

全民健康保險會年報

2018

ANNUAL REPORT

National Health Insurance

Committee Ministry of

Health and Welfare



目錄 contents

4	序言	部長的話	4
		主任委員的話	5

8	第一章	前言	8
---	-----	----	---

12	第二章	組織與任務	
	第一節	組織	12
	第二節	任務	20
	第三節	委員會議之運作	25

32	第三章	107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	32
	第二節	落實收支連動，穩健健保財務	67
	第三節	合理調整給付範圍，保障民眾就醫權益	75
	第四節	強化監理業務，奠立保險基石	94
	第五節	提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務	114

126	第四章	研究發展及專題研析	
	第一節	研究發展	126
	第二節	專題研討	130

150

第五章 未來展望	-----150
委員的期許與展望	-----152

156

附錄

附錄一 衛生福利部全民健康保險會第3屆（107年）委員名錄	-----156
附錄二 107年度大事紀	-----158
附錄三 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構	-----167
附錄四 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則	-----170
附錄五 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序	-----172
附錄六 108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告	-----176
附錄七 108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、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	-----206
附錄八 全民健康保險業務監理架構與指標	-----208



序言

部長的話



依全民健康保險法的設計，賦予全民健康保險會（下稱健保會）保險費率及給付範圍的審議、醫療費用總額的協議與訂定等法定任務，透過會議的方式，讓來自不同領域團體的代表，在此公開、透明的管道，共同討論全民健康保險（下稱全民健保）核心議題。自102年成立迄今，成功扮演全民健保民意溝通平台及監理的角色，其功能深獲各界認同。

本人自87年牙醫門診總額推動時，即與全民健保結下密不可分的緣分，深知委員們代表不同團體，各有不同立場及考量面向。例行的委員會議、總額協商與費率審議等相關會議的討論事項都十分專業複雜，尤其是總額協商會議更是10幾個小時馬拉松式的談判，委員們身心承受著外界難以想像的壓力及體力耗用，要為高達7,000餘億元健保預算，找出最佳分配方式並凝聚共識，著實不易。在此，誠摯地向第3屆全體委員表達十二萬分的感謝，特別是傅主任委員立葉，透過她有條不紊的議事處理及調和委員意見，才能完成多年來少見所有部門總額均順利完成協商共識，傅主任委員的努力，功不可沒。

108年度總額，除持續引進新醫療科技，確保民眾就醫權益外，為加速根治國人C型肝炎，除本人積極爭取行政院於核定108年度總額成長率範圍時（2.516%～4.5%），同意額外再指定用途增列0.2%成長率作為C型肝炎口服新藥費用，也感謝本屆委員的大力支持；108年度總計將投入65.36億元，以使更多病患接受療效更好的新藥治療，期能讓我們於2025年提早達到世界衛生組織於「格拉斯哥宣言」所揭橥之2030年全面根除C肝之願景。

健保會的委員們在兼顧民眾就醫權益、健保財務平衡的壓力下，合理地協議訂定出符合民眾需求的保險醫療給付費用總額及分配，是非常重要且艱鉅的任務。衷心期待健保會繼續發揮全民參與健保政策溝通平台的重要功能，互相傾聽彼此的立場，唯有仔細傾聽，才能真正了解彼此需求，進而達到有效回應民眾需求及提升治理效能的目標。最後，再次對第3屆全體委員的無私奉獻，致上最高敬意與謝忱！

衛生福利部 部長

陳時中
謹識

主任委員的話

首先非常感謝第3屆健保會委員過去2年來的努力，大家在歷經多次委員會議的磨合，培養出良好的默契，使得議案運作的更加順暢。雖然各位委員分別代表不同的團體，立場與見解不盡相同，但每一位都對民眾健康權益與健保永續發展念茲在茲，投入熱忱與心力提供各項政策建言及諮詢意見，立葉深感敬佩。

回顧107年，35位委員攜手努力集思廣益、貢獻智慧，交出亮麗的成績，尤其是108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，保險付費者與醫事服務提供者代表，在歷經14小時討論，雙方均釋出最大誠意，最終讓牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額及其他預算均順利完成協商並圓滿達成共識；委員也十分關切地方政府健保欠費還款計畫執行情形、醫療資訊雲端查詢系統之推展情形，並提供職業工會會員投保金額下限申報規定與檢討之建言等。

除上述既有的成果之外，委員有感健保並非只是治療疾病而已，應以更前瞻的角度，注重健康體系上下游的整合，需要衛福部各部門及業務單位共同努力，因此健保會首次籌辦跨單位的業務座談，針對委員關心與健保有關的議題，邀請相關司署蒞會說明執行現況與成果，不僅讓委員更了解健保相關的醫療體系、藥物安全等現況及未來策略，同時也進行意見交換及溝通對話，讓民間的意見能作為後續政策規劃及執行的參考，真正落實二代健保「民眾參與」的重要精神。

立葉要特別感謝周執行秘書淑婉所帶領的幕僚團隊，同仁認真整理龐雜的資料，並撰寫完整的研析意見，尤其是評核會和協商會議，在會前準備豐富的資料，使委員得以充分掌握資訊。此外，幕僚團隊也積極安排相關參訪活動，舉辦多場會前說明會、專家諮詢會議，於會議後進行委員關切重要議題分析，在各項工作上不斷精進，謹代表所有委員向幕僚同仁致上萬分謝意。

本年報收錄107年度各項議案的討論歷程及其執行成果，108年健保總額已突破7千億元，展望未來，如何以健保會作為溝通平台，兼顧健保永續發展及民眾醫療權益，有賴接續的第4屆委員們的持續努力及互信合作，俾能達到健保制度穩健發展的目標。

全民健康保險會主任委員

傅立葉 謹識





2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare

第一章

前言



第一章 前言

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，於102年設立全民健康保險會（下稱健保會），作為擴大社會參與全民健保事務之溝通平台，及提供重要政策建言。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、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定與分配、保險政策與法規之研究及諮詢、保險業務之監理等法定任務。

健保會以委員會議議決方式，其委員皆為各領域之菁英，提供該領域之專業見解，共同為民眾謀求社會福祉，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。

另健保法第5條規定，健保會於審議、協議本保險有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；並依據全民健康保險法施行細則第4條規定，每年編具年終業務報告，並對外公開，以落實資訊公開透明，供外界瞭解健保會運作之情形。因此，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」乙冊，介紹年度各項重點業務的辦理情形。此外，為使讀者立即掌握107年健保會實際運作情形及相關成果，編列「107年度大事紀」（如附錄二）供參考。

107年值得一提的是，除首度召開跨司署業務座談會，邀請國民健康署、疾病管制署、

食品藥物管理署至健保會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形；健保會也創下了一個紀錄，健保總額協商多年，每年幾乎都有部門破局，108年度各部門總額及其他預算（107年9月進行總額協商）全數達成共識，結果圓滿，氣氛也較往年融洽，第3屆委員的任期，在107年底畫下了圓滿的句點，也為健保會歷史寫下嶄新的一頁。



全民健保為全世界之榜樣，107年也繳交出許多傲人的成績，包括9月19日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」部分條文，針對不同臨床效益擬訂多元風險分攤模式，與藥商取得共識，加速引進好的新藥，讓病患能獲得更及時的治療與照顧；108年元月起，全面擴大C型肝炎治療，病人只要確認感染

慢性C肝，不論有無肝纖維化，均可成為給藥對象，以達消滅C肝之願景等。全民健保透過社會互助的方式，將資源投入在需要的人身上，期待健保會能發揮全民參與健保政策溝通平台的重要功能，相信在健保會委員互信合作的基礎下，健保會的運作可以更好，讓健保繼續成為臺灣人民健康而堅強的後盾。





2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare



第二章

組織與任務



第二章 組織與任務

第一節 組織

一、組織體制

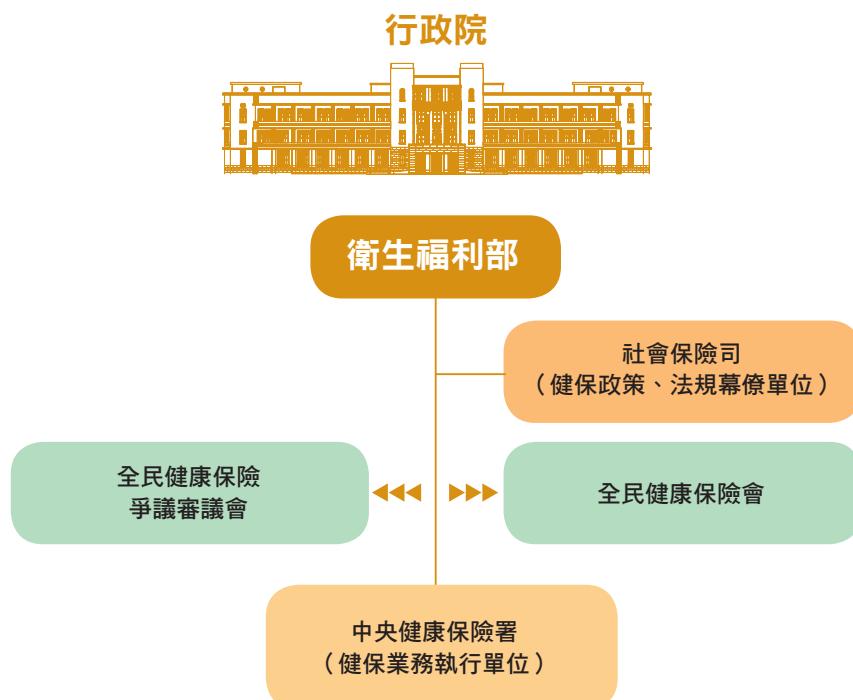
衛生福利部（下稱衛福部）為健保永續經營，建構權責相符的組織體制、提高財源籌措的公平性、確保醫療品質及擴大社會多元參與等層面，乃進行檢討與前瞻性改革，並於102年1月1日實施二代健保，將一代健保時期的全民健康保險監理委員會（側重收入監督）及全民健康保險醫療費用協定委員會（著重醫療費用支出總額之協定與分配）整併為健保會，期兩會合一能將醫療給付與財務收支通盤考量，提升效率，落實二代健保「建構社會參與平台」及「財務收支連動」之核心精神。

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），屬常設性務編組，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，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），健保會委員計35名，名額分配為：保險付費者代表18人，



註：◀◀常設性任務編組

圖2-1 全民健保組織體制圖

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。

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，

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	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
	5人	洽請有關團體推薦
	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	

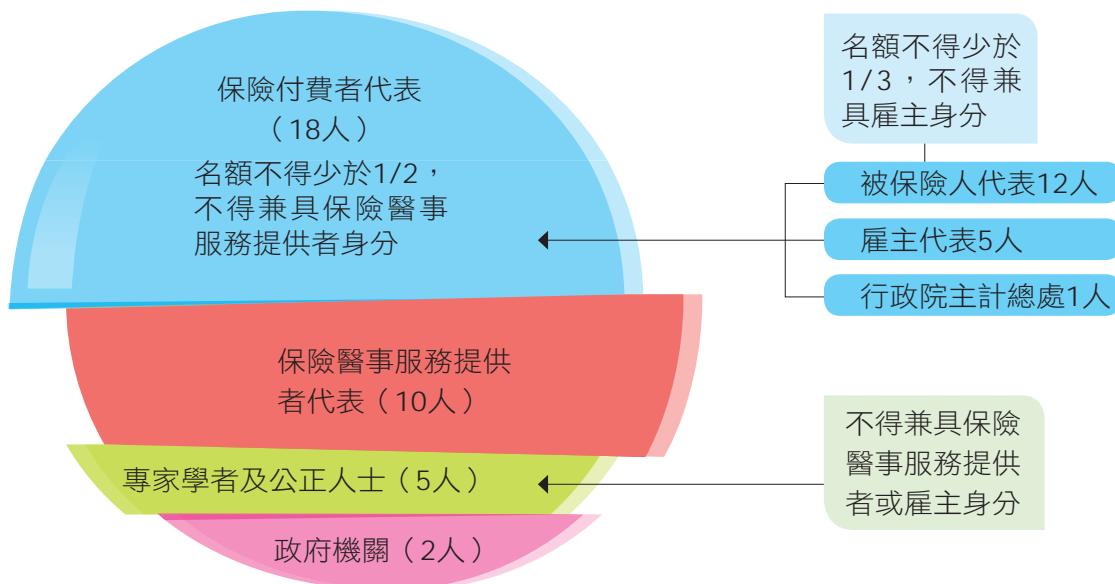


圖2-2 健保會委員組成之規範

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。

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。

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)
	• 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)
原則性規定	• 「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)

(二) 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）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。

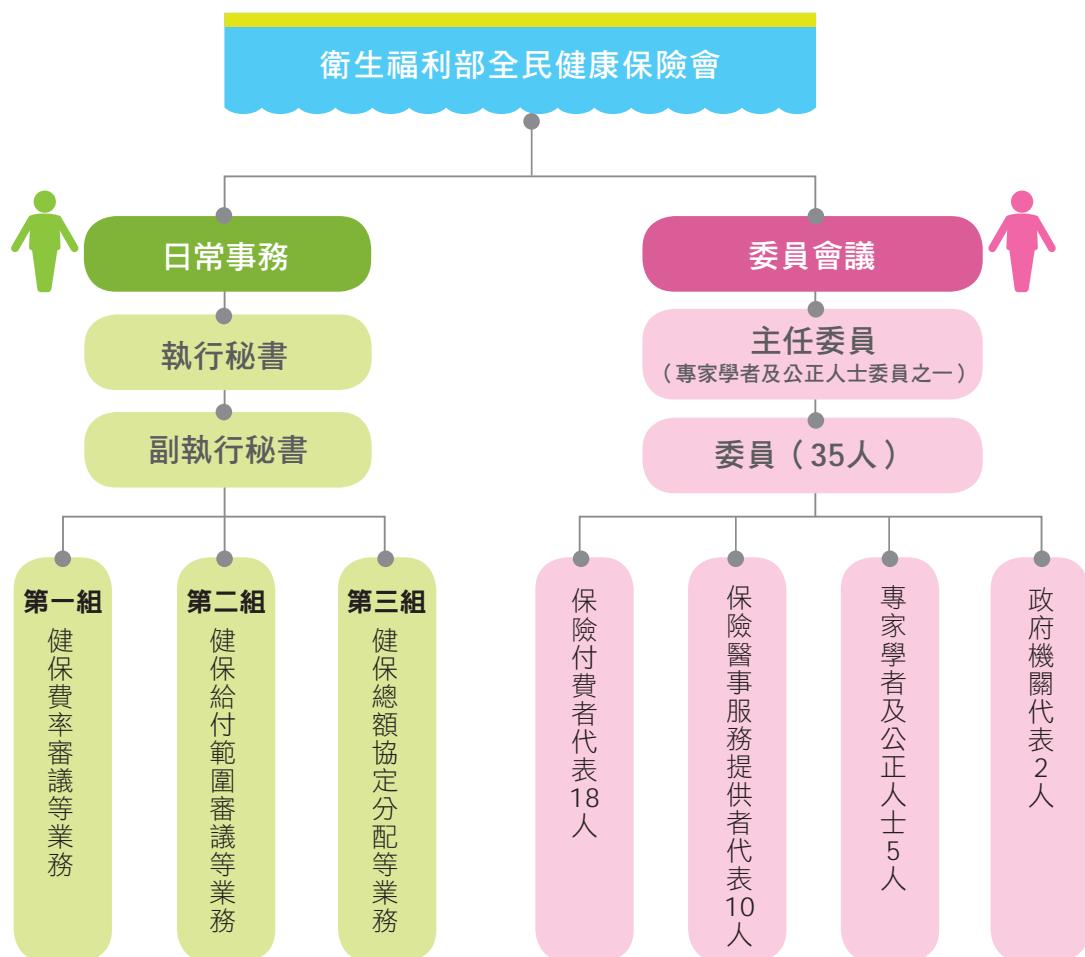


圖2-3 健保會組織圖

健保會第3屆（107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
基金會秘書長



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
榮譽理事長



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



陳委員有慶
中華民國全國漁會理事



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

卸任委員（依姓氏筆劃）



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



陳委員平基
中華民國全國漁會秘書

第二節 任務

一、任務簡介

依健保會設置要點第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：

健保會總體業務規範

健保法
第5條

☆ 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：

健保費率之審議

健保法
第24條

- ☆ 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：

保險給付範圍審議

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

健保法第60條 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

健保法第61條 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其內涵：

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

健保會為擴大社會參與全民健保事務而設置之溝通平台，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1天半。

為提升議事效率，第3屆委員（任期106~107年）於106年3月份、107年3月份委員會議暨業務參訪活動時，併同舉辦委員共識營，就如何提升議事效率進行意見交流，並獲致下列共識：

（一）議程：授權主委及幕僚安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前10日向幕僚反映，作為排定議程之參考。議程確認後，應遵照議程安排進行。

（二）會議紀錄確認：僅能就文字提出修正建議，不能涉及實質內容討論，或與紀錄無關的發言；若涉及實質內容，應另行提案，或於相關議案時再表達意見。

（三）委員會議決議（定）事項追蹤：

1. 幕僚僅就解除追蹤事項進行說明，繼續追蹤事項，則不須說明，亦不開放討論，如委員對辦理情形仍有意見或疑問，請以書面方式提出，會後由幕僚轉請相關單位另行補充說明。
2. 委員應就相關單位是否達成原決議（定）事項加以檢視，若是，則解除追蹤；若所提意見是針對執行後的成效，則應另行提案，而非於原案再提出新的要求，並繼續追蹤。

（四）發言次數及時間：同一議案每位委員發言以3次為限，每次不超過3分鐘。委員意見雷同時，應表明贊同某委員意見，或僅就不同見解、需補充部分論述，避免重複發言內容。

另幕僚亦加強會前準備工作、召開會前溝通會議、提供詳細資料、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委員發言次數、各議案倒數計時並按鈴提醒，以為輔助。

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

應以協商方式達成各項協定。未能於法定期限達成總額及其分配方式之協定時，應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。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、107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。107年度工作計畫如附件。



附件

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(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				
業務監理	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		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		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		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		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、12月		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		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)

類別	工作項目	預定時程	主(協)辦單位	備註
業務監理	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，可前提報
	四、例行監理業務			
	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		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)		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 納入)
總額協議訂定	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
	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		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		

類別	工作項目	預定時程	主(協)辦單位	備註	
總額 協議 訂定	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		依健保法第 61 條辦理	
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		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	配合健保署 送會時程		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：委員會議若另有決議（定）事項，配合調整相關工作項目。



2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare

第三章

107年度重點業務 及執行成果



第三章 107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

全民健保開辦之初，採論量計酬方式支付醫療費用，造成醫療服務使用量快速成長，為宏觀調控醫療費用，並緩解健保財務壓力，分別自87年7月、89年7月、90年7月及91年7月依法陸續推動牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度，至91年7月全面實施各部門總額支付制度。所謂總額支付制度是在年度開始前，由保險付費者與醫事服務提供者預先協定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與專業自主性，並控制總體醫療費用在合理範圍內成長。

為使健保財務永續發展，於102年實施二代健保法，其對總額支付制度之規範大致與一代健保相同，惟基於二代健保強化「財務收支連動」、「建構社會參與平台」之精神，在健保法第60條新增主管機關（衛福部）於年度開始6個月前擬訂年度總額範圍後，須先諮詢健保會意見，再報行政院核定。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。此外，依第24條規定，財務以收支連動方式運作，費率以協定總額設算，若有高於法定上限（6%）情況，則該總額需重新



協定。因此，總額協商也須連帶考量財務平衡原則，並於法定時限完成，總額協商工作之重要性可見一斑。

總額協商作業於每年3～12月間，經由衛福部、健保會、健保署及各部門總額相關團體各司其職，通力合作共同完成，年度總額擬訂流程如圖3-1。以健保會而言，上半年主要對衛福部擬報行政院之年度總額範圍提供諮詢意見，並進行總額協商準備作業，包括：議定協商架構、通則、程序及編製協商所需參考資料等前置作業；下半年則是於7月辦理「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），以檢視四部門總額（牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院）與其他預算前一年之執行結果，作為協商下一年度總額之重要依據。7～8月於衛福部交議行政院核定之總額範圍及總額協商政策方向後，健保會即緊密召開座談會進行協商前溝通，於9月展開正式協商，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六分區之地區預算；衛福部核（決）定結果後，健保署與各總額部門即據以研訂、執行各項計畫／方案，落實執行總額協定事項。

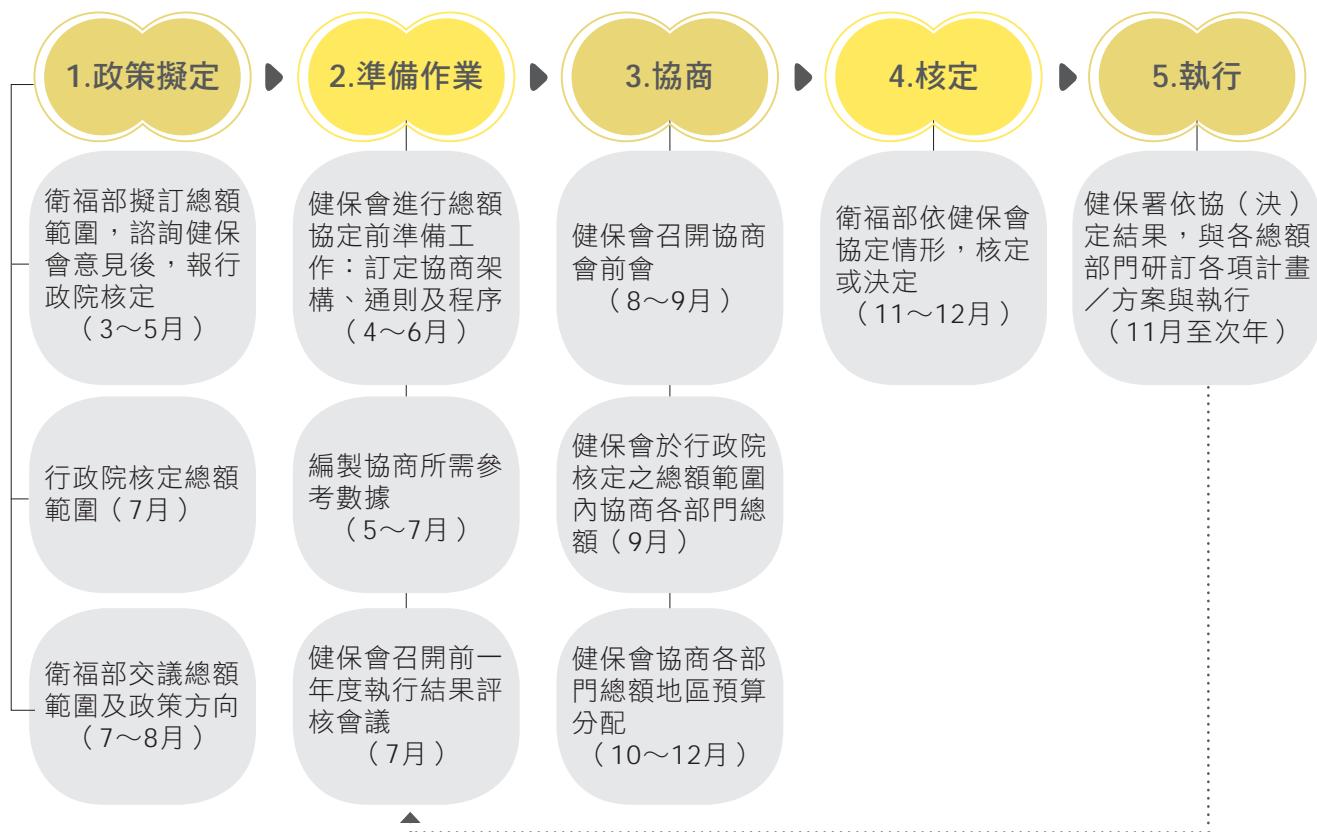


圖3-1 年度總額擬訂流程

執行成果

健保會為順利完成108年度總額協商任務，依據年初所擬訂的總額協商工作計畫，會同健保署及各部門總額相關團體，推動各項總額協商業務。於8~9月間緊鑼密鼓召開多場總額協商溝通會議，並配合協商項目所需，統計及提供最新的參考數據資料，於9月27日、28日的協商共識會議，付費者與各總額部門醫界代表歷經長達14小時的馬拉松會議，經過不斷的溝通協商與折衝，最終在雙方釋出最大誠意下，全數完成協定。在睽違多年後，108年度四部門總額及其他預算圓滿達成共識，並順利完成四部門總額健保六分區的地區預算分配。經報請衛福部核定，108年度

醫療給付費用總額成長率為4.417%，總額預算達7,153.5億元，醫療給付費用總額及其分配方式如圖3-2。茲就健保會提供108年度總額範圍之諮詢意見、總額協定前準備工作、評核會議之評定結果與運用及總額協商過程與核（決）定結果等執行成果分述如後。



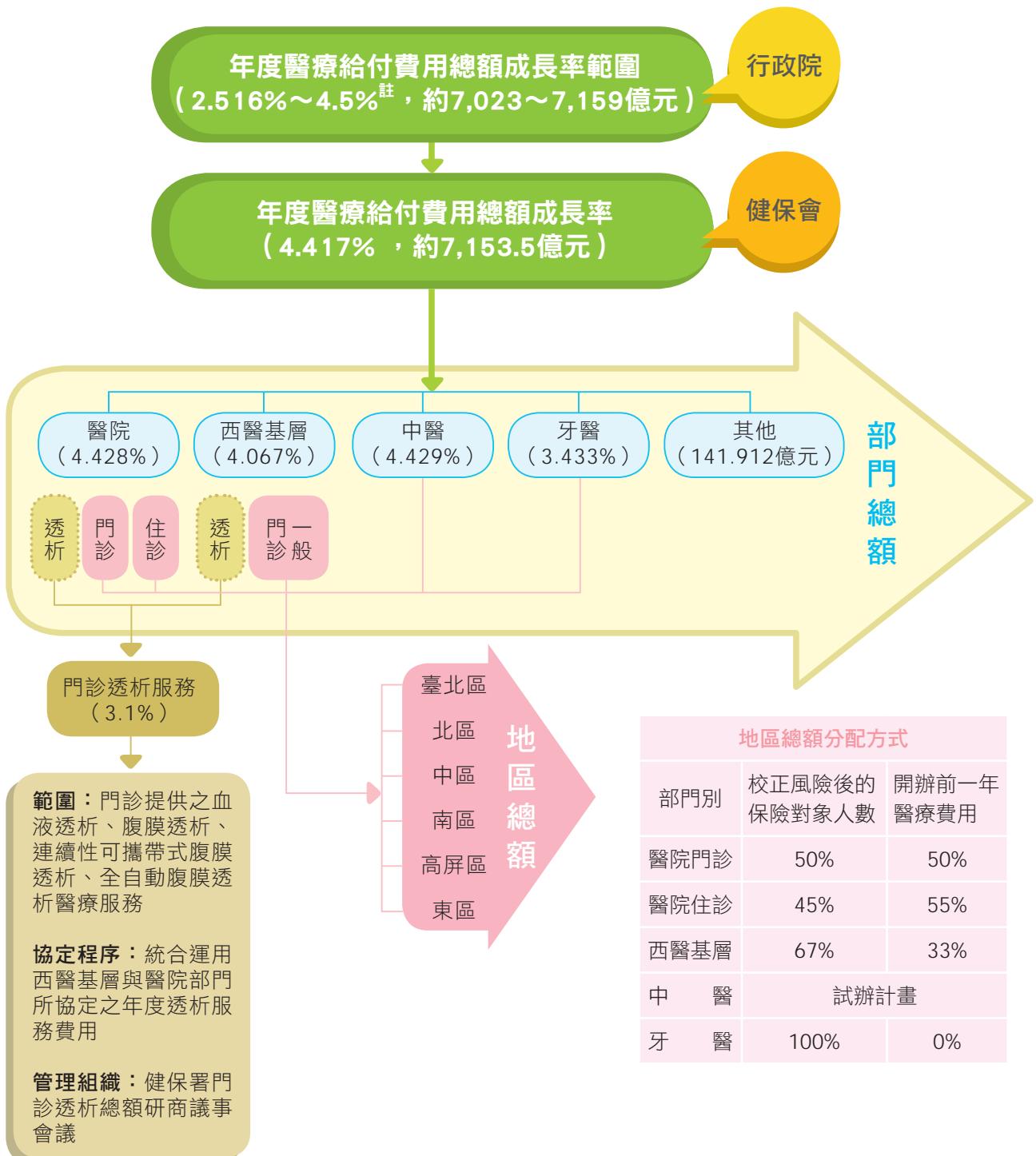


圖3-2 108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式

一、提供擬訂108年度總額範圍（草案）之諮詢意見

衛福部依健保法第60條於4月中旬擬訂並函送「108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。其所擬訂總額範圍描述如下：

（一）108年度相較107年度總額，成長率範圍為2.516%（低推估值）至4.890%（高推估值），預估金額為7,023～7,189億元。

（二）低推估值（2.516%）：

1. 修正低推估值之計算方式：過去計算低推估值之基期，是以「前一年醫療給付費用總額」做計算，衛福部依據國發會審議107年度總額時，提出「檢討專案計畫額度納入前一年總額基期」之附帶決議，修正計算公式，基期改採前一年總額之「一般服務預算」計算（不計入專款額度），並與健保會的協商邏輯一致。低推估值計算方式為：

以「人口結構改變對醫療費用之影響率」（下稱人口結構改變率）、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率後，再以107年一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額做校正。計算公式為：

■ **醫療服務成本及人口因素成長率**

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

■ **低推估值成長率：醫療服務成本及人口因素成長率（A）×107年一般服務總費用占率（87.43%）。**

2. 修正「投保人口預估成長率」採用之數值：考量「最近一年可取得之實際投保人口數成長率」，比過去採用國發會公布的「中華民國人口推計」之中推計數值，更趨近投保人口數之成長，故修正之。

3. 修正「人口結構改變率」之計算方式：原人口結構分組採「5歲為一組」，修正為「1歲為一組」，以更準確反映各年齡組之醫療費用狀況。

（三）高推估值（4.890%）：即低推估值（2.516%）+調整因素（2.374%）。調整因素以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形，並兼顧產業之發展。

108年度總額範圍諮詢案，經提報健保會107年4月份委員會議討論，委員提供諮詢意見函復供衛福部參酌（詳如附件一），摘要重點意見如下：

（一）付費者委員建議，所擬108年度總額範圍已達7千多億元。但我國及國際經濟情況不如預期，若總額持續成長，未來醫療支出將非常可觀。建議宜考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整。另歷年健保總額均投入相關專款預算執行節流措施，期能有具體成效資料，並納入總額範圍考量。

(二) 醫事服務提供者委員建議，相較其他國家的每人經常性醫療保健支出與GDP數據，國內醫療支出相對不足。應思考在目前經濟環境不佳情況下，如何縮小落差。另，108年住院醫師納入勞基法等政策因素，將影響醫師人力結構，建議應將其對醫療費用的影響，納入總額範圍考量。

(三) 專家學者與公正人士委員建議，「醫療服務成本指數改變率」中僅牙醫部門是負值，且西醫基層及牙醫部門之藥費申報權重仍以101年為基期，建議未來應再行檢視、檢討導致負值的原因，並採用更貼近現況的資料。

衛福部經參酌委員意見，於5月14日將擬訂之「108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108年度總額。

二、總額協定前之準備工作

(一) 訂定108年度總額協商架構、通則及程序

目前總額協商機制，已累積多年執行經驗，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107年4～6月份委員會議，事先議定公開、透明之協商規則如圖3-3，包含：108年度總額協商架構、協商通則及協商程序，供9月總額協商時依循。

1. 總額協商架構、通則及協商程序之內涵：
「總額架構」之切分，援例區分為牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門總額及其他預算，門診透析服務費用，則合併西醫基層及醫院總額之透析服務費用，統為運用。四部門總額之設定，係依據行政院核定之「低推估值」（即醫療服務成本及人口因素），加上



圖3-3 總額協商架構、通則及程序

協商議定之「協商因素項目」及「專款項目」而得。「其他預算」編列各項專款，由健保署執行與管控，辦理非屬四部門總額範圍的服務及配合政策推動之計畫（108年總額協商架構如圖3-4）。

「總額協商通則」旨在建立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。而「總額協商程序」則是依據全民健康保險會組成及議事辦法第9條有關「對等

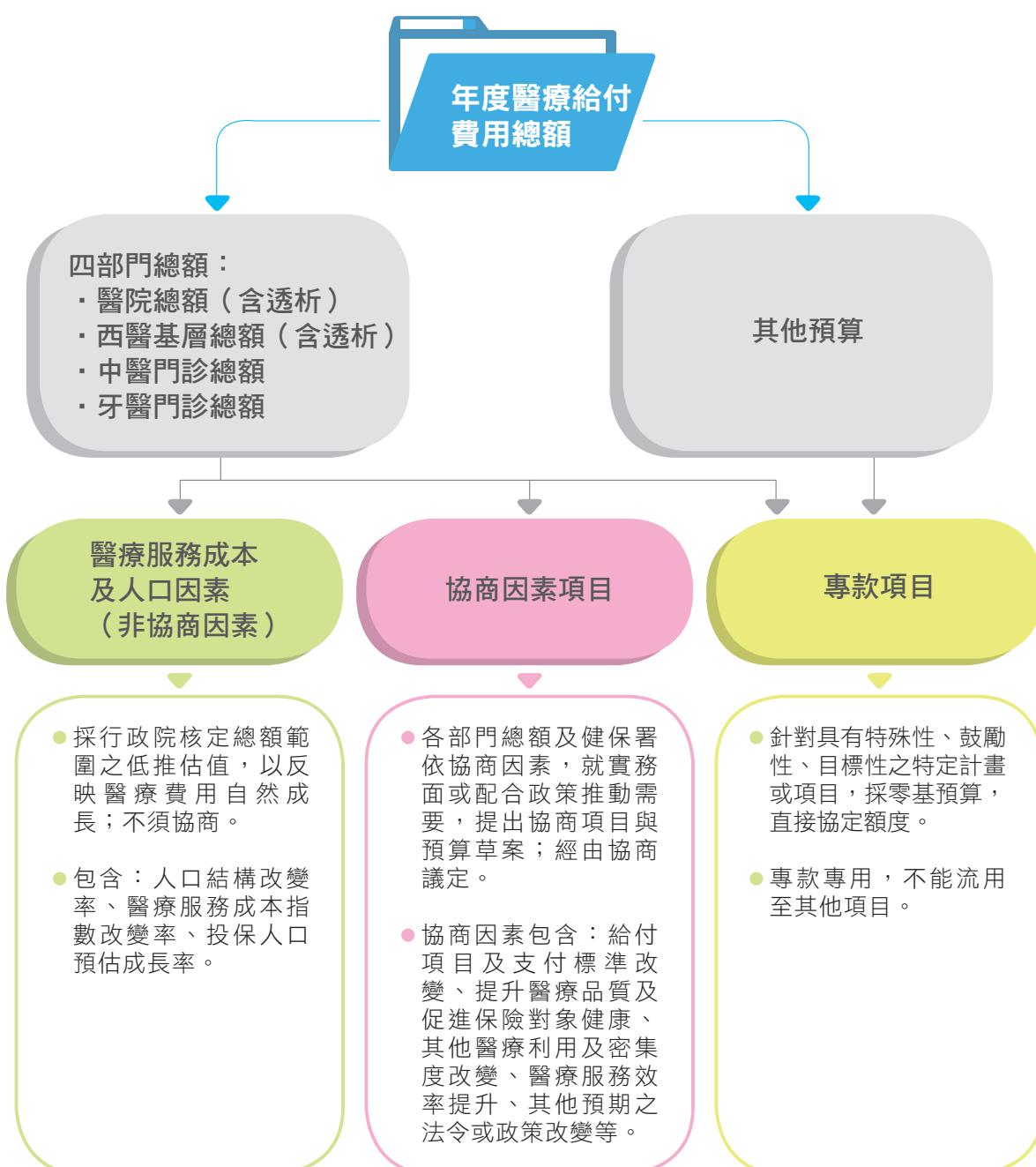


圖3-4 108年度總額協商架構

協商」之規定，每年於總額協商前，規劃協商共識會議之時間、與會人員、進行方式等相關原則。

有關108年度總額協商之安排，經委員會議決議，於107年9月27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28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。至於各總額部門的協商順序，採抽籤決定。7月份委員會議（107.7.27）抽籤結果，依序為牙醫、西醫基層、中醫、醫院部門及其他預算（108年度協商會議議程表詳附件二）。

2. 108年度總額協商架構、通則及程序之修正重點：

(1) 總額協商架構，配合衛福部修正「醫療服務成本及人口因素成長率」採計方式及參數：

- A. 「投保人口預估成長率」改以「最近一年可取得之實際投保人口數成長率」計算。
- B. 「人口結構改變率」之計算方式：改以「1歲為一組」，以更準確反映醫療費用狀況（108年度總額協商架構詳附錄三）。

(2) 總額協商通則，明訂總額協商資料需求：

於一般服務及專款項目之通則明定：「應於協商時提出執行目標及預期效益（含評估指標）、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料」，以利總

額協商，有更明確的設算依據及實證數據為基礎（108年度總額協商通則詳附錄四）。

(3) 總額協商程序，主要修正協商共識會議進行方式，於部門協商時段作細部安排，明定與會人員於三個協商階段之參與方式，使角色定位更臻明確（研議過程詳第四章第二節專題研討），修正重點如下：（108年度總額協商程序詳附錄五）

A. 「提問與意見交換」階段：所有委員均參與提問與意見交換。若部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法。

B. 「視需要召開內部會議」階段：由「付費方」或「醫界方」自行召集內部會議。考量「專家學者及公正人士委員」之中立角色，為避免產生角色衝突，且考量協商雙方宜於會前即充分諮詢專家學者意見，爰刪除過去得邀請其參與內部會議之規定。

C. 「部門之預算協商」階段：分兩部分進行。

◆先由「付費方」與「醫界方」雙方進行四部門總額預算協商（其他預算則由付費方與健保署協商）。讓協商雙方有單獨談判的時段，以利掌握彼此的談判步調。

◆若協商初步無法達成共識時，則由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額

下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商。讓第三方角色充分發揮，以利達成協商共識。

(二) 編製協商所需之參考數據

總額協商涉及7千多億元的健保資源配置，須有客觀的數據做為協商基礎，並強化協商資料的深度及廣度，以落實合理協商、有效分配資源的目標。為準備108年度總額協商，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。

1. 編製總額協商參考指標要覽：

為利各界瞭解各部門總額之執行情形，提供來年總額協商參據之基礎數據，本會編製「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—107年版」，並於健保會網頁公開電子檔，其內容主要彙整健保署提供之資料及OECD公開之



統計數據，包含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。

為精進資料可利用性，107年版本除更新資料外，主要增修下列章節內容，期使本工具書提供更充分、詳實之數據，以應總額協商所需。

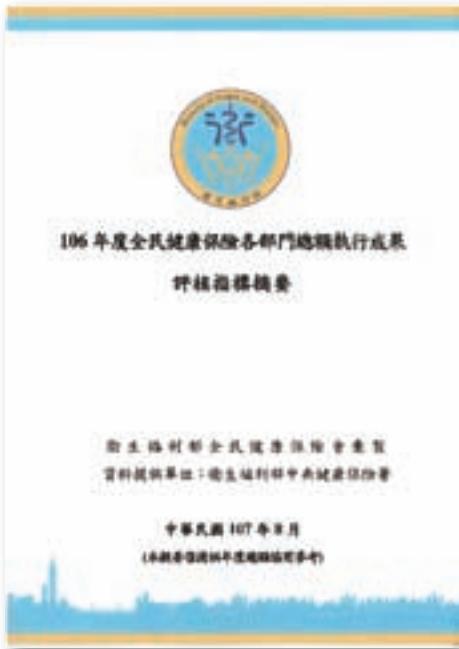
(1) 「歷年各總額部門協定結果與相關數據」章節：新增「各總額部門年度總金額表」，並配合總額設定公式之修訂及106年資料更動，修訂「醫療服務成本及人口因素成長率」相關資料。

(2) 「牙醫門診總額」章節：將衛福部「104～105年度成年與老年人口腔健康調查計畫」相關研究結果，納入醫療品質指標資料。

(3) 「門診透析服務」章節：擷取「2017台灣腎病年報」之資料，新增透析患者存活率、新發個案年齡層、年齡標準化發生率及盛行率等資料。

(4) 「全民健保醫療給付費用配置」章節：以分類較明確的「醫療費用前20大疾病」取代「其他主要疾病」項目。

2. 編製106年度各部門總額評核指標摘要：為增進各部門總額執行成果評核之客觀性與評核效益，本會召開2場專家學者會議檢討評核內容及其作業方式，專家學者建議應加強占比高達95%的一般服



務預算之評核內容，增訂可反映其績效的指標，並逐年滾動檢討。

過去本會幕僚均會就各部門總額及健保署提報之執行成果資料，依部門別摘要執行成果重點，彙整成冊供委員總額協商參考。經重新檢討資料內容與呈現方式，並參考專家學者之建議後，107年重新編製「106年度各部門總額評核指標摘要」（下稱評核指標摘要）。本次改版首次嘗試以跨部門方式，綜整四部門總額共同性指標或重要成果資料，期以整體性及系統性的客觀數據呈現各部門總額執行成果。

評核指標摘要包含一般服務及專案計畫兩部分。一般服務部分，分別就評核之四大面向：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，以表列方式綜整四部門總額共

同性指標資料及重要數據；專案計畫部分，則依部門別，表列各項專款計畫執行結果重點數據及3項關鍵績效參考指標。期以簡明扼要、綜整方式提供重點資訊，提供評核委員與健保會委員，作為檢視總額執行結果及納為108年度總額協商參據，以提升評核成效與總額執行效益。

三、評核會議之評定結果及運用

為了解年度總額協定事項執行情形，健保會每年均於9月份協商會議前辦理評核會議，評核結果作為下年度總額協商之參據。為順利推動評核作業，本會於年初即研訂評核作業方式（包含：辦理方式、評核項目與評分、評核結果之應用等），讓受評單位遵循並事先準備。依照議定程序籌組評核委員後，於7月底舉辦評核會議。評核作業流程如圖3-5。為使評核作業與時俱進，107年召開2場會議研修各部門總額執行成果評核作業方式，研提修正草案並經委員會議通過，以精進評核效率與落實資源配置之效益（內容請詳第四章第二節專題研討）。

（一）評核會議之評定結果

依年度工作計畫排定於107年7月19、20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，共同檢視總額的執行績效，並提供建言。本次評核有別於往年，評核委員除分別對四部門總額及健保署（含其他預算）提出改進建議外，特別嘗試從前瞻性的角度，提出評



圖3-5 辦理各總額部門評核作業流程

核委員之共識建議，指出我國未來10年重要的改進方向，引領健保及總額支付制度持續改革與精進。

107年評核以106年度總額執行成果為主，主要區分為各部門總額一般服務、專案計畫／方案。評核委員所提共識建議及評核結果之運用，說明如下：

1. 一般服務之評核

各部門總額一般服務費用占比高達95%以上，所提供之服務直接影響民眾的醫療照護，因此，一般服務執行成效是評

核的焦點，最為各界所重視。107年評核面向，主要延續106年，包括：維護民眾就醫權益（滿意度、自費情形、就醫可近性與及時性）、提升醫療服務品質、協商因素項目之執行情形、總額管理效能等面向外，並配合重大衛生政策（如分級醫療）之推動，將「年度重點項目之規劃及推動」納為評核項目。

評核委員的共識建議，主要針對整體資源配置及一般服務執行績效，提出包括：落實「以病人為中心」的醫療照護

模式、因應臺灣人口加速老化，醫療服務體系及資源配置需要前瞻性改革與轉型、分級醫療政策需繼續紮根及檢討成

效等諸多改善建議。評核委員整體性共識建議詳表3-1、評核委員對四部門總額之共識建議詳表3-2。

表3-1 評核委員整體性共識建議

項目	整體性共識建議
整體資源配置及一般服務	<ol style="list-style-type: none"> 「以病人為中心的照護模式」是我國未來需加強的重點，宜妥為規劃。 醫療服務體系及資源配置需要前瞻性改革與轉型： <ol style="list-style-type: none"> 面臨人口加速老化及醫療費用快速成長，建議衛福部和健保署應前瞻性思考未來10年整體醫療照護體系及服務提供模式，並預做相關規劃。 我國在總額制度下仍採論量計酬、引導過度醫療。每年人門診就醫次數未減少，藥費占率逐年攀升，如何因應經濟成長低於醫療費用成長，值得努力。 目前多著重「醫療院所端」的管理，宜開始推動「病人端」參與疾病管理。 肯定目前積極推動分級醫療政策，鼓勵跨院所合作，然仍需繼續紮根及檢討成效，並積極賦予家醫群在分級醫療所扮演的角色。 一般服務費用占率高達95%以上，未來更應加強一般服務成效的檢討改善，並提出策略建議。
專案計畫	<ol style="list-style-type: none"> 專案計畫的目的，在於將成功經驗導入一般服務全面推動。建請提出專案計畫，未來全面實施可能遇到的問題與因應對策。 目前專案計畫成效評估，多為結構、過程或可近性指標，建議納入成果面指標。 目前各專案計畫係以疾病別或總額別執行，建請健保署嘗試建立「照護協調者（care coordinator）」角色，負責跨疾病及跨院所照護資源的整合，並鼓勵病人參與疾病管理。

表3-2 評核委員對四部門總額之共識建議

總額部門	四部門總額之共識建議
牙醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 肯定牙醫對推動預防保健、剩餘齒數之保留及持續研修更具鑑別度之品保款指標等諸多努力。 民眾（平日、假日）約診不易是牙醫歷年普遍存在的問題，目前措施未有明顯改善。宜請深入分析原因及評估民眾醫療需要，研提更有效之改善作法。 建議可於偏鄉地區，擇常住人口或兒童試辦牙醫論人計酬方案，另建議深入分析醫療利用情形，以作為未來發展方向之依據。 牙醫特殊醫療及牙周病統合照護計畫之健康成效指標敏感度較不足，建議發展前瞻性且具敏感度之健康成效指標，持續精進計畫。
中醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 肯定中醫在教育宣導方面之努力。 總額預算年年提升，但中醫就醫率與就醫人數持續下降，建議深入分析原因並設法提升服務涵蓋率。 滿意度調查中，自付其他費用項目第1名為「醫師多配數天的科學中藥（藥粉）」，建議檢討開藥日數限制之適當性，並宣導會員開藥日數需符合健保規範。 地區預算分配應以民眾需要為前提，多數評核委員建議適度提升人口占率，並應持續關注中醫師人力高密度地區之成長趨勢。

總額部門	四部門總額之共識建議
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> 肯定對分級醫療推動的努力，及多項滿意度提升。 建議持續提升糖尿病論質計酬計畫照護率，並提出以病人為中心之「整合多重慢性病之論質計酬方案」。 總額輔導管理方面，除醫療費用管控外，建議重視民眾被要求自費之感受，並加強同儕制約及查核制度。 106 年家庭醫師整合性照護計畫參與家數大幅擴大，建議加強執行面監督，另請注意會員固定就診率、成人預防保健服務比率下降，轉診率偏低之情形。
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 肯定台灣醫院協會承接醫院總額之專業審查及管理，及健保署從旁協助，期共創雙贏，達到專業自主管理的目標。 DRGs (住院診斷關聯群) 目前僅實施至第二階段，宜儘快推動，並建議將超長住院、再住院率及急性期穩定個案下轉等納入管理，使資源利用更有效率。 各區審查及輔導管理差異大，宜鼓勵分區相互學習分享，並強化內部稽核機制。 地區醫院品保款「指標獎勵比率」可再增加，以提高鑑別度。 建議多重慢性病應納入管理，可考慮規劃慢性病論人計酬，整合現行各項慢性病醫療給付改善方案。

2. 32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，並針對是否續辦及經費增減等提出共識建議如表 3-3。

表3-3 評核委員對各部門總額專款項目之共識建議

總額部門別	項數	續辦與否				建議經費				備註
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
牙醫門診	3	1	1			1	1			1 項 (牙周病統合照護計畫) 108 年導入一般服務。
中醫門診	6	1	4			3	2			107 年癌症相關計畫進行整併，故建議項數少 1 項。
西醫基層	3		3			2	1			
醫院	6		6			6				
跨部門及其他預算	14	1	10		1	1	10		1	1. 1 項 (西醫基層之加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫) 107 年導入一般服務。 2. 1 項 (區域醫療整合計畫) 未執行。
合計	32	3	24		1	7	20		1	

（二）評核結果之後續獎勵與運用

依據107年第5次委員會議（106.6.22）通過「108年度總額協商通則」，各部門總額之品質保證保留款（下稱品保款）列為專款項目，用於提升醫療品質。經107年第7次委員會議（107.8.24）議定獎勵方式，以各總額部門106年度（受評核年度）一般服務預算為計算基礎，依據評核等級給予相對之獎

勵成長率（優級*0.3%，良級*0.1%），計算品保款專款額度。

107年各總額部門評核結果，分別為：牙醫及西醫基層「優」級；中醫及醫院「良」級。依上述品保款計算方式及評核結果，108年四部門總額總計編列品保款專款8.773億元（如表3-4），以實質鼓勵總額部門持續提升執行成效，及精進醫療品質。

表3-4 四總額部門評核結果與108年度品保款獎勵情形

總額部門別	牙醫門診	中醫門診	西醫基層	醫院
評核結果	優	良	優	良
獎勵成長率	0.3%	0.1%	0.3%	0.1%
品保款專款	1.191 億元	0.236 億元	3.281 億元	4.065 億元

註：評核分數之等級區分，90分以上為「特優」；85分至未達90分為「優」；80分至未達85分為「良」；75分至未達80分為「可」。

評核委員對各部門總額一般服務、專案計畫／方案之共識建議，也作為協商108年度該部門總額一般服務成長率、專案經費增減、續辦與否及協定事項之依據。以西醫基層總額為例，為推動分級醫療，採評核委員之建議，持續於西醫基層總額「強化基層照護能力及開放表別」項目編列7.2億元專款（較107年增編2.7億元），擴大西醫基層照護範圍，以加速落實分級醫療。此外，評核委員也建議應積極賦予家醫群在分級醫療所扮演的角色及整合慢性病照顧，故於「家庭醫師整合照

護計畫」專款（12.8億元）之協定事項，特別匡列4.5億元用於新增多重慢性病照護之獎勵費用，並要求落實以病人為中心的照護。



四、108年度總額之協定與核定結果及歷年資料

（一）108年度總額成長率範圍及政策目標

衛福部於8月10日將奉行政院核定之108年度總額成長率範圍及協商政策方向（詳附件三），交付健保會依法進行協定及分配。依行政院之核定「總額成長率下限為2.516%，上限為4.5%；另為加速根治國人C型肝炎，同意衛福部所請，增列108年C型肝炎口服新藥費用，惟其增列額度不得超過4.7%之上限」。

行政院核定之108年度總額範圍，首度同意以外加C型肝炎口服新藥費用方式，增列成長率上限（由4.5%提升至4.7%），因涉及總額協商通則對各部門總額協商上限之認定，健保會於8月份委員會議決定：委員支持加速根治國人C型肝炎，增列口服新藥費用之政策，惟顧及總額協商時各部門間之公平性，依據總額協商通則，經委員共識決定，108年度整體總額及四部門總額成長率以4.5%為上限，進行總額協商，其他則依衛福部交議內容辦理。

（二）召開「總額協商會前會」就總額協商草案進行溝通

於衛福部交付健保會進行協定及分配後，先由健保署與各總額部門，預擬協商因素／專款項目及其預算規劃草案。囿於總額協商時程緊迫，為增進協商效率，在召開正式協商會議前，於8～9月安排一系列的座談會／會前會，提供醫界與付費

者雙方代表委員對總額協商草案之溝通管道，並協助委員了解協商項目之內涵，相關會議辦理情形如下：

1. 8月份委員會議（107.8.24）：為利委員了解衛福部政策方向，安排衛福部（社會保險司）說明行政院核定108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108年度總額協商草案，讓付費者委員瞭解醫界訴求，並增加雙方溝通機會。
2. 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」：安排健保署就各協商項目提供進一步說明，及報告如何落實政策目標，增進委員對整體協商草案的了解，以利健保資源做最有效的配置。
3. 9月21日辦理「總額協商會議資料說明會」：為增進協商議事效率，幕僚每年均彙整近300頁的總額協商資料，除按協商部門，表列各部門總額協商草案及健保署意見外，並就各項協商項目補充參考資料，包含：各項目成長率及金額、與政策方向的關連、過去3～5年預算執行情形及成效、評核委員意見及後續執行建議等資料。為利委員於會前瞭解協商資料，乃召開說明會，由幕僚說明總額協商資料呈現方向及其內涵，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月協商會議前提供資料，以納入協商參考資料，促使協商能建構在客觀的科學數據基礎。

（三）108年度總額之協定與核（決）定結果

健保會於9月召開為期2天的「年度總額協商會議暨委員會議」，以完成協定工作。於9月27日召開總額協商會議，在大家的努力及合作下，歷經14小時協商會議，幾經折衝、協調，最終在各總額部門醫界代表與付費者代表雙方釋出最大誠意下，四總額部門及其他預算均圓滿達成共識，也於次日（9月28日）委員會議完成確認，健保會協定之108年度健保總額總計7,139.78億元，突破7千億元大關。依健保會過去協商經驗，四部門總額全部達成共識，是件相當不容易的事，本次協商可說是健保總額協商制度真正完全落實，也為健保會寫下光榮的一頁。

1. 衛福部對108年度總額之核（決）定結果

健保會依法將協定結果報衛福部核定，於107年11月核（決）定結果摘要如下：

- (1)各部門總額醫療給付費用成長率與其他預算額度，及相關分配，同意依健保會陳報內容辦理。
- (2)有關行政院核定為加速根治國人C型肝炎所增列之C型肝炎口服新藥費用（為總成長率0.2%約13.7億元），決定如下：於其他預算增列「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」項目，金額為13.7億元，原陳報其他預算之相關項目，併同修正文字。

2. 108年度總額及其分配

（1）整體總額成長率

「108年度全民健保醫療給付費用總額及其分配」於107年12月5日公告（如附錄六；公告內容請參閱健保會

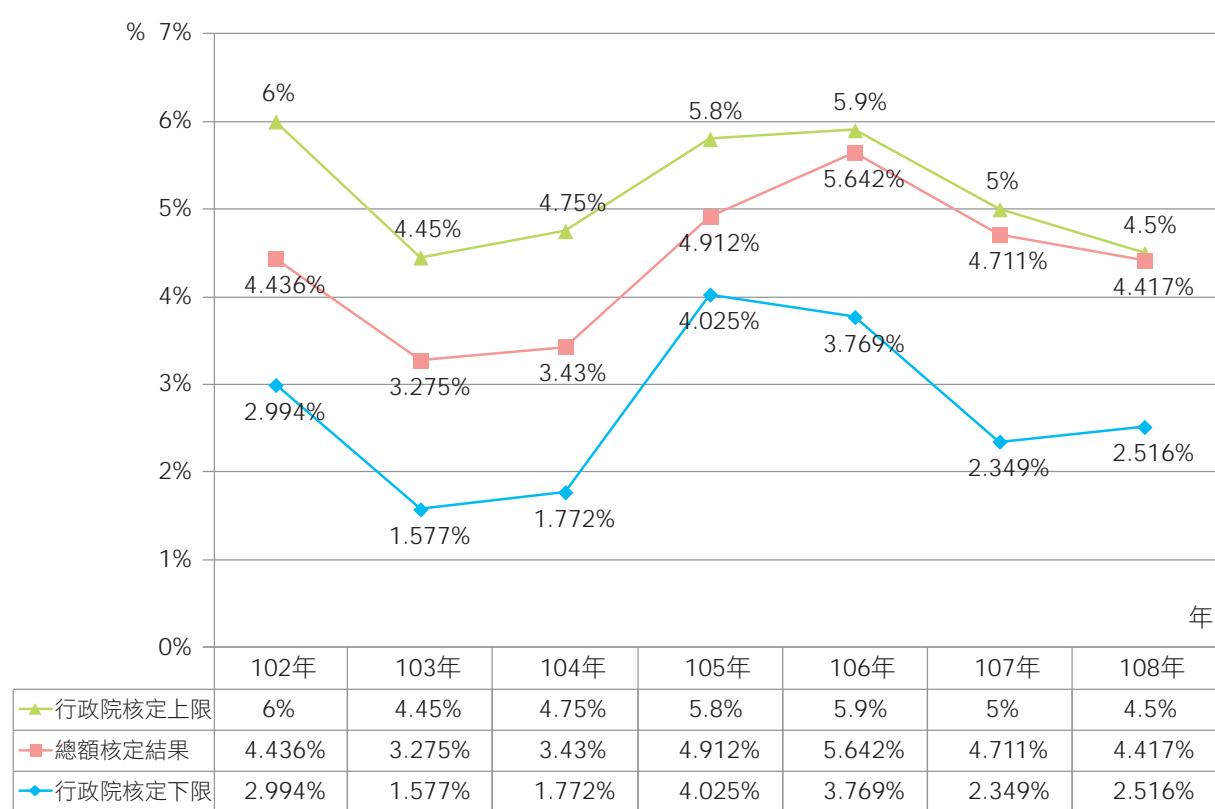
網站：<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/cp-1661-45535-116.html>）。

相較107年度核定總額，108年度總額成長率為4.417%，總額度為7,153.5億元，增加302.6億元。其中非協商因素（即行政院核定總額範圍的低推估）增加172億元、協商因素增加115.5億元、基期校正106年度投保人口成長率差值增加14.16億元、違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（下稱違約扣款）

0.91億元。歷年行政院核定之總額成長率範圍（上、下限）及核（決）定結果如圖3-6。

(2)各部門總額成長率及其他預算

相較107年度核定總額，108年度四部門總額成長率介於3.433%～4.428%，其他預算增加14.1億元。若基期含校正投保人口預估成長率差值及違約扣款，則成長率介於3.192%～4.200%。108年度四部門總額（醫院及西醫基層部門含門診透



註：108 年度總額上限為 4.5%；若增列 C 型肝炎口服新藥費用，則不得超過 4.7% 之上限。

圖3-6 102至108年行政院核定之總額成長率範圍及核（決）定結果

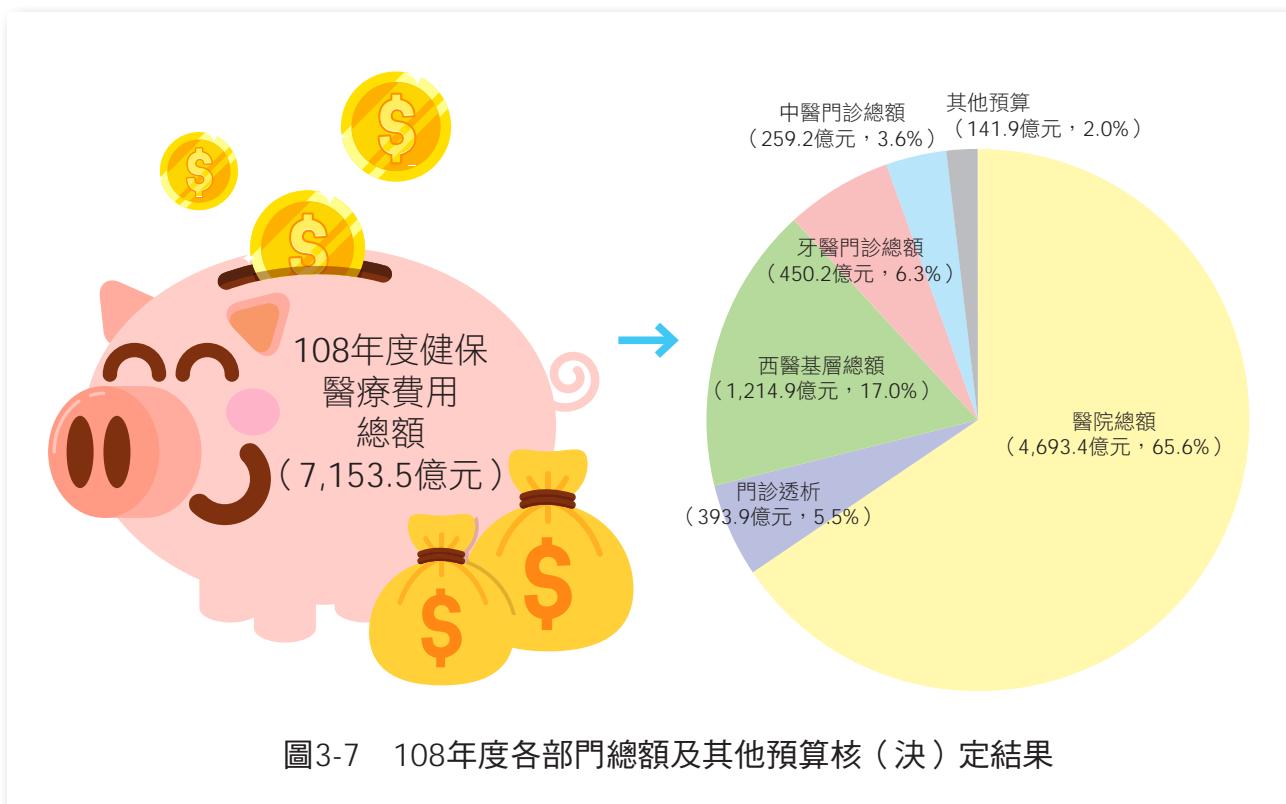
析服務)及其他預算成長率與金額如表3-5，若將門診透析服務預算單獨

統計，則各部門總額預算及占率如圖3-7。

表3-5 各部門總額及其他預算成長率與金額

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
總額預估值	約 450.2 億元	約 259.2 億元	約 1,392.2 億元	約 4,910.0 億元	增加 14.1 億元 (約 141.9 億元)	約 7,153.5 億元
較 107 年核定 總額成長率	3.433%	4.429%	4.067%	4.428%		4.417%
總成長率 (基期校正 ^{註1})	3.192%	4.128%	3.830%	4.200%		4.188%

註：1. 計算總成長率所採基期費用，含校正 106 年投保人口預估成長率差值及違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款額度。
2. 門診透析服務總費用(總成長率 3.1%)合併醫院及西醫基層總額協定之服務費用，並統為運用。
3. 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。



(3) 總額協（決）定重點內涵

108年度總額預算，主要配合衛福部提升健保給付效益及醫療品質，持續引進新藥及新科技、落實分級醫療、強化整合性照護計畫、照顧偏鄉及特殊族群之總額協商政策方向，進行預算分配及協定，摘要重點如下：

A. 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：

◆ 於一般服務持續編列相關預算，增加30.73億元（醫院30.19億元、西醫基層0.42億元、牙醫門診0.12億元），持續引進新的醫療技術及藥品與特材，確保新醫療科技之引進，並減少民眾自付費用之負擔。

◆ 為加速根治國人C型肝炎，持續編列C型肝炎藥費專款計65.36億元（醫院47.6億元、西醫基層4.06億元、其他預算13.7億元）。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：具替代效益或長期健康改善效果。

B. 推動支付制度改革及建立醫院與診所之合作機制，提升醫療服務效能：

◆ 建立醫院及診所合作機制：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

6.89億元、西醫基層2.58億元），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。

◆ 強化西醫基層照護量能：持續放寬基層跨表項目，於西醫基層總額編列「開放表別」專款（7.2億元），及大幅增編「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進行實質合作。

◆ 導引區域級以上醫院回歸急重難症照護：持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，自107年起以5年降低10%為目標值，並定期檢討；108年醫學中心、區域醫院門診件數降低2%，即不得超過106年之96.04%，超過部分不予分配。並協定醫院總額之醫療服務成本指數改變率所增加之預算12億元，用以調高急重難症等相關支付標準，以導引醫院減少輕症服務。

◆ 促進醫療體系整合：編列「推動促進醫療體系整合」5億元及「網路頻寬補助費用」與「獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用」13.25億元，以鼓勵醫療院所垂直整合及雲端醫療資訊共享。

C. 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益：

◆持續編列專款（計23.181億元），辦理山地離島地區醫療給付效益提升計畫（納入山地鄉論人計酬試辦計畫）、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，鼓勵醫師執業及提供巡迴醫療服務。

◆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203.472億元）、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），並鼓勵院所提升服務人數（計5.34億元）等專款。

D.推動以病人為中心之整合照護及提升醫療品質：

◆其他預算：因應人口老化，其他預算編列「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」專款（計60.2億元），其中增編5億元用於居家醫療照護服務，以逐步整合西醫、牙醫、中醫之居家醫療服務。

◆西醫：持續推動論質計酬計畫及提升照護率，並鼓勵整合照護，如醫療給付改善方案（15.87億元），並請健保署評估整合氣喘與慢性阻塞肺疾病方案、整合糖尿病與慢性腎臟病方案之可行

性及支付效益；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）（8.68億元）。

◆牙醫：自108年起將「牙周病統合照護計畫」自專款項目，移入一般服務，並大幅增編預算（28.08億元），擴大牙周病照護對象，另配合編列牙周病支持性治療經費（3.5億元），總計31.58億元用以提升國人牙齒健康。

◆中醫：擴大中醫癌症患者加強照護整合方案（1.66億元），並持續編列西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（1.82億元）、中醫提升孕產照護品質計畫（0.65億元）、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫（0.1億元）。

（四）歷年各部門總額成長率及金額

104～108年度整體總額自5,908.4億元增加至7,153.5億元；其中各部門較前一年協定總額成長率（如圖3-8），近5年成長率介於2.124%～6.021%之間，以醫院總額成長幅度為高。受協商因素（如政策鼓勵）及非協商因素（如人口老化、醫療服務成本變動等）影響，105、106年度各部門總額成長率均較往年上升。

各部門總額預算（不含其他預算）逐年上升（如圖3-9），104～108年度自5,795.3億元增加至7,011.6億元；若將門診透析服務預算單獨統計，則醫院總額

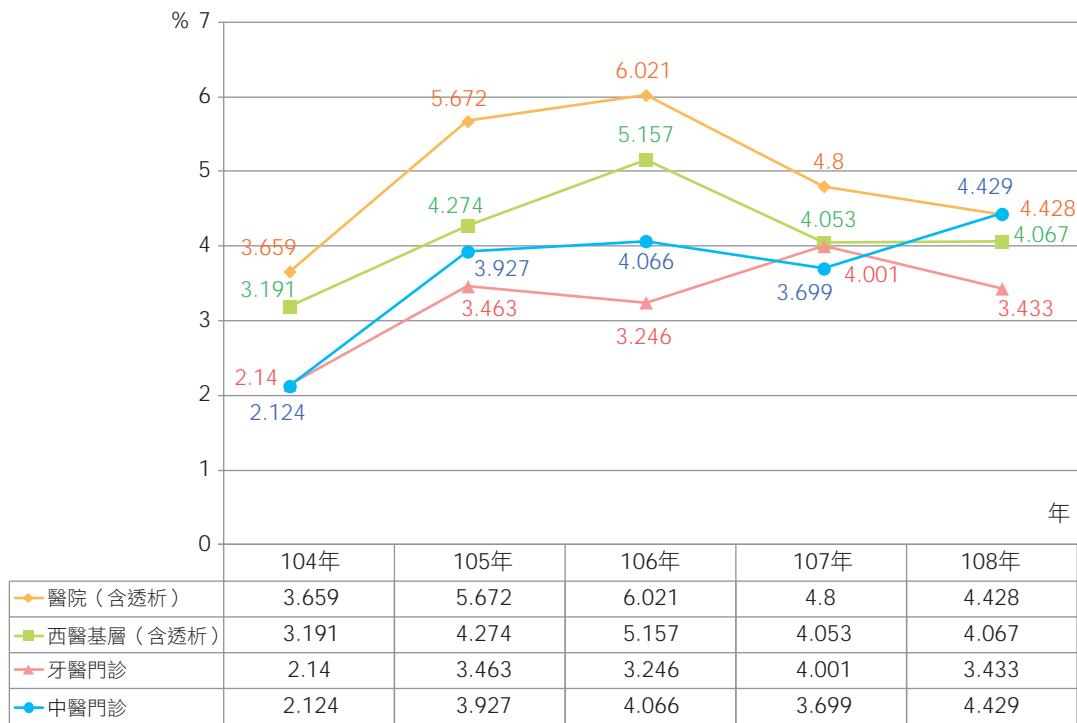


圖3-8 104～108年度各部門較前一年協定總額成長率

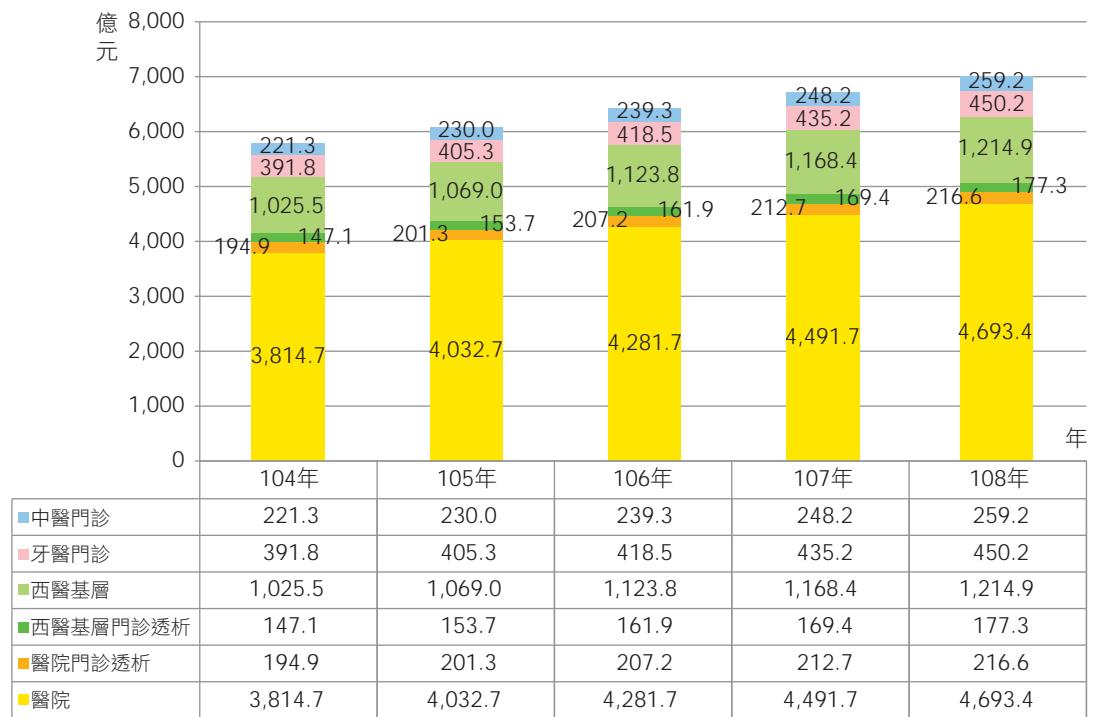


圖3-9 104～108年度各部門總額預算

自3,814.7億元，增加至4,693.4億元；西醫基層總額自1,025.5億元增加至1,214.9億元；牙醫門診總額自391.8億元增加至450.2億元；中醫門診總額自221.3億元增加至259.2億元；門診透析則自342億元增加至393.9億元。

五、108年度總額地區預算分配及歷年資料

（一）地區預算分配方式

依據衛福部的規劃，全民健保的地區預算是以「錢跟著人走」的概念進行分配，期保障民眾就醫的公平性，並漸

進引導資源均衡發展。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六區，如圖3-10。每年於健保會10～12月份委員會議，議定各部門總額地區預算分配後，報請衛福部核定。

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），

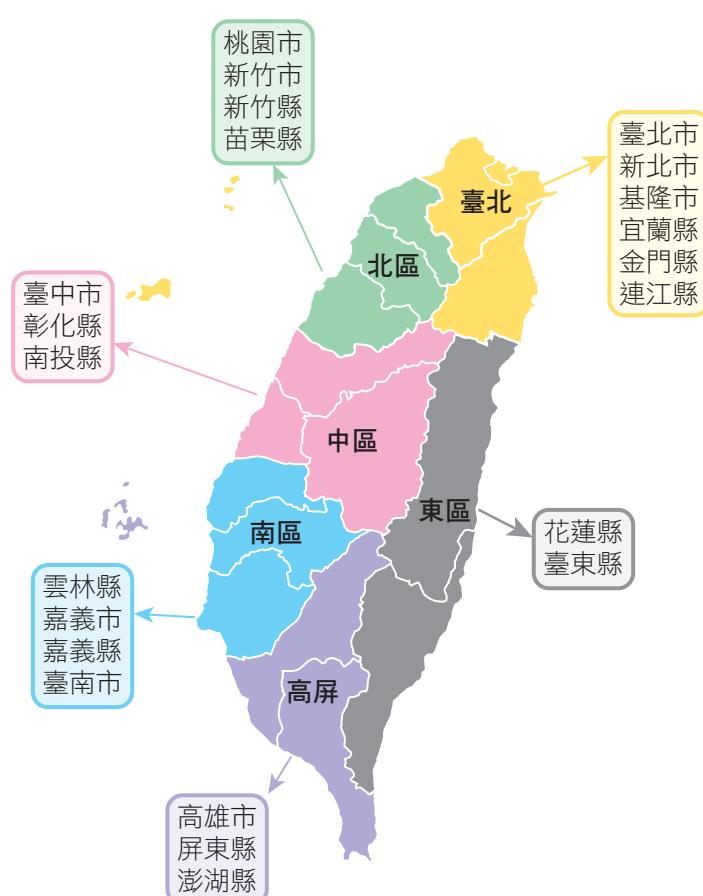


圖3-10 地區預算六分區

並考量部門特性，漸進提升人口占率，最終達成100%依人口參數分配的目標。至於「校正人口風險後之保險對象人數」之風險校正因子，主要為各分區投保人口的年齡、性別指數，醫院及西醫

基層總額並納入標準化死亡比及轉診型態等校正因素。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（106年度為例）如圖3-11。

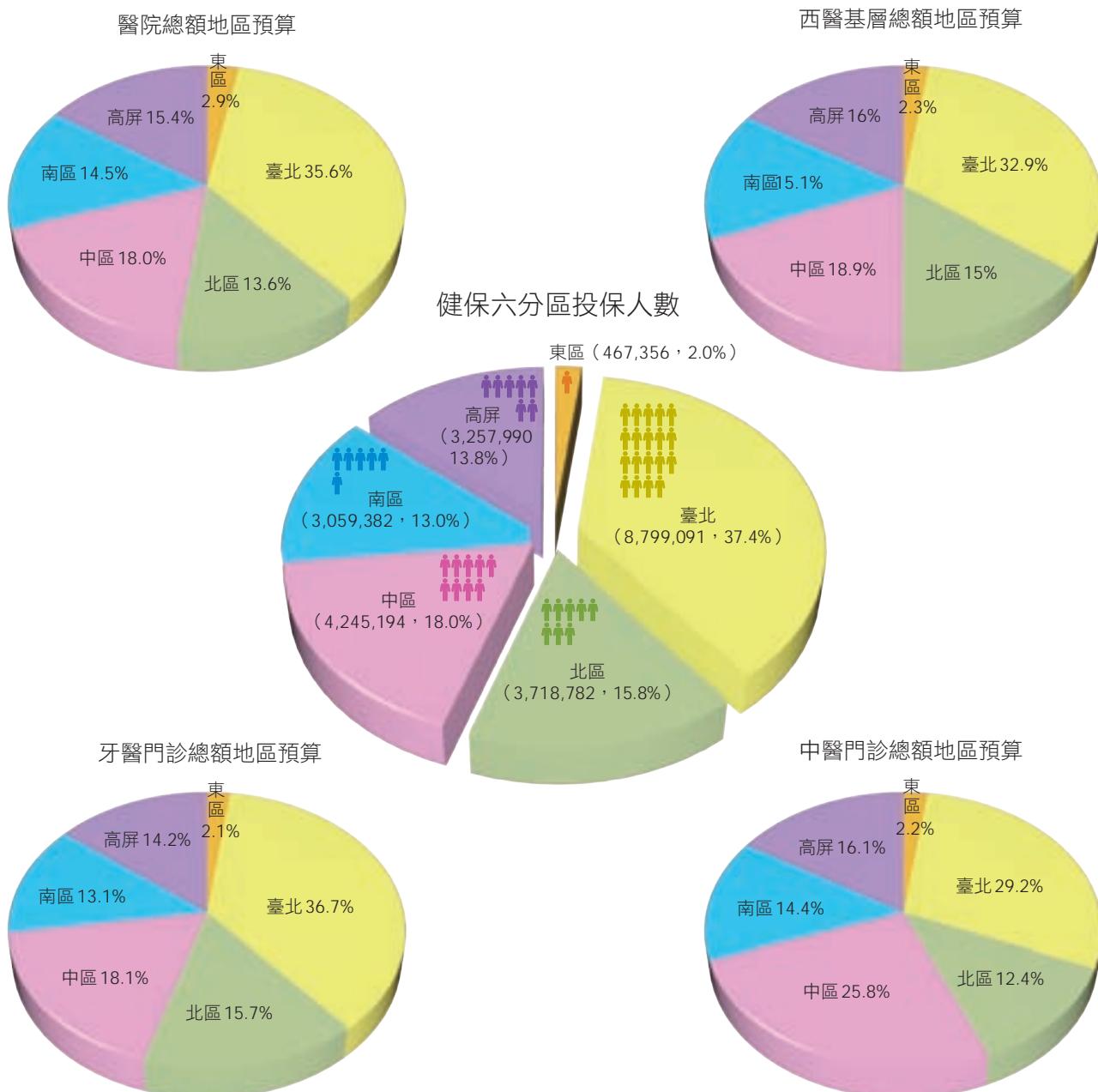


圖3-11 六分區投保人數占比及各部門總額一般服務地區預算分配（106年度為例）

健保會105年委託辦理之「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」，研究結果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，嘗試讓資源分配能反映各地區民眾的實際醫療需求，以降低地區間資源分配的不公平。該研究亦試算我國地區預算分配，在健保分區涵蓋人口眾多的特性下，僅以年齡、性別因子進行預算分配，即具有極佳之醫療利用解釋力，因此，建議各部門總額校正風險後保險對象人數占率（R值）應持續提升。

（二）108年地區預算分配結果

健保會於9月份委員會議協商108年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診等四部門總額後，隨即於11～12月份委員會議討論四部門總額之地區預算分配，除西醫基層總額外，其餘醫院、牙醫門診、中醫門診總額之分配結果，已依法函報衛福部核定，並於108年2月27日公告（詳附錄七）。108年度各部門總額地區預算協定結果如表3-6。

健保會委員於協商108年度地區預算分配，主要考量各地區民眾的醫療需求並扶助偏鄉及弱勢地區。經協定結果，除了牙醫門診總額已100%依「校正人口風險後之保險對象人數」（R值）參數分配，醫院總額考量制度延續性及服務特性，維持107年度的分配方式外，中醫門診總額「各分區戶籍人口數占率」提升2%，西

醫基層總額「校正人口風險後之保險對象人數占率」提升1%。此外，考量偏鄉及弱勢醫療及因應各部門總額實務需求，同意自一般服務費用移撥部分經費，作為「風險調整基金」，提撥方式及執行細節等，則授權健保署會同各部門總額相關團體議定。108年各部門總額地區預算分配如下：

1. 醫院：「各地區風險校正後保險對象人數」占率維持與107年度相同（門診50%、住診45%），並於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥1.5億元，作為風險調整基金。以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。
2. 西醫基層：依107年12月份及108年4月份委員會議討論結果，一般服務費用67%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數（R值），33%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（S值）比率分配。並於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥5億元，作為風險調整基金，用於撥補點值落後地區。
3. 中醫門診：一般服務費用2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。其他五分區預算，依6項參數占率分配（如表3-6），其中各分區戶籍人口數占率為13%，相較於107年度調升2%。並於分配其他五分區（不含東區）預算前，自

五分區預算移撥3,200萬元，作為風險調整基金。

4. 牙醫門診：預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數（R值）分配。並於分配六分區預算前，自一般服務費用移撥28.722億元，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弱勢鄉鎮提升醫療可近

性獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等5項。

另為制度之檢討改善，並附帶決議請醫院、西醫基層及中醫門診總額承辦團體，於討論109年度地區預算分配前，檢討執行結果並提出建議方案。若未能提出，則該年度地區預算之人口占率參數應予調升。

表3-6 108年度各部門總額地區預算協定結果

地區預算分配公式（R、S值）	醫院		西醫基層	牙醫	中醫試辦計畫	
	門診	住院				
各地區校正人口風險後保險對象人數（R值）	50%	45%	67%	100%	東區預算占率	2.22%
					其他五分區預算占率，及其分配參數：	97.78%
					1. 各區去年同期戶籍人口數占率	13%
					2. 偏鄉人口預算分配調升機制	1%
各地區在總額實施前一年的醫療費用（S值）	50%	55%	33%	0%	3. 95年第4季至98年第3季之五分區實際收入預算占率	67%
					4. 各區去年同期人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差指標加權校正後之占率	5%
					5. 各區去年同期每人於各分區就醫次數之權值占率	9%
					6. 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數	5%
風險調整基金（億元）	1.5		5	28.722	風險調整基金（億元）	0.32

(三) 歷年地區預算分配結果

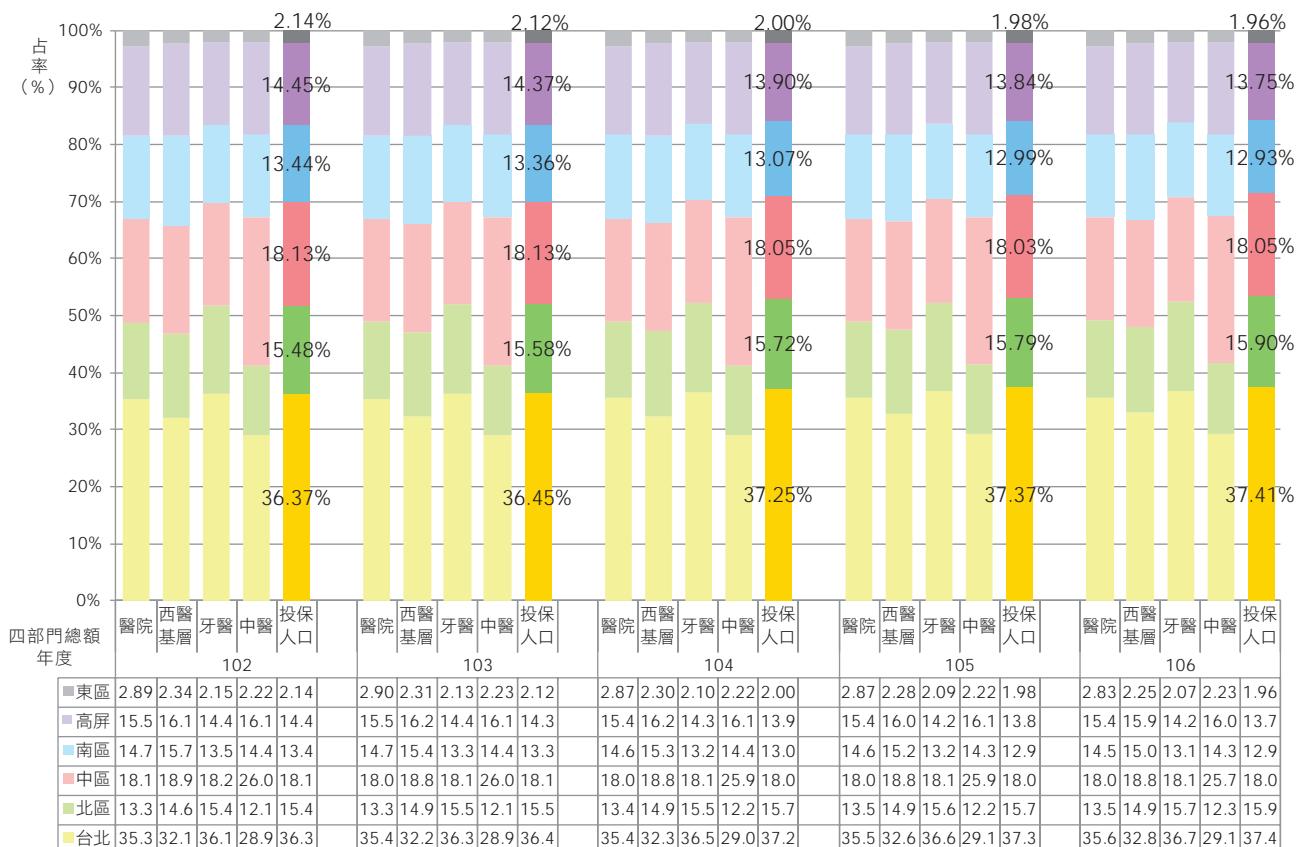
自95年起，牙醫門診總額已100%依「校正人口風險後之保險對象人數」參數分配。而其他總額部門之「校正人口風險後之保險對象人數」占率，截至108年，西醫基層總額達67%、醫院總額門診達50%、住院達45%。而中醫門診總額，則於95年改以試辦計畫分配，並於99年起採用修正後試辦計畫迄今，其中人口相關參數為「各區去年同期戶籍人口數」，108年占率為13%，其餘為醫療費用、中醫師數及偏鄉預算分配相關參數。歷年各部門總額一般服務地區預算人口占率之協定情形及地區預算分配情形如表3-7及圖3-12。

衛福部「錢跟著人走」的地區預算分配政策，依民眾需求將人口占率（R值）逐漸提升，可使醫療資源分配到人口成長較多及人口較老化之區域，讓這些地區有足夠資源發展需要的醫療服務。但若完全依照人口占率分配地區預算，將對現行醫療利用率較高的地區產生較大的衝擊。因此，未來如何藉由地區預算分配的執行經驗，讓分配公式更加完善，同時兼顧衛福部保障各區民眾就醫公平性的政策立場，及減少預算重分配對醫界所產生的衝擊，將持續考驗健保會委員的智慧。

表3-7 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	108
牙醫	-	10	20	40	50	70	80																100
中醫	-		5	15	20	30				0			5		6	7	8	11	13				
西醫基層	-		5	15	25	40	60	65		試辦計畫 ^{註2}			試辦計畫 ^{註2}		修正後試辦計畫 ^{註3}								
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（各分區戶籍人口占率）。
 4. 西醫基層總額採試辦計畫：主要以各分區94～96年之3年平均總額預算占率分配。
 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。



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。

圖3-12 102～106年度各分區投保人口占率及各部門地區預算分配情形



附件一

2. 這些研究對社會學家來說，是極為重要的，因為它們為社會學家提供了研究社會問題的基礎。

附件二

108年度全民健保醫療給付費用總額協商暨本會第3屆107年第8次委員會議議程

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

時間	內容	與會人員
9/27 (四)		
09：00～09：30	報到	
09：30～10：50	①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
10：50～11：00	中場休息	
11：00～12：40	②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
12：40～13：40	午餐	
13：40～14：30	西醫基層與醫院總額之門診透析預算協商（50 分鐘）	本會委員、西醫基層與醫院協商代表，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)
14：30～14：40	中場休息	
14：40～16：00	③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
16：00～16：10	中場休息	
16：10～18：10	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
18：10～19：10	晚餐	
19：10～20：23	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
20：23～22：23	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）	
9/28 (五)		
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	委員會議	

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

部門別	1. 提問與意見交換 *	2. 視需要召開內部會議		3. 部門之預算協商		合計（不含各自召集會議時間）	推估最長時間
		付費方自行召集會議	醫界方自行召集會議				
醫院	30 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘		90～120 分鐘	90～180 分鐘
西醫基層	25 分鐘 (門診透析 20 分鐘 [☆])	20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘 (門診透析 20 分鐘 [☆])		115～150 分鐘	115～190 分鐘
牙醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60～80 分鐘	60～120 分鐘
中醫	20 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60～80 分鐘	60～120 分鐘
其他預算	20 分鐘	20 分鐘		35 分鐘		55～73 分鐘	55～93 分鐘

* 各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

☆ 門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層總額部門中協商順序較前者之時段（時間外加）。

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

檔號：
保存年限：

衛生福利部 函

機關地址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號
傳真：(02)85906048
聯絡人及電話：陳小姐(02)85906741
電子郵件信箱：hgsachen@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國107年8月10日
發文字號：衛部保字第1071260373號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

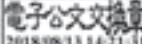
附件：一、行政院107年8月7日院臺衛字第1070026325號函影本。二、108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向。 (1071260373-1.pdf, 1071260373-2.pdf)

主旨：有關「108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（詳說明二），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107年8月7日院臺衛字第1070026325號函（影本如附件一）辦理。
- 二、行政院核定108年全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.5 16%，上限為4.5%；另為加速根治國人C型肝炎，同意所請增列108年C型肝炎口服新藥費用，惟其增列額度不得超過4.7%之上限。
- 三、併附108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）
2018/08/13 14:51:31

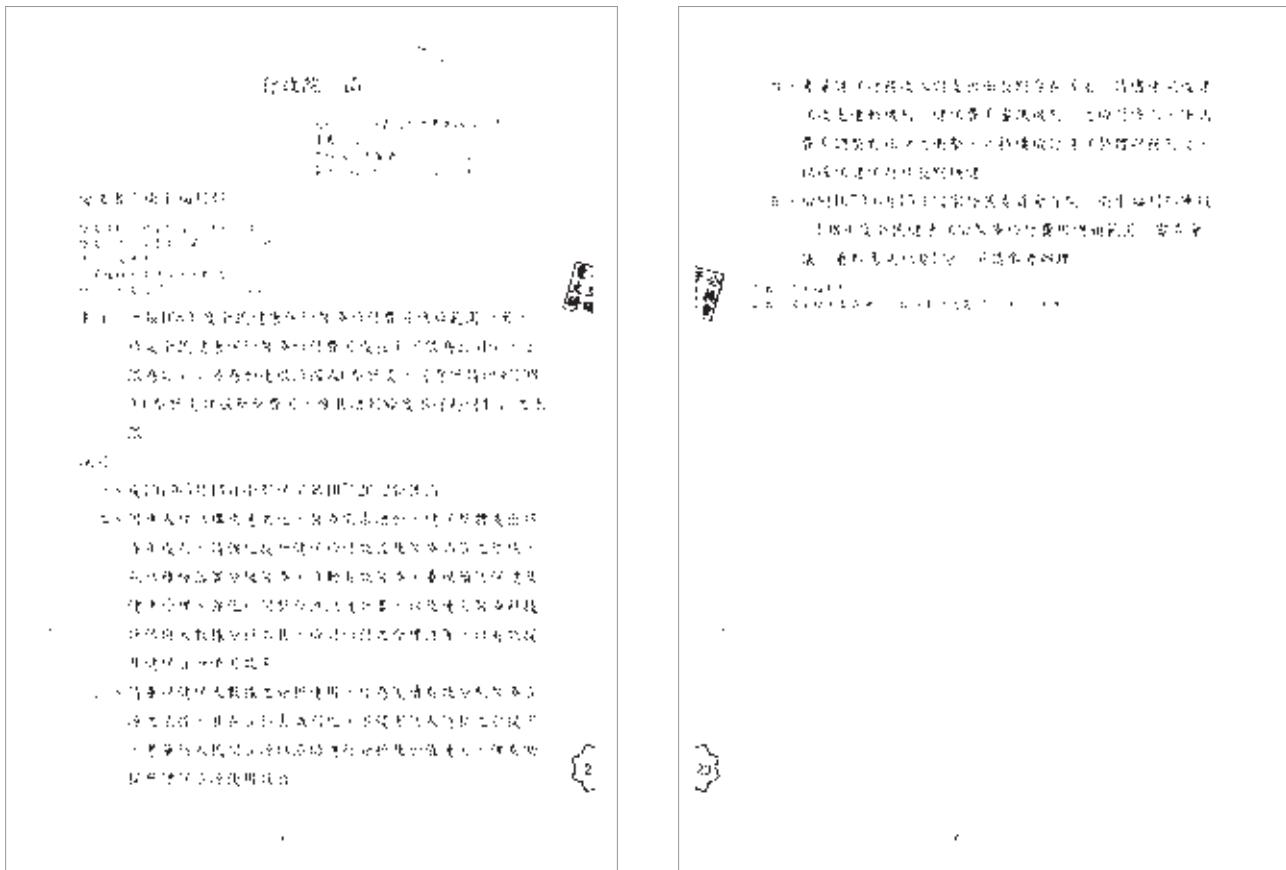
部長 陳時中

衛生福利部全民健康保險會



1070813 107CC00512

附件三之附件一



附件

107年6月15日國家發展委員會召開「衛生福利部陳報『108年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍』審查會議」重點意見紀要

一、因應人口老化及人口負成長影響之建議

- (一) 因應人口老化，整體醫療支出持續增加，建議檢討健保整體資源分配，包括給付及自費項目之檢討。
- (二) 建議立即開始檢討未來人口負成長時，如何確保醫療服務品質及提供所需醫療。
- (三) 健保及長照主要照顧對象均為老人，建議兩者併同進行評估及整體規劃。
- (四) 建議評估75歲以上老年人口之醫療使用情形，並與過去資料比對，據以推動節流、有效醫療，並以價值為基礎概念（value base）思考醫療費用支付方式，以控制老年年齡別之平均醫療費用；另亦可評估非協商因素中，人口結構對醫療費用影響率，是否有過度加權之情形。

二、有關健保財源及財務問題之建議

- (一) 依據低推估公式，人口快速老化將導致總額費用不斷提高，須未雨綢繆考慮健保長期財源問題，建議先委託專家對財務面進行研究。
- (二) 依據健保財務收支推估，105年補充保費僅約占一般保費的9%，其後至112年的成長幅度亦相當小；惟依據財政部及本院主計總處資料，其中薪資所得及非薪資所得之比重各約為一半，顯示仍應持續檢討健保費基之公平性。
- (三) 健保已自106年出現年度收支短绌並逐年擴大，預估110年度起，累計餘绌將由正轉負，宜預為因應，除應積極落實推動各項節流措施外，宜考慮開源之可行性，如：費率檢討、多元財源規劃等；另宜檢討如何調整健保費率，避免一次大幅度調整，以減輕民眾反對力道，並依本院105年1月5日會議結論，檢討以安全準備餘額做為費率調整單一判斷標準之收支連動機制；長期宜請衛生福利部儘速推動健保改革規劃工作，俾及時接軌，以利健保永續經營。
- (四) 鑑於健保財務失衡，保費收入因少子女化及經濟景氣等因素，致成長不易，為維持保險財務收支平衡，建議應先行檢討總額基期費用之合理性與效率性，並提高醫療資源使用效率，繼續推動各項開源節流措施，儘速檢討健保收支連動機制，以利健保永續經營。

三、有關總額計算公式之建議

- (一) 本次健保總額計算公式修正後，健保上下限範圍所含括之項目及計算方式，似仍未能妥適反映其待協商及相關費用之特性（如究係屬基本需求或新增協商項目、是否受醫療服務成本及人口因素影響），為長遠計，建議審酌是否再行修正。
- (二) 自108年起適用新公式後，應更加重視「減列項目」的重要性，因為減項對於前一年（基期年）的醫療費用總額（基期值）影響不可忽視。本次提報108年總額所列減項僅減少15億元，建議除審查核刪的醫療費用之外，似可增列如新舊藥及新舊特材使用後的替代性差額、專款專用結算後的餘額、協商項目增列預算支用結算後的餘額等。
- (三) 總額資料的呈現，應關注所增加之金額而非費用成長百分比，建議未來總額成長資料同時呈現成長金額值。

四、落實健保相關制度及措施

- (一) 落實分級醫療雙向轉診制度
1. 基層院所實施論人（為主）與論量（為輔）混合計酬制，可引導基層脫離能力弱化困境，激發社區意識。

2. 為落實家庭醫師制度（現行實施家醫制度未按國外相關制度及方式，且適用人口也太少），先以論人計酬總額包辦，劃定每一基層醫師服務責任區，再以患者每戶為單位，向社區內診所登錄為家庭醫師。
3. 仿效日本模式，改善健保的診療報酬支付方式，如院所的診察費依是否轉診做反差規範點數、診療項目的適用依院所的臨床能力加以區分。

- （二）目前實施住院診斷關聯群（DRG）僅覆蓋60%之住院病人，建議納入全部住院病人。老年人口醫療利用持續增加，超長住院、再住院、社會性住院等情形，皆為當前須處理之要務。
- （三）在推動及管理各項計畫時，應配合建立更具整合性的政策模式，使醫療資源的使用更有效率。
- （四）為達成有關「持續引進新藥物及新科技，提升健保給付效益，減少民眾負擔」之政策目標，應擴大實施差額負擔方式，且除現行適用之新特材外，亦應擴及新藥及新醫技。

五、有關健保總額基期值之建議

- （一）依衛生福利部統計「歷年全民健保財務收支情形」（草案附表11）顯示，保險成本（扣除部分負擔）已自85年之2,229億元，至107年預估成長至6,318億元，惟本案衛生福利部說明重點仍僅在年度成長幾百億元額度部分，究這6千多億元基值之醫療費用分配是否合理、體系運作是否具有效率等，建議進行具體評估分析。
- （二）以目前健保規模而言，若僅作為後端支付角色，未來費用管控會日益困難；考量醫療政策、醫學教育及醫療體系運作之良莠、醫療技術及臨床診斷／處置之準確性、預防保健政策等因素，均會影響健保資源使用情形，建議衛生福利部健保相關單位應積極與前端醫療政策主政單位有更多的研商及整合，以提高醫療效率與品質。

六、因應108年9月受僱醫師將納入適用勞動基準法，屆時外界必定反應人事成本上升議題，建議衛生福利部就健保在此議題實際資源投入情況預作準備，並適時與外界溝通說明。

附件三之附件二

108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 107 年 8 月

為因應我國人口結構快速老化，醫療需求增加，健保醫療支出逐年成長，本部將依行政院指示：強化提升健保給付效益及醫療品質之措施，包括積極落實分級醫療、推動有效醫療、重視預防保健及健康管理、強化相關整合性照護計畫，以及運用醫療科技評估與大數據分析工具，檢討給付之合理性等，以有效提升健保資源使用效率。爰此，108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向，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，提升健保給付效益，減少民眾負擔：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，以民眾健康為導向：

- (一) 鼓勵各部門持續提升醫療服務與用藥品質，加強民眾教育，提升健保資源之使用效益。
- (二) 持續推動全人照護，整合各項照護計畫，並依據證據醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

三、合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布：

- (一) 持續加強山地離島或偏鄉地區之醫療照護，提高資源分配之公平性，並保障弱勢族群就醫之可近性。
- (二) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
- (三) 持續增加C型肝炎口服新藥之使用人數，加速根治國人C型肝炎，以增進保險對象之健康。

四、因疾病發生率的改變、存活率的提升、照護率的增加或給付條件的改變，在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，如：放寬藥品適應症或增列醫療服務未列項目。

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。

六、推動支付制度改革及建立醫院診所合作機制，逐年分階段導入相關措施，以健全醫療體系之合作，提升醫療服務效能：

- (一) 持續進行支付基準或支付結構改革。
- (二) 整合與全人照護之醫療給付改善方案，強化論質計酬支付方案，提升支付效益。
- (三) 持續檢討現行家庭醫師整合性照護計畫，健全家庭醫師照護體系之運作，逐步落實家庭責任醫師制度。
- (四) 持續發展居家醫療照護整合計畫，建立急性期、急性後期與居家整合照護或長期照顧等服務之轉銜機制。
- (五) 強化社區醫療照護服務，鼓勵醫院診所建立合作機制：持續放寬表別，提升基層照護能力及品質；持續落實各項轉診措施，鼓勵院所建立轉診合作機制，強化醫療體系之整合；設立基層總額風險調整費用，降低轉診措施對西醫基層之財務風險。

七、適度反映因醫療政策或相關法令之改變，例如受僱醫師納入勞動基準法，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。

健保會委員為依法辦理全民健康保險費率之審議，於104年第9次委員會議（104.10.23）達成「建立以科學數據為基礎且不受外力干擾之可長可久費率調整機制」之共識，更進一步於104年第10次委員會議（104.11.20）決議通過「全民健保財務平衡及收支連動機制」（下稱現行機制）（如下），明訂健保費率調整之啟動條件與調整方式，做為費率審議之參考。惟健保會費率審議結果，仍須「報主管機關轉報行政院核定」，爰該機制並非整體健保收支連動因應財務問題之政策工具。

全民健保財務平衡及收支連動機制

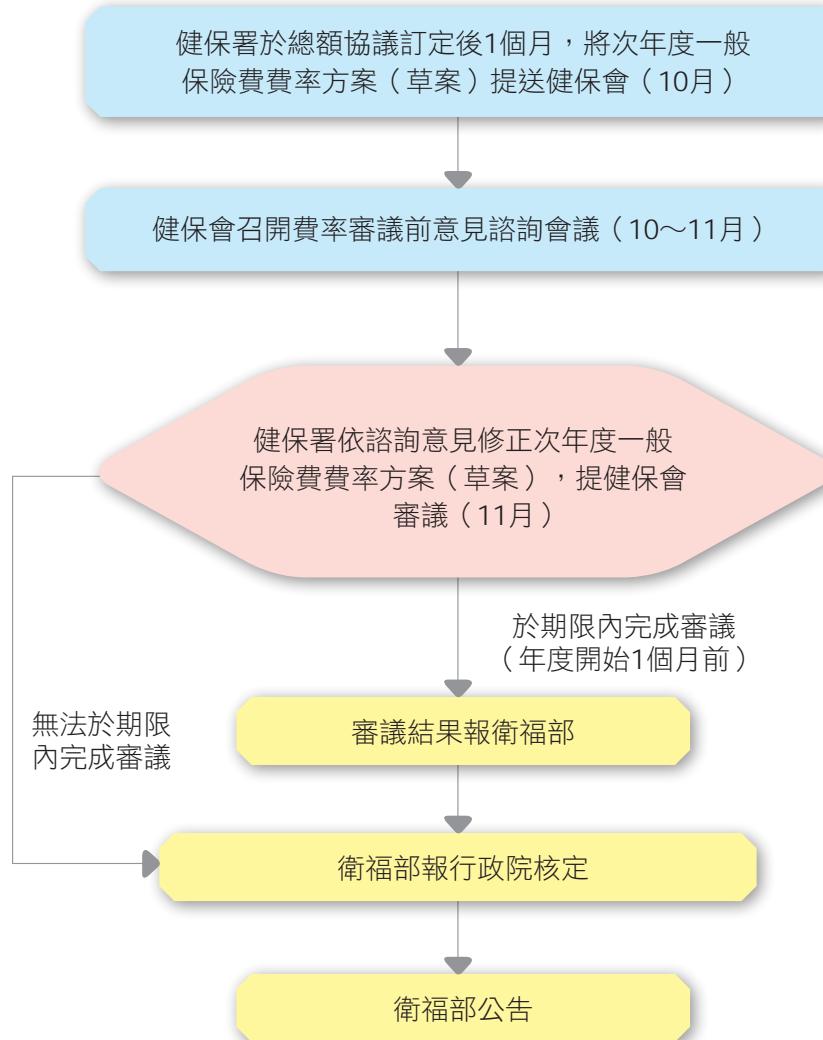
健保會協定次年度（下稱當年）總額後，健保署應以高、中、低三種方式推估保險收入與成本，並依下列原則研提保險費率調整方案送健保會審議。

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。
	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。
費率 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。
	調整方式	其調降以超出之金額計算為原則。

為完善前揭機制，健保會於106年間曾舉辦2次專家諮詢會議，並於106年第6次委員會議（106.7.28）提案討論，委員對於機制所提意見

與建議，皆提供做為健保署進行財務推估試算之參考。

綜上所述，健保費率審議流程如下圖：



歷年費率審議及行政院核定結果如下表：

表3-8 全民健康保險一般保險費率審議結果

年度	102	103	104	105	106	107	108
一般保險費率審議及行政院核定結果	4.91%	4.91%	4.91%	4.69%	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，應依一般保險費率之成長率調整，105

年度全民健保一般保險費率由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106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106年12月止，各年度健保財務收支狀況如表3-9（權責基礎），累計保險收入為91,112.08億元，保險成本為88,736.20億元；就收支成長觀之，85至106年間，保險收入平均成長率為4.35%，保險成本平均成長率為4.83%。

表3-9 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 餘绌 (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

表3-9 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）（續）

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			
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	6,409.72	12.54	5,380.77	3.85	1,028.95	2,288.71	5.10
105 年	5,869.17	-8.43	5,683.60	5.63	185.57	2,474.28	5.22
106 年	5,900.03	0.53	5,998.43	5.54	-98.40	2,375.88	4.75
合計	91,112.08		88,736.20		2,375.88		
85-106 年 平均	4,053.28	4.35	3,962.17	4.83			

資料來源：106 年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

說明：84～106 年度保險收支金額為審定決算數。

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）



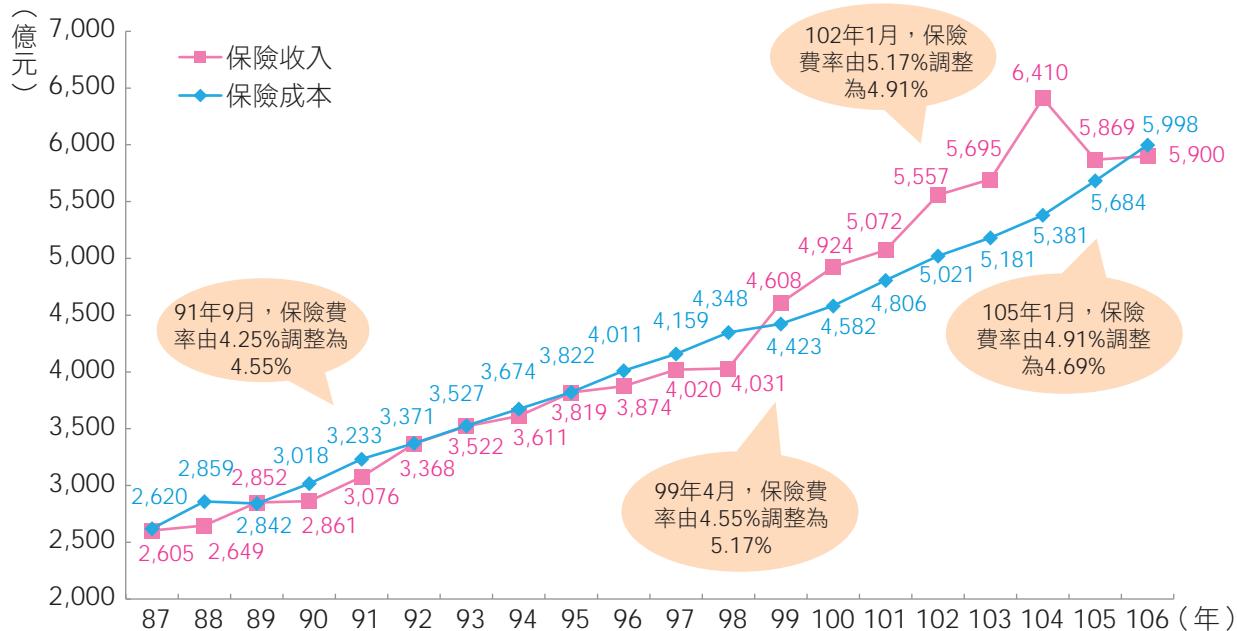


圖3-13 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

資料來源：106 年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

依據圖3-13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，106年底安全準備累計

餘額達2,375.88億元，約當4.75個月保險給付支出，惟保險成本大於保險收入，保險財務再次出現逆差，106年保險收支短绌98.4億元。

（二）107年度財務概況

107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6,113.22億元，保險成本為6,363.12億元，收入扣減成本後，收支短绌為249.91億元。健保署依法收回安全準備填補短绌，107年底安全準備餘額為2,125.98億元，約當4.04個月保險給付支出。107年度相較106年度（審定決算）保險收支情形如表3-10。

表3-10 107年度全民健康保險財務收支餘緒情形

單位：億元、%

項目		106 年度 審定決算 (a)	107 年度 決算 (b)	107 年度增加額度 (b-a)	107 年度成長率 (b-a)/a
保險收入	保險收入	5,939.72	6,113.22	173.49	2.92
	保費收入	5,729.54	5,931.94	202.40	3.53
	依法分配收入	175.88	154.00	-21.89	-12.44
	利息收入	14.01	13.84	-0.17	-1.20
	收回呆帳	10.51	9.08	-1.43	-13.59
	雜項收入	9.77	4.35	-5.42	-55.50
保險成本	保險成本	6,038.12	6,363.12	325.01	5.38
	保險給付	5,997.29	6,316.35	319.06	5.32
	呆帳	39.68	45.17	5.49	13.83
	業務費用	1.07	1.59	0.52	48.23
	雜項費用	0.0669	0.0130	-0.05	-80.65
保險收支淨餘緒		-98.40	-249.91	-151.51	-153.99

資料來源：健保署 108 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」，107年度各項收入成長情形分析如下：

1. 「保費收入」：107年保費收入因投保人數、平均投保金額及補充保險費成長，連帶使政府應負擔36%差額較106年增加，107年保費收入較106年成長3.53%（如上表3-10）。

2. 「依法分配收入」：較106年度負成長12.44%，主要係106年6月12日起菸稅調漲後抑制菸品消費所致。

3. 「雜項收入」：較106年度負成長55.50%，主要係因藥商藥品價量協議返還金收入，自107年第2季起回歸總額重新分配，爰本年度雜項收入較去年同期減少。

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），107年度各項成本成長情形分析如下：

1. 「保險給付」：較106年度成長5.32%，主要係因總額協商成長所致。
2. 「呆帳」：較106年度成長13.83%，主要係因菸捐擴大補助經濟弱勢欠費計畫經費減少，致呆帳提列數較去年增加。
3. 「業務費用」：較106年度成長48.23%，主要係因辦理106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106年底完成驗收後，於107年度開始提列折舊、攤銷，致業務費用較去年同期增加。

執行成果

一、108年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議結論

健保署在健保會完成108年度總額協商後，依法於107年10月向健保會提報「108年度全民健康保險費率方案（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」等單元，並將取消停復保、醫師納入勞基法、平均眷口數調降、基本工資調升等政策因素納入保險財務之高、低推估，分別依據現行費率4.69%及現行機制研提試算方案。至於中推估部分，由於健保財務自106年起產生收支短绌之現象，健保署基於業務職責，另試算當年收支平衡、維持4年收支平衡、依安全準備用罄年度起至少維持1個月安全準備之推估方案。

健保會於107年10月24日召開「108年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」，共計邀請8位包括精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，健保會委員也十分關心費率相關議題，當日共有15位委員列席，全程參與討論。

專家學者除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，並針對「健保財務收支自106年開始出現短绌，預估安全準備累計餘額至111年將用罄，如何在兼顧健保資源有限及付費者經濟能力下，解決健保收支結構性失衡問題，從收入面、支出面有何具體可行建議？」、「健保署近年推動多項政策，包括分級醫療、雲端查詢系統或不給付指示用藥等，皆能產生節流效益，其節流成效目前似大多反映於部門總額點值，長期而言如何合理反映於健保收支情形？」等議題交換意見。

依據健保署於會議中提供之財務推估資料顯示，在維持現行費率4.69%下，109年之收支短绌為648億元，且110年之安全準備將低於1.5個月，符合「全民健保財務平衡及收支連動機制」啟動調整費率之條件，需於110年調升費率至5.54%。

與會專家學者考量目前經濟景氣及健保被保險人財務負擔，因此在會中紛紛提出健保開源節流之建議。

會議結論摘要如下：

- (一) 依據現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」，及多數與會諮詢專家之意見，建議108年度維持現行費率4.69%。



資料來源：108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議（107.10.24）健保署簡報第 21 頁。

(二) 中央健康保險署平衡費率計算模型及架構所採假設與推估方式，請參酌專家學者下列所提意見，修正「108年度全民健康保險保險費率方案（草案）」送本會107年第10次委員會議（107.11.16）審議。

1. 推估保險收入與保險成本所採投保人口成長率參照方式不一致，請補充說明理由。
2. 健保基金投資雖應秉持穩健原則，但投資收益率偏低，宜尋求改善方法。另請補充菸捐分配收入之推估過程。
3. 各項政策因素，如取消停復保、醫師納入勞基法之預期啟動年度、預估影響金額之妥適性，請審慎評估。

(三) 對解決整體健保財務收支結構性失衡問題之具體建議

1. 政府應負擔健保總經費法定下限36%回歸健保法第2及第3條規定以支出面公式計算。
2. 健保法施行細則第45條抵觸母法第27條部分應檢討修正。
3. 及早建立依健保法第26條調整保險給付範圍之審議機制，並檢討論量計酬支付制度之合理性。
4. 善用部分負擔作為改變民眾醫療行為，抑制不當醫療利用的有效工具。

(四) 健保節流成效如何反映於健保收支

1. 節流措施之成效，應回歸健保基金或付費者共享。

2. 應檢視歷年總額預算投入政策推動或提升給付效益之各項節流成效，並建立合理反映於總額支出之原則（如：建立分配方式，列入總額協商減項及同步建立加項等），使節流金額達到最有效率之運用。

（五）「全民健保財務平衡及收支連動機制」建議應適度納入整體經濟成長、付費者負擔能力、漸進式調整費率等意見。

為進一步研議專家學者所提意見之具體可行方案，健保會後續將提出「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」研究計畫，預計於109年完成。

二、108年度保險費率之審議結果

健保署依據「108年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」結論，研提「108年度全民健康保險保險費率審議方案」，提健保會第10次委員會議審議。

與會委員就健保財務所提相關意見，包括：

（一）保險收入：健保基金預決算案不予備查有關政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議。（二）保險成本增加項目，如有涉及疾病管制署、食品藥物管理署、國民健康署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛生福利部事先徵詢本會委員意見。

依據健保署資料顯示，108年健保財務收支短绌約403億元，惟健保安全準備餘額至108年底約有1,730億元，約當3.15個月保險給付支出，

爰建議維持現行費率4.69%，並依健保法第24條規定，於107年11月23日將108年度全民健康保險保險費率審議結果函報衛福部轉報行政院。衛福部107年12月28日函知行政院核定結果「108年度一般保險費率維持現行費率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

全民健保所提供的給付範圍，相當廣泛，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。隨著人口老化及新醫療科技引進，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，健保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。

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，以持續引進新醫療服務、藥品、特材等項目。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3-14）。健保會依該原則及流程，每年編列「新醫療科技」預算，並請健保署提至依健保法第41條規定由保險人召開與相關機

關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表之共同擬訂會議（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。

本節將介紹107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。

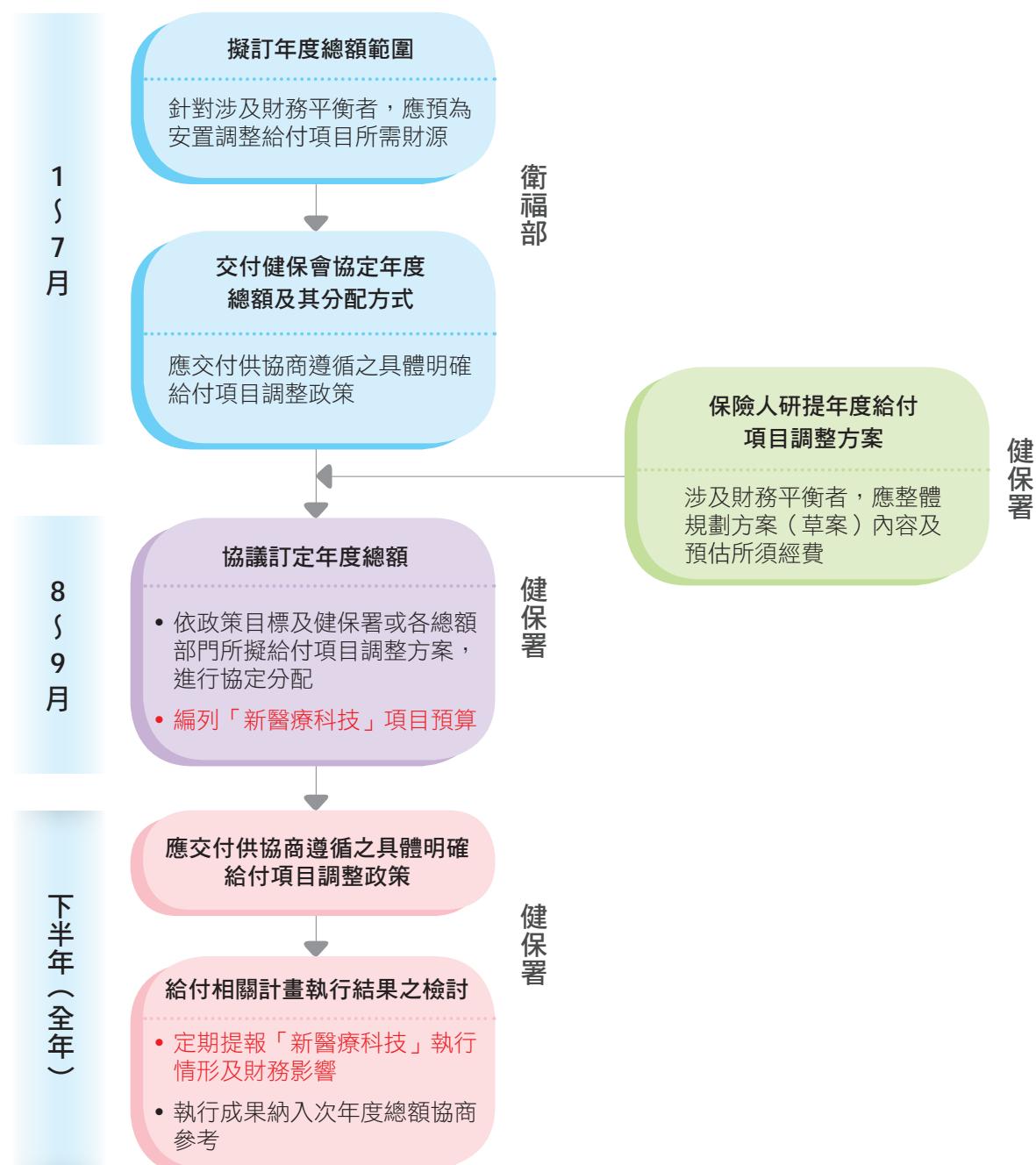


圖3-14 年度總額對給付項目調整之處理原則與流程

執行成果

一、引進具成本效益的新醫療科技

107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34.40億元及1.16億元。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項新增修醫療服務項目（如表3-11），包含檢查、放射線診療、治療處置、手術及麻醉費等類別，這些診療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，並提升病患就醫品質與安全。

以放射線診療項目「急性缺血性腦中風機械取栓術」（如圖3-15）為例，其係運用微創腦血管導管導引至血栓阻塞處後，用機械方式將動脈內之血栓移除，將

缺血性腦中風患者黃金搶救時間延長至6到8小時內，除可改善治療效果與預後，對減輕健保及後續長期照護的負擔，提升整體醫療品質亦有相當助益。

另，對於無法以心導管支架治療之嚴重心臟冠狀動脈疾病，其治療方式必須以外科手術為之，手術當中醫師必須依該病患狀況摘取身體其他部位血管作為新繞道血管之用，如腿部大隱靜脈、內乳動脈以及橈動脈等，考量臨床執行困難度及醫師辛勞，新增「冠狀動脈繞道手術—四條血管」、「冠狀動脈繞道手術—五條血管」及「冠狀動脈繞道手術—六條血管」等3項診療項目，以實際執行之血管數給付費用。此外，為監控病患術中意識狀況，降低手術中甦醒及麻醉使用過量等現象，依病患年齡修訂「麻醉深度監測（BIS）—>12歲」、「麻醉深度監測（BIS）—≤12歲」等2項麻醉費之支付規範。

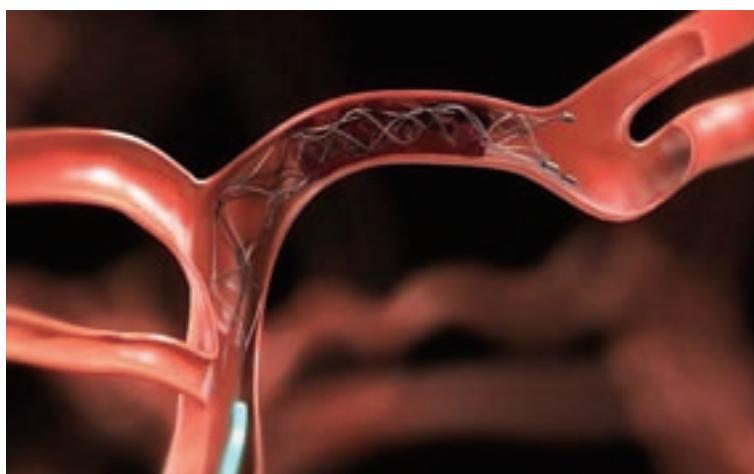


圖3-15 腦中風治療—動脈取栓術示意圖

（圖片來源：<https://goodins.life/hai/22777/minimally-invasive-surgery>）

表3-11 107年新增修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	6	類胰蛋白酶
		血小板抗體
		組織壞死因子 (TNF)
		免疫組織化學染色 (每一抗體)
		六分鐘步行測試
		頸性及眼性前庭誘發肌電位
放射線診療	2	急性缺血性腦中風機械取栓術
		內視鏡射頻消融術 (RFA)
治療處置	7	神經外科術中神經功能監測 (IONM) -Brain
		神經外科術中神經功能監測 (IONM) -Intradural Spinal Surgery
		神經外科術中神經功能監測 (IONM) -Scoliosis
		導管式膽胰管內視鏡術
		迷走神經刺激術 (VNS) —植入
		迷走神經刺激術 (VNS) —參數調整
		人工電子耳手術 (人工耳蝸植入術)
手術	5	有妊娠併發症之剖腹產術
		有妊娠併發症之陰道產
		冠狀動脈繞道手術—四條血管
		冠狀動脈繞道手術—五條血管
		冠狀動脈繞道手術—六條血管
麻醉費	2	麻醉深度監測 (BIS) —> 12 歲
		麻醉深度監測 (BIS) —≤ 12 歲

資料來源：衛福部公告及 107 年歷次健保署醫療服務共擬會議相關資料。

註：預算來源為 107 年度醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」。

另健保署也依據各部門總額之協定結果，增修訂下列診療項目及支付標準，使醫療院所獲得合理支付、提升民眾照護品質：

1. 配合分級醫療政策及民眾假日就醫權益，新增地區醫院週六、週日及國定假日門診案件加成支付規定，以鼓勵地區醫院假日開診。

- 為落實推動區域級（含以上）醫院門診減量措施，暫不實施醫院每日門診合理量，並刪除相關診療項目。
- 為提升重症護理照護品質，將「全日平均護病比」加成率，調整為2%~20%。
- 新增項目7項：包含中醫特定疾病門診加強照護處置費、鼓勵院所雙向轉診之診療項目。

5. 調升點數53項：包含中醫門診每日藥費、治療處置費（針灸、傷科、脫臼整復）；牙醫符合加強感染管制之牙科門診診察費、牙科放射線診療、牙科處置及手術；西醫檢查、治療處置（創傷、皮膚、一般處置）、加護病床護理費等診療項目。
6. 開放西醫基層診所跨表項目9項：包含檢查、治療處置、手術等診療項目。
7. 點數校正：配合106 年醫院總額調整急重症、偏鄉與地區醫院支付標準，校正論病例計酬包含一般外科、泌尿

科、眼科及耳鼻喉科診療項目共21項支付點數。

（二）新藥品

共納入34項新成分、新複方、新給藥途徑或新劑型之新藥（如表3-12）。其中屬突破創新（第1類）的藥品共4項；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12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18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。

表3-12 107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)	4	1	抗凝血劑
		1	心臟血管及腎臟藥物
		1	解毒劑
		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)	12	2	抗微生物劑
		3	抗癌瘤藥物
		2	免疫製劑
		1	代謝及營養劑
		1	呼吸道藥物
		1	血液治療藥物
		1	皮膚科製劑
		1	腸胃藥物
		2	神經系統藥物
		1	血液治療藥物
臨床價值與現行藥品相近 (第2B類)	18	3	免疫製劑
		4	激素及影響內分泌機轉藥物
		1	心臟血管及腎臟藥物
		1	代謝及營養劑
		1	抗精神病類藥物
		3	抗癌瘤藥物
		1	抗憂鬱劑
		1	酵素類藥物

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。

除持續引進新藥外，對於已給付藥品品項，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。107年共放寬22項藥品給付規定，包括治療癌症、口服C型肝炎藥品、腦性麻痺及糖尿病用藥、抗疱疹病毒劑等，期更符合病人需求、擴大照顧範圍，以提升民眾用藥權益。

（三）新特材

共納入71項新特材（如表3-13），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，包括心臟血管手術所需之心臟電生理導引貼片、微血管吻合系統、T分支型胸腹主動脈內支架、急救使用之低溫療法體溫調節機、拋棄式骨內注射針，膠囊型內視鏡攝影系統（診療項目於105年納入、特材則

於107年納入健保給付），以及胸腔科使用之漏斗胸矯正板等。

另屬功能改善特材共計40項，包括等待心臟移植用之長效型心室輔助系統（如圖3-16，每組價格高達約375萬），相較於健保前已給付之「短效型心室輔助器」，可降低血栓風險，延長等待心臟移植時間及病患生命，且可讓病患得以回家復健或工作。另尚有血管手術所使用之周邊血管支架（含生物活性表面肝素塗層）、經皮穿刺血管成形術導管、血管夾，髓關節置換相關組件，以及首例由自付差額特材改為全額給付之「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統（TiMesh）」，新列入自付差額之「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長度180mm以上）」及「全髓臼植入物—抗氧化高耐磨聚乙烯全髓臼內襯」為骨科方面之特材，提供臨床醫師更多治療選擇。

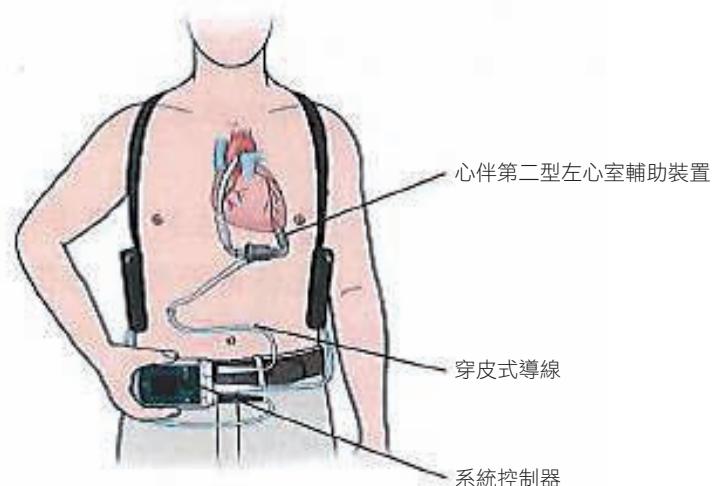
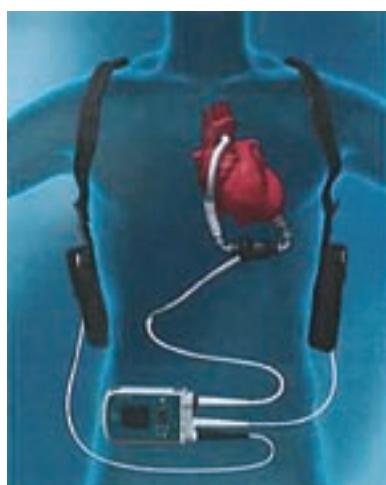


圖3-16 新特材示意圖（長效型心室輔助系統）

（圖片來源：索邏格心伴第二型左心室輔助系統之許可證仿單）

表3-13 107年新特材納入健保給付情形

類別	品項數	特材名稱及品項數	主用途
創新功能	31	6 心臟電生理導引貼片	心臟不整脈電燒之心臟三度空間立體定位貼片
		1 微血管吻合系統一套環	顯微外科手術動靜脈吻合
		1 T 分支型胸腹主動脈內支架	胸腹主動脈瘤修補治療
		1 環狀成形術環	修復心臟二尖瓣閉鎖不全或狹窄之人工瓣膜環
		1 骨外固定架	骨科
		1 骨金屬髓關節墊片（鉭金屬）	骨科
		10 體溫調節機及其附件（如溫毯墊、溫控傳遞墊等）	心臟停止之低溫療法
		1 拋棄式骨內注射針	急重症病童急救
		3 膠囊型內視鏡攝影系統	消化內科
		2 止血夾固定裝置組—結紮環	息肉切除術後止血
		1 男性尿道懸吊帶系統	男性應力性尿失禁
		2 漏斗胸矯正板	胸腔科
		1 吸藥輔助器	呼吸器用、氣切用
功能改善	17	3 長效型心室輔助系統	用於延長等待換心病患之生命用
		3 周邊血管支架（含生物活性表面肝素塗層）	周邊血管支架
		1 經皮穿刺血管成形術導管	用於股、髂及腎動脈之PTA治療
		2 血管夾	結紮血管或組織
		1 橫隔膜疝氣支撐物	橫隔膜疝氣手術用
		2 腫瘤／重建型人工關節系統—髓關節訂製型股小球	髓關節再置換
		5 人工髓臼組件系統：髓臼護架（Cage）及限制性內襯	用於髓關節置換之人工髓臼組件
功能改善 (原為自付差額改 列為全額給付)	17	17 客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統 (TiMesh)	顎、顱顏面外科重建手術
功能改善 (自付差額)	6	3 「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長 度180mm以上）」	骨科
		3 全髓臼植入物—抗氧化高耐磨聚乙 烯全髓臼內襯	髓關節置換

資料來源：健保署公告及107年歷次藥物共擬會議紀錄相關資料。

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11類自付差額特材，因其中1項已於107年12月起納入健保全額給付，爰目前健保給付中的自付差額特材共計10類，如表3-14。

表3-14 全民健保10類自付差額特材一覽表

序號	項目	實施時間	健保給付點數	備註
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	業訂定差額上限 105年1月1日（70百分位）
4	特殊材質人工髓關節			
	(1)陶瓷人工髓關節	96年1月1日	依類別： 35,195～70,099點	
	(2)金屬對金屬介面人工髓關節	97年5月1日～ 107年9月30日	依類別： 39,396～49,319點	因安全性問題，健保取消給付。 (107年10月1日起)
	(2)添加抗氧化劑之超高分子量聚乙烯全髓臼內襯	107年10月1日	4,018點	
5	特殊功能人工水晶體	96年10月1日	2,744點	業訂定差額上限 104年1月1日（90百分位） 105年1月1日（70百分位）
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～ 107年11月30日	26,239點	納入健保全額給付 (107年12月1日起)
9	治療心房顫動之冷凍消融導管	106年11月1日	70,200點	
10	鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長度180mm以上）	107年6月1日	19,036點	

備註：經健保會討論之自付差額特材品項為項次6～10（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6項，其中1項並於107年納入健保全額給付（如表3-15）。茲就107年自付差額特材改為全額給付之情形，健保署送請健保會討論之1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）健保自付差額特材納入全額給付之首例—

「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」自107年12月1日生效

本項特材前於健保會106年3月份委員會議（106.3.24）討論，決議為：「為減輕民眾負擔，先通過本案列為自付差額特材，惟依健保署提供資料，本案納入自付差額後之預估使用量占率達88%，已近常規使用，認為宜請健保署積極研議於107年納入全額給付之可能性。」

考量民眾需求之殷切，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，嗣後107年全民健保總額協定事項（106.12.28公告）正式編列本案由自付差額品項納入全額給付之預算為0.24億元。

經健保署審慎研議並經2次專家會議討論後，提至藥物給付項目及支付標準共擬會議（特材部分）第34次會議（107.9.28）討論。依健保署估算，納入健保全額給付之財務影響約0.66億元，原編列之0.24億元預算顯有不足，惟107年度醫院總額新特材預算6.1億元之尚未使用額度足供本案使用，遂於該次會議通過。健保署於107年11月12日公告本案特材之各廠牌品項自107年12月1日起納入健保全額給付。

本案特材原納入健保自付差額特材時，僅支付26,239點，納入全額給付後，依規格不同分別支付56,715、90,744、127,134點，預估每年約有800位病人可受惠。歷經本會及健保署自106年以來多次

會議的努力，尤其是納入107年度總額協定事項係為本案特材能如此迅速納入全額給付之關鍵點，委員除為納入自付差額之特材詳加把關，更針對民眾有高度需求之自付差額特材，極力爭取納入全額給付，以減輕病患負擔，降低傳統治療術後併發症的機率，並減少併發症發生之後續費用，使健保資源使用更為妥適。

依本會所制訂之「討論自付差額特材案之流程」，對於健保署擬新增為自付差額特材，已建立提會討論之完整機制，另納入後該署每年亦需提報檢討改善報告。嗣後本會仍將持續關注自付差額品項之執行情形，與健保署一同檢討及精進自付差額特材項目回歸健保全額給付之機制，持續為民眾使用權益把關。

(二) 107年健保署送請健保會討論自付差額特材案—「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長度180mm以上）」

該案提至1月份委員會議，依健保署所提資料（如附件），對股骨骨折範圍較大之病人，相較於健保已給付的近似功能類別特材「鈦合金伽瑪髓內釘組／長度170mm」（支付點數19,036點），本案特材之長度較長（為180mm以上），可減少病人採傳統方式治療時，須使用一般髓內釘再外加一般骨板固定之手術時間，可增加病人使用之方便性，惟其價格（自費醫材比價網，約6萬元至8萬4千元不等），較現有健保全額給付類似品高出3倍之多。

經討論後，委員考量本案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，並請健保署依法定程序陳報衛福部核定公告。



圖3-17 鈦合金加長型伽瑪髓內釘組

（圖片來源：鈦合金加長型伽瑪髓內釘組之許可證仿單）

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	103年第1次委員會議 (103.1.24) 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。	103年第2次委員會議 (103.2.21) 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。	103年第1次委員會議 (103.1.24) 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。 103第12次委員會議 (103.12.26) 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。	104第4次委員會議 (104.5.22) 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。 104第11次委員會議 (104.12.25) 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隊，多數委員爰不反對本案。	105.5.1
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。	103年第1次委員會議 (103.1.24) 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。 106年第2次委員會議 (106.3.24) 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。 註：本案特材業於107年度醫院總額新醫療科技項目中編列納入全額給付之24百萬元預算，並經健保署特材共擬會議第34次會議通過納入健保全額給付品項，健保署於107.11.12公告自107年12月1日起全額給付。	106.8.1～ 107.11.30 另業於 107.12.1 納入全額 給付

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（續）

申請品項	健保署同意理由	健保會討論結果	公告 生效日期
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性導管，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。	106年第4次委員會議（106.5.26） 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
6. 鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長度180mm以上） (用途：用於粗隆骨下骨折，股骨轉子合併骨幹骨折範圍較大之病人使用)	較健保已給付之近似功能類別特材，其長度較長，可減少病人採傳統方式治療時，須使用一般髓內釘再外加一般骨板固定之手術時間，可增加病人使用之方便性。	107年第1次委員會議（107.1.26） 本案經中央健康保險署評估，較目前健保全額給付品項，具有增加病人使用方便性之效果，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生福利部核定公告。	107.6.1

（三）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，106年實施的「治療心房顫動之冷凍消融導管裝置」，其

使用量由106年14.6%微幅上升至107年的16.8%；105年實施的「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」，由105年下半年的30.5%，於107年上升至35.4%；103年實施的「耐久性生物組織心臟瓣膜」，由104年的32.4%，於107年上升至42.4%；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79.8%，顯示病患對該特材具有高度需求性，健保署雖曾於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，惟內部尚未研議完成，後續將依研議結果，提至該署共擬會議討論。相關使用情形如表3-16～3-19。

表3-16 「治療心房顫動之冷凍消融導管裝置」利用情形（106.11.1納入）

項目	時間	106年(11-12月)		107年(1-10月)	
		數量	點數(億點)	數量	點數(億點)
自付差額—冷凍消融導管裝置(A)		46	0.03	276	0.19
健保給付電燒導管(B)		270	0.19	1,370	0.96
小計(A+B)		316	0.22	1,646	1.16
自付差額占率A／(A+B)		14.6%	14.6%	16.8%	16.8%

資料來源：健保會 107 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 「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	105年(5-12月)		106年		107年(1-10月)	
		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(A)		492	0.15	1,258	0.38	1,177	0.36
健保給付淺股動脈支架(B)		1,123	0.39	1,997	0.69	2,148	0.74
小計(A+B)		1,615	0.54	3,255	1.07	3,325	1.09
自付差額占率／(A+B)		30.5%	27.5%	38.6%	35.6%	35.4%	32.5%

資料來源：健保會 107 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 「調控式腦室腹腔引流系統」利用情形（104.6.1納入）

項目	時間	105年		106年		107年(1-10月)	
		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(A)		2,115	0.16	2,333	0.17	2,134	0.16
健保給付腦室腹腔引流系統(B)		755	0.05	735	0.06	539	0.04
小計(A+B)		2,870	0.21	3,068	0.23	2,673	0.20
自付差額占率／(A+B)		73.7%	73.6%	76.0%	76.0%	79.8%	79.8%

資料來源：健保會 107 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3-19 「耐久性生物組織心臟瓣膜」利用情形（103.6.1納入）

項目	時間	104 年		105 年		106 年		107 年 (1-10 月)	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額一耐久性生物組織心臟瓣膜（A）		798	35	943	0.41	1,079	0.47	892	0.39
健保給付心臟瓣膜（B）		1,668	75	1,627	0.73	1,496	0.67	1,212	0.55
小計（A+B）		2,466	110	2,570	1.14	2,575	1.15	2,104	0.94
自付差額占率 A / (A+B)		32.4%	31.7%	36.7%	35.9%	41.9%	41.1%	42.4%	41.4%

資料來源：健保會 107 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」，院所向民眾收取之自費價格，並可查詢各該特材之最高自付價格院所、最低自費價格院所及平均自費價格，促使價格之資訊透明化。

(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（含同儕占率）」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。

療服務給付項目及支付標準共擬會議通過及衛福部核定等程序，自106年10月1日起，共調整急重症支付項目1,716項，包含調升加護病床住院診察費、高危險妊娠住院診察費、急診診察費、急診觀察床之病房費及護理費、麻醉、外科手術、特定診療項目、複雜生產等，相關執行情形如表3-21。

健保會付費者委員基於關心重症照護品質，持續於107年度醫院總額中，要求醫療服務成本指數改變率所增加預算26.982億元，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」，健保署綜整相關專業團體建議，經醫療服務給付項目及支付標準共擬會議通過及衛福部核定等程序，自107年12月1日起將住院護理費之「全日平均加成率」調整為2%至20%（調整對照表如表3-22）。另為鼓勵醫院提升重症護理照護品質，各層級醫院加護病房護理費之支付點數亦自同日調升5%。

健保會並安排健保署於107年7月份委員會議報告106～107年支付標準調整情形，以利委員了解。

三、提升重症照護品質

為因應我國老年人口快速增加、急重症照護需求殷切，健保會在協商106年度醫院總額時，即將醫療服務成本指數改變率所增加預算89.67億元，敘明應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以60億元調整重症項目，期藉由支付標準之調整，合理反映急重症照護所需成本，並兼顧健保醫療資源合理使用。另，健保署配合衛福部「推動分級醫療、落實雙向轉診」政策目標，訂定推動分級醫療6大策略，其中策略之一即是調高醫院重症支付標準，以導引醫院減少輕症服務。

為顧及科別均衡發展，健保署與醫界進行多次會議討論後，彙整45個專科醫學會意見，經醫

表3-21 106年支付標準調整項目執行情形—重症60億元

類別	調整內容	項目數	財務影響	
			106.10～106.12	107.01～107.04
重症	基本 診療	調升住院診察費	4	3.72
		調升急診診察費	14	1.48
		提升、新增兒童專科醫師加成	16	1.62
	特定 診療	手術項目調升點數及通則調整	130	3.05
		調升麻醉項目點數	2	0.60
		手術項目兒童加成全面列為提升兒童加成	1,513	0.33
		調升生產支付標準 (DRG)	13	0.58
		調升治療處置、檢驗檢查點數	24	1.49
總計		1,716	12.88	16.85

資料來源：全民健康保險會 107 年 7 月 27 日委員會議專案報告資料。

表3-22 全日平均護病比加成率調整對照表

全日平均護病比範圍			加成率		
醫學中心	區域醫院	地區醫院	104 年 1 月至 106 年 4 月	106 年 5 月至 107 年 11 月	107 年 12 月起
8.5-8.9	11.5-11.9	14.5-14.9	9%	3%	2%
8.0-8.4	11.0-11.4	14.0-14.4	10%	6%	5%
7.5-7.9	10.5-10.9	13.5-13.9		9%	14%
7.0-7.4	10.0-10.4	13.0-13.4	11%	12%	17%
< 7.0	< 10.0	< 13.0		14%	20%

資料來源：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第一章第三節病房費通則。

附件

「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組（長度180mm以上）」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 ^(註 2)
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)	“史賽克”伽瑪三股骨固定系統－長釘組 (FBZ020311001)	鈦合金股骨固定系統 (FBNG13120NS9)
	許可證字號	衛署醫器輸字第 020311 號	衛署醫器輸字第 020311 號
	核准日期	98/11/11	98/11/11
	上市日期	102/6/5	99/4/1 (亦為納入健保全額給付之時間)
2. 特性	功能類別	骨科	骨科
	用途 (適應症)	1. 為伽瑪髓內釘之加長版，即釘桿加長。 2. 適用於股骨骨折範圍較大之股骨骨折，提供粗隆與近端骨幹骨折支撐之穩定。	1. <u>一般稱為伽瑪髓內釘</u> 。 2. 適用於股骨上、中段骨折，係提供粗隆與近端骨幹骨折支撐之穩定。 3. 傳統上如臨床遇到骨折碎裂範圍較大時，只能上下段分開處理，上段打伽瑪髓內釘，下端可能使用一般骨板。
	相對效果 (療效)	1. 研究顯示，對於股骨幹骨折合併近端股骨之骨折，使用加長型髓內釘，可加強骨頭固定的穩定性，使病人可提早行動，以減少併發症發生，提供長骨多重性骨折的另一選項。 <u>(健保署補充說明本段文字係引自 HTA 報告第 11 ~ 13 頁之 Cochrane Review[33]、2 項臨床試驗結果 [34、35] 及廠商所提供之總結)</u> 2. <u>可減少病人採傳統治療方式，即使用一般髓內釘外，須外加一般骨板固定之手術時間，可增加手術方便性。</u> (健保署補充說明，本段引自共同擬訂會議之結論)	
	相對風險 (安全性)	同相對效果 (療效)。	
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網 (附錄一) 中位數：71,910 (P2) 最大值：84,700 最小值：60,000 平均值：71,325	健保支付點數： <u>21,980 (P1)</u> (原 19,036) <u>註：更新版加計「一般骨板」2,944 點 (= 骨板 1,656 點 *1 + 骨釘 161 點 *8)。與 106 年 7 月共同擬訂會議通過之 19,036 點不同。</u>
	價格差距	價格倍數 (P2/P1) : <u>3.27</u> (原 3.78) 以中位數估算民眾自付差額額度 (P2 - P1) : <u>49,930</u> (原 52,874)	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度 (106) 總額之新特材預算：5.22 億點 <u>(註：107 年度新特材預算為 6.1 億點)</u> 提案前 (106 年預算) 已支用額度：1.25 億點	
	納入前後預估使用量	前 3 年之預估使用量 (自費)： 271 組 (103 年)、486 組 (104 年)、 707 組 (105 年) (自費碼申報量)	前 3 年之申報量： 1,682 組 (103 年)、2,306 組 (104 年)、 2,727 組 (105 年)

我國資料	項目	自付差額品項	健保全額給付品項 ^(註2)			
	4. 健保財務影響評估	<p>自付差額品項納入後預估3～5年之申報量：健保署估計前3年每年各約455組。</p> <p>註：</p> <p><u>1. 455組係依臨床專家建議，以相關診療項目醫令申報數量之2%預估（註：$22,790 * 2\% = 455$）</u></p> <p><u>2. 105年自費申報量達707組，評估可能原因為自費市場並無給付規定之限制，惟後續若納入健保自付差額品項，在訂有給付規定下，可能會限縮使用量。</u></p>	<p>自付差額品項納入後預估3～5年之申報量：<u>健保署估計未來1～3年各為2,105組、1,650組及1,195組。</u></p> <p>註：</p> <p><u>以上申報量為伽瑪髓內釘之申報量，署表示無法估算「伽瑪髓內釘+一般骨板」之數量。</u></p>			
	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：每年約866萬點。				
	5. 同意納入自付差額特材之理由 (參考 ^{註3} 填列)	<p>(1) 同意納入自付差額特材之理由：可增加病人使用方便性。</p> <p>(2) 摘述共同擬訂會議之結論（紀錄如附錄二）：本產品可減少病人採傳統方式治療時需使用一般髓內釘再外加一般骨板固定之手術時間。</p> <p>(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）：有關相對療效及相對風險之研究結果，同上「2. 特性」之說明。即加長型髓內釘可加強骨頭固定的穩定性，使病人提早行動，減少併發症發生，可提供長骨多重性骨折的另一選擇。</p>				
他國資料 (註4)	項目	自付差額品項				
	1. 基本資料	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價／市價	
		日本	104年	是	健保支付價 60,216（台幣）	
		美國			查無資料	
		韓國				
		澳洲				
	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 ^(註5)	國家：日本 價格倍數範圍：5.7倍				

說明：字體加黑、劃底線，為請健保署補充說明後更新部分。

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 (2) 提供我國醫療科技評估（HTA）報告	V 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 (2) 未有「因病情需要，一定須使用本自付差額特材品項」者	V 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。

107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107年度加強推動之重點業務，包括C型肝炎全口服新藥執行情形、罕見疾病、血友病與後天免疫缺乏病毒治療執行情形、分級醫療配套措施之執行情形、醫療資訊雲端查詢系統之推展情形等議題，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、業務參訪活動暨共識營

為利委員實地瞭解健保業務之推動狀況及面臨困難，於107年3月份委員會議併同安排業務參訪活動暨共識營（107年3月22～23日）：

（一）業務參訪活動

1. 參訪業務主題：全民健康保險居家醫療照護整合計畫之執行情形。
2. 參訪對象：擇健保署臺北業務組轄下的臺大醫院金山分院，及居家醫療照護個案。
3. 參與人員：委員（含代理人）計27位參加，相關參與單位尚包括衛福部社保司、健保署、健保署臺北業務組暨轄下受訪醫院代表等。
4. 綜合參訪活動委員所提本次參訪的主題，可看出醫療機構的用心與努力，值得持續給予支持與鼓勵，對於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。

（二）共識營

1. 參與人員：委員（含代理人）計28位參加。
2. 針對2項議題進行討論，獲致重要結論如下：
 - (1) 針對「增進議事效率」達成之共識事項：
 - A. 「確認會議紀錄」僅能就文字提出修正建議，不能涉及實質內容討論，或與紀錄無關的發言，且會議紀錄於下次委員會議確認前，均早已函送委員參閱在案，若委員有任何修正意見，請即早於會前向幕僚反映處理。

- B.「委員會議決議（定）事項追蹤」之辦理情形，幕僚僅就解除追蹤的案件進行說明，不需說明繼續追蹤的案件，以節省會議時間，除非委員認為有需要另行補充說明的案件。
- C.關於議程安排授權主委及幕僚，排定原則係依目前作法，將「討論事項」提至「報告事項」之前，僅健保署按季（1、4、7、10月）進行業務執行口頭報告時，將其提至「討論事項」之前。若委員認為某些議案具急迫及重要性，可於會議前10日向幕僚反映，作為排入議程之參考。在委員會議之議程確認時，則以遵照議程安排進行為原則。
- D.委員發言時間以3分鐘為限，請幕僚按鈴提醒，逾時則每分鐘響鈴1次。單一議案每位委員發言以3次為限，超過3次者，原則上主席將不再請其發言，敦請其改以書面方式提供意見，除非沒有其他委員發言且獲得在場委員同意，方可進行第3次以上的發言。委員發言離題、與議案本質不符或涉及人身攻擊，主席可適時提醒、制止。委員意見若相同，請儘量避免重複發言，可表明意見與某某委員相同，或僅就不同見解、需補充的部分論述，以節省時效。
- (2)建請健保署日後對外發布與健保會法定任務有關之新聞前，最好能於健保會報告或討論後，再對外發布；若與



健保會任務無關，則請健保署整理重點，俾供委員了解，並可適時對關心的民眾說明。

(3) 106年共識營中所提總額協商作業相關建議，幕僚都已落實辦理，107年應思考如何強化協商的效率與效果，可於協商前多交換意見，以減少協商會議的時間壓力，希望今年有更好的協商結果。有關林委員錫維提出「請

健保署跟衛福部應該取得共識、提出建議預算額度」之意見，將轉請衛福部參考。

(4) 在總額協商會議前充分的討論，確實很重要，107年請幕僚在總額協商會議之前，為付費者代表安排內部溝通會議，屆時也邀請專家學者一起參與，以協助付費者代表了解總額協商項目的內涵。

表3-23 健保會107年第2次委員會議暨共識營、業務參訪活動行程表

107年3月22日（星期四）第一天		
時間	內容	地點
～09:30	集合	衛生福利部
09:30～10:30	衛生福利部→臺大醫院金山分院	
	參訪主題：全民健康保險居家醫療照護整合計畫之執行情形	
10:30～10:55	臺大醫院金山分院→照護個案	
10:55～11:55	分組實地參訪—居家醫療照護個案（居家醫療、重度居家、安寧療護）	
11:55～12:20	照護個案→臺大醫院金山分院	
12:20～13:20	午餐	臺大醫院 金山分院
13:20～13:50	健保署簡報	
13:50～14:20	臺大醫院金山分院簡報	
14:20～15:00	綜合討論	
15:00～15:30	實地參訪—臺大醫院金山分院	
15:30～16:00	臺大醫院金山分院→翡翠灣福華渡假飯店	
16:00～17:30	健保會共識營 I	
17:30～18:00	辦理入住	
18:00～20:00	健保會共識營 II、晚餐	新北市萬里區翡翠路17號
20:00～	住宿	

表3-23 健保會107年第2次委員會議暨共識營、業務參訪活動行程表（續）

107年3月23日（星期五）第二天		
時間	內容	地點
~ 09:30	早餐	
09:30 ~ 12:30	健保會 107 年第 2 次委員會議	新北市萬里區翡翠路 17 號
12:30 ~ 14:00	午餐	
14:00 ~ 15:30	金山社區環境參訪	
15:30 ~ 16:30	新北市金山區→衛生福利部	
16:30 ~	賦歸	

二、重要議題之專案監理

107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107年度重要議題之專案監理事項說明如下：

表3-24 107年重要監理議題專題報告一覽表

主題	時程
1. 專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果報告	4 月
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	5 月
3. 投保金額高薪低報查核及成效報告	5 月
4. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5 月
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
6. 全民健康保險業務監理指標修訂案之討論	6 月
7. 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
8. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6 月
9. 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

（一）保全健保債權，要求積極追繳欠費

100年1月26日修正公布之健保法第27條及第28條，自101年7月1日施行，自此，原地方政府應負擔健保費補助款，統一改由中央政府負擔，其於修正條文施行前，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，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。

健保會委員本於監理職責，於歷屆委員會議中多次針對欠費提出意見，關切直轄市欠費還款進度、有無加計利息、有無移送強制執行或查封土地以保全債權，及還款期間是否超過健保法規定的8年期限等議題；其中最受關切為北高二市還款進度，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在106至110年分年償還，並請健保署依法辦理及加強與相關單位溝通，在直轄市健保欠費完全償還前，請健保署於每月的業務執行報告提供書面說明。

至近年直轄市欠費還款情形，新北市政府已於104年1月全數清償健保欠費，台北市政府之健保欠費亦於107年9月償還完畢。截至107年11月底，僅高雄市政府尚有101年度以前健保費補助款欠費86.81億元。

（二）C型肝炎全口服新藥執行情形

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」，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，並自106年起將C型肝炎全口服新藥納入健保給付。

為使更多C型肝炎病人能夠盡早接受全口服抗病毒新藥的治療，並達到衛福部2025年全面根除C型肝炎的目標，健保會於107年度健保總額增編預算，以專款專用方式編列50.36億元（較106年的30.01億元，增加20.35億元）。由於資源有限，無法一次照顧到所有C型肝炎病患，因此健保署先就107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，將有限資源做最適分配並達成最佳效益。截至12月底止，接受C型肝炎全口服新藥治療總人數為29,000人，完成療程後第12週「檢測不到病毒量」的比率達97%，顯示C型肝炎新藥治療成效卓著。

為擴大照護對象，健保會於107年9月協商108年度總額時，將C型肝炎治療費用增編至51.66億元，經衛福部加碼13.7億元，108年共計65.36億元，並自108年1月起，給付條件不再設限，換言之，病人只要確認感染慢性C型肝炎，不論有無肝纖維化，均可成為給藥對象。但也因為C型肝炎全口服新藥之治療必須進行多次肝炎病毒量檢測，若以108年預估治療個案4萬名計算，相關檢查（驗）須額外增加2.64～3.62億元。

醫界代表委員擔憂擴大C型肝炎全口服新藥治療對象所衍生的檢驗（查）費用，會排擠醫院及西醫基層其他服務的

使用，乃於107年12月份委員會議提案，表示該項費用並未納入108年度醫院總額（或西醫基層總額）估算，為避免影響現行已談定之一般服務預算，擴大C型肝炎治療所產生之相關檢查（驗）費用，應併入C型肝炎之專款專用費用中支應，或另由公務預算支應。

針對上述醫界委員的訴求，健保署認為總額協定之專款項目名稱為「C型肝炎藥費」，係支付C型肝炎治療藥品費用，而非檢驗費用，故不宜用於支付檢驗相關費用。此外，罹患C型肝炎有較高風險演變成肝硬化或肝癌，若能經由藥物治療，可減少失代償性肝硬化或肝癌等C型肝炎相關併發症發生，經整體效益評估，自2017年至2025年因接受C型肝炎藥物治療所累積節省之C型肝炎相關併發症醫療費用效益，已可涵蓋檢驗費用支出。

付費者委員表示，醫界於協商108年度總額預算時，並未提出將C型肝炎檢驗費用併入專款支付，卻在協商完成公告後才提出疑義，故無法同意由專款費用支應檢驗費用。因該案之訴求未獲得付費者委員的支持，無法達成共識，主席乃決議：不同意提案委員所提之「C型肝炎相關檢查檢驗併入專款專用預算支應」，醫院、西醫基層總額之「C型肝炎藥費」及其他預算之「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」，仍依總額協（核）定事項辦理，請健保署持續監控C型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所

產生之相關檢查（驗）費用及其對點值可能的影響，並請幕僚於108年度工作計畫安排專案報告，以利委員了解。

（三）罕見疾病、血友病與後天免疫缺乏病毒治療執行情形

基於社會風險共同分擔的理念，全民健保自開辦以來，對於罕見疾病及血友病患者有著更多的考量與關懷，在健保資源的分配上，更自94年起於醫院總額編列罕見疾病及血友病的藥費專款，以專款專用方式保障病友的用藥權益。健保會委員發現健保署統計資料顯示，曾有單一血友病患個案1年的醫療費用高達8千多萬元，個別罕見疾病患者亦有超過3千多萬元的現象，基於健保會監理健保業務的權責，且在兼顧這些病患權益及有限醫療資源合理配置之考量下，乃安排健保署於107年6月份委員會議進行「罕見疾病、血友病與後天免疫缺乏病毒治療藥費之合理性分析」專案報告，執行情形如下：

1. 罕見疾病用藥情形

罕見疾病病人數從102年的6,783人，至106年已成長至8,351人，成長率為23.1%（較105年成長率為3.9%），藥費支出從102年的30.4億元，至106年已成長至53.6億元，成長率為76.3%（較105年成長率為16.8%），平均每人藥費從102年的44.7萬元，至106年已成長至64.1萬元，成長率為43.4%（較105年成長率為12.4%）。鑑於病患人數與藥費持續成長，健保署除持續對高單價罕見

疾病用藥（如黏多醣症酵素替代療法藥品），研擬退場機制及停藥原則外、並對未於3年內取得藥物許可證或主管機關認定安全及療效無虞之證明文件者，取消給付（如僅取得美國或歐盟上市許可者，不在此限，得逐年調降其支付價格5%），並每2年檢討調整罕見疾病藥品之支付價格（已於107年進行藥價檢討作業），及增修其用藥給付規定，期能合理管控藥費。

2. 血友病用藥情形

106年血友病病人數為899人（較105年成長率為-0.8%）、藥費支出34.2億元（較105年成長率為-1.5%）、平均每人藥費從102年的424.0萬元，至106年已大幅降至380.8萬元，成長率為-10.2%（較105年成長率為-0.8%），顯見健保署的控管已有初步成效。經健保署實施諸多管控與個案輔導措施，例如：凝血因子高額藥費個案專業審查、定期偵測門診凝血因子藥費前30名個案跨院就醫情形、雲端藥歷查詢個案特定凝血因子用藥情形、加強輔導個案固定就醫與正確用藥等，及持續修訂凝血因子用藥給付規定及審查注意事項，已經促使藥費成長速度趨緩或呈現負成長。

3. 後天免疫缺乏病毒治療藥費情形

106年起配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修正，首次將人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥2年後的藥費納入健保給付，編列

專款預算約35億元，該年度患者人數計19,109人、藥費25.04億元、平均每人藥費13.1萬元，後續趨勢尚須密切注意。委員們憂心未來上述藥費的成長，會形成健保財務的負擔。因此，要求健保署要更積極透過輔導個案固定就醫、正確用藥、定期檢討藥價及強化審查等方式，監測相關費用的使用狀況；另對於後天免疫缺乏病毒患者之治療藥費原本都由政府編列公務預算支應，現卻將確診開始服藥呈穩定期個案之藥費轉由全民健保支出，表示難以認同，為避免後續應由公務預算支應之費用改由健保給付之情形再次發生，委員會決議請健保署未來務必審慎把關，以維護健保之穩定運作。

（四）分級醫療配套措施之執行情形

為配合衛福部推動分級醫療政策，落實「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」及「提升基層醫療服務量能」策略，健保會於協商106年度健保總額時，將「106年醫學中心與區域級醫院初級照護案件數超過105年90%部分不予分配」列入協定事項。107年起並配合衛福部交議之「建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療」政策方向，持續編列總額預算並列入相關協定事項，包括：區域級以上醫院門診減量、調高醫院重症支付標準、持續放寬基層跨表項目、鼓勵病人雙向轉診，同時大幅增編「家庭醫師整合性照護計畫」專款預算，期透過各層級醫

療院所分工，發揮不同任務與角色功能，使病人得到適切的醫療照護。

健保會委員十分關切分級醫療政策之落實情形，乃透過提案討論，並請健保署定期提供資料，茲就委員監理情形，分述如下：

1. 區域級（含）以上醫院門診減量措施之執行成效

(1) 106年醫學中心與區域醫院初級照護案件數超過105年90%不予分配」

健保會委員於106年8月份委員會議起，即持續追蹤本項協定事項的辦理情形。因為初級照護定義及編碼規則需時間釐清，健保署於107年7月份委員會議報告，其歷經8次會議討論，終於在106年10月確定編碼指引後開始執行，故執行期間為106年11月至12月，經統計有11家醫院件數未達標，核扣點數約11.32百萬點。由於執行期間僅2個月，健保會委員對執行結果仍有疑慮，希望健保署能從健保大數據分析醫院是否有改變編碼情形，並落實查核初級照護案件。委員持續關切大型醫院降低初級照護之執行狀況，健保會乃將「初級照護減少之策略與執行現況」列入107年醫院總額評核重點項目，評核報告顯示各層級醫院的初級照護率均下降，評核委員建議，因改變民眾醫療行為非常困難，宜留意是否造成醫療院所Upcoding（編碼高報）問題並進行

檢討。為此，健保署委託成功大學協助研究分析，並於健保會12月份委員會議報告研究結果顯示：「醫院並無以電腦系統性更改編碼之行為，但診斷碼有許多醫院出現移動、刪除或取代等做法」。為利門診診斷正確編碼，健保署已於106年10月完成研議並公告「全民健康保險門診醫療費用申報診斷碼編碼指引」，健保會亦將「區域級以上醫院初級門診照護率」列入監理指標定期提報，持續關心醫院初級照護之變化情形。

(2) 「107年區域級（含）以上醫院門診件數超過106年98%不予分配」

衛福部為落實分級醫療，持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，107年度醫院總額核定事項中明定：「107年區域級（含）以上醫院門診件數降低2%，即不超過106年98%，超過部分不予分配，並以5年降低10%為目標值」。為界定門診件數之範圍，健保署多次與醫界開會商討，決定實施初期先排除重大疾病、罕病、偏遠、急診及轉診等不適合納入減量範圍的案件，並自107年第3季開始執行。

健保會委員為確保執行成效，於7月份委員會議提案，建議健保署應規劃監測項目，分析費用結構及價量變化等資料，定期向健保會報告，並將結果回饋醫院。會議決議：「請健保署

將委員建議提供資料，納入全民健保業務執行季報告之例行提報項目，以利委員了解推動區域級（含）以上醫院門診減量措施之執行成效」。

依健保署於10月份委員會議業務執行季報告，107年7～9月相關執行

情形，符合降低2%範圍之整體門診件數，較去年同期下降3.3%，其中醫學中心下降2.8%，區域醫院下降3.6%。符合門診件數降低2%之醫學中心共13家（占68%），區域醫院達標者共57家（占80%）。

單位：百萬件，%

層級別	家數	總件數			符合範圍件數		
		106年	107年	成長率	106年	107年	成長率
醫學中心	19	6.79	6.74	-0.8	4.50	4.37	-2.8
區域醫院	71	9.20	8.95	-2.7	6.83	6.59	-3.6
合計	90	15.99	15.69	-1.9	11.33	10.96	-3.3

資料來源：健保署

註：已排除不納入之院所（106年門診件數占率 $\leq 0.5\%$ ）。

2. 提升基層醫療服務量能之推動情形

（1）「放寬基層執行跨表項目」

提升基層醫療服務量能為落實分級醫療重要的一環，為擴大診所服務範疇，健保會自協商106年度總額起，於西醫基層總額大幅增編「開放表別」專款，逐年、逐項導入適宜在基層院所執行的檢查、檢驗或處置項目，讓民眾不會因為某些檢查（檢驗）或處置僅能在醫院執行，而無法到基層診所就醫。

依106年評核會議評核委員建議，開放表別可擴增基層院所服務民眾的深度及廣度，惟開放項目及執行仍有檢

討空間。健保會委員乃於107年9月4日召開之「108年度健保總額協商座談會」，請健保署提供106、107年西醫基層跨表項目之醫療利用情形，並說明部分項目利用不高的原因。依健保署提報資料，106年已開放25項（如心臟超音波、流行性感冒病毒抗原、細菌培養等），107年開放9項（如陰道式超音波及局部皮瓣手術等）跨表項目，未來仍將持續檢視開放表別項目於基層執行的適切性，並與中華民國醫師公會全國聯合會（下稱醫全會）研議，逐步開放普遍性較高且重要性之服務項目。

健保會於107年9月協商108年度總額時，除持續增編開放表別專款外，並要求健保署及醫全會於108年6月底前分別提出「民眾利用情形及改善方向」及「開放表別項目之中長程規劃」專案報告，以持續監督政策落實情形。

(2)「擴大家庭醫師整合性照護計畫」
(下稱家醫計畫)

為擴大社區醫療群服務量能與品質，健保會於協商106年～108年度總額時，逐年大幅增編家醫計畫專款。健保署也努力擴大參與的醫療群數及收案對象，截至107年參與醫療群已達567群，收案會員數計473萬餘人。107年為提升醫療群的照護能力，健保署修訂計畫內容，包括：強化24小時接聽人員專業能力、要求診所與合作醫院訂定照護機制、提供主動電訪（call out）服務，及新增個案管理人員等措施。

依107年度評核會議評核委員意見，擴大家醫群並投入更多資源是好的起步，但建議加強執行面監督，並期許家醫群能主動承擔在分級醫療中的角色與責任，做到「以病人為中心」的合作醫療。健保會委員考量該計畫若能提供以病人為中心的服務，並廣為推廣，將使民眾對基層醫療更具信心，改變就醫行為，有助於分級醫療的落實，於是協商108年度總額時，

除了持續增編計畫預算，並要求健保署落實以病人為中心的照護，加強執行面監督，提出監測指標及具體執行成效，於108年6月底前提出專案報告，以持續監督計畫推動情形。

3. 各層級醫院轉診及就醫次數占率變動情形

健保會委員希望藉由推動分級醫療，改善民眾集中至大型醫院看診及醫事人員工作過勞的現象，並期望基層院所擔負第一線照護病人的角色，因此，屢屢於委員會議表達關心分級醫療的實施成效。依據健保署提報本會的業務執行季報告，及定期公開之「分級醫療整體成效追蹤資料」顯示，107年轉診案件及各層級院所門診件數，有小幅進步，說明如下：

(1)各層級醫院轉診案件均較去年同期增加

107年1～11月轉診就醫案件2,642千件，高於去年同期2,238千件。其中醫學中心轉診件數1,103千件，占該層級就醫件數比率3.66%（去年同期為2.99%）；區域醫院轉診件數1,206千件，占該層級就醫件數比率2.84%（去年同期為2.47%）；地區醫院轉診件數304千件，占該層級就醫件數比率1.05%（去年同期為0.92%）。

(2)區域級以上醫院就醫次數占率微幅降低，地區醫院及基層診所微幅上升

107年1～11月總就醫次數之各層級占率變化情形，醫學中心從11.12%減少至10.73%，區域醫院從15.43%降至15.12%；地區醫院占率由10.12%增加至10.30%；基層診所占率由63.33%增加至63.85%。

考量民眾就醫習慣非短時間可以改變，而各層級醫療院所跨院合作亦需要時間經營及扎根，健保會仍將持續關注分級醫療各項策略之執行情形及成效，以利制度之檢討及醫療體系之健全發展。

（五）醫療資訊雲端查詢系統之推展情形

為鼓勵醫療院所即時查詢病患於不同院所間的醫療資訊，以確保就醫安全及避免重複醫療，自103年度起，健保會每年於協商總額預算時，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。健保署在執行上，以「健保雲端藥歷系統」為基礎，105年擴大其功能為「健保醫療資訊雲端查詢系統」，106年起提供醫師可查詢病人用藥、檢查檢驗結果、手術、出院病歷摘要等11大類就醫資訊。107年總額持續編列本項專款11億元，用於鼓勵醫事服務機構提升網路頻寬，及獎勵醫療資訊即時上傳與查詢，協定事項明定：「加強醫事服務機構即時查詢之執行率，及增加網路頻寬」，並於107年7月底前提報執行情形。依據健保署提報委員會議的資料，107年推動重點如下：

1. 新增檢查影像雲端共享，減少不必要的檢查：為減少重複醫療浪費及民眾

放射線過度暴露之風險，自107年1月起，新增電腦斷層（CT）、磁振造影（MRI）、超音波、鏡檢（胃鏡、大腸鏡）、X光等36項之醫療影像收載與共享，醫療院所可以透過此系統調閱影像及報告內容，提升病患就醫品質及方便性。

2. 增加網路頻寬，提升網路速度：增訂醫院層級有傳送醫療檢查影像者，得選擇頻寬較大之企業型光纖，基層診所及交付機構得選擇頻寬較大之企業型或專案型光纖，以增進影像品質及加快影像讀取速度。

健保會委員除關心雲端查詢系統之推動情形外，於4月份委員會議，及9月4日「108年度健保總額協商委員座談會」時，亦關注減少重複用藥及檢查等成效，及所產生的節流金額及運用於總額之情形，並請健保署提供資料，供健保會協商參考。依據健保署提報委員會議的資料，107年執行成效如下：

1. 107年1～11月各層級醫事機構查詢率：醫院（100%）、西醫基層診所（97%）、中醫診所（67%）、牙醫診所（92%）、藥局（93%）。
2. 病人數查詢比率：逐季成長，107年第2季為83%，107年1～11月，總查詢病人人次約7.3億人次，查詢率已達85.7%。
3. 雲端藥歷節省情形：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，103～106年推估之節省經費約3.4億元，平均1年節省8,500萬元。

4. 檢驗檢查：30日內再檢查率，106年7～12月及107年1～7月成長率皆呈現下降，腹部超音波（0.52%、-0.32%）、CT（-0.38%、-0.04%）、MRI（-0.15%、-0.02%）。106年12月～107年11月CT、MRI、超音波、鏡檢、X光片共上傳1,364萬件，平均每日上傳3.7萬件，跨院調閱率約56%，其中CT、MRI每月約節省3,500萬點費用支出。

健保會委員對健保署持續擴大「健保醫療資訊雲端查詢系統」功能，利用醫療院所資訊分享機制，推動醫療院所垂直整合，增進醫療效率及提升民眾就醫安全性，認為十分值得持續鼓勵。考量該系統已推行多年，健保總額也投入不少預算鼓勵，未來健保會將持續關注其執行效益，於協商年度總額預算時一併納入考量，以逐步將節流成效合理反映於總額支出，使醫療資源更有效率的運用。

三、健保財務監理

健保署依據健保法施行細則第3條規定，分別於107年3月份及4月份委員會議，提送「106年度全民健康保險基金附屬單位決算」、「108年度全民健康保險基金附屬單位預算」備查案，以利健保會監理健保財務收支之運作。就所送預決算案、幕僚研析意見與委員建議摘述如下：

（一）106年度決算之監理

1. 106年度全民健康保險基金決算重點：

(1) 保險收支：106年度保險收入為5,904.40億元（成長率0.60%）；保險成本為5,992.51億元（成長率5.44%），保險收支短绌88.11億元¹。

(2) 安全準備：106年度保險收支短绌88.11億元，依法收回安全準備填補，收回後安全準備累計餘額為2,386.17億元，約當4.78個月保險給付。

(3) 自102年起施行二代健保以來，受增加收取補充保險費及政府應負擔健保總經費法定下限比率調整至36%之影響，102～105年健保財務皆為結餘，惟受健保收支結構性問題（保險收入成長率低於保險成本成長率）影響，106年度開始出現保險收支短绌。

2. 幕僚研析意見與委員所提建議

健保財務新制實施第5年，其實際執行結果優於健保署於本會106年11月份委員會議提出之財務收支概估，惟維持現行費率下，106年度後財務狀況將持續出現短绌。

健保署為抑制健保醫療資源浪費，在106年度持續強化多項節流措施，期許未來能將具體效益反映於成本面，減緩保險成本之成長趨勢，以延後費率調整時間。

¹ 健保署106年3月提送健保會之決算數後經審計部審定為短绌98.4億元。

由於健保總經費法定下限36%不足數之計算方式，將影響年度決算金額，委員在3月份委員會議，針對本案持續提出相關詢問，主席乃裁示「有關『106年度全民健康保險基金附屬單位決算報告』備查案，因委員所提意見尚待釐清，保留至下次委員會議續議，並請幕僚召開會前討論會。請中央健康保險署於討論會前，就委員所提疑慮提供相關說明資料，送請李委員永振協助檢視，倘有不足，再請中央健康保險署補充」。

健保會依前項裁示，後續洽請相關單位提供說明資料，俟李委員協助檢視後，於107年4月16日召開「106年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會，雖經雙方充分溝通，惟委員認為健保總經費法定下限36%計算方式仍有諸多疑義未獲釐清，包括計算方式相關法規條文的解釋，施行細則第45條有牴觸母法之疑慮等，爰達成不予備查之共識。

107年第3次委員會議（107.4.27），「106年度全民健康保險基金決算」暨前揭會議結論，併同「108年度全民健康保險基金預算」再次提會備查，委員認為36%計算方式尚有諸多適法性疑義，會中決定不予備查，委員意見均送請衛福部參考，包括針對前揭疑義提出具體的修法期程等建議。

（二）108年度預算之監理

1. 108年度全民健康保險基金預算重點：

(1) 保險收支：108年度編列保險收入為6,167.01億元（成長率4.68%），保險成本6,708.61億元（成長率4.38%），保險收支預估短绌541.59億元。

(2) 安全準備：依據健保署提供之「108年底安全準備餘額推估表」，107年底安全準備餘額為2,135.11億元，加計108年度保險收支短绌數541.59億元後，108年底安全準備餘額為1,593.52億元，約當2.87個月保險給付（依據健保署最新財務預估，附表3-26）。

2. 幕僚研析意見與委員所提建議

健保安全準備於108年尚稱足夠，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，預計至110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研議合理之資源配置及財務平衡方案。

107年第3次委員會議（107.4.27），針對「108年度全民健康保險基金預算」，併同再次提會之「106年度全民健康保險基金決算」，委員認為36%計算方式尚有諸多適法性疑義，會中決定不予備查，委員意見均送請衛福部參考，包括針對前揭疑義提出具體的修法期程等建議。

表3-25 全民健康保險基金
108年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科目	預算數
保險收入	616,701,156
保費收入	601,710,087
依法分配收入	12,779,836
利息收入	1,239,572
收回呆帳	944,900
雜項收入	26,761
保險成本	670,860,642
保險給付	666,705,955
呆帳	3,900,157
業務費用	253,228
雜項費用	1,302
未結轉安全準備前保險收支短绌	-54,159,486
安全準備餘額推估：	
106 年底安全準備餘額（自編決算）	238,617,489
107 年度預估保險收支短绌（依據財務組健保財務預估）	-25,106,460
107 年底安全準備餘額	213,511,029
108 年度預算保險收支短绌	-54,159,486
108 年底安全準備餘額（約保險給付 2.87 個月）	159,351,543

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，詳附錄八）。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（104～106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104年起呈略降趨勢。

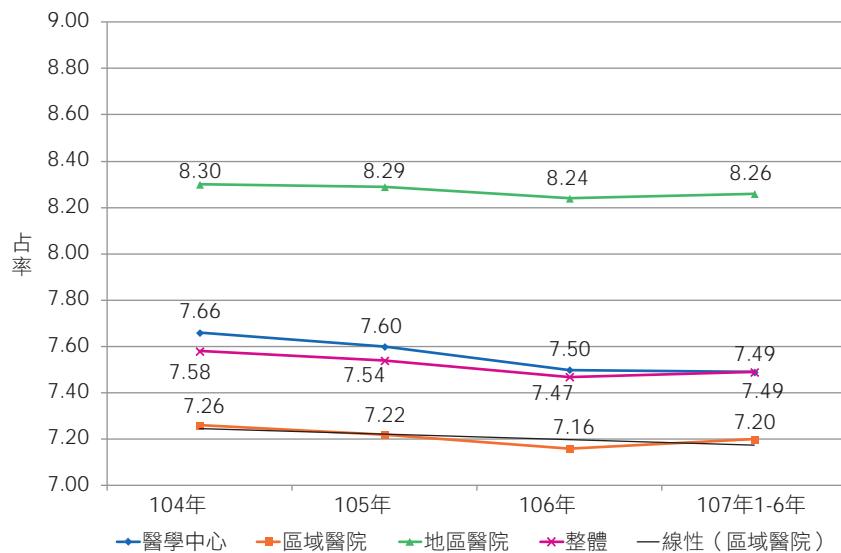


圖3-18 急性病床平均住院天數（整體及各層級）



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）」，106年醫院各層級的急診總件數、急診留置超過24小時總件數均較105年下降，惟107年上半年起除地區醫院之急診病人留置急診室超過24小時比率略增，宜持續關注。

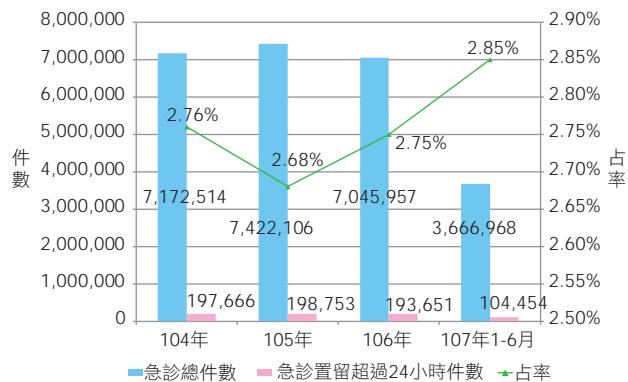


圖3-19 急診病人留置急診室超過24小時比率（整體）

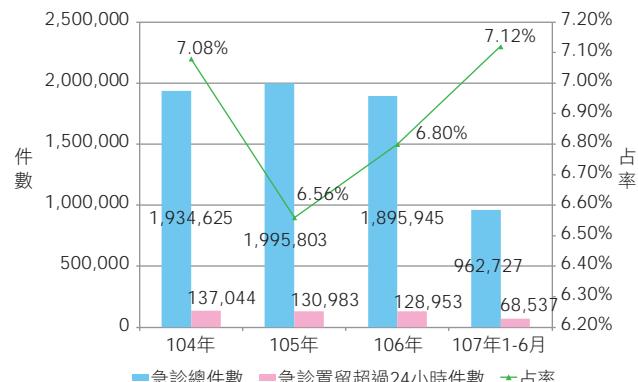


圖3-20 急診病人留置急診室超過24小時比率（醫學中心）



圖3-21 急診病人留置急診室超過24小時比率（區域醫院）

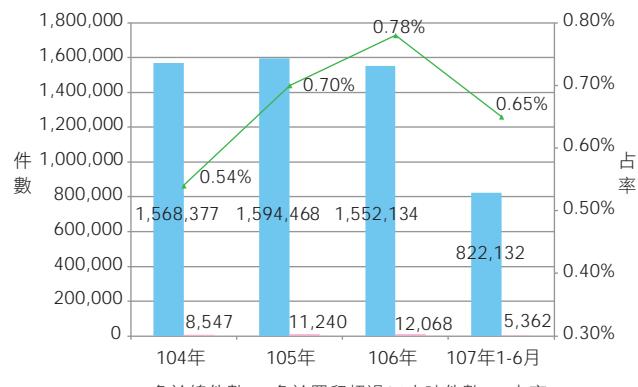


圖3-22 急診病人留置急診室超過24小時比率（地區醫院）

3. 「指標1.3癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數」，資料顯示近3（104~106）年逐年緩慢成長，106年為19,655.62百萬點，較105年成長3.30%，106年平均每人醫療費用約41.2萬點，較105年成長2.73%。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，約相差12萬點。委員關注曾接受安寧療護之癌症病患，於死亡前6個月內前5項醫療費用最高之診療類別，依序為藥費（9.9億點）、治療處置費（5.2億點）、檢查費（3.8億點）、放射線診療費（3.2億點）、診療費（3.3億點）。

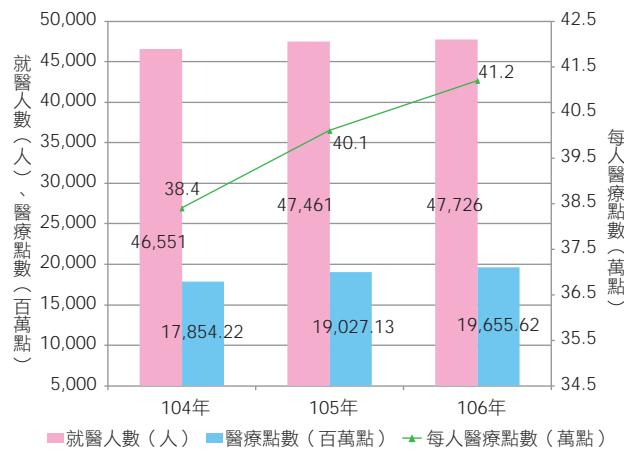


圖3-23 痘未病人生前6個月醫療費用點數一門住合計

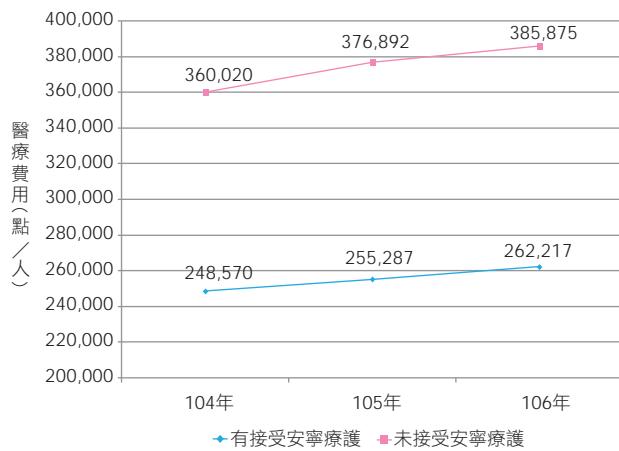


圖3-24 有、無接受安寧療護之癌症病患生前6個月醫療費用

（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104年起均呈上升趨勢，符合政策期待，惟107年上半年區域醫院、地區醫院略降，建議持續觀察其變化。

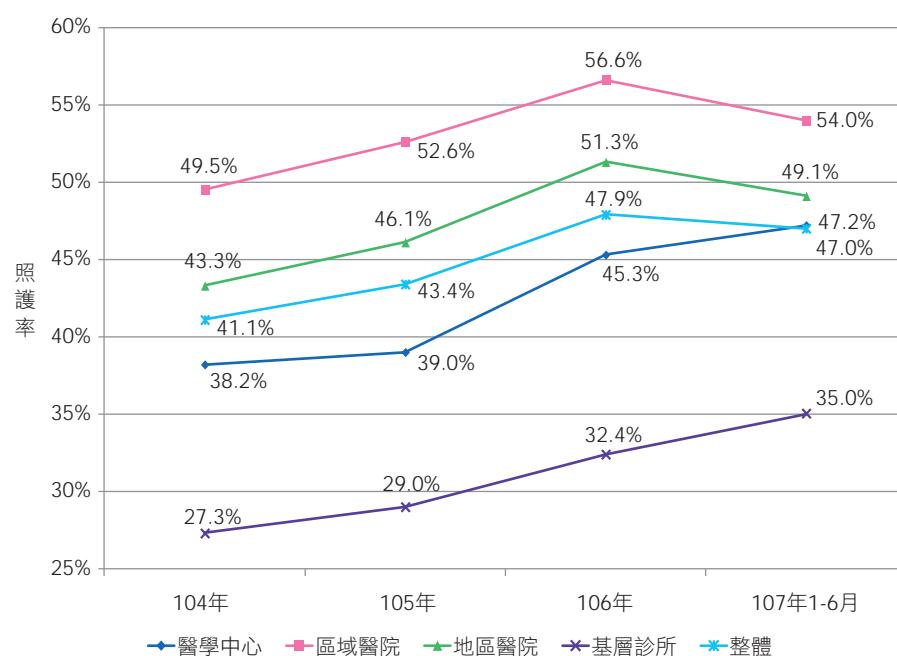


圖3-25 糖尿病品質支付服務之照護率

2. 「指標2.4照護連續性」，自104年起呈略升趨勢，106年為0.401，107年上半年

年成長至0.433，是否反映推行分級醫療成效，建議持續觀察其變化。

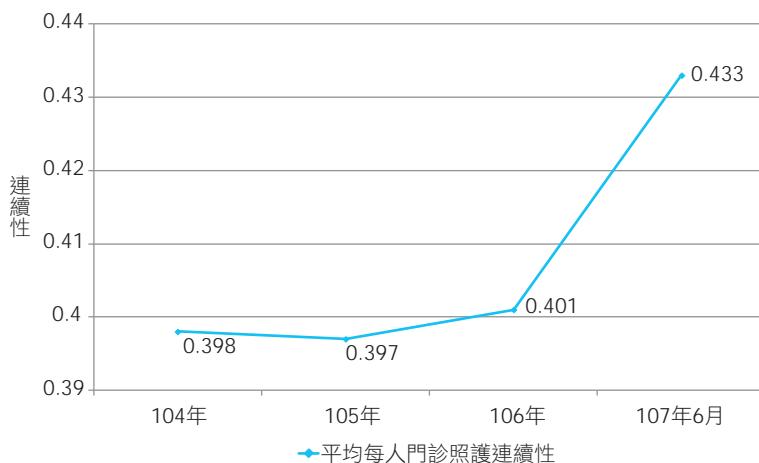


圖3-26 平均每人門診照護連續性

3. 「指標2.6護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布」，104年起至107年上半年，醫學中心全日平均護病比「小於9」之月份占該層級總填報月份之100%，「小於8」之月份由51%提升至84%；區域醫院全日平均護病比「小於12」之月份由94%提升至99%，「小

於9」之月份由84%提升至90%；地區醫院因尚有「護病比為0」（未有收治住院個案）之月份（5%~8%），故「小於15」之月份占91%~94%。整體而言，醫學中心及區域醫院之全日平均護病比有明顯改善。

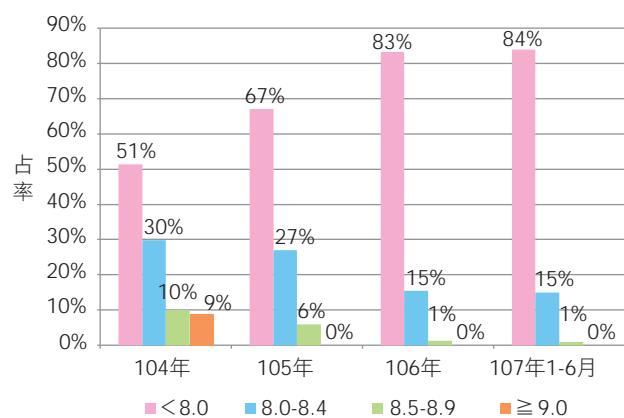


圖3-27 醫學中心全日平均護病比占率分布

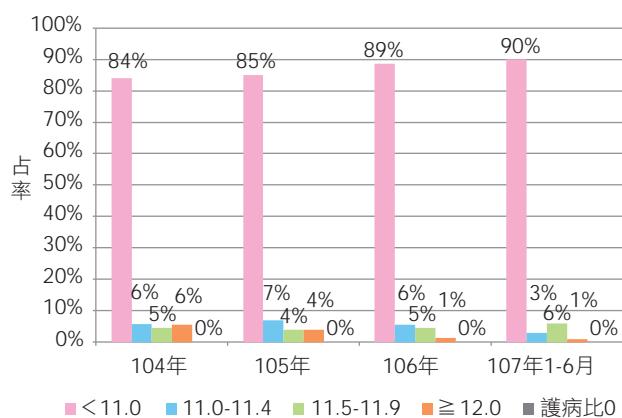


圖3-28 區域醫院全日平均護病比占率分布

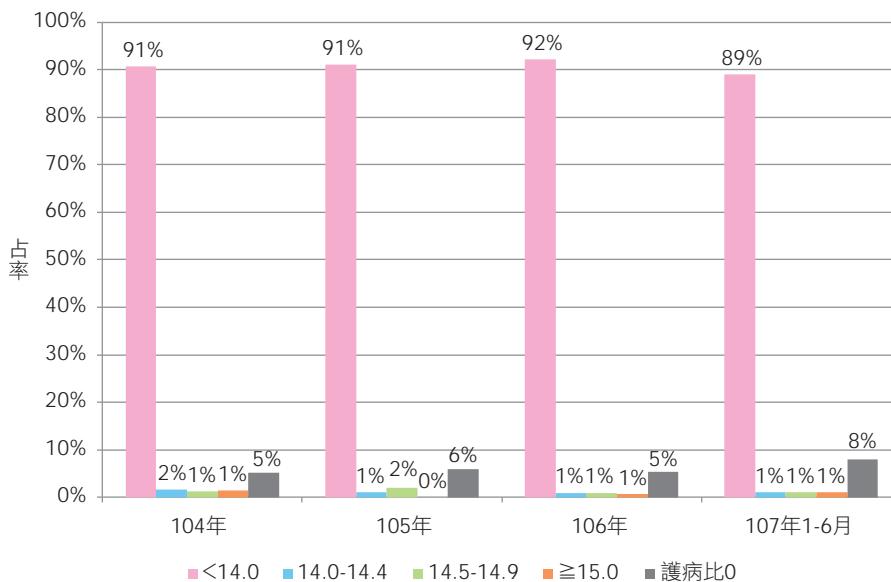


圖3-29 地區醫院全日平均護病比占率分布

(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）」，104、105年民眾對各部門總額整體醫療品質滿意度均接近

9成，106年本項修訂為調查「整體治療結果滿意度」，4部門之滿意度均超過9成，以對西醫基層總額的整體滿意度最高。

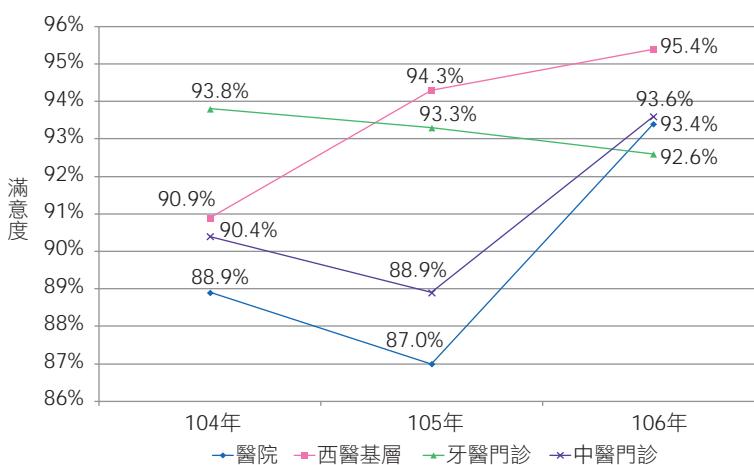


圖3-30 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度（各部門）

(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106年，其中牙

醫、中醫部門，不論醫療資源不足地區、山地離島地區之民眾就醫率均低於一般地區，顯示該二部門仍有努力空間。

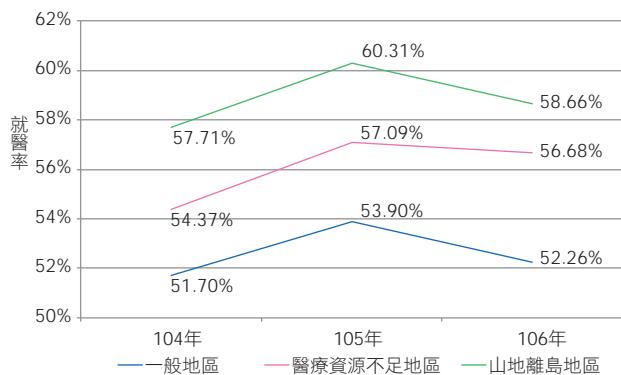


圖3-31 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（醫院）

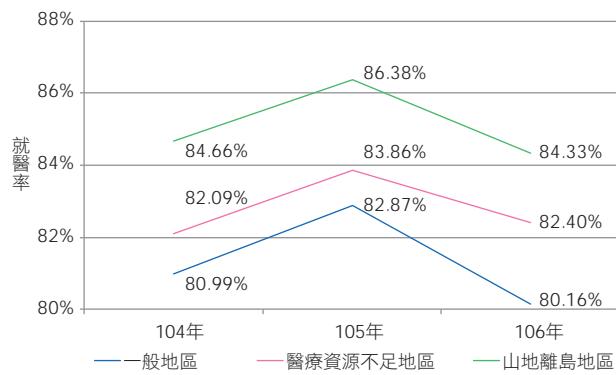


圖3-32 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（西醫基層）

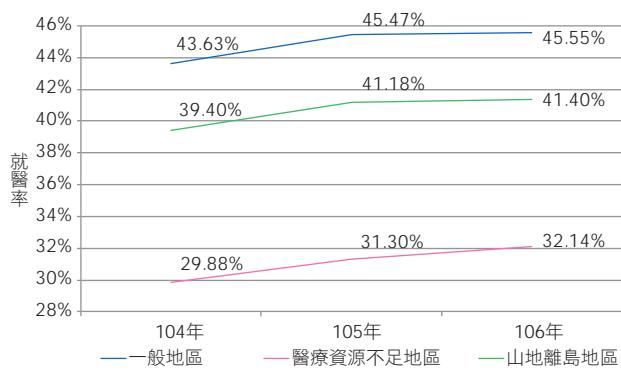


圖3-33 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（牙醫）

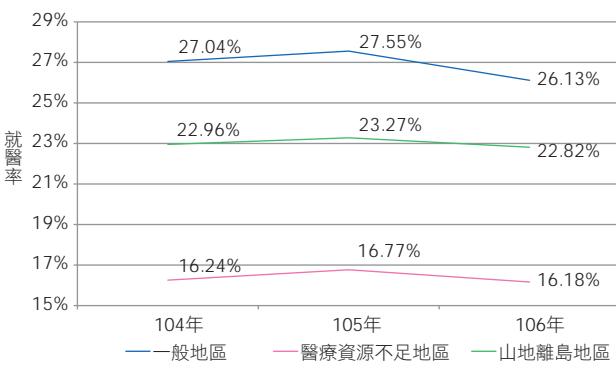


圖3-34 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（中醫）

2. 「指標4.4自付差額特材占率（整體及各類別項目）」，104～107年前3季資料顯示，民眾選擇使用健保自付差額項目逐年微幅增加，107年前3季占

率超過5成的項目有：新增功能類別人
工心律調節器（陶瓷／金屬對金屬）
(51.3%)、塗藥或特殊塗層血管支架
(63.9%)、調控式腦室腹腔引流系統

(79.6%)、客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統組(87.6%)。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。

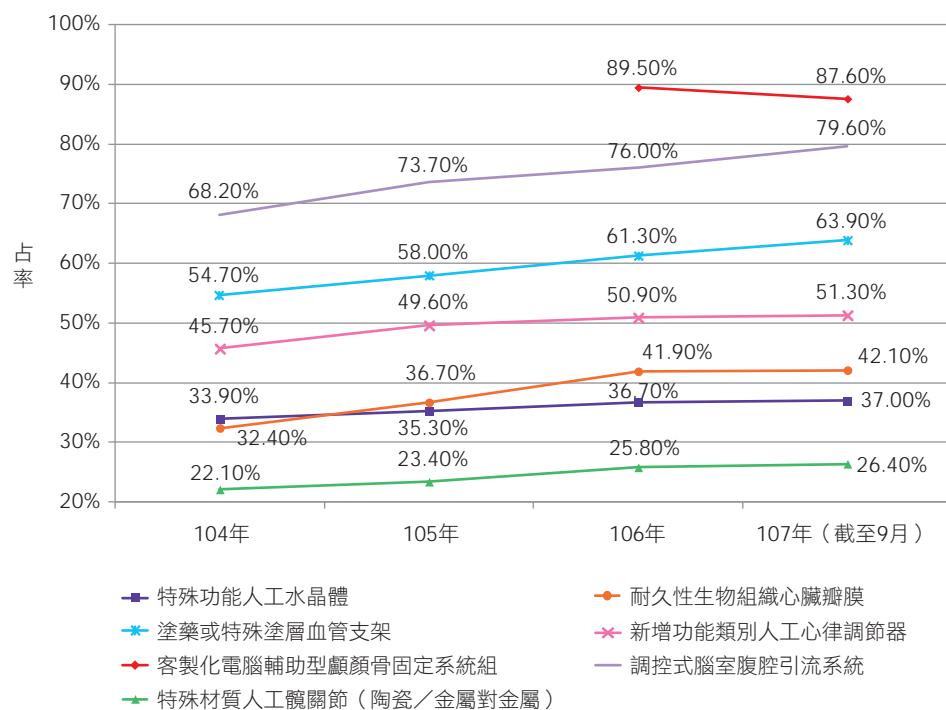


圖3-35 自付差額特材占率（整體、各類別項目）

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法定任務，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）、「保險人及保險醫事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。

107年健保署依上開規定提送「107年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）」、「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法修訂案」至健保會討論；衛福部交議健保會討論

「職業工會會員投保金額下限申報規定之檢討案」；委員亦就政府應負擔健保總經費法定下限36%適法性及計算疑義、節流效益合理反映於總額支出等提出建議；另召開跨司署健保業務座談會，以精進健保監理深度及廣度。茲就相關成果分述如下。

執行成果

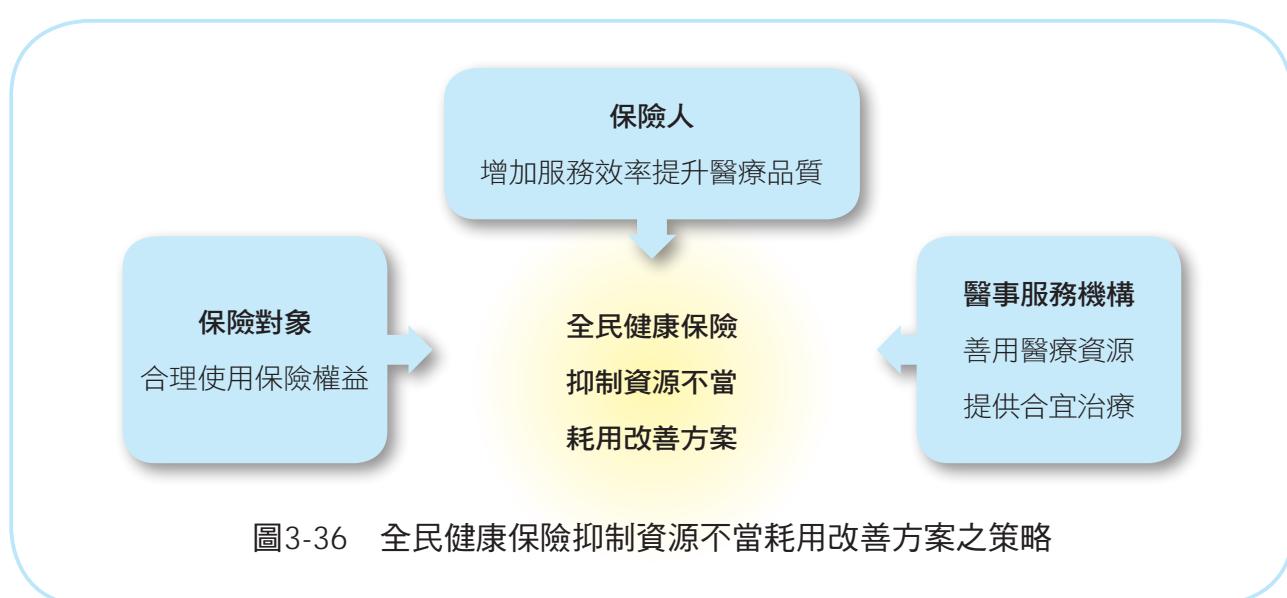
一、依法送健保會討論事項

(一) 107年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

為減少無效醫療等不當耗用健保醫療資源之情形，健保署依健保法第72條規定，自102年起每年度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。本方案主要目的為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，並依保險對象、保險人、醫事機構三面向擬訂策略如圖3-36。

為提高議事效率，健保會於107年1月5日「年度總額協商及評核方式」專家諮詢會議後，安排健保署向委員說明本案，委員除請健保署補充說明106年方案執行成果（含節餘費用）及107年方案之預期效益、106年與107年方案之差異，亦關心討論106年方案時委員所提建議事項之後續執行情形，另建議以民眾易懂之文字加強宣導健康存摺之使用、並朝「杜絕」（而非減少）不必要醫療浪費與無效醫療耗用之方向努力等。

健保署參考委員意見修訂後，提健保會107年1月份委員會議討論，經充分討論，決議：「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」。衛福部於107年3月19日核定時，鑑於健保會委員對本方案執行成效表示關切，爰請健保署考量嗣後有完整年度資料時，提出成果報告供委員討論參考。



（二）全民健康保險醫療品質資訊公開辦法修訂案

為讓健保醫療品質資訊更為公開透明，健保署依健保法第74條規定，自102年起，擬訂「醫療品質資訊公開辦法」，並於103、104年分別修訂部分指標，提健保會討論後，報衛福部核定發布。該辦法第2條規定，健保署應定期

公開之醫療品質資訊包括「整體性」及「機構別」約100多項指標，並公開於健保署網站（<http://www.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/index.html>，如圖3-37）。民眾可透過下列公開的資訊查詢各醫療院所之品質表現，有助選擇就醫院所參考。



圖3-37 全民健保醫療品質資訊查詢網頁

健保署為提供民眾更豐富的就醫資訊，經該署召開2次會議討論（106.11.1、107.1.30）及前後函詢40個相關團體（含總額受託團體、各醫學會／藥學會、各民間團體如消基會、醫改會、病友聯盟等），收集各界意見並審慎研議後，提出「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法修訂案」，除增修整體性醫療品質資訊，並增修附表二機構別之醫療品質資訊項目，於健保會107年第4次委員會議（107.5.25）討論（本次異動24項，含新增8項、刪除8項，修訂8項），其中整體性醫療品質資訊之修訂重點如下：

1. 醫院總額及西醫基層總額部門：
 - (1)增列糖化白蛋白（glycated albumin）執行率納入監測。
 - (2)刪除「門診上呼吸道感染病人就診後未滿7日因同疾病再次就診率」。
2. 牙醫門診總額部門：新增「50歲以上（含）之就醫人數」及「牙周病統合照護計畫後之追蹤治療率」。
3. 中醫門診總額部門：刪除「使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率」。
4. 門診透析服務：新增「鈣磷乘積」。

案經提會討論，委員認為本案係經健保署邀集相關團體討論所獲共識，且未有爭議或需進一步修正處，爰同意本次所報修正案照案通過。健保署陳報衛福部於107年9月25日修正發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」。

二、提供政策與法規之諮詢意見

(一) 職業工會會員投保金額下限申報規定之檢討

依原健保法施行細則第46條第1項第5款規定，職業工會會員投保金額下限之計算，以全國各公、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，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。

健保會職業工會代表委員認為，原職業工會會員係以無一定雇主之勞工為主，其投保金額下限之計算，倘以有雇主的公、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，立法院社會福利及衛生環境委員會林靜儀委員等也關切此案，衛福部乃邀集專家學者及工會團體研商後，提出「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，健保會於107年第1次委員會議（107.1.26）討論後，建議採「隨職業工會會員排除適用下限之月平均投保金額成長率調整」之方案。

衛福部爰參考健保會委員會議決議，修正健保法施行細則第46條第1項第5款，於107年9月19日發布，調整職業工會會員申報投保金額下限之規定，將原「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。」修正為「無一定雇主或自營作業而參加職業工會者，於第二類第一目非以最低投保金額申報者之月平均投保金額成長率累積達百分之四點五時，由保險人依下列規定公告調整最低申報投保金額：

1. 於一月至六月累積達百分之四點五時，自次年一月起按原最低投保金額對應等級調高一級。
2. 於七月至十二月累積達百分之四點五時，自次年七月起按原最低投保金額對應等級調高一級。」

本次修正將使職業工會會員健保費之調整不需再與受僱者連動，符合外界期待，更具公平性，預計共有281萬人受惠。

（二）對健保署每年應公告事項之建議

衛福部於107年6月1日預告健保法施行細則第68條修正草案，修正理由為現行健保署應公告之事項，於未調整之年度即不需辦理公告，為避免外界誤解，並符合現行實務作業，爰刪除「每年」二字，健保會委員於107年第5次委員會議（107.6.22）對修法內容提出意見，函請衛福部建議不修正，維持原條文，理由如下：

1. 105年度平均眷口人數已下降為0.60人，健保署以國發會推估未來人口扶養比將逐年上升為由，不公告調降。健保署未落實每年公告平均眷口數之職責，

徒增投保單位「不合理、不合法」負擔健保保費。

2. 健保法施行細則第68條規定，每年應公告4款事項，均與健保保費收入有關，應由健保署每年檢討，提報健保會後公告，倘將「每年」文字刪除，恐有規避健保會監理之嫌。

衛福部經考量各界意見，決定不修正健保法施行細則第68條。

註：健保法施行細則第 68 條：

保險人每年應公告之事項如下：

- 一、依本法第二十二條規定第三類保險對象適用之投保金額。
- 二、依本法第二十三條所定之平均保險費。
- 三、依本法第二十九條所定之眷屬人數。
- 四、依第四十六條第一項第四款所定之平均投保金額。

三、召開跨司署業務座談會，精進健保監理深度及廣度

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，其政策及作為，與健保資源使用相互影響、衝突，且其亦有部分業務係委託健保代辦或轉由健保支應，乃於106年第11次委員會議（106.12.22）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。

多數健保會委員於討論過程中，均認同前揭三署之業務職掌，如預防保健、食品安全及藥物管理、傳染病、慢性病及癌症防治等，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」。

健保會幕僚依據上開決議，會後書面徵詢委員意見，以「我國醫療資源分布現況及未來規劃」、「慢性病、罕見疾病、及癌症防治之推動現況、成效及未來策略」、「醫院感染管控之現況（含流程、查核措施等）、成效及未來策略」、「藥物安全管理之現況、成效及未來策略」作為首次業務座談會之主題，於107年5月4日召開「全民健康保險相關業務座談會」，由健保會主辦，本部醫事司、國民健康署、疾病管制署、食品藥物管理署協辦，當日共計24位委員出席，並於會中提出與健保相關資源耗用包括強化慢性疾病前端預防宣導和防治、投入資源多少對健保費用的影響為何、產生多少效益、醫療資源如高價儀器應予整合並以區域醫療網之概念進行整體規劃、用藥品質與安全之確保、擴大感染管控查核對象及範圍等意見，多位委員十分肯定業務座談會的召開，未來健保會將會同健保署持續辦理，並繼續強化健保跨司署之業務整合與溝通協調，期使健保資源利用更具效率，發揮更大效益。

四、對健保財務、業務興革之建議事項

（一）對政府應負擔健保總經費法定下限36%之建議

自102年實施二代健保以來，有關政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算

方式，在實務上衍生出「衛福部與主計總處對『應提列或增列之安全準備』之見解差異」、「104年12月15日發布修正健保法施行細則第45條，並溯自104年1月1日施行，違反法律不溯及既往原則」、「105年12月23日發布修正健保法施行細則第45條，將政府實質負擔之原住民健保費等7項共計68.5億元列入政府負擔數計算，政府是否需再負擔相對應36%之38.5億元之疑義」，以及「健保財務短绌時，『應提列或增列之安全準備』應帶入『零』或『實際營運值』」等爭議。前二項爭議，在社保司、健保署及健保會的共同努力下，已獲得解決。

由於尚有二項爭議未獲解決，健保會委員在107年第2次（107.3.23）委員會議進行「106年度全民健康保險基金附屬單位決算」備查案時提出，因36%計算方式影響健保財務甚鉅，爰於其計算方式爭議未解決之前，應緩議「106年度健保基金附屬單位決算」備查案，主席乃針對本案作成有關「『106年度全民健康保險基金附屬單位決算報告』備查案，因委員所提意見尚待釐清，保留至下次委員會議續議，並請幕僚召開會前討論會」之決定，期於健保署將「108年度全民健康保險基金附屬單位預算」提107年第3次委員會議（107.4.26）備查前，先召開專案會議，針對36%計算方式澈底交換意見，以求達成共識。

健保會於107年4月16日召開「106年

度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會，除邀請吳律師榮達、李精算師永振、周教授麗芳、翁理事長文能、張會計師清田、黃教授偉堯、蔡公正人士登順、盧教授瑞芬、羅專門委員莉婷等委員，以專家學者身分出席提供專業意見外，亦函請社保司、健保署與會說明，並邀請健保會委員列席關心。會中結論如下：

1. 中央健康保險署提送本會備查之「106年度全民健康保險基金附屬單位決算」案，委員認為尚有諸多適法性疑義，爰不予備查，所提理由及意見如下：

(1) 有關「政府應負擔健保總經費之比率」能否超過36%，應回歸二代健保立法的原意，當時係因增加補充保險費，致民眾負擔的保費增加2百多億元，立法委員乃提出政府應相對負擔保費36%~40%之建議，以衡平保險對象、民營雇主及政府之三方負擔，爰政府負擔可超過36%（明定於健保法第3條第1項條文）。

(2) 健保法第3條規定，「政府應負擔健保總經費法定下限36%之不足數」，係以支出面公式求出 $([(\text{保險給付支出} + \text{應提列或增列之安全準備}) - \text{法定收入}] \times 36\% - \text{政府已負擔})$ ，尚非健保署所述，由第17條以收入面公式回推（以保險對象、民營雇主及政府三方分攤保險費概念，由保險對象、民營雇主負擔占

64%，反推政府負擔之36%），其欠缺明確之法源依據。

(3) 健保法第76條第1項明定，為平衡保險財務，其安全準備的5項來源（健保每年度收支之結餘、健保滯納金、健保安全準備運用收益、政府已開徵之菸酒健康福利捐、依其他法令規定之收入），其各項來源金額均大於等於零，爰健保法第2條規定「應提列或增列之安全準備」，不應為健保署所採計之負數。另第76條第2項規定，當保險財務年度收支產生短绌時，再由安全準備填補，本項係說明保險財務短绌之處理，與計算「政府應負擔健保總經費法定下限36%」無關，亦非「應提列或增列安全準備」可為負數之理由。

(4) 為釐清「政府應負擔健保總經費法定下限36%」之疑義，健保法相關條文之用語應予統一、明確定義，例如：

A. 「法定收入」（第3條）、「其他法定收入」（第17條）、「依其他法令規定之收入」（第76條）之內涵。

B. 「政府」（第3條、第76條、施行細則第45條）、「中央政府」（第17、27條）及中央社政、役政、矯正主管機關（第27條）之定義。

C. 健保法第76條第1項第1款規範之「本保險每年度收支之『結

餘』」，及同條第2項之「本保險年度收支發生『短绌』」，其計算方式宜再衡酌。

D. 健保法第3條規定政府負擔保險總經費，不得少於保險經費扣除法定收入之36%，所謂的「法定收入」，應只包括：菸品健康福利捐、公益彩券與運動彩券盈餘之分配收入等3項。目前健保署採計之「法定收入」及「其他法定收入」內容無差異，除前述3項外，更額外納入多項科目，致實際減少政府負擔36%之計算基礎。

(5) 健保法施行細則第45條之適法性疑義仍然存在：

A. 目前並無法源依據：社保司引健保法第3條第2項「依法令」之規定為該條之法源，完全曲解立法意旨。本法條規定原意係在明定政府應負擔經費36%不足部分，由主管機關編列預算撥補。而經檢視健保法立法之嚴謹度，已相當充足，若另需擴及其他範圍，健保法亦會先行明訂於法條中，如健保法第76條第1項第5款「依其他法令規定之收入」。

B. 健保法第27條明定各類被保險人及其眷屬之保險費，由被保險人、投保單位及中央政府負擔之方式及比率。健保法施行細則修正第45條，將原住民健保費等7項

保險費納入政府負擔範圍計算，惟該7項保險費仍分由各相關主管機關編列預算，代其繳納應自付之保費，法律並未明文免除其繳納保費之義務，現卻逕將這7項政府全額補助不計入健保法第27條被保險人負擔之保險費，等同將該7項之保險對象視為免繳保險費用，爰健保法施行細則第45條規定抵觸健保法第27條，且逾越母法授權範圍。。

(6) 基於本會監理健保之職權，建請衛福部及其所屬，應落實法令遵循，確盡依法行政之本分，以實現政府承擔二代健保財務責任之立法美意。

2. 附帶建議：本會委員認為現行全民健康保險法施行細則第45條，恐有違背母法第27條之虞，建請衛生福利部檢討修正，並提出研修方向及期程。另委員針對中央健康保險署所送106年度決算備查案所提意見，併送請衛生福利部參考。

會中社保司代表商司長東福表示，二代健保財務制度架構在財務平衡之基礎上，當健保財務收支平衡時，不論從收入面或支出面計算，都能獲得一致結果，且前與主計總處溝通「應提列或增列之安全準備」之計算方式時，是以收入面邏輯作為推論基礎，因此，計算邏輯不宜再予變動。健保署代表李副署長丞華亦表示，能理解健保會委員希望減少民眾、工商企業

負擔、減少調整費率的心情，惟計算36%之基礎，只要採行之定義一致，最後政府負擔的金額都一樣。過去健保署一直為捍衛健保財務而努力，請健保會委員對社保司、健保署要有信心。

107年第3次委員會議（107.4.28），李委員永振為使健保會委員能深入瞭解政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算爭點，先進行簡要說明後，主席提出107.4.16之會議結論，並就「106年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108年度全民健康保險基金附屬單位預算」備查案徵詢在場委員意見，雖然行政院主計總處代表羅委員莉婷、社保司代表商委員東福分就其立場提出相關論述，惟健保會大多數付費者代表（不含行政院主計總處代表）、醫事服務提供者代表委員紛表認同李委員永振的看法，乃決定「中央健康保險署提送本會備查之『106年度全民健康保險基金附屬單位決算』及『108年度全民健康保險基金附屬單位預算』案不予備查。

由於政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式疑義，與健保法施行細則第45條之適法性，將使健保財務收支推估產生數十億元乃至數百億元之差距，影響未來費率調整幅度及時機，爰本案列為委員會議追蹤事項，並持續關心本案辦理進度。

（二）節流效益合理反映於總額支出之建議

健保財務收支自106年出現財務短

绌，在健保資源有限及確保民眾得到適切的醫療服務下，如何提升健保資源的有效運用，是當今的重要課題。為了健保財務長期穩健，近年衛福部將總額範圍草案徵詢健保會時，健保會委員均建議將總額效率提升之效益及民眾付費能力納入總額範圍考量。付費者委員鑑於歷年總額均投入相當預算，配合推動政策及提升醫療服務效率，而目前這些節流效益大多反映於部門點值，因此認為效率提升及節流之效益，應反映於總額支出及更有效運用，將效益回歸全民。107年度健保會委員更多次向衛福部、健保署提出具體建議，並於總額協商時，努力使健保資源更有效運用，說明如下：

1. 建議衛福部將節流效益反映於總額範圍
4月份委員會議，委員對於衛福部所擬定之108年度總額範圍草案提出建議，認為行政院核定107年度總額時，即要求衛福部應積極採取提高醫療資源使用效率的相關措施，以有效控制醫療支出合理成長。惟歷年健保總額均投入相關專款預算執行節流措施，卻未見具體成效資料，亦未納入總額範圍考量。建議估算所節流之費用，並列入總額範圍擬定之減項，將節流效益，合理反映於總額。

2. 請健保署估算節流金額並納入總額協商考量

於上開會議討論108年度總額範圍諮詢案時，即設想9月份總額協商資料之

需，乃附帶決定「請健保署於108年度總額協商前，提供歷年總額投入相關專款預算（如：「強化基層照護能力，推動醫療服務整合」、「健保醫療資訊雲端查詢系統」）等，用以提升服務效率措施，所產生之節流金額，供本會協商參考」。於107年9月4日「108年度健保總額協商委員座談會」，委員除請健保署提供上開資料外，亦持續關心雲端查詢系統減少重複用藥及檢查、C肝用藥減少病人肝硬化及肝癌風險等，以及指示用藥取消給付，所產生之節流金額及運用於總額之情形。健保署於總額協商時提供補充資料，初步估算雲端查詢系統、取消指示用藥、C肝口服新藥之效益分析及未來可節省經費，委員考量資料之完整性，仍於107年第11次即12月份委員會議決定，請健保署具體補充完整的節流措施成效，並持續追蹤。

有關節流金額於總額協商之運用，於107年9月協商108年度醫療費用總額時，健保署於醫院總額編列「藥品給付規定範圍改變及相關密集度增加」及西醫基層總額「藥品給付項目及支付標準修正」協商項目之預算時，已將推動雲端查詢系統、藥價調整、取消指示用藥等節流措施所節省的金額納入預算來源充抵，不足部分才編列預算。健保會乃參酌健保署之預算編列方式協定預算。

3. 逐步建立節流成效合理反映於總額支出之原則

107年10月24日「108年度全民健康保險保險費率審議前諮詢會議」，專家學者除對健保財務收支結構性失衡提出具體建議外，也認為多年來健保總額挹注不少預算提升服務成效，健保署亦運用各種鼓勵措施引導有效醫療利用，其產生的效益目前多反映於總額點值，有檢討的空間。所以提出以下建議：

- (1) 節流措施之成效，應回歸健保基金或付費者共享。
- (2) 應檢視歷年總額預算投入政策推動或提升給付效益之各項節流成效，並建立合理反映於總額支出之原則（如：建立分配方式，列入總額協商減項及同步建立加項等），使節流金額達到最有效率之運用。

長期而言，如何讓醫療效率提升及抑制浪費的努力，合理反映於健保收支，仍待各方建立共識。考量總額協商談減項相當不易，而經由資源適當分配，達到保障民眾就醫之最有效率運用，才是健保追求的目標。因此專家建議，除了討論總額減項之外，同時也要相對討論適當之加項，增加需要的醫療支出（如：調整支付標準、減少民眾自費項目），在付費者與醫療服務提供者良好的互動下，逐年、逐步慢慢建立加、減模式，使健保制度運作的更完善、資源使用更有效率。





2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare

第四章

研究發展及 專題研析



第四章 研究發展及專題研析

第一節 研究發展

健保會依法每年須辦理保險費率審議、總額協議訂定及分配事項，且須落實健保法第5條第3項於審議、協議重要事項前蒐集民意之規定，所以藉由透過民眾參與，蒐集社會對健保之意見，使政策之推展及重要之健保議題，獲得民眾支持有其必要，爰規劃辦理「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」委託研究計畫，及「新醫療科技（含高價藥品）納入健保給付之民意調查」，茲將上開委託計畫之成果敘述如下：

一、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」委託研究計畫（研究期程：107.1.1~107.11.30）

本研究計畫委託臺灣大學辦理，透過蒐集國際間民眾參與公共政策之模式與經驗，分析優缺點，並加以運用，相關領域專家學者就模式之可行性、效益性及公平性，提供專業意見外，擬訂行政機關辦理民眾參與活動所需之原則、流程與技巧操作手冊，進而建立現行健保財務收支連動機制下之民意蒐集及民眾參與模式。

（一）依議題發展階段、範圍，以及技術複雜程度等特性，建議使用特定的公民參與模式，摘述如下（如表4-1）：

1. 願景工作坊：長期規劃與整體資源配置議題，議題發展階段屬初期，範圍非常

廣，需要集合不同行動者集思廣益，建議採取願景工作坊。

2. 公民陪審團：政府部門提出的分級醫療整體推動策略，屬政策發展中期階段，範圍明確，但牽涉民眾就醫行為、醫療體系整合和資源配置問題，建議採取公民陪審團。藥品差額負擔議題，目前仍在政策討論階段，屬於初期，範圍特定，但牽連廣泛，且具高度價值衝突，亦建議採公民陪審團。
3. 公民會議：每年總額協商完成後，是否須調整費率，在決定前，可先召開公民參與討論。因討論範圍涉及政策目標，支出項目的增加和保費調整，範圍廣泛，具高度的技術複雜性，建議採公民會議的參與模式。在預期健保財務失衡，有必要調漲保費的兩三年前，可召開公民參與討論解決健保財務危機。因討論範圍涉及各種開源節流方案，範圍廣泛，具高度技術複雜性，建議採公民會議形式。
4. 審議式民調：分級醫療個別推動策略（如加重部分負擔）、個別給付項目是否納入或排除，以及費率是否調漲，相關議題通常政策選項已明確，議題範圍特定，具低技術複雜度，建議採審議式民調。新藥納入健保給付的價值排序，雖涉及高度價值衝突，但範圍特定，且想知道民眾偏好，可採審議式民調。

表4-1 健保政策議題與適用的公民參與模式

議題	議題特性	適用公民審議模式
長期規劃與整體資源配置	長期，範圍廣泛，技術複雜度中等	願景工作坊
分級醫療：整體推動策略	初期或中期，範圍特定，技術複雜度中等	公民陪審團
分級醫療：個別推動策略	後期，範圍特定，技術複雜度較低	審議式民調
新藥納入健保給付： 價值原則的優先順序	後期，範圍特定，技術複雜度較低 但價值衝突高	審議式民調
藥品差額負擔	初期，範圍寬廣，技術複雜度中等 但價值衝突高	公民陪審團
個別項目是否給付	後期，範圍特定，技術複雜度較低	審議式民調
當年期費率調整：整體	初期，範圍寬廣，技術複雜度較高	公民會議
當年期費率調整：選項	後期，範圍特定，技術複雜度較低	審議式民調
中短期費率調整：整體	初期，範圍寬廣，技術複雜度較高	公民會議
中短期費率調整：選項	後期，範圍特定，技術複雜度較低	審議式民調

(二) 辦理實驗性的公民審議會議（以「分級醫療」作為主題）之建議如下：

1. 民眾端：提升民眾自我照護知能及正確的用藥觀念與選擇權、開放資訊促進民眾與政府雙向溝通、「預防醫療」的制度與觀念建立、建立全天候全國統一諮詢管道以提供多元資訊內容、鼓勵預立醫療自主計畫並降低諮商門診門檻。
2. 醫療院所端：推動在宅醫療服務、建立家庭醫生資料庫與證照制度、家庭醫生診所採「論人計酬」的模式並確實落實、增加社區的照護站設置、增加基層院所的經費與資源以吸引民眾前往就診、加強醫療機構間的垂直合作以落實

雙向轉診、拉大不同醫療層級間轉診與未轉診自付額的價差。

(三) 有關科技工具及運用相關建議如下：

1. 部分科技工具可能造就會議內部數位落差，不宜貿然大量使用，以避免變相將某些民眾排除在外，並造成意見蒐集上的偏誤和排擠效果。
 2. 未來可由政府成立一個資訊整合平台，以作為公私部門辦理審議討論時，共享宣傳、報名、線上直播與討論等。
- 本研究成果，將作為健保會辦理民意蒐集及民眾參與模式，及監理健保事項之參考。



公民代表與專家對談



公民代表撰寫意見報告書

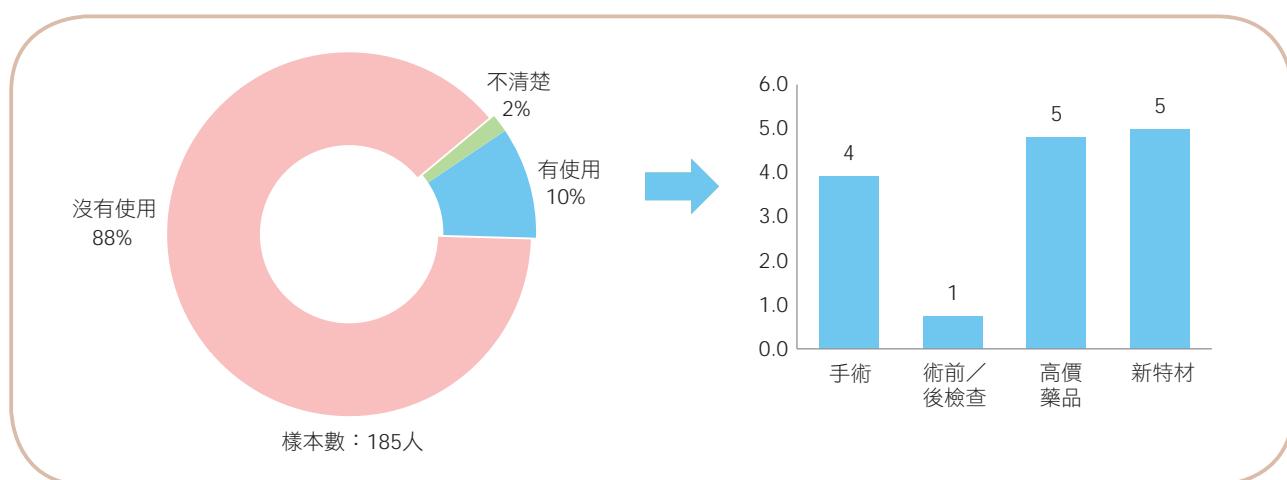
二、委託辦理「新醫療科技（含高價藥品）納入健保給付之民意調查」（執行期間：107.3.26至107.7.25）

為瞭解民眾對本議題之看法，針對不同新醫療科技類別（包括藥品、特材及醫療服務）如納入健保給付，從民眾選擇的優先性、付費意願

及能力、自付金額接受程度等面向，進行問卷設計，調查成果如下。

（一）主要調查成果：

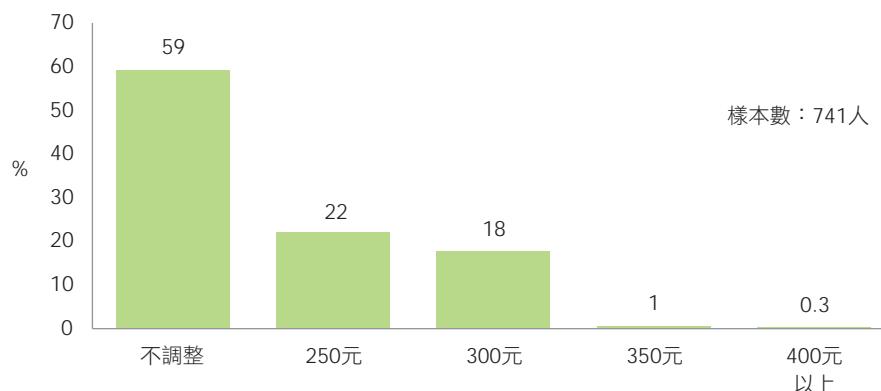
1. 民眾聽過「新醫療科技」的比率不到2成（17%），有使用者中（10%），以使用「新特材」、「高價藥品」為主。



2. 近6成（57%）的民眾願意自己付費使用「新醫療科技」；不願意的原因以「價錢太高負擔不起」（45%）、「對新醫療科技不瞭解」（38%）為主。
3. 民眾願意自己支付「新醫療科技手術」之金額，假設1個20萬元之手術，以願意支付「10萬～未滿12萬5千元」者占26%為最多，其次是「5萬～未滿6萬元」的14%及「1萬～未滿2萬元」的13%，就平均金額來看，民眾願意自己支付72,416元，占總價的三分之一左右；至「高價藥品」部份，如自付費用，民眾認為每個月支付「未滿5千元」較為合理，占37%最高，就平均金額來看，民眾認為每月支付6千元左右較為合理。

4. 約2成（19%）的民眾目前患有慢性疾病，其中有17%表示有使用慢性病連續處方箋；使用慢性病連續處方箋者，若加收部分負擔費用，約5成（51%）民眾認為會影響服藥習慣。





5. 有6成6的民眾不贊成「門診藥品部分負擔」從200元調到400元；針對不贊成調整者詢問調整多少會贊成，其中22%表示可調整為250元，18%表示可調整為300元，認為可調整為350元以上者僅占1%，約6成表示應維持200元。

6. 民眾認為納入健保給付的優先順序，以「手術」最優先（73%），次要優先為「高價藥品」50%、「術前／後檢查」（48%）。

（二）政策建議：

1. 加強宣導民眾對「新醫療科技」的知曉度，謹慎評估自付費用的合理性：調查結果顯示，8成3的民眾未聽過「新醫療科技」，當透過訪問簡單的說新醫療科技指的是新的醫療技術、藥品及特材後，有近6成的民眾願意自己付費使用新醫療科技。民眾對於自己付費使用「新醫療科技」的接受度佳，但對自付金額的看法較為分歧，因此在規劃將「新醫療科技」納入健保給付範圍時，

應審慎評估各方意見，以使健保資源充分利用。

2. 謹慎評估「門診藥品部分負擔」的必要性與及調漲金額時間點：

調查結果顯示，6成6的民眾不贊成「門診藥品部分負擔」從200元調到400元，其中有4成民眾可以接受50～100元間的調幅。受到年改政策的影響，民眾現階段對於調漲的議題較為敏感，因此應審慎評估現階段增加「門診藥品部分負擔」必要性及應調整的金額以及調漲時間點的拿捏。

本調查之成果報告已公開於健保會網頁，並函送健保署參考，作為未來研擬相關政策之依據。

第二節 專題研討

因應本會業務需求，107年擇「精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式」及「監理指標之研修」作為專題，進行深入探討，透過辦理委託研究計畫及召開專家諮詢會議方

式，持續精進相關業務，分就各專題107年辦理情形，說明如下。

一、精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式

107年度為持續精進制度，乃透過召開專家諮詢會議方式，研提總額協商與評核制度之增修建議後，提委員會議討論定案，使總額評核制度與時俱進，並落實預算檢討與回饋機制，以提升總額協商效能。茲將上開專案之研修過程與結果，說明如下：

(一) 研修全民健康保險醫療給付費用總額協商方式

1. 召開專家諮詢會議：

本會於107年度總額協商過程中，委員對於專家學者與公正人士的角色及其他預算的協商安排有不同意見，為探討更合理之協商方式，本會於107年1月5日召開專家諮詢會議，專家學者提供意見如下：

- (1) 「對等協議」之精神，講求雙方的協商能力要對等、平衡，並互相尊重。目前總額協商機制，運作尚稱穩當，整體架構沒有太大問題。
- (2) 建議專家學者與公正人士係扮演中立的角色，可提供專業見解及中立客觀意見，供雙方參考。但不涉入金額談判。
- (3) 「其他預算」由健保署管控與政策有關項目，因部分項目須總額部門配合執行，建議讓所有委員均有表達意見之機會。

2. 修正協商程序草案提委員會議議定：

幕僚參考專家諮詢會議之建議，擬具「108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」修正草案，於107年6月份委員會議討論並修正通過。主要修正協商共識會議進行方式，於部門協商時段作細部安排，明定與會人員於三個協商階段之參與方式，使角色定位更臻明確。重點說明如下：

- (1) 「提問與意見交換」階段：所有委員均參與提問與意見交換。若有部分項目涉及其他總額部門者，相關之醫界委員得表達其看法。
- (2) 「視需要召開內部會議」階段：由「付費方」或「醫界方」自行召集內部會議。考量「專家學者及公正人士委員」之中立角色，為避免產生角色衝突，且考量協商雙方若需諮詢專家學者意見，宜於會前充分諮詢，爰刪除過去得邀請其參與內部會議之規定。
- (3) 「部門之預算協商」階段：分以下兩部分進行。
 - A. 由「付費方」與「醫界方」雙方進行四部門總額預算協商（其他預算則由付費方與健保署協商）。讓協商雙方有單獨談判的時段，以利掌握彼此的談判步調。
 - B. 若協商初步無法達成共識時，則由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供

雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商。讓第三方角色充分發揮，以利達成協商共識。

透過上開會議討論，委員對於總額協商時各方角色及程序已建立共識，故於9月協商108年度總額時，談判氣氛融洽，協商過程十分順暢，108年度總額所有部門協商，均順利達成共識方案，突破過去幾年有總額部門協商破局之困境。

（二）精進各部門總額執行成果評核作業方式

1. 召開兩場會議諮詢專家意見：

健保會委員認為現行總額執行成果評核作業方式，雖為累積多年經驗發展而成，但仍有再予精進之空間，委員於106年3月及8月份委員會議，也建議考量是否研訂更細緻的評核級距及獎勵機制。爰幕僚經檢視現行評核作業方式，於107年1月5日召開專家諮詢會議，並依其建議，於3月19日召開評核委員會前會，就年度評核方式凝聚共識，以增進評核效益。專家學者及評核委員提供意見，重點如下：

（1）評核內容及評核指標：

A. 目前評核內容較偏重專案計畫，宜強化「一般服務執行成效」之評核，逐步增訂可反映其成效之重要績效指標，並請幕僚蒐集評核委員對重要指標之建議。

B. 年度重點項目可滾動式檢討，並參考品質持續改善之精神，由受評部門自行提出改善項目及目標。

C. 建議健保署以保險人角色，提供關鍵績效指標及更細緻分析資料，及自評建議，供評核委員參考。

D. 建議未來研議納入總體性、宏觀性指標，並區分各部門總額共通事項及總額專業事務委辦事項訂定評核指標。

（2）評核之獎勵方式：

A. 不建議朝訂定更細緻的評核級距方向規劃，宜著重品質保證保留款之發放，是否達到提升品質之效果。

B. 對有、無接受專業事務委託之總額部門，獎勵原則宜有區別，建議未來進行研議。

2. 研修評核作業草案提委員會議議定

（1）蒐集評核委員意見，研修一般服務績效指標：

目前之評核作業，已對各評核構面，建立細部的評核內涵及指標，例如：民眾滿意度調查結果、專業醫療服務品質指標監測結果、醫療利用與管控等相關指標。為逐步增訂重要績效指標，本會幕僚參考國外資料，並考量資料的代表性及可取得性，蒐集國內運用健保資料庫所建立之相關醫療成效指標，研擬新增之一般服務績效指標，如：可避免住院率、急診滯留超過24小時比率、醫療院所週末開診情形（開診家數、服務人次、開診率）、門診醫療利用成長解構及價量分析等。

經以問卷收集評核委員之意見，評核委員同意所擬績效指標，並建議新增如「品保款核發前20%院所金額占品保款比率」等指標，也提出未來一般服務效率指標，宜加強異常值管理等建議。

(2)研修作業方案提委員會議議定：

幕僚參照評核委員之意見研修作業方案，於3月份委員會議討論「辦理106年各部門總額執行成果評核作業方式（草案）」，修訂重點如下：

A. 年度重點項目聚焦於重點議題：

明定評核內容聚焦於「必要項目」及「自選項目」，其中「必要項目」係以政策目標、總額協定事項及民眾關切議題為主進行規畫。未來（108年）規劃由受評部門及健保署自行提出改善項目及重要績效指標，並事先設定指標閾值。

B. 增訂一般服務重要績效指標：依據研修結果，新增重要績效指標。另考量新增指標實施第1年，僅列為參考指標，請健保署及各受評部門盡量提供，本年度不列入評分，未來將逐年納入評核內容，並滾動調整。

C. 提出專案計畫／方案之關鍵績效指標：請各部門總額及健保署針對各專案計畫／方案，提出3項可反映成效之關鍵績效指標。

D. 改進報告呈現方式：精簡報告內容，突顯執行重點，並將各部門總額執行成果之重要數據，整併至「總額協商參考指標要覽」，公開供各界參考。另請健保署於評核會議前提供自評建議，供評核委員參考。

修正後之「辦理106年各部門總額執行成果評核之作業方式」如附件一，考量本年度評核內容有較大幅調整，爰另於107年5月7日邀集各總額部門受託團體及健保署，召開「部門資料說明會」進行意見交流。本會未來將持續檢討評核作業方式，並滾動調整。對於「區分總額共通事項及專業事務委辦事項，訂定評核指標」及「對於有、無接受專業事務委託之總額部門，獎勵原則宜有區別」之專家建議，考量自106年度起四部門總額均已委託相關團體辦理，尚無區分之必要，上開建議留供未來制度研修參考。

二、監理指標之研修

依據健保法第5條規定，健保會法定職掌之一，包括全民健康保險監理事項，為能有效監理，乃於103年建置全民健康保險業務監理架構與指標，其中包括：效率、醫療品質、效果、公平及財務等5大構面，內含27項指標（附錄八），作為每年全民健保業務監理之依據，要求健保署定期提報相關監測結果，並於每年6月份前，由本會彙整研析前一年度全民健康保險年度監測結果報告。依105年8月份委員會議決議，就監理指標之增修進行整體檢討，相關過程及結果如下：

（一）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」

研究團隊於107年2月完成期末報告並提出修正建議，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：

1. 第一類為建議優先納入健保監理指標，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。
2. 第二類為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。
3. 第三類則為必要時，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。

（二）召開「全民健康保險業務監理指標修訂及相關年度重要工作專家學者諮詢會議」

本會於107年6月6日召開專家學者諮詢會議，就幕僚研提之全民健保業務監理指標修正草案進行討論，會中建議指標修訂方向應考量下列原則：

1. 監理重點應符合政策需要，釐清指標所代表的政策意義，指標項目數宜小而美，並思考如何進一步應用監測數據。
2. 檢視現行指標是否不合時宜、無法發揮監理重點或窒礙難行。
3. 指標應能在健保會權責範圍下發揮監理功能。
4. 「公平」構面指的是不同條件族群就醫

機會的平等，目前提出的監測指標僅呈現資源的「不均度」，建議將此構面名稱修正為「資源配置」構面。

5. 部分指標監測結果常受年齡、人口結構等因素影響，倘若未進行校正，應予註記。

（三）幕僚參考專家學者建議，研擬修正草案提107年第5次暨第1次臨時委員會議（107.6.22）、107年第6次委員會議討論通過（107.7.27），現行27項指標中，修正後仍維持五大構面（效率、醫療品質、效果、資源配置、財務），修正5項，刪除9項、維持13項，新增「健保專案計畫之執行成效」、「糖尿病初級照護（可避免住院指標）—糖尿病病人住院率」、「出院後3日內再急診比率」、「保費收繳率」、「呆帳提列數與保費收入數之比率」等5項，共23項指標（詳附件二）。

本次修正案經委員會議通過後，將請健保署自108年起，於每年6、12月進行專案報告，並於6月前提供相關資料，由健保會彙整研析前一年度全民健康保險年度監測結果報告。



附件一

辦理106年各部門總額執行成果評核之作業方式

第3屆 107年第2次委員會議（107.3.23）通過

壹、評核範圍

- 一、106年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診四部門總額之一般服務及門診透析服務執行成果。
- 二、106年度四部門總額及其他預算之專案計畫／方案執行成果。

貳、辦理方式

一、評核委員

- (一) 函請四部門總額推薦評核委員人選。
- (二) 幕僚彙整四部門總額回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。幕僚依邀請名單依序邀請7位擔任評核委員。

二、評核會議之資料

- (一) 請四部門總額及健保署於評核會議前1個月，提供102～106年一般服務及專案計畫之執行成果書面報告（報告大綱及提報單位，詳附表一～四），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) 書面報告內容以精簡為原則，部門提報之一般服務內文限100頁，各專案計畫內文限10頁，並編製目錄（含內文、圖、表、附錄）及標明頁碼。
- (三) 請四部門總額及健保署於評核會議前2周，提送口頭報告（簡報）；另請健保署提供四部門總額一般服務及專案計畫／方案之自評建議，供評核委員參考。

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. 由接受健保署專業事務委託之四部門總額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「年度重點項目之推動與未來規劃」為主，請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。
3. 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。
4. 參與人員

除本會委員、四部門總額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：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、國民健康署、疾病管制署等，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. 評核委員就四部門總額之執行成果，充分溝通後以「共識決」評定等級；並針對四部門總額之一般服務、專案計畫／方案提出共識建議，供協商參考。
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	權重
壹、年度重點項目之推動與未來規劃 一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。（附表三） 二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	
貳、一般服務執行績效 一、就 106 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）醫療服務品質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）就醫可近性與及時性之改善措施 （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	80

評核項目	權重
<p>四、協商因素項目之執行情形</p> <p>(一) 新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材等）</p> <p>(二) 紿付項目及支付標準修訂</p> <p>(三) 其他協商因素項目（依協定結果分列）</p> <p>(四) 品質保證保留款實施方案</p> <p>五、總額之管理與執行績效</p> <p>(一) 醫療利用（含全國及各分區）及費用管控情形</p> <p>(二) 點值穩定度</p> <p>(三) 專業審查及其他管理措施</p> <p>(四) 院所違規情形及醫療機構輔導</p>	80
<p>參、專案計畫／方案執行成效</p> <p>一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明</p> <p>二、106 年計畫／方案執行成果</p> <p>三、102～106 年執行情形及成效評估（含自選 3 項關鍵績效指標）</p> <p>四、檢討與改善方向（含 107 年計畫／方案修正重點）</p>	20

註：列入評核之專案計畫／方案如附表四。

肆、評核結果之應用

一、評核結果區分為下列五等級：

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、評核等級作為108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、評核委員針對四部門總額一般服務、專案計畫／方案之共識建議，作為協商108年度該部門總額一般服務成長率及專案經費增減及續辦與否之參據。

伍、107年評核作業時程表

時間	作業內容
2月	1. 本會函請四總額部門推薦評核委員人選。 2. 幕僚彙整四總額部門回復之推薦名單，及本會現任、曾任專家學者委員後，請委員推薦適合人選，再由主任委員依據委員之推薦序位，排定邀請名單。
3月	1. 依邀請名單依序邀請 7 位擔任評核委員。 2. 召開評核委員會前會，提供評核作業之建議。 3. 研擬評核作業方式（草案）提委員會議定。
4月底	請四總額部門及健保署依議定之評核作業方式準備資料。
5月中旬	請健保署提供四總額部門所需數據；四總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6月中旬 (評核會議前 1 個月)	健保署及四總額部門提送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。
7月初 (評核會議前 2 周)	1. 健保署及四總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之口頭報告（簡報）。 2. 請健保署於評核會議前提供四部門總額一般服務及專案計畫／方案之自評建議，供評核委員參考。
7月下旬 (預定 7 月 19、20 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 年度重點項目及各部門總額一般服務之執行成果報告大綱

評核項目	健保署提報	部門提報
壹、年度重點項目之推動與未來規劃		
一、必要項目：請部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，提出 106 年度執行成果，及短中期之具體目標及規劃作為。（附表三）	✓	✓
二、自選項目：部門自行提報，最多 2 項，建議可提出改善最多或有所突破之項目。	✓	✓
貳、一般服務執行績效		
一、就 106 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）醫療服務品質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	成案件數統計	✓
（三）民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
（四）就醫可近性與及時性之改善措施	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） (本項僅適用於醫院及西醫基層部門)	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		
（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	核發結果統計	✓
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	審查核減統計	✓
（四）院所違規情形及醫療機構輔導	違規情形統計	輔導改善情形
參、附錄		
如：品質確保方案、品質保證保留款實施方案及其他視需要提供之方案內容。	—	—

註：1. 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；門診透析服務，各項目均由署提報。報告內容請至少提供 5 年（102 ~ 106 年）之數據。
2. 部門提報之執行成果報告內文限 100 頁，請編製目錄（含內文、圖、表、附錄）及標明頁碼。

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	健保署提報	部門提報
一、就 106 年評核委員評論意見與期許之回應說明		
二、106 年計畫／方案執行成果		
(一) 計畫目的		
(二) 執行目標	—	
(三) 經費來源與協定事項		
(四) 費用支付		
(五) 執行內容		
(六) 評核指標及退場機制		
三、102～106 年執行情形及成效評估		✓
(一) 預算執行數及執行率	✓	
(二) 目標達成情形	✓	
(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	—	
(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（含自選 3 項關鍵績效指標）	✓ (請健保署儘量提供含收案控制組與對照組之執行成果資料)	
四、檢討與改善方向（含 107 年計畫／方案修正重點）	—	
五、附錄：各項專案計畫／方案內容	—	

註：1. 由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據，並提出 3 項自選指標，最好含收案控制組與對照組之比較；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。
 2. 各專案之執行成果報告內文限 10 頁，請編製目錄（含內文、圖、表、附錄）及標明頁碼。

附表三 健保署（含其他預算）及各部門總額之年度重點項目—必要項目

單位	項目
健保署	(1) 整體資源配置與未來規劃
	(2) 分級醫療推動成效
	(3) C 型肝炎預算執行與治療成效
牙醫門診總額	(1) 約診不易之現況與改善情形
	(2) 牙周病統合照護計畫於 108 年回歸一般服務之規劃
中醫門診總額	(1) 就醫率之檢討與改善規劃
	(2) 專案計畫之整體檢討與後續規劃
西醫基層總額	(1) 加強基層量能之策略與執行現況
	(2) 就醫方便性（包含假日開診情形）
醫院總額	(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
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、急性後期照護）之檢討與規劃

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"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 特殊醫療服務計畫 - 牙周病統合照護計畫 	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> - 醫療資源不足地區改善方案 - 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（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） - 中醫提升孕產照護品質計畫 - 乳癌、肝癌門診加強照護計畫 - 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫 - 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫 	中醫師公會全聯會
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 西醫醫療資源不足地區改善方案 - 強化基層照護能力「開放表別」 - 家庭醫師整合性照護計畫（醫界配合推動情形） 	醫師公會全聯會
	<ul style="list-style-type: none"> - 家庭醫師整合性照護計畫（含計畫檢討與管控） 	健保署
醫院	<ul style="list-style-type: none"> - 急診品質提升方案 - 西醫醫療資源不足地區改善方案（醫院支援西醫基層） - 醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫 - 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）（非計畫型） - 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（非計畫型） - 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質（非計畫型） 	台灣醫院協會
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> - 加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫（註） - C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫 - 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、孕產婦全程照護及慢性阻塞性肺疾病） 	健保署
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> - 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 - 非屬各部門總額支付制度範圍之服務（含居家醫療整合試辦計畫） - 高診次者藥事照護計畫 - 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費 - 推動促進醫療體系整合計畫 - 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費 - 鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案 - 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫 - 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫 - 提升保險服務成效 	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目

附件二

全民健康保險業務監理架構與指標

第3屆107年第5次暨第1次臨時委員會議（107.6.22）、
第6次委員會議（107.7.27）修正通過

監理指標	監理重點	計算方式	說明
(一) 效率構面 (7項)			本構面名稱未修正。
1.1 急性病床平均住院天數（整體及各層級）	院所營運效率／國際比較	1. 計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床（均含收差額病床），惟不含安寧病床 2. 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3. 增列之資料：年度監測結果增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料	本項未修正。
1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率（整體及各層級）	急診照護效率	1. 計算公式： 分子：急診病人留置超過24小時人次 分母：急診總人次 2. 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 3. 增列之資料：年度監測結果增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料	本項未修正。
1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	資源運用適當性／觀察整體趨勢	1. 計算公式： 癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數 2. 增列之資料：年度監測結果增列其有無接受安寧療護病人之資料；包括「使用安寧照護人數的比率」；依接受安寧照護期間（如1個月），分析「有無接受安寧療護病人於死亡前6個月內每人平均醫療費用（含安寧費用）」，及「每人平均前5項醫療費用最高之診療類別（排除基本診療）」。	1. 本項修正。 2. 推動安寧照護為衛福部重要政策，分析有無使用安寧照護人數的比率、依接受安寧照護期間，分析有無使用安寧照護在死亡前6個月內平均每人醫療費用（含安寧費用）、及前5項醫療費用最高之診療類別，有助瞭解推動癌末病人使用安寧照護成效及醫療利用情形。
1.4 區域醫院以上初級門診照護率	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護	1. 計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數（不含門診透析） 分母：門診總案件數（不含門診透析）	本項未修正，調整項次。

監理指標	監理重點	計算方式	說明
1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	就醫變動性	<p>1. 計算公式：</p> <p>(1) 病人數占率： 分子：該部門門診就醫人數 分母：西醫門診就醫人數</p> <p>(2) 件數占率 分子：該部門門診申報件數 分母：西醫門診申報件數</p> <p>2. 部門別為：西醫基層、醫院總額</p>	本項未修正，調整項次。
1.6 藥品費用占率	藥品使用情形	<p>1. 計算公式： 分子：藥品申報醫療點數 分母：整體申報醫療點數</p> <p>2. 醫療點數含交付機構</p> <p>3. 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列</p> <p>4. 增列之資料：藥品費用超過或未達目標總額之百分率 計算公式： 分子：(本年藥品費用發生數－目標總額數) × 100% 分母：藥品目標總額數 新藥（如 C 肝新藥）獨立管控，得不列入計算</p>	<p>1. 本項修正並調整項次。</p> <p>2. 評估藥品費用目標制之成效，監理各年度總額之使用狀況，有助於健保署及時研採必要之措施。</p>
1.7 健保專案計畫之執行成效	監理健保各專案執行之效率	<p>1. 計算公式：</p> <p>(1) 本年度進場、退場之專案計畫占率： 分子：本年度導入（進場）、退場之專案計畫數 分母：本年度進行中之專案計畫總數</p> <p>(2) 專案計畫之 KPI 達成率： 各部門擇一計畫，計算 KPI（含經費）達成率</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	<p>1. 本項新增。</p> <p>2. 健保總額有各項專案，許多專案試辦多年，未能適時退場或轉入常態支付項目，且專案數目有逐漸增加之趨勢，有必要監理及提升各專案執行之效率。</p>
(二) 醫療品質構面 (4 項)			
2.1 手術傷口感染率	住院照護安全性	<p>分子：住院手術傷口感染病人數 (ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼為第 52 頁之指標定義)</p> <p>分母：所有住院手術病人數</p>	本項未修正。
2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	評估門診照護之品質	<p>分子：分母中有申報管理照護費人數</p> <p>分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數</p>	本項未修正，調整項次。

監理指標	監理重點	計算方式	說明
2.3 照護連續性	評估整合性連續 照護之品質	<p>1. 計算公式：</p> $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N - 1)}$ <p>N = 病患就醫總次數 n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所 發展之指標定義)</p> <p>2. 資料範圍：西醫門診案件（不含牙醫、 中醫）</p> <p>3. 排除極端值（歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者），因易使指標產生偏差</p> <p>4. 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性， 再計算全國平均值</p>	本項未修正，調整項次。
2.4 護理人力指標— 急性病房全日平 均護病比占率分 布	護理人力之供給 情形	<p>1. 計算公式：</p> <p>分子：醫院該月每一個病房之（急性一般 病床床位數 \times 占床率 $\times 3$）加總 分母：每月每日平均上班護理人員數之三 班小計加總 護理人員數不列計「實習護士」及「專科 護理師」，但列計「護理長」（以 1 人計）</p> <p>2. 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫 院分列占率分布</p> <p>3. 配合 107 年 5 月 23 日預告之「醫療機關 設置標準」第十二條之一修正情形修正</p>	本項調整項次。
(三) 效果構面 (3 項)			本構面名稱未修正。
3.1 民眾對醫療院所 醫療結果滿意度 (各部門)	民眾就醫結果感 受	<p>1. 計算公式：</p> <p>分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數 分母：所有表示意見人數</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、 中醫門診分列</p>	<p>1. 本項修正並調整項次。 2. 配合健保署民意調查問卷題目 修正，調整指標名稱及項次。</p>
3.2 糖尿病初級照護 (可避免住院指 標)—糖尿病病 人住院率	糖尿病初級照護 之情形	<p>計算公式：</p> <p>分子：15 歲（含）以上主診斷為糖尿病之 住院案件 分母：15 歲以上人口（每十萬人口）</p>	<p>1. 本項新增。 2. 提升初級照護品質，有助於 降低民眾住院率，節省醫療 費用，爰增列以糖尿病住院 率，監測初級照護品質，並 參考健保署意見，採本部品 質政策諮詢會議訂定之衛生 福利品質指標之定義。</p>

監理指標	監理重點	計算方式	說明
3.3 出院後 3 日內再急診比率	監測住院治療出院後之照護品質	<p>1. 計算公式： 分子：分母出院案件中，距離出院日 0 日至 3 日內，再次急診的案件數（跨院） 分母：出院案件數</p> <p>2. 結果呈現：一般出院案件、DRGs（住院診斷關聯群）案件</p>	<p>1. 本項新增。 2. DRGs 為重要政策，監控 3 日內再急診比率，有助瞭解醫院是否為節省成本，過早讓病人出院，致降低醫療服務品質。</p>
(四) 資源配置構面（4 項）			本構面指標監測目的為資源的「不均度」，爰修正文字為「資源配置」構面，以符實際。
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）	人力供給之均衡性	<p>1. 計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值 分子：每萬人口醫師數之最高組別 分母：每萬人口醫師數之最低組別 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生（2011）定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為 1 級至 5 級區域，共 5 組</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p> <p>3. 增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料</p>	本項未修正。
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）	醫療利用之差異性	<p>1. 計算公式： 分子：門診就醫人數 分母：總人數 醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）之地區</p> <p>2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列</p>	本項未修正。
4.3 自付差額特材占民眾自付醫材差率（整體及各類別項目）	民眾自付醫材差額之升降趨勢	<p>1. 整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量</p> <p>2. 各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量</p>	本項未修正，調整項次。

監理指標	監理重點	計算方式	說明
(五) 財務構面 (6 項)			本構面名稱未修正。
5.1 保險收支餘純實際數、預估數及兩者之差異率	收支餘純預估之準確性	分子：保險收支餘純實際數－保險收支餘純預估數 分母：保險收支餘純預估數 保險收支餘純 = (年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)	本項未修正。
5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	保險之安全準備是否在法定範圍內及較前一年度增減數	1. 計算公式： 分子：安全準備總額 分母：最近 12 個月之保險給付支出月平均數 2. 增列之資料：安全準備總額較前一年度增減數	1. 本項修正。 2. 健保法明定健保安全準備以 1 ~ 3 個月為原則，與費率調整關係密切，有必要持續監測安全準備是否在法定範圍內，及較前一年度增減數，逐年變動程度。
5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	健保支出成長趨勢	1. 計算公式： 分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 2. 結果呈現：「含／不含部分負擔」全民健保醫療支出總額	1. 本項修正並調整項次。 2. 將計算公式之分子區分為「含及不含部分負擔」。
5.4 資金運用收益率	資金管理效率	分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量	本項未修正，調整項次。
5.5 保費收繳率	監理保費收繳之情形	1. 計算公式： 分子：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費實收數 分母：最近 5 年投保單位及保險對象一般保費應收數 2. 結果呈現：分整體，第一、二、三、六類保險對象	1. 本項新增。 2. 鑑於健保費有 5 年請求權期間，乃統計最近 5 年投保單位及保險對象一般保費收繳情形，掌握實際到繳率。
5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	監理呆帳提列情形	計算公式： 分子：投保單位及保險對象本年度之呆帳提列數 分母：投保單位及保險對象本年度一般保費收入數	1. 本項新增。 2. 呆帳率係財務穩健與否的重要指標之一，亦為年度費率審議之財務推估項目。



2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare

第五章

未來展望



第五章 未來展望

二代健保為健保奠定更穩定厚實的根基，然隨著內、外在環境快速變遷及民眾需求漸趨多元，未來仍有許多的挑戰立在眼前。過去6年在歷任委員的努力與堅持下，健保會這個溝通平臺，逐漸為民眾認識並積極參與。為擴大社會參與，第4屆委員人數由35人增為39人，相信定能引導健保制度朝向創新的思維與開放的態度邁進，達到有效回應民眾需求及提升治理效能的終極目標。

為建構前瞻思考的願景，健保會在108年將進行以下2項研究計畫，期望從整體角度檢視健保收支平衡及資源合理配置等關鍵議題，為健保找出一條最好的路，使民眾獲得最佳的健康照護。

一、建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析

依全民健康保險法第5條、第24條、第26條規定，健保會肩負「保險費率」及「保險給付範圍」審議之法定職掌，期透過收支連動方式達到財務平衡及合理資源配置之政策目標。二代健保施行後，健保財務轉虧為盈，然隨著人口老化、慢性病增加及新醫療技術發展等趨勢，106年起保險成本已超過保險收入，為改善財務收支結構性失衡狀況，乃在安全準備尚有餘裕時，探討並釐清哪些收入面及支出面因素應納入費率審議考量，做為未來費率調整時機及幅度之依據，期降低對社會大眾之影響及衝擊。



鑑此，108年度將辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」委託研究計畫，從整體角度評估，包括：支出面因素如總額範圍訂定、給付範圍等；收入面因素如保險費率調整、經濟成長率及民眾付費能力等。短期目標為因應110年可能之費率調整，長期目標為收支如何連動，發展適於我國情之理想模式，期使健保會於辦理費率及保險給付範圍調整審議等法定任務，能以科學數據為基礎且不受外力干擾，以實現「健保永續經營」之最終目標。

二、探討醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效，增進資源合理配置

依全民健康保險法第5條、第61條規定，「保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分

配」為健保會主要職掌之一，期透過預先規劃及預算分配，引導醫療資源合理配置，提升民眾就醫公平性。為此，衛福部歷年均投入相當的健保總額經費及公務預算，推動各種醫療照護專案計畫，以照顧醫療資源不足地區民眾之健康。

鑑於相關計畫已推行多年，投注預算數亦逐年提升，宜進行整體性盤點及檢討，故預定於108年度辦理「如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討—以西醫醫療服務為例」委託研究計畫，期藉由盤點相關計畫及資源投入、分析當地民眾醫療利用情形及健康成效、召開焦點座談會等，探討資源配置及醫療利用之合理性，研提改善建議，作為未來預算分配及計畫執行之改善參據。



雲端藥歷大家寄予厚望，推算年有52億結餘，現已開花結果，各醫院發展出更精進方式，但始終未見結餘。光是MRI及CT一年用六百餘億，望來年能看到結餘。

王文男

希望健保會溝通更對等和諧，健保照護對國民及非國民應有費率差異，海外納保與就醫應再全盤檢討，以讓資源留給國內國民使用。

吳國治

監督健保費用有效分配及合理運用，扮演醫療提供者有適度的專業給付，也讓病患受到安全的醫療照顧，讓全民健保持續優良形象。

李育宗

健保是全民醫療上最重要的支柱，所有的人應該盡力的維護讓健保永續發展，也是所有健保會委員共同的信念，健保！臺灣之寶。

林敏華

莫忘健保設立初衷，齊心為全民謀福。

王雅馨

教育民眾正確觀念、提升自我照護輕微症狀的能力、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

健保財務已在急速惡化中，除呼籲民眾應避免醫療浪費浮濫就醫、浮濫取藥用藥外，更期待醫界朋友們一本仁心仁術避免不必要的檢查、處方、手術，讓我們足以為傲的健保制度，得以永續發展。

吳榮達

全球景氣復甦趨緩、給付成長超越所得如實量化醫藥成效、總額釐訂調控有方鼓勵醫病品質計酬、找回自我療癒鑰匙遵循財務承擔責任、安全準備全民安康

李永振

期待所有討論都能以病人權益為前提，並且充分考量國人能負擔且醫事人員能在合理工時下完成，方能永續經營。

李偉強

提升醫療品質，永續健保財務，創造社會福祉！

周麗芳

期待未來健保會能更有效率進行相關議題的討論。有些政策如涉及健保制度的發展，在政策公告前，希望能有機會讓委員們能先瞭解，或有機會表示意見，以減少從報紙上知道，而產生爭議，影響議事進度的狀況發生。

臺灣的健保制度嘉惠許多病人及家屬，是世界級的典範，永續健保是我們需要努力的方向。合理的支付，確認保障目標需要取捨，未來可以增加更多制度議題的探討，加強各類委員彼此之間的溝通機會及認知，建立更好的共識。

對各地區醫療資源的平衡，減少城鄉落差，在偏鄉要賦予公部門資源更多的責任，以公務預算建設資源，讓健保效益可廣及各地方角落，不能只靠健保支付。分級落實要考量效率，減少轉診間的各類耗用，如時間、經費、人力……等。

最後要謝謝健保會同仁的服務，您們對委員的服務真是周到。有時會希望你們可以用更平權的方式，禮貌但不將自己做小的服務就行，否則太辛苦了，您們是專業募僚可以讓專業的協助加大，其他盡職責就好，別太委屈自己。

林惠芳

期望未來能持續以三個方向：
「合理監督健保給付措施、落實改善全民健保醫療環境、調整節流以使財務健全」，來達成健保永續發展的目標。

林鴻達

珍惜健保資源，發揮健保效益。

張文龍

控管健保總額成長，注意健保管理分配，避免健保資源浪費，喜迎健保永續經營。

張濟田

臺灣的健保如不再大幅修正，它即將會過了巔峰期甚至超過有效期。不要再沉迷過去的成功及現在的成就，在現有的基礎翻轉它，加油吧，我們大家！

張煥祺

期許民眾、產官學及專業代表們，齊心共謀健保發展、致力促進國人健康！

張澤芸

這一年來在諸多長官同仁及委員的努力下，醫療浪費改善了許多，希望能再接再勵為百姓看緊荷包，以免再浪費冤枉錢，加油！

鄧錦云

社會人口結構邁入超高齡化、少子女化趨勢，復以新型態疾病接踵而至，健保會將承擔更多社會責任，為全民最安心的依靠！

陳旺全

臺灣健保永續 人民基本需求

陳亮良

希望健保會溝通更對等和諧，健保照護對國民及非國民應有費率差異，海外納保與就醫應再全盤檢討，以讓資源留給國內國民使用。

黃啟惠

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

一、健保每年成長金額龐大，如何落實照顧有需求的病人，減少浪費，則是健保會及業務主管應共同承擔的使命。
二、艱困科別醫療人才的培育，政策導向要明確，鼓勵優秀的人才投入，造福國人。

蔡登順

健保是臺灣之光、民眾之福，唯有全民共同珍惜健保資源，政府落實「以病人為中心」的照護政策，才能讓健保繼續守護全臺灣民眾的健康。

蔡麗娟

「海納百川，有容乃大；壁立千仞，無欲則剛」，期許與優秀且具使命感的健保會同仁委員們，持續為全民福祉的共同理想而努力。

盧瑞芬

牙醫仍秉持總額初衷一同儉制約、自律意識、提升品質、專業自主，事事皆以照護被保險人就醫權益為念，以「沒有最好，只有更好」求進，期許民眾口腔在80歲時仍有20顆牙。

謝高廷

一、健保會委員不論勞方、醫療方、商業方、公務方對問題均要相互尊重，不是哪方為尊。
二、對於CDC將AIDS凡服藥超過二年，追蹤及服藥均由健保署負責，將會使臺灣變成全世界的愛滋國度，希望CDC改善。
三、健保應落實分級醫療轉診制度，如推行不動，直接落實健保法第43條之執行。
四、健保費因為公共財，應有使用者付費之原則。
五、代位求償在健保法應修正，不應有圖利保險公司及財團之嫌。

謝武吉



2 0 1 8

ANNUAL REPORT

National Health Insurance
Committee Ministry of
Health and Welfare

附 錄



附錄一 衛生福利部全民健康保險會第3屆（107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 理事	陳平基 陳有慶	106.01.01~107.08.09 107.08.10~107.12.31
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長 秘書長	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 *	榮譽理事長	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	綜合企劃處副處長 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	
	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	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	本職	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

附錄二 107年度大事紀

(107.1.1 ~ 107.12.31)

5	召開「精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式專家諮詢會議」。
26	<p>召開 107 年第 1 次委員會議。</p> <p>重要討論事項暨決議：</p> <p>一、107 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案：</p> <p>(一) 同意 107 年度西醫基層總額自一般服務費用移撥 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 年東區各季預算為基期，另加計前開撥予該區之各季額度。</p> <p>(二) 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。</p> <p>二、討論通過 107 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案。</p> <p>三、討論通過「加長型伽瑪髓內釘組／長度 180mm 以上—『史賽克』伽瑪三股骨固定系統—長釘組」自付差額特殊材料申請案。</p> <p>四、職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案：</p> <p>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」。</p>

1/4 2/13	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、中醫門診、醫院總額：1 月 4 日報請衛福部核定，並於 1 月 15 日核定。
	二、西醫基層總額：1 月 31 日報請衛福部核定，並於 2 月 6 日核定。
	三、衛福部於 2 月 13 日公告。

19	召開「全民健保各部門總額執行成果評核會議之評核委員會前會議」。
22 23	<p>召開業務參訪活動暨共識營、107 年第 2 次委員會議。</p> <p>一、業務參訪活動暨共識營：</p> <p>(一) 擇臺大醫院金山分院辦理「全民健康保險居家醫療照護整合計畫之執行情形」業務參訪活動。</p> <p>(二) 召開委員共識營。</p> <p>二、107 年第 2 次委員會議：</p> <p>重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 討論通過 107 年度西醫基層總額一般服務保障項目。</p> <p>(二) 討論通過「辦理 106 年各部門總額執行成果評核之作業方式」。</p> <p>(三) 有關「藥品價量協議（PVA）回收金額回歸總額」，本署之執行方式一案：</p> <p>健保署所提有關藥品價量協議回收金額處理方式，有委員認為其係因新藥實際費用超出原預估金額，爰應回歸該部門總額，以減少對點值之衝擊；或可全部或部分專用於支應新藥及擴增藥品給付規定；亦有委員認為回收金額應比照過去方式由全民共享，回歸健保基金。本案未獲共識，委員所提意見，請健保署參考。</p>

4月

16	召開「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會。
27	<p>召開 107 年第 3 次委員會議。</p> <p>一、健保署提送本會之「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算」及「108 年度全民健康保險基金附屬單位預算」案，不予備查。</p> <p>二、衛福部諮詢本會「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」案。</p> <p>三、通過「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商工作計畫表」。</p>

5月

4	<p>一、召開「全民健康保險相關業務座談會」。</p> <p>二、函報衛福部有關本會對「108 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。</p>
7	辦理「106 年度各部門總額執行成果之評核資料」說明會。
10 11	本會委員參加中華民國中醫師公會全國聯合會擇台中市訪查「107 年度全民健康保險中醫門診總額專案計畫」參訪活動。
15 16	本會委員參加中華民國醫師公會全國聯合會擇台東縣辦理「107 年度全民健康保險西醫基層總額醫療資源不足地區」實地訪查觀摩活動。
25	<p>召開 107 年第 4 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>（一）106 年其他預算「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」分項費用預算超支之因應案：鑑於 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配，業經衛福部核定公告，且「106 年度總額協商通則」訂有各項目預算不得相互流用之原則，本案爰請健保署遵循相關核定事項及原則辦理，並於下（108）年度總額覈實編列相關經費，以利執行。</p> <p>（二）建請衛福部暨健保署重新考量「調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法」，以避免增加民眾負擔及民怨及「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」案：對於慢性病連續處方箋是否比照一般處方箋收取部分負擔案，委員有不同意見，鑑於多數委員對方案仍有疑慮，請健保署參考委員意見，研議評估有無其他更好作法或研擬更周延配套措施，再行推動。</p> <p>（三）討論通過「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、第 3 款之附表一及附表二指標項目之增修案。</p> <p>二、本會重要業務報告：</p> <p>本年度各部門總額執行成果發表暨評核會議訂於 7 月 19、20 日在衛福部 1 樓大禮堂召開。附帶決定：為解決議事效率問題，請本會幕僚於 6 月底前安排加開一場臨時委員會議，將上半年所有議案處理完畢。</p>

6

召開「全民健康保險業務監理指標修訂及相關年度重要工作專家學者諮詢會議」。

22

召開 107 年第 5 次暨第 1 次臨時委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

(一) 討論通過 108 年度總額協商架構，如附錄三。

附帶決議：倘健保署規劃 108 年度總額將依本會 106 年 9 月份委員會議決議「將已透析及腎臟移植病人之全部醫療費用列為獨立預算」，涉及修正本協商架構第 5 點門診透析內容者，請於本年 7 月前提經本會議定，俾利協商。

(二) 討論通過 108 年度總額協商通則，如附錄四。

附帶決議：請各總額部門及健保署於研提 108 年度總額協商草案時，依協商通則所訂之內涵，提報「一般服務協商因素項目」及「專款計畫」之相關內容，以利總額協商。

(三) 討論通過 108 年度總額協商程序，如附錄五。

附帶決議：本會訂於 9 月 4 日下午舉辦「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」，並另於 9 月 21 日上午加開「總額協商資料說明會」，敬請相關委員保留時間與會。

(四) 建請 106 年度之「全民健康保險鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」節餘款可流用至 107 年度同項方案支應案：

1. 本會委員支持健保署推動即時查詢病患就醫資訊的政策，但基於對制度及本會前所議定總額協商通則「專款專用項目之款項不得以任何理由流出」之尊重，不同意 106 年度經費流用至 107 年度使用。

2. 請健保署於編列下（108）年度總額預算時，檢討該方案具體執行效益，並覈實估算執行所需之充分經費，俾利協商參考。

(五) 為加強民眾用藥安全宣導，建請健保署將門診藥事服務費調高 10 點，以利民眾用藥安全，並將用藥安全宣導編列於 108 年度總額預算實施案：

本案涉及醫療服務給付項目支付標準之修訂，係屬健保署權責，委員所提意見，供該署參考。

(六) 有關謝委員武吉提案建請健保署公布全國各醫院之各項感染率，包含「門診感染率」、「開刀感染率」、「住院同一病房感染率」、「住院同一病室感染率」、「住院感染率（a. 內科、b. 外科）」等項目案：

請健保署研議適當之「清淨手術術後傷口感染率」整體性指標，供作「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」公開指標之研修參考。

附帶決議：請健保署研議並試算委員所建議之感染率指標，研議過程可邀請本會委員參與討論。另指標未經審慎研擬及試算前，尚不宜公布等意見，請該署參考辦理。

(七) 為落實推動分級醫療並兼顧民眾就醫權益與醫療生態平衡，建請設立區域醫院層級總額：有關醫院部門分設不同層級別總額之議題，因涉及全民健康保險法第 61 條第 3 項及第 65 條規定，係屬主管機關（衛福部）權責。惟為利本會委員了解現行制度及分設不同層級別醫院部門總額之利弊得失，請執行機關（健保署）進行分析檢討後，至委員會議進行專案報告。

6月

22

(八) 建請醫院總額於地區分配時，無論採用何種公式，在預算分配至六區前，應自一般服務費用移撥部分經費作為東區風險調整基金或設獨立預算案：

本會委員支持醫院總額東區之地區預算分配，可參考中醫或西醫基層總額部門之執行方式，給予特別處理。至執行方式與細節，請健保署會同醫院總額承辦團體儘速研議後，納入未來醫院總額地區預算分配規劃草案，依程序提送本會議定。另委員所提意見，請併同參考。

(九) 全民健康保險業務監理指標修訂案：

本案有條件通過，請幕僚依委員意見再行檢視後，將最後修訂結果提報委員會議。

(十) 建請健保署說明 107 年新藥納入健保給付之進度、預期效果，以及新藥預算執行情形案：

- 委員對於 107 年度總額編列的新藥預算執行進度至為關切，並期盼加速新藥的引進，以符民眾需求，爰請健保署本於權責，儘速依原訂新藥導入項目與作業時程辦理。
- 鑑於 9 月份將進行 108 年度總額協商，請健保署儘早規劃新醫療科技，包括新增診療項目、新藥及新特材之預算，及擬調整或導入之相關項目與作業時程，並妥為管理運用，以符民眾期待。

二、健保署報告「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」案：

鑑於近來有原屬公務預算支應之相關醫療服務或項目，轉由全民健康保險支出，將加重健保財務負擔，請健保署務必本權責審慎把關，維護健保之穩定運作。

12

本會委員參加中華民國牙醫師公會全國聯合會擇新竹縣、臺中市及南投縣舉辦 107 年度牙醫門診總額「特殊醫療服務計畫」及「醫療資源不足地區改善方案」參訪活動。

13

召開「107 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

19
20

召開 107 年第 6 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議：

(一) 有關 107 年度醫院總額協定事項持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，為確保執行成效與目標，建議應制定費用結構、價量變化等相關分析，並將分析結果回饋醫院，且定期向本會報告案：

27

請健保署將委員建議提供之資料，納入全民健康保險業務執行季報告之例行提報項目，以利委員了解推動區域級（含）以上醫院門診減量措施之執行成效。

(二) 基於落實分級醫療政策推動，確保緊急照護資源的妥善運用，119 救護車運送就醫，應貫徹分級醫療，讓送醫個案前往就近適當機構，非一昧送往大醫院急診案：

緊急照護資源之運作，係依緊急救護辦法、緊急醫療救護法等規定辦理，委員所提意見，轉請相關權責機關參考。

7月

7月

27

		<p>二、重要報告事項暨決定：</p> <p>(一) 本會重要業務報告：</p> <ol style="list-style-type: none"> 108 年度各部門總額協商順序抽籤。 108 年度總額協商架構有關門診透析部分，依健保署建議維持現況。 通過「全民健康保險業務監理指標修訂」案。 <p>(二) 健保署報告「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）」案。</p> <p>委員期盼加速新藥的引進，另為利新醫療科技之執行情形與財務影響估算能更為明確，建議提供 5 ~ 7 年累計預算數及扣除替代效應之申報數（含替代率計算方式）等意見，請健保署參考辦理。</p>
--	--	--

10

衛福部交議本會行政院所核定之「108 年度全民健康保險醫療給付費用成長率範圍」，為 2.516% 至 4.5%（預估總額為 7,026 億元至 7,162 億元）；另為加速根治國人 C 型肝炎，行政院同意增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用，惟其增列額度不得超過 4.7% 之上限。

8月

24

		<p>召開 107 年第 7 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>106 年全民健康保險各部門總額執行成果評核結果獎勵額度案：</p> <p>(一) 108 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款項目，以「106 年度各部門總額一般服務預算」為計算基礎，依評核結果所獲等級，「優」級給予 0.3%、「良」級給予 0.1% 之獎勵成長率。</p> <p>(二) 原 106 年度列於各部門總額一般服務之品質保證保留款額度，與 108 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款合併運用。</p> <p>(三) 請健保署與各部門總額承辦團體依 107 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。</p> <p>二、重要報告事項暨決定：</p> <p>(一) 本會重要業務報告：</p> <ol style="list-style-type: none"> 通過 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程。 108 年度總額地區預算分配案，請相關單位於本年第 9 次委員會議（107.10.26）前完成配合辦理事項： <ol style="list-style-type: none"> (1) 請各部門總額承辦團體於提升各區民眾就醫公平性之原則下，儘早研擬地區預算分配草案。 (2) 請健保署協助提供各部門總額承辦團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面建議，做為本會討論地區預算分配之參據。 <p>(二) 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍交議案：</p>
--	--	---

8月

- 24 1. 為利 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商，請各部門總額承辦團體及健保署，參照衛福部交付之協商政策方向，於 107 年 9 月 6 日前研提「108 年度總額各協商因素項目及計畫草案」送本會，以利協商。
2. 本會委員支持加速根治國人 C 型肝炎，增列 108 年 C 型肝炎口服新藥費用之政策，惟顧及總額協商各總額部門間之公平性，依據本會 108 年總額協商通則，經委員共識決定，108 年度整體總額及四部門總額成長率以 4.5% 為上限，進行總額協商，其他則依衛福部交議內容辦理。
附帶決定：本會委員所提「應編列公務預算支應或補助 C 型肝炎口服新藥費用」之建議，提供衛福部明年納入擬定政策時參考。
- 24 一、召開「108 年度總額協商計畫（草案）會前會」。
二、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—107 年版」、「106 年度全民健康保險各部門總額執行成果評核指標摘要」及「107 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」。

9月

- 4 召開「108 年度全民健保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」。
- 21 召開「108 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議」資料說明會。
- 27 召開 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議。
一、108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商時間：
(一) 牙醫門診總額：9 月 27 日 09:32 ~ 12:30 (含付費者及牙醫部門代表各自召集內部會議討論約 1 小時 7 分鐘)、22:50 ~ 23:00。
(二) 西醫基層總額：9 月 27 日 12:35 ~ 15:25 (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 30 分鐘)。
(三) 門診透析服務預算：9 月 27 日 15:30 ~ 16:59 (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 27 分鐘)。
(四) 中醫門診總額：9 月 27 日 17:04 ~ 17:34 (含付費者代表召集內部會議討論約 16 分鐘)。
(五) 醫院總額：9 月 27 日 17:43 ~ 20:44 (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 23 分鐘)、22:29 ~ 22:32。
(六) 其他預算：9 月 27 日 20:51 ~ 22:29 (含付費者召集內部會議討論約 41 分鐘)。
- 召開 107 年第 8 次委員會議。
重要討論事項暨決議：
討論通過 108 年度各部門總額及其他預算之協商結論。
- 28 附帶決議：依 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則，應於年度協商時提出協商項目之執行目標及預期效益（含評估指標），本案部分項目之執行目標及預期效益（含評估指標）資料尚待補正，請各總額部門於本年 10 月 11 日前提送本會，俾利於本會第 9 次委員會議（107.10.26）併同本案決議，進行確認。

24	召開「108 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」。
26	<p>一、召開 107 年第 9 次委員會議。</p> <p>重要報告事項暨決定：</p> <p>(一) 確認 9 月份協商訂定之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率」。協定結果，將報請衛福部核定及決定。</p> <p>附帶建議：本會協定之 108 年度醫療給付費用總額及其分配，已包含 C 型肝炎口服新藥費用，若政策上有增加該項經費之需要，建議由公務預算支應；未來如有類似匡列更多相關預算需求之情形，應納入總額協商整體考量，不宜以外加方式增列預算，併送衛福部參考。</p> <p>(二) 健保署「107 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」（併「107 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」）</p> <p>請社保司就有關高雄市欠費還款期限之適法性提供說明。</p> <p>二、召開本會委員與衛福部部長之業務座談會。</p>

10/16 11/23	本會第 4 屆委員遴選事宜：
	<p>一、10 月 16-29 日公告公開徵求「本會第 4 屆被保險人代表之推薦團體」。</p> <p>二、11 月 6 日召開評比會議，依「工會」、「病友」及「社會服務與慈善團體及其他」等 3 類，評比出 8 個團體參與第 2 階段之抽籤。</p> <p>三、11 月 12 日辦理「被保險人代表之推薦團體」公開抽籤，在律師及衛福部政風人員見證下並全程錄影，中籤之團體為中華民國全國職業總工會、全國勞工聯合總工會、臺灣病友聯盟、罕見疾病基金會。</p> <p>四、11 月 23 日函請相關團體機關推薦委員人選。</p>

16	<p>召開 107 年第 10 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 討論通過 108 年度醫院、中醫門診、牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案。</p> <p>附帶決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 請醫院總額承辦團體於本會討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討地區預算執行問題並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各地區風險校正後保險對象人數」(R 值) 應予調升。 請中醫門診總額承辦團體於討論 109 年一般服務地區預算分配方式前，檢討執行結果並提出具體分配之建議方案，若未能提出，則該年地區預算之分配參數「各分區戶籍人口數占率」應予調升。。 <p>(二) 108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 多數付費者委員建議「各地區校正『人口風險因子及轉診型態』後保險對象人數」(R 值) 占率至少調升 1%，惟考量西醫基層代表委員表示須再經內部研商，爰本案保留。
----	--

11月

16

2. 請西醫基層總額承辦團體盡速提送修正後之分配建議方案，最遲應於本（107）年12月份委員會定案並予確認，俾利於年度開始前，陳報衛福部核定。
- （三）108年度全民健康保險保險費率方案（草案）：
1. 108年度全民健康保險保險費率審議結果，本會建議維持4.69%。後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。
 2. 委員就健保財務所提相關意見，保險收入包括政府依法應負擔之保險費、基金投資策略、代位求償範圍、菸品健康福利捐之影響金額分析及政策因素試算之建議，請健保署參辦。
 3. 委員提出保險成本增加項目如有涉及疾管署、食藥署、國健署應付費用，倘其非屬健保給付範圍者，應由權責機關以公務預算支應，若屬健保給付範圍，且將影響健保財務收支者，請衛福部事先徵詢本會委員意見。
- 二、重要報告事項暨決定：
- 本會重要業務報告：
- （一）上次委員會議決議（定）事項辦理情形：
- 擬解除追蹤之項次5「針對委員所詢事項，請健保署就尚需補充說明部分，提供書面資料」，請健保署依委員意見，具體補充全民健康保險法施行細則第68條檢討報告，改列繼續追蹤。
- （二）本會重申有關高雄市政府積欠健保費補助款還款計畫，不得再提延期。

11/7
12/5

108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式：11月7日報請衛福部核定，並於11月23日核定，及12月5日公告。

12月

21

- 召開107年第11次委員會議。
- 一、重要討論事項暨決議：
- （一）討論通過108年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案：
- 附帶決議：西醫基層總額相關團體若認為現行地區預算分配方式有需修正之處，應於本會討論109年度一般服務地區預算分配方式前，檢討執行問題並提出具體修正建議，供本會討論時參考。
- （二）108年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）：
- 委員所提意見，及有關病人自主權利法生效實施後，對於醫療資源耗用及健保財務影響持續監測、研析之意見，請健保署參採辦理後，依法定程序陳報衛福部核定。
- （三）討論通過108年度各部門總額一般服務之點值保障項目案。
- （四）有關擴大C型肝炎治療所將產生之相關檢查（驗）費用，應併入專款專用C肝藥費預算中編列，不宜由醫院總額（或西醫基層總額）一般服務預算中勻支，造成排擠效應：
1. 本案不予通過，108年度醫院、西醫基層總額之「C型肝炎藥費」及其他預算之「支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費」，仍依總額核（決）定事項辦理。

21	<p>2. 請健保署持續監控 C 型肝炎全口服新藥之藥品給付規定修訂所產生之相關檢查（驗）費用及其對點值可能的影響，並請幕僚於 108 年度工作計畫安排專案報告，以利委員了解。</p> <p>二、重要報告事項暨決議：</p> <p>(一) 本會重要業務報告：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 上次委員會議決議（定）事項及第 3 屆委員會議其他未結案件辦理情形： <ol style="list-style-type: none"> (1) 擬解除追蹤之項次 16 「請健保署依委員意見，具體補充全民健康保險法施行細則第 68 條檢討報告」，改列繼續追蹤，請補充公告平均眷口數 0.61 之設定依據及調整原則。 (2) 本屆歷次委員會議未結案件，移請下屆委員繼續關心。 2. 其他預算項下之「區域醫療整合計畫」，考量 107 年度將屆，執行內容尚無法達成共識，且 108 年未續編該計畫費用，爰不再執行。其餘 107 年度全民健保各部門總額協定事項尚未完成之項目，請健保署與各總額部門相關團體盡速完成。 3. 為即早規劃辦理 107 年各部門總額執行成果評核作業，請各部門總額受託團體及健保署於 108 年 1 月 21 日前，配合提供年度執行重點目標及評核相關執行建議，以利後續作業。 <p>(二) 幕僚單位報告「108 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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 請健保署及各部門總額相關團體確實依「108 年度協定事項及相關計畫追蹤時程表」辦理相關事宜，附帶建議部分亦請依所列時程提報本會。 2. 「108 年度各部門總額中應於 107 年 12 月底前完成之協定事項」，尚有未完成項目，請健保署協調各總額部門相關團體盡速辦理。 3. 委員所提意見，請健保署參考辦理。 <p>附帶決定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 再次函知衛福部重申應尊重本會總額協商結果。關於「108 年度全民健康保險給付費用總額及其分配方式」核（決）定結果，衛福部於其他預算增編 C 型肝炎口服新藥費用 13.7 億元部分，應遵循法定協商程序，經本會協商始得納入總額。 2. 不同意將推廣「行動支付」等與醫療品質無關之項目，納為各總額部門品質保證保留款實施方案之獎勵指標。 3. 同意將醫事司研訂之「無障礙就醫環境」認定標準納入品質保證保留款實施方案之獎勵指標。另建請醫事司研訂相關認定標準時，邀請身障團體共同研商討論。
25	報請衛福部核定本會所協議訂定之「108 年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、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」。
11/26 12/24	<p>108 年度全民健康保險保險費率：</p> <p>11 月 26 日函報衛福部本會審議結果，維持現行 4.69%，經衛福部轉呈行政院，於 12 月 24 日核定，維持現行之 4.69%。</p>

附錄三 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第3屆107年第5次委員會議（107.6.22）通過

一、總額設定公式

●年度部門別^{註1}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^{註2、註3}×（1+醫療服務成本及人口因素成長率+協商因素成長率）] + 年度專款項目經費 + 年度門診透析服務費用^{註4}

●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）／
前一年度校正後部門別醫療給付費用

●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^{註1}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）／
前一年度校正後全民健保醫療給付費用

- 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108年總額基期須校正106年投保人口成長率差值）。
 3. 依本會106年第4次委員會議（106.5.26）通過之「107年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」，107年度總額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。
 4. 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。108年度總額係以105年每人醫療費用點數為基礎，計算106年相對105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1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107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106年相對105年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其106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

以106年對105年投保人口成長率估算（採各季季中投保人數之平均值）

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。

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

附錄四 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則

第3屆107年第5次委員會議（107.6.22）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106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109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，應於年度協商時提出執行目標及預期效益（含評估指標）、醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料（過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用）。並於年度實施前提出具體實施方案（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。
- (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)新增計畫應於年度協商時提出試辦期程、執行目標及預期效益（含評估指標）、醫療服務內容、費用估算基礎、實證資料（過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用），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。

附錄五 108年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第3屆107年第3次及第5次委員會議（107.4.27及6.22）通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
一、協商前置作業 (一) 討論108年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。 (二) 召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門106年度協定事項執行情形。 (三) 108年度總額案於衛福部交議後，進行各項相關作業： 1. 請衛福部派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 2. 確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。 3. 提供協商參考資料「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—107年版」。 4. 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。 (四) 安排總額協商之相關座談會／會前會。 1. 召開108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108年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： ①執行目標及預期效益（含評估指標，若能提出分年目標值尤佳）。 ②醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料（過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用）。 (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。 4. 請各總額部門及健保署提送所規劃之「108年度總額協商因素項目及計畫草案」（提供各協商項目或計畫之詳細說明同上）。	本會107年第4次、第5次委員會議（107年5月25日、6月22日） 107年7月19、20日 本會107年第6次或第7次委員會議（107年7月27日或8月24日） 本會107年第7次委員會議（107年8月24日） 107年8月 107年8月 108年度總額協商草案會前會（107年8月24日下午） 107年8～9月 107年8～9月 107年8～9月 107年9月6日
二、各部門總額成長率及分配方式之協商 (一) 協定各部門總額成長率及分配方式。 1. 召開總額協商會議。	107年9月27日全天，若有未盡事宜，於9月28日上午11時繼續處理。

工作項目及內容	預訂時程
2. 協商結果提委員會議討論、確認。 (二) 協定各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。	本會 107 年度第 8 次委員會議 (107 年 9 月 28 日下午) 本會 107 年第 9 次、第 10 次、 第 11 次委員會議 (107 年 10 月 26 日、11 月 16 日、12 月 21 日) 107 年 11 ~ 12 月
(三) 年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請衛福部核定及公告。	
三、協定事項之執行規劃與辦理	
(一) 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， 報請衛福部核定公告。 (二) 各方案／計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案 報告。	106 年 10 月 ~ 107 年 12 月

二、協商共識會議

(一) 時間：107年9月27日（星期四）上午9時30分起，全天；9月28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：付費者代表之委員。
2. 醫界方：

- (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. 各部門協商時間如下表：

部門別	1. 提問與意見交換 *		2. 視需要召開內部會議		3. 部門之預算協商		合計 (不含各自 召集會議時間)	推估最長時間		
			付費方自行 召集會議	醫界方自行 召集會議						
醫院	30 分鐘	(門診透析 20 分鐘 [☆])	30 分鐘	30 分鐘	60 分鐘	(門診透析 20 分鐘 [☆])	130~170 分鐘	130~230 分鐘		
西醫基層	25 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	50 分鐘		115~150 分鐘	115~190 分鐘		
牙醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘		
中醫	20 分鐘		20 分鐘	20 分鐘	40 分鐘		60~80 分鐘	60~120 分鐘		
其他預算	20 分鐘		20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	55~93 分鐘		

* 各部門之協商草案已於會前會報告，若本時段仍須說明，請簡要說明並以 5 分鐘為限。

☆ 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）。

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。

4. 相關原則：

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。個別部門之協商場次安排分為三個階段，與會人員之參與方式如下：

場次協商階段	四部門總額協商	其他預算協商
1. 提問與意見交換	總額部門委員及協商代表： 說明協商草案與回應提問	健保署： 說明協商草案與回應提問
2. 視雙方需要召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召集內部會議 (可請本會幕僚與健保署同仁協助試算或說明)	付費方或健保署： 自行召集內部會議 (可請本會幕僚協助試算)
3. 部門之預算協商	→由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (請健保署相關人員提供所需說明)	由「付費方」與「健保署」 雙方進行預算協商
	→若經雙方協商初步無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商。	

5. 若部門與付費者代表順利完成協商，達成共識，則於其預算協商時段當場試算，作成共識方案。倘未能達成共識時，其處理方式如下：

(1) 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，得以多數決定付費者方案。

(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醫界方案。

(3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。

6. 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，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
7. 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，經委員會議確認後定案，不得變更。
8. 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。

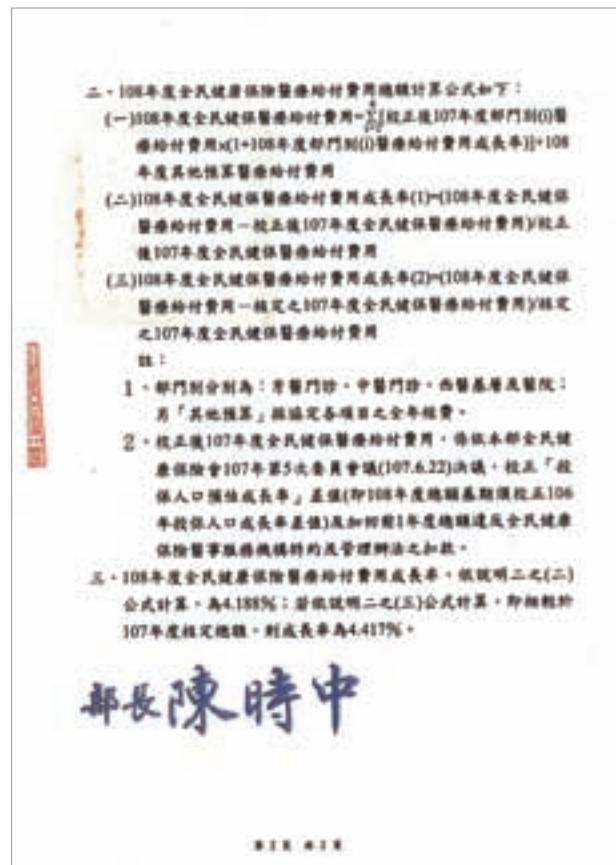
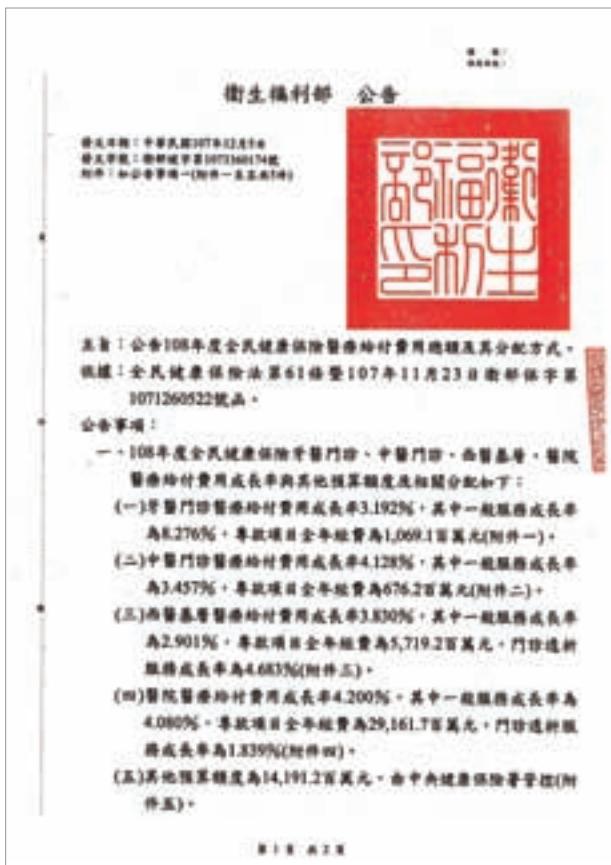
三、委員會議

(一) 時間：107年9月28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，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。

附錄六 108年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告



附錄六之附件一

108年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

108年度牙醫門診醫療給付費用總額 = 校正後107年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 108\text{年度一般服務成長率}) + 108\text{年度專款項目經費}$

註：校正後 107 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 107 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

(一) 一般服務成長率為 8.276%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 0.187%，協商因素成長率 8.089%。

(二) 專款項目全年經費為 1,069.1 百萬元。

(三) 前述二項額度經換算，108 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 3.433%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.192%。各細項成長率及金額，如表 1。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務（上限制）：

1. 新醫療科技（新增診療項目）（0.030%）：

(1) 本項用於新增口腔外科診療項目。

(2) 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用／點數。

2. 牙周病統合照護計畫（第 1、2、3 階段）（6.918%）：

(1) 執行目標：30 萬人次。

預期效益：提升牙周病照護品質。

評估指標：A. 服務量 B. 完成率 C. 申報第 3 階段件數核減率 D. 治療對象跨院所接受 91006C～91007C 比率 E. 民眾抽樣調查治療之滿意度。

(2) 請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於 108 年 6 月底前提出專案報告（含管控措施及監測指標）。

3. 牙周病支持性治療（91018C）所增加之費用（0.862%）：

執行目標：增加 350,000 人次。

預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。

4. 提升假日急症處置服務（0.284%）：

(1) 執行目標：100,000人次。

預期效益：增進民眾假日就醫可近性。

(2) 請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。

5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.005%）：本項不列入109年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為1,069.1百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告（包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費280百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

(1) 全年經費534百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

(2) 新增預算（50百萬元）優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。

3. 牙周病統合照護計畫（第1、2、3階段）：108年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。

4. 品質保證保留款：

(1) 全年經費119.1百萬元，依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。

(2) 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度（116.4百萬元），與108年度品質保證保留款（119.1百萬元）合併運用（計235.5百萬元）。

(3) 請中央健康保險署與牙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，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。

5. 網路頻寬補助費用：

(1) 全年經費136百萬元。

(2) 本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3) 執行目標：108年度參與院所數達100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗（查）及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

表1 108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	0.187%	75.9	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1。$
投保人口預估成長率	0.359%		
人口結構改變率	0.282%		
醫療服務成本指數改變率	-0.453%		
協商因素成長率	8.089%	3,283.3	
保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(新增診療項目)	0.030%	1. 本項用於新增口腔外科診療項目。 2. 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並於107年12月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未依時程導入，則扣減該額度；另於108年7月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用／點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	牙周病統合照護計畫 (第1、2、3階段)	6.918%	1. 執行目標：30萬人次。 預期效益：提升牙周病照護品質。 評估指標：(1) 服務量 (2) 完成率 (3) 申報第3階段件數核減率 (4) 治療對象跨院所接受91006C～91007C比率 (5) 民眾抽樣調查治療之滿意度。 2. 請加強管理及監督機制，持續監測醫療利用情形，並請中央健康保險署於108年6月底前提出專案報告(含管控措施及監測指標)。
	牙周病支持性治療 (91018C)所增加之費用	0.862%	執行目標：增加350,000人次。 預期效益：維護牙周健康，降低牙周病復發。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
一般服務	其他醫療服務利用及密集度之改變	提升假日急症處置服務	0.284% 115.3	1. 執行目標：100,000 人次。 預期效益：增進民眾假日就醫可近性。 2. 請牙醫門診總額相關團體協調各區院所提升假日開診率，增加民眾假日就醫可近性。
	其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.005% -2.0	本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。
	一般服務成長率	增加金額 總金額	8.276% 3,359.2 43,947.6	
各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，且均應於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。				
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	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
	牙醫特殊醫療服務計畫	534.0	50.0	1. 辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2. 新增預算優先用於提升院所型牙醫醫療服務之人數。
	牙周病統合照護計畫 (第 1、2 階段)	0.0	-1,564.0	108 年導入一般服務，經費移列至一般服務項下。
	牙周病統合照護計畫 (第 3 階段)	0.0	-588.8	
	品質保證保留款	119.1	0.0	1. 依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於 108 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。 2. 原 106 年度於一般服務之品質保證保留款額度（116.4 百萬元），與 108 年度品質保證保留款（119.1 百萬元）合併運用（計 235.5 百萬元）。 3. 請中央健康保險署與牙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，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。

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)			
網路頻寬補助費用	136.0	136.0	1. 本項預算由其他預算移列，用於補助牙醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2. 執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
專款金額	1,069.1	-1,966.8	
總成長率 ^(註1) (一般服務 + 專款)	增加金額 3.192%	1,392.4 45,016.7	
較 107 年度核定總額成長率 ^(註2)	3.433%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 43,624.4 百萬元，其中一般服務為 40,588.5 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 96.9 百萬元及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 5.0 百萬元），專款為 3,035.9 百萬元。
 2. 計算「較 107 年度核定總額成長率」所採基期費用為 43,522.5 百萬元，其中一般服務為 40,486.6 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 96.9 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 5.0 百萬元），專款為 3,035.9 百萬元。
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附錄六之附件二

108年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

108年度中醫門診醫療給付費用總額 = 校正後107年度中醫門診一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 108\text{年度一般服務成長率}) + 108\text{年度專款項目經費}$

註：校正後 107 年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 107 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 3.457%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.365%，協商因素成長率 2.092%。
- (二) 專款項目全年經費為 676.2 百萬元。
- (三) 前述二項額度經換算，108 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.429%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.128%。各細項成長率及金額，如表 2。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務（上限制）：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算（100.5 百萬元），其中 50 百萬元併入「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目使用。
2. 其他醫療服務利用及密集度之改變（2.109%）：
 - (1) 優先用於提升用藥品質。
 - (2) 附帶建議：請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，研議將科學中藥納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」核實申報之可行性。
3. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.017%）：
 - (1) 為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。
 - (2) 本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 676.2 百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於 107 年

11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告（包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：全年經費135.6百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉執業及巡迴醫療服務計畫。
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：全年經費182百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷等3項。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫：
 - (1)全年經費65百萬元。
 - (2)請精準化適應症，以提高計畫成效，並提出嚴謹療效評估報告。
4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費10百萬元。
5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：
 - (1)全年經費166百萬元。
 - (2)包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。
 - (3)請落實全人照護，加強3項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。
6. 中醫急症處置：
 - (1)全年經費20百萬元。
 - (2)請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。
7. 品質保證保留款：
 - (1)全年經費23.6百萬元，依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。
 - (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108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，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。
8. 網路頻寬補助費用：
 - (1)全年經費74百萬元。
 - (2)本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
 - (3)執行目標：108年度參與院所數達100%。
預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗（查）及用藥。
評估指標：醫療院所參與率。

表2 108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
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	1.365%	333.0
	投保人口預估成長率	0.359%	
	人口結構改變率	0.590%	
	醫療服務成本指數改變率	0.412%	
	協商因素成長率	2.092%	510.4
	其他醫療服務利用及密集度之改變	2.109%	514.6
	其他議定項目 違反全民健康保險醫 事服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.017%	-4.2
專款項目 (全年計畫經費)	一般服務成長率 增加金額	3.457%	843.4
			25,241.5
	各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。		
	醫療資源不足地區改善方案	135.6	0.0
	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	182.0	52.0
	中醫提升孕產照護品質計畫	65.0	5.0
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	10.0	-10.0
中醫癌症患者加強照護整合方案			1. 包含癌症患者西醫住院中醫輔助醫療計畫、癌症患者中醫門診延長照護計畫、特定癌症患者中醫門診加強照護計畫。 2. 請落實全人照護，加強3項癌症照護計畫之實質整合，並訂定統一照護規範及提供證明成效之實證資料，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及成效資料。
	166.0	63.0	

專款項目（全年計畫經費）	項目	成長率（%）或 金額（百萬元）	預估增加金 額（百萬元）	協定事項
	中醫急症處置	20.0	0.0	請依實證醫學，訂定有效之醫療指標，並加強計畫之推動，於108年7月底前提報執行情形，請含前開具體作法及相關規劃。
	品質保證保留款	23.6	0.0	1. 依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108年度各部門總額執行成果發表暨評核會議前提報執行情果。 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108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，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。
	網路頻寬補助費用	74.0	74.0	1. 本項預算由其他預算移列，用於補助中醫院所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2. 執行目標：108年度參與院所數達100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗（查）及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
	專款金額	676.2	184.0	
總成長率 ^{（註1）} (一般服務 + 專款)	增加金額	4.128%	1,027.4	
	總金額		25,917.7	
較107年度核定總額成長率 ^{（註2）}	4.429%		—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為24,890.3百萬元，其中一般服務為24,398.1百萬元（含校正投保人口預估成長率差值58.2百萬元及加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.6百萬元），專款為492.2百萬元。
 2. 計算「較107年度核定總額成長率」所採基期費用為24,818.6百萬元，其中一般服務為24,326.4百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值58.2百萬元及未加回前1年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款13.6百萬元），專款為492.2百萬元。
 3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附錄六之附件三

108年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 108年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後107年度西醫基層一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 108\text{年度一般服務成長率}) + 108\text{年度專款項目經費} + 108\text{年度西醫基層門診透析服務費用}$
- 108年度西醫基層門診透析服務費用 = 107年度西醫基層門診透析服務費用 $\times (1 + \text{成長率})$

註：校正後 107 年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 107 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 2.901%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.549%，協商因素成長率 0.352%。
- (二) 專款項目全年經費為 5,719.2 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 4.683%。
- (四) 前述三項額度經換算，108 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.067%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 3.830%。各細項成長率及金額，如表 3。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務（上限制）：

1. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）(0.037%)：
 - (1) 對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
 - (2) 請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用／點數。
 - (3) 附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長。
2. 藥品給付規定範圍改變及相關醫療服務密集度之增加 (0.356%)：
包含「反映藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用、因應開放表別所增加之醫療費用及居家醫療衍生之醫療費用。

3. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.041%）：

- (1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。
- (2)本項不列入109年度總額協商之基期費用。

（二）專款項目：全年經費為5,719.2百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告（包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. C型肝炎藥費：

- (1)全年經費406百萬元，本項經費得與醫院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。
- (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。
- (3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果（如延緩肝硬化、肝癌發生等情形），可考量列入總額協商減項。

2. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1)全年經費720百萬元。
- (2)請中央健康保險署於107年12月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- (3)請於108年6月底前提出以下專案報告：
 - ①中央健康保險署提報「各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向」。
 - ②中華民國醫師公會全國聯合會提報「開放表別項目之中長程規劃（含具體目標及開放期程）」。
- (4)本項依實際執行扣除原基期之件數、點數，併入一般服務費用結算。

3. 家庭醫師整合性照護計畫：

- (1)全年經費2,880百萬元。
- (2)其中450百萬元用於新增多重慢性病患收案及其照護獎勵費用。
- (3)請中央健康保險署參考評核委員建議，落實以病人為中心的照護，提出監測指標及具體執行成效，並加強執行面監督，於108年6月底前提出專案報告。

4. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費258百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)本項預算不支付平轉之獎勵費用。
- (3)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行情效，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。

5. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費400百萬元。
- (2)辦理原有之糖尿病、氣喘、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、慢性阻塞性肺疾病等7項方案，並新增糖尿病病人胰島素注射獎勵措施。

- (3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請含健康狀況改善之量化指標。
- (4)請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案（Pre-ESRD、Early-CKD）」之可行性及支付效益，並納入109年度總額協商擬案考量。
6. 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（108年新增）：
- (1)全年經費110百萬元，得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。
- (2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。
7. 因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用（108年新增）：
- (1)全年經費11百萬元。
- (2)本項依實際執行併入一般服務費用結算。
8. 西醫醫療資源不足地區改善方案：
- (1)全年經費217.1百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
- (2)新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」：
- ①經費20.1百萬元。
- ②請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。
- ③109年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。
9. 新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用：
- (1)全年經費178百萬元。
- (2)本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
- 10.品質保證保留款：
- (1)全年經費328.1百萬元，依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。
- (2)原106年度於一般服務之品質保證保留款額度（105.2百萬元），與108年度品質保證保留款（328.1百萬元）合併運用（計433.3百萬元）。
- (3)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，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。
- 11.網路頻寬補助費用：
- (1)全年經費211百萬元。
- (2)本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。
- (3)執行目標：108年度參與院所數達100%。
- 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗（查）及用藥。
- 評估指標：醫療院所參與率。

(三) 門診透析服務：

1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，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3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.683%。
4. 請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
5. 請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。

表3 108年度西醫基層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	2.549%	2,867.8	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率) × (1 + 投保人口預估成長率)] - 1。	
投保人口預估成長率	0.359%			
人口結構改變率	1.297%			
醫療服務成本指數改變率	0.885%			
協商因素成長率	0.352%	396.0		
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 新特材等)	0.037%		
其他醫療服務 利用及密集度 之改變	藥品給付規定範圍 改變及相關醫療服 務密集度之增加	0.356%		
其他議定項目	違反全民健康保險醫 事服務機構特約及管 理辦法之扣款	-0.041%	42.0	1. 對擬納入健保給付之新醫療科 技項目，應進行醫療需求整體評 估，並於額度內妥為管理運用。 2. 請中央健康保險署於107年12 月委員會議說明規劃之新增項 目與作業時程，若未於時程內 導入，則扣減該額度；另於108 年7月底前提報執行情形，請 含新增項目及申報費用／點數。
一般服務成長率	增加金額 總金額	2.901%	400.0	包含「反映藥品節流措施所節省金 額用於支用『107及108年藥品給 付規定範圍改變』」之不足費用、 因應開放表別所增加之醫療費用及 居家醫療衍生之醫療費用。
一般服務成長率				1. 為提升同儕制約精神，請加強 內部稽核機制。 2. 本項不列入109年度總額協商 之基期費用。
專款項目 (全年計畫經費)	各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月 底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。			
C型肝炎藥費	406.0	-2.0	1. 本項經費得與醫院總額同項專 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。 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。 3. 請於協商次年度總額前檢討實 施成效，如具替代效益或長期 健康改善效果(如延緩肝硬化、 肝癌發生等情形)，可考量列 入總額協商減項。	

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)	強化基層照護能力及「開放表別」項目	720.0	270.0
	家庭醫師整合性照護計畫	2,880.0	0.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	129.0
	醫療給付改善方案	400.0	100.0

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)			3. 請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」，及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，並納入109年度總額協商擬案考量。
	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(108年 新增)	110.0	110.0 1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，不足部分由其他預算支應。 2. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。
	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺 乏症候群照護衍生費用(108年新增)	11.0	11.0 本項依實際執行併入一般服務費用 結算。
	西醫醫療資源不足地區改善方案	217.1	30.1 1. 本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 新增「南迴24小時救護中心試辦計畫」(20.1百萬元)： (1) 請中央健康保險署持續關注，若有其他單位補助相同項目，則該計畫預算不予執行。 (2) 109年若持續辦理，需提出計畫執行目標、預期效益及評估指標。
	新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑 費用	178.0	0.0 本項預算依六區執行醫藥分業後所增預算額度分配，併入西醫基層總額各區一般服務結算。
	品質保證保留款	328.1	218.7 1. 依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。 2. 原106年度於一般服務之品質保證保留款額度(105.2百萬元)，與108年度品質保證保留款(328.1百萬元)合併運用(計433.3百萬元)。 3. 請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，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。

專款項目 (全年計畫經費)	項目	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
	網路頻寬補助費用	211.0	211.0	1. 本項預算由其他預算移列，用於補助西醫基層診所提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2. 執行目標：108 年度參與院所數達 100%。 預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
	專款金額	5,719.2	1,077.8	
成長率 (一般服務 + 專款)	增加金額	3.706%	4,341.6	
	總金額		121,489.6	
門診透析服務成長率	增加金額	4.683%	793.3	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 3.1%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.683%。 4. 請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5. 請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
總成長率 ^(註 1) (一般服務 + 專款 + 門診 透析)	總金額		17,734.1	
較 107 度核定總額成長率 ^(註 2)		4.067%	—	

- 註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 134,088.8 百萬元，其中一般服務為 112,506.6 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 266.6 百萬元及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 39.9 百萬元），專款為 4,641.4 百萬元，門診透析為 16,940.8 百萬元。
2. 計算「較 107 度核定總額成長率」所採基期費用為 133,782.2 百萬元，其中一般服務為 112,200.0 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 266.6 百萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 39.9 百萬元），專款為 4,641.4 百萬元，門診透析為 16,940.8 百萬元。
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附錄六之附件四

108年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 108年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後107年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 108\text{年度一般服務成長率}) + 108\text{年度專款項目經費} + 108\text{年度醫院門診透析服務費用}$
- 108年度醫院門診透析服務費用 = 107年度醫院門診透析服務費用 $\times (1 + \text{成長率})$

註：校正後 107 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 107 年第 5 次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款。

二、總額協定結果：

- (一) 一般服務成長率為 4.080%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.292%，協商因素成長率 0.788%。
- (二) 專款項目全年經費為 29,161.7 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 1.839%。
- (四) 前述三項額度經換算，108 年度醫院醫療給付費用總額，較 107 年度所核定總額成長 4.428%；而於校正投保人口預估成長率差值及加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款後，成長率估計值為 4.200%。各細項成長率及金額，如表 4。

三、總額分配相關事項：

請中央健康保險署會同醫院總額相關團體，依協定事項辦理，並於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。

(一) 一般服務（上限制）：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算：
 - (1) 12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。
 - (2) 附帶建議：請加強急性一般病床或加護病房護理費支付之合理性。
2. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）(0.714%)：
 - (1) 包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。
 - (2) 對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。
 - (3) 請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用／點數。

(4)附帶建議：中央健康保險署之新醫療科技預算推估公式，應考量預算超支之處理是否能反映其合理成長。

3. 藥品給付規定範圍改變（0.071%）：

反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107及108年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。

4. 其他醫療服務利用及密集度之改變（0.010%）：

(1)本項於107年未支用之2.32億元，不自108年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。

(2)前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。

5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.007%）：

(1)為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。

(2)本項不列入109年度總額協商之基期費用。

6. 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，自107年起以五年降低10%為目標值（以106年為基期），並定期檢討。108年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之96.04%（98%×98%），超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。

（二）專款項目：全年經費為29,161.7百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告（包含健康改善狀況之量化指標；新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. C型肝炎藥費：

(1)全年經費4,760百萬元，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。

(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。

(3)請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果（如延緩肝硬化、肝癌發生等情形），可考量列入總額協商減項。

2. 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：

(1)全年經費15,234.4百萬元，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。

(2)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。

3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：全年經費4,712.8百萬元，不足部分由其他預算支應。

4. 醫療給付改善方案：

- (1)全年經費1,187百萬元。
- (2)辦理原有之糖尿病、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、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案，並新增糖尿病入胰島素注射獎勵措施。
- (3)請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。
- (4)請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案（Pre-ESRD、Early-CKD）」之可行性及支付效益，納入109年總額協商擬案考量。

5. 急診品質提升方案：

- (1)全年經費160百萬元。
- (2)請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。

6. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）：

- (1)全年經費868百萬元，導入第3～5階段DRGs項目。
- (2)本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。

7. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

- (1)全年經費80百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
- (2)配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

8. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費950百萬元。

9. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1)全年經費689百萬元，不足部分由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2)本項預算不支付平轉之獎勵費用。
- (3)請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請包含開監測結果。

10. 品質保證保留款：

- (1)全年經費406.5百萬元，依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。
- (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108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，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。

11. 網路頻寬補助費用：

- (1)全年經費114百萬元。
- (2)本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。

(3) 執行目標：108年度參與院所數達100%。

預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗（查）及用藥。

評估指標：醫療院所參與率。

（三）門診透析服務：

1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，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3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為1.839%。
4. 請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
5. 請於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。

表4 108年度醫院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)	決定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	3.292%	13,922.6 1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率) × (1 + 投保人口預估成長率)] - 1。 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算，12 億元用於調升急重難症等相關支付標準。
	投保人口預估成長率	0.359%	
	人口結構改變率	1.884%	
	醫療服務成本指數改變率	1.039%	
	協商因素成長率	0.788%	3,331.2 請於 108 年 7 月底前提報各協商項目之執行情形，延續性項目則包含前 1 年成效評估；實施成效並納入下年度總額協商考量。
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）	0.714%	3,019.0 1. 包含新藥預算 19.34 億元、新特材 5.85 億元、新診療項目 4 億元及支付標準未列項目 1 億元。 2. 對擬納入健保給付之新醫療科技項目，應進行醫療需求整體評估，並於額度內妥為管理運用。 3. 請中央健康保險署於 107 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入，則扣減該額度；另於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含新增項目及申報費用／點數。
其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品給付規定範圍改變	0.071%	300.0 反映「藥品節流措施所節省金額用於支用『107 及 108 年藥品給付規定範圍改變』」之不足費用。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.010%	42.0 1. 本項於 107 年未支用之 2.32 億元，不自 108 年一般服務預算基期中扣除，並與本項預算合併運用。 2. 前開預算用於「斗六慈濟診所」併入醫院總額，及「台中榮民總醫院嘉義分院附設門診部」回歸原醫院，預算分配於所在分區一般服務結算。如未回歸，則予扣除。
其他議定項目	違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.007%	-29.8 1. 為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。 2. 本項不列入 109 年度總額協商之基期費用。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	決定事項	
一般服務	一般服務成長率	增加金額 4.080%	17,253.8 440,178.9	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，自107年起以五年降低10%為目標值(以106年為基期)，並定期檢討。108年醫學中心、區域醫院門診件數持續降低2%，即不得超過106年之96.04%($98\% \times 98\%$)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配。	
		各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，且均應於108年7月底前提報執行情形及前1年成效評估報告。			
專款項目(全年 計畫經費)	C型肝炎藥費	4,760.0	232.0	1. 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。 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。 3. 請於協商次年度總額前檢討實施成效，如具替代效益或長期健康改善效果(如延緩肝硬化、肝癌發生等情形)，可考量列入總額協商減項。	
	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	15,234.4	1,273.9	1. 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。 2. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署研析醫療利用及費用成長原因，並提出因應管理作法，於108年6月底前提出專案報告。	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,712.8	313.1	不足部分由其他預算支應。	
	醫療給付改善方案	1,187.0	0.0	1. 辦理原有之糖尿病、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、慢性阻塞性肺疾病、提升醫院用藥安全與品質等9項方案，並新增糖尿病病人胰島素注射獎勵措施。 2. 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效，於108年7月底前提報執行情形，請包含健康狀況改善之量化指標。 3. 請中央健康保險署評估「整合氣喘與慢性阻塞性肺疾病方案」及「整合糖尿病與慢性腎臟病方案(Pre-ESRD、Early-CKD)」之可行性及支付效益，納入109年總額協商擬案考量。	

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)	急診品質提升方案	160.0	0.0 請精進方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)	868.0	-220.0 1. 導入第3～5階段DRGs項目。 2. 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	0.0 1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	950.0	0.0
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	689.0	431.0 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. 本項預算不支付平轉之獎勵費用。 3. 請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於108年7月底前提報執行情形，請含上開監測結果。
	品質保證保留款	406.5	0.0 1. 依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於108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。 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108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，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。
	網路頻寬補助費用	114.0	114.0 1. 本項預算由其他預算移列，用於補助醫院提升網路頻寬之「固接網路及行動網路月租費」。 2. 執行目標：108年度參與院所數達100%。預期效益：鼓勵醫療院所提升網路頻寬，以利推動雲端醫療資訊共享，降低不必要檢驗(查)及用藥。 評估指標：醫療院所參與率。
	專款金額	29,161.7	2,144.0
	成長率(一般服務 + 專款)	增加金額 4.312%	19,397.8
	總金額		469,340.6

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	增加金額	1.839%	391.1	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。 3. 門診透析服務總費用成長率為 3.1%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 1.839%。 4. 請加強慢性腎臟病管理，進行照護整合，並應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5. 請於 108 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。
	總金額		21,658.5	
總成長率 ^(註1) (一般服務 + 專款 + 門診透析)	增加金額	4.200%	19,788.9	
	總金額		490,999.1	
較 107 年度核定總額成長率 ^(註2)		4.428%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用為 471,208.7 百萬元，其中一般服務為 422,923.6 百萬元（含校正投保人口預估成長率差值 994.0 百萬元及加回前 1 年度總額違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 33.0 百萬元），專款為 27,017.7 百萬元、門診透析為 21,267.4 百萬元。
2. 計算「較 107 年度核定總額成長率」所採基期費用為 470,181.7 百萬元，其中一般服務為 421,896.6 百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值 994.0 萬元及未加回前 1 年度總額違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 33.0 百萬元），專款為 27,017.7 百萬元、門診透析為 21,267.4 百萬元。
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以健保署結算資料為準。

附錄六之附件五

108年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協定結果：

(一) 108年度其他預算增加1,410.0百萬元，預算總額度為14,191.2百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配，如表5。

(二) 請中央健康保險署依協定事項辦理以下事宜：

1. 於108年7月底前提報執行情形，延續性項目應包含前1年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。
2. 屬計畫型項目，應提出具體實施方案（含預定達成目標及評估指標），其中延續型計畫應於107年11月底前完成，新增計畫原則於107年12月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。

二、預算分配相關事項：

(一) 基層總額轉診型態調整費用：

1. 全年經費1,346百萬元。
2. 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。
3. 請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。
4. 本項動支方案原則於107年11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。

(二) 山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：

1. 全年經費655.4百萬元。
2. 本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於107年12月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。

(三) 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：

1. 全年經費6,020百萬元。
2. 新增預算（500百萬元）用於居家醫療照護服務。
3. 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。

(四) 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：

1. 全年經費290百萬元。
2. 請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。

(五) 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款不足之經費：全年經費1,370百萬元。

(六) 推動促進醫療體系整合計畫：

1. 全年經費500百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。
2. 請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。

(七) 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費：

1. 全年經費822百萬元。
2. 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。

(八) 獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用：

1. 全年經費800百萬元。
2. 請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。
3. 請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入109年各部門總額協商減項。
4. 本項預算不用於回補107年度不足款。

(九) 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1. 全年經費1,653.8百萬元。
2. 請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於108年7月底前提報執行情形，請含前開分析結果。

(十) 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1. 全年經費404百萬元。
2. 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。
3. 請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案（Pre-ESRD、Early-CKD）之可行性及支付效益，並納入109年總額協商擬案參考。

(十一) 提升保險服務成效：

1. 全年經費300百萬元。
2. 為提升保險服務成效，請中央健康保險署於108年7月底前提出各總額部門前1年一般服務各協商項目之執行情形（含成效）檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。
3. 請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於108年7月底前提出專案報告。
4. 附帶建議：未來由公務預算編列購置相關硬體設備，不應由本項預算支應。

(十二) 特殊族群藥事照護計畫：

1. 全年經費30百萬元。
2. 請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。
3. 附帶建議：請加強藥物浪費之查核與輔導。

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
其他預算（全年計畫經費）			<ol style="list-style-type: none"> 請於 108 年 7 月底前提報執行情形，延續性項目應包含前 1 年成效評估資料；實施成效並納入下年度總額協商考量。 屬計畫型項目，應提出具體實施方案（含預定達成目標及評估指標），其中延續型計畫應於 107 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 107 年 12 月底前完成，請依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。
基層總額轉診型態調整費用	1,346.0	0.0	<ol style="list-style-type: none"> 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。 請持續檢討醫院與西醫基層病人流動之監測指標及經費動支條件，訂定合理的動支標準，當病人流動達一定門檻，方能相對動支一定比率預算。本項經費為全年經費，未實施月份，應扣減支應上開專款項目不足經費後之預算。 本項動支方案原則於 107 年 11 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。
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	655.4	50.0	本項納入「山地鄉論人計酬試辦計畫」，但不支應屬於公共衛生預防保健項目。計畫原則於 107 年 12 月底前完成相關程序，並送全民健康保險會備查。
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	6,020.0	500.0	<ol style="list-style-type: none"> 新增預算（500 百萬元）用於居家醫療照護服務。 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。
支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費、罕見疾病特材、器官移植專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	290.0	0.0	請加強醫院及西醫基層總額同項專款項目之費用管控，避免發生預算不足之情形。
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	1,370.0	1,370.0	
推動促進醫療體系整合計畫	500.0	-200.0	<ol style="list-style-type: none"> 用於「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」、「急性後期整合照護計畫」，及「跨層級醫院合作計畫」。 請中央健康保險署檢討「醫院以病人為中心門診整合照護計畫」在分級醫療政策下之定位及各種整合模式之成效，並修訂計畫內容。

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	0.0	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。
獎勵上傳資料及院所外其他醫事機構之網路頻寬補助費用	800.0	-300.0	1. 請提出全面實施本方案期程規劃，並增訂實施鼓勵院所上傳資料之獎勵期限。 2. 請於協商次年度總額前檢討實施成效，將節流執行效益，適度納入 109 年各部門總額協商減項。 3. 本項預算不用於回補 107 年度不足款。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,653.8	0.0	請中央健康保險署檢討本計畫之執行及提出醫療利用合理性評析，於 108 年 7 月底前提報執行情形，請含前開分析結果。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1. 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。 2. 請加強個案管理機制，並評估整合糖尿病與慢性腎臟病方案（Pre-ESRD、Early-CKD）之可行性及支付效益，並納入 109 年總額協商擬案參考。
提升保險服務成效	300.0	0.0	1. 為提升保險服務成效，請中央健康保險署於 108 年 7 月底前提出各總額部門前 1 年一般服務各協商項目之執行情形（含成效）檢討，實施結果納入下年度總額協商參考。 2. 請中央健康保險署檢討總額預算挹注重要政策「推動分級醫療」之執行成效，並規劃中長期目標與策略，於 108 年 7 月底前提出專案報告。
特殊族群藥事照護計畫	30.0	-10.0	請中央健康保險署會同中華民國藥師公會全國聯合會研訂本計畫照護對象。
總計	14,191.2	1,410.0	

附錄七 108年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、醫院醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式

一、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116.4百萬元）移撥28.722億元，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弱勢鄉鎮提升醫療可近性獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」及「牙周病統合治療方案」等5項。
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（含移撥經費）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，移撥經費執行方式並送全民健康保險會備查。另移撥經費用於「牙周病統合治療方案」部分，請以民眾需求為前提，妥為規劃其執行方式及預算分配。

(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22.8百萬元）2.22%歸東區，97.78%歸其他五分區。
2. 前項其他五分區（不含東區）預算移撥3,200萬元，作為風險調整基金，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，則分配予就醫率最高之分區。
3. 其他五分區（不含東區）預算扣除上開移撥費用後，依下列參數占率分配：
 - (1)各分區實際收入預算占率：67 %。
 - (2)各分區戶籍人口數占率：13 %。
 - (3)各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
 - (4)各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
 - (5)各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。
 - (6)偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。
4. 所涉執行面及計算（含風險調整基金）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，風險調整基金執行方式並送全民健康保險會備查。

(三) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同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。

三、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：

1. 自一般服務費用（不含106年度於一般服務之品質保證保留款額度388.7百萬元）移撥1.5億元，作為風險調整基金，以襄助各分區偏鄉及弱勢醫療，運用專案管理模式，達各分區醫療平衡發展之目的。

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

(1)門診服務（不含門診透析服務）：

預算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。

3. 所涉執行面及計算（含風險調整基金）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，風險調整基金執行方式並送全民健康保險會備查。

(三) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，送全民健康保險會同意後執行。

附錄八 全民健康保險業務監理架構與指標

第1屆 103年第5次委員會議（103.5.23）討論通過
第2屆 104年第11次委員會議（104.12.25）修正11項指標

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數（整體及各層級）	半年	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 分子：急性病床住院日數 分母：急性病床住院申請件數 急性病床：包含一般病床、特殊病床、精神病床（均含收差額病床），惟不含安寧病床 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 增列之資料：於年度監測結果報告書增列各層級醫院最大值、最小值、標準差等資料 	院所營運效率／國際比較
	1.2 急診病人留置急診室超過24小時比率（整體及各層級）	半年	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 分子：急診病人留置超過24小時人次 分母：急診總人次 結果呈現：①醫院整體、②醫學中心、區域醫院、地區醫院分列 增列之資料：於年度監測結果報告書增列檢傷分類「1」、「2」、「3」級資料 	急診照護效率
	1.3 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 癌症死亡病人生前6個月每人申報醫療費用點數 增列之資料：於年度監測結果報告書增列「有接受安寧療護病人」、「未接受安寧療護病人」之資料 	資源運用適當性／觀察整體趨勢
	1.4 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 分子：輔導後平均就醫次數－輔導前同期平均就醫次數 分母：輔導前同期平均就醫次數 高診次保險對象：全年門診就醫次數≥90次之保險對象；包含西、牙、中醫門診之高就診輔導專案個案 	資源利用之管控結果
	1.5 區域醫院以上初級門診照護率	半年	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 分子：符合初級照護之門診案件數（不含門診透析） 分母：門診總案件數（不含門診透析） 初級照護定義：俟健保署完成修訂初級照護定義及ICD-10-CM／PCS編碼後，配合修訂本指標之初級照護定義及提供資料 	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
	1.6 各層級醫院服務量占率	季	<ol style="list-style-type: none"> 計算公式： 分子：該層級醫療點數 分母：醫院整體醫療點數 排除門診透析服務費用點數 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院 	資源分配及各層級醫院間之發展

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1.7 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	季	<p>1. 計算公式：</p> <p>(1) 病人數占率： 分子：該部門門診就醫人數 分母：西醫門診就醫人數</p> <p>(2) 件數占率： 分子：該部門門診申報件數 分母：西醫門診申報件數</p> <p>2. 部門別為：西醫基層、醫院總額</p>	就醫變動性
	1.8 藥品費用占率	半年	<p>1. 計算公式： 分子：藥品申報醫療點數 分母：整體申報醫療點數</p> <p>2. 醫療點數含交付機構</p>	藥品使用情形
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	半年	<p>分子：住院手術傷口感染病人數 (ICD-9-CM 次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5 或 ICD-10-CM 次診斷碼全碼為第 52 頁之指標定義)</p> <p>分母：所有住院手術病人數</p>	住院照護安全性
	2.2 急性心肌梗塞死亡率 (排除轉院個案)	半年	<p>1. 計算公式： 分子：分母中之死亡個案數 分母：18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患</p> <p>2. 急性心肌梗塞 [ICD-9-CM 前 3 碼 = 410 或 (ICD-10 前 3 碼為 'I21-I22') 之病患，包含門診、急診、住院 (排除轉院個案)]</p>	觀察急性照護品質之整體趨勢
	2.3 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	<p>分子：分母中有申報管理照護費人數 分母：符合糖尿病品質支付服務訂定之收案條件人數</p>	評估門診照護之品質
	2.4 照護連續性	年	<p>1. 計算公式： $COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N - 1)}$ </p> <p>N = 病患就醫總次數 n_i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義)</p> <p>2. 資料範圍：西醫門診案件 (不含牙醫、中醫)</p> <p>3. 排除極端值 (歸戶後就醫次數 ≤ 3 次，及 ≥ 100 次者)，因易使指標產生偏差</p> <p>4. 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性，再計算全國平均值</p>	評估整合性連續照護之品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一)醫療品質	2.5 醫院病床數 (整體、六分區及醫院各層級)	半年	1. 分別計算健保病床、差額病床 2. 結果呈現：①醫院整體、②健保六分區業務組、③醫學中心、區域醫院、地區醫院分列	健保病床之供給情形
	2.6 護理人力指標 – 急性病房全日平均護病比占率分布	半年	1. 計算公式： 分子：醫院該月每一個病房之（急性一般病床床位數 × 占床率 × 3）加總 分母：每月每日平均上班護理人員數之三班小計加總 護理人員數不列計「實習護士」及「專科護理師」，但列計「護理長」（以1人計） 2. 結果呈現：醫學中心、區域醫院、地區醫院分列占率分布	護理人力之供給情形
(二)效果	3.1 未滿月新生兒死亡率	年	(一年中出生未滿4週之嬰兒死亡數／一年內之活產總數) × 1,000	醫藥進步情形／國際比較
	3.2 孕產婦死亡率	年	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數／一年內之活產總數) × 100,000	衛生保健成效／國際比較
(三)公平	3.3 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度（各部門）	年	1. 計算公式： 分子：填答「非常滿意」及「滿意」總人數 分母：所有表示意見人數 2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	民眾就醫整體感受
	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）	年	1. 計算公式：依鄉鎮市區發展程度分類後，計算醫師數最高與最低兩組比值 分子：每萬人口醫師數之最高組別 分母：每萬人口醫師數之最低組別 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生（2011）定義，依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類，分為1級至5級區域，共5組 2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列 3. 增列之資料：於年度監測結果報告書增列最高、最低兩組「每萬人口醫師數」資料	人力供給之公平性
	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）	年	1. 計算公式： 分子：門診就醫人數 分母：總人數 醫療資源不足地區按該部門最近一年公告之醫療資源不足地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）之地區 2. 結果呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診分列	醫療利用之公平性
	4.3 家庭自付醫療保健費用比率	年	分子：家庭自付醫療保健費用 分母：國民醫療保健支出總額	民眾自費負擔趨勢

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(四)公平	4.4 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	1. 整體： 分子：自付差額特材申報數量 分母：特材申報數量 2. 各類別項目： 分子：相同用途自付差額特材申報數量 分母：相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量	民眾自付醫材差額之升降趨勢
(五)財務	5.1 保險收支餘绌實際數、預估數及兩者之差異率	季	分子：保險收支餘绌實際數－保險收支餘绌預估數 分母：保險收支餘绌預估數 保險收支餘绌=(年初至本季保險總收入－年初至本季保險總支出)	收支餘绌預估之準確性
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	季	分子：安全準備總額 分母：最近12個月之保險給付支出月平均數	保險之安全準備是否在法定範圍內
	5.3 健保費成長率與GDP成長率比值	年	分子：(本年保費收入－去年保費收入)／去年保費收入 分母：(本年GDP－去年GDP)／去年GDP	保費成長趨勢
	5.4 全民健保醫療支出占GDP比率	年	分子：全民健保醫療支出總額 分母：GDP 全民健保醫療支出總額包含保險對象自行負擔費用(部分負擔)	健保支出成長趨勢
	5.5 國民醫療保健支出占GDP比率	年	分子：國民醫療保健支出總額 分母：GDP	醫療保健支出水準／國際比較
	5.6 資金運用收益率	季	分子：本季保險資金運用收益 分母：本季保險資金日平均營運量	資金管理效率

2018 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108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>