

全民健康保險會

中華民國 108 年版 年報

擴大參與 健保永續



2019 Annual Report

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



衛生福利部 編印
中華民國 109 年 5 月

全民健康保險會

中華民國 108 年版 年報

擴大參與 健保永續



2019
Annual Report

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

CONTENTS

全民健康保險會 | 年報

目錄



序言

- 004 部長的話
- 005 主任委員的話

摘要

- 006 摘要

1

第一章

012 第一章 前言



2

第二章

016 第二章 組織、任務暨運作

- 016 第一節 組織與任務
- 029 第二節 委員會議之運作

3

第三章

038 第三章 協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

- 038 第一節 年度總額訂定概況
- 040 第二節 總額範圍諮詢
- 046 第三節 總額協商的準備作業
- 052 第四節 總額執行成果評核及運用
- 060 第五節 總額協定與分配結果





4

第四章

078 第四章 落實收支連動，穩健健保財務

- 078 第一節 健保收支連動之落實
- 085 第二節 召開專家諮詢會議提供意見
- 089 第三節 全民健康保險 109 年度一般保險費率審議

5

第五章

098 第五章 108 年度其他重要業務執行成果

- 098 第一節 確保給付項目合理調整
- 119 第二節 強化監理業務，奠立保險基石
- 151 第三節 提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務

6

第六章

166 第六章 研究發展

7

第七章

172 第七章 未來展望

附錄

- 180 附錄一 衛生福利部全民健康保險會第 4 屆（108 年）委員名錄
- 182 附錄二 108 年度大事紀（108.1.1～108.12.31）
- 195 附錄三 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構
- 198 附錄四 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則
- 200 附錄五 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序
- 204 附錄六 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配
- 237 附錄七 109 年度全民健康保險醫院、牙醫門診、中醫門診總額一般服務費用之地區預算分配方式

部長的話

全民健康保險會自 102 年成立迄今，每年依健保法第 5 條規定，為高達 7,000 餘億元的健保預算分配及相關的健保財務收支事項進行審議與討論，是全民健保重要的民意溝通平台，也是為民眾守護健保制度不可或缺的監督者。

108 年為擴大社會參與，第 4 屆委員人數由 35 人增為 39 人，更多元的民意展現，讓衛生福利部及中央健康保險署在政策規劃時，戮力朝向有效回應民眾需求及提升治理效能的終極目標邁進。雖然委員們來自不同的團體，代表著不同立場，但每當討論總額協商與費率審議等核心事項時，總是從民眾最大利益及健保永續經營的角度出發，透過前瞻思維理性討論，協議訂定出符合民眾所需的預算總額及分配，同時也為減少民眾負擔，對費率調整的幅度與時機嚴格把關。時中在此對於全民健康保險會全體委員無私奉獻的精神，致上內心最誠摯的感謝與敬佩，也特別感謝周主任委員麗芳願意承擔此一艱鉅任務，使各相關會議順利達成共識。

在 108 年各總額部門的協商項目及計畫中，「C 型肝炎口服新藥」、「癌症免疫新藥納入給付」，無疑都是社會關注的焦點，以 C 型肝炎口服新藥費用為例，因為治癒率高達 9 成，因此在委員的支持下，原編列 65.36 億元的預算，後又因應實際執行狀況所需，追加部分預算（以 19 億元為上限），使得受惠民眾超過 4.5 萬人，期望透過新醫療科技的引進，使 C 型肝炎患者早日得以治癒，恢復正常生活，也達到降低潛在相關併發症醫療費用的目的。

從近期國內和外在環境的變化來看，現在正是再次審視台灣健保體制與資源配置的最佳時機。因為人口快速老化、對新醫療科技與急重症照護需求持續增加，使得保險成本超過保險收入，改善財務收支結構性失衡已是不得不面對的當務之急，因此要呼籲全國民眾，配合分級醫療政策，珍惜健保資源，當用則用，不能浪費，因為當非預期性新興疾病風險來襲時，全民健保制度將會是健康保障的最佳後盾。最後，衷心感謝全民健康保險會委員對健保政策的支持、在協商時理智的判斷，以及對健保制度所提出的各種革新建言，同時也要向在國家艱難時刻，義無反顧站在第一線的醫療人員及全體國人，致上由衷謝忱，您們的奉獻與信任，體現了全民健保同舟共濟的基本價值，時中銘記於心不敢忘懷，願意在每一個關鍵時刻，跟大家站在一起，共同為我們的全民健保打拼到底。



衛生福利部 部長

陳時中 謹識

主任委員的話

全民健康保險會為健保政策之重要溝通平台，自成立至今已建立良好的運作模式，感謝歷屆主任委員鄭教授守夏、戴教授桂英、傅教授立葉及所有委員的努力與付出，奠定了全民健康保險會虛心傾聽及相互扶持的良好基礎。很榮幸能接任健保會 108 年第四屆主任委員，麗芳也將持續與 38 位委員共同來關心健保議題，為健保把關。

今年委員人數增加至 39 位，在這一年中，委員們代表各個專業團體貢獻自身智慧、團隊合作並充分討論，使議事效率大幅提升，健保業務順利推動，像是各部門總額執行成果的評核會議、109 年度總額協商及費率審議，還有各部門總額所舉辦的實地參訪等。感謝各位委員勇於承擔責任，儘管委員們各自代表不同立場，但總能從紛歧中凝聚共識、從健保各個面向提出建言，作為政策參考，麗芳在此向各位委員致上最高的敬意！

其次，感謝四大總額部門、藥師團隊及護理師團隊，在這 1 年來的努力付出，所有付費者代表都有目共睹，不僅提升醫療品質，改善城鄉差距，更落實以病人為中心的醫療照護，各總額部門評核結果也都獲得很好的成績表現。相信在各部門及團隊的投入下，台灣的醫療體系必定會越來越好！

另外，感謝李署長伯璋、蔡副署長淑鈴所率領的中央健康保險署團隊，每次會前都準備豐富齊備的會議資料，提供委員充分資訊作為參考，並與各個醫療團體協商，使眾多議案都能獲得圓滿的結果。感謝健保的主管機關，社會保險司商司長東福及盧副司長胤雯的回應，一同讓健保制度更好。

最後，要特別感謝周執行秘書淑婉所帶領的幕僚團隊，我充分地感受也實際見證到，他們是非常刻苦耐勞、任勞任怨的一群，積極安排了眾多活動，讓委員能深入瞭解議案內容，尤其是 9 月份年度總額協商會議，同仁除在會前須加班趕製諸多參考資料、還須因應會中各種狀況提供即時試算、甚至會後還須熬夜綜整各方意見迅速整理出結論，幾乎是要以全民健康保險會為家、以衛生福利部為家，感謝他們的付出讓全民健康保險會順利運作。

108 年我們共同完成甚多艱難的挑戰，本年報收錄各項議案的討論歷程及重要業務執行成果。109 年度健保總額已突破 7,500 億元，未來如何在照顧民眾醫療權益，並同時兼顧健保財務收支平衡，考驗著委員們的智慧，期待未來我們能以更寬廣的視野、多元的思維，集眾人的智慧，共同為健保永續發展努力，讓健保制度更好更穩健。

全民健康保險會 主任委員

司麗芳 謹識

摘要

全民健康保險會為健保政策之諮詢及民意溝通平台，每年核心工作為審議保險費率、協議訂定及分配健保醫療給付費用總額預算，以及監理全民健保業務。108 年衛生福利部為擴大社會參與，考量委員之代表性、專業性及公正性，爰修正「全民健康保險會組成及議事辦法」，增列被保險人代表 2 人、專家學者及公正人士 2 人，因此，全民健康保險會委員人數由 35 人調整為 39 人。

108 年度全民健康保險會的首要任務，即是完成 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配，經過事前的籌備，保險付費者與各總額部門醫界代表於 9 月 26 日及 27 日進行協商共識會議，雙方歷經長達 16 小時的協商，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算獲致共識完成協定，而醫院總額及西醫基層總額部門，雙方雖已釋出最大誠意磋商，惟對部分項目仍有差距，乃以兩案併陳方式，報請衛生福利部決定。經衛生福利部核（決）定，109 年度醫療給付費用總額成長率為 5.237%，總額預算達 7,526.4 億元。

全民健康保險會於完成各部門總額協定之後，需進一步協定健保 6 分區之地區預算分配，全民健康保險會委員進行地區預算分配，主要依據衛生福利部所規劃錢跟著人走的精神，漸進提升「校正人口風險後之保險對象人數」占率（R 值），並考量兼顧各總額部門服務特性及制度的延續性。109 年地區預算分配結果：醫院總額門診服務及西醫基層總額 R 值提升 1%，醫院總額住診服務及中醫門診總額則暫維持 108 分配方式，而牙醫門診總額則早已達 100% 依據 R 值分配之目標。此外，各部門總額也設有「風險調整基金」，以補強偏鄉及弱勢族群的醫療照護，並作為分區間調整風險之用。

依前述協議訂定之醫療給付費用總額，全民健康保險會審議中央健康保險署所提 109 年度全民健保保險費率方案，審議結果建議維持現行保險費率 4.69% 不予調整。經衛生福利部轉報行政院，由行政院核定 109 年費率維持 4.69%。另基於保險業務監理之立場，完成監測結果報告，從「效率」、「醫療品質」、「效果」、「資源配置」及「財務」等 5 大構面監測指標趨勢變化，就 107 年監測結果，多數指標呈穩定趨勢。此外，召開跨司署業務座談會，精進健保監理深度及廣度，委員並持續關切政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式外，督促中央健康保險署落實依法公告平均眷口數，促使平均眷口數從 0.61 調降為 0.58，均有助於健保制度運作。

健保給付範圍廣泛，如何在108年總額預算下合理調整給付項目，也是全民健康保險會委員十分關心的議題。在全民健康保險會的支持下，108年健保已將癌症免疫檢查點PD-1、PD-L1抑制劑新藥納入給付，增加臨床治療選擇，委員並多次請中央健康保險署提報執行情形及療效，促使保險人持續檢討給付條件。另配合衛生福利部加速根除C型肝炎之政策，108年C型肝炎治療預算增加至65.36億元，使給付條件得以不限肝纖維化程度，雖然7月底原編列預算用罄，全民健康保險會再依衛生福利部交議案同意追加以19億元為上限之預算，確保治療不中斷。除此之外，在全民健康保險會委員敦促下，108年牙周病統合照護處置已列為健保一般性常規服務項目，家庭醫師整合性照護計畫亦持續擴大實施，讓更多民眾能獲得完善之照護。

截至109年1月底，健保安全準備餘額約為1,771.41億元，約當3.23個月保險給付，106年起財務收支雖已出現短绌，但財務狀況仍屬穩健，109年全民健康保險會將朝發展符合國情之費率審議機制、精進總額執行成果評核及健保業務監理，以及強化全民健康保險會之議事效率等方向持續努力，以善盡全民健康保險法所賦予之相關權責與任務。

Abstract

The National Health Insurance Committee (NHIC) is an advisory council established with a remit to review the insurance's premium rate, to negotiate and allocate the global budget annually as well as to monitor other important related issues, to provide the Ministry of Health and Welfare (MOHW) with key policy consultation and public opinion on certain matters. The NHIC used to consist of thirty-five members representing a range of stakeholders including employers, the insured, medical service providers, government officials, experts and reputable public figures initially. In 2019, with the aim of maximizing social involvement, professionalism, and impartiality, the MOHW amended the Regulation on the Composition and Meetings of the National Health Insurance Committee with the addition of two members representing the insured and two experts/ reputable public figures. As such, the number of members of NHIC has increased from thirty-five to thirty-nine.

The foremost task of the NHIC in 2019 was to set the annual budget cap and its allocation for 2020. After preparations and a 16-hour negotiation meeting on September 26 and 27, the budget caps for the sectors of dental and Chinese Medicine were set. As for the sectors of hospitals and clinics, due to disputes on some items, consensus was not reached among stakeholders. Therefore, the MOHW served as an arbitrator and made the final decision of the budget caps for the two above sectors. In conclusion, the growth rate of the global budget in 2020 is 5.237%, totaling NT\$752.64 billion.

On the basis of above-mentioned annual budget cap, the NHIC had discussed further on the budget allocation of six geographic regions. In concert with the principle of "budgets following the patients" by the MOHW, the allocation of regional budgets are based on a region-specific, risk-adjusted capitation formula, while gradually increasing the percentage of "the insured with the population risk corrected" (R-value). According to the decision of NHIC, the R-value for the dental, Chinese medicine sectors remain the same in 2020. For the sectors of hospital and clinics, R-value of outpatient services are enhanced by 1% and for hospital inpatient services remains as 2019. In addition, a Risk-Adjustment Fund is reserved in each sector for the service needs in remote areas and for the disadvantaged groups, as well as adjusting risk from one region to another.

According to the global budget of 2020 defined in the above-mentioned negotiation and allocation, the NHIC reviewed the 2020 National Health Insurance Premium Rate Proposal from the National Health Insurance Administration (NHIA). Maintaining the current premium rate was advised according to the results of the review. The rate of 4.69% will not be adjusted. The decision to keep the rate at 4.69% for 2020 was forwarded to the Executive Yuan by the MOHW and approved by the Executive Yuan. In addition, for the sake of supervising the National Health Insurance-related issues, a monitoring report was prepared. According to the monitoring report

of 2018, observing changes in benchmark trends as indicated through five dimensions, namely efficiency, quality, effectiveness, allocation of resources, and finance, most indicators appeared to be steady. Besides, a cross-sectional meeting was held to supervise health insurance issues at further depth and width. Furthermore, the NHIC members continued to express their concerns about how the calculation of the regulatory lower limit of 36% for the annual NHI expenditure that the government should bear and urged the NHIA to apply the average number of the dependents as announced by law. This resulted in the average number of the dependents has been adjusted down from 0.61 to 0.58. All the efforts made by the NHIC members is conducive to the operation of the National Health Insurance system.

Given the comprehensive benefit of National Health Insurance, reasonably adjusting payment items under the global budget of 2019 was also an issue of high concern for members of the NHIC. With the support of the NHIC, the new drugs of Immune Checkpoint PD-1/PD-L1 Inhibitors for cancer have been already included in National Health Insurance coverage in 2019, meaning that there are more clinical treatment options available. The members also asked the NHIA to report on implementation and efficacy in order to constantly reflect upon payment criteria. In addition, fitting with the policy of MOHW to achieve the goal of hepatitis C elimination, the budget for treating Hepatitis C in 2019 was increased to NT\$6.536 billion, and the payment criteria has been no longer limited to patients with liver fibrosis. Although the original budget appropriated was used up at the end of July, the NHIC agreed on the addition of another budget of up to NT\$1.9 billion to ensure non-interrupted treatment according to the proposal by the MOHW. In addition, urged by members of the NHIC, comprehensive periodontal treatment has been already included as a payment item of National Health Insurance since 2019, and the Family Doctor Integrated Care continued to be implemented more extensively among primary care physicians so that more people can access proper care.

As of the end of January 2020, the balance of the safety reserve for National Health Insurance was around NT\$177.141 billion, equivalent to approximately 3.23 months of benefit payments. Despite the financial shortage starting in 2017, financial standing is generally stable. For 2020, the NHIC will continue to work on developing a premium rate review mechanism that is reflective of the national situation, improving the global budget implementation outcome rating and related issues supervision, and strengthening the meeting efficiency of the NHIC in order to fulfill relevant responsibilities and missions assigned according to the National Health Insurance Act.



前言

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



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，衛生福利部（下稱衛福部）依全民健康保險法（下稱健保法）第 5 條規定，於 102 年設立全民健康保險會（下稱健保會），由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，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。

健保法第 5 條規定，健保會法定任務包括：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協議訂定及分配、保險政策與法規之研究及諮詢、其他有關保險業務之監理事項。健保會委員均為各領域之菁英，108 年為擴大委員之代表性與專業性，委員人數由 35 人增加至 39 人，



委員莫不克盡職責，就健保會法定任務及健保相關事項，提供專業建言，共同為民眾福祉及健保永續經營努力，在這健保政策溝通平台，充分反映出多元意見及各領域賢達集思廣益之智慧。

為落實資訊公開透明，全民健康保險法施行細則（下稱健保法施行細則）第 4 條規定，健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開，爰自 102 年起每年編印「全民健康保險會年報」，介紹年度重點業務之辦理情形，供外界瞭解健保會運作之情形。本年報完整呈現 108 年健保會執行的成果，期讓讀者能瞭解健保政策討論的歷程和努力的點滴。





組織、任務 暨運作

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



第二章 組織、任務暨運作

第一節 組織與任務

一、組織體制

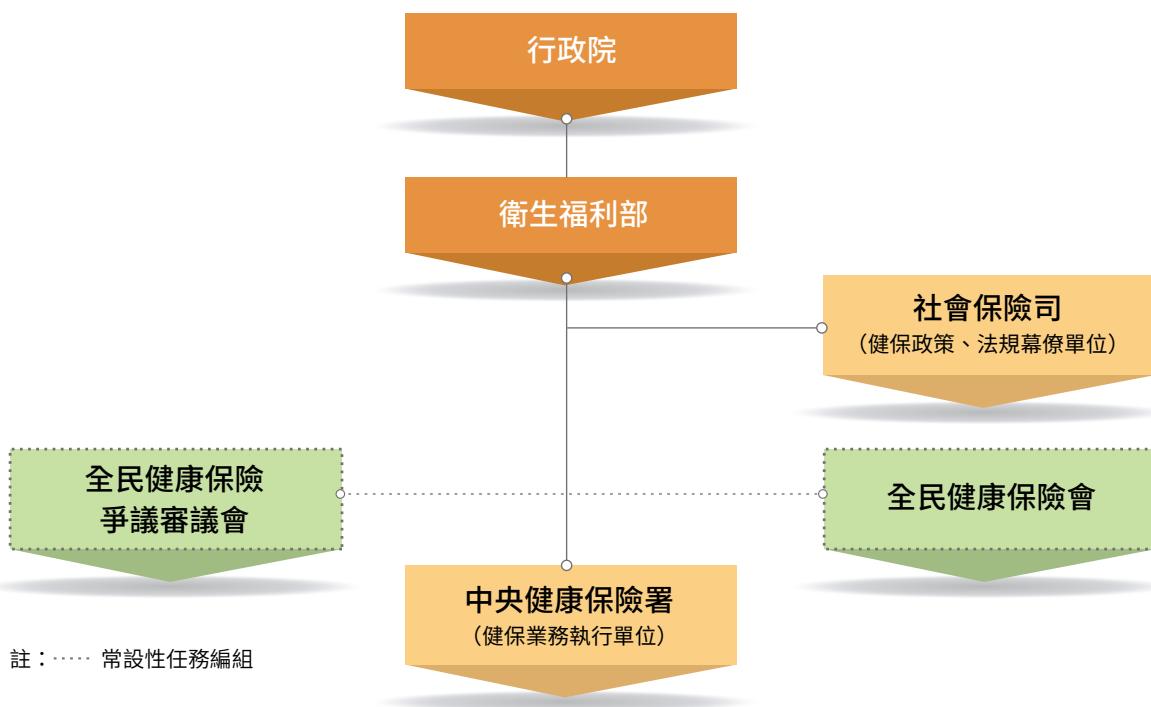
衛福部為健保永續經營，建構權責相符的組織體制、提高財源籌措的公平性、確保醫療品質及擴大社會多元參與等層面，乃進行檢討與前瞻性改革，並於102年1月1日實施二代健保，將一代健保時期的全民健康保險監理委員會（側重收入監督）及全民健康保險醫療費用協定委員會（著重醫療費用支出總額之協定與分配）整併為健保會，期兩會合一能將醫療給付與財務收支通盤考量，提升效率，落實二代健保「建構社會參與平台」及「財務收支連動」之核心精神。

依據健保法第5條規定，健保會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，屬常設性任務編組（全民健保組織體制如圖2-1），透過39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」（下稱組成辦法），健保會委員包括：保險付費者代表（被保險人代表、雇主代表及行政院主計總處）、保險醫事服務提供者代表、專家學者及公正



人士、國家發展委員會及主管機關（衛福部）代表，於健保會 102 年成立時，有 35 人。

107 年 12 月因應立法院於審查 108 年度中央政府總預算時，委員關切健保會之運作及委員發言內容等事項，並有許多社會團體一再爭取應於健保會中增加席次。為具體回應外界意見，於 108 年 2 月 12 日修正公布組成辦法第 2 條及第 15 條之 1，擴大委員之代表性、專業性及公正性，增列被保險人代表 2 人、專家學者及公正人士 2 人，全部委員名額由 35 人調整為 39 人。考量被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表之委員，各有其代表性，增訂委員本人或代理人，應本於其代表性，出席會議、發言及參與表決之規定。

上述 14 名被保險人代表委員之產生方式，11 人由衛福部參照被保險人類別，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。

表 2-1 委員產生方式

代表屬性		人數	產生方式
保險付費者代表	被保險人代表	11 人	參照被保險人類別，洽請有關團體推薦
		3 人	以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體推薦
	雇主代表	5 人	洽請有關團體推薦
	行政院主計總處	1 人	洽請主計總處推薦
保險醫事服務提供者代表		10 人	洽請有關團體推薦
專家學者及公正人士		7 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		39 人	

為使各類委員能確實代表所屬類別參與健保會，組成辦法並規定，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多元意見之期待，對於委員連任，特別規定保險付費者代表及醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。主要係為避免更替人數過多，影響業務傳承，而設定更替比率為五分之一。

另外界十分關切委員親自出席會議之情況，二代健保總檢討報告中亦建議委員應親自出席會議，以擔負起為所屬代表類別表達意見之責任，爰明定委員任期內親自出席會議之次數，為續聘之必要條件。又組成辦法第 15 條之 1 規定，被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表之委員或其代理人，應本於其代表性，出席會議、發言及參與表決。相關遴聘規定如表 2-2。

健保會第 4 屆委員聘期自 108 年 3 月 1 日至 109 年 12 月 31 日止，委員名錄如附錄一。

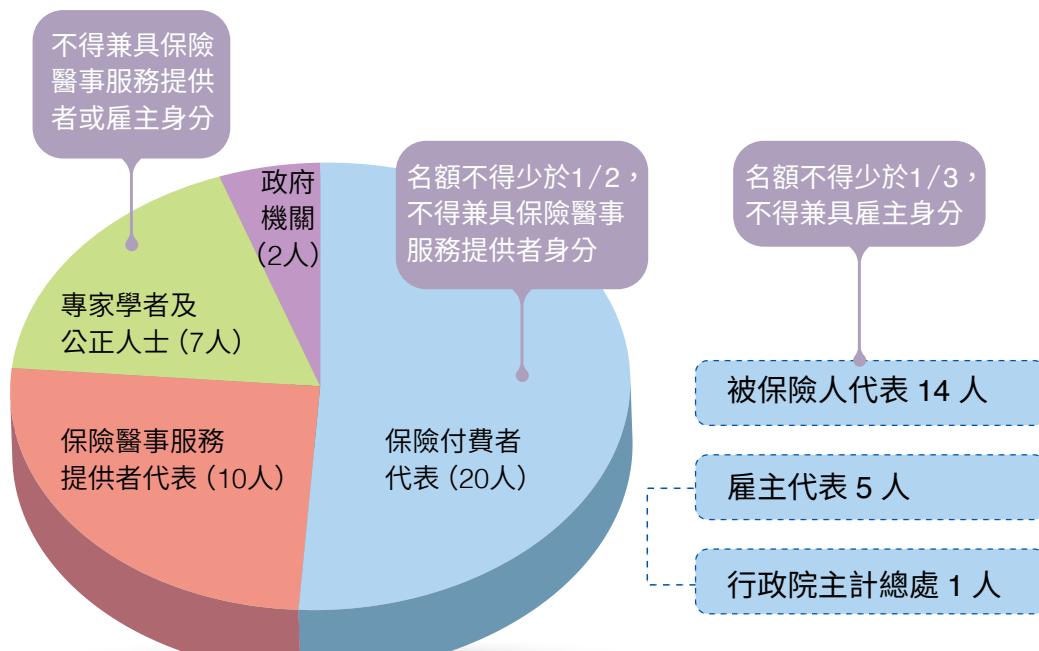


圖 2-2 健保會委員組成之規範

表 2-2 健保會委員遴聘之相關規定

強制性規定	<ul style="list-style-type: none"> 「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(組成辦法第 7 條) 各團體於推薦委員時，採以 2 倍方式為之(組成辦法第 4 條)
原則性規定	<ul style="list-style-type: none"> 「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(組成辦法第 4 條) 被保險人、雇主及保險醫事服務提供者代表之委員或其代理人，應本於其代表性，出席會議、發言及參與表決。(組成辦法第 15 條之 1)

(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。

健保會第 4 屆（108 年）委員（依姓氏筆劃）

周主任委員麗芳
國立政治大學財政學系
教授



千委員文男
中華民國全國總工會
常務理事



王委員棟源
中華民國牙醫師公會
全國聯合會理事長



朱委員益宏
台灣醫院協會副理事長
(台灣社區醫院協會理事
長)



何委員語
中華民國全國工業總會
常務理事



吳委員國治
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



吳委員鴻來
臺灣病友聯盟常務理事



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)



周委員穎政
陽明大學公共衛生研究所
及醫務管理研究所
教授



林委員敏華
中華民國農會保險部
主任



林委員錫維

全國勞工聯合總工會
榮譽理事長



邱委員寶安

中華民國全國職業總工會
副理事長



柯委員富揚

中華民國中醫師公會
全國聯合會理事長



翁委員文能

台灣醫院協會理事長



馬委員海霞

台灣社會福利總盟
副理事長



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



張委員煥禎

台灣醫院協會理事
(中華民國區域醫院協會
名譽理事長)



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



許委員美麗

中華民國律師公會全國聯
合會商事法委員會
主任委員



許委員駢洪

全國產職業總工會
副理事長



陳委員有慶

中華民國全國漁會理事

**陳委員炳宏**

中華民國工商協進會
(國泰人壽保險股份有限公司資深副理)

**陳委員莉茵**

罕見疾病基金會創辦人暨董事

**黃委員啟嘉**

中華民國醫師公會全國聯合會常務理事

**黃委員金舜**

中華民國藥師公會全國聯合會理事長

**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**

全國產業總工會會員代表

**滕委員西華**

中華民國身心障礙聯盟秘書長

**蔡委員明鎮**

台灣總工會理事長

**蔡委員登順**

花蓮縣政府勞資爭議調解委員會調解委員

**鄭委員建信**

中華民國全國教師會常務理事

**鄭委員素華**

全國工人總工會榮譽理事長

**盧委員瑞芬**

長庚大學醫務管理學系教授



賴委員進祥

財團法人寶佳公益慈善
基金會董事長



謝委員佳宜

國家發展委員會
副處長



羅委員莉婷

行政院主計總處
公務預算處專門委員

卸任委員（依姓氏筆劃）



古委員博仁

中華民國藥師公會
全國聯合會理事長



陳委員旺全

中華民國中醫師公會
全國聯合會理事長



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)

三、法定任務

(一) 任務簡介

健保法第 5 條規定，健保會法定任務包括：保險費率之審議、保險給付範圍之審議、保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配、保險政策、法規之研究及諮詢、其他有關保險業務之監理

事項。另依健保法第 72、73、74 條，尚須討論其他健保法所定健保會辦理事項，六大法定任務如圖 2-3。

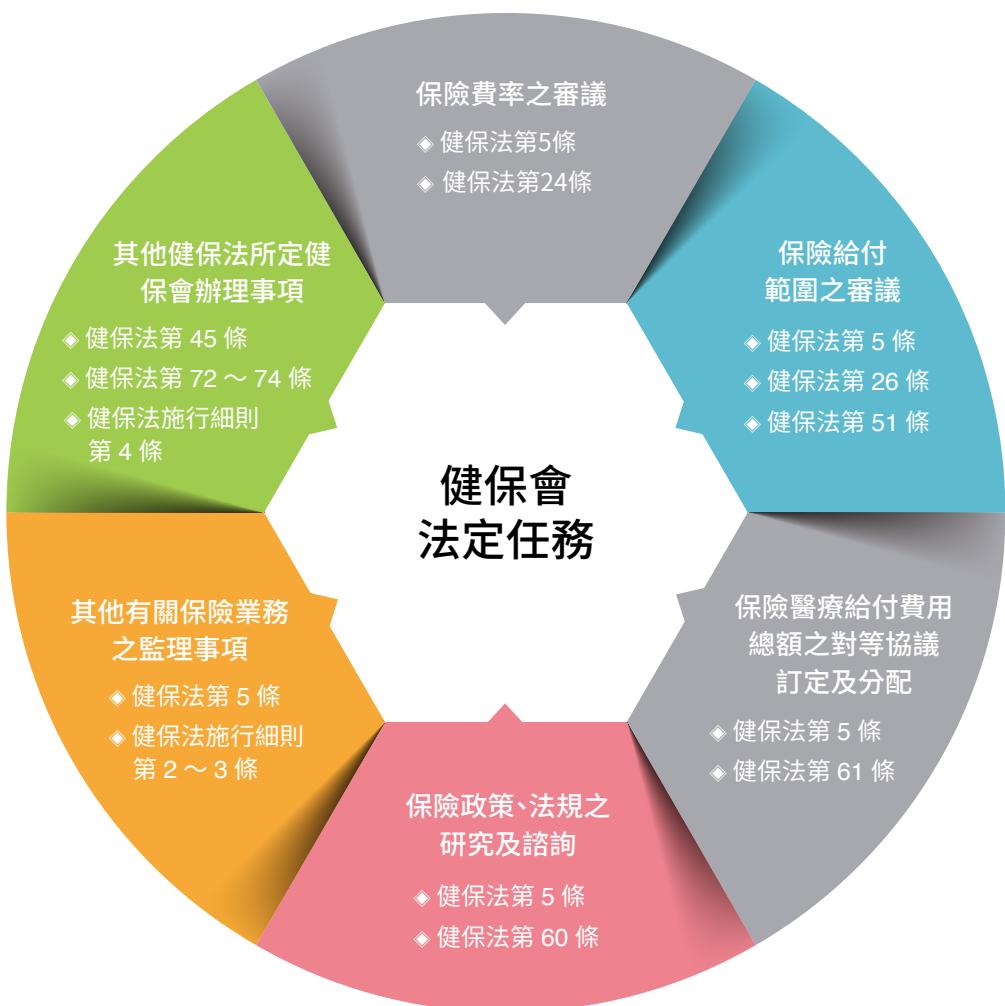


圖 2-3

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

1. 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	<p>☆辦理事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> 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
	<p>☆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。</p>
	<p>☆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。</p>
	<p>☆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。</p>

2. 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：

為對中央健康保險署(下稱健保署)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，其他健保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：

其他健保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。

第二節 委員會議之運作

一、會務運作

為辦理各項會務，「衛生福利部全民健康保險會設置要點」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2-4。

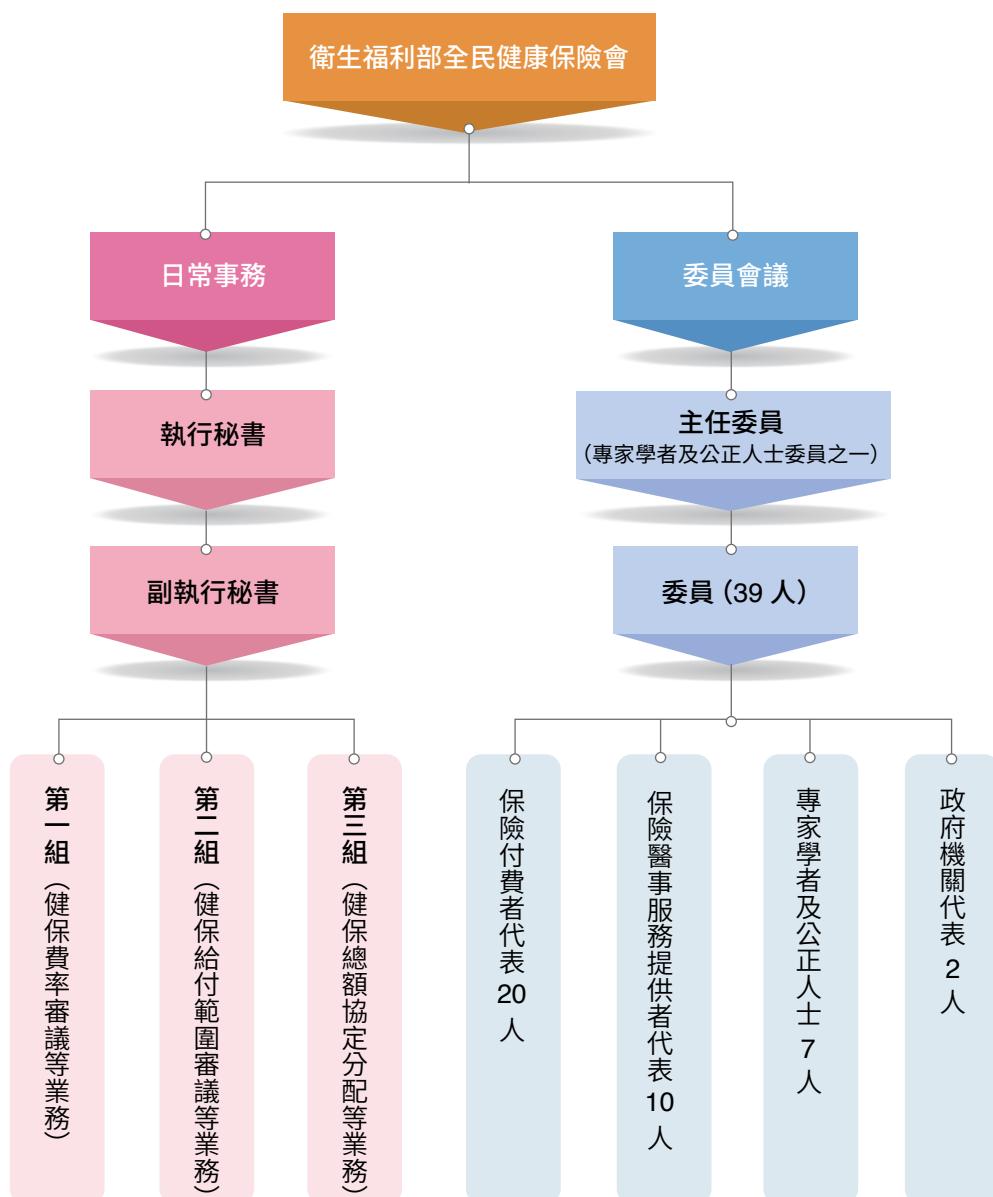


圖 2-4 健保會組織圖

二、議事安排及作法

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，為配合保險費率審議案報衛福部及行政院相關時程，將該次會議時間提前 1 週，使有充分的作業時間。

健保會討論之議案眾多，多具時效性，且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。為能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。

(一) 參加會議人員

依組成辦法，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，建立諮詢管道，使議案討論更順暢與周延。

(二) 會議議決方式

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

1. 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期時，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。

2. 保險費率與保險給付範圍之審議、保險政策與法規之研究諮詢、其他有關保險業務之監理等事項

應經出席委員超過二分之一同意行之。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。

三、提升議事效率精進作法

健保會為健保政策之重要溝通平台，議案之討論過程與決議，受到社會各界諸多關注。為利議事進行並提升效率，幕僚除加強會前準備工作、召開會前溝通會議、提供詳細資料，並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。

108 年第 4 屆委員人數從 35 名增加為 39 名，因委員來自不同團體而有不同立場，要從紛歧中凝聚共識，著實不易，基於歷屆委員對議事效率提升之期許，於第 4 屆第 1 次委員會議(108.3.8)，幕僚綜整歷屆委員對提升議事效率所達成之共識，提出精進作法，並於 108 年 3 月份業務訪視活動與共識營

(108.3.21～108.3.22)，再次就提升議事效率做法進行意見交流，重點如下：

- (一) 議程確認：遵照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。會議紀錄均已先函送委員，若委員有任何修正意見，應即早於會前向幕僚反映處理。
- (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。
 3. 逐步建立「追蹤事項處理原則」：每一追蹤案件如未能於次月解除追蹤，則需於委員會議確定該案之「預訂完成期限」及「管考週期」，以利後續追蹤並提升效率。

(四) 發言次數及時間：

1. 同一議案每位委員發言以3次為限，每次不超過3分鐘；除非已無其他委員發言且獲在場委員同意，方可進行超過3次的發言。
2. 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。委員發言內容離題、與議案本質不符或涉及人身攻擊，主席應適時提醒、制止。
3. 委員提案倘內容超出健保會權責時，主席可提醒委員非屬健保會職權範圍，其結論將轉請權責機關處理。

四、108 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。108 年度工作計畫如附件。

附件

全民健康保險會 108 年度工作計畫

類別	工作項目	預定期程	主辦(協辦)單位	備註
政策諮詢	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
一、業務相關活動				
	業務訪視活動暨共識營(兩天一夜) 預定地點：南區業務組轄下院所	3 月	本會 (健保署)	1. 依 106 年 11 月份委員會議決定事項辦理 2. 預訂 3 月 21、22 日辦理
	全民健保相關業務座談會	5 月	本會 (國健署、疾管署、C 肝旗艦辦公室)	1. 依 106 年 12 月份委員會議決定事項辦理 2. 預訂 5 月 7 日召開
二、專案報告				
業務監理	1. 106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形	3 月	健保署	依健保法第 73 條辦理
	2. 家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督(註 1)	5 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理
	3. 牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標)(註 1)	6 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理
	4. 強化基層照護能力及「開放表別」項目之檢討及規劃	6 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理
	(1) 各項開放表別項目之民眾利用情形及改善方向 (2) 「開放表別項目之中長程規劃(含具體目標及開放期程)」		醫全會	
	5. 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法(註 2)	7 月	健保署	依 107 年 9 月份委員會議決定事項辦理
	6. 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	7 月	健保署	依 107 年 12 月份委員會議決定事項辦理

類別	工作項目	預定期程	主辦(協辦)單位	備註
業務監理	三、例行監理業務			
	1.107 年度全民健保年終決算報告備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	2.109 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 (本會)	依健保法施行細則第 3 條辦理
	3.全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 (季指標另納入 3、9 月業務執行報告)	健保署 (本會)	1.依 107 年 6 月份委員會議決定事項辦理 2.本會訂於 6 月產製 107 年度監測結果報告
	4.自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1.依 105 年 6 月份委員會議決議之「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，107.6 納入之「鈦合金加長型伽瑪髓內釘組(長度 180mm 以上)」品項，如於 107 年 12 月尚未提報，則需於 108 年 5 月提報
	5.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



類別	工作項目	預定期程	主辦(協辦)單位	備註
總額 協議 訂定	1.各部門總額 107 年執行成果評核作業方式之討論	3 月	健保會	
	2.109 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
	3.109 年度總額協商架構、通則及程序之討論	5、6 月	本會	
	4.108 年全民健康保險各總額部門評核結果獎勵案之討論	5 或 6 月	本會	
	5.提報各總額部門 107 年執行成果評核結果(註 3)	7 月	本會	預訂於 7 月 18、19 日辦理評核會議，5~7 月準備資料
	6.109 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 26、27 日辦理總額協商暨委員會議，7~9 月前置作業
	7.109 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	本會	依健保法第 61 條辦理

類別	工作項目	預定時程	主辦(協辦)單位	備註
費率審議	1.109 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 109 年度保險費率案
	2.109 年度保險費率案之審議	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.健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論	11 月		依健保法第 74 條辦理
	3.健保署所擬訂 109 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
	4.健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議	配合健保署 送會時程	健保署 (本會)	依健保法第 26 條辦理
	5.健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：1.本項請健保署報告，並併入下列內容（請總額承辦團體提供健保署資料），總額承辦團體亦可視需要列席補充說明：

- (1) 家醫計畫：請醫全會提供「落實以病人為中心之照護策略」資料。
- (2) 牙周病統合照護計畫：請牙全會提供「牙周病之品質管控措施及成效監測指標」資料。
- 2. 本項原應於 108 年 6 月底前提出專案報告，惟考量 108 年 6 月才有完整數據，乃安排於 7 月進行報告。
- 3. 有關 107 年 9 月份委員會議決議之「檢討總額預算挹注『推動分級醫療』之執行成效（含規劃中長期目標與策略）」，將併入評核會報告。
- 4. 預定時程已參酌健保署建議安排。
- 5. 委員會議若另有決議（定）事項，配合調整相關工作項目。



協定醫療費用總額， 宏觀調控醫療資源

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



第三章 協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

全民健保立法之初，即明訂應實施總額支付制度，以宏觀調控醫療費用，緩解採論量計酬支付方式，使得醫療費用急速成長的問題。因此，於 91 年 7 月全面實施總額支付制度，由醫事服務提供者與保險付費者，預先協定次年度醫療給付費用總額及其分配方式，期透過規劃年度預算，導引資源合理配置及提升醫療服務效率，並控制總體醫療費用在合理範圍成長。

健保會是健保落實「財務收支連動」、「擴大社會參與」的協商平台，健保法第 60 及 61 條明定主管機關（衛福部）於年度開始 6 個月前擬訂年度總額範圍，須先諮詢健保會意見後，再報行政院核定。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，協議訂定總額及其分配方式，報衛福部核定，確定來年健保總額及分配，讓全民健保順利運作。

近幾年來，整體經濟成長持平，而民眾之醫療需求，也因人口快速老化、慢性病增加及新醫療科技之引進等因素而日益攀升。健保總額於 108 年突破 7 千億元大關後，109 年仍持續成長，因此總額協商時，不僅醫界及付費者委員所承受的壓力漸增，總額協商日益困難，在有限資源下，如何公平、合理、有效分配，是健保會所須面臨的考驗及使命。茲就年度總額訂定概況、健保會提供 109 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。

第一節 年度總額訂定概況

一、健保年度總額的訂定流程

為了讓健保資源發揮最大效益，從衛福部的政策規劃、健保會的協商分配、乃至健保署與各部門總額相關團體的推動執行，需各司其職，於期限內通力合作，方能完成年度總額協商及其分配，年度總額訂定流程如圖 3-1。

健保會為能在法定期限內，順利完成任務，在年初即策劃總額協商之期程及辦理內容，上半年主要對衛福部報行政院之年度總額範圍提供諮詢意見，並規劃總額協商之前置準備作業，包括：議定協商相關規則、編製協商所需參考資料及辦理前一年度執行成果評核等；下半年則緊鑼密鼓地召開年度總額協商座談會及共識會議，於議定各部門總額成長率及其地區預算後，報衛福部核（決）定後，由健保署與各總額部門據以研訂、執行各項計畫／方案，落實執行總額協定事項。



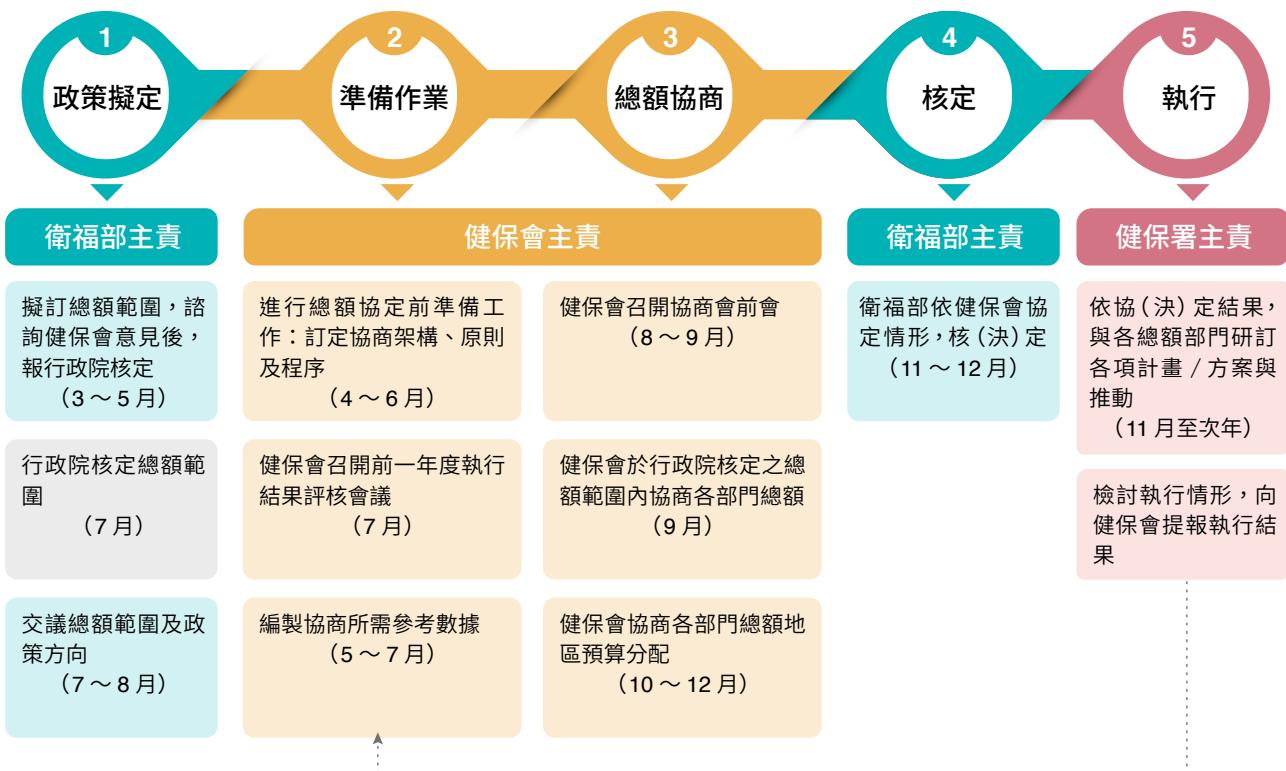


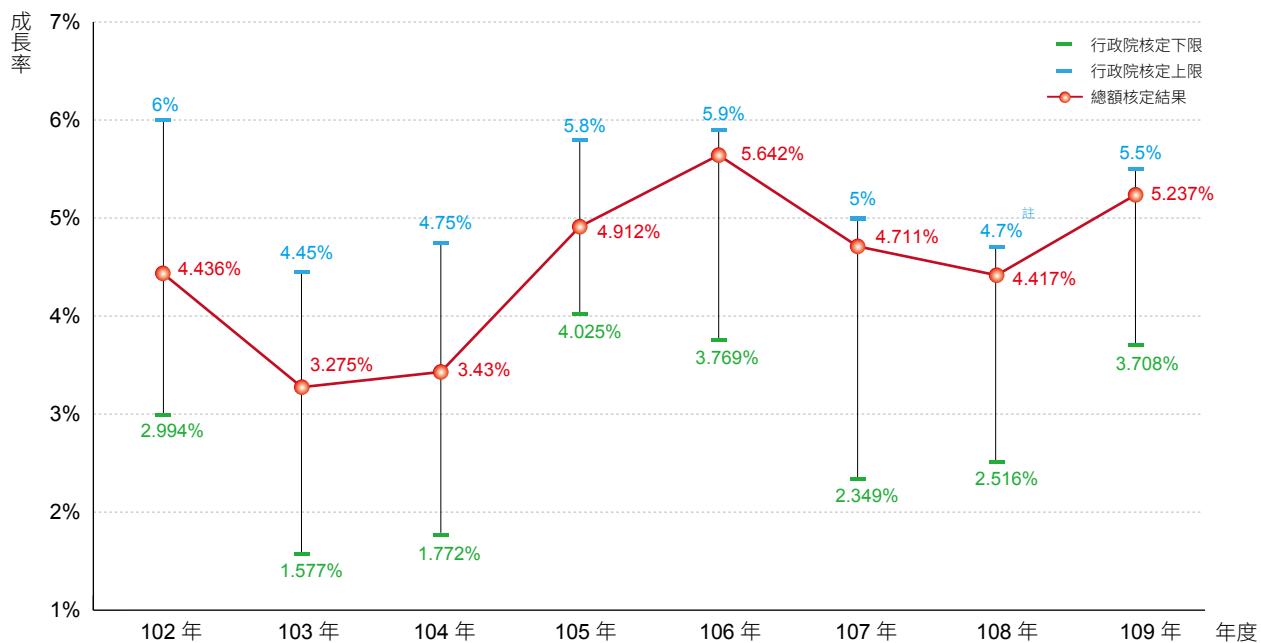
圖 3-1 年度總額訂定流程

二、年度總額訂定概況

歷年來健保會均在行政院核定之總額成長率範圍（上、下限）內，協議訂定總額及其分配方式後報衛福部核（決）定。102 年～109 年行政院核定總額範圍介於 1.577%～6% 之間，衛福部核定總額成長率介於 3.275%～5.642% 之間（如圖 3-2）。

108 年度健保會的首要任務，即是順利完成 109 年度總額協商，經過上半年的籌辦及協商準備，保險付費者與各總額部門醫界代

表於 9 月 26 日及 27 日的協商共識會議，雙方歷經長達 16 小時的馬拉松會議，牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算獲致共識完成協定，至於醫院總額及西醫基層總額部門，雙方雖已釋出最大誠意、反覆折衝，惟對部分協商項目仍有差距，乃以付費者及醫界代表兩案併陳方式，報請衛福部決定。經衛福部核（決）定，109 年度醫療給付費用總額成長率為 5.237%，總額預算達 7,526.4 億元。



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 3-2 行政院核定總額範圍及核定結果

第二節 總額範圍諮詢

衛福部於 4 月 22 日將擬訂之「109 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。經提 4 月份委員會議討論，健保會委員諮詢意見於會後送衛福部，作為陳報行政院核定 109 年度總額範圍參考。茲就衛福部擬訂之 109 年度總額範圍及政策目標，及健保會之諮詢意見分述如後。

一、衛福部擬訂之 109 年度總額範圍及政策目標

（一）109 年度總額範圍

以 108 年度總額範圍為基期，成長率範圍為 3.708% ~ 5.976%（圖 3-3）。預估金額為 7,419 ~ 7,581 億元，較前一年增加 266 ~ 428 億元。

1. 低推估值（3.708%）：

按「投保人口預估成長率」、「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」及「醫療服務成本指數改變率」合併計算成長率後，並以 108 年一般服務總費用占該年度醫療給付費用總額進行校正（即專款預算不列入基期）。計算方式如表 3-1。

2. 高推估值（5.976%）：

即「低推估值」（3.708%）+「調整因素」（2.268%），調整因素係衛福部依據 109 年度健保政策目標，以民眾醫療需求、政策推動對醫療費用之影響為主，並兼顧醫療體系發展、權衡民眾付費能力及健保財務收支情形等研擬。

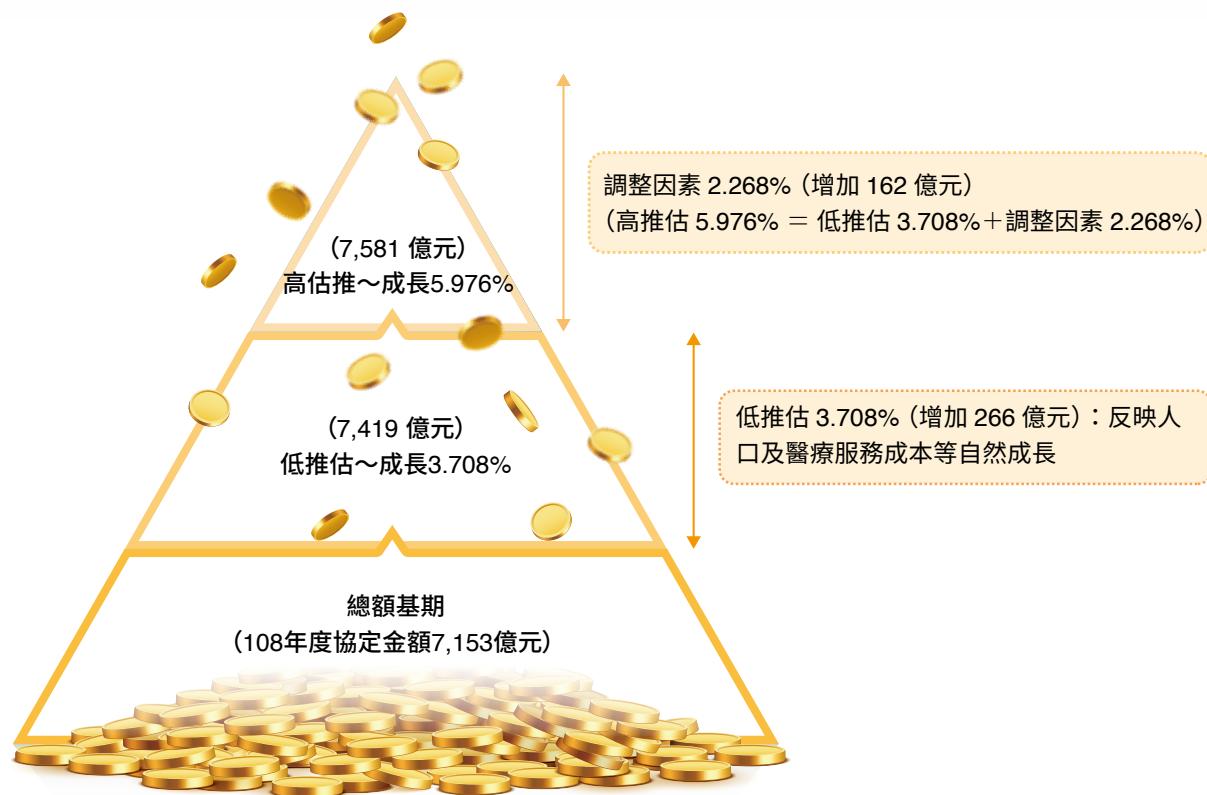


圖 3-3 109 年度總額成長率範圍（衛福部諮詢健保會草案）

表 3-1 低推估值計算方式（以 109 年度為例）

項目	說明	數值
低推估值成長率	醫療服務成本及人口因素成長率 \times 108 年一般服務總費用占 108 年度總額之比率 $3.708\% = 4.243\% \times 87.39\%$	3.708%
醫療服務成本及人口因素成長率	$(1 + A + B) * (1 + C) - 1$ $4.243\% = (1 + 2.181\% + 1.703\%) \times (1 + 0.346\%) - 1$	4.243%
醫療服務成本指數改變率 (A)	依行政院主計總處公布之調查資料，計算五類別之成本指數變動 五類別：人事費用、藥品費用、醫療材料費用、基本營業費用、其他營業費用	2.181%
投保人口結構改變對醫療費用之影響率 (B)	計算 107 年對 106 年投保人口年齡性別結構改變，對醫療費用點數之影響	1.703%
投保人口預估成長率 (C)	採 107 年對 106 年實際投保人口成長率	0.346%

(二) 109 年度總額之政策目標及調整因素

為因應我國老年人口快速增加、民眾對新醫療科技與急重症之照護需求及醫療體系健全發展等，衛福部致力於建置完善健康照護體系，及推動提升健康照護品質、促進民眾健康等措施，109 年度總額政策目標及調整因素內涵如圖 3-4。

1 持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值

運用醫療科技評估工具，提升醫療給付效益與品質，並減少民眾自付費用之負擔，如含新增醫療服務項目、特殊材料以及新藥引進，並放寬藥品、特殊材料之適應症。

2 鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向，提升病人照護之連續性

鼓勵各總額部門持續提升整合性醫療服務與用藥品質，加強民眾教育，減少不當醫療，並引導醫療服務提供者，重視提升民眾健康之責任。

3 合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布

持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障特殊族群就醫可近性，如罕見疾病、器官移植者、門診透析、牙醫特殊醫療及偏遠地區等醫療照護。

4 建立中長期（3～5 年）之協商機制，落實各項健保政策或改革，健全醫療體系之發展，提升給付效益與服務效能

★ 在需求面：配合「國家 C 型肝炎旗艦計畫」，C 肝治療用藥，建議以 7 年總預算進行協商，再視需要跨年度支應費用需求，另補足 108 年度預算不足數。
★ 在供給面：持續落實「分級醫療」，擴大「家庭醫師整合性照護計畫」之涵蓋率，健全基層照護能力，提升社區照護之可近性。
★ 配合各項措施推動，建立利益共享機制，如因應「住院醫師納入勞動基準法所衍生營運成本」編列預算、因「違反全民健康保險特約及管理辦法所扣減費用」列預算減項。

5 強化保險對象就醫相關健康知能，提升資源使用之責任

★ 持續鼓勵保險對象使用「健康存摺」，瞭解健康狀況及醫療利用情形。
★ 藉由各類論質或整合性照護計畫之推動，強化病人自我照護能力，有效使用健保資源。

圖 3-4

109 年度總額政策目標及調整因素內涵

二、健保會對 109 年度總額範圍(草案) 之諮詢意見

在 4 月份健保會委員會議中，對於衛福部的總額範圍草案，委員特別關心保險收支平衡及健保永續經營問題，經考量國家整體經濟、健保財務收支情形及醫療資源合理配置，提出諸多建議（詳如附件），重點意見如下（如圖 3-5）：

(一) 考量健保財務狀況，調整總額範圍

107 年保險收支已短绌 249 億元，若總額持續成長，將衝擊健保財務。建議行政院核定 109 年度總額範圍時，應考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整。

(二) 政策目標「建立中長期之協商機制，將 C 型肝炎（下稱 C 肝）治療用藥，採 7 年總預算協商，跨年度支應」部分，應審慎考量

1. 應依現有健保法「年度別醫療給付費用總額」的協議訂定程序，維持總額協商機制，不宜跨年度編列預算及支應。另考量 108 年度尚在進行中，建議訂出治療的優先順序，在匡定的預算額度內執行，使預算發揮最大效益。

2. 如果衛福部政策為使 C 肝病人儘速得到治療，而需要增加治療人數，則建議編列公務預算，以免加重醫界的財務壓力。

(三) 「住院醫師納入勞基法所衍生營運成本」部分，應有實際影響評估

應提出合理的經費估算方式及計算依據，並持續進行影響評估。考量勞基法實施後，在住院醫師固定容額之下，可能會以加班或替代人力因應，建議等實際施行後再做實際影響評估及預算協商。





圖 3-5

109 年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」諮詢意見摘要

附件

抄本

衛生福利部全民健康保險會 書函
 檔案地點：112558台北市忠孝東路6段488號4樓
 傳真：(02)85590646
 聯絡人及電話：陳淑美(02)85590678
 電子郵件信箱：hsmeilinda@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國108年5月2日
 發文字號：衛部健字第1083360067號

送別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：本會第4屆108年第2次委員會議議事錄(範錄)

主旨：檢陳本會對「109年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」
 (草案)之意見，請鑒察。

說明：

- 一、奉鈞部交下108年4月22日衛部保字第1081260154號函辦理。
- 二、關於鈞部依全民健康保險法第60條規定，擬訂109年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍，經提本會第4屆108年第2次委員會議(108.4.26)報告，茲整理委員關切意見如下，併同與會員發言實錄(如附件)，提請鈞部參考。
- (一)對109年度總額範圍之建議：

所擬總額範圍推估金額高達7,419億元(低推估)-7,581億元(高推估)，目前健保收入6千多億元，107年保險收支已短縮249億元，若總額持續成長，將衝擊健保財務。爰建議行政院核定109年度總額範圍時，宜考量整體經濟狀況及民眾付費能力，再行評估、調整。

- (二)對109年度總額政策目標與調整因素之建議：

- 1、有關「建立中長期(3~5年)政策推動之協商機制，提升給付效益、服務效能，落實整體制度之改革」之調整因素中

第 1 頁 共 3 頁

「配合國家C型肝炎旗艦計畫，增加C肝治療用藥46.6億元」乙節，涉及跨年度預算編列及支應費用，不符健保法，且違反總額協商精神：

- (1)健保法明訂「年度別醫療給付費用總額」之協議訂定程序，年度總額經協定後，即依分配後之總額核付費用。無法跨年度編列總額預算及支應費用。

- (2)總額之訂定及保險費率之審議，係依當年度收支為基礎，考量財務平衡原則設算。因此，健保法明定，若增加給付項目、內容或標準致影響保險財務平衡，必須擬定調整給付範圍方案，依法定程序辦理。爰反對以109年預算回補108年C肝治療用藥預算不足數。

- (3)總額支付制度旨在預先擬定年度預算，並在額度內規劃使用。若執行超出預算，可以來年預算補足，將破壞總額協商精神，不利預算管控。

- (4)考量去(107)年總額協商時已對108年C型肝炎治療用藥預算需求進行評估，並匡定金額與適用範圍，且108年度仍在進行中，應該有多少預算，相對執行多少病例，不宜突然擴大適應症或增加新病人。

- (5)建議在匡定的預算額度及治療人數內執行，訂出治療的優先順序，使預算發揮最大效益。若政策推行上，為了讓C肝病人儘速得到治療，需增加治療人數，則建議編列公務預算支應，以免加重醫界的財務壓力。

- (6)重申C型肝炎藥費所增加之費用，不應重蹈去年覆轍，於總額範圍外再予外加，應在總額成長率範圍內，遵循法定協商程序，經本會協商始得納入總額。

- 2、有關「因應住院醫師納入勞動基準法所衍生營運成本之增加」乙節：

第 2 頁 共 3 頁

(1)付費者、專家學者及公正人士委員意見：

- 甲、對於經費之估算，應提出合理的估算方式及計算依據，並持續進行影響評估。
- 乙、勞基法實施後，在住院醫師固定容額之下，可能會以加班或運用替代人力因應，目前尚難預估實際影響，宜待實際施行後有執行數據，再行評估及預算協商。
- 丙、適用勞基法衍生的人事成本，屬醫院經營成本，並非醫療費用，不應編列總額預算由全民分擔。

(2)醫事服務提供者委員意見：

- 甲、109、110年度各編列10億元、17億元，與醫界的推算差距很大，請評估並提出計算依據。
- 乙、草案中提到「第三年以後評估MCPI之反映情形，減少預算」，人力成本指數(人事費用)主要採平均薪資，反映的是單價。在住院醫師員額固定的情況下，納入勞基法後，能值班時數降低，要由其他的人員(專科護理師)來補足，惟其薪資至少差2-3倍，MCPI可能不升反降。因此，不能只簡單考量價格因素，持續進行整體評估，而非直接減少預算。

附帶決定：諮詢草案中關於建立中長期(3~5年)之協商機制一節，涉及未來年度總額預算編列，建議逐年提送本會討論。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

第 3 頁 共 3 頁

第三節 總額協商的準備作業

經過多年的總額協商，透過經驗的累積，健保會漸漸發展出成熟穩定的協商模式，完善的協商前準備工作，是成功協商的基礎，包含：事先建立協商的共通性原則與架構、準備客觀的數據做為協商基礎，以及協商前召開溝通會議建立協商共識等工作。茲就各項準備工作分述如後。

一、訂定 109 年度總額協商架構、原則與程序

健保會援例於 108 年 5~6 月研修協商相關規則，包含 109 年度「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」、「全民健康保險醫療給付費用總額協商原則」及「全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」(研修結果詳如附錄三～五，摘要內涵如圖 3-6)，以有效配置健保預算，並讓 9 月總額協商有所依循。109 年度協商程序主要依照 108 年度方式辦理，另依實務需要，修正協商架構與原則，重點如下：

(一) 總額協商架構

1. 修正「醫療服務成本及人口因素」資料採計年度：配合衛福部報行政院之總額範圍（草案），採用最近一年可取得之資料計算。
2. 修正「醫療服務成本指數改變率」成本項目權數：原採行政院主計總處 100 年工商及服務業普查結果，配合主計總處發布 105 年調查結果，更新相關數據。

(二) 總額協商原則

1. 增修「協商因素」之給付項目調整原則：為釐清健保會權責，避免與健保署藥物、特材及支付標準共同擬訂會議（下稱共擬會議）權責混淆，明定健保會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，不涉及個別給付項目之決定。
2. 修正「其他原則」：明定年度總額業經衛福部核定後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，應依照健保會議定之「全民健康保險會會議規範」程序辦理。



架構

★ 總額部門切分：

由牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門及其他預算組成，其中西醫基層及醫院總額內含門診透析服務費用，合併兩部門之透析服務費用，並統為運用。

★ 協商架構組成：

- ◆ 醫療服務成本及人口因素：反映醫療費用自然成長，採行政院核定數值。
- ◆ 協商因素項目：包含保險給付項目及支付標準改變、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康、其他醫療服務密集度改變、醫療服務效率提升及其他預期之法令或政策改變等因素，經由協商議定之。
- ◆ 專款項目：針對具有特殊性、鼓勵性、目標性之特定計畫或項目，採零基預算，直接協定預算額度。

原則

★ 內涵：

包含費用基期、醫療服務成本及人口因素、協商因素、專款項目等協商原則。

★ 意旨：

建立一體適用的共通性原則，讓各界代表協商時有所依循，提高協商效率。

程序

★ 會議安排：

- ◆ 依全民健康保險會組成及議事辦法「對等協商」之規定，於總額協商前，事先議定協商會議之與會人員、協商時段安排、進行方式等規則。
- ◆ 協商共識會議：於 108 年 9 月 26 日召開，依委員會議（108.7.26）抽籤結果，依序進行西醫基層、牙醫、醫院、中醫部門及其他預算協商。
- ◆ 總額協商結果確認：108 年 9 月 27 日召開第 7 次委員會議，於會上確認協商結果（109 年度協商會議暨第 7 次委員會議議程表詳附件）。

★ 協商原則：

- ◆ 各總額部門分三階段協商，明訂付費方、醫界方及專家學者與公正人士的角色。
- ◆ 明訂未能達成共識之處理方式、重新協議之規範、協商終止點。

圖 3-6 109 年度總額協商架構、程序及程序之內涵

二、編制總額協商所需之參考數據

我國因人口老化及民眾對新醫療科技之期待，協商議題日益多元，為妥善分配7千多億元的健保預算，須有客觀的數據做為協商基礎。為完備總額所需資訊，每年編製「總額協商參考指標要覽」及「總額評核指標摘要」等成冊資料，提供委員查閱健保相關數據、執行成果等實證數據，強化決策支援，提升協商及醫療資源使用效率。

(一) 編製總額協商參考指標要覽

編製「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」，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健保相關資料及OECD公開之統計數據，包含以下資料：

1. 全民健保醫療給付費用配置：醫療費用支出、醫療利用及國際比較。
2. 付費能力與醫療供需：付費能力與醫療供需參考指標及國際比較。
3. 醫療支出分攤情形：個人醫療支出於政府、健保、家庭三方分攤情形。
4. 歷年各部門總額協定結果與相關數據。
5. 各部門總額之執行情形：
 - (1) 部門別：包含牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額部門、門診透析服務及其他預算等部門資料。
 - (2) 資料別：包含各部門之醫療利用概況、點值分布情形、醫療品質指標、民眾滿意度、專案計畫執行結果及6分區比較資料。

為使本工具書提供更充分、詳實之數據，以應總額協商所需，108年版本除更新年度資料外，並增修西醫基層總額、醫院總額之專案計畫執行成果指標，及門診透析服務之移植率與重大傷病項目之年底有效領證數及醫療費用點數等資料。

(二) 編製各部門總額107年度評核指標摘要

每年四總額部門及健保署所提報的執行成果資料繁多，為增進資料的客觀性與可用性，健保會幕僚會就所提成果資料，以跨部門方式，綜整四部門總額共同性指標及重要成果資料，整體性呈現客觀數據，讓評核委員與健保會委員可以快速檢視總額執行結果。「評核指標摘要」內容重點如下：

1. 年度重點項目：為使總額執行聚焦於政策目標及民眾關切之重點項目，自106年起將各總額部門之年度重點項目納入評核內容，108年起新增績效指標與目標值，利於評核時，檢討過去一年執行結果，作為下一年度改善的努力目標。
2. 一般服務項目：依評核四大面向（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），綜整跨部門總額之共同性指標及重要數據。

3. 專案計畫：依各部門總額別，表列各項專案計畫執行結果重要數據及 3 項關鍵績效指標及監測結果。

三、召開總額協商會議，建立協商共識

衛福部於 7 月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 9 月召開正式協商會議前，安排座談會 / 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，並協助委員瞭解協商項目之內涵，相關會議辦理情形如下：

(一) 召開「109 年度總額協商計畫(草案) 會前會」，以利醫界及付費者委員充分溝通

於 8 月 22 日全天召開協商會前會，主要就四個總額部門及健保署所規劃的「109 年度總額協商因素項目及計畫(草案)」進行意見交換，委員對於新醫療科技、醫院因應門診減量之配套措施、因應住院醫師納入勞基法、C 肝檢驗檢查費、調升中醫每日藥費、牙醫感

染管制等項目的合理性及編列預算，提供諸多意見。

針對委員討論的內容及相關意見，經幕僚彙整後，送請各總額部門及健保署妥予補充回應說明，並據以研修總額協商草案後，提 9 月份總額協商，期藉由事前溝通，拉近協商雙方對總額期待的差距。

(二) 召開「健保署和付費者代表、專家學者與公正人士座談會」，增加委員對政策方向之瞭解

於 9 月 3 日舉辦座談會，安排健保署就衛福部規劃的政策目標，提供各協商項目進一步說明，增進委員對整體資源配置的瞭解，以利健保資源做最有效益的配置。委員特別關心歷年總額投入政策推動項目(如：健保雲端查詢系統、分級醫療推動策略)執行成效與節流金額、各項經費編列的合理性，以及各專款計畫執行效益等資料。

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，促使協商能建構在客觀的科學數據基礎，進行資源配置。

附件

109 年度全民健保醫療給付費用總額協商暨本會第 4 屆 108 年第 7 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
9/26(四)		
09:00~09:30	報到	
09:30~11:10	① 西醫基層總額之協商（100 分鐘）	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社 保司、健保署與本會幕僚
11:10~11:20	中場休息	
11:20~12:10	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)
12:10~13:10	午餐	
13:10~14:30	② 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
14:30~14:40	中場休息	
14:40~16:40	③ 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
16:40~16:50	中場休息	
16:50~18:10	④ 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
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）	
9/27(五)		
11:00~14:00	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。



第四節 總額執行成果評核及運用

我國全民健保制度已實施 24 年，雖然在國際上早已是各國學習的典範，但我國持續追求更好的健保制度及醫療服務的腳步從未停歇。世界著名商業雜誌 CEOWORLD 雜誌在 108 年 8 月 5 日公布，經過評比世界 89 個國家的「健康照護指標」，台灣取得世界第一的好成績，勝過第 2～5 名的韓國、日本、奧地利及丹麥。

健保總額支付制度的運作效能，攸關健保制度的長遠發展，因此健保會每年於 9 月總額協商前，舉辦年度總額評核作業，邀請專家學者就前一年各部門總額執行成效進行評核，評核結果與建議作為下年度總額協商之參據。成效結果優良的總額部門，於次年度總額酌給獎勵額度，專款項目之成效，則作為未來經費增減及續辦與否之依據。

近年來，健保會為了強化總額預算檢討與回饋機制，乃藉由目標設定、執行成果評核與總額協商間相互扣連（如圖 3-7），滾動調整，使總額部門持續精進，讓健保資源投注於對民眾更有價值及效益的醫療服務。茲就評核作業方式、評核結果與建議及後續獎勵運用分述如後。

一、評核作業方式及改革方向

(一) 評核作業之規劃與流程

為順利推動評核作業，於年初即由健保會幕僚研擬評核內容草案（包含：評核項目、報告大綱與指標等），請受評之總額部門承辦團體及健保署提供修正建議後，提經健保會 108 年第 1 次委員會議（108.3.8）議定。預先就評核範圍、辦理方式、評核項目與配分、評核結果之運用等，討論定案，俾利受評單位



圖 3-7 總額預算執行、成果評核與總額協商關係圖

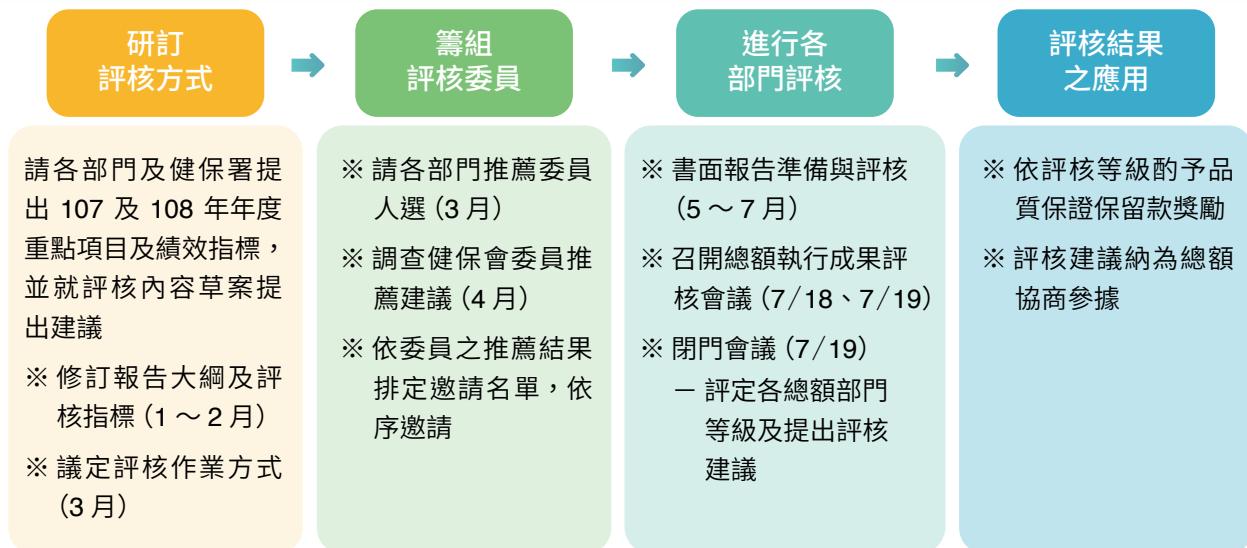


圖 3-8 辦理各總額部門評核作業流程

即早規劃準備。依照委員會議定之評核作業方式，年度評核作業流程如圖 3-8。

(二) 執行成果評核之改進

近年來，健保會為了強化總額執行成果評核與總額預算協商之扣連，進行了以下改革，期藉由預先設定努力目標，事後檢討績效，並回饋預算編列等方式，持續提升總額預算運作效能：

1. 評核項目聚焦於年度重點項目，並預先設定績效指標：

(1) 106 年度起，請各總額部門以政策目標、總額協定要求及民眾關切議題為主軸，預先設定年度重點項目，引領努力方向。

(2) 107 年度起，就年度重點項目設定績效指標，108 年度起，訂定績效指標目標值，以作為努力的標竿。

2. 強化總額協商與評核結果扣連，年度滾動調整：

(1) 將評核建議納入總額協商參據，專款計畫之成效，作為該項經費增減及續辦與否之依據，評核之重要改善建議，納入總額協定事項，以落實改善。

(2) 108 年起於總額協商時，對於新增之一般服務及專款項目，需一併議定「執行目標」與「預期效益之評估指標」，並於未來評核該年度績效時進行檢討。檢討結果，再納入未來總額協商參據，滾動調整。

二、評核會議之評定結果及建議

依年度工作計畫排定於 108 年 7 月 18、19 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，與會者除健保會委員外，也廣邀民間團體、病友團體及相關機關（構）等代表約 200 人與會，共同檢視總額的執行績效，並提供建議。



本年度以評核 107 年度總額執行成果為主，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，更從健保制度長遠發展角度，提出資源有效運用及健保永續經營之改進方向，評核委員所提之建議，說明如下：

(一) 整體性建議

評核委員認為整體環境變化加速，面對人口老化、少子化、醫療費用逐年成長、經濟成長減緩等重要挑戰，如何讓健保永續，宜預作相關規劃。並建議整體檢討所有專案計畫的合宜性及必要性。評核委員所提整體性建議詳表 3-2。

表 3-2 評核委員整體性建議

項目	整體性建議
整體資源配置及一般服務	<p>1. 資源有效運用及健保永續經營：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 肯定健保署在分級醫療、雲端查詢及審查管理方面的努力，惟整體環境變化加速，面對人口老化、少子化、醫療費用逐年成長、經濟成長減緩等重要挑戰，如何讓健保永續，宜預作相關規劃。 (2) 總額預算成長顯著，從 95 年 4,237 億元，成長至 108 年 7,153 億元，成長了 168%，考量未來財務支撐能力，宜思考因應對策。 (3) 西醫藥費占率已經從 25% 成長到近 30%，檢驗(查)費用占率也有上升，宜考量費用結構合理配置。 (4) 推行政策時，應瞭解醫療院所實務因應做法，也應強化民眾自我健康管理的責任感。 <p>2. 分級醫療及鼓勵轉診：</p> <p>建議進一步進行人數及流向統計，並利用轉診資訊系統進行轉診適合度分析，瞭解成功轉診病人的特性及病情等，做為進一步推動分級醫療的參考。</p> <p>3. 建議健保制度相關監測調查可納入民眾對新興健保政策的認知、接受度與行為改變。</p>
專款項目	<p>1. 請整體檢討所有專案計畫的合宜性及必要性，方案太多會分散力量，對於執行率偏低之計畫，請瞭解原因。</p> <p>2. 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(Pre-ESRD 及 Early-CKD) 有一定的成效，但發生率與盛行率仍在增加中，應思考更前期的慢性病防治。</p>

表 3-3 評核委員對四總額部門年度重點項目之建議

總額部門	年度重點項目之建議
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 分級醫療要能成功，跨層級醫療機構間須有實質合作，若僅依賴轉診及部分負擔，效果有限。 門診減量措施，是分級醫療重要策略，醫學中心及區域醫院門診次數減量目標有達成，但應瞭解減量部分的內涵，包括病人數或人次增減、病患特性及病人流向等，以做為制度進一步推動的參考。 醫學中心及區域醫院下轉的人次雖有提升，但占醫院門診就醫人次占率非常小，應思考轉診外的其他分流措施。
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> 西醫基層 107 年轉診件數及慢性病照護件數大幅上升，肯定對分級醫療推動的努力，但基層院所接收醫院轉診案件尚有努力空間，建議與醫院建立良好的照護銜接與合作機制，增加民眾的信賴。 「開放表別」項目中，部分項目執行數偏低，建議再審視評估，並進行病人流向分析。 107 年家醫計畫指標達成情形中，潛在可避免急診率、可避免住院率高於同儕 50 百分位，會員門診就醫次數微幅增加，宜再深入瞭解原因。
牙醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 107 年牙醫院所加強感染管制診察費申報率為 91.9%，建議盡速輔導所有院所遵循感染管制作業規定，以確保民眾就醫安全。 國人牙齒保存情形 <ol style="list-style-type: none"> 為提升國人牙齒保存之情形，其中所訂之績效指標具累退現象，建議參考國際標準訂定正向指標。 參考國際訂定 12 歲兒童 DMFT<1 作為長期目標值得肯定，建議邀請相關單位與牙醫界共同推動及配合，以提升孩童牙齒健康。
中醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 肯定中醫在醫療資源不足地區努力提供服務，改善其就醫可近性。 對於中醫未來規劃，建議強化中醫利用情形及相關影響因素的數據建立與分析，對於中醫利用率應有積極的長期規劃。 有關「發展中醫特色的癌症全人醫療照護模式」之目標，建議以發展中醫特色之照護模式為主要方向，減少輔助性角色。

(二) 年度重點項目之建議

評核委員對於評核能聚焦於年度重點項目及預先設定績效指標表示肯定，對於醫院及西醫基層推動分級醫療及家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）、牙醫推動感染管制及牙齒保存、中醫對醫療資源不足地區可近性改善等重要項目，給予改善建議，以做為制度推動的參考。評核委員所提年度重點項目之建議詳表 3-3。



表 3-4 評核委員對四總額部門一般服務及專款項目之建議

總額部門	一般服務及專款項目之建議
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 肯定醫院協會自去年開始承接總額專業事務之委託及努力，今年在自主管理上有很大的進步。 醫院門診費用比例已高達 57%，建議進一步分析門診醫療類型及占比，以瞭解門診樣態及其合理性。 急診檢傷分類第 3 級病人逐年成長，是否由第 4 級病人移轉而來，應予瞭解，以免影響相關成效指標的結果。
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> 107 年醫療服務品質調查，民眾滿意度中與自費相關項目（如：民眾自費、因就醫費用過高而不就診）有上升情形，值得注意。 因應台灣人口加速老化，建議在硬體及軟體上，建置友善就醫環境。 糖尿病論質計酬照護計畫成效良好，但照護涵蓋率有待提升。
牙醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 肯定牙醫部門提供民眾牙醫醫療服務的各項努力及專業自主管控的能力，促使民眾就醫公平與牙醫醫療資源分配更具效率。 103～106 年牙周病統合照護計畫目標達成率（以第 2 階段認定）及預算執行率超過 100%，107 年目標達成率為 89.9%、預算執行率為 91.9%，建議宜深入瞭解原因。（本計畫於 108 年導入一般服務）
中醫門診	<ol style="list-style-type: none"> 中醫就醫率及就醫人數仍逐年下降，建議分析原因，並設法讓民眾認識中醫價值。 滿意度調查中，「因就醫費用過高而不就診」為 20.9%，民眾可能因中醫費用過高轉而求診西醫，宜思考因應對策。 建議未來更積極提供證據醫學，建立中醫特色醫療。「中醫急症處置計畫」預算執行率偏低，應思考如何推廣。



(三) 一般服務項目之建議

各總額部門一般服務費用占整體總額 95% 以上，用於支應民眾日常所需醫療照護服務，執行成果之良窳與國人健康息息相關，因此最為各界重視。108 年評核內容，主要延續 107 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及總額管理效能等面向，評核委員對各部門總額之建議詳表 3-4。

(四) 專款項目之建議

評核委員除就各部門總額共 33 個專款項目預期目標之達成、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建議，如表 3-5。

三、評核結果之後續獎勵與運用

(一) 品質保證保留款獎勵績優部門

依據 108 年第 4 次委員會議(108.6.28)議定獎勵方式，以各部門評核年度(107 年)一般服務預算為計算基礎，依評核等級給予相對之獎勵成長

率(特優級 *0.5%、優級 *0.25%、良級 *0.1% 獎勵成長率)，計算 109 年品質保證保留款(下稱品保款)專款額度。

108 年醫院、西醫基層、牙醫及中醫門診四個總額部門獲得評核委員一致肯定，成績都有顯著進步，首度出現十幾年來第一次四個部門均被評定為「優」級。依上述品保款計算方式及評核結果，109 年四部門總額總計編列品保款專款 14.979 億元(如表 3-6)，用以獎勵績優部門並給予實質鼓勵，期許部門能努力不懈、自我突破。

表 3-5 評核委員對各部門總額專款項目之建議

總額部門	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	
醫院	6		6				6			
西醫基層	4		4			1	3			建議「西醫醫療資源不足地區改善方案」增加預算。
牙醫門診	3		2		1		2		1	「牙周病統合照護計畫」108 年導入一般服務。
中醫門診	6		6				6			
跨部門及其他預算	14		13		1	1	12		1	1. 建議「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」增加預算。 2. 「高診次藥事照護計畫」107 年結束，108 年改為執行「特殊族群藥事照護計畫」。
合計	33		31		2	2	29		2	

表 3-6 四總額部門評核結果與 109 年度品保款獎勵情形

總額部門別	評核結果	獎勵成長率	品保款專款(億元)
醫院	「優」級	0.25%	10.554
西醫基層			2.805
牙醫門診			1.012
中醫門診			0.608
合計			14.979

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」。

(二) 評核建議運用於總額協商

評核委員對各部門總額之建議，作為協商 109 年度該部門總額預算編列及協定事項之參據。健保會委員參酌評核

委員的建議，乃將其對於健保重大政策（如分級醫療），或者與民眾權益與醫療品質改善的建議，納入總額協定事項，以利後續追蹤與改善，重點說明如下：

1. 醫院總額

評核建議事項	落實總額協定事項
醫學中心及區域醫院門診次數減量目標有達成，但應瞭解減量部分的內涵，包括病人數或人次增減、病患特性及病人流向等，以做為制度進一步推動的參考。	請健保署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，並提出「分級醫療各項策略之執行成效」專案報告。
罕病及血友病藥費過去幾年之成長雖已減緩，但 107 年顯著增加，尤其是血友病藥費，建議進一步釐清其原因及處理因應。	請健保署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

2. 西醫基層總額

評核建議事項	落實總額協定事項
家庭醫師整合性照護計畫：部分指標達成情形尚有進步空間，宜再深入瞭解原因。	109 年新增 6.2 億元預算，其中 4 億元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修提升照護品質指標及獎勵機制後，始得動支。
建議「西醫醫療資源不足地區改善方案」增加預算。	新增 1 億元預算，放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。

3. 牙醫門診總額

評核建議事項	落實總額協定事項
牙醫醫療院所感染管制攸關照護品質，建議盡速輔導所有院所遵循感染管制作業規定，以確保民眾就醫安全，及呈現結果面指標或具體措施，作為反映實際感控之績效指標。	109 年牙醫門診總額新增「全面提升感染管制品質」（編列 5 億元），要求所有牙醫醫療院所均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。

4. 中醫門診總額

評核建議事項	落實總額協定事項
建議未來更積極提供證據醫學，建立中醫特色醫療。	<ol style="list-style-type: none"> 於「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」協定：請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。 於「中醫癌症患者加強照護整合方案」及「中醫急症處置」協定：依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

5. 其他預算

評核建議事項	落實總額協定事項
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫(Pre-ESRD 及 Early-CKD) 有一定的成效，但發生率與盛行率仍在增加中，應思考更前期的慢性病防治。	<ol style="list-style-type: none"> 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。
基層總額轉診型態調整費用：目前以支付方式鼓勵院所建立轉診合作機制，宜思考更積極的作為，並瞭解機構面及病人面之阻礙因素，以利後續政策推動。	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。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：矯正機關收容人之醫療利用及戒護就醫比例不斷提升，宜留意是否有不必要就診之情形，並檢討戒護就醫內容。	請健保署檢討醫療利用之適當性。

第五節 總額協定與分配結果

一、109 年度總額預算協商及衛福部核定結果

(一) 健保會協定結果

衛福部於 7 月 22 日將奉行政院核定之 109 年度總額成長率範圍及協商政策方向（詳附件），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 3.708%，上限為 5.5%。健保會於 9 月 26 日及 27 日召開為期 2 天的「年度總額協商會議暨委員會議」，在歷經 16 小時馬拉松式會議協商，牙醫門診、中醫門診及其他預算獲致共識。至於醫院總額及西醫基層總額部門，雙方雖釋出最大誠意、反覆折衝，惟對部分協商項目仍有差距。

醫院部門雖未獲共識，但其實付費者與醫院代表在經費編列上相當接近，惟對「使用 C 肝新藥後所需之檢測費用」2.33 億元有不同看法，付費者認為，C 肝新藥減少併發症所節省的醫療費用，

應足以支付本項費用，不宜再增加預算，醫院代表則認為，本項應編列預算支應，以避免排擠一般醫療服務費用。此外，對於「醫療服務成本指數改變率所增加預算」(103.85 億元) 用途雙方有不同看法。

西醫基層總額部分，付費者與西醫基層代表雙方在經費編列上差異 19.14 億元，西醫基層代表希望爭取較高之成長預算，如：新醫療科技、藥品給付規定範圍改變、C 肝治療衍生之醫療服務費用、家醫計畫、強化基層照護能力及開放表別項目等。另外對於「醫療服務成本指數改變率所增加之預算」(20.244 億元) 用途，也有不同看法。

因為醫院及西醫基層總額部門未能達成共識方案，健保會乃依法將付費者及醫界代表方案，以兩案併陳方式，併同其他獲致共識的部門，於 108 年 10 月 31 日將協商結果（如表 3-7）報衛福部核定與決定。

表 3-7 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果

項目	牙醫門診總額	中醫門診總額	其他預算	西醫基層總額	醫院總額	年度總額成長率	年度總額預估值 <small>註 2</small>
較 108 年度核定總額成長率 <small>註 1</small>	3.876% (467.61 億元)	5.393% (273.16 億元)	156.842 億元 <small>註 3</small>	付費者代表方案 3.927% (1,446.91 億元)	付費者代表方案 5.438% (5,175.28 億元)	5.145%	約 7,519.80 億元
				基層代表方案 5.301% (1,466.05 億元)	醫院代表方案 5.485% (5,177.61 億元)	5.445%	約 7,541.27 億元

註：1. 計算成長率所採基期費用為 108 年度核定總額。

2. 年度及各部門總額之金額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

3. 其他預算較 108 年度增加 14.93 億元。

(二) 衛福部核定結果

衛福部於 108 年 11 月 26 日核定 109 年度總額及分配方式，對於健保會有協商共識的牙醫門診、中醫門診總額及其他預算，同意依健保會陳報內容辦理。對於西醫基層及醫院之醫療給付費用，決定摘要如下：

1. 西醫基層總額，除以下決定事項外，其餘採付費者代表方案：

(1) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算 (2,024.4 百萬元)，優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。

(2) 新醫療科技（包括新診療項目、新藥及新特材等）：增加 100 百萬元。

(3) 其他醫療服務利用及密集度之改變：「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加（含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用）」：增加 190 百萬元。

(4) 西醫醫療資源不足地區改善方案：

增加 100 百萬元，放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。全年經費 317.1 百萬元。

(5) 家庭醫師整合性照護計畫：增加 620 百萬元，其中 400 百萬元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。全年經費 3,500 百萬元。

2. 醫院總額，以付費者代表方案為主，惟：

(1) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算 (10,348.6 百萬元)，優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。

(2) 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），定期檢討；並自 109 年 4 月 1 日起施行。



二、109 年度總額及預算分配情形

(一) 109 年度總額預算成長及分配

經衛福部核(決)定，109 年度醫療給付費用總額成長率為 5.237%，總額預算達 7,526.4 億元，較 108 年增加 372.9 億元。其中醫療服務成本及人口因素成長(即行政院核定的低推估)增加 265.3 億元、協商因素增加 96.46 億元、基期校正 107 年度投保人口成長率差值增加 10.32 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) 0.82 億元。「109 年度全

民健保醫療給付費用總額及其分配」於 108 年 12 月 6 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-1661-50445-116.html>)。109 年度總額及其分配方式如圖 3-9。

109 年度四部門總額成長率介於 3.876% ~ 5.438%，其他預算增加 14.93 億元，四部門總額(醫院及西醫基層部門含門診透析服務)及其他預算成長率與金額如表 3-8，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 3-10。

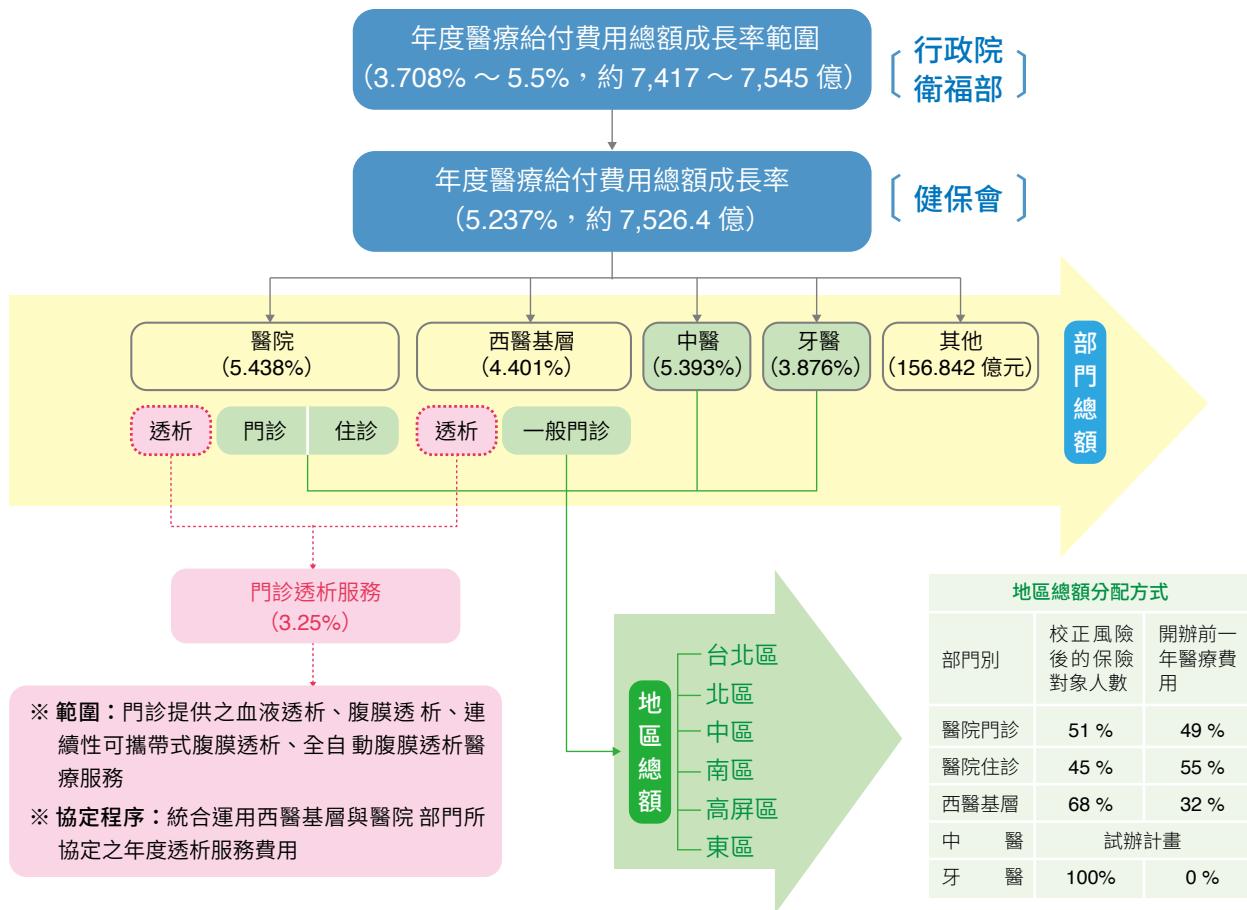


圖 3-9

109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式

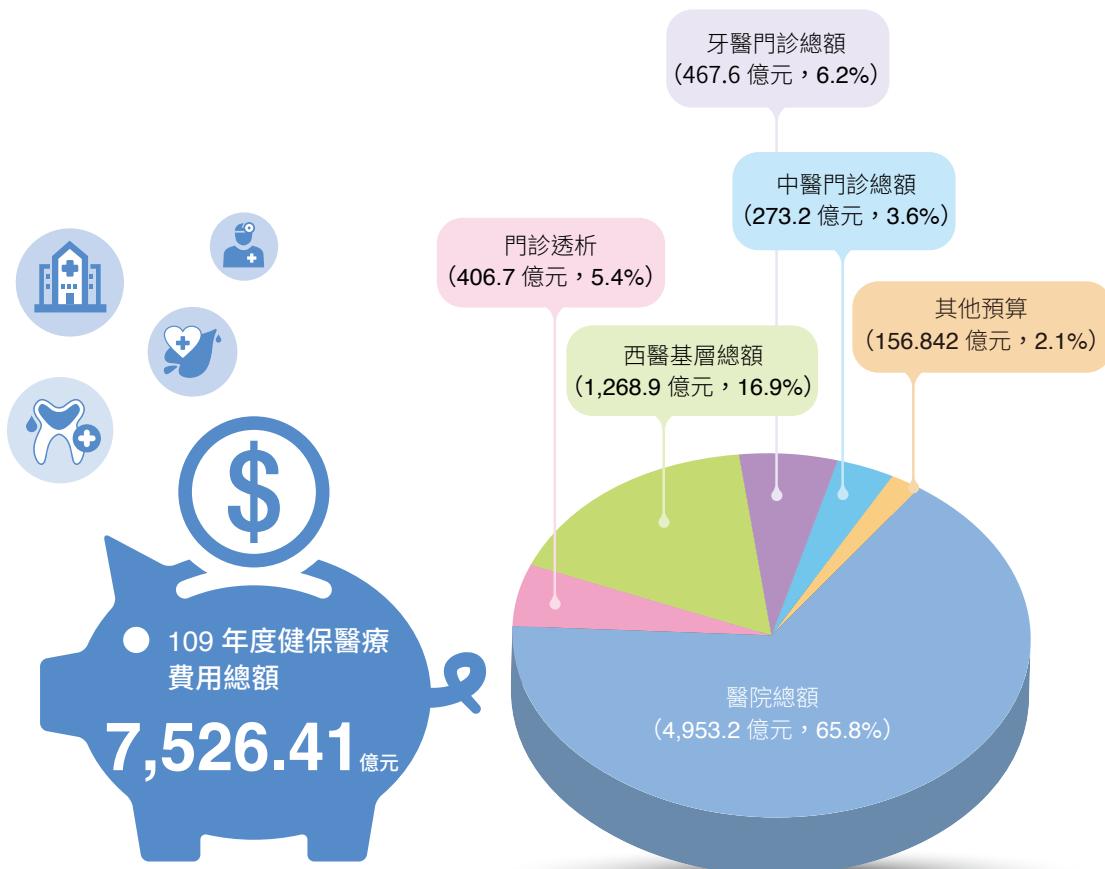
表 3-8 各部門總額及其他預算成長率與金額

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 467.61 億元	約 273.16 億元	約 1,453.52 億元	約 5,175.28 億元	約 156.842 億元 (增加 14.93 億 元)	約 7,526.41 億元
較 108 年核定 總額成長率	3.876%	5.393%	4.401%	5.438%		5.237%

註：1. 計算成長率所採基期費用為 108 年度核定總額。

2. 門診透析服務總費用（總成長率 3.25%）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。



(二) 109 年度總額預算分配重點項目

109 年度總額預算，主要配合衛福部總額協商政策方向，於醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額及其他預算項下，依據協商項目分別協定各項預算及用途，預算之分配旨在達成以下五個目標，以保障民眾就醫權益及提升醫療照護品質（預算分配重點項目詳圖 3-11）：

1. 確保新醫療科技引進，提升給付效益。
2. 持續推動分級醫療，壯大基層服務量能。
3. 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益。
4. 善用醫療服務成本指數成長之預算，調整支付標準。
5. 推動以病人為中心之整合照護及提升醫療品質。



圖 3-11 109 年總額預算分配重點項目

109 年總額預算分配重點項目摘要如下：

1. 確保新醫療科技引進，提升給付效益：

- (1) 確保新醫療科技（含新增診療項目、新藥及新特材）引進：於一般服務持續編列相關預算，增加 32.86 億元，持續引進新的醫療技術及藥品與特材，減少民眾自付費用之負擔。
- (2) 編列 C 肝新藥：為加速根治國人 C 肝，持續編列 C 肝藥費專款計 81.66 億元，較 108 年增加 16.3 億元，預計可治療約 51,000 人。

2. 持續推動分級醫療，壯大基層服務量能：

- (1) 鼓勵雙向轉診：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），並於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」10 億元，優先支應前開專款之不足，共計 19.47 億元。
- (2) 放寬基層跨表項目：於西醫基層總額編列「開放表別」專款 8.2 億元，持續擴大診所服務範疇。
- (3) 擴大「家庭醫師整合性照護計畫」：大幅增編專款 6.2 億元（總費用 35 億元），用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群。
- (4) 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，超過部分不予分配，並自 109 年 4 月 1 日起施行，期導引醫院回歸急重症服務。

(5) 強化醫療資訊交換系統：於四總額部

門編列「網路頻寬補助費用」共 5.35 億元、於其他預算編列「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」9.36 億元，及「推動促進醫療體系整合」4 億元，以鼓勵雲端醫療資訊共享及醫療院所垂直整合。

3. 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益：

(1) 保障偏遠地區民眾就醫權益

- ◆ 持續編列專款，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，共計 24.181 億元。
- ◆ 西醫基層部門新增專款「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」0.5 億元，以提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。

(2) 提升特殊族群之照護

- ◆ 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、器官移植費用，共計 209.72 億元。
- ◆ 編列「牙醫特殊醫療服務計畫」6.471 億元，除繼續辦理原先的醫療服務，109 年新增提供護理之家之牙醫醫療服務。

4. 善用醫療服務成本指數成長之預算，調整支付標準：

- (1) 因應實務需求，用於調整急重難症、急重症護理費、藥事服務費、西醫基層內科門診診察費加成。
- (2) 配合政策推動，用於因應住院醫師納入勞基法、門診減量措施、離島假日開診之相關獎勵措施。
- (3) 照護弱勢族群，於牙醫、中醫、基層總額部門，保留一定金額優先用於診所設立無障礙設施，及離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。

5. 推動以病人為中心之整合照護及提升醫療品質：

- (1) 提升牙醫院所感染管制品質(12.475億元)：牙醫院所器械消毒法從現行藥劑浸泡消毒，全面改為高溫高壓消毒，且協定執行院所未達100%之目標，將按比例扣款。

(2) 推動論質計酬計畫：

- ◆ 持續推動論質計酬計畫及提升照護率，如醫療給付改善方案(16.46億元)，並請健保署持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，以落實全人照護。
- ◆ 持續編列急診品質提升方案(1.6億元)、鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)(8.68億元)。

(3) 新增或擴大專案照護計畫：

- ◆ 新增「顎顏面外傷術後整體照護」、「醫院夜間急診加成服務」，及「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，加強牙醫醫療服務。

- ◆ 新增「中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫」，延緩慢性腎臟病患者進入血液透析期程。
- ◆ 「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」增編1.5億元，總計61.7億元，以因應人口老化或無法自行就醫者等實際醫療需求。
- ◆ 擴大「中醫照護癌症患者加強整合方案」、「西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫」、「中醫提升孕產照護品質計畫」、「兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫」。

三、歷年各部門總額成長率及金額

105～109年度整體總額自6,195.5億元增加至7,526.4億元；其中各部門總額較前一年協定總額成長率(如圖3-12)，近5年成長率介於3.246%～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、109年度各部門總額成長率均較往年高。

各部門總額預算(不含其他預算)逐年上升(如圖3-13)，105～109年度自6,091.9億元增加至7,369.6億元；若將門診透析服務預算單獨統計，則醫院總額自4,032.7億元，增加至4,953.2億元；西醫基層總額自1,069.0億元增加至1,268.9億元；牙醫門診總額自405.3億元增加至467.6億元；中醫門診總額自230.0億元增加至273.2億元；門診透析則自355億元增加至406.7億元。

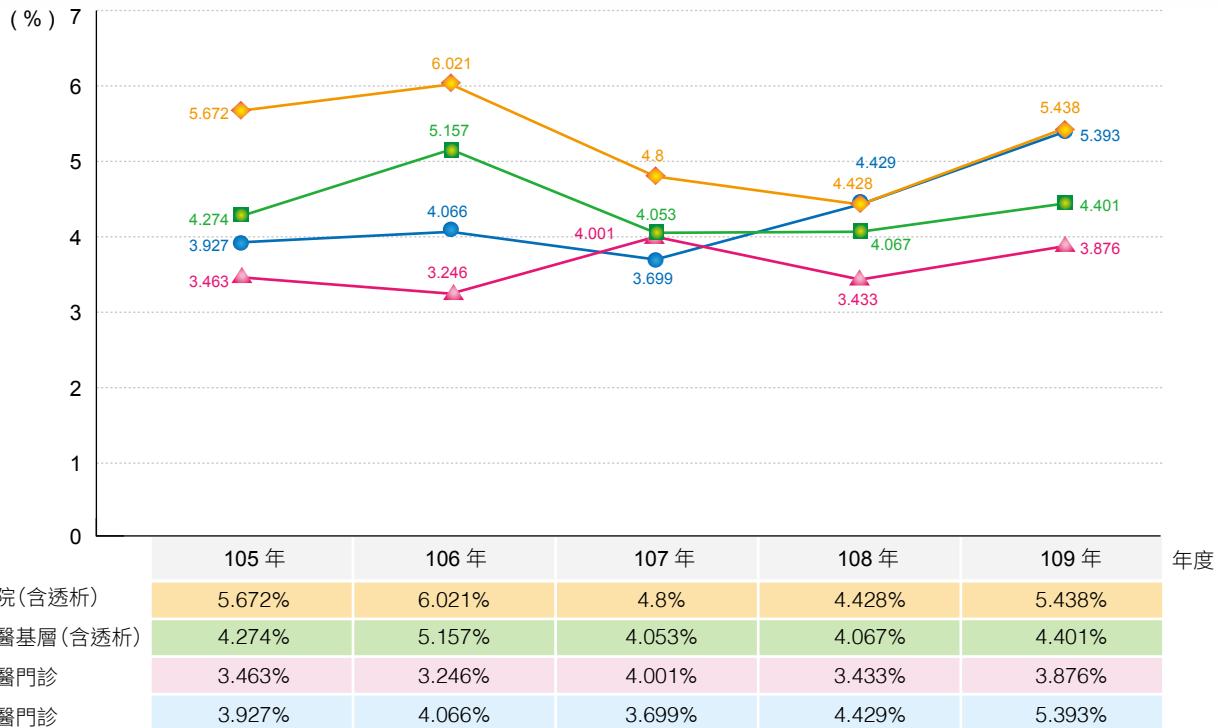


圖 3-12 105~109 年度各部門總額較前一年協定總額成長率

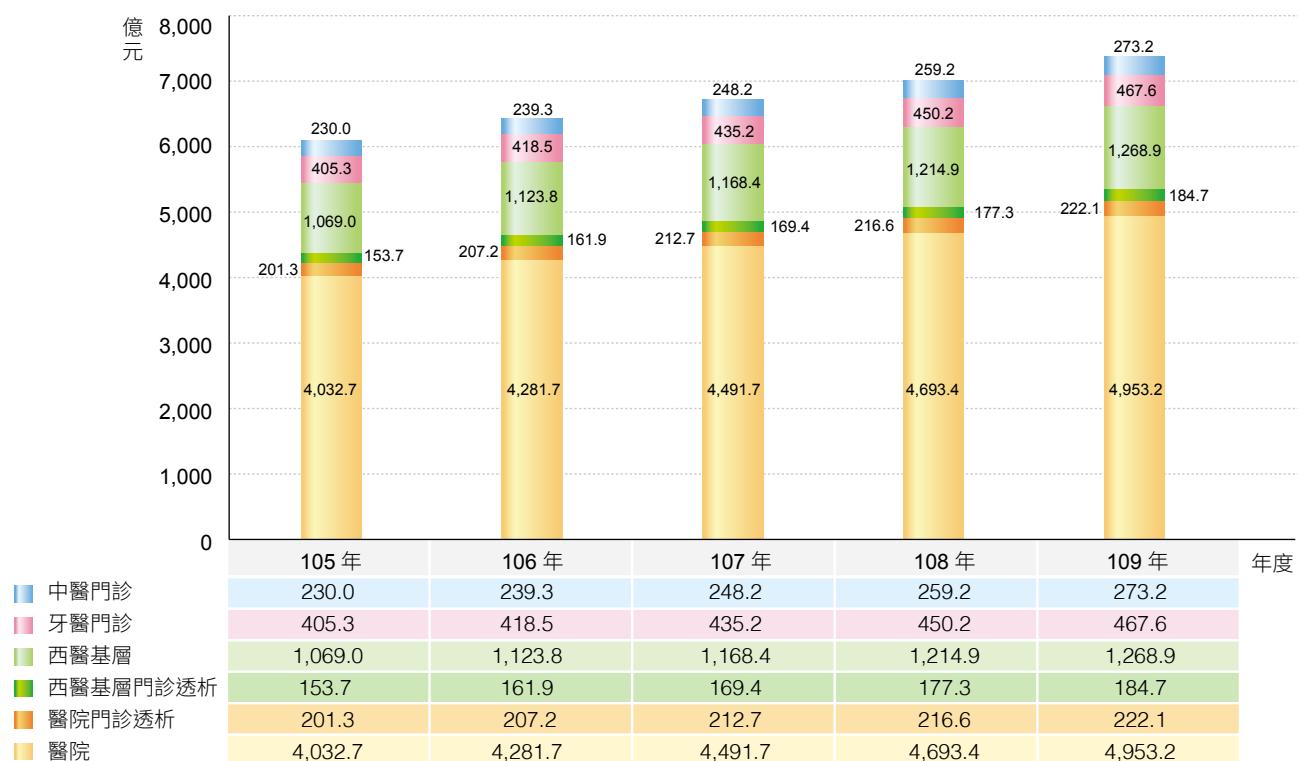


圖 3-13 105~109 年度各部門總額預算

四、109 年度總額地區預算分配及歷年執行情形

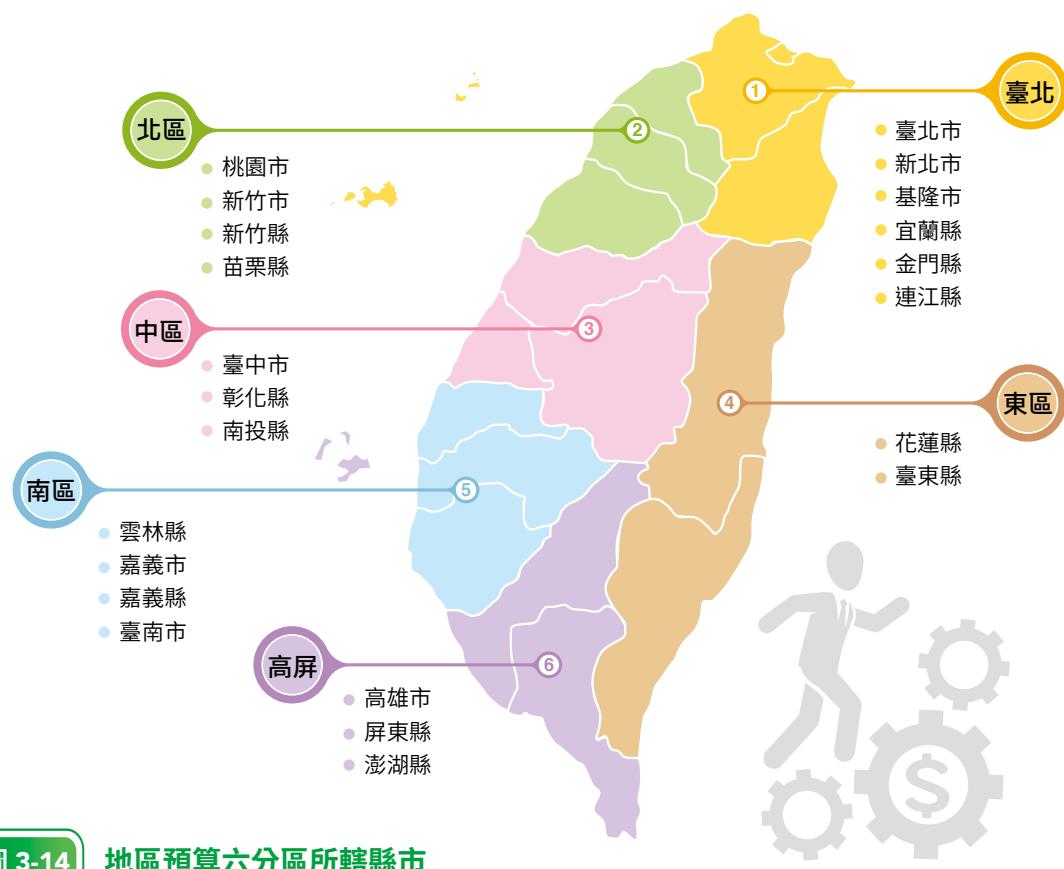
(一) 地區預算分配方式

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，目的在保障民眾就醫的公平性，並漸進引導醫療資源的均衡發展。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 3-14。健保會於每年 9 月份完成年度健保總額協商後，會接續於 10~12 月份委員會議協定地區預算，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。但為避免預算重分配後對部分分區產生太大的衝擊，也將「各地區在總額實施前一年的醫療費用」納為參數（即 S 值），並考量部門特性，漸進提升人口占率，最終以達成 100% 依人口參數分配為目標。R 值的風險校正因子，主要為各分區投保人口的年齡、性別指數，此外，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（以 107 年度為例）如圖 3-15。

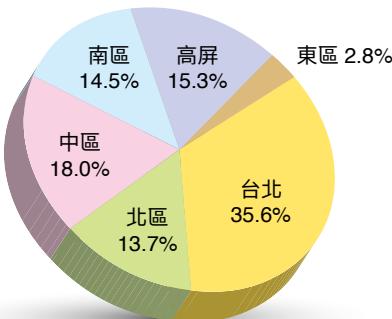
健保會於 105 年委託辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分



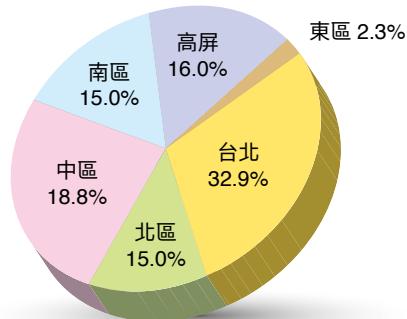
配方式之研究」，研究結果顯示，以現行醫療利用情形進行未來的資源分配，將導致資源配置不公平的現象延續下去，因此多數國家均採用「以人口為基礎 (population-based)」的方式分配地區預算。經試算我國地區預算分配，發

現因健保分區涵蓋人口眾多之特性，僅以年齡、性別因子進行預算分配，即具有極佳的醫療利用解釋力，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。

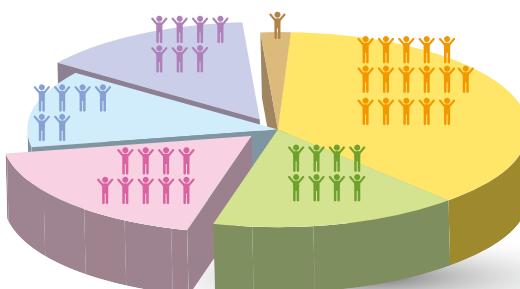
| 醫院總額
各分區地區預算占率



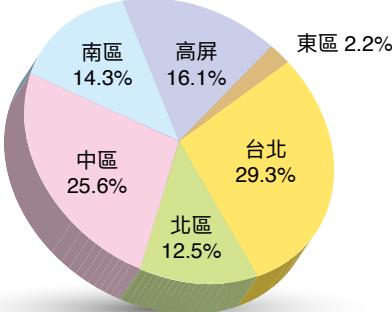
| 西醫基層總額
各分區地區預算占率



| 健保六分區
投保人數及占率



| 中醫門診總額
各分區地區預算占率



| 牙醫門診總額
各分區地區預算占率

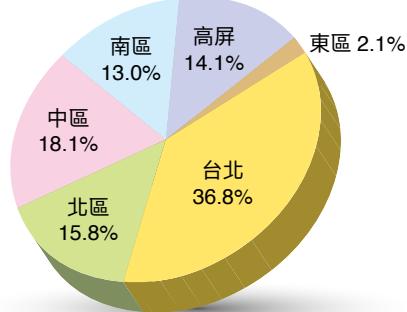


圖 3-15 六分區投保人數占比及各部門總額一般服務地區預算分配 (以 107 年度為例)

(二) 109 年地區預算分配結果

健保會於 9 月份委員會議協定 109 年度四部門總額後，隨即於 10~12 月份委員會議議定醫院、牙醫門診、中醫門診總額之地區預算分配，函報衛福部

核定後，於 109 年 2 月 11 日公告（詳附錄七）。109 年各部門總額地區預算協定結果如表 3-9。至於西醫基層總額之風險調整基金額及用途，授權西醫基層總額承辦團體討論確認後，送本會備查。

表 3-9 109 年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)	51%	45%	68%	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)	49%	55%	32%	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)	2.0		待確認	22.606	風險調整基金(億元)	0.42

健保會委員於協商地區預算分配時，除考量各地區民眾的醫療需求外，也須兼顧各總額部門服務特性及制度的延續性，並於各部門總額設有「風險調整基金」，以補強偏鄉及弱勢族群的醫療照護，及作為分區間調整預算風險之用。109 年各部門總額地區預算分配方式摘要如下：

1. 醫院總額：

- (1) 門診服務（不含門診透析服務）預算：51% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數、49% 依總額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% 依總額開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3) 風險調整基金：自一般服務費用移撥 2 億元，以持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。

2. 西醫基層總額：

(1) 68% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數 (R 值)，32% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年 (89 年) 各地區實際發生醫療費用 (S 值) 比率分配。

(2) 風險調整基金：由西醫基層總額承辦團體討論確認後，送本會備查。

3. 牙醫門診總額：

(1) 預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數 (R 值) 分配。

(2) 風險調整基金：自一般服務費用移撥 22.606 億元，用於「醫療資

源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足弱勢鄉鎮獎勵計畫」、「該區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 4 項。

4. 中醫門診總額：

(1) 一般服務費用 2.22% 歸東區，97.78% 歸其他五分區。

(2) 其他五分區預算，依 6 項參數占率分配 (如表 3-9)，其中各分區戶籍人口數占率為 13%。

(3) 風險調整基金：自五分區一般服務費用預算移撥 4,200 萬元，用於其他五分區各鄉鎮市區內僅有 1 家中醫門診特約醫事服務機構之點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 50% 分配予臺北分區，50% 分配予北區分區。





協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

(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，其餘三總額部門之「校正人口風險後之保險對象人數」占率，截至 109 年，醫院總額門診達 51%、住院達 45%；西醫基層總額達 68%；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」，109 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之「校正人口風險後之保險對象人數」占率協定情形及每人地區預算分配情形如表 3-10。

表 3-10 歷年各部門總額地區預算「校正人口風險後之保險對象人數」占率之協定情形

單位：%

年度	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109			
部門別	牙醫	—	10	20	40	50	70	80	100																	
中醫	—	5	15	20	30	0	5	6	7	8	11	13	13													
西醫 基層	—	5	15	25	40	60	65	試 辦 計 畫 <small>註4</small>	65						66		67		68							
醫 院	門 診	—	註5	10	15	38	45	46	50	51																
住院	—	註5	10	38	40	41	45	45																		

註：1 牙醫門診、中醫門診、西醫基屬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

100%依各區 91 年度門、住診實際發生醫療費用比率分配。

「錢跟着人走」的地區預算分配政策，係依民眾需求將人口占率(R值)逐漸提升，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，對現行醫療利用率較高的地區，勢必產生較大的衝擊。因此，如何藉由地區預算分配

的執行經驗，讓分配公式更加完善，有賴衛福部及健保署的努力。而健保會委員在協商地區預算分配時，除參考醫界實際執行經驗及建議外，更需集眾人智慧，從民眾需要的角度思考，使每位保險對象皆能享受相同的就醫權益，達成衛福部「保障民眾就醫的公平性」及「資源分配均衡發展」的目標。

附件

電子公文

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：hgstchen@mohw.gov.tw

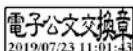
受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國108年7月22日
發文字號：衛部保字第1081260304號
遞別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：一、行政院108年7月11日院臺衛字第1080022221號函影本。二、109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向。（1081260304-1.pdf, 1081260304-2.pdf）

主旨：有關「109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，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、依行政院108年7月11日院臺衛字第1080022221號函（影本如附件一）辦理。
二、行政院核定109年度全民健康保險醫療給付費用成長率下限為3.708%，上限為5.5%。
三、併附109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）

2019/07/23 11:01:43

部長 陳時中

衛生福利部全民健康保險會啟發

108/07/23 108CC00550

第 1 頁 共 1 頁

附件之附件一

<p>行政院 憑 請存查用</p> <p>行政院 憭</p> <p>地址：10058臺北市忠孝東路1段1號 傳真：02-33566929 聯絡人：王華儀02-33566599</p> <p>受文者：衛生福利部</p> <p>發文日期：中華民國108年7月11日 發文字號：院臺衛字第108002221號 送別：最速件 密蓋及解密條件或保密期限： 附件：無</p> <p>主旨：所報108年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一事， 核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為3.708%，上 限為5.5%。</p> <p>說明： 一、復108年5月13日衛部保字第1081260188號函。 二、本案調整因素中有關「建立中長期（3-5年）政策推動之協商機制，提升給付效益」一節，其預算仍應以支付當年度醫療費用支出為原則。 三、在人口老化及少子化趨勢下，近年來全民健康保險（以下簡稱健保）收支短绌逐步擴增，預估111年保險收支累計餘 颳將轉為負值，未來恐將面臨調整費率，以及提高法定費 率上限之壓力，請積極採取下列因應對策： (一)支出面部分，請合理調控醫療費用支出。 1.持續提升醫療費用支出使用效率，建立醫療服務成效 追蹤機制，運用大數據及醫療科技評估工具，落實預 算合理編列。舉如：落實改善慢性病管理、追蹤新藥 與新醫療科技支出成效等，並積極檢視各項抑制資源</p> <p style="text-align: right;">[公文 章]</p> <p style="text-align: center;">第 1 頁，共 2 頁</p>	<p>不當耗用及支付制度改革措施（如健保醫療資訊雲端查詢系統、分級醫療雙向轉診、住院診斷關聯群（DRGs）等）之執行成效，引導有效醫療，提升健保給付效率與品質。</p> <p>2.鑑於健保年度總額預算已超過新臺幣7,000億元，且考量未來人口老化將帶動醫療需求快速成長，請積極檢討健保總額基期之合理性，強化預算執行管理，並落實檢討各項節流成效，以有效管控醫療費用成長。</p> <p>3.請善用大數據工具，從需求面評估未來相關給付結構變動，預為規劃總額各項預算成長額度，使給付費用變動更具可預期性，俾利健保長期財務規劃。</p> <p>(二)收入面部分，請持續檢討現行費基結構。</p> <p>正本：衛生福利部 副本：國家發展委員會、行政院主計總處 行政院 憭</p> <p style="text-align: right;">[公文 章]</p> <p style="text-align: center;">第 2 頁，共 2 頁</p>
---	---



附件之附件二

109 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 108 年 7 月

為因應我國老年人口快速增加、民眾對新醫療科技與急重症照護需求更加殷切、醫療體系之健全發展等，除全民健康保險制度外，本部亦透過各項法令規章之修訂與相關制度之推動，致力於建置完善健康照護體系，提升民眾健康知能，結合各項資源，做最有效利用；以及推動各項提升健康照護品質與促進民眾健康等措施，以創造社會的最大價值。爰此，109 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，合理引進新的醫療服務與藥物，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，提升病人照護之連續性：

- (一) 鼓勵各部門持續提升醫療服務品質，加強民眾衛教，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) 擴大推動臨床藥事服務，強化藥事照護內容，輔導病人正確服藥觀念，提升用藥安全及照護品質。

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，增加前述地區專科遠距會診服務。
- (二) 持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者以及器官移植者等醫療照護。

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。

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與藥品基本支付價。

六、建立中長期之協商機制，並以當年度醫療費用支出為原則，以有效分配健保資源，提升給付效益，落實制度改革：如C型肝炎疾病治療、支付制度改革。

七、持續落實分級醫療，包括擴大家庭醫師整合性照護計畫之涵蓋率、放寬表別以及居家醫療之整合等，健全醫療體系之運作及資訊管理，提升保險服務效能。

八、適度反映因醫療政策或相關法令之改變所增加之費用，如因應住院醫師適用勞動基準法所衍生營運成本之增加等。

4 第四章

落實收支連動，
穩健健保財務

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



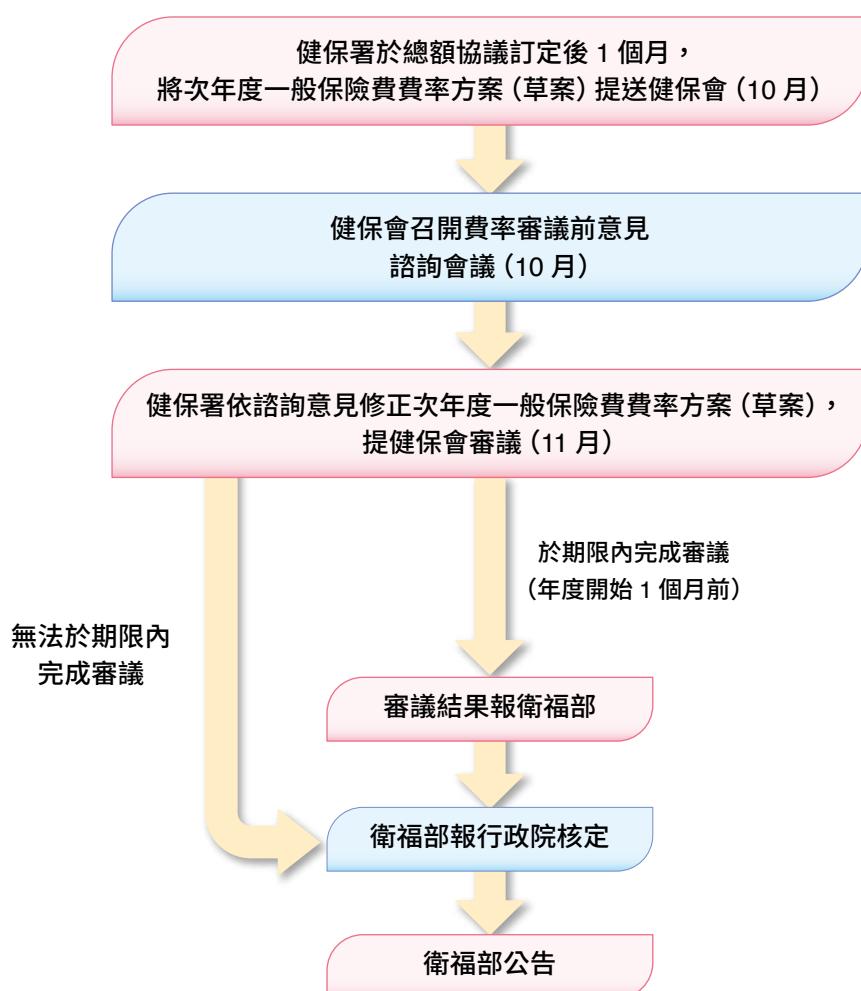
第四章 落實收支連動，穩健健保財務

第一節 健保收支連動之落實

一、健保費率審議流程

二代健保自 102 年開始施行，其財務係以收支連動的方式運作，將協議訂定的總額與審議的一般保險費費率相扣連，以確保收支平衡。因此，健保法第 24 條規定，健保署須在健保會協議訂定年度總額後 1 個月，提

請審議當年度的一般保險費費率；健保會於審議前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，並於年度開始 1 個月前，依協議訂定的總額，完成年度應計收支平衡費率的審議，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告；若無法於期限內完成審議，則由衛福部逕行報行政院核定後公告。費率審議流程如下圖 4-1：



為依法辦理全民健康保險費率之審議，健保會委員於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）決議訂定「全民健保財務平衡及

收支連動機制」（下稱現行機制）（詳表4-1），其運作方式請參考圖4-2，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」，爰該機制並非因應整體健保收支連動財務問題之政策工具。

表 4-1 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。

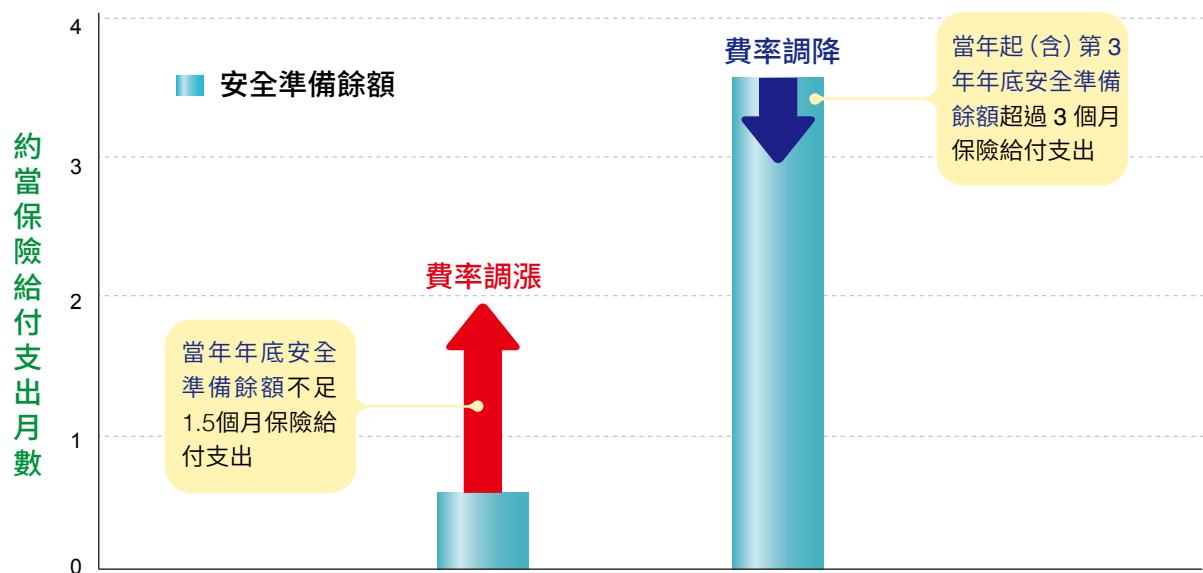


圖 4-2 全民健保財務平衡及收支連動機制示意圖

為完善前揭機制，健保會在 106 年舉辦 2 次專家諮詢會議，並於同年第 6 次委員會議（106.7.28）提案討論，續於 108 年委託辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」研究計畫，委員對於機制所提意見與建議，及研究計畫獲致相關成果，將做為健保署進行財務推估試算之參考。

至於二代健保新增徵收之補充保險費，其費率依據健保法第 33 條規定，102 年為 2%，自 103 年起，應依一般保險費費率之成長率調整，105 年度全民健保一般保險費費率由 4.91% 調降為 4.69%，其成長率為 -4.48%，補充保險費費率亦隨之調降為 1.91%。歷年費率審議及行政院核定結果如表 4-2：

表 4-2 歷年費率審議及行政院核定結果

年度	102	103	104	105	106	107	108	109
一般保險費費率	4.91%	4.91%	4.91%	4.69%	4.69%	4.69%	4.69%	4.69%
補充保險費費率	2%	2%	2%	1.91%	1.91%	1.91%	1.91%	1.91%

二、健保歷年財務概況

（一）84 到 107 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（下稱菸捐）等補充性財源。

自 84 年 3 月 至 107 年 12 月 止，各年度健保財務收支狀況如表 4-3（權責基礎），累計保險收入為 97,173 億元，保險成本為 95,064 億元；就收支成長觀之，85 至 107 年間，保險收入平均成長率為 4.27%，保險成本平均成長率為 4.86%。



表 4-3 全民健康保險財務收支狀況(權責基礎)

單位：億元、%、月

年度	保險收入(a)		保險成本(b)		保險收支 餘額(a-b)	安全準備 累計餘額	安全準備 累計餘額 約當保險 給付支出 月數
	金額	成長率	金額	成長率			
84 年 3~12 月	1,940	—	1,568	—	371	371	2.84
85 年	2,413	—	2,229	—	184	555	2.98
86 年	2,436	0.96	2,376	6.58	60	616	3.10
87 年	2,605	6.91	2,620	10.28	-16	600	2.74
88 年	2,649	1.69	2,859	9.10	-210	390	1.63
89 年	2,852	7.65	2,842	-0.59	10	400	1.68
90 年	2,861	0.34	3,018	6.19	-156	243	0.96
91 年	3,076	7.50	3,233	7.12	-157	87	0.32
92 年	3,368	9.48	3,371	4.29	-4	83	0.29
93 年	3,522	4.60	3,527	4.61	-4	79	0.26
94 年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15	0.04
95 年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12	0.04
96 年	3,874	1.44	4,011	4.95	-138	-126	-0.38
97 年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265	-0.77
98 年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582	-1.61
99 年	4,608	14.32	4,423	1.73	185	-397	-1.08
100 年	4,924	6.85	4,582	3.59	342	-55	-0.14
101 年	5,072	3.01	4,806	4.90	265	210	0.52
102 年	5,557	9.57	5,021	4.47	536	746	1.78
103 年	5,695	2.49	5,181	3.19	514	1,260	2.92
104 年	6,410	12.54	5,381	3.85	1,029	2,289	5.10
105 年	5,869	-8.43	5,684	5.63	186	2,474	5.22
106 年	5,900	0.53	5,998	5.54	-98	2,376	4.75
107 年	6,061	2.73	6,328	5.49	-266	2,109	4.00
合計	97,173	—	95,064	—	2,109	—	—
85~107 年平均	4,141	4.27	4,065	4.86	—	—	—

資料來源：健保署。

說明：84~107 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)

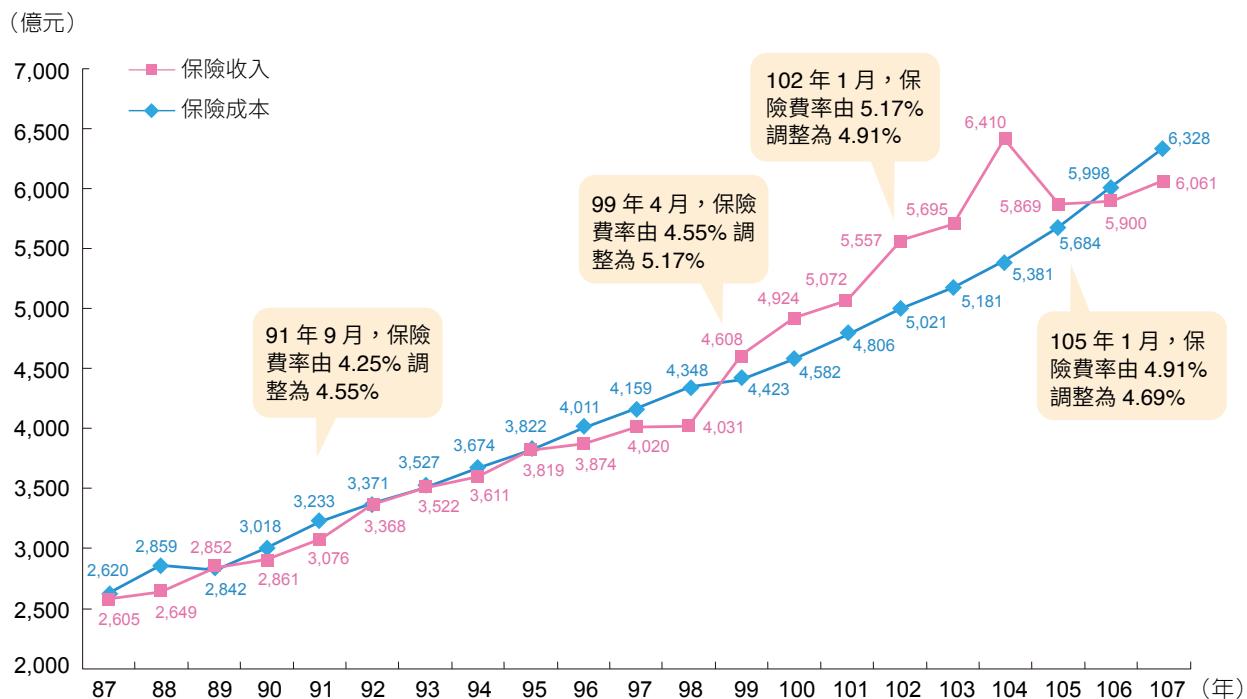


圖 4-3 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

資料來源：健保署

圖 4-3 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，保險成本增加速度高於保險收入成長的速度，致保險收入不足以支應保險成本，自 87 年起保險財務開始發生逆差。為維持收支平衡，在 91 年微幅調漲費率，以防健保財務缺口繼續擴大；96 年 3 月底，累計健保財務收支首度呈現短绌；99 年 4 月起，因調整保險費率，當年度保險收支開始產生結餘，歷年累計保險收支則於 101 年 2 月開始產生結餘；102 年實施二代健保財務新制後，因擴大費基計收補充保險費及提升政府法定負擔比率至 36% 等財源挹注，健保安全準備累計餘額在 105 年達到 2,474 億元，約當 5 個月保險給付支出。惟 106 年起

保險財務收支再次出現逆差，106 年、107 年之保險收支短绌分別為 98 億元、266 億元。截至 107 年底安全準備累計餘額為 2,109 億元，約當 4 個月保險給付支出。



(二) 108 年度財務概況

108 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 6,273 億元，保險成本為 6,610 億元，收入扣除成本後，收支

短绌為 337 億元。健保署依法收回安全準備填補短绌，108 年底安全準備餘額為 1,773 億元，約當 3.24 個月保險給付支出。108 年度相較 107 年度（審定決算）保險收支情形如表 4-4。

表 4-4 108 年度全民健康保險財務收支餘绌情形

單位：億元、%

項目	107 年度 審定決算 (a)	108 年度 決算 (b)	108 年度 增減金額 (b-a)	108 年度 成長率 (b-a) / a
保險收入	保險收入	6,106	6,273	167
	保費收入	5,925	6,097	172
	依法分配收入	154	152	-1
	利息收入	14	15	1
	收回呆帳	9	9	0
	雜項收入	4	0.268	-4
保險成本	保險成本	6,373	6,610	237
	保險給付	6,326	6,560	234
	呆帳	45	47	2
	業務費用	2	3	1
	雜項費用	0.013	0.017	0.004
保險收支淨餘绌	-266	-337	-70	26.31
安全準備累計餘額 約當保險給付支出月數	4.00	3.24	—	—

資料來源：107 年度全民健康保險基金附屬單位審定決算、健保署 108 年 12 月份業務執行報告。

註：保險收入 = 保費收入（含滯納金）+ 依法分配收入（含菸捐、公益彩券與運動彩券分配收入）+ 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

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（如圖 4-4），其中最主要的來源為「保費收入」，108 年度各項收入成長情形分析如下：

1. 保費收入：較 107 年成長 2.90%，主因說明如下：

- (1) 108 年投保人數較去年同期成長，致保費收入增加約 33 億元。
- (2) 平均投保金額較去年同期成長，致保費收入增加約 72 億元。
- (3) 補充保險費較去年同期成長，主要係本年發放獎金較高，致保費收入增加約 7.2 億元。
- (4) 政府應負擔 36% 差額較去年同期增加 56 億元，主要係因一般保險費及補充保險費收入較去年增加所致。

2. 依法分配收入：較 107 年成長 0.92%，主要係菸品及公益彩券銷售量減少所致。

3. 利息收入：較 107 年成長 6.05%，主要係 108 年度資金日平均營運量增加，且資金運用平均收益率較去年同期提高所致。

4. 雜項收入：較 107 年成長 93.84%，主要係因自 107 年第 2 季起藥商藥品價量協議返還金收入，回歸總額重新分配，107 年度雜項收入僅第 1 季返還金額，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），108 年度各項成本成長情形分析如下：

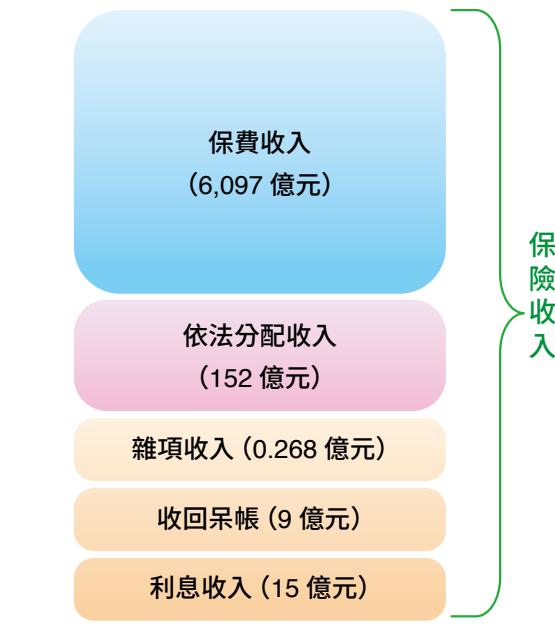


圖 4-4 108 年度各項保險收入分配圖

1. 保險給付：較 107 年成長 3.70%，主要係辦理以前年度總額結算，追扣補付預估與實際差異數及本年度專款結餘款調整減列保險給付，致成長率低於總額成長率 4.417%。
2. 呆帳：較 107 年成長 4%，主要係基本工資調漲及加強欠費監控機制，致未逾寬限期應收帳款及催收、移送行政執行金額上升，爰呆帳提列數較去年同期增加。
3. 業務費用：較 107 年成長 59.29%，主要係因辦理 106 及 107 年度提升保險服務成效項目，購置電腦設備及電腦軟體陸續完成驗收，開始提列折舊、攤銷，致業務費用較去年同期增加。
4. 雜項費用：較 107 年成長 31.61%，主要係保險收支逾期支票重開所致。

第二節 召開專家諮詢會議提供意見

一、109 年度保險費率草案

經過健保會全體委員的努力，109 年度醫療給付費用總額在 108 年 9 月 27 日完成協商，付費者代表與醫界代表在西醫基層及醫院部門總額雖未達成共識，然依法定期程，健保會續於 108 年 10 月 18 日召開「全民健康保險 109 年度保險費率審議前意見諮詢會議」，此次會議共邀請李精算師永振、周教授穎政、郝教授充仁、陳教授孝平、滕秘書長西華、盧教授瑞芬、謝名譽董事長天仁及羅教授紀琼 8 位專家學者與會提供意見，健保會委員共 24 位（含代理人）列席關心，全程參與討論。

健保署先就「全民健康保險 109 年度保險費率方案（草案）」進行報告，方案內容包括「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」等內容，計算平衡費率要考量保險收入、保險支出二個部分，說明如下：

（一）保險收入：分為保險費收入、其他保險收入進行推估。

保險費收入有關投保人口之推估，本國籍人士係參考國家發展委員會「中華民國人口推計（2018 至 2065 年）」報告，非本國籍人士係參考外籍人士投保人數歷史趨勢，並考量政府施政政策目標，推計各類保險對象人數，帶入現行健保費計算架構得到一般保險費，並加計依時間序列方式推估之補充保險費、

以及政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數而得之。

其他保險收入包括滯納金、公益彩券盈餘分配收入、菸捐分配收入、投資收益率與其他收入等項，其中菸捐係依 18 歲以上平均每人每日消費量及未來 18 歲以上之人口數作為消費量推估依據，並參考國民健康署公布吸菸率目標值推估。

（二）保險成本：分為保險給付支出及其他保險成本，由於全民健保醫療給付費用已全面實施總額預算制度（下稱總額），所以年度保險給付支出係以總額為基礎進行推估，保險成本與總額之關係示意如圖 4-5：

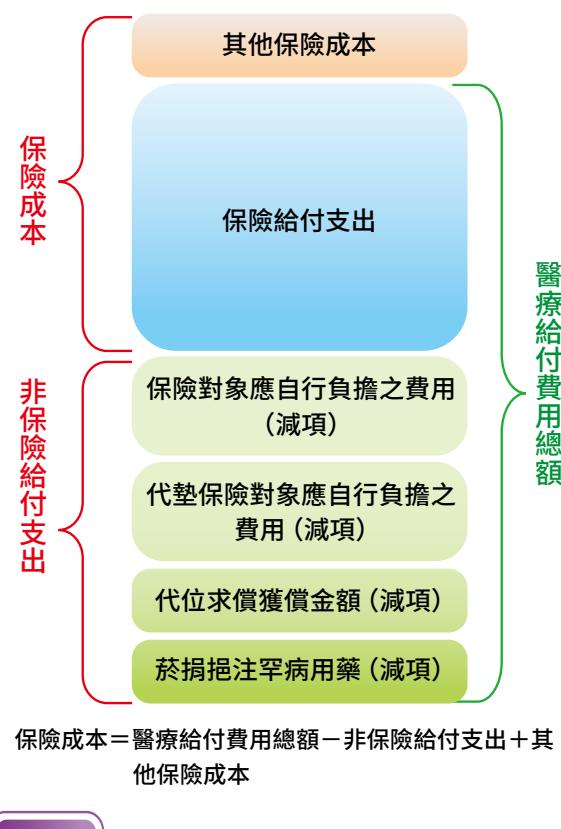


圖 4-5 保險成本架構

在此推估結構下，110～113 年保險收入平均年成長率為 1.51%，110～113 年總額平均年成長率約為 4.54%，109 年度醫療給付費用總額採付費者版本為例，預估 109 年底安全準備餘額可達當年保險給付支出 1.84

個月的水準，依健保會 104 年訂定之「全民健保財務平衡及收支連動機制」估算，109 年保險費率應維持現行 4.69% 不調整（如下表 4-5）。

表 4-5 108 年～113 年全民健保財務推估

《依全民健保財務平衡及收支連動機制推估，109 年度總額成長率採付費者版本 5.145%》

- ◎ 109 年費率維持 4.69%，首次調整為 110 年，費率為 5.50%（調幅 17.27%）。
- ◎ 113 年須再調升為 6.11%（調幅 11.09%），超過法定上限 6%，以 6% 計算。

年別	保險費率 (%)	保險費率成長率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額成長率 (%)	保險收支餘純 (億元)	安全準備累計餘純 (億元)	安全準備約當保險給付支出月數 (月)
107 年	4.69	—	6,061	6,328	4.711	-266	2,109	4.00
108 年 (P)	4.69	—	6,211	6,589	4.417	-378	1,731	3.15
109 年 (P)	4.69	—	6,276	6,945	5.145	-669	1,062	1.84
110 年 (P)	5.50	17.27	7,460	7,255	4.341	205	1,267	2.10
111 年 (P)	5.50	—	7,593	7,589	4.473	4	1,271	2.01
112 年 (P)	5.50	—	7,719	7,955	4.685	-235	1,036	1.56
113 年 (P)	6.00	9.09	8,524	8,335	4.652	189	1,225	1.76

表 4-5 108 年～113 年全民健保財務推估（續）

《依現行費率 4.69% 推估，109 年度總額成長率採付費者版本 5.145%》

- ◎ 109 年保險收支累計結餘約 1,062 億元（約當 1.84 個月保險給付支出）。
- ◎ 111 年安全準備用罄並發生短純。

年別	當年平衡費率 (%)	保險費率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	總額成長率 (%)	保險收支餘純 (億元)	安全準備累計餘純 (億元)	安全準備約當保險給付支出月數 (月)
107 年	4.86	4.69	6,061	6,328	4.711	-266	2,109	4.00
108 年 (P)	5.01	4.69	6,211	6,589	4.417	-378	1,731	3.15
109 年 (P)	5.21	4.69	6,276	6,945	5.145	-669	1,062	1.84
110 年 (P)	5.35	4.69	6,384	7,255	4.341	-871	191	0.32
111 年 (P)	5.50	4.69	6,489	7,589	4.473	-1,099	-908	-1.44
112 年 (P)	5.67	4.69	6,583	7,955	4.685	-1,372	-2,280	-3.44
113 年 (P)	5.86	4.69	6,664	8,335	4.652	-1,671	-3,951	-5.69

資料來源：109 年度保險費率審議前意見諮詢會議會議資料。

二、109 年度保險費率審議前意見諮詢會議專家意見及結論

為使會議進行更有效率，聚焦於健保財務相關議題，健保會預為研擬討論題綱(如下)，同時並就 108 年度「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」研究計畫所提機制修正建議進行意見交換：

- (一) 「全民健康保險 109 年度保險費率方案（草案）」所採假設與推估方式合理性。
- (二) 對「全民健康保險 109 年度保險費率方案（草案）」之意見。

多位專家學者認為調整費率對社會各界影響甚鉅，建議衛福部在調整費率前，應先積極檢討相關政策，前於 104 年後施行多項使健保收入減少之政策(詳表 4-6)也都應重新檢視，如：菸捐分配健保安全準備比率、政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算內涵、醫療費用核刪具名公開之影響、專款項目執行效益與退場機制等，積極思考開源節流之道。

另與會專家也提及，現行健保實施醫療給付費用總額制度，於協議訂定次年度總額後方才審議費率，係「量出為入」，在支出已被決定的狀況下，如何收足保費，成為健保永續經營的最大考驗。為穩健經營及兼顧民眾付費能力，應以民眾醫療需求為估算支出之基礎，並秉持收支連動的精神，審慎檢討總額公式。

專家學者發言後，健保會委員也相繼提出建議。會議結論為依據現行「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 109 年度維持現行費率 4.69%。健保會幕僚將與會人員意見送請健保署，作為修正 109 年度保險費率方案之參據，並送請委員作為 11 月份委員會議審議保險費率之參考。

另綜整歷年費率審議前意見諮詢會議對健保財務之重要建言供參(如附件一)。





表 4-6 104 年後影響健保財務重大措施及其影響評估之彙整

措施		實施日期	內容說明	實際或預估 增減數 / 年 (單位：億元)
1	平均眷口數調整	104.01.01	0.70 人→ 0.62 人	-109
		105.01.01	0.62 人→ 0.61 人	-14
		109.01.01	0.61 人→ 0.58 人	-47
2	(配合調整投保金額 分級表第 1 級)	104.07.01	19,273 元→ 20,008 元	11
		106.01.01	20,008 元→ 21,009 元	24
		107.01.01	21,009 元→ 22,000 元	23
		108.01.01	22,000 元→ 23,100 元	26
		109.01.01	23,100 元→ 23,800 元	17
3	菸捐相關	104.09.01	分配健保安全準備比率 70%→ 50%	-66
		106.06.12	每包菸稅調漲 20 元	-35
		108.04.01	分配健保安全準備比率 50%→與補助經濟困難者之保險費共用 50%	-3
4	健保費率調降	105.01.01	一般保險費率由 4.91%→ 4.69% 補充保險費率由 2%→ 1.91%	-210
5	補充保費	105.01.01	4 項補充保費扣費標準由 5,000 元→ 20,000 元	-42
		107.01.01	營所稅稅率由 17% 調高為 20%，廢止兩稅合一 設算扣抵制	-22
6	政府負擔 36% 計算內涵調整	105.01.01	健保法施行細則 § 45 規定納入 7 項政府已實質 負擔保費	-107
7	擴增給付範圍	106.01.01	C 肝新藥納入健保給付	-27
		106.02.04	AIDS 感染者確診開始服藥 2 年後之醫療費用由 健保給付	-25
8	其他	106.04.15	修正西醫門診、急診應自行負擔費用	7
		107.01.01	軍公教人員待遇調升 3%	8
		107.01.01	2 類 1 目（職業工會會員）投保金額下限及 3 類 （農漁民）投保金額調整為 24,000 元	24

資料來源：健保署 106 年～109 年度保險費率方案（草案）。

第三節 全民健康保險 109 年度一般保險費率審議

一、健保署研提 109 年度保險費率方案（草案）

健保署依據「全民健康保險 109 年度保險費率審議前意見諮詢會議」（下稱諮詢會議）結論，研修「全民健康保險 109 年度保險費率審議方案」（詳本章第二節），於健保會 108 年第 9 次委員會議（108.11.15）審議。其中依諮詢會議意見處理情形，說明內容如表 4-7：

表 4-7 對 109 年度費率諮詢會議意見處理情形及說明

諮詢會議意見	處理情形及說明
一、應增加評估影響健保財務重大措施之未來趨勢（109 年 1 月之後），包括：平均眷口數、公益彩券分配收入、分級醫療施行會減少部分負擔之影響等，以使財務推估更符實際，其中若有積極性政策支出，因其影響健保財務甚鉅，如：106 至 113 年 C 肝新藥預算總計近 400 億元，應於財務推估時併同考量。	一、從最近國發會人口統計推估，眷屬人數占率出現反轉的趨勢，未來將持續觀察變動趨勢，據以修正推估方法。 二、查公益彩券 108 年 1 至 8 月分配 10.0 億元，仍較 107 年同期分配 9.4 億元增加，因彩券買氣受頭獎金額影響，每期都略有波動，未來將持續觀察變動，據以修正推估方法。 三、部分負擔採近 5 年成長率移動平均值，用以反映原有趨勢及逐年政策造成之影響。 四、C 肝預算金額已納入基本假設。
二、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算，李精算師永振主張應依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式，與健保署現行所採計算方式，於健保財務收支發生短絀時，兩者計算方式計得之該 36% 不足數金額會有所差異。請健保署適時就現有資料呈現前述不同計算方式之詳細內容，俾使與會者具體瞭解差異所在。	有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算，全民健康保險 109 年度保險費率方案，係依據現行主管機關解釋進行設算。

(接次頁)

(承前頁)

諮詢會議意見		處理情形及說明			
		年度	呆帳	應收保險費 (不含政府負擔)	呆帳比例
三、下列事項請健保署補充說明：	(一) 請提供歷年呆帳費用與應收保險費等相關數據，俾依趨勢判斷呆帳率提列 1.2% 是否合理。	105 年	39 億元	3,561 億元	1.1%
		106 年	40 億元	3,665 億元	1.1%
		107 年	45 億元	3,893 億元	1.2%
(二) 請彙整近年健保各項措施，包括：藥品支出目標 (DET)、分級醫療、雲端資訊查詢系統、藥商藥品價量協議返還金等之節流成效，並說明將節流金額回歸總額預算使用、反映點值，或作為總額減項回饋被保險人之合理作法。	一、本署依貴會 108 年 9 月 26 日「109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議」所需，補充提供分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢之執行成效及節流金額，作為貴會委員協定總額預算減項之參考。 二、近年各項節流措施成效詳附錄。				
(三) 簡報中將協商因素拆解為協定調整因素與投保人口數校正值、協定調整因素採 10 年移動平均值之理由、前述名詞定義及其內涵。	一、依所提意見，增加相關說明。 二、協定調整因素係總額協商結果，存在不確定性，故以 10 年長期平均降低變動幅度，並採移動平均值推估，用以反映變動趨勢。				
(四) 其他保險成本內涵及金額，請補充說明。	依所提意見，增加相關說明。				
(五) 請將天災人禍 (如 SARS) 等發生機率低但影響程度高者之情形，納入敏感度分析評估。	一、暫依 109 年度總額其他預算編列「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」8.22 億元，假設於發生非預期風險時動支，進行非預期風險發生之敏感度分析試算。 二、依所提意見，增加相關試算。				

二、109 年度保險費率方案審議結果

健保會委員提出許多建議，在收入面部分，付費者委員持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式，並再次重申社會福利或社會救助之補助保費，計入政府應負擔經費之適法性問題；近年來因呆帳金額有上升之趨勢，委員亦建議應積極催繳保費、並檢討相關法令以合時宜。在支出面方面，近年來多有將公務預算應支應之相關公共衛生項目費用，轉嫁由健保支出，對健保財務

造成不利影響，委員建議配合政策需求照護民眾增加之相關支出，應適度編列公務預算支應，或將原權責機關編列之公務預算移撥健保基金；以及為提升健保支出的運用效率，避免資源的不當耗用，包括民眾部分負擔、高診次就醫行為及給付項目之範圍及內涵等，仍尚有檢討空間。

另會中委員表示，由於調整費率將會影響民眾經濟負擔，亦將增加雇主之非勞動成本，影響產業競爭力，鑑於二代健保係以量

入為出、財務平衡為核心精神，訂定醫療給付費用總額成長率上下限時，應進行整體財務評估，依據民眾醫療需求，同時審酌年度健保收入及民眾付費能力，並在健保收入額度內做最有效之支用，以落實財務收支連動，期能延後費率調整年度或降低費率調整幅度。

本案審議結果如下：

- (一) 全民健康保險 109 年度保險費率審議結果，健保會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。
- (二) 委員就健保財務所提相關意見，請健保署參辦。
- (三) 依健保署最新之財務推估顯示，在維持先行費率 4.69% 下，110 年底健保安

全準備累計餘額為 191 億元（以付費者版本為例），約當 0.32 個月保險給付支出，請衛福部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。

三、行政院核定全民健康保險 109 年度一般保險費費率

健保會幕僚依本案決議，將 109 年度費率審議結果併委員所提意見，於 108 年 11 月 25 日報衛福部（如附件二）；衛福部於 108 年 12 月 31 日來函，行政院業於 108 年 12 月 27 日核定全民健康保險 109 年度一般保險費費率維持現行費率 4.69% 不予調整（如附件三）。



附件一

106、107 年辦理 107～108 年度保險費率審議前意見諮詢會議重要建言

類別	內容
財務推估 假設及方式	<p>【106 年】</p> <ol style="list-style-type: none">請明列設算保險收入及保險成本高、中、低推估之重要假設及理由，且應更具合理性，如：眷屬人數呈下降趨勢，惟平均眷口數自 106 年起均採定值；保險成本低推估應以歷年總額結算值設算；保險收入低推估假設第 1、2 類平均投保金額減少，及高推估假設第 6 類被保險人減少，均未符合未來成長趨勢，即敏感度分析的假設應為實際可能發生的情形及符合歷史趨勢等。請將政策變動之財務影響因素納入推估保險成本時考量，包括：受僱醫師全面納入勞基法、C 肝治療用藥納入給付及推動中的各項給付效益提升計畫等。為利評估收入面之影響，請提供健保法施行細則第 45 條自 105 年 1 月起納入 7 項政府負擔保費之各項金額，及歷年政府、民營雇主、保險對象負擔之保費及其占率，供審議參考。各類保險對象增減預估趨勢，應綜合考量現行人口結構（如老年人口增加、青少年人口減少），請修正。請以過去 10 年醫療給付費用總額平均成長率、行政院核定上、下限平均成長率推估及說明。 <p>【107 年】</p> <ol style="list-style-type: none">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。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。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、預估影響金額妥適性，請審慎評估。

(接次頁)



(承前頁)

類別	內容
全民健保財務平衡及收支連動機制	<p>【106 年】</p> <p>1.多數諮詢專家認為調整年度不宜太頻繁、調幅不宜太高、啟動條件及調整方式宜明確等，爰就健保署所提建議方案，以方案 1 較為合理。</p> <p>2.現行機制僅以「安全準備餘額」作為調整基準，未來可能面臨費率調幅陡升的壓力，建議納入其他輔助基準。</p> <p>3.建議方案雖可解決部分問題，但是否衍生其他爭議，宜通盤考量。</p> <p>4.有專家建議可以現行機制為基礎，將「年底」修正為「年中」，及「安全準備餘額不足『1.5 個月』保險給付支出」修正為「2 個月」，加以模擬試算。</p> <p>5.現行機制及健保署建議方案，皆無法解決健保財務收支結構性失衡之問題，預估至 110 或 111 年之保險費率將超過法定上限 6%，屆時須面對修法或調整給付範圍的難題，建議政府應及早研商開源節流方案，才是長久之計。</p> <p>【107 年】</p> <p>「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。</p>
收入面	<p>【107 年】</p> <p>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。</p> <p>2.健保法施行細則第 45 條牴觸母法第 27 條部分應檢討修正。</p> <p>3.爭取菸捐分配健保安全準備比率回復為 70%。</p>
支出面	<p>【106 年】</p> <p>健保署應揭露每年度醫療給付費用協定總額之實際結算數，俾供委員瞭解總額執行情形。並檢討各年度總額基期，扣除短期方案或計畫對特定項目之補助，如護理人員加班費，以免總額基期費用無限擴大。</p> <p>【107 年】</p> <p>1.為澈底改善收支結構失衡狀況，應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。</p> <p>2.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利工具。</p>

附件二

<p>抄本</p> <p>衛生福利部全民健康保險會 書函</p> <p>機關地址：11558台北市南港區忠孝東路6段488號4樓 郵政人員姓名： 聯絡人電話：李德龍(02)8590-6864 電子郵件信箱：hsbodhi@mshw.gov.tw</p> <p>受文者：如正、副本行文單位</p> <p>發文日期：中華民國108年11月25日 發文字號：衛部健字第1083360173號 遞別：普通件 密等及解密條件或保密期限： 附件：全民健康保險會第4屆108年第9次委員會議紀錄(節錄)(1083360173-1.docx)</p> <p>主旨：檢陳本會辦理全民健康保險109年度保險費率審議結果，請鑒核。</p> <p>說明：</p> <p>一、依據全民健康保險法(下稱健保法)第24條第3項規定暨本會第4屆108年第9次委員會議(108.11.15)討論事項第一案決議辦理(會議紀錄節錄如附件1)。</p> <p>二、全民健康保險109年度保險費率業經中央健康保險署(下稱健保署)依法定程序提請本會審議，經本會召開前揭委員會議審議結果，一般保險費率建議維持現行4.69%。</p> <p>三、依健保署最新財務推估顯示，在維持現行費率4.69%下，110年底安全準備累計餘額為191億元(以付費者版本為例)，約當0.32個月保險給付支出，請鈞部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之銜平性，以維持財務制度之穩定。</p> <p>四、本會委員基於監理健保職責，就健保財務提出以下建議：</p> <p>(一)請鈞部在擬訂次年度醫療給付費用總額(下稱總額)成長率上下限時，本於二代健保量入為出、財務平衡的核心精神，依</p> <p style="text-align: center;">第 1 頁 共 2 頁</p>	<p>據民眾醫療需求，同時審酌年度健保收入及民眾付費能力，進行整體財務評估，在健保收入額度內做最有效之支用，以落實財務收支連動。</p> <p>(二)調整費率影響民眾負擔，亦將增加雇主之非勞動成本，影響產業競爭力，爰應先通盤檢視財務收支結構、啟動各項健全健保財務之措施，以期延後費率調整年度或降低費率調整幅度，前揭健全財務措施建議包括以下項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1、確實檢討政府應負擔健保總經費法定下限36%計算方式，並衡酌屬於社會福利或社會救助之補助保費計入政府應負擔經費之適法性。 2、回歸立法原意，將菸品健康福利捐分配健保安全準備比率回復至合理比率。 3、應積極催繳保費、精進呆帳收回作業，並檢討相關法令以合時宜。 4、政府因政策需要，為照顧民眾健康所增加之支出，應適度編列公務預算支應；如有轉由健保支應之項目，應將原權責機關編列之公務預算移撥健保基金。 5、檢討總額公式基期及非協商因素之合理性，確實考量經濟成長及民眾付費能力。 6、為使健保資源有效運用、避免醫療資源浪費與不當耗用，應併同檢討給付項目、部分負擔、自費比率及民眾高診次就醫行為等。 <p>正本：衛生福利部 副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)</p> <p style="text-align: center;">第 2 頁 共 2 頁</p>
--	--



附件三

<p>電子公文</p> <p>衛生福利部 函</p> <p>發件地點：100058臺北市忠孝東路1段1號 郵件編號：10200 收件人及電話：衛生署(02)89900732 電子郵件：hsngb@moHW.gov.tw</p> <p>受文者：本部全民健康保險會</p> <p>郵文日期：中華民國108年12月31日 郵文序號：衛委保字第1080145448號 类别：會議 主旨及說明：請各機關依循行政院於108年12月27日核定之全民健康保險一般保險費率，逕行辦理。</p> <p>主旨：有鑑109年度全民健康保險一般保險費率半，行政院爰於108年12月27日核定維持現行費率4.69%，不予調整，請照辦。</p> <p>說明：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、依行政院108年12月27日核定函第1080042696號核定函(影本如附件)辦理。 二、補充保險費費率，應依全民健康保險法第33條規定，維持現行費率1.91%，不予以調整。 <p>正本：衛生福利部中央健康保險署 副本：本部全民健康保險會 電子公文簽章</p> <p>署長 陳時中</p> <p style="text-align: right;">108.12.27 108CCQ90917</p> <p>第 1 頁 共 1 頁</p>	<p>電子公文</p> <p>行政院 函</p> <p>發件地址：100058臺北市忠孝東路1段1號 郵件編號：02-33566300</p> <p>受文者：衛生福利部</p> <p>發文日期：中華民國108年12月27日 郵文號：衛委保字第1080042696號 类别：會議 主旨及說明：請各機關依循行政院於108年12月27日核定之全民健康保險一般保險費率，逕行辦理。</p> <p>主旨：所據109年度全民健康保險一般保險費率建議維持現行費率4.69%，不予調整一案，同意辦理。</p> <p>說明：復108年12月2日衛部保字第1080140916號函。</p> <p>正本：衛生福利部 副本：國家發展委員會、行政院主計總處 電子公文簽章</p> <p>衛生福利部 108/12/27 108CCQ90917</p> <p>第 1 頁 共 1 頁</p>
--	--





108 年度其他重要 業務執行成果

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



第五章 108 年度其他重要業務執行成果

第一節 確保給付項目合理調整

業務現況

全民健保所提供的給付範圍，相當廣泛，涵蓋門診、急診、住院、復健、居家醫療照護等項目。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；另各總額部門及健保署亦會運用醫療服務成本指數改變率所增預算，調整支付標準，使支付結構漸趨合理。

108 年度牙醫門診、西醫基層及醫院總額共編列 30.73 億元（分別為 0.12 億元、0.42 億元及 30.19 億元）新醫療科技預算，在此額度內，健保署依健保法第 41 條規定將擬新增、調整之給付項目提至由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表組成之共擬會議討論，健保署除邀請健保會付費者委員擔任共擬會議之被保險人與雇主代表，亦邀請病友團體代表列席；執行結果並納入下年度總額協商考量。

本節將介紹健保署依 108 年度總額協定事項引進之新醫療科技項目、支付標準之增修、擴增 C 肝新藥預算及癌症免疫檢查點 PD-1、PD-L1 抑制劑新藥（下稱癌症免疫新藥）納入健保給付之執行情形。

108 年健保署雖未有新增自付差額特材案件送健保會討論，惟委員十分關切已開放自付差額特材執行情形，爰健保會安排健保署於委員會議進行專案報告；另針對委員所關注之指示藥品給付情形，也請健保署進行專案報告。此兩項議題於委員會議亦有諸多討論，將於本節一一說明。

執行成果

一、引進具成本效益的新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）

新醫療科技項目的引進，除有助醫師臨床診斷，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外，納入健保給付亦可減輕病患的財務負擔。因此，每年於總額協商時，均會考量健保財務配置之妥適性編列預算。



(一) 新增修診療項目

108 年度牙醫門診及醫院總額部門，分別編列 0.12 億元及 4 億元預算，用於新增修診療項目。108 年新增修診療項目共 27 項(如表 5-1)，包含西醫之住院診療費、加護病房營養照護費、檢查、注射、放射線診療、治療處置、手術及牙醫口腔顎面外科之檢查費、治療處置及手術等類別。

以俗稱「落ㄟ頰」的顎顎關節障礙為例(如圖 5-1)，過去皆以症狀治療(藥物治療)配合咬合板復健方式進行，但對於症狀嚴重者而言，傳統方式無法緩解其口腔咬合困難、顏面肌肉疼痛、食不下嚥及難以入睡等種種不適，影響其生活機能及品質甚鉅。為讓此類病患接受更適切之醫療照護，108 年牙醫門診總額特別引進「單側顎顎關節障礙乾針治療」、「單側顎顎關節鏡手術」等 5 項口腔顎面外科診療項目，增加了診斷與治療方式的廣度。

另一例子是，過去因為價格昂貴(支付點數為 144,277 點)，未能納入健保給付的「分子吸附循環系統」(如圖 5-2)，其原理類似腎衰竭病人洗腎(腹膜透析或血液透析)的方式，藉由白蛋白透析循環進行分子吸附，並結合血液透析，能有效清除病患體內毒素，本項目納入健保給付後，對於需進行肝臟移植之病患，可穩定其生命徵象，以爭取更多時間等待接受肝臟移植，也可減輕病人的財務負擔。

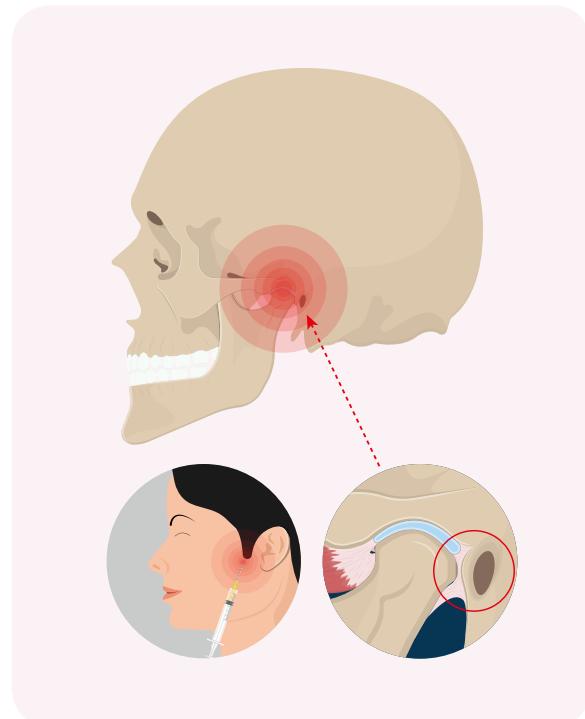


圖 5-1 顎顎關節示意圖



圖 5-2 分子吸附循環系統示意圖

(圖片來源：高雄醫學大學附設中和紀念醫院)

表 5-1 108 年新增修診療項目納入健保給付情形

分類	品項數	醫療服務名稱
西醫基本診療		
住院診察費	1	器官移植協調管理費
管灌飲食費及營養照護費	2	加護病房營養照護費—初次照護費
		加護病房營養照護費—追蹤照護費
西醫特定診療		
檢查	7	肺癌表皮生長因子受體 (EGFR) 突變體外診斷醫療器材檢測 (IVD)
		肺癌表皮生長因子受體 (EGFR) 突變實驗室自行研發檢測 (LDT)
		鐳 223 治療處置費
		使用 TRH 注射液
		使用 LH-RH 注射液
		水通道蛋白 4 抗體
		PD-L1 免疫組織化學染色
注射	1	經皮甲狀腺腫瘤酒精注射
放射線診療	3	X 光骨骼密度測定 *
		血管阻塞術 Lipiodol
		經導管無導線心律調節器置放或置換術
治療處置	3	治療性導管植入術—末梢靜脈植入中心導管術 *
		人工電子耳術後調圖 (單耳)
		分子吸附循環系統
手術	5	人工電子耳手術—人工耳蝸植入術 *
		經皮移除心臟內電極導線
		前哨淋巴結摘除手術 *
		標準腋下淋巴廓清術 *
		心房—肺動脈迴路成形術 *
牙醫		
口腔顎面外科	5	顱顎關節障礙初診特殊檢查費
		顱顎關節障礙複診特殊檢查費
		單側顱顎關節障礙乾針治療
		單側顱顎關節沖洗
		單側顱顎關節鏡手術

資料來源：衛福部公告。

註：1. 預算來源為 108 年度醫院及牙醫門診總額之「新醫療科技」預算。

2. 以 * 標註之項目為增修支付規範。

(二) 新藥品

為持續引進新藥品，108 年度醫院及西醫基層總額，分別編列 19.34 億元及 0.42 億元預算，共納入 62 項(39 種成分)新成分、新複方或新劑型新藥(如表 5-2)。其中屬突破創新(第 1 類)的藥品共 12 項，用於治療乳癌、白血病、多發性硬化症、異位性皮膚炎及預防血友病人出血事件，病人可受益於新藥較具突破性的療效；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 28 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 22 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。

除持續引進新藥外，對已給付藥品，健保署也持續參考食品藥物管理署核准的適應症、相關臨床研究與各專科醫學會的建議，放寬藥品的給付條件。108 年擴增計 18 類疾病用藥的給付範圍，包括：癌症用藥、C 肝口服新藥、B 型肝炎用藥、抗疱疹病毒劑、降血脂用藥及風濕免疫疾病用藥等，期更符合病人需求並擴大照顧範圍，以提升民眾用藥權益。

表 5-2 108 年新藥納入健保給付情形

類別	品項數	藥理分類及品項數	
突破創革新藥(第 1 類)	12	1	皮膚科製劑
		2	血液治療藥物
		1	免疫製劑
		8	抗癌瘤藥物
臨床價值較現行藥品有中等程度改善(第 2A 類)	28	5	心臟血管及腎臟藥物
		1	代謝及營養劑
		1	免疫製劑
		4	抗微生物劑
		9	抗癌瘤藥物
		1	呼吸道藥物
		3	腸胃藥物
		4	激素及影響內分泌機轉藥物
臨床價值與現行藥品相近(第 2B 類)	22	6	心臟血管及腎臟藥物
		1	血液治療藥物
		6	免疫製劑
		3	抗微生物劑
		1	眼科製劑
		5	激素及影響內分泌機轉藥物

資料來源：健保署公告 108 年生效之新藥(本表統計符合健保法第 14 條新藥定義之品項，包含罕病、血友病、後天免疫缺乏症候群用藥及 C 肝新藥)。

(三) 新特材

為導入新特材，108 年度醫院總額編列 5.85 億元預算，共納入 75 項新特材（如表 5-3）。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 27 項具有創新功能，包含用於兒童長骨畸形矯正之骨釘骨板系統、洗腎患者之靜脈血管支架、腹腔內惡性腫瘤擴

散之溫熱化學藥物灌注治療、治療原發性或再發性主動脈狹窄之支架及輔助導管，及治療巴金森氏症等特材。以治療巴金森氏症（經藥物治療仍無效）之深層腦部刺激導線組（含導線、導線延長線及固定蓋）為例，繼 104 年將「深層腦部刺激器」納入健保給付後，為減輕患者就醫之經濟負擔，108 年再將其需搭配使用之導線組（如圖 5-3）納入健保給付。

表 5-3 108 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	27	3 兒科用骨釘骨板系統	兒童長骨畸形矯正
		2 血管吻合系統及吻合術輔助裝置	升主動脈局部嚴重鈣化，且使用無鉗式冠狀動脈繞道手術
		1 靜脈血管支架暨傳送系統	洗腎患者靜脈狹窄
		3 主動脈支架（裸 / 覆膜支架）及輔助導管	治療原發性或再發性主動脈狹窄
		2 腹腔溫熱灌注導管及管路組	腹腔內惡性腫瘤擴散末期病人之溫熱化學藥物灌注治療
		7 深層腦部刺激導線組（含導線、導線延長線及固定蓋）	治療巴金森氏症
		2 鉑金屬脛骨及股骨椎狀墊片	人工膝關節再置換
		7 加溫輸血輸液套管及配件	外傷或重大手術造成大量失血時，快速大量輸血及加溫
功能改善	42	4 診斷導航導管（10 極及 20 極）	複雜性心律不整之定位及診斷
		1 血管移植植物—小兒用薄壁（具肝素塗層）	兒童重建血管或分流手術時必用之人工血管
		30 可吸收性之顱顏面骨板	兒童或青少年顱顏面骨重建
		7 可吸收性之顱顏面骨釘	兒童或青少年顱顏面骨重建
功能改善 (自付差額)	6	6 具壓力感應功能之立體定位（3D）灌注冷卻式診斷電燒記錄導管	用於診斷與治療複雜性心律不整

資料來源：健保署公告及 108 年歷次特材共擬會議紀錄相關資料。

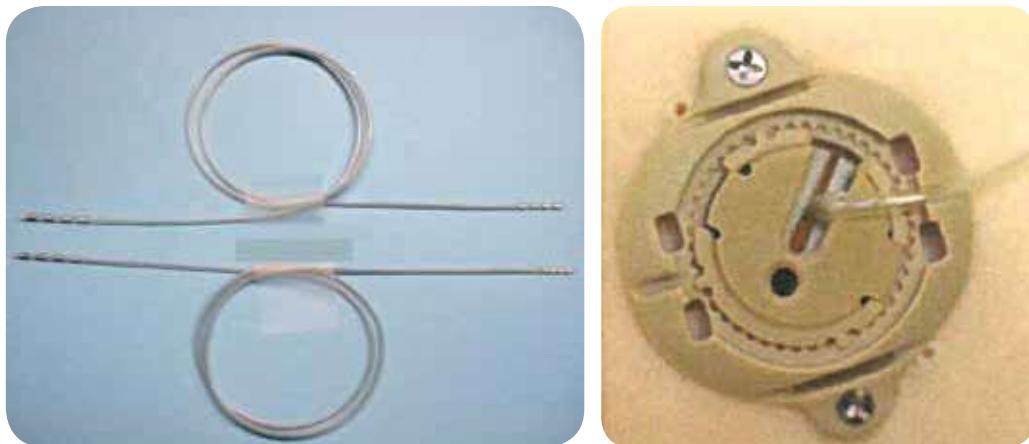


圖 5-3 新特材示意圖(左：深腦部電刺激導線組、右：顱骨鑽孔外蓋系統)

(圖片來源：美敦力深腦部電刺激導線組、聖猷達顱骨鑽孔外蓋系統之許可證仿單)

屬功能改善特材共計 42 項，最大宗為兒童或青少年顱顏面重建之可吸收性顱顏面骨板及骨釘，因材質可吸收不需取出，故不會影響成長期之兒童或青少年顱顏面骨骼發展；另尚有用於兒童重建血管或分流手術之血管移植植物一小兒用薄壁(具肝素塗層)、複雜性心律不整之定位及診斷的診斷導航導管等特材。

另有 6 項亦為功能改善，係新列入自付差額特材「治療複雜性心臟不整脈消融導管」功能類別項下之「具壓力感應功能之立體定位(3D)灌注冷卻式診斷電燒記錄導管」為心臟科之特材，其具有壓力感應，能測知每個電燒點接觸力道，提供臨床醫師更多治療選擇。

二、持續檢討醫療服務給付項目及支付標準

因應醫學進步及實際成本所需，有必要持續檢討醫療服務給付項目及支付標準，以提升醫療給付效益。每年各總額部門與健保

署在總額協定額度內，共同研擬醫療服務給付項目之增修訂內容(含新增項目、調整支付點數、加成計算及支付規範修正等)。另，「牙周病統合照護計畫」歷經 9 年試辦且成效良好，爰於 108 年依總額協定事項，將牙周病統合治療全面納入健保給付，以提升國人口腔健康。

(一) 108 年支付標準增修訂情形

- 新增 4 項牙醫診療項目：牙齒外傷急症處理、牙周病統合治療第一階段至第三階段支付(配合牙周病統合照護計畫導入支付標準)；並於通則增訂「牙周炎病人收取自費規範」。

2. 調升點數 489 項：

- 牙醫 1 項：特殊狀況之複合體充填(調升 200 點)。
- 中醫門診 30 項：每日藥費(調升 2 點)、治療處置費(針灸、傷科、脫臼整復、針灸合併傷科治療)等 29 項各調升 12 點。

- (3) 西醫基層 18 項：每位醫師每日門診量≤30 人次之一般門診診察費（含山地離島地區）及精神科門診診察費等 12 項、「淺部創傷處理」及「手術、創傷處置及換藥」等 6 項治療處置項目之支付點數調升至與醫院部門相同。
- (4) 醫院 440 項：14 項住院診察費、12 項住院護理費、47 項治療處置、367 項手術診療項目。
3. 支付標準加成：地區醫院門診診察費夜間加成、急診診察費加成、75 歲以上病人住院診察費加成。
4. 開放西醫基層診所跨表項目 11 項：包含檢查、皮膚科治療處置等診療項目。
- (二) 牙周病統合治療全面納入健保給付，提升國人口腔健康

牙周病嚴重時會導致很多牙齒動搖或脫落，影響身體的健康，為落實早期治療，減少民眾後續口腔醫療疾病費用之負擔，全民健保自 99 年起於牙醫門診總額挹注專款預算，試辦「牙周病統合照護計畫」。歷經 9 年試辦，於治療模式及服務量能穩定後，乃於 108 年投入高達 28.08 億元預算，將「牙周病統合照護」由專款項目轉入一般服務，正式將牙周病統合照護處置納入健保支付標準，列為健保一般性常規服務項目，幫助更多民眾接受牙周病治療照護。

牙周病是國人常見的口腔疾病，依衛福部口腔健康調查結果，18 歲以上成年人高達 8 成以上有牙周病，牙周病須

要長期照護的疾病，需要良好控制、追蹤，方可妥善保存牙齒。牙周病統合照護分三階段治療，第一階段為治療前檢查及口腔保健衛教，第二階段為全口齒齦下刮除或牙根整平治療，第三階段則是牙周病檢查及評估治療情形，期藉由完整的療程，延長民眾自然牙齒的使用年限，提升國人口腔健康。

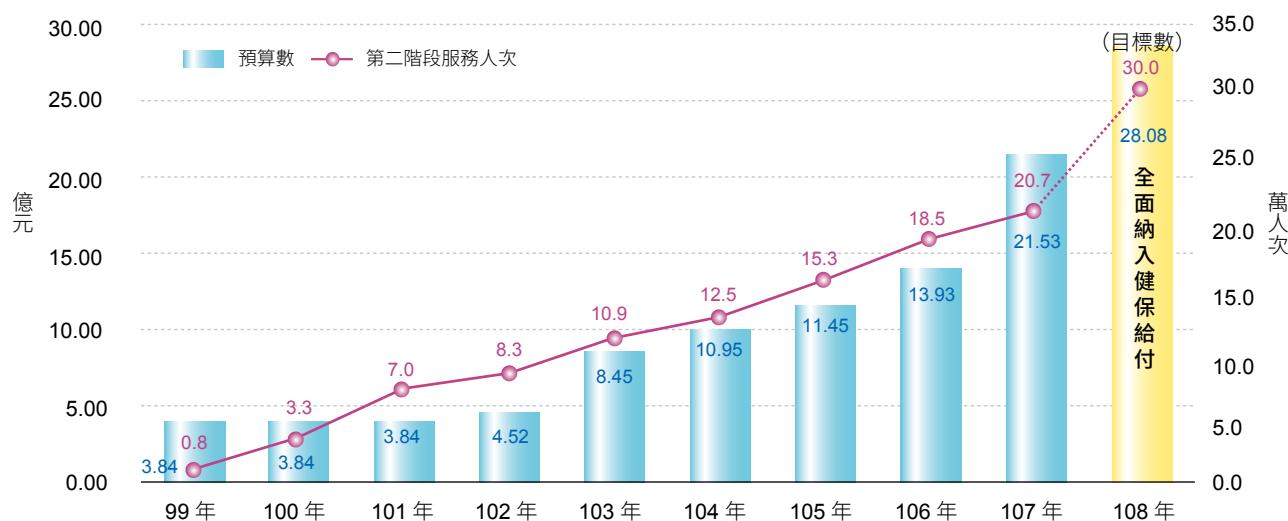
「牙周病統合照護計畫」試辦期間，因應民眾醫療需求，逐年增加總額投入的預算，從 99 年的 3.84 億元，107 年大幅成長至 21.53 億元。經評估試辦成果，服務醫師數及照護人數逐年增加，服務量由 8 千多万人次，107 年成長至 20.7 萬人次（圖 5-4），參與院所與牙醫師占率亦逐年穩定成長，由 99 年近 10%，107 年成長至 40% 以上（圖 5-5）。治療成效顯示，民眾治療前後牙周囊袋及牙菌斑均有所改善，治療的整體滿意度高達 97.2%。

試辦結果顯示牙周病照護具有相當成效，108 年乃編列 28.08 億元預算將牙周病統合照護正式納入一般服務，此後每年的總額預算均包含此筆預算，



為確保民眾就醫權益，除訂定監測指標，持續觀察第三階段完成率及追蹤服務人次外，並規範醫療院所對於牙周病統合照護涵蓋的治療，不得再自立名目

向病人收取自費。未來將持續推動牙周病照護服務，期提升民眾口腔保健與保存自然牙，減少民眾後續口腔疾病醫療費用之負擔。



註：1. 牙周病統合照護計畫為 99 年新增計畫，原列為一般服務，第 1、2 階段自 100 年起移列專款，第 3 階段自 103 年移列專款。

2. 牙周病統合照護計畫共分 3 階段，服務人次係以第 2 階段認定之。

圖 5-4 歷年牙周病統合照護計畫之預算與服務人次

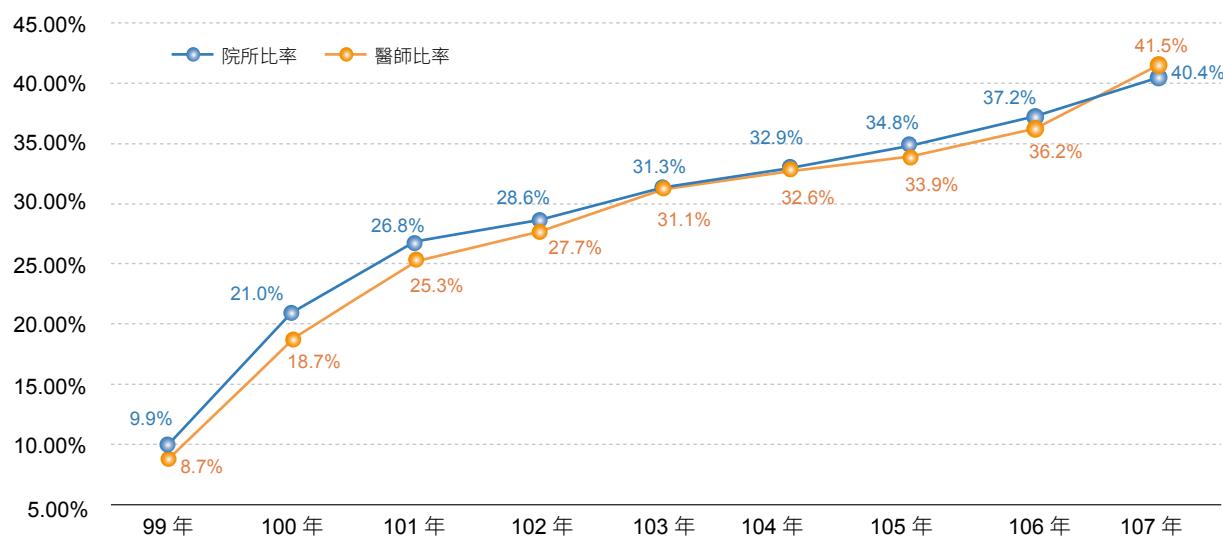
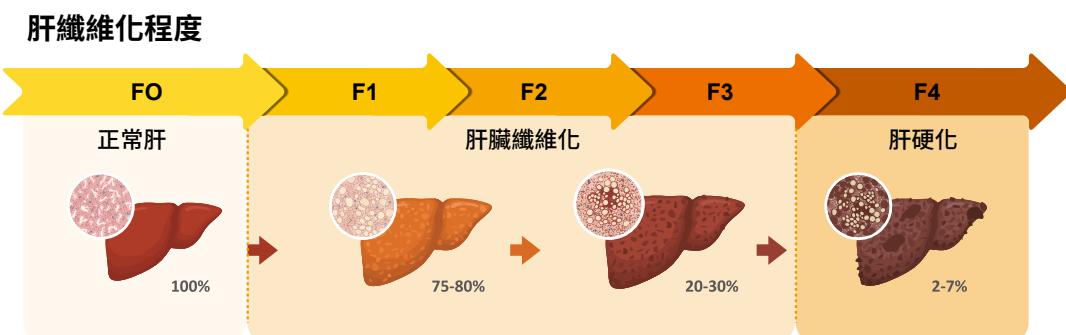


圖 5-5 歷年提供牙周病統合照護計畫之院所及醫師比率

三、逐年增加C肝治療預算，加速根除C肝

世界衛生組織 (World Health Organization, WHO) 宣示於 2030 年達到消除病毒性肝炎之全球目標，我國已訂定於 2025 年達到C肝新藥治療 25 萬名C肝病人之目標。為早日達到前述目標，106 年起C肝新藥正式納入健保給

付，其預算編列於健保總額專款項目，初期給付適應症嚴格，限制用於病人曾使用過傳統干擾素治療失敗且肝纖維化程度為F3(含)以上者（註：肝纖維化在病理分級上分為 5 期，F0 為無纖維化，F1 為輕度，F2 為中度，F3 為重度，F4 在病理上診斷為肝硬化）。



為擴大照護對象，健保會總額協商時依衛福部交議之政策方向逐年增加專款編列，

健保署也在預算範圍內，分階段規劃擴增C肝新藥的給付範圍（如下圖 5-6）。

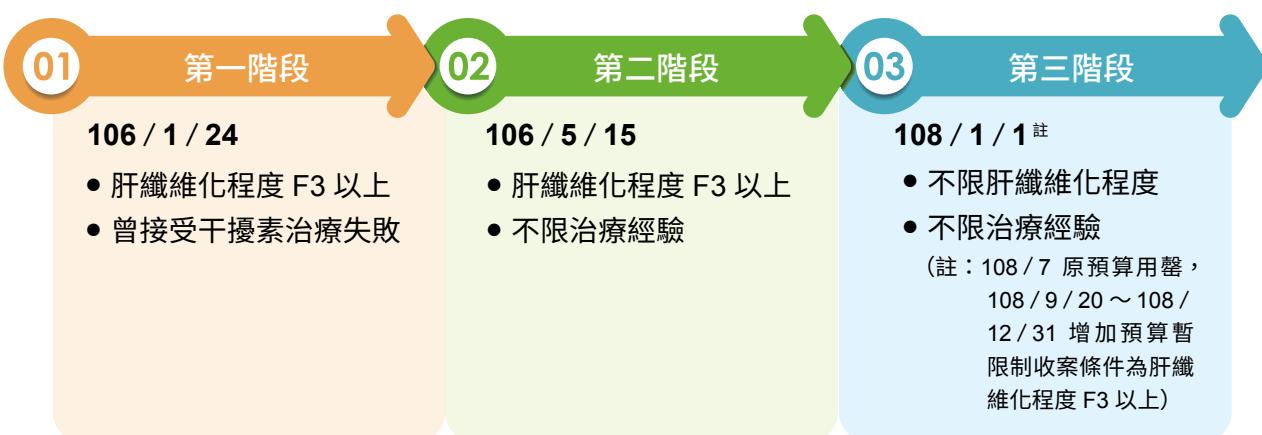
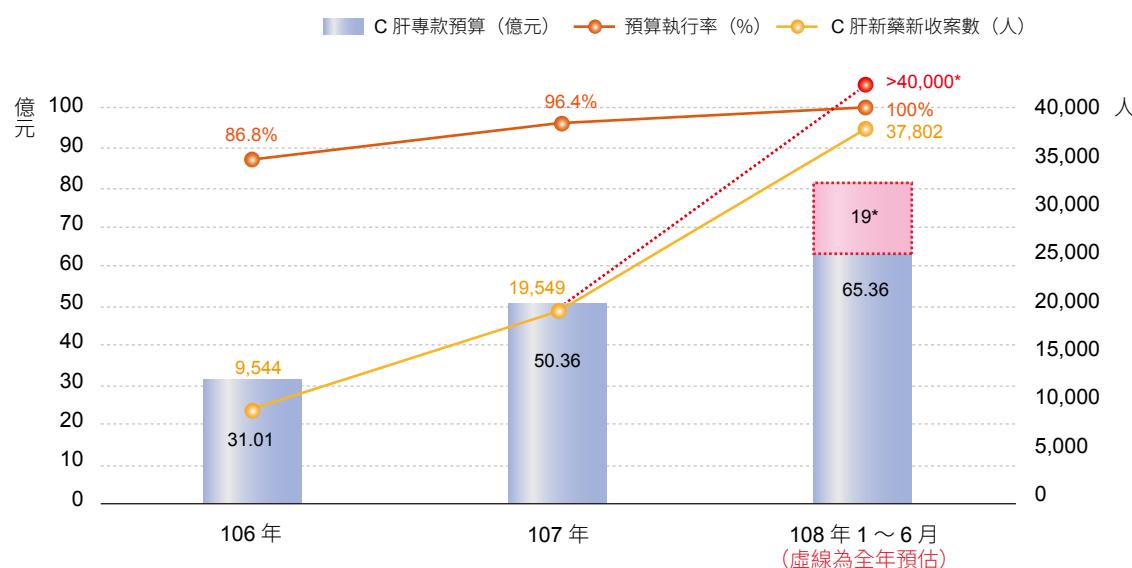


圖 5-6 C 肝新藥分階段擴增適應症歷程

(一) 108 年放寬 C 肝新藥給付條件，增加照護人數

108 年 C 肝用藥專款額度為 65.36 億元，較 107 年 (50.36 億) 元增加 15 億元預算，因此在給付適應症上也大幅放寬，自 108 年 1 月起，已不限定病人肝纖維化程度。自 6 月起，刪除慢性 C 肝患者用藥前 6 個月抗體 (Anti-HCV) 需呈陽性之規定，病人經篩檢後可及早治療。此外，隨著新的全基因型 C 肝新

藥問世及部分 C 肝新藥許可證擴增適應症，可用於失代償性肝硬化及第 1 型 12 歲 (含) 以上兒童 C 肝病人，使更多族群皆能受益。隨著 C 肝用藥專款預算投入及給付條件持續擴增，截至 108 年 6 月份，當年度預算執行率已達 99%，新收案數達 3 萬 7 千餘人，累計總治療人數達 6 萬 6 千餘人，C 肝用藥專款預算及執行情形如下圖 5-7。



備註：1. 資料來源：109 年度總額協商會議資料，統計至 108/6/30 止。

2. C 肝專款預算含 C 肝新藥及既有 C 肝藥品費用。

3*.108 年全年度預算 65.36 億元已於 7 月用罄，後經健保會決議追加經費以 19 億元為上限，追加經費及使用人數依健保署 109 年結算數為主 (暫以虛線預估呈現)。

圖 5-7

C 肝用藥專款預算執行情形

(二) C 肝新藥預算不足，衛福部交議追加預算

由於全面放寬C肝新藥之給付條件，符合給付的人數大幅增加，健保署估計原編列之 65.36 億元將於 108 年 7 月用罄，衛福部於 108 年 6 月交議健保會於行政院核定總額範圍內協議增加預算，經健保會 108 年 6 月份及 7 月份委員會議討論後，決議在無適法性疑慮前提下，對公務預算不夠支應之經費缺口，勉予同意由 108 年度全民健保醫療給付費用總額「其他預算」項下之基層總額轉診型態調整費用、調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費、提升保險服務成效等 3 項之結餘支應，並以 19 億元為上限。（交議案之處理請詳第五章第三節）

因此，健保署於 108 年 9 月 20 日起再增加治療名額，並於「C型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」規定，至 108 年 12 月底前，優先給付於肝纖維化 F3 以上者。依據健保署 108 年 12 月份藥品共擬會議報告資料，108 年新收案數，1 至 7 月份（原預算）約為 4 萬 2 千餘人，9 月至 11 月（追加預算）再增加治療約 3 千餘人，至 108 年底累計治療超過 7 萬餘人。

(三) 放寬C肝新藥給付條件所衍生檢查(驗)費用之處理方式

因應C肝新藥給付條件擴增，醫事服務提供者代表十分關切其衍生檢

驗(查)費用對點值造成的影響，健保會依 107 年 12 月份委員會議決議，安排健保署於 108 年 7 月份委員會議進行「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」專案報告。依健保署統計，與前一年同期相比，108 年第 1 季 C 肝新藥相關檢測費用約增加 3,900 萬餘元支出，而 108 年 C 肝相關併發症醫療費用預估可節省 2.58 億元，平均每季為 6,400 萬餘元，因此健保署認為 C 肝相關併發症節省費用已可涵蓋相關檢驗(查)費用。此議題如何處理，在隨之而來的總額協商與核(決)定過程中，有更進一步的討論：

1. 健保會 109 年度總額協商：兩案併陳報衛福部決定

108 年 9 月份協商 109 年度總額時，醫界代表仍認為配合根除 C 肝政策需要深入社區進行篩檢，相關檢驗(查)費用恐排擠其他醫療服務並影響點值，故醫院及西醫基層總額部門均提出於專款項目增編「使用 C 肝新藥所需之檢測費用」，而付費者代表卻認為 C 肝新藥減少併發症所節省之費用應足以支付，不支持再增加預算，雙方代表雖已釋出最大誠意討論仍未達共識，健保會以兩案併陳方式報請衛福部核(決)定。

2. 衛福部核(決)定結果：西醫基層總額編列 1.9 億元預算

醫院部門之 C 肝藥品費用原編列在一般服務項下，西醫基層部門則自始編

列於專款項目。衛福部考量於 106 年度醫院及西醫基層總額編列 C 肝口服新藥專款預算時，醫院部門有從一般服務移列部分 C 肝藥品費用至專款項目，其留在一般服務之經費應足以支應 C 肝治療衍生之檢驗（查）費用，故未再同意增加相關費用；至於西醫基層部門，因向來以專款項目編列，並無經費勻用的空間，且治療人數增加很多，故決定增加 1.9 億元預算作為擴大 C 肝治療衍生之醫療費用。

在整體 C 肝藥費部分，109 年度醫院、西醫基層及其他預算共計 81.66 億元，較 108 年增加 16.3 億元，期望加速達到我國根除 C 肝之目標。

四、癌症免疫新藥納入給付，增加臨床治療選擇

（一）108 年 4 月起給付 3 種癌症免疫新藥

近年來癌症高居國人十大死因之首，依健保署統計，107 年藥費支出 1,957 億元，其中，抗腫瘤與免疫調節劑約支出 389 億元，約占整體藥費的五

分之一，可見癌症用藥治療之迫切需求。癌症免疫新藥的問世，可經由提升病人免疫反應去攻擊腫瘤細胞，其適應症範圍非常廣泛，能為許多癌症患者帶來一線生機。

健保自 108 年 4 月 1 日起將癌症免疫新藥（計 3 種品項）納入給付，初期限縮給付於目前已無其他藥物可使用，且病人具基本心肺及肝腎功能之病人，給付範圍包括 8 大癌別及 11 項適應症，如下圖 5-8。癌症免疫新藥是由新醫療科技預算支應，考量每人每年藥費高達 100 萬元左右，為避免造成健保財務衝擊並產生預算排擠效應，健保署於 108 年藥品共擬會議決議，當年度以管控於 8 億元經費支應（預估約 800 個名額）。另健保署為掌握病人用藥情形及結案原因，於給付規定明訂醫師使用本類藥品，須配合登錄病人身體狀況、生物標記檢測、病情發展及藥物副作用等資料，並於療程結束或停止用藥後 1 個月登錄結案。



圖 5-8 癌症免疫新藥給付 8 大癌別及 11 項適應症

(二) 健保會委員關切癌症免疫新藥預算

付費者委員非常關切癌症免疫新藥預算之議題，於 108 年 5 月份委員會議提案，健保署應於 109 年度增加預算至 16 億元，全面治療符合資格者（約 2,600 人），並適度放寬給付條件，會中專家學者、醫事服務提供者代表及健保署皆提出各自的看法：

1. 專家學者委員：健保署應考量「藥品臨床療效」及「健保有限資源的合理運用」，依其經濟效益 (cost-effective)，排定納入給付之優先順序，健保會不宜針對個別疾病或療程進行討論，以免對其他醫療服務產生排擠。
2. 醫事服務提供者代表：現行健保會協商通過的新醫療科技預算，與日後健保署藥品共擬會議通過的實際執行預算脫鉤，係因健保會於協商次年度預算時未獲得充分資訊（如：次年預擬

納入給付項目、財務資訊及成本效益），應調整為健保署向健保會報告次年度預擬納入給付之項目、優先順序及預算需求後，再依健保會協商結果據以導入。

3. 健保署：若採醫事服務提供者代表建議方式，新藥引進速度恐再延後 4 至 16 個月，且免疫療法費用昂貴，卻預估僅對 1/5 治療的病人有療效，故必須訂定合適的適應症條件，避免產生資源排擠效應。

綜合以上意見，會議決議請健保署考量病人安全及療效、整體醫療資源配置，妥適規劃新醫療科技預算規劃與預估內容，於 8 月份委員會議前提出，作為總額協商的參考。

(三) 108 年執行情形及治療成效

健保署分別於 108 年 8 月份及 9 月份會議提報癌症免疫新藥執行情形

及治療成效以供委員協商參考，健保署指出癌症免疫新藥實際執行數尚未達 8 億元，是因為部分的病人未完成全部療程即停止用藥，因此支出藥費不如預期，停藥病人的名額會持續釋出，預估 108 年可使用病人數增為 900 人以上，若該預算未用完也會留在新醫療科技預算下供其他新藥使用。至於專家學者及公正人士委員關切的療效議題，依據 108 年 12 月 13 日健保署網站最新公開資料，統計至 108 年 11 月 11 日，癌症免疫新藥用藥人數達 915 人，其中 649 人用藥達 12 週可評估初步療效，169 人達完全或部分療效反應（占 26%），另有 42 人呈疾病穩定狀態得繼續用藥（占 6.5%）；438 人因死亡、惡化、加速惡化或無法耐受毒性、病人意願及身體狀況等原因結案（占 67.5%），如圖 5-9。

另外，癌症免疫新藥對各癌別疾病控制情形也存在差異，部分癌別（如：胃腺癌）表現



不如預期，如圖 5-10。為了瞭解病患的實際治療效益，健保署將持續透過登錄系統蒐集病人用藥療效及副作用等資料，並邀請專家學者檢討修訂給付條件，如：給付適應症、生物標記或提早用藥時間等，期能更有效率地提供臨床治療選擇，以提升癌症治療成效。

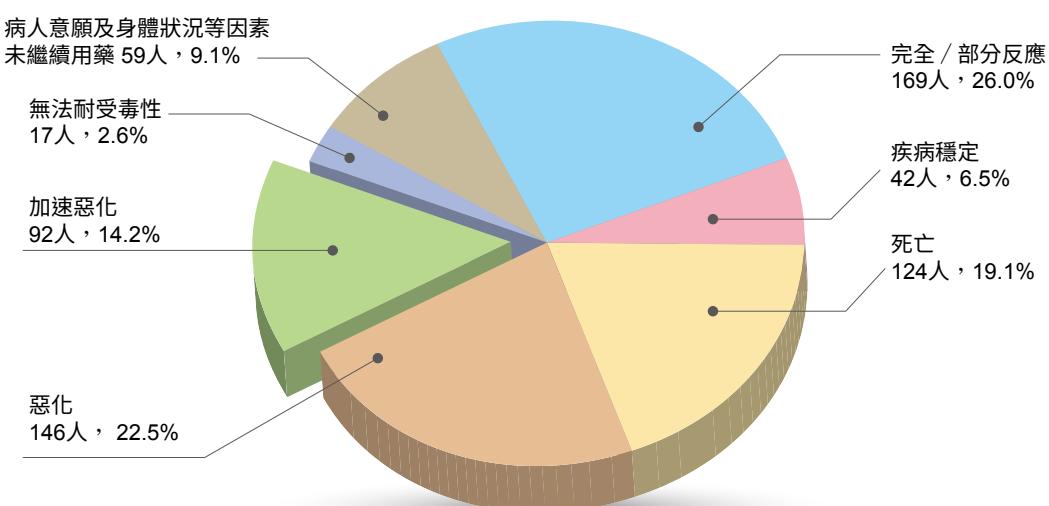


圖 5-9 癌症免疫新藥病人用藥反應分布

資料來源：健保署網站癌症免疫新藥專區（統計至 108 年 11 月 11 日）

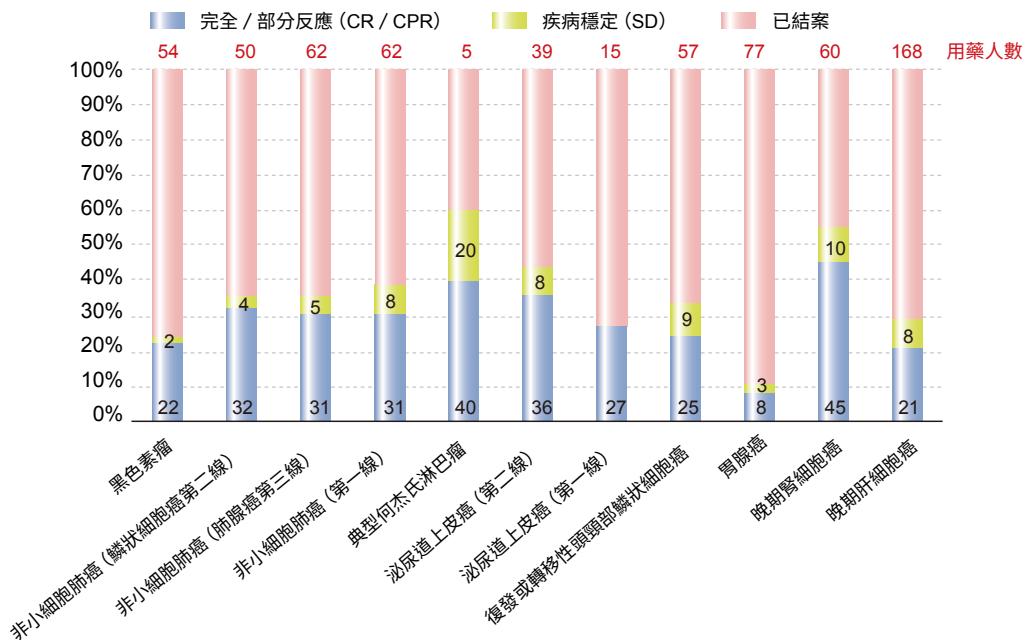


圖 5-10 癌症免疫新藥各癌別疾病控制情形

資料來源：健保署網站癌症免疫新藥專區（統計至 108 年 11 月 11 日）

五、監控自付差額特材，持續追蹤執行情形

(一) 自付差額特材依據

為確保民眾醫療權益，健保收載的全額給付特材已提供足夠的基本保障，然尚有部分特材雖屬功能改善，惟其價格昂貴，難以納入健保給付，若民眾使用此類特材則需全額負擔。為減輕民眾的經濟負擔，並增加選擇性，乃將此類特材列入自付差額特材，健保署按該類功能類別特材之健保價格給付，由民眾自付差額。

健保法第 45 條規定，自付差額之特材品項，應由許可證持有者向健保署申請，經健保署同意後，併同實施日期，

提健保會討論，再報請衛福部核定公告。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（如圖 5-11）。

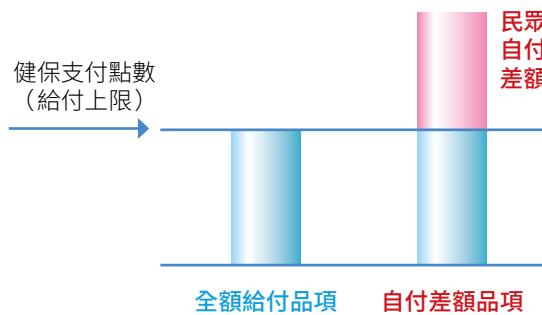


圖 5-11 自付差額給付示意圖

(二) 健保自付差額特材開放情形

84 年全民健保開辦至今，共開放 11 類自付差額特材，其中「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」，因委員發現其使用量已達 88%，考量民眾需求殷切，為減輕民眾自付差額之負擔，付費者委員乃在 107 年度醫院總額新醫療科技預

算中，增列本項納入全額給付之預估費用（約 0.24 億元）。本特材於 107 年 12 月 1 日納入健保全額給付，依規格不同分別支付 56,715、90,744、127,134 點（原屬自付差額特材，支付 26,239 點），預估每年約有 800 位病人可受惠，爰目前自付差額特材共計 10 類，如表 5-4。

表 5-4 全民健保 10 類自付差額特材一覽表

序號	類別	實施時間	健保給付點數	備註
1	義肢	84.3.1	依裝置部位：4,800～68,000 點	
2	特殊功能人工心律調節器	84.8.3	93,833 點	
3	冠狀動脈塗藥支架	95.12.1	14,099 點	105.1.1 訂定差額上限
	特殊人工髓關節			
	(1) 陶瓷人工髓關節	96.1.1	依類別：35,195～70,099 點	
4	(2) 金屬對金屬介面人工髓關節	97.5.1～107.9.30	依類別：39,396～49,319 點	因安全性問題，107.10.1 起取消健保給付
	(2) 添加抗氧化劑之超高分子量聚乙 烯全髓臼內襯	107.10.1	4,018 點	
5	特殊功能人工水晶體	96.10.1	2,744 點	104.1.1 訂定差額上限
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	103.6.1	43,613 點	
7	調控式腦室腹腔引流系統	104.6.1	7,127 點	
	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置			
8	(1) 長度 140nm 以下	105.5.1	28,773 點	
	(2) 長度 141nm 以上			
9	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統	106.8.1～107.11.30	26,239 點	107.12.1 起納入健保全額給付
	治療複雜性心臟不整脈消融導管			
9	(1) 治療心房顫動之冷凍消融導管	106.11.1	70,200 點	
	(2) 具壓力感應功能之 (3D) 電燒導管	108.12.1		
10	特殊材質加長型伽瑪髓內釘組（長度 180mm 以上）	107.6.1	19,036 點	

註：經健保會討論之自付差額特材品項為項次 6～10（健保會於 102 年 1 月 1 日成立）。

(三) 自付差額特材開放後之監控與管理措施

健保會對於健保署擬新增之自付差額特材，已建立提會討論之完整機制，因自付差額特材之開放，攸關民眾權益，為利制度之檢討改善，健保會除請健保署於自付差額特材開放半年後必須提報執行情形外，亦要求每年 12 月須提出整體檢討改善報告，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。

1. 定期檢討經健保會討論通過之自付差額特材利用情形，督促健保署將已近常規使用者研議納入全額給付

(1) 108 年 5 月份委員會議

108 年健保署雖未提送自付差額特材至健保會討論，健保會委員仍持續關心自付差額特材使用情形及占率，健保署於健保會 108 年 5 月份委員會議進行「保險對象自付差額特材之執行概況」專案報告時，有委員提出：A. 部分廠商為不納入健保給付，於向健保署申請核價時，會將廠商建議價拉高，爰不宜因其價格昂貴就採自付差額特材，應採更嚴謹的適應症，使其能納入健保全額給付品項；B. 目前塗藥血管支架及人工水晶體雖訂有自付差額上限，惟不同品牌的自付差額

特材上限價不同，建議同功能類別之項目不應有不同之上限價，應依功能類別訂自付差額上限。另，有委員發現腦室腹腔引流系統的民眾自付差額特材申報占率較高，爰決定：請健保署定期檢視納入自付差額特材之使用情形，倘其已近常規使用者，建議研議納入全額給付之可能性。

(2) 108 年 12 月份委員會議

健保署於 12 月份委員會議提出整體檢討改善報告，包含自付差額特材之利用情形及其納入全額給付之進度及未來執行方向。

依健保署統計，特殊材質加長型伽瑪髓內釘組的使用量，從 107 年的 31.8%，至 108 年已增加至 56.5%；治療複雜性心臟不整脈消融導管，則由 106 年的 14.6% 微幅上升至 108 年的 16.7%；治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置，由 105 年的 30.5%，至 108 年為 36.4%；調控式腦室腹腔引流系統，由 105 年的 73.7%，至 108 年為 82.2%；特殊材質生物組織心臟瓣膜，由 104 年的 32.4%，至 108 年為 41.5%。（歷年利用情形詳第五章第二節）

因調控式腦室腹腔引流系統（104 年 6 月開放），及冠狀動脈塗藥支架（95 年 12 月開放），其於 108 年自付差額占率已達 82.2% 及 65.7%（104 年的使用量為 68.2% 及 54.7%），顯示病患對該特材具有高

度需求性，健保署將優先研議納入健保全額給付可行性，倘若納入後對健保財務衝擊過大，則朝民眾合理自付差額之監控及訂定合理自付差額上限努力。

2. 建議健保署訂定合理自付差額上限

健保會委員前於 102 年 8 月份委員會議建請健保署制訂「保險對象自付差額上限」及配套措施，惟該署經多次與各界溝通所獲共識，收載初期暫不訂定自付差額上限，但每年監控院所的收費情形，如有異常時（如各醫療院所間自付差額收費差異較大），再予訂之。

經健保署定期監控，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」（醫療院所向民眾收取自費的上限金額），105 年 1 月訂定「冠狀動脈塗藥支架」自付差額上限，並採逐年滾動方式調整上限價格；因目前僅有兩類自付差額特材訂定自付差額上限（如表 5-5），健保會委員乃多次建議健保署逐步研訂及檢討各品項之上限，並提出應依功能類別訂定合理自付差額上限。

表 5-5 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
冠狀動脈塗藥支架	105.1.1	比價網收費金額分布之 70 百分位

健保署為導入創新特材，解決同功能類別自付差額特材於不同醫療機構間收費差異極大情形，及民眾因價格混亂而無法判斷選擇特材之問題，乃經特材共擬會議多次討論通過「全民健康保險辦理保險對象自付差額特殊材料之作業原則」，並同步修正「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」（於 108 年 10 月 17 日預告修正新增第 52 條之 4），其修正重點如下（如圖 5-12）：

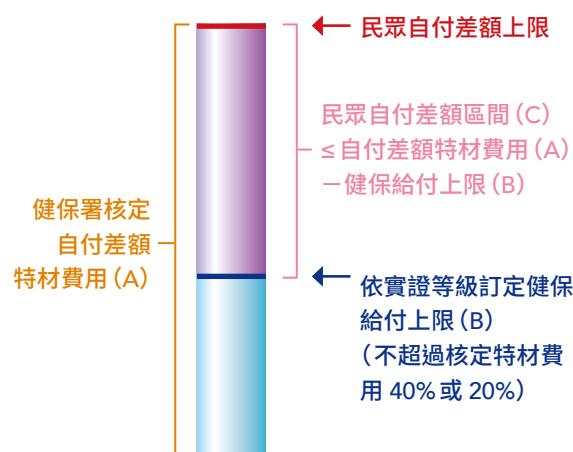


圖 5-12 自付差額給付示意圖（健保署擬修正）

- (1) 核定自付差額特材費用：依同功能類別核定費用，並得參考公立醫院、醫學中心（含準醫學中心）之採購決標價、國內市場販售價格、各層級醫療院所收取自費價格及國際價格。
- (2) 自付差額特材健保給付上限：按臨床實證等級訂定給付比例，但不得超過核定費用的 40% 或 20%。惟 108 年 12 月 31 日前已收載者，維持原健保給付上限。
- (3) 保險醫事服務機構收取差額之上限（民眾自付差額上限）：不得超過該類特材核定費用扣除健保給付上限之差額，但義肢除外。

未來健保署透過核定自付差額特材費用，以實證等級訂定健保給付比例，使健保支付價更為合理；並規範醫療機構收取自付差額上限，解決不同保險醫事機服務機構價格各異之問題，讓民眾合理負擔自付差額。

3. 督促強化自付差額特材管理，充分公開相關資訊

當民眾掌握愈充足的醫療資訊，才能做出符合自身利益與期待的決策，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，分二階段由醫師、行政或管理人員告知相關

醫療資訊，並要求醫療院所提供民眾診療或處置，應遵循資訊公開、充分告知及尊重意願三步驟。

此外，健保署於 103 年 6 月起建置「自費醫材比價網」（如圖 5-13），蒐集各醫療院所向健保署申報收取特材自費的資訊，民眾可透過健保署網站（路徑：健保署首頁 / 健保藥品與特材 / 健保特殊材料 / 自費醫療比價網），查詢各醫療院所對尚未納入健保給付需全額自費醫材及自付差額特材之收費情形、最高與最低之收費金額及院所名稱、平均收費金額，促使價格之資訊透明化；另亦提供健保給付特材與民眾自付差額特材之比較，包含給付點數、產品差異。

健保署亦要求各醫療院所應針對民眾選用全額自費醫材及自付差額特材，由醫師交付說明書並充分解說，包含未納入健保給付品項或自付差額特材品項、健保給付上限、民眾自付金額、產品特性、使用原因、副作用，與健保已給付品項之療效比較等資訊，供民眾選用特材之參考。

另外，民眾除可經由自費醫材比價網查詢醫療院所申報自付差額數量占率（合同儕占率）外，如果醫療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。



圖 5-13 健保署自費醫材比價網

六、關注指示藥品給付情形，導引資源有效配置

民國 84 年健保開辦時，考量醫師之醫療習慣及民眾之用藥需要，乃繼續給付原公、勞保核准使用之指示用藥，但不再新增收載指示用藥品項，並將逐步依健保法第 51 條第 4 款規定，落實「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」不列入健保給付範圍。

歷年來健保署採漸進方式，逐步檢討並縮小指示藥品之給付範圍，分別於 94 年及 95 年取消給付制酸劑及低含量、低效價維生素及礦物質等指示用藥。歷年取消給付品項數已達 1,500 餘項，相關節省經費，可轉為支應人口老化及慢性病族群增加衍生之藥費，亦可運用於新藥引進及藥品給付適應症

擴增。近年來健保會委員持續關注指示藥品給付情形，醫事服務提供者委員前於 106 年 10 月份委員會議提案，建請健保署儘速依法改正，該次會議決議：請健保署於考量病患權益及減少社會衝擊等情況下，檢討如何落實健保法第 51 條第 4 款規定，研提「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」逐步不納入健保給付之規劃與配套措施，及對健保財務之影響評估；若確有窒礙難行之處，應評估有無修法之必要性。

針對此議題，健保會持續安排健保署於 108 年 3 月份委員會議報告規劃進度，依健保署統計，截至 107 年 8 月，健保仍給付之指示藥品共計 900 多項，每年平均藥費約為 17 億元左右，各類品項藥品分布如圖 5-14。

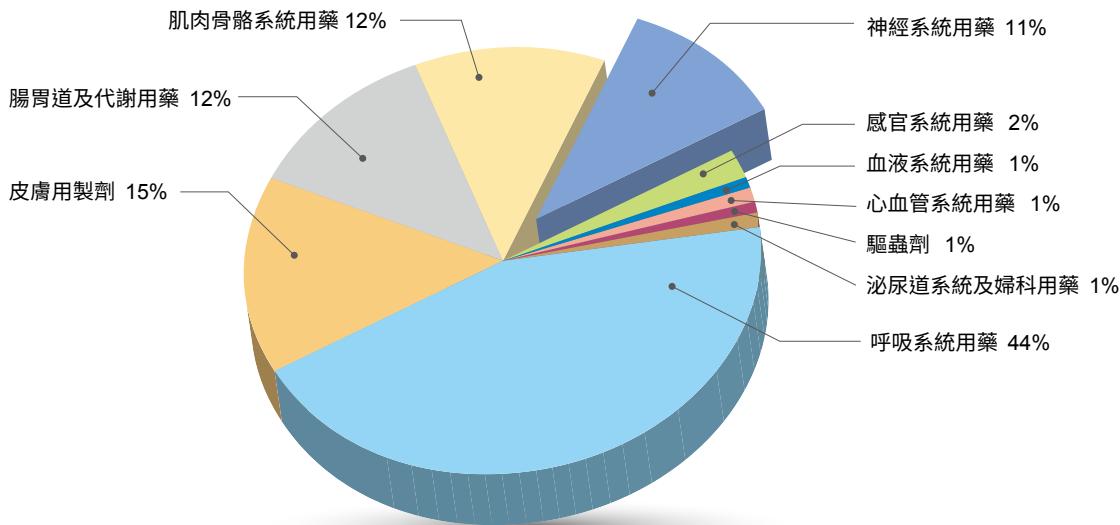


圖 5-14 截至 107 年 8 月健保給付指示藥品項分布圖

健保署規劃採雙軌方式逐步取消指示藥品，除請相關專科醫學會就取消之優先順序提供意見，彙整後考量使用人數，評估取消之品項及時程外，若有醫學相關專業團體提出取消給付，將進行專業評估後推動不予給付。106 年中華民國醫師公會全國聯合會（下稱醫全會）函文建議，取消給付含葡萄糖胺（Glucosamine）成分指示藥品，此藥品適應症為緩解退化性關節炎之疼痛，近年間每年平均醫令金額約為 1 億 3,000 多萬元，經研議健保署已於 107 年 10 月正式取消給付計 31 項含葡萄糖胺（Glucosamine）成分指示藥品。

針對健保署報告內容，經充分討論後，健保會委員提出相關意見摘要如下：

(一) 健保會專家學者及公正人士委員：健保法第 51 條既已明訂指示用藥非屬健保給付範圍，則應依法執行；若健保署認為有部分指示用藥確實有需求，則應以外的方式立法處理。

(二) 付費者代表委員：很多指示用藥不應該完全取消，應將民眾需求、便利性及醫生處方習慣等，全盤納入考量，建議朝修法方式作改變，可兼顧民眾用藥需求及合法性。

(三) 醫事服務提供者委員：現行指示藥品會在每年 4 月時進行藥價調整，逐年調降支付價間接能使藥商降低生產及販售，故支持健保署現行規劃，依使用者人數多寡，逐年檢討淘汰品項以降低衝擊。

綜合相關意見，健保署將配合健保法規定持續雙軌檢討指示用藥之給付範圍，期能降低對病人之影響並兼顧資源有效分配，另也將與食品藥物管理署合作，透過醫、藥界及相關機關加強對民眾宣導有關藥品之知識，使民眾能夠正確認知各類藥品區分之意義，以建立正確用藥之行為。

第二節 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法定任務之一，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，都有結構性的改革，基於健保醫療資源有限，爰應持續強化監理業務內涵，以利資源使用達到最大效益。

108 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，監理健保年度預、決算備查案，及請健保署定期提報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訪視活動；另委員基於監理職責，並就健保署 108 年度加強推動之重點業務，包括健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告之公開情形、對菸捐分配及運作辦法修正草案之建議、落實公告平均眷口數及調降投保單位負擔保險費之計算基礎、罕見疾病、血友病與後天免疫缺乏病毒治療執行情形、分級醫療之推動及配套措施執行情形、家醫計畫執行與管控等議題，請健保署進行專案報告或提案討論，並提出建言。

茲就健保預、決算等財務監理情形、業務訪視活動等業務監理情形，及監理指標之例行監測結果分述如下：

執行成果

一、財務監理

(一) 107 年度決算及 109 年度預算之監理

健保署依據健保法施行細則第 3 條規定，於 108 年第 2 次委員會議（108.4.26），提送「107 年度全民健康保險基金附屬單位決算」、「109 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：

1. 107 年度決算之監理

(1) 107 年度全民健康保險基金決算重點：

A. 保險收支：107 年度保險收入為 6,068.04 億元（成長率 2.85%），其中保費收入來源包括：一般保險費 4,931.82 億元、補充保險費 466.36 億元、政府補助保費差額（即政府應負擔健保總經費法定下限不足數 36% 差額）529.79 億元及滯納金 3.98 億元（如圖 5-15），共計 5,931.94 億元；保險成本為 6,317.95 億元（成長率 5.33%），保險收支短絀 249.91 億元¹。

B. 安全準備：107 年度保險收支短絀 249.91 億元，依法收回安全準備填補，收回後安全準備累計餘額為 2,125.97 億元，約當 4.04 個月保險給付。

¹ 健保署 108 年 4 月提送健保會之自編決算後經審計部審定為短絀 266.48 億元。

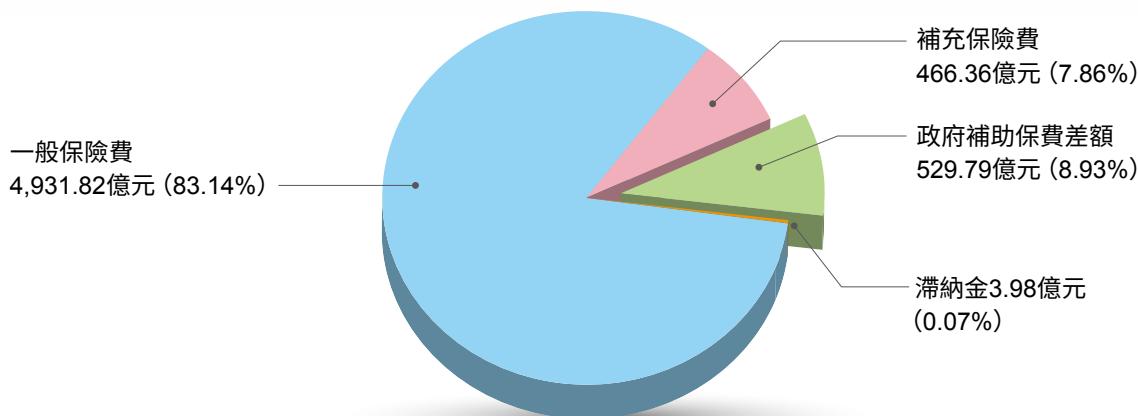


圖 5-15 107 年度全民健康保險保費收入結構圖

資料來源：全民健康保險基金 107 年 12 月份會計月報

C. 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

107 年度健保一般保險費及補充保險費費率維持 4.69% 及 1.91% 不變，由於健保財務仍存在結構性失衡問題，使 107 年度短绌達 249.91 億元，惟 107 年底累計安全準備餘額尚有 2,125.98 億元，約當 4.04 個月保險給付支出。

107 年健保財務之實際執行結果與健保署於健保會 107 年 11 月份委員會議提出之財務收支概估相近，106 年短绌 98 億元、107 年短绌 249 億元，財務缺口持續擴大，未來仍面臨調漲費率之

壓力。建議檢討總額投入政策、推動或提升給付效益項目之成效（如分級醫療、雲端查詢系統、C 肝新藥、指示用藥取消給付等），將節流效益合理反映於總額支出，以提高資源使用效率。

108 年第 2 次委員會議（108.4.26）進行 107 年度決算備查案時，陳委員炳宏、何委員語提出，由於 107 年度決算在 36% 不足數之計算方式、法規解釋等內涵，皆與 106 年度決算相同，在該爭議解決前，建議 107 年度決算應比照 106 年度決算不予備查，謝委員武吉、林委員錫維、葉委員宗義等人也紛表贊同，並提出 36% 爭議存在已久，希望能儘早澈底解決，應另行安排時間深入討論。主管機關代表商委員東福亦於會中提出相關說明，惟仍未達成共識，主席乃裁示「中央健康保險署提送健保會備查之『107 年度全民健康保險基金附屬單位決算』案，不予備查」，並附帶決定：請幕僚安排於本年 5 月 7 日召

開之「全民健康保險相關業務座談會」議程中，邀請社會保險司（下稱社保司）就「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式」進行專案報告，並與委員進行意見交流。

2. 109 年度預算之監理

（1）109 年度全民健康保險基金預算重點：

A. 保險收支：109 年度編列保險收入 6,295.51 億元（成長率 2.37%），保險成本 6,988.03 億元（成長率 4.39%），保險收支短绌 692.53 億元。

B. 安全準備：依據健保署提供之「109 年底安全準備餘額推估表」，

108 年底安全準備餘額為 1,708.93 億元，加計 109 年度保險收支短绌 692.53 億元後，109 年底安全準備餘額為 1,016.40 億元，約當 1.76 個月保險給付支出（依據健保署財務預估，表 5-6）。

（2）幕僚研析意見與委員所提建議

健保安全準備於 109 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 個月保險給付支出，爰建請衛福部及健保署宜及早研議財務平衡方案。

表 5-6 全民健康保險基金 109 年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科目	預算數
保險收入	629,550,838
保費收入	614,141,096
依法分配收入	13,451,796
利息收入	1,031,465
收回呆帳	900,000
雜項收入	26,481
保險成本	698,803,472
保險給付	694,042,837
呆帳	4,406,616
業務費用	352,945
雜項費用	1,074
未結轉安全準備前保險收支短绌	-69,252,634
安全準備餘額推估：	
107 年底安全準備餘額（自編決算）	212,597,576
108 年度預估短绌（依據財務組健保財務預估）	-41,704,502
108 年底安全準備餘額	170,893,074
109 年度預算短绌（擬編預算）	-69,252,634
109 年底安全準備餘額（約保險給付支出 1.76 個月）	101,640,440

108 年 4 月份委員會議（108.4.26），針對健保署提送健保會備查之「109 年度全民健康保險基金預算」，委員認為政府負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式尚有諸多適法性疑義，會中決定不予備查。

(二) 健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告公開情形

依據健保法第 73 條及全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法規定，保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人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，保險人並應公開之。

健保署於 108 年 5 月份委員會議（108.5.24），報告 106 年健保收入超過 4 億元之醫療院所財務報告公開情形，其中 102 年至 104 年提報門檻為 6 億元，105 年、106 年提報門檻為 4 億元，107 年以後提報門檻為 2 億元，提報家數 102 年為 109 家，逐年遞增，至 106 年為 150 家，106 年健保領取金額占醫院收入為 90.5%。

從醫院整體收支餘绌可以看出，102 年至 106 年有盈餘比率均達 86% 以上，106 年為 89%，其中醫學中心占 100%，區域醫院占 90%，地區醫院占 83%，106 年整體收支結餘前 5 大醫院分別為林口長庚紀念醫院、高雄長庚紀念醫院、國立臺灣大學醫學院附設醫院、中國醫藥大學附設醫院及桃園長庚

紀念醫院，整體結餘金額分別為 79.65 億元、49.78 億元、23.97 億元、23.93 億元及 21.48 億元。

(三) 對菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案之建議

1. 菸捐與健保財務之相關性及金額（107 年前）

為提高全民健保財務之公平性與永續性，避免吸菸所造成的外部成本由全體民眾共同負擔，兼具抑制吸菸量、預防疾病的效果，健保法於立法時即規定開徵菸捐，部分應配合納入健保安全準備，以避免未吸菸者須負擔較高額保費去補貼吸菸者之醫療費用。

依據 96 年 10 月 11 日訂定之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」規定，菸捐分配健保安全準備比率為 90%，惟於 98 年 6 月 1 日起，配合菸害防制法第 4 條修正，菸捐由每包 10 元調高為 20 元，分配安全準備比率調降為 70%；為配合長期照顧服務法之施行，於 104 年 10 月 15 日發布修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」，增列長照資源發展之用途並調整分配比率為 50%，該比率之變動，造成分配於健保安全準備之金額減少，下表呈現近年菸捐分配健保安全準備金額比率及金額：

年度	菸捐分配健保安全準備	
	比率(%)	金額(億元)
102	70	247.75
103	70	229.24
104	70 → 50 (104.9.1)	209.26
105	50	171.84
106	50	161.67
107	50	139.64

2. 健保會委員表達反對菸捐分配健保安全準備比率調降為50%以下，建議分配比率恢復為70%(108年)

衛福部於108年2月1日預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第4條、第5條及第7條，供各界陳述意見。為使菸捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，此次修正擬將菸捐原分配健保安全準備之50%，改為供「全民健康保險之安全準備及補助經濟困難者之保險費之用」(條文對照表詳附件一)。

健保會委員鑑於此修正案將使健保獲配菸捐比率降至50%以下，爰於108年第1次委員會議(108.3.8)提出「建請以健保會名義向衛福部表達反對『預告修正菸品健康福利捐分配及運作辦法』並請恢復『70%供健保安全準備』」臨時討論案，委員反對修正案之理由彙整如下：

(1) 正視「菸捐」之立法原意，回歸菸捐與分配健保資源之正當關聯性：菸捐徵收目的是為加強菸害防制，並用以支應健保中菸害造成相關疾病之醫療費用，是以菸害防制法第4條提到菸捐金額應依「可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用」等因素評估，並將其用於健保安全準備等用途。「菸捐取之於菸害」，應「用之於健保菸害醫療」，始具正當關聯性。

(2) 影響健保收入：菸害造成疾病的醫療費用，每年保守估計至少約500

億元，惟近年政府分配予健保安全準備的菸捐金額逐年下降，107年僅有139.6億元，菸捐對於菸害在健保醫療費用的彌補功能，逐年被弱化，實乃減少全民健保之收入，不利安全準備之提存，長期影響未來健保費率適足性，若因而須調整健保費率，將造成全民負擔。

(3) 未提供修法之評估程序：本修正草案第4條僅規定將菸捐50%供「健保安全準備」及「補助經濟困難者之保險費」之用，未明列前揭2項用途分配比率，缺乏預算控管有效性，恐將使健保安全準備獲配比率降至45%以下，並使健保安全準備獲配金額處於不確定之狀態。

健保會委員基於以上共識，決議將反對意見送請衛福部參酌，並建請應恢復為分配70%供全民健保安全準備之用(詳附件二)，以維護保險對象權益，並兼顧健保財務穩健。

惟衛福部蒐集各界意見後，該法規修正案仍於108年5月24日修正發布，並自108年4月1日施行，健保會委員在108年第4次委員會議(108.6.28)、第9次委員會議(108.11.15)再次對本案表示關心，未來將持續追蹤菸捐分配健保安全準備之情形與相關修法案。

(四) 落實公告平均眷口數及調降投保單位負擔保險費之計算基礎

依健保法施行細則第68條第1項第3款規定，健保署每年應公告健保法第29條所定之眷屬人數，以作為計收健保

第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬投保單位（政府機關、公私立學校、公民營事業單位）之保費計算基礎。

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。

健保法第 29 條：

第一類第一目至第三目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類第一目至第三目被保險人實際眷屬人數平均計算之。

健保會保險付費者之雇主代表認為，自 105 年 1 月 1 日起，健保公告平均眷屬人數 0.61 人之後，歷經 3 年除未依上述規定計算平均眷屬人數以調降保費計算基礎外，亦未依法每年公告，徒增相關投保單位不合理、不合法之健保保費負擔，且主張目前平均眷屬人數應該調降為 0.57 人左右，方屬合理，建請依法公告實際平均眷屬人數，乃於 108 年第 5 次委員會議（108.7.26）提案，經討論後決議：基於保險業務監理之立場，建請健保署依健保法施行細則第 68 條規定，每年公告健保法第 29 條所定第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。

健保署遵照該決議於 108 年 8 月 30 日，依健保法施行細則第 68 條第 3 款，公告健保法第 29 條規定之眷屬人數，公告內容為健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數為 0.58 人，並自 109 年 1 月 1 日起實施。此次公告預估健保費收入每年減少約 47 億元。

二、業務監理

（一）業務訪視活動、共識營與重要議題之專案監理

為利委員實地瞭解健保業務之運作情形，於 108 年 3 月份安排業務訪視活動與共識營（108 年 3 月 21~22 日，行程表如表 5-7）：

1. 業務訪視活動

（1）訪視業務主題：「斗六慈濟診所」併入醫院總額對當地醫療服務提供之影響、C 肝口服新藥執行成效、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫執行成效及推動分級醫療之執行成效。

（2）訪視對象：擇健保署南區業務組轄區內的斗六慈濟醫院、奇美醫院。

（3）參與人員：委員（含代理人）計 38 位參加，相關參與單位尚包括健保署、健保署南區業務組暨轄區內特約醫療院所代表等。

（4）本次訪視的主題，有助深入瞭解各地區就醫民眾的差異及醫療機構

的努力，並就醫療機構執行上面臨困難或民眾就醫需求等，提供健保署改善措施、提升服務品質之建言。

2. 共識營

(1) 參與人員：委員（含代理人）計 36 位參加。

(2) 報告主題：

A. 法定任務及會務運作、委員關切議題。

B. 上屆委員經驗分享：政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算。
C. 健保重要政策說明（含分級醫療）。

(3) 委員踴躍提問，與社保司、健保署進行意見交流回應，作為改善業務執行或擬訂政策之參考。



▲ 健保會業務訪視活動



▲ 健保會業務訪視活動



▲ 健保會共識營

表 5-7 健保會 108 年業務訪視活動與共識營行程表

108 年 3 月 21 日 (星期四) 第一天		
時間	內容	地點 / 訪視主題
~09:50	集合	高鐵雲林站
09:50~10:20	高鐵雲林站→斗六慈濟醫院	
10:20~10:40	實地訪視	斗六慈濟醫院
10:40~11:10	健保署簡報	訪視主題一：「斗六慈濟診所」併入醫院總額 對當地醫療服務提供之影響
11:10~12:00	綜合座談 (含午餐)	訪視主題二：C型肝炎口服新藥執行成效
12:00~13:00	斗六慈濟醫院→走馬瀨農場	
13:00~17:30	大合照	走馬瀨農場
	法定任務及會務運作、委員關切議題簡報	
	上屆委員經驗分享 / 健保重要政策說明 (分級醫療)	
	意見交流	
17:30~18:10	走馬瀨農場→阿霞飯店	
18:10~20:20	晚餐 (含業務溝通)	阿霞飯店
20:20~20:30	阿霞飯店→台南大飯店	
20:30~	住宿	台南大飯店
108 年 3 月 22 日 (星期五) 第二天		
07:00~08:40	早餐	台南大飯店
08:40~09:00	台南大飯店→奇美醫院	
09:00~09:30	健保署簡報	奇美醫院
09:30~10:20	綜合座談	訪視主題三：慢性腎臟病照護及病人衛教計畫執行成效
10:20~11:10	實地訪視	訪視主題四：推動分級醫療之執行成效
11:10~12:10	奇美醫院→高鐵台南站	
12:10~	賦歸	

108 年度委員關心，並安排健保署提出專案報告主題如下表 5-8，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 108 年度重要議題之專案監理事項說明如下：

表 5-8 108 年重要監理議題專題報告一覽表

主題	時程
1.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)	3月
2.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	3月
3.保險對象自付差額特材之執行概況	5、12月
4.全民健康保險業務監理指標之監測結果	5、7、12月
5.106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
6.家庭醫師整合性照護計畫之監測指標及執行成效—落實以病人為中心之照護與執行面監督	5月
7.牙周病統合照護計畫之管理機制及醫療利用情形(含管控措施及監測指標)	7月
8.強化基層照護能力及「開放表別」項目之檢討及規劃	7月
9.「健保新藥預算預估模式研究」委託研究計畫成果報告	7月
10.罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法	7月
11.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	7月
12.藥品退出市場之相關因應作為	7月
13.區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告	8月
14.109年度新醫療科技預算規劃與預估內容	8月
15.保險對象自付差額特材之執行概況	12月

(二) 罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療執行情形

基於全民健保自助互助、風險分擔的精神，自健保開辦以來，持續致力於提升特殊族群的照護。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；另自 106 年起，依據「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條修正，人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥二年後之醫療費用改由健保支應，因此於醫院總額將後天免疫缺乏病毒治療藥費編列專款支應，以保障此類病人的照護需求。此外，配合分級醫療政策，108 年於西醫基層總額也編列罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費，擴大各層級院所之服務量能。

108 年舉辦之全民健康保險各部門 107 年總額執行成果發表暨評核會議，評核委員認為罕病及血友病過去幾年之

成長雖已減緩，但 107 年血友病藥費顯著增加，建議進一步釐清原因及處理因應。另外，後天免疫缺乏病毒治療藥費於 107 年大幅成長，評核委員亦認為應分析人均藥費成長的原因，並檢討調整給付藥品。

基於健保會監理健保業務的權責，宜將有限醫療資源合理配置，並兼顧此類特殊族群病人之權益，於是安排健保署於 108 年 7 月份委員會議進行「罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費成長原因分析及因應管理作法」專案報告，執行情形如下：

1. 罕見疾病用藥情形

107 年罕見疾病支出藥費為 58.68 億元 (103 年為 36.4 億元)，近 5 年平均費用成長率達 14.2%。依健保署分析，主要原因係因罕見疾病用藥人數及每人平均藥費逐年增加，用藥人數已成長至 8,909 人，五年平均成長率為 5.6% (107 年成長率為 6.7%)；平均每人藥費已成長至 65.9 萬元，五年平均成長率為 8.1% (107 年成長率為 2.7%)，如圖 5-16。



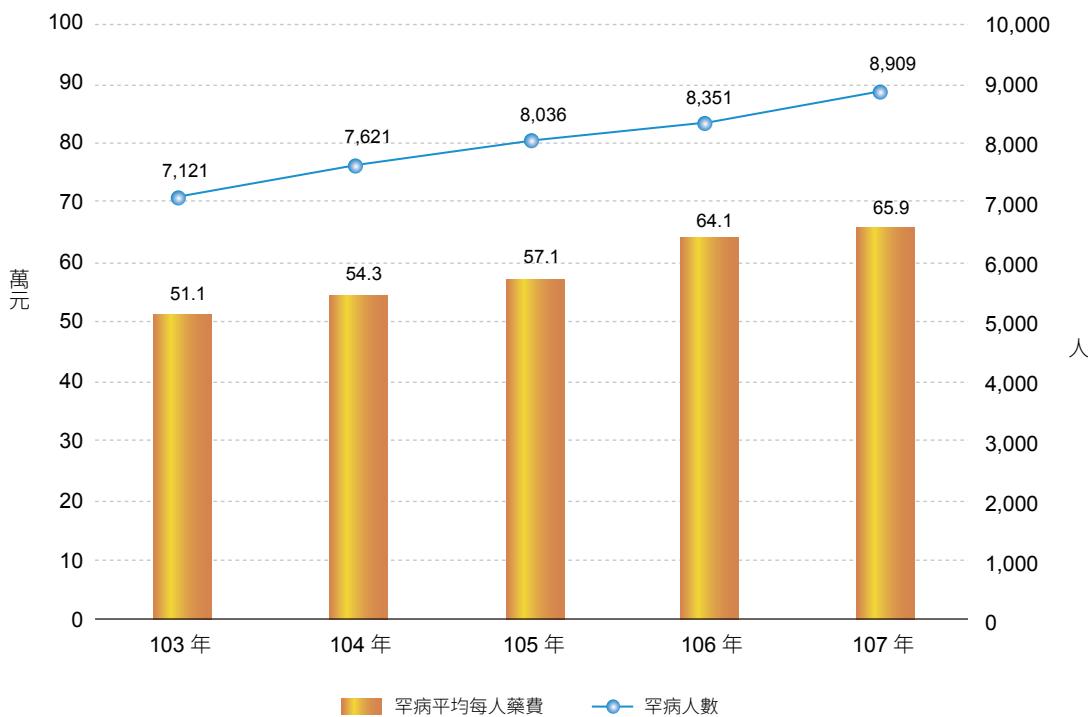


圖 5-16 近 5 年罕見疾病人數及平均每人藥費

鑑於罕見疾病用藥人數與藥費支出持續成長，為了確保珍貴的罕見疾病用藥資源使用合理性，健保署 108 年推動管控措施如下：

- (1) 持續針對高單價的罕見疾病藥品（如：法布瑞氏症）修訂給付規定，合理限縮給付範圍及訂定停藥原則。
- (2) 透過例行藥價調整機制，於 108 年 2 月調降部分罕見疾病藥品。
- (3) 函知醫療院所自 108 年 9 月起，需經主管機關（國民健康署）認定取得罕見疾病資格者，健保才予以給付。惟考量臨床上有需要緊急使用罕見疾病藥品之情形，乃增訂新生兒先天性代謝異常個案得緊急使用罕見疾病藥品之給付規定，以免損及病人權益。

透過上述措施，期能使罕見疾病藥品給付更為嚴謹，降低不當的藥費支出。

2. 血友病用藥情形

107 年血友病支出藥費為 37.11 億元，較 106 年成長 8%（106 年為 34.23 億元），依健保署分析，107 年血友病病人數為 933 人，五年平均成長率為 2.8%（107 年成長率為 3.8%）；至 107 年平均每人藥費已成長為 397.7 萬元，5 年平均成長率為 -1.2%（107 年成長率為 4.5%），如圖 5-17。

103～106 年血友病每年平均每人藥費皆維持負成長，卻於 107 年轉為正成長，主因為當年度健保新增給付血友病長效型凝血因子新藥，雖更有效預防嚴重血友病病人出血事件，卻也增加每人平均藥

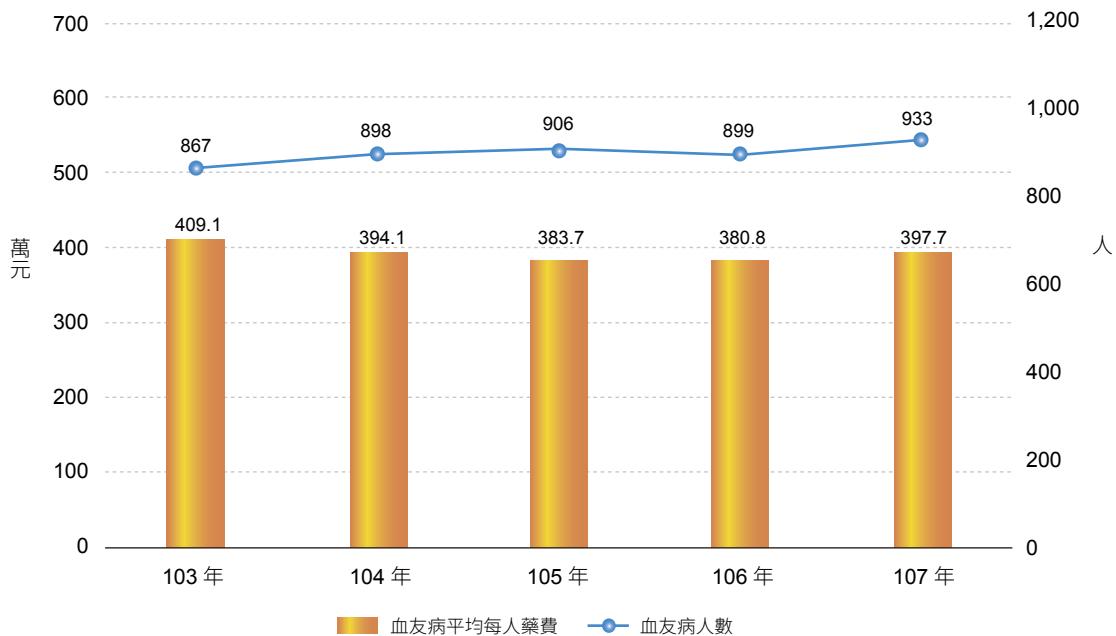


圖 5-17 近 5 年血友病人數及平均每人藥費

費支出。近年來健保署持續加強專業審查與個案管理措施，包括：

- (1) 針對不符醫療常規或未依規定檢附檢驗資料之申報案件核減費用。
- (2) 定期監測藥費前 30 名個案之跨院就醫情形並進行個案關懷與就醫輔導。
- (3) 為提升凝血因子藥物使用合理性，於藥品給付規定增訂繞徑治療藥物給付天數及不得併用之原則。



(4) 為強化追蹤管理，增訂「血友病凝血因子藥品在家治療紀錄表」，醫療院所於病人回診開立凝血因子藥品時應查驗並上傳在家治療紀錄表電子檔及藥品批號。

(5) 辦理醫療院所空瓶回收查核作業。

期能透過前述措施，避免相關藥品濫用並提升治療之效益。

3. 後天免疫缺乏病毒治療用藥情形

為配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」修正，106 年 2 月 4 日起健保首次將人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥 2 年後的藥費納入給付，107 年治療人數已達 22,163 人，成長率為 16%，平均每人藥費為 15 萬元，成長率為 14%，如圖 5-18。

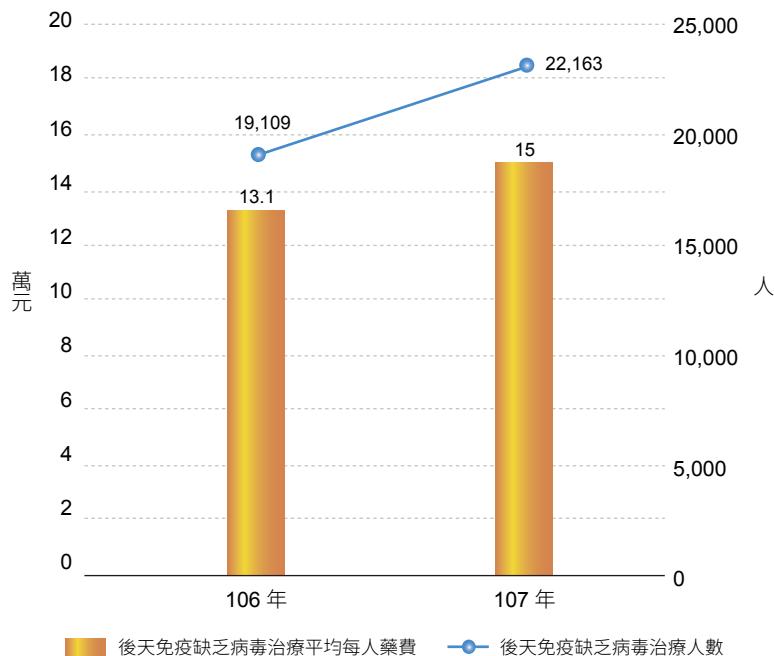


圖 5-18 後天免疫缺乏病毒治療人數及平均每人藥費

健保署指出，因 106 年自 2 月始納入給付，爰平均每人藥費較低（註：未納入健保前之藥費由疾病管制署公務預算支應）。另依疾病管制署「抗人類免疫缺乏病毒處方審查作業」，後天免疫缺乏病毒治療用藥需由疾病管制署於處方前事前審查使用，開立處方後則會再由健保署進行事後審查，107 年健保署核減處方前未獲事前核准或處方組合不符規定之院所計 22 家，核減費用約 86 萬元，未來將持續強化費用審查機制，以管控費用成長。

(三) 分級醫療配套措施之執行情形

為回應民眾及醫療服務提供者對二代健保改革的殷切期盼，促使大型醫院回歸教學、研究，及提供急重難症照

護的本質，進而改善醫學中心門、急診壅塞情形，衛福部自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包括「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」、「提升基層醫療服務量能」及「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」等。健保會配合衛福部分級醫療政策，於協商 107～109 年度健保總額時，即將「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 5 年降低 10% 為目標值（以 106 年為基期），並定期檢討」列為協定事項。另遵循衛福部交議之「建立醫院診所合作機制，持續落實分級醫療」政策方向，持續編列總額預算提供政策誘因，包括：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

為鼓勵醫院下轉輕症病患，讓大醫院將資源優先用於急重症患者之照護，衛福部於 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研商，決定先排除重大疾病、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。108 年持續推動醫院門診減量措施，要求

區域級（含）以上醫院 108 年門診件數不超過 106 年之 96.04%，超過部分不予分配。

健保會委員為確保執行成效，於實施初期即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。此外，醫界代表委員並於 108 年 4 月及 5 月份委員會議，提案建議應檢討政策執行第 1 年（107 年 7 月 1 日 ~108 年 6 月 30 日）的執行成效後，減量降幅再往前進，並請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據。上述建議經健保會決議請健保署於 8 月份委員會議，提出區域級（含）以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告。

依健保署提報資料，區域級以上醫院門診減量執行第 1 年，除 107 年第 4 季外，

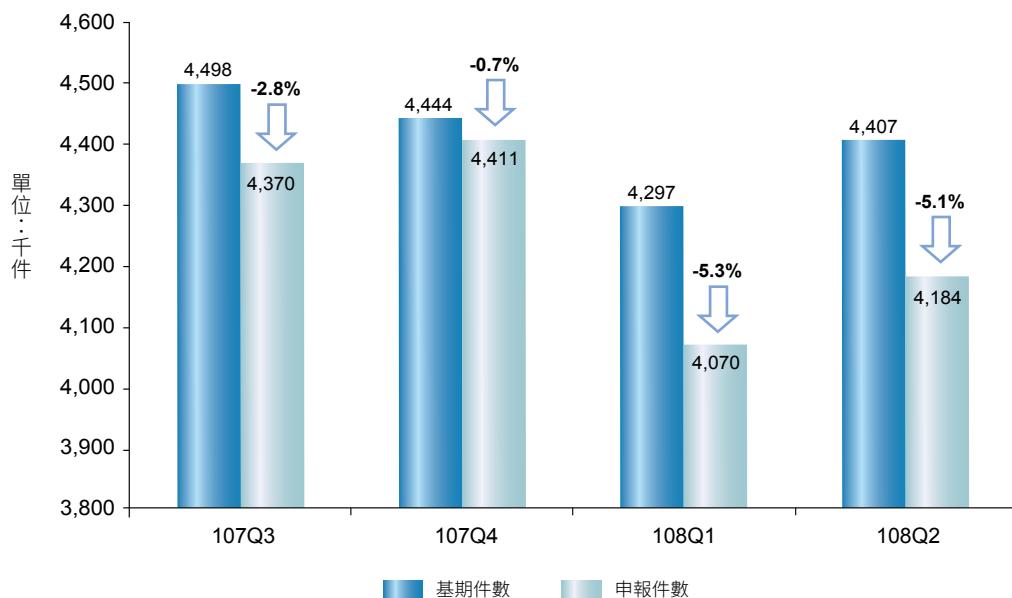


圖 5-19 醫學中心門診減量執行情形

均達減量目標（圖 5-19～20），其中下轉案件也逐季成長（圖 5-21）。以西醫門診各層級人次占率趨勢觀之，推動分級醫療後，西醫門診集中大醫院趨勢已逐漸減緩（圖 5-22），西醫基層人次占

率下降趨勢已趨緩且微幅提升。至於本項政策之執行是否仍有改善空間，如：減量超出目標件數遞延至次季扣抵、排除項目之檢討等，該署將持續與醫界進行檢討修正。

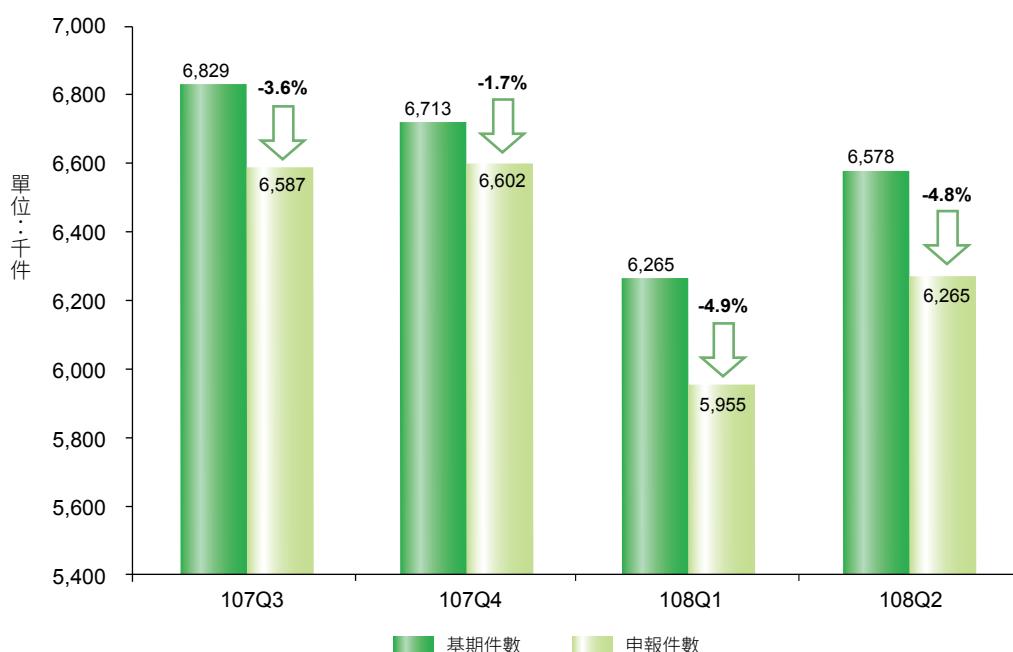


圖 5-20 區域醫院門診減量執行情形

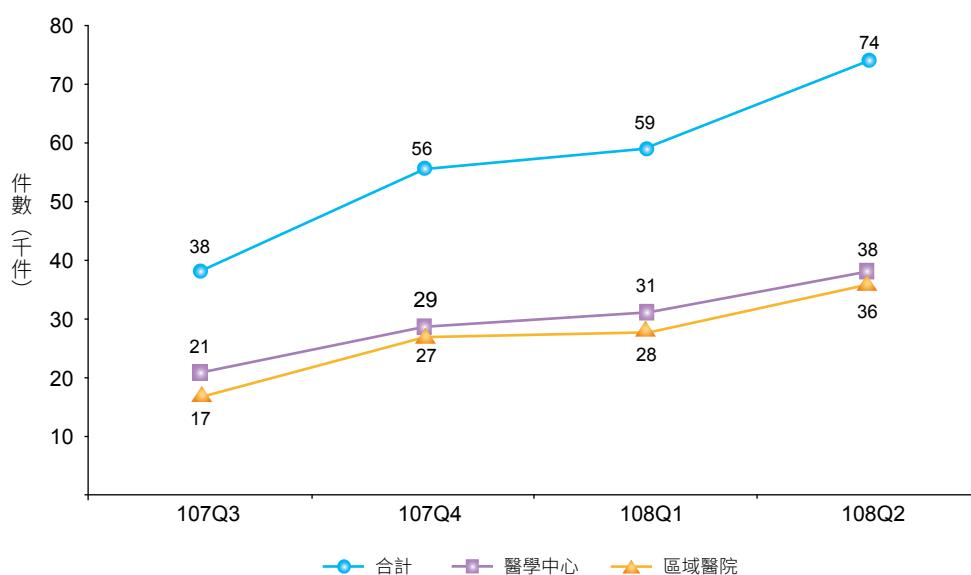
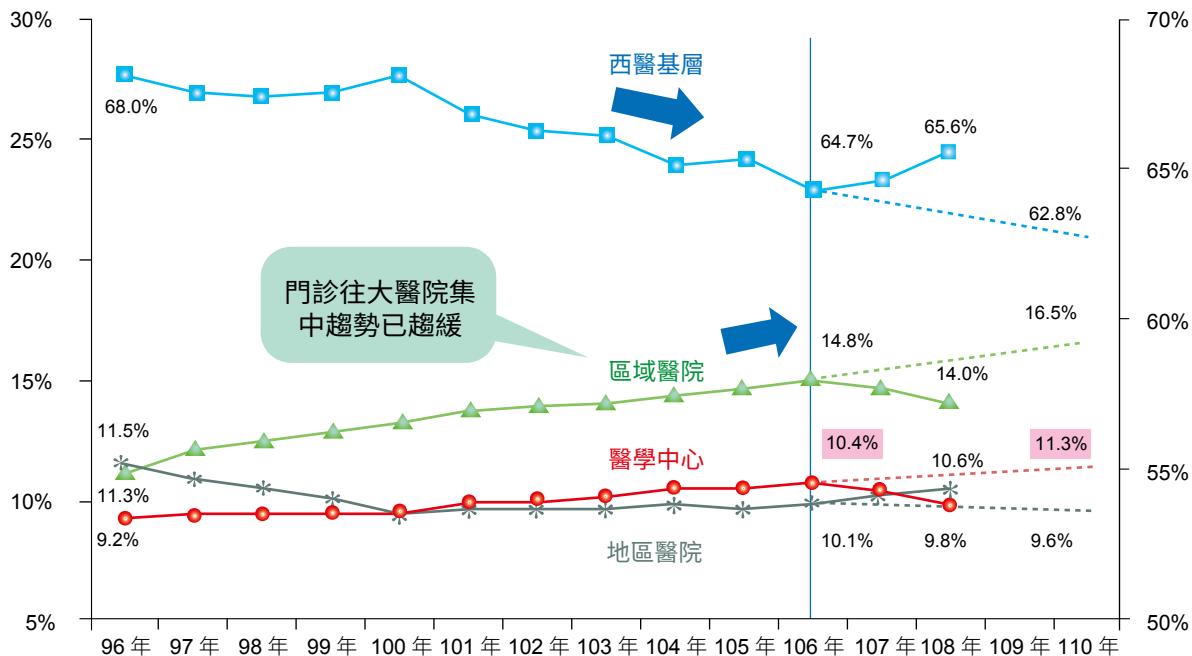


圖 5-21 區域級（含）以上醫院逐季下轉（含平轉）件數



註：1.107 年起件數係按前 10 年件數及點數幾何平均成長率推估。

2.108 年為 1~6 月資料。

圖 5-22 西醫門診各層級人次占率趨勢

健保會委員於聽取健保署的報告後，提供許多意見供健保署執行參考，包括：建議一併檢討分級醫療的支出成本與效益，分析門診減量病人流向、對病患權益的影響與民眾自費是否增加，以及各層級院所面臨的問題等。此外，為持續檢討政策執行情形及成效，健保會於 108 年 9 月協商 109 年度總額時，並要求健保署於 109 年 6 月底提出門診減量之專案報告。

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的重點策略，為擴大診所服務範疇，健保會於 106~109 年度總額，持續於西醫基層總額大幅增編「開放表別」專款，逐年導入適宜在基層院

所執行的檢查（檢驗）及處置項目，繼 106 年導入心臟超音波、流行性感冒病毒抗原等 25 項、107 年導入陰道式超音波、心肌旋轉蛋白等 9 項，108 年持續開放杜卜勒氏彩色心臟血流圖、光照治療等 11 項，截至 108 年已累計開放 45 個項目，累計投入 14.22 億元專款（圖 5-23）。

為追蹤執行成果，健保會於協商 108 年度總額時，分別請健保署及醫全會於 108 年 6 月底前分別提出「民眾利用情形及改善方向」及「中長程規劃」專案報告。

依據健保署提報資料顯示，目前開放項目雖多，但服務量集中在特定項目，前 5 大之項目申報費用已占所有開放項目費用 95%，部分項目申報件數過低，建議醫全會再審慎評估開放項目之必要性；此外，健保

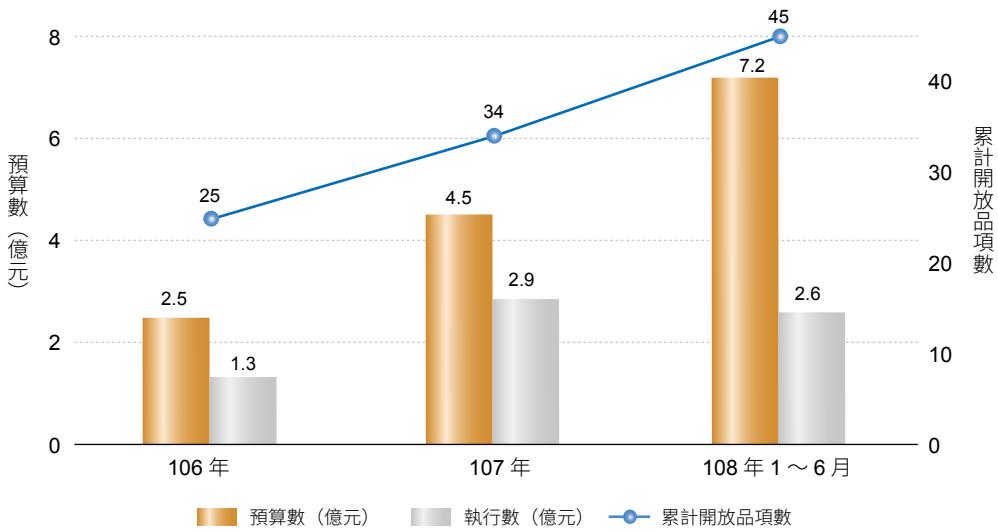


圖 5-23 西醫基層院所開放表別執行情形

署也發現有病患接受基層服務後，60 天內又再至醫院接受相同檢查，健保署將長期監測開放表別後之醫療利用，並將民眾短期內重複檢查情形，列入管理重點。

依據醫全會提報之中長程規劃，該會已規劃逐年分科導入新項目，開放項目以「民眾需求」為優先，減少民眾往返醫院之不便。醫全會已建立開放項目之評估流程，並與各專科醫學會合作，盤點待開放表別資料庫，並定期監控執行品質及後續成果，作為未來納入支付標準之依據，而對少數執行量過低的開放項目，將瞭解原因後著手改善。

(2) 「家庭醫師整合性照護計畫」執行與管理

為提升基層醫療服務量能，健保會自協商 106 年度健保總額起，配合衛福部推動分級醫療政策，逐年增編家醫計畫專款，計畫經費由 105 年的 11.8 億元，108 年增加至 28.8 億元。隨著投入預算增加，整體規模也益趨龐大，截至 108 年參與醫療群達 605 群，參與診所

及醫師占率分別為 48.1%、41.9%，收案會員數達 545.8 萬餘人，收案人數占總保險對象人數為 22.9%，交付名單收案在較需照護族群占率為 62.8%（圖 5-24、5-25）。

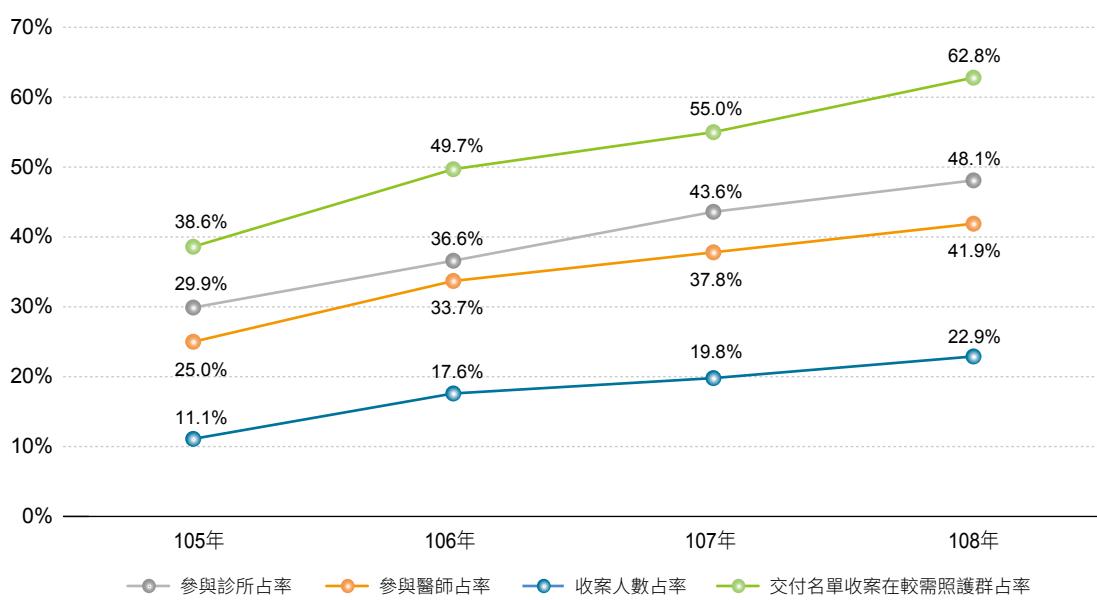
家醫計畫為分級醫療政策下之重點計畫，依 107 年評核會議評核委員意見，擴大家醫群並投入更多資源是好的起點，但建議加強執行面監督。健保會委員考量長期增加預算投入應讓民眾有感，於協商 108 年度總額時，要求健保署落實以病人為中心的照護，加強執行面監督，提出監測指標及具體執行成效，並於 108 年 6 月底前提出專案報告。

依健保署於 108 年 5 月委員會議之專案報告，本計畫在收案會員及院所參與情形上都有顯著成長，108 年新增「多重慢性病人門診整合」服務，並利用電子轉診平台進行雙向轉診及慢性病管理，整體而言，已朝擴大社區醫療群及整合服務方向執行。但在醫療群品質指標執行情形中，107 年「門診雙向轉診率」、「每 10 萬人潛在可避免急診



註：106 年家醫計畫原編列預算 1,580 百萬元，依據衛福部 106 年 12 月 28 日公告 107 年度同項計畫專款，其中 450 百萬元用於挹注 106 年度之不足款。

圖 5-24 家醫計畫歷年預算及收案人數



註：收案人數占率：收案人數 / 為保險對象人數。

交付名單收案在較需照護族群占率：交付名單收案人數 / 較需照護族群人數。

需照護族群指慢性病、門診高利用、65 歲以上多重慢性病、參與醫療給付改善方案個案。

圖 5-25 家醫計畫歷年參與院所及收案人數占率

件數」、「每 10 萬人可避免住院件數」及「會員急診率」4 項指標未能達標，部分指標之目標值亦有提升空間（表 5-9）。

有關家醫計畫的後續檢討，衛福部於核定 109 年度總額時，決定 109 年家醫計畫較 108 年增加 6.2 億元，其中 4 億元用於提升照護品質及獎勵偏鄉地區醫療群，惟須俟完成研修該照護品質之相關指標及獎勵

機制後，始得動支。此外，108 年 11 月份委員會議，健保會付費者委員為有效管控計畫、減少醫療浪費，乃提案請健保署提供「醫療管理服務公司」參與家醫計畫之情形，及各縣市診所利用明細，並關切非醫事服務機構協助計畫執行時，對會員個人資料保護問題。

表 5-9 107 年家醫計畫品質指標執行情形

達標與否	指標項目	收案會員平均值	目標值
✓	電子轉診使用率	73.80%	≥ 60.00%
✓	住院雙向轉診率	47.26%	≥ 20.00% (≥當年度醫療群 50 百分位數)
	門診雙向轉診率	85.22%	≥ 85.71% (≥當年度醫療群 50 百分位數)
✓	成人預防保健檢查率	45.88%	≥ 34.56% (≥較需照護族群 60 百分位)
✓	子宮頸抹片檢查率	29.32%	≥ 27.64% (≥較需照護族群 60 百分位)
✓	老人流感注射率	45.56%	≥ 43.23% (≥較需照護族群 60 百分位)
✓	糞便潛血檢查率	44.79%	≥ 37.89% (≥全國民眾檢查率)
	每十萬人潛在可避免急診件數	1,159.2	≤ 559.5 (≤收案會員 30 百分位)
	每十萬人可避免住院件數	661.2	≤ 236.4 (≤收案會員 30 百分位)
	會員急診率（排除外傷）	33.15%	≤ 26.85% (≤收案會員 30 百分位)
✓	糖尿病會員胰島素注射率	13.59%	≥ 12.25% (≥收案會員 50 百分位)
✓	會員固定就診率	48.27%	≥ 44.72% (≥收案會員 60 百分位)

健保署依據衛福部核定結果，並參考健保會委員意見，修訂 109 年計畫，除調高多項品質指標閾值（如：預防保健達成情形、潛在可避免急診率、會員急診率及可避免住院率等）、增列偏遠地區及執行績優診所之獎勵，強化執行品質與獎勵誘因外，對於委員關切非醫事服務機構協助部分，則明定執行中心之核心業務內容，包含：24 小時諮詢專線服務、計畫申請及管理等相關庶務、協助處理安排病人轉診相關事宜、製作家庭會員權益說明書或會員通知函等，且核心業

務不得委由非醫事服務機構執行，若有違反，該社區醫療群應即終止本計畫。

為持續監督政策落實情形，健保會於 108 年 9 月協商 109 年度總額時，要求強化收案管理機制並加強效益評估，於 109 年 6 月底提出專案報告。另於 108 年 12 月份委員會議，請健保署於執行面，應再多蒐集各方建議與批評，並依衛福部核定要求，落實品質提升及獎勵偏遠地區醫療群政策。

三、監理指標之監測結果

健保會於 103 年建置、107 年修正之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」、「資源配置」及「財務」等 5 大構面，計 23 項指標（各構面分別包含 7 項、4 項、3 項、3 項及 6 項指標）。健保署依各指標的監測時程（季、半年、年）定期提報監測結果，並於每年 6、12 月進行專案報告；季指標再於 3、9 月業務執行報告呈現，以利即時監控（104～107 年之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。就 107 年之監測結果，多數指標呈穩定趨勢，且指標表現良好呈逐年改善趨勢；少數指標趨勢值得關切，將持續監測，重點摘要如下：

（一）效率構面

- 指標「1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數」係監理資源運用適當性，減少臨終前無意義之過度醫療，癌末病人死亡前半年有申報安寧照護費用之比率，103～106 年分別為 49%、56%、59% 至 61%，呈逐年穩定上升；死亡前 6 個月已接受安寧療護者之醫療費用較未接受者低（106 年接受安寧者 37.8 萬點，未接受安寧者 41.6 萬點）。

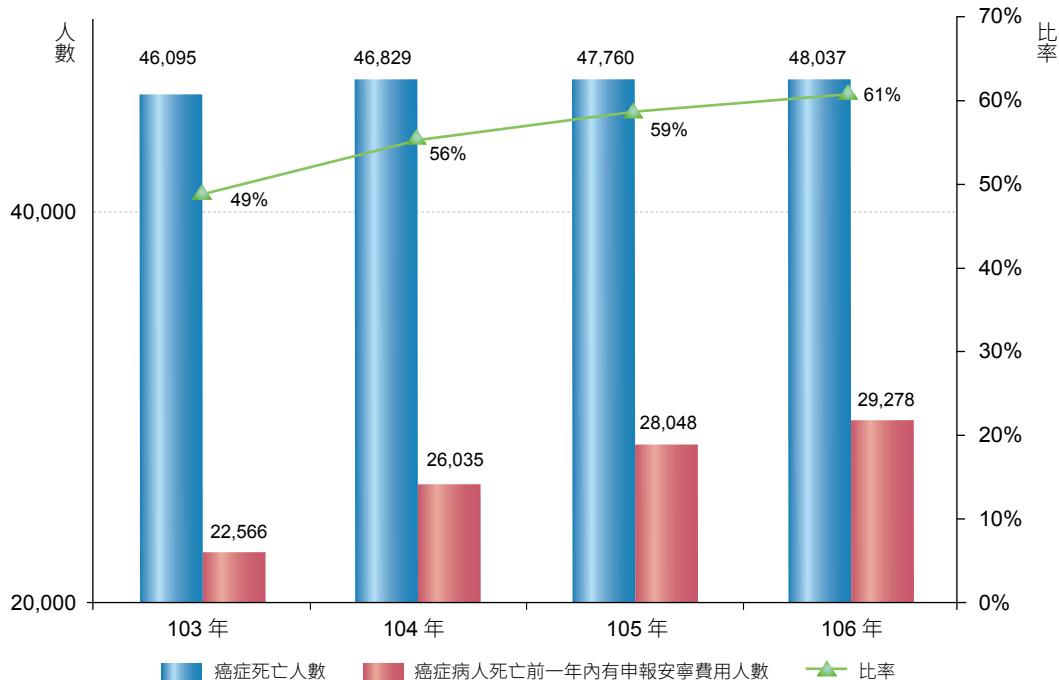


圖 5-26 近 4 年癌末病人生前一年內有申報安寧照護費用之比率

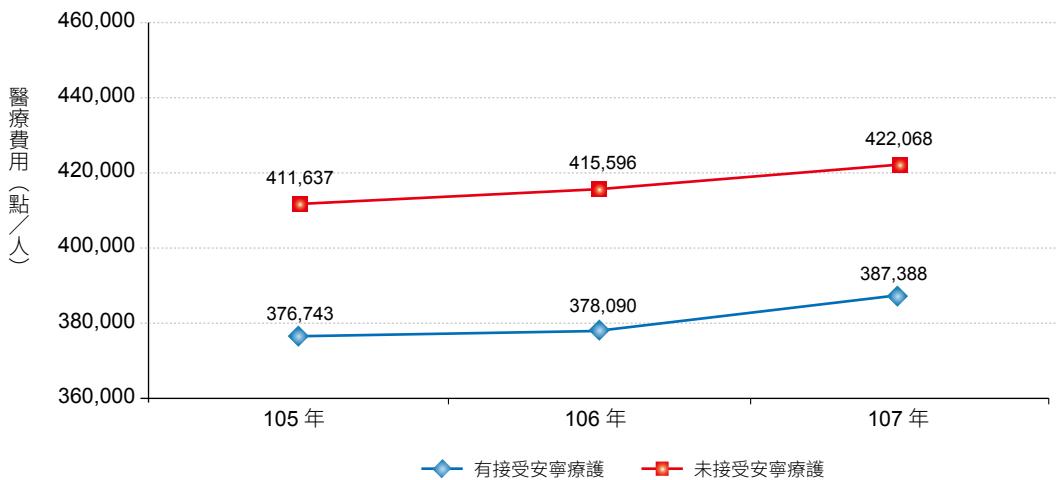


圖 5-27 有、無接受安寧療護之癌症病患生前 6 個月醫療費用

2. 指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，係監理急重症資源是否偏重於投入初級照護，105~108 年 6 月區域級以上層級之初級門診照護率均呈現下降之趨

勢（105~108 年 6 月 分 別 為 19.74%、18.10%、17.64%、9.6%），符合分級醫療之政策方向。

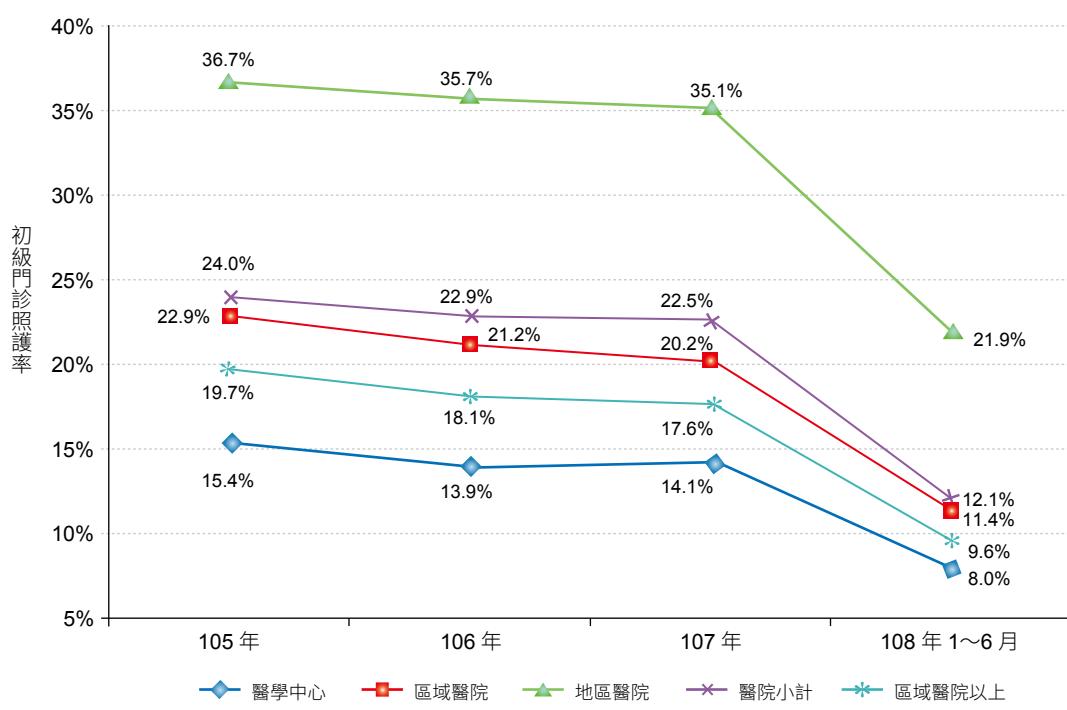


圖 5-28 區域醫院以上初級門診照護率

3. 指標「1.6 藥品費用占率」，105 年上半年～107 年下半年藥品費用占率維持在 25%～26% 之間，108 年上半年是歷次資料中最高者（27.26%），可能係為 C 肝新藥、治療 HIV 藥物、抗感染製劑、癌症藥物及免疫調

節劑的藥費明顯成長所致，未來仍須關注 108 年全年資料。藥品費用超過或未達目標總額之百分率部分，由 106～107 年資料顯示，藥品費用超過目標總額之百分率自 4.9% 下降至 3.7%，主要因藥費成長率下降的影響。

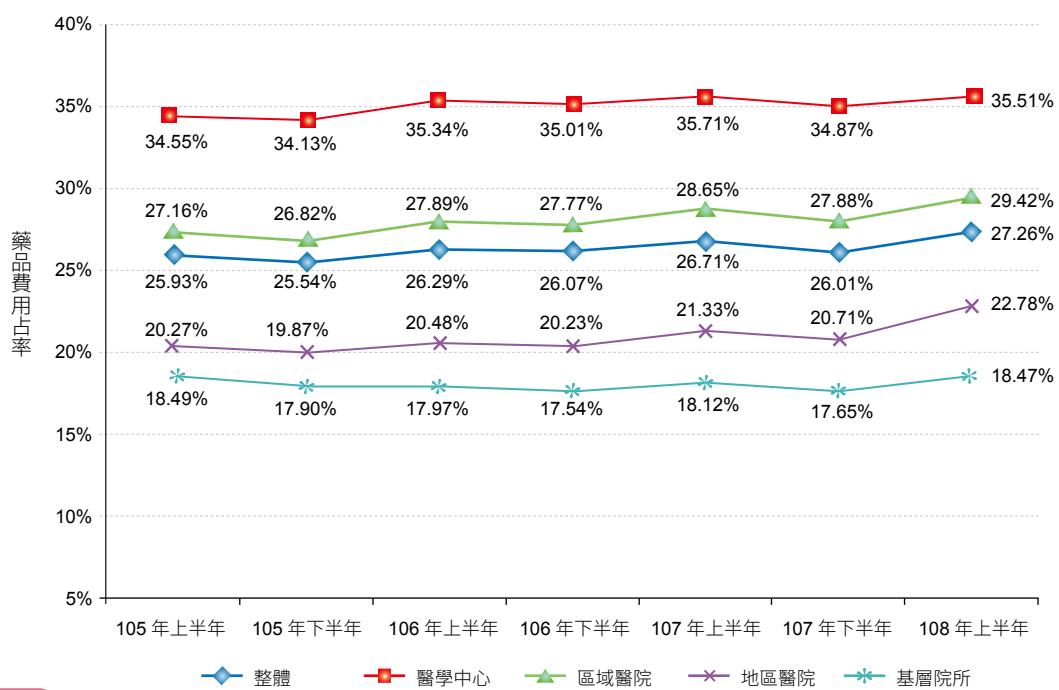


圖 5-29 藥品費用占率

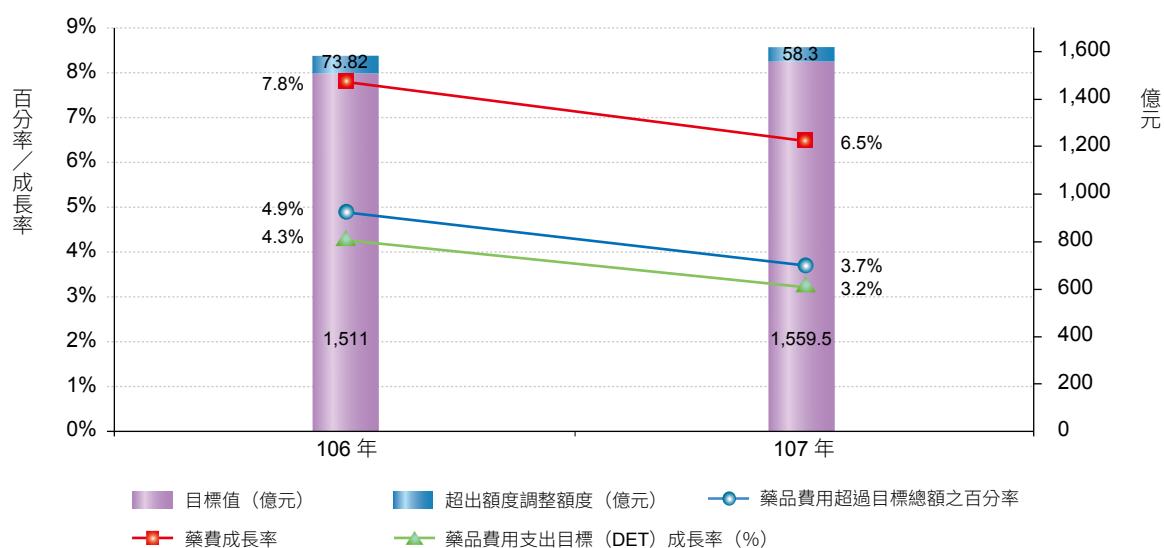


圖 5-30 藥品費用超過（或未達）目標總額之百分率

(二) 醫療品質構面

1. 指標「2.2 糖尿病品質支付服務之照護率」，係評估門診照護之品質，自 105~108 年 6 月由 43.4% 增加至

50.4%，其中以區域醫院之照護率最高為 59.6%，符合政策目標，強化糖尿病病人之照護品質，逐年提升。

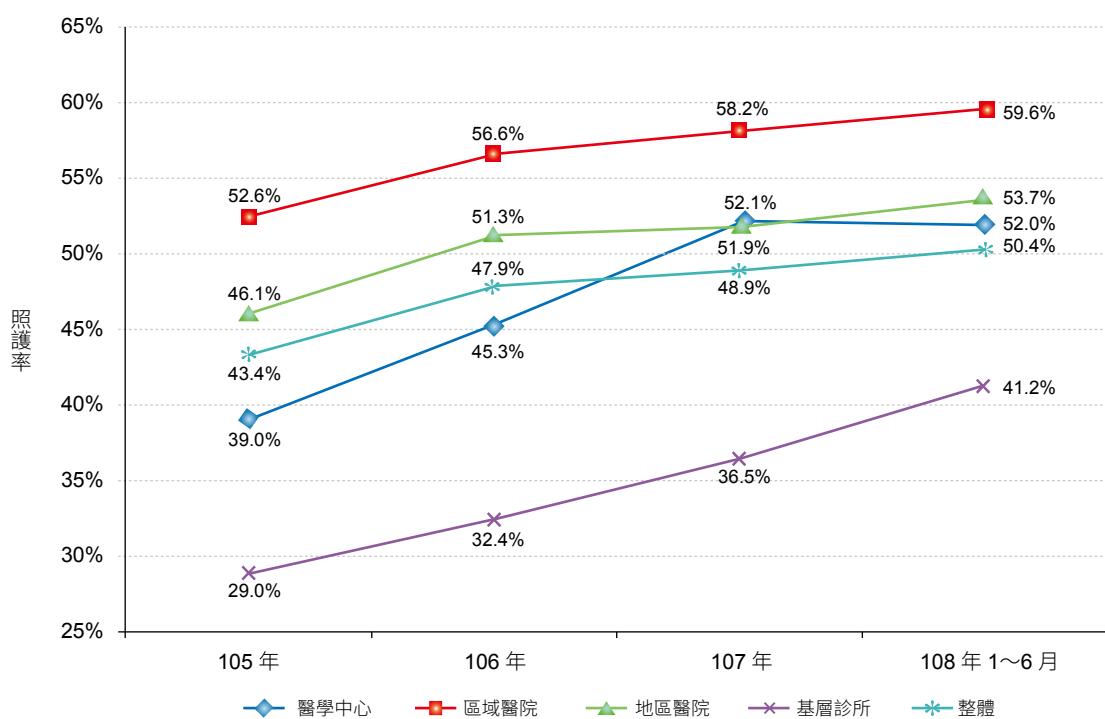


圖 5-31 糖尿病品質支付服務之照護率

2. 指標「2.4 護理人力指標平均護病比占率分布」，係監理護理人力之供給情形，並為鼓勵醫院重視護理照護，提升住院病人醫療照護品質，推動護病比與健保支付連動，106、107 年間加成級距由 3 級調整為 5 級，107 年加成率調整為 3% ~ 14%，107 年 12 月 1 日起加成率調整為 2% ~ 20%。105~108 年 6 月資料顯示，3 層級醫院之全日平均護病比均有改善，符合朝改善護理人力不足，提升

護理人員勞動條件的政策方向。其中，醫學中心全日平均護病比「小於 9」之月份占率逐年增加，105 年起已達 100%，護病比「小於 8」之月份占率亦從 67% 提升至 79.3%；區域醫院「小於 12」之月份占率從 96% 提升至 98.7%；地區醫院，因尚有護病比為 0(未有收治住院個案之月份占 5.3% ~ 7.6%)，「小於 15」之月份占 92.4% ~ 94.7%。另衛福部自 108 年 2 月 1 日修訂「醫療機構設置標準」第

12 條之 1，並自 5 月 1 日施行，已將護病比納入規定，明確規範醫院護產

人員與住院病人之照護比例，以維護病人安全與提升醫療品質。

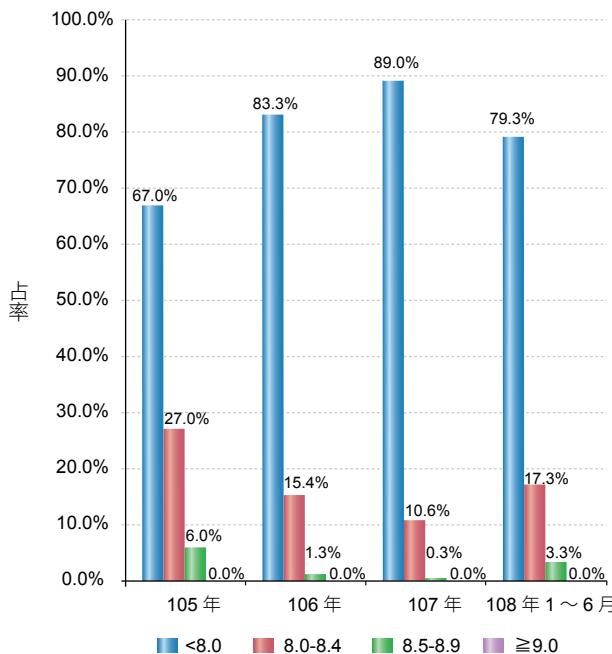


圖 5-32 醫學中心全日平均護病比占率分布圖

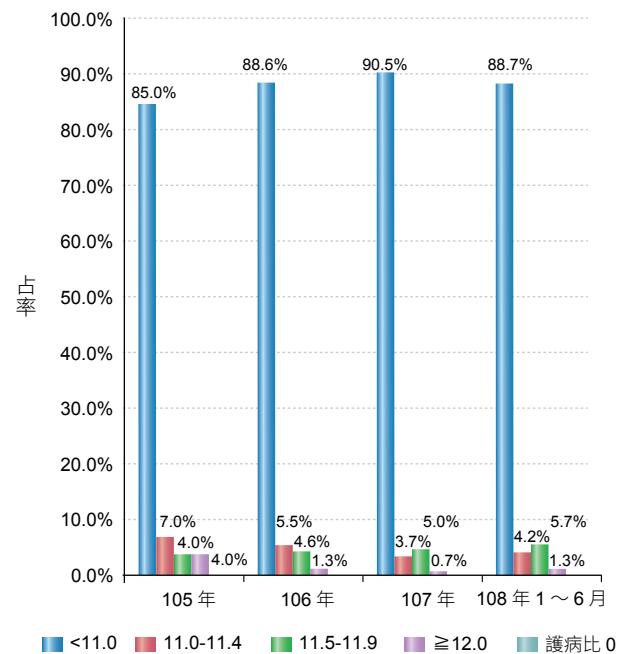


圖 5-33 區域醫院全日平均護病比占率分布圖

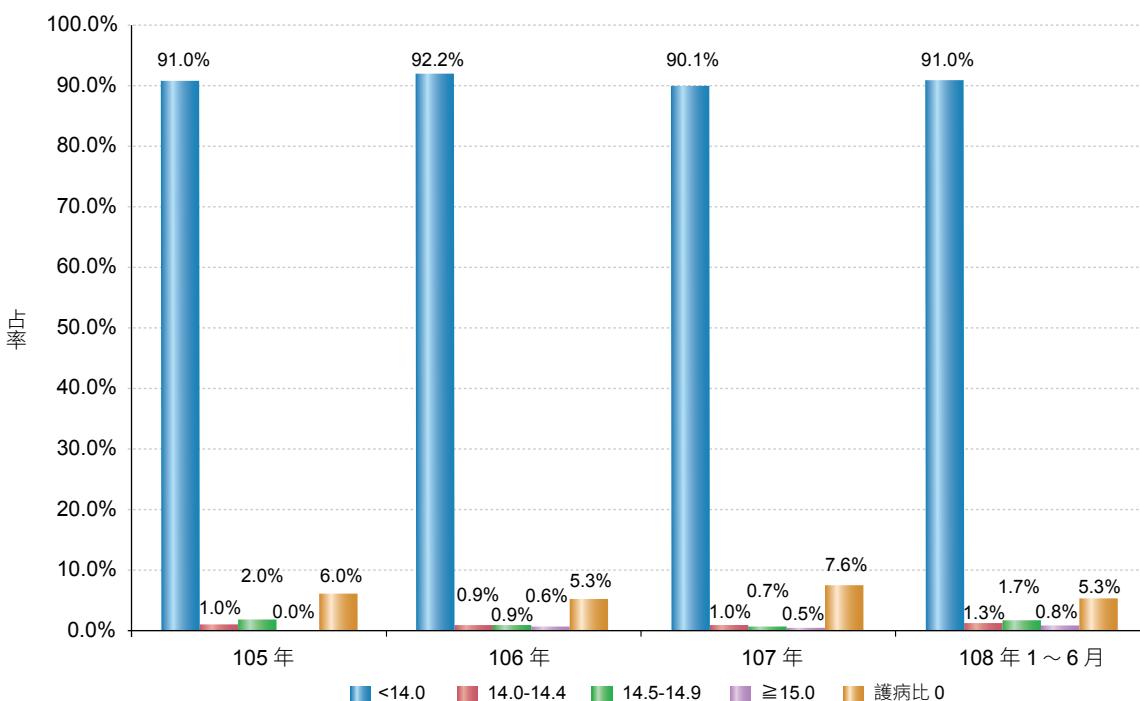


圖 5-34 地區醫院全日平均護病比占率分布圖

(三) 效果構面

1. 指標「3.2 糖尿病初級照護(可避免住院指標)－糖尿病病人住院率」，係監測糖尿病初級照護情形，105~107 年的糖尿病病人住院率皆有隨年齡層遞增而成長，以 75 歲以上年齡層最高，

介於 0.52% ~ 0.58% 之間，整體而言則為 0.13% ~ 0.14%。本項係新增指標，僅 3 年資料，雖 107 年部分年齡層微幅上升，尚未呈現明顯變化，未來仍持續關注。

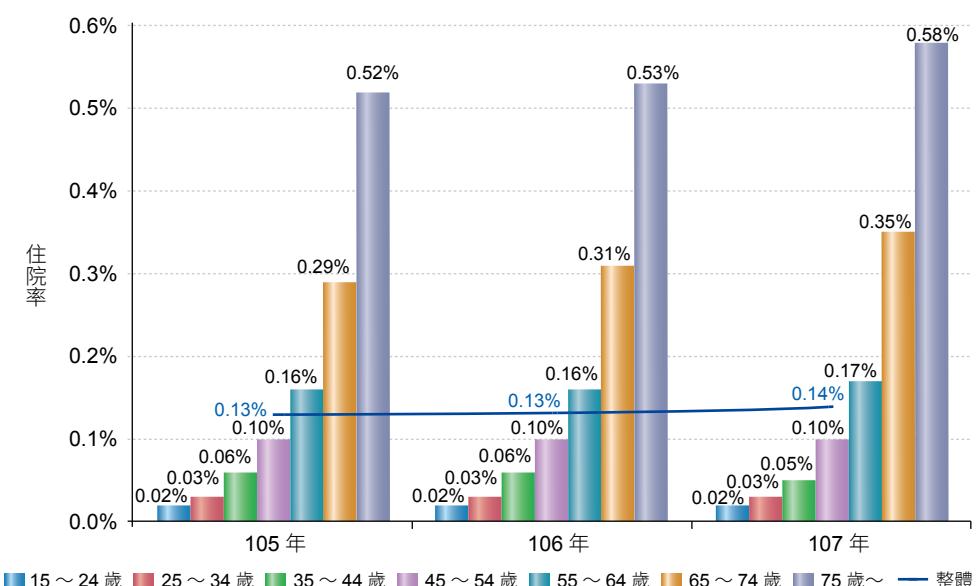


圖 5-35 可避免住院指標—糖尿病病人住院率



2. 指標「3.3 出院後 3 日內再急診比率」，係監理住院治療出院後之照護品質，105~108 年 6 月資料顯示，Tw-DRGs 案件之 3 日內再急診率較一

般出院案件低（108 年 6 月 Tw-DRGs 案件 2.02%，一般出院案件 3.82%），本項係新增指標，趨勢尚屬平穩，仍應持續監控。

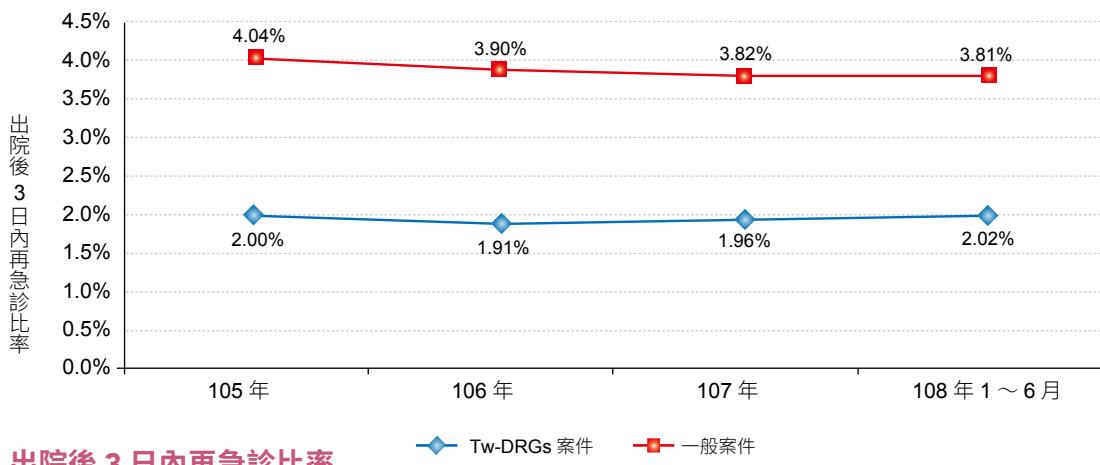


圖 5-36

出院後 3 日內再急診比率

(四) 資源配置構面

1. 指標「4.1 醫師人力比值（以鄉鎮市區發展程度最高及最低兩組進行比較）」：105 年至 107 年的比值由 7.70 提高到 8.00（比值越大代表醫師人力

城鄉分布差異越大），西醫基層、牙醫比值微幅增加，醫院、中醫 107 年較 106 年降低，宜持續監測醫師人力城鄉分布之情形。

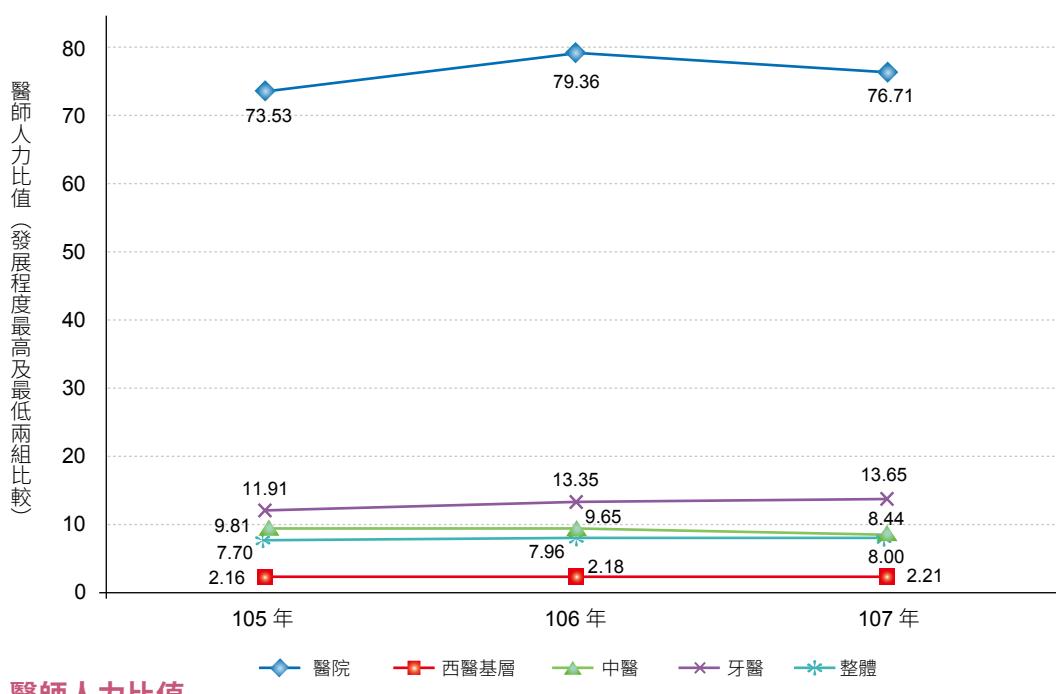


圖 5-37

醫師人力比值

2. 指標「4.3 自付差額特材占率(整體及各類別項目)」，104～108 年前三季資料顯示，民眾選擇使用健保自付差額項目，有逐步增加的情形。整體占率由 104 年的 0.0356%，上升至 108 年的 0.0431%，其中各類別項目中，占率超過 5 成的項目有

「冠狀動脈塗藥支架」(65.7%)、「調控式腦室腹腔引流系統」(82.2%)，另「加長型伽瑪髓內釘組」(107 年 6 月起)於納入第 2 年即達 56.5%，亦需觀察其趨勢。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。

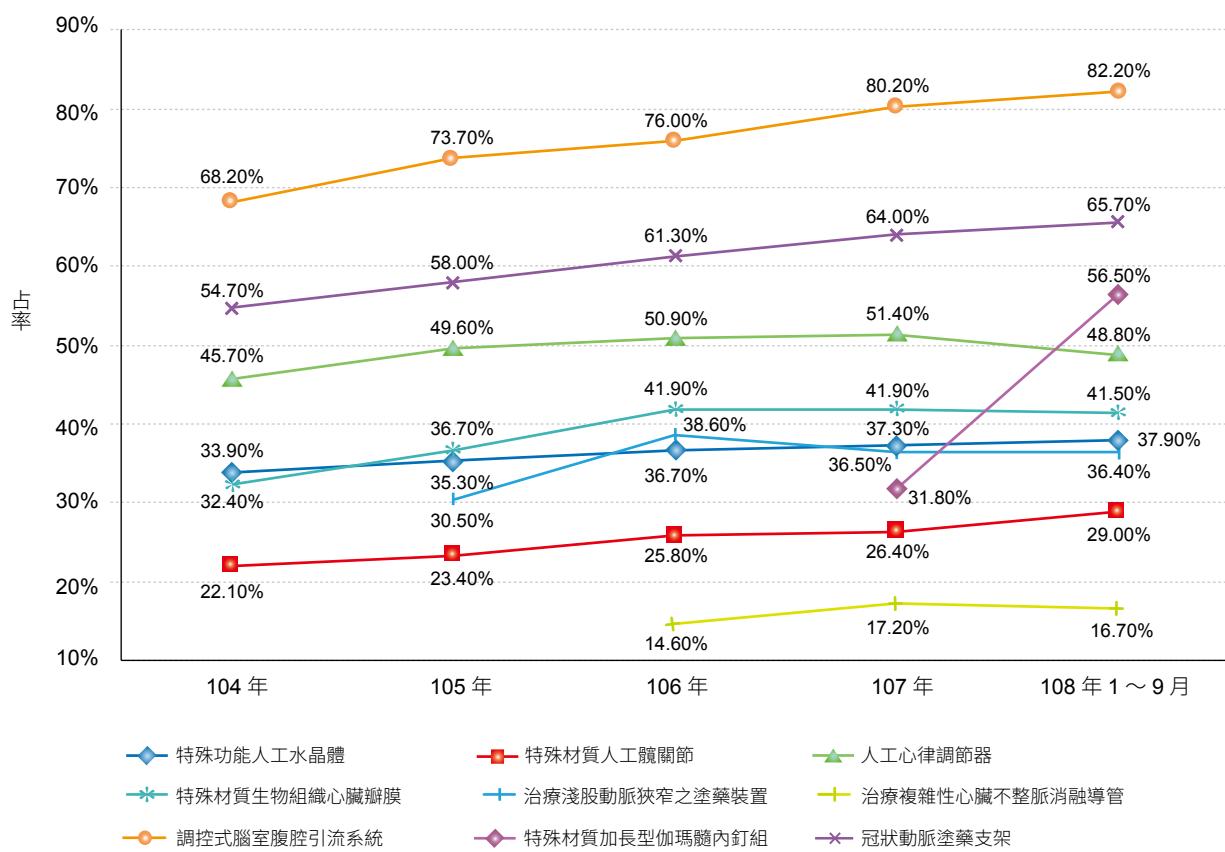


圖 5-38 自付差額特材占率(各類別項目)

(五) 財務構面

1. 指標「5.5 保費收繳率」，105～107 年投保單位及保險對象一般保費整體收繳率皆在 98% 以上，其中除第 6 類收繳率在 84%～87% 之間外，餘第 1 類至第 3 類收繳率均高於 99%，各類收繳率逐年微幅下降，主要原因包

括：欠費移送案件執行時間增長、投保單位欠費雖已取得債權憑證，但仍須依據健保法第 38 條向負責人求償及 107 年度菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較 106 年度減少 6.6 億元等，本項係新增指標，宜持續監測。

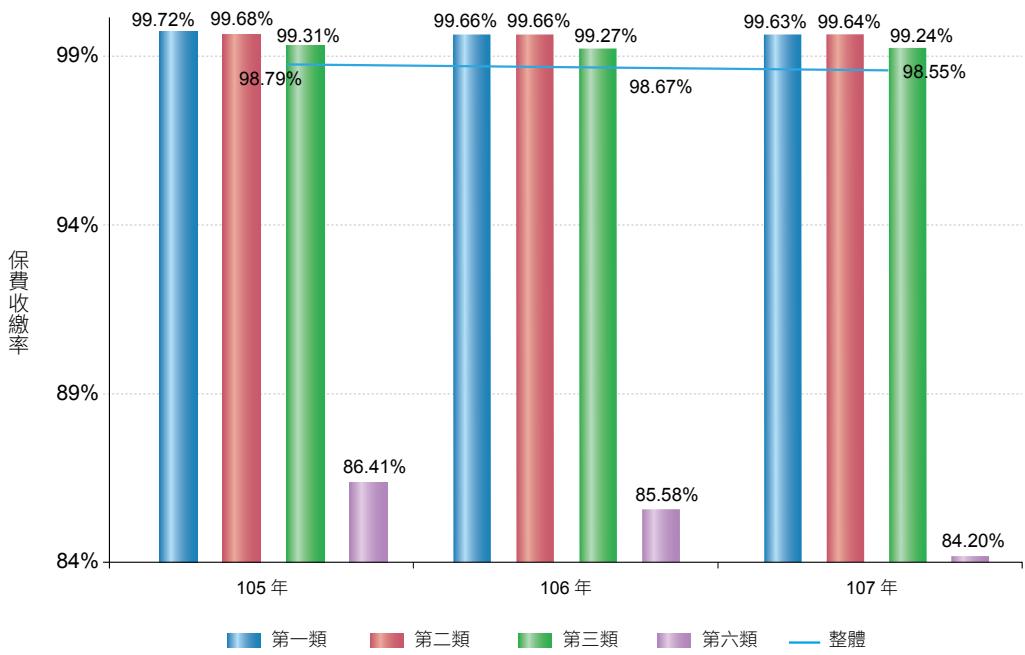


圖 5-39 保費收繳率



2. 指標「5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率」，105、106 年呆帳提列數與保費收入數比率均接近 1.11%，107 年提高至

1.22%，分析原因為菸品健康捐補助弱勢民眾欠費金額較 106 年度減少 6.6 億元所致，本項係新增指標，宜持續監測。

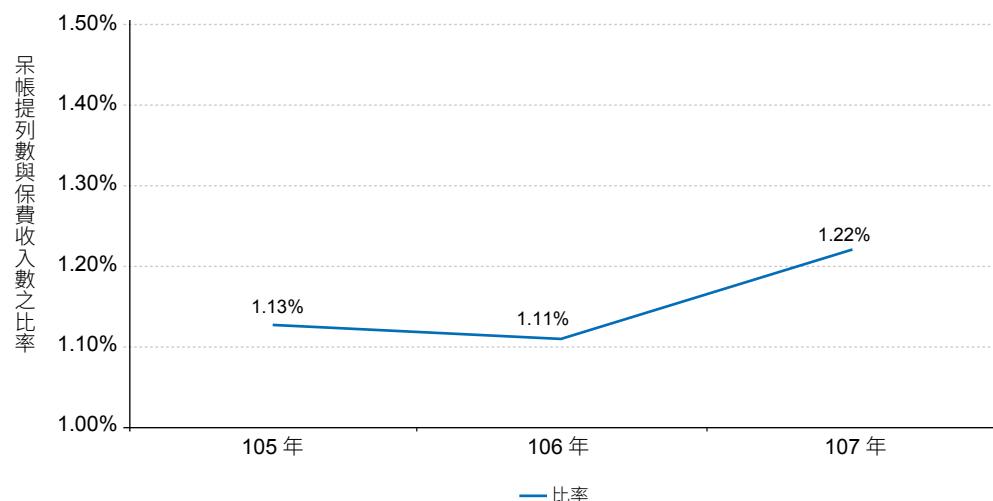


圖 5-40 呆帳提列數與保費收入數之比率

附件一

菸品健康福利捐分配及運作辦法第四條、第五條、第七條修正草案總說明

按「菸品健康福利捐分配及運作辦法」(以下簡稱本辦法)係於九十六年十月十一日以署授國字第 0960700565 號、台財庫字第 09603515990 號令會銜訂定發布，後經五次修正在案。

為使菸品健康福利捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，調整分配比率，爰修正本辦法第四條、第五條、第七條，修正重點如下：

- 一、調整菸品健康福利捐之分配比率，以提升資源使用效率，更臻財務管理完善目的。(修正條文第四條)
- 二、配合第四條之修正，酌作文字修正。(修正條文第五條)
- 三、修正本辦法修正條文之施行日期。(修正條文第七條)

**菸品健康福利捐分配及運作辦法第四條、第五條、第七條
修正草案條文對照表**

修正條文	現行條文	說明
<p>第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：</p> <p>一、百分之五十供全民健康保險之安全準備及補助<u>經濟困難者之保險費</u>之用。</p> <p>二、百分之二十七點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十六點七供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。</p> <p>四、百分之五點一供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>五、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>第四條 菸品健康福利捐之分配，應視受輔導與照顧者實際需求，以定額先分配供菸農及相關產業勞工輔導與照顧及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導之用。但其金額不得超過前一年度菸品健康福利捐徵收金額之百分之一，由中央農業主管機關依年度預算程序編列，其餘額依下列比率分配之：</p> <p>一、百分之五十供全民健康保險之安全準備之用。</p> <p>二、百分之二十四點二供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健之用。</p> <p>三、百分之十一點八供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用。</p> <p><u>四、百分之五供補助經濟困難者之保險費之用。</u></p> <p>五、百分之八供中央與地方社會福利及長期照顧資源發展之用。</p> <p>六、百分之一供中央與地方私劣菸品查緝及防制菸品稅捐逃漏之用。</p>	<p>一、為使菸品健康福利捐之分配使用更符實需，俾發揮最大效益，調整第一項各款分配比率：</p> <p>(一) 考量原第四款補助經濟困難者之保險費之賸餘數及歷年執行情形，將原第四款分配比率合併納入第一款內統籌分配運用，第一款酌作文字修正，並刪除現行條文第四款。</p> <p>(二) 第二款分配比率調增百分之三，俾供罕見疾病等之醫療費用、癌症防治、中央與地方菸害防制及衛生保健所需。</p> <p>(三) 第三款分配比率調增百分之四點九，俾供提升預防醫學與臨床醫學醫療品質、補助醫療資源缺乏地區及辦理生產事故救濟等之用，以維持醫療發展基金、疫苗基金正常運作及新增政策需要。</p> <p>(四) 原第五款因配合原第四款刪除，款次遞移為第四款。考量長照服務發展基金收入，爰修正條文第四款分配比率，調整為百分之五點一。</p> <p>二、原第六款因配合原第四款刪除，款次遞移為第五款。</p>

修正條文	現行條文	說明
<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第四款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第五款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為中央農業主管機關及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受補(捐)助單位名稱與金額等相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	<p>第五條 菸品健康福利捐之運作方式如下：</p> <p>一、供前條第一款至第五款之用者，其受分配機關為衛生福利部及所屬機關。</p> <p>二、供前條第六款之用者，其受分配機關為財政部及所屬機關。</p> <p>三、供前條菸農及相關產業勞工輔導與照顧之用及由農業主管機關使用於有利癌症防治之相關產業輔導者，其受分配機關為中央農業主管機關及所屬機關。</p> <p>前項各該受分配機關獲配款項之運用，應以明顯標示或其他方式，表達款項來源為菸品健康福利捐，並應納入其主管之單位預算採收支併列方式辦理或其主管之特種基金循預算程序辦理，並建立完善之管理機制。</p> <p>衛生福利部應就菸品健康福利捐使用成效、行政配合及預算執行狀況等進行評核，納入未來調整分配比率之參考。</p> <p>菸品健康福利捐之運用，各受分配機關年度經費之執行情形、成效、金額、補(捐)助事項及受補(捐)助單位名稱與金額等相關資訊，應於次年四月前於各機關網站公開。</p>	<p>配合前條原第四款之刪除，爰第一項第一款及第二款酌作文字修正。</p>
<p>第七條 本辦法自中華民國一百零四年九月一日施行。</p> <p>本辦法修正條文，除中華民國一百零八年○月○日修正發布之條文，自一百零八年四月一日施行外，自發布日施行。</p>	<p>第七條 本辦法自中華民國一百零四年九月一日施行。</p> <p>本辦法修正條文自發布日施行。</p>	<p>為明確規範本辦法修正條文自一百零八年四月一日施行，第二項酌作文字修正。</p>

附件二

抄本

衛生福利部全民健康保險會 書函

機關地址：11558台北市忠孝東路6段488號4樓
傳 真：(02)85906046
聯絡人及電話：李德欽(02)85906864
電子郵件信箱：hsbdh@mohw.gov.tw

受文者：如正、副本文單位

發文日期：中華民國108年3月20日
發文字號：衛部健字第1083360046號
送別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：本會第4屆108年第1次委員會議紀錄(節錄)(1083360046-1.docx)

主旨：本會委員表達「反對『菸品健康福利捐分配及運作辦法修正草案』，並請恢復『分配菸品健康福利捐70%供全民健康保險安全準備之用』」等意見，謹請查照參照。

說明：

一、依本會第4屆108年第1次委員會議(108.3.8)決議事項辦理(紀錄及與會人員發言實錄節錄如附)。

二、本會委員一致反對鈞部108年2月1日預告修正『菸品健康福利捐分配及運作辦法』第4條、第5條、第7條，理由如下：

(一)請正視我國「菸品健康福利捐」(下稱菸捐)之立法原意，回歸菸捐與分配健保資源之正當關聯性：菸捐徵收目的是為加強菸害防制，並用以支應全民健康保險(下稱健保)中菸害造成相關疾病之醫療費用，是以菸害防制法第4條提到菸捐金額應依「可歸因於吸菸之疾病，其罹病率、死亡率及全民健康保險醫療費用」等因素評估，並將其用於健保安全準備等用途。「菸捐取之於菸害」，應「用之於健保菸害醫療」，始具正當關聯性。

(二)影響健保收入：依中央健康保險署網頁資料顯示，菸害造成

疾病的醫療費用保守估計每年至少500億元，惟近年政府分配予健保安全準備的菸捐金額逐年下降，107年僅有139.6億元，菸捐對於菸害在健保醫療費用的彌補功能，逐年被弱化，實乃減少全民健保之收入，不利安全準備之提存，長期影響未來健保費率適足性，若因而須調整健保費率，將造成全民負擔。

(三)未提供修法之評估程序：本次修正草案第4條僅規定將菸捐50%供「健保安全準備」及「補助經濟困難者之保險費」之用，未明列前揭兩項用途分配比率，缺乏預算控管有效性，恐將使健保安全準備獲配比率降至45%以下，並使健保安全準備獲配金額處於不確定之狀態。

三、籲請菸捐分配健保安全準備比率恢復至98年4月17日發布之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」第4條第1項第1款，「70%供健保之安全準備」，強化「菸捐」對於「健保安全準備」的顯著關聯，並承擔政府應負之財務責任。

正本：衛生福利部
副本：衛生福利部中央健康保險署

第 1 頁 共 2 頁

第 2 頁 共 2 頁

第三節 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法定任務之一，衛福部、健保署對於涉及多數民眾權益的健保政策或法規，希望能透過健保會委員為各方代表組成的溝通平台，諮詢其意見，使其制訂的政策或法規更趨周延、完善。相對地，健保會委員本於由社會各界推派代表的職責，也希望透過此平台為大眾發聲，提供健保相關重要政策建言，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，健保法規定，健保署每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案（健保法第 72 條）、保險醫事服務機構應提報財務報告辦法（健保法第 73 條），保險人及保險醫事服務機構應定期公開醫療品質資訊辦法（健保法第 74 條）等，須提健保會討論，以利蒐集多元意見，擴大社會參與。

108 年健保署依上開規定提送全民健康保險醫療品質資訊公開辦法修訂案、全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案（草案）至健保會討論；衛福部交議健保會討論 108 年 C 肝藥費專款不足案；委員亦就政府應負擔健保總經費法定下限 36% 適法性及計算方式提出興革建議；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) 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法修訂案

1. 依據

健保法第 74 條規定，健保署及保險醫事服務機構應定期公開與健保相關的醫療品質資訊，至於醫療品質資訊之範圍內容與公開方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，再報請衛福部核定。

2. 公開內容

全民健康保險醫療品質資訊公開辦法自 102 年起訂定，健保署定期將整體性及機構別醫療品質資訊公開於健保署網站（路徑：健保署首頁 / 健保資料站 / 醫療品質資訊公開，如圖 5-41），民眾可以透過網頁查詢各醫療院所的品質表現，有助於就醫選擇並促使醫事服務機構提升醫療品質。

3. 定期檢討修訂

為期所公開之醫療品質資訊能與時俱進，健保署定期召開會議檢討現行已公開之醫療品質資訊指標，並於會前蒐集醫事機構團體、專科醫學會及消費者團體等專業團體意見。

4. 108 年修訂過程與重點

健保署 108 年函詢 40 個專業團體蒐集各界意見，及參照立法院第 9 屆第 6 會期社會福利及衛生環境委員

圖 5-41 健保署全民健康保險醫療品質資訊公開網

會第 19 次全體委員會議之「增列兒童相關醫療品質資訊」決議，於 108 年 4 月 30 日邀集相關團體開會討論，並依共識將全民健康保險醫療品質資訊

公開辦法附表指標項目修訂案提健保會 108 年 7 月份委員會議討論，本次共增修 21 項指標（新增 8 項；刪除 9 項；修訂項目名稱 4 項），如表 5-10。

表 5-10 108 年全民健康保險醫療品質資訊公開辦法附表指標項目修訂一覽表

類別	總額部門 / 疾病別	修訂類型及項數	修訂項目內容
整體性	醫院	新增 1 項； 刪除 1 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 新增清淨手術術後傷口感染率。 ✓ 刪除急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率。
	牙醫	刪除 1 項； 修訂項目名稱 1 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 刪除牙周病統合照護計畫執行率。 ✓ 修訂項目名稱為牙周病統合治療實施方案後之追蹤治療率。
機構別	醫院	新增 2 項； 刪除 4 項； 修訂項目名稱 1 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 新增接受安寧緩和醫療意願之比率及申報使用兒童製劑院所。 ✓ 刪除急性病床住院案件住院日數超過 30 日比率、清淨手術術後使用抗生素超過 3 日比率、各住院診斷關聯群支付制度 (DRG) 之平均住院天數及住院之病例組合指標 (CMI) 值。 ✓ 修訂項目名稱為門診手術後 2 日以內急診或住院率。
	西醫基層	新增 2 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 新增 12 歲以下兒童門診開立原瓶口服液劑比率及申報使用兒童製劑院所。
	牙醫門診	修訂項目名稱 2 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 修訂項目名稱為參與牙醫門診總額特殊醫療服務計畫或牙周病統合治療方案之院所名單及院所牙周病統合治療方案完成率。
	腦中風	刪除 3 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 刪除腦中風病人住院日起 180 日內之平均住院日數、腦中風病人住院日起 180 日內之平均住院醫療費用 (包含住院期間及急性後期照護) 及未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院 2 日內給予抗血栓藥治療之比率。
	人工髓關節手術 (新增疾病別)	新增 3 項	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 新增人工髓關節置換手術後 90 日以內傷口感染率、人工髓關節置換手術後 90 日以內置換物深部感染率及實施人工髓關節置換術出院後 30 日以內因相關問題再住院率。

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，且並無爭議，爰照案通過；另有付費者委員關心中西醫合併治療的情形，建議未來可訂定相關指標，則由健保署參考研議。健保署復依法定程序陳報衛福部，衛福部已於 109 年 2 月 6 日修正發布。

(二) 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

1. 依據

健保法第 72 條規定，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之改善方案，提健保會討論後，報衛福部核定。

2. 方案重點

自 102 年起訂定全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，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、保險醫事服務機構 3 大面向，擬訂不同策略，如圖 5-42。

3. 108 年度方案修訂過程與重點

立法院於審查衛福部 108 年度公務預算案時，有立法委員提出病人自主權利法實施後，應有助於減少相關醫療資源耗用，建議本方案將病人自主權利法對醫療資源耗用及健保財務影響一併納入研析，故 108 年度方案除延續 107 年策略外，健保署採滾動方式修正執行策略和管控項目，重點如下：

(1) 鼓勵體系間合作與轉銜服務：考量本方案策略及管控項目已有屬結果面「減少重複醫療利用」之策略，故刪除屬過程面「提高審查精確度」之策略。



圖 5-42 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之主要策略

(2) 善用醫療資源及合理使用：為有效減少重複醫療利用，將 12 類藥品重複用藥日數下降比率，擴大至 60 類藥品；參採病人自主權利法之精神，將減少無效醫療修改為尊重醫療自主，保障善終權益，並納入積極推動安寧療護，尊重醫療自主之策略。

健保會於 107 年 12 月份委員會議討論 108 年度方案時，為使委員瞭解 107 年度方案執行成效，據此評估執行策略和方法之適切性及完整性，以提供建言，請健保署進行專案報告。委員關切管控項目的指標意涵、操作型定義，及目標值訂定的基礎，並請健保署於明年能提出執行成效（節省金額）；經充分討論後，決議：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。

健保署參考委員所提建議，納為管理參考措施，並將修訂方案陳報衛福部，衛福部於 108 年 1 月 30 日核定。

4. 108 年度方案執行成果及 109 年度方案修訂過程與重點

(1) 108 年度執行成果

依健保署於 108 年 12 月份委員會議報告，截至 108 年第 3 季，除出院後銜接其他（非長照）醫療服務件數比率和西醫門診病人可避免住院率未達目標值外，其餘管控

項目皆達目標值，故 109 年持續將未達目標值之項目列入管控，並加強辦理。

(2) 109 年度方案修訂重點

健保署參考 108 年執行成果，109 年度方案除延續 108 年內容，調整部分達標管控項目之目標值，並修正部分管控項目如下：

A. 全藥類重複用藥日數下降比率：配合 108 年 10 月起將門診特定藥品重複用藥費用管理之管控範圍擴大為全藥類，乃將 60 類藥品修正為全藥類。

B. 10 項檢驗（查）合理區間內再次執行率：經徵詢專科醫學會意見後，認為每項檢驗（查）合理的再次執行率時間不一，故將監測區間由「短期內」修訂為「合理區間內」；另將已達目標值之超音波導引檢查項目，改為大腸鏡檢查。

委員肯定本方案執行成果，經討論後決議：請健保署依法定程序陳報衛福部核定。衛福部業於 109 年 2 月 3 日核定。

二、對衛生福利部交議「有關 108 年 C 肝藥費專款不足」處理之建議

衛福部為配合國家 C 型肝炎旗艦計畫，自 108 年起健保全面放寬口服新藥之給付條件，因病人需求增加，108 年截至 6 月底，已使用約 3 萬 6 千 8 百人，預估之 4 萬人容額，將於 7 月底至 8 月初用罄。衛福部本於

治療不中斷原則，爰於 108 年 6 月 26 日將「108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案交議健保會，請在行政院核定 108 年度全民健康保險醫療給付費用總額（下稱健保總額）範圍內，協議增加預算，並建議增加約 19 億元的 C 肝新藥預算，以額外增加 1 萬 3 千人治療。

本案經提至健保會 6 月份委員會議討論，多數委員認為年度總額已經過總額協商、衛福部核定等法定程序定案，如果定案後又追加預算，此例一開，不利總額制度長遠發展，但也有委員基於就醫公平性，支持衛福部的建議。經過充分討論，達成以下共識：委員認同政府為加速我國根除 C 肝目標之達成，增加治療人數，請衛福部優先爭取由公務預算支應，此外，對公務預算不夠支應之經費缺口，勉予同意由 108 年度健保總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

健保會 23 位委員基於需兼顧所有病人權益，於 7 月份委員會議提出復議案，考量「其他預算」項下共有 12 項專款項目，其中部分

項目是為了照顧特定對象醫療需求的專案計畫，如果所有的結餘款都可流用至 C 肝藥費，擔心有排擠其他民眾醫療需求給付的可能，因此提出復議，希望對結餘款流用的項目，予以指定。

經過委員充分討論後，最後共識認為本案專款結餘的流用是特例，惟為免影響其他病人權益，對 6 月份委員會議決議補充如下：

- (一) 108 年度健保總額協商通則，對專款專用項目及其他預算有預算不得互相流用之規定，惟考量本案為衛福部為加速我國根除 C 肝，增加治療人數，並落實治療不中斷原則，爰同意特別例外有條件流用。
- (二) 為避免影響病人就醫權益，同意 19 億元優先由 108 年度健保總額「其他預算」項下的基層總額轉診型態調整費用、調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費、提升保險服務成效等三項預算之結餘支應。如果前述三項預算之結餘



不足 19 億元，再請健保署提案至健保會審議，由「其他預算」其他項目之結餘予以流用。

(三) 有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22 億元，授權健保署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。

本案後續交由健保署執行，健保署考量指定項目結餘有限，9月20日起再新增治療名額，並優先開放給病況較嚴重者，即肝臟纖維化第三級以上C肝病人使用，估計約有3,000名符合者得到新藥治療。於109年度總額協商時，健保會委員考量民眾用藥需求，

予以增編C肝用藥預算，合計81.66億元(較108年增加16.3億元)。此外健保署為避免再發生給付中斷情形，亦與廠商進行協議降低每人總療程費用。期台灣提早在2025年前達成根除C肝之目標！

三、對政府應負擔健保總經費法定下限36%之建議

(一) 政府應負擔健保總經費法定下限36%相關法規適用疑義

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，在實務上因適用法規衍生疑義如圖5-43：

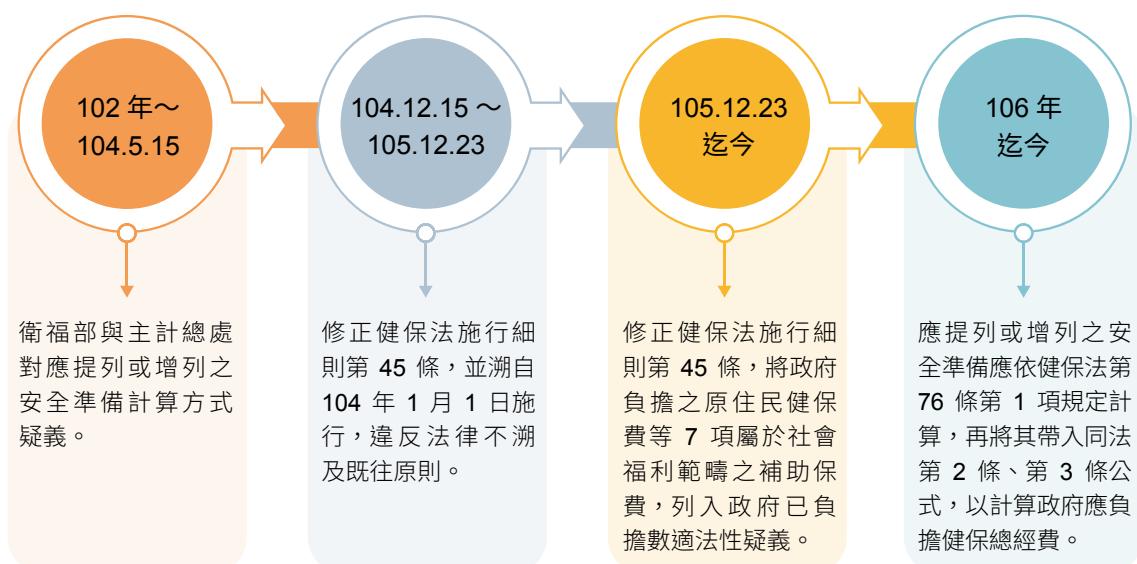


圖 5-43 政府應負擔健保總經費法定下限 36% 爭點

前述第 1、2 項爭議，已在社保司、健保署及健保會的共同努力下達成共識，並完成相關修法工作；至第 3、4 項爭議，仍為健保會委員持續關心之重點。

(二) 107 年、108 年不予備查年度決算及預算

健保會委員在 107 年進行 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時，鑑於 36% 計算方式仍有爭議存在，雙方差異數對健保財務影響甚鉅，爰決定於爭議未獲解決之前，不予備查 106 年度決算及 108 年預算。

至 108 年 4 月進行 107 年度全民健康保險基金附屬單位決算與 109 年度全民健康保險基金附屬單位預算備查案時，健保會委員就 36% 之計算方式提出詢問，認為若計算 107 年度決算與 109 年度預算中 36% 金額之基礎未改變，其見解差異仍存在，則應比照 107 年為一致性之處理，多位委員希望另行召開

專案會議討論，會中決定於 108 年 5 月 7 日「全民健康保險相關業務座談會」召開「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式」專題討論。

(三) 108 年相關提案與討論

1. 各團體委員代表主要看法

健保會委員續於前揭會議、108 年第 3 次委員會議 (108.5.24) 與社保司、健保署交換意見，陳委員炳宏等付費者委員認為 36% 計算方式之爭議在於未落實法令遵循，應以健保法第 76 條計算應提列安全準備，再以健保署第 2、3 條公式計算 36% (公式如下圖 5-44)，其所得到的 36% 不足數將遠大於健保署版本，能有效減緩安全準備下降速度 (即健保財務惡化速度)，亦有間接抑制總額成長之作用，希望主管機關能依法撥付政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數。

公式

政府應負擔健保經費之金額

$$\geq 36\% \times [(保險給付支出 + 應提列或增列之安全準備) - 法定收入]$$

圖 5-44

健保法第 2 條、第 3 條所示計算公式

衛福部代表商委員東福（社保司司長）說明，衛福部社保司係本案主管機關，對法令之疑義有解釋權，但因現行法令規定未盡完善，引起諸多爭議，未來將適時提出相關法令之修正案。

2. 108 年 11 月份委員會議相關提案

何委員語、陳委員炳宏等 7 位付費者委員，在 108 年第 9 次（108.11.15）委員會議續提「建請政府依財政狀況，撥補 105～107 年政府應負擔健保法定

經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全」討論案，委員認為自 106 年起健保財務收支開始產生短绌時，如不以支出面計算 36% 金額，將造成健保費率須提前調漲，對民眾及投保單位權益影響甚鉅，希望政府能衡酌財政狀況，補撥 105～107 年未負擔足額健保法定經費不足數之缺口，分別約為 45 億元、103 億元、157 億元（如下圖 5-45），以強化健保償付能力。

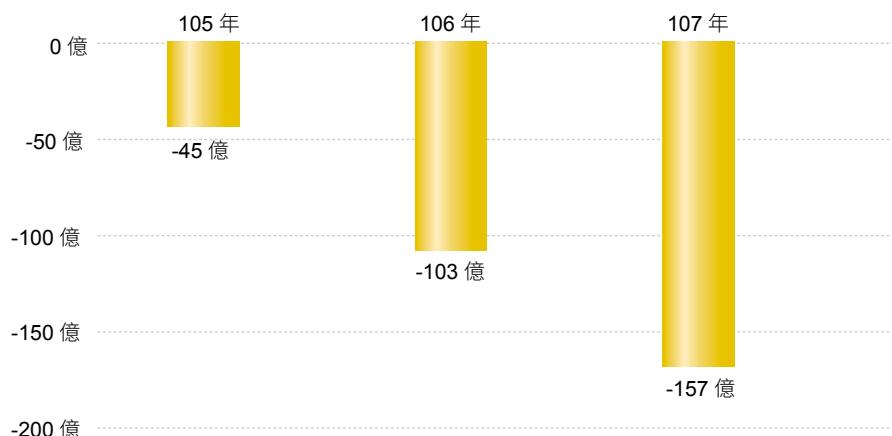


圖 5-45 | 政府應負擔健保總經費法定下限 36% 未足額負擔數

商委員東福再於會中詳細說明，若以 0 或其他正值計入「應提列或增列之安全準備」，政府有重複負擔之虞，不符勞資政三方負擔比率（如下圖 5-46）衡平之社會保險財務機制，未來健保法研修時，將更明確界定政府負擔範圍與計算方式，以杜絕爭議。本案乃決議：健保會委員基於監理職

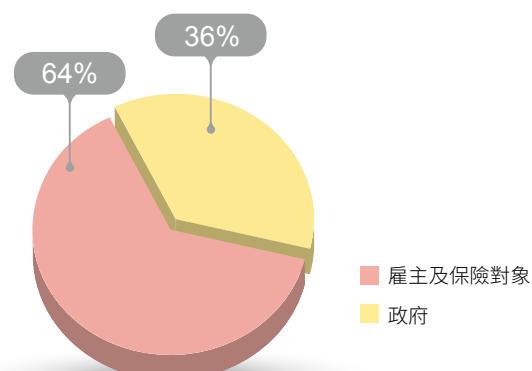


圖 5-46 | 健保總經費三方負擔比率

責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會亦多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。

3.108 年 12 月份委員會議相關提案

何委員語、陳委員炳宏等 16 位委員在 108 年第 10 次委員會議（108.12.27）再提出「近年健保『應提列安全準備來源』受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理」討論案，擬請健保署分別於總額協商、保險費率審議與提報總額核定結果等會議，提報健保財務收支情形表，且其中政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不

足數之金額，須分別依主管機關依法認定及提案委員主張 [依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備 (各項來源金額 ≥ 0)] 後之兩種計算方式及結果呈現，以利委員瞭解兩造數字之差異，以強化健保財務監理制度。多數委員亦認同本案之提案精神，因此，最終決議依委員提案內容辦理。

四、召開跨司署業務座談會，精進健保監理深度及廣度

健保會謝前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、連動，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



物管理署定期至健保會報告與健保資源耗用連動相關之業務情形」案。多數健保會委員亦認同健保相關事務宜有跨單位之整合策略，乃決議由健保會邀請相關單位召開業務座談會，與委員交換意見，並在 107 年度首次召開「全民健康保險相關業務座談會」，本年 5 月 7 日再度依前揭決議召開跨司署業務座談會。

本次會議之議題一為「菸害防制現況、成效及未來策略」，先由國民健康署進行專案報告後，再由健保署說明「近十年胸腔疾病分析」。菸害防制目前重點工作為營造無菸支持環境，辦理菸害教育宣導，並提供多元化戒

菸服務，辦理菸害防制研究及監測，此外亦著重於菸害防制人才培育及國際交流。另由健保署報告顯示，造成胸腔疾病之原因很多，抽菸為其中重要原因之一。以費用來看，前五大胸腔疾病費用占率占所有胸腔疾病之八成，其中肺炎費用最多、肺癌成長率最高（如圖 5-47）。前五大胸腔疾病（肺炎、成人呼吸衰竭、肺癌、上呼吸道疾病、慢性阻塞性肺疾病），就醫人數以「上呼吸道疾病」最多，費用成長率則以「肺癌」最高，至於就醫者之每人每年平均費用，以成人呼吸衰竭最多約 30 萬點，肺癌約 18 萬點次之。

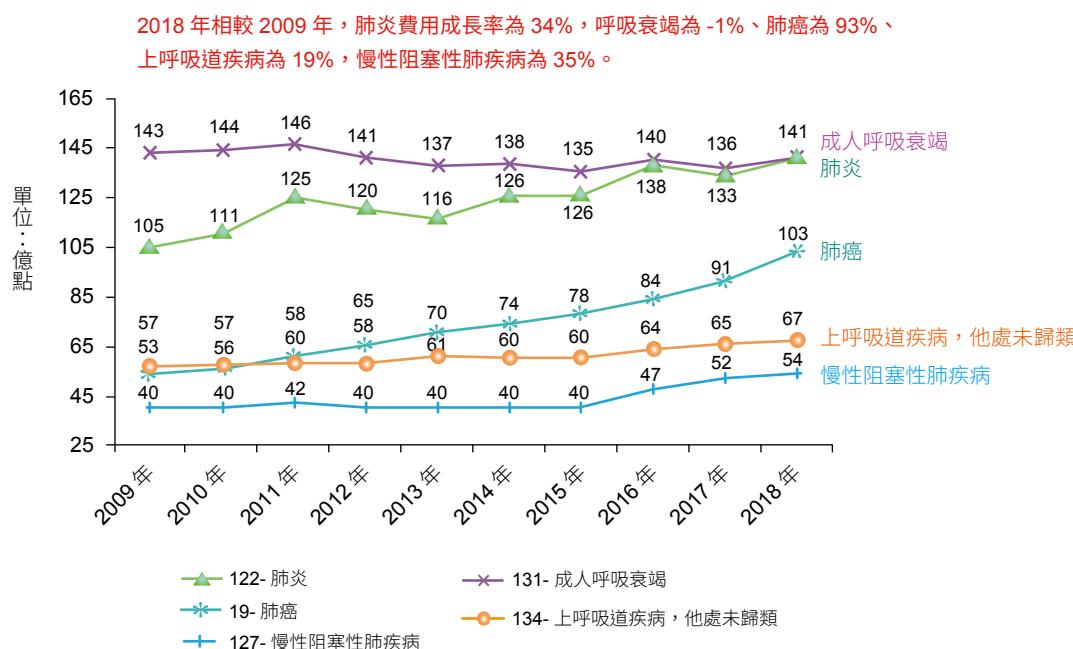


圖 5-47 2009~2018 年前五大胸腔疾病健保費用分析

議題二為「愛滋病防治現況與成效」，由疾病管制署進行專案報告後，再由健保署說明「後天免疫缺乏病毒治療藥費」。臺灣目前愛滋病防治策略奏效，2018 年新增感染人數為近幾年來首度下降，相較 2017 年降幅達 21%，未來則應再加強推廣多元篩檢策略，連結醫療體系及早治療，擴大個案治療服務與照護管理，降低愛滋病感染傳播率，並期持續透過宣導及教育，提升全民防治知能，減少對愛滋病之污名與歧視。另依修正後之人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例第 16 條規定，自 106 年起感染者確診

開始服藥 2 年後之醫療費用改由健保支應，其相關用藥人數與藥費金額如表 5-11。

本座談會計有 32 位委員出席，會中委員就國高中職學生吸菸率、吸菸相關疾病衍生的醫療費用、電子煙販售與管理、菸捐的分配與應用、愛滋病患者人數與醫療費用成長情形、如何找出潛在愛滋病患者、愛滋病感染管控等議題提出相關意見，並與各署與會代表進行交流。

會議最後邀請陳部長時中蒞臨會場，與健保會委員進行綜合座談。部長在致詞時首

表 5-11 106～107 年第 3 季之後天免疫缺乏病毒治療藥費統計

年度 / 項目	預算金額(百萬元)	支出金額(百萬元)	人數	平均每人藥費(萬)
106	3,500	2,504	19,109	13.1 / 年
107 年第 1～3 季	註	2,433	21,158	11.5 / 第 1～3 季

註：107 年後天免疫缺乏病毒治療藥費與罕見疾病、血友病及罕見疾病特材共用該項預算 (13,960.5 百萬元)，108 年該項預算則為 15,234.4 百萬元。



先勉勵大家，健保總額已達 7 千億元的規模，其影響是全國層面的，所以健保會是為分配國家資源而努力，過去他無論是擔任費協會委員或是現今擔任公職，角色都同時具備醫療資源分配者與衛生政策形塑者，要在兩端取得平衡極不容易，所以能夠理解健保會委員工作的困難。部長致詞後，現場委員紛就健保現況提出相關建言，部長針對委員意見回應重點如下：

- (一) 台灣健保醫療支出占GDP約 6.4%，相對OECD國家多數為 11%～12%，我國占率相對偏低，台灣健保雖常被評為世界前三名，但占率偏低常被認為健康投資不足，然而，消費者又付不起那麼多，應思考二者如何平衡。
- (二) 醫療體系發展過程中，醫療支出持續增加，如何減少其對國家財務的影響、讓體系運作更效率，就是要進行體系的改革，使其既能維護人民健康、避免醫界過勞、點值不要太低，又能維持國家財



務可負擔的狀況，目前最重要的就是健保署推動的分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，希望透過醫療體系的垂直整合，醫療資源的共享，提高運作效率。

- (三) 在衡量資源運用的取捨時，除了財務成本以外，也應一併檢視其對生命跟健康的價值，若能將資源的配置與價值相結合，制度就成功了。

部長針對委員關切議題，詳盡說明政策方向，引導大家從不同面向思考，與會委員深感獲益良多，座談會也圓滿劃下句點。





研究發展

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



第六章 研究發展

為因應健保會辦理保險費率審議、給付範圍審議及總額協商等法定任務，爰規劃辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」及「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，茲將上開委託計畫之成果敘述如下。

一、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(研究期程：108.4.9～108.12.31)

為落實 2025 年衛生福利科技政策白皮書第四章「永續提供高品質醫療服務」之第四節「全民健保制度之精進」所訂「合理配置健保資源，提供優質服務」及「持續健保制度精進改革」等策略目標，健保會於 108 年委託國立政治大學辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」計畫，探討如何建立合理務實的全民健保財務平衡與收支連動機制，期使健保財務穩健並永續經營。

本研究共召開 6 次專家諮詢會議，探討健保財務收支如何連動、釐清費率調整考量因子除安全準備存量外尚有哪些因素，以及對費率調整模式、幅度、頻率的看法。針對現行費率調整審議機制之建議彙整如下：

(一) 調整時機：啟動費率調整標準(安全準備約當保險給付月數)宜降低，以使調節機制及早啟動，並有效縮減費率調整幅度。

(二) 調整頻率：費率調整頻率宜增加，以避免因費率一次性大漲，對民眾造成太大衝擊，或短期內影響雇主聘僱行為。

(三) 調整方式：費率調整時需併同考量的因素，依健保會委員代表屬性而不同，被保險人代表以支出類(如總額成長率)為主、雇主與保險醫事服務提供者以提出經濟類(如經濟成長率)為主。由於健保費率與總額支出的相關性較高，所以多數專家學者贊成費率調整方式與總額成長率相扣連。

為使現行費率審議機制更為周延，研究團隊參考運用健保署 106 年度全民健保財務評估報告之部分資料，從安全準備門檻、啟動標準多元化、費率調整頻率以及調整考量因子的選擇等面向，設計出多種模式進行試算，最終提出 2 種費率調整審議原則修正方案供參(如附件一)。本研究蒐集之資料及所提費率審議機制建議方案，將作為現行機制修正參考。

二、辦理 108 年度「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(研究期程：108.1.22～108.11.21)

依健保法第 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，希望能藉由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。

為照顧醫療資源不足地區之民眾健康，本部歷年均投入相當的健保經費及公務預算，鑑於相關計畫已推行多年，投注預算亦逐年提升，宜進行整體性盤點及檢討，乃委託中華經濟研究院辦理本研究計畫。

(一) 研究結果

1. 盤點本部近年醫事司、健康及護理照護司及健保經費於醫療資源不足地區投注之資源：

因部內各單位對於偏鄉相關政策目的不同，適用的鄉鎮、承作院所皆有其規範與限制，盤點結果尚未發現醫療資源有明顯重疊的情形，各計畫比較分析表如附件二。

2. 利用績效指標（鄉外就醫率、可避免住院率、可避免急診率、專科門診次數及醫療利用次數）評估健保相關計畫之執行成效：

(1) 「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」及「山地離島醫療給付效益提昇計畫」多透過醫院來推動偏鄉醫療服務，政策效果達正向顯著。

(2) 「西醫醫療資源不足地區改善方案」以巡迴醫療為主，新開業診所數量較少，政策效果雖為正向，但未達統計顯著。

3. 運用地理資訊系統（GIS），分析醫療資源分布情形：

傳統上多以鄉內醫療資源是否充足來評估偏鄉醫療資源，本研究計畫以醫療生活圈角度，重新檢視醫療資源分布情形，藉由GIS系統分析發現，台北區偏鄉地區30分鐘內可至之醫院家數遠高於其他分區，而東區偏鄉地區30分鐘內可至之醫院家數則遠低於其他分區。

(二) 政策建議

1. 研究結果顯示，健保經費挹注之三項偏鄉計畫，可達到正向之政策效果，未來將於總額預算分配上持續給予支持。對於醫療資源尚匱乏之偏鄉（如東區的大武鄉、太麻里鄉、長濱鄉、豐濱鄉及富里鄉），建議善用預算，依當地實際狀況研擬可行方案，提升當地民眾就醫可近性。

2. 對於醫療資源是否充足之評估，建議除現行評估方式外，建議未來可以運用GIS系統，從醫療生活圈的角度切入，評估我國醫療資源分布情形，進一步均衡醫療資源，以貼近民眾需求。

本研究計畫之成果報告已於健保會網頁公開，並作為未來健保總額預算分配之參據。

附件一

費率調整審議原則修正方案

	現行機制	方案一	方案二
啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出。	當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出。	1. 當年度保險成本超出保險收入之 5%，或 2. 當年度收支平衡費率超出現行費率之 5%，或 3. 當年起(含)第 2 年年底安全準備餘額不足 1 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。	其調升以當年起(含)第 2 年年底可維持 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則。	第一年調升以當年起(含)第 4 年年底至少維持 1 個月保險給付支出，及不超過 18.39% 為限。並第二至第四年每年固定調升 70% 總額成長六成與 30% 經濟與薪資成長平均為原則。
預估調整頻率	約 3 年 1 次	約 2 年 1 次	約 4 年 1 次
預估調整幅度	高	低	中
預期民眾接受度 ¹	低	高	中
預估安全準備	高	低	中
預估費率達 6% 上限之時點	113 年	112 年	113 年
預期行政成本 ²	低	中	高
可預測性 ³	高	高	低
啟動條件多元(2 個標準以上)	無	無	有
連結經濟成長及民眾付費能力 ⁴	無	無	有

- 預期民眾接受度：本項目以民眾對預估平均調整幅度之觀感進行判斷。當平均漲幅大於 15% 時，民眾接受度為低；平均漲幅介於 11~14% 時，民眾接受度為中；於平均漲幅低於 11% 時，民眾接受度為高。
- 預期行政成本：本項目之比較標準以當年度預估出費率須進行調整時，相關行政單位在處理流程上所需進行之變動調整、資料建置等作業之緩衝期間：期間越長，行政成本越低；反之，則愈高。於 3~4 年內調整一次，行政成本較低；2 年調整一次，行政成本為中；1 年即進行調整，行政成本較高。
- 可預測性：本項目之評估標準以調整考量因子之簡易與複雜性進行比較：當調整因子愈複雜則可預測性即愈低；反之，則愈高。方案一以安全準備單一因子進行調整，因此可預測性高；方案二增加每年以浮動成長因子進行調整，且浮動因子波動性高，因此可預測性低。
- 連結經濟成長及民眾付費能力：本項目之評估標準以調整考量因子是否納入經濟成長及民眾付費能力相關指標。方案一僅考量安全準備單一因子；方案二則採每年以六成總額成長並加入經濟成長率與薪資成長率之浮動成長進行調整，採兼顧經濟與社會之多元考量，因此在調整方式上有連結及考量經濟成長及民眾付費能力。

附件二

醫療資源不足地區健康照護政策之比較分析表

計畫 項目	健保預算			公務預算			
	全民健康保險 醫療不足地區 醫療服務提升 計畫	西醫醫療資源 不足地區改善 方案	山地離島地區 醫療給付效 益提昇計畫 (IDS)	醫學中心支援 離島及偏遠 地區計畫	緊急醫療相關 應變醫療資源 不足地區計畫	提升離島地區 基層照護服務 計畫	離島醫療照護 行動計畫
實施 時間	101 年 5 月至 迄今	95 年至迄今	88 年至迄今	102 年至迄今	94 年至迄今	104 至 108 年	58 年至迄今
經費 來源	健保其他預算 / 健保醫院總 額專款項目	健保西醫基層 總額專款項目	健保總額其他 預算	醫療發展基金	醫療發展基金	醫療發展基金	離島建設基金 及各項原有計 畫之經費預算
施行 地區	山地離島與醫 療資源不足地 區居民	每鄉鎮每位西 醫醫師服務投 保人口數超 過 4,000 人， 且未實施「全 民健康保險山 地離島醫療給 付效益提昇計 畫」之鄉鎮	29 個山地鄉 及 21 個離島 鄉	山地離島與醫 療資源不足地 區居民	山地離島與醫 療資源不足地 區居民	山地離島與醫 療資源不足地 區居民	依 10 項計畫 施行條件
服務 項目	保障離島地 區、山地鄉及 健保醫療資源 不足區域或鄰 近區域之醫院 點值，以提供 24 小時急診 等強化醫療服 務	獎勵開業、巡 迴醫療補助， 以鼓勵醫師到 醫療資源不足 地區服務	提供 24 小時 急性(夜間門 診)醫療、專 科診療(如眼 科、婦產科、 牙科等)、巡 迴醫療及轉診 後送等醫療服 務	強化重度級急 救責任醫院醫 療照護品質	設立「觀光地 區、假日夜 間醫療站」及 「提升醫院急 診能力計畫」	鼓勵離島地區 基層診所，能 在例假日提供 開診服務，每 次至少 3 小時	推動網絡內醫 院轉診機制、 辦理公費醫師 制度、提升醫 療照護能力

資料來源：衛福部 108 年度委辦研究計畫「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」，內容整理自：全民健康保險醫療不足地區醫療服務提升計畫、西醫醫療資源不足地區改善方案、山地離島地區醫療給付效益提昇計畫 (IDS)、醫學中心支援離島及偏遠地區計畫、提升醫療資源不足地區醫療服務品質計畫、提升離島地區基層照護服務計畫、離島醫療照護行動計畫。



未來展望

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



第七章 未來展望

回顧 108 年，健保會透過例行的委員會議、總額協商與費率審議等相關會議，從民眾、醫界及政府等不同角度，探討多項專業且複雜的健保議題，並提出多項建言供衛福部及健保署參考，順利為 109 年度的總額預算找出最佳分配方式，一般保險費率審議結果維持 4.69%。展望 109 年，健保總額已突破 7,500 億元，故改善目前財務收支結構性失衡的狀況並兼顧民眾權益，成為健保永續經營之最大考驗。爰此，為精進現有業務效能、擴大社會參與及因應未來業務需求，109 年訂定之重要工作項目包括：建立合理費率及給付範圍審議機制、精進總額執行成果評核及健保業務監理之作業以及強化會議事效率。

一、建立合理費率及給付範圍審議機制

自 106 年起，全民健保的保險成本已超過保險收入，改善財務收支結構性失衡成為健保永續經營的重要議題，由於當時安全準備尚充裕，並未調整費率，依健保財務預估，110 年將必須因應可能之費率調整。為降低對社會大眾之影響及衝擊，爰將針對健保費率、總額非協商因素、給付範圍審議等議題進行整體探討，並釐清哪些收入面及支出面因素應納入費率審議考量，期以科學數據為基礎，做為未來審議費率調整及給付範圍時

機及幅度之參據，以發展符合國情之保險財務收支連動管控模式及共通性基本原則，俾利健保財務平衡，制度穩健發展。

二、精進總額執行成果評核及健保業務監理

辦理總額執行成果評核及建立健保業務監理指標，皆是健保會成立以來，積極投入的工作。為使總額執行成果評核，能對各部門總額執行效益提升有積極助益；另為即時監測健保業務的發展趨勢，須以更宏觀、結構性的方式去檢視健保業務面及財務面的運作情形。109 年將回顧與整理過去 6 年相關的評核內容（含評核項目、評核內涵及指標）、民眾就醫權益（滿意度）調查結果，綜整分析現有各項監理指標，以作為未來業務推動之依據。

未來持續例行監理健保年度預、決算備查案，並安排健保署定期提報健保監理指標之監測結果，並依委員意見安排各項專案報告，如：醫療院所財務報告公開情形、健保費呆帳分析及作業辦理情形、牙醫全面提升感染管制品質規劃情形、分級醫療各項策略執行成效、提升中醫用藥品質規劃情形等，並規劃實地訪視活動就該署執行之相關總額實施計畫提出政策建言，讓健保政策的推行更能符合民意與永續經營。

三、強化健保會議事效率及運作模式

由於各界對健保會有極高的期待，故對健保會之運作模式偶有不同意見及看法，為精益求精，109 年將針對以下方向，探求強化議事效率以及形成共識的方法與策略。首先，蒐集國內外民間團體參與公共政策的方式、其委員組成與代表性進行分析及評估。其次，強化幕僚作業，定期於會議召開前提供委員正反面意見研析，以增進會議效能與效率。最終就是要將健保會在總額對等協商與費率審議等核心事項上的業務成效，以及

健保業務監理的各項成果，用更開放透明的方式傳遞健保會最新的會議訊息。

在醫療資源有限的情況下，分配從來都是艱鉅的挑戰，惟有合理的資源配置與使用者的共同珍惜，才能使我們的制度穩健發展。未來期望透過上述工作結果的分享，能讓社會大眾更關心健保業務的執行狀況，進而支持政府政策並珍惜健保資源，而健保會這個展現多元民意的溝通平台，將繼續扮演民眾、醫界與政府間的橋樑，為健保永續發展共同努力。



委員的期許與展望（依姓氏筆劃）

提升醫療品質，均衡城鄉發展，健全財務收支，永續健保經營，共創社會價值！

周麗芳（主任委員）

雲端資訊精進，全用於醫療精準、用藥及副作用減少並減少浪費、提升品質讓人民安全、更使財務平衡。期盼國家能更提升國民預防醫學。

于文男

牙醫長期以持續弱勢優先（關懷）、病人優先（責任）、品質優先（專業）照顧民眾，提升醫療環境與病人安全為首，未來深入長期口腔照顧，推動到宅醫療，發展吞嚥治療，善盡社會責任，照顧全民口腔健康。

王棟洲

做正確的事，堅持到底才能成功，推動分級醫療雙向轉診，讓台灣醫療體系回歸正金字塔，健保永續，大家一起支持。

朱益宏

依法、理、情為健全健保醫療發展，公平、公正、衡平醫療資源有效利用和分配，大公無私，造福全民健康。

何謙

期許付費者及醫療服務提供者端，都能避免醫療資源的浪費，讓健保財務收支平衡，又能兼顧優質醫療服務提供。

吳榮達

期許健保持續推動「以病人為中心」的醫療照護，並朝永續發展的方向，向健全財務與配置資源。

吳鴻來

協同各健保委員監督健保費用能合理分配及做最有效的運用，評估並兼顧醫療體系專業人員的勞力及合理給付，讓病患能得到妥善醫療照顧，持續全民健保優良形象。

李育嘉

健保資源有限，每位國民都要為自己的健康負部分責任，健保會則是共同協議其它人要分擔多少個人以外的財務負擔。

李偉強



委員的期許與展望(依姓氏筆劃)

異中求同、共創多贏！
期許在各界代表與民眾
齊心合作下，讓「全民
健保」成為台灣永遠的
傳奇！

張澤芸

希望全民一起珍惜健保
醫療資源，有效撙節醫
療成本減少浪費，同時
兼顧特殊族群與弱勢民
眾的醫療需求，為健保
永續發展共同努力。

陳有慶

「福」在履行健保雙務，
得歡喜；
「慧」在善解醫病關係，
得自在。

陳炳宏

紀伯倫說：「我們不要因為
走得太遠，忘了為什麼出發。
」期待全民健康保險恆本
開辦初衷及社會保險之立法
精神，增進全體國民健康，
及照護弱勢重症病患。

陳莉茵

推動民眾自我照護，讓社
區藥局成為民眾的好鄰居。
減少醫療資源浪費，健保
永續經營是我們共同目標。

黃金錚

合理使用健保醫療資源，
當用則用，當省則省。
秉持公平原則檢討健保
財務。

葉宗義

期許：
一、教育民眾預防勝於治療及主動杜絕醫療
浪費。
二、澈底消除藥價黑洞，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。

趙銘圓

健保是國家最重大的民生政策
之一，也是人民健康的保護傘
！健保永續需仰賴健保會的理
性與責信，所有的曾任、現任
或繼任委員與幕僚們，無私奉
獻是我們唯一的信仰！

滕西華





附錄

2019 Annual Report

National Health
Insurance Committee
Ministry of Health
and Welfare



附錄一 衛生福利部全民健康保險會第4屆(108年)委員名錄

聘期 108.03.01 ~ 109.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
被保險人代表 保險付費者代表	中華民國全國教師會	常務理事	鄭建信	
	全國產業總工會	會員代表	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	榮譽理事長	鄭素華	
	中華民國律師公會全國聯合會	商事法委員會 主任委員	許美麗	
	中華民國農會	保險部主任	林敏華	
	中華民國全國漁會	理事	陳有慶	
	中華民國全國職業總工會	副理事長	邱寶安	
	全國產職業總工會	副理事長	許駿洪	
	台灣總工會	理事長	蔡明鎮	
	台灣社會福利總盟	副理事長	馬海霞	
	臺灣病友聯盟*	常務理事	吳鴻來	
	全國勞工聯合總工會*	榮譽理事長	林錫維	
	罕見疾病基金會*	創辦人暨董事	陳莉茵	
雇主代表	中華民國全國工業總會	常務理事	何語	
	中華民國全國商業總會	監事會召集人	葉宗義	
	中華民國工商協進會	國泰人壽保險股份有限公司 資深副理	陳炳宏	
	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	專門委員	羅莉婷	
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	翁文能	
	台灣醫院協會	醫院評鑑改革委員會委員 (台灣醫學中心協會秘書長)	李偉強	
	台灣醫院協會	理事 (中華民國區域醫院協會 名譽理事長)	張煥禎	
	台灣醫院協會	副理事長 (台灣社區醫院協會監事長) 副理事長 (台灣社區醫院協會理事長)	謝武吉 朱益宏	108.03.01 ~ 108.11.04 108.11.05 ~ 109.12.31

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	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	吳國治	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	黃啟嘉	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	謝尚廷 王棟源	108.03.01～108.05.09 108.05.10～109.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	陳旺全 柯富揚	108.03.01～108.11.04 108.11.05～109.12.31
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	古博仁 黃金舜	108.03.01～108.09.18 108.09.19～109.12.31
	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	副處長	謝佳宜	
	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	政治大學財政學系教授 長庚大學醫務管理學系 教授	周麗芳 (主任 委員) 盧瑞芬
	衛生福利部		陽明大學公共衛生研究所 及醫務管理研究所教授	周穎政
	衛生福利部		財團法人寶佳公益慈善 基金會董事長	賴進祥
	衛生福利部		中華民國身心障礙聯盟 秘書長	滕西華
	衛生福利部		花蓮縣政府勞資爭議調解 委員會調解委員	蔡登順
	衛生福利部		中華民國消費者文教基金 會秘書長	吳榮達

註：「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

附錄二 108 年度大事紀 (108.1.1～108.12.31)

	日期	重要事件
2 月	2 月 22、27 日	衛福部核定並公告本會所報「108 年度全民健保牙醫門診、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」案。
3 月	3 月 1 日	<p>一、依 108 年 2 月 12 日修正發布健保會組成及議事辦法規定，健保會委員由 35 位新增為 39 位，完成健保會第 4 屆 39 位委員之聘任事宜，自 108 年 3 月 1 日起聘，任期至 109 年 12 月 31 日止，主任委員由國立政治大學財政學系周教授麗芳兼任。</p> <p>二、新聘委員及代理出席會議之代理人，於首次參加會議前需揭露其專職、兼職、顧問職，並公開於本會網頁。</p>
	3 月 8 日	<p>召開 108 年第 1 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 經抽籤，通過推派「全民健保醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健保醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之本會代表。</p> <p>(二) 辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式（草案）案： 決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 通過「辦理各部門總額 107 年執行成果評核之作業方式」，及「各部門總額及健保署 108 年『年度重點項目—必要項目與績效指標』」。 107 年度各部門總額評核結果之獎勵額度案，訂於本（108）年 5 月或 6 月份委員會議討論決定。 <p>(三) 建請「針對台鐵重大事故（普悠瑪）所造成重大傷害之醫療支出，討論是否向台鐵追償」及「德國麻疹擴大流行，請健保署提供費用資料，以保護健保資源不流用」案： 決議：請健保署本於權責，就 107 年 10 月 21 日台鐵普悠瑪列車出軌事故執行代位求償，確保健保資源不用於支付其他非健保應負擔之費用。</p> <p>(四) 建請以健保會名義向衛福部表達「反對『預告修正菸捐分配』並請恢復『70% 供健保安全準備』」案： 決議：基於健保之財務永續考量，本會委員反對預告之「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，將菸品健康福利捐之 50% 供全民健保安全準備及補助經濟困難者之保險費，並建請應恢復為分配 70% 供全民健保安全準備之用，委員相關意見併發言實錄送請衛福部參酌。</p>

日期	重要事件
3 月	<p>二、重要報告事項暨決定</p> <p>(一) 本會重要業務報告：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 請健保署於 3 個月內檢討健保給付價較高之品項（如：電腦斷層、磁振造影、正子造影等）支付點數及給付規範，並研擬可行之配套措施。 2. 請中華民國醫師公會全國聯合會盡速將 108 年度西醫基層總額一般服務地區預算之「風險調整基金金額」送本會備查。 3. 通過本會 108 年度工作計畫、委員會議預訂時間表、業務訪視活動暨共識營行程表。 <p>(二) 有關「愛滋感染者慢箋領藥時已超過 2 年之醫療給付」，疾管署對於本項修訂之重點： 決定：委員關心本案恐加重全民健保財務負擔，爰委員對本案表達不支持，委員所提意見（含書面），建請健保署參考辦理。</p> <p>(三) 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）： 決定：委員所提意見（含書面），建請健保署參考辦理，並請依所規劃策略研擬妥適配套措施，切不能影響民眾用藥權益，至於執行進度與成果請於第 4 季業務報告提報。</p> <hr/> <p>辦理業務訪視活動暨召開共識營，參加委員人數 34 人。</p> <p>一、業務訪視活動：</p> <p>(一) 訪視主題：「斗六診所改置醫院層級」對當地醫療服務提供之影響、C 型肝炎口服新藥執行成效、慢性腎臟病照護及病人衛教計畫執行成效、推動分級醫療之執行成效。</p> <p>(二) 實地訪視地點：健保署南區業務組轄區（斗六慈濟醫院、奇美醫院）。</p> <p>二、召開委員共識營。</p> <hr/>
3 月 8 日	
3 月 21－22 日	



4
月

日期	重要事件
4月 10—11 日	<p>本會委員（含代理人）17人，參加中華民國中醫師公會全國聯合會擇嘉義縣、臺南市辦理「108 年度全民健保中醫門診總額專案計畫」實地訪視活動。</p>
4月 26 日	<p>召開 108 年第 2 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式案： 決議：因涉及實際執行面，請健保署提供詳細數據，保留至下次委員會議續議。</p> <p>(二) 基於加強民眾對美容醫學及手術選擇的慎重度，增進民眾自我健康管理意識，促進提供美容醫學及手術之醫療人員與機構落實品質安全等，建議其所造成事故的健保醫療費用支出，不應由全民負擔及全民健保支付，應由執行美容醫學及手術機構負擔所有健保發生的費用案： 決議：本案經討論後，考量實務執行面之可行性，予以擱置。</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"> 1. 健保署提送本會之「107 年度全民健保基金附屬單位決算」及「109 年度全民健保基金附屬單位預算」案，不予備查。 2. 請健保署於 3 個月內就「『專利期內各層級醫事服務機構藥價調查結果』專案報告，委員所提藥價調查作業方式之意見」，提出檢討報告。 附帶決定：請幕僚安排於 5 月 7 日召開「全民健保相關業務座談會」，邀請社保司就「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式」進行專案報告。 <p>(二) 同意「108 年度西醫基層總額一般服務之地區預算風險調整基金及相關建議案」。</p> <p>(三) 衛福部諮詢本會「109 年度全民健保醫療給付費用總額範圍」（草案），委員意見併同發言實錄函報衛福部參考。</p> <p>(四) 通過「109 年度全民健保醫療給付費用總額協商工作計畫表」。</p>

5
月

日期	重要事件
5月2日	函報衛福部有關本會對「109 年度全民健保醫療給付費用總額範圍（草案）」諮詢案之意見。
5月7日	召開「全民健保相關業務座談會」，除邀請國健署、疾管署、健保署派員蒞會簡報及意見交流，並邀請部長與委員綜合座談，委員（含代理人）共計 33 位參加。
5月3、16、 22日	108 年度全民健保西醫基層醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：5月3日報請衛福部核定，並於 5 月 16 日核定，及 5 月 22 日公告。
5月24日	<p>召開 108 年第 3 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 有關 109 年起西醫部門協商因素－新醫療科技（包括新藥、新特材及新增診療項目等）之協商，應於正式協商前三個月，請健保署相關單位先行提供預擬於 109 年引進健保支付標準或擬擴增適應症之新藥等新醫療科技項目，做為協商之依據，以落實收支連動，避免預算失衡之爭議產生案：</p> <p>決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 鑑於 108 年 9 月份將進行 109 年度總額協商，請健保署於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。 2. 請健保署於下週召開「健保新藥預估模式研究計畫」成果報告會議時，邀請本會專家學者及公正人士委員與會。 <p>(二) 為維護健保財務及資源的穩定，保障大小醫療機構從業人員執業安全與民眾健康，籲請對麻疹疫情延燒及 MMR 疫苗供應不公問題進行檢討與改正案：</p> <p>決議：委員所提意見，送請衛福部轉知相關權責機關。</p> <p>(三) 建請 107 年「全民健保鼓勵醫事服務機構即時查詢病患就醫資訊方案」（以下稱方案）全年結算金額超過預算額度部分，由 108 年同項方案其他部門預算「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」項目支應案：</p> <p>決議：本案經委員充分討論與溝通後，不予討論。</p>

日期

重要事件

5
月

5月 24 日

- (四) 鑑於免疫療法經統計後符合條件者約 2,600 人，而今年預算僅 8 億元，約 800～1,300 位患者可接受治療，明顯不符合需求人數，勢必造成爭搶名額、醫病關係危機、患者恐慌等情形，依據公平治療原則，故建議增加明年度免疫療法治療預算數，全面治療符合資格者 2,600 人，至少增加 16 億元；另，已有臨床醫師提出部分癌別給付條件過嚴情形，實屬不公，建議健保署，重新審視並適度放寬給付條件，讓每位患者擁有公平治療之機會案：
- 決議：鑑於 108 年 9 月份將進行 109 年度總額協商，請健保署考量病人安全及療效、整體醫療資源配置，妥適規劃新醫療科技，於總額協商前 1 個月，提出 109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾作為總額協商之參據。
- (五) 108 年區域級（含）以上醫院門診減量措施執行方式案：
- 決議：請健保署於 108 年 8 月份委員會議提出區域級（含）以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告。
- (六) 建請健保署每年定期評估分級醫療與門診減量政策執行成效與影響，以作為次年度門診減量降幅比率之依據案：
- 決議：請健保署於 108 年 8 月份委員會議提出分級醫療及區域級（含）以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告。
- (七) 討論通過 109 年度全民健保醫療給付費用總額協商架構。

二、重要報告事項暨決定

- (一) 本會重要業務報告：本年度各部門總額執行成果發表暨評核會議訂於 7 月 18、19 日在衛福部 1 樓大禮堂召開。
- (二) 健保署報告「保險對象自付差額特材之執行概況」案：
- 決定：請健保署定期檢視使用情形，倘其已近常規使用者，建議研議納入全額給付之可能性。
- (三) 健保署報告「全民健保業務監理指標之監測結果」：
- 決定：本報告係適用修正前之監理指標項目所作之監測結果分析，本年度請健保署例行提報監測結果時，改依 107 年度第 5 次暨第 1 次臨時委員會議（107.6.22）、107 年第 6 次委員會議（107.7.27）修正通過之監理指標為之。

5 月 29－31 日 本會委員（含代理人）18 人，參加中華民國牙醫師公會全國聯合會擇嘉義縣、澎湖縣辦理「108 年度全民健保牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案及特殊醫療服務計畫」實地訪視活動。

日期	重要事件
6 月	<p>6月 26 日</p> <p>衛福部交議本會「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案，請於行政院核定 108 年度全民健保醫療給付費用總額範圍內，協議增加預算。</p> <p>召開 108 年第 4 次委員會議。</p> <p>重要討論事項暨決議：</p> <p>一、「有關 108 年 C 型肝炎藥費專款不足」交議案，委員建議如下：</p> <p>決議：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 請衛福部優先爭取由公務預算支應。 (二) 在無適法性疑慮前提下，對公務預算不夠支應之經費缺口，勉予同意由 108 年度全民健保醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。 <p>附帶決議：請健保署及各部門總額相關團體，未來妥適規劃各項專款項目之預算及其執行方式，並有效控管預算執行，避免發生預算超支情形。</p> <p>二、討論通過 109 年度總額協商原則（通則名稱修正為原則）。</p> <p>三、討論通過 109 年度總額協商程序，並請各總額部門及健保署依協商程序配合辦理以下事宜：</p> <p>決議：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 於 108 年 9 月 5 日前，如期提送所規劃之「109 年度總額協商因素項目及計畫草案」，資料送會後不宜臨時提出新增資料或更動內容。 (二) 請提供各協商項目或計畫執行內容之詳細說明，其中「執行目標及預期效益（含評估指標）」，請以結果面指標具體呈現資源投入效益，以利總額協商及落實預算檢討。 <p>四、全民健保各部門 107 年度總額執行成果評核獎勵額度案：</p> <p>決議：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 109 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款作為 107 年度總額執行成果評核獎勵額度，其計算方式： <ul style="list-style-type: none"> 1. 計算基礎：以各部門評核年度（107 年）一般服務預算為計算基礎。 2. 獎勵成長率：依評核結果所獲等級，「特優」級給予 0.5%、「優」級給予 0.25%、「良」級給予 0.1% 獎勵成長率。 (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 109 年度各部門總額之「品質保證保留款」專款合併運用。 <p>五、建請健保署就其最近預告修正之「全民健保藥物給付項目及支付標準第 33 條修正草案」，於本會提出財務影響報告（例如將增加金額及對點值之影響等），並在本會形成共識前，暫停公告及施行案：</p> <p>決議：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 因健保署刻正依行政程序法所訂預告程序公告修正草案，爰委員對於公告內容所提意見，併發言實錄送請該署參考。 (二) 至委員關切之財務影響，請健保署於研提 109 年度總額協商草案時一併考量。

7
月

日期	重要事件
7月 3—4 日	部長及本會委員(含代理人)22人，參加中華民國醫師公會全國聯合會擇嘉義縣、雲林縣辦理「108 年度全民健保西醫基層總額醫療資源不足地區」實地訪視活動。
7月 18—19 日	召開「各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議」，共計 140 餘人出席，其中本會委員(含代理人)共 33 人。四部門總額評核結果：牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院皆為「優」級。
7月 22 日	衛福部交議本會行政院所核定之「109 年度全民健保醫療給付費用成長率範圍」，為 3.708% 至 5.5% (預估總額為 7,419 億元至 7,547 億元)。
7月 26 日	<p>召開 108 年第 5 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 有關 108 年度編列 C 型肝炎藥費專款 65.36 億元不足額數，本會決議由健保署 108 年度醫療給付費用總額「其他預算」項下之結餘款支應，對其他預算項下可流用項目及流用金額復議案：</p> <p>決議：有關本會上次委員會議對「108 年 C 型肝炎藥費專款不足案」之決議「同意由 108 年度全民健保醫療給付費用總額『其他預算』項下之結餘支應，並以 19 億元為上限」，經委員提請復議，補充決議如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 108 年度全民健保醫療給付費用總額協商通則，對專款專用項目及其他預算有各項目預算不得互相流用之規定，惟考量本案為衛福部為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，增加治療人數，落實治療不中斷原則，爰同意特別例外「有條件」流用。 2. 為避免影響病人就醫權益，同意 19 億元優先由 108 年度全民健保醫療給付總額「其他預算」項下之「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」三項預算之結餘支應。另為加速我國根除 C 型肝炎目標之達成，本於治療不中斷之原則，如果前述三項預算之結餘不足 19 億元，再請健保署提案至本會審議，由「其他預算」其他項目之結餘予以流用。 3. 有關「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」8.22 億元，考量 C 型肝炎病患治療權益，本於治療不中斷原則，授權健保署評估適當時機後流用，且不受該項目之適用範圍與動支程序限制。 <p>(二) 建請衛福部依法公告實際平均眷屬人數，並確實調降全國相關投保單位負擔員工健保費之計費基礎，改善目前不合理的收費案：</p> <p>決議：基於保險業務監理之立場，建請健保署依全民健保法施行細則第 68 條規定，每年公告全民健保法第 29 條所定第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。</p> <p>(三) 討論通過「全民健保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>

日期	重要事件
7 月 7 月 26 日	<p>(四) 建請健保署會同醫院總額部門研議 109 年度總額協商草案，將「提升住院護理照護品質」項目，由一般服務項目重新移列回專款項目，以便專款專用和真正改善護理人員待遇，讓本會編列預算美意真正能夠落實案： 決議：本案涉及「109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配方式」之協議訂定，請遵循本會議定之總額協商程序，由健保署會同醫院總額部門研議規劃草案時併同考量。</p> <p>(五) 建請健保署每年度 4 月份公布前一年度外籍人士保險費收入及醫療使用統計表給健保會委員瞭解案： 決議：請健保署於每年 4 月份健保業務執行報告中，提供前一年大陸港澳人士及無戶籍國民、外籍人士之保險費暨醫療使用統計資料。</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"> 109 年度各部門總額協商順序抽籤結果，依序為：西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診，最後為其他預算。 有關「108 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，請健保署就醫院總額及其他預算尚未完成之項目，盡速辦理。 107 年度總額執行成果評核會議評核委員之各項共識建議，請健保署及各總額部門納入未來執行及 109 年度總額協商參據，持續精進總額執行效益。 為利討論 109 年度總額地區預算分配案，請各總額部門及健保署依據本會討論 108 年度地區預算分配案之附帶決議，配合辦理下列事項，並於本年第 8 次委員會議 (108.10.25) 前提送本會： <ol style="list-style-type: none"> (1) 請各總額部門承辦團體秉持提升各區民眾就醫公平性之原則下，檢討地區預算執行結果及問題，儘早研擬地區預算分配草案。 (2) 請健保署協助提供各總額部門承辦團體所需資料，並就其所提建議方案，提出執行面建議，併同各總額部門 107、108 年度風險調整基金執行結果送會，做為本會討論地區預算分配之參據。 <p>(二) 109 年度全民健保醫療給付費用總額範圍交議案：</p> <p>決定：</p> <ol style="list-style-type: none"> 確認 109 年度全民健保各部門醫療給付費用總額「醫療服務成本及人口因素成長率」 為利 109 年度全民健保醫療給付費用總額協商，請各部門總額相關團體及健保署，參照衛福部交付之協商政策方向，於 108 年 9 月 5 日前研提「109 年度總額各協商因素項目及計畫草案」送本會，以利協商。

8
月

日期

重要事件

8 月 22 日 召開「109 年度總額協商計畫(草案)會前會」。為利委員充分溝通及凝聚共識，將會議時間由半天改為全天。

召開 108 年第 6 次委員會議。

重要報告事項暨決定：

一、本會重要業務報告：

(一) 通過 109 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議議程。

(二) 本年第 8 次委員會議 10 月 25 日(星期五)，改為下午 1 時 30 分召開，並於晚上 6 時 30 分與部長進行業務座談及餐敘。

(三) 有關委員關切醫療院所透析業務外包相關事宜，請衛福部及健保署妥為研處。

8 月 23 日

二、健保署報告「區域級(含)以上醫院門診減量措施執行情形及成效檢討報告」案：

決定：未及口頭說明部分，請提供書面回覆資料。

三、健保署報告「109 年度新醫療科技預算規劃與預估內容」案：

決定：委員關切癌症免疫療法之療效等資訊，請於總額協商前提供補充資料供委員參考。

8 月 23 日

完成編製「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽—108 年版」、「全民健保各部門總額 107 年度執行成果評核指標摘要」、「全民健保各部門總額 107 年執行成果發表暨評核會議紀錄」及「107 年全民健保年度監測結果報告」，供委員參用。

9
月

9 月 3 日

召開「109 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」。

召開 109 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議。

109 年度全民健保醫療給付費用總額協商時間：

一、西醫基層總額：9 月 26 日 09:30~12:59(含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約 2 小時)。

二、門診透析服務預算：9 月 26 日 13:01~14:32(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 32 分鐘)。

三、牙醫門診總額：9 月 26 日 14:33~18:04(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 33 分鐘)。

四、醫院總額：9 月 26 日 18:06~21:39(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 38 分鐘)，及 9 月 27 日 11:02~12:40 討論未盡事宜(含付費者及醫院部門代表各自召集內部會議討論約 48 分鐘)。

五、中醫門診總額：9 月 26 日 21:41~22:32(含付費者代表召集內部會議討論約 25 分鐘)。

六、其他預算：9 月 26 日 22:35~9 月 27 日 0:05(含付費者代表召集內部會議討論約 45 分鐘)。

日期	重要事件
9 月	<p>召開 108 年第 7 次委員會議。</p> <p>重要討論事項暨決議：</p> <p>109 年度西醫基層、牙醫門診、醫院、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商案：</p> <p>決議：</p> <p>一、109 年度各部門總額協商結論(含成長率、金額及其分配)如下：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)付費者代表及醫事服務提供者代表委員之共識方案：牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算。 (二)付費者代表及醫事服務提供者代表委員未能達成共識，各自提出之建議方案：西醫基層總額及醫院總額。 <p>二、依總額協定事項，請各總額部門配合辦理以下事宜：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)協定事項要求應提出試辦期程、執行目標及預期效益(含評估指標)，部分項目資料(如協商會議結論劃線處)尚待補正，請各總額部門於 10 月 7 日前提至本會，俾利於本會第 8 次委員會議(108.10.25)併同本案決議進行確認。 (二)有關新增專款計畫之「試辦期程」，係於試辦一段期間後，進行檢討退場或納入一般服務。請各總額部門提出規劃之試辦期程，以利進行評估。 <p>三、委員所提相關意見，請健保署參考。</p>
10 月	<p>10 月 18 日 召開「全民健保 109 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。</p> <p>召開 108 年第 8 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)討論通過 109 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案。 (二)討論通過 109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案。 <p>二、重要報告事項暨決定</p> <p>109 年度全民健保醫療給付費用總額協商結果報告案：</p> <p>決定：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一)確認 109 年度醫療給付費用總額協商結果。 (二)109 年度各總額部門協定事項之執行目標及預期效益等補正資料，將併入本(108)年第 7 次委員會議(108.9.27)決議之 109 年度各部門總額協商結果，報請衛福部核(決)定。 <p>10 月 25 日 召開本會委員與衛福部長之業務座談會。</p>

11
月

日期	重要事件
11月 15日	<p>召開 108 年第 9 次委員會議。</p> <p>重要討論事項暨決議</p> <p>一、全民健保 109 年度保險費率方案：</p> <p>決議：</p> <ul style="list-style-type: none"> (一) 全民健保 109 年度保險費率審議結果，本會建議維持 4.69%，後續將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。 (二) 委員就健保財務所提相關意見，請健保署參辦。 (三) 依健保署最新之財務推估顯示，在維持現行費率 4.69% 下，110 年底健保安全準備累計餘額為 191 億元（以付費者版本為例），約當 0.32 個月保險給付支出，請衛福部預為研議因應，持續檢討並推動各項提升健保資源使用效率之措施，增進健保收支結構之衡平性，以維持穩健之財務制度。 <p>二、討論通過 109 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案。</p> <p>三、健保會 108 年第 8 次委員會議 (108.10.25) 決議通過，109 年度中醫門診總額一般服務之地區預算移撥 3,200 萬元作為風險調整基金，然經考量後，建議修正為 4,200 萬元，提請復議案：</p> <p>決議：本案同意復議，照案通過，決議如下：</p> <p>109 年度中醫門診總額一般服務地區預算之風險調整基金額度為 4,200 萬元，用於撥補：除東區外之五分區鄉鎮市區，該地區當月月底僅有一家中醫門診特約醫事服務機構者，補至最高每點 1 元之差額；如有剩餘，則餘額 50% 分配予臺北分區，50% 分配予北區分區。</p> <p>四、108 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8 億元，建請健保署提供全國參與此計畫之「醫療管理服務公司或組織團體」有多少單位，請提供名冊給委員參考案及建請健保署將 107 年度西醫基層總額「家庭醫師整合性照護計畫」經費新臺幣 28.8 億元之支出，依各縣市診所參加明細，提供明細表予健保會委員參考研究案：</p> <p>決議：請健保署在無適法性疑義的前提下，於下次（12 月份）委員會議提供書面資料予委員參考。</p> <p>五、建請政府依財政狀況，撥補 105～107 年政府應負擔健法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全案：</p> <p>決議：本會委員基於監理職責，持續關注政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算方式，且於歷次委員會議多有討論，惟雙方仍有不同見解，考量現階段本案之爭議，涉及法令解釋及預算編列等主管機關權責，委員建議對健保財務之長期穩定有正面意義，建請主管機關積極研議處理。</p>

日期	重要事件
12 月	10月 31 日、 11月 26 日、 12月 6 日
	109 年度全民健保醫療給付費用總額及其分配方式：10 月 31 日報請衛福部核定，並於 11 月 26 日核定，及 12 月 6 日公告。109 年度全民健保醫療給付費用總額 7,526.41 億元，較 108 年度核定總額其成長率為 5.237%。
12 月	11月 25 日、 12月 27 日
12月 27 日	<p>召開 108 年第 10 次委員會議。</p> <p>一、重要討論事項暨決議：</p> <p>(一) 109 年度全民健保抑制資源不當耗用改善方案： 決議：本案洽悉，請健保署依法定程序陳報衛福部核定。</p> <p>(二) 討論通過 109 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案。</p> <p>(三) 近年健保「應提列安全準備來源」受到社保司自行解釋並逕減，影響安全準備之實際權責數字，為維繫現行費率適足，建請健保署逐期提供健保財務收支情形試算表，持續健全財務監理案： 決議：</p> <p>1.請健保署於總額協商會議（含總額範圍諮詢及總額草案座談會）、保險費率審議會議（含審議前意見諮詢會議）與提報總額核定結果會議等會議，提報健保財務收支情形表。</p> <p>2.前項健保財務收支情形試算資料中，政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之金額，請分別依主管機關依法認定及提案委員主張〔依健保法第 76 條第 1 項規定計算應提列之安全準備（各項來源金額 ≥ 0）後，再帶入同法第 2 條、第 3 條公式〕之兩種計算方式及結果呈現，俾利委員持續監理健保財務狀況。</p>





日期	重要事件
12 月 12 月 27 日	<p>二、重要報告事項暨決議：</p> <p>(一) 本會重要業務報告：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 109 年評核委員聘任方式如下：「請幕僚彙整四部門總額受託團體及付費者代表委員推薦名單，加上本會現任、曾任專家學者及付費者代表委員後，請委員就該建議名單勾選適合人選，再由主任委員依據委員勾選結果，排定邀請名單」。 2. 請各部門總額受託團體及健保署於 109 年 1 月 21 日前配合提供下列資料，以利後續評核作業： <ul style="list-style-type: none"> (1) 提供 108 年度各部門總額評核內容建議，另請總額受託團體各提供 3 位評核委員推薦名單。 (2) 研提 109 年度重點項目及績效指標，預先設定 109 年度努力目標以利執行。 3. 請中華民國醫師公會全國聯合會盡速提送 109 年度西醫基層總額一般服務地區預算分配之建議方案，以利提會議定後，辦理報請衛福部核定及公告事宜。 <p>(二) 通過本會 109 年度工作計畫、會議預訂時間表及業務訪視活動暨共識營行程表。</p> <p>(三) 「109 年度全民健保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> <p>決定：</p> <ul style="list-style-type: none"> 1. 請健保署及各部門總額相關團體確實依「109 年度協定事項及相關計畫（含附帶建議）」所列時程，完成相關法定程序及提報本會事宜。 2. 「109 年度各部門總額中應於 108 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。

附錄三 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構

第 4 屆 108 年第 3 次委員會議 (108.5.24) 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 109 年總額基期須校正 107 年投保人口成長率差值）。
3. 依本會 107 年第 5 次委員會議 (107.6.22) 通過之「108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商通則」，108 年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入 109 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。109 年度總額係以 106 年每人醫療費用點數為基礎，計算 107 年相對 106 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 105 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 108 年度總額之計算方式）：

採行政院主計總處發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。

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	105 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：1. 醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「理化分析用儀器及器具」；「電子醫療用儀器及設備」；「放射照相或放射治療器具」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」及「其他醫療器材」。

2. 「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，另西醫基層及牙醫之全民健保藥費申報權重，係以 105 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 105 年為基值（訂為 100），計算 107 年相對 106 年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其 107 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 107 年對 106 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十年度西醫基層門診透析服務費用

附錄四 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則

第 4 屆 108 年第 4 次委員會議 (108.6.28) 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、配合全民健保財務狀況，合理配置健保資源

總額協商之前提，應考量全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨；且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，對有限健保資源，應予合理配置。

四、協商因素

(一) 紿付項目之調整：

健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案，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。本會權責為協議訂定醫療給付費用總額及其分配，協商雙方應本對等原則，考量各總額部門之醫療衡平發展，就協商之項目給予合理配置，不涉及個別給付項目之決定。

(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合併運用，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 107 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 110 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。

五、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)其他預算部分：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。
- (二)醫療費用總額及分配，協商結束後，若有涉及各項目金額之增減或協定事項改變之建議，於衛福部核（決）定前，應經雙方具有委員身分之協商代表同意，依「全民健康保險會會議規範」正式提案，才得進入討論程序；於衛生福利部核（決）定後，則依「全民健康保險會會議規範」正式提案。
- (三)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。
- (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 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第 4 屆 108 年第 2 次及第 4 次委員會議 (108.4.26 及 6.28) 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 109 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。	本會 108 年第 3 次、第 4 次委員會議 (108 年 5 月 24 日、6 月 28 日)
(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 107 年度協定事項執行情形。	108 年 7 月 18、19 日
(三) 109 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—108 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。	本會 108 年第 5 次或第 6 次委員會議 (108 年 7 月 26 日或 8 月 23 日) 本會 108 年第 6 次委員會議 (108 年 8 月 23 日)
(四) 安排總額協商之相關座談會 / 會前會。	108 年 8 月 108 年 8 月
1.召開 109 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 109 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。	109 年度總額協商草案會前會 (108 年 8 月 22 日全天)
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。	108 年 8~9 月
3.另視需要召開座談會。	108 年 9 月 3 日
4.請各總額部門及健保署提送所規劃之「109 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)。	108 年 8~9 月 108 年 9 月 5 日

工作項目及內容	預訂時程
二、各部門總額成長率及分配方式之協商 <p>(一) 協定各部門總額成長率及分配方式。</p> <p>1.召開總額協商會議。</p> <p>2.協商結果提委員會議討論、確認。</p>	108年9月26日全天，若有未盡事宜，於9月27日上午11時繼續處理。 本會108年度第7次委員會議(107年9月27日下午)
<p>(二) 協定各部門總額一般服務費用之分配方式(地區預算)。</p> <p>(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。</p>	本會108年第8次、第9次、第10次委員會議(108年10月25日、11月15日、12月27日) 108年11~12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 <p>(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。</p> <p>(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。</p>	108年10月～109年12月

二、協商共識會議

(一) 時間：108年9月26日(星期四)上午9時30分起，全天；9月27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：

協商階段	場次	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
		所有委員：均參與提問與意見交換 (若協商草案中，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；另必要時，得請健保署提供必要之說明)	
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)

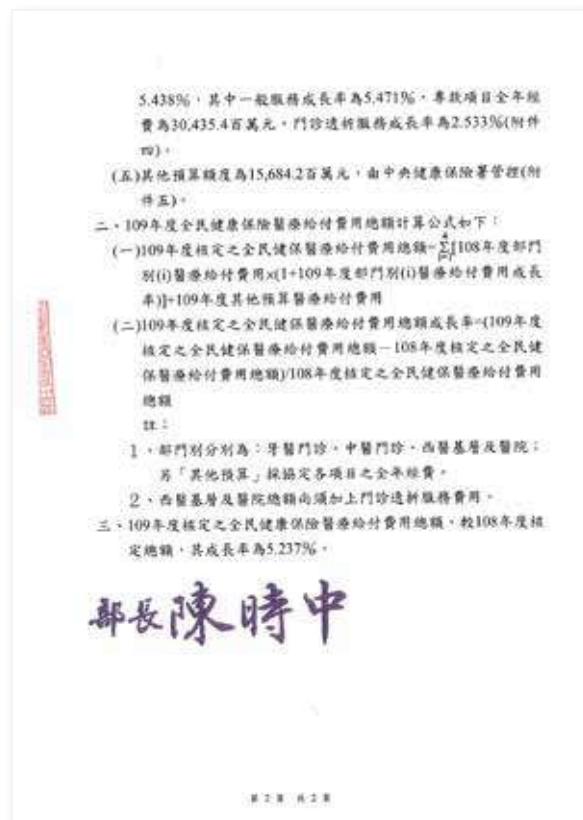
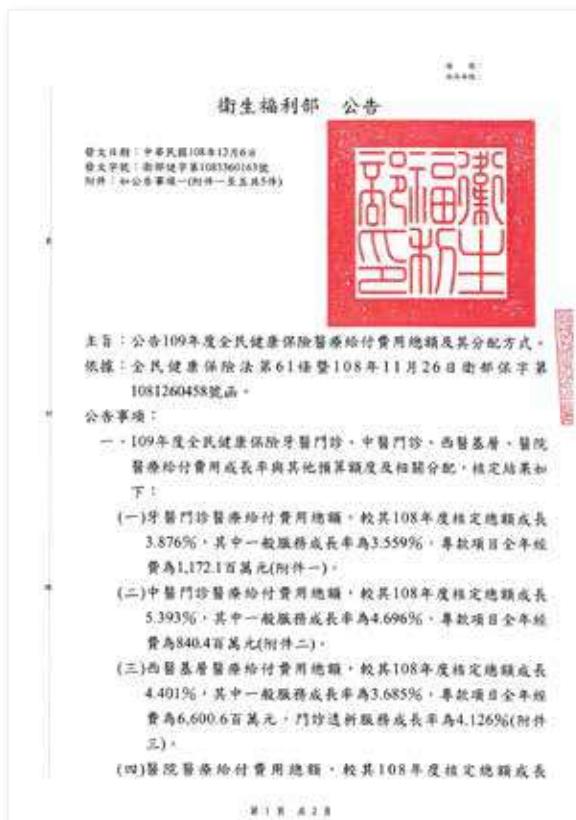
協商階段	場次	四部門總額協商	其他預算協商
3. 部門之預算協商		<p>⇒由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 (請健保署相關人員提供所需說明)</p> <p>⇒若經雙方協商初步無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商。</p>	<p>由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商</p>

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：108年9月27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，提出不同意見書，由健保會併送主管機關。

附錄六 109 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配



附錄六之附件一

109 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：

109 年度牙醫門診醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度牙醫門診一般服務醫療給付費用 × (1 + 109 年度一般服務成長率) + 109 年度專款項目經費

註：校正後 108 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 108 年第 3 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 3.559%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.430%，協商因素成長率 1.129%。
- (二) 專款項目全年經費為 1,172.1 百萬元。
- (三) 前述二項額度經換算，109 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 3.876%。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 109 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 (747.5 百萬元)：
 - (1) 預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。
 - (2) 其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
 - (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
2. 牙周病統合治療方案〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕(0%)：
 - (1) 本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。
執行目標：30 萬人次。
預期效益之評估指標：① 服務量。② 完成率。③ 申報第三階段件數核減率。④ 治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。⑤ 民眾抽樣調查治療之滿意度。
 - (2) 請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。

3. 頸顏面外傷術後整合照護 (0.032%) :

- (1) 本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。
- (2) 執行目標：936 人次。

預期效益之評估指標：照護人次。

4. 全面提升感染管制品質 (1.136%) :

- (1) 本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。
- (2) 用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。
執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達 100%。
預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率（含複查合格率）。
- (3) 請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃（含確保全面符合感染管制之管理機制），並提報全民健康保險會。
- (4) 若執行全面提升感染管制品質院所未達 100% 之目標，將按比例扣款。

5. 醫院夜間急診加成服務 (0.023%) :

執行目標：申報案件達 20,300 件。

預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善。

- (1) 申報案件數。(2) 申報點數。(3) 就醫人數。(4) 平均每就醫人費用點數。(5) 平均每件費用點數。

6. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 (-0.062%) : 本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 1,172.1 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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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 647.13 百萬元。
 - (2) 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、老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。
 - (3) 108 年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其 109 年費用由本項支應。
 - (4) 新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。
3. 牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫：
- (1) 全年經費 7.8 百萬元。
 - (2) 請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式（含 2 個試辦點、適應症與支付方式等）。
 - (3) 執行目標：達成 2 個試辦點。
預期效益之評估指標：試辦計畫滿 1 年後以下指標較前 1 年改善。
 - ① 申報案件數。② 申報點數。③ 就醫人數。④ 平均每就醫人費用點數。⑤ 平均每件費用點數。
4. 網路頻寬補助費用：
- (1) 全年經費 136 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
 - (2) 請檢討並加強牙醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100% 之目標。
 - (3) 請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程（含退場），並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
5. 品質保證保留款：
- (1) 全年經費 101.2 百萬元。
 - (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 109 年度品質保證保留款（101.2 百萬元）合併運用（計 217.6 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實施方案之發放條件，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。

表 1 109 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	2.430%	1,069.7	1. 計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1。$
投保人口預估成長率	0.346%		
人口結構改變率	0.379%		
醫療服務成本指數改變率	1.698%		2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(747.5 百萬元)： (1) 預算優先併入「全面提升感染管制品質」項目使用。 (2) 其餘預算用於藥事服務費、牙醫診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。 (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
一般服務	協商因素成長率	1.129%	496.9 請於 109 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。
鼓勵醫療品質及促進保險對象健康	牙周病統合治療方案〔107 年(含)之前名稱為牙周病統合照護計畫〕	0.000%	0.0 1. 本項於 108 年導入一般服務；109 年度預算執行率若未達 8 成，將按比例扣款。 執行目標：30 萬人次。 預期效益之評估指標：(1) 服務量。(2) 完成率。(3) 申報第三階段件數核減率。(4) 治療對象跨院所接受 91006C 至 91007C 比率。(5) 民眾抽樣調查治療之滿意度。 2. 請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續監測醫療利用情形，並加強管理與監督機制。
	顎顏面外傷術後整合照護	0.032%	14.0 1. 本項預算新增給付項目不得與醫院總額現行支付標準重複申報。 2. 執行目標：936 人次。 預期效益之評估指標：照護人次。

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	鼓勵醫療品質及促進保險對象健康	全面提升感染管制品質	1.136% 500.0	1.本項預算併醫療服務成本指數改變率所增加之預算使用。 2.用於全面提升感染管制品質，所有申請門診診察費者，均應符合加強感染管制標準，並提高訪查抽樣的有效性，另請加強落實院所加強感染管制作業之管理與輔導。 執行目標：牙醫院所執行進階感染管制達100%。 預期效益之評估指標：109 年度牙醫院所抽查感染管制隨機抽樣和立意抽樣整體合格率（含複查合格率）。 3.請中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體於 108 年 12 月底前完成具體提升感染管制品質規劃（含確保全面符合感染管制之管理機制），並提報全民健康保險會。 4.若執行全面提升感染管制品質院所未達 100% 之目標，將按比例扣款。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	醫院夜間急診 加成服務	0.023% 10.2	執行目標：申報案件達 20,300 件。 預期效益之評估指標：以下指標較前 1 年改善。 1. 申報案件數。2. 申報點數。3. 就醫人數。4. 平均每就醫人費用點數。5. 平均每件費用點數。
	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	-0.062% -27.3	本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。
	一般服務 成長率 ^(註1)	增加金額 3.559%	1,566.6 45,589.2	
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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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	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	647.13	113.13	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、老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2.108 年原編列於其他預算之居家牙醫醫療服務費用，其 109 年費用由本項支應。 3.新增醫療團提供護理之家之牙醫醫療服務。

項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	牙醫急診醫療不足區 獎勵試辦計畫 (109年新增計畫)	7.8	7.8	1.請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體妥為規劃本計畫執行方式(含2個試辦點、適應症與支付方式等)。 2.執行目標：達成2個試辦點。 預期效益之評估指標：試辦計畫滿1年後以下指標較前1年改善。 (1)申報案件數。(2)申報點數。(3)就醫人數。(4)平均每就醫人費用點數。(5)平均每件費用點數。
	網路頻寬補助費用	136.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請檢討並加強牙醫院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
	品質保證保留款	101.2	-17.9	1.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109年度品質保證保留款(101.2百萬元)合併運用(計217.6百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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。
	專款金額	1,172.1	103.0	
較108年度核定 總額成長率(一 般服務+專款) (註2)	增加金額 總金額	3.876%	1,669.7 46,761.3	

- 註：1.計算「一般服務成長率」所採基期費用為44,022.4百萬元(含108年一般服務預算43,947.6百萬元，及校正投保人口預估成長率差值72.9百萬元與加回前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2.0百萬元)。
- 2.計算「較108年度核定總額成長率」所採基期費用為45,016.7百萬元，其中一般服務預算43,947.6百萬元(不含校正投保人口預估成長率差值72.9百萬元及未加回前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2.0百萬元)，專款為1,069.1百萬元。
- 3.本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

附錄六之附件二

109 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：

109 年度中醫門診醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度中醫門診一般服務醫療給付費用 × (1 + 109 年度一般服務成長率) + 109 年度專款項目經費

註：校正後 108 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 108 年第 3 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 4.696%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.092%，協商因素成長率 1.604%。
- (二) 專款項目全年經費為 840.4 百萬元。
- (三) 前述二項額度經換算，109 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.393%。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 109 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（523.7 百萬元）：
 - (1) 其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。
 - (2) 其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。
 - (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果（含調整項目及申報增加點數）。

2. 提升用藥品質（1.719%）：

- (1) 執行目標：提升健保中醫用藥品質。

預期效益之評估指標：① 檢討改善目前有中藥藥品許可證但本保險尚未收載之中藥品項。② 新增收載健保中藥品給付品項至少 5 項。

- (2) 本項應以新增收載健保中藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。

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 (-0.115%)：

(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 110 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 840.4 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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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 204 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：全年經費 90 百萬元。

4. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：

(1) 全年經費 22 百萬元。

(2) 請依據臨床證據評估實施成效，檢討退場或回歸一般服務。

5. 中醫癌症患者加強照護整合方案：

(1) 全年經費 194 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) 請整合 3 項癌症患者照護計畫，落實全人照護，並依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

6. 中醫急症處置：

(1) 全年經費 10 百萬元。

(2) 請依據實證醫學，訂定有效醫療指標與獎勵誘因。

7. 中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫：

(1) 全年經費 50 百萬元。

(2) 執行目標：使慢性腎臟病患者延緩血液透析之期程。

預期效益之評估指標：① 慢性腎臟病（CKD）分期較新收案時每年改善 0.1 分期。

② 腎絲球過濾速率（eGFR）較新收案時每年改善 $3\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ 。

8. 網路頻寬補助費用：

- (1) 全年經費 74 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2) 請檢討並加強中醫院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100% 之目標。
- (3) 請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程（含退場），並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

9. 品質保證保留款：

- (1) 全年經費 60.8 百萬元。
- (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 109 年度品質保證保留款（60.8 百萬元）合併運用（計 83.6 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實施方案之發放條件，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。

表 2 109 年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
醫療服務成本及人口因素成長率		3.092%	781.9	<p>1. 計算公式：</p> $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1。$ <p>2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算 (523.7 百萬元)：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 其中 200 百萬元併入「提升用藥品質」項目使用。 (2) 其餘預算優先用於中醫診所設立無障礙設施等支付標準之調整。 (3) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
投保人口預估成長率		0.346%		
人口結構改變率		0.666%		
醫療服務成本指數改變率		2.071%		
協商因素成長率		1.604%	405.5	
一般服務	保險給付項目及支付標準之改變	提升用藥品質	1.719%	<p>請於 109 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。</p> <p>1. 執行目標：提升健保中醫用藥品質。 預期效益之評估指標：(1) 檢討改善目前有中藥藥品許可證但本保險尚未收載之中藥品項。(2) 新增收載健保中藥品給付品項至少 5 項。</p> <p>2. 本項應以新增收載健保中藥品給付品項為優先考量，請中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體，於 108 年 12 月底前提出擬新增藥品給付之品項及提升用藥品質規劃，並提報全民健康保險會核備。</p>
	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	-0.115%	
	一般服務成長率^(註1)	增加金額	4.696%	1,187.4
		總金額		26,475.1

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)	各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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	204.0	22.0
	中醫提升孕產照護品質計畫	90.0	25.0
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	22.0	12.0
	中醫癌症患者加強照護整合方案	194.0	28.0
	中醫急症處置	10.0	-10.0
	中醫慢性腎臟病門診加強照護計畫 (109 年新增計畫)	50.0	50.0
	網路頻寬補助費用	74.0	0.0

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)	品質保證保留款	60.8	37.2	<p>1. 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 109 年度品質保證保留款 (60.8 百萬元) 合併運用 (計 83.6 百萬元)。</p> <p>2. 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實施方案之發放條件，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。</p>
專款金額		840.4	164.2	
較 108 年度核定 總額成長率 (一般 服務 + 專款) ^(註 2)	增加金額	5.393%	1,351.6	
	總金額		27,315.5	

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為 25,287.6 百萬元 (含 108 年一般服務預算 25,241.5 百萬元，及校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元與加回前 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 4.2 百萬元)。
2. 計算「較 108 年度核定總額成長率」所採基期費用為 25,917.7 百萬元，其中一般服務預算為 25,241.5 百萬元 (不含校正投保人口預估成長率差值 41.8 百萬元及未加回前 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 4.2 百萬元)，專款為 676.2 百萬元。
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。



附錄六之附件三

109 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：

- 109 年度西醫基層醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度西醫基層一般服務醫療給付費用 × (1 + 109 年度一般服務成長率) + 109 年度專款項目經費 + 109 年度西醫基層門診透析服務費用
- 109 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 × (1 + 成長率)

註：校正後 108 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 108 年第 3 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、總額決定結果：

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

- (一) 一般服務成長率為 3.685%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.465%，協商因素成長率 0.220%。
- (二) 專款項目全年經費為 6,600.6 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 4.126%。
- (四) 前述三項額度經換算，109 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 4.401%。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，依決定事項辦理，並於 109 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(2,024.4 百萬元)：
 - (1) 優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。
 - (2) 請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
2. 新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)(0.086%)：
 - (1) 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。

(2) 請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形（含新增項目及申報費用／點數）。

3. 藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加（含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用）(0.164%)：

(1) 請中央健康保險署提出定期監測報告。

(2) 請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形（含修訂項目及申報費用）。

4. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 (-0.030%)：

(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 110 年度總額協商之基期費用。

(二) 專款項目：全年經費為 6,600.6 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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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. 西醫醫療資源不足地區改善方案：

(1) 全年經費 317.1 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

(2) 放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。

2. 偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫（109 年新增計畫）：

(1) 全年經費 50 百萬元。

(2) 執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。

預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。

3. 家庭醫師整合性照護計畫：

(1) 全年經費 3,500 百萬元。

(2) 較 108 年經費增加 620 百萬元，其中 400 百萬元，用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。

(3) 請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。

(4) 請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效（含家庭醫師整合性照護計畫）」之專案報告。

4. 強化基層照護能力及「開放表別」項目：

- (1) 全年經費 820 百萬元。
- (2) 請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。
- (3) 請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。
- (4) 請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。
- (5) 本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。

5. 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，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。

6. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費 459 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。
- (3) 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- (4) 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

7. 鼓勵院所建立轉診之合作機制：

- (1) 全年經費 258 百萬元，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。
- (2) 請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。

8. 網路頻寬補助費用：

- (1) 全年經費 211 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。
- (2) 請檢討並加強西醫基層院所參與率，109 年度應達成參與院所數 100% 之目標。
- (3) 請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

9. 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：

- (1) 全年經費 110 百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。

(2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

(3) 附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。

10. 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：全年經費 11 百萬元。本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。

11. 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。

12. 品質保證保留款：

(1) 全年經費 280.5 百萬元。

(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 109 年度品質保證保留款（280.5 百萬元）合併運用（計 385.7 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實施方案之發放條件，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。

（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 3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為 4.126%。

4. 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

5. 請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

6. 請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

表 3 109 年度西醫基層醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	3.465%	4,019.8	1. 計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1。$
	投保人口預估成長率	0.346%		
	人口結構改變率	1.363%		
	醫療服務成本指數改變率	1.745%		2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,024.4 百萬元)： (1) 優先用於急重難症、內科門診診察費加成、藥事服務費、基層診所設立無障礙設施、離島假日開診之相關獎勵措施等支付標準之調整。 (2) 請中央健康保險署整體評估各科別之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
	協商因素成長率	0.220%	255.0	請於 109 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	0.086%	100.0	1. 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。 2. 請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明規劃之新增項目與作業時程，若未於時程內導入者，則扣減該額度；另於 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用 / 點數)。
	其他醫療服務利用及密集度增加(含擴大 C 型肝炎治療衍生之醫療服務費用)	0.164%	190.0	1. 請中央健康保險署提出定期監測報告。 2. 請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。
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	-0.030%	-35.0	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 110 年度總額協商之基期費用。
一般服務成長率 ^(註 1)	增加金額	3.685%	4,274.8	
	總金額		120,285.1	

項目	成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 年 7 月底前提報執行情形及前 1 年成效評估報告。			
西醫醫療資源不足地區改善方案	317.1	100.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2.放寬該方案醫療資源缺乏地區診所之適用鄉鎮，提升偏遠地區就醫可近性。
偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫(109 年新增計畫)	50.0	50.0	執行目標：提升偏鄉地區產婦的醫療照護可近性。 預期效益之評估指標：計畫執行地區提供生產服務之基層診所至少維持 108 年家數，及基層生產服務量較 108 年增加。
家庭醫師整合性照護計畫	3,500	620.0	1.較 108 年經費增加 620 百萬元，其中 400 百萬元用於提升照護品質及獎勵偏遠地區醫療群，惟須俟完成研修該計畫有關提升照護品質之相關指標及獎勵機制後，始得動支。 2.請中央健康保險署強化收案管理機制並加強效益評估。 3.請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含家庭醫師整合性照護計畫)」之專案報告。
強化基層照護能力及「開放表別」項目	820.0	100.0	1.請中央健康保險署於 108 年 12 月委員會議說明擬調整之項目與作業時程。 2.請檢視各開放表別項目的適當性及建立適應症規範，並加強監督查核機制，以避免與醫院部門重複執行。 3.請中央健康保險署於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含強化基層照護能力及「開放表別」項目)」之專案報告。 4.本項依實際執行扣除原基期點數併入一般服務結算。
C 型肝炎藥費	406.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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)。

項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
專款項目（全年計畫經費）	醫療給付改善方案	459.0	59.0	1.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。 2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。 3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
	鼓勵院所建立轉診之合作機制	258.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
	網路頻寬補助費用	211.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請檢討並加強西醫基層院所參與率，109年度應達成參與院所數100%之目標。 3.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
	罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材	110.0	0.0	1.本項經費得與醫院總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。 2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
	因應罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏症候群照護衍生費用	11.0	0.0	本項依實際執行扣除原基期點數，併入一般服務結算。
	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	280.5	-47.6	1.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109年度品質保證保留款(280.5百萬元)合併運用(計385.7百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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。
專款金額		6,600.6	881.4	
較108年度核定 總額成長率(一般 服務+專款) ^(註2)	增加金額		5,156.2	
	總金額	4.442%	126,885.7	

項目		成長率(%) 或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
門診透析服務成長率	增加金額		731.7	1.合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2.門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
	總金額	4.126%	18,465.8	3.門診透析服務總費用成長率為3.25%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為4.126%。 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。
較108年度核定總額成長率(一般服務 + 專款 + 門診透析) ^(註3)	增加金額	4.401%	5,887.9	
	總金額		145,351.5	

- 註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為116,010.1百萬元（含108年一般服務預算115,770.4百萬元，及校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元與加回前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46百萬元）。
2. 計算「較108年度核定總額成長率(一般服務 + 專款)」所採基期費用為121,489.6百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前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46百萬元），專款為5,719.2百萬元。
3. 計算「較108年度核定總額成長率(一般服務 + 專款 + 門診透析)」所採基期費用為139,223.7百萬元，其中一般服務預算為115,770.4百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值193.7百萬元及未加回前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46百萬元），專款為5,719.2百萬元，門診透析為17,734.1百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

附錄六之附件四

109 年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

- 109 年度醫院醫療給付費用總額 = 校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用 $\times (1 + 109 \text{ 年度一般服務成長率}) + 109 \text{ 年度專款項目經費} + 109 \text{ 年度醫院門診透析服務費用}$
- 109 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 $\times (1 + \text{成長率})$

註：校正後 108 年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會 108 年第 3 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、總額決定結果：

經醫院代表與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定，結果如下：

- (一) 一般服務成長率為 5.471%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 4.687%，協商因素成長率 0.784%。
- (二) 專款項目全年經費為 30,435.4 百萬元。
- (三) 門診透析服務成長率 2.533%。
- (四) 前述三項額度經換算，109 年度醫院醫療給付費用總額，較 108 年度所核定總額成長 5.438%。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，依決定事項辦理，並於 109 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 (10,384.6 百萬元)：
 - (1) 優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。
 - (2) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果 (含調整項目及申報增加點數)。

2. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）(0.723%)：

- (1) 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。
- (2) 請中央健康保險署於 108 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 109 年 7 月底前提報執行情形（含新增項目及申報費用／點數）。
- (3) 請中央健康保險署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於 109 年 5 月底前提報檢討結果。
- (4) 附帶建議：請中央健康保險署規劃免疫療法藥品還款計畫返還金額使用於新醫療科技項目。

3. 藥品及特材給付規定範圍改變 (0.068%)：

- (1) 請中央健康保險署提出定期監測報告。
- (2) 請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形（含修訂項目及申報費用）。

4. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款 (-0.007%)：

- (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 110 年度總額協商之基期費用。

5. 區域級（含）以上醫院門診減量措施：

- (1) 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。109 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 $94.12\% (98\% \times 98\% \times 98\%)$ ，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自 109 年 4 月 1 日起施行。
- (2) 請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效（含醫學中心及區域醫院門診減量措施）」之專案報告。

（二）專款項目：全年經費為 30,435.4 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。前述方案之訂定，屬延續型計畫者應於 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 年 12 月底前完成，且均應於 109 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，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。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）。

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 15,545 百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。
- (3) 附帶建議：因致病途徑不同，建議未來將「罕見疾病、血友病藥費與罕見疾病特材」及「後天免疫缺乏病毒治療藥費」分別編列，以利管控，請中央健康保險署參考。

3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

- (1) 全年經費 5,027 百萬元，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。
- (2) 提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。

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。
- (3) 請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
- (4) 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

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。
- (3) 請加速落實第 3～5 階段 DRGs 項目的執行。

7. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：

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。

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，預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。

(2) 請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於 109 年 6 月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效（含鼓勵院所建立轉診之合作機制）」之專案報告。

10. 網路頻寬補助費用：

(1) 全年經費 114 百萬元，預算如有不足，由其他預算「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」支應。

(2) 請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程（含退場），並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。

11. 品質保證保留款：

(1) 全年經費 1,055.4 百萬元。

(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 109 年度品質保證保留款（1,055.4 百萬元）合併運用（計 1,444.1 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實施方案之發放條件，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。

(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 3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為 2.533%。

4. 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

5. 請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。

6. 請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。

表 4 109 年度醫院醫療給付費用協定項目表(決定版)

項目		成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	協定事項
一般服務	醫療服務成本及人口因素成長率	4.687%	20,658.9	<p>1. 計算公式： $\text{醫療服務成本及人口因素成長率} = [(1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率})] - 1。$</p>
	投保人口預估成長率	0.346%		
	人口結構改變率	1.970%		
	醫療服務成本指數改變率	2.356%		<p>2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(10,384.6 百萬元)：</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 優先用於急重難症、藥事服務費、急重症護理費、因應住院醫師納入勞動基準法以及門診減量配套措施等支付標準之調整。 (2) 請中央健康保險署整體評估醫療服務之支付標準，朝成本結構相對合理之方向調整，並於 109 年 7 月底前提報執行結果(含調整項目及申報增加點數)。
	協商因素成長率	0.784%	3,453.5	請於 109 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)	0.723% 3,186.0	<p>1. 請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。並依全民健康保險會 108 年第 3 次委員會議決議，未來於總額協商前，應提出年度新醫療科技預算規劃與預估內容，俾落實新醫療科技之引進與管控。</p> <p>2. 請中央健康保險署於 108 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 109 年 7 月底前提報執行情形(含新增項目及申報費用 / 點數)。</p> <p>3. 請中央健康保險署檢討免疫療法藥品給付規定，如：檢討癌症提早期別適用之可行性，以利及早治療增進病人治療效益，並於 109 年 5 月底前提報檢討結果。</p>
	其他醫療服務利用及密集度之改變	藥品及特材給付規定範圍改變	0.068% 300.0	<p>1. 請中央健康保險署提出定期監測報告。</p> <p>2. 請中央健康保險署於 109 年 7 月底前提報執行情形(含修訂項目及申報費用)。</p>
	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办法之扣款	-0.007% -32.5	<p>1. 為提升同儕制約精神，請加強內部稽核機制。</p> <p>2. 本項不列入 110 年度總額協商之基期費用。</p>

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	一般服務 成長率 ^(註1)	增加金額 5.471%	24,112.5 464,885.7	<p>1.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。109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94.12%($98\% \times 98\% \times 98\%$)，超過部分，按該院門診每人次平均點數，不予分配；並自109年4月1日起實施。</p> <p>2.請中央健康保險署定期檢討門診減量措施執行情形及成效，並於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含醫學中心及區域醫院門診減量措施)」之專案報告。</p>
	總金額			各專款項目之具體實施方案，屬延續型計畫者應於108年11月底前完成，新增計畫原則於108年12月底前完成，且均應於109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	0.0	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。請中央健康保險署於額度內，妥為管理運用。</p> <p>2.本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式。</p> <p>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)。</p>
	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	15,545.0	310.6	<p>1.本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用，預算如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.請中央健康保險署檢視本項費用成長之合理性及加強管控。提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	5,027.0	314.2	<p>1.預算如有不足，由其他預算相關項目支應。</p> <p>2.提報之執行情形，應含醫療利用及成長原因分析。</p>
	醫療給付改善方案	1,187.0	0.0	<p>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。</p> <p>2.請精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。</p> <p>3.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。</p>

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 <small>(全年計畫經費)</small>	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	0.0	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。 3.請加速落實第3～5階段DRGs項目的執行。
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	80.0	0.0	本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
	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	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「基層總額轉診型態調整費用」支應。 2.請中央健康保險署建立管控機制，持續監測病人流向及執行效益，於109年6月底前提出「分級醫療各項策略之執行成效(含鼓勵院所建立轉診之合作機制)」之專案報告。
	網路頻寬補助費用	114.0	0.0	1.預算如有不足，由其他預算「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」支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
	品質保證保留款	1,055.4	648.9	1.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109年度品質保證保留款(1,055.4百萬元)合併運用(計1,444.1百萬元)。 2.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實施方案之發放條件，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。
	專款金額	30,435.4	1,273.7	
	較108年度核定總額成長率(一般服務+專款) ^(註2)	增加金額 5.572%	25,386.2	
	總金額		495,321.1	

項目		成長率(%)或金額 (百萬元)	預估增加 金額 (百萬元)	協定事項
門診透析服務成長率	增加金額	2.533%	548.6	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3.25%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.533%。 4.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。 5.請持續推動腎臟移植，提升腹膜透析使用比率，並研議利用雲端藥歷進行用藥管理，審慎開立止痛類藥物。 6.請中央健康保險署檢討慢性腎衰竭病人進入透析治療之條件。
	總金額		22,207.1	
較108年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析) ^(註3)	增加金額	5.438%	25,934.8	
	總金額		517,528.2	

註：1. 計算「一般服務成長率」所採基期費用為440,771.1百萬元（含108年一般服務預算440,017.6百萬元，及校正投保人口預估成長率差值723.7百萬元與加回前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29.8百萬元）。

2. 計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款)」所採基期費用為469,179.3百萬元，其中一般服務預算為440,017.6百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值723.7萬元及未加回前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29.8百萬元），專款為29,161.7百萬元。
3. 計算「較108年度核定總額成長率(一般服務+專款+門診透析)」所採基期費用為490,837.8百萬元，其中一般服務預算為440,017.6百萬元（不含校正投保人口預估成長率差值723.7萬元及未加回前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29.8百萬元），專款為29,161.7百萬元，門診透析為21,658.5百萬元。
4. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。最終以中央健康保險署結算資料為準。

附錄六之附件五

109 年度全民健康保險其他預算及其分配

一、總額協定結果：

- (一) 109 年度其他預算增加 1,493 百萬元，預算總額度為 15,684.2 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 109 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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 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 1,000 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。
 4. 本項動支方案應於 108 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：全年經費 655.4 百萬元。
- (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 6,170 百萬元。
 2. 本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家牙醫醫療服務（20.13 百萬元）。
 3. 本項醫療點數以每點 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：全年經費 290 百萬元。
- (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 3,000 百萬元。

(六) 推動促進醫療體系整合計畫：

1. 全年經費 400 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」、「跨層級醫院合作計畫」，及新增「遠距醫療會診費」。
2. 請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。

(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 936 百萬元。
2. 四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。
3. 請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於 109 年 6 月提出未來規劃與期程（含退場），並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。
4. 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 110 年各部門總額協商減項。

(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醫療利用之適當性。

(十) 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1. 全年經費 427 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. 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。

(十一) 提升保險服務成效：

1. 全年經費 300 百萬元。
2. 請建立本項提升保險服務成效之評估指標。

(十二) 提升用藥品質之藥事照護計畫：全年經費 30 百萬元。

表 5 109 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)			1.請於 109 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 108 年 11 月底前完成，新增計畫原則於 108 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	1,000.0	-346.0	1.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。 2.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。 3.本項動支方案應於 108 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	0.0	
居家醫療照護、助產所、精神病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務	6,170.0	150.0	1.本項預算不含移至牙醫門診總額「牙醫特殊醫療服務計畫」項下之居家牙醫醫療服務（20.13 百萬元）。 2.本項醫療點數以每點 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	
支應醫院及西醫基層總額 C 型肝炎藥費專款不足之經費	3,000.0	1,630.0	

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
推動促進醫療體系整合計畫	400.0	-100.0	1.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」、「跨層級醫院合作計畫」，及新增「遠距醫療會診費」。 2.請中央健康保險署檢討三項計畫在分級醫療政策下之定位及成效，並配合修訂計畫內容。
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	936.0	136.0	1.四部門總額「網路頻寬補助費用」預算如不足時，由本項預算剩餘款支應。 2.請中央健康保險署對於資料上傳獎勵金與網路費之運作，於109年6月提出未來規劃與期程(含退場)，並評估將檢驗資料上傳與申報資料結合之可行性。 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110年各部門總額協商減項。
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醫療利用之適當性。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	427.0	23.0	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.請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合，落實全人照護。
提升保險服務成效	300.0	0.0	請建立本項提升保險服務成效之評估指標。
提升用藥品質之藥事照護計畫	30.0	0.0	
總計	15,684.2	1,493.0	

附錄七 109 年度全民健康保險醫院、牙醫門診、中醫門診總額一般服務費用之地區預算分配方式

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國109年2月11日
發文字號：衛部健字第1093360022號
附件：如公告事項



主旨：公告109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。

依據：全民健康保險法第61條、108年12月6日衛部健字第1083360163號公告暨109年2月5日衛部保字第1091260038號函。

公告事項：109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(如附件)。

部長陳時中

第1頁 共1頁

附錄七之附件

109 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 22.606 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「全民健康保險牙醫門診總額弱勢鄉鎮醫療服務提升獎勵計畫」、「該區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 4 項，移撥經費若有剩餘，優先用於「全民健保牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」，若再有剩餘，則回歸一般服務費用。
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，其中移撥經費執行方式請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 4,200 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 家中醫門診特約醫事服務機構之點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 50% 分配予臺北分區，50% 分配予北區分區。
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，其中風險調整基金執行方式請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 2 億元，作為風險調整基金，以持續推動各分區資源平衡及鼓勵發展。
 - 2. 扣除上開移撥費用後，用於計算地區預算所採之門住診費用比為 45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。
 - (1) 門診服務（不含門診透析服務）：
預算 51% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，49% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
 - (2) 住診服務：
預算 45% 依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55% 依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
 - (3) 各地區門住診服務，經依(1)、(2) 計算後，合併預算，按季結算各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，其中風險調整基金執行方式請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。

全民健康保險會

中華民國 108 年版 年報

刊期頻率：年刊

出版機關：衛生福利部

地 址：11558 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電 話：02-8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

出版年月：中華民國 109 年 5 月

創刊年月：中華民國 103 年 5 月

設計印刷：種子發多元化廣告有限公司

電 話：02-2377-3689

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>



衛生福利部全民健康保險會

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



ISSN 2412-5350



衛生福利部
全民健康保險會



歡迎加入衛生福利部 LINE 及官方粉專



GPN : 2010500532

定 價：新台幣 300 元