>目前總額點值偏低，不利醫院營運。為確保醫療服務品質，建議擬訂 107 年度總額範圍時，應將點值恆定納入考量。</li> <li>106 年度醫院總額編列 60 億元以調高急重症支付標準，惟 107 年度草案未見是否續編相關預算。</li> <li>醫療院所配合一例一休、住院醫師縮減工時等政策，將造成人事成本增加，107 年度總額應有客觀計算公式與數據，列為重要參考。</li> <li>運用醫療科技評估 (HTA) 工具，作為引進新科技醫療及新藥物之參據，應提高 HTA 評估資料之正確性，以利推估所需預算。</li> <li>C 肝新藥自 107 年度起應由公務預算支應，係 106 年度總額協商之共識，惟未見相關說明。</li> <li>除提倡轉診制度外，應加強教導民眾改變就醫習慣，並有相關評估數據。另，建議將「提升基層醫療服務量能」政策目標修正為「提升社區（基層及地區醫院）醫療服務量能」。</li> </ol>
專家學者與 公正人士委員	歷年「醫療服務成本指數改變率」已包含人事等營業費用，並累計納入基期費用。且為因應醫護人力問題，過去總額協商時，亦於一般服務增編相關預算，並滾入基期。對於增加護理、行政、醫管人員所需預算，應留意是否有重複編列之虞。

## 附件二

## 107年度全民健保醫療費用總額協商暨第3屆106年第8次委員會議議程

地點：衛生福利部 301 會議室（臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓）

時間	內容	與會人員
<b>9/21 (四)</b>		
09：00～09：30	報到	
09：30～11：10	①西醫基層總額之協商（100 分鐘）	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
11：10～11：20	中場休息	
11：20～12：10	醫院與西醫基層總額之門診透析預算協商（50 分鐘）	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚（本節之協商，邀請腎臟醫學會列席）
12：10～13：10	午餐	
13：10～14：30	②中醫總額之協商（80 分鐘）	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：30～14：40	中場休息	
14：40～16：00	③牙醫總額之協商（80 分鐘）	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16：00～16：20	中場休息	
16：20～18：20	④醫院總額之協商（120 分鐘）	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18：20～19：20	晚餐	
19：20～20：33	⑤其他預算之協商（73 分鐘）	本會委員、健保署，及社保司與本會幕僚
20：33～22：33	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間（120 分鐘）	
<b>9/22 (五)</b>		
11：00～14：00 (暫訂 12：30～ 14：00 午餐)	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表， 及社保司、健保署與本會幕僚
14：00～17：30	<b>委員會議</b>	

註：時間以醫院協商時間 120 分鐘、西醫基層 150 分鐘（含門診透析）、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

## 各部門協商時間分配（106年6月23日委員會議決議）

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	30分鐘	(門診透析 20分鐘)	60分鐘	(門診透析 20分鐘)	130～170分鐘	30分鐘	30分鐘	130～230分鐘		
西醫基層	25分鐘		50分鐘		115～150分鐘	20分鐘	20分鐘	115～190分鐘		
牙醫	20分鐘		40分鐘		60～80分鐘	20分鐘	20分鐘	60～120分鐘		
中醫	20分鐘		40分鐘		60～80分鐘	20分鐘	20分鐘	60～120分鐘		
其他預算	20分鐘		35分鐘		55～73分鐘	20分鐘		55～93分鐘		

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



## 附件三

## 電子公文

檔 紙：  
保存年限：

## 衛生福利部 函

機關地址：11558台北市南港區忠孝東路六段488號  
傳真：(02)85906048  
聯絡人及電話：葉青宜(02)85906741  
電子郵件信箱：hgymedu@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國106年8月18日  
發文字號：衛部保字第1061260379號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：一、行政院106年7月17日院臺衛字第1060022835號函影本。二、107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向。 (1061260379-1.tif, 1061260379-2.docx)

主旨：有關「107年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，  
業奉行政院核定：整體醫療給付費用成長率為2.349%至5%，  
請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式。

說明：

- 一、依據行政院106年7月17日院臺衛字第1060022835號函(影本如附件一)辦理。
- 二、併附107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向(如附件二)。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

電子公文交換章  
2017/08/18 10:06:19

部長 陳時中

衛生福利部全民健康保險會收發



106/08/18 106CC00536

## 電子公文

檔 紙：  
保存年限：

## 行政院 函

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

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國106年7月17日  
發文字號：院臺衛字第1060022835號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：無

主旨：所報107年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.349%，上限為5%。

## 說明：

- 一、復106年5月12日衛部保字第1061260227號函。
- 二、近年來，我國人口結構及經社環境已有相當變化，考量現行健保總額範圍擬訂公式已採行多年，各界亦認為有修正必要，請儘速邀集醫界與付費者代表、專家學者及相關部會，審慎進行整體公式之檢討，包含低推估值相關指數及公式之適切性、相關政策措施或專案計畫額度納入前一年度總額基期計算之合理性等，以合理反映健保醫療給付費用之成長。
- 三、為確保健保財務長期穩健，請積極採取可提高醫療資源使用效率之相關措施，有效控制醫療支出合理成長，並儘速檢討修正健保收支連動機制，以降低費率調整對社會之衝擊。

正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會、行政院主計總處

電子公文交換章  
2017/07/17 09:52:11

衛生福利部 106/07/17



保 1060121586

## 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向

衛生福利部 106 年 8 月

為因應我國人口結構加速高齡化，對醫療需求之增加、醫療環境之變遷、醫事人力勞動條件之改善，以及國人對健保納入新藥物、新醫療技術之殷切期盼，除持續進行提高醫療資源使用效率之相關措施、並結合健康促進政策，共同強化民眾健康知能，提升資源使用之公平性與責任外，就健保長遠的發展，應有適當的資源投入，以民眾健康為導向，引導有效醫療以及健康照護體系之整合，提升健保給付價值，爰此，107年健保總額之協商，除持續辦理例行總額協商之項目或計畫外，亦應合理反映下列需求：

**一、持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值：運用醫療科技評估工具，合理引進新的醫療技術與藥物，提升醫療給付效益與品質，並減少民眾自付費用之負擔。**

**二、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康：**

(一) 配合總額協商機制，鼓勵各部門持續提升整合性醫療服務與用藥品質，加強民眾教育，減少不當醫療。

(二) 持續推動全人照護，整合各項照護計畫，並依據證據醫學，訂定有效醫療指標，提升獎勵誘因。

**三、合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布：**

(一) 持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

(二) 因疾病發生率的改變、存活率的提升、照護率的增加（如放寬藥品適應症），排除人口老化因素後，所造成保險對象其他服務利用及密集度的影響。

(三) 強化多重抗藥性結核病患者之醫療照護，以病人為中心，結合公共衛生防治計畫，提升治療效果。

**四、放寬C型肝炎口服新藥之給付條件，強化C型肝炎之有效治療，提升健保給付效益。**

**五、善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準相對值表：可應用於支付標準表合理性之檢討，適度增減支付點數。**

### 六、建立支付制度長期（3-5年）改革方案之協商機制，落實整體制度改革，提升健保支出之效率：

- （一）持續進行支付基準或支付結構改革：如西醫基層門診費用、DRGs全面導入制度，並擴大急性後期照護方案。
- （二）整合與全人照護之醫療給付改善方案，擴大論質支付之照護範圍，提升支付效益。
- （三）持續檢討現行家庭醫師整合性方案，完善家庭醫師整合照護醫療體系，逐步落實家庭責任醫師制度。
- （四）持續推動居家醫療整合照護，並建立急性期、急性後期與居家醫療照護（或長期照顧）等服務之轉銜機制。

### 七、建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療：

- （一）規劃各項轉診獎勵方式，鼓勵院所建立轉診之合作機制，落實分級醫療。
- （二）健全基層照護能力，提升基層照護品質，持續放寬表別，並降低病人流動對西醫基層財務之風險。

### 八、適度反映因勞動基準法之修正或醫療相關政策之改變，例如一例一休政策或住院醫師縮減工時，所衍生人力成本之增加，以健全醫療體系之運作。



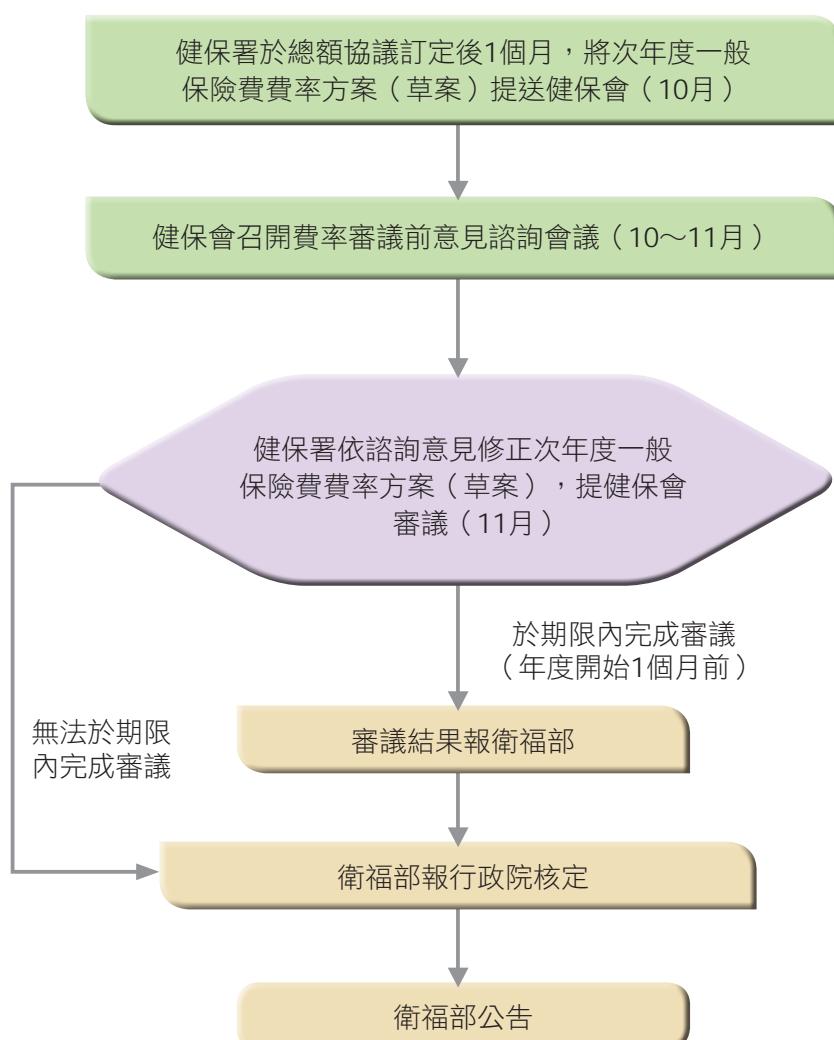
## 第二節 落實收支連動，穩健健保財務

### 業務現況

#### 一、健保費率審議流程

二代健保自102年開始施行，係以財務收支連動的方式運作，使協議訂定的總額與審議的一般保險費費率相扣連，以確保收支平衡。因此，健保法第24條規定，健保署須在健保會協議訂定

年度總額後1個月，提請審議當年度的一般保險費費率；健保會於審議前，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，並於年度開始1個月前，依協議訂定的總額，完成年度應計收支平衡費率的審議，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告；若無法於期限內完成審議，則由衛福部逕行報行政院核定後公告。健保費率的審議流程，如下圖：



歷年費率審議結果如下表：

表3-7 全民健康保險一般保險費費率審議結果

年度	102	103	104	105	106	107
一般保險費 費率審議結果	4.91%	4.91%	4.91%	4.69%	4.69%	4.69%

至於二代健保新增徵收之補充保險費，其費率依據健保法第33條規定，102年為2%，自103年起，應依一般保險費費率之成長率調整，105年度全民健保一般保險費費率由4.91%調整為4.69%，調降幅度為4.48%，補充保險費費率亦隨之調降為1.91%。

## 二、健保歷年財務概況

### (一) 84到105年度財務概況

全民健保於民國84年開辦，其財務係以自給自足、隨收隨付（pay-as-you-go）為運作原則，期能自負盈虧、維持

財務平衡，主要財源為保險費收入，由被保險人、投保單位及政府三方共同負擔，另有少部分外部財源挹注，如公益彩券盈餘分配收入、菸品健康福利捐等補充性財源。

自84年3月至105年12月止，各年度健保財務收支狀況如表3-8（權責基礎），累計保險收入為85,212.05億元，保險成本為82,737.77億元；就收支成長觀之，85至105年間，保險收入平均成長率為4.54%，保險成本平均成長率為4.79%。



表3-8 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

單位：億元、%、月

年度	保險收入 (a)		保險成本 (b)		保險收支餘額 (a-b)	安全準備 累計餘額	安全準備折合保 險給付支出月數
	金額	成長率	金額	成長率			
84 年 3 ~ 12 月	1,939.91		1,568.47		371.44	371.44	2.84
85 年	2,413.27		2,229.38		183.89	555.33	2.98
86 年	2,436.40	0.96	2,376.14	6.58	60.26	615.59	3.10
87 年	2,604.81	6.91	2,620.40	10.28	-15.59	600.00	2.74
88 年	2,648.94	1.69	2,858.98	9.10	-210.04	389.96	1.63
89 年	2,851.70	7.65	2,842.06	-0.59	9.64	399.60	1.68
90 年	2,861.46	0.34	3,017.88	6.19	-156.42	243.18	0.96
91 年	3,076.07	7.50	3,232.62	7.12	-156.55	86.63	0.32
92 年	3,367.60	9.48	3,371.43	4.29	-3.83	82.80	0.29
93 年	3,522.43	4.60	3,526.73	4.61	-4.30	78.50	0.26
94 年	3,610.92	2.51	3,674.27	4.18	-63.35	15.15	0.04
95 年	3,818.92	5.76	3,822.11	4.02	-3.19	11.96	0.04
96 年	3,873.82	1.44	4,011.49	4.95	-137.67	-125.71	-0.38
97 年	4,019.75	3.77	4,159.30	3.68	-139.55	-265.26	-0.77
98 年	4,030.89	0.28	4,347.87	4.53	-316.98	-582.24	-1.61
99 年	4,608.27	14.32	4,423.13	1.73	185.14	-397.10	-1.08
100 年	4,923.76	6.85	4,581.96	3.59	341.80	-55.30	-0.14
101 年	5,071.77	3.01	4,806.46	4.90	265.31	210.01	0.52
102 年	5,557.09	9.57	5,021.28	4.47	535.81	745.82	1.78
103 年	5,695.38	2.49	5,181.44	3.19	513.94	1,259.76	2.92
104 年	6,409.71	13.02	5,380.76	3.85	1,028.95	2,288.71	5.10
105 年	5,869.18	-8.43	5,683.61	5.63	185.57	2,474.28	5.22
合計	85,212.05		82,737.77		2,474.28		
85-105 年 平均	3,965.34	4.54	3,865.20	4.79			

資料來源：105 年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

註：保險收入 = 保險費 + 滯納金 + 資金運用淨收入 + 公益彩券盈餘及菸品健康捐分配數 + 其他淨收入 - 呆帳提存數 - 利息費用

保險成本 = 醫療費用 + 其他業務外費用（未含手續費用）

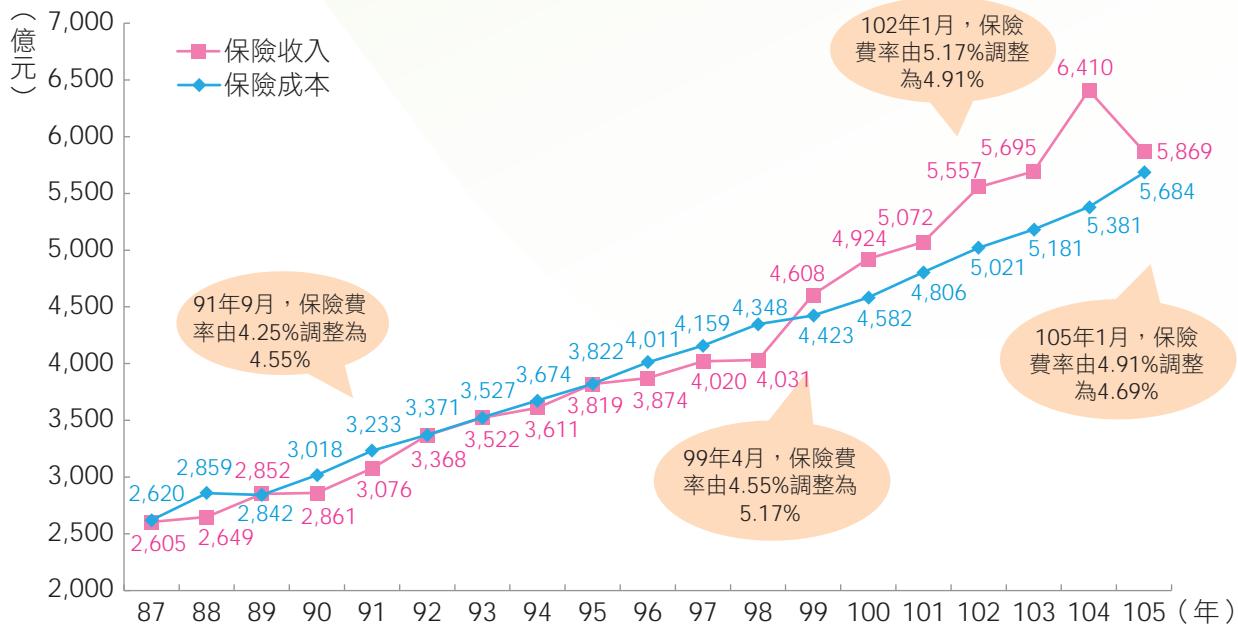


圖3-9 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

資料來源：105 年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

依據圖3-9顯示，歷年保險收入及保險成本均呈上升趨勢，惟受整體環境與社會人口結構等因素影響，醫療支出增加速度遠高於保險收入成長的速度，致保險收入不足以支應支出，自87年起保險財務開始發生逆差。為維持收支平衡，於是在91年微幅調漲費率，防止健保財務缺口繼續擴大，96年3月底，累計健保財務收支首次呈現短绌；99年起，因調整保險費率，當年度保險收支開始產生結餘，歷年保險收支累計於101年2月開始有結餘；102年實施二代健保財務新制後，增加補充保險費，及政府應負擔健保總經費法定下限提

高至36%的規定，因此，105年12月安全準備累計餘額為2,474.28億元，約當5.22個月保險給付支出。

## (二) 106年度財務概況

106年度全民健保一般保險費費率與補充保險費率維持4.69%、1.91%不變，保險收入為5,944.09億元，保險成本為6,032.20億元，收入扣減成本後，收支短绌為88.11億元。健保署依法收回安全準備填補短绌，106年底安全準備餘額為2,386.17億元，約當4.78個月保險給付支出。106年度相較105年度（審定決算）保險收支情形如表3-9。

表3-9 106年度全民健康保險財務收支餘绌情形

單位：億元、%

項目	105 年度 審定決算 (a)	106 年度 決算 (b)	106 年度增加額度 (b-a)	106 年度成長率 (b-a)/a
保險收入	保險收入	5,908.20	5,944.09	35.89
	保費收入	5,567.39	5,734.15	166.76
	依法分配收入	185.28	175.64	-9.64
	利息收入	12.72	14.03	1.31
	收回呆帳	11.30	10.51	-0.79
	雜項收入	131.52	9.77	-121.75
保險成本	保險成本	5,722.63	6,032.20	309.57
	保險給付	5,683.32	5,991.38	308.06
	呆帳	39.02	39.68	0.66
	業務費用	0.27	1.07	0.80
	雜項費用	0.0186	0.0669	0.0483
保險收支淨餘绌		185.57	-88.11	-273.68
				-147.48

資料來源：健保署 107 年 1 月份全民健康保險業務執行報告。

註：保險收入=保費收入（含滯納金）+依法分配收入+利息收入+收回呆帳+雜項收入

保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用

由上表顯示，保險收入包含保費收入、依法分配收入、利息收入、收回呆帳及雜項收入等5項來源，其中最主要的來源為「保費收入」，106年度各項收入成長情形分析如下：

- 「保費收入」：受投保人數及平均投保金額成長之影響，政府應負擔36%差額亦連帶增加，較105年增加166.76億元、成長2.99%（如上表3-9）。
- 「依法分配收入」：較105年度負成長5.20%，主要係菸品健康福利捐實際分配收入較去年同期減少所致。
- 「雜項收入」：較105年度負成長92.57%，主要係因去年同期依立法院審議修正健保法施行細則，調整補列104

年度政府應負擔健保總經費法定下限不足數116億元；如排除相關影響數後，負成長37.01%，主要係藥商藥品價量協議返還金收入減少所致。

保險成本包含保險給付、呆帳、業務費用及雜項費用等4項，主要的成本項目為「保險給付」（即支付給醫療院所的費用），106年度各項成本成長情形分析如下：

- 「保險給付」：較105年度成長5.42%。主要係因總額協商成長所致。
- 「呆帳」：較105年度成長1.70%，係因健保署加強欠費監控機制，催收及移送行政執行應收帳款上升，致呆帳提列數較去年同期增加。

3. 「業務費用」：較105年度成長297.54%，主要係辦理105年度提升保險服務成效項目，部分購建固定資產及電腦軟體陸續於105年底完成驗收後，於106年度開始提列折舊、攤銷，致業務費用較去年同期增加。

健康保險保險費率審議方案（草案），內容包括「平衡費率計算公式」、「推估方法」、「平衡費率試算假設、方式及結果」、「政策因素及試算」等，並將基本工資調升趨勢、軍公教調薪趨勢、醫師納入勞基法成本上升等政策因素納入保險財務之高、低推估，與現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」（下稱現行機制）及2案建議方案（健保署方案、配合委員任期每2年固定，如表3-10）排列組合後，分別搭配107年度總額協商之付費者、醫界版本，研提24個試算方案。

## 執行成果

### 一、107年度保險費率審議前意見諮詢會議 結論

健保署在健保會完成107年度總額協商後，依法於106年10月向健保會提報「107年度全民

表3-10 現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」及建議方案

費率調整方案	現行機制		建議方案1 (健保署方案)	建議方案2 (配合委員任期每2年固定)
	調降	啟動條件	當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出	當年保險收入超出當年保險成本之5%且當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出
費率調整方案	調整方式	其調降以超出之金額計算為原則	其調降以超出之金額計算為原則	當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則
	調升	啟動條件	當年年底安全準備餘額不足1.5個月保險給付支出	當年保險成本超出保險收入之5%或當年年底安全準備餘額不足2個月保險給付支出
費率調整方案	調整方式	其調升以當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則	其調升以當年收支平衡費率及當年年底安全準備餘額維持至少2個月保險給付支出之金額計算為原則	

健保會於106年10月20日召開「107年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，諮詢精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士，計8位提供意見。由於健保會委員十分關

心費率相關議題，當日共有23位委員列席，全程參與討論。專家學者就健保署擬具費率方案（草案）及其「所採假設與推估方式之合理性」提供意見，作為健保署修正方案（草案）之參考，並

進而針對「現行健保財務存在收支結構性失衡之問題，預估至113年保險費率將超過法定上限（6%），屆時須面對修法或調整給付範圍之難題，建議健保署及早研商開源節流方案」議題交換意見。會議決議如下：

- （一）有關107年度全民健康保險一般保險費率，與會者大多同意維持現行費率4.69%。請中央健康保險署參酌專家學者及委員所提意見，修正「107年度全民健康保險保險費率方案（草案）」送本會11月份委員會議（106.11.17）審議。
- （二）另關於「全民健保財務平衡及收支連動機制」所提意見，請健保署參考。

## 二、107年度保險費率之審議結果

健保署依據「107年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」決議事項，研提「107年度全民健康保險保險費率審議方案」，提健保會11月份委員會議審議。依現行機制試算結果，健保署建議「107年度費率維持4.69%」，並將持續抑制醫療資源浪費，以維持財務穩健及減緩費率調整幅度。

與會委員考量健保安全準備餘額至106年底約有2,365億元，約當4.72個月保險給付支出，如採付費者版本，預估至107年底約有2,121億元，約當4.03個月保險給付支出，爰同意健保署維持現行費率4.69%之建議，並依健保法第24條規定，報衛福部轉報行政院核定。衛福部106年12月20日函知核定結果，107年度一般保險費費率維持現行費率4.69%，不予調整。

## 第三節 合理調整給付範圍，保障民眾就醫權益

### 業務現況

我國全民健保給付的範圍，涵蓋門診（含西醫、中醫、牙醫）、急診、住院、復健、居家醫療照護等項目，相較於世界各國，堪稱廣泛且周全。為確保民眾就醫權益，提供民眾與時俱進的醫療技術與服務，每年協商總額時，皆會在醫院及西醫基層總額編列「新醫療科技」相關預算，以引進新醫療服務、藥品、特材等項目。

但隨著人口老化及持續引進新醫療科技，醫療費用日益高漲，未來若健保財務無法收支平衡時，除調高保險費率外，也可能須藉由縮減保險給付範圍來因應。因此，二代健保在一定條件下，將保險給付範圍得以調整的規定入法，賦予健保會對健保署所擬訂的「保險給付範圍調整方案」（健保法第26條）、「保險不給付項目」（健保法第51條）進行審議，及討論「自付差額特殊材料品項」（健保法第45條，部分給付）的權責。

健保會為落實總額協定事項「新增、調整給付項目」的要求，乃於104年3月份委員會議建立「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則與流程」（如圖3-10）。健保會依該原則及流程，每年編列「新醫療科技」預算，並請健保署提共同擬訂會議（下稱共擬會議）討論擬新增、調整之給付項目，執行結果並納入下年度總額協商考量，以利持續引進新醫療科技，其包含醫療服務項目、藥品及特材，及保障民眾就醫權益。

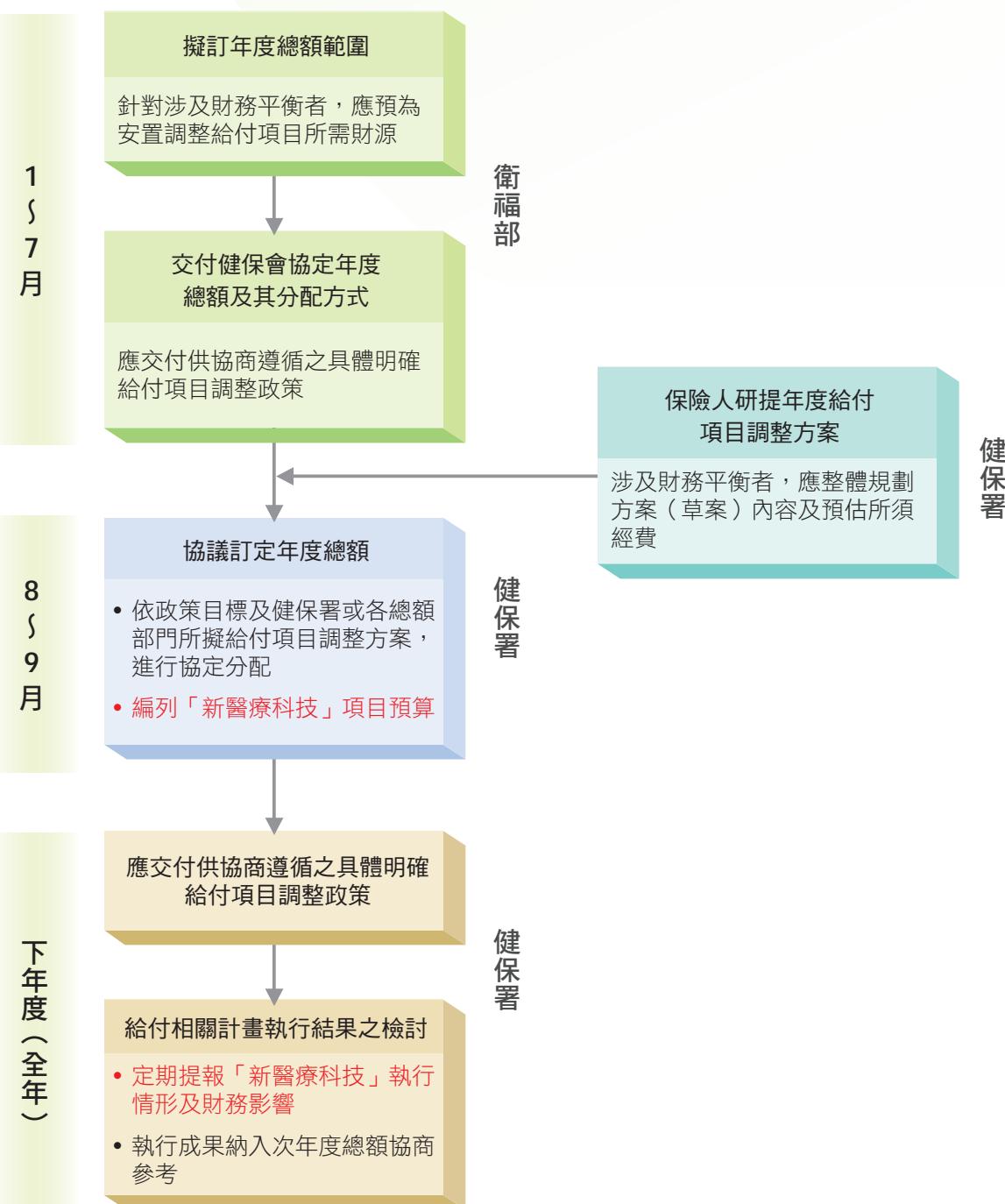


圖3-10 年度總額對給付項目調整之處理原則

本節將介紹106年度健保署依年度總額協定事項引進之「新醫療科技」項目（包含醫療服務項目、藥品及特材），及健保會討論健保署申請自付差額特材品項之情形、自付差額特材品項之年度檢討結果。

## 執行成果

### 一、引進具成本效益的新醫療科技

106年度醫院及西醫基層總額透過協商，編列「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」預算，分別為20.63億元及0.84億元。健保署在此額度內依法提經共擬會議討論，新增納入健保給付之情形如下：

#### （一）新增醫療服務項目

共納入22項新增醫療服務項目（如表3-11），包含檢查、放射線診療、治療處置及手術等類別，這些新增項目有助醫師

臨床診斷，及選擇適當之治療處置或手術方式，可提升病患就醫品質。

以手術項目為例，「經導管主動脈瓣膜置換術（簡稱TAVI）」（如圖3-11）為近年研發之新技術，較傳統外科手術「主動脈瓣膜置換術」，更具療效及安全性，患者死亡率也有下降趨勢，對於過去無法接受外科手術或手術風險極高的嚴重主動脈狹窄病患，健保納入該項手術後，為其帶來治療的新希望；另外，對於惡性乳癌患者而言，其所需之乳房切除手術複雜程度較高，醫療資源耗用情形與切除良性乳房腫瘤手術方式不同，新增「乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術」等5項乳房切除手術，可較符合醫師臨床上的使用，手術併同摘除淋巴結也能降低惡性腫瘤再發或轉移的機會。

表3-11 106年新增醫療服務納入健保給付情形

分類	品項數	醫療服務名稱
檢查	9	呼氣一氧化氮監測（FeNO）
		多管腔食道內阻抗及酸鹼度測定
		困難梭狀桿菌抗原快速檢驗
		困難梭狀桿菌毒素 A、B 快速檢驗
		24 小時食道酸鹼度測定
		連續血糖監測
		生長刺激表達基因 2 蛋白（ST2）
		醣化白蛋白（GA）
		大腸或小腸纖維鏡切片（每一診次）
放射線診療（特殊造影）	1	經導管心室中隔缺損修補

表3-11 106年新增醫療服務納入健保給付情形（續）

分類	品項數	醫療服務名稱
治療處置	4	心室輔助器置放後，第二天起之每日照護費
		主動脈氣球輔助器使用照護費（天）
		腦神經及脊椎手術中特殊儀器使用費—超音波吸除機
		深部腦核電生理定位
手術	8	「剝離性主動脈瘤斑氏術」修正為「主動脈根部術（含主動脈瓣置換或保留）」
		經導管主動脈瓣膜置換術
		A型急性主動脈剝離術
		乳房部分切除手術併前哨淋巴結摘除手術
		乳房部分切除手術併標準腋下淋巴廓清術
		乳房全切除手術併前哨淋巴結摘除手術
		乳房部分切除手術
		乳房全切除手術

資料來源：健保署公告及 106 年歷次醫療服務共擬會議紀錄相關資料。

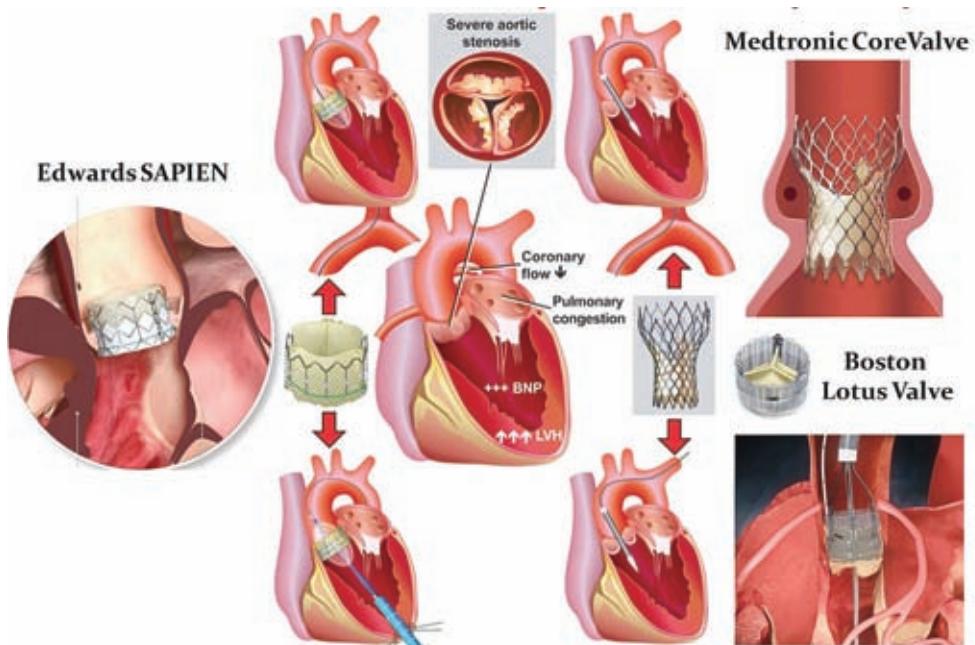


圖3-11 新醫療服務示意圖（TAVI手術之常用瓣膜支架）

（圖片來源：[https://health.gvm.com.tw/webonly\\_content\\_7151.html](https://health.gvm.com.tw/webonly_content_7151.html)）

至於醫療服務給付項目及支付標準之修訂情形，健保署也依據各部門總額之協定結果調整下列診療項目，期望透過支付標準之修訂，使醫療院所獲得合理支付、提升民眾照護品質：

1. 新增項目21項：包含中醫「開具連續二次以上調劑，而且每次給藥二十八天以上慢性病連續處方」門診診察費、牙醫牙科處置及手術如「懷孕婦女牙周緊急處置」、「顎顏面骨壞死術後傷口照護」、西醫基本診療「特殊輸注液處方藥事服務費」，及特定診療「角膜處理費」等診療項目。
2. 調升點數1,777項：包含中醫門診診察費、牙醫牙科處置及手術、西醫基本診療門診診察費、病房費及西醫特定診療手術、治療處置、檢查等診療項目。其中，醫院總額以「醫療服務成本指數改變率」所增加預算（89.674億元）之60億元，調整重症項目，相關調整情形於第四節陳述。

3. 開放西醫基層診所跨表項目25項：包含特定診療手術、治療處置、檢查等診療項目。

## （二）新特材

共納入84項新特材（如表3-12），過去民眾若要使用這些新特材，都需自費購買，於納入健保給付後，可減輕須用民眾的經濟負擔。其中31項具有創新功能，包括：人工電子耳（如圖3-12），可有效改善聽損兒童之聽覺表現、語言能力及溝通技巧，提升學習能力與人際關係，以及輸尿管結石移除器、心臟血管所使用之特材等。另屬功能改善特材共43項，近半數用於心臟血管方面，例如：具導航功能之立體定位灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管，用於複雜性心律不整病患，相較現有品項，可增加導航功能，以及心室間格缺損關閉器、顱內血管抽吸裝置、胸腔引流器、耳用人工聽骨、多功能鼻腸管、泌尿科、骨科等方面之特材，提供臨床醫師更多治療選擇。



圖3-12 新特材示意圖（人工電子耳）

（圖片來源：<https://pic.pimg.tw/air60905/1399158271-3443035229.jpg?v=1399158273>）

表3-12 106年新特材納入健保給付情形

類別	品項數	特材分類及品項數		主用途
創新功能	31	12	人工電子耳及聲音處理器	人工電子耳
		1	肝動脈化療導管	灌注肝癌之化療藥物用
		14	輸尿管結石移除器	泌尿外科
		2	主動脈根部人工血管	心臟血管
		2	腔靜脈血栓過濾網取回組	心臟血管
功能改善	43	7	具導航功能之立體定位灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管	診斷及治療心臟之電生理導管
		3	第二代單雙腔型植入式去纖維顫動器	心律過速之去顫電擊用
		3	心室間格缺損關閉器及遞送系統	心室間隔缺損關閉器
		3	顱內血管抽吸栓裝置	取出缺血性腦中風患者血栓
		1	心房同步雙心室節率器	用於心臟衰竭合併心室傳導不同步
		1	長效型人工心肺套	心臟血管
		3	輕質型網塞	泌尿科
		3	負壓可調式胸腔引流器	胸腔引流器
		1	部分聽小骨替代型	耳用人工聽骨
		3	全聽小骨替代型	耳用人工聽骨
		2	鐙骨替代型	耳用人工聽骨
		10	埋頭中空加壓骨釘	骨科
		2	纜線及纜線夾縮器	骨科
		1	多功能鼻腔空腸餵食器	多功能鼻腸管
功能改善 (自付差額)	10	9	客製化電腦附註型顱顏骨固定系統組	骨科
		1	治療心房顫動之冷凍消融導管	治療心臟之電生理導管

資料來源：健保署公告及 106 年歷次藥物共擬會議紀錄相關資料。

對於健保已給付特材，健保署也會參考食品藥物管理署（下稱食藥署）核准的適應症、相關臨床研究與建議，放寬特材的使用規定。106年共放寬4項，包括胃造瘻餵食管（18歲以下兒童由原6個月放寬為每3個月更換1次）、顏面骨板及顱骨固

定夾（增列可用於顱骨手術）、周邊血管支架（增列可用於主動脈至雙側總髂動脈完全阻塞）、長效型血液幫浦（取消事前審查規定）等，嘉惠過去不符使用規定的民眾，擴大健保的照護範圍。

## (三) 新藥

共納入58項新成分、新複方、新給藥途徑或新劑型之新藥（如表3-13）。其中屬突破創新（第1類）的藥品共10項，包括對C型肝炎具高治癒率的全口服抗病毒新藥（屬抗微生物劑），可減少傳統干擾素治療常見的副作用，提升病人治療意願，有效降低C型肝炎之流行風險，避免日後衍生肝硬化及肝癌所耗費之醫療及社會資源，有關C型肝炎納入給付情形，於（四）有更詳細說明；其次，與現行健保藥品比較，臨床價值具有中等程度改善者（第2A類）有21項，其療效較佳，副作用也較少；至於臨床價值與現行健保藥品相

近者（第2B類），計27項，可提供臨床醫師更多用藥選擇，透過良性競爭，亦有助價格合理化。



圖3-13 新藥示意圖

表3-13 106年新藥納入健保給付情形

類別	品項數	藥理分類及品項數	
突破創新新藥 (第1類)	10	4	抗微生物劑
		3	心臟血管及腎臟藥物
		2	呼吸道藥物
		1	抗癌瘤藥物
臨床價值較現行藥品有中等程度改善 (第2A類)	21	8	抗微生物劑
		5	抗癌瘤藥物
		4	心臟血管及腎臟藥物
		2	腸胃藥物
		1	呼吸道藥物
		1	激素及影響內分泌機轉藥物
臨床價值與現行藥品相近 (第2B類)	27	8	神經系統藥物
		7	血液治療藥物
		4	免疫製劑

表3-13 106年新藥納入健保給付情形（續）

類別	品項數	藥理分類及品項數	
臨床價值與現行藥品相近 (第2B類)	27	3	激素及影響內分泌機轉藥物
		2	心臟血管及腎臟藥物
		1	代謝及營養劑
		1	眼科製劑
		1	抗癌瘤藥物

資料來源：健保署公告及106年歷次藥物共擬會議紀錄相關資料。

除持續引進新藥，對已給付藥品，健保署也持續參考食藥署核准的適應症、相關臨床研究與各專科醫學會的建議，放寬藥品的使用規定。106年共放寬30項藥品給付規定，包括治療癌症、黃斑部病變藥品，及消化性潰瘍用藥等，並免除治療失智症等部分藥品之事前審查，期更符合病人需求、擴大照顧範圍，以提升民眾用藥權益。

#### （四）C型肝炎口服新藥

106年特別值得一提的是將C型肝炎口服新藥納入健保給付，源自衛福部為根除C型肝炎，於106年1月底成立「國家C型肝炎旗艦計畫辦公室」，並整合疾病管制署、國民健康署及健保署等相關資源，推動國家型C型肝炎防治計畫，期望早日達成世界衛生組織（World Health Organization, WHO）2030年全面根除C型肝炎之願景。

衛福部考量C型肝炎口服新藥只需服用3至6個月，治癒率即可達90%以上，成效相對顯著，惟其費用不低，考慮醫療資

源有限，為避免對其他醫療服務造成排擠，乃規劃將C型肝炎口服新藥納入健保給付，並於106年度交議健保會總額協商之政策方向：「為落實C型肝炎之防治與有效治療，降低肝硬化、肝癌之發生，C型肝炎防治納入國家公共衛生政策，分階段將C型肝炎口服新藥納入健保給付」，健保會乃配合於醫院及西醫基層總額，編列「C型肝炎用藥」專款，計30.01億元，包括給付C型肝炎口服新藥20億元，希望醫師在執行該用藥計畫時，可以選擇對病人最有效益之治療方式，以利資源有效運用。健保署乃就106年可執行之預算範圍，視病況的嚴重性及急迫性，設定治療之優先順序，期將有限資源做最適分配。

#### 二、審慎評估自付差額特材品項

在醫療資源有限下，以往對於「療效略佳但價格昂貴」的特材品項，因為考量成本效益，難以納入全額給付，而須由民眾自費。二代健保實施後，為增加民眾的選擇權、減少財務負擔，乃於健保法第45條規定，健保署可根據其專業

判斷，將擬納為自付差額的特材，提健保會討論後，再報衛福部核定公告。經衛福部公告為自付差額的品項，民眾可於醫師認定有醫療需要時選

用，而且僅負擔與健保給付上限的價差，不須全額自費。自民國84年全民健保開辦至今，共納入10類自付差額特材，如表3-14。

表3-14 全民健保10類自付差額特材一覽

序號	項目	實施時間	健保給付點數
1	義肢	84年3月1日	依裝置部位：4,800～68,000點
2	新增功能類別人工心律調節器	84年8月3日	93,833點
3	塗藥或特殊塗層血管支架	95年12月1日	14,099點
4	陶瓷人工髓關節	96年1月1日	依類別：35,195～70,099點
	金屬對金屬介面人工髓關節	97年5月1日	依類別：39,396～49,319點
5	特殊功能人工水晶體	96年10月1日	2,744點
6	耐久性生物組織心臟瓣膜	103年6月1日	43,613點
7	調控式腦室腹腔引流系統	104年6月1日	7,127點
8	淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105年5月1日	28,773點
9	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統	106年8月1日	26,239點
10	治療心房顫動之冷凍消融導管	106年11月1日	70,200點

註：102年1月1日實施二代健保。

全民健保的精神，是希望保障民眾的「就醫平權」，並增進社會安全，因此屬於維繫生命、緊急搶救及醫療上有需要的特材，理論上都應納入健保給付的基本範圍，如果自付差額的項目過多，恐有加重民眾財務負擔之虞，也失去社會保險的意義。因此，健保會在討論自付差額特材案時，除須確定健保已有全額給付類似功能的特材，足以保障民眾基本使用的權益外，並審慎評估自付差額特材的品項，避免流於浮濫。

為利評估、討論健保署提會之自付差額特材品項案，健保會於103年3月訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」，後為提升納入健保

給付時程之效率，乃於105年6月修正為每季討論（原每半年）。該流程包含：1.討論議案前的準備作業及時點；2.討論頻率（每季討論）；3.健保署提案須檢附的資料（該品項相對健保全額給付品項之療效、價格差距、健保財務影響評估、健保署同意列入自付差額的理由，及醫療科技評估報告等相關支持證據、其他國家保險給付情形及價格）；4.品項通過後健保署須定期提出檢討報告等，期為民眾的權益把關。

自102年二代健保實施以來，健保署提經健保會討論，並報請衛福部核定後列為自付差額品項計5項（如表3-15）。茲就106年健保署送請健

保會討論之2項自付差額特殊材料申請案，及健保署提報自付差額特材品項之年度檢討結果，分述如下：

(一) 106年健保署送請健保會討論自付差額特材案情形

1. 「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特材申請案

該案提至3月份委員會議，依健保署所提資料（如附件一），相較於健保已給付的特材，本項能依患者受損面積客製化處理，於臨床上有利於醫師手術操作及增加效能，在相對風險（安全性）方面，病人發生術後併發顱肌疼痛、皮下積液及鈦合金網傾斜的情形亦較少。而本項特材較為特別之處，在於依健保署預估，本案納入自付差額品項後之使用量，其「自付差額特材品項占率」高達88%，顯示預估超過八成民眾會選用該自付差額品項，而非現行健保給付之品項。

經討論後，委員考量本特材可減少有需求民眾的財務負擔，乃同意先以自付差額方式納入健保給付；另基於其自付差額占率達88%，接近常規使用，爰建請健保署積極研議於107年納入全額給付之可能性。

嗣於106年9月協商107年度總額預算時，付費者委員將本案納入全額給付之預估費用，約0.24億元，納入107年度醫院總額之「新醫療科技」項目，後續健保署將依之提至共擬會議討論，期即

早納入健保全額給付品項，以減輕民眾財務負擔。

2. 「治療心房顫動之冷凍消融導管」自付差額特材申請案

該案提至5月份委員會議，依健保署所提資料（如附件二），相較於健保已給付的特材，除具有「增加病人使用方便性」之效果外，其手術時間較短、成功率較高、復發率亦較低。惟本案特材與健保全額給付同功能品項，兩者於臨床使用時，皆有「必要共同使用之同組特材」，需分別自付費用約24萬6千元或6至11萬元不等。

經討論後，委員考量本特材具有增加病人使用方便性之效果，爰同意以自付差額方式納入健保給付，惟請健保署充分公開其「必要共同使用之同組特材」及費用相關資訊，並督促特約醫院加強事前告知保險對象，以保障病患權益。另為利日後自付差額特殊材料申請案的討論，建請健保署日後於提案內容，具體陳述該品項對健保財務之影響評估及其財源規劃，並說明未能納入健保全額給付之原因，及未來納入全額給付之可行性評估。

表3-15 102年起健保署提健保會討論之自付差額特材品項申請案

申請品項	健保署同意理由	健保會討論結果	公告 生效日期
1. 耐久性生物組織心臟瓣膜 (1) 牛心瓣膜 (用途：心臟瓣膜置換病人)	較健保全額給付的豬心瓣膜，有較長的置換年限。	<b>103年第1次委員會議 (103.1.24)</b> 1. 依健保署提供的醫療科技評估報告，牛心瓣膜的相對療效與安全性，優於健保已全額給付的豬心瓣膜。 2. 為利保險對象在享有基本給付外，能同時增加自我選擇的權益，多數委員不反對本案。	103.6.1
(2) 牛心瓣膜與豬心包膜支架 (用途：同上)	健保全額給付的豬心瓣膜，耐用及抗鈣化效果佳。	<b>103年第2次委員會議 (103.2.21)</b> 1. 本特材與牛心瓣膜屬類似功能品項，委員不反對本案。 2. 多數委員認為建議價格過高，在維護與增加民眾自我選擇權益，及廠商若可降價之前提下，支持本案。	
2. 調控式腦室腹腔引流系統 (用途：腦積水病人，調節腦室壓力)	較健保全額給付的定壓式腦積水引流特材，具可調節壓力裝置，可減少過度引流等併發症。	<b>103年第1次委員會議 (103.1.24)</b> 請健保署提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等資料後再提會。  <b>103年第12次委員會議 (103.12.26)</b> 1. 本特材相較現行健保已全額給付的品項，價格差距達8倍以上，但效益似不明確。 2. 建議日後健保署提案時，應檢附嚴謹的醫療科技評估報告。	104.6.1
3. 治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置 (用途：治療下肢周邊血管阻塞疾病，改善病人間歇跛行、疼痛症狀)	較健保全額給付的淺股動脈支架，可改善血管重建術的通暢率，增加耐久性。	<b>104年第4次委員會議 (104.5.22)</b> 自付差額特殊材料品項，屬健保藥物給付項目之一部分，建議依健保法第41條規定，先提經藥物共同擬訂會議討論同意後，再提健保會討論。  <b>104年第11次委員會議 (104.12.25)</b> 考量該特材手術後的血管通暢率及免於再次開刀（血管重建）比率均較健保已給付的特材高，耐久性較佳，為增加民眾之選擇機會，多數委員爰不反對本案。	
4. 客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統 (用途：用於顎、顱顏面外科重建手術，能依患者受損面積客製化處理)	較健保全額給付的人工塑型顱顏骨固定系統，能依患者受損面積客製化處理，於臨床上有利於醫師手術操作及增加效能。	<b>103年第1次委員會議 (103.1.24)</b> 請健保署提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等資料後再提會。  <b>106年第2次委員會議 (106.3.24)</b> 1. 考量本特材通過後，可減少有需求的民眾財務負擔，為保障其醫療權益，乃予同意。 2. 依健保署資料，本案納入自付差額特殊材料品項後之預估使用量占率達88%，已近常規使用，委員認為宜請該署積極研議於107年納入全額給付之可能性，並於106年12月份提報研議、評估結果。	106.8.1
5. 治療心房顫動之冷凍消融導管 (用途：冷卻劑注入氣球導管實行環形消融，以達到心房顫動之肺靜脈電訊號隔離，回復病患正常心跳。)	以介入方式用於心房顫動、心房撲動或心房過速之冷凍消融治療用心臟電生理導管，相較傳統逐點射頻消融（電燒）導管，其手術時間短、成功率較高，且患者於治療過程中較不疼痛。	<b>106年第4次委員會議 (106.5.26)</b> 1. 本特材較目前健保全額給付品項，具有增加病人使用方便之效果，爰予同意。 2. 民眾運用本案特材或健保全額給付品項者，尚需分別自付約24萬元或6至11萬元的「必要共同使用之同組特材」，相關資訊請健保署充分公開，並督促特約醫院加強事前告知保險對象，以保障病患權益。 3. 為利日後自付差額特殊材料申請案的討論，請健保署於提案之說明，具體陳述該品項對健保財務之影響評估及其財源規劃，並說明未能納入健保全額給付之原因，及未來納入全額給付之可行性評估。	106.11.1

## (二) 健保署提報自付差額特材品項之年度檢討結果

### 1. 檢討自付差額品項之利用情形，評估納入全額給付

自付差額特材品項之開放，攸關民眾權益，為利制度之檢討改善，健保會除請健保署提報「新收載」品項開放半年後之執行情形外，並須於每年12月提出所有品項的檢討改善報告，以持續觀察民眾利用情形，若經健保署監測其療效、安全性及成本效益後，具有療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用

者，即應檢討改列全額給付之時程與預估財源。

依健保署統計，105年實施的「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」，其自付差額占率約30%；103年實施的「耐久性生物組織心臟瓣膜」，由103年下半年的22%，於105年上升至36%；104年開放的「調控式腦室腹腔引流系統」，其自付差額占率已達74%，顯示病患對該特材具有高度需求性，該署乃於107年醫院總額「新醫療科技」項目預算編列相關額度，期納入健保全額給付，後續將依程序提至該署共擬會議討論。

表3-16 「耐久性生物組織心臟瓣膜」利用情形（103.6.1納入）

項目	時間	103年 6-12月		104年		105年	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額—耐久性生物組織心臟瓣膜		289	0.13	805	0.35	946	0.41
健保給付心臟瓣膜		1,006	0.45	1,689	0.76	1,637	0.74
小計		1,295	0.58	2,494	1.11	2,583	1.12
自付差額占率		22.32%	22.83%	32.28%	31.63%	36.62%	35.87%

資料來源：健保會 106 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

表3-17 「調控式腦室腹腔引流系統」利用情形（104.6.1納入）

項目	時間	103年		104年 6-12月		105年	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額—調控式腦室腹腔引流系統		(未給付)		1,097	0.08	2,236	0.17
健保給付腦室腹腔引流系統		793	0.06	504	0.04	786	0.06
小計		793	0.06	31,601	0.12	3,022	0.23
自付差額占率		—	—	68.52%	68.44%	73.99%	73.90%

資料來源：健保會 106 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

表3-18 「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」利用情形（105.5.1納入）

項目	時間	103 年		104 年		105 年	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額—治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		(未給付)		(未給付)		492	0.15
健保給付淺股動脈支架	1,673	0.63	1,756	0.61	1,124	0.39	
小計	1,673	0.63	1,756	0.61	1,616	0.54	
自付差額占率	—	—	—	—	30.45%	27.53%	

資料來源：健保會 106 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

## 2. 自付差額特材品項之管理

為維護民眾權益，健保會委員十分關切健保署對自付差額特材品項的管理措施，包括院所是否充分告知相關資訊、資訊公開透明等。經健保署近年來的努力，除分二階段由醫師、行政或管理人員告知相關醫療資訊外，亦訂有下列管理措施：

### (1) 建置「自費醫材比價網」

於103年6月起建置「自費醫材比價

網」，蒐集各醫療院所向健保署申報收取特材自費的資訊，民眾可透過該署網站（<https://www1.nhi.gov.tw/SpecialMaterial/SpecialMaterial.aspx>），查詢「自付差額特材」及「未納入健保給付醫材」價格，促使價格透明化。截至106年底，醫療院所就自付差額特材品項之登錄情形如表3-19。

表3-19 自費醫材比價網之自付差額品項登錄統計

自付差額項目	登錄院所家數	品項
特殊功能人工水晶體	444	69
特殊材質人工韌關節	176	114
新增功能類別人工心律器	98	36
塗藥或特殊塗層血管支架	101	32
耐久性生物組織心臟瓣膜	54	9
調控式腦室腹腔引流系統	100	9
淺股動脈狹窄之塗藥裝置	53	9
客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組	31	6
治療心房顫動之冷凍消融導管	1	1

## (2)訂定「自付差額上限」

健保署於104年1月，首次對於醫療院所間收費差距較大的「特殊功能人工水晶體」品項，訂定「自付差額上限」（院所向民眾收取自費的上限金

額）；並於105年1月訂定「塗藥或特殊塗層血管支架」自付差額上限，採逐年滾動方式調整上限價格。整理目前訂定差額上限之特材類別、時間及方式如表3-20。

表3-20 訂定差額上限之自付差額特材類別

自付差額特材類別	實施日	上限之訂定方式
特殊功能人工水晶體	104.1.1	比價網收費金額分布之「90百分位」
	105.1.1	由90百分位調整為「70百分位」
塗藥或特殊塗層血管支架	105.1.1	比價網收費金額分布之「70百分位」

資料來源：健保會106年12月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

民眾除可經由上述「自費醫材比價網」查詢「醫療院所漲價名單」及「院所申報自付差額數量占率」外，

如果院所收費超過所訂的上限金額，健保署將予以違約處置（記點1點），並輔導限期改善。



附件一

「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額特材申請案  
 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

項目	自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註 2)</sup>
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)	“美敦力” 鈦密斯顱骨固定系統／組 Mesh (骨網 *1) 、Screw (骨釘 *12)
	許可證字號	衛署醫器輸字第 020434、017963、 023042 號
	核准日期	2006/3/26；2009/11/25；2011/12/1
	上市日期	2006/3/26；2009/11/25；2011/12/1
2. 特性	功能類別	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統（鈦 合金材質，手術前以電腦軟體客製化輔 助塑形）
	用途 (適應症)	適用於頷、顱顏面外科重建手術。如頷 骨矯正或創傷手術，利用內部固定裝 置，將骨頭碎片固定在一起，以固定顱 顏面骨骨折，可替代傳統使用自體骨重 建或健保給付之骨水泥、骨網等方式。 能依患者受損面積客製化處理，臨床上 有利醫師手術操作及增加效能。
	相對效果 (療效)	1. 平均手術時間，電腦輔助塑形組較短。（p 值 < 0.01） 2. 骨釘的使用數目，電腦輔助塑形組較少。（p 值 < 0.01） 3. 病患滿意度，電腦輔助塑形組滿意度較高。（p 值 < 0.05） (引用自附錄三醫療科技評估報告第 12 ~ 13 頁、附錄四文獻 3)
	相對風險 (安全性)	未搜尋到本案特材之直接安全性試驗比較，但有搜尋到使用客製化電腦輔助型鈦 合金及手工塑形鈦合金網之研究，其結果如下： 術後併發症以手工塑形鈦合金網組，有顯著較多的病人發生顱肌疼痛、皮下積液 以及鈦合金網傾斜的情形。（P 值皆 < 0.05） (引用自附錄三醫療科技評估報告第 12 ~ 13 頁、附錄四文獻 3)

項目		自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註2)</sup>	
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網（附錄一） 中位數：118,000 (P2) 最大值：147,000 最小值：100,000 平均值：119,405	健保支付點數：27,324 點 (P1)	
	價格差距	價格倍數 (P2/P1)：4.32 倍 以中位數估算民眾自付差額額度 (P2-P1)：90,676		
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度 (105) 總額之新特材預算：4.27 億點 提案前 (105 年預算) 已支用額度：1.89 億點 (截至 105.8.31，署表示因申報資料時間落差，尚無法更新至 105 年 12 月底) 註：106 年度總額之新特材預算：5.22 億點		
	納入前後預估使用量	前 3 年之預估使用量 (自費)： 8 組／(102 年 5 個月)、35 組／103 全年、76 組／104 全年 (自費碼申報量) 自付差額品項納入後預估 3～5 年之申報量：約各 180 組 (廠商預估)	前 3 年之申報量： 59 組／102 全年、61 組／103 全年、57 組／104 全年 (醫療費用申報量) 自付差額品項納入後預估 3～5 年之申報量：各 24 組 (替代率 6 成)	
	納入後預估新增費用	自付差額品項納入後，預估 3～5 年合計 (含自付差額品項及全額給付品項) 之新增費用：每年 557 萬點。		
5. 同意納入自付差額特材之理由 (參考 <sup>註3</sup> 填列)	(1) 同意納入自付差額特材之理由：因客製化而增加美觀或舒適性。 (2) 摘述共同擬訂會議之結論 (紀錄如附錄二)：本特材用以固定顱顏面骨骨折，替代傳統使用自體骨重建或健保給付之骨水泥、骨網等方式。能依患者受損面積客製化處理，臨床上有利醫師手術操作及增加效能，故同意納入健保給付。 (3) 醫療科技評估報告之重點 (評估報告如附錄三)：在相對療效及相對風險之研究結果，同上「2. 特性」之說明。 (4) 其他參考資料： A. 術前依照病人 CT 數據輸入電腦程式利用鏡面原理塑型，與缺損部位吻合，手術後外觀功能恢復正常。依據文獻 1 研究結果顯示：高達 92% 之患者對於手術結果感到滿意，其中 88% 的病患對術後外觀的結果感到滿意。（詳附錄四之文獻 1） B. 鈦合金相較於傳統使用自體骨進行顱骨重建，不會發生常見之自體骨被吸收後發生塌陷而需再次手術之情形，亦不會增加醫療費用支出。（詳附錄四之文獻 2）			

他國資料 (註 4)	項目	自付差額品項			
		國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價／市價
1. 基本資料	澳洲	2009	是	保險支付價 澳幣 11,060 (臺幣 265,329)	
	美國				
	日本				
	韓國				
2. 價格分布 (NT)	中位數、最大值、最小值、平均值：無資料（僅查到澳洲一國價格）				
3. 價格差距 (註 5)	國家：澳洲 價格倍數範圍：15 倍				

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

註 3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

- 增加耐久性：\_\_\_\_\_
- 增加病人使用方便性：\_\_\_\_\_
- 有利於監控病情：\_\_\_\_\_
- 增加與特定設備或儀器之相容性：\_\_\_\_\_
- 因客製化而增加美觀或舒適性：\_\_\_\_\_
- 增加安全性（或改善副作用）：\_\_\_\_\_
- 其他醫療功能外之附加效果：\_\_\_\_\_
- 其他可改善醫療或生活品質之功效：\_\_\_\_\_

註 4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 52 條之 3 所列之國家（韓國、日本、美國、澳洲）為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註 5：請依我國資料「1. 基本資料」之「名稱」欄所列 2 種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打 V， 未符合項目請說明
1. 資料完備	(1) 完整填列基本資料表	V
	(2) 提供我國醫療科技評估（HTA）報告	V
2. 程序完備	提經 102.11.21「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，並檢附會議紀錄	V
3. 保險對象權益保障	(1) 目前全額給付品項已提供基本照顧功能	V
	(2) 未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	V
4. 實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	V
5. 價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數	V (本自付差額特材品項，僅查到澳洲價格)

## 附件二

**「治療心房顫動之冷凍消融導管」自付差額特材申請案  
健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」**

項目		自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註2)</sup>
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)	“美敦力” 北極峰進階心臟冷凍消融導管 (CXZ025950001)	“爾灣” 瑟爾皮庫爾帕斯心臟電燒導管 (CXE05TCPACYB)
	許可證字號	衛部醫器輸字第 025950 號	衛署醫器輸字第 018804 號
	核准日期	103 年 6 月 4 日	97 年 4 月 16 日
	上市日期	103 年 6 月 4 日	97 年 4 月 16 日 (100 年 1 月 1 日起納入健保全額給付)
2. 特性	功能類別	治療心房顫動之冷凍消融導管。 (第二代冷凍消融導管，第一代臺灣未進口)	3D Mapping 灌注冷卻式診斷電燒紀錄導管
	用途 (適應症)	1. 紿付規定：限用陣發性心房顫動 (paroxysmal atrial fibrillation, PAF) 之肺靜脈隔離 (電訊號阻斷)。不宜列入之項目： (1) 重度二尖瓣逆流或狹窄者。 (2) 左心房大於 55mm 者。 2. 紿付規定較窄 (僅適用於肺靜脈及左心房交界處治療)。 3. 以冷卻劑注入氣球導管前端，實行一次性環形消融，以達到心房顫動之肺靜脈電訊號隔離，回復病患正常心跳。 4. 必要共同使用之同組特材 (詳附表三) (1) 美敦力 弗萊 凱可控式管套 (SHEATH)：自費價 45,000 元。 (2) 美敦力爾契定位導管：自費價 52,000 元。	1. 健保給付規定：限用於複雜性之心房或心室性不整脈。一般陣發性心室上心搏過速 (PSVT) 不適用。 2. 紿付規定較寬 (心房及心室皆適用)。 3. 以射頻燒灼方式，將電能轉為熱能，使不正常之心房或心室組織溫度升高，進而局部組織發生凝固壞死，並可進行逐點心臟電燒治療。 4. 必要共同使用之同組特材 (詳附表三) (1) SHEATH (w/dilator) / 長度 $\geq$ 60 cm (具單一角度，配合電極導管使用)，sideport + valve：健保支付 5,781 點。 (2) 3D 立體定位貼片：自費價 24,000 ~ 56,000 元。 (3) 10 極環形導管：自費價 38,000 ~ 60,000 元。
	相對效果 (療效)	本案自付差額品項相較於健保全額給付品項，相對效果略如下： 1. HTA 報告第 17 頁、文獻 5 第 7 頁： (1) 總手術時間較短 (124.4 $\pm$ 39.0 vs 140.9 $\pm$ 54.9 分鐘)。 (2) 左心房停留時間較短 (92.3 $\pm$ 31.4 vs 108.6 $\pm$ 44.9 分鐘)。 (3) 惟 fluoroscopy (螢光透視檢查) 照射時間較長 (21.7 $\pm$ 13.9 vs 16.6 $\pm$ 17.8 分鐘)。	

項目	自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註 2)</sup>
2.特性	相對效果 (療效)  2. HTA 報告第 22 ~ 23 頁 (Jourda 2015) (1) 平均手術時間較短 ( $110.7 \pm 32.5$ vs $134.5 \pm 48.3$ 分鐘, $p = 0.001$ )。 (2) fluoroscopy 照射時間較短 ( $21.5 \pm 8.5$ vs $25.3 \pm 9.9$ 分鐘, $p = 0.017$ )。 (3) X 光暴露劑量劑量較少 ( $4748 \pm 2411$ cGy-cm <sup>2</sup> vs $7734 \pm 5361$ cGy-cm <sup>2</sup> , $p=0.001$ )。  3. 文獻 2 第 4 ~ 5 頁： (1) 總手術時間較短 ( $173.5 \pm 3.1$ vs $199.8 \pm 4.3$ 分鐘)。 (2) 左心房停留時間較短 ( $147.9 \pm 3.2$ vs $166.7 \pm 4.4$ 分鐘)。 (3) fluoroscopy 照射時間較短 ( $33.3 \pm 1.0$ vs $42.4 \pm 1.8$ 分鐘)。  4. 文獻 4 第 6 頁： 術後全因性住院率降低 21%, 心血管相關住院率降低 34%, 再次電燒手術之機率降低 33%, 電擊治療機率降低 50%。	
	相對風險 (安全性)  兩者無顯著差異 (HTA 報告第 13 ~ 14 頁)	
3.價格	價格分布 (NT)  自費醫材比價網 (附錄一) 中位數 : 220,000 (P2) 最大值 : 290,000 最小值 : 206,125 平均值 : 238,708	健保支付點數 : 70,200 點 (P1)
	價格差距  價格倍數 (P2/P1) : 3.13 倍 以中位數估算民眾自付差額額度 (P2-P1) : 149,800	
4.健保財務影響評估	提案當年預算  提案當年預算 提案前 (106 年預算) 已支用額度 : 0.31 億點 (預估值, 署表示因申報時間落差, 故無法配合更新至 106 年 4 月)	
	納入前後預估 使用量  前 3 年之預估使用量 (自費) : 0 (103 年)、25 條 (104 年)、49 條 (105 年) (自費碼申報量) 自付差額品項納入後預估 3 ~ 5 年之 申報量 : 約 58、72、81 條 <sup>註 B</sup>	前 3 年之申報量 : 246 條 (103 年)、330 條 (104 年)、 432 條 (105 年) <sup>註 A</sup> 自付差額品項納入後預估 3 ~ 5 年之申 報量 : 約 429、440、456 條 <sup>註 B</sup>
	註 : A. 健保全額給付品項 (適應症較廣, 包含不同廠牌計 20 品項) 於 103 ~ 105 年申報量 633、846、1,108 條, 依 HTA 報告 (第 33 頁) 約 60% 為 心房顫動病患, 而心房顫動病患中僅 65% 為「陣發性」心房顫動, 以此 估算 103 ~ 105 年健保全額給付品項之申報量約 246、330、432 條。 B. 依 HTA 報告 (第 39 頁) 推估未來 3 ~ 5 年目標病人數為 487、512、 537 人、使用自付差額品項病人數 58、72、81 人; 以兩者之差距計算健 保全額品項之申報量約 429、440、456 人。	
	納入後預估新 增費用	自付差額品項納入後, 預估 3 ~ 5 年合計 (含自付差額品項及全額給付品項) 之 新增費用 : 0 (HTA 報告第 39 頁)

項目	自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註 2)</sup>															
5. 同意納入自付差額特材之理由 (參考 <sup>註 3</sup> 填列)	1. 同意納入自付差額特材之理由：可實行一次性環形消融，節省時間，符合增加病人使用方便性。 2. 摘述共同擬訂會議之結論（紀錄如附錄二）：本案特材是以介入方式用於心房顫動、心房撲動或心房過速之冷凍消融治療用心臟電生理導管，相較傳統逐點射頻消融（電燒）導管，其手術時間短、成功率較高，且患者於治療過程中較不疼痛，故同意納入健保給付。 3. 醫療科技評估報告之重點（含醫療倫理考量之相關資料，評估報告如附錄三）：在相對療效及相對風險之研究結果，同上「2. 特性」之說明。																
項目	自付差額品項																
他國資料 (註 4)	1. 基本資料	<table border="1"> <thead> <tr> <th>國別</th><th>上市年度</th><th>保險是否給付</th><th>保險支付價／市價</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>日本</td><td>103 年</td><td>是</td><td>健保支付價 637,000 JPY (NTD 165,620)</td></tr> <tr> <td>美國</td><td></td><td>否</td><td rowspan="2">查無價格</td></tr> <tr> <td>日本</td><td></td><td>否</td></tr> </tbody> </table>	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價／市價	日本	103 年	是	健保支付價 637,000 JPY (NTD 165,620)	美國		否	查無價格	日本		否
國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價／市價														
日本	103 年	是	健保支付價 637,000 JPY (NTD 165,620)														
美國		否	查無價格														
日本		否															
2. 價格分布 (NT)	中位數、最大值、最小值、平均值：無資料（僅查到日本一國價格）																
3. 價格差距 <sup>(註 5)</sup>	國家：日本 價格倍數範圍：3.5 倍																

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

註 3：本品項較相同用途且健保已納入全額給付之既有特材，有下列附加之功能或效果之一，且價格昂貴經認定無法納入全額給付者：

- 增加耐久性：\_\_\_\_\_
- 增加病人使用方便性：\_\_\_\_\_
- 有利於監控病情：\_\_\_\_\_
- 增加與特定設備或儀器之相容性：\_\_\_\_\_
- 因客製化而增加美觀或舒適性：\_\_\_\_\_
- 增加安全性（或改善副作用）：\_\_\_\_\_
- 其他醫療功能外之附加效果：\_\_\_\_\_
- 其他可改善醫療或生活品質之功效：\_\_\_\_\_

註 4：他國資料以全民健康保險藥物給付項目及支付標準第 52 條之 3 所列之國家（韓國、日本、美國、澳洲）為優先呈現對象，其次為其他具官方公開網站可供查詢的國家價格。

註 5：請依我國資料「1. 基本資料」之「名稱」欄所列 2 種品項，計算該國之價格差距；若無資料請說明。

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

為增進健保會討論自付差額特材議案之效率，並保障民眾基本權益及兼顧健保財務，爰以本檢核表就「資料完備」、「程序完備」、「保險對象權益保障」、「實證資料足以佐證」、「價格未偏離國際行情」等項目，協助檢視該品項宜否列入自付差額特材。

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

檢核項目		符合項目請打 V， 未符合項目請說明
1. 資料完備	(1) 完整填列基本資料表	V
	(2) 提供我國醫療科技評估（HTA）報告	V
2. 程序完備	提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過， 並檢附會議紀錄	V
3. 保險對象權益保障	(1) 目前全額給付品項已提供基本照顧功能	V
	(2) 未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	V
4. 實證資料足以佐證	已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳	V
5. 價格未偏離國際行情	本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高 於國際價格之中位數或平均數	V (本自付差額特材品項， 僅查到日本價格)

## 第四節 強化監理業務，奠立保險基石

### 業務現況

依據健保法第5條規定，保險業務之監理為健保會職務之一，尤其在二代健保實施後，不論在財源籌措或醫療支出等制度，都有結構性改革，基於醫療資源有限，爰應持續強化監理業務內涵，促使資源使用達到最大效益。

106年度的監理工作重點，除持續依據健保法施行細則第3條的規定，監理健保署年度預、決算備查案，及請健保署定期提報全民健保監理指標之監測結果外，為讓監理業務更具實務性，以避免流於紙上談兵，除請健保署進行專案報告外，並安排委員就該署執行多項總額實施計畫進行實地參訪活動；另委員基於監理職責，並就健保署106年度加強推動之重點業務，包括「專業雙審及公開具名」試辦方案、醫療資訊雲端查詢系統之執行，及分級醫療配套措施之落實等議題，請健保署進行專案報告或提案討論，並提出建言。

茲就業務參訪活動所提建議、各項重要議題之專案監理成果、健保預決算之財務監理情形，及監理指標之例行監測結果分述如下：

### 執行成果

#### 一、業務參訪活動

為利委員實地瞭解健保業務之推動狀況及面臨困難，於106年3月份委員會議併同安排業務參訪活動，參訪院所、主題及行程如下（詳表3-21）：

（一）參訪業務主題，包括：提升急性後期照護

品質試辦計畫、醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、牙醫特殊醫療服務計畫等。

（二）參訪院所：擇健保署中區業務組轄下的醫療院所，包括：衛生福利部臺中醫院、臺中育嬰院、南投縣仁愛鄉衛生所、霧社醫療中心、路加診所及埔里基督教醫院。

（三）時間及參與人員：

日期：106年3月23日（星期四）、3月24日（星期五）

參與人員：健保會計31位委員（含代理人）參加，相關參與單位尚包括衛福部社保司、健保署、健保署中區業務組暨轄下相關院所代表等。

（四）綜合參訪活動委員所提建議如下：

1. 本次參訪的主題，包括：提供整合性照護、成立醫療團提供特殊需求者牙醫服務，或提供偏鄉整合性門、急診及巡迴醫療的服務等，都可看出醫事機構的用心與努力，值得持續給予支持與鼓勵。
2. 整合式醫療服務模式，可提升多重慢性病人的照護品質、避免重複及不當醫療利用，應予鼓勵。惟醫療資源有限，未來宜注意與長照資源的整合，例如提升急性後期照護品質試辦計畫的出院規劃宜與長照2.0適度整合，避免資源重複投入。未來計畫成效評估可更細緻，例如納入病人滿意度調查等資訊。
3. 偏鄉醫療是社會長期關注的重要議題。

未來宜進一步以「醫療有效性」為努力目標，例如山地及離島地區可避免住院率仍高於全國，還有改善空間，並導入相關健康指標。

4. 提供醫療服務的相關設備，需考量偏鄉民眾醫療需求的特殊性，如年長者、多重慢性病、意外傷害及骨骼關節肌肉疾病等醫療需求較平地民眾高，建議未來

政府相關單位，應給予醫療團隊足夠資源，以照顧偏鄉民眾，確保就醫可近性及醫療品質。

委員均認為安排參訪活動有助深入了解健保業務，可每年就健保署執行之重點計畫或方案進行實地參訪，並就醫療機構執行上面臨困難或民眾就醫需求等，提供健保署改善業務、提升服務品質之建言。

表3-21 健保會106年第2次委員會議暨共識營、業務參訪活動行程表

106年3月23日（星期四）第一天		
時間	內容	地點
09:50～10:10	高鐵臺中站→衛生福利部臺中醫院	衛生福利部 臺中醫院
	參訪主題一：提升急性後期照護品質試辦計畫 參訪主題二：醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫	
10:10～10:30	健保署署本部簡報	
10:30～10:50	健保署中區業務組簡報	
10:50～11:10	衛生福利部臺中醫院簡報	
11:10～12:00	實地參訪	
12:00～12:45	午餐	
12:45～14:30	衛福部臺中醫院→仁愛鄉衛生所、路加診所	
	參訪主題三：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	
14:30～15:10	實地參訪	
15:10～16:00	仁愛鄉衛生所、路加診所→埔里基督教醫院	仁愛鄉 衛生所
16:00～16:20	埔里基督教醫院簡報	
16:20～17:20	綜合座談	
17:20～18:10	<b>健保會共識營</b>	
18:10～19:00	晚餐	埔里基督教 醫院
19:00～19:30	埔里基督教醫院→日月潭青年活動中心	
19:30～	住宿	
		日月潭青年活動中心

表3-21 健保會106年第2次委員會議暨共識營、業務參訪活動行程表（續）

106年3月24日（星期五）第二天		
時間	內容	地點
～09:30	早餐	
09:30～12:30	<b>健保會106年第2次委員會議</b>	日月潭青年活動中心
12:30～13:30	午餐	
13:30～14:50	路程（日月潭青年活動中心→臺中育嬰院）	
	<b>參訪主題四：牙醫特殊醫療服務計畫</b>	
14:50～15:10	臺中育嬰院簡報	臺中育嬰院
15:10～15:50	實地參訪	
15:50～	臺中育嬰院→高鐵臺中站	

## 二、重要議題之專案監理

106年度委員關心，並安排健保署提出專案報告主題如下表，健保會委員另就社會關注的健

保議題，也會提案討論、加以深究。茲就106年度重要議題之專案監理事項說明如下：

表3-22 106年重要監理議題專題報告一覽表

主題	時程
1. 104年健保收入超過6億元之醫療院所財務報告之公開情形	3月
2. 全民健康保險業務監理指標之監測結果	6、12月
3. 105、106年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形	7月
4. 106年度及近5年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	7月
5. 「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形	11月
6. 健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形	11月
7. 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	11月
8. 「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形	11月
9. 保險對象自付差額特材之實施情形	12月
10. 「健保藥品品質監測計畫」之進度報告	12月

### （一）「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形

健保會委員於105年7月份委員會議討論「反對衛福部自10月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據20年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案」，多數委員建議維持現行審查醫師內部具名、不對外公開之作法；同時建議回歸問題本質，探究目前所面臨的問題及配合研提解決方案。若爭議點在現行審查制度，則應全盤檢討，例如審查標準是否具一致性、有無複審機制、隨機抽樣方式，及其核減點數回推計算之合理性、爭審之救濟機制是否健全等。爰請健保署參酌委員所提建議，檢討現行審查制度，並與相關團體溝通，完成改善方案後，提至健保會報告。

健保署於106年11月份委員會議報告「專業雙審及公開具名試辦方案」之執行

情形，該試辦方案自105年10月起實施，以醫院總額醫療費用為範圍，「公開具名審查」科別有：小兒科、婦產科、耳鼻喉科、眼科、神經科、精神科及泌尿科等7科。試辦方案實施1季後，105Q3費用案件申報與審查結果和去年同期相較，有「申報醫療費用點數變動率大於5%（整體增加6.47%、門診增加6.64%、住診增加6.26%）」，及「樣本專審初核減率變動率大於10%（整體初核減率降低77.78%、樣本專審初核減率減少48.08%）」等2項符合調整條件，故調整專業雙審之作業方式，並自106年1月起實施，將原「有核減案件均需雙審，第2審醫師對第1審核減結果有共識部分方進行核減」之作業方式，調整為「符合特定情況之案件得進行雙審，第2審醫師可參考第1審醫師意見審查，最後以第2審醫師的審查結果作為核減結果為原則，必要時得召開共同審查會」。試辦方案執行4季後，相關數據（期間105Q3～106Q2）如下：

項目	期間	較去年同期增減	備註
樣本專審件數		-10.48%	
醫療費用申報件數	105Q3～106Q2	+1.70%	具名科>非具名科
醫療費用申報點數		+6.05%	具名科>非具名科

項目	較去年同期增減				備註
	105Q3	105Q4	106Q1	106Q2	
樣本專審初核減率	-48.08%	-44.48%	-29.81%	-6.24%	非具名科、具名科均減少；具名科之減少幅度較非具名科減少幅度高
整體初核減率	-77.78%	-47.83%	-35%	-14%	
一般服務浮動點值	-2.6%	-1.91%	-1.14%	-3.26%	
一般服務平均點值	-1.45%	-1.12%	-0.66%	-1.82%	各季均呈現減少情形

健保會委員提出不管是整體醫療費用申報件數、點數，均較去年同期成長，在樣本專審初核減率、整體初核減率部分，則無論具名、非具名科別，均呈現下降趨勢，本方案實施前後醫師審查所採標準是否一致；及「以第2審醫師的審查結果作為核減結果為原則」的理由，以及各科別審查專家人數不足，建議健保署對於審查專家能訂定相關配套措施，避免他們受到威脅、干擾，並加強查核工作等意見，健保署將參酌委員及各界建議持續調整精進。

## (二) 醫療資訊雲端查詢系統之執行情形

為鼓勵醫療院所即時查詢病患的就醫資料，以避免重複醫療、浪費資源，自103年度起，每年於協商總額時，均編列「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」專款預算，106年編列11億元，用於支付醫事服務機構的網路月租費、相關系統開發、雲端查詢藥歷及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果等費用。

健保署自102年起建置「健保雲端藥歷系統」，並自105年起，以雲端藥歷系統為基礎，擴大為「健保醫療資訊雲端查詢系統」。委員為瞭解雲端查詢系統的執行效益，乃安排健保署於106年11月份委員會議進行專案報告，執行情形如下：

### 1. 系統建置：

(1) 新增查詢資料項目：包含西醫及中醫用藥、檢查檢驗結果、牙科處置及手術，檢查檢驗、手術、過敏藥物、特定藥品用藥、復健醫療紀錄及出院病歷摘要等11大類資訊。



(2)新增特定項目提示及圖形化友善查詢介面：如提示20類檢驗（查）最近一次日期、用藥時間軸及統計圖形等。

(3)連結院所電子病歷交換系統，方便查詢影像，並強化就醫隱私保障：如民眾可設定密碼的功能等。

## 2. 執行成效：

(1)106年1～9月各層級醫事機構查詢率：醫院（100%）、西醫基層診所（94%）、中醫診所（67%）、牙醫診所（81%）、藥局（90%）。

(2)病人數查詢比率：逐季成長，106年第2季為81.6%，106年9月病人查詢數1,012.5萬人，查詢總筆數2,877.8萬人。

(3)有關雲端藥歷節省部分，被查詢病人6類用藥（降血壓、血脂、血糖，抗思覺失調、抗憂鬱及安眠鎮靜藥物）跨院所用藥日數重疊率逐年降低，103～105年推估之節省經費約3.05億元。

健保署未來除朝精進系統功能、推展機構使用等方向發展外，106年7至11月已先行試辦跨院共享電腦斷層攝影、核磁共振造影及超音波等，預計107年將擴大辦理，期透過此平台，將檢查、檢驗之結果及影像，分享予各醫療院所，提升民眾後續治療的方便性與連續性，並減少醫療資源浪費，對其效益，委員認為值得持續鼓勵，未來協商年度預算時，可納入考量。

## （三）監督是否落實106年度醫院總額分級醫療之配套措施

為配合衛福部推動分級醫療之「調高醫院重症支付標準，導引醫院減少輕症服務」策略，106年度醫院總額決定事項訂有「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分，不予分配」，輔以調整重症支付標準，爰將「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算89.674億元，其中60億元優先用於調整重症之醫療服務給付項目及支付標準項目。健保會委員關切該政策項目之落實情形，乃提案討論，並請健保署提供相關資料，茲就調整重症支付標準及配合政策減少輕症服務之監理情形，分述如下：

### 1. 106年度醫院總額以60億元調整重症項目

為導引醫院減少輕症服務，並適度反映照護重病之預算需求，健保會付費者委員於協商106年度醫院總額時，建議將「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算89.674億元，至少60%優先用於調整重症支付標準（約53.804億元），整體調整方案並應送健保會備查，因協商未獲共識，乃將付費者及醫界代表方案併報衛福部決定，經衛福部核定，優先以60億元調整重症醫療服務給付項目及支付標準。

鑑於上開調整支付標準作為，至106年7月仍未定案，健保會付費者代表委員乃於106年8月份委員會議提案，關切其執

行狀況，並請健保署提出相關資料，期能盡快實施。

健保署於該次委員會議說明，經徵詢專科醫學會對支付標準之增修建議，因為所建議之調整項目整體之財務推估達226億元，超出原編預算，考量其涉及調整優先順序及專業認定，經該署與醫界多次會議討論，終於106年8月9日

「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過調整1,716項醫療服務項目之支付點數，財務影響推估約59.43億點。主要調升加護病床、高危險妊娠住院診察費及急診診察費、外科手術相關項目、複雜生產（自然產及剖腹產）與內科特定診療及處置項目、6歲以下兒童手術項目加成、放寬急診診察費例假日加成時間等。

委員於聽取健保署報告後，了解該調整方案涉及範圍較廣，須較多時間進行評估與整合意見，但為確實落實分級醫療政策及年度總額決定事項之執行，爰決議：

(1) 健保署已提供相關辦理情形，請依法定程序辦理後續報部核定公告事宜，並於107年提出執行結果之專案報告。

(2) 委員所提意見，請健保署納入未來研修類似支付標準調整案時參考，期實施時間能更提前、諮詢對象能更廣泛周延。

上開重症調整項目，健保署依法定程序報奉衛福部核定，該部並於106年9月30

日修正發布「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」部分診療項目，健保會將持續追蹤其後續執行情形，並納入107年評核會議提報。

## 2. 106年度醫學中心與區域醫院初級照護案件數超過90%不予分配

本項係配合分級醫療政策的策略之一，惟鑑於106年7月間媒體報導，醫院為避免初級照護案件數過多而被核刪醫療費用，可能採取改變疾病編碼的方式來因應。健保會付費者代表委員關切醫學中心與區域醫院朝減少初級照護案件量之落實情形及編碼問題，乃於106年8月份委員會議提案，請健保署提供截至106年6月30日為止之辦理情形。

依健保署說明，為推動「106年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年的90%，超過部分，不予分配」之決定事項，與醫界歷經多次會議討論初級照護案件之定義，及超過部分不予分配之執行方式，並經106年7月4日「醫院總額研商議事會議」決議，考量第2季方確定初級照護管控範圍及定義，爰「第1季不處理初級照護點數核減事宜，併第2季扣減點數後合併結算，由各分區業務組就醫院申報資料進行分析及了解，並依更正後之診斷碼資料辦理結算」。另，針對門診診斷如何正確編碼，將邀集編碼臨床專家及學會討論、訂定相關原則。

委員於聽取報告後，建議初級照護定義及編碼原則確定後，應對民眾進行宣

導，讓民眾知道哪些屬於初級照護疾病，可至基層診所或地區醫院就醫；另委員亦十分關切編碼的問題，恐將影響健保大數據的正確性，但也理解醫界尚在熟悉編碼中，爰決議：「請健保署參考健保會委員所提意見，並於106年第2季醫院總額點值結算確認後，提供書面資料予委員參考」。

為利門診診斷之正確編碼，健保署除請台灣病歷資訊管理學會協助提供門診編碼原則初稿，並請台灣醫院協會提供修訂意見，及彙整、公告「門診編碼指引」。惟時序已近第4季，及醫師公會全聯會函請健保署，建議不溯既往，該署乃於106年11月22日「醫院總額研商議事會議」決議：「106年11月至12月超過去年同期90%部分不予分配，並請各醫院確實依編碼指引辦理」。健保署將於106年第4季每點支付金額結算確認後，提供資料予委員參考，健保會亦將持續追蹤其後續辦理情形，並納入107年評核會議提報。

#### （四）保全健保債權，要求積極追繳欠費

依健保法第28條規定，各級政府於本法100年1月4日修正之條文施行前，未依修正前第29條規定，將所應負擔的保險費撥付保險人（健保署）者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾8年，保險人並應依修正前第30條規定向其徵收利息。是以，健保會委員本於監理職責，於105、106年度委員會議多次針對欠費

回收的相關議題，提出意見及詢問，其中最受關切當為北高二市欠費的還款進度，臺北市政府提出4年還款計畫（104至107年），高雄市政府於106年10月6日提出修正還款計畫，將欠費本金及利息配置於106至110年分年償還。

截至106年12月底，北高二市101年度以前健保費補助款應收金額為2,058.75億元，尚欠費147億元，收繳率92.86%。臺北市政府106年度（含）前的還款計畫已全數落實；高雄市政府則於中央介入，協助以同基礎同比率補助高雄市政府後，亦落實執行106年還款計畫。

另委員也十分關切欠費有無加計利息、北高二市未如期撥付欠款，有無移送強制執行或查封土地以保全債權，及已查封之土地明細、還款期間是否超過健保法規定的8年期限等議題；並請健保署依法辦理及加強與相關單位溝通，在北高二市完全償還欠費前，仍將每月持續追蹤本議題。健保署除於委員會議詳實答覆委員提問外，並於每月的業務執行報告提供書面說明。

#### （五）落實指示藥品不納入健保給付之規定

依健保法第51條第4款之規定，「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」不屬於全民健保給付範圍。84年健保開辦之初，考量指示用藥於公、勞保時期即核准使用，健保署乃採取漸近方式，逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍，分別於94年及95年取消制酸劑與低含量、低效價維生素及礦

物質等指示用藥之健保給付，該類藥品多數屬作用緩和、安全性高、有效成分含量較低之藥品。

有鑑於健保施行已逾22年，健保會醫事服務提供者代表委員認為從一代健保至二代健保，健保法均明定指示用藥不給付，乃於106年10月份委員會議提案，建請健保署儘速依法行政；付費者委員認為指示用藥影響層面廣泛，若立即取消給付，將影響民眾用藥權益，且有時醫師開立處方用藥會搭配指示用藥，以減少處方藥的副作用，建議宜有配套措施（例如民眾正確就醫的宣導），並採逐步縮減的方式，另可將取消給付而節省之費用，指定用於新藥、新醫療科技，然若取消給付確屬窒礙難行，請健保署提出修法。爰決議：「請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實健保法第51條第4款之規定，包括研提『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請健保署評估有無修法之必要性。並請該署將整體評估結果，提至健保會報告」。

健保署基於全面取消指示藥之給付，仍需取得社會共識及減少病患用藥衝擊，將依用藥人數多寡，針對使用人數少之品項，於徵詢相關醫學會意見後，優先推動。並俟彙整各界意見及評估影響後，再於健保會報告有關落實指示藥品不納入健保給付之相關規劃。

#### （六）健保藥品品質監測計畫執行成果

為提升藥品品質及促進國人用藥安全，健保會於協商105、106年度總額時，於其他預算之「提升保險服務成效」項目編列相關預算，並請健保署委託食藥署以外的機關團體，抽驗健保給付的藥品品質，期確保藥品品質及提升國人用藥安全，健保署乃訂定「健保藥品品質監測計畫」。

於106年3月份委員會議，付費者代表委員鑑於媒體報導「冠脂妥」偽藥事件，關心是否還有其他舊藥偽裝成新藥、以及藥品送食藥署申請時是合格的，上市一段時間後，品質是否會改變、或藥品於出廠時是合格的，但在運送與儲存過程中，是否會因人為疏失而變質，建議健保署可利用前開預算，進行抽檢，並於健保會報告上開計畫之執行成果，乃安排健保署於106年12月份委員會議進行專案報告，因時間關係延至107年提報。

### 三、健保財務監理

健保署依據健保法施行細則第3條規定，就全民健保業務計畫及安全準備運用狀況編列107年度預算及105年度年終決算報告，於106年3月份及4月份委員會議，提送「105年度全民健康保險基金決算」、「107年度全民健康保險基金預算」備查案，以利健保會監理健保財務收支之運作情形。就所送預、決算案及幕僚研析意見與委員建議摘述如下：

### (一) 105年度決算之監理

1. 105年度全民健康保險基金決算重點：
  - (1) 保險收支：105年度保險收入為5,869.28億元（成長率-8.43%）；保險成本為5,683.89億元（成長率5.63%），保險收支結餘185.39億元。
  - (2) 安全準備：105年度保險收支結餘加上104年底安全準備餘額2,288.71億元後，累計安全準備餘額為2,474.10億元，約當5.22個月保險給付。
  - (3) 105年度雖然調降一般保險費及補充保險費費率為4.69%及1.91%，但因補列104年度政府應負擔健保總經費法定下限不足數、投保金額與投保人數的成長，爰保險收支仍有結餘，整體財務狀況尚屬穩健。
2. 幕僚研析意見與委員所提建議  
 105年度雖健保一般保險費及補充保險費費率分別調降為4.69%及1.91%，但因補列104年度政府應負擔健保總經費法定下限不足數及投保金額與人數的成長，保險收支尚結餘185.39億元，105年底累計安全準備餘額為2,474.10億元，約當5.22個月保險給付支出，整體健保財務狀況尚屬穩健。  
 委員除關心健保總經費法定下限36%不足數之計算方式、解卡後欠費狀況及北高兩市欠費等問題外，進一步質疑施行細則第45條規定，將7項政府依其他法令規定補助健保費計入政府應負擔總經費，該7項保險對象是否有

免繳保險費之法律依據，恐將限縮政府財務責任之虞等適法性疑義，有委員認為本案依法雖准予備查，但未來細則如有違反法律授權部分應重新調整，並附帶決定：「為符合二代健保法修法意旨，請社會保險司就委員所提全民健康保險法第27條與同法施行細則第45條有無扞格之處，及現行規定對政府財務責任規範不夠明確等意見，審慎評估、檢討修法之必要，以確保依法行政，在政府財務責任明確化下，促使健保財務更臻穩定」。

### (二) 107年度預算之監理

1. 107年度全民健康保險基金預算重點：
  - (1) 保險收支：107年度編列保險收入為5,837.92億元（成長率3.40%），保險成本6,468.81億元（成長率5.95%），保險收支預估短绌630.89億元。
  - (2) 安全準備：107年度保險收支短绌數加計106年底安全準備餘額2,014.32億元後，累計安全準備餘額為1,383.43億元，約當2.58個月保險給付。
2. 幕僚研析意見與委員所提建議  
 以107年度保險收支預算數觀之，總體收支延續106年度預算，呈現短绌情形，累計安全準備尚稱充裕，惟近年在保險給付成長率高於保費收入成長率情形下，健保財務缺口將逐年擴大，安全準備餘額亦將逐年減少，預

計109年底安全準備餘額將低於1個月保險給付，爰建請衛福部及健保署宜及早因應，研議強化健保收入面及支出面之政策作為，並提升健保之經營效益，期能延緩健保財務因結構性因素所導致的惡化速度。

委員並提出預算書保險收入、保險支出推估方式合理性等意見，例如保險支出假設之總額成長率過高等問題，建議健保署宜提供委員合理及可接受的保險收支推估基礎。

#### 四、監理指標之監測結果

健保會於103年所建置的監理架構與監理指標，係以宏觀、前瞻性的方式監理健保業務，其包含「效率」、「醫療品質」、「效果」、「公平」及「財務」等5大構面，計27項指標（各構面分別包含8項、6項、3項、4項及6項指標）。

健保署依各指標的監測時程（季、半年、年）定期提報監測結果，並於每年6、12月進行專案報告；季指標再於3、9月業務執行報告呈現，以利即時監控（近3年年度監測結果報告書，請參閱健保會網站：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-3531-116.html>）。

宏觀性監理指標呈現的是全國性資料，相較個別醫院的院內指標，變化不大，主要觀察其趨勢變化。整體而言，「財務」構面的6項指標，呈現穩健趨勢；至於「效率」、「醫療品質」、「效果」及「公平」等構面的21項指標，多數指標未有大幅波動，茲就須要進一步探究之指標說明如下：

##### （一）效率構面：

1. 「指標1.1急性病床平均住院天數（整體及各層級）」，整體及各層級之平均值，自103年起均呈下降趨勢。

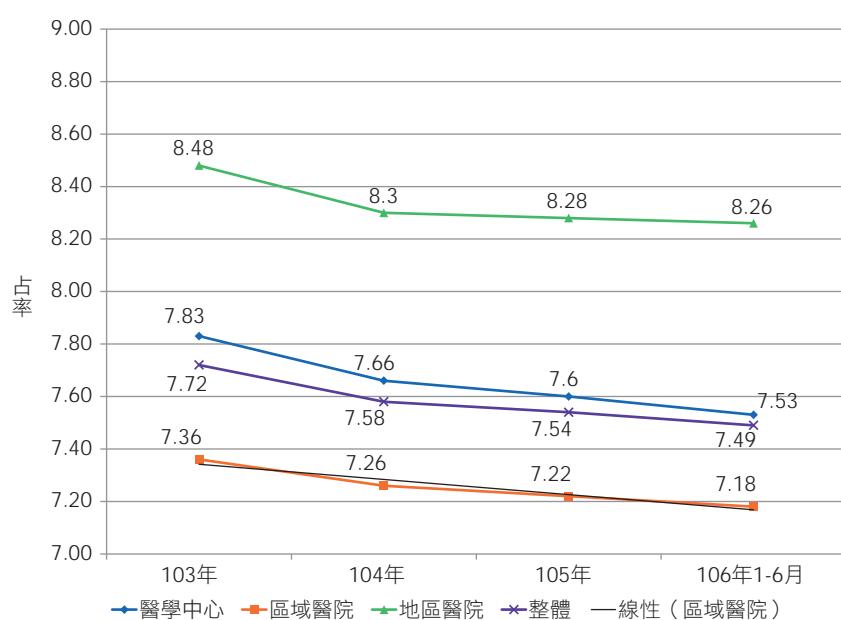


圖3-14 急性病床平均住院天數（整體及各層級）

2. 「指標1.2急診病人留置急診室超過24小時比率（整體及各層級）」，自103年起呈下降趨勢；各層級間，醫學中

心、區域醫院逐年微降或持平，惟地區醫院逐年微升，值得持續關注。

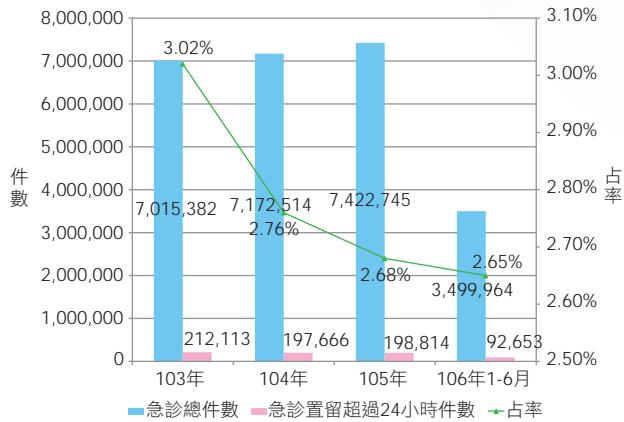


圖3-15 急診病人留置急診室超過24小時比率（整體）



圖3-16 急診病人留置急診室超過24小時比率（醫學中心）

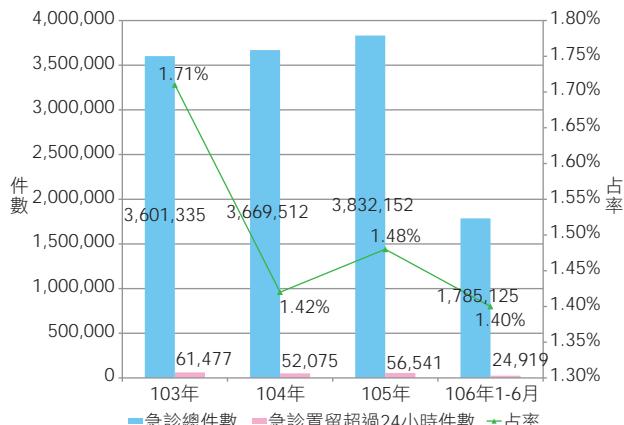


圖3-17 急診病人留置急診室超過24小時比率（區域醫院）

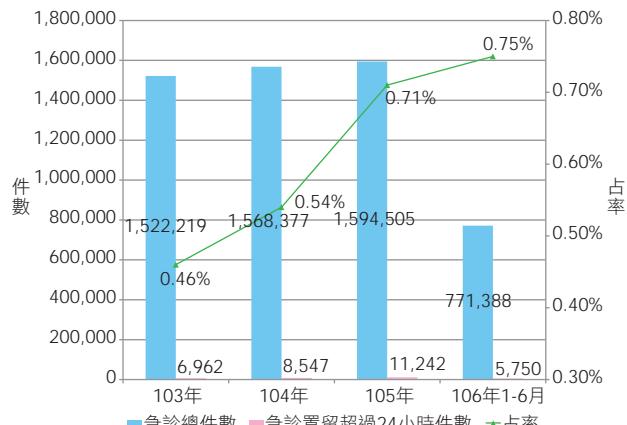


圖3-18 急診病人留置急診室超過24小時比率（地區醫院）

3. 「指標1.3癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數」，資料顯示105年癌症病人生前6個月醫療費用，較104年成長6.57%，平均每人醫療費用約40.1萬點，較104年成長4.53%。而癌症死亡

病人生前6個月「有接受安寧療護每人費用」，較「未有接受安寧療護每人費用」者低。委員關注有、無接受安寧療護之癌症病患生前6個月醫療費用之比較，建議持續觀察其變化。

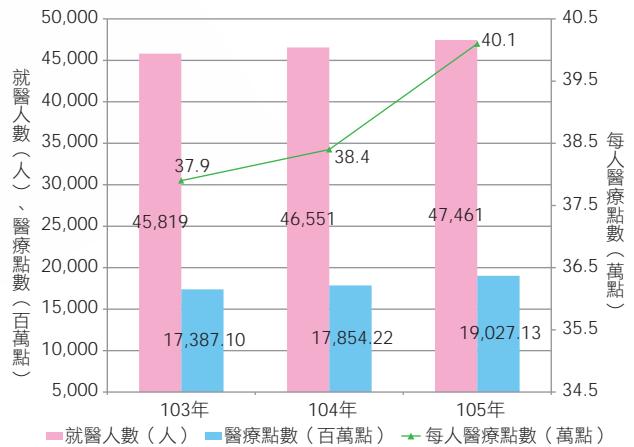


圖3-19 癌末病人生前6個月醫療費用點數一門住合計



圖3-20 有、無接受安寧療護之癌症病患生前6個月醫療費用

## (二) 醫療品質構面

### 1. 「指標2.3糖尿病品質支付服務之照護率」，整體及各層級之糖尿病照護率

自103年起均呈上升趨勢，符合政策期待，惟仍有提升空間。

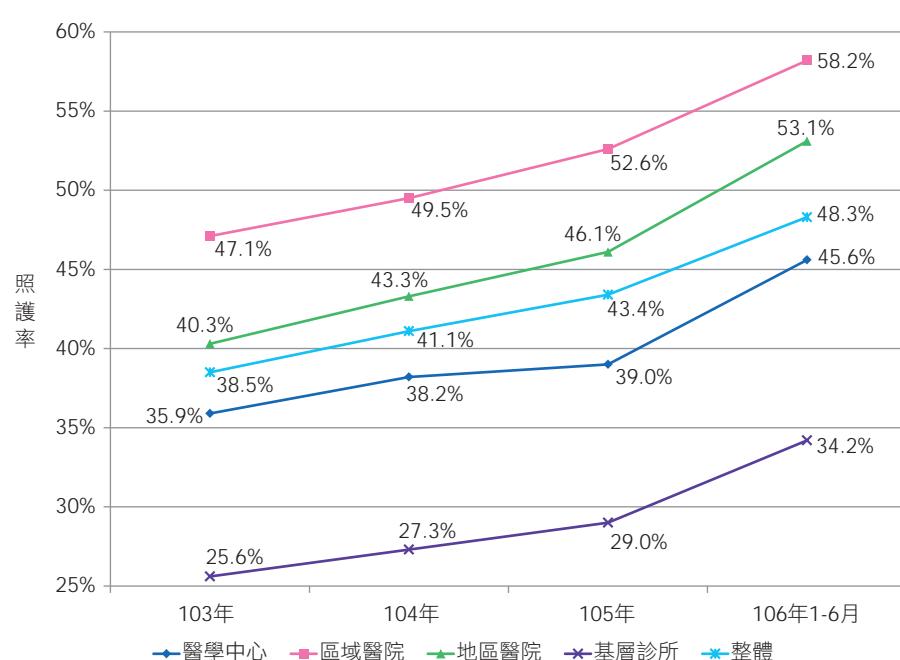


圖3-21 糖尿病品質支付服務之照護率

2. 「指標2.5醫院病床數（整體、六分區及醫院各層級）」，整體而言，103～105年健保病床及差額病床呈微幅增加，至106年上半年健保病床數略為下降，差額病床仍略增加。以分區別來

看，健保病床至106年上半年，除北區增加外，其餘各區均微幅下降；各分區之差額病床，至106年上半年，除高屏、東區的差額病床略降低外，其餘各區均微幅上升。

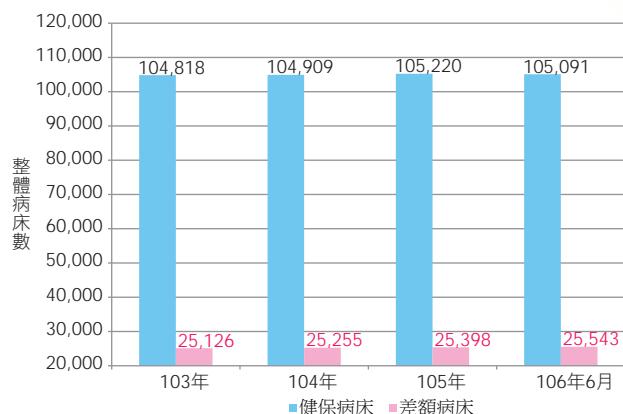


圖3-22 醫院病床數（整體）

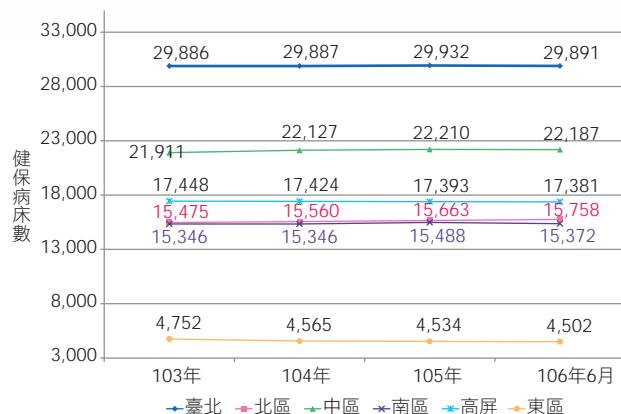


圖3-23 醫院健保病床數（六分區）

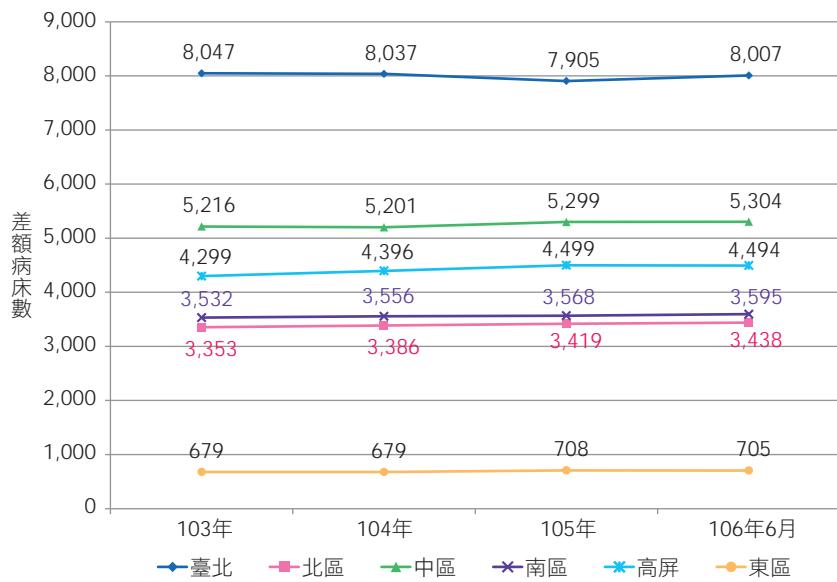


圖3-24 醫院差額病床數（六分區）

## (三) 效果構面

「指標3.3民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度（各部門）」，103～105年民眾

對各部門總額整體醫療品質滿意度均接近9成，105年以對西醫基層總額的整體滿意度最高。

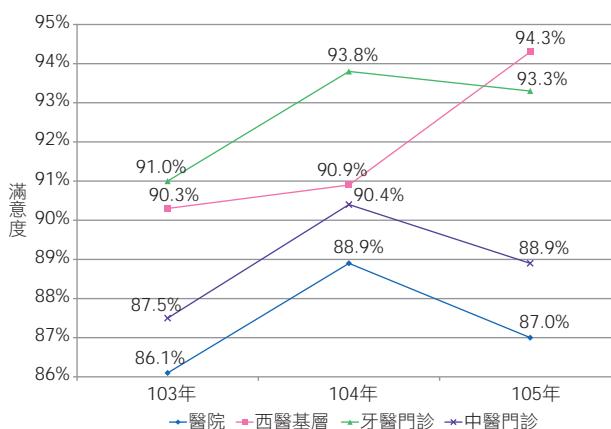


圖3-25 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度（各部門）

## (四) 公平構面

1. 「指標4.2一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（各部門）」，各部門總額於105年，不論一般地區、醫療資源不足地區、山地離島

地區，民眾就醫率均有上升。惟牙醫、中醫部門在一般地區之門診就醫率高於醫療資源不足地區與山地離島地區，顯示該2部門仍有努力空間。

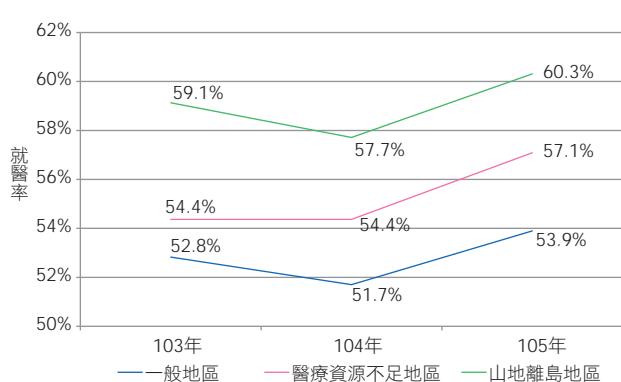


圖3-26 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（醫院）

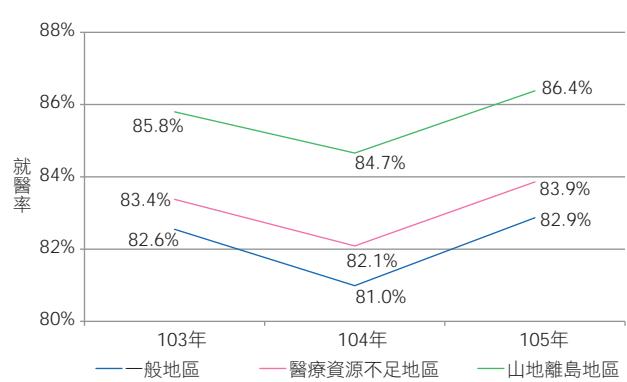


圖3-27 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（西醫基層）

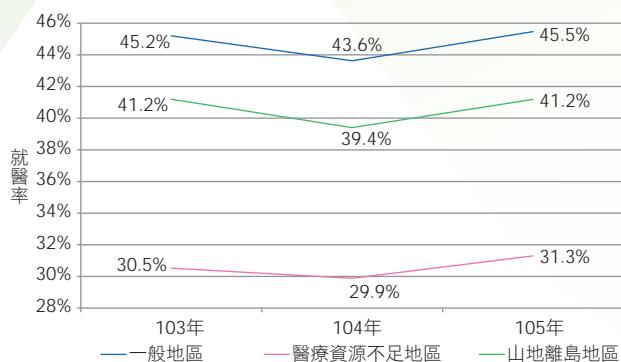


圖3-28 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（牙醫）

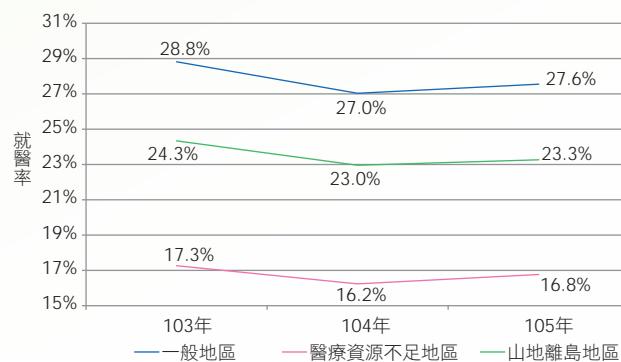


圖3-29 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（中醫）

2. 「指標4.4自付差額特材占率（整體及各類別項目）」，103～105年資料顯示，民眾選擇使用健保自付差額項目逐年微

幅增加，委員對於占率較高品項，建議健保署應優先檢討、納入健保全額給付之可行性。

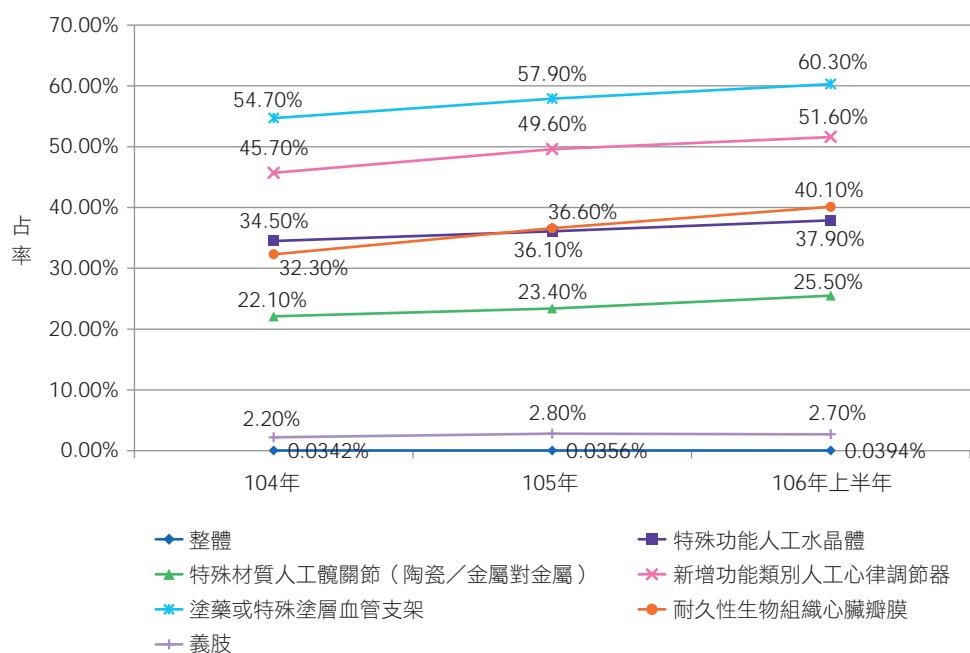


圖3-30 自付差額特材占率（整體、各類別項目）

## 第五節 提供政策與法規諮詢意見， 興革健保業務

### 業務現況

依健保法第5條規定，保險政策、法規之研究與諮詢為健保會之應辦事項，衛福部、健保署對於涉及多數民眾權益的健保政策或法規，希望能透過健保會此各方代表組成的溝通平台，諮詢其意見，使所制訂的政策、法規更趨周延、完善。相對地，健保會委員基於由社會各界推派代表的職責，也希望在此平台為大眾發聲，提供健保各項重要政策的相關建言，作為政府部門推動政策、制訂法規的參考，使健保會的功能得以充分發揮。

此外，健保法也規定健保署所擬訂「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）、「保險人及保險醫療服務機構應公開之醫療品質資訊辦法」（第74條）等，須提健保會討論，以利收集多元意見，擴大社會參與健保事務的層面。

106年健保署依健保法第72、73條規定，提送「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）」與「健保醫事服務機構提報財務報告辦法修正案」請健保會討論，及委員基於職責提出對於健保財務、業務興革等面向之建議，包含：針對「職業工會會員投保金額下限申報之規定」、「對政府應負擔健保總經費法定下限36%計算公式」及「106年『家庭醫師整合性照護計畫』預算超支之因應」等議題之建言，均送請衛福部、健保署參考，以利精進健保業務，及將有限資源發揮最大效益。茲就相關執行成果分述如下。

### 執行成果

#### 一、依法送健保會討論事項

##### （一）「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」之討論

為減少無效醫療等不當耗用健保資源之情形，健保署依健保法第72條規定，自102年起擬訂年度抑制資源不當耗用改善方案提健保會討論後，報奉衛福部核定實施。本方案主要目的在降低不必要的醫療使用，提升醫療服務效率，並依保險對象、保險人、醫事機構三面向擬訂11項改善策略；106年度方案除延續歷年策略外，於「保險對象合理使用保險權益」面向，新增推動「強化自我照護能力」策略，並於「正確就醫觀念及行為」項下，新增「逐步分階段推動分級醫療6大策略」，期引導民眾配合分級醫療政策，合理使用醫療資源。於「醫事機構-善用醫療資源，提供合宜治療」面向，新增「各分區自訂管理策略」，即健保六分區業務組可依其特性，訂定其適用之項目與目標；另於「保險人-提供合理公平給付，促進醫療品質提升，增加醫療供給效率」面向，新增「合理藥費管控措施」、「減少不必要的高耗用醫療項目」策略，以降低不當處方用藥，提升病患用藥品質，並加強管控檢驗、檢查及復健等醫療服務，期減少不必要的醫療使用。

健保會於106年4月份委員會議討論106年度方案時，委員為了解前（105）年

度方案之執行成效，以利提出建言，則請健保署進行專案報告。經充分討論後，決議：「尊重中央健康保險署所提方案，惟為期周延，請該署參酌納入委員所提建議事項，並依法定程序陳報衛福部核定」。健保署並將委員所提，對於不必要的高耗用醫療項目（如：檢驗檢查及復健治療），宜進一步瞭解抽審件數與不當耗用之趨勢等建議，納為管理參考措施，並將修訂方案報陳衛福部，衛福部於106年5月26日核定。「106年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」如附錄十。

## （二）修正健保醫事服務機構提報財務報告辦法

健保署依據健保法第73條規定，於健保會106年3月份委員會議提案修正「健保醫事服務機構提報財務報告辦法」第7條，增列「醫務收入明細補充表」及「醫務成本明細補充表」如附件，本次研修原因及重點如下：

1. 基於審計部於105年5月及7月，關切健保署公開財務報表跨權屬比較之公平性，及健保會102年2月份委員會議、105年11月「運用保險醫事服務機構公開財務報告強化健保財務監理效能」專家諮詢會議，均針對健保財報標準化與可比較性等問題，建議納入研修健保醫事服務機構提報財務報告辦法之參考。
2. 另健保署於104年委託淡江大學，就現行財務報表之可比較性進行研究，對於公立、私立、法人醫院各適用不同會計制度與財報規定，其報表格式及科目名

稱與內容，有所差異，差異較大為「收支餘绌表」、「醫務收入明細表」、「醫務成本明細表」等3表件。

經討論後決議：「為使公開後之醫事服務機構財報資料更具可比較性，同意增列『各保險醫事服務機構需另行提報醫務收入明細表及醫務成本明細表之補充表格』，請該署參酌討論結果，依法定程序陳報衛福部核定發布」。健保署參酌委員意見後陳報衛福部，目前衛福部尚就法制面研議中。

## 二、委員對健保財務、業務興革之建議事項

### （一）職業工會會員投保金額下限申報規定之檢討

健保署依全民健康保險法施行細則第46條第1項第5款規定，於106年4月24日公告健保第2類第1目被保險人（無一定雇主或自營作業而參加職業工會者）之投保金額自24,000元（分級表第6級）起申報，並自106年7月1日起實施。

註：施行細則第46條第1項第5款略以：  
下列被保險人之投保金額，應配合投保金額分級表等級金額，依下列規定向保險人申報：  
五、無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，按中華民國一百年一月一日生效之投保金額分級表第六級起申報，並於上開投保金額分級表生效後，全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，每次累積達百分之四點五時，由保險人公告，自次年元月起，按原月投保金額對應等級調高一級。

健保會付費者委員認為現行職業工會會員投保金額下限之計算，以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不盡合理，乃於106年4

月份委員會議提案，經討論後，決議略以：「委員針對健保第2類第1目被保險人之投保金額自24,000元起申報之實施期程，及健保法施行細則第46條第1項第5款規定之相關意見，送請衛福部社保司及健保署審慎研議」。健保署經參酌委員建議，復於106年5月12日公告健保第2類第1目被保險人之投保金額自24,000元起申報，修正自107年1月1日起實施（即延後半年實施）。

另106年10月26日立法院第9屆第4會期社會福利及衛生環境委員會第7次會議，林靜儀委員等臨時提案：「有關健保第2類被保險人為無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，而以該職業工會為投保單位並按健保投保金額分級表第6級起自行申報投保金額，繳交健保費。但根據健保法施行細則第46條第1項第5款規定，如全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額之成長率，每次累積達4.5%時，自次年1月起，按月投保金額對應等級調高一級。法令實施以來已調整2次，各縣市工會代表亦曾向健保署提出建言，表示職業工會成員多屬無一定雇主或自營作業者，與全國各公、民營事業機構受僱者之立基點不同，此規定甚為不妥。爰建請衛福部於年底前研議檢討該施行細則第46條第1項第5款」。衛福部社保司乃邀集專家學者及工會團體研商後，提出申報下限不與「公、民營事業機構受僱者月平均投保金額成長率」連動調整之可行方案，初步研提三個方案如下：

1. 方案一：固定分級表第3級。
2. 方案二：隨基本工資成長率調整。
3. 方案三：隨職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率調整。

衛福部為廣泛徵詢各界代表的意見，乃將「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案」交議健保會，經提106年12月份委員會議討論，會中決議請社保司補充所提方案對於保費收入之財務影響評估資料後，再提會討論，復經107年1月份委員會議再議後，決議：委員建議採方案三「隨職業工會會員排除適用下限申報者之月平均投保金額成長率調整」，並將建議陳報衛福部，作為研修職業工會會員健保投保金額申報下限之參考。

## （二）對政府應負擔健保總經費法定下限36%之建議

自105年起，健保會付費者委員持續關心政府應負擔健保總經費法定下限36%計算公式，及健保法施行細則第45條（條文如下表3-23）修正案。為讓付費者代表委員與衛福部能深入溝通，特別安排在106年度共識營暨業務參訪活動（106.3.23）結束後的晚上，加開討論會交換意見，計15位委員到場與衛福部代表進行意見交流至深夜11時，惟仍未獲共識。

表3-23 健保法施行細則第45條修正條文

	105.12.23 修正條文	101.10.30 修正條文
第45條	<p>本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下：</p> <p>一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。</p> <p>二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</p> <p>三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。</p>	<p>本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費，及政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。</p>

資料來源：全國法規資料庫（首頁>法規查詢>全民健康保險法施行細則>沿革）。

次日，在健保會106年第2次委員會議進行「105年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」備查案時，雇主代表李委員永振提出「健保法第27條已明確規定保險對象或投保單位之保險費負擔比率，若再以施行細則第45條將原住民保險費等政府依其他法令規定補助之7項保險費（如下表3-24）納入政府負擔之36%計算範圍，明顯與健保法第27條牴觸」之看法，因此上開7項政府依其他法令規定補

助之健保費是否納入政府負擔之36%為委員與社保司之爭點，爰建議「修正健保法第27條，將7項保險費明文列入政府負擔之計算範圍，或將施行細則第45條修改回101.10.30修正之條文」；另被保險人代表謝委員天仁也認為，將7項依其他法令規定補助之保險費列入政府負擔之計算範圍，有違二代健保宣稱政府負擔總經費由33%調整至36%之修法精神。

表3-24 政府依其他法令規定補助7項健保費之相關規定

項目	相關法令規定
1. 原住民健保費	原住民族基本法、原住民族委員會補助原住民全民健康保險費實施要點
2. 65 歲以上離島地區居民健保費	離島建設條例
3. 70 歲以上中低收入老人健保費	老人福利法、老人參加全民健康保險無力負擔費用補助辦法
4. 中低收入戶 18 歲以下兒少健保費	兒童及少年福利與權益保障法、兒童及少年醫療補助辦法
5. 中低收入戶健保費	社會救助法
6. 中重度身心障礙者健保費	身心障礙者權益保障法、身心障礙者參加社會保險保險費補助辦法
7. 受僱者（勞工身分）保險費育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費	性別工作平等法

資料來源：本會第2屆104年第7次委員會議資料（104.8.28）

衛福部代表商委員東福於討論時說明，能理解委員為健保財務穩定所做的努力，惟施行細則第45條已經立法院審查通過，爰未來修法時，會將委員所提意見納入參考，該備查案經討論後，決定：「建議社會保險司及中央健康保險署應審慎檢視相關法令，研議因應處理，本案予以備查。但未來如有違反法律授權部分，應重新調整」，另附帶決定「為符合二代健保法修法意旨，請社會保險司就委員所提全民健康保險法第27條與同法施行細則第45條有無扞格之處，及現行規定對政府財務責任規範不夠明確等意見，審慎評估、檢討修法之必要，以確保依法行政，在政府財務責任明確化下，促使健保財務更臻穩定」。

註：健保法第27條：第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

- 一、第一類被保險人：（一）第十條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之七十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之三十，學校負擔百分之三十五，其餘百分之三十五，由中央政府補助。（二）第十條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，其餘百分之十，由中央政府補助。（三）第十條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。
- 二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，其餘百分之四十，由中央政府補助。
- 三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，其餘百分之七十，由中央政府補助。
- 四、第四類被保險人：（一）第十條第一項第四款第一目被保險人，由其所屬機關全額補助。（二）第十條第一項第四款第二目被保險人，由中央役政主管機關全額補助。（三）第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。
- 五、第五類被保險人，由中央社政主管機關全額補助。
- 六、第十條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵

輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。

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

106年7月份委員會議，健保會雇主代表委員聯合提出「為使政府當責承擔健保總經費不得少於36%之財務責任，建議衛生福利部恢復101年10月30日修正通過之全民健康保險法施行細則第45條條文內容，並匡正105年度之政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式案」。

案中提到依健保法第17條規定，「本保險保險經費於扣除其他法定收入後，由中央政府、投保單位及保險對象分擔之」；同法第3條規定，「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於每年度保險經費扣除法定收入後金額之百分之三十六。政府依法令規定應編列本保險之百分之三十六部分，由主管機關編列預算補撥之」。其中有關「政府已負擔保險費」之認定與計列範圍，依據101年10月30日修正發布、並自102年1月1日施行之健保法施行細則第45條規定，「本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費，及政府依本法第二十七條規定補助各類保險人及其眷屬之保險費」，亦即，在二代健保施行之初，「政府已負擔保險費」只計列政府依「健保法」補助各類保險人及其眷屬之保險費，並未計列依其他法令規定補助之健保費。

惟健保法施行細則第45條於105年12月23日修正發布後，將7項政府依其他法令補助但原被歸類為保險對象及民營雇主所負擔的保險費，轉計入健保法第3條「政府已負擔保險費」之計算範圍，委員認為若從該7項保險費之法源來看（表3-24），其應屬社會福利或社會救助之範疇，非屬社會保險制度應解決之問題，施行細則第45條未明確訂定納入計列政府應負擔36%範圍之項目與金額，形同「空白授權」，長期恐對健保實質收入產生不利影響，影響健保財務。

且由於衛福部及健保署計算「政府應負擔健保總經費法定下限36%」時，是以「民營雇主及保險對象所負擔健保費」反推整體保險費，若該7項保險費移列為「政府已負擔保險費」時，將使整體健保費的推估基數變小，實質縮減收入結構，變相減輕政府應負擔健保之財務責任。

另一方面，法律並未明文免除被保險人對該7項健保費之繳納義務，如由政府全額補助，將其計入「政府已負擔健保費」，明顯與第27條「保費負擔」規定牴觸，爰建請衛福部恢復101年10月30日修正通過之施行細則第45條條文，及匡正105年度政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式（補提38.5億元）。該案經討論後決議：「本會委員所提意見送請衛福部（社會保險司）及健保署審慎研析並檢討修正」。

### （三）對106年「家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）」預算超支之建議

健保會於協商106年度總額時，配合衛福部推動之分級醫療政策，並期擴大基層醫療之服務量能，乃於西醫基層總額編列「開放表別」專款2.5億元，讓診所可以提供更多民眾所需的醫療服務項目，並持續增編家醫計畫預算（106年預算15.8億元，較105年增加4億元），以利將居家照護服務、醫療給付改善方案之適用對象，納入家醫計畫的照護範圍。

經健保署各分區業務組及基層醫師努力推動下，截至106年5月底，家醫計畫收案人數高達413萬人，較105年增加153萬人，但也導致原編列預算，不足以支應，健保會西醫基層代表黃委員啟嘉、吳委員國治乃於5月份委員會議提出臨時提案，建請研議緊急因應對策；另衛福部應醫師公會全國聯合會之請，於106年6月22日函請健保會就家醫計畫預算不足一事，比照「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序，予以討論。

經提106年6、8月份委員會議討論，委員均表示支持西醫基層部門及健保署配合分級醫療政策，戮力推動及擴大家醫計畫，亦認同對於預算超支部分，應予適當補償；惟多數委員認為其未符合『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之動支條件；且宜遵循本會前議定「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」之總額協商通則，爰決議：

1. 請健保署考量在符合相關規定之前提下，提出適當的處理方式，並同意對於106年度「家庭醫師整合性照護計畫」預算超支議題，可納入107年度總額協商時考量。
2. 請健保署及各部門總額相關團體，未來應妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行。

健保會於106年9月協商107年度總額時，雖然西醫基層總額未能達成共識，但不論醫界或付費者代表方案，均有考量家醫計畫擴大照護對象之預算需求，予以增編107年度家醫計畫專款預算。經報奉衛福部核定結果，107年度家醫計畫全年經費28.8億元，較105年增加13億元，其中4.5億元用於挹注106年度家醫計畫專款項目之不足款。

#### （四）召開跨單位業務座談會，提供對話機會，期減少健保資源使用

健保會醫界代表謝委員武吉鑑於衛福部所轄國民健康署、疾病管制署和食品藥物管理署等附屬機關之業務職掌，多關乎增進全體國民健康，且其政策及作為，亦

與健保資源使用相互影響、衝突；另外，該附屬機關也有部分業務委託健保代辦，或轉由健保支應等，乃於106年12月份委員會議提出「為能對健保之監理與健保資源使用有更整體性與全面性的視野，建議國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形案」。

經過討論後，大多數健保會委員認同前揭三署之業務職掌，如預防保健、食品安全、傳染病與慢性病防治等，與醫療資源分配及健保利用具有密切的關聯，宜有整體思維及跨單位的整合策略，乃決議：「除依目前視委員會議討論需要，邀請國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署等相關單位列席說明外，再由本會每年至少邀請上開相關單位舉辦1次業務座談會，與委員交換意見。至於座談議題，請本會幕僚徵詢委員意見後擬訂」。幕僚將依上開決議安排後續業務座談，期透過討論、對話機會，集思廣益形成減少整體資源投入（使用）之策略方案。



## 附件 第七條附表七：醫務收入明細補充表

(特約醫事服務機構名稱)  
醫務收入明細補充表

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	金額	備註
醫務收入		
門診收－健保		
門診收入－非健保		
門診收入－部分負擔		
急診收入－健保		
急診收入－非健保		
急診收入－部分負擔		
住院收入－健保		
住院收入－非健保		
住院收入－部分負擔		
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：健保優待		
減：醫療優待		
其他業務收入		
臨床教學研究補助收入		
其他補助收入		
雜項業務收入		

主辦會計：

會計主管：

負責人：

第七條附表八：醫務成本明細補充表

(特約醫事服務機構名稱)  
 醫務成本明細補充表

中華民國 年及 年 月 日

單位：新臺幣千元

項目	金額		備註
	健保	非健保	
醫務成本			
人事費用			
醫師			
護理人員			
其他醫事人員			
其他人員			
藥品費用			
醫材費用			
其他費用			
折舊費用			
機械及設備折舊費用			
房屋及建築折舊費用			
水電費用			
租金費用			
機械及設備折舊費用			
房屋及建築折舊費用			
其他			
醫務管理及總務費用			
人事費用			
折舊費用			
租金費用			
事務費用			
醫療社會服務費用			
教育研究發展費用			
其他醫務費用			

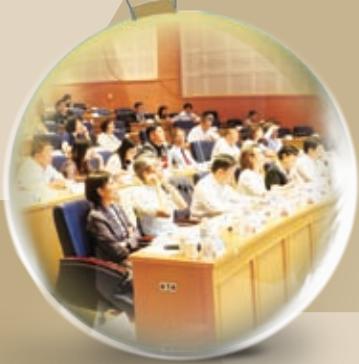
註：1. 人事費用包含薪資、金、福利、退休金…等

2. 本明細補充表中涉及成本分攤部分，應說明各項成本之分攤方式。

主辦會計：

會計主管：

負責人：



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 第四章

# 研究發展及專題研析

*Development of Research  
and Special Analysis*



## 第四章 研究發展及專題研析

### 第一節 研究發展

衛福部對於健保總額分配至六分區之政策係「以漸進方式逐年提高地區預算分配公式之人口占率」，期保障健保六分區民眾就醫公平性，並減緩地區預算政策對各分區的衝擊。然醫界內部對於人口占率是否持續往前，意見分歧，每年討論各部門總額地區預算分配案時，迭有委員提出宜檢討分配方式之建議，惟經多方討論，仍難凝聚共識方案。考量地區預算分配問題，並非我國所特有，期參考國際經驗，以探討、檢視我國地區預算分配方式，乃於105～106年委託臺灣大學進行「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫。

另為強化健保會在執行健保業務監理法定任務之效能，幕僚依105年8月份委員會議決議：「收集委員對現行監理指標之增修建議，並規劃未來『全民健康保險業務監理指標』之增修期程」，於106年度委託臺北醫學大學辦理「建立監理指標與健保效能之關連性評析」計畫，期以論壇方式，蒐集專家學者及各界代表意見，作為健保會研修監理指標之參考，茲將上開兩項委託計畫之成果分述如下：

#### 一、「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」（研究期程：105.6.15～106.3.31）

本計畫主要透過國內外文獻回顧及蒐集官方網站資料，系統性整理近10年實施總額支付制

度或醫療先進國家，地區預算分配之最新發展與經驗；並以健保資料庫進行試算，探討各總額部門下，不同地區預算分配方式對資源分布及醫療利用之影響，最終須研提地區預算分配方式之建議。研究成果摘述如下：

#### （一）研究結論

1. 文獻探討發現，多數國家之地區預算分配均採用「以人口為基礎（population-based）」或稱為「以需求為基礎（Need-based）」之分配方式。
2. 分配因子除基本地區人口之年齡、性別組成，多數國家也納入罹病狀態、社經特性以反映對醫療需求的差異。
3. 有些國家納入未被滿足的醫療需求（例如偏鄉、族裔等調整因子），以縮小可避免的不平等。
4. 中醫若僅以年齡、性別進行地區預算分配之模擬分析，其變異解釋能力相較其他總額部門為低，然加入CCS（Clinical Classification Software，以疾病診斷處置反映罹病狀態）後，則可以提高其解釋能力，爰建議中醫總額部門應提出具代表性及臨床共識之罹病狀態指標。

#### （二）政策建議

1. 僅以年齡、性別進行預算分配之模擬分析，即具有極佳之變異解釋能力，且國際文獻指出，以現在的利用資料進行未來資源的分配，將導致現況下資源配置

不公平現象仍將延續；建議各部門總額的R值（校正風險後保險對象人數）應持續推進。

2. 其他國家均有以事前或事後進行跨區就醫預算調整或撥補之機制；考量預算分配之合理性，中醫總額部門也應針對跨區就醫有預算撥補機制。
3. 多數國家分配地區預算所引用之資料多為近期，建議S值可從總額開辦前1年各地區保險對象實際發生醫療費用，改為較新年度資料（如n+1年之S值採n-1年資料）。
4. 建議未來可參考其他國家將罹病狀態、社經特性與未被滿足的醫療需求，納入分配參數；並將公平性指標列為監理指標。

本研究成果，業請計畫主持人於健保會106年7月份委員會議報告，委員提供諸多寶貴意見，包括：建議研議更精準的醫療費用預估公式、對模型的預測需考量臺灣特殊的背景與制度；並請衛福部與健保署整合各項資源，了解民眾未被滿足的醫療需求，納入中長期規劃及總額分配考量之參數。成果報告並函送各總額部門相關團體、健保署、社保司參考，作為未來各總額部門研修、討論地區預算分配方式之參據。

## 二、建立監理指標與健保效能之關連性評析 (研究期程：106.5.3~107.2.2)

健保會於103年建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，請健保署依時程定期提報5大構面、27項指標之監測結果，並依105年8月份委

員會議（105.8.26）決議，辦理本計畫，就監理指標之增修進行整體檢討。

本計畫主要透過論壇方式，諮詢各領域專家學者意見，檢視指標之合理性及妥適性，並研提監理指標之具體增修建議，及剖析105年「全民健康保險年度監測結果報告書」，俾健保會所建置之監理架構與指標能更貼近業務所需、與時俱進。

研究團隊除以研訂適中的指標數作為基本考量外，並參據下列九項原則，研擬初步建議草案，提報論壇諮詢與會專家及健保會委員提供專業與實務意見：

- (一) 歷次健保會委員會議審議監理指標或對健保署提報之指標監測結果表達之意見較具共識者。
- (二) 指標為健保各權益關係人所關切。
- (三) 指標數值取得之難度不高，且在各年度結束後半年內可取得。
- (四) 指標之正確性可靠（即信度良好）。
- (五) 指標可以相當程度反應健保之行政效能，及對醫事服務機構提供之醫療照護管理之成效（即效度良好）。
- (六) 避免與衛生福利部所屬單位或機關、構（如：醫院評鑑、品質資訊公開指標等）監控之各類指標重複。
- (七) 重點納入持續性或階段性主要健保政策之指標。
- (八) 對指標數值未盡理想者，依健保署權責（如支付制度之變革等）有相當著力之空間。

(九) 指標數量適中，方便健保會委員會議在有限時間內審議完成。亦得區分類別，建議特定類別（可稱為第一類）為於健保會委員會議優先提報、審議之項目，其餘類別

（可稱為第二類、第三類）為視需要提報、審議之項目。

研究團隊分別於臺北、臺中、臺南召開6場論壇會議，針對下列指標構面進行討論。

場次	日期	地點	主題（指標構面）
一	6月20日	北區（臺北）	效率、品質、效果
二	7月7日	北區（臺北）	公平、財務、效果
三	8月3日	北區（臺北）	效率、品質、財務、公平
四	9月5日	中區（臺中）	效率、醫療品質、效果、公平、財務
五	9月27日	南區（臺南）	效率、醫療品質、效果、公平、財務
六	10月13日	北區（臺北）	效率、醫療品質、效果、公平、財務

最終的監理指標研修建議於107年2月提出，研究成果摘述如下（詳附件一）：

(一) 監理指標維持目前效率、醫療品質、效果、公平、財務五大構面，並區分成三大類。

(二) 第一類：建議優先納入健保監理指標（核心監理指標），包含新增「可避免之糖尿病住院率」等10項，其餘9項為修正現行監理指標，1項保留現行指標，計20項指標。

(三) 第二類：可列入健保有關之例行性業務書面報告呈現，若有特殊需要，再請業務主管單位補充口頭或書面說明。

(四) 第三類：於必要時，請其他非主辦健保業務之司、署或財團法人提供有關資料，並得視需要請其派員列席相關會議說明，或提供書面說明。

健保會將參考本研究成果，於107年度提出監理架構與指標之研修建議。



## 第二節 專題研討

依據105年度委員會議之決議，須就年度總額「其他預算」項下之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」，及健保會於104年建立之「全民健保財務平衡及收支連動機制」進行修正，為使所訂內容更為周延，乃召開專家諮詢會議，並綜整其意見後，提委員會議討論。茲將上開兩項專案之研修過程與結果，說明如下：

### 一、研修「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之適用範圍與動支程序

為因應年度中突發不可預期事件發生之醫療費用，歷年於協商年度健保總額時，均於「其他預算」編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，各年經費均為10億元，健保會並針對該經費可否動支訂定其適用範圍與動支程序之規定。103年及104年之高雄石化氣爆事件及八仙樂園粉塵暴燃事件，即動用本項經費以支應該非預期風險所需費用。

歷次委員會議於討論可否動支上開款項時，委員對於動支程序與評估指標有不同看法，尤其針對評估指標之閾值是否過於嚴格或寬鬆，意見不一，乃於105年5月份委員會議決議：「於106年度總額實施前，檢討動支程序與評估指標」。幕僚乃依之以問卷方式調查委員意見，綜整後掣案提106年2月份委員會議討論，決議：「為求慎重，本案緩議。請健保署及本會幕僚提供相關背景說明及確實分析資料，於徵詢、凝聚委員共識後，再提會討論」，為釐清相關背景及聽取學者

對於適用範圍、動支程序、評估指標等之建議，乃先召開專家諮詢會議，依諮詢結論再調查委員意見後，終於106年4月份委員會議定案，相關過程及結果如下：

#### （一）召開專家諮詢會議

健保會幕僚依循上開委員會議決議，洽請健保署提供相關背景資料，並就過去曾發生事件與資料，搭配點值、點數之變動進行分析後，於106年3月20日召開專家學者諮詢會議，提供修正建議如下：

1. 修訂適用範圍涵蓋項目：本項經費屬「救急」性質，適用範圍應予嚴謹，且不宜支用經常性用途。建議原適用範圍「非預期風險」維持；另考量「可預期政策」於協商時即應納入，爰將「其他預期政策改變」修正為「其他非預期政策改變」，排除協商時已納入考量之項目。
2. 依事件屬性訂定適用指標：區分為「具傳染性疾病異常流行」、「屬非天災所致之大型事件」，並分別訂定適合指標與建議閾值；若屬疾病異常流行之事件，考量其具有地區性，則可適用受影響之健保分區。
3. 維持原指標閾值：就原閾值、健保署及醫界建議之四種閾值，搭配歷史事件，檢視達標情形，考量原指標閾值即能反映需求，且已增列健保分區之適用，爰建議維持原指標閾值。
4. 考量「新增醫藥分業地區增加之藥品調劑費」屬例行性項目，不適用本項動支條件，建議刪除。

## (二) 依專家諮詢會議之建議修正草案，並進行委員意見調查

健保會幕僚參酌專家學者提出之諸多寶貴建議，研擬適用範圍與動支程序之修正條文，並於106年4月7日徵詢委員意見，調查結果，計33位委員回覆，回覆率達94%。11個問項，每一題均有27位以上的委員勾選「同意修正」，同意率達81%以上。調查結果及委員意見納為修正草案參據。

## (三) 修正草案提委員會議議定

於106年4月委員會議討論「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」修正草案，修正重點如下：

1. 動支程序名稱依研修後之適用範圍，修正為「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」。

2. 明定適用範圍之涵蓋項目：

(1) 包含：「非預期風險」、「其他非預期政策改變」。

(2) 「非預期風險」：包含「具傳染性疾病異常流行」、「非天災所致之大型事件」，並排除依其他法令由各級政府負擔之項目。

(3) 「其他非預期政策改變」：須經衛福部交議，並排除「協商時已於總額架構、通則、涵蓋範圍納入考量之項目（包含醫療服務成本及人口因素、協商因素成長率及專款項目等）」。

3. 依「非預期風險」事件之屬性，分別訂定適用指標：

(1) 原指標(1)（平均點值下降達一定幅度指標）及指標(2)（醫療費用點數成長達一定幅度指標），適用於「具傳染性疾病異常流行」；若疾病流行具有地區性，則可適用受影響之健保分區。

(2) 原指標(3)（事件發生後醫療費用達該區預算一定比例指標），適用於「非天災所致之大型事件」。

4. 維持原指標閾值：原指標閾值即能反映需求，且已增列健保分區之適用，爰維持原閾值。

5. 本項經費刪除「新增醫藥分業地區增加之藥品調劑費」，並自107年度總額起，於「其他預算」單獨編列專款項目支應。

修正後之「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」如附件二。

## 二、全民健保財務平衡及收支連動機制

健保會為建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之審議機制，於104年11月份委員會議，集委員之智慧，依健保法第78條規定，研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」如下：

健保會協定次年度（下稱當年）總額後，健保署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送健保會審議。

(一) 當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。

(二) 當年年底安全準備餘額不足1.5個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則。

健保署於105年11月份委員會議提報「106年度全民健康保險費率（方案）」時，指出上開機制，於實務面恐面臨「啟動費率調整時點無法適時反映收支狀況」、「保險收支存在結構性失衡的逆差，未來保險費率調幅將急遽攀升」等問題，遂研提建議修正方案。健保會委員於該次會議對健保署所提建議修正方案，雖有提出相關意見，惟尚未獲致共識，爰請該署納入未來財務推估時考量。

#### （一）召開2場專家諮詢會議

為使機制修正更為周延，健保會幕僚參酌委員所提意見，擬具現行機制之修正方向，建議增列啟動費率調升（降）之輔助標準及調整方式，於106年度召開2場「全民健保財務平衡及收支連動機制」專家學者諮詢會議。第1場會議在5月12日舉行，就「健保財務收支應如何連動，較符合法制及實務需要」及「『全民健保財務平衡及收支連動機制』修正建議」進行討論，共計邀請盧教授瑞芬等8位專家學者與會，考量財務平衡亦涉及主管機關與執行單位權責，爰併同邀請本部社保司、健保署派員列席。會議結論如下：

- 考量費率調整幅度、民眾接受度及健保會委員任期，多數與會專家學者建議，「健保財務以2年收支平衡為宜」，尚無須侷限於「當年度平衡」。
- 「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正原則，建議朝「啟動條件」多元化、「調整方式」具彈性之方向，以利健保會逐年審議費率時，可以多個面向檢視健保之財務狀況；「調整方式」在具有彈性前提下，亦較有利於健保會審議費率。
- 幕僚所提調升機制建議修正如下，並併同增列於調降機制：
  - 啟動條件：「當年起2年收支平衡費率超出現行費率之5%；或當年起2年保險成本合計超出保險收入合計之5%；或當年年底安全準備餘額不足2個月保險給付支出」。
  - 調整方式：「費率調升以當年起2年收支平衡費率及當年起（含）第2年年底至少維持2個月保險給付支出為原則」。
- 針對上開再修正案、採2年或3年區間平衡、安全準備相當保險給付支出月數（1、1.5、2…）等，均須有相關的模擬試算作為評估基礎，爰請健保署依之提供各種試算方案，以利健保會討論議定。

健保會幕僚依上開專家會議建議，連同現行機制共提出6個試算方案（詳附件三、四），洽請健保署提供各方案健保財

務收支及費率之推估資料，並於6月30日召開第2場專家諮詢會議，期能收集寶貴意見，收攝最佳方案，會中結論如下：

1. 「全民健保財務平衡及收支連動機制」名稱修正為「全民健康保險費率審議機制」，與本會費率審議法定任務相符，應屬合宜。
2. 後續將依專家會議建議，將機制綜整為3個方案，包括現制、綜合現制與健保署105年11月建議方案，以及每2年固定調整，再徵詢本會委員意見後，提7月份委員會議討論定案。

## （二）修正草案提委員會議討論

依據前項專家諮詢會議決議，幕僚於106年7月份委員會議提出「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案。惟討論過

程中，部分委員認為現行機制是經過104年11月委員會議全體委員贊成之方案，且建議方案亦未盡完善，希望維持現制，亦有部分委員贊成建議方案1或建議方案2，未於會中達成共識，爰決議：「請中央健康保險署參考委員所提意見，於107年度總額協商後，研提健保財務及費率推估試算等相關資料，併107年度保險費率審議案討論」。

健保署於106年11月份研提「107年度全民健康保險保險費率方案（草案）審議案」，依現制、健保署105年11月建議方案，以及每2年固定調整提供費率試算資料，相關資訊已做為審議107年度健保費率之參據。

附件一

監理指標建議表

註：編制三大類監理指標建議

第一類：建議之核心監理指標（暫編碼為 A1.X）		
一、效率	<input type="checkbox"/> 保留	A1.1 每位被保險人年均住院日數（除整體外，增列含 RCW／不含 RCW、DRG／非 DRG 兩項）、門診就醫次數、年均每一住院人日及門診人次之申報點數
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 1.1 急性病床平均住院天數（整體及各層級）
	<input type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A1.2 各分區業務組轄內經急診住院之病人（並得依檢傷一至三級區分），留置急診室超過 24 小時占率最高之前三家醫院數值
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率（整體及各層級）
	<input type="checkbox"/> 新增	
二、醫療品質	<input type="checkbox"/> 保留	A1.3 該年度癌症死者，死亡前半年有申報安寧照護費用之比率及每案平均申報之安寧照護費用
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數
	<input type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A1.4 西醫基層與醫院門診服務人次比
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率
	<input type="checkbox"/> 新增	
三、效果	<input type="checkbox"/> 保留	A1.5 藥品費用超過或未達目標總額之百分率
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 1.8 藥品費用占率
	<input type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A1.6 各年度健保試辦計畫或倡議、獎勵方案（如：避免重複檢查、健康存摺、雲端藥歷、讀寫健保卡等）進場、退場、執行中之項目數，KPI 達成狀況，及各退場項目之理由與試辦年期數
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A2.1 健保各業務分區或轄內各直轄市、縣市實施論人支付制度或實施家庭責任醫師或家庭醫師整合性照護計畫之人口涵蓋率家庭醫師整合性照護計畫涵蓋率
	<input checked="" type="checkbox"/> 修正	現行 2.4 照護連續性
	<input type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A2.2 可避免之糖尿病住院率
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A2.3 各分區業務組轄內各直轄市、縣（市）每 10 萬人口年度急診利用率
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A3.1 各年度標準化死亡率
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	A3.2 年度各部門及各分區業務組之健保給付結算點值
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	
	<input type="checkbox"/> 保留	
	<input type="checkbox"/> 修正	
	<input checked="" type="checkbox"/> 新增	

四、公平	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A4.1 健保 IDS 於衛生福利部所定醫療資源不足地區之村、里實施之涵蓋率 現行 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值（各部門）
	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A4.2 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區每人年均住院日數與西、中、牙醫門診就醫次數 * 亦可增列每人年均住院次數 現行 4.2 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（各部門）
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.3 健保各分區業務組轄內應申報或公開財報之醫事服務機構，非健保醫療收入數與健保醫療收入數之比值
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.4 一般地區與衛生福利部所定之醫療資源不足地區納入居家醫療整合照護之人數與該地區領有身心障礙手冊人數之比值
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A4.5 健保投保金額最高與最低之五分位，其被保險人之年均醫療費用比
五、財務	<input type="checkbox"/> 保留 <input checked="" type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A5.1 年底安全準備約當該年度月均保險支出數及較前一年度增減數 現行 5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數
	<input checked="" type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input type="checkbox"/> 新增	A5.2 資金運用收益率現行 5.6
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A5.3 年度末一般保費待收數及約當應收月均一般保費月數
	<input type="checkbox"/> 保留 <input type="checkbox"/> 修正 <input checked="" type="checkbox"/> 新增	A5.4 年度冲銷呆帳數及其與該年度應收總帳款數之比值

第二類：於健保有關之例行性書面報告、會議報告中呈現。若有特殊需要，可請業務主管單位補充口頭或書面說明。

一、效率	現行 1.1 急性病床平均住院天數（整體及各層級）
	現行 1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數
	現行 1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率
	現行 1.5 區域醫院以上初級門診照護率
	現行 1.6 各層級醫院服務量占率
二、醫療品質	現行 2.3 糖尿病品質支付服務之照護率
	現行 2.4 照護連續性

三、效果	現行 3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度（各部門）
四、公平	現行 4.2 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（各部門）
	現行 4.3 家庭自付醫療保健費用比率
	現行 4.4 自付差額特材占率（整體及各類別項目）
五、財務	現行 5.1 保險收支餘紓實際數、預估數及兩者之差異率
	現行 5.3 健保費成長率與 GDP 成長率比值
	現行 5.4 全民健保醫療支出占 GDP 比率
<b>第三類：必要時，請其他非主辦健保業務之司、署或財團法人（醫事司、國健署、統計處、醫策會、疾管署等）提供有關資料，並得視需要請其派員列席相關會議說明，或補充書面說明）</b>	
一、效率	現行 1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率（整體及各層級）
二、醫療品質	現行 2.1 手術傷口感染率
	現行 2.2 急性心肌梗塞死亡率（排除轉院個案）
	現行 2.5 醫院病床數（整體、六分區及醫院各層級）
	現行 2.6 護理人力指標 - 急性病房全日平均護病比占率分布
三、效果	現行 3.1 未滿月新生兒死亡率
	現行 3.2 孕產婦死亡率
四、公平	現行 4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值（各部門）
五、財務	現行 5.5 國民醫療保健支出占 GDP 比率



## 附件二

## 「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目 之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過  
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正  
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

### 一、適用範圍：

#### (一) 屬「非預期風險」：

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

#### (二) 屬「其他非預期政策改變」：

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

### 二、動支程序：

#### (一) 屬「非預期風險」：

##### 1. 提案前評估：

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

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

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

- ①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。
- ②一般服務之醫療費用點數成長率>（當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%）以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

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

2. 提案及議定：

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

3. 核定與執行：

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

(二) 屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

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

2. 核定與執行：

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

- 
- 註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。
2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。
- (1) 專款專用項目：回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。
  - (2) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
  - (3) 其他原則：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

## 附件三

**「全民健保財務平衡及收支連動機制」費率調升試算方案  
(調降機制比照)**

試算方案	方案 A (現制)	方案 B (健保署 105.11 方案)	方案 C (專家會議再修 正案，2 年平衡)	方案 D (參考專家會 議再修正案酌 增%，2 年平衡)	方案 E (參考專家會 議再修正案酌 增%，3 年平衡)	方案 F (以 2 年為調 整週期)	
費率調升	啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出。	1. 當年保險成本超出保險收入之 5%；或 2. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 5%；或 2. 當年起 2 年保險成本合計超出保險收入合計之 5%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 2 年收支平衡費率超出現行費率之 10%；或 2. 當年起 2 年保險成本合計超出保險收入合計之 10%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	1. 當年起 3 年收支平衡費率超出現行費率之 10%；或 2. 當年起 3 年保險成本合計超出保險收入合計之 10%；或 3. 當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出。	每 2 年依當年起 2 年收支平衡費率調整，適用 2 年。
	調整方式	其調升以當年起 (含) 第 2 年收支平衡費率為原則。當年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額，持至少 2 個月計算為原則。	其調升以當年起 (含) 第 2 年收支平衡費率為原則。當年年底可維持 2 個月保險給付支出之金額，持至少 2 個月計算為原則。	費率調升以當年起 2 年收支平衡費率，及當年起 (含) 第 2 年年底至少維持 (1、1.5、2、2.5) 個月保險給付支出為原則。	費率調升以當年起 2 年收支平衡費率，及當年起 (含) 第 2 年年底至少維持 (1、1.5、2、2.5) 個月保險給付支出為原則。	費率調升以當年起 3 年收支平衡費率，及當年起 (含) 第 2 年年底至少維持 (1、1.5、2、2.5) 個月保險給付支出為原則。	當年起 (含) 第 2 年年底至少維持 (1、1.5、2、2.5) 個月保險給付支出為原則。

## 附件四

## 各方案於106～112年度健保財務收支及費率之推估結果及比較表

試算方案		方案 A (現制)	方案 B (健保署 105.11 方 案)	方案 C (專家會議 再修正案， 2 年平衡)	方案 D (參考專家 會議再修正 案酌增 %， 2 年平衡)	方案 E (參考專家 會議再修正 案酌增 %， 3 年平衡)	方案 F (以 2 年為 調整週期)
項目	調整年度						
結果摘要	1. 費率及調整年度	107		5.10%	5.20%	5.20%	5.20%
		109	5.66%	5.49%	5.59%		5.59%
		110				5.79%	5.91%
		111	6.00%	5.91%	6.00%		6.00%
	2. 費率調整幅度	107		8.74%	10.87%	10.87%	10.87%
		109	20.68%	7.65%	7.50%		7.50%
		110				11.35%	11.51%
		111	6.01%	7.65%	7.33%		7.33%
	3. 調整年度安全準備相當○個月保險給付支出	107		4.18	4.39	4.39	4.39
		109	2.16	3.45	4.05		4.05
		110				3.34	4.15
		111	2.12	2.83	3.74		3.74
	4. 7 (106～112) 年內費率調整次數	2 次	3 次	3 次	2 次	2 次	3 次
	5. 112 年度安全準備餘額相當○個月保險給付支出	1.79	2.31	3.34	2.25	3.43	3.34
	6. 超過法定費率上限 6% 年度	111 年	113 年	111 年	113 年	113 年	111 年
比較分析	1. 啟動條件多元化 (2 個標準以上)		∨	∨	∨	∨	
	2. 調整方式具彈性 (審議時有斟酌空間)	∨	∨	∨	∨	∨	∨
	3. 費率調整幅度低於 10%		∨				
	4. 費率調整頻率 (7 年內低於 3 次)	∨ (2 次)	(3 次)	(3 次)	∨ (2 次)	∨ (2 次)	(3 次)
	112 年度前費率未達法定上限 6%		∨		∨	∨	
	112 年度安全準備餘額低於 3 個月	∨	∨		∨		

註：方案 A～F，保險成本採中推估，安全準備維持 2 個月。



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 第五章 未來展望

*Future Prospect*



## 第五章 未來展望

二代健保自102年實施至今已達5年，根據健保署106年最新民調結果，國人對於全民健保的整體滿意度達到85.8%，創下84年3月開辦迄今的歷史新高，顯示全民健保是國人心目中滿意度最高的政策之一，以及民眾對健保改革的信任與支持。未來健保會將持續精進、策勵健保業務，並完成106年之未盡事宜，包括精進評核會議之作業方式，強化預算檢討與回饋機制，持續研修監理指標，強化監督效能，以及建構公民參與機制，以下僅就三項議題提出未來規劃方向，期追求醫療資源配置最佳化，促使健保穩健經營，為民眾帶來更大福祉。

### 一、精進評核會議之評核作業方式，強化預算檢討與回饋機制

健保會委員認為現行各部門總額執行成果之評核作業方式，雖係累積多年經驗逐年發展而成，惟仍有再予精進之空間，乃於106年3月及8月份委員會議討論，獲致決議：「請考量是否研訂更細緻的評核級距及與獎勵額度相扣連之機制，並討論有、無接受專業事務委託總額部門之獎勵原則」。爰107年度將依上開會議決議，重新檢視現行評核項目及報告準備與評分方式，透過召開專家諮詢會議方式，研提增修建議，以利評核內涵及獎勵原則能與時俱進，並落實預算檢討與回饋機制，使評核結果能賞罰分明，提升整體總額之執行效能。



## 二、研修監理指標，強化監督效能

健保監理為健保會法定職掌之一，乃於103年建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，並請健保署依時程定期提報監測結果，作為健保會委員提供政策建言之參據。為使監理架構與指標能更貼近監理業務所需，於106年委託臺北醫學大學辦理「建立監理指標與健保效能之關連性評析案」委辦計畫案，研究報告業已完成，幕僚將參考研究團隊之建議方案，研擬監理指標修正草案，提報委員會議，期提升監理效能，達到強化監理健保業務之目標。

## 三、建構民眾參與模式，多元管道齊頭並進

公民參與是二代健保的核心價值，健保會成立之始，即被定位為各界商討健保事務之平台，因此，除依健保法第5條及組成及議事辦法規定，由各界代表擔任健保會委員外，更應積極建構公民參與機制。

為了完善公民參與機制，訂於107年度辦理

「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台—以全民健保財務收支連動機制為例」委託計畫，期透過本研究，研擬出健保會辦理民眾參與活動所需之原則、流程與操作手冊，建立現行健保財務收支連動機制下之民意蒐集與民眾參與模式，讓健保會所形成之共識立基於民意，擴大全民參與，提升業務效能。

展望107年，我國65歲以上人口將超過14%，正式邁入高齡社會，未來醫療利用需求勢必有增無減，期盼保險對象、保險人、醫事機構攜手共同珍惜醫療資源，讓健保能永續發展。健保會將在合理分配健保資源，透過垂直整合醫療體系，降低醫療浪費，促進醫病關係和諧及維護國民健康的理念下，以宏觀且具前瞻性的思維，朝提升病患就醫品質及便利性、避免醫護人員過勞，共同創造幸福美好的健保制度。



## 委員的期許與展望

從政策面到執行面，愛護健保資源，珍惜健保資源，別浪費資源，民眾端要加強媒體宣導。

應從小就由教育著手，教導被保險人，健保資源是自己繳的不能、也不該浪費。

平文男

全民健保長期以來一直是臺灣的驕傲，期盼健保能永續發展，相關法規能與時俱進，同時活化運用健保大數據，以造福眾多病患，優化品質。

王雅馨

希望健保的有限資源，在合理有效的分配下，能夠照顧到絕大多數民眾基本的健康安全醫療需求，但在健保資源的力量可及範圍內，亦應兼及特殊族群的特殊醫療需求。

吳肇達

合理承擔自付費用、合法遵循財務責任  
優化論質支付制度、有效醫療全民共享  
活化濟世資料價值、薪火傳承行醫天職  
完成適當療護心願、健康終身使命必達

李永振

教育民眾正確觀念、提升自我照護能力、珍惜健保資源、減少不必要的浪費、多關照社會弱勢族群。

古博仁

協助健保署讓健保資源更合理分配，讓需要的人得到應有的照顧，讓醫療提供者得到適度的專業給付和合理的分配，讓全民健保永續發展。

李育家

秉持初衷，永續健保

周麗芳

希望健保會的討論能愈來愈有建設性及前瞻性，將所有健保受保人的健康及利益置於最優先考量，努力維護全民健保的永續經營。

李偉強

全民健保醫療體系長期以來擁有極高民眾滿意度，堅持健保資源配置最佳化，進而永續經營，是我等努力的方向。

林鴻維

珍惜健保資源，  
共創人民福祉。

張文龍

壯大基層醫療，改變民眾就醫習慣。杜絕醫療浪費，強化健保財務結構。

張清田

希望健保署及健保會的委員都能憑著良心和專業為保障百姓的健康與永續健保提審議案。

張煥祺

異中求同、共創多贏！期許在產官學界與民眾的攜手合作下，讓全民健保成為臺灣永遠的驕傲！

張澤芸

殷切企盼強化中醫在健保的角色，深信能有效撙節醫療成本，帶給人民更完善的醫療照護，並減輕政府財政負擔。

陳旺全

很榮幸能與優秀及具使命感的健保會同仁和委員共事。

「海納百川，有容乃大；壁立千仞，無欲則剛」，我們要為全民福祉及全民健保永續經營發展的共同的理想而努力。

詹瑞芬

期許在新的一年，能夠給全民一個嶄新優質的醫療環境並且能普及照顧到偏遠地區及離島之民眾，都能享有與都會地區一樣的醫療品質。

鄧錦云

「臺灣健保世界驕傲」，普及醫療需求非常重要，這是人民的基本安全保障，更是上代辛苦開創，讓臺灣世代永續共享這份驕傲。

陳亮良

期許：

- 一、教育民眾預防勝於治療及主動杜絕醫療浪費。
- 二、徹底消除藥價黑洞，讓藥價合理化，以保障消費者用藥安全和療效。
- 三、繼續協助醫療院所提升醫療品質暨健全醫療服務體系。

展望：落實公平正義；全民健康；世界大同。

趙鎧圓

健保會第一次有病友團體代表參與，讓病友的聲音有機會被聽到，期待健保會繼續堅持以病人為中心的政策，讓健保成為臺灣人民健康最堅強的守護者！

蔡麗娟

希望健保能朝三大目標邁進：

- 第一點：就醫可近性提高，民眾可獲得醫療照護而增進健康。
- 第二點：劫貧濟富，避免因病而貧或因貧而不能就醫是健保很重要的—項指標。
- 第三點：維護生命的尊嚴，實踐社會的公平正義。

蔡登順

牙醫門診總額邁入第20年，仍不忘初衷最基本的宗旨，以「利他」為出發點，作為社會價值，為社會服務，秉持照顧全民口腔健康為目標，注重弱勢群族的特殊性，強化專業性，讓全民有優質牙醫醫療環境。

謝高廷



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

## 附錄

*Appendix*





## 附錄

### 附錄一 衛生福利部全民健康保險會第3屆（106年）委員名錄

聘期 106.01.01 ~ 107.12.31

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	副理事長	陳亮良	
	全國產業總工會	常務理事	趙銘圓	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
	全國工人總工會	副理事長	郭錦玉	
	中華民國會計師公會全國聯合會	政策發展委員會主任委員	張清田	
	中華民國農會	保險部主任	林敏華	
	中華民國全國漁會	秘書	陳平基	
	中華民國消費者文教基金會	消費者報導雜誌社副社長	謝天仁 吳榮達	106.01.01~106.06.19 106.06.20~107.12.31
	台灣社會福利總盟	中華民國智障者家長總會秘書長	林惠芳	
	台灣乾癲協會 *	秘書長	王雅馨	
保險付費者代表	全國勞工聯合總工會 *	理事長	林錫維	
	台灣癌症基金會 *	副執行長	蔡麗娟	
	中華民國全國工業總會	綜合企劃處處長	華清吉 劉志棟	106.01.01~106.02.10 106.03.27~107.12.31
	中華民國全國商業總會	監事會召集人	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	張文龍	
	中華民國全國中小企業總會	副理事長	李育家	
	行政院主計總處	公務預算處專門委員	陳幸敏 羅莉婷	106.01.01~106.05.08 106.05.09~107.12.31

屬性	推薦之機關團體	職 稱	姓名	備註
保險 醫事 服務 提供 者代表	台灣醫院協會	理事長	楊漢涬 翁文能	106.01.01~106.09.13 106.09.14~107.12.31
		全民健康保險委員會委員 (台灣醫學中心協會秘書長)	李偉強	
		理事 (中華民國區域醫院協會最高 顧問)	張煥禎	
		副理事長 (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	常務理事	吳國治	
		常務理事	黃啟嘉	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	陳義聰 謝尚廷	106.01.01~106.06.14 106.06.15~107.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	陳旺全	
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	古博仁	
	中華民國護理師護士公會全國聯 合會	副理事長	張澤芸	
政府 機關	國家發展委員會	人力發展處處長	林至美	
	衛生福利部	社會保險司司長	商東福	
專家 學者 及公正 人士	衛生福利部	國立陽明大學衛生福利研究 所副教授	傅立葉 (主任委員)	
		長庚大學醫務管理學系教授	盧瑞芬	
		國立政治大學財政學系教授	周麗芳	
		長榮大學醫務管理學系副教 授	黃偉堯	
		花蓮縣政府勞資爭議調解委 員會調解委員	蔡登順	

註：「\*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體



## 附錄

### 附錄二 106年度大事紀

(106.1.1 ~ 106.12.31)

1月

1

一、健保會（下稱本會）第3屆35位委員，自106年1月1日起聘，任期至107年12月31日止，主任委員由國立陽明大學衛生福利研究所傅副教授立葉兼任。  
二、新聘委員及代理出席會議之代理人，於首次參加會議前需揭露其專職、兼職、顧問職，並公開於本會網頁。

5

衛福部副知「106年度全民健康保險一般保險費率，奉行政院核定維持現行之4.69%」。

16

衛福部函復：同意本會所報「106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式」案。

20

衛福部公告「106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式」案。

2月

17

召開106年2月份委員會議。

一、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」之本會代表案（幕僚單位提案）：  
依抽籤結果推派本會代表，嗣後委員若有異動，則援例由接續之委員擔任代表。

(二) 「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案（幕僚單位提案）：

為求慎重，本案緩議。請健保署及本會幕僚提供相關背景說明及確實分析資料，於送請委員參考及徵詢、凝聚委員共識後，再提會討論。

(三) 配合勞動基準法修正案一例一休政策於105年12月6日立法院三讀通過，致西醫基層假日開診成本增加，請准由106年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目，支應增加之費用案（健保署提案）：

本案保留，俟「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序修正草案」討論通過後，再提會討論。至委員建議併同考量牙醫門診總額及醫院總額部門、藥事人員調劑費等意見，請健保署參酌。

(四) 依中醫總額研商議事會議中醫全聯會提案，配合勞動基準法修正案一例一休政策於105年12月6日立法院三讀通過，致中醫院所假日開診成本增加，請由106年「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應增加之費用案（健保署提案）：

併重要討論事項（三）處理。

二、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

1. 請相關單位於回覆本會決議（定）事項之辦理情形時，應更具體明確及說明預訂辦理時程，俾利評估可否解除追蹤，及提升議事效率。

2月

17

2. 有關「基於保險業務之監理屬本會權責，爰請健保署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 所採之邏輯，應具有一致性，計算公式需宏觀與合理思量」追蹤案（項次 12），請衛福部社保司及健保署於下次委員會議前，就 105、106 年計算方式之一致性與合理性，提供進一步解釋及說明予委員參考。
- (二) 訂定本會 106 年度工作計畫（如第二章第二節附件）、會議時間表及共識營與業務參訪活動之規劃案：  
請各負責單位配合辦理。
- (三) 健保署報告「全民健康保險癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫（草案）」案：  
本案予以備查，請健保署依法定程序辦理後續事宜。至委員所提建議，供計畫執行時參考。
- (四) 健保署 105 年 12 月份及 106 年 1 月份全民健康保險業務執行報告案：
- 針對委員關切北高二市政府欠費之還款計畫、「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形，請健保署於下次季報時，提供更具體的辦理進度、分析評估報告，餘洽悉。
  - 考量本案係按季進行口頭報告，爰請健保署於口頭報告時，以季別方式提供資料及綜合說明。

3月

20

召開「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」之專家學者諮詢會議，專家學者提出諸多寶貴建議，納為本會研修適用範圍與動支程序之參據。

23-24

召開業務參訪活動暨共識營、106 年 3 月份委員會議、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 討論會。

一、業務參訪活動暨共識營：

(一) 擇臺中市、南投縣辦理「提升急性後期照護品質試辦計畫」、「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」、「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」及「牙醫特殊醫療服務計畫」業務參訪活動。

- 參訪人員：計有 31 位委員（含代理人）、本部社保司、健保署、健保署中區業務組暨轄下相關院所之代表，及本會幕僚人員參加。
- 參訪地點：衛福部臺中醫院、臺中育嬰院、南投縣仁愛鄉衛生所、霧社醫療中心、路加診所、埔里基督教醫院。

(二) 在埔里基督教醫院召開委員共識營，就下列兩個議題凝聚共識：

- 如何提升議事效率

(1) 肇清議案本質，以利議案進行：

①「確認會議紀錄」，應僅確認文字並提出酌修建議，若涉及實質內容，應另行提案，或於相關議案時再表達意見。



②「委員會議決議(定)事項追蹤」，應就相關單位是否達成原決議(定)事項加以檢視，若有，則可解除追蹤；若所提意見是針對執行後的成效，則應另行提案，而非提出新的要求，並繼續追蹤。建議幕僚單位擬具追蹤事項處理原則，以利提升效率。

③本會核心任務係在「討論事項」，建議將「討論事項」提至「例行報告」之前處理。

### (2) 會議進行方式：

①會議進行中若有委員發言離題或與議案本質不符，主席可適時提醒、制止。

②委員於各議案發言以3次為原則，3分鐘屆滿由幕僚按鈴提醒；但對於複雜度較高的議題，仍應充分溝通，以獲致最佳共識。

③委員意見若相同，可盡量避免重複說明，或僅就不同見解或需補充的部分論述。

### 2. 如何達成總額協商共識：

(1) 於9月協商會議前安排會前會，提供醫事服務提供者與健保署、醫事服務提供者與付費者、付費者與健保署多一點溝通機會，以利了解彼此想法及主要訴求。

(2) 協商會議時即應進入「談判」階段，已於會前會說明部分不須重複；談判有其技巧，須了解談判本質，有進有退、互相妥協，才能有進展並獲致共識。

### 二、106年3月份委員會議：

#### (一) 重要討論事項暨決議：

##### 1. 本會訂定「105年各部門總額執行成果評核之作業方式」(如附件一)：

(1) 照案通過，請健保署及各總額部門配合時程提供所需資料。

(2) 為利評核委員及與會者掌握重點並聚焦討論，請各總額部門於簡報時，以「整體規劃與執行檢討」內容為主。

(3) 委員所提「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，其評核結果之獎勵原則是否宜有區別」之建議，將另案討論。

##### 2. 「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統—『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」自付差額特殊材料申請案(健保署提案，併「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告)：

考量本案通過後，可減少有需求的民眾財務負擔，為保障其醫療權益，乃予同意本自付差額特殊材料申請案，請健保署依法定程序陳報衛福部核定公告。附帶決定：依健保署所提供之資料，本案納入自付差額特殊材料品項後之預估使用量占率達88%，已近常規使用，委員認為宜請該署積極研議於107年納入全額給付之可能性，並於106年12月份提報研議、評估結果。

3月

23-24

3. 「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」修正案（健保署提案，併「104 年健保收入超過 6 億元之醫療院所財務報告之公開情形」專案報告）：
- (1) 為使公開後之醫事服務機構財報資料更具可比較性，同意增列「各保險醫事服務機構需另行提報醫務收入明細表及醫務成本明細表之補充表格」，並建議於「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」第 10 條，明訂修正條文之施行日期。
- (2) 請健保署參酌本案之討論結果，依法定程序陳報衛福部核定發布。

(二) 重要報告事項暨決定：

1. 本會重要業務報告：

健保署函送之「105 年度全民健康保險基金附屬單位決算報告」，政府應負擔總經費首次將 7 項政府依其他法令補助負擔的保費納入計算，委員質疑該 7 項保險對象是否有免繳保險費之法律依據，若有適法性之疑義恐將限縮政府財務責任之虞，建請衛福部社保司及健保署應審慎檢視相關法令，研議因應處理，本案予以備查。但未來如有違反法律授權部分，應重新檢討。

附帶決定：為符合二代健保法修法意旨，請衛福部社保司就委員所提全民健康保險法第 27 條與同法施行細則第 45 條有無扞格之處，及現行規定對政府財務責任規範不夠明確等意見，審慎評估、檢討修法之必要，以確保依法行政，在政府財務責任明確化下，促使健保財務更臻穩定。

2. 健保署 106 年 2 月份全民健康保險業務執行報告案：

委員所提意見請健保署參辦，並依「健保藥品品質監測計畫」之執行成果，提出確保健保藥品品質及用藥安全之專案報告。

三、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 討論會：由傅主任委員立葉主持，包括干委員文男、王委員雅馨、李委員永振、周委員麗芳、林委員敏華、商委員東福、張委員文龍、張委員清田、陳委員幸敏、黃委員偉堯、滕代理委員西華（林委員惠芳代理人）、蔡委員登順、蔡委員麗娟、盧委員瑞芬、謝委員天仁，共計 15 位委員出席。會中委員意見重點如下：

- (一) 修正後之施行細則第 45 條，將 7 項政府依其他社會福利法令負擔之保費納入政府應負擔 36% 計算範圍，實乃減輕政府負擔健保財務的責任，且修正後條文並未明定其認列範圍，形同空白支票，逾越健保法所授權的權限，實質上會造成保費短收，也會影響後續費率的審議。
- (二) 健保法第 27 條明定保險對象、投保單位及政府對保費的分攤比率，並未免除上開 7 項保費之三方負擔，即未免除該等保險對象及投保單位繳納保險費的義務，因此政府須相對負擔的責任仍在。
- (三) 會議資料第 37 頁「102 年度至 106 年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數」的計算數據需進一步釐清，例如「應提列或增列安全準備」的計算方式，爰建議健保署應就 105、106 年數據不一致的部分，明確說明其立論基礎及計算依據。



## 附錄

4月

28

105 年度委託國立臺灣大學辦理之「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，繳交期末報告。

24

一、衛福部依健保法第 60 條規定，於擬訂「107 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）諮詢本會委員意見。  
二、105 年度委託臺灣大學辦理之「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，召開期末報告審查會議，審查結果為修正後通過。

28

召開 106 年 4 月份委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

(一) 「106 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」（健保署提案）：

尊重健保署所提方案，惟為期周延，請該署參酌納入委員所提建議事項，並依法定程序陳報衛福部核定。另，謝委員武吉對於藥價差議題所提意見，請健保署參辦。

(二) 現行職業工會會員申報健保投保金額下限，其調整竟以公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，造成職業工會勞工沈重負擔，顯不合理案（保險付費者代表）：

委員針對全民健康保險第 2 類第 1 目被保險人（無一定雇主或自營作業而參加職業工會者）之投保金額自 24,000 元起申報之實施期程，及全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定之相關意見，送請權責單位（衛福部社保司及健保署）審慎研議。

(三) 「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍與動支程序修正草案（幕僚單位提案）：

修正通過「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」（如附件二）。

二、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

委員對「107 度全民健康保險基金附屬單位預算書」所提意見，請健保署酌參。

(二) 對衛福部諮詢本會之「107 年度全民健康保險醫療給付費總額範圍（草案）」案，委員關切重點如下，提供衛福部參考：

1. 付費者委員意見：

(1) 依 106 年度的財務情況，107 年度收支短绌將超過 3 百億元（低推估值收支短绌數為 -298 億元），且短绌金額快速增加。建議行政院核定 107 年度總額高、低推估值時，宜整體考量全民健保財務收支情形，並優先考量民眾付費能力，參酌相關參考指標，再行評估、調整。

(2) 許多政策改變，可能影響民眾薪資或收入，進而影響保費收入，例如軍公教年金改革、一例一休等政策，建議宜再謹慎評估 107 年度保險收入。

4月

28

- (3) 應具體說明 107 年度總額之政策目標與調整因素內涵，並提供估算方式，例如：「鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康」、「建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療」等；106 年度總額已編列愛滋病用藥 35 億元，為何 107 年度尚需增編預算，應提供相關參據資料。
- (4) 107 年度總額之調整因素包含「持續落實分級醫療」，惟推動分級醫療，倘其產生效益，應為醫院及基層部門間費用之移轉，整體費用不見得會增加。若基層案件增加，醫院的案件相對會減少，預算應配合調整。此外，宜建立總額部門間的連動機制，並觀察病人轉移之情形，若基層案件量確實有增加，才能增加預算。
- (5) 一例一休政策對成本的影響，宜有客觀評估資料。依健保署之前提報的醫事服務機構財報資料顯示，近八成院所有盈餘，爰宜思考運用部分盈餘改善員工的勞動條件，而非僅訴求增加總額預算。
- (6) 請說明 C 肝新藥所需費用，是否依 106 年度總額協商共識，編列公務預算支應。
- (7) 建議陳報行政院時，除呈現高、低推估值之財務影響評估資料外，也應提供不同成長率下（例如每成長 1%），對過去 3 年及未來 3 年的財務影響，供行政院核定參考。
2. 專家學者與公正人士委員意見：
- 歷年低推估之「醫療服務成本指數改變率」，已包含人事、藥品、醫療材料、基本營業及其他營業等費用，每年總額均編有相關經費，並累計納入基期費用。過去總額協商時，亦為因應醫護人力問題，於一般服務增編相關預算，並滾入基期。爰對於增加護理人員、行政人員、醫務管理人員所需預算項目，應留意是否有重複編列之虞。
3. 醫事服務提供者委員意見：
- (1) 目前總額點值偏低，不利醫院營運。105 年第 3～4 季醫院點值大幅下降，為確保醫療服務品質，建議擬訂 107 年度總額範圍時，應將點值恆定納入考量。
- (2) 分級醫療是影響點值恆定的因素之一，106 年度醫院總額編列 60 億元以調高急重症支付標準做為配套，惟 107 年度草案未見是否續編逐步調高急重症預算的相關資料。
- (3) 人力與醫療服務成本息息相關，醫療院所配合一例一休、住院醫師縮減工時等政策，將造成人事成本增加，建議 107 年度總額應有客觀計算公式與數據，並列為重要參考。
- (4) 運用醫療科技評估（HTA）工具，作為引進新科技醫療及新藥物之依據，建議應提高 HTA 評估資料之正確性，以利估算所需預算。
- (5) C 肝新藥自 107 年度起應由公務預算支應，係 106 年度總額協商之共識，惟草案未見相關說明。



## 附錄

4月

28

(6) 除提倡轉診制度外，應加強教導民眾改變就醫習慣，並有相關評估數據。另，建議將「提升基層醫療服務量能」政策目標修正為「提升社區（基層及地區醫院）醫療服務量能」。

(三) 本會訂定 107 年度總額協商工作計畫，如附件三。

(四) 健保署提報「修訂『全民健康保險急性後期整合照護試辦計畫』」案：

本案原則通過。委員所提相關建議，請健保署納入計畫參考，並依法定程序辦理後續事宜。

(五) 健保署 106 年 3 月份全民健康保險業務執行報告案：

委員所提意見請健保署參辦；另建議配合按季口頭報告之方式修正名稱。

三、專案報告暨決定：

(一) 健保署報告「全民健康保險業務監理指標之監測結果」。

請委員參閱書面資料。

(二) 健保署報告「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形：

主席裁定：請健保署更新本案資料後，提下次委員會議報告。

5月

3

106 年度委託臺北醫學大學辦理之「建立監理指標與健保效能之關連性評析」計畫，完成簽約，契約期間自 106 年 5 月 3 日至 107 年 2 月 2 日。

5

函報衛福部有關本會對「107 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。

12

本會召開「全民健保財務平衡及收支連動機制」第 1 次專家學者諮詢會議，邀請曲教授同光、李精算師永振、黃教授耀輝、盧教授瑞芬、戴教授桂英、謝名譽董事長天仁、韓教授幸紋、羅教授紀琼等共 8 位專家學者與會。

26

召開 106 年 5 月份委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

(一) 「治療心房顫動之冷凍消融導管—『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管」自付差額特殊材料申請案（健保署提案）：

1. 本案經健保署評估，較目前健保全額給付品項，具有增加病人使用方便之效果，爰同意本自付差額特殊材料申請案，請該署依法定程序陳報衛福部核定公告。

2. 民眾運用本案特材或健保全額給付品項者，尚需分別自付約 24 萬元或 6 至 11 萬元的「必要共同使用之同組特材」，相關資訊請健保署充分公開，並督促特約醫院加強事前告保險對象，以保障病患權益。

3. 為利日後自付差額特殊材料申請案的討論，請健保署於提案之說明，具體陳述該品項對健保財務之影響評估及其財源規劃，並說明未能納入健保全額給付之原因，及未來納入全額給付之可行性評估。

5月

26

(二) 為確保全國病人就醫安全及全體醫護同仁之生命財產的安全，建請健保署公布全國各醫院之各項感染率案（保險醫事服務提供者代表提案）：

請健保署於 3 個月內邀集專家學者、相關醫學會，及本會保險醫事服務提供者與付費者代表組成專案小組，研議感染管制相關公開指標、公開方式及配套措施等具體作法後，再提至本會討論。

(三) 107 年度總額協商架構（幕僚單位提案）：

訂定 107 年度總額協商架構，如附錄五。

附帶決議：請本會幕僚在協商 107 年度總額前，提供歷年各部門總額、「醫療服務成本及人口因素（非協商因素）」之成長率與金額，及支付標準之調整情形、各項專款之執行情形與實施成效等資料供參，並請健保署協助。

(四) 107 年度總額協商通則（幕僚單位提案）：

訂定 107 年度總額協商通則，如附錄六。

(五) 為高齡慢性病患者不慎遺失業經醫師開立處方箋所購得之慢病藥物，建請同意其逕向同一藥局藥師自費補購買當月不足量乙事，敬請審酌其事實必需性准予辦理（保險付費者代表提案）：

委員所提意見，請健保署及食藥署參考，期研議可行之處理方式，協助民眾解決問題。

## 二、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

- 委員所提意見，請健署及社司參考，爾後於回覆辦理情形時，請說明參採情形，包括：採行之規劃辦理方式，及無法參採之原因說明。
- 「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」議程，如附件四，請委員預留時間與會。

(二) 健保署 106 年 4 月份全民健康保險業務執行報告案：

- 於 7 月份委員會議，提出「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」之執行情形專案報告。
- 委員所提意見，請健保署參酌及提供書面回覆資料。

31-6/1

中華民國醫師公會全國聯合會擇苗栗縣舉辦「106 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」及「居家醫療照護整合計畫」參訪活動：

- 參加人員：計有 17 位委員（含代理人）、健保署及本會幕僚人員參加。
- 委員建議：健保署協助融合各部門總額，期能提供整合性醫療服務，並設法簡便相關行政規範及資訊系統，讓醫師專心照顧病患。此外，委員也認為居家醫療照護的提供，對偏鄉行動不便的病患意義重大，請健保署持續推動。

6月

7-8

中華民國中醫師公會全國聯合會擇臺東縣舉辦「106 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」參訪活動：

- 參加人員：計有 15 位委員（含代理人）、健保署及本會幕僚人員參加。



## 附錄

6月

7-8

二、委員建議：衛福部宜整合各縣市政府衛生單位，尋求當地政府機關、民意代表協助，提供偏鄉醫療服務所需場址，並鼓勵中醫師至偏鄉開業，設法改善偏鄉醫療人力供給不足的問題。另建議健保署協調各總額部門，於同時段、同地點提供醫療服務，以提高就醫便利性及服務效率。

15-16

中華民國牙醫師公會全國聯合會擇花蓮縣舉辦「106 年全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」參訪活動：

一、參加人員：計有 13 位委員（含代理人）及本部心口司、照護司、社家署、健保署及本會幕僚人員參加。

二、委員建議：長遠而言，制度上宜設法改善偏鄉地區醫療人力供給不足的問題，如以公費牙醫師進駐偏鄉地區服務。另建議健保署協調各總額部門，於同時段、同地點提供偏鄉醫療服務，以提高就醫便利性，並節省行政成本。此外，委員也關心原住民為口腔癌高危險群，建議加強口腔篩檢，及早發現與治療。

召開 106 年 6 月份委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

（一）敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出健保署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案（保險醫事服務提供代表提案）：

本會委員支持西醫基層部門及健保署配合分級醫療政策，戮力推動及擴大家庭醫師整合性照護計畫之照護範圍，亦認同對於預算超支部分應予適當補償，惟多數委員認為其未符合「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」項目之動支條件，爰請健保署就建議經費來源、經費需求，及本計畫之長期規劃目標與效益等，提出說明後續議。

（二）107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（幕僚單位提案）：

訂定 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序，如附錄七。

（三）醫院總額實施後，點值皆未達每點 1 元，基於確保全民健康保險特約醫院之醫療服務品質與可近性，敬請進行原因檢討，並提出改進策略，予以輔導改善方案（保險醫事服務提供者代表提案）：

請健保署研析醫院總額部門點值超出容許變動範圍之原因，並提出具體因應策略及輔導改善措施，提下次委員會議報告。

（四）民國 89 ~ 90 年醫院總額支付制度研議小組討論時，即預見地區醫院將遭遇嚴重衝擊，但歷經 15 年，地區醫院之困境未獲有效解決，並持續衰退，且政策端也未落實「醫院總額支付制度研議方案第六章第一節平衡各層級醫院發展配套措施」。基於分級醫療政策的推動及維護全民健康保險特約醫院服務品質與可近性，敬請研擬設立地區醫院總額（保險醫事服務提供者代表提案）：

本案所提建議請健保署邀請專家學者及本會委員組成工作小組進行研議後，提下次委員會議報告。

6月

23

## (五) 偏鄉離島與原住民健保補助及醫療品質提升案（健保署提案）：

案內所提偏鄉離島與原住民健保費酌減或補助事宜，尚非本會權責。本會支持持續改善、提升偏鄉離島及原住民地區之醫療服務品質，請健保署研擬更具體之建議方案後，再提會討論。

## 二、重要報告事項暨決定：

(一) 健保署提報「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形主席裁定：請健保署提供更詳細的研析資料後，提下次委員會議報告。

(二) 健保署提報「全民健康保險業務監理指標之監測結果」。

參閱書面資料，委員若有意見請以書面方式提供本會幕僚，俾納入 105 年度監測結果報告書，及作為 106 年度委辦計畫監理指標之研修參考。

30

本會召開「全民健保財務平衡及收支連動機制」第 2 次專家學者諮詢會議，邀請曲教授同光、李教授玉春、李精算師永振、黃教授偉堯、黃教授耀輝、盧教授瑞芬、謝名譽董事長天仁、韓教授幸紋、羅教授紀琼等共 9 位專家學者與會。

7月

20-21

召開「106 年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 107 年度醫療給付費用總額協商及其品質保證保留款之參據（詳第三章第一節之二）。

召開 106 年 7 月份委員會議。

## 一、重要討論事項暨決議：

(一) 「全民健保財務平衡及收支連動機制」修正案（幕僚單位提案）：

請健保署參考委員所提意見，於 107 年度總額協商後，研提健保財務及費率推估試算等相關資料，併 107 年度保險費率審議案討論。

(二) 基於維護臺灣整體醫藥生態平衡發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況，並於本會報告，提請討論。（保險醫事服務提供者代表提案）：

請健保署就委員所提意見，審慎檢視資料正確性及引用範圍，並提供包括調查方法、對象、結果及相關數據之標準差等完整資料後，於下（第 7）次委員會議續議。

(三) 為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛福部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案（保險付費者代表提案）：

本會委員所提意見送請衛福部（社保司）及健保署審慎研析並檢討修正。

附帶決定：日後委員如欲新增為提案人，宜請以個別委員意願表達之。

(四) 敬請研議「臺灣地區外自墊核退費用（海外自墊費用）」編列於 107 年其他總額部門預算案（保險醫事服務提供者代表提案）：

28



## 附錄

7月

28

請健保署於下次委員會議，提供該署討論「全民健康保險自墊醫療費用核退辦法」修訂草案過程，各界代表所表達之正反意見，及現行海外就醫的管理機制等資料後續議。

### 二、重要報告事項暨決定：

#### (一) 本會重要業務報告：

- 107 年度各部門總額協商順序經抽籤，依序為：西醫基層、中醫門診、牙醫門診、醫院，其他預算則安排於最後。
- 請健保署依本（106）年第 4 次委員會議（106.5.26）之決議：「請健保署於 3 個月內邀集專家學者、相關醫學會，及本會保險醫事服務提供者與付費者代表組成專案小組，研議感染管制相關公開指標、公開方式及配套措施等具體作法後，再提至本會討論」，辦理提會事宜。
- 請本會幕僚於委員會議召開前，將會議資料儘早提供委員參閱，以利討論；並請健保署配合時程提供所需資料。

#### (二) 臺灣大學郭助理教授年真報告「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫成果：

- 感謝研究團隊的用心，對地區預算分配方式進行紮實的研究，並提出寶貴建議。並請研究團隊以書面方式回應委員所提意見。
- 為利本會討論 107 年度總額地區預算分配案，請各總額部門相關團體儘早研提地區預算分配草案，並請健保署協助提供試算資料，於本年 10 月份委員會議前，研提可行方案送會討論。

#### (三) 健保署提報「105、106 年度醫院及西醫基層總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形」及「106 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響」。

請參閱書面資料，委員如有意見請以書面送交本會幕僚轉請健保署回覆說明。

8月

18

衛福部函示：其所報「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，業奉行政院核定，整體醫療給付費用成長率範圍為 2.349% 至 5%（預估總費用為 6,699 億元至 6,872 億元），交付本會依健保法第 61 條規定協議訂定當年度總額及分配方式，結果報部核定。

25

召開 106 年 8 月份委員會議暨 107 年度總額協商草案會前會。

#### 一、106 年 8 月份委員會議：

##### (一) 重要討論事項暨決議：

- 全民健保各部門總額評核結果於 107 年度總額專款之獎勵額度案（幕僚單位提案）：
  - (1) 107 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款項目，其計算方式以「106 年度各部門總額一般服務預算」作為基礎，依 106 年評核會議所獲等級，「優」級者給予獎勵成長率「0.3%」、「良」級者給予「0.1%」。

8月

25

- (2) 原 106 年度各部門總額之品質保證保留款額度，與上開 107 年度各部門總額之「品質保證保留款」合併運用。
- (3) 請健保署與各部門總額相關團體依 106 年評核委員建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
- (4) 委員所提例如訂定更細緻的評核級距及與獎勵額度相扣連等建議，請本會幕僚於 107 年研擬評核作業方式草案時納入考量。
2. 建請依據 106 年度醫院總額協商分配重症金額 60 億元，請健保署提出書面分配內容之詳細表給委員瞭解卓參案（保險付費者之雇主代表提案）
- (1) 健保署已提供相關辦理情形，請該署依法定程序辦理後續報部核定公告事宜，並於 107 年提出執行結果之專案報告。
- (2) 委員所提意見，請健保署納入未來研修類似支付標準調整案時參考，期實施時間能更提前、諮詢對象能更廣泛周延。
3. 建請健保署提供截至 106 年 6 月 30 日止，有關 106 年度醫院總額決定事項「106 年醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年的 90%，超過部分，不予分配」之辦理情形（保險付費者之雇主代表提案）：本會委員所提意見，請健保署參考，並於 106 年第 2 季醫院總額各分區一般服務每點支付金額結算確認後，提供書面資料予委員參考。
4. 敬請研議對於 106 年「家庭醫師整合性照護計畫」，收案人數已超出健保署原預期的倍數成長，其新增超出的部分，不在總額協定時的涵蓋範圍，如何因應案（保險醫事服務提供者代表提案）：
- (1) 本案依本會前所議定 106 年度總額協商通則四、（一）「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」辦理，請健保署考量在不重啟 106 年度總額協商程序及符合相關規定之前提下，提出適當的處理方式。
- (2) 對於 106 年度「家庭醫師整合性照護計畫」預算超支議題，可納入 107 年度總額協商時考量。
- 附帶決定：請健保署及各部門總額相關團體，未來應妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行，避免發生預算超支情形。
5. 有關將西醫基層總額 106 年度 C 肝新藥之部分專款額度流用至醫院總額，用於新增新藥使用名額乙案（健保署提案）：
- (1) 本案依本會前所議定 106 年度總額協商通則四、（一）「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」辦理，於預算額度內支應。
- (2) 為維護病人就醫權益，委員所提加強宣導及研擬配套措施、鼓勵 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療之建議，由健保署酌處。
- (二) 重要報告事項暨決定：
1. 本會重要業務報告：



## 附錄

8月

25

- (1) 日後請本會幕僚於委員會議召開前，另行將開會通知單以電子郵件傳送委員，俾下載至手機，供作蒞部開會之憑據。
- (2) 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第 3 屆 106 年第 8 次委員會議議程，如附件五，請委員預留時間與會。
2. 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案：
- (1) 衛福部社保司說明「行政院所核定 107 年度總額範圍」。
- (2) 確認 107 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之醫療服務成本及人口因素成長率。
- ①為利 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額相關團體及健保署，參照衛福部交付之協商政策方向，於 106 年 8 月 31 日前研提 107 年度總額協商草案送本會，所列各協商項目之增加金額（例如：一例一休所增加之人事成本）應提出具體之估算方式，以利協商。
- ②本會委員所提包括新醫療科技、預防保健、免疫醫療及身心療養等意見，提供衛福部未來擬定政策方向或檢討醫療服務成本及人口因素成長率公式時參考。
3. 健保署 106 年 6 月份全民健康保險業務執行季報告案（併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告）：
- 主席裁定：因時間因素，保留至下次委員會議報告。惟其中「健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形」、「罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析」、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形等報告案，與 9 月份總額協商相關，請委員先行參閱書面資料。
4. 健保署 106 年 106 年 7 月份全民健康保險業務執行報告案。
- 請委員先行參閱書面資料。

- 二、「107 全民健康保險醫療給付費用總額總額協商計畫（草案）會前會」：由各總額部門及健保署報告「107 年度各部門總額協商因素項目或計畫之規劃」，除就內容交換意見外，並請各總額部門與健保署將修正後之 107 年度各部門總額協商因素或計畫（草案）送會，以利 9 月份協商會議之進行。
- 三、本會幕僚完成編製「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—106 年版」、「106 年全民健保各部門總額執行成果摘要」及「106 年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」，提供委員協商 107 年度總額所需資訊。

- 一、召開「107 年度全民健保醫療給付費用總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」，由健保署報告 107 年度各部門總額協商

9月

4

9月

4

項目及其他預算之規劃，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 107 年度總額之協議訂定。

二、為利 107 年度全民健保總額協商，於當天晚上召開本會委員與衛福部部長業務座談會。

15

召開「107 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議」資料說明會，由本會幕僚說明總額協商會議資料，及謝律師天仁分享總額協商經驗，以利 9 月份協商會議之進行。

21-22

召開 107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨 106 年 9 月份委員會議。

一、107 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商時間：

(一) 西醫基層總額：9 月 21 日 09:30 ~ 13:36 (含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約 1 小時 49 分鐘)，及 9 月 22 日 14:13 ~ 14:16 (未盡事宜)。

(二) 門診透析服務預算：9 月 21 日 13:42 ~ 15:20 為門診透析服務費用討論時間 (含付費者及「西醫基層與醫院部門代表」各自召集內部會議討論約 28 分鐘)。

(三) 中醫門診總額：9 月 21 日 15:25 ~ 18:18 (含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約 1 小時 14 分鐘)。

(四) 牙醫門診總額：9 月 21 日 18:27 ~ 21:19 (含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約 55 分鐘)。

(五) 醫院總額：9 月 21 日 21:24 ~ 22 日 0:52 (含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約 1 小時 24 分鐘)，及 9 月 22 日 14:10 ~ 14:13 (未盡事宜)。

(六) 其他預算：9 月 22 日 11:05 ~ 12:56 (含付費者召集內部會議討論約 54 分鐘)。

二、106 年 9 月份委員會議：

(一) 重要討論事項暨決議：

107 年度各部門總額協商結論：

1. 西醫基層：

經西醫基層代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及西醫基層代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定 (對照表如附件六)。

2. 中醫門診 (詳 107 年度總額協商公告)：

(1) 一般服務成長率為 3.000%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.715%，協商因素成長率 1.285%。

(2) 專款項目全年經費為 492.2 百萬元。

(3) 前述二項額度經換算，107 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 3.699%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.432%。



## 附錄

9月

21-22

3. 牙醫門診（詳 107 年度總額協商公告）：
- (1) 一般服務成長率為 1.706%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.341%，協商因素成長率 0.365%。
  - (2) 專款項目全年經費為 3,035.9 百萬元。
  - (3) 前述二項額度經換算，107 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 106 年度所核定總額成長 4.001%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.740%。
4. 醫院部門：
- 經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定（對照表如附件七）。
5. 其他預算（詳 107 年度總額協商公告）：
- 增加 1,517.3 百萬元，預算總額度為 12,781.2 百萬元，由健保署管控。

25

106 年度委託臺北醫學大學辦理之「建立監理指標與健保效能之關連性評析」計畫，繳交期中報告。

10月

20

本會依健保法第 24 條第 2 項規定，召開「107 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」，邀請曲教授同光、李精算師永振、周教授麗芳、楊教授漢濂、盧教授瑞芬、謝名譽董事長天仁、韓教授幸紋、羅教授紀琼與會提供諮詢意見，健保會委員（含代理人）計 23 位與會關心。會中決議如下：

一、有關 107 年度全民健康保險一般保險費率，與會者大多同意維持現行費率 4.69%。請健保署參酌專家學者及委員所提意見，修正「107 年度全民健康保險保險費率方案（草案）」送本會 11 月份委員會議（106.11.17）審議。

二、另關於「全民健保財務平衡及收支連動機制」所提意見，請健保署參考。

27

召開 106 年 10 月份委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

(一) 107 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 107 年度牙醫門診總額一般服務（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）地區預算分配方式：

(1) 地區範圍：

以健保署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

② 同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 3.45 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「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」、「投

保人口就醫率全國最高二區之保障款」等 4 項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第 3 階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。

③所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。

(二) 107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

本案保留，請西醫基層總額相關團體盡速提送 107 年度建議之地區預算分配方案及風險調整機制；其各地區校正「人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，至少須維持 66%。最遲應於 106 年 12 月份委員會議定案。

(三) 107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 原則同意 107 年度醫院總額一般服務（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）地區預算分配方式：

(1) 地區範圍：

以健保署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(2) 分配方式：

①用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。

②「各地區校正風險因子後保險對象人數」占率：門診服務（不含門診透析服務）為 50%、住診服務為 45%。

③各地區門住診服務費用，依上開方式校正後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

④所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額關團體議定之。

2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。

3. 醫院總額相關團體表示尚須健保署協助試算，以利討論其建議方案乙節，請健保署協助模擬試算，分配方案最遲應於 106 年 12 月份委員會議定案。

(四) 107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 基於中醫門診總額相關團體承諾於討論 108 年度地區預算分配案前，將進行研究、規劃並提出建議方案，爰同意 107 年度維持依 106 年度之方式分配。

2. 107 年度中醫門診總額一般服務（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）地區預算分配方式：



(1) 地區範圍：

以健保署六分區業務組所轄範圍，區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 預算 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五區。

② 東區外，其他五區依下列參數占率分配之：

a. 各區實際收入預算占率：69%。

b. 各區戶籍人口數占率：11%。

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 所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。

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，由健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 106 年 12 月底前送本會同意後執行。
4. 有關自一般服務費用移撥部分經費，用於風險調整乙節，請中醫門診總額相關團體於下次委員會議前提送建議方案。最遲應於 106 年 12 月份委員會議定案。

(五) 基於維護臺灣整體醫藥生態平衡發展與現行健保藥費議題及藥價支付標準的檢討，建議健保署秉於保險人權責，向藥商調查「專利期內藥品」於各類特約醫事服務機構的折扣狀況（保險醫事服務提供者代表提案）：

請健保署於 3 個月內就委員關切事項，進行專案報告，以利釐清疑義。

(六) 「鑑於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」（保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實全民健康保險法第 51 條第 4 款之規定，包括研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，亦請評估有無修法之必要性。
2. 請健保署將前項整體評估結果，提至本會報告。
3. 另有關現行健保實務中是否有違反健保法之情事，請委員於下次委員會議提供具體內容。

10月

27

(七) 呼應健保署李伯璋署長及其同仁之「從健保大數據分析，邁向健保改革之路」乙文，建議檢討健保給付價較高之品項（如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等）支付點數及給付規範，防杜藉由高單價檢查項目不當圖利之情形案（保險醫事服務提供者代表提案）：

本案所提建議，請健保署依法定程序提「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論，及依會議決議辦理後續事宜。

## 二、重要報告事項暨決定：

### (一) 本會重要業務報告：

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

(二) 本會確認經9月份協議訂定之「107年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率」（如附件八）。協定結果，將報請衛福部核定與決定。

30

106年度委託臺北醫學大學辦理之「建立監理指標與健保效能之關連性評析」計畫，完成期中報告書面查驗。

11月

2

本會報請衛福部核定所協議訂定之「107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案，包含完成協定之牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，至西醫基層及醫院總額成長率，則併送付費者代表與醫院代表委員之建議方案（兩案）。

召開106年11月份委員會議。

## 一、重要討論事項暨決議：

### (一) 107年度全民健康保險費率方案（草案）（健保署提案）：

1. 107年度全民健康保險費率審議結果，本會建議維持4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
2. 委員所提相關意見，送請相關單位審慎研議，在3個月內回應，並訂定期程參採辦理。

### (二) 107年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案建議案（保險付費者之被保險人代表提案）：

委員所提宜加強醫療資源不足地區民眾醫療照護之建議，請四部門總額相關團體及健保署於研議108年度總額協商草案時，納入考量。

### (三) 建議修正全民健康保險會組成及議事辦法第15條條文（保險付費者之被保險人代表提案）：

本案未獲共識。委員所提意見，送請衛福部社保司參考。

### (四) 建請醫院與西醫基層106年度健保醫療給付費用總額之C肝用藥專款項目經費得相互流用復議案（保險付費者代表）：

1. 本案基於尊重西醫基層總額部門代表之意見，及本會前所議定之總額協商通則，爰依提案委員建議，予以撤案。

17



2. 為維護病人就醫權益，請健保署依循本會 8 月份委員會議（106.8.25）之決議，加強鼓勵並協助 C 型肝炎病患至基層診所接受新藥治療。

### 二、重要報告事項暨決定：

#### （一）本會重要業務報告：

1. 「107 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案」，因臺灣醫院協會於 106 年 11 月 15 日來函表示同意本會 10 月份委員會議（106.10.27）之分配決議，不另提出建議方案。

2. 107 年度委員會議時間安排如下：

(1) 維持於每個月第 4 週之星期五上午 9 時 30 分召開；2、3 月份委員會議合併於 3 月份召開；至 11 月份配合費率審議時效，比照往例提前至第 3 週。

(2) 於 3 月份委員會議合併舉行業務參訪活動及共識營，時間預定於 107 年 3 月 22 日、23 日（星期四、五），請委員預留時間與會，並請本會幕僚規劃共識營擬討論之議題後，徵詢委員意見。

3. 請本會幕僚研採適當寄（發）送方式，讓委員最晚在委員會議前一週的週末收到會議資料，俾有充分時間審閱資料。

4. 「鑑於維護全民健保之正義與健保的體制、永續，籲請盤點現行健保實務中違反全民健康保險法之情事，並立即改善或規劃導正期程」及「全民健康保險法明確揭示『成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品』不列入本保險給付範圍，建議儘速依法改正，其他違反之相同情事，亦應比照辦理案」，請健保署依委員建議，於 12 月份委員會議提供歷年指示用藥不列入給付範圍對全民健保財務之影響評估及藥費之相關資料。另提案人（謝委員武吉）提供「現行違反健保法相關情事」之書面意見，送請相關單位審慎研議，在 3 個月內回應，並訂定期程參採辦理。

（二）健保署提報「106 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」（併「專業雙審及公開具名」試辦方案之執行情形、健保醫療資訊雲端查詢系統之執行情形、罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析、「C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」執行情形報告、「106 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」、「106 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」、「106 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」）

請本會幕僚會後徵詢委員是否尚有其他垂詢事項，並轉請健保署提供書面說明。

（三）健保署提報「地區醫院之急診診察費保障每點 1 元案」。

1. 同意 106 年度醫院總額一般服務保障項目及支付方式，新增「地區醫院之急診診察費（每點 1 元支付）」乙項，並自 106 年 10 月 1 日實施。

2. 本案屬「須提報本會同意後執行」之議案，未來請以討論案方式辦理。

12月

23

107 年度委託臺灣大學辦理之「利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式與平台—以全民健保財務收支連動機制為例」科技計畫，完成簽約，契約期間自 107 年 1 月 1 日至同年 11 月 30 日。

13

衛福部函復：核定本會所報「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案；依核定結果，107 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 4.711%（與 106 年度核定總額相較），預估總費用約 6,853.4 億元。核（裁）定結果摘要如下：

一、牙醫門診、中醫門診及其他預算，同意照本會陳報內容辦理。

二、西醫基層部門及醫院部門裁定如下：

（一）西醫基層部門：以付費者代表方案為主，惟：

1. 家庭醫師整合性照護計畫：為促進社區醫療群與合作醫院間應進行實質合作，包括對病人之雙向轉診及慢性病共同照護，以確保病人照護之連續性與協調性；以及推廣社區醫療群應規劃主動電訪（Call out）服務，以加強個案健康管理，提升照護品質，並與一般診所建立差異化之服務模式，故全年經費 28.8 億元，其中 4.5 億元用於挹注 106 年度之不足款，107 年該計畫之執行經費為 24.3 億元。

2. 西醫醫療資源不足地區改善方案：除原方案外，增列鼓勵偏遠地區假日開診，提升偏遠地區就醫可近性，全年經費 1.87 億元。

（二）醫院部門：以付費者代表方案為主，惟：

1. 有關醫療服務成本指數改變率所增加之預算，為持續合理檢討支付標準，本項預算優先用以提升重症護理照護品質（如加護病房）及持續推動「護病比與健保支付連動」。

2. C 型肝炎藥費：為提升 C 型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費 45.28 億元。

3. 醫療給付改善方案：除持續辦理原有之 8 項方案外，另新增「提升醫院用藥安全與品質方案」，全年經費 11.87 億元。

4. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：為鼓勵雙向轉診，用以支付醫院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病情穩定病人下轉等之醫師診察費，全年經費 2.58 億元。預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

5. 為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以 5 年降低 10% 為目標值，並定期檢討。

20

衛福部副知「107 年度全民健康保險一般保險費費率，奉行政院核定維持現行之 4.69%」。

22

召開 106 年 12 月份委員會議。

一、重要討論事項暨決議：



(一) 107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 107 年度西醫基層總額一般服務（不含 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度）地區預算分配方式：
  - (1) 地區範圍：以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。
  - (2) 分配方式：66% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34% 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) 所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之。
2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 107 年 1 月 12 日前送本會，以利提 1 月份委員會議討論。
3. 請西醫基層總額相關團體於 107 年 1 月 12 日前將所建議之 107 年度風險調整機制提送本會，以利辦理後續事宜。
4. 基於時效，請幕僚將已議定之醫院、牙醫門診、中醫門診總額一般服務之地區預算分配案，先陳報衛福部核定，以利實施。

(二) 107 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 同意 107 年度中醫門診總額自一般服務費用移撥 3,600 萬元，用於撥補五分區（不含東區）各鄉鎮市區內僅有 1 家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，55% 分配予臺北分區，45% 分配予北區分區。
2. 所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。

(三) 107 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案（健保署提案）：

1. 同意健保署所送之 107 年度中醫門診、醫院總額一般服務及門診透析服務之點值保障項目，如附件九。
2. 西醫基層總額之點值保障項目，請健保署會同該總額相關團體盡速議定後，於 107 年 1 月 12 日前送本會，以利提 1 月份委員會議討論。

(四) 基於維護本保險資源的價值，籲請本會督促公費流感疫苗接種之主責業務單位疾病管制署進行該案處置費之檢討與調升，同時對本保險代收代付之作業研擬行政作業補助等（保險醫事服務提供者代表提案）：

委員所提建議，請健保署及疾管署參考辦理。

(五) 為能對健保之監理與健保資源使用有更整體性與全面性的視野，建議國健署、疾管署、食藥署定期至本會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形（保險醫事服務提供者代表提案）：

除依目前視委員會議討論需要，邀請國健署、疾管署、食藥署等相關單位列席說明外，再由本會每年至少邀請上開相關單位舉辦 1 次業務座談會，與委員交換意見。至於座談議題，請本會幕僚徵詢委員意見後擬訂。

(六) 現行健保署依「全民健康保險藥品價格調查作業辦法」第六條第一款規定要求醫事服務機構按季申報藥品採購資料等案，顯有擾民、血汗院所，並已然違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第二條，籲請檢討改正（保險醫事服務提供者代表提案）：

委員所提建議，請健保署參考辦理。

(七) 現行健保復健之物理治療、職能治療處方開立，顯有圖利復健科專科醫師之嫌，並有徒增病患就醫困擾、增加民眾就醫成本及不便等問題，基於維護復健治療人員的公平對待與考量復健設置皆於醫療機構設置標準有一致規範，建議刪除以處方開立醫師別的差別支付，將兩階支付改為同一支付（保險醫事服務提供者代表提案）：

本案依提案人謝委員武吉意見予以撤案。

(八) 職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討，提請討論（衛福部提案）：本案請社會保險司補充方案一、二、三對於保費收入之財務影響評估資料，於下次委員會議繼續討論。

## 二、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

有關「『為使政府當責承擔健保總經費不得少於 36% 之財務責任，建請衛福部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式』，本會委員所提意見送請衛福部（社險司）及健保署審慎研析並檢討修正案」追蹤案（項次 18），請社保司具體回應可以執行事項或有窒礙難行之處，並就政府負擔法定下限 36%，於 105 年是否補提 38.5 億元加以說明。

(二) 訂定本會 107 年度工作計畫（如附件十）、委員會議預訂時間表及共識營與業務參訪活動行程表：

請相關負責單位配合辦理；業務參訪活動則請健保署暨所轄臺北分區業務組協助安排。

(三) 本會幕僚單位報告「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」核定結果及後續相關事項案：

請健保署依 107 年度協定事項所列時程辦理相關事宜。至「107 年度各部門總額中應於 106 年 12 月底前完成之協定事項」，就尚未完成項目，請健保署盡速辦理。

(四) 健保署報告有關「藥品價量協議（PVA）回收金額回歸總額」，本署之執行方式案：

主席裁定：依委員建議改列討論事項。請健保署提供利弊分析等相關資料，提下次委員會議討論。

衛福部公告「107 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」。



### 附錄二之附件一

## 辦理105年各部門總額執行成果評核之作業方式

第3屆 106年第2次委員會議（106.3.24）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、各部門總額及其他預算專案計畫／方案執行成果。

### 貳、辦理方式

#### 一、評核會議之報告資料

由各總額部門及健保署提供各部門之一般服務及專案計畫執行成果報告（報告大綱及提報單位，詳附表一～四），並於評核會議1個月前提出書面報告，供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」、「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

#### 二、評核委員

參考各總額部門推薦之名單，由本會邀請4至8位專家學者擔任評核委員。

#### 三、評核會議

（一）會議期程：2天。

（二）第一階段：公開發表會議（1天半）。

1. 健保署統一報告各部門一般服務之整體性、一致性項目（如：利用概況、滿意度調查結果、品質指標監測結果等），及分區共管執行成效。
2. 105年度接受健保署專業事務委託之總額部門，由受託團體報告一般服務、專案計畫之執行成果；為利評核委員及與會者掌握及聚焦於重點項目，簡報內容請以「整體規劃與執行檢討」為主。
3. 105年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託團體得補充報告，並予以評分。
4. 評核委員評論各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，並開放與會者提問。
5. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：衛福部社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國健署、疾管署等，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，預估約160人。

(三) 第二階段：評核內部會議（半天）。

1. 評核委員就各部門總額之執行成果，進行意見交換與評分。最終除對各部門總額之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：主任委員、評核委員、本會幕僚。

**參、評核項目與評分方式**

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 = 80% : 20%。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
<b>壹、整體規劃與執行檢討</b> 一、整體資源配置與未來規劃 二、年度重點項目之推動與檢討 (一) 必要項目（附表三）105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。 (二) 自選項目（部門自行提報，最多 2 項）105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。	
<b>貳、一般服務執行績效</b> 一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、維護保險對象就醫權益 (一) 滿意度調查結果之檢討及改善措施 (二) 民眾諮詢及抱怨處理 (三) 民眾自費情形及改善措施 (四) 就醫可近性及公平性之改善措施 (五) 其他確保民眾就醫權益之措施 三、專業醫療服務品質之確保與提升 (一) 品質指標監測結果之檢討及改善措施 (二) 其他改善專業醫療服務品質具體措施 四、協商因素項目之執行情形 (一) 新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材等） (二) 紿付項目及支付標準修訂 (三) 其他協商因素項目（依協定結果分列） (四) 品質保證保留款實施方案 五、總額之管理與執行績效 (一) 醫療利用（含全國及各分區）及費用管控情形 (二) 點值穩定度 (三) 專業審查及其他管理措施 (四) 院所違規情形及醫療機構輔導	80
<b>參、專案計畫／方案執行成效</b> 一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明 二、105 年計畫／方案執行成果 三、歷年執行情形及成效評估 四、檢討與改善方向（含 106 年計畫／方案修正重點）	20

註：列入評核之專案計畫／方案如附表四。



## 附錄

### 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107年度總額協商之參考，評等「良」級以上之部門，酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。

三、評核委員對專案計畫／方案評核之相關建議，並作為協商107年度總額該項專案經費增減及續辦與否之依據。

### 伍、評核作業時程表

時間	作業內容
106 年 3 ~ 4 月	本會函請各總額部門推薦評核委員人選；並請各總額部門及健保署依一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料。
106 年 5 月中旬	請健保署提供各總額部門所需數據；各總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
106 年 6 月中旬	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
106 年 7 月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料。
106 年 7 月下旬 (預定 7 月 20、21 日)	召開為期 2 天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

**附表一 整體規劃及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱**

項目	健保署提報	部門提報 (未受託由健保署提報)
<b>壹、整體規劃與執行檢討</b>		
一、整體資源配置與未來規劃	✓	✓
二、年度重點項目之推動與檢討（必要項目、自選項目）	✓	✓
<b>貳、一般服務執行績效</b>		
一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明	✓	✓
二、維護保險對象就醫權益		
（一）滿意度調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
（二）民眾諮詢及抱怨處理	—	✓
（三）民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
（四）就醫可近性及公平性之改善措施	調查／統計結果	檢討及改善
（五）其他確保民眾就醫權益之措施	—	✓
三、專業醫療服務品質之確保與提升		
（一）品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
（二）其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	✓
四、協商因素項目之執行情形		
（一）新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材等）	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
（二）給付項目及支付標準修訂	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
（三）其他協商因素項目（依協定結果分列）	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
（四）品質保證保留款實施方案	—	✓
五、總額之管理與執行績效		
（一）醫療利用（含全國及各分區）及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
（二）點值穩定度	點值	檢討及改善
（三）專業審查及其他管理措施	—	✓
（四）院所違規情形及醫療機構輔導	—	輔導改善情形
<b>參、附錄</b>		
一、品質確保方案	—	—
二、品質保證保留款實施方案	—	—
三、其他視需要提供之方案內容	—	—

註：請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施。報告內容請至少提供 5 年（101～105 年）之數據。



## 附錄

### 附錄二之附件二

#### 「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」 項目之適用範圍與動支程序

100.12.9 費協會第 178 次委員會議通過  
103.11.28 健保會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議修正  
106.4.28 健保會第 3 屆 106 年第 3 次委員會議修正

#### 一、適用範圍：

##### (一) 屬「非預期風險」：

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

##### (二) 屬「其他非預期政策改變」：

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

#### 二、動支程序：

##### (一) 屬「非預期風險」：

###### 1. 提案前評估：

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

依非預期風險事件之屬性，其適用情況及評估指標如下：

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

- ①平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。
- ②一般服務之醫療費用點數成長率>（當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%）以上。

若該疾病異常流行具有地區性差別，則適用受影響之健保分區；閾值同上。

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

2. 提案及議定：

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

3. 核定與執行：

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

(二) 屬「其他非預期政策改變」：

1. 提案及議定：

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

2. 核定與執行：

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

- 
- 註：1. 年度總額協商前，衛福部會提出該年度總額之協商政策方向，若屬「可預期」之政策改變，於協商時即應納入考量，爰修訂為僅適用年度中「非預期」之全民健康保險法及相關政策修訂。因政策、法規屬主管機關權責，爰須經衛福部交議，健保署據以提案。
2. 歷年健保會訂有下列總額協商通則；另健保署會同各總額部門擬訂專款計畫或方案時，對於超過預算部分，係以浮動點值方式處理。
- (1) 專款專用項目：  
回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出，實施成效納入下年度總額協商考量。
- (2) 其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。
- (3) 其他原則：  
醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。



## 附錄

### 附錄二之附件三

### 107年度總額協商工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<b>一、協商前置作業</b>	
1. 討論 107 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。	本會 106 年第 4 次、第 5 次委員會議 (106 年 5 月 26 日、6 月 23 日)
2. 建立協商參考資料： (1) 編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—106 年版」。 (2) 編具「全民健保各部門總額執行成果摘要—106 年版」。	106 年 6 ~ 8 月
3. 召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 105 年度協定事項執行情形。	106 年 7 月 20、21 日
4. 107 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (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。	本會 106 年第 6 次或第 7 次委員會議 (106 年 7 月 28 日或 8 月 25 日)
5. 由健保署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) 各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，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。	106 年 8 月
6. 安排總額協商之相關座談會／會前會。 (1) 召開 107 年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： ① 請各總額部門及健保署報告所規劃之 107 年度總額協商因素項目及計畫草案，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、費用估算基礎及實證資料、過去執行成果、預期效益等資料) ② 請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2) 召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3) 另視需要召開座談會。	本會 106 年第 7 次委員會議暨 107 年度總額協商草案會前會 (106 年 8 月 25 日下午) 106 年 8 ~ 9 月 106 年 8 ~ 9 月

工作項目及內容	預訂時程
<b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b>  1. 協定各部門總額成長率及分配方式。 2. 協定各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。 3. 年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。	107 年度總額協商暨第 8 次委員會議 (106 年 9 月 21 ~ 22 日) 106 年 10 ~ 12 月 106 年 10 ~ 12 月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b>  1. 健保署會同各總額部門，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，請健保署或總額部門專案報告。	106 年 10 月 ~ 107 年 12 月



## 附錄

附表二 各部門總額及其他預算專案計畫／方案之執行成果報告大綱

項目
一、就 105 年評核委員評論意見與期許之回應說明
二、105 年計畫／方案執行成果 <ul style="list-style-type: none"> <li>(一) 計畫目的</li> <li>(二) 執行目標</li> <li>(三) 經費來源與協定事項</li> <li>(四) 費用支付</li> <li>(五) 執行內容</li> <li>(六) 評核指標及退場機制</li> </ul>
三、歷年執行情形及成效評估 <ul style="list-style-type: none"> <li>(一) 預算執行數及執行率</li> <li>(二) 目標達成情形</li> <li>(三) 執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等</li> <li>(四) 成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等</li> </ul>
四、檢討與改善方向（含 106 年計畫／方案修正重點）
五、附錄：各項專案計畫／方案內容

註：由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據；由健保署負責之專案，各項目均由署提報。各計畫／方案之提報單位如附表四。

附表三 各部門總額年度重點項目—必要項目

類別	項目
各部門共通項目	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 品質保證保留款分配方式之精進</li> <li>(2) 專案計畫之整體檢討與後續規劃（導入一般服務或退場）</li> <li>(3) 地區預算分配後六分區民眾就醫及資源分配之公平與合理性檢討（含風險調整基金及移撥費用之運用情形）</li> </ul>
部門個別項目（含其他預算）	
—醫院部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 初級照護減少之策略與執行現況</li> <li>(2) 護理人力（護病比）之現況與改善情形</li> </ul>
—西醫基層部門	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 加強基層量能之策略與執行現況</li> </ul>
—其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>(1) 提升保險服務成效（含藥品質量監測計畫）之檢討與規劃</li> <li>(2) 推動醫療體系整合（含以病人為中心、整合性照護）之檢討與規劃</li> </ul>

附表四 各部門總額及其他預算專案計畫／方案執行成果之提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>－醫療資源不足地區改善方案</li> <li>－特殊醫療服務計畫</li> <li>－牙周病統合照護計畫</li> </ul>	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>－醫療資源不足地區改善方案</li> <li>－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. 顱腦損傷；3. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護；4. 脊髓損傷）</li> <li>－提升孕產照護品質計畫</li> <li>－乳癌、肝癌門診加強照護計畫</li> <li>－兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫</li> </ul>	中醫師公會全聯會
西醫基層	－西醫醫療資源不足地區改善方案	醫師公會全聯會
	－家庭醫師整合性照護計畫	
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>－急診品質提升方案</li> <li>－鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）</li> <li>－西醫醫療資源不足地區改善方案（醫院支援西醫基層）</li> <li>－醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</li> </ul>	
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>－加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫<sup>(註)</sup></li> <li>－醫療給付改善方案（糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦全程照護）</li> </ul>	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>－山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>－非屬各部門總額支付制度範圍之服務</li> <li>－高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫</li> <li>－支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層慢性 B 型與 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費</li> <li>－推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>－其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費</li> <li>－提升 ICD-10-CM/PCS 住院編碼品質</li> <li>－鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案</li> <li>－提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>－慢性腎臟病照護及病人衛教計畫</li> <li>－提升保險服務成效</li> </ul>	健保署

註：醫院之慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫，已於 102 年由專案計畫移至一般服務項



## 附錄

### 附錄二之附件四

### 全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議議程

日期：106 年 7 月 20 日、21 日（星期四、五）

地點：集思交通部國際會議中心國際會議廳（臺北市杭州南路一段 24 號 3 樓）

7 月 20 日	報告內容	主持人／報告單位／評論人
09：00～09：25	報到	
09：25～09：30	開幕致詞	傅主任委員立葉
09：30～10：30	各部門總額（含門診透析）一般服務執行成果報告（60 分鐘） 1. 各部門整體性、一致性項目執行報告 2. 醫院總額整體規劃與執行檢討（含一般服務執行績效） 3. 分區共管執行成效	報告單位：中央健康保險署
10：30～10：45	中場休息（15 分鐘）	
10：45～11：35	牙醫門診總額執行成果報告（50 分鐘） 1. 整體規劃與執行檢討 2. 一般服務執行績效 3. 專案計畫／方案執行成效	報告單位：牙醫師公會全聯會
11：35～12：35	評論及意見交流（60 分鐘）	
12：35～13：15	午餐	
13：15～14：05	中醫門診總額執行成果報告（50 分鐘） 1. 整體規劃與執行檢討 2. 一般服務執行績效 3. 專案計畫／方案執行成效	報告單位：中醫師公會全聯會
14：05～15：05	評論及意見交流（60 分鐘）	
15：05～15：20	中場休息（15 分鐘）	
15：20～16：10	西醫基層總額執行成果報告（50 分鐘） 1. 整體規劃與執行檢討 2. 一般服務執行績效 3. 專案計畫／方案執行成效	報告單位：醫師公會全聯會 中央健康保險署
16：10～17：10	評論及意見交流（60 分鐘）	

— 賦歸 —

7月21日	報告內容	主持人／報告單位／評論人
09:00 ~ 09:30	報到	
09:30 ~ 10:50	醫院及其他預算專案計畫執行成果報告（80分鐘） 1. 其他預算年度重點項目之推動與檢討 2. 醫院及其他預算專案計畫／方案執行成效	報告單位：中央健康保險署
10:50 ~ 11:00	中場休息（10分鐘）	
11:00 ~ 12:00	評論及意見交流（60分鐘）	
	— 成果發表會結束 —	
12:00 ~ 13:30	午餐	
13:30 ~ 16:00	各部門總額執行成果評核	傅主任委員立葉評核委員
	— 畏歸 —	

註：依健保會 106 年第 2 次委員會議（106.3.24）通過之評核作業方式，簡報內容請以「整體規劃與執行檢討」為主，其包含：

1. 整體資源配置與未來規劃。
2. 年度重點項目之推動與檢討：
  - (1) 必要項目（如下表）105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。
  - (2) 自選項目（部門自行提報，最多 2 項）105 年之執行成果，及 106 年之執行規劃。

類別	項目
各部門共通項目	(1) 品質保證保留款分配方式之精進 (2) 專案計畫之整體檢討與後續規劃（導入一般服務或退場） (3) 地區預算分配後六分區民眾就醫及資源分配之公平與合理性檢討（含風險調整基金及移撥費用之運用情形）
部門個別項目	
—醫院部門	(1) 初級照護減少之策略與執行現況 (2) 護理人力（護病比）之現況與改善情形
—西醫基層部門	加強基層量能之策略與執行現況
—其他預算	(1) 提升保險服務成效（含藥品品質監測計畫）之檢討與規劃 (2) 推動醫療體系整合（含以病人為中心、整合性照護）之檢討與規劃



## 附錄

### 附錄二之附件五

### 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨第3屆 106年第8次委員會議議程

地點：衛生福利部 301 會議室（臺北市忠孝東路 6 段 488 號 3 樓）

時間	內容	與會人員
<b>9/21 (四)</b>		
09：00～09：30	報到	
09：30～11：10	①西醫基層總額之協商（100 分鐘）	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
11：10～11：20	中場休息	
11：20～12：10	醫院與西醫基層總額之門診透析預算協商（50 分鐘）	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚（本節之協商，邀請腎臟醫學會列席）
12：10～13：10	午餐	
13：10～14：30	②中醫總額之協商（80 分鐘）	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：30～14：40	中場休息	
14：40～16：00	③牙醫總額之協商（80 分鐘）	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16：00～16：20	中場休息	
16：20～18：20	④醫院總額之協商（120 分鐘）	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18：20～19：20	晚餐	
19：20～20：33	⑤其他預算之協商（73 分鐘）	本會委員、健保署，及社保司與本會幕僚
20：33～22：33	付費者、醫界委員視需要自行召開會議之彈性運用時間（120 分鐘）	
<b>9/22 (五)</b>		
11：00～14：00 (暫訂 12：30～14：00 午餐)	視需要處理協商未盡事宜	本會委員、相關部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14：00～17：30	<b>委員會議</b>	

註：時間以醫院協商時間 120 分鐘、西醫基層 150 分鐘（含門診透析）、牙醫與中醫各為 80 分鐘、其他預算 73 分鐘計算，已計列各部門得延長之時間。

各部門協商時間分配（106年6月23日委員會議決議）

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	30分鐘	(門診透析 20分鐘)	60分鐘 (門診透析 20分鐘)	130~170分鐘	30分鐘	30分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘		50分鐘	115~150分鐘	20分鐘	20分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		40分鐘	60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		40分鐘	60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		35分鐘	55~73分鐘	20分鐘		55~93分鐘

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



## 附錄

### 附錄二之附件六

### 107年度西醫基層醫療給付費用協定項目表（兩案送主管機關決定）

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	1.757%	1,926.8	1.757%	1,926.8
投保人口預估成長率	0.175%		0.175%	
人口結構改變率	1.188%		1.188%	
醫療服務成本指數改變率	0.392%		0.392%	
協商因素成長率	0.553%	606.1	1.338%	1,469.0
保險給付項目 及支付標準之 改變	新醫療科技（包括新增診 療項目、新藥及新特材）	0.106%	116.0	0.182%
	糖尿病及初期慢性腎臟病 品質支付	0.000%	0.0	0.000%
	B型肝炎藥費回歸一般服 務（*西醫基層代表方案 編列於專款項目）	0.255%	280.0	0.000%*
	其他預期之法 令或政策改變	0.000%	0.0	0.100%
一般服 務	配合一例一休政策	0.000%	0.0	110.0
	其他醫療服務利用及密集 度之改變	0.228%	250.0	0.000%
	藥品給付規定修正	0.000%	0.0	0.094%
	配合分級醫療及醫療服務 利用增加	0.000%	0.0	0.729%
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	提升老人視力照護品質	0.000%	0.0	0.069%
	新興疾病（失眠、焦慮等） 產生之醫療利用提升	0.000%	0.0	0.109%
	外傷服務密集度及照護品質	0.000%	0.0	0.091%
	違反全民健保醫事服務機 構特約及管理辦法之扣款	-0.036%	-39.9	-0.036%
一般服務 成長率	增加金額	2.310%	2,532.9	3.095%
	總金額		112,200.0	
				113,060.9

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)	強化基層照護能力「開放表別」	450.0	200.0	450.0	200.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	129.0	129.0	129.0	129.0
	家庭醫師整合性照護計畫	2,460.0	880.0	2,880.0	1,300.0
	西醫醫療資源不足地區改善方案	180.0	0.0	187.0	7.0
	慢性 B 型及 C 型治療計畫 (本項刪除，經費拆分為 B 型及 C 型肝炎藥費)	0.0	-688.0	0.0	-688.0
	B 型肝炎藥費 (* 付費者代表方案編列於一般服務)	0.0*	0.0*	280.0	280.0
	C 型肝炎藥費 (* 西醫基層代表方案編列於其他預算)	408.0	408.0	0.0*	0.0*
	醫療給付改善方案	300.0	0.0	300.0	0.0
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	178.0	178.0	178.0
	品質保證保留款	109.4	109.4	109.4	109.4
專款金額		4,214.4	1,216.4	4,513.4	1,515.4
成長率 (一般服務 + 專款)	增加金額	3.328%	3,749.3	4.358%	4,911.2
	總金額		116,414.4		117,574.3
門診透析服務 成長率	增加金額	4.624%	748.7	4.624%	748.7
	總金額		16,940.8		16,940.8
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務 + 專款 + 門診 透析)	增加金額	3.491%	4,498.0	4.391%	5,659.9
	總金額		133,355.2		134,515.1
較 106 年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	3.721%	—	4.623%	—	—

- 註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 128,856.8 百萬元，其中一般服務為 109,666.7 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 285.3 百萬元），專款為 2,998 百萬元，門診透析為 16,192.1 百萬元。
2. 計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 128,571.5 百萬元，其中一般服務為 109,381.4 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 285.3 百萬元），專款為 2,998 百萬元，門診透析為 16,192.1 百萬元。
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。
4. 西醫基層總額部門建議：醫院醫療給付費用協定項目表中（兩案送主管機關決定）有關「醫院與西醫基層風險調校」部分，應考量所涉門診開設時間，為西醫基層總額開辦前或總額開辦後；若為西醫基層總額開辦後所設立之診所，應將其費用補足給西醫基層總額。另應考慮上述診所結束營業後病患之挪移，建議不調整西醫基層總額之基期費用。



## 附錄

### 附錄二之附件七

### 107年度醫院醫療給付費用協定項目表（兩案送主管機關決定）

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	2.642%	10,768.2	2.642%	10,768.2
投保人口預估成長率	0.175%		0.175%	
人口結構改變率	1.801%		1.801%	
醫療服務成本指數改變率	0.662%		0.662%	
協商因素成長率	0.934%	3,807.0	1.592%	6,487.0
一般服務 保險給付項目 及支付標準之 改變	新醫療科技（包括新增診 療項目、新藥及新特材等）	0.844%	3,440.0	0.545%
	糖尿病及初期慢性腎臟病 品質支付	0.000%	0.0	0.000%
	醫院配合政策推動分級醫 療及疾病嚴重度費用之調 整	0.000%	0.0	0.000%
鼓勵提升醫療 品質及促進保 險對象健康	醫療資源整合獎勵方案	0.000%	0.0	0.000%
其他預期之法 令或政策改變	配合一例一休及住院醫師 縮短工時政策	0.000%	0.0	0.613%
	醫院與西醫基層風險調校	0.000%	0.0	0.000%
其他醫療服務利用及密集度之改變	0.098%	400.0	0.442%	1,800.0
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	-0.008%	-33.0	-0.008%
一般服務 成長率	增加金額	3.576%	14,575.2	4.234%
	總金額		422,153.5	
				424,835.4

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）	C型肝炎藥費（*醫院代表方案新藥由其他預算支應）	4,478.0	1,823.0	615.0* -2,040.0*	
	罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	13,960.5	1,508.0	13,960.5 1,508.0	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,399.7	184.0	4,399.7 184.0	
	醫療給付改善方案	1,078.0	80.5	1,187.0 189.5	
	急診品質提升方案	160.0	0.0	160.0 0.0	
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）	1,088.0	788.0	1,088.0 788.0	
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	20.0	80.0 20.0	
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	150.0	950.0 150.0	
	多重抗藥性病患治療費用（*付費者代表方案建議應由公務預算支應）	0.0*	0.0*	0.0 0.0	
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	129.0	129.0	258.0 258.0	
	癌症免疫療法	0.0	0.0	1,220.0 1,220.0	
	品質保證保留款	406.5	406.5	406.5 406.5	
專款金額		26,729.7	5,089.0	24,324.7 2,684.0	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4.581%	19,664.2	4.646%	19,939.2
	總金額		448,883.2		449,160.1
門診透析服務 成長率	增加金額	2.622%	543.4	2.622%	543.4
	總金額		21,267.4		21,267.4
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款+門診 透析)	增加金額	4.491%	20,207.6	4.553%	20,482.6
	總金額		470,150.6		470,427.5
較 106 年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>		4.736%	—	4.798%	—

- 註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 449,943.2 百萬元，其中一般服務為 407,578.5 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元）、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。
2. 計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 448,889.7 百萬元，其中一般服務為 406,525.0 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元）、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。
4. 醫院部門建議：「醫院與西醫基層風險調校」同意中央健康保險署補充資料試算的版本，於 107 年 3 月進行總額基期調整 396 百萬元（10 個月），餘 2 個月另於 108 年度總額基期補回 79 百萬元。



## 附錄

### 附錄二之附件八

本會協定之107年度總額成長率及預估金額，確認如下表

項目	牙醫門診 總額	中醫門診 總額	其他 預算 <sup>(註1)</sup>	西醫基層 總額	醫院總額	年度總額成 長率	年度總額 預估值 <sup>(註2)</sup>
成長率（基期為 校正人口差值後 之費用）或金額	3.740% (435.2 億元)	3.432% (248.2 億元)	127.8 億元	付費者代表方案 3.491% (1,333.6 億元)	付費者代表方案 4.491% (4,701.5 億元)	4.362%	約 6,846.3 億元
				基層代表方案 4.391% (1,345.2 億元)	醫院代表方案 4.553% (4,704.3 億元)	4.581%	約 6,860.6 億元
成長率（基期為 106 年度核定總 額）或金額	4.001% (435.2 億元)	3.699% (248.2 億元)	127.8 億元	付費者代表方案 3.721% (1,333.6 億元)	付費者代表方案 4.736% (4,701.5 億元)	4.602%	約 6,846.3 億元
				基層代表方案 4.623% (1,345.2 億元)	醫院代表方案 4.798% (4,704.3 億元)	4.822%	約 6,860.6 億元

註：1. 其他預算較 106 年度增加 15.173 億元，其中未包含醫界代表建議移列之「C 型肝炎藥費」預算：  
 (1) 西醫基層代表方案建議移列 4.08 億元。  
 (2) 醫院代表方案建議移列，但未建議金額。若以健保署預估 C 型肝炎藥費整體需求 48.86 億元推估，須移列 38.63 億元（48.86 億元 - 醫院總額干擾素專款 6.15 億元 - 西醫基層總額 4.08 億元）。  
 (3) 上述費用共計 42.71 億元。

2. 年度總額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

### 附錄二之附件九

107年度中醫門診、醫院總額一般服務及門診透析服務之點值保障項目

部門別	保障項目與支付方式
中醫門診	「中醫門診總額醫療資源不足地區巡迴醫療服務計畫」之論量計酬案件（每點 1 元支付）。
醫院	一、門診、住診之藥事服務費（每點 1 元支付）。 二、門診手術（每點 1 元支付）。 三、住院手術費、麻醉費（每點 1 元支付）。 四、「促進供血機制合理方案」之血品費（每點 1 元支付）。 五、急救責任醫院之急診醫療服務點數（每點 1 元支付）。 六、地區醫院急診診察費（每點 1 元支付）。 七、經主管機關核定，保險人公告之分區偏遠認定原則醫院 <sup>(註2)</sup> 。
門診透析	一、腹膜透析之追蹤處理費（每點 1 元支付）。 二、偏遠地區之門診透析服務（每點 1 元支付）。

註：1. 依健保法第 62 條之規定，藥費係以元支付。

2. 以前一季各區門住診平均點值支付，如前一季該分區門住診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

## 附錄二之附件十

### 全民健康保險會107年度工作計畫

類別	工作項目	預定期程	主辦（協辦）單位	備註
政策諮詢	一、部長與委員業務座談	視部長行程，至少安排1次	本會	依106年7月份委員會議決定事項辦理
	二、業務訪視活動			
	業務參訪、共識營暨委員會議（兩天一夜）	3月	本會（健保署）	依106年11月份委員會議決定事項辦理
	三、專案報告			
監理業務	1. 專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告	1月	健保署	依106年10月份委員會議決議事項辦理
	2. 105年健保收入超過4億元之醫療院所財務報告之公開情形	3月	健保署	依健保法第73條辦理
	3. 「基層總額轉診型態調整費用」動支方案報告（包含醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件）	4月	健保署	依106年9月份委員會議決議事項辦理
	4. 投保金額高薪低報查核及成效報告	5月	健保署	立法院審查本部107年度公務預算委員關切事項
	5. 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	6月	健保署	依106年9月份委員會議決議事項辦理
	6. 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計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」）之執行情形	6月、12月	健保署	依106年9月份委員會議決議事項辦理
	7. 紿付項目及支付標準調整 (1) 106年度醫院及西醫基層總額、107年度各部門總額醫療服務成本指數改變率所增加預算用於調整支付標準之執行情形 (2) 107年度及近5年新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）與調整給付內容之執行情形及財務影響（含替代效應分析）	7月	健保署	1. 依105年9月份及106年8、9月份委員會議決議事項辦理 2. 依104年3月份委員會議決議事項辦理（全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則）
	8. 落實指示藥品不納入健保給付之規劃報告（含配套措施及對健保財務之影響評估）	8月	健保署	1. 依106年10月份委員會議決議事項辦理 2. 由健保署視規劃進度，可提前提報



## 附錄

類別	工作項目	預定期程	主辦（協辦）單位	備註
<b>四、例行監理業務</b>				
監理業務	1.106 年度全民健保年終決算報告備查案	3 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	2.108 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 (季呈現指標另納入 3、9 月業務執行報告)	健保署 (本會)	1. 依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理 2. 本會訂於 6 月產製 106 年度監測結果報告書
	4. 全民健康保險業務監理指標修訂案之討論	5 月	本會	依 105 年 8 月份委員會議決議事項辦理
	5. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1. 依 105 年 6 月份委員會議決議之「健保會討論自付差額特材之作業流程」辦理 2. 開放半年後之報告視新品項收載狀況而定，107 年至少需提報 2 品項： (1)5 月提報「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」(106.8 納入) (2)12 月提報「治療心房顫動之冷凍消融導管」(106.11 紳入)
	6. 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	依 105 年 6 月份委員會議決議事項辦理
總額協議訂定	1.107 年各部門總額執行成果評核作業方式之討論	3 月	本會	
	2.108 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司 (本會)	依健保法第 60 條辦理
	3.108 年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6 月	本會	
	4. 召開各部門總額執行成果評核會	7 月	本會	預訂於 7 月辦理，5～7 月準備資料
	5.107 年全民健康保險各部門總額評核結果獎勵案之討論	8 月	本會	
	6.108 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	本會	1. 依健保法第 61 條辦理 2. 預訂於 9 月辦理總額協商暨委員會議，7～9 月前置作業
	7.108 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理

類別	工作項目	預定期程	主辦（協辦）單位	備註
費率審議	1.108 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10 月	本會 (健保署)	1. 依健保法第 24 條辦理 2. 健保署於本會協議訂定總額後 1 個月提請審議 108 年度保險費率案
	2.108 年度保險平衡費率案之審議	11 月		
保險給付及其他應討論法定事項	1. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	2、5、8、11 月	健保署 (本會)	1. 依健保法第 45 條第 3 項及 105 年 6 月份、106 年 5 月份委員會議決議事項辦理 2. 各季辦理時程配合健保署送會時程
	2. 健保署所擬訂 108 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	12 月		依健保法第 72 條辦理
	3. 健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論	3 月	健保署 (本會) 配合健保署送會時程	依健保法第 74 條辦理
	4. 健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	5. 健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：1. 健保署表示 107 年度未規劃修訂「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」，爰未列入工作項目。  
 2. 預定期程已參酌健保署建議安排。  
 3. 委員會議若另有決議（定）事項，配合調整相關工作項目。



### 附錄三 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  
104年11月19日衛部保字第1041260837號函修正第4點

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；副執行秘書一人，襄助處理會務；組長及工作人員若干人，分組辦理本會業務。

執行秘書、副執行秘書、組長及工作人員，由本部法定員額內調充之。

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  
中華民國 104 年 10 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1041260678 號令  
修正發布第 2、4、7、15 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、國家發展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、國家發展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，採以二倍方式為之，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。



## 附錄

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** 健保會委員任期內親自出席委員會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

健保會委員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。委員已出席且在會場時，不得指派他人代理。  
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，或有第七條第二項各款之行為者，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

# 附錄五 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第3屆106年第4次委員會議（106.5.26）討論通過

## 一、總額設定公式

### ●年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用＝

[前一年度校正後部門別一般服務醫療給付費用<sup>註2</sup> × (1 + 醫療服務成本及人口因素成長率 + 協商因素成長率) ] + 度專款項目經費 + 年度門診透析服務費用<sup>註3</sup>

### ●年度部門別醫療給付費用成長率＝

(年度部門別醫療給付費用 ÷ 前一年度校正後部門別醫療給付費用) - 1

### ●年度全民健保醫療給付費用＝

$\sum_{i=1}^4$  [前一年度校正後部門別醫療給付費用 × (1 + 年度部門別醫療給付費用成長率) ] + 年度其他預算<sup>註1</sup>醫療給付費用

### 年度全民健保醫療給付費用成長率＝

(年度全民健保醫療給付費用 ÷ 前一年度校正後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. 依費協會第114次委員會議（95.06.09）決議，考量協商當時尚無法取得該年度實際投保人口數，爰自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107年總額基期須校正105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 + 人口結構改變對醫療服務點數之影響率 (下稱人口結構改變率) + 醫療服務成本指數改變率) × (1 + 投保人口預估成長率) ] - 1

### （二）各項因素之計算方法

#### 1. 人口結構改變率

以衛福部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。107年度總額係以104年每人醫療費用點數為基礎，計算105年相對104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及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

採行政院主計總處100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，刪除「最高及最低5%極端值」後之平均數。

##### （2）成本項目對應之指數與權重如下（均沿用106年度總額之計算方式）：

項目	指標類別	
人事費用	1/2 採用主計總處「工業及服務業」每人每月平均薪資。 1/2 採用主計總處「醫療保健服務業」每人每月平均薪資。	
藥品費用	醫院部門	躉售物價指數－西醫藥品類權重及指數
	西醫基層及牙醫部門	101 年全民健保藥費申報權重及躉售物價指數－藥品類指數
	中醫部門	躉售物價指數－藥品類中藥製劑之權重及指數
醫療材料費用	躉售物價指數－醫療器材及用品類	
基本營業費用	「躉售物價指數－醫療器材及用品類」與「消費者物價指數 - 居住類房租」之平均數	
其他營業費用	消費者物價指數－總指數	

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「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」；「理化分析用儀器及器具」及「其他醫療器材」。「躉售物價指數－西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫部門之全民健保藥費申報權重，係以 101 年為基期。

### (3) 醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以100年為基值（訂為100），計算105年相對104年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其105年醫療給付費用占率加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

### 3. 投保人口預估成長率

採國家發展委員會105年公布「中華民國人口推計（105至150年）」之107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，將依行政院核定之內涵辦理。

## 三、協商因素

### (一) 保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準（如新科技醫療及新藥）改變，對醫療費用之影響率。

### (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

反映其他醫療服務利用及密集度改變，對醫療費用之影響（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。



## 附錄

### 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 = 前一年度醫院（西醫基層）門診透析服務費用  $\times$  (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

## 附錄六 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則

第3屆106年第4次委員會議（106.5.26）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，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式。

### 三、協商因素

#### （一）健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案：

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. 紿付項目之調整，請依本會第2屆104年第2次（104.3.27）委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。

#### （二）各部門之「品質保證保留款」：

1. 列為專款項目，用於鼓勵提升醫療品質。
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，並須提經本會通過。

#### （三）違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（下稱特管辦法）之扣款：

1. 列為協商減項，扣減105年度違反特管辦法第37、39、40條違規事件本身之醫療費用，僅減列民眾檢舉及健保署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同儕制約精神而主動舉發之案件，且不納入108年度總額協商之基期費用。
2. 本項扣款數值以協商時中央健康保險署提供者為準。

#### （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，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

### 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。



## 附錄

- (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) 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。
- (四) 新增計畫應提出試辦期程及評估成果之指標，以利檢討退場或納入一般服務。

### 五、其他預算

除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

### 六、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，但醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序，不在此限。
- (二) 年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。各部門總額成長率不得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) 醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五) 對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六) 各總額部門之協商代表，需獲得充分授權。經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得酌予協商調整該部門總額單一細項金額，並予以定案。

## 附錄七 107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第3屆106年第3次及第5次委員會議（106.4.28及6.23）通過

### 一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<b>一、協商前置作業</b>	
1. 討論107年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。	本會106年第4次、第5次委員會議（106年5月26日、6月23日） 106年6～8月
2. 建立協商參考資料： (1)編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽－106年版」。 (2)編具「全民健保各部門總額執行成果摘要－106年版」。	106年7月20、21日
3. 召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門105年度協定事項執行情形。	本會106年第6次或第7次委員會議（106年7月28日或8月25日）
4. 107年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (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。	106年8月
5. 由健保署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)各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，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。	
6. 安排總額協商之相關座談會／會前會。 (1)召開107年度總額協商因素項目及計畫草案會前會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之107年度總額協商因素項目及計畫草案，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、費用估算基礎及實證資料、過去執行成果、預期效益等資料) ②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2)召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3)另視需要召開座談會。	本會106年第7次委員會議暨107年度總額協商草案會前會（106年8月25日下午） 106年8～9月 106年8～9月
<b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b>	
1. 協定各部門總額成長率及分配方式。	107年度總額協商暨第8次委員會議（106年9月21～22日）
2. 協定各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。	106年10～12月
3. 年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。	106年10～12月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b>	
1. 健保署會同各總額部門，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，請健保署或總額部門專案報告。	106年10月～ 107年12月



## 附錄

### 二、協商共識會議

(一) 時間：106年9月21日（星期四）上午9時30分起，全天；9月22日（星期五）上午11時～下午2時（若有協商未盡事宜）。

(二) 與會人員：

1. 付費方：保險付費者代表之委員。
2. 醫界：

(1) 保險醫事服務提供者代表之委員。

(2) 牙醫、中醫、西醫基層、醫院等總額部門協商時，由該總額部門代表之委員主談，各部門並可推派9名代表協助會談，推派之協商代表需經充分授權。

(3) 護理及藥師公會全聯會代表委員可參與相關部門總額之會談。

(4) 門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表之委員主談，並邀請台灣腎臟醫學會推派1名代表列席說明。

3. 專家學者及公正人士、國家發展委員會及主管機關代表委員。
4. 社保司與健保署相關人員及本會幕僚。

(三) 進行方式：

1. 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，及健保署管控之「其他預算」。
2. 各部門之協商順序，於7月份委員會議抽籤確定後，不可臨時要求變更。
3. 門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院兩總額部門中協商順序較前者之時段（時間外加）。
4. 各部門協商時間如下表：

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	30分鐘	(門診透析	60分鐘	(門診透析	130~170分鐘	30分鐘	30分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘	20分鐘)	50分鐘	20分鐘)	115~150分鐘	20分鐘	20分鐘	115~190分鐘
牙醫		20分鐘		40分鐘		60~80分鐘		60~120分鐘
中醫		20分鐘		40分鐘		60~80分鐘		60~120分鐘
其他預算		20分鐘		35分鐘		55~73分鐘		55~93分鐘

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

5. 相關原則：

(1) 所有委員均可入場，惟非該協商場次之總額部門委員，可以提問與發表意見，但不參與預算協商。

- (2)各部門與付費者代表委員進行預算協商時，請健保署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內部會議時，可邀請專家學者與公正人士之委員提供諮詢意見，及本會幕僚與健保署同仁協助試算或說明。
6. 各部門總額於其預算協商時段當場試算，並達成共識方案。倘各方未能達成共識時，其處理方式如下：
- (1)保險付費者代表委員間無法達成共識時：  
由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定共識方案。
- (2)總額部門內部無法達成共識時：  
由該總額部門代表之委員召集內部會議協調共識方案。
- (3)總額部門與付費者委員無法達成共識時：  
由保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
7. 經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
8. 各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後，不再重啟協商。
9. 為利瞭解年度總額之協商過程，與會人員之發言內容，將以實錄方式上網公開。

### 三、委員會議

- (一)時間：106年9月22日（星期五）下午2時起，半天。
- (二)確認協商結論（共識方案或雙方各自提出的建議方案，含成長率、金額、協定事項），協定事項之文字在不違反原協商意旨前提下，可酌予調整修正。
- (三)依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，未能達成共識方案時，應將委員會議確認之保險付費者代表委員、保險醫事服務提供者代表委員之建議方案，報請主管機關決定。至於個別委員對建議方案有不同意見時，得於建議方案確認後，提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。



## 附錄

### 附錄八 107年度全民健康保險醫療給付費用總額及分配公告

檔 號：  
保存年限：

#### 衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年12月28日  
發文字號：衛部健字第1063360185號  
附件：如公告事項一(附件一至五共5件)

主旨：公告107年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

依據：全民健康保險法第61條暨106年12月13日衛部保字第1061260546號核定函。

#### 公告事項：

一、107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3.740%，其中一般服務成長率為1.706%，專款項目全年經費為3,035.9百萬元(附件一)。

(二)中醫門診醫療給付費用成長率3.432%，其中一般服務成長率為3.000%，專款項目全年經費為492.2百萬元(附件二)。

(三)西醫基層醫療給付費用成長率3.822%，其中一般服務成長率為2.310%，專款項目全年經費為4,641.4百萬元，門診透析服務成長率為4.624%(附件三)。

(四)醫院醫療給付費用成長率4.555%，其中一般服務成長率為3.576%，專款項目全年經費為27,017.7百萬元，門診透析服務成長率為2.622%(附件四)。

(五)其他預算之額度為12,781.2百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、107年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)107年度全民健保醫療給付費用= $\sum_{i=1}^4$ [校正後106年度部門別(i)醫療給付費用×(1+107年度部門別(i)醫療給付費用成長率)]+107年度其他預算醫療給付費用

(二)107年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(107年度全民健保醫療給付費用÷校正後106年度全民健保醫療給付費用)-1

(三)107年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(107年度全民健保醫療給付費用÷核定之106年度全民健保醫療給付費用)-1

註：

1、部門別分別為：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等部門；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2、校正後106年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會106年第4次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即107年度總額基期須校正105年投保人口成長率差值)。

三、107年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為4.471%；若依說明二之(三)公式計算，即相較於106年度核定總額，則成長率為4.711%。

部長陳時中



## 附錄

表1 107年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率	1.341%	533.8	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1。$ 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(463.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。	
投保人口預估成長率	0.175%			
人口結構改變率	0.000%			
醫療服務成本指數改變率	1.164%			
協商因素成長率	0.365%	145.0		
一般服務 其他醫療服務 利用及密集度 之改變	12歲牙結石清除、 加強全民口腔疾病照 護、顎顏面骨壞死術 後傷口照護	0.377%	150.0	1. 往後不再增編此3項預算。 2. 請於107年7月底前提報執行情形。
	牙周病支持性治療 (91018C)所增加 之費用	0.000%	0.0	歷年執行結果，納入未來效益評估 及總額協商考量。
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	-0.012%	-5.0	不列入108年度總額協商之基期 費用。
一般服務成長率	增加金額	1.706%	678.8	
	總金額		40,486.6	
專款項目 (全年計畫 經費)	醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	1. 辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及 巡迴醫療服務計畫。 2. 具體實施方案於106年11月底 前完成，並於107年7月底前 提報執行成果及成效評估報告。
	牙醫特殊醫療服務計畫	484.0	11.0	1. 持續辦理先天性唇顎裂與顎顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2. 具體實施方案於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。

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)	牙周病統合照護計畫 (第1、2階段)	1,564.0	521.6
	牙周病統合照護計畫 (第3階段)	588.8	238.2
	品質保證保留款	119.1	119.1
專款金額	3,035.9	889.9	
總成長率 (一般服務+專款)	增加金額	1,568.7	
	總金額	43,522.5	
較106年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	4.001%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 41,953.4 百萬元，其中一般服務為 39,807.4 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元），專款為 2,146 百萬元。  
 2. 計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 41,848.0 百萬元，其中一般服務為 39,702.0 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 105.5 百萬元），專款為 2,146 百萬元。  
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄

表2 107年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
醫療服務成本及人口因素成長率	1.715%	405.0	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$ 。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(266.4百萬元)，應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於107年7月底前提報執行情形(含調整項目及申報費用點數)。
投保人口預估成長率	0.175%		
人口結構改變率	0.409%		
醫療服務成本指數改變率	1.128%		
協商因素成長率	1.285%	303.4	
其他醫療服務利用及密集度之改變	0.707%	167.0	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	0.635%	150.0	
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.057%	
一般服務成長率	增加金額	3.000%	
	總金額	24,326.4	
醫療資源不足地區改善方案	135.6	14.1	1. 辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。 2. 具體實施方案於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行情形及成效評估報告。
西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1. 腦血管疾病 2. 顱腦損傷 3. 脊髓損傷	130.0	-3.0	具體實施方案於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行情形及成效評估報告。
中醫提升孕產照護品質計畫	60.0	12.3	具體實施方案於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行情形及成效評估報告。
兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	20.0	0.0	具體實施方案於106年11月底前完成，並於107年7月底前提報執行情形及成效評估報告。
乳癌、肝癌門診加強照護計畫	0.0	-25.0	本項移併至「中醫癌症患者加強照護整合方案」。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
癌症化療、放射線療法患者中醫門診 延長照護試辦計畫	0.0	-30.0	本項移併至「中醫癌症患者加強照 護整合方案」。
專款項目 (全年計畫經費)			1. 本項經費用於持續辦理原「西 醫住院病患中醫特定疾病輔助 醫療計畫—腫瘤患者手術、化 療、放射線療法」、「癌症化療、 放射線療法患者中醫門診延長 照護試辦計畫」；及擴大原「乳 癌、肝癌門診加強照護計畫」 之適用癌症類別。 2. 請中央健康保險署與中醫門診 總額相關團體研訂方案及其新 增之適用對象，方案應送全民 健康保險會備查。 3. 具體實施方案請於 106 年 12 月 底前完成，並於 107 年 7 月底前 提報執行成果及成效評估報告。
	中醫癌症患者加強照護整合方案	103.0	103.0
	中醫急症處置（107 年新增計畫）	20.0	具體實施方案請於 106 年 12 月 底前完成，並於 107 年 7 月底前 提報初步執行結果。
	品質保證保留款	23.6	1. 依「中醫門診總額品質保證保 留款實施方案」支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程序，並 於 107 年度各部門總額執行成 果發表暨評核會議前提報執行 成果及成效評估報告。 2. 原 106 年度於一般服務之品質 保證保留款額度（22.8 百萬 元），與 107 年度品質保證保 留款（23.6 百萬元）合併運用 (計 46.4 百萬元)。 3. 請中央健康保險署與中醫門診 總額相關團體，持續檢討品質 保證保留款之發放條件，期訂 定更具鑑別度之標準，核發予 表現較佳的醫療院所，以達到 提升品質之效益。
	專款金額	492.2	115.0
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務 + 專款)	增加金額	823.4	
	總金額	24,818.6	
較 106 年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	3.699%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 23,995.0 百萬元，其中一般服務為 23,617.8 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 61.7 百萬元），專款為 377.2 百萬元。  
 2. 計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 23,933.3 百萬元，其中一般服務為 23,556.1 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 61.7 百萬元），專款為 377.2 百萬元。  
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄

表3 107年度西醫基層醫療給付費用協定項目表（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	1.757%	1,926.8	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$ 。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算（429.6 百萬元），應運用於檢討支付標準之合理性，適度增減支付點數，並於 107 年 7 月底前提報執行情形（含調整項目及申報費用點數）。	
投保人口預估成長率	0.175%			
人口結構改變率	1.188%			
醫療服務成本指數改變率	0.392%			
協商因素成長率	0.553%	606.1		
一般服務 保險給付項目及 支付標準之改變	新醫療科技（包括新 增診療項目、新藥及 新特材等）	0.106%	請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果（含新增項目及申報費用／點數）。	
	B 型肝炎藥費回歸一 般服務	0.255%	280.0	請中央健康保險署於 107 年 7 月底前提報執行結果。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.228%	250.0	
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	-0.036%	-39.9	本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率	增加金額	2.310%	2,532.9	
	總金額		112,200.0	
專款項目 (全年計畫 經費)	強化基層照護能力「開放表別」	450.0	200.0	請中央健康保險署檢討推動成效，並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	129.0	129.0	1. 預算不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2. 請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會議說明執行方式。 3. 本項依實際執行轉診之件數、點數併入一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底前提報執行成果。

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）	家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	1,300.0
	西醫醫療資源不足地區改善方案	187.0	7.0
	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	0.0	-688.0
	C 型肝炎藥費	408.0	408.0



## 附錄

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)	C型肝炎藥費	408.0	408.0
	醫療給付改善方案	300.0	0.0
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用	178.0	178.0
	品質保證保留款	109.4	109.4
專款金額	4,641.4	1,643.4	
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	4,176.3	
	總金額	116,841.4	

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
門診透析服務 成長率	增加金額 4.624%	748.7	1. 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。 2. 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。 3. 門診透析服務總費用成長率為3.5%，不包含一例一休費用。依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.624%。 4. 應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5. 請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。 6. 中央健康保險署建議「108年針對慢性腎臟衰竭末期(ESRD)之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於108年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款+門診 透析)	增加金額 總金額	4,925.0 3.822% 133,782.2	
較106度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	4.053%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為128,856.8百萬元，其中一般服務為109,666.7百萬元(含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。  
 2. 計算「較106年度核定總額成長率」所採基期費用為128,571.5百萬元，其中一般服務為109,381.4百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值285.3百萬元)，專款為2,998百萬元，門診透析為16,192.1百萬元。  
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄

表4 107年度醫院醫療給付費用協定項目表（決定版）

項目	成長率（%）或 金額（百萬元）	預估增加金 額（百萬元）	決定事項
醫療服務成本及人口因素成長率	2.642%	10,768.2	<p>1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口預估成長率) × (1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率)] - 1。</p> <p>2. 為持續合理檢討支付標準，醫療服務成本指數改變率所增加之預算（2,698.2 百萬元），優先用以提升重症護理照護品質（如加護病房）及持續推動「護病比與健保支付連動」；請於 107 年 7 月底前提報執行結果（含調整項目及申報點數）。</p>
投保人口預估成長率	0.175%		
人口結構改變率	1.801%		
醫療服務成本指數改變率	0.662%		
協商因素成長率	0.934%	3,807.0	
一般服務 保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等） 0.844%	3,440.0	<p>1. 本項含「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自付差額品項納入全額給付（24 百萬元）。</p> <p>2. 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 106 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；並請於 107 年 7 月底前提報執行結果（含新增項目及申報費用／點數）。</p>
其他醫療服務利用及密集度之改變	0.098%	400.0	
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 -0.008%	-33.0	本項不列入 108 年度總額協商之基期費用。
一般服務 成長率	增加金額 3.576%	14,575.2 422,153.5	為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，107 年醫學中心、區域醫院門診件數降低 2%，即不得超過 106 年之 98%，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。以五年降低 10% 為目標值，並定期檢討。
專款項目（全年計畫經費）	C 型肝炎藥費 4,528.0	1,873.0	<p>1. 為提升 C 型肝炎患者之照護率及照護品質，全年經費 4,528 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。</p> <p>2. 本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成，並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</p>

項目	成長率（%）或 金額（百萬元）	預估增加金 額（百萬元）	決定事項
專款項目（全年計畫經費）	C 型肝炎藥費	4,528.0	1,873.0
	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	13,960.5	1,508.0
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,399.7	184.0
	醫療給付改善方案	1,187.0	189.5
	急診品質提升方案	160.0	0.0
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）	1,088.0	788.0
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	20.0



## 附錄

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決定事項
專款項目（全年 計畫經費）	全民健康保險醫療資源不足 地區醫療服務提升計畫	950.0	150.0 具體實施方案請於 106 年 11 月底前完成， 並於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效 評估報告。
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	258.0 1. 為鼓勵雙向轉診，本項經費用以支付醫 院接受轉診、回轉轉診個案，以及將病 情穩定病人下轉等之醫師診察費。預算 不足部分由其他預算「基層總額轉診型 態調整費用」支應。 2. 請中央健康保險署於 106 年 12 月委員會 說明執行方式。 3. 本項依實際執行轉診之件數、點數併入 一般服務費用結算，並於 107 年 7 月底 前提報執行成果。
	品質保證保留款	406.5	406.5 1. 依「醫院總額品質保證保留款實施方案」 支付，請於 106 年 12 月底前完成相關程 序，並於 107 年度各部門總額執行成果 發表暨評核會議前提報執行成果及成效 評估報告。 2. 原 106 年度於一般服務之品質保證保 留款額度（388.7 百萬元），與 107 年度 品質保證保留款（406.5 百萬元）合併運 用（計 795.2 百萬元）。 3. 請中央健康保險署與醫院總額相關團體， 持續檢討品質保證保留款之發放條件，期 訂定更具鑑別度之標準，核發予表現較 佳的醫療院所，以達到提升品質之效益。
專款金額	27,017.7	5,377.0	
成長率（一般服務 + 專款）	增加金額	19,952.2	
	總金額	449,171.2	
門診透析服務 成長率	增加金額	2.622%	543.4 1. 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。 2. 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。 3. 門診透析服務總費用成長率為 3.5%，不 包含一例一休費用。依上述分攤基礎，醫 院部門本項服務費用成長率為 2.622%。

項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決定事項
門診透析服務 成長率	總金額 2.622%	21,267.4	4. 應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5. 請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。 6. 中央健康保險署建議「108 年針對慢性腎臟衰竭末期（ESRD）之病人，將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」乙節，請於 108 年度總額協商前儘早規劃，並與相關團體先行溝通，以利推動。
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務 + 專款 + 門診透析)	增加金額 4.555%	20,495.6	
較 106 年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	總金額 4.800%	470,438.6	—

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 449,943.2 百萬元，其中一般服務為 407,578.5 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元）、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。  
 2. 計算「較 106 年度核定總額成長率」所採基期費用為 448,889.7 百萬元，其中一般服務為 406,525.0 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 1,053.5 百萬元）、專款為 21,640.7 百萬元、門診透析為 20,724.0 百萬元。  
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄

表5 107年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	1,346.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>優先支應醫院及西醫基層總額「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款項目之不足。</li> <li>為落實分級醫療，請中央健康保險署研訂醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。</li> <li>本項動支方案原則於106年12月底前完成相關程序，方案（含經費動支條件及相關規劃）應送全民健康保險會備查，並請於107年7月底前提報執行情形。</li> </ol>
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告。
居家醫療照護、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照2.0之服務	5,520.0	520.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>請中央健康保險署檢討「全民健康保險居家醫療照護整合計畫」內容，並加強審查機制。</li> <li>請整合牙醫、中醫及藥師居家醫療照護服務。</li> <li>醫療點數以每點1元支付為原則，費用若有超支，依全民健康保險法第62條規定採浮動點值處理。</li> <li>請於106年12月底前完成相關程序，計畫應送全民健康保險會備查，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告（含各項照護服務利用情形）。</li> </ol>
支應醫院總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及C型肝炎藥費專款不足之經費與狂犬病治療藥費	290.0	-10.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>請中央健康保險署積極協商合理藥價。</li> <li>優先支應罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費。</li> <li>支應C型肝炎藥費專款不足之經費，以100百萬元為上限。</li> <li>請於107年7月底前提報執行結果。</li> </ol>
推動促進醫療體系整合計畫	700.0	-400.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「區域醫療整合計畫」、「提升急性後期照護品質試辦計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。</li> <li>預算盡量運用於推動轉診制度及分級醫療。</li> <li>請中央健康保險署每半年向全民健康保險會提報執行情形。</li> <li>新增計畫原則於106年12月底前完成相關程序，並於107年7月底前提報執行成果及成效評估報告（新增方案僅需提供初步執行結果）。</li> </ol>

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費	822.0	-178.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>「新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用」（178 百萬元）移列西醫基層總額專款項目。</li> <li>經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。</li> <li>請於 107 年 7 月底前提報執行結果。</li> </ol>
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案	1,100.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>請中央健康保險署加強醫事服務機構即時查詢之執行率及增加網路頻寬。</li> <li>請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告（含即時查詢執行率之提升情形）。</li> </ol>
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	249.3	請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>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（Early-CKD），及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。</li> <li>請加強推動初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early-CKD），並提升完整照護率。</li> <li>請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> </ol>
提升保險服務成效	300.0	-10.0	請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。
高診次者藥事照護計畫	40.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>請加強藥物浪費稽核與輔導。</li> <li>請中央健康保險署與中華民國藥師公會全國聯合會針對高診次病患之藥事服務費，研擬合理支付費用。</li> <li>請於 107 年 7 月底前提報執行成果及成效評估報告。</li> </ol>
總計	12,781.2	1,517.3	



## 附錄

### 附錄九 107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式公告

稿 號：  
保存年限：

#### 衛生福利部 公告



發文日期：中華民國107年2月13日  
發文字號：衛部健字第1073360018號  
附件：如公告事項

主旨：公告107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、106年12月28日衛部健字第1063360185號公告暨107年1月15日衛部保字第1071260028號函及同年2月6日衛部保字第1070103997號函。

公告事項：107年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式（如附件）。

部長陳時中

## 附錄九之附件

### 107年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額 一般服務費用之地區預算分配方式

#### 一、牙醫門診總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 自一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）移撥3.45億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「牙醫特殊醫療服務計畫」、「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」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」等4項，若一般服務費用移撥經費有剩餘，優先用於牙周病統合照護計畫第3階段費用；若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
2. 扣除上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
3. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

(三) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

#### 二、中醫門診總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
2. 前項其他五分區預算移撥3,600萬元，用於撥補五分區（不含東區）各鄉鎮市區內僅有1家特約中醫院所之點值；經費若有剩餘，55%分配予臺北區，45%分配予北區。
3. 其他五分區預算扣除移撥費用後，依下列參數占率分配之：
  - (1)各區實際收入預算占率：69%。
  - (2)各區戶籍人口數占率：11%。
  - (3)各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
  - (4)各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
  - (5)各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
  - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。
4. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

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



## 附錄

### 三、西醫基層

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 自一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）移撥4.48億元，用於撥補臺北區3億元、點值落後地區1億元，及東區0.48億元；107年度東區各季一般服務費用，以106年度東區各季預算為基期，另加計前開撥予該區之各季額度。
2. 扣除上開移撥費用及東區預算後，其他五分區預算，66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%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. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

(三) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

### 四、醫院總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度）用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。

1. 門診服務（不含門診透析服務）：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2. 住診服務：

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

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

4. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

(三) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

## 附錄十 106年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

### 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，希望保險人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，爰從保險對象、保險人及醫事機構三面向擬訂相關策略，包括：加強珍惜健保資源宣導、強化自我照護能力、高診次就醫輔導、多重疾病整合照護、降低不必要之高耗用醫療項目、合宜用藥、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、加強重複醫療查核機制等規劃藍圖，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，保障民眾就醫權益。

### 肆、實施期間

本方案施行期間自106年1月1日起至106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

本方案實施內容，包括深化民眾珍惜健保資源宣導、配合分級醫療政策導正就醫觀念及行為、鼓勵下載健康存摺強化自我照護能力；保險人持續支付制度改革、減少無效醫療之耗用及強化違規查處機制，防杜不實醫療申報；醫事機構提供以病人為中心整合式照護，運用雲端資料庫、健保卡取號即時提醒機制避免重複檢查、用藥及治療等，主要策略及方法如下：

#### 一、保險對象合理使用保險權益

##### （一）深化民眾珍惜健保資源宣導

1. 策略：提升國人健康照護服務，以「珍惜醫療資源、健保服務帶著走」觀念，加強宣導民眾「珍惜健保醫療資源」，並建立合理就醫及正確用藥行為。
2. 方法：
  - (1)透過新興科技通路與大眾傳播媒體，並運用保險人原有各項宣導資源，積極進行「分級醫療（含家庭醫師）」、「健康存摺」、「用藥安全」、「居家醫療整合照護及安寧療護」等各項重大政策宣導，提升民眾珍惜健保資源，減少醫療浪費觀念。



(2)持續透過跨機關合作（如教育部「校園講座」、國立教育廣播電台「校園健康筆記」，科技部「候鳥計劃」等），以及保險人「提供國內各大學院校學生實習計畫」，提升國內外學生對於我國健保制度與各項推行政策的認知，達成全民健保永續經營的目標。

### （二）強化自我照護能力

1. 策略：提供視覺化就醫資料及與相關衛教資訊連結，強化保險對象自我照護能力。
2. 方法：持續精進「健康存摺2.0」，幫助民眾即時、便利地掌握個人健康大小事，做好自我健康照顧及管理。

### （三）正確就醫觀念及行為

1. 策略：配合分級醫療政策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，促使合理使用保險權益。
2. 方法：
  - (1)針對就醫≥90次／年及各季≥40次之對象，依標準作業程序強化正確就醫觀念及行為，包括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。另，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。
  - (2)逐步分階段推動分級醫療6大策略，除壯大基層，擴大社區醫療群服務量能與品質外，並研議調高醫院重症支付標準，逐步導引醫院減少輕症服務，以建立分級醫療制度，達到醫療分工及合作目的。

## 二、保險人－提供合理公平給付，促進醫療品質提升，增加醫療供給效率

### （一）持續支付制度改革

1. 策略：推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。
2. 方法：持續推動論質支付及整合醫療。

### （二）減少無效醫療之耗用

1. 策略：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
2. 方法：
  - (1)提升緩和醫療家庭諮詢之品質及成效。
  - (2)結合轄區居家醫療整合團隊及家庭醫師群，推動安寧居家服務。
  - (3)提供安寧療護觀摩及學習平台，並加強民眾宣導。
  - (4)加強長期呼吸器依賴患者管控，鼓勵醫院對呼吸器依賴病患進行安寧緩和照護。

### （三）合理藥費管控措施

1. 策略：降低病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升病患用藥品質。
2. 方法：
  - (1)同院所同日申報相同藥品：  
管理各分區同院所同日相同藥品申報情形，對高用量及重複用藥異常院所加強管控。
  - (2)急性上呼吸道感染抗生素用藥比率偏高加強管控：  
針對急性上呼吸道感染病人開立抗生素藥品比率偏高者，一併予以加強審查。
  - (3)Zolpidem首次就醫開藥天數偏高之個案加強管理：  
依病人歸戶進行鎮靜安眠用藥管理，針對Zolpidem首次就醫開藥天數偏高者之病人，加強抽審及輔導管理。

## (4)不當處方用藥管控列入不予支付指標監控：

設定指標數值或比率的上限值，依院所別按月分析，超過部分不予支付，並每年持續檢討增修。

## (5)提供健保醫療資訊雲端查詢系統（含健保雲端藥歷系統），供醫事機構掌握病人藥歷。

## (四)減少不必要的高耗用醫療項目

1. 策略：加強檢驗檢查管控及復健治療等不必要之醫療使用。
2. 方法：

## (1)腹部超音波及過敏原檢驗申報次數偏高加強管控：

病人歸戶進行檢驗檢查管控項目執行之必要性及合理性管控，加強申報次數偏高之院所及個案申報頻繁，不符醫學常理之管理。

## (2)同一院所復健治療頻率過高個案管控措施，減少不必要醫療使用。

## (五)強化違規查處機制

1. 策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。
2. 方法：
  - (1)落實一般違規案件之訪查。
  - (2)規劃辦理全國性費用申報異常查核專案。
  - (3)配合檢警調機關查辦重大與集團性詐領健保案件。

### 三、醫事機構－善用醫療資源提供合宜治療

## (一)提供民眾疾病整合醫療服務

1. 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。
2. 方法：
  - (1)辦理「醫院以病人為中心整合照護計畫」：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)擴大社區醫療群服務量能，修訂家醫計畫，推廣醫療群服務。

## (二)利用即時資訊避免重複醫療

1. 策略：利用健保卡取號即時提醒及輔導，並提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，避免重複醫療。
2. 方法：
  - (1)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，避免重複醫療及輔導正確就醫。

## (三)各分區自訂管理策略：

1. 策略：各分區依特性自訂適合之項目及目標並推動執行。
2. 方法：按季追蹤管控。

### 陸、預期效益

- 一、透過珍惜健保資源宣導與落實醫療知情權，加強民眾正確就醫觀念及行為。
- 二、經由支付制度改革及提供有品質的臨終照護，避免不必要的檢查、用藥與臨終前急性醫療利用。
- 三、提供整合式照護，降低民眾重複就醫情形，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。



# 2017 ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

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107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：2010500532

ISSN：2412-5350



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>