

中華民國 109 年版

全民健康保險會年報

健保永續 幸福飛揚



ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

2020



衛生福利部 編印
中華民國 110 年 5 月

—— 健保永續 幸福飛揚 ——

蒲公英飄揚的種子生生不息，象徵全民健康保險會守護健保永續的精神與關懷，散播深根至全國每個角落。

藍天與白雲層層堆疊，代表全民健康保險會監理健保制度的努力與堅持，為全民帶來光明希望、幸福洋溢的未來。



中華民國 109 年版

全民健康保險會年報

健保永續 幸福飛揚



ANNUAL REPORT

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



2020



目錄

CONTENTS



序言	004	部長的話
	005	主任委員的話



摘要	006
----	-----



第一章	012	前言
-----	-----	----



第二章	016	組織、任務暨運作
	016	第一節 組織與任務
	030	第二節 委員會議之運作



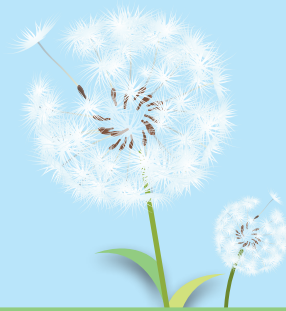
042 協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

第三章	042	第一節 年度總額訂定概況
	043	第二節 年度總額訂定流程
	045	第三節 總額範圍諮詢
	049	第四節 總額執行成果評核及運用
	059	第五節 總額協商的準備作業
	065	第六節 總額協定與分配結果



健保永續 幸福飛揚

全民健康保險會年報



086 落實收支連動，穩健健保財務

- 第四章 — 086 第一節 健保收支連動之落實
093 第二節 召開專家諮詢會議提供意見
100 第三節 全民健康保險110年度一般保險費率審議



112 109年度其他重要業務執行成果

- 第五章 — 112 第一節 編列預算引進最新醫療科技，並確保給付項目合理調整
134 第二節 強化監理業務，奠立保險基石
166 第三節 提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務



第六章 — 172 研究發展



- 第七章 — 180 未來展望
182 委員的期許與展望



附錄 — 188



部長的話

全民健康保險會係本部為落實二代健保「擴大社會參與」的精神，依全民健康保險法所設立之單位，期望藉由付費者、醫界、專家學者及公正人士代表共同組成的委員會，作為本部健保業務的民意溝通平台，並依法賦予總額協商、保險費率及給付範圍審議、健保業務監理及政策與法規諮詢等任務。全民健康保險會成立迄今已8年，委員會議的運作更趨成熟，是本部政策制訂過程中不可或缺的諮詢單位，透過委員的發聲，提供各方代表的意見，共同促使健保制度更臻完善。

全民健保是我國非常重要的社會安全制度，也是國人健康的基石，更是民眾滿意度最高的政策，如何讓全民健保永續經營，是本部責無旁貸的使命。時中在此要特別感謝第4屆委員，在109年健保財務面臨不得不調整費率的轉捩點，全民健康保險會委員顧全大局，雖不滿意但也勉強接受最終的微調結果，令人感佩！我也非常理解，特別是付費者委員背後所承受的壓力，所以本部不單調整費率，更著眼於全民健保「投資健康」的基本精神，並在此前提下尋求解決方案。

未來本部將朝持續提升醫療品質、減少浪費，及增加負擔公平性三大目標努力。提升品質是健保的核心價值，本部已訂定4至6年的全民健保中長期改革計畫，對於支付制度、健康照顧體系，設定長期策略目標，並將整合公共衛生體系與健保資源，讓國人不僅活得久，更要活得好。在資源有限、需求增加的情況下，減少浪費也是本部致力的目標，戮力推動抑制醫療資源不當耗用改善方案、整合資源有效運用，強化雲端資源共享、減少重複就醫等措施，促使資源運用最佳化。另外，為增加負擔公平性，也重新檢討旅外國人的權利義務，及提升就醫部分負擔的公平性。未來仍須借重全民健康保險會諮詢、民意溝通平台的功能，促使政策更符合民眾期待。

再次感謝第4屆全體委員及周主任委員麗芳，於任期內發揮專業素養與服務熱忱，圓滿完成保險費率審議、總額協定及分配、保險業務監理等各項法定任務，透過廣泛討論與理性思考，為全民健保的永續發展，奠下良好基礎。時中殷切期盼透過持續檢討與改革，能為全民營造一個優質健康與幸福的未來。

衛生福利部 部長

陳時中 謹識



主任委員的話

第4屆全民健康保險會委員任期於109年底屆滿，感謝所有委員2年來的投入與付出，戮力完成全民健康保險法賦予全民健康保險會的多項任務。全民健康保險會委員多來自不同的代表團體，在各項議案的討論過程中，或有不同立場與意見，但可貴之處在於，委員們都能本於為全民福祉及健保永續的初衷，提供不同領域的專業意見，共同為全民健保制度的穩健發展貢獻心力，麗芳在此向第4屆委員致上十二萬分的敬意與謝意！

回首109年，嚴重特殊傳染性肺炎疫情對醫療體系造成莫大的衝擊，對全體醫護人員而言，可說是十分艱辛的1年，臺灣的醫療體系在嚴峻的疫情下，仍能發揮效能，守護國人健康，要特別感謝陳部長時中與所率領的防疫團隊，以及所有第一線的醫事人員，扛起守護的重擔，讓民眾能安心、安全就醫。歷年健保總額投入優化醫療資訊服務的預算，在這次防疫中也發揮其重要功能，讓醫療機構得以運用精進的雲端查詢系統，勾稽病人旅遊史及接觸史，協助醫事人員即時掌握病人資訊，除了能在第一時間給予最適切的照護外，也提高第一線醫事人員警覺，降低疫情衝擊，為我國數位防疫的量能打下良好基礎，全民健康保險會亦深感與有榮焉。

109年除了受到疫情影響，健保財務也面臨前所未有的壓力，9月份協商110年總額時，預估110年底安全準備總額將無法符合最少須維持1個月保險給付支出的規定。因此，委員在協商時，不僅須顧及人口老化、疾病型態改變、新醫療科技引進等所需增加的醫療需求，尚須承受後續費率可能調漲的壓力，如何在支出與收入之間謀求最適方案，真是一大考驗，感謝委員竭盡所能謀求共識，實屬不易；11月份審議110年度保險費率，更是一大挑戰，考量費率調整對民眾影響十分深遠，委員為能更周延、審慎評估，乃於當月加開臨時委員會議審議費率，並請中央健康保險署試算多種調整方案之財務評估及分析資料，委員們盡可能收攝意見，最終提出兩個建議調整方案，供衛生福利部轉陳行政院核定，充分發揮全民健康保險會溝通平台的功能。

在109年這段期間，也要感謝中央健康保險署及衛生福利部社會保險司的支持與協助，讓全民健康保險會得以順利完成各項法定任務。更要特別感謝周執行秘書淑婉所帶領的全民健康保險會團隊，每每挑燈夜戰、使命必達完成各項會務工作，在此謹代表所有委員向全民健康保險會同仁致上萬分謝意！

本年報收錄109年全民健康保險會完成的諸多艱辛任務，包含各項議案的討論歷程及重要業務的執行成果，感謝第4屆委員們的奉獻，及對全民健保的建言與期許，這些寶貴意見都將化為未來全民健保向前邁進的動能，伴隨全民健康保險會為民眾福祉及健保永續持續努力。

全民健康保險會 主任委員

周麗芳

謹識



摘要

全民健康保險是我國最重要的社會安全網絡之一，已守護國人走過25載歲月，109年全民健保面臨財務收支短絀的挑戰，加上嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）疫情持續蔓延之際，讓健保醫療體系也承受嚴峻的試煉。儘管考驗接踵而至，109年全民健康保險會仍堅守政策諮詢及民意溝通平台的崗位，委員們在各自不同立場中盡其所能凝聚共識，完成110年度總額協定及分配與保險費率審議等任務，並積極提出各項健保業務監理之建言，致力將健保永續的種子散播深根，全方向為全民帶來幸福洋溢的未來。

109年全民健康保險會的首要挑戰，即須在兼顧民眾未來醫療需求及健保財務平衡壓力之下，完成「110年度全民健康保險醫療給付費用總額」協議訂定及分配。經過事前的充分籌備及溝通，保險付費者與各總額部門醫界代表於9月24日歷經11小時的協商會議，在牙醫門診、中醫門診總額及其他預算獲得共識，而醫院及西醫基層總額，付費者及醫界雙方雖已釋出最大誠意，惟對部分項目仍各有堅持，乃以兩案併陳方式，報請衛生福利部決定。經衛生福利部決定，110年度醫療給付費用總額成長率為4.107%，整體預算達7,835.54億元，110年增編預算規劃用於引進新醫療科技、持續推動分級醫療、保障偏鄉與弱勢族群之就醫權益，及提升醫療品質。此外，全民健康保險會也如期完成各部門總額於健保6分區之地區預算分配，並設定「風險調整移撥款」，作為分區間調整預算風險之用，以補強各區對偏鄉及弱勢族群之醫療照護。

依前述協議訂定之醫療給付費用總額，全民健康保險會於11月20日委員會議審議中央健康保險署所提110年度保險費率方案，委員考量保險費率與民眾付費能力息息相關，在財務短絀備受社會各界關注之際，需有更周全的財務分析及試算資料，以利審慎評估，乃首次以加開臨時委員會議方式，於11月27日進行審議。委員從社會保險精神、COVID-19疫情影響、加強投資健全醫療體系等面向充分及理性溝通，為了全民健保永續均認為110年宜予調升費率，經過委員熱烈溝通、討論，最終收攝為「4.97%」及「5.47%~5.52%」等2項建議調整方案，經衛生福利部轉報行政院，行政院核定自110年1月1日起，一般保險費費率調整為5.17%，補充保險費費率依法連動調為2.11%。

全民健康保險會委員亦十分關注109年度總額預算之運用，在委員的支持下，109年中央健康保險署得以持續引進新診療項目、藥品及特材，並將十種珍貴中藥納入健保給付，減少民眾自費負擔。另委員針對昂貴的癌症免疫新藥及C型肝炎全口服新藥，亦持續關切其治療策略，並提出檢討給付條件等建議，促使健保給付項目更貼近民眾之實際醫療需求。除此之外，委員也籲請中央健康保險署落實推動分級醫療政策下之相關方案，及提升牙醫感染管制品質等計畫，讓民眾在全民健保的保護傘下，能獲得更完善之醫療照護。

基於健保業務監理之立場，109年全民健康保險會亦完成108年監理指標監測結果報告書，並依監測結果請中央健康保險署提升醫療資源配置之公平性及研議改善策略，以維護保險對象的健康權益。未來全民健康保險會仍將持續朝擴大民眾參與，及提升資源配置效益之目標邁進，希冀藉由不斷精進各項法定業務之運作，成為全民健保永續經營的關鍵助力。



Abstract

As one of the nation's most critical social safety nets, the National Health Insurance (NHI) program has protected the health and wellbeing of Taiwan citizens for over 25 years. In 2020, the NHI was facing financial shortfalls as well as the continued global spread of the COVID-19 pandemic, which has created considerable challenges for healthcare systems. Despite the formidable challenges ahead, the National Health Insurance Committee (NHIC) fulfilled its role in providing policy consultations and as a communication platform for the public to voice their opinions. Even though they might hold different positions and opinions, the Committee members strove to form a consensus on key undertakings, such as negotiated the 2021 global budget, reviewed premium rate, etc. They also actively reviewed NHI operations to ensure sustainable practices are in place, so as to ensure a bright outlook for both the NHI and citizens of Taiwan.

The foremost task of the NHIC in 2020 was to set the annual budget cap and its allocation for 2021. While discussed budgetary matters, the Committee members always took medical needs of the insured as well as long-term financial stability of NHI into consideration. After preparations and an 11-hour negotiation meeting on September 24, the budget caps for the sectors of dental care, Chinese Medicine and other budgets were set. As for the sectors of hospitals and clinics, due to disputes on some items, consensus was not reached among stakeholders. Therefore, both sides submitted their respective proposals to the Ministry of Health and Welfare (MOHW) for final decision. After consideration, the MOHW set the total growth rate of medical expenses in the year 2021 at 4.107%, with the overall global budget reaching NT\$783.554 billion. The increases to the 2021 global budget are used to introduce new medical technology, to strengthen the referral system, and to protect the healthcare resources of rural and disadvantaged groups, thus improving the overall quality and delivery of medical services. In addition, the NHIC also completed the regional budget allocation of each of the six regional divisions on schedule, and set the "risk-adjustment fund" for the purpose of adjusting budget risk among the different regions, so as to reinforce health services delivery for rural and disadvantaged groups.

In accordance with the total negotiated budget for medical expenditures stipulated in the aforementioned agreement, the NHIC reviewed the 2021 fiscal year premium rate proposed by the National Health Insurance Administration (NHIA) on November 20. In light of the strong correlation between premium rate and the public's ability to pay as well as the widespread social concerns of financial stability, the Committee needed more financial analysis. Therefore, an ad hoc meeting was convened

to review related topics on November 27. Considering the nature of social insurance, the impacts of the COVID-19 pandemic as well as the need to strengthen investments in health care system, the Committee members agreed that the premium rate should be increased in 2021. After heated discussions, the Committee concluded with two adjustment plans of "4.97%" and "5.47%~5.52%", which were subsequently submitted to the Executive Yuan for approval by the MOHW. The Executive Yuan then approved that the standard premium rate to be adjusted to 5.17% starting from January 1, 2021. The supplementary premium rate was adjusted to 2.11% in accordance with the law.

The Committee members of the NHIC also paid close attention to the use of the total budget for the fiscal year 2020. With the support of the Committee members, the NHIA was able to continuously introduce new diagnosis and treatment items, medicines and special medical materials in 2020, and included ten expensive Chinese medicines, reducing the financial burden for patients. In addition, the Committee members continued to be concerned about treatment strategies for expensive new immuno-oncology drugs and new hepatitis C full oral drugs, and put forward suggestions for reviewing payment criteria, so that covered items can better meet the medical needs of the people. In addition, the Committee members also called on the NHIA to implement the relevant measures to promote the NHI's referral system and to improve the quality of dental infection control, so that the public can receive better medical care under the umbrella of universal health insurance.

Based on the standpoint of the supervision of the NHI program, the NHIC completed the NHI Annual Monitor Report for fiscal year 2019. According to the performance metrics, the NHIC requested the NHIA to improve the equitable allocation of medical resources and improvement strategies to protect the health rights of the insured. In the future, the NHIC will continue to advance toward the goal of expanding public participation and enhancing the efficiency of resource allocations. It is hoped that by continuously improving the operation of various undertakings, the NHIC will become a key pillar for the sustainable operation of the NHI program.





第一章

前言



第一章 / 前言

為落實健保財務收支連動、資訊公開透明，及擴大民眾參與，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，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，在這個健保政策的溝通平台，充分反映出多元意見及各領域賢達集思廣益之智慧。



因健保會肩負7千多億元的健保總額之協定分配，及健保費率審議與財務收支相關事項之討論，為讓外界了解健保會的運作情形，健保法施行細則第4條規定，健保會每年編具年終業務報告，並對外公開，乃自102年起每年編印「全民健康保險會年報」，介紹年度各項重點業務的辦理情形。

本年報為109年版，完整呈現健保會的組織、任務暨運作，及109年健保會的執行成果，包含110年度總額協定與分配、110年度保險費率審議、依109年度總額協定事項引進新醫療科技及增修給付項目、健保財務與業務之監理事項、提供政策與法規之諮詢意見，以及健保會研究發展與未來展望等。此外，為讓讀者能立即掌握109年健保會實際運作情形及相關成果，特別以時間為主軸，編列「109年度大事紀」供參考，期望能經由本年報完整的回顧與介紹，讓讀者了解健保政策討論的歷程與努力的點滴。





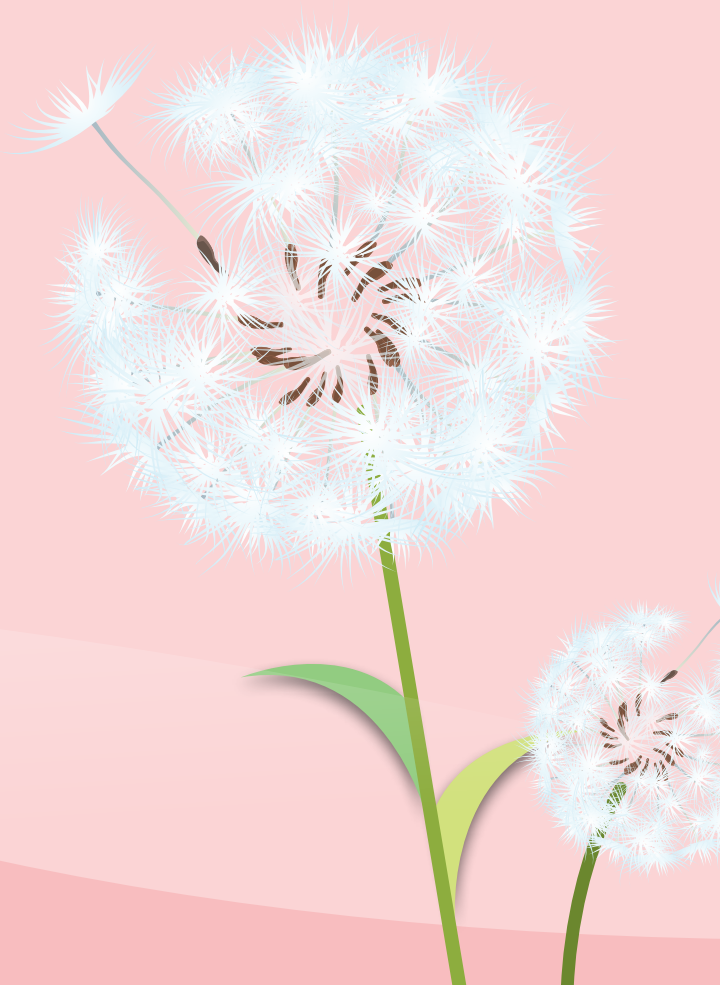


第二章

組織、任務暨運作

016 第一節 組織與任務

030 第二節 委員會議之運作



第二章 組織、任務暨運作

第一節 組織與任務

一、組織體制

為確保健保永續經營，建構權責相符的組織體制、提高財源籌措的公平性、提昇醫療品質及擴大社會多元參與等層面，衛福部進行檢討與前瞻性改革，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（著重醫療給付費用總額之協定與分配）整併為常設性任務編組的健保會，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。

健保法第4條至第7條明定健保相關業務的權責劃分，衛福部為主管機關，部內設有3個相關單位，依其法定職掌分別包括：社會保險司（下稱社保司）主管健保政策規劃、法規研擬，全民健康保險爭議審議會辦理健保相關爭議案件之審議，健保會則為社會多元參與之平台，負責保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配等事項，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。另中央健康保險署（下稱健保署）為保險人，為衛福部所屬三級機關，負責各項健保事務之執行工作，下設6個分區業務組（全民健保組織體制如圖2-1）。



圖2-1 全民健保組織體制圖

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），健保會委員計有39名，名額分配為：保險付費者代表20人，包含被保險人代表14人、雇主代表5人及行政院主計總處1人；保險醫事服務提供者代表10人；專家學者及公正人士7人；國家發展委員會及主管機關（衛福部）代表各1人。

上述14名被保險人代表委員之產生方式，11人由衛福部參照健保法第10條規定之六類被保險人類別，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、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 第4屆委員之產生方式

屬性		類目	對象	推薦機關 / 團體
保險付費者代表 (20席)	被保險人代表 (14席)	1 類 1 目	政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員	中華民國全國教師會
		1 類 2 目	公、民營事業、機構之受僱者	中華民國全國總工會
		1 類 3 目	1 類 1、2 目被保險人以外有一定雇主之受僱者	全國產業總工會 台灣總工會 全國工人總工會
		2 類 1 目	無一定雇主或自營作業而參加職業工會者	全國產職業總工會 中華民國全國職業總工會
		1 類 5 目	專門職業及技術人員自行執業者	中華民國律師公會全國聯合會
		3 類 1 目	農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者	中華民國農會
		3 類 2 目	無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者	中華民國全國漁會

屬性		類目	對象	推薦機關 / 團體
保險付費者代表 (20席)	被保險人代表 (14席)	6類2目	1~5類及6類1目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表	台灣社會福利總盟
		1~6類	公開徵求	全國勞工聯合總工會 臺灣病友聯盟 罕見疾病基金會
	雇主代表 (5席)	1類4目	雇主或自營業主	中華民國全國工業總會
				中華民國全國商業總會
				中華民國工商協進會
中華民國工業協進會				
		中華民國全國中小企業總會		
	1類1~3目、2~6類 (1席)		政府負擔保險費	行政院主計總處
保險醫事服務提供者代表 (10席)			1. 以總額相關團體為主： • 醫院協會4席（含醫學中心、區域醫院及地區醫院三層級代表） • 醫師公會2席（包含西醫師及基層診所代表） • 牙醫師公會、中醫師公會、藥師及護理師公會各1席 2. 要求所推薦人選應能兼顧各醫療專業、科別間衡平及相關醫事人員權益之成員	台灣醫院協會
				台灣醫院協會
				台灣醫院協會
				台灣醫院協會
				中華民國醫師公會全聯會
				中華民國醫師公會全聯會
				中華民國牙醫師公會全聯會
				中華民國中醫師公會全聯會
				中華民國藥師公會全聯會
	中華民國護理師護士公會全聯會			
政府機關 (2席)				國家發展委員會
				衛生福利部
專家學者及公正人士 (7席)				衛生福利部

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一，一方面為擴大參與，另一方面也為避免更替人數過多，影響業務傳承，乃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。

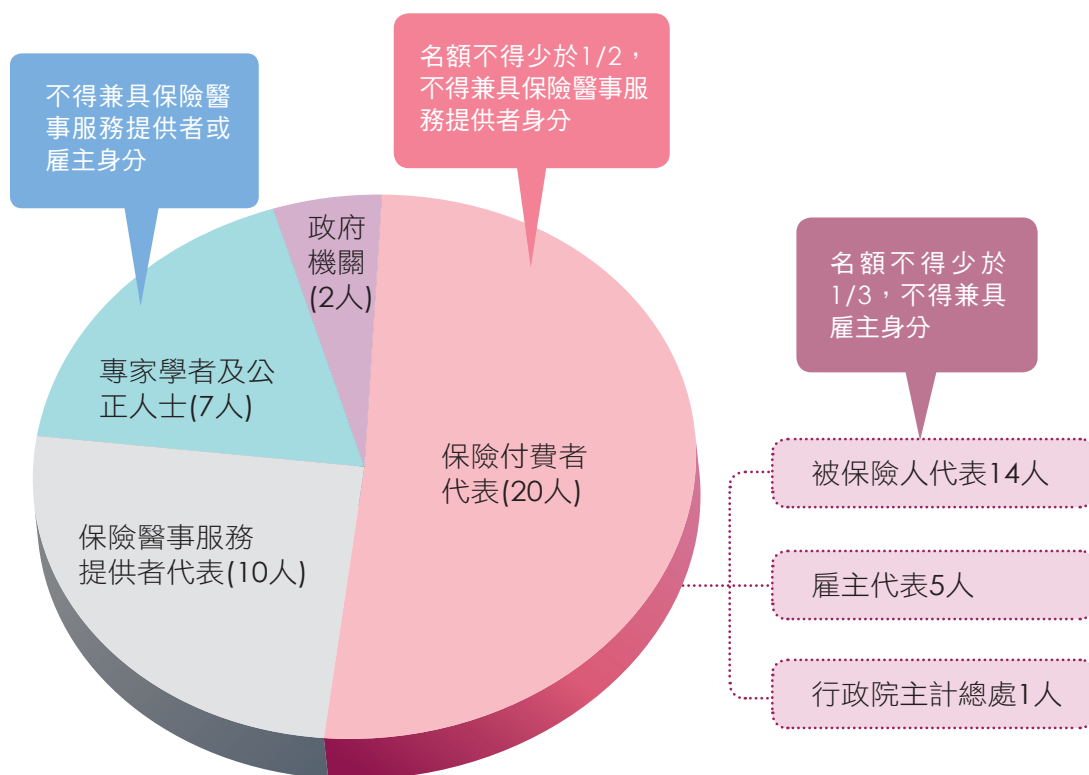


圖2-2 健保會委員組成之規範

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）
	<ul style="list-style-type: none"> 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）
	<ul style="list-style-type: none"> 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）
	<ul style="list-style-type: none"> 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）
	<ul style="list-style-type: none"> 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（109年）委員



周主任委員麗芳

國立政治大學財政學系
教授



干委員文男

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）



吳委員國治

中華民國醫師公會全國
聯合會常務理事



何委員語

中華民國全國工業總
會常務理事



吳委員榮達

中華民國消費者文教
基金會副董事長



吳委員鴻來

臺灣病友聯盟常務理事



李委員有家

中華民國全國中小企業
總會理事長



李委員偉強

台灣醫院協會醫院評鑑
改革委員會委員（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



馬委員海霞

台灣社會福利總盟副
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



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）



翁委員文能

台灣醫院協會理事長





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



許委員騏洪
全國產職業總工會副理
事長



陳委員莉茵
罕見疾病基金會創辦人
暨董事



陳委員有慶
中華民國全國漁會理事



黃委員啟嘉
中華民國醫師公會全國
聯合會常務理事



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）



趙委員銘圓
全國產業總工會會員
代表



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





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



滕委員西華
台灣社會心理復健協會理事長



鄭委員素華
全國工人總工會榮譽理事長



鄭委員建信
中華民國全國教師會理事



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
國家發展委員會人力發展處副處長



羅委員莉婷
行政院主計總處公務預算處專門委員



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。另尚須討論依健保法第72、73、74條規定，關於抑制資源不當耗用改善方案、保險醫事服務機構公開財報及醫療品質資訊等相關法規內容，六大法定任務如圖2-3。

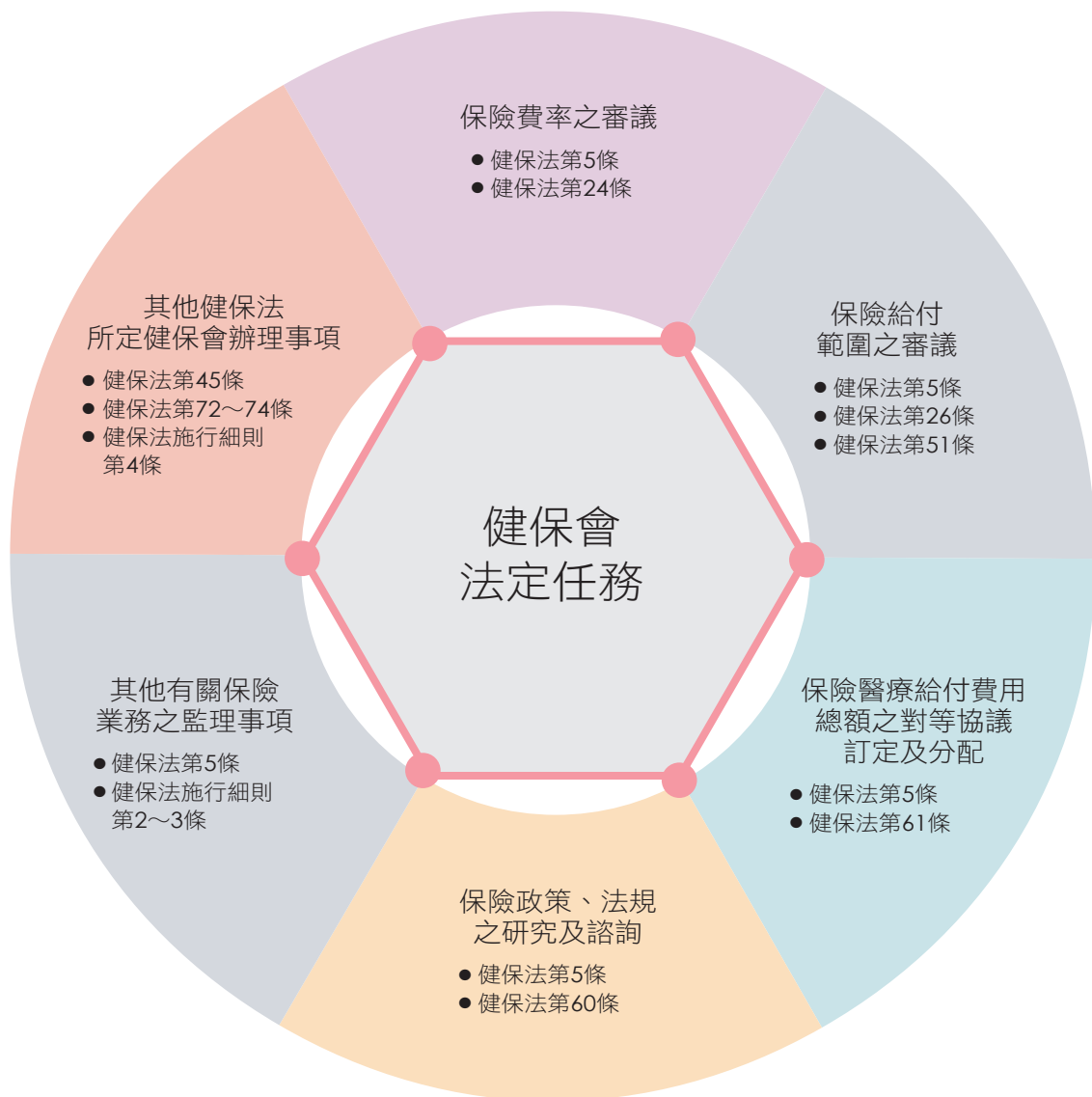


圖2-3 健保會法定任務

(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）

明定健保會之主要職掌，並規範運

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

健保會總體業務規範

健保法 第5條

☆ 辦理事項：

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

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

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

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



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：

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

(3) 健保法第60條，年度總額之諮詢事項

明定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

明定年度總額及其分配之協定程序，主要內容如下：

總額之對等協議訂定及分配	
健保法 第61條	健保會應於年度開始3個月前，在行政院核定之總額範圍內，協議訂定健保總額及其分配方式，報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。

(5) 健保法施行細則第2～3條，其他有

關保險業務之監理事項

為對健保署之業務進行常態性

監理，於健保法施行細則第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，因此健保法明定與

民眾權益相關之事項，如：醫療

特殊材料（下稱特材）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，健保會須按健保法施行細則第4條之規範，每年編具年終業務報告（年報），並對外公開，以讓外界充分了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	<p>規範自付差額之特材項目，須提健保會討論：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>規範不當耗用健保醫療資源之改善方案：</p> <p>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。</p>
健保法 第73條	<p>規範保險醫事服務機構財務報告應予公開及內涵：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>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：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開。</p>

第二節 委員會議之運作

一、會務運作

為辦理各項會務，依「衛生福利部全民健康保險會設置要點」第4點規定，健保會置執行秘書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。

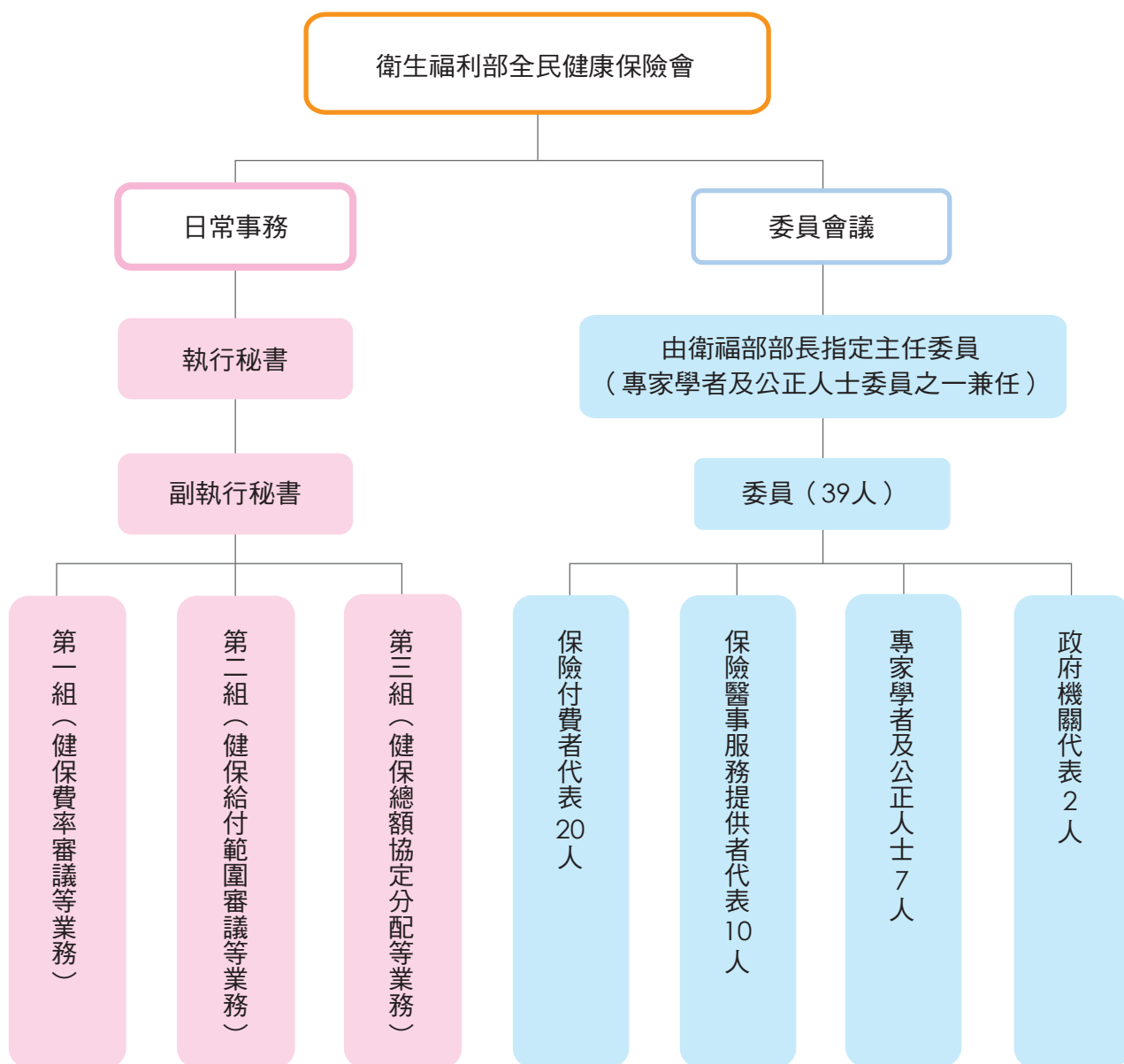


圖 2-4 健保會組織圖

二、議事安排

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。

（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，並得邀請有關機關、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，因此依組成辦法第8、10條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。自健保會成立以來，法定業務之相關議案大都採充分溝通，努力尋求共識方式為之。

三、因應嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）之會議應變措施

109年因應COVID-19疫情，健保會除將原訂於3月19~20日辦理之業務訪視活動與共識營，延期辦理，並依照中央流行疫情指揮中心公布之COVID-19因應指引：公眾集會「避免群聚感染，建議停辦室內100人以上、室外500人以上集會活動」規定，於109年4月份委員會議提出應變措施，重點如下：

- （一）精簡出席人數：將與會人數控制在100人以內，以委員、法定列席及健保會工作人員為主，限制委員幕僚、社保司及健保署列席人數。



(二) 會議場地及座位安排：除會前預先清潔消毒會議室桌椅及麥克風外，會議室入口並備有酒精及測量額溫；座位將以間隔一個空位方式安排，為掌握與會人員名單及座位表，一律需以實名制入座（不得任意更換座位，未事先安排座位者無法進入會場）。

(三) 縮短會議時間：會議資料寄出後，請委員事先審閱及於會議3天前提供意見（以書面或口述請健保會同仁代為整理），並請社保司或健保署儘量於會議前回應或準備相關說明資料，以提升會議效率。

(四) 會前提醒委員防疫須知：於開會通知單敘明請全程配戴口罩與會，有呼吸道症狀者，應避免參加會議；有發燒者應至未使用解熱劑／退燒藥且不再發燒至少24小時才可參加。

四、提升議事效率精進作法

健保會肩負諸多法定任務，且為健保政策之重要溝通平台，討論議案眾多且具時效性，並與民眾權益息息相關，爰議案之討論過程與決議，受到社會各界諸多關注。因委員多來自不同團體，為所代表的立場發聲，要從中凝聚共識，著實不易，故每次會議時間往往超過半天（4～5小時），甚至更長。

為利議事進行並提升效率，健保會除加強會前準備工作（包含召開會前溝通會議、提供詳細資料）、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），會議中並同步投影委員發言次數、各議案倒數計時，及按鈴提醒，也綜整歷屆委員對

提升議事效率所達成之共識，提出精進作法，於每屆委員新任期開始，提報委員會議，重點如下：

(一) 議程確認：授權主委及健保會安排，具急迫及重要性議案，委員可於會議前10日向健保會同仁反映，作為排定議程之參考。議程確認後，應遵照原訂安排進行。

(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，應及早於會前向健保會同仁反映處理。

(三) 委員會議決議（定）事項追蹤

1. 健保會同仁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，會後由健保會同仁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。

（五）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。

五、109年度工作計畫

健保會為能在法定期限內，完成被交付的任務，在年度開始前，即依據健保法與其施行細則所定法定事項，及歷次委員會議決議（定）事項，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，預先排定年度工作計畫，供相關單位依循辦理，並配合實務作業需要調整會議時間，例如：為能在法定期程內，完成110年度總額協商任務，於8月份委員會議之後加開總額協商草案座談會，9月份總額協商暨委員會議則安排為1天半；另為審慎討論110年度保險費率審議事宜，於11月份加開臨時會議，期透過各種議事運作方式，順利完成所被賦予的各項法定任務。109年度經滾動調整後之工作計畫如附件。



附件

全民健康保險會109年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	主辦（協辦）單位	備註
業務 監理	一、業務相關活動			
	業務訪視活動（兩天一夜） 預定地點：東區業務組轄區特約院所	3月	健保會 （健保署）	原預訂3月19、20日辦理，復於109年2、9月份委員會議決定，延至12月24、25日至高屏業務組，辦理業務訪視活動
	二、專案報告			
	1. 107年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形	2月	健保署	依健保法第73條辦理
	2. 近10年健保保費呆帳分析及作業辦理情形	2月	健保署	依108年3、4、7、10、11月份委員會議委員意見辦理
	3. 牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃（含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制）	5月	健保署、牙全會	1. 依108年9月份委員會議決議事項辦理 2. 請健保署統籌就醫專業部分邀請醫界團體併同報告（依健保署建議）
	4. 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、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制）	6月	健保署	依108年9月份委員會議決議事項辦理
	5. 提升中醫用藥品質之具體規劃（含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項）	7月	健保署、中全會	1. 依108年9月份委員會議決議事項辦理 2. 請健保署統籌就醫專業部分邀請醫界團體併同報告（依健保署建議）
	三、例行監理業務			
	1. 全民健康保險業務執行季報告	1、4、7、10月	健保署	每季業務執行報告以口頭報告方式進行，其餘月份以書面提報
	2. 108年度全民健保年終決算報告備查案	4月	健保署 （健保會）	依健保法施行細則第3條辦理
	3. 110年度全民健保預算備查案	4月	健保署 （健保會）	

類別	工作項目	預定時程	主辦（協辦）單位	備註
業務 監理	4. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	8 月	健保署	1. 原訂 8 月進行專案報告（季指標另納入 3 月、9 月業務執行報告） 2. 8 月份委員會議決定，配合議事安排，改至 10 月
	5. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	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
	6. 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12 月	健保署	
總額 協議 訂定	1. 各部門總額 108 年執行成果評核作業方式之討論	2 月	健保會	
	2. 110 年度總額範圍報行政院前之諮詢	4 月	社保司（健保會）	依健保法第 60 條辦理
	3. 110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案	4 月	健保署	依健保法第 5 條、第 26 條及 108 年 11 月份委員會議意見辦理
	4. 110 年度總額協商架構之討論	5、6 月	健保會	
	5. 110 年度總額協商原則之討論			
	6. 110 年度總額協商程序之討論			
	7. 提報各總額部門 108 年執行成果評核結果	7 月	健保會	實際安排於 7 月 28、29 日辦理評核會議，5~7 月準備資料
	8. 各部門總額 108 年度執行成果評核獎勵額度案之討論	8 月	健保會	
	9. 110 年度各部門總額及其分配方式之協議訂定	9 月	健保會	1. 依健保法第 61 條辦理 2. 預訂於 9 月 24、25 日辦理總額協商暨委員會議，7~9 月前置作業
	10. 110 年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論	10、11 月	健保會	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. 110 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議	10 月	健保會 （健保署）	1. 依健保法第 24 條辦理
	2. 110 年度全民健康保險保險費率案之審議	11 月		2. 健保署於健保會協議訂定總額後 1 個月提請審議預，實際安排 10 月 16 日辦理 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議
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 （健保會）	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	健保署 （健保會）	依健保法第 74 條辦理
	3. 健保署所擬訂 110 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 （健保會）	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. 預定時程已參酌健保署意見調整。

2. 委員會議若另有決議（定）事項，配合安排或調整相關工作項目。



全民健康保險會109年度會議之工作項目 (依109年工作計畫，按時序排列)

日期	工作項目
2月21日	討論事項： 1. 各部門總額 108 年執行成果評核作業方式之討論 2. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
	報告事項： 1. 全民健康保險業務執行季報告（口頭） 2. 107 年健保收入超過 2 億元之醫療院所財務報告之公開情形 3. 近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形
4月24日	報告事項： 1. 110 年度總額範圍報行政院前之諮詢 2. 110 年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案 3. 全民健康保險業務執行季報告（口頭）
5月22日	討論事項： 1. 110 年度總額協商架構之討論 2. 110 年度總額協商原則之討論 3. 110 年度總額協商程序之討論 4. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
	報告事項： 1. 牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃（含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制） 2. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告
6月19日	討論事項： 1. 110 年度總額協商架構之討論（續） 2. 110 年度總額協商原則之討論（續） 3. 110 年度總額協商程序之討論（續）
	報告事項： 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、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制）
7月28日全天 7月29日半天	各部門總額 108 年執行成果發表暨評核會議
7月24日	報告事項： 1. 提升中醫用藥品質之具體規劃（含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項） 2. 全民健康保險業務執行季報告（口頭）

日期	工作項目
8月28日	討論事項： 1. 各部門總額108年度執行成果評核獎勵額度案之討論 2. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論
8月28日下午	110年度總額協商草案座談會
9月24日全天	110年度總額協商會議 (若有協商未盡事宜，則於9月25日上午11時處理)
9月25日	討論事項： 110年度各部門總額及其分配方式之協議訂定
10月16日	110年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議
10月23日	討論事項： 110年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論
	報告事項： 1. 全民健康保險業務執行季報告(口頭) 2. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告
11月20日	討論事項： 1. 110年度各部門總額一般服務地區預算分配之討論(續) 2. 110年度全民健康保險保險費率案之審議 3. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論 4. 健保署所擬修訂醫療品質資訊公開辦法之討論
11月27日	討論事項： 110年度全民健康保險保險費率案之審議(續)
12月24日	業務訪視活動(地點：高屏業務組)
12月25日	討論事項： 健保署所擬訂110年度抑制資源不當耗用改善方案之討論
	報告事項： 1. 自付差額特殊材料品項開放半年後之檢討改善報告 2. 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告
配合健保署 送會時程	討論事項： 1. 健保署所擬訂調整保險給付範圍方案之審議 2. 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







第三章

協定醫療費用總額， 宏觀調控醫療資源

- 042 第一節 年度總額訂定概況
- 043 第二節 年度總額訂定流程
- 045 第三節 總額範圍諮詢
- 049 第四節 總額執行成果評核及運用
- 059 第五節 總額協商的準備作業
- 065 第六節 總額協定與分配結果



第三章 協定醫療費用總額，宏觀調控醫療資源

第一節 年度總額訂定概況

為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成長範圍，我國全民健保開辦之初，即明定實施總額支付制度，於年度開始前，由保險付費者與醫事服務提供者預先規劃及協商次年度醫療給付費用總額（簡稱總額）及其分配，並自87年7月起陸續實施牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額，至91年7月全面實施各部門總額支付制度，未涵蓋於四部門範圍之醫療服務，則編列於「其他預算」，由健保署統籌管控。

依健保法第60及61條規定，主管機關（衛福部）於年度開始6個月前擬訂年度總額範圍，需先諮詢健保會意見，再報行政院核定，交由健保會於年度開始3個月前，在其核定之總額範圍內，協議訂定各部門總額及其分配方式後，報請衛福部核定公告下一年度健保總額及其分配。對健保會而言，完成「110年度全民健康保險醫療給付費用總額」協議訂定及分配，是109年重要的任務。

近年來，隨著我國人口老化、慢性病增加及新醫療科技發展，醫療需求及醫療費用不斷成長，健保財務壓力沉重，加上109年全球爆發COVID-19疫情，衝擊整體經濟。因此，健保會委員於協商110年度總額時，須兼顧民眾的醫療需求及健保財務壓力，實為一大挑戰。經過事前的籌備及溝通，保險付費者委員與各總額部門醫界代表於9月24日進行協商共識會議，歷經10.5

小時的協商，牙醫門診、中醫門診總額及其他預算獲得共識，而醫院及西醫基層總額，雙方雖已釋出最大誠意，惟經反覆折衝，對部分項目仍有各自的堅持，乃以兩案併陳方式，報請衛福部核（決）定。

健保會110年度總額協商結果，付費者及醫界建議方案之整體總額成長率為3.779%及4.346%。經衛福部核（決）定，整體總額成長率為4.107%，總額預算達7,835.5億元，110年度總額及其分配方式如圖3-1。新增預算主要用於引進新醫療科技、落實分級醫療、保障偏鄉及弱勢族群就醫權益、整合醫療服務及提升醫療品質。此外，健保會也順利完成110年度四部門總額在健保六分區之地區預算分配，考量受COVID-19疫情衝擊，民眾就醫行為及醫療院所服務提供都受到影響，各種變動情形未明，各部門地區預算協定結果，均維持109年的分配方式，但仍設有「風險調整移撥款」，以補強偏鄉及弱勢族群的醫療照護，並作為各分區調整預算風險之用。



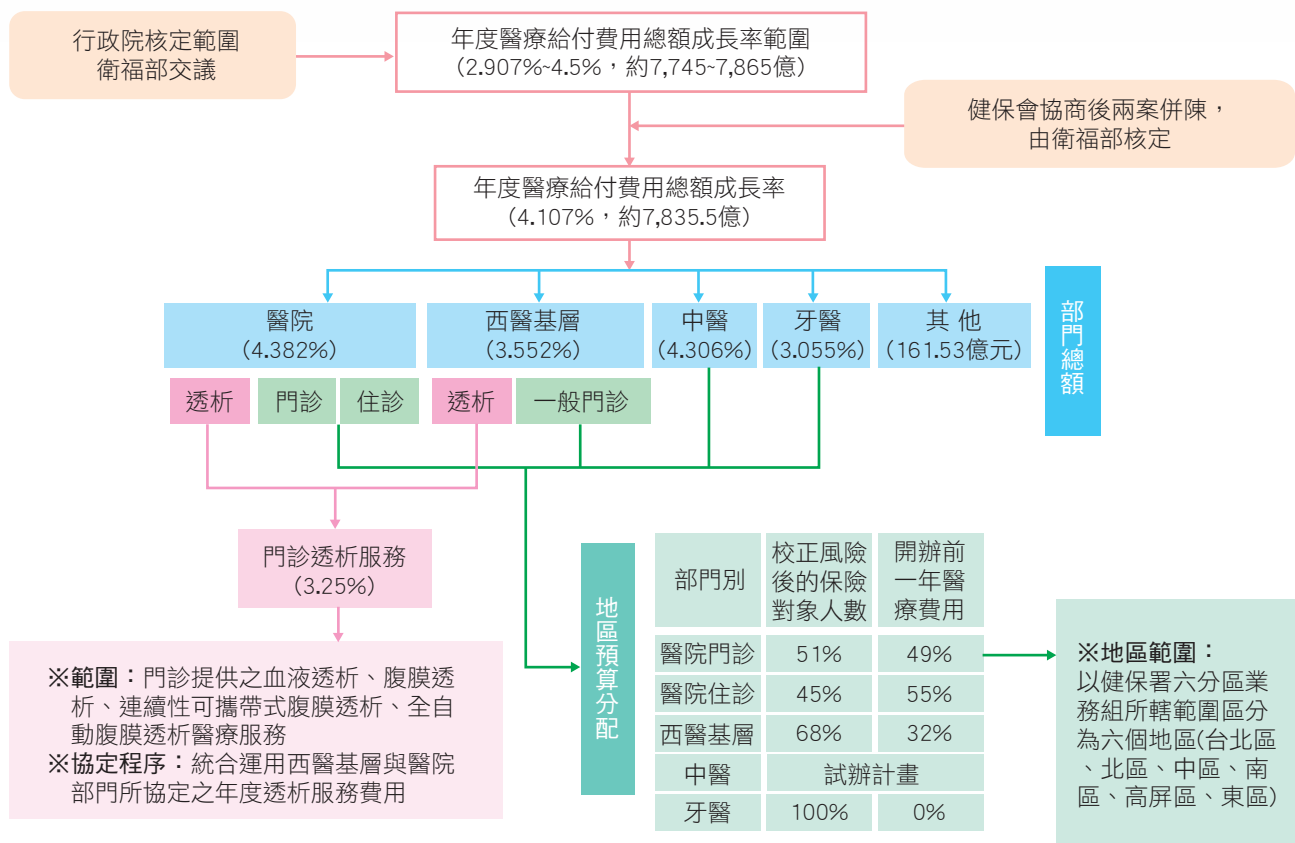


圖3-1 110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式

第二節 年度總額訂定流程

健保法明定年度總額的訂定程序，從衛福部的政策規劃、健保會的協商分配、衛福部的核定，乃至健保署與各部門總額相關團體的推動執行，均訂有時程及相關規範。在此流程架構下，

衛福部各相關單位需各司其職，於期限內通力合作，以完成年度總額協商及其分配，年度總額訂定流程如圖3-2。

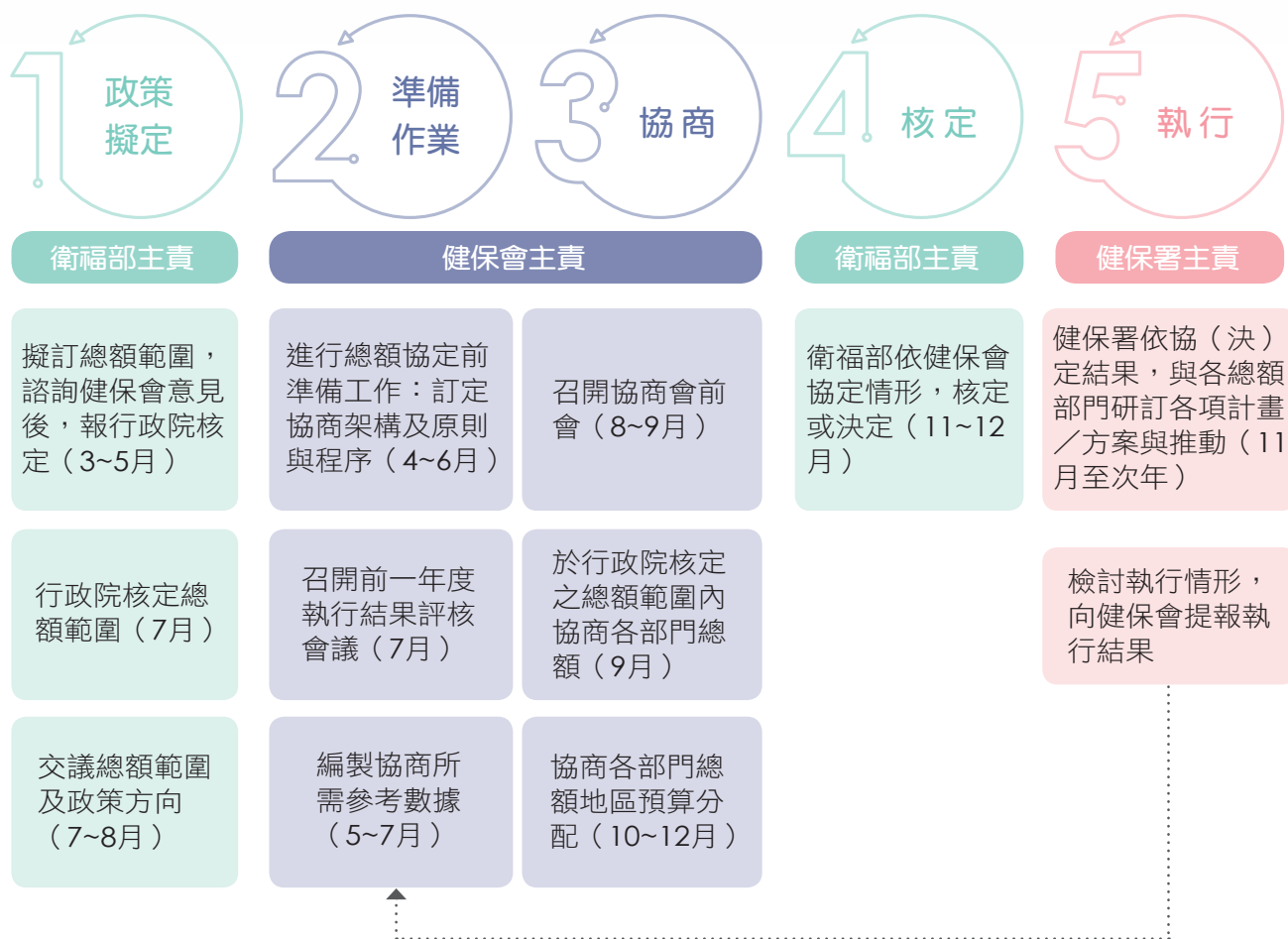


圖3-2 年度總額訂定流程

衛福部政策規劃階段，於擬訂年度總額範圍（草案）後，需先諮詢健保會意見，再報行政院核定。故健保會依法尚須對衛福部擬報行政院之年度總額範圍（草案），提供諮詢意見。

健保會的總額協商作業，大致分為「準備作業」及「協商溝通」兩階段：

一、準備階段：上半年主要完成協商之前置準備作業，包括：議定協商架構及原則與程序、編製協商參考資料及籌辦前一年度總額執行成果評核會議。

二、協商階段：下半年於衛福部交議行政院核定的總額範圍及政策目標後，即緊鑼密鼓地召開年度總額協商座談會及共識會議，由保險付費者代表與醫事服務提供者代表進行協商，協定結果報請衛福部核定後公告實施，後續則由健保署與各總額部門據以研訂及執行各項計畫／方案，落實執行總額協定事項，並將執行結果提報健保會。

以下就健保會109年重要業務執行成果，包括：110年度總額範圍諮詢、總額協商的準備作業、總額執行成果評核及運用，及總額協定與分配結果等分述如後。

第三節 總額範圍諮詢

衛福部依健保法第60條擬訂「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，於4月17日函送健保會提供諮詢意見，該草案經提4月份委員會議討論，健保會委員所提意見，提供衛福部陳報行政院110年度總額範圍之參考。茲就衛福部擬訂之110年度總額範圍（草案）及健保會提供之諮詢意見，分述如後。

一、衛福部擬訂之110年度總額範圍（草案）

（一）110年度總額範圍

以109年度核定總額為基期，成長率範圍為2.907%~5.0%，預估金額為7,745~7,903億元，較前一年增加219~377億元（圖3-3）。

1. 低推估值（2.907%）：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，並以109年一般服務費用占該年度醫療給付費用總額（專款費用不列入）之比率進行校正，及校正108年投保人口數差值。計算方式如圖3-4。
2. 高推估值（5.0%）：即「低推估值」（2.907%）+「調整因素」（2.093%），其中調整因素係衛福部依據110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，並兼顧健康照護體系之發展，與衡量民眾付費能力（含總體經濟情勢）、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等研擬。

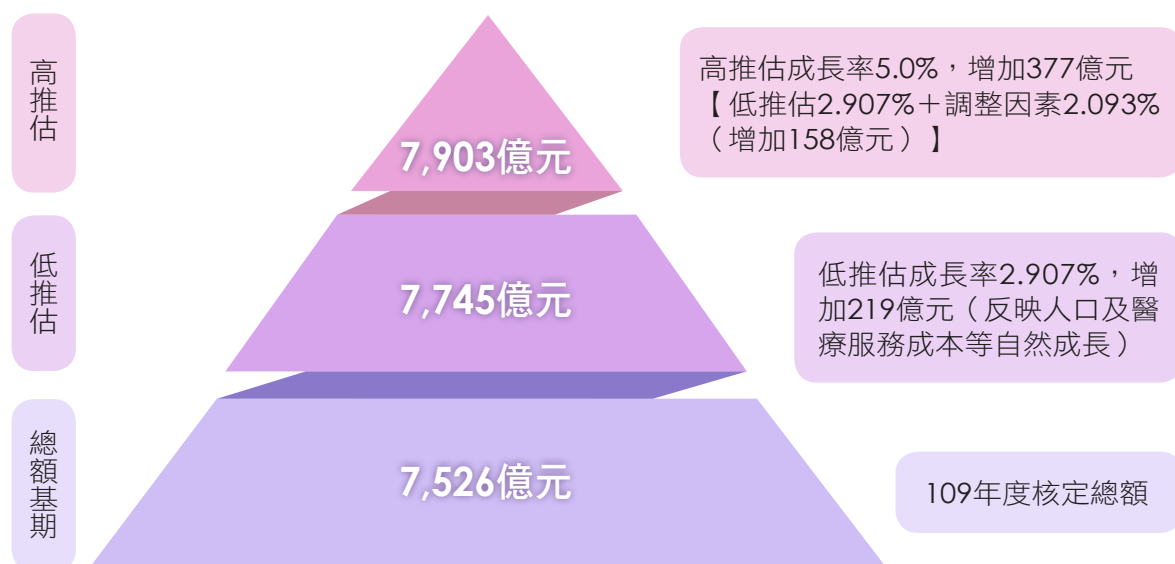


圖3-3 110年度總額成長率範圍（衛福部諮詢健保會草案）

1. 計算醫療服務成本及人口因素成長率

醫療服務成本及人口因素成長率 $ \begin{aligned} &= (1 + A + B) \times (1 + C) - 1 \\ &= (1 + 1.285\% + 1.987\%) \times (1 + 0.204\%) - 1 \\ &= 3.483\% \end{aligned} $		
A(1.285%) 醫療服務成本指數改變率 依行政院主計總處公布之調查資料，計算人事費用、藥品費用、醫療材料費用、基本營業費用、其他營業費用等成本項目之指數變動	B(1.987%) 投保人口結構改變對醫療費用之影響率 以 107 年醫療費用點數為基礎，計算 108 年對 107 年投保人口年齡性別結構改變，對醫療費用點數之影響	C(0.204%) 投保人口預估成長率 採 108 年對 107 年投保人口成長率

2. 計算低推估成長率

低推估值成長率	「醫療服務成本及人口因素成長率」校正一般服務預算占率、人口數差值 $ \begin{aligned} &= (\text{醫療服務成本及人口因素成長率} \times 109 \text{ 年一般服務總費用占 } 109 \text{ 年度總額之比率}) + \text{校正 } 108 \text{ 年投保人口數差值} \\ &= 3.483\% \times 87.32\% - 0.134\% \\ &= 2.907\% \end{aligned} $
----------------------	--

圖3-4 110年度總額低推估值計算方式



（二）110年度總額之政策目標及調整因素（草案）

衛福部擬訂110年度總額範圍時，其調整因素成長率2.093%（約158億元），主要考量健保政策目標，除以民眾健康為導向，持續引進新藥新科技、提升醫療品質、反映特殊族群及偏遠地區民眾照護需求外，並融入各項健保改革政策，強化費用結構合理性、健全醫療體系發展，及建立健保中長期改革計畫。110年度總額政策目標及調整因素內涵如圖3-5。

1

持續引進新藥物及新醫療技術，增進健保給付價值

運用醫療科技評估工具，合理引進新的給付項目，或放寬藥品、特材之給付條件（適應症），提升醫療給付效益與品質，並減少民眾自付費用之負擔。

2

強化照護內涵，提升醫療品質，以民眾健康為導向

- 持續強化醫療服務品質與藥事照護服務內容，提升民眾健康及醫療品質。
- 推動全人照護，持續整合各項照護計畫，依據證據醫學，訂定有效醫療指標，及強化特殊族群照護內涵。

3

合理反映特殊族群及偏遠地區民眾之照護需求，均衡醫療資源之分布

促進特殊族群及偏遠地區民眾照護，強化偏鄉醫療照護可近性，提高資源分配之公平性。

4

強化費用結構合理性，平衡層級別或科別之費用

善用各總額部門醫療服務成本指數改變率所增加之預算，檢討修正各項醫療服務支付標準。

5

健全醫療體系之發展，提升服務效能

- 落實分級醫療相關措施，強化家庭醫師整合性照護模式，提升社區照護可近性。
- 強化健保醫療資訊雲端查詢系統之運用與健康存摺之功能，提升各層級院所照護品質與服務效能。

6

建立健保中長期改革計畫（5-6年）

- 改革健保給付及支付制度：如導入健保給付再評估與強化健康科技評估制度、分年推動藥品給付支付改革及加速健保支付制度改革，以提升健保給付效益。
- 整合公共衛生體系與健保資源：結合健保與公務預算，配合國家政策，強化慢性病預防、整合性疾病管理及健全基層健康照護體系，積極提升民眾健康。
- 配合健康照護體系改革：強化精神社區照護體系，及試辦「住院護理整合照護服務（Skill Mix）」，引導資源有效配置。

圖3-5 110年度總額政策目標及調整因素內涵(草案)

二、健保會對110年度總額範圍（草案）之諮詢意見

衛福部擬訂之「110年度總額範圍（草案）」諮詢案，安排於健保會4月份委員會議討論。考量近年健保財務收支短絀，預估110年健保安全準備餘額將少於法定之1個月保險給付支出，而依據健保法第5條規定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，健保會應請健保署同時提出資源配置及財務平衡方案。健保會爰安排健保署一併提出「110年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，以利健保會委員提供諮詢意見時，將總額成長範圍之高低與健保財務影響併同考量。

健保署提出之資源配置及財務平衡方案，係以110年度總額範圍（草案）之低、高推估值及現行費率4.69%試算，預估110年保險收支將短絀771億元~928億元。健保會委員綜合考量民眾付費能力、健保財務平衡及政府應負擔之責任等，就110年度總額範圍（草案）提出諸多建議，並函復衛福部參考（詳如附錄三），重點意見如下：

（一）付費者、專家學者及公正人士委員意見

1. 擬訂總額範圍，應考量「付費意願」及「健保財務」：受COVID-19疫情影響，許多產業停滯，民眾付費能力下降，再加上以現行費率4.69%試算，110年度保險收支短絀達771億元~928億元，行政院核定110年總額範圍不宜過高。

2. 應提出110年健保整體財務規劃：近年健保財務缺口擴大，將面對保險費率突破法定上限6%。建議陳報行政院時，應提出110年健保整體財務規劃，事先評估費率調整之可能性，及研議因應方式。
3. 總額基期逐年擴大，應合理調整：總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，而歷年總額配合政策投入大量預算，節流成效卻未見列入基期減項，建請合理調整，減輕調漲保費壓力。
4. 調整因素項目之預算編列應審慎：低推估所增預算已達219億元，考量健保資源及付費能力有限，調整因素之預算編列不宜與低推估因素內涵重複，並應評估是否確有必要性。
5. 政策目標「建立中長期改革計畫（5~6年）」：建議應有整體規劃，並與政府公部門支出有所區分。
6. 對總額設定公式提供修訂建議：請納入111年度總額設定公式檢討。

（二）醫界委員意見

1. 與其他先進國家相較，國內醫療保健支出尚有增加空間：依我國平均每人經常性醫療保健支出（CHE）與平均每人GDP數據顯示，相較其他OECD（Organization for Economic Cooperation and Development，經

濟合作暨發展組織）國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。

2. 建議提升公部門支出占比：考量健保財務不佳，調漲保費亦有困難，建議政府應承擔更多責任，若有涉及疾病防治、預防保健、社會福利政策等項目，宜由公務預算支應，提升公部門支出占比。
3. 政策目標「建立中長期改革計畫（5~6年）」：建議政策制定前應審慎規劃，政策應先充分溝通、討論，經各界達成共識後再推行。
4. 建議檢討65歲以上人口及重大傷病之醫療利用及預算編列：近10年健保醫療點數成長原因，65歲以上人口及重大傷病患者之費用成長貢獻度高，相對編列於總額中之金額是否合理，建議進行檢討。

第四節 總額執行成果評核及運用

為定期檢視健保總額的執行成效，健保會於每年9月份總額協商前，舉辦執行成果評核作業，由專家學者就前一年各總額部門執行成效進行評核，評核結果與建議，則作為下年度總額協商之參據。109年主要針對各部門總額108年度之執行成效進行評核，對於表現優良的總額部門，將於110年度總額給予獎勵額度，至於專款項目之成效，則作為後續經費增減及續辦與否之依據。

健保會為了強化總額預算檢討與回饋機制，使健保資源投入之效益更加具體及彰顯，近年來致力將「總額預算協商」與「總額執行成果評核」扣連。於總額協商時，預先議定新增協商項目的執行目標與預期效益之評估指標，並於年初請各總額部門進一步提出反映部門整體績效的年度重點項目，以利來年評核時，更完整評估總額預算投入效益。藉由預先設定目標、定期評核執行成果，並與總額預算協商扣連（如圖3-6），



圖3-6 總額預算規劃、成果評核與總額協商關係圖

持續檢討改善，讓健保資源做最有效益的配置。茲就評核作業方式、評核結果、評核建議及後續獎勵與運用說明如後。

一、評核作業方式

（一）評核作業之規劃與流程

為順利推動評核作業，健保會於年初即開始進行規劃，先研擬評核內容草案，並請受評的總額部門承辦團體及健保署，

提供修正建議及年度重點項目與績效指標後，提經健保會109年2月份委員會議議定。預先就評核範圍、辦理方式、評核項目、評核結果之運用等討論定案，讓受評單位有所依循，以利及早規劃準備。於完成評核委員籌組後，在109年7月28日及29日舉辦執行成果發表暨評核會議，並將評核結果提報委員會議，及納為9月份總額協商參據。年度評核作業流程如圖3-7。

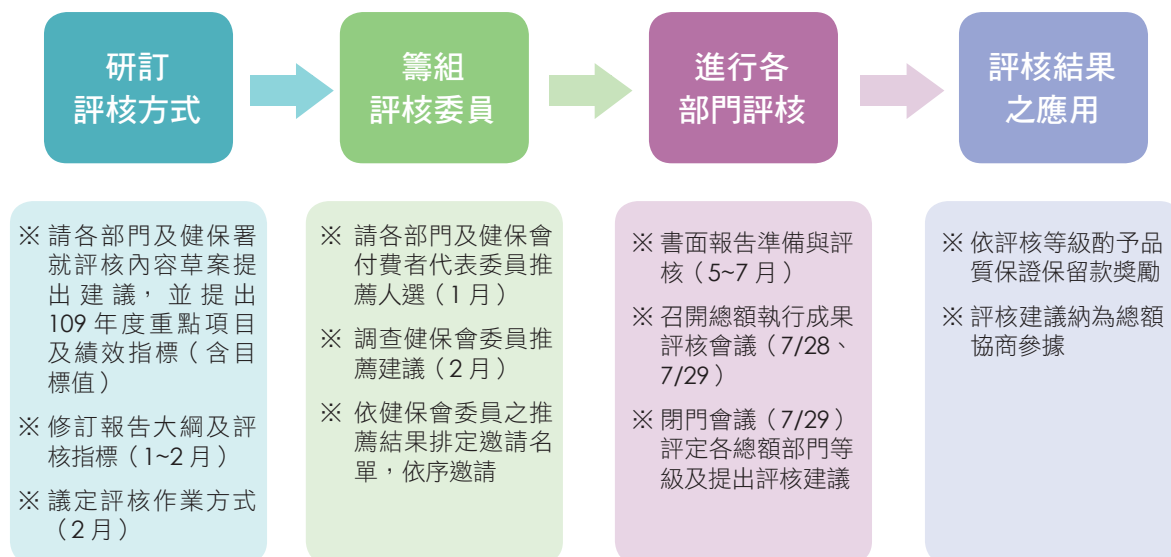


圖3-7 辦理各總額部門評核作業流程



（二）年度評核作業精進重點

1. 持續落實目標設定、效益檢討及總額協商之扣連

(1) 強化總額協商與評核結果扣連，年度滾動調整：108年起於總額協商時，對於新增項目，需一併議定「執行目標」與「預期效益之評估指標」，並於來年評核執行績效時進行檢討，檢討結果再做為未來總額協商參據，滾

動調整。109年持續落實，評核之重要建議，納入總額協定事項，以利後續加強改善。

- (2) 成果評核聚焦於年度重點項目，提升整體運作效能：自107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」，及「績效指標」與「目標值」，於提報委員會議通過後，作為該部門當年之努力方向及評核重點項目。109年持續落實，就各部門設定的108年度重點項目之執行結果，進行績效評核與檢討。

2. 擴大評核委員之推薦來源，並增修108年度執行成果評核內容

健保會於109年2月份委員會議通過「辦理各總額部門108年度執行成果評核之作業方式」，主要增修訂以下內容：

- (1) 擴大評核委員之推薦來源：為增加評核委員之多元性，使評核過程亦能廣納付費者之觀點及意見，新增付費者代表委員也可推薦評核委員，及將付費者委員列入評核委員的建議名單。109年7位評核委員中，有2位是健保會現任公正人士代表委員，即由付費者代表委員推薦產生，實質參與總額部門執行成果評核，並提出建議。
- (2) 增修評核項目內容：108年執行成果評核，除延續107年架構，包含年度重點項目、一般服務項目（民眾就醫權益、醫療服務品質、協商因素執行情形、總額之管理與執行績效）及專

款項目執行成果等三大面向外，並將委員關心之「108年度執行未滿半年及109年度新增協商項目」及「地區預算（風險調整基金）」之執行情形納入評核內容，以利及時檢討。

二、評核會議之評定結果及建議

109年評核會議於7月28、29日舉辦，邀請7位熟稔健保總額支付制度的學者及專家擔任評核委員，與會者除健保會委員、健保署、衛福部相關單位代表外，並邀請民間團體、病友團體等代表約160人參與，由各界共同檢視總額的執行績效，提供建言。

109年以評核108年度總額執行成果為主，評核委員除分別就四部門（醫院、西醫基層、牙醫門診與中醫門診）總額及其他預算提出改進建議外，也從宏觀健保政策角度切入，對健保署所擔任的保險人角色，提供整體性建議，對於整體健保資源配置及未來發展，提出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，摘要如下：

（一）整體性建議

評核委員肯定健保署發揮單一保險人的優勢，善用資訊科技工具進行管理，並協助各總額部門提高執行效率，各總額部門亦聚焦於評核重點，提出過去一年的執行績效，醫界投入的努力，值得嘉許，希望透過評核會議，互相借鏡，彼此學習。

專家學者也提醒，COVID-19疫情發生後，世界各國都面臨醫療體系及醫療提供模式重塑問題，而台灣也正面對人口老化、少子化及COVID-19疫情的嚴峻挑

戰，在有限資源下，健保論量計酬模式恐難以因應未來環境變化，需積極準備應對方式，發展更有效率、以人為本的服務模

式，並提出健保財務永續策略，促使健保持續改革與精進，守護全民健康。評核委員所提整體性建議重點說明如表3-1。

表3-1 評核委員整體性建議

整體性建議	
1. 對整體資源配置之建議	<p>(1) 應檢討支付制度及資源配置之合理性：健保署為單一保險人，支付制度對資源配置的影響更顯重要，近年門診分項費用中，藥費、特材費占率持續上升，但涉及專業服務的診療費、診察費、藥事服務費則持續下降，建議健保署在資源配置，尤其是支付制度上須有通盤考量。</p> <p>(2) 應重新審視整體醫療體系之分工及任務：分級醫療不僅為我國健保重大政策，同時涉及醫療體系發展與資源分配。建議健保署盤點三層級醫院住院資源的使用效率，審慎思考地區醫院在醫療照護體系的定位，重新檢視地區醫院門住診分配比例、重症照護任務與區域醫院及醫學中心的區隔，及其如何與西醫基層分工合作等，讓各醫療層級發揮應有功能。</p>
2. 對年度重點項目「推動分級醫療」之建議	<p>(1) 應設法提升分級醫療執行成效：分級醫療政策推行已見初步效果，但如何真正落實仍是重大挑戰。目前「基層接受轉診件數」僅有「醫院轉至基層件數」的 30.1%，請深入分析原因，確實了解分級醫療實際成效。</p> <p>(2) 應思考其他配套：目前單以轉診給付誘因、區域級以上醫院門診減量及開放表別，成效不易維持，未來除持續強化基層診療量能外，應思考其他配套措施。</p> <p>(3) 宜加強民眾端策略：除加強供給端誘因的策略外，民眾的就醫行為及就醫選擇才是關鍵，應著重建立民眾對基層照護的信心，以提升成效。</p> <p>(4) 加強成效評估：建議增加病人端使用感受的相關指標，並分析病人下轉後，就醫忠誠度與醫療費用變化，以建立長期效益評估指標。</p>
3. 對一般服務之建議	<p>(1) 宜注意民眾自費情形之變化趨勢：各總額部門滿意度調查的「自付其他費用的比例」逐年上升，民眾申訴及反映成案件數統計也以「額外收費（自費抱怨）」為最大宗，宜注意變化趨勢，並進行更細緻的分析。</p> <p>(2) 應納入更多成果面的成效指標：建議各項評估指標，除執行率外，應納入更多成果面的成效指標，並搭配支付方式，讓資源投入達到促進民眾健康之效果。</p> <p>(3) 總額之管理仍有改善空間：健保署善用大數據與資訊科技進行精準審查，以提高管理效能，惟近年除牙醫部門外，其餘部門醫療費用核減率逐年下降，但院所違規情形並未改善，且部分違規態樣難以健保的大數據資料稽核，總額的管理仍有改善空間。</p>
4. 對專款項目之建議	<p>宜選擇能反映效率及品質之績效指標：許多計畫以「增加服務人次（數）」為績效指標之一，但某些計畫如跨層級醫院合作、門診整合照護計畫等並不適用，建議研議能合理反映長期效率及品質的績效指標。</p>

（二）四總額部門之建議

評核委員對四總額部門執行成果的評核，主要聚焦於配合政策、民眾關切議題為主軸的「年度重點項目」，及費用占比達9成以上的「一般服務」執行績效，給予改善建議，以做為未來制度推動及醫療服務改善的參考，摘錄評核委員對四總額部門年度重點項目及一般服務之評核建議如表3-2。

除一般服務之外，對於具有特殊性、鼓勵性或目標性的專案計畫，係列為專款項目，108年計有37個專款項目，評核委員除就計畫是否續辦及經費增減等提出建議（如表3-3），供110年度總額協商參考外，亦就各專案之目標達成、執行情形、醫療成效等提出改善建議，有關專款項目之評核建議於總額協商之參用情形，詳見後段（「三、評核結果之後續獎勵與運用（二）評核建議於總額協商之運用」）說明。

表3-2 評核委員對四總額部門年度重點項目及一般服務之建議

總額部門	年度重點項目及一般服務之建議
醫院	<ol style="list-style-type: none"> 1. 年度重點項目「醫院分級醫療執行成效」、「護病比執行現況」： <ol style="list-style-type: none"> (1) 醫學中心與區域醫院的病人差異性極大，對護理人力的需求及受到門診減量措施的影響也不同，建議進行更細緻的分析，並對護病比進行 Case-mix（病例組合）校正。 (2) 建議進一步分析醫學中心及區域醫院減少的門診量內容，及病患特性與流向等，做為改進及推動的參考。 2. 一般服務： <ol style="list-style-type: none"> (1) 對自費的監測有待深入探討，應進一步了解是否有不宜讓病人自費的核心服務。目前對新醫療科技的引進過於保守，建議宜加速核心醫療項目納入健保給付，減少病人負擔。 (2) 對新藥、新科技的預算投入，期能提出成果面的評價指標，如生命的延長或生活品質的提升，以展示所創造的價值。 (3) 健保藥品給付金額已達年度健保總額 27%，且逐年持續成長；另平均每人藥費成長率超過 6%，大於總額成長率，長期將壓縮其他醫療服務項目的點值，有檢討之必要。
西醫基層	<ol style="list-style-type: none"> 1. 年度重點項目「西醫基層轉診執行概況」、「醫療給付改善方案成效」： <ol style="list-style-type: none"> (1) 目前多選擇執行面成果做為績效指標，建議提出更具代表成效與價值的績效指標。 (2) 對於分級醫療之成效，轉診人數成長值得肯定，惟 108 年醫院轉診至基層慢性病人持續就醫人數雖有成長，但占率僅為 9.79%，建議研議提高民眾持續在基層就醫的方案。 (3) 建議進一步分析轉診病人的特性及各分區推動的差異，及執行上之困難點，從中探討有效介入方式，以提高基層的轉診接受率。 2. 一般服務： <ol style="list-style-type: none"> (1) 部分專業醫療服務品質指標監測結果有上升趨勢，其中「整體剖腹產率」及「剖腹產率—自行要求」高於醫院部門，宜加強注意。 (2) 民眾自費比例上升，且成長幅度大，請探討原因，並思考管理策略。 (3) 近 2 年品保款實施方案符合核發條件之院所家數占率上升，核發權重達 100% 家數占率達 57.9%，請持續檢討品保款核發條件，訂定更具鑑別度之標準。

總額部門	年度重點項目及一般服務之建議
牙醫門診	<p>1. 年度重點項目「牙醫院所感染管制之現況與改善情形」、「國人牙齒保存現況與改善情形」：</p> <p>(1) 建議牙醫院所及偏鄉巡迴醫療等外展服務均遵循感染管制作業規定，並訂定更周延的管理查核制度，提高感染管制抽樣比例，作為管控與檢討之參據。</p> <p>(2) 為提升國人牙齒保存之孩童口腔健康，參考 WHO 訂定 5 歲孩童齲齒率低於 10% 之目標，值得肯定，惟非短期能達到，建議宜訂短、中、長期目標，可先定義易發生齲齒孩童，並加強照護。</p> <p>2. 一般服務：</p> <p>(1) 民眾約診不易及其原因為「病人很多不易掛號」是牙醫歷年普遍存在的問題，建議研提更有效之改善措施。</p> <p>(2) 建議持續監測「牙周病統合治療方案」及牙醫急症處置之醫療利用情形，並輔導院所讓民眾了解方案內容，以滿足民眾需求，並作為未來總額檢討之參考。</p> <p>(3) 「鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師之人力比」顯示醫療資源分布差距加大，建議研擬改善策略，以改善城鄉差距，另請牙全會持續提升假日開診，以提升假日就醫可近性。</p>
中醫門診	<p>1. 年度重點項目「中醫假日就診方便性之整體規劃」、「符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範」：</p> <p>(1) 中醫提供假日看診診次增加，服務醫師數及服務人次均有成長且達目標值，民眾就醫可近性增加，值得肯定。</p> <p>(2) 符合中醫針灸標準作業程序 (SOP) 規範合格院所比率 95.79%，訪視合格院所比率 100%，均達目標值。惟抽樣訪查率僅 5.5%，訪視院所 (166 家) 全數合格，指標定義宜再斟酌。</p> <p>2. 一般服務：</p> <p>(1) 提升就醫率及以科學化方式分析中醫療效，是整體中醫兩個有待努力的方向，建議將其提升列為長期努力目標。</p> <p>(2) 中醫師分布不均狀況仍持續存在，建議中醫部門設計鼓勵方案，提升獎勵誘因，以改善中醫師分布不均問題。</p> <p>(3) 中醫部門醫療費用核減率逐年下降，108 年核減率僅為 0.08%，為四部門最低，違規扣款均為非總額舉發，自行舉發的違規扣款金額為 0，請檢討內部稽核機制，加強專業自主管理。</p>



表3-3 評核委員對各總額部門專款項目之建議

總額部門別	項數	續辦與否			經費建議				備註
		擴大	維持	停辦	增加	不變	減少	刪除	
醫 院	6		6		2	4			建議增加預算： 1. 急診品質提升方案。 2. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質。
西醫基層	7		7			5	2		建議減少預算： 1. 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。 2. 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。
牙醫門診	3		3			3			
中醫門診	7		7		1	5	1		建議增加預算： 醫療資源不足地區改善方案。 建議減少預算： 中醫急症處置計畫。
跨部門及其他預算	14		13	1		13		1	109 年「提升用藥品質之藥事照護計畫」，尚未執行，建議停辦。
合 計	37		36	1	3	30	3	1	



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

健保會於7月28、29日順利完成各部門總額執行成果評核後，於8月份委員會議向委員報告各總額部門評核結果，醫院及牙醫部門為「優」級、中醫及西醫基層部門為「良」級，並將評核委員對整體及個別總額之共識建議及專案計畫續辦與否、經費增減等建議，提供委員協商110年度總額之參據，也請健保署與各總額部門納入未來執行參考。

健保會於8月份委員會議議定品質保證保留款（下稱品保款）獎勵額度，鼓勵總額部門持續提升執行成果。健保會委員綜合考量110年度總額協商空間及健保財務狀況後，決定以各總額部門評核年度（108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*0.2%、良級*0.1%獎勵成長率），110年四部門總額總計編列品保款專款11.09億元，全數用於獎勵表現績優的院所持續精進醫療品質（如圖3-8）。

110年度品保款獎勵成長率及額度（合計11.09億元）	部門別	評核結果	獎勵成長率	品保款專款額度
	醫院	優	0.2%	8.80億元
	西醫基層	良	0.1%	1.16億元
	牙醫門診	優	0.2%	0.88億元
	中醫門診	良	0.1%	0.25億元

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

圖3-8 四總額部門評核結果與110年度品保款獎勵情形

（二）評核建議於總額協商之運用

評核委員對於各部門總額、門診透析服務及其他預算之建議，列為協商110年度總額編列預算及協定事項之參據。健保會委員參酌評核委員建議後，將對於健保重大政策（如：分級醫療），或與民眾權

益及醫療品質改善相關建議，納入總額協定事項，以利持續追蹤與改善。109年評核建議事項，納入110年度總額協定事項情形詳表3-4。

表3-4 109年評核建議納入110年總額各部門總額協定事項情形

評核建議事項		納入總額協定事項
醫院總額及西醫基層總額	對於分級醫療成效評估，建議增加病人端使用感受的相關指標，並分析病人下轉後，就醫忠誠度與醫療費用變化，以建立長期效益評估指標。	專款項目「鼓勵院所建立轉診之合作機制」協定事項： 請健保署建立長期效益評估指標，持續監測病人流向及評估執行效益。
	對於新藥、新科技的預算投入，期能提出成果面的評價指標，例如生命的延長或生活品質的提升，以展示所創造的價值，而非僅是增加預算。	一般服務「新醫療科技」協定事項： 請健保署對於新醫療科技的預算投入，提出成果面的績效指標，呈現所創造的價值。
	醫療給付改善方案之乳癌照護成效良好，但照護率偏低，其餘方案的照護成效，則是未明顯優於未參加者，請健保署通盤檢討並研議具體改善策略。	專款項目「醫療給付改善方案」協定事項： 請通盤檢討各項方案照護成效，研議具體改善策略，精進方案執行內容，以提升照護率及執行成效。
	後天免疫缺乏病毒治療用藥人數呈現 2 位數成長，導致藥費大幅成長，遠超出預期，應詳加檢視其合理性。	專款項目「後天免疫缺乏病毒治療藥費」協定事項： 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。
西醫基層總額	家庭醫師整合性照護計畫： 1. 近年計畫大幅成長，建議應持續加強執行面監督，並強化退場機制。 2. 本計畫執行已久，建議納入更多結果面成效指標，以呈現計畫成效。	專款項目「家庭醫師整合性照護計畫」協定事項： 請健保署精進計畫內容，納入更多結果面成效指標，及強化執行面監督與退場機制，並提出成效檢討專案報告。
	強化基層照護能力及「開放表別」項目： 1. 多項開放表別項目執行超出預估值，請持續監測檢驗／檢查成長之合理性。 2. 請持續監測開放表別對基層照護量能之效益，如：降低重複至醫院檢查、病人後續就醫行為改變等。	專款項目「強化基層照護能力及『開放表別』項目」協定事項： 請檢視開放表別新增項目的適當性，並定期檢討既有項目費用成長之合理性，加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。
牙醫門診總額	訂定 5 歲幼童齲齒率低於 10% 作為努力目標，惟台灣仍有努力空間，建議宜設訂短、中、長期目標，除偕同政府相關單位共同推動健康促進外，亦應就現行健保支付提出改善作為，以提升孩童牙齒健康。	新增專款項目「0~6 歲兒童口腔健康照護試辦計畫」： 擇縣市試辦，並要求本項經費不應支付預防保健相關服務。
	建議持續監測牙醫急症處置（如：牙醫急症處置、週六日及國定假日牙醫門診急症處置、109 年新增牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫等）之醫療利用情形與管控機制。	專款項目「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」協定事項： 請持續監測本計畫之醫療利用情形與評估執行成效。

評核建議事項		納入總額協定事項
中醫門診總額	107、108 年中醫急症處置計畫預算執行率偏低，請加以檢討，並考量是否持續辦理或後續辦理方式。	專款項目「中醫急症處置」協定事項： 請檢討計畫執行情形及辦理方式，以提升執行效率。
門診透析服務	<ol style="list-style-type: none"> 我國透析病患有增無減，代表預防性措施仍有待強化，應持續研析原因，並積極探討因應對策，始能有效控制透析費用逐年成長之重大財務負擔。 請持續推動糖尿病與慢性腎臟病照護方案整合之規劃。 請持續加強西藥與中藥之用藥管理，以避免腎毒性藥物使用不當，或藥物交互作用，而影響病人健康。 	<ol style="list-style-type: none"> 「門診透析服務」協定事項： <ol style="list-style-type: none"> 加強腎臟病前期之整合照護，強化延緩病人進入透析之照護，並持續推動糖尿病與慢性腎臟病整合照護。 持續推動腎臟移植，並利用雲端藥歷加強對腎功能不佳病人提示審慎使用 NSAID 藥物及中西藥併用之訊息，提醒醫師審慎開立藥物。 其他預算及醫院與西醫基層專款項目協定事項： <ol style="list-style-type: none"> 「腎臟病照護及病人衛教計畫」研議新增急性腎損傷（AKI）病人照護與衛教。 「醫療給付改善方案」新增由其他預算移列之糖尿病與初期慢性腎臟病（Early-CKD）共同照護服務。
其他預算	基層總額轉診型態調整費用： <ol style="list-style-type: none"> 轉診支付有部分成效，可檢討現行支付規定，以發揮最大效益。 建議分析醫院轉診至基層病人，於基層之長期就醫情形。 	專款項目「基層總額轉診型態調整費用」協定事項： 請健保署持續檢討經費動支條件，並建立長期效益評估指標，監測病人流向（含病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用變化情形）及評估執行效益，提出專案報告。
	山地離島地區醫療給付效益提昇計畫： <ol style="list-style-type: none"> 山地離島地區人口老化問題較都會區嚴重，請健保署思考引進相關措施。 計畫已執行多年，成效穩定，惟近年慢性疾病及急性疾病每 10 萬人可避免住院率呈下降趨勢，宜進行全面性分析，並滾動式檢討。 	專款項目「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」協定事項： 請健保署持續評估山地離島地區需求，並滾動檢討、精進執行方案。另請加速推動山地鄉論人計酬試辦計畫。
	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： 目前已納入中醫、牙醫和藥事服務，但仍以西醫為主，請持續加強不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。	專款項目「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」協定事項： 請健保署精進執行方案，並持續推動不同醫療體系間的合作與轉介，朝全人照護方向發展。
	提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫： 預算執行率、服務人次、平均每就醫人就醫次數持續增加，建議應關注收容人醫療利用情形，避免供給誘發需求。	專款項目「提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」協定事項： 請健保署持續檢討本計畫醫療利用情形，並加強執行面監督。

第五節 總額協商的準備作業

健保會為完成總額協商的法定任務，每年從年初開始，即投入相當多的時間與精力，進行協商前的準備與溝通工作。經多年累積協商經驗，已建立成熟穩定的協商模式，完善多項協商前準備工作，包含：事先建立協商的共通性原則與架構、準備客觀數據做為協商參考，以及召開協商前的溝通會議以建立協商共識等，藉由事先規劃、準備，提高總額協商議事效率，各項準備工作分述如後。

一、訂定110年度總額協商架構及原則與程序

為利總額協商會議進行，健保會歷年均事先訂定總額協商架構及原則與程序（內涵摘要如圖3-9），並援例於每年5~6月展開研修作業，期讓9月份的總額協商會議有所依循。110年度「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構、原則及程序」修訂案，於109年5月份委員會議進行討論，修正重點如下（研修結果詳如附錄四~五）：

（一）全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

1. 合併總額協商架構及協商原則：為簡化行政作業及便於查閱，合併「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構」及「全民健康保險醫療給付費用總額協商原則」，為「全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則」。
2. 修訂總額設定公式，以「前一年度核定總額」為計算總額成長率之基礎：歷年行政院核定之總額成長率範圍係以「前一年度核定之總額」為計算基礎，為利

於比較及避免混淆，故配合修訂總額設定公式。

3. 增修「協商結束後，涉及金額或協定事項改變」之處理方式：考量健保會協商結果於送衛福部核（決）定後，健保會無權再經提案討論變更之。爰增列條文：「衛福部核（決）定後，已成為政策決定事項，若委員仍有不同意見，則依『全民健康保險會會議規範』提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議」，使原則更臻明確。

（二）全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

1. 明訂總額協定事項「執行目標」及「預期效益之評估指標」之議定程序：為落實總額預算檢討，近年總額協商強調新增項目應提出「執行目標」及「預期效益」。為使議定程序完備，將其納入各總額部門及健保署所規劃之協商草案中，並明訂其規劃、協商及確認之進行時程。
2. 明訂各總額部門提送協商草案之規範：考量總額協商為健保會重要法定任務，應於協商前完備資料供委員通盤審酌，爰明訂各總額部門應如期提送協商草案，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。
3. 明訂地區預算協商作業時程：為符合總額協商之法定時效，明訂於10月份委員會議討論總額部門所建議之地區預算分配方案，若總額部門未提送建議方案，則由健保會同仁掣案提11月份委員會議，最遲應於12月份委員會議完成協定。

110年度全民健康保險醫療給付費用總額 協商架構及原則與程序

內涵
摘要



★總額部門切分：

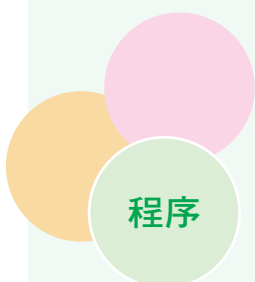
- 由牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院等四部門及其他預算組成。
- 西醫基層及醫院總額內含門診透析服務費用，合併兩部門之透析服務費用，並統為運用。

★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。

★協商原則內涵：

- 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。
- 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。



★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，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。
- 協商會議：於109年9月24日召開，依委員會議抽籤結果，依序進行醫院、西醫基層、牙醫、中醫部門及其他預算協商（協商會議議程詳附件）。
- 總額協商結果確認：109年9月25日召開第7次委員會議，於會上確認協商結果。

★會議進行原則：

- 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。
- 明訂地區預算協商作業時程。

圖3-9 110年度總額協商架構及原則與程序內涵摘要

二、編制總額協商所需之參考數據

（一）編製總額協商參考指標要覽

為使總額預算之協定及分配，有客觀的數據做為協商基礎，彙整健保署提供之健保相關資料及OECD公開之統計數據，編製「109年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，主要包含以下資料：

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. 歷年各總額部門核（決）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、醫院總額等四部門，及門診透析服務、其他預算等資料。
 - (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六分區比較資料。

為使本工具書提供更充分數據，以應總額協商所需，除新增108年度資料外，為提升資料可利用性，增修以下項目：

1. 國際比較資料：原比較各國醫療保健支出占GDP比率，分子為國民醫療保健支出（NHE），考量各國資本投入差異大，分子改採經常性醫療保健支出（CHE）。

2. 歷年總額相關數據：為利年度比較，新增「各總額部門醫療服務成本及人口因素成長率」章節，呈現整體及各總額部門歷年數值。

3. 醫療品質指標：配合心口司2018年兒童口腔健康調查報告，新增2018年資料。另醫療給付改善方案專案計畫，新增各項方案重要品質指標。

（二）編製各部門總額評核指標摘要

四總額部門及健保署所提報之年度執行成果資料繁多，為增進資料的客觀性及可用性，提升評核績效，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」主要包含以下內容：

1. 年度重點項目：為使各部門總額執行聚焦於政策目標及反映其對民眾健康需求之照顧成效，參考專家學者建議，於106年起逐步將各總額部門之年度重點項目及績效指標納入評核內容。109年度主要彙整「108年度各部門總額及健保署之重點項目及績效指標」，以利檢討前一年度執行結果，並作為未來努力目標。
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，以作為檢視健保照護成效的重要參考。

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（如：關鍵績效指標及監測結果）。近年，配合總額協定事項，亦將所設定執行目標、預期效益之評估指標執行結果，列表呈現，以監測實施成效並納入下年度總額協商參考。

109年度編製之各部門總額評核指標摘要，主要新增108年度資料，並參考過去評核委員關切指標，及年度總額重要協定事項，增列相關表格資料。例如：新增重大傷病之醫療利用情形、轉診及分級醫療執行結果、護理人力改善情形及各部門總額地區預算分配之執行情形等資料。

三、召開總額協商會前會，建立協商共識

衛福部於8月交付健保會進行110年度總額協定及分配後，先由健保署與各總額部門，預擬協商因素／專款項目之協商規劃草案。囿於總額協商時程緊迫，為增進協商效率，在9月份召開正式協商會議前，先安排座談會、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，並協助委員了解協商項目之內涵，相關會議辦理情形如下：

（一）召開「110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28日下午召開協商會前會，主要就四個總額部門及健保署所規劃的「110年度總額協商因素項目及計畫（草案）」進行意見交換。付費者委員認為，歷年總額配合政府政策投入預算，提升醫

療服務效率，所產生的執行效益，建議納入總額協商考量。所以請健保署提供健保醫療資訊雲端查詢系統、歷年推動分級醫療各項策略之實施成效與節省金額，以利總額協商。

此外，對於各總額部門所提出的協商草案，委員關心醫院、西醫基層總額及其他預算有關「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」、牙醫門診總額之「牙醫特殊醫療服務計畫」、其他預算「慢性腎臟病照護及病人衛教計畫」等項目預算編列的合理性，並提供諸多意見。

針對委員提問與意見，經彙整後送請各總額部門及健保署納為研修「110年度總額協商因素項目及計畫（草案）」之參考，並請據以研修後提9月份總額協商會議，期藉由事前溝通，拉近協商雙方對總額預算期待的差距。

（二）召開「健保署和付費者代表、專家學者與公正人士座談會」，增加委員對衛福部政策之了解

於9月2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，增進委員對政策及整體資源配置的了解。針對委員詢問之數據及資料需求，經彙整後，洽請健保署於9月份總額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之下，將健保資源做最有效率的配置。

附件

110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商會議議程

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
109 年 9 月 24 日（四）			
09:00~09:30	報到		
09:30~11:30	1-1. 醫院總額協商（120 分鐘）	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁	
11:30~12:30	午餐		
12:30~13:20	1-2. 醫院總額與西醫基層之門診透析預算協商（50 分鐘）	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會同仁（本節之協商，邀請腎臟醫學會列席）	
13:20~13:30	中場休息		
13:30~15:10	2. 西醫基層總額協商（100 分鐘）	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁	
15:10~15:20	中場休息		
15:20~16:40	3. 牙醫門診總額協商（80 分鐘）	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁	
16:40~16:50	中場休息		
16:50~18:10	4. 中醫門診總額協商（80 分鐘）	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會同仁	
18:10~19:10	晚餐		
19:10~20:23	5. 其他預算協商（73 分鐘）	本會委員、健保署，及社保司與本會同仁	
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）		
109 年 9 月 25 日（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、健保署與本會同仁	

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘（含門診透析 50 分鐘）、西醫基層 100 分鐘、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	第一階段 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行 召開內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計	推估 最長時間
			付費方	醫界方				
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		75~100 分鐘	75~140 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

註：1. 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。

2. 門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段（時間外加）。

3. 合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之 50% 為限。



第六節 總額協定與分配結果

一、110年度總額預算協商及衛福部核定結果

（一）健保會協定結果

健保會依衛福部於109年8月4日交付之「110年度醫療給付費用總額範圍案」（詳附件），及健保法第61條規定，在行政院核定總額成長率範圍（2.907%~4.5%）內，協議訂定110年度各部門總額及其分配方式。

健保會於9月24日召開總額協商會議，歷經10.5小時完成協商，其中牙醫門診、中醫門診總額及其他預算獲得共識，至於醫院及西醫基層總額部門，醫界及付費者代表雖已釋出最大誠意，惟反覆折衝後對於部分協商項目仍未能達成共識，爰依法報請衛福部決定。依健保會協商結果，各部門總額成長率及金額如表3-5，整體總額成長率為3.779%（付費者方案）及4.346%（醫界方案）。

就有共識部分，牙醫門診總額增編14.67億元，包括擴大6歲以下兒童與糖尿病患者的口腔照護，及70歲以上高齡患者之根管難症治療，並將腦傷及脊髓損傷之中度肢體障礙者納入牙醫特殊醫療服務照護對象等。中醫門診總額增編11.87億元，主要用於提升中醫針灸及傷科處置品質，將原需自費之特殊針灸、傷科與輔助治療項目，及西醫住院之呼吸困難患者的中醫輔助醫療納入健保給付，以減輕民眾

負擔。其他預算增編4.69億元，主要用於配合政策推動，加強居家醫療照護與精神疾病社區復健治療，及因應各種非天災所致之重大事件、傳染性疾病異常流行等非預期狀況。

醫院總額雖未獲共識，但雙方對於持續引進新醫療科技（35.62億元）、治療罕見疾病及血友病藥費、論質計酬方案、提升偏遠地區服務等減少民眾自費及擴大弱勢照護項目，均有共識。對於醫院代表希望增加經費用於壯大社區醫院及保障區域級（含）以上醫院住診服務項目，付費者代表基於醫院、西醫基層總額及其他預算已有編列鼓勵轉診合作之分級醫療相關專款預算，爰不予重複編列。

西醫基層總額也未獲共識，但雙方對於強化基層照護能力及新增基層診所可執行之檢驗（查）項目、鼓勵院所轉診合作、論質計酬方案等推動分級醫療及促進整合照護項目，均有共識。對於西醫基層代表希望增編COVID-19相關預算，付費者代表則認為法定傳染病依法應由公務預算支應，且政府已編有相關特別預算，爰不予編列。

健保會協商完成後，依法將已達成共識之牙醫門診、中醫門診總額、其他預算的協商結果，及未達共識之醫院及西醫基層總額，以兩案併陳方式，於109年10月28日將協商結果報請衛福部核（決）定。

表3-5 110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商結果成長率及金額

110 年度 醫療費用	達成共識			未獲共識兩案併陳			
	牙醫門診 總額	中醫門診 總額	其他預算	醫院總額		西醫基層總額	
				付費者方案	醫界方案	付費者方案	醫界方案
金額 (億元)	481.90	284.92	161.53	5,382.04	5,406.84	1,500.45	1,518.34
成長率/ 增加金額	3.055%	4.306%	增加 4.69 億元	3.995%	4.474%	3.229%	4.460%

註：1. 計算成長率所採基期費用為 109 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。

(二) 衛福部核定結果

衛福部於110年1月8日核定健保會所報「110年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」及「110年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式」，核（決）定結果摘要如下，整體總額成長率為4.107%，總金額為7,835.54億元，各部門總額成長率及金額如表3-6：

1. 牙醫門診、中醫門診醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配，同意依健保會陳報內容辦理。
2. 醫院總額之醫療給付費用，決定如下：
 - (1) 醫療服務成本指數改變率增加之預算：決定事項不列文字。
 - (2) 藥品及特材給付規定改變：增加10.7億元，其中2億元用於108、109年藥品給付規定範圍改變於110年之不足費用，其餘支應110年放寬藥物給付規定（含B肝用藥）費用，並合併運用藥物給付規定改變之財務影響淨

額。另請健保署檢討經費編列及估算方式之合理性，並將藥品節流效益納入考量。

- (3) 持續推動分級醫療，壯大社區醫院（110年新增項目）：編列5億元，用於地區醫院假日或夜間門診案件（不含藥費），採固定點值。
- (4) 提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診費用結構改變（110年新增項目）：編列10億元，用於區域級（含）以上醫院加護病床之住院診察費、護理費及病房費，採固定點值。
- (5) 門診透析服務總費用成長率為3.25%，經分攤，本項於醫院總額成長率為1.801%。
- (6) 其餘採付費者方案。
3. 西醫基層總額之醫療給付費用，決定如下：

(1) 醫療服務成本指數改變率增加之預算：決定事項不列文字。

(2) 其他醫療服務密集度改變（110年新增一般服務項目）：編列4.42億元。

(3) 門診透析服務總費用成長率為3.25%，經分攤，本項於西醫基層總額成長率為4.992%。

(4) 其餘採付費者方案。

4. 健保署得視執行需要，調整新增計畫（項目）之執行目標及預期效益之評估指標。

5. 110年度各部門總額一般服務費用之地區預算分配方式，同意依健保會陳報內容辦理。（健保會之地區預算協定結果，詳「四、110年度總額地區預算分配及歷年執行情形」，第74頁）。

表3-6 110年度全民健康保險醫療給付費用總額核（決）定成長率及金額

110 年度 醫療費用	牙醫門診 總額	中醫門診 總額	其他預算	醫院總額	西醫基層 總額	年度總額
金額（億元）	481.90	284.92	161.53	5,402.05	1,505.15	約 7,835.54
成長率／增加金額	3.055%	4.306%	增加 4.69 億元	4.382%	3.552%	4.107%

註：1. 計算成長率所採基期費用為 109 年度核定總額（約 7,526.41 億元）。

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。



二、110年度總額及預算分配情形

（一）110年度總額預算成長及分配

依衛福部核（決）定結果，110年度醫療給付費用總額成長率為4.107%，四部門總額成長率介於3.055%~4.382%，總額預算達7,835.5億元，較109年增加309.14億元，其中醫院總額增加226.76億元、西醫基層總額增加51.63億元、牙醫門診總額增加14.29億元、中醫門診總額增加11.76億元，以及其他預算增加4.69億元。

若將門診透析服務預算單獨統計，則各部門總額預算及其他預算占率如圖3-10。

「110年度全民健保醫療給付費用總額及其分配」於110年1月20日公告（公告內容請參閱健保會網站，下載路徑：首頁／公告及重要工作成果／醫療給付費用總額及其分配（法源依據：全民健康保險法第61條）／公告110年度總額及其分配）。

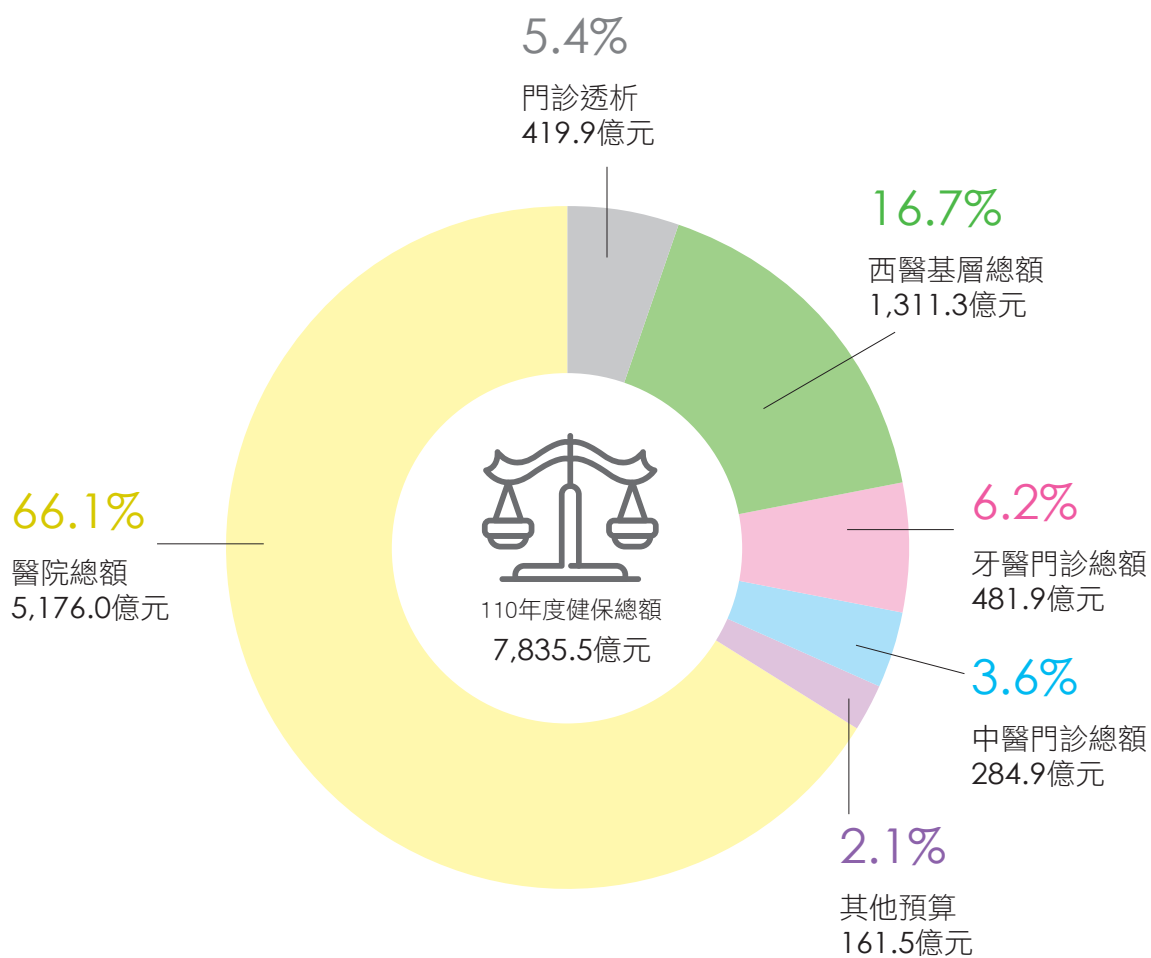


圖3-10 110年度各部門總額及其他預算占率

（二）110年度總額預算分配重點項目

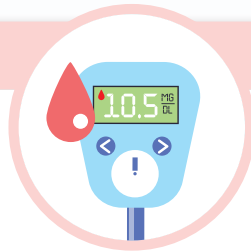
110年度總額預算之分配，主要配合衛福部總額協商政策目標，於醫院、西醫基層、牙醫門診及中醫門診總額及其他預算項下，分別協定各項預算及用途，預算分配主要用途如下（詳圖3-11），各用途之重點項目詳圖3-12：

1. 確保新醫療科技引進，提升給付效益。
2. 落實分級醫療，健全醫療體系發展。
3. 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益。
4. 推動全人照護，整合醫療照護服務。
5. 鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向。



圖3-11 110年度總額預算分配主要用途

1. 確保新醫療科技引進，提升給付效益



★引進新醫療科技：

新醫療科技包含新增診療項目、新藥及新特材等，持續引進新的給付項目，減少民眾自付費用之負擔，分別於醫院、西醫基層、牙醫門診總額編列一般服務「新醫療科技」35.62、1.90、0.12億元。

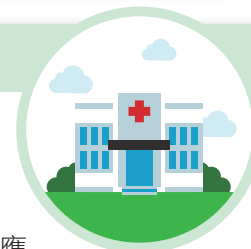
★合理放寬給付條件：

為調整現有給付項目，編列預算以因應給付規定改變，提升醫療給付效益與治療效果，分別於醫院、西醫基層總額編列一般服務「藥品及特材給付規定改變」10.7、0.77億元，合計11.47億元。

★持續編列C肝新藥預算：

配合「國家消除C肝政策綱領」，提高國人C型肝炎完治率，分別於醫院、西醫基層總額及其他預算編列專款「C型肝炎藥費」34.28、2.92、28.5億元，合計65.7億元，預計可治療約48,000人。

2. 落實分級醫療，健全醫療體系發展



★鼓勵雙向轉診：

為強化醫院與診所間的醫療服務合作，分別於醫院及西醫基層總額編列專款「鼓勵院所建立轉診之合作機制」4、2.58億元，以提供轉診誘因，並於其他預算編列專款「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，合計16.58億元。

★推動社區健康照護網絡：

以提升基層醫療服務量能為主要目的，強化基層健康照護體系，於西醫基層總額編列專款「家庭醫師整合性照護計畫」36.7億元、「強化基層照護能力及『開放表別』項目」9.2億元，用於擴大診所服務範疇，提供病人周全性及持續性的醫療照護。

★強化費用結構合理性：

為鼓勵地區醫院開設假日及夜間門診，及平衡區域級（含）以上醫院重症照護費用，於醫院總額編列專款「持續推動分級醫療，壯大社區醫院」5億元、「提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診費用結構改變」10億元。

3. 保障偏遠地區、弱勢及特殊族群就醫權益



★保障偏遠地區民眾就醫權益：

為鼓勵有能力、有意願的醫療院所至偏遠地區提供各項健保醫療服務，於各部門總額及其他預算編列專款「醫療資源不足地區改善方案」8.38億元、「全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」11億元、「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」6.55億元、「偏鄉地區基層診所產婦生產補助試辦計畫」0.5億元、「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」0.12億元，以提升當地民眾醫療照護可近性，均衡全國醫療資源分布。

★提升弱勢及特殊族群之醫療照護：

持續推動弱勢及特殊族群之照護，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，於醫院、西醫基層總額編列專款「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」117.54億元、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」53.12億元、「鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質」51.27億元，以及牙醫門診總額編列專款「牙醫特殊醫療服務計畫」6.721億元，以照護弱勢及特殊族群病人之生活品質。

4. 推動全人照護，整合醫療照護服務



★整合醫療體系與健保資源：

強化多重慢性病患全人照護、精神疾病病患之社區照護體系，並建置醫療支援系統，以銜接急性、亞急性、居家醫療及長期照顧等，於其他預算編列專款「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」65.44億元、「推動促進醫療體系整合計畫」4億元，加強醫療資源使用效率。

★建立論品質支付之基礎：

促使醫療院所提供更有品質、效率之醫療服務，並使醫療務品質具有可比較性，於醫院、西醫基層總額及其他預算編列專款「醫療給付改善方案」20.23億元、「鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）」2.1億元、「腎臟病照護及病人衛教計畫」4.5億元，以推動論質計畫。

★強化醫療資訊交換系統：

建立智慧醫療系統及醫療科技再評估機制，並鼓勵雲端醫療資訊共享，於各部門總額及其他預算編列專款「網路頻寬補助費用」5.58億元、「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」9.8億元、「提升保險服務成效」3億元，以提升健保資訊效能，增進健保資源之合理運用。

5. 鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向



★加強醫療服務品質：

為提升醫療照護品質及照護成效，加強民眾衛教，各部門總額新增或擴大數項照護計畫，如於一般服務編列「糖尿病患者口腔加強照護」2.25億元（新增）、「中醫針灸、傷科處置品質提升」3.34億元（新增），於專款編列「中醫癌症患者加強照護整合方案」2.45億元（增編0.51億元）、「急診品質提升方案」2.46億元（增編0.86億元）等。

★強化藥事照護品質：

擴大推動臨床藥事服務，輔導民眾正確服藥觀念，於其他預算編列專款「提升用藥品質之藥事照護計畫」0.3億元，強化用藥安全及照護品質。

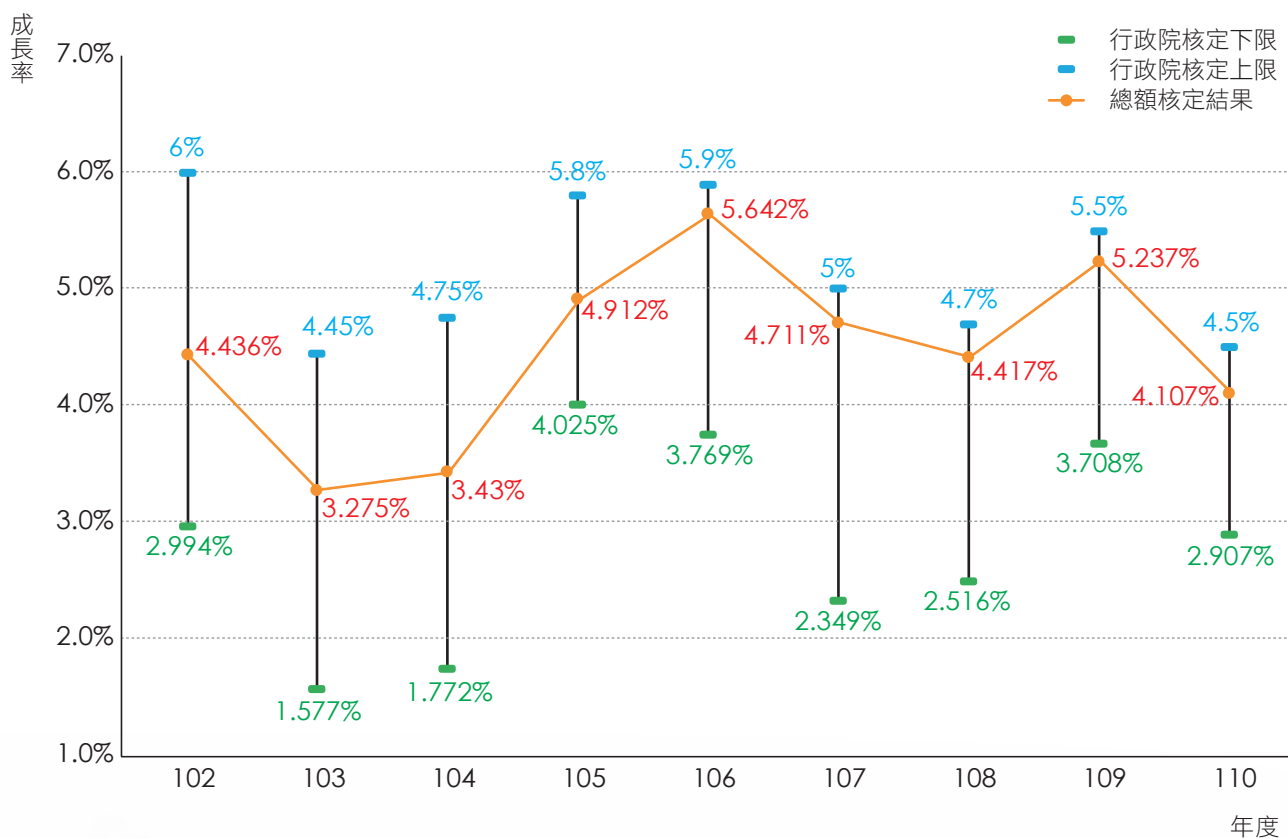
圖3-12 110年度總額預算分配重點項目



三、歷年各部門總額成長率及金額

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～110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3-13）。



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3-13 行政院核定總額範圍及核定結果



106～110年度總額自6,545.1億元增加至7,835.5億元，各部門總額及其他預算逐年上升，近5年成長率（較前一年核定總額成長率）介於3.055%～6.021%之間，其中醫院總額自4,281.7億元增加至5,176億元、西醫基層總額自1,123.8

億元增加至1,311.3億元、牙醫門診總額自418.5億元增加至481.9億元、中醫門診總額自239.3億元增加至284.9億元、門診透析自369.1億元增加至420.0億元，以及其他預算自112.6億元增加至161.5億元（如圖3-14、3-15）。

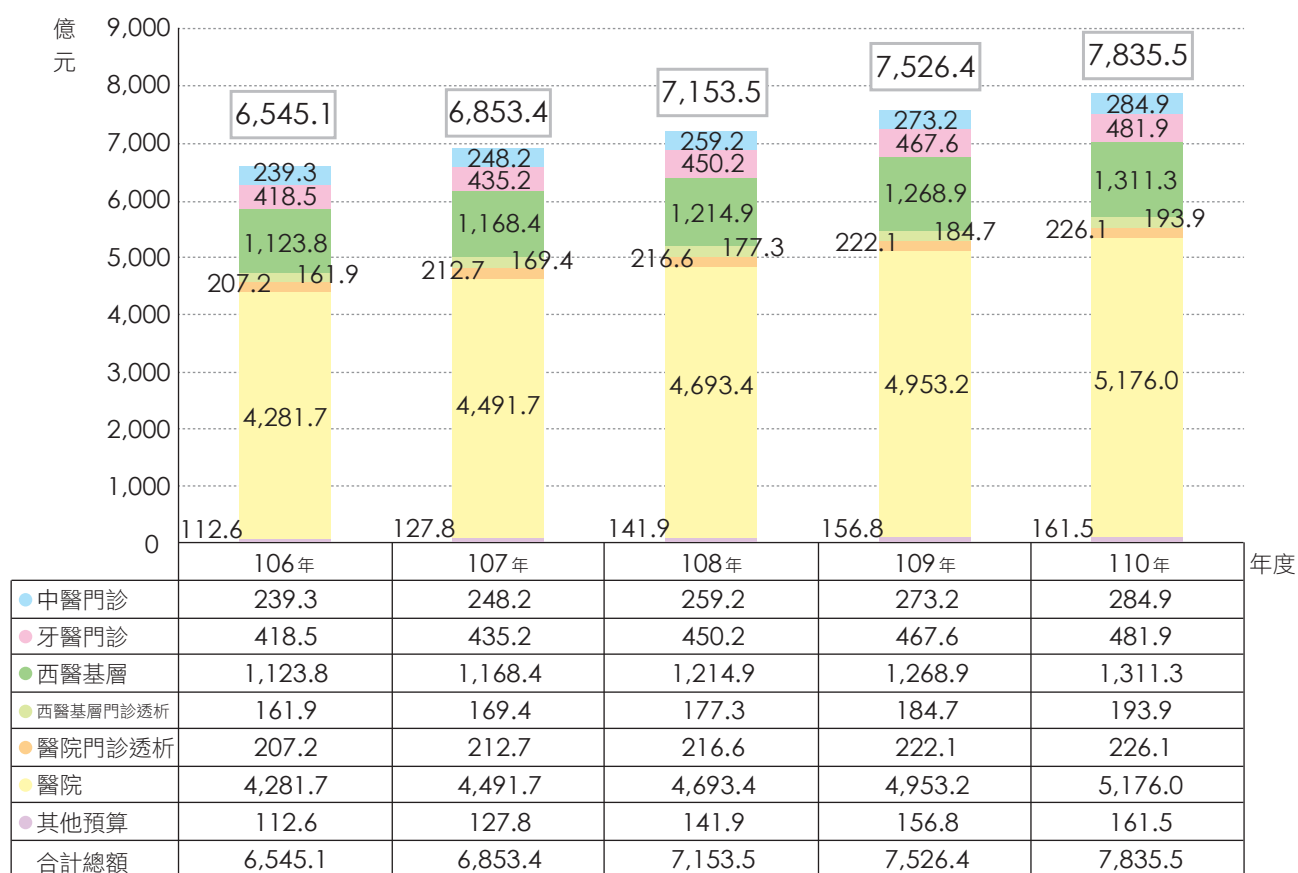


圖3-14 106～110年度各部門總額及其他預算

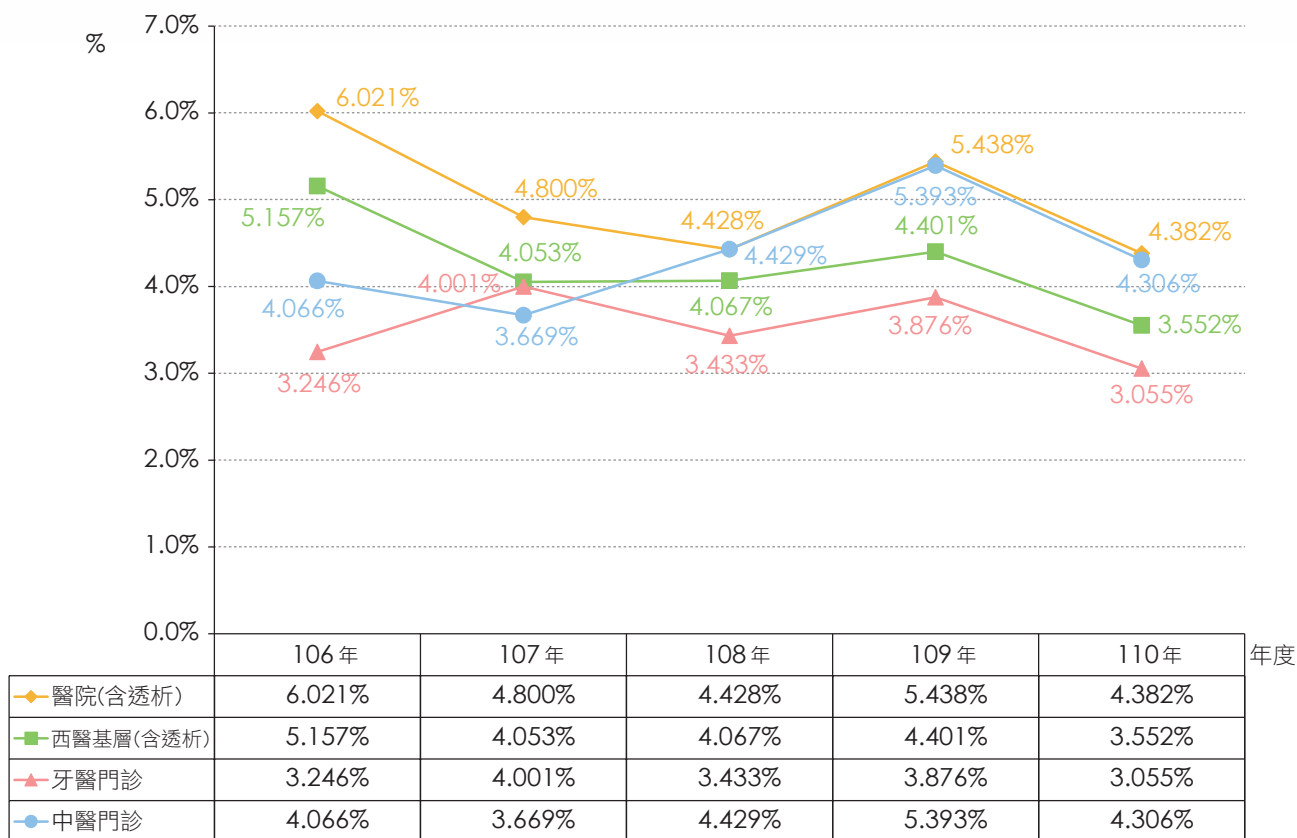


圖3-15 106~110年度各部門總額成長率（較前一年核定總額成長率）

四、110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

總額支付制度實施後，基於授權與分責，為利各區財務（預算）責任之分擔及負起健康照護責任，故採分區方式分配地區預算。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3-16。地區預算分配的主要考量在於提升保險對象就醫公平性，並希望導引醫療資源均衡分布，及促進同儕制約之效益。因此，衛生署（衛福部前身）於規劃四部門總額時，均以「錢跟著人走」為原則，依健保六分

區校正人口風險後的保險對象人數來分配地區預算，當保險對象跨區就醫時，其費用則由原投保分區支付。

在「錢跟著人走」的原則下，六分區地區預算係以「校正人口風險後之保險對象人數」為參數（下稱人口參數），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（下稱費用參數），並考量部門特性，漸進提升人口參數占率，最終以達成100%依人口參數分配為目標。人口參數的風險校正因子，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108年度為例）如圖3-17。

健保會歷年來均依循衛福部「錢跟著人走」的政策，進行地區預算之協商分配。因其涉及六區預算競合，且四部門總額的特性及民眾就醫型態不同，因此每年協商時，人口參數占率是否提升，一直是考驗健保會委員智慧的難題。為此，衛福部及健保會曾多次召開檢討會議，

也辦理委託研究，借鏡國際經驗及實證分析，檢視我國的分配方式。研究結果顯示，多數國家均採用「以人口為基礎（population-based）」的方式分配地區預算，且我國健保分區涵蓋人口眾多，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，建議各部門總額人口參數占率應持續提升。但相關會議結論也建議，考量醫療供給及民眾就醫習慣等因素，為減緩衝擊，建議以漸進方式，並考量部門之特性，漸進增加「人口參數占率」，以利各區調適。

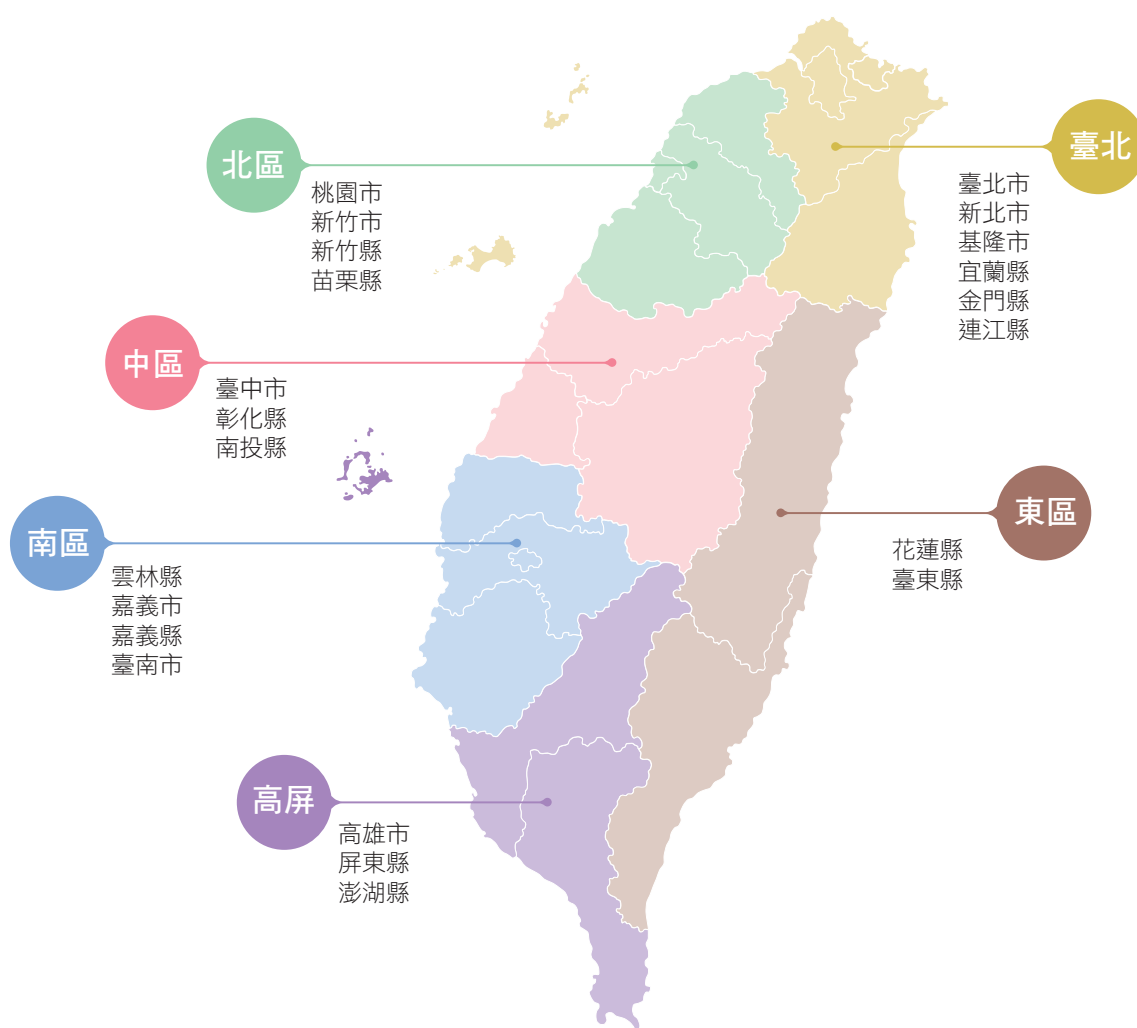
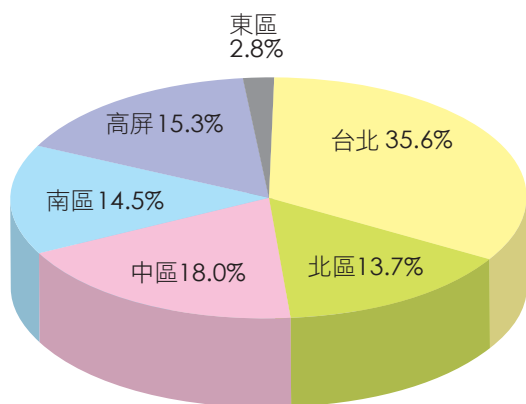
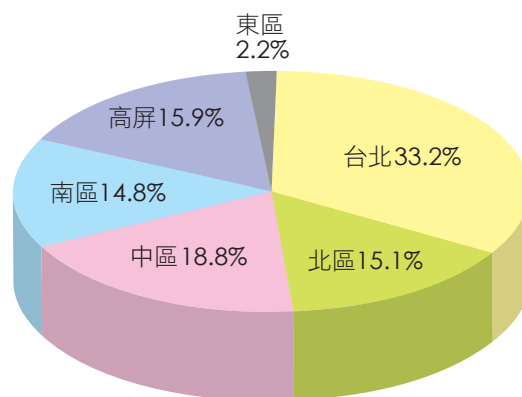


圖3-16 地區預算六分區所轄縣市

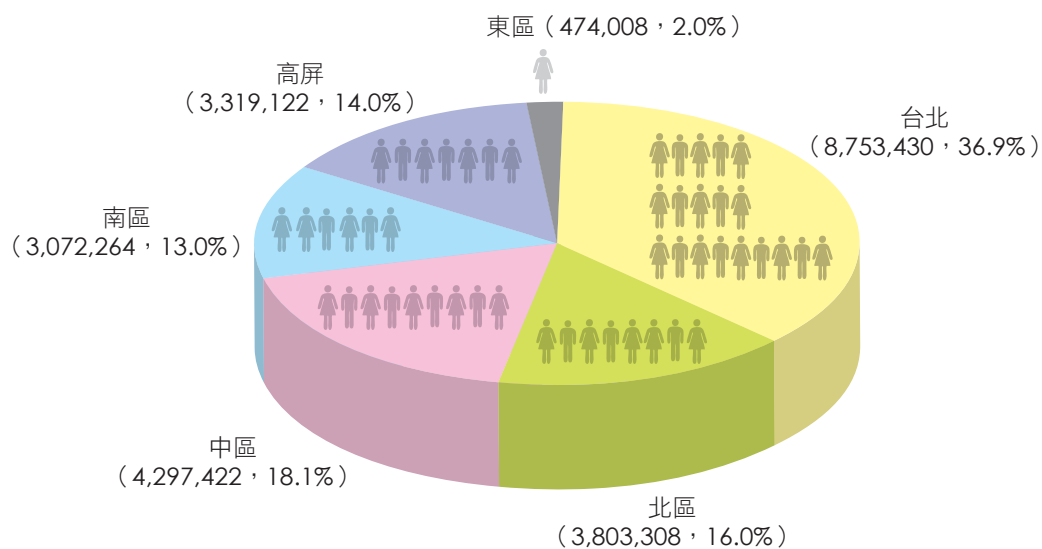
醫院總額各分區地區預算占率



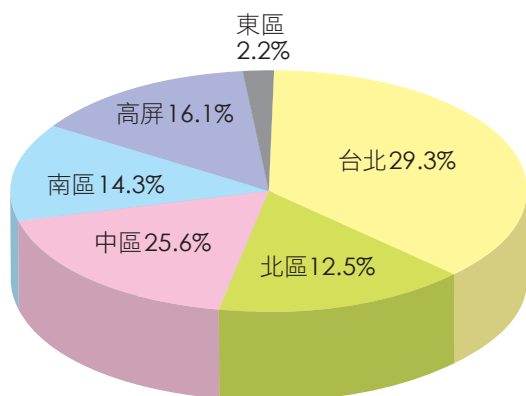
西醫基層總額各分區地區預算占率



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

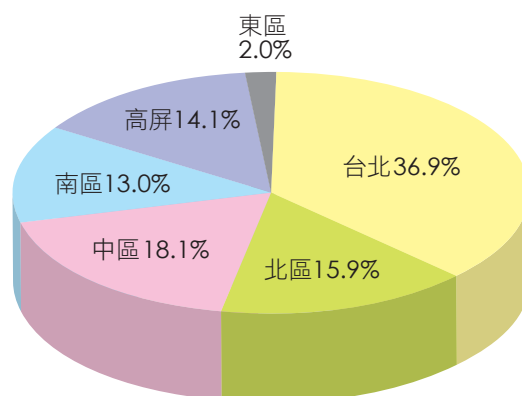


圖3-17 六分區投保人數及各部門總額一般服務預算占率（以108年度為例）

（二）110年地區預算分配結果

健保會於9月份委員會議協定110年度四部門總額後，接下來的重要法定任務是協定地區預算，將四部門總額預算分配至健保六個分區。醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診總額之地區預算分配，分別於10~12月份委員會議議定，並函報衛福部核定，衛福部核定同意健保會協定結果，並於110年1月20日公告（公告內容請參閱健保會網站，下載路徑：首頁／公告及重要工作成果／醫療給付費用總額及其分配（法源依據：全民健康保險法第61條）／公告110年度總額及其分配）。

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實際執行情形。109年度因為COVID-19疫情衝擊，民眾就醫行為及醫療院所服務提供都受到影響，考量各種變動情形未明，110年各總額部門地區預算均維持109年的人口參數占率，但仍設有「風險調整移撥款」，以補強偏鄉及弱勢族群的醫療照護，並作為分區間調整預算風險之用。各部門總額地區預算分配結果摘要如表3-7：



表3-7 110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. 各分區實際收入預算占率	67%
					2. 各分區戶籍人口數占率	13%
各地區在總額實施前一年的醫療費用 (S 值)	49%	55%	32%	0%	3. 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率	10%
					4. 各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差	4%
					5. 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率	5%
					6. 偏鄉人口預算分配調升機制（若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配）	1%
風險調整移撥款	2 億元 (用以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務)		6 億元 (用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區)	17.64 億元 (用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「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 5 項特定用途。移撥經費若有剩餘，優先用於「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」)	0.35 億元 (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浮動點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 55% 分配予臺北分區，45% 分配予北區分區)	

（三）歷年地區預算分配結果

各部門總額中，牙醫門診總額自95年起地區預算已100%依人口參數分配，其餘三個總額部門則依每年實際運作情形，逐步調升地區預算人口參數之分配占率。截至109年，醫院總額門診依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數分配的比率達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%。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3-8。

此外，為因應各部門總額地區預算運作之需要，近年協商總額時健保會亦同意各部門可以自一般服務預算移撥部分經費，作為地區預算分配之風險調控、強化弱勢人口與偏鄉之醫療服務，或平衡各地區醫療資源發展之用。其中，醫院總額設立風險移撥款的時間雖較其他部門晚，但做法更具有前瞻性，除以偏遠地區、弱勢及特殊族群做為分配預算之參考因素外，並運用該筆預算填補現行制度下醫療服務的不足，包括：促進區域醫療整合，提升癌症、糖尿病等疾病之照護品質，強化居家醫療服務及精神醫療照護等。而中醫、西醫基層則用於保障東區及撥補點值落後地區；牙醫因為已達100%依人口參數分配，故其風險移撥款主要用於醫療資源不

表3-8 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 部門別		87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110
牙醫門診		—	10	20	40	50	70	80	100																
中醫門診		—		5		15	20	30		0			5			6	7	8	11	13	13	13			
										試辦計畫 ^{註2}			修正後試辦計畫 ^{註3}												
西醫基層		—			5	15	25	40	60	65	試辦 計畫 ^{註4}	65						66			67	68	68		
醫院	門診	—				註5		10	15	38	45					46				50			51	51	
	住院	—				註5		10	38	40						41				45			45	45	

- 註：1. 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額支付制度，分別於87年7月、89年7月、90年7月及91年7月開辦。
 2. 中醫門診總額採試辦計畫：事後分配預算，分配參數未含人口因素。
 3. 中醫門診總額採修正後試辦計畫：事前分配預算，分配參數含人口因素（各分區戶籍人口占率）。
 4. 西醫基層總額採試辦計畫：主要以各分區94~96年之3年平均總額預算占率分配。
 5. 醫院總額91年7~12月：不採地區預算方式分配。92年因應SARS影響部分醫院營運，以不分季但分區的方式，100%依各區91年度門、住診實際發生醫療費用比率分配。

足、特殊醫療服務等專案計畫及就醫率較高之地區。

總額分配地區預算的主要目標，是保障民眾就醫公平性，導引醫療資源均衡分布，使人口成長較多及較老化的地區，有足夠資源發展所需要的醫療服務。因此，健保會委員在協商地區預算分配時，除需

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外，也需審酌時勢、併同考量各分區實務執行狀況，集眾人智慧，做出最妥適的分配，以逐步達成衛福部「保障民眾就醫的公平性」及「資源分配均衡發展」的政策目標。



附件

衛 生 部
保 險 司

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：陳小姐
聯絡電話：(02)8590-6741
傳真：(02)8590-6048
電子郵件：hgstchen@mohw.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國109年8月4日
發文字號：衛部保字第1091260201號
類別：普通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：1、行政院109年8月3日院臺衛字第1090024113號函影本；2、110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向

主旨：有關「110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109年8月3日院臺衛字第1090024113號函（影本如附件1）辦理。
二、行政院核定110年度全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.907%，上限為4.5%。
三、併附110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2）。

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）

109.08.04
109C101482

第 1 頁，共 1 頁

附件之附件一

行 政 院 函

地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
電話：02-33566500

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國109年8月3日
發文字號：院臺衛字第1090024113號
類別：通件
密等及解密條件或保密期限：
附件：

主旨：所報110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，核定全民健康保險醫療給付費用成長率下限為2.907%，上限為4.5%。

說明：
一、復109年5月18日衛部保字第1091260198號函。
二、請持續檢討現行給付結構之合理性，提升資源使用效率，並檢視各項支出面改革措施之成效及節流效果，以合理回饋至總額預算之調控，並據以適時檢討基期之合理性。
三、鑒於人口快速老化帶動醫療需求成長，健保財務壓力將持續增加，並考量嚴重特殊傳染性肺炎（COVID-19）對於經濟及醫療之衝擊，為維持健保財務永續，請重新檢視整體制度並通盤檢討，強化財務健全及負擔之公平性，以確保制度永續經營。
四、考量現行總額擬訂公式已採行多年，各界亦提出修正意見，請儘速進行公式檢討，以合理反映經社環境改變下，醫療費用需求之變動。

正本：衛生福利部
副本：國家發展委員會、行政院主計總處

109.08.03
1090126408

第 1 頁，共 1 頁

附件之附件二

110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 109 年 8 月

為精進全民健康保險（以下稱全民健保）年度醫療給付費用總額之協商方向，朝以提升品質、效率與公平之目標，本部特研擬全民健康保險中長期改革計畫（4-6年），依年度目標協定總額預算，分年達成目標。就整體及長遠面，將整合全民健保、公共衛生、醫療照護、長期照顧等各項政策之推動，分別就急症、重難症、慢性病、心理健康及新興傳染病等面向擬訂策略，建置完善健康照護體系，讓健保有限資源，做最有效利用，使國民健康極大化。另亦從疾病自然史，結合預防保健、疾病治療及長期照顧等三段五級疾病預防概念，推動各項提升健康照護品質，促進民眾健康等措施，以創造社會的最大價值。

前述全民健保中長期改革計畫（4-6年），其目標與重點項目如下：

一、改革健保給付及支付制度，提升健保給付效益與支付效率：

- （一）導入健保給付再評估（基期檢討）與強化健康科技評估制度，提升健保給付價值。
- （二）分年推動藥品給付支付改革，提升新藥可近性，並平衡藥費與專業服務費用。
- （三）加速健保支付制度改革，強化醫療院所財務與品質責信（Accountability），引導提升品質與療效。

二、整合公共衛生體系與健保資源，積極提升民眾健康：

- （一）持續推動「國家消除C肝政策綱領」，提高C型肝炎完治率，減少肝硬化及肝癌的發生。
- （二）推動「國家慢性病整合防治計畫」，結合健保資源與公務預算，強化慢性病預防、整合性慢病健康管理與病人自我照護，落實世界衛生組織（WHO）在2023年減少三分之一慢性病早逝的目標。
- （三）建立社區健康照護網絡，精進健保各項計畫（如家庭醫師整合性照護計畫等），銜接急性、亞急性、居家醫療及長期照顧（含社區照顧），強化基層健康照護體系。

三、配合健康照護體系改革，引導資源有效配置：

- （一）從醫院評鑑制度之革新，建立醫院品質優化機制，促使醫院正向改善人力配置情形，讓民眾受到妥適之醫療照護。
- （二）試辦「住院護理整合照護服務（Skill Mix）」，提升住院照護品質，減少院內感染，減輕護理師與家屬負擔。

(三) 強化精神社區照護體系，使病人回歸社區，提升生活品質。

(四) 建置智慧醫療區域聯防機制，提升偏鄉醫療照護可近性。

爰此，110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，如引進新藥物及新醫療技術、強化照護內涵，提升醫療品質、合理反映特殊族群及偏遠地區民眾之照護需求、強化費用結構合理性，平衡層級別或科別之費用，以及健全醫療體系發展，提升服務效能等外，亦配合本部全民健保中長期改革計畫，導入下列協商方向，落實提升民眾健康、醫療品質與服務效率三大目標：

- 一、運用健康科技評估工具，合理引進新的給付項目或放寬給付條件，提升醫療給付效益與治療效果，並減少民眾自付費用之負擔。
- 二、配合國家慢性病整合防治計畫，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防與群體健康管理，整合各類慢性病防治體系與人力，透過論價值支付，提升醫療院所財務與品質責信、加強病人自我照護，提高健保效率。
- 三、建立各總額部門健康（品質）改善之總體目標與分區目標：以實證醫學為基礎之有效醫療核心品質指標，藉品質保證獎金，鼓勵各區虛擬競爭，運用有限資源，並透過服務協調、整合與品質改善，強化醫療院所品質責信，落實提升群體健康之目標。







第四章

落實收支連動， 穩健健保財務

- 086 第一節 健保收支連動之落實
- 093 第二節 召開專家諮詢會議提供意見
- 100 第三節 全民健康保險110年度一般
保險費率審議

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，依健保法第24條規定，在健保會協議訂定年度總額後1個月，健保署應提出當年度的一般

保險費費率送會審議；而健保會在審議前，則應先邀集精算師、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。費率審議流程如圖4-1：

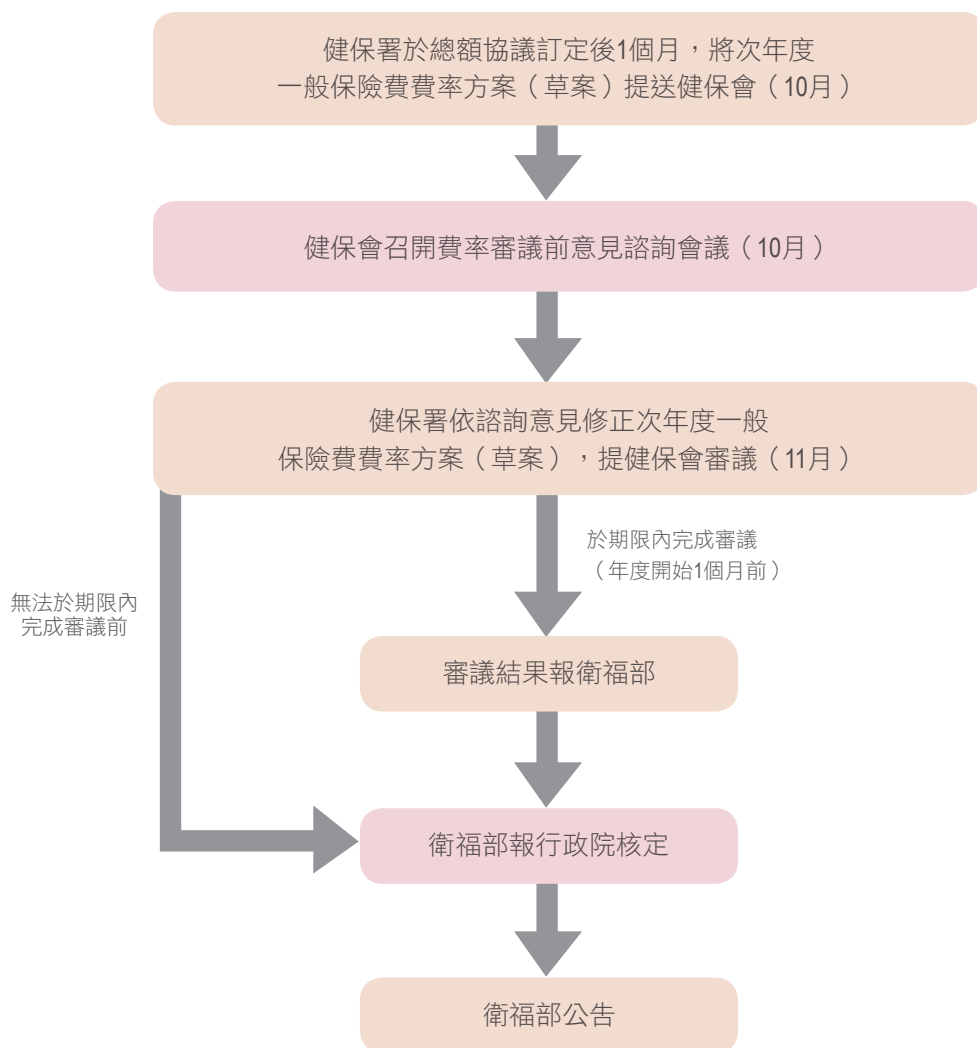


圖4-1 全民健康保險一般保險費費率審議流程

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」（詳

表4-1），明定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，其運作方式如圖4-2。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。

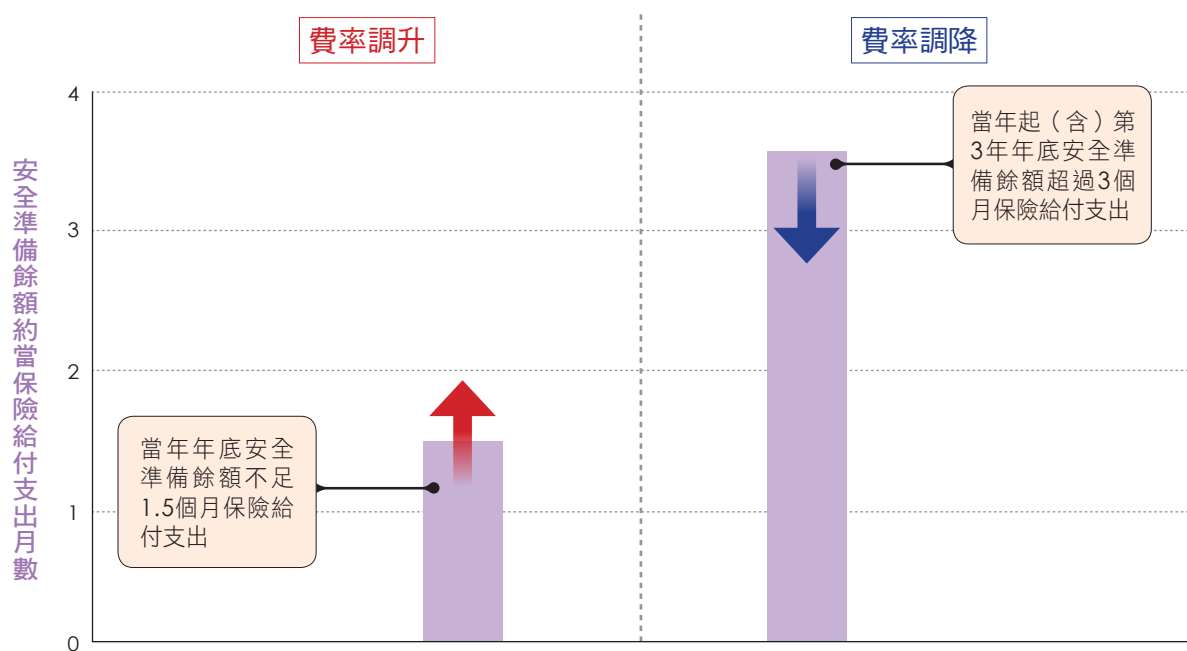


圖4-2 全民健保財務平衡及收支連動機制示意圖

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，依一般保險費費率之成長率調整，其調整後之比率，由主管機關逐年公告。

二、健保歷年財務概況

（一）84到108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108年12月止，各年度健保財務收支狀況如表4-2（權責基礎），累計保險收入為103,398億元，保險成本為101,630億元；就收支成長觀之，85至108年間，保險收入平均成長率為4.21%，保險成本平均成長率為4.81%。

表4-2 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 餘絀（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

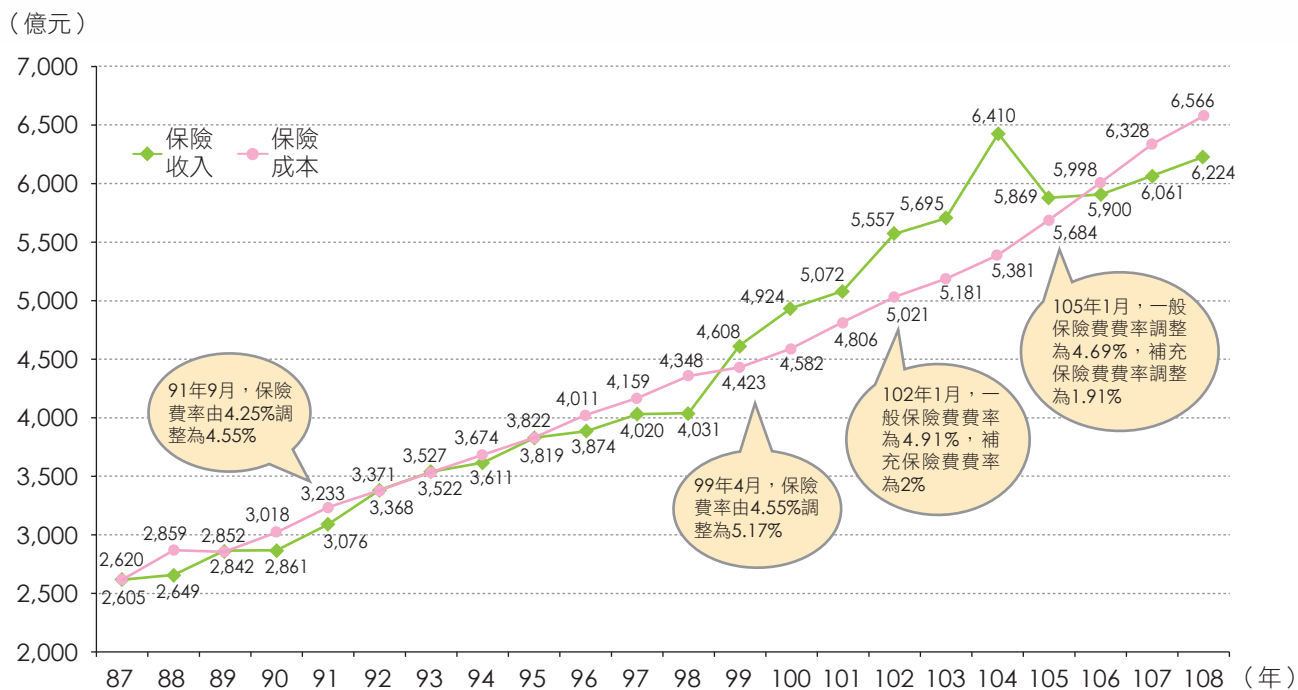
年度	保險收入 (a)		保險成本 (b)		保險收支 餘絀 (a-b)	安全準備 累計餘額	安全準備累計餘 額約當保險給付 支出月數
	金額	成長率	金額	成長率			
94 年	3,611	2.51	3,674	4.18	-63	15	0.04
95 年	3,819	5.76	3,822	4.02	-3	12	0.04
96 年	3,874	1.44	4,011	4.95	-138	-126	-0.38
97 年	4,020	3.77	4,159	3.68	-140	-265	-0.77
98 年	4,031	0.28	4,348	4.53	-317	-582	-1.61
99 年	4,608	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
108 年	6,224	2.69	6,566	3.77	-342	1,767	3.23
合計	103,398	—	101,630	—	1,767	—	—
85 ~ 108 年平均	4,227	4.21	4,169	4.81	—	—	—

資料來源：健保署。

註：1. 84 ~ 108 年度保險收支金額為審定決算數。

2. 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）。

3. 部分資料因四捨五入關係，致總數與細數之間，有未能完全吻合情況。



資料來源：健保署。

圖4-3 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

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絀；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5.22個月保險給付支出，未能符合健保法第78條所定以相當於最近精算1~3個月保險給付支出為原則之規定，乃於105年1月起將一般保險費費率由4.91%調整為4.69%、補充保險費費率由2%調整為1.91%。惟自106年起保險財務收支再次出現逆差，106~108年之保險收支短絀分別為98億元、266億元、342億元。截至108年底安全準備累計餘額為1,767億元，約當3.23個月保險給付支出。

（二）109年度財務概況

109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6,339億元，保險成本為7,002億

元，收入扣除成本後，收支短絀為663億元。109年度相較108年度（審定決算）保險收支情形如表4-3。

表4-3 109年度全民健康保險財務收支餘絀情形

單位：億元、%、月

項目		109 年度 決算 (a)	108 年度 審定決算 (b)	109 年度 增減金額 (a-b)	109 年度 成長率 (a-b)/b
保險收入	保險收入	6,339	6,271	68	1.08
	保費收入	6,159	6,095	64	1.05
	依法分配收入	159	153	7	4.47
	利息收入	11	15	-4	-28.20
	收回呆帳	11	9	1	15.37
	雜項收入	0.236	0.268	-0.032	-11.79
保險成本	保險成本	7,002	6,613	389	5.88
	保險給付	6,949	6,564	385	5.86
	呆帳	50	47	3	6.44
	業務費用	3.308	2.534	0.774	30.55
	雜項費用	0.047	0.017	0.030	174.94
保險收支餘絀		-663	-342	-321	93.80
安全準備累計餘額 約當保險給付支出月數		1.91	3.23	—	—

資料來源：108 年度全民健康保險基金附屬單位審定決算、健保署 109 年 12 月份業務執行報告。

註：1. 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。

2. 部分資料因四捨五入關係，致總數與細數之間，有未能完全吻合情況。

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」，109年度各項收入成長情形分析如下：

1. 保費收入：較108年成長1.05%，主因說明如下：

(1) 109年投保人數較去年同期成長，致保費收入增加約18億元。

(2) 平均投保金額較去年同期成長，致保費收入增加約68億元。

(3) 平均眷口數較去年同期減少，致保費收入減少約46億元。

(4) 補充保險費較去年同期減少約6.11億元，主要係COVID-19疫情持續影響，致雇主負擔、股利、利息及租金等項目之補充保險費較108年減少。

(5) 政府應負擔36%差額較去年同期增加27.84億元，主要係因一般保險費收入較去年增加。

2. 依法分配收入：較108年成長4.47%，主要係菸捐及公益彩券盈餘實際分配收入較去年增加所致。

3. 利息收入：較108年負成長28.20%，主要係健保資金日平均營運量較去年減少，且央行於109年3月降息一碼，致平均收益率為0.59%，較去年同期0.67%為低所致。

4. 收回呆帳：較108年成長15.37%，係因積極控管欠費，並加強催收所致。

5. 雜項收入：較108年負成長11.79%，主要係因未兌現支票轉列收入筆數，較去年同期減少，致未兌現支票轉列收入減少。

保險成本包含保險給付、呆帳、業務費用及雜項費用等4項（如圖4-4），主要的成本項目為「保險給付」（即支付給醫療院所的費用），109年度各項成本成長情形分析如下：

1. 保險給付：較108年成長5.86%，主要係總額協商成長所致。

2. 呆帳：較108年成長6.44%，主要係基本工資調漲及加強欠費監控機制，致催收、移送行政執行金額及未逾寬限期應收帳款金額上升。

3. 業務費用：較108年成長30.55%，主要係以前年度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，及相關資安防護系統、軟體設備保固到期，致相關維護費用較去年增加。

4. 雜項費用：較108年成長174.94%，主要係每筆保險收支未兌現支票重開平均每筆金額，較去年增加，以致未兌現支票重開費用增加。

109年保險收入扣除保險成本後，保險收支為短絀663億元，健保署依法收回安全準備填補短絀，109年底安全準備餘額為1,105億元，約當1.91個月保險給付支出。

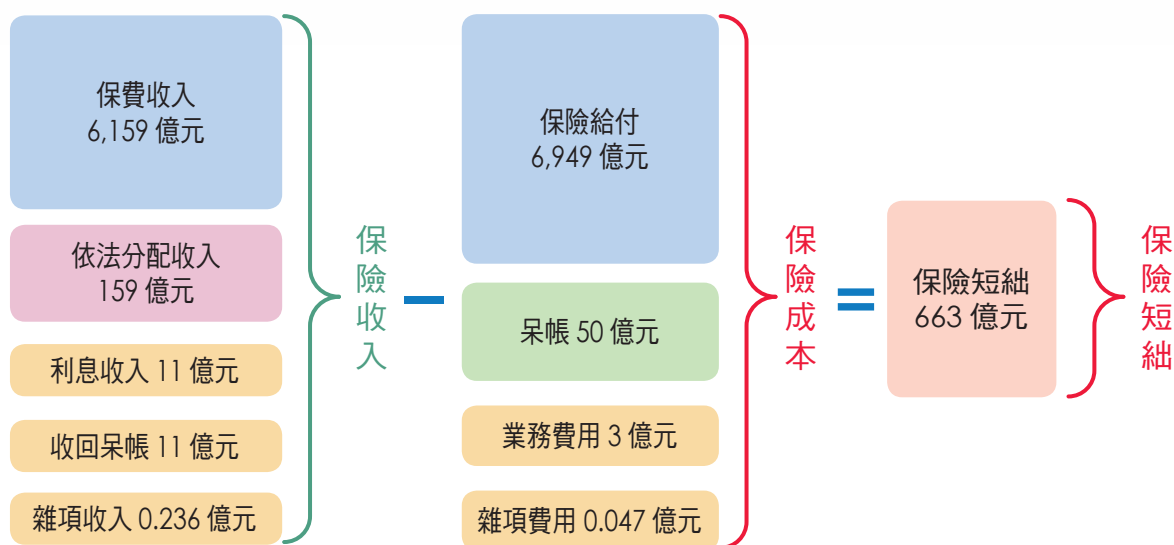


圖4-4 109年度保險收入、保險成本示意圖

第二節 召開專家諮詢會議提供意見

一、110年度保險費率方案（草案）

經過健保會全體委員的努力，110年度醫療給付費用總額在109年9月24日完成協商，醫院總額及西醫基層總額雖未達成共識，健保會依法定期程，於109年10月16日召開「全民健康保險110年度保險費率審議前意見諮詢會議」，此次會議共邀請曲教授同光、李教授玉春、周教授穎政、郝精算師充仁、黃教授耀輝、滕理事長西華、盧教授瑞芬、羅研究員紀琮8位專家學者與會提供意見，健保會委員共27位（含代理人）列席關心，全程參與討論。

首先由健保署報告「全民健康保險110年度保險費率方案（草案）」，方案包括「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，在推估健保費率時，主要分為保險收入、保險支出兩方面，其推估架構概述如下：

（一）保險收入：分為保險費收入、其他保險收入進行推估。

在保險費收入，預估投保人口時，分為本國籍與非本國籍人口兩部分，其中本國籍人士係參考國家發展委員會「中華民國人口推計（2020至2070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，推計得到各類保險對象人數，將之帶入健保法規定計算得出一般保險費，並加計依時間序列方式推估所得之補充保險費，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，按目前獲配比率推估。

（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，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下圖4-5：

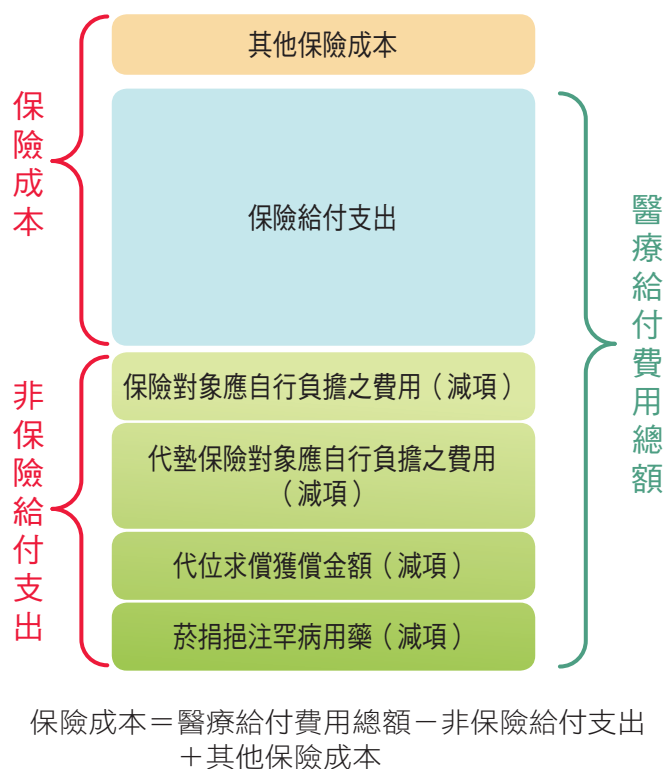


圖4-5 保險成本架構

在此推估結構下，111～113年保險收入平均年成長率為1.37%，111～113年總額平均年成長率約為4.15%，兩者之間成長率相差約3%。

依健保署財務推估結果顯示，維持現行費率4.69%下，110年度醫療給付費用總額成長率若以付費者方案3.779%，及醫

界方案4.346%設算，預估該年底安全準備累計餘額分別為244億元及202億元（約當0.41及0.33個月保險給付支出，如下表4-4、4-5），皆無法符合健保法第78條，健保安全準備總額以相當於最近精算1～3個月之保險給付支出為原則的規定，應適時調整保險費率。

表4-4 109~113年全民健保財務--依現行費率4.69%推估

◎ 110 年度總額成長率採付費者方案 3.779%。

◎ 110 年保險收支累計結餘約 244 億元（約當 0.41 個月保險給付支出）。

◎ 111 年安全準備用罄並發生短絀。

年別	當年平衡費率(%)	保險費率(%)	保險費率成長率(%)	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率(%)	保險收支餘絀(億元)	安全準備累計餘絀(億元)	安全準備約當保險給付支出月數(月)
108 年		4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109 年 (P)		4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110 年 (P)	5.34%	4.69	-	6,379	7,231	3.779	-852	244	0.41
111 年 (P)	5.49%	4.69	-	6,475	7,547	4.168	-1,072	-828	-1.32
112 年 (P)	5.63%	4.69	-	6,565	7,859	3.945	-1,294	-2,122	-3.24
113 年 (P)	5.81%	4.69	-	6,645	8,211	4.350	-1,565	-3,687	-5.39

表4-5 109~113年全民健保財務--依現行費率4.69%推估

◎ 110 年度總額成長率採醫事服務提供者方案 4.346%。

◎ 110 年保險收支累計結餘約 202 億元（約當 0.33 個月保險給付支出）。

◎ 111 年安全準備用罄並發生短絀。

年別	當年平衡費率(%)	保險費率(%)	保險費率成長率(%)	保險收入(億元)	保險成本(億元)	總額成長率(%)	保險收支餘絀(億元)	安全準備累計餘絀(億元)	安全準備約當保險給付支出月數(月)
108 年	-	4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109 年 (P)	-	4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110 年 (P)	5.37	4.69	-	6,378	7,273	4.346	-894	202	0.33
111 年 (P)	5.53	4.69	-	6,474	7,601	4.297	-1,127	-925	-1.46
112 年 (P)	5.68	4.69	-	6,564	7,925	4.075	-1,362	-2,287	-3.46
113 年 (P)	5.86	4.69	-	6,644	8,291	4.472	-1,647	-3,934	-5.69

資料來源：全民健康保險 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議會議資料。

健保署依據健保會104年研訂之全民健保財務平衡及收支連動機制¹（下稱現行機制），及110年度總額協商結果（包含付費者及醫界兩個建議方案），提出110年度費率調整方案（草案），建議費

率由4.69%調整為5.47%（總額採付費者方案3.779%）、5.52%（總額採醫界方案4.346%）。相關財務推估如下表4-6、4-7：

表4-6 109～113年全民健保財務--110年後依現行機制推估

◎ 110 年度總額成長率採付費者方案 3.779%。

◎ 110 年費率調整為 5.47%（調幅 16.63%）。

◎ 113 年須再調升為 6.04%（調幅 10.42%），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 餘絀 (億元)	安全準備 累計餘絀 (億元)	安全準備約當 保險給付支出 月數(月)
108 年	4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109 年 (P)	4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110 年 (P)	5.47	16.63	7,410	7,231	3.779	180	1,276	2.12
111 年 (P)	5.47	-	7,530	7,547	4.168	-17	1,259	2.00
112 年 (P)	5.47	-	7,650	7,859	3.945	-209	1,050	1.60
113 年 (P)	6.00	9.69	8,489	8,211	4.350	278	1,328	1.94

¹ 「全民健保財務平衡及收支連動機制」（健保會第2屆104年第10次委員會議通過）

本會協定次年度（下稱當年）總額後，中央健康保險署應以高、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本會審議。

- (1) 當年起（含）第3年年底安全準備餘額超出3個月保險給付支出時，啟動保險費率調降機制。其調降以超出之金額計算為原則。
- (2) 當年年底安全準備餘額不足1.5個月保險給付支出時，啟動保險費率調漲機制。其調漲以當年起（含）第2年年底可維持2個月保險給付支出之金額計算為原則。

表4-7 109~113年全民健保財務--110年後依現行機制推估

◎ 110 年度總額成長率採醫事服務提供者方案 4.346%。

◎ 110 年費率調整為 5.52%（調幅 17.70%）。

◎ 113 年須再調升為 6.10%（調幅 10.51%），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 餘絀 (億元)	安全準備 累計餘絀 (億元)	安全準備約當 保險給付支出 月數(月)
108 年	4.69	-	6,224	6,566	4.417	-342	1,767	3.23
109 年 (P)	4.69	-	6,291	6,962	5.237	-671	1,096	1.89
110 年 (P)	5.52	17.70	7,476	7,273	4.346	203	1,300	2.14
111 年 (P)	5.52	-	7,597	7,601	4.297	-5	1,295	2.04
112 年 (P)	5.52	-	7,718	7,925	4.075	-207	1,088	1.65
113 年 (P)	6.00	8.70	8,489	8,291	4.472	198	1,286	1.86

資料來源：全民健康保險 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議會議資料。

二、110年度保險費率審議前意見諮詢會議 專家學者意見及結論

為使會議進行更有效率，聚焦於健保費率相關議題，健保會預擬討論題綱，供與會人員進行意見交換，與會專家學者依題綱內容提供諸多寶貴意見，如下：

（一）對全民健康保險110年度保險費率方案（草案）之合理性、有效性、民眾付費能力及社會保險精神等面向之意見

1. 具合理性：保險費率調整是目前必須面對的重要議題，對健保會委員於104年即建立「全民健保財務平衡及收支連動機制」，表示敬佩。過去既然依之調降105年度保險費率，爰110年度也宜參用該機制運作加以調整保險費率。

2. 具有效性：健保署之財務推估模式已行之有年，架構頗為完整，依歷年資料顯示，預估與實際數據差異率極低。
3. 需適度考量民眾付費能力：基於110年度總額協商尚有醫院、西醫基層兩總額部門未達共識，爰健保署依付費者方案、醫界方案所得之總額成長率，推估110年度保險費率分別為5.47%（付費者方案）、5.52%（醫界方案），調幅約近17%，高於過往調整幅度（99年費率由4.55%調升至5.17%，調幅為14%），考量COVID-19疫情可能影響國內經濟成長率，爰110年度費率調整幅度應適度衡酌民眾付費能力，建議可由調降現行機制設定之安全準備月數方式（例

如：調漲以當年起第2年年底可維持「1.5個月」保險給付支出），減輕調整費率對民眾造成的負擔。

4. 調升保險費率較符合社會保險互助之精神：調升保險費率，係由被保險人、雇主、政府三方共同負擔，而調整部分負擔，僅增加就醫民眾支出，兩者相較以調整費率較符合社會保險互助的精神。

5. 應研議如何落實收支連動：目前健保實務運作是先決定總額再審議費率，即以支定收，惟收支連動是二代健保之核心精神，應持續研議如何落實。

6. 請補充分析費率調整對政府、雇主及被保險人之影響：健保署宜分析110年度保險費率方案（草案）對政府、民間雇主及被保險人之財務影響金額，供審議參考。

7. 健保會委員對政府應負擔36%之不同見解宜有差異分析說明：

(1) 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%之本質、公式與計算內涵等疑義，建議健保署分就衛福部與健保會委員之主張，提供技術面之試算數據。

(2) 有關政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算方式，應回歸二代健保增加政府投入、減少民眾整體負擔之立法意旨。若因對法規解釋有不同見解，建議衛福部宜修法，釐清其內涵及計算方式，以臻明確。

8. 明確劃分公務預算與健保基金之收支分際：明確屬於衛福部政策任務，如：愛滋感染者確診開始服藥2年後之醫療費用改由健保支應、C肝新藥、提升保險人效率及防疫支出等項目，應回歸公務預算支應；有關於捐之分配方式，應遵循其徵收之立法意旨，提高分配予健保安全準備之比率，以強化調整費率對民眾之說服力及正當性。

（二）就健保收入面而言，如何在兼顧健保資源有限及付費者經濟能力之情況下，解決健保財務收支結構失衡問題？有何具體可行建議？

1. 收入面（擴大費基、法定費率上限6%）

(1) 依健保署財務推估資料，總額與保險收入之平均年成長率存在約3%的差距，在現行健保財務平衡及收支連動機制運作下，113年費率將達到法定上限6%，建議衛福部應提早因應。

(2) 在收入面尚可採行相關措施，例如：改採家戶總所得、提高投保金額分級表最高一級金額等，各種擴大費基方案、增加部分負擔，皆可納入研究。

2. 支出面（支出結構、支付制度之檢討）

(1) 應檢討總額基期／支出結構之合理性：依目前健保署所提財務分析，110年度保險費率有調漲之必要性，惟為健保永續經營，應持續對支出面（目前近8千億元總額基期／結構）之合理性加以檢討，並提出改革建

議。例如醫療服務給付項目現行多採論量計酬支付方式、藥品及檢驗（檢查）費用上升，人力報酬部分卻下降、國人不健康平均餘命持續增加等面向，以提升資源配置之效益。

(2) 節流效益回饋被保險人：對於各項節流措施所產生之效益，應回饋被保險人，並納入整體總額考量。

(3) 應強化民眾合理使用醫療資源之教育：讓民眾了解並落實合理使用醫療資源之行為，但未來科技進步、人口老化之趨勢，將導致醫療服務需求成長高於經濟成長，健保財務收支結構失衡是不可避免的現象，必須面對調整費率的壓力。

3. 其他建議

(1) 評析適時將民間健康保險之資源及執行經驗納入健保改革參考：依據109年全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽，其中醫療費用前20大疾病之占率高達50%，可思考讓支付制度與醫療院所、被保險人行為做一些連結，建議參考壽險公司外溢保單的設計理念，提供被保險人改變行為之誘因，並辦理小規模試辦計畫。

(2) 醫療品質與服務仍有改善空間：相關數據顯示，我國平均每人醫療保健支出相較其他先進國家很低，表示我國醫療CP值高、價格低廉、可近性高，醫療浪費是被誇大的問題，但醫



療品質與服務仍有大幅改善空間，醫療費用應有合理成長，尤其面臨類似COVID-19的疫情，應投資更多的醫療資源，才能超前部署，國家經濟才能穩定發展。

- (3) 結合資源配置適度檢討給付範圍：社會保險最重要的精神，在於減少民眾因保險事故發生而破產或傾家蕩產的風險，所以從健保的風險保障來看，應該保大病不保小病，在維持國人健康生活品質的前提下，讓小病回到醫療體系或市場機制解決，透過合理機制適時退場，而非全由健保承擔，使健保支出有效下降。

會議最終決定請健保署參酌專家學者所提意見修正「全民健康保險110年度保險費率方案」（草案），於109年10月30日前提案至健保會，俾於109年第9次委員會議（109.11.20）審議。



第三節 全民健康保險110年度一般保險費率審議

一、健保署研提110年度保險費率方案（草案）

健保署依據「全民健康保險110年度保險費率審議前意見諮詢會議」（下稱諮詢會議）結論（詳本章第二節），研修「全民健康保險110年度保險費率審議方案（草案）」，提送健保會109年第9次委員會議（109.11.20），會中決議：考量健保費率議題對於民眾影響深遠，須審慎評估，需要有更多試算條件及資訊審議，爰決定在11月27日召開臨時委員會議，再予討論，並同時提出下列11種試算條件，請健保署提供詳細財務分析及相關資料，以利審議：

- （一）110年度保險費率為4.91%、4.95%、5.17%。（3種）
- （二）110年底安全準備維持1、1.5、2、2.5個月保險給付支出。（4種）
- （三）健保財務維持當年、2年收支平衡。（2種）
- （四）維持現行機制，惟111年底安全準備調整為1、1.5個月（現行機制111年底安全準備為2個月）。（2種）

在11月27日臨時委員會議健保署提出之簡報資料，除針對專家學者在諮詢會議提出之意見回應及說明外（該署處理情形及說明如下表4-8），另提供委員所要求之11種試算條件下之財務推估資料（整理如附錄六）。

表4-8 對110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、請補充分析費率調整對政府、雇主及被保險人之影響。	110 年 費率 方案 (草案)	保險費收入增減（億元／年）					
		合計	被保險人自付	民營雇主	政府		
					小計	雇主補助及	36% 差額
付費者 3.779%	5.47%	1,035	350	312	373	254	118
醫界 4.346%	5.52%	1,101	372	332	396	271	126
二、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之本質、公式與計算內涵等疑義，建議健保署分就衛福部與健保會委員之主張，提供技術面之試算數據。	一、有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之設算，業經報部核定，以行政院協商確立之法律見解及計算方式為基礎。 二、爰依上述之核定提供 110 年總額協商成長率（付費者代表版本及醫界版本）之「健保財務收支情形」供參。						
三、費率調幅應適度衡酌民眾付費能力，建議可由調降現行機制設定之安全準備月數方式。	本項草案係依據現行健保會訂定之「全民健保財務平衡及收支連動機制」進行費率試算，有關費率之審議，將尊重專家學者意見，及審議會議委員之共識。						
四、下列專家學者所提相關簡報之推估假設事項： （一）簡報內的人口推估是按照國發會的數字，但是總額公式似乎已改為使用實際人數，如果是這樣的話，建議應採用一樣的公式。	關於 110 年起保險收入之投保人口預估成長率，以及醫療給付費用總額非協商因素之投保人口預估成長率，均參考國發會未來人口推計進行推估。						
（二）「推估方法與前一年度重要差異比較」簡報提到，110 年醫療給付費用總額成長率推估公式的調整，如果這個差異這麼重要，應該呈現這 2 個公式對估計數造成的差別。另投保人口數校正值跟投保人口成長率差值兩者有多少差異。	係配合 110 年醫療給付費用總額成長率公式及名稱調整，以求一致，並不會影響財務推估結果。						

二、110年度保險費率方案審議結果

健保會委員在11月27日召開之臨時委員會議審議費率時，分別從社會保險、國內經濟現況、醫療環境等面向充分表達意見，經過3個小時的熱烈討論、理性溝通，最終收攝為兩項建議費率，甲案為4.97%，乙案為5.47%~5.52%。

甲案主要係考量110、111年經濟成長受COVID-19疫情影響，除特定高科技產業外，百業蕭條，民眾收入減少，貧富差距擴大，且110年勞保、國保、健保費率若皆調漲，在我國雇主須分擔70%勞保費（歐美國家最高65%）、60%健保費（其他國家50%）的規定下，企業經營之法定負擔將遽增，為兼顧社會經濟現況及健保永續經營，現階段以漸進式調整費率為宜，乃以110年度總額協商結果付費者方案為依據，在符合健保法規定安全準備應有1~3個月保險給付支出之前提下，希望至110年底安全準備累計餘額

能維持約當1個月保險給付支出，因此建議費率調整為4.97%。

乙案主要係依據全民健保財務平衡及收支連動機制之運作結果，健保會委員認為104年第10次委員會議，既已研訂該機制作為費率審議原則，調降105年度之費率，審議110年度費率時亦應依該機制精神調升，一則尊重過往委員會議之決議，再者使審議費率具有客觀一致之標準。況調整費率將使薪資所得與資本利得較高者多負擔保費，相對於調整部分負擔，較符合社會保險自助互助精神，可真正照顧弱勢生病民眾；且COVID-19疫情尚未結束，此刻更應繼續投資醫療相關產業，有健全的醫療體系，才能持續因應疫情挑戰，百姓也才能安居樂業，本建議案至111年底安全準備累計餘額維持2個月保險給付支出，可確保健保財務穩定。



本案經主席決議不作表決，改以徵詢在場38位委員對兩案之支持意向後呈現，其中支持甲案（4.97%）的委員共計18位，支持乙案（5.47%~5.52%）的委員共計12位。

健保會委員在討論費率審議案時也表示，改善健保財務，除了調漲費率外，應該多管齊下，同時檢討健保相關措施，例如：給付範圍、部分負擔、停復保相關規定、減少醫療浪費與無效醫療等，另建議藉由檢討總額公式，使其與付費能力連結，以減少保險收入與保險成本成長率的結構性差異。

本次費率審議在委員們的共同努力下，雖然無法達成共識，但委員均本於職責、理性務實面對健保財務問題，盡心盡力提出對社會最適切的建議方案，並兼顧民眾權益與健保財務平衡，完成健保法所賦予的重要任務。由於甲案、乙案皆有委員支持，最終決議將兩案併陳衛福部轉報行政院核定。

三、行政院核定全民健康保險110年度保險費率

健保會同仁依本案決議，於109年11月30日，將110年度費率審議結果併委員所提意見陳報衛福部（如附件一），經衛福部轉報行政院後，行政院於109年12月31日核定全民健康保險110年度一般保險費費率為5.17%、補充保險費費率為2.11%，衛福部於110年1月11日公告（如附件二）。

健保署並據以於110年1月11日依健保法施行細則第68條第2款，公告健保法第23條規定之第4類及第5類保險對象適用之保險費為1,825元（如附件三，調整前為1,785元），第6類保險對象適用之保險費為1,377元（如附件四，調整前為1,249元），費率調整對各類被保險人之影響金額試算如表4-9，102~110年費率審議及行政院核定結果如表4-10。

表4-9 110年度費率調整對各類被保險人影響金額試算表

	被保險人每月健保費 ¹			被保險人負擔比率／ 每月增加金額
	110年調整前（4.69%）	110年調整後（5.17%）	增加金額	
第1類	2,148元	2,368元	220元	1~3目：30% / 66元 4、5目：100% / 220元
第2類	1,294元	1,427元	133元	60% / 80元
第3類	1,126元	1,241元	115元	30% / 35元
第4類 第5類	1,785元	1,825元	40元	0% / 0元 ²
第6類	1,249元	1,377元	128元	1目：0% / 0元 2目：60% / 77元 （由749元調為826元）

¹ 每月健保費係以健保署109年11月份業務執行報告中（計算至109年10月底），第1、2、3類之平均投保金額設算，第1類為44,812元（月投保金額45,800元）、第2類為27,569元（月投保金額27,600元）、第3類為24,000元。

² 第4、5類及第6類第1目被保險人之健保費由政府全額補助。

表4-10 102~110年費率審議及行政院核定結果

年度	102 ~ 104	105 ~ 109	110	
			健保會審議結果	行政院核定結果
一般保險費費率	4.91%	4.69%	一般保險費費率兩案併陳： • 甲案 4.97% • 乙案 5.47%~5.52%	5.17%
補充保險費費率	2%	1.91%		2.11%



附件一

抄本

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：11558 台北市忠孝東路6段488號4樓
聯絡人：李德盛
聯絡電話：(02)8590-6882
傳真：(02)8590-6946
電子郵件：hsbcdhi@nhiw.gov.tw

受文者：如正、副本行文單位

發文日期：中華民國109年11月30日
發文字號：衛部健字第1093360176號
類別：最速件
密等及解密條件或保管期限：
附件：委員連署書

主旨：檢陳本會辦理全民健康保險110年度保險費率審議結果，請鑒核。

說明：

- 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109年第1次臨時委員會議(109.11.27)討論事項第一案決議辦理(會議紀錄節錄及委員發言實錄將另行提供)。
- 二、全民健康保險110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109年第9次委員會議(109.11.20)暨第1次臨時委員會議，審議結果未能達成共識，最後覆核兩項建議費率，分別由現行4.69%調整為：甲案：4.97%；乙案：5.47%-5.52%，併陳鈞鈞鑒核。
- 三、上開臨時委員會議計38位委員出席，經徵詢出席委員意見，支持甲案、乙案之人數與理由如下：
(一)甲案(4.97%)：計有18位委員表示支持(書面連署為19位，詳附件)，主要考量110、111年經濟成長受新冠肺炎(COVID-19)疫情影響，除特定高科技產業外，百業蕭條，民眾收入減少，貧富差距擴大，且110年勞保、國保、健保恐面臨三漲，為避免加重其負擔，以漸進式調整費率為宜。本建議案至110年底安全準備可維持1個月保險給付支出，符合健保法第78條以相當於最近精算1-3個月保險給付支出為原則之規定。
- (二)乙案(5.47%-5.52%)：計有12位委員表示支持，主要依照本會104年研訂之全民健保財務平衡及收支連動機制、110

第1頁 共2頁

年度醫療給付費用總額協商結果提出，係考量調整費率將使薪資所得與資本利得較高者多負擔保費，相對調高生病者之部分負擔，符合公平正義，本建議案至111年底安全準備可維持2個月保險給付支出，可確保健保財務穩定。

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2頁 共2頁

附件二

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 函

地址：115204 台北市南港區忠孝東路6段488號
聯絡人：蕭夢萍
聯絡電話：(02)8590-6732
傳真：(02)8590-6948
電子郵件：hgpcb646@nchh.gov.tw

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年1月11日
發文字號：衛部保字第1100000034號
速別：最速件
密等及解密條件或保密期限：
附件：公告影本及行政院核定函影本各1份

主旨：「全民健康保險費率」，業經本部於中華民國110年1月11日以衛部保字第1100000034號公告修正發布，一般保險費率為5.17%，補充保險費率為2.11%，並定自110年1月1日生效。茲檢送公告影本及行政院核定函影本各1份，請依行政院指示積極辦理相關事宜，請查照。

說明：依行政院109年12月31日院臺衛字第1090204275號函辦理。

正本：衛生福利部中央健康保險署、本部全民健康保險會、本部全民健康保險爭議審議會
副本：


110.01.11
110C00043

第1頁 共1頁

檔 號：
保存年限：

衛生福利部 公告

發文日期：中華民國110年1月11日
發文字號：衛部保字第1100000034號



主旨：修正「全民健康保險費率」，並自中華民國一百一十年一月一日起生效。

依據：全民健康保險法第二十四條第三項、第三十三條。

公告事項：

一、一般保險費率為百分之五點一七。

二、補充保險費率為百分之二點一一。

部長陳時中

第1頁 共1頁

正本

行政院 函

機關地址：10058臺北市忠孝東路1段1號
傳真：02-33566920

11558

臺北市南港區忠孝東路六段488號

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國109年12月31日

發文字號：院臺衛字第1090204275號

速別：最速件

密等及解密條件或保密期限：

附件：

主旨：所報110年度全民健康保險一般保險費率為5.17%，補充保險費率調整為2.11%，並自110年1月1日實施一案，同意辦理，並加強宣導及對外說明，及早完備相關準備作業。

說明：復109年12月31日衛部保字第1091260481號函。

正本：衛生福利部

副本：財政部、國家發展委員會、行政院主計總處

院長蘇貞昌

第1頁，共1頁

附件三

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年1月11日
發文字號：健保財字第1100031101號
附件：

主旨：公告全民健康保險法第23條規定之第4類及第5類保險對象保險費。

依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第4類及第5類保險對象適用之保險費為1,825元，並自110年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、國防部後備指揮部、內政部役政署、海洋委員會海巡署金門分署、海洋委員會海巡署北部分署、海洋委員會海巡署中部分署、海洋委員會海巡署南部分署、海洋委員會海巡署東部分署、法務部矯正署、臺灣高等檢察署、衛生福利部、衛生福利部全民健康保險會、本署各單位、本署資訊組（全球資訊網信箱）

署長李伯璋

第 1 頁 共 1 頁

附件四

副本

衛生福利部中央健康保險署 公告

115
臺北市南港區忠孝東路6段488號

受文者：衛生福利部全民健康保險會

發文日期：中華民國110年1月11日
發文字號：健保財字第1100031102號
附件：

主旨：公告全民健康保險法第23條規定之第6類保險對象保險費。

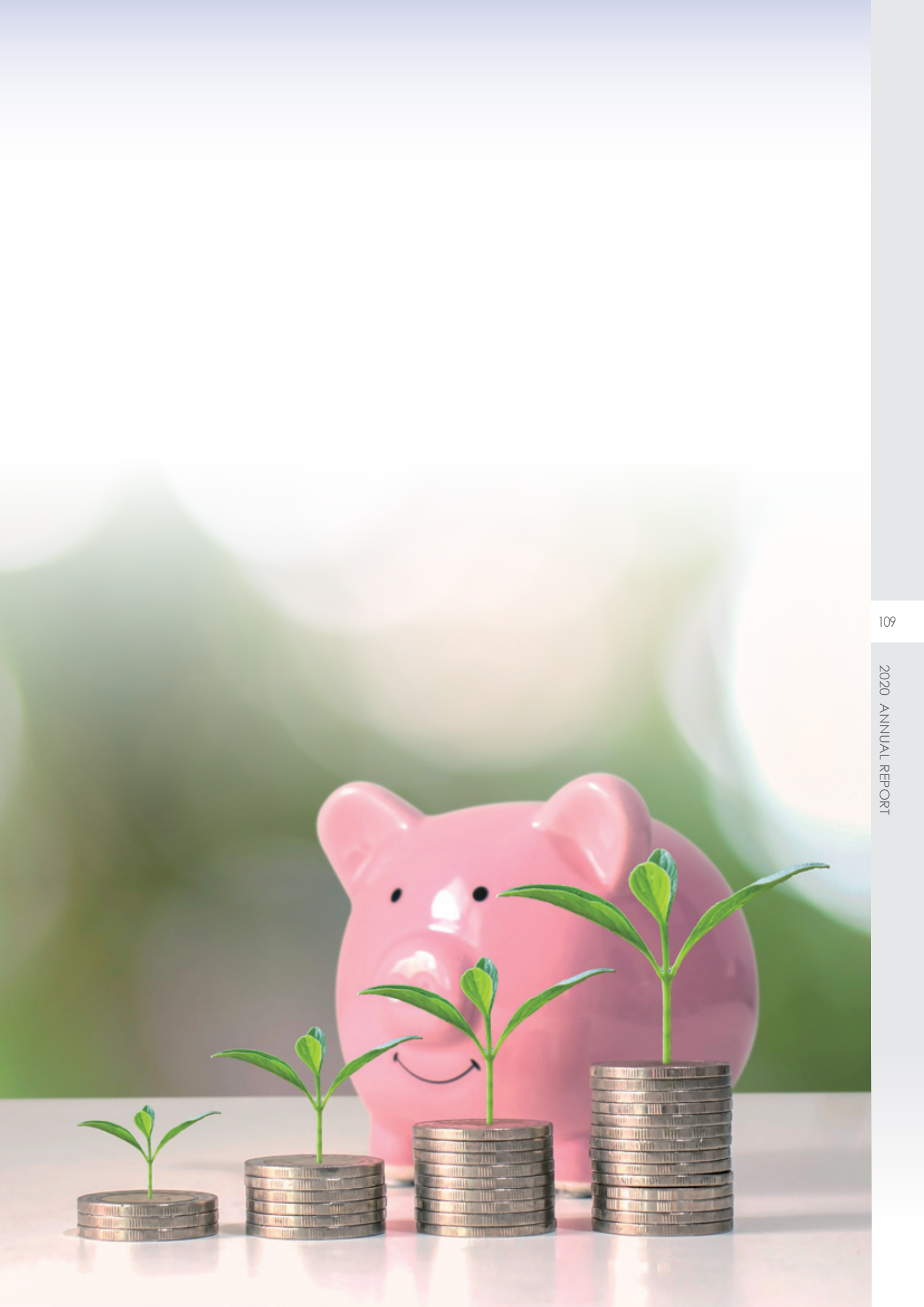
依據：全民健康保險法施行細則第68條第2款。

公告事項：全民健康保險第6類保險對象適用之保險費為1,377元，並自110年1月1日起實施。

副本：行政院主計總處、國家發展委員會、衛生福利部、國軍退除役官兵輔導委員會、衛生福利部社會及家庭署、原住民族委員會、勞動部勞工保險局、各縣市政府、內政部移民署、僑務委員會、教育部、衛生福利部全民健康保險會、本署各單位、本署資訊組（全球資訊網信箱）

署長李伯璋

第 1 頁 共 1 頁







第五章

109年度其他重要業務 執行成果

- 112 第一節 編列預算引進最新醫療
科技，並確保給付項目
合理調整
- 134 第二節 強化監理業務，奠立保
險基石
- 166 第三節 提供政策與法規諮詢意
見，興革健保業務



第五章 / 109年度其他重要業務執行成果

第一節 編列預算引進最新醫療科技，並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，每年健保會於協商總額時，均會考量健保財務配置之妥適性，編列新醫療科技項目（包括新增診療項目、新藥及新特材等）、

增修給付項目及支付標準之相關預算，以利健保署持續引進新醫療科技項目，及檢討相關的給付規定，另各部門總額亦會運用「醫療服務成本指數改變率」所增加的預算，以及相關協商因素、專款項目之預算，調整給付項目及支付標準，使支付結構漸趨合理，並完備民眾所獲得的醫療照護。109年度健保總額用於引進新醫療科技項目，及確保給付項目合理調整之相關預算，如表5-1。

表5-1 109年各部門總額增編新醫療科技、增修支付標準之相關預算

預算項目／總額		醫院	西醫基層	牙醫門診	中醫門診
協商因素項目	新醫療科技	31.86 億元	1 億元		
	藥品與特材給付規定改變	3 億元	1.9 億元		
	顎顏面外傷術後整合照護			0.14 億元	
	全面提升感染管制品質			5 億元	
	提升用藥品質				4.34 億元
專款項目	強化基層照護能力及開放表別		8.2 億元		
醫療服務成本指數改變率所增加之預算		103.846 億元	20.244 億元	7.475 億元	5.237 億元

健保署依據健保會上開總額協定預算，依健保法第41條規定，將擬新增、調整之給付項目提至該署醫療服務（藥物）給付項目及支付標準共同擬訂會議（下稱共擬會議）討論，共擬會議係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，亦邀請病友團體代表列席。經該署共擬會議討論通過後，依法陳報衛福部核定後公告實施，健保會於協商下年度總額時，會將其執行成果納入考量。

本節將介紹健保署依109年度總額之協定結果及預算，引進最新的醫療科技項目（包含診療服務、藥品、特材等），及相關給付規定與支付標準之修訂情形，並說明健保會依法討論健保署提出自付差額特材之申請案，與自付差額特材之執行情形。

執行成果

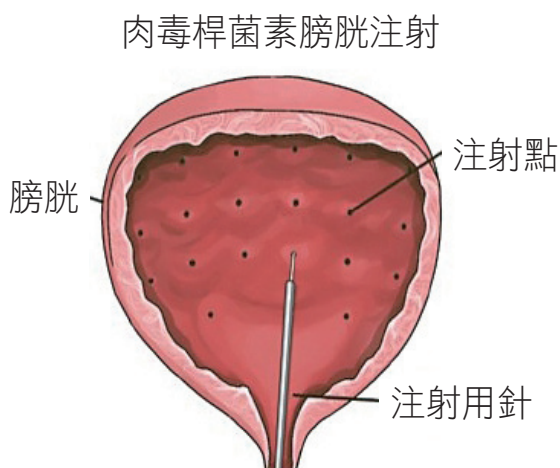
一、持續新增診療項目，檢討支付標準，提升病人照護

（一）引進新診療項目

為持續引進新醫療服務，健保署運用109年度醫院總額「新醫療科技」項目下之4.5億元預算，新增「膀胱內注射術」、「高解析度食道壓力檢查」等9項診療項目，另為提升民眾照護，持續檢討修訂歷

年新增診療項目之支付規範或適應症，109年計修訂「免疫組織化學染色（每一抗體）」、「血管阻塞術-Lipiodol」、「（後）腹腔鏡部分腎臟切除術」等17項診療項目，合計增修26項診療項目（如表5-2）。

以治療尿失禁、膀胱過動症及膀胱神經肌肉功能障礙之「膀胱內注射術（如圖5-1）」為例，此類常見且惱人的疾病，雖不致令患者失去生命與健康，卻會嚴重影響其日常生活與社交活動，考量於膀胱內注射藥物是尿失禁治療指引之一，對於經口服藥物治療無效或反應不佳的患者而言，新增該治療處置可有效降低尿失禁次數，提升生活品質。



- 原理：肉毒桿菌素能直接放鬆膀胱肌肉
- 效果：改善急迫性尿失禁
改善頻尿

圖片來源：台灣尿失禁防治協會網站

圖5-1 膀胱內注射術（Intravesical injection）示意圖

表5-2 109年醫院總額新醫療科技預算增修訂診療項目

類別	項目數	醫療服務名稱	分類
新增	9	PD-L1 免疫組織化學染色	檢查
		異常凝血酶原檢驗	檢查
		膀胱內注射術	治療處置
		內視鏡修正式 Lothrop 手術	治療處置
		經導管肺動脈瓣膜置換術	治療處置
		乳房病灶粗針穿刺組織切片（單側）	檢查
		高解析度食道壓力檢查	檢查
		耳內視鏡檢查	檢查
		多次入睡睡眠檢查	檢查
修訂	17	免疫組織化學染色（每一抗體）	檢查
		血管阻塞術 -Lipiodol	放射線診療
		高危險妊娠胎兒生理評估	檢查
		（後）腹腔鏡部分腎臟切除術	手術
		四肢血管造影	放射線診療
		鎖骨下血管造影	放射線診療
		食道鏡檢查	檢查
		經內視鏡施行食道擴張術	治療處置
		攝護腺癌根治性攝護腺切除術併雙側骨盆腔淋巴切除術	手術
		單純性血管整形術	放射線診療
		複雜性血管整形術	放射線診療
		大腸鏡檢查	檢查
		大腸鏡息肉切除術	治療處置
		大腸鏡異物取出術	治療處置
		大腸息肉切除術	治療處置
		導管式膽胰管內視鏡術	治療處置
		出院準備及追蹤管理費	住院診察費

資料來源：衛福部公告。

註：1. 修訂項目之重點為增修適應症／支付規範文字、申報方式、執行之專科醫師資格等。

2. 另有「All-RAS 基因突變分析」、「腹腔鏡胃袖狀切除術」等 19 項增修訂項目，已於醫療服務共擬會議討論通過。

(二) 增修訂醫療服務給付項目及支付標準

109年各部門總額用以增修訂醫療服務給付項目及支付標準之預算，除「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算（牙醫門診7.475億元、中醫門診5.237億元、西醫基層20.244億元、醫院103.846億元）外，其預算來源尚包括：牙醫門診總額編列「顎顏面外傷術後整合照護」

（0.14億元）、「全面提升感染管制品質」（5億元）協商因素項目，及中醫門診總額「提升用藥品質」（4.34億元）協商因素項目，與西醫基層總額之「強化基層照護能力及開放表別」（8.2億元）專款項目。健保署運用上開預算增修訂給付項目及支付標準之情形，如表5-3。

表5-3 109年各部門總額醫療服務給付項目及支付標準增修訂情形

類別 (項目數)	增修訂內容
新增診療項目 (計 11 項)	牙醫顎顏面外傷術後初次門診檢查與照護費、顎顏面外傷術後照護費，及 9 項符合牙醫門診加強感染管制實施方案之門診診察費項目。
調升支付點數 (計 133 項)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫 19 項：調升每日藥費，及 18 項第一階段合理門診量內之門診診察費（教學醫院、非教學醫院及山地離島地區）。 2. 牙醫 4 項：調升「符合加強感染管制之牙科門診診察費」。 3. 西醫基層 14 項：調升高危險早產兒特別門診診察費、門診藥事服務費等 13 項。 4. 醫院 95 項：調升 33 項門診診察費（含一般門診、急診、精神科門診、高危險早產兒特別門診等）、15 項住院診察費、31 項慢性病床以外之病床護理費、2 項一般慢性精神病床住院照護費、14 項門診及住院藥事服務費。 5. 精神疾病患者社區復健 1 項：精神復健機構（日間型機構）之復健治療。
開放跨表項目 (計 17 項)	開放西醫基層診所跨表項目，包含檢查 11 項、治療處置 1 項及手術 5 項。
支付標準加成	<ol style="list-style-type: none"> 1. 牙醫：新增「夜間急診案件申報特定處置費得加計 50%」、「離島牙醫診所週六、週日及國定假日門診診察費得加計 20%」。 2. 西醫基層：新增「離島地區西醫基層診所週六、週日及國定假日門診診察費得加計 20%」。 3. 西醫基層及醫院：調升醫院及基層院所之門診診察費加成之比率。 4. 醫院：內科加成科別新增「老人醫學科」。
修訂支付規範	<ol style="list-style-type: none"> 1. 中醫：將每位專任醫師每月申報另開內服藥之針灸、傷科、脫臼整復及針灸（合併傷科）治療處置費上限，由現行 120 人次調升為 150 人次。另每位專任醫師每月複雜性傷科申報上限規定，由 30 人次增加為 60 人次。 2. 特定診療：伴隨式診斷通則，新增未將檢驗（查）結果上傳雲端者，不予支付；修正「全自動腹膜透析機相關費用」支付規範，放寬不限居家病人申報。
全民健康保險住院診斷關聯群 (Tw-DRGs)	3.4 版 DRGs 項目增加為 1,068 項，並配合 107 年及 108 年支付標準調整，調升論病例計酬相關診療項目之支付點數，及部分項目得核實申報之上限點數。

二、持續新增藥品，放寬給付規定，增加用藥選擇

（一）引進新藥品

為持續引進新藥品，健保署運用109年度醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項目下之23.35億元及1億元預算，引進新藥；此外，醫院及西醫基層總額也於專款項目編列，治療罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒等疾病所需之藥費預算。

109年共計新增給付71項新成分、新劑型、新給藥途徑或新療效複方之新藥，其中屬突破創新者（第1類）共11項，主要用於治療三陰性乳癌、復發性濾泡淋巴瘤、多發性骨髓瘤、急性骨髓性白血病、罕見疾病脊髓性肌肉萎縮症、罕見疾病遺傳性血管性水腫、巨細胞病毒感染、革蘭氏陰性菌感染等疾病。相較現行用藥或標

準療法，病人可受益其具突破性的療效，包括：延長整體存活期或無惡化存活期、提高治療效果等。以有「乳癌最惡性殺手」之稱的三陰性乳癌為例，此種乳癌較容易轉移或復發，存活率也較低，故治療難度高，109年11月健保首次將三陰性乳癌的標靶藥物（含Olaparib成分藥品）納入給付，早於英國、加拿大、澳洲等3大醫療科技評估參考國，為化療失敗的病人帶來一線生機。

其次，與現行健保已收載藥品相比，臨床價值具有中等程度改善的藥品（第2A類）共計引進39項，其療效較佳，副作用也較少；至於臨床價值與現行健保已收載藥品相近者（第2B類）計引進21項，可提供臨床醫師更多用藥選擇，透過良性競爭，亦有助藥價合理化（如表5-4）。



表5-4 109年新藥納入健保給付情形

類別	藥理分類	品項數
突破創新新藥 (第 1 類)	血液治療藥物	1
	抗微生物劑	3
	抗腫瘤藥物	6
	神經系統藥物	1
	小計	11
臨床價值較現行藥品有中等程度改善 (第 2A 類)	心臟血管及腎臟藥物	4
	血液治療藥物	12
	免疫製劑	2
	抗腫瘤藥物	17
	呼吸道藥物	1
	神經系統藥物	3
	小計	39
臨床價值與現行藥品相近 (第 2B 類)	血液治療藥物	3
	免疫製劑	4
	抗微生物劑	4
	呼吸道藥物	1
	神經系統藥物	5
	激素及影響內分泌機轉藥物	4
	小計	21
新藥合計		71

資料來源：健保署公告 109 年生效之新藥（本表統計符合藥物給付項目及支付標準第 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，前述特定疾病新藥費用由相關專款預算支應，其餘新藥費用則由新醫療科技預算支應）。

（二）放寬藥品給付規定

109年度醫院及西醫基層總額編列「藥品及特材給付範圍改變」、「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加」協商因素項目，預算分別為3億元、1.9億元，用於支應藥品及特材給付規定改變帶來的預算衝擊。此外，醫院及西醫基層總額也於專款項目編列治療C型肝炎、罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒等疾病之藥費預算，以支應放寬病人特殊用藥之給付規定所需費用。透過總額預算的支持，健保署尚得以針對已給付的藥品，持續參考食品藥物管理署核准的仿單適應症、臨床研究與專科醫學會建議、醫療科技評估、財務影響評估等資料，滾動式檢討藥品給付規定，使健保給付更符合臨床治療的需求及效益，提升民眾用藥權益。

109年擴增9類疾病用藥的給付條件，包括：自體免疫疾病、癌症、神經系統疾病、慢性呼吸道疾病、糖尿病、黃斑部病變、B型肝炎、C型肝炎及紫斑症用藥等。以自體免疫疾病之小兒非感染性葡萄膜炎為例，此種疾病可能導致兒童視力喪失或全盲，嚴重影響病人的日常生活、求學和社交活動，過去傳統治療使用眼用類固醇，若療效不佳再加上免疫調節劑作為第二線治療，考量國外的大規模臨床試驗已證實生物製劑在葡萄膜炎的治療上具有不錯的效果，故109年9月健保擴增給付，將含adalimumab成分之生物製劑用於小兒非感染性葡萄膜炎，對第二線治療效果不

佳兒童，可增加其用藥選擇，及早挽救視力。

（三）新增給付10種珍貴中藥

為擴大中藥健保給付品項的收載，提升中醫師處方選擇性及民眾用藥可近性，在108年協商109年度總額時，中醫師公會希望能將臨床上病人常需自費使用的昂貴中藥納入健保給付，乃提出「提升用藥品質」之協商因素項目，此項目獲得健保會委員支持，同意編列4.346億元預算用於「提升用藥品質」，並將「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，移撥2百萬元併入「提升用藥品質」項目使用，同時於總額協定事項要求，應以新增收載健保中藥給付品項至少5項為優先考量，並應提出提升用藥品質之規劃。

健保會委員為了解實際推動情形，在109年第5次委員會議（109.7.24）安排健保署與中醫師公會報告「提升中醫用藥品質之具體規劃（含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項）」，會中提報執行成果如下：



血竭藥材

圖片來源：衛生福利部中醫藥司台灣中藥典暨圖鑑查詢系統
(<https://www.cmtbp.mohw.gov.tw/Page/12873B0AF16DD316>)

1. 修訂中藥收載規定，將非濃縮中藥納入給付

原健保不給付非濃縮中藥，考量部分中藥材（如：血竭、地榆炭等）不易濃縮萃取，為增進健保給付中藥之多樣性，符合臨床用藥需求，健保署修正藥物給付項目及支付標準第11條中藥收載之規定，放寬屬調劑或調配專用之非濃縮中藥，經藥品共擬會議通過後納入收載。

2. 新增10種珍貴中藥（單方30項及複方59項）納入給付

中醫師公會經調查各中醫院所常向民眾收取自費的中藥，挑選十味敗毒湯等10種較珍貴中藥，建議健保署納入收載，經提健保署109年2月20日藥品共擬

會議通過，於109年3月1日新增給付中藥單方品項30項，及複方品項59項（如表5-5）。

3. 推動中藥藥物不良反應通報系統及加強民眾用藥常識

除了將上述中藥納入給付，為加強中藥用藥安全及品質，中醫師公會與相關中醫學會合作推動全國藥物不良反應通報系統，受理中藥不良反應案件之通報及分析，並針對中醫師於北、中、南各辦理1場次的課程，以提升中醫用藥安全。針對民眾端，也辦理研討會、講座，或製作用藥宣導海報供中醫院所下載張貼，持續推動民眾用藥安全教育與活動，提升民眾用藥常識。

表5-5 109年新增給付中藥一覽表

項次	藥材名／基準方名	效能	給付品項數
1	十味敗毒湯	祛風化濕、清熱解毒	26
2	平肝流氣飲	疏肝理氣、養血活血	5
3	香砂養胃湯	益氣和胃、消痰進食	6
4	歸耆建中湯	補氣建中、和裡緩急	6
5	折衝飲	養血活血、散瘀通經	16
6	膽南星	燥濕化痰、祛風解痙	4
7	太子參	補氣養陰、清火生津	4
8	血竭	化血療傷、止血生肌	8
9	黑荊芥（荊芥炭）	發表散風、透疹消瘡、炒炭止血	6
10	地榆炭	涼血止血、解毒斂瘡	8

資料來源：健保會 109 年 7 月份委員會議資料

對於健保署及中醫師公會的努力，健保會委員皆給予支持及肯定，並提出多項精進中藥用藥安全的建議，包括：研議中藥改以論品項或論劑量方式支付、強化中藥材的源頭管理及金屬檢測、研擬更具體的策略推廣中藥藥物不良反應通報系統（如：列入中醫師繼續教育課程）、提升民眾對中醫的認同度及滿意度等，委員所提的意見，皆送請健保署後續與中醫師公會檢討推動成效之參考，並期許能持續提升中藥用藥品質，保障民眾用藥安全。

（四）檢討癌症免疫新藥給付規定

1. 癌症免疫新藥給付背景

癌症為國內十大死因之首，依據健保署統計，108年癌症新藥費用約10.27億元，占有新藥費用（約16.31億元）之63%。健保會委員向來關切癌症病人的用藥給付情形，每年於協商總額時，均支持編列新醫療科技預算，以利健保署逐年新增癌症用藥。

健保署運用108年度醫院及西醫基層總額之「新醫療科技」項目預算，自108年4月起將癌症免疫新藥納入健保給付，其有別於傳統的化學治療或標靶治療藥物，能夠強化人體自身的免疫系統以攻擊癌細胞，具有毒性較低及可用於多種癌症的優勢，因此被視為癌症治療的一大突破。然而，其藥費相對昂貴，每人每年藥費高達100萬元左右，故108年給付適應症以晚期、轉移性之8大癌別為主，且病人須為無法接受化療，或經第一線或第二線治療無效後，方可使用。另為避免高昂的藥費支出，產生預算排擠效應，健保署針對此藥品採年度目標額度管控，分配經費以8億元為上限。

108年協商109年度醫院總額時，付費者委員主張應及早讓病人接受癌症免疫新藥治療，爰提出請健保署檢討給付條件之建議，協商過程雖與醫界代表未有共識，惟最後經衛福部裁決，109年度醫院總額決定事項為：「請健保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，提升病人治療效益，並於109年5月底前提報檢討結果」。

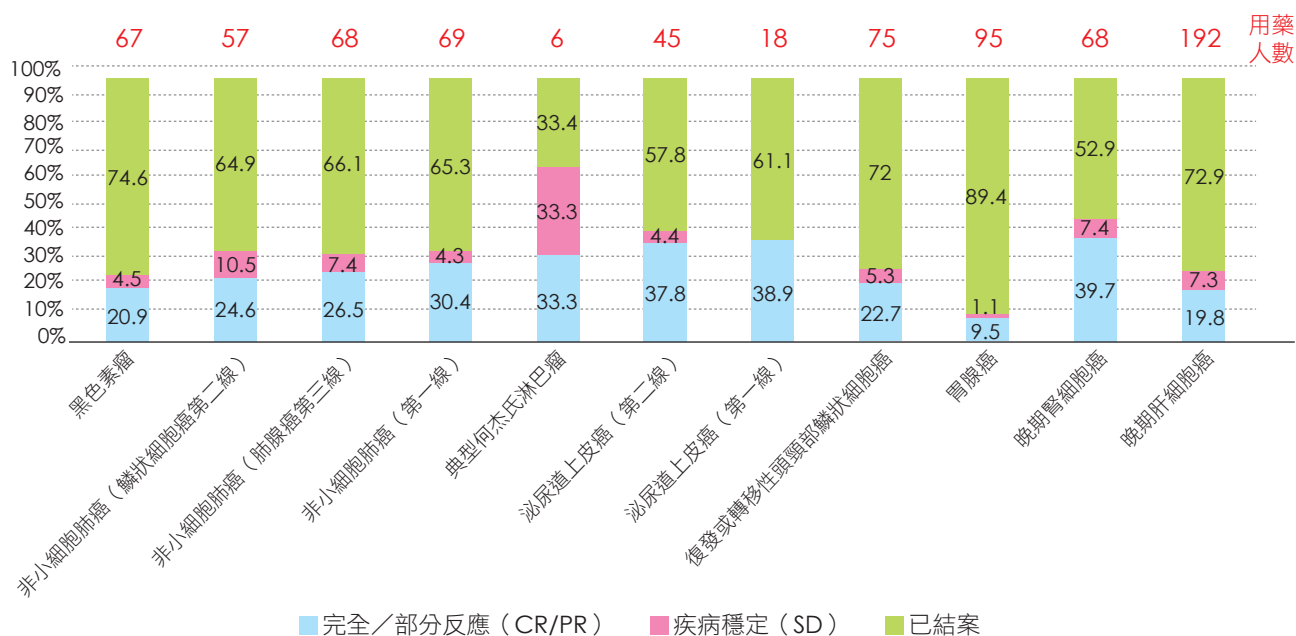
2. 健保署依醫院總額決定事項檢討給付規定

健保署依上開決定事項，滾動檢討癌症免疫新藥之給付規定，將院所登錄之病人生物標記（PD-L1）檢測、病情發展、藥品使用成效及副作用等資料，



委託醫藥品查驗中心進行癌症免疫新藥真實世界之證據分析，依資料的分析結果（截至109年1月9日），顯示各癌別疾病控制的情形存在差異，又以胃腺癌及晚期肝細胞癌之療效不如預期，具療效反應者僅9.5%及19.8%（如圖5-2）。經健保署109年2月份藥品共擬會議討論，考量病人用藥反應的情形，胃腺癌及晚期肝細胞癌之療效與化學或標靶治療相當，卻須付出數倍的藥費，不符給付效益，且國際用藥指引及多數先進國家相關臨床實證，亦不支持用於胃腺癌及晚期肝細胞癌，乃決議修訂給付規定，重點如下：

- (1) 自109年4月起，不再給付胃腺癌及晚期肝細胞癌的新病人使用癌症免疫新藥，除非藥商能同意依療效簽訂分擔財務風險的合約，才考慮恢復給付。基於治療延續性，已用藥的病人仍可繼續用藥，權益不受影響。
- (2) 為有效運用有限的資源，針對其餘6大癌別具療效反應的病人，自109年4月起，將原52週的療程，延長總療程至2年，讓醫療效益發揮至最大。因應給付條件放寬，健保署也將癌症免疫新藥管控經費，由8億元增加為8.4億元。



備註：1. 資料來源：健保署 109 年 2 月份藥品共擬會議資料
 2. 資料統計期間：108 年 4 月 1 日～109 年 1 月 9 日。
 3. 分析對象為治療達 12 週以上可初步評估療效之病人，共 760 人

圖5-2 癌症免疫新藥各癌別疾病控制情形

3. 委員多次提案關切胃腺癌及晚期肝細胞癌病人之用藥權益

健保會付費者委員基於為癌友用藥權益把關的初衷，分別於109年第3次（109.5.22）及第8次（109.10.23）委員會議提案，建請健保署儘快恢復給付癌症免疫新藥予胃癌及肝癌新病人，會中經過熱烈討論，委員所提意見如下：

(1) 付費者委員

已有部分研究顯示，癌症免疫新藥對肝癌病人的療效確實有提升，健保署卻以8種不同癌症或不同治療階段的療效進行比較，認定其對胃癌及肝癌的療效差，並不合理。另外，臺灣肝癌及胃癌盛行率高，若能適度放寬早期（第二、三期）肝癌及胃癌病人使用癌症免疫藥品，治療成效會比只用在晚期（第四期）病人來的好。

(2) 醫界委員

既然健保署已經過相關臨床專家組成的專家會議進行嚴謹討論，再送請由專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表組成的藥品共擬會議決定，雖然有個別研究持不同意見，卻不能否定此決定的專業性及代表性。另外，癌症免疫新藥之治療效果具不確定性，仍須嚴格把關，以免浪費全民健保資源，並請健保署持續與廠商協議採療效為基礎之給付方案。

(3) 公正人士及專家學者委員

支持健保署依循法定程序做出的決定，然而，考量廣大病友的實際治療需求，請健保署持續向藥商爭取更低的支付價格或無效還款機制，並持續收集國內外實證資料，滾動式檢討給付規定。

(4) 健保署回應說明

歷經7次專家會議及藥品共擬會議的反覆討論，國內實證資料、各國文獻及給付情形，顯示癌症免疫新藥用在胃癌及肝癌病人，確實不符給付效益。該署強調仍持續和藥商協商中，只要藥商同意依療效簽訂分擔財務風險的合約，就可恢復給付胃癌及晚期肝細胞癌之新病人。基於健保資源有限，健保署必須本於臨床實證進行給付與否的評估，倘若廠商能提出新的臨床療效事證，亦會召開專家會議重新討論。

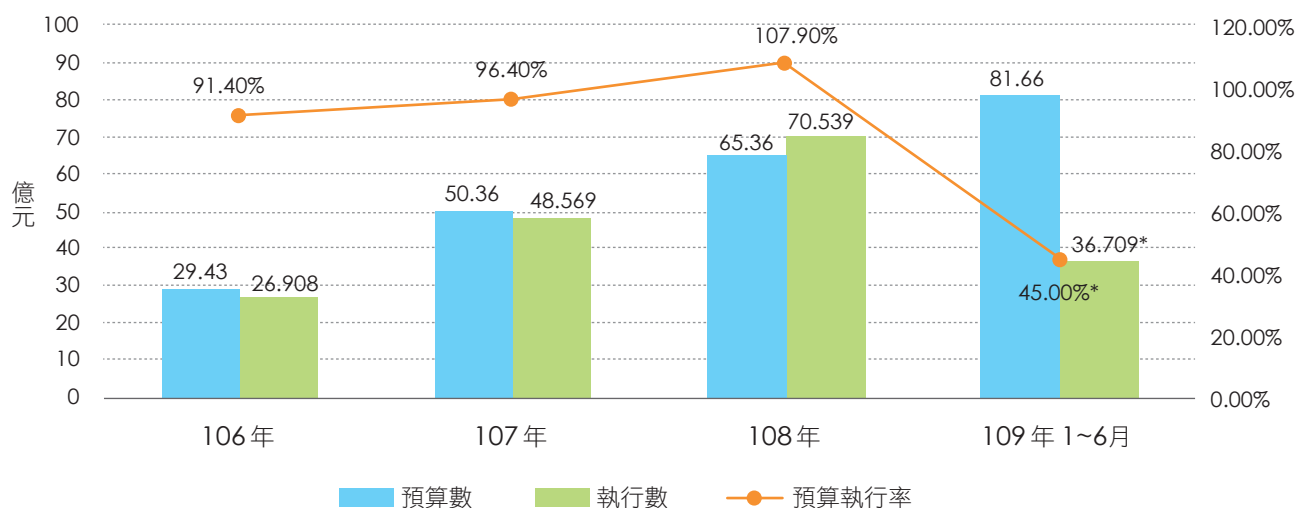
經過健保會2次委員會議的充分討論，多數委員同意尊重健保署本於職責及專業評估做出的決定，但仍期盼未來能在兼顧病人權益及有限醫療資源合理配置下，與藥商早日達成共識，實現降低藥費並減少財務衝擊的目標；在財務衝擊得以良好管控的情形下，健保署也能持續修訂癌症免疫新藥的給付規定、放寬適應症，以嘉惠更多癌症病友。

（五）檢討C型肝炎全口服新藥給付規定

為呼應世界衛生組織（World Health Organization, WHO）在2030年前消除病毒性肝炎的宣示，衛福部擬訂「國家消除C肝政策綱領」，目標為於2025年達到以C型肝炎全口服新藥（下稱C肝新藥）治療25萬名病人之目標。為早日達成前述目標，在健保會委員的大力支持下，106年度醫院及西醫基層總額首次編列C肝新藥專款預算，使C肝新藥得以於106年正式納入健保給付，開啟我國C型肝炎治療新的里程碑。

健保會委員支持衛福部加速根治國人C型肝炎之總額協商政策方向，因此逐年

增編C肝新藥專款預算，從106年的29.43億元，至109年已成長至81.66億元，預算執行情形如圖5-3。而因應預算成長，健保署自106年起也分階段擴增給付條件，擴大照護的族群，108年起不再限制病人肝纖維化程度，所有慢性病毒性C型肝炎患者皆可接受新藥治療（如圖5-4）。此外，106~108年健保署亦陸續引進更多不同成分之C肝新藥，並配合藥品許可證仿單適應症之擴充，逐步修訂給付條件，前述努力，不僅讓C肝新藥治療的副作用更低、療程更短，並能適用於各種基因型的成人及12~18歲兒童病人。



備註：1. 資料來源：109年總額協商參考指標要覽，109年1~6月資料由健保署提供。

2. *109年執行數及執行率統計至109/6/30止。

3. 108年C型肝炎藥費預算不足5.179億元，依健保會108.6.28及108.7.26委員會議決議，同意由108年度總額「其他預算」項下之3項預算結餘支應，最終健保署以「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」結餘款支應。

圖5-3 各年度C型肝炎藥費專款執行情形

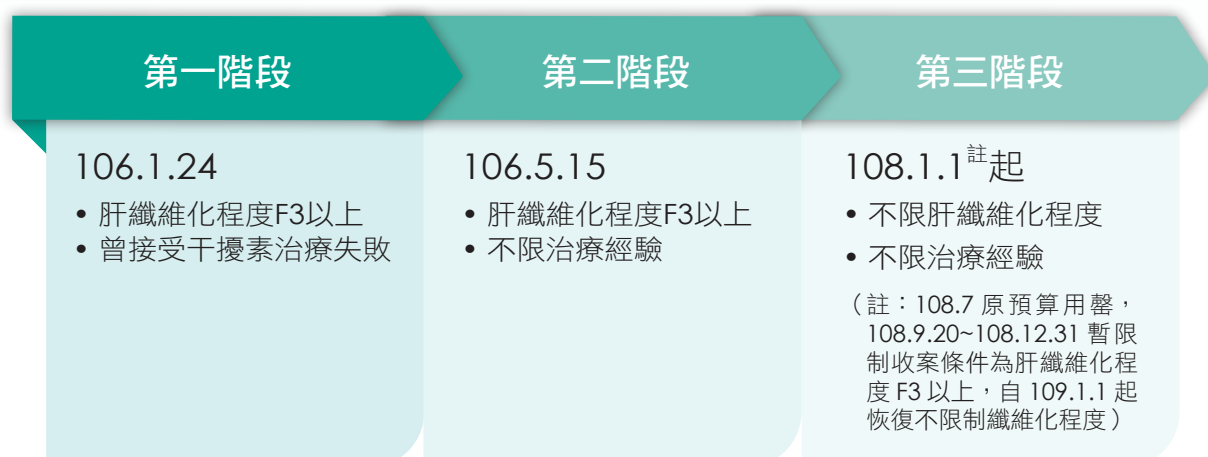


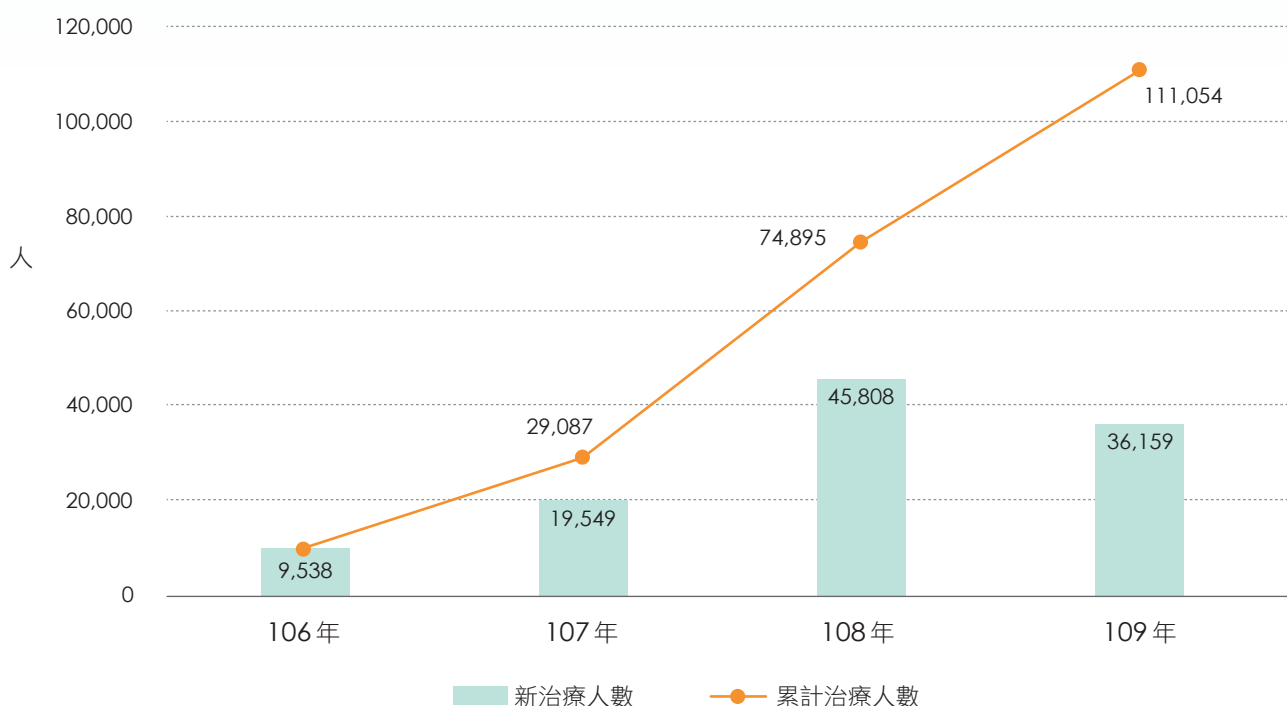
圖5-4 C肝新藥分階段擴增給付條件歷程

隨著適用C肝新藥的病人增加，為提升離島居民治療可近性，健保署於109年逐步放寬C肝新藥的處方醫師資格，除消化系內科、消化系兒科等專科醫師外，7月1日起，離島地區基層院所之內科醫師，亦可處方C肝新藥；9月21日起，再將照顧愛滋感染者或靜脈藥癮者等特殊族群之感染症內科及感染症兒科醫師納入，以提升特殊族群治療之可近性。此外，為找出更多潛在的C型肝炎病人，109年健保署也整合健保資料及國健署之成人健檢

資料，彙整出C型肝炎潛在個案名單供各地方衛生局參考，讓衛生局可據以列出優先篩檢的對象，使C型肝炎病人儘早接受治療，提升治療成效。

整體而言，透過總額預算的挹注，健保署已逐步調整C肝新藥治療的策略，使更多民眾得以受益。109年計有3萬6,159人接受C肝新藥治療，106~109年累計治療超過11.1萬名病人（如圖5-5），且近3年C肝新藥治癒率平均達98.1%。





資料來源：1. 106 ~ 108 年資料：109 年總額協商參考指標要覽
2. 109 年資料：健保署提供

圖5-5 各年度C肝新藥治療人數

為使健保有限資源有效運用，健保會委員除期待透過適度的預算編列，敦促健保署持續滾動式調整C肝新藥治療策略外，委員也非常關切C肝新藥執行成果，於109年9月份協商110年度總額時，公正

人士及付費者委員認為近年C肝新藥治療成果良好，需要治療的病人數將逐年減少，籲請健保署應有效掌握C型肝炎潛在病人，並持續推動C肝新藥治療，以落實根除C型肝炎之目標。

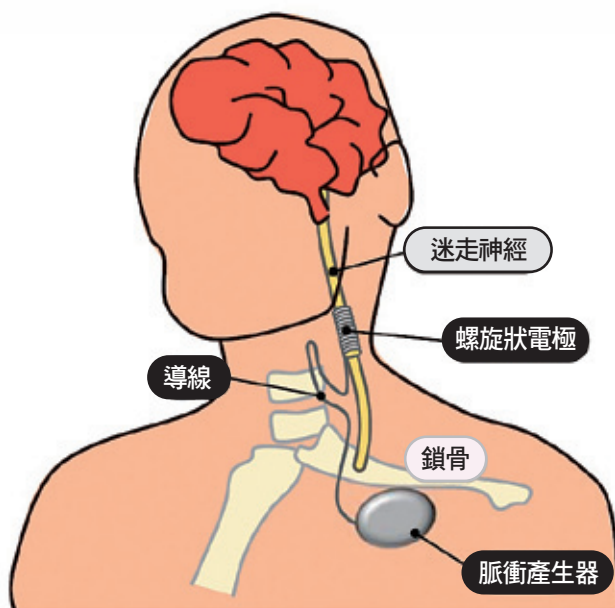


三、持續新增特材，放寬給付規定，增加民眾的選擇性

（一）引進新特材

為導入新特材，健保署運用109年度醫院總額「新醫療科技」項目下之4.01億元預算，納入59項新特材（如表5-6）。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，可大幅減輕民眾的經濟負擔。59項新特材中，有49項具有創新功能，包含：用於治療癲癇病人之刺激迷走神經治療系統、擴張呼吸道或消化道狹窄之氣球導管、治療食道癌前病變之內視鏡射頻消融導管、眼科手術輔助染劑、用於漏斗胸之矯正骨板系統、可大幅提升肩膀活動程度的反置式人工肩關節，及經導管置換心臟瓣膜組等特材。以治療癲癇病人之刺激迷走神經治療系統（如圖5-6）為例，其適用於抗癲癇藥物難以治療之局部或全身發作癲癇之病人，藉由將脈衝產生器植入左鎖骨下方的皮膚內，將電極纏繞在頸部的迷走神經，脈衝產生器所發出之電訊號，經由導線傳送至迷走神經，刺激迷走神經，藉此調節大腦皮質興奮性，並進一步改善癲癇的發作。

屬功能改善特材計10項（如表5-6），包括：修復心臟及血管缺陷之心胞



圖片來源：健保署 109 年 9 月份特材共擬會議資料

圖5-6 刺激迷走神經治療系統示意圖

膜補片（生物性）、可改善膝關節疼痛之關節內注射液、心房中膈穿刺針等特材。其中心胞膜補片（生物性），為經特殊處理的牛心包膜，具有不同尺寸與厚度及特殊弧度（3D），並經抗鈣化處理，可用於新生兒心室缺損或肺動脈與主動脈重建，及18歲以下之複雜性先天性心臟病手術、肺動脈與主動脈重建，其較傳統牛心包膜補片，可減少鈣化之風險。

表5-6 109年新特材納入健保給付情形

類別	特材名稱	品項數	主用途
創新功能	呼吸道氣球擴張導管	1	擴張呼吸道狹窄部位，改善呼吸道狹窄病患之呼吸狀況
	消化道氣球擴張導管	9	擴張消化道狹窄部位
	內視鏡射頻消融導管	3	治療食道癌前病變（傷口較外科切除手術小，食道仍可保留完整）
	眼用染劑（黃斑部、視網膜手術用）	1	有利醫師區別出眼科手術區域，提升眼科手術正確度
	眼用染劑（白內障手術用）	1	有利醫師區別出眼科手術區域，提升眼科手術正確度
	兒童用彈性髓內釘	4	兒童長骨骨折之復位及固定（可避開生長骨，降低對小兒生長的影響）
	刺激迷走神經治療系統	4	可有效減少抗癲癇藥物難以治療之局部或全身癲癇發作之頻率與嚴重程度
	漏斗胸矯正骨板系統	1	藉新型微創矯正術（相較傳統手術傷口小）重塑及改建漏斗胸的胸部外型
	反置式肩關節系統	10	人工肩關節置換，相較傳統治療方式，可大幅提升肩膀的活動程度
	導線移除專置	2	移除心臟內過多電極導線（引起嚴重心律不整）或損壞的電極導線
	無導線節律系統及親水性塗層血管導引鞘	1	對於無法植入傳統有導線之節律器者，可刺激心臟恢復正常規律之跳動
	主動脈循環灌注導管及循環灌注導管	2	用於主動脈剝離或主動脈瘤手術時，可阻止血液流向手術區域，並能提供重要分支血流，減少器官缺血傷害
	經導管置換心臟瓣膜組	10	對於高風險或無法接受傳統置換心臟瓣膜手術者，經由導管微創方式置放心臟瓣膜（相較傳統手術傷口小）
小計		49	
功能改善	關節內注射液	4	改善膝關節疼痛
	心包膜補片（生物性）	5	用於 18 歲以下者（含新生兒），可修復心臟及血管缺陷（相較傳統牛心包膜產品，具有 3D 弧度設計、經抗鈣化處理之優點）
	心房中隔穿刺針	1	對於傳統心房中隔穿刺術手術失敗或困難穿刺者，可使用本項特材
	小計	10	
新特材合計		59	

資料來源：健保署公告及 109 年歷次特材共擬會議紀錄相關資料。

（二）放寬特材給付規定

109年放寬或擴增給付規定之特材計有6項，包括：加溫輸血輸液套，擴增用於外傷引起低血容性休克者、3D立體定位貼片，擴增至18歲以下兒童使用、可吸收性顱顏面骨板骨釘，擴增用於開顱手術之病人、人工肘關節，擴增用於65歲以上粉碎性骨折且不適合開放復位內固定重建者、取消無針式注射用連接頭及延長管之適應症，以降低醫護人員暴露於血液及體液之風險、含動力式及幫浦輸液套管組之灌食袋，一般住院病人從每週1副增加為2副。

以加溫輸血輸液套為例，其係對於外傷或重大手術造成大量失血病患，提供快速大量輸血及加溫，避免失血過多造成低血壓或低體溫，考量緊急外傷病人常因大量出血導致出血性休克，需使用

該特材緊急輸血急救，以增加搶救成功率，爰擴增外傷引起低血容性休克者，可使用該特材。

四、討論健保署自付差額特材申請案，及持續監測使用情形

（一）健保會討論自付差額特材流程及通過情形

健保法第45條規定，健保署須將擬納為自付差額的特材，公告提健保會討論，再報請衛福部核定。

健保會為討論健保署所提之自付差額特材案，於103年第3次委員會議（103.3.28）訂定「健保會討論自付差額特材作業流程」，以利健保署依該流程辦理提會申請案；復經105年第6次委員會議（105.6.24提案討論）修訂，將每半年討論1次縮短為每季討論1次，以提升納入健保給付時程效率，如圖5-7。

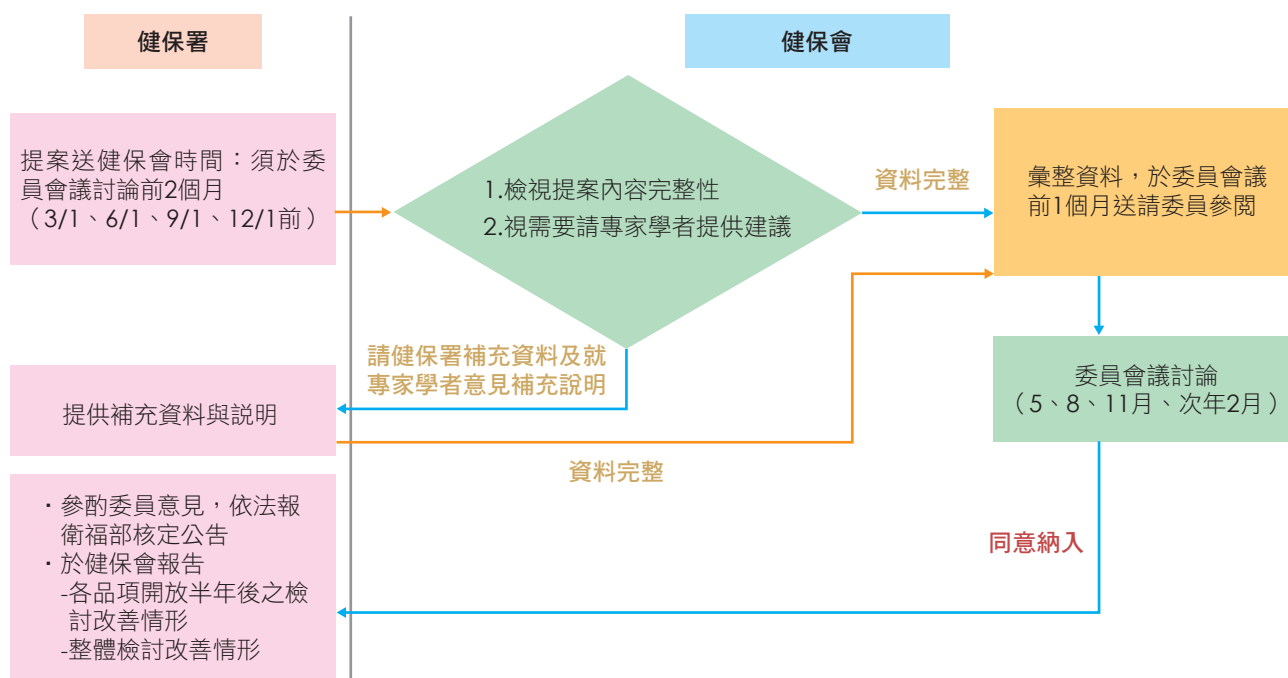


圖5-7 健保會討論自付差額特材案之作業流程

截至109年底，衛福部共公告11類自付差額特材，經健保會討論通過品項有6類，其中「客製化電腦輔助型顱顏骨固定

系統」，已於107年12月1日納入健保全額給付，爰目前自付差額特材共計10類（如表5-7）。

表5-7 全民健保10類自付差額特材一覽表

序號	類別	實施時間	健保支付點數	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	
4	特殊材質人工髖關節	96.1.1	依類別： 4,018 ~ 70,099 點	
5	特殊功能人工水晶體	96.10.1	2,744 點	
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	
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105.5.1	依類別： 28,773 ~ 44,293 點	
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
10	治療複雜性心臟不整脈消融導管	106.11.1	70,200 點	
11	特殊功能及材質伽瑪髓內釘組	107.6.1	19,036 點	

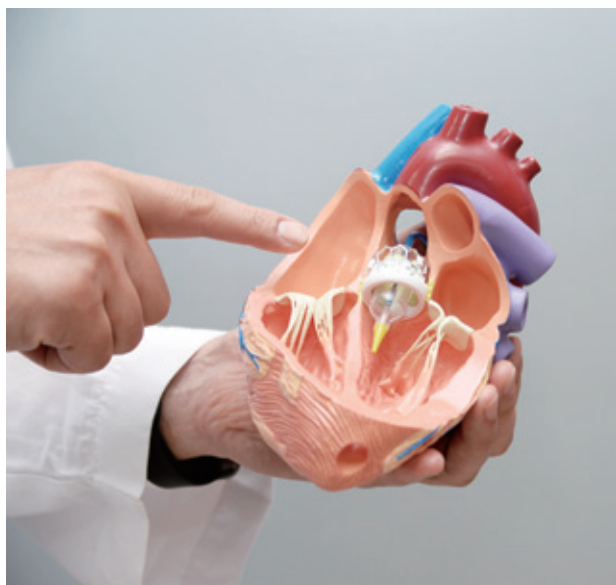
註：健保會於102年1月1日成立，爰提經健保會討論之自付差額特材為項次6～11。

（二）109年健保署送健保會討論之「經導管置換瓣膜套組（TAVI/TAVR）」自付差額特材

健保署於106年3月1日將治療80歲以上嚴重主動脈狹窄病人之「經導管主動脈瓣膜置換術」之手術費用納入健保給付，惟該手術必須使用之醫材「經導管置換瓣

膜套組」（圖5-8），因為價格昂貴，爰未納入給付，亦即接受該手術之民眾必須自費負擔該醫材費用。

後因健保署在109年初依醫療科技評估報告及臨床實證資料，認為「經導管置換瓣膜套組」符合「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」所



圖片來源：轉載自奇美醫訊 122 期

圖5-8 經導管置換瓣膜套組示意圖

列條件，乃提該署109年3月份特材共擬會議討論，決議納為健保自付差額特材品項，建議核定費用為1,097,991元（採公立醫院及醫學中心兩者合併採購價中位數，除以收載時最近四季結算之醫院總額部門浮動點值之平均值）、健保給付上限為329,397點（依實證等級訂定給付比例為核定費用之30%），並依法提健保會討論。

健保會收到健保署之提案後，原依「健保會討論自付差額特材作業流程」規定，應排入8月份的委員會議討論，考量儘早納入可減輕民眾財務負擔，乃安排提前於6月份委員會議討論，經2次委員會議討論後，決議將該特材納入自付差額品項，討論過程如下：

1. 109年第4次委員會議（109.6.19）

由於健保署提案資料，核定費用單位為「元」、健保給付上限單位為「點」，實務上民眾自付費用（自付費用＝核定費用-健保給付上限）是以「元」計，付費者委員關切健保給付上限計算方式，建議換算成「元」，以避免未來發生民眾自付費用計算的爭議。醫界委員亦有相同疑慮，乃請健保署進一步釐清。

醫界委員對核定費用採中位數亦有疑慮，因為醫院大小規模不同，採購量小者其採購價會高於中位數，建議健保署從寬考量，給予更多彈性，讓多數醫院均可執行，增加民眾就醫的選擇。

公正人士及專家學者委員則認為，納入自付差額特材後，可能會因為使用量增加而降低售價，核定費用應隨之調整；也可能因療效超過預期，而調升健保給付上限的情形，宜有滾動式檢討修正的規劃及配套措施。經委員熱烈討論，乃決議請健保署提供更詳細規劃內容及配套措施後，再重新提會討論。

2. 109年第6次委員會議（109.8.28）再次討論

健保署依上開委員會議建議，修正提案內容及補充說明，提第6次委員會議討論後，決議納入自付差額特材，並請健保署於生效後一段時間進行滾動式檢討，及研析放寬給付條件、提高給付比例之可行性，並儘速循法定程序報請

衛福部核定公告實施，以維護民眾權益；另在本產品生效給付半年後，提出檢討改善報告。

惟健保署在未完成報請衛福部核定公告之程序前，再審慎評估，考量「經導管主動脈瓣膜置換術」對於高風險或無法接受傳統置換心臟瓣膜手術的病人，有較低之死亡率及合併症，而「經導管置換瓣膜套組」為前開手術所必須使用之特材，及健保會委員上開提高給付比例等建議，乃建議改以「全額給付」納入健保，復提經11月份特材共擬會議討論後，決議以全額給付方式納入健保，並自110年2月1日生效。本項特材係第1個經健保會討論通過自付差額品項，在未完成報請衛福部核定公告之程序前，即改為全額給付之品項。

（三）自付差額特材開放後之監控與管理措施

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，若經監測其療效、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。

健保署依健保會要求，於109年12月份委員會議提報之整體檢討改善報告，及會中委員所提建議如下：

1. 將已近常規使用之自付差額特材納入全額給付

依健保署報告之資料，「調控式腦室腹腔引流系統」（104年6月開放，使用量為68.2%），自107年起自付差額占率均超過80%（如表5-8），健保會委員多次建請健保署研議將其納入健保全額給付；健保署於本次委員會議說明，前提經該署特材專家諮詢會議討論，相關醫學會認為難以具體規範臨床使用的合理性，考量其對財務衝擊之影響，及具臨床療效之族群尚不明確，建議暫緩納入健保全額給付，並將持續與相關醫學會討論其臨床效益，視健保財務狀況，優先研議納入全額給付之可行性。

另「冠狀動脈塗藥支架」的使用量，由104年的54.7%，至109年已增加至65.9%（如表5-8），會中公正人士委員提出，資料顯示病患對該特材具有高度的需求性，且其臨床效益之證據明確，建議健保署考慮納入健保全額給付之可行性，健保署回應將審慎研議。



表5-8 歷年自付差額特材占率情形

序號	特材類別／年度	104 年	105 年	106 年	107 年	108 年	109 年 (截至 9 月)
1	義肢	2.0%	2.8%	2.3%	4.9%	7.7%	10.1%
2	特殊功能人工心律調節器	45.7%	49.6%	50.9%	51.4%	44.4%	42.1%
3	冠狀動脈塗藥支架	54.7%	58.0%	61.3%	64.0%	66.1%	65.9%
4	特殊材質人工髖關節	22.1%	23.4%	25.8%	26.4%	28.5%	28.2%
5	特殊功能人工水晶體	33.9%	35.3%	36.7%	37.3%	37.9%	38.7%
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	32.4%	36.7%	41.9%	41.9%	39.6%	40.4%
7	調控式腦室腹腔引流系統	68.2%	73.7%	76.0%	80.2%	81.8%	81.4%
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		30.5%	38.6%	36.5%	36.8%	35.2%
9	治療複雜性心臟不整脈消融導管			14.6%	17.2%	16.4%	29.7%
10	特殊功能及材質伽瑪髓內釘組				31.8%	58.4%	60.6%

2. 建議充分公開資訊，保障民眾知的權利

健保會委員十分關切醫療院所是否充分公開自付差額特材相關資訊，經健保署近年來的努力，已要求醫療院所應於手術或處置前2日，由醫師充分解說，相關資訊並應公布於醫療院所之網際網路或明顯處。健保署也於103年6月起建置「醫材比價網」（路徑：健保署首頁／健保藥品與特材／健保特殊材料／醫材比價網），供民眾查詢各醫療院所自付差額特材之收費情形，促使價格之資訊透明化，並於109年優化醫材比價網，及新增手機APP與健保資料開放服務網（OPEN DATA）等查詢管道。

健保會付費者委員於健保署報告整體檢討改善情形時，提出部分醫療院所

於網路公開之資訊字體過小，且有些僅有英文品項名稱，建議應提高資訊的可讀性。另外，當有緊急情況時，民眾無法事前收集相關特材資料，此時則需醫護人員提供詳細說明，委員建議應再強化醫病溝通，以落實保障民眾知的權利。醫界委員回應，將加強對醫院宣導，以淺顯易懂的方式，向民眾說明。健保署表示認同付費者委員加強醫病溝通之建議，日後將朝此方向努力。

3. 建議訂定醫療院所收費價格管理措施

健保法第45條規定，保險人得訂定特材給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限。歷來健保會付費者委員也十分關心自付差額特材於不同醫療院所間之收費情形，並多次建議健保署逐

步研訂及檢討各品項收取差額之上限。

健保署為解決自付差額特材於不同院所間收費差異的問題，於109年1月30日修正發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」第52條之4，明定自付差額特材核定費用、健保給付上限、醫療院所收取差額上限（即民眾自付差額上限），如圖5-9，並於同年6月8日公告8類「現行」自付差額特材之核定費用，及規範醫療院所向民眾收取自付差額上限，不得超過核定費用扣除健保給付上限，並自同年8月1日生效。惟醫療院所反映，因為院所規模不一，統一定價將壓縮其生存空間，亦可能使原本收費低者拉高費用，或降低院所引用新醫療科技之意願，使得高品質、高技術的特材退出市場，爰向健保署建議暫緩實施。

健保會付費者委員基於若取消訂定8類現有特材之核定費用，則民眾未有專業能力判斷醫院收費價格是否合理，乃於109年第4次委員會議結束後，發表共同聲明，呼籲健保署應站在民眾權益的立場，堅守訂定民眾自付費用上限的政策，同時根據臨床療效、市場價格，與醫界、消費者等團體儘速在2個月內，共同研商自付差額特材的分組分類，及訂定合理上限價格，以保障民眾權益、創造醫病雙贏。

復經衛福部、健保會邀集相關醫學會召開會議討論，獲得暫緩實施8類自付差額特材上限之共識，並將檢討現行8類自付差額特材之功能分類，及優先處理極端不合理價格的特材，以維護民眾就醫權益。

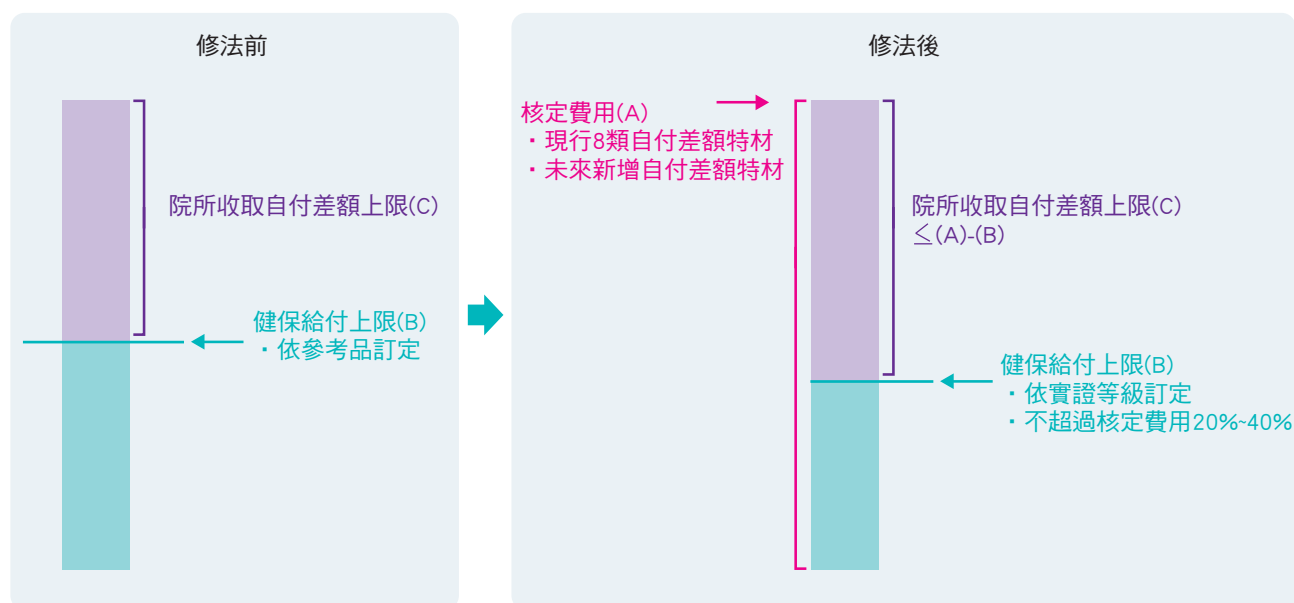


圖5-9 全民健康保險藥物給付項目及支付標準第52條之4

健保會委員未來仍會繼續關切自付差額特材使用情形，督促健保署將已近於常態或必要使用之特材納入全額給付，以減輕民眾就醫的財務負擔；及請健保署提供更貼近民眾需求、更充足的特材訊息，持續關心自付差額特材價格差異之問題，為民眾權益把關。

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。

109年度的監理工作重點，包括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，另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的總額計畫，進行實地訪視活動；另委員基於監理職責，就健保署109年度加強推動之重點業務，包括健保收入超過2億元之醫療院所財務報告之公開情形、近10年健保保費呆帳分析及作業辦理情形、分級醫療配套措施之執行情形、牙醫全面提升感染管制品質之規劃與執行情形等議題，請健保署進行專案報告後提出建言。109年健保會安排健保署進行重要監理議題專案報告之主題如表5-9。

表5-9 109年重要監理議題專題報告一覽表

主題	時程
1. 107 年度健保收入超過 2 億元之 219 家醫療院所財務報告公開情形	2 月
2. 近 10 年健保保費呆帳分析及作業辦理情形	2 月
3. 有關牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃（含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制）	5 月
4. 有關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、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制）	6 月
5. 提升中醫用藥品質之具體規劃（含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項）（另詳本章第一節）	7 月
6. 全民健康保險業務監理指標之監測結果及評析報告	10 月
7. 108 年全民健康保險自付差額特材執行概況（另詳本章第一節）	12 月

茲就健保基金預、決算等財務監理情形，以及業務訪視活動與主要議題之專案監理、監理指標之所行監理結果，分述於後：

執行成果

一、財務監理

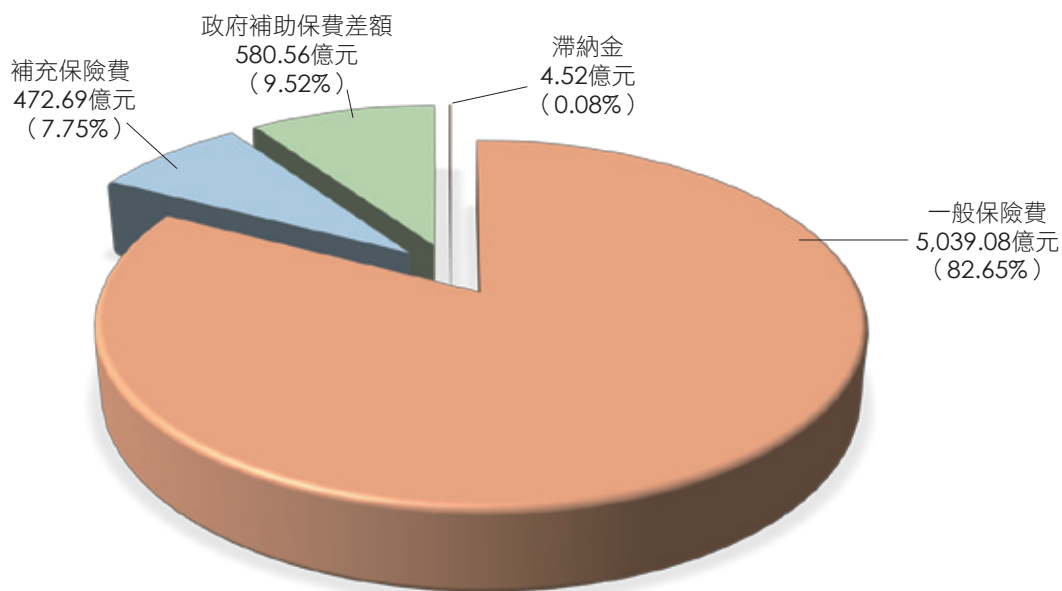
（一）108年度決算及110年度預算之監理

健保署依據健保法施行細則第3條規定，於109年第2次委員會議（109.4.24），提送「108年度全民健康保險基金附屬單位決算」、「110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之運作。就所送預決算案及健保會同仁研析意見與委員建議，摘述如下：

1. 108年度決算之監理

（1）108年度全民健康保險基金決算重點

① 保險收支：108年度保險收入為6,226.43億元（成長率2.73%），其中保費收入來源包括：一般保險費5,039.08億元、補充保險費472.69億元、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）580.56億元，及滯納金4.52億元（如圖5-10），共計6,096.85億元；保險成本為6,563.03億元（成長率3.72%），保險收支短絀336.60億元¹。



資料來源：全民健康保險基金 108 年 12 月份會計月報。

圖5-10 108年度保費收入結構

¹ 健保署 109 年 4 月提送健保會之自編決算後經審計部審定為短絀 341.97 億元。

② 安全準備：108年度保險收支短絀336.60億元，依法收回安全準備填補，收回後安全準備累計餘額為1,772.80億元，約當3.24個月保險給付支出。

③ 自102年起施行二代健保以來，因增收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%等因素，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）及105年費率自4.91%調降至4.69%之影響，106年度開始出現保險收支短絀。

(2) 健保會同仁研析意見與委員所提建議
健保會同仁經檢視健保署提供之財務資料，提出研析意見如下：

① 108年健保財務之實際執行結果，與健保署於健保會108年11月份委員會議提出之財務收支概估相近，健保自106年起財務缺口持續擴大，依據健保署最近財務推估內容，110年即將面對費率調漲相關議題。未來倘調漲費率，將增加民眾經濟負擔及雇主之非勞動成本，進而影響產業整體競爭力，爰請衛福部及健保署預為研議因應，持續檢討收支連動機制，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。

② 鑒於二代健保係以量入為出、財務平衡為核心精神，建議主管機關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，以期延後費率調整年度或降低費率調整幅度。

健保會委員基於健保署對政府應負擔健保總經費法定下限36%的計算方式，與委員所主張者不同（詳本章第三節），因此，決定對108年度決算不予備查。

2. 110年度預算之監理

(1) 110年度全民健康保險基金預算重點

① 保險收支：110年度編列保險收入6,433.65億元（成長率2.31%），保險成本7,373.23億元（成長率5.51%），保險收支短絀939.58億元。

② 安全準備：依據健保署提供之「110年底安全準備餘額推估表」，109年底安全準備餘額為1,097.22億元，加計110年度保險收支短絀939.58億元後，110年底安全準備餘額為157.63億元，約當0.26個月保險給付支出（依據健保署財務預估，表5-10）。

(2) 健保會同仁研析意見與委員所提建議
健保安全準備於110年將低於1個月保險給付，依據健保法第78條

規定，健保安全準備以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則，且近年在保險給付成長率高於保費收入成長率情形下，健保財務缺口逐年擴大，爰建請衛福部及健保署宜及早與儘速研議財務平衡方案。

委員於109年4月份委員會議（109.4.24），針對健保署提送健保會備查之「110年度全民健康保險基金預算」，同108年決算備查案，認為政府負擔健保總經費法定下限36%計算方式尚有諸多疑義，致影響安全準備累積數，決定不予備查。

表5-10 全民健康保險基金110年底安全準備餘額推估表

單位：千元

科目	110 年度擬編數
保險收入	643,364,572
保費收入	628,206,700
依法分配收入	13,842,542
利息收入	458,879
收回呆帳	830,000
雜項收入	26,451
保險成本	737,322,837
保險給付	732,206,391
呆帳	4,730,127
業務費用	385,089
雜項費用	1,230
保險收支淨賸餘（短絀）	-93,958,265

安全準備餘額推估：

108 年底安全準備餘額（自編決算）	177,280,164
109 年度預估短絀（依據財務組健保財務預估）	-67,558,425
109 年底安全準備餘額	109,721,739
110 年度預算短絀（擬編預算）	-93,958,265
110 年底安全準備餘額（約保險給付支出 0.26 個月）	15,763,474

(二) 健保收入超過2億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。其中保險醫療費用超過一定數額之提報門檻，在102～104年為6億元，105、106年均為4億元，107年以後提報門檻降為2億元。

健保署於109年2月份委員會議（109.2.21），報告107年健保收入超過2億元之醫療院所財務報告公開情形，從醫事服務機構整體收支餘絀可以看出，107年有盈餘家數比率為84.5%，其中醫學中心占94.7%，區域醫院占88%，地區醫院占79.5%，基層診所及藥局均達100%，如表5-11；另從醫事服務機構醫務收支餘絀可以看出，107年有盈餘家數比率為68.5%，其中醫學中心占47.4%，區域醫院占75.9%，地區醫院占66.1%，基層診所達100%，如表5-12。

表5-11 107年醫事服務機構整體收支餘絀分析

單位：家、億元、%

特約別	結餘			短絀			家數合計
	家數	金額（億）	家數占率	家數	金額（億）	家數占率	
醫學中心	18	243.56	94.7%	1	-0.22	5.3%	19
區域醫院	73	108.25	88.0%	10	-11.29	12.0%	83
地區醫院	89	54.31	79.5%	23	-8.29	20.5%	112
基層診所	4	1.64	100.0%	0	0.00	0.0%	4
藥局	1	0.00	100.0%	0	0.00	0.0%	1
小計	185	407.76	84.5%	34	-19.79	15.5%	219

表5-12 107年醫事服務機構醫務收支餘絀分析

單位：家、億元、%

特約別	結餘			短絀			家數合計
	家數	金額（億）	家數占率	家數	金額（億）	家數占率	
醫學中心	9	51.20	47.4%	10	-10.30	52.6%	19
區域醫院	63	67.62	75.9%	20	-22.67	24.1%	83
地區醫院	74	31.83	66.1%	38	-13.50	33.9%	112
基層診所	4	1.55	100.0%	0	0.00	0.0%	4
藥局	0	0.00	0.0%	1	-0.003	100.0%	1
小計	150	152.20	68.5%	69	-46.47	31.5%	219

（三）近10年健保保費呆帳分析及作業辦理情形

健保會委員向極重視健保保費呆帳之追繳情形，乃安排健保署於109年2月份委員會議（109.2.21），報告近10年健保保費呆帳分析及作業辦理情形，該署依據國營事業逾期欠款債權催收款及呆帳處理有關會計事務補充規定、全民健康保險保險費及滯納金欠費催收暨轉銷呆帳作業要點，就扣費義務人、投保單位或保險對象，逾寬限期（繳納期限+15日）仍未繳

納之保險費及滯納金所產生欠費，經催繳仍未繳清者，移送行政執行，而就無財產可供執行、有財產但無法受償，或執行無實益已取得債權憑證等，依行政作業程序經其署長核准後轉銷為呆帳。

目前欠費協助機制，包括分期繳納、紓困基金貸款、愛心轉介或公益彩券回饋金支應，107年及108年件數與金額如表5-13。

表5-13 健保欠費協助情形統計表

單位：萬件／萬人、億元

協助項目	107 年		108 年	
	數量	金額	數量	金額
分期繳納	8.09	23.05	8.79	25.79
紓困基金貸款	0.24	1.83	0.21	1.60
愛心轉介	0.57	0.26	0.41	0.15
公益彩券回饋金	0.49	2.02	0.69	2.31



近10年除經濟困難及停、歇業單位估列呆帳率為100%外，透過加強催收管理，促使未逾寬限期、已逾寬限期尚未催收、已催收及行政執行、取得債權憑證等方式，歷年估列呆帳率呈現下降趨勢，如圖5-11；隨著應收保費增加，呆帳提列金額呈現上升趨勢，然而藉由各項輔助措施，實際轉銷金額呈現下降趨勢，如圖5-12。

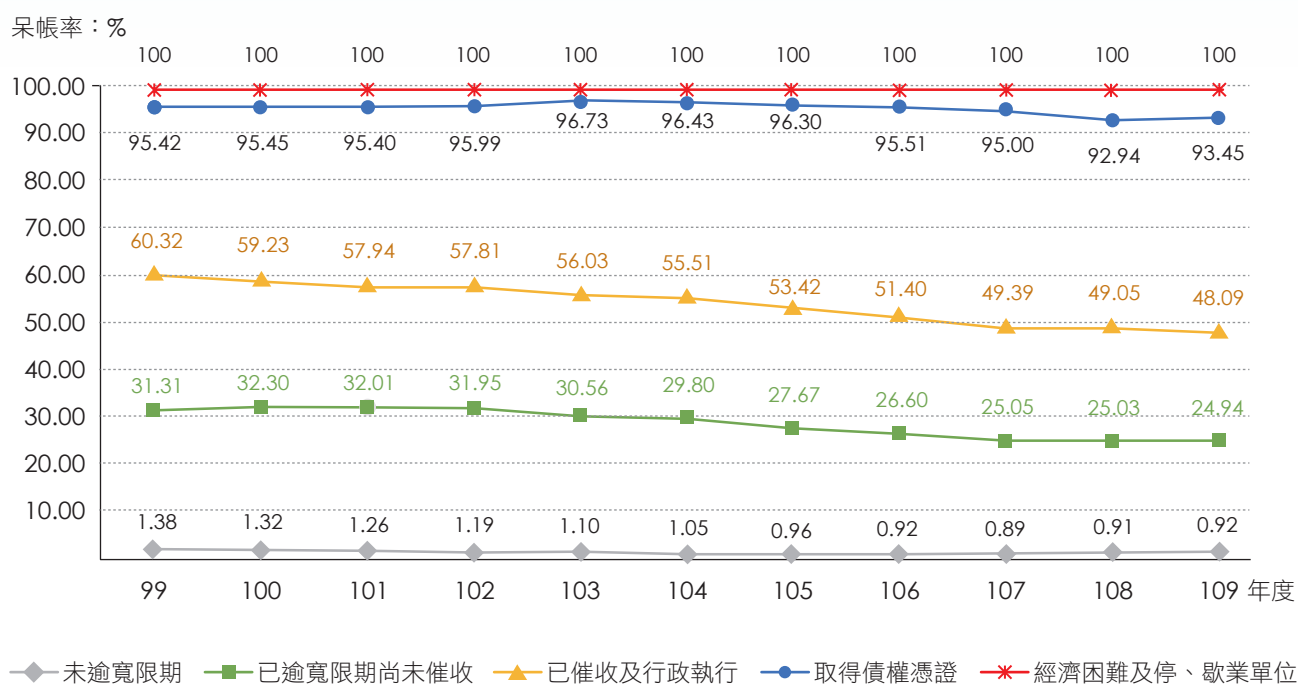


圖5-11 近10年應收款項估列呆帳率

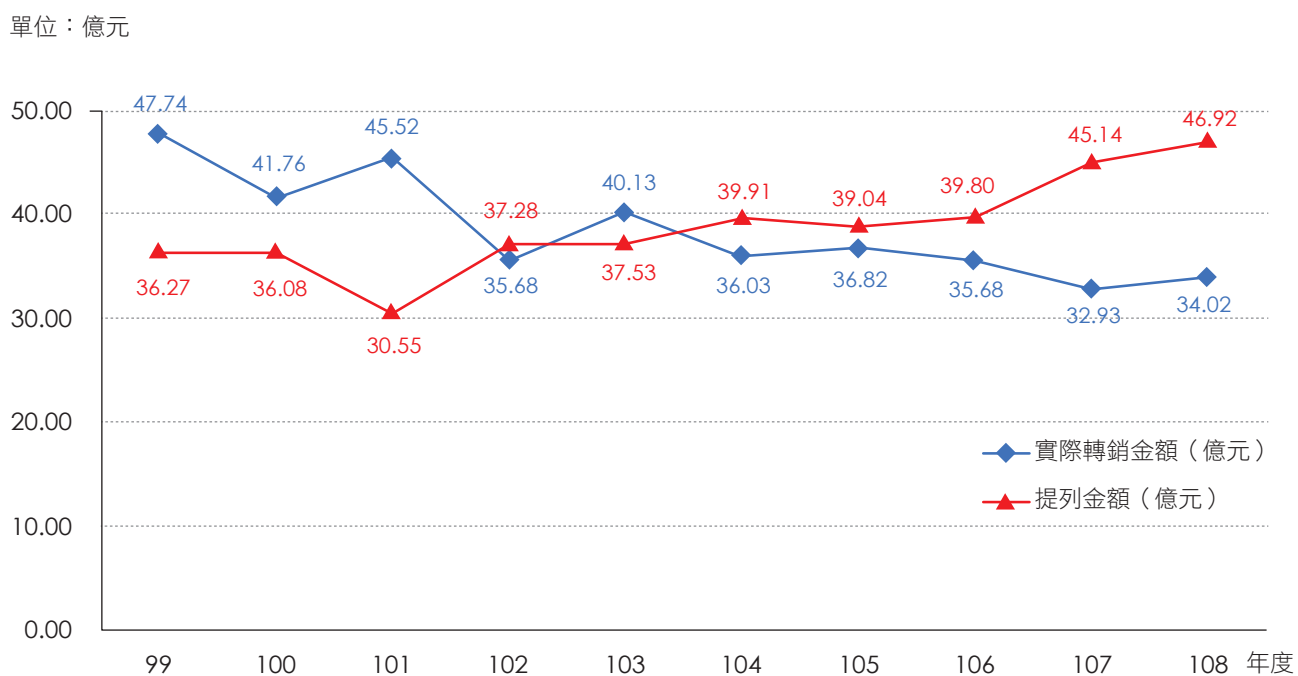


圖5-12 近10年呆帳提列及實際轉銷金額

經分析近10年轉銷呆帳之欠費類別，以第六類被保險人達85.93%為最高，第一類單位10.91%為次高，如圖5-13，其中以

取得債權憑證占91.28%，其次小額欠費占4.12%，如圖5-14。

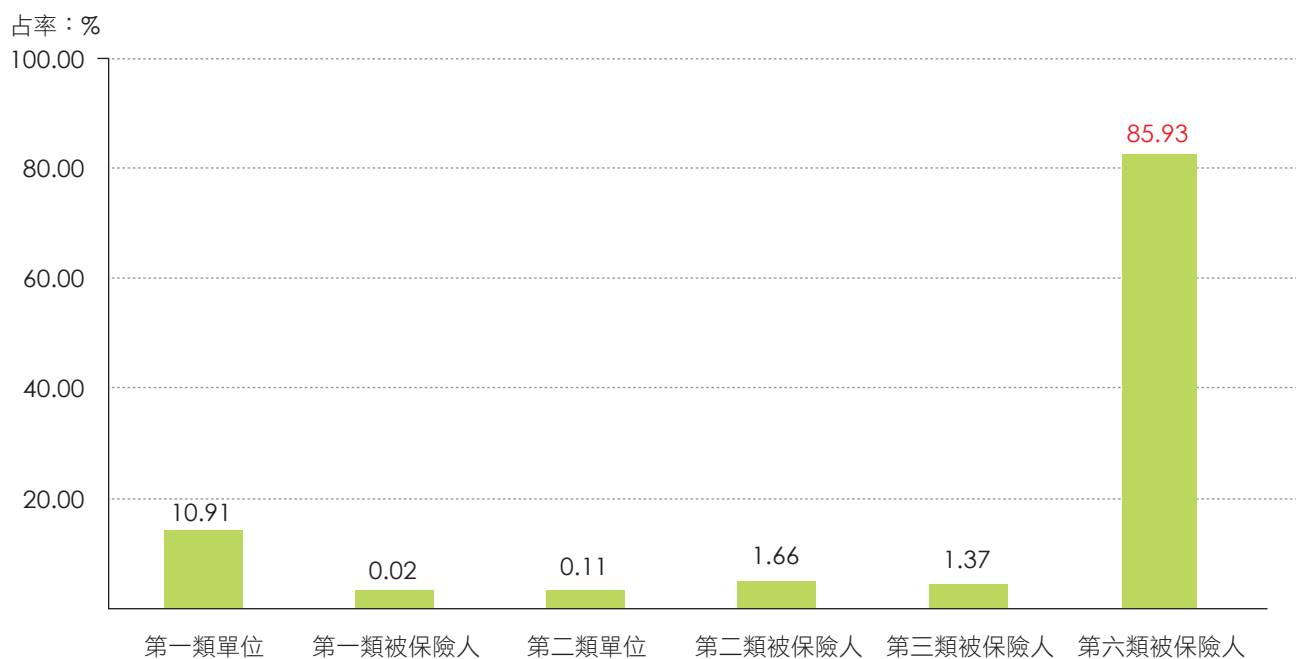


圖5-13 近10年轉銷呆帳之欠費類別-依金額占率

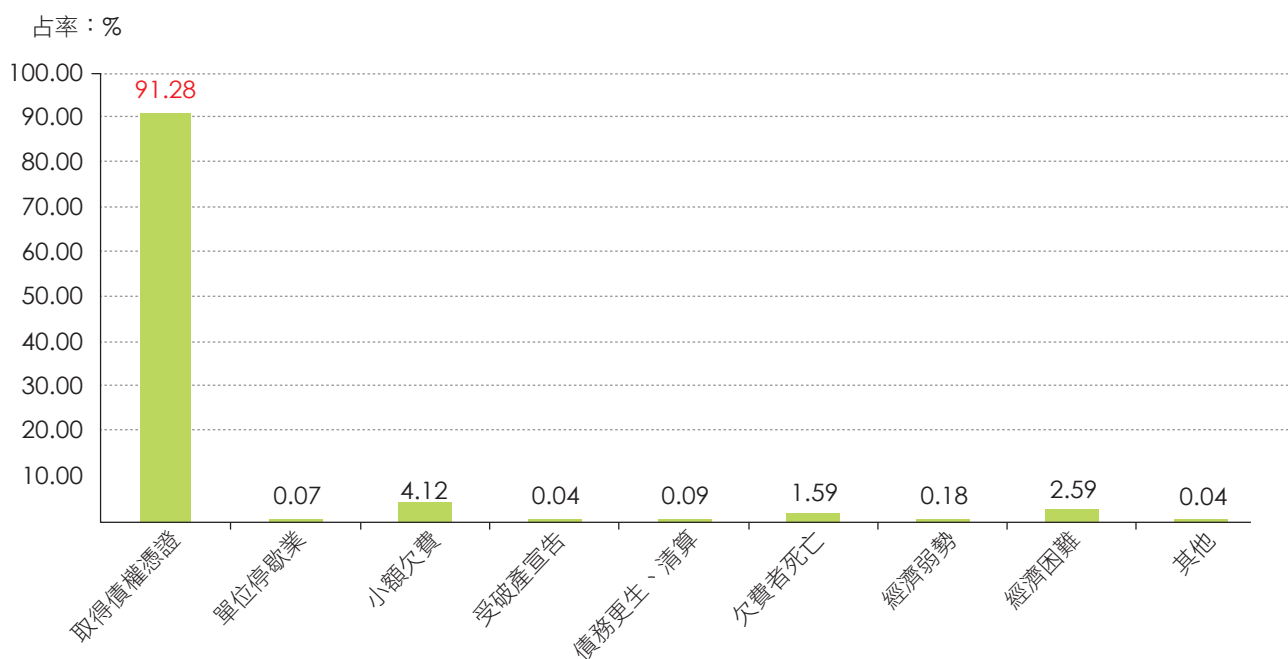


圖5-14 近10年轉銷呆帳之原因類型-依金額占率

針對呆帳議題之處理，健保會付費者委員曾提出建議比照國稅局公布健保欠費大戶，至於欠費者若為第六類被保險人又多為經濟困難者，則建議需妥善處理，並於109年6月份委員會議（109.6.19），提出監理健保財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡重大襲蝕，建請每年協商下年度健保總額預算時，將前年度自7月1日起算至協商時當年度6月30日止呆帳總額，列為下年度健保總額預算基期減項，此減項結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助之討論案，會中經討論後，決議請健保署正視健保呆帳問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。

二、業務監理

（一）業務訪視活動

為利委員實地了解健保業務之運作情形，於109年12月份（109.12.24）安排業務訪視活動，摘述如下：（行程表如表5-14）

1. 訪視業務主題：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（下稱IDS）之執行成效。
2. 訪視對象：健保署高屏業務組轄區內的三地門鄉大社村巡迴醫療點、霧台鄉好茶村及瑪家鄉瑪家村衛生室。
3. 參與人員：委員（含代理人）計35位參加，相關參與單位尚包括健保署、健保署高屏業務組暨轄區內特約醫療院所代表等。



表5-14 健保會109年業務訪視活動行程表

109 年 12 月 24 日（星期四）		
時間	內容／主題	地點
～ 11:20	集合	高鐵左營站
11:20 ～ 12:30	路程 （健保署高屏業務組報告） 主題：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之執行成效	高鐵左營站→屏東縣三地門鄉
12:30 ～ 14:00	綜合座談（含午餐）	屏東縣三地門鄉中正路 1 段 52 號
14:00 ～ 18:30	禮納里社區實地訪視 主題：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之執行成效	1. 三地門鄉大社村巡迴醫療點 2. 霧台鄉好茶村、瑪家鄉瑪家村衛生室
18:30 ～ 20:30	業務溝通（含晚餐）	屏東縣屏東市信義路 143 號
20:30 ～	住宿	屏東縣屏東市民生路 255 號

本次實地訪視之三地門鄉大社村巡迴醫療點、霧台鄉好茶村與瑪家鄉瑪家村衛生室，係以屏東基督教醫院（下稱屏基）為IDS計畫之執行中心，由屏基負責協調整合及分配費用，委員於業務訪視過程中，十分關心屏基與當地醫療服務配合情形，以及各巡迴醫療每診就醫人數及就診疾病、原鄉部落居民對於衛教配合度、牙醫醫療服務提供情形、衛生所有無提供夜診等，並對目前IDS計畫內容提出改進建議。

相關單位代表對委員提問表示，自從IDS計畫實施後，因資源投入，已大幅改善當地醫師生活品質及收入；巡迴醫療每診就醫人數有15～40人，平均約20人，

當地居民就醫多數是慢性疾病，尤其以三高、痛風居多，其次為退化性關節炎；目前正積極推動新進衛教人員學習母語活動，以利衛教宣導；因衛生所沒有編制牙醫師，所以屏東縣牙醫師公會於每週二、四下午由牙醫師支援提供看診服務；3個鄉的衛生所都有提供夜診；另為加強失智症相關照護，已向屏基建議增加神經內科專科醫師及心理衛生資源，以減輕病患及家屬往返醫院的負擔，提升可近性。

本次訪視主題，有助深入了解上開巡迴點、衛生室等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，及提升醫療服務品質之建言。

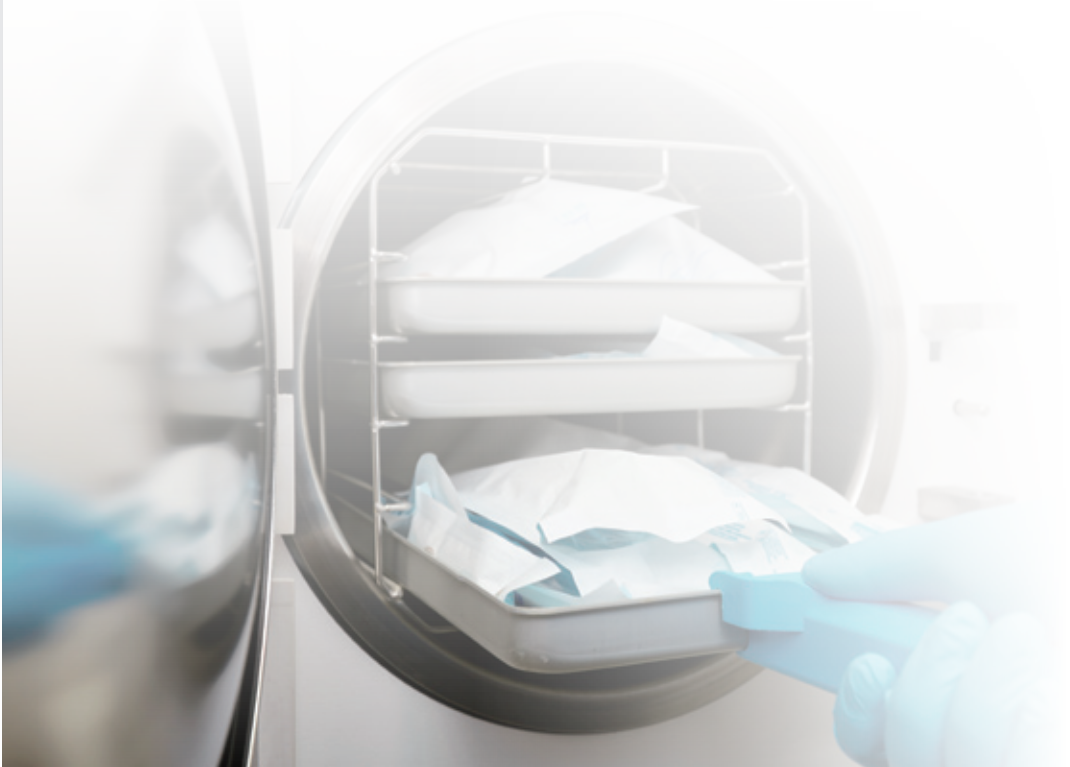
（二）重要議題之專案監理

1. 牙醫全面提升感染管制品質之規劃與執行情形

健保會於協商109年度總額時，牙醫部門基於牙科醫療處置屬侵入性治療，醫師及病患都可能暴露在血液、唾液等感染的高風險環境中，有必要全面提升感染管制品質，乃提出「全面提升感染管制品質」，並承諾牙醫院所100%全面執行進階感染管制，健保會委員也非常重視牙醫院所感染管制品質及民眾就醫安全，因此，同意編列5億元預算用於「全面提升感染管制品質」，併同「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，作為提升感染管制品質之用，協定事項要求所有申請門診診察費的院

所，都應符合加強感染管制標準，並請健保署與牙醫部門加強抽查院所，進行必要之管理與輔導，另應研訂具體提升感染管制品質方案，提報健保會。

健保會於109年5月份委員會議，請健保署與牙醫部門提報具體提升感染管制品質規劃之專案報告，並請健保署監測執行結果（含申報情形及查核結果），納為111年度總額協商參據。為全面落實牙醫院所執行進階感染管制，牙醫部門與健保署歷經多次會議討論後，除自109年4月1日起調升「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」35點，並擬訂精進「牙醫門診加強感染管制實施方案」之措施及管控策略，重點內容如圖5-15：





將消毒層次提升至高壓滅菌層次，降低交互感染機率

凡是進入人體無菌組織或血管系統之重要醫療物品器械（如：拔牙鉗、手術刀、鑲針、根管銼針等）一律採用高壓滅菌。



加強硬體設施及感染管制規範，並作為考評重點

完備病人預警防範措施、適當個人防護措施、開診前後治療台消毒措施、器械浸泡消毒、重要醫療物品器械滅菌等。



考評項目新增「一人一機」，進高壓鍋滅菌之規定

牙科高速手機（含洗牙機頭）器械清洗後，需以滅菌袋包裝與貼指示劑後，進高壓鍋滅菌。



全面輔導提升感染管制，並提高抽查比例

- 未申報感染管制門診診察費之院所全面抽查。
- 已申報感染管制門診診察費之院所由4%提升至6~8%。



訪查不合格院所之加強管理措施

- 加強教育訓練，並訂有費用核減及申報限制。
- 不合格院所持續複查至通過為止。

圖5-15 精進「牙醫門診加強感染管制實施方案」之措施及管控策略

截止109年9月，牙醫診所家數約6,749家，健保署會同牙醫部門以6%~8%進行感染管制作業之抽查，計查核520家，抽查合格率为95%，對於5%查核不合格之院所，並加強輔導及持續複查至合格為止。

除了抽查外，健保會付費者委員對於如何確保牙醫院所100%落實加強感染管制，也極為重視，因此，在健保署牙醫門診總額研商議事會議中，建議應有整體規劃，及訂出全面達成之期限。為了全面落實牙醫院所加強感染管制作業，健保署會同牙醫部門於「牙醫門診總額研商議事會議」多次討論，通過

「110年牙醫門診加強感染管制實施方案全面訪查」規劃，重點如下：

(1) 為落實全面訪查，並避免COVID-19感染風險，比照醫院評鑑，110年採書面評核，不合格者再進行實地訪查。執行方式如下

- ① 「申報感管制門診診察費之院所」：對於109年末實地訪查之院所，採全面書面評核，對於不合格者，須於110年6月底前完成實地訪查，不合格期間將進行費用追扣，或不得申報感染管制門診診察費；如限期仍未改善，則依醫事服務機構特約及管理辦法處理。

②「未申報感染管制門診診察費之院所」：由牙醫師公會全聯會進行全面輔導，並對牙科門診診察費支付標準進行檢討。

③「申請新特約院所」：於1個月內，由健保署分區業務組進行實地訪查。

(2)自111年起恢復原隨機抽查之機制，一般院所抽查比例以6%~8%為原則，進行實地訪查。

除了上述各項精進措施外，也修訂「牙醫門診加強感染管制實施方案」，並將感染管制納入品質確保方案，及品保款之核發條件，作為反映醫療品質及病人安全的重要監控指標。此外，因應COVID-19疫情，牙醫部門亦配合衛福部疾病管制署訂定「因應COVID-19（武漢肺炎）基層診所感染管制措施指引」，提供牙醫院所正確防疫觀念與及時應變知識，以確保民眾、醫師與工作人員的自身健康。

2. 分級醫療配套措施之執行情形

為促使各層級醫療院所達到醫療分工及合作目的，同時減少大型醫院醫療人力工作負荷，提昇病人醫療照護品質，衛福部自106年起擬訂推動分級醫療策略。健保會委員對於分級醫療之政策方向表示支持，因此於協商106~109年度總額時，特別編列鼓勵院所轉診、雲端資訊分享及壯大基層醫療等預算，期強化醫院與診所醫療服務之合作，提升整體服務效能，健保署推動分級醫療雙向轉診策略如圖5-16。

為了解過去投入預算之執行成效，及分級醫療政策之落實情形，乃請健保署於109年6月提出「分級醫療各項策略之執行成效」專案報告，茲就健保署執行及委員監理情形，分述如下：

(1) 區域級（含）以上醫院門診減量措施之執行成效

健保署依據衛福部分級醫療政策，及107~109年度總額「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」之協定事項，訂定各年度門診減量目標，其門診減量措施之適用範圍，排除重大疾病、偏遠地區等不適合納入減量範圍的案件後，自107年第3季開始執行醫學中心、區域醫院之減量措施。

整體而言，107年下半年區域級以上醫院門診減量達-2.3%（目標為-2%）、108年上半年及下半年分別為-4.9%及-3.7%，全年為-4.3%（目標為-3.96%），達成門診減量目標。109年衛福部考量COVID-19疫情持續發展，自109年1月暫緩實施門診減量措施，以利醫界全力配合防疫。因民眾就醫行為受到疫情影響，已儘量減少到大型醫院門診，因此109年上半年區域級以上醫院之門診件數呈現大幅下降（-11.3%，如圖5-17）情形。

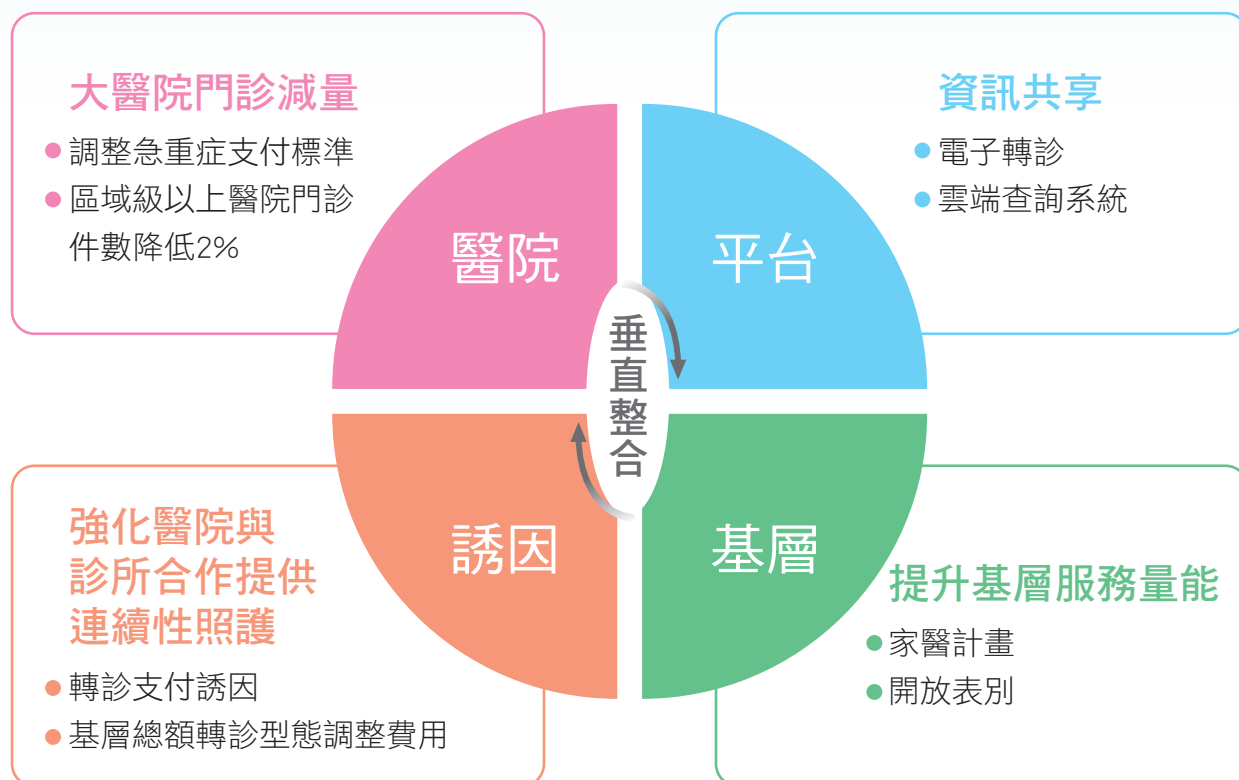


圖5-16 健保署推動分級醫療雙向轉診策略

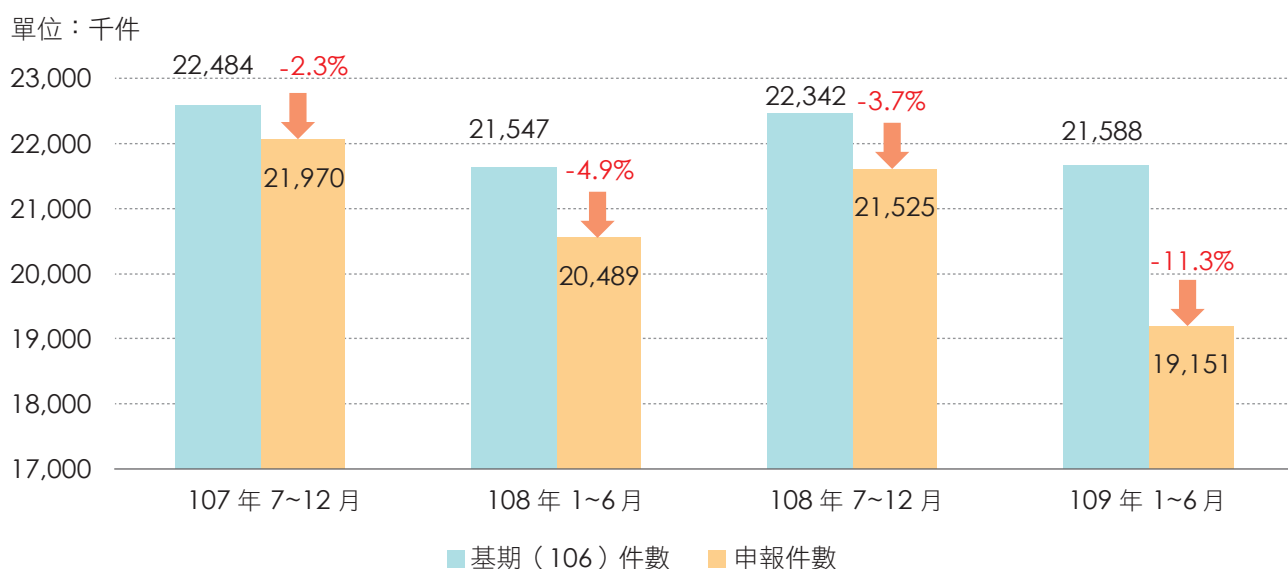
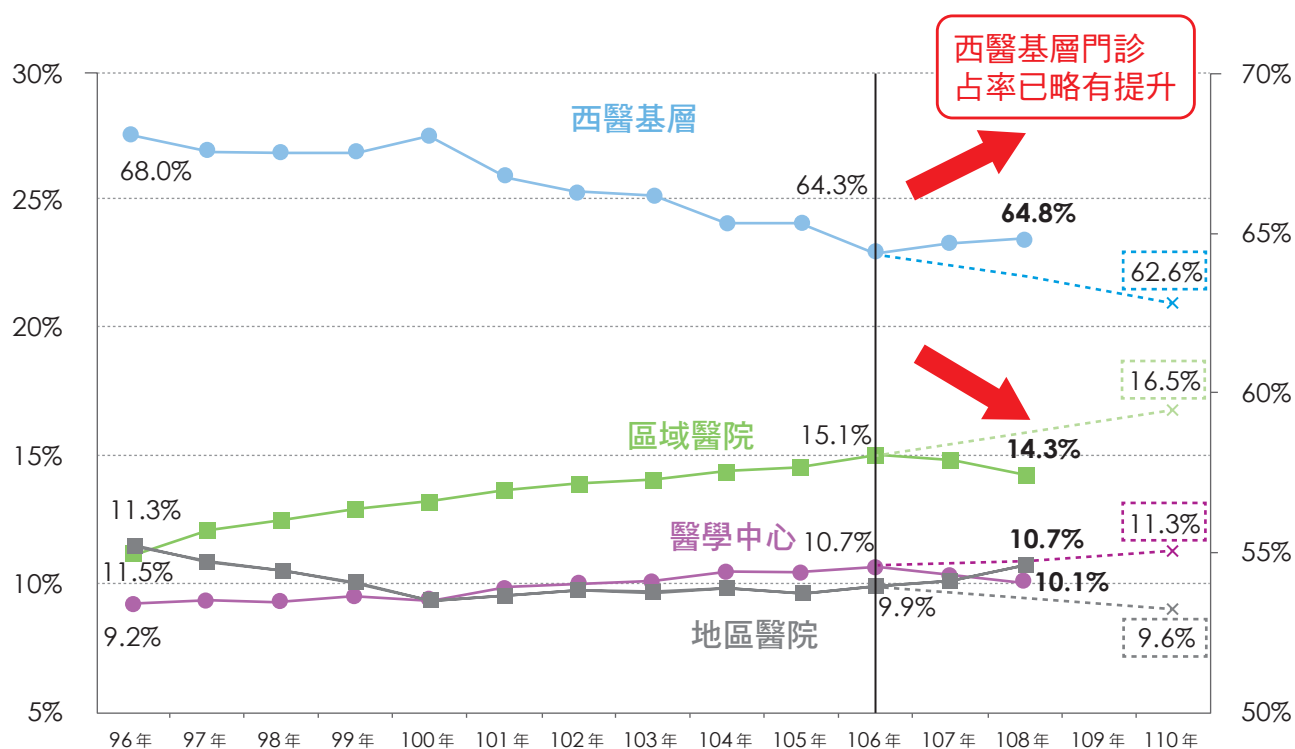


圖5-17 區域級（含）以上醫院門診件數變化情形

依健保署於健保會6月份委員會議提報資料，推動分級醫療後，西醫門診集中大型醫院的趨勢已逐漸減緩（圖5-18），106～108年西醫基層診所及地區醫院門診人次占率略有提升，醫學中心及區域醫院則呈現下降趨勢。109年雖然因應COVID-19疫情，而暫緩實施門診減量措施，惟109年1～9月基層診所及地區醫院門診人次占率，仍較106年同期提升，醫學中心及區域醫院則持續下降。

健保會委員於聽取健保署的報告後，提供諸多寶貴意見供執行參考，包括：請健保署全面檢討門診減量相關政策，了解病人流向，及是否確實提升醫療效益與減少醫療浪費，並尋求未來的策略改進方向；持續評估疫情對整體總額的影響，加強民眾教育，以減少不必要的醫療等建議。健保署除感謝委員提供相關建言，並表示將在疫情告一段落後，進行總體面的檢討，思考分級醫療政策如何延續，及未來的努力方向。



註：虛線部分係模擬若未實施分級醫療政策，門診件數之趨勢，107年起件數及點數係按前10年件數之幾何平均成長率推估。

圖5-18 西醫門診各層級人次占率趨勢

(2) 鼓勵院所建立轉診合作機制之執行成效

為推動分級醫療政策，健保會自107年起，於醫院、西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款，健保署配合推動相關措施，除建立「電子轉診平台」以提升轉診效率外，自107年7月起於支付標準項目提供轉診誘因，用於鼓勵基層轉診、醫院接受轉診及回轉個案。各層級醫療院所也致力於建立合作機制，

截至109年10月，已組成80個策略聯盟、7,382家特約院所參與，藉由院所間垂直合作，提供民眾完善的照護及轉診服務。

相較109年與106年（未投入預算前）轉診案件申報情形，109年1～9月總轉診案件為246.5萬件，106年同期則為164.4萬件，成長近50%，轉診率分別為1.34%、0.74%，亦呈倍數成長，詳表5-15。

表5-15 西醫門診就醫及轉診件數（含視同轉診案件）

	106 年 1-9 月		109 年 1-9 月	
	值（萬）	轉診率（%）	值（萬）	轉診率（%）
總就醫件數	22,338.9	0.74%	18,428.0	1.34%
轉診件數	164.4		246.5	

為進一步了解轉診病人流向，考量視同轉診案件（如：住院病患出院後第1次回診）較不宜列入，爰扣除視同轉診案件後，分析西醫各層級院所轉診流向情形（詳表5-16），顯示區域級以上醫院下轉至地區醫院及基層診所的比率大幅提升，109年1～9月醫學中心轉至地區醫院占44.61%（106年同期為20.48%）、轉至基層診所占37.08%（106年同期為0.72%）；區域醫院轉至基層診所占34.29%（106年同期為3.99%）。



表5-16 西醫各層級院所轉診流向情形（不含視同轉診案件）

接受院所		轉出院所			
		醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所
106年1～9月					
件數合計	333,890	3,184	13,678	35,833	274,923
各層級占率					
醫學中心	48.95%	17.09%	65.44%	58.63%	48.13%
區域醫院	40.60%	61.71%	24.40%	30.42%	41.66%
地區醫院	9.48%	20.48%	6.16%	10.15%	9.36%
基層診所	0.96%	0.72%	3.99%	0.80%	0.85%
109年1～9月					
件數合計	861,777	71,650	98,707	127,642	556,808
各層級占率					
醫學中心	39.91%	4.10%	27.44%	50.86%	44.49%
區域醫院	34.70%	14.21%	25.08%	26.99%	40.40%
地區醫院	16.30%	44.61%	13.19%	14.33%	13.68%
基層診所	9.09%	37.08%	34.29%	7.81%	1.43%

註：1. 因同1筆案件轉出及轉入流向會重複計算案件數，故同1筆僅計轉入（接收院所）之案件分析。

2. 視同轉診案件，如：轉診病患於醫院住院出院1個月內、門急診手術後之首次回診，或因醫師認定需繼續門診治療，於轉診就醫1個月內未逾4次之回診等。

另為支應醫院、西醫基層總額轉診所需費用之不足款，107年起於其他預算尚編列「基層總額轉診型態調整費用」專款，健保署依協定事項，研訂「醫院與基層病人流動監測指標及經費動支條件」，107年起以申報轉診醫令且轉診成功者為認定條件，支應保險對象一定期間於西醫基層院所之就醫費用。考量推動第1年，院所尚不熟悉規定，108年起放寬動支條件，增列民眾自行至西醫基層院所就醫者（包含

門診及住診），故符合動支條件之人數及件數均上揚。而健保會委員認為目前僅著重以財務誘因鼓勵院所進行轉診，除了量的提升外，在執行面仍須有實質效益，並加強監測，故在109年9月協商110年度總額時，要求健保署建立長期效益的評估指標，監測病人下轉後就醫忠誠度與醫療費用的變化情形，並於110年7月底前提出執行效益專案報告，以利評估、確保資源投入之效益與落實情形。

(3) 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

為強化基層診所照護能力以落實分級醫療，健保會自106年度總額起，持續於西醫基層總額增編專款預算，逐年開放原限於醫院執行之檢查（驗）及處置項目，擴大診所服務範疇。108年累計導入心臟超音波、光照治療等45項檢查（驗）及處置項目，109年繼續開放胎兒、孕期子宮動脈杜卜勒超音波等17個項目，截至109年累計開放62個項目、總計投入22.4億元專款。

依健保署於健保會6月份委員會提報的資料，106～108年開放表別項目，各層級院所申報件數均逐年增加，以106年開放西醫基層執行之25個項目為例，除基層診所申報件數大幅提升外，三個層級醫院亦皆持續成長。就申報件數占率來看，醫院則呈現下降趨勢，醫學中心占率由105年（開放前）之34%，至108年降為23%，區域醫院由48%降為30%，地區醫院由18%降為14%，基層診所則增加至34%（詳圖5-19）。

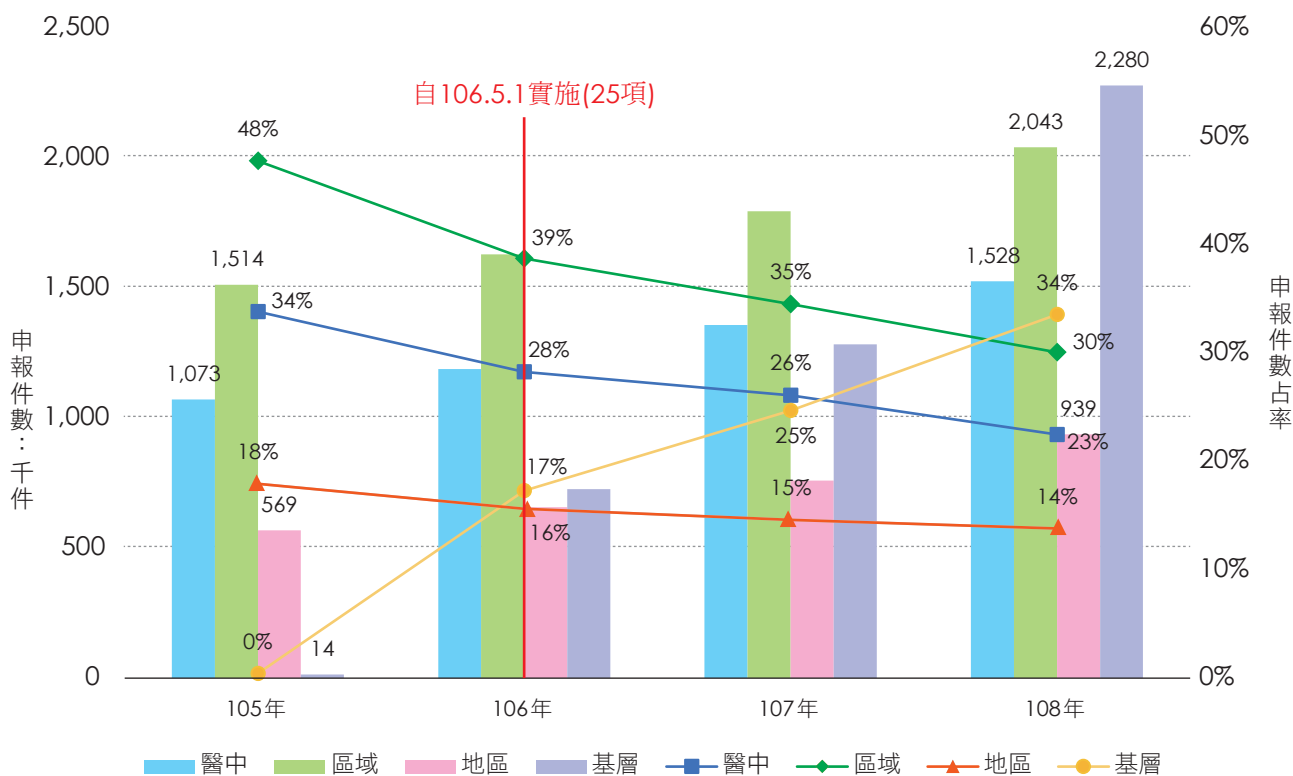


圖5-19 106年25項開放表別項目於各層級院所申報件數及占率

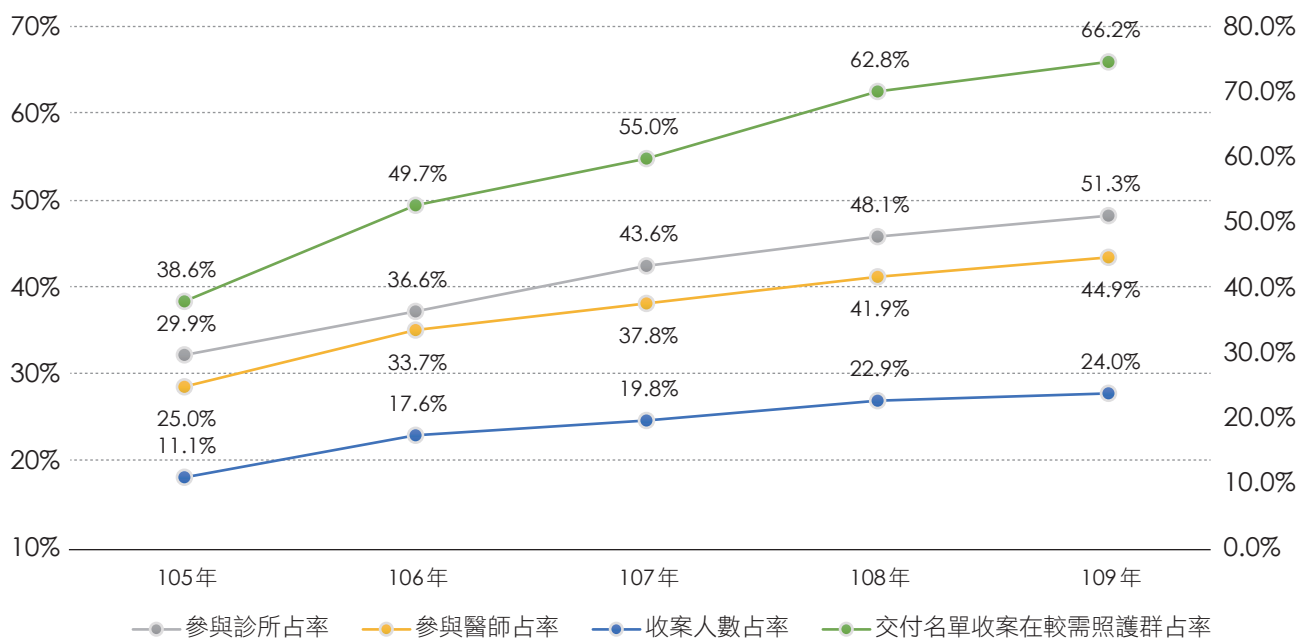
健保會委員認為放寬基層診所執行跨表項目，可提高民眾就醫可近性，值得鼓勵，但醫院並未因此而減少同項目的申報件數，為避免供給誘發需求，建議健保署進行民眾的利用情形分析，監測費用成長之合理性，並於109年9月協商110年度總額時，要求該署加強查核機制，避免與醫院總額重複執行。

② 擴大家庭醫師整合性照護計畫

家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）於92年開始試辦，並自106年起擴大辦理，計畫

由西醫診所結合社區醫院，組成社區醫療群，提供會員在地、持續及完整的第一線醫療照護。自106年度起逐年增編預算，109年經費達35億元。

依健保署於健保會6月份委員會議提報資料，參與醫療群及收案人數逐年增加，截至109年參與醫療群達622群，參與診所及醫師占率分別為51.3%、44.9%，收案會員數達574.8萬餘人，收案人數占總保險對象人數為24%，交付名單收案在較需照護族群占率為66.2%（圖5-20）。



註：收案人數占率：收案人數 / 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。

較需照護族群：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5-20 家醫計畫歷年參與院所、醫師及收案人數占率

在品質指標表現方面，108年多項指標均達標，但「每10萬人潛在可避免急診件數」、「每10萬人可避免住院件數」及「會員急診率（排除外傷）」、「電子轉診使用率」等指標尚未達標。為提高計畫照護成效及獎勵誘因，109年依衛福部核定及健保會建議，調高多項品質指標閾值、增加偏遠地區及執行績優診所之獎勵，並強化對計畫執行中心之核心業務內容規範。

健保會委員考量家醫計畫已推動多年，期待能發揮更大成效，爰提出許多意見供健保署執行參考，包括：擴大參與醫師科別與收案對象、提高會員固定就診率、監測指標應呈現品質提升之成果，並建議評估計畫產生的財務效益。另就長遠而言，計畫已實施多年，建議著手規劃未來發展方向，例如：納入一般服務支付標準、規劃家庭責任醫師制度或朝論人計酬支付制度努力等。為持續監測計畫執行成效，健保會於109年9月協商110年度總額時，要求精進計畫內容、納入更多結果面成效指標，並請健保署於110年7月底前提出執行情形與成效檢討專案報告。

三、監理指標之監測結果

為確保全民健康保險基金能在兼顧財務穩定及資源有效配置下，公平合理的妥善運用，以維護保險對象的健康權益，健保會自103年起建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，作為健保業務監理之依據。現行監理架構與指標，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。自104年起，除請健保署定期提報前一年度監測結果外，健保會每年彙整製作前一年度「全民健康保險年度監測結果報告」，歷年監測結果報告書，皆公開於健保會網站供各界參閱（下載位置：衛生福利部全民健康保險會首頁／公告及重要工作成果／監理指標監測結果報告書）。

為精進監理指標監測結果之解讀與運用，109年度健保會委託中華經濟研究院辦理評析全民健康保險監理指標研究案（如第六章之二），就近3年（106～108年）指標監測趨勢提出解讀及評析，健保會同仁參考研究成果，及109年10月份委員會議委員所提意見，完成「108年全民健康保險年度監測結果報告」，108年監測結果重點摘要如表5-17，相較106、107年5大構面之23項指標中，有5項指標呈進步趨勢，8項指標呈穩定趨勢，10項指標趨勢略有退步，茲依5大監理構面之表現情形，分述如下：

表5-17 108年監理指標監測結果重點摘要表

構面	指標	監測結果 (○：進步 △：穩定 ^{註1} ×：退步)
(一) 效率	1.1 急性病床平均住院天數（整體及各層級）	○（醫學中心、區域醫院下降且低於整體值） △（地區醫院）
	1.2 急診病人留置急診室超過 24 小時比率（整體及各層級） ^{註2}	×（醫學中心、區域醫院增加） ○（地區醫院下降）
	1.3 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數	△
	1.4 區域醫院以上初級門診照護率	○
	1.5 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	△
	1.6 藥品費用占率	×（占率增加）
	1.7 健保專案計畫之執行成效	△
(二) 醫療品質	2.1 手術傷口感染率	△
	2.2 糖尿病品質支付服務之照護率	○
	2.3 照護連續性	△
	2.4 護理人力指標－急性病房全日平均護病比占率分布	△
(三) 效果	3.1 民眾對醫療院所醫療結果滿意度（各部門）	○（醫院、牙醫門診，108 年滿意度為近 3 年最高，滿意／不滿意比值增加）
	3.2 糖尿病初級照護（可避免住院指標）－糖尿病病人住院率	×（65～74 歲、75 歲以上病人，住院率最高且增加）
	3.3 出院後 3 日內再急診比率	×（DRGs 案件比率增加）
(四) 資源配置	4.1 以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值（各部門） ^{註2}	×（西醫基層增加） ○（醫院改善）
	4.2 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（各部門） ^{註2}	×（牙醫門診、中醫門診醫缺及山地離島就醫率低於一般地區） ○（醫院、西醫基層改善）
	4.3 自付差額特材占率（整體及各類別項目）	×（市占率高品項，宜儘速納入全額給付）
(五) 財務	5.1 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	△
	5.2 安全準備總額折合保險給付支出月數	×（安全準備逐年減少）
	5.3 全民健保醫療支出占 GDP 比率	△
	5.4 資金運用收益率	○
	5.5 保費收繳率	×（第六類宜改善）
	5.6 呆帳提列數與保費收入數之比率	×（呈增加趨勢）

註：1. 穩定係近 3 年監測數值無明顯變化，或呈上下波動暫未有明顯趨勢。

2. 指標 1.2、指標 4.1 及指標 4.2 等 3 項，雖部分面向表現趨勢不同，惟多數面向呈退步趨勢，故列屬宜改善之指標。

(一) 效率構面：計7項指標，其中2項進步、2項退步、3項穩定，就進步及退步之4項指標加以解析。

1. 呈進步趨勢

(1) 指標「1.1 急性病床平均住院天數」，各層級醫院中，醫學中心及區域醫院之監測數值呈下降趨勢，且低

於醫院整體監測值，宜繼續保持，至於地區醫院監測數值高於整體，可能受極端值（呼吸照護個案）影響，宜繼續觀察（如圖5-21）。

(2) 指標「1.4 區域醫院以上初級門診照護率」，呈逐年下降趨勢，逐步往分級醫療政策方向推動（如圖5-22）。

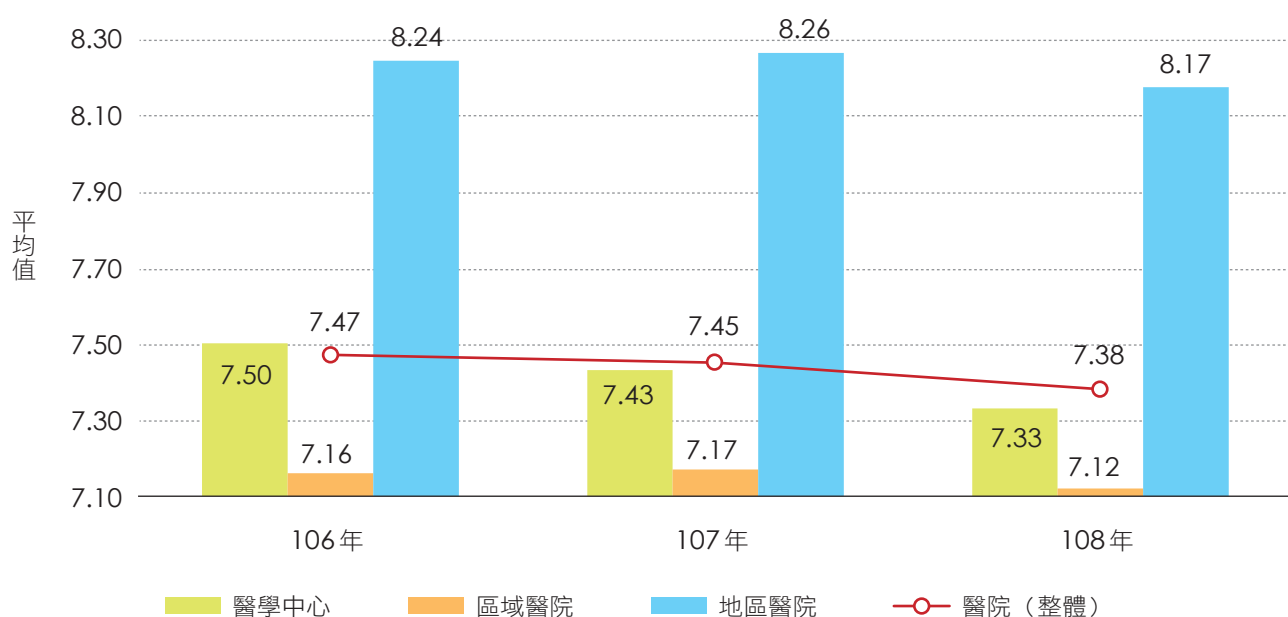


圖5-21 急性病床平均住院天數



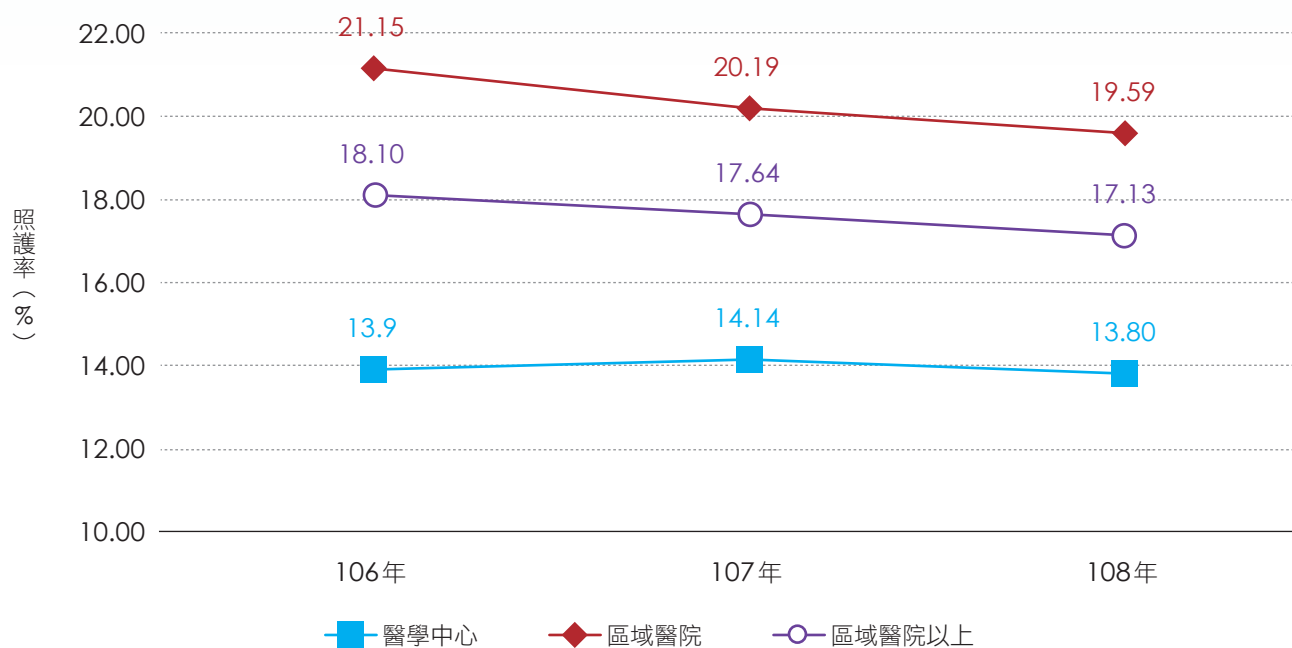


圖5-22 區域醫院以上初級門診照護率

2. 呈退步趨勢

(1) 指標「1.2急診病人留置急診室超過24小時比率」，各層級醫院中，以醫學中心及區域醫院監測數值呈增加趨勢，宜加以改善，如圖5-23；醫學中心又以檢傷分類第一級（最嚴重）病人，監測數值呈明顯上升趨勢（如圖5-24）。於109年10月份委員會議討論時，公正人士及專家學者代表委員認為，健保署宜進一步探討醫學中心重症病人的留置原因，是否與病人無法轉入病房接受住院照護有關，針對原因加以改善。



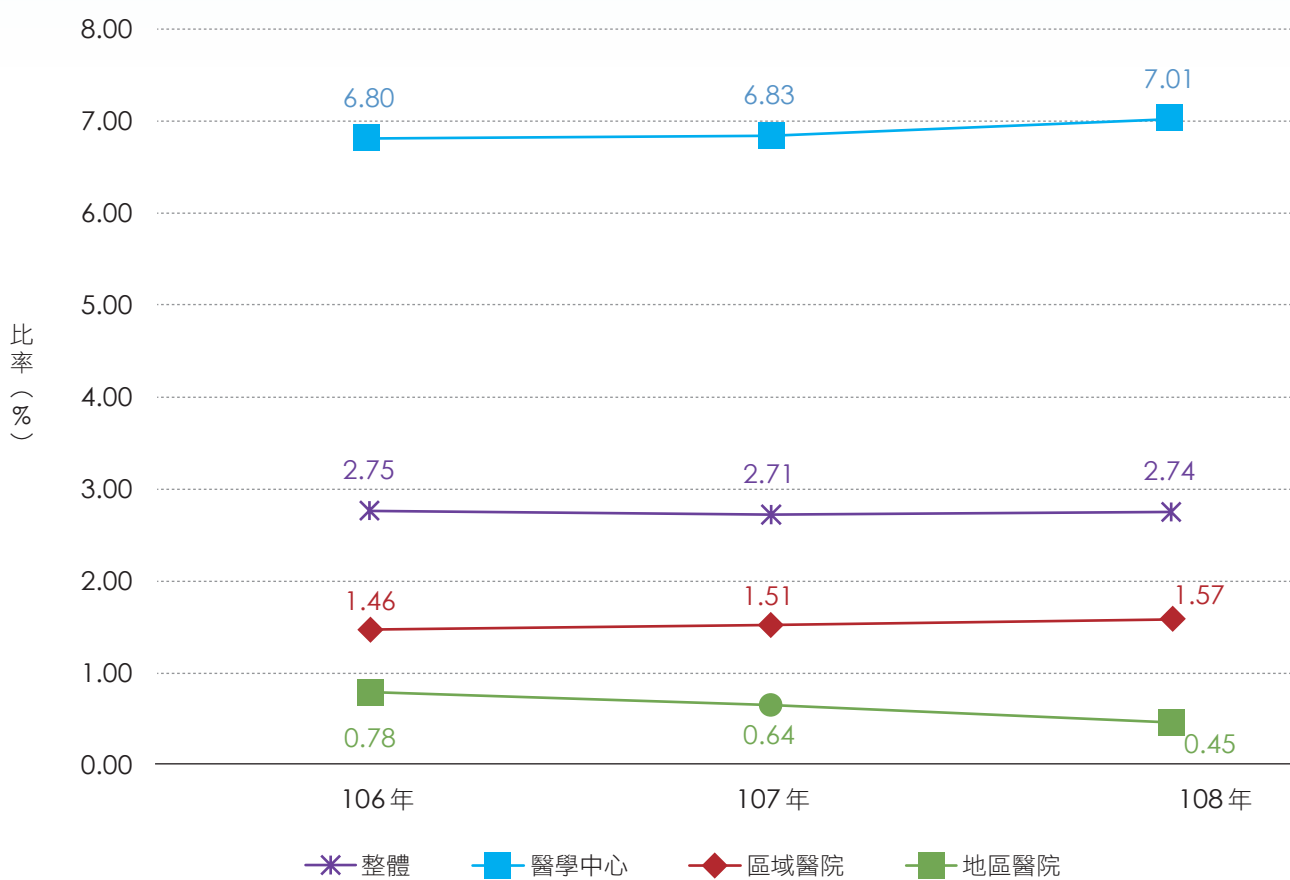


圖5-23 急診留置超過24小時比率

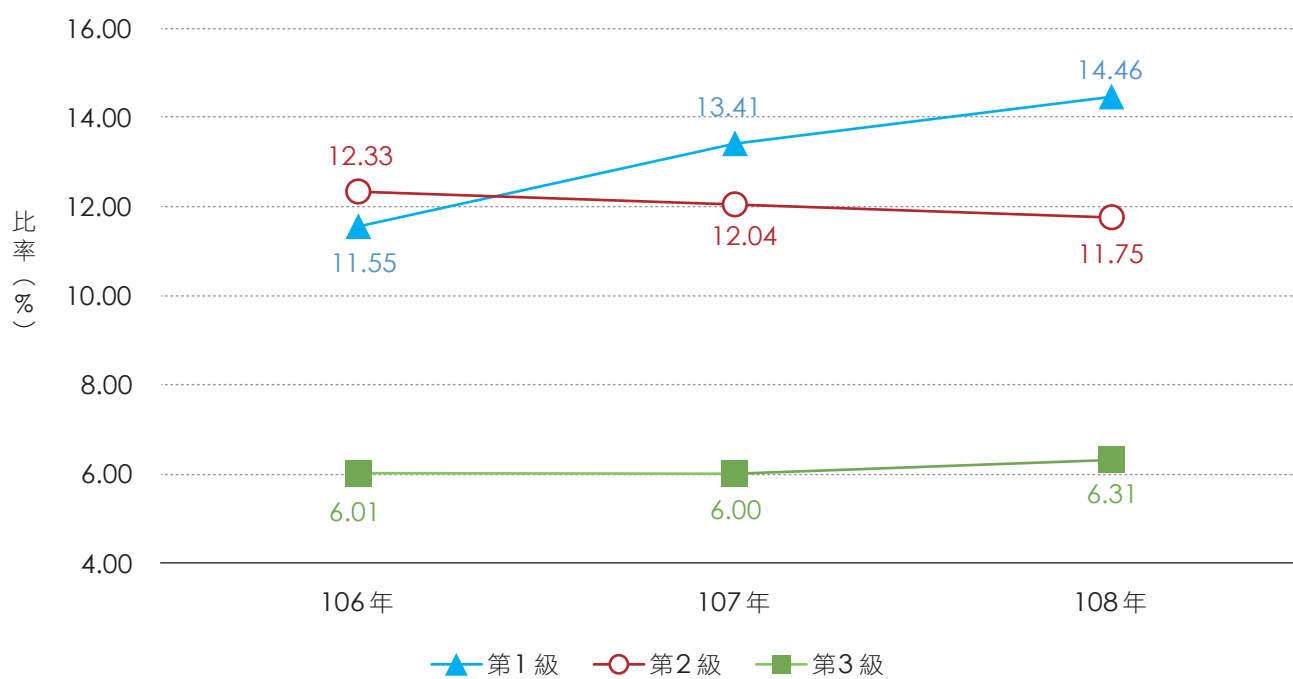


圖5-24 醫學中心急診留置超過24小時比率-檢傷分類第1~3級

(2) 指標「1.6藥品費用占率」，108年上半年整體及各層級院所，均較106、107年同期呈增加趨勢，請健保署留

意藥品使用情形，及藥費結構之合理性（如圖5-25）。

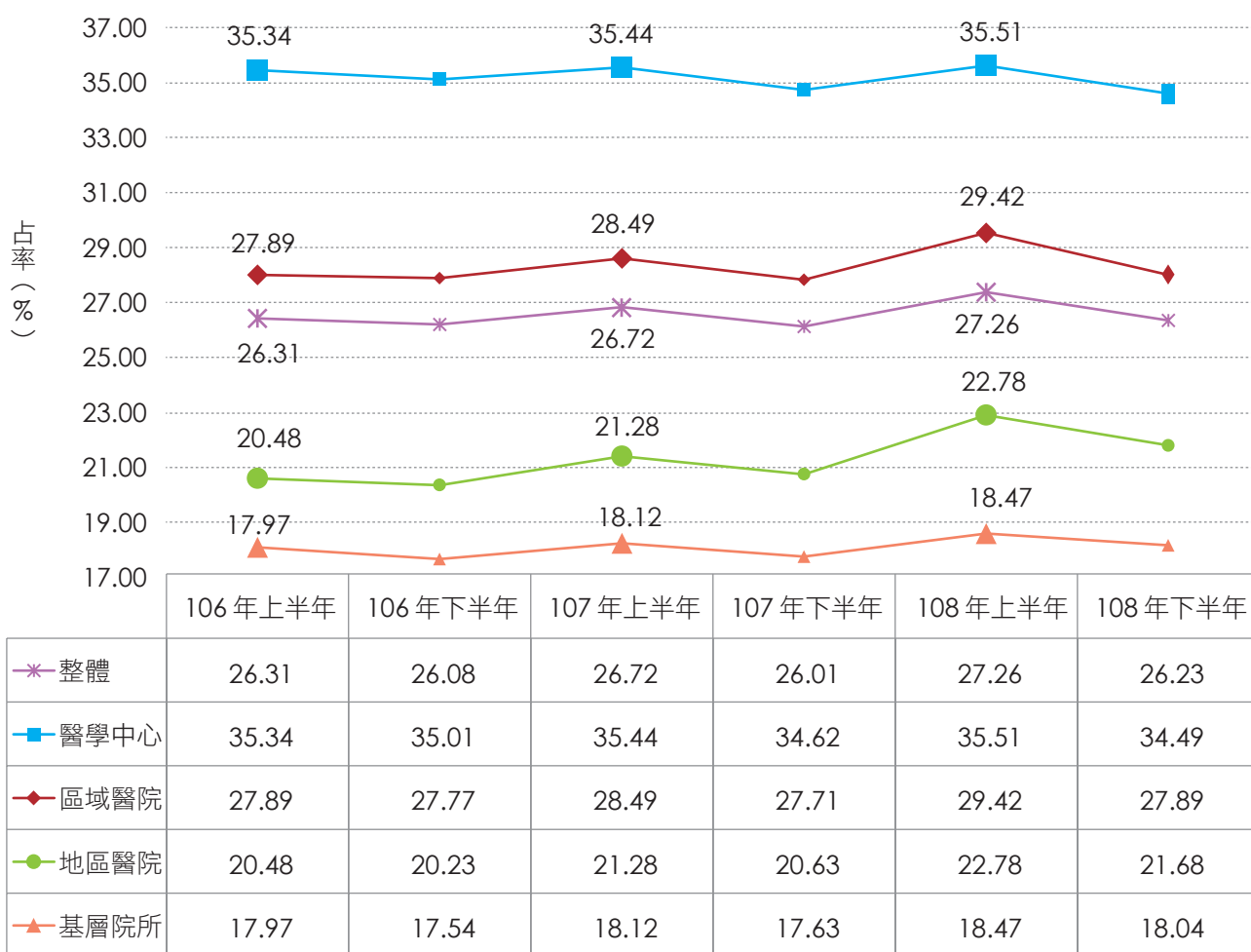


圖5-25 藥品費用占率

(二) 醫療品質構面：計4項指標，其中1項進步、3項穩定，就進步指標加以解析。

指標「2.2糖尿病品質支付服務之照護率」，呈進步趨勢，顯示接受糖尿病品

質支付服務之病患持續增加，其涵蓋率逐步擴大，宜繼續往擴大照護率之方向努力（如圖5-26）。

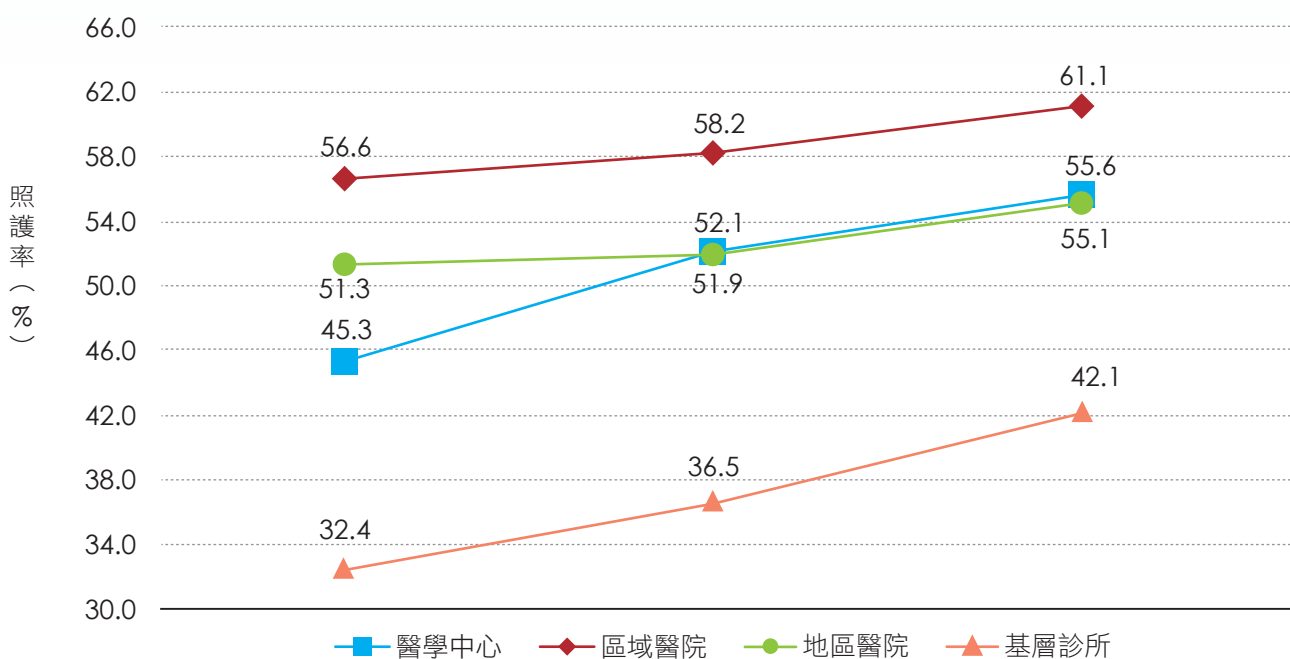


圖5-26 糖尿病品質支付服務之照護率

(三) 效果構面：計3項指標，其中1項進步、2項退步，就進步及退步指標加以解析。

1. 呈進步趨勢

指標「3.1民眾對醫療院所醫療結果滿意度（各部門）」，各部門中，108年

醫院及牙醫門診部門滿意度為近3年最高，滿意／不滿意比值逐步增加，顯示民眾滿意度佳，宜繼續保持（如圖5-27、圖5-28）。

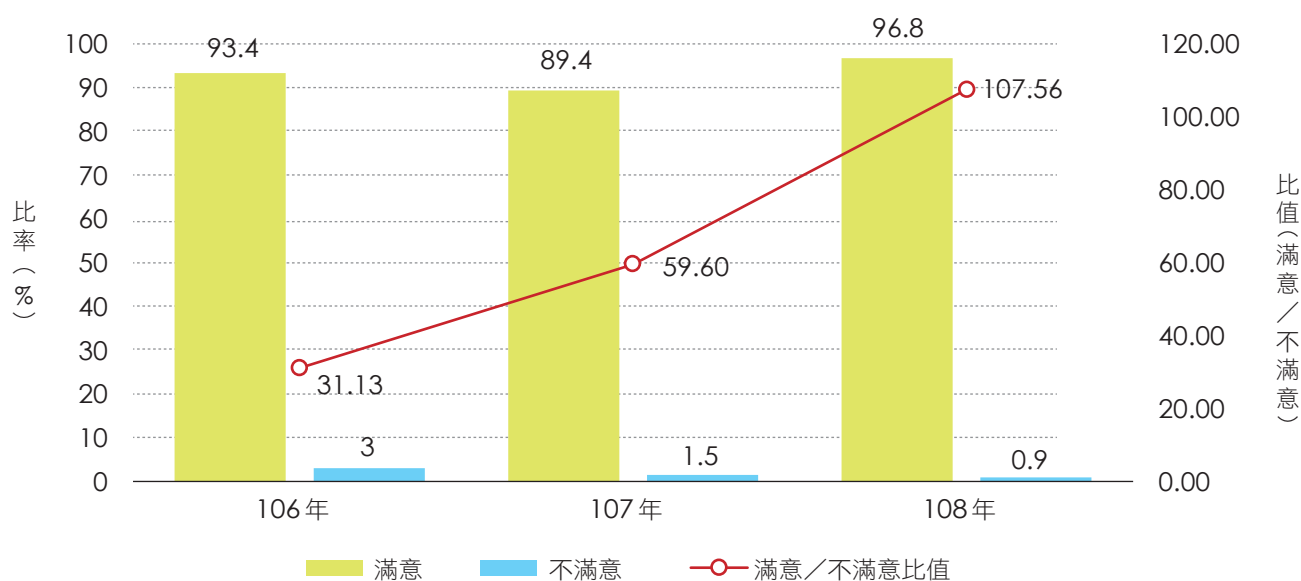


圖5-27 民眾對醫療院所醫療結果滿意度-醫院

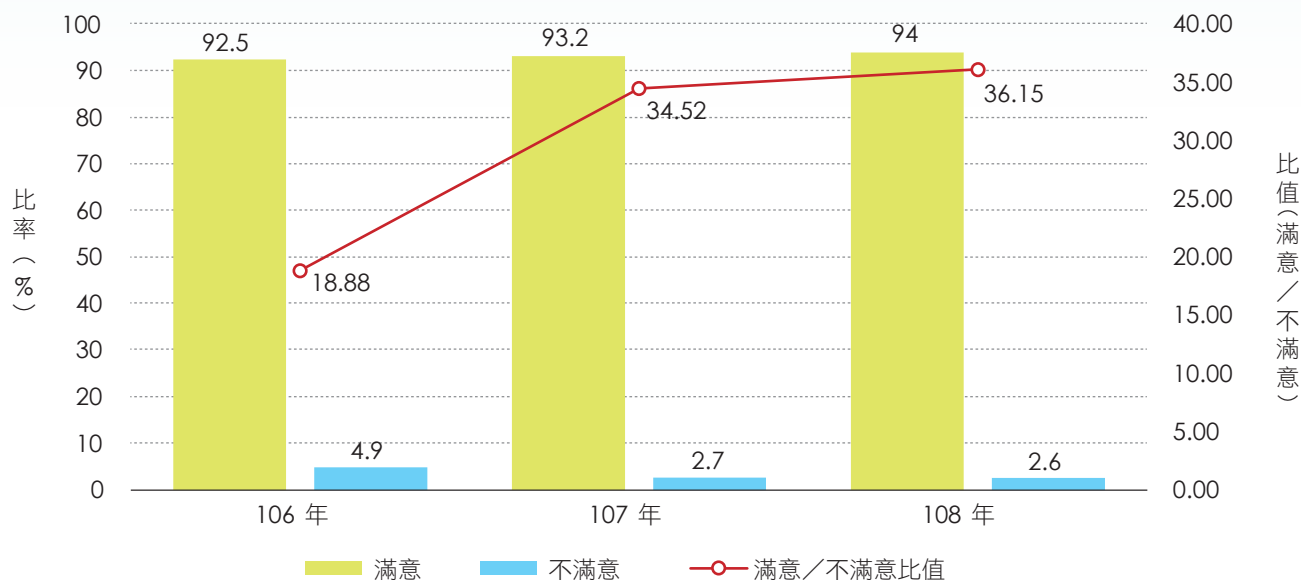


圖5-28 民眾對醫療院所醫療結果滿意度-牙醫門診

2. 呈退步趨勢

(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」，各年齡層中，以65歲以上（65～74歲、75歲以上）之病人住院率最高，且逐年增加，宜留意此年齡層病人的照護品質（如圖5-29）。

(2) 指標「3.3出院後3日內再急診比率」，雖Tw-DRGs案件監測數值仍低於一般案件，但逐年增加，宜留意申報Tw-DRGs案件之病人是否有提早出院之情形（如圖5-30）。

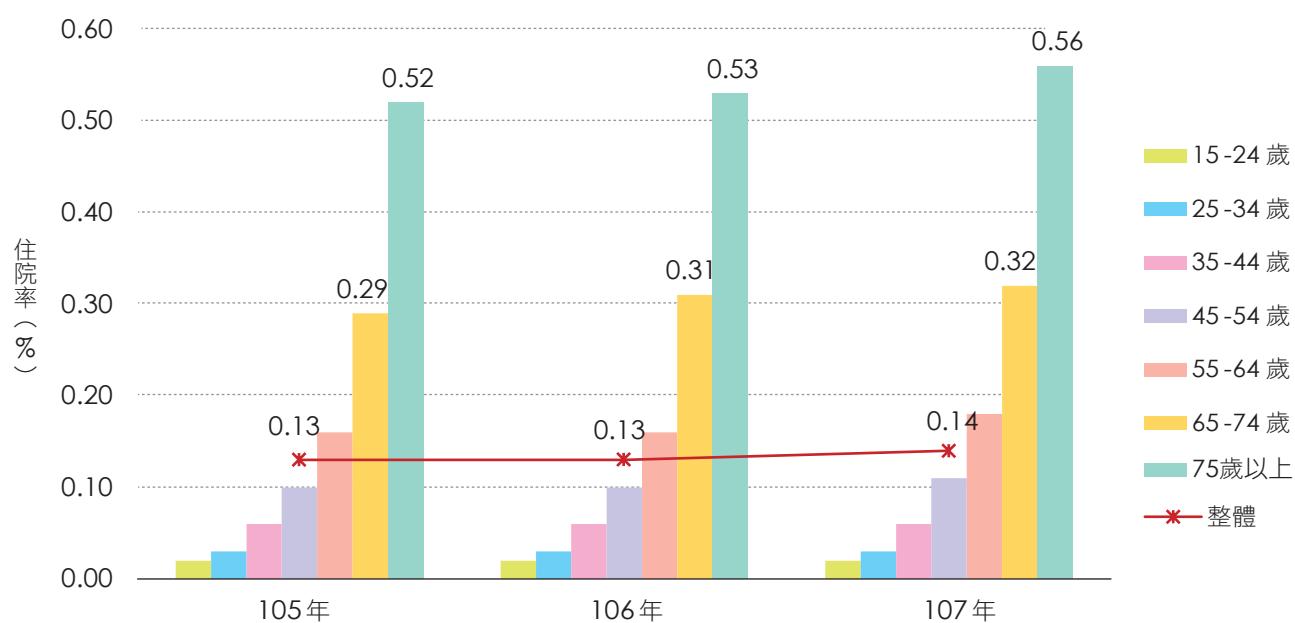


圖5-29 糖尿病病人住院率（年齡別）

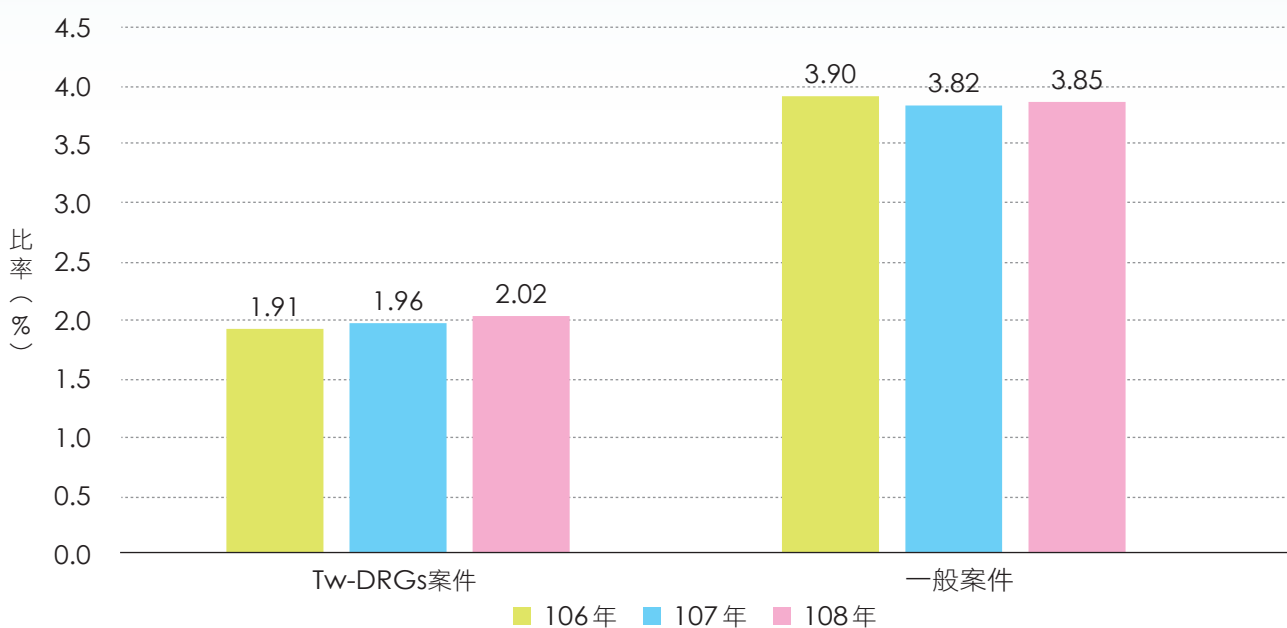


圖5-30 出院後3日內再急診比率

(四) 資源配置構面：計3項指標，3項均略有退步，宜特別留意。

1. 指標「4.1以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值」，西醫

基層部門呈現上升趨勢，宜改善，且健保歷年均投入專款預算以提升醫療資源不足地區服務，宜探討相關專款預算投注之效益（如圖5-31）。

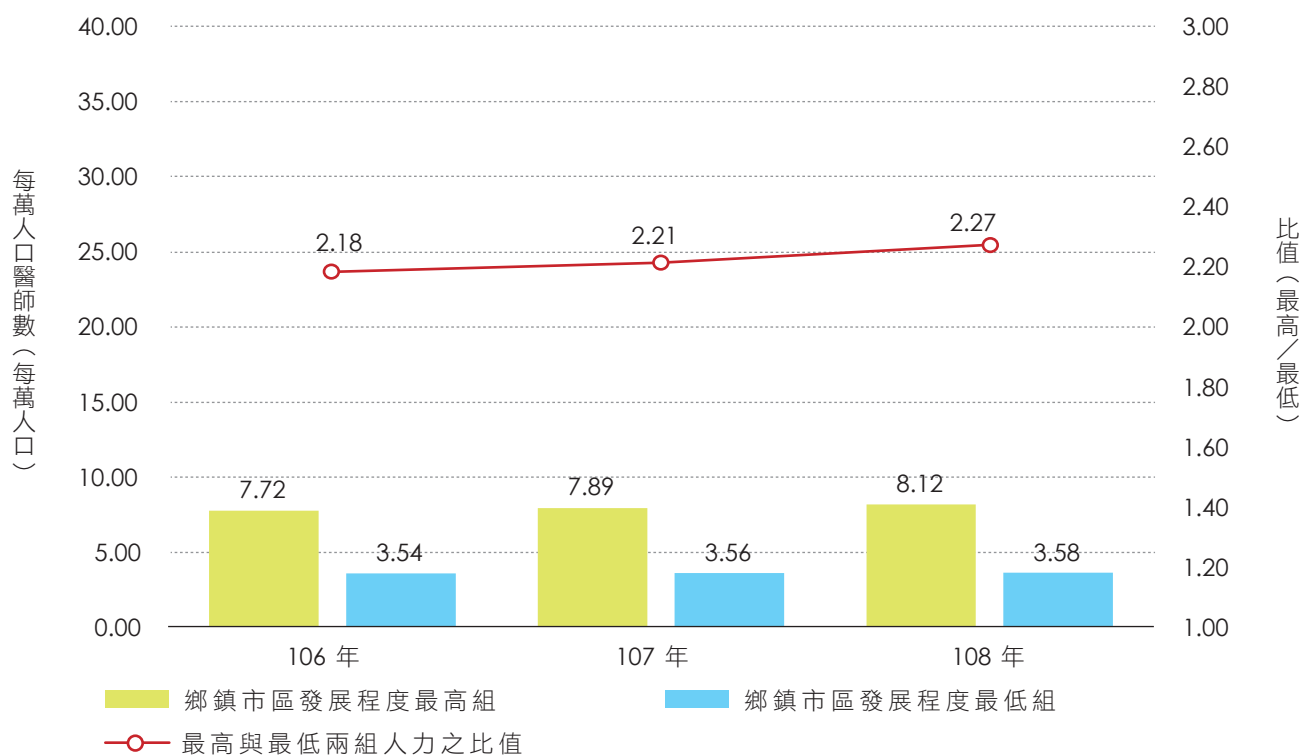


圖5-31 鄉鎮市區發展程度最高與最低兩組醫師人力比-西醫基層

2. 指標「4.2一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率」，牙醫門診及中醫門診二部門，其醫療資源不足、山地離島地區就醫率仍低於一般地區，

雖近3年就醫率已有提升，但仍應加強當地民眾的照護，並了解相關專款預算投注之效益（如圖5-32、圖5-33）。

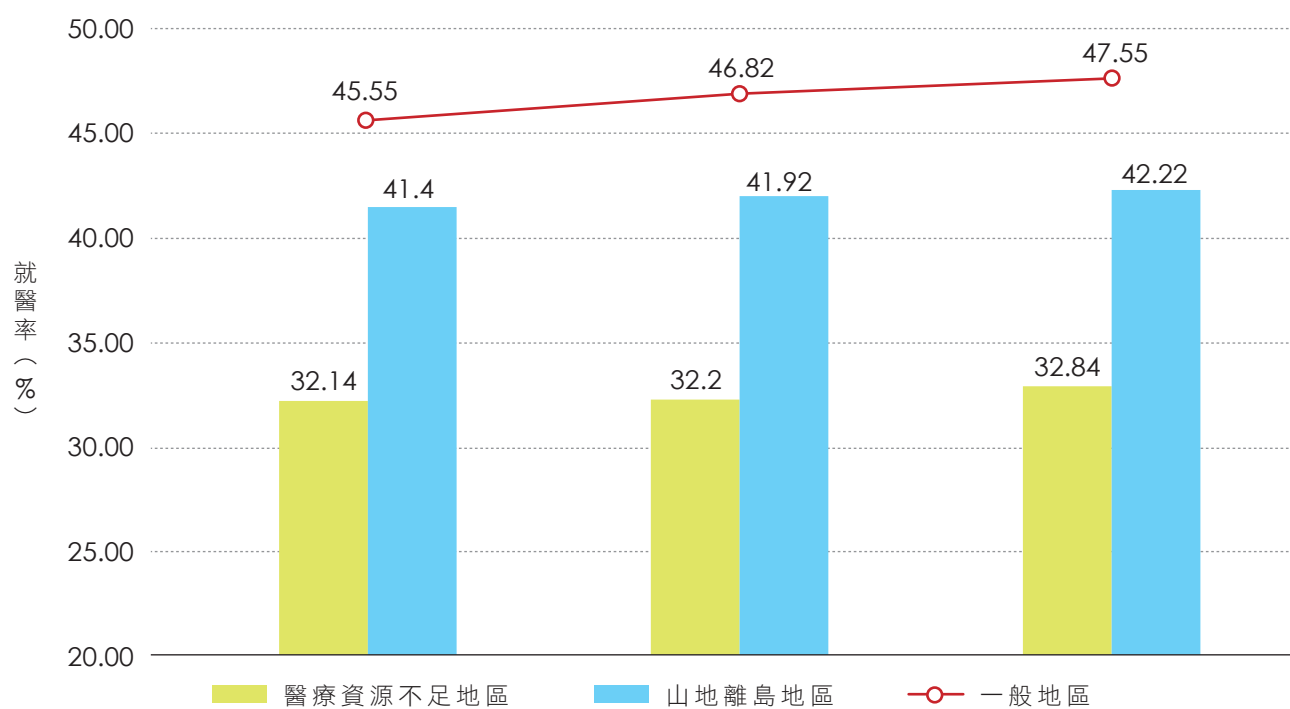


圖5-32 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率-牙醫門診

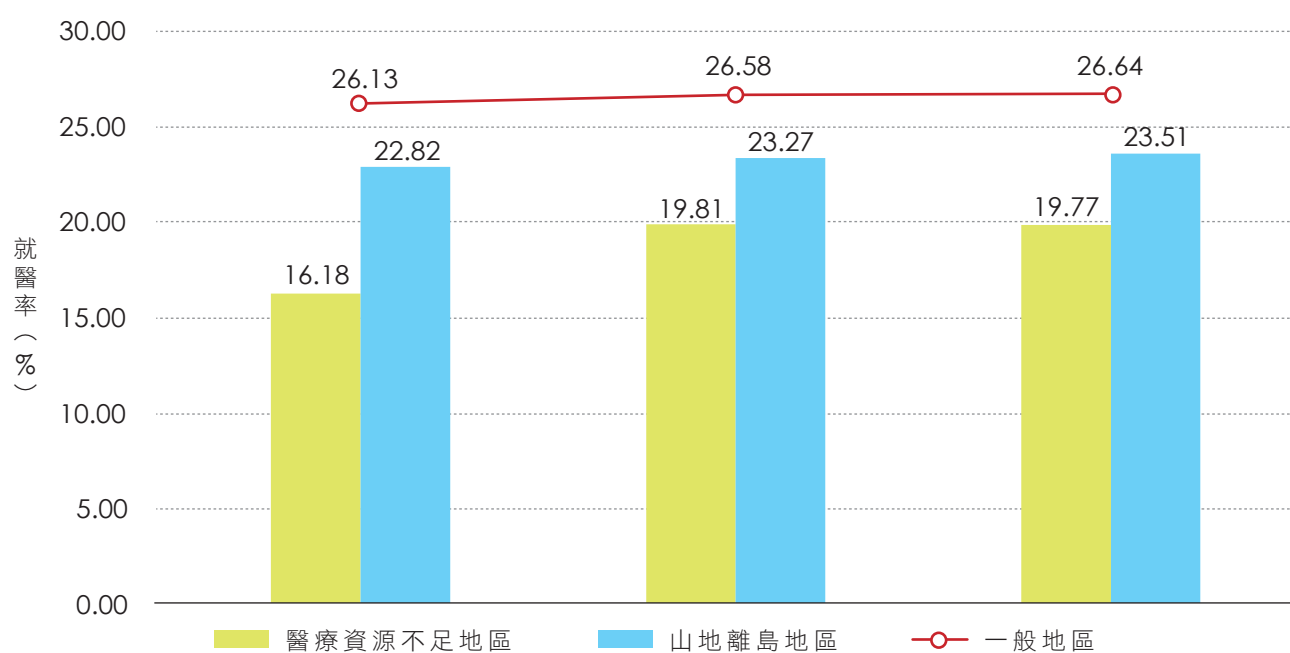


圖5-33 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率-中醫門診

3. 指標「4.3自付差額特材占率」，在10項自付差額特材中，有4項占率超過5成，其中又以調控式腦室腹腔引流系統占率逐步增加，且超過8成，顯示多數

民眾使用自付差額而非健保全額給付的特材，健保署宜檢討納入健保全額給付之可行性（如圖5-34）。

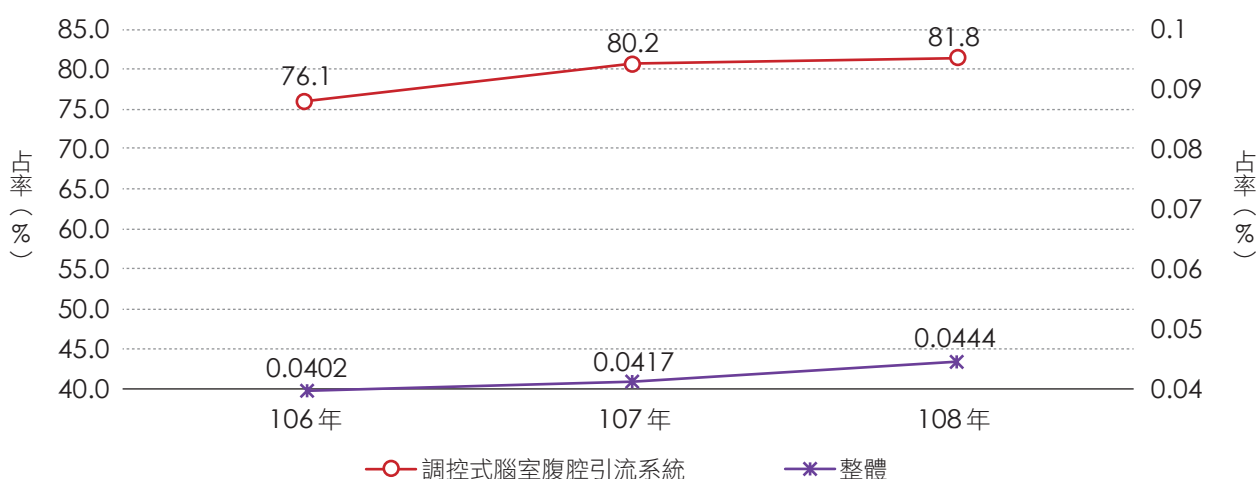


圖5-34 自付差額特材占率

163

(五) 財務構面：計6項指標，其中1項進步、3項退步、2項穩定，就進步及退步指標加以解析，並請健保署就退步指標加以改善。

1. 呈進步趨勢

指標「5.4資金運用收益率」，呈增加趨勢，且高於5大銀行一年大額定存平均利率，宜繼續保持（如圖5-35）。

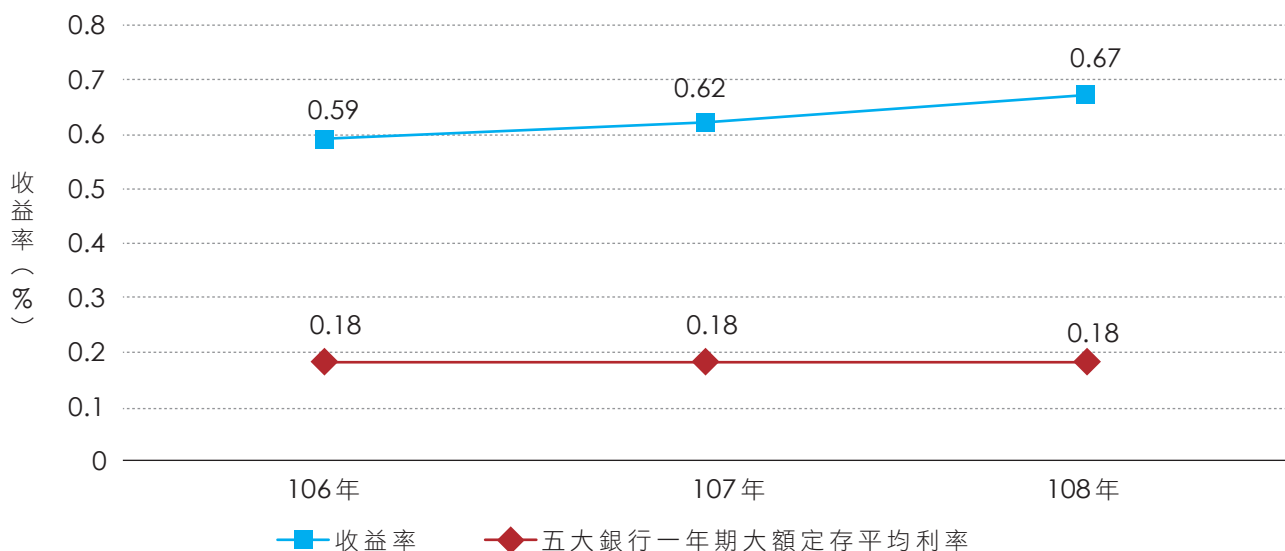


圖5-35 資金運用收益率

2. 呈退步趨勢

(1) 指標「5.2安全準備總額折合保險給付支出月數」，雖尚符合法定以1～

3個月保險給付支出之原則，但逐年減少，宜積極研議收入面及支出面相關策略（如圖5-36）。

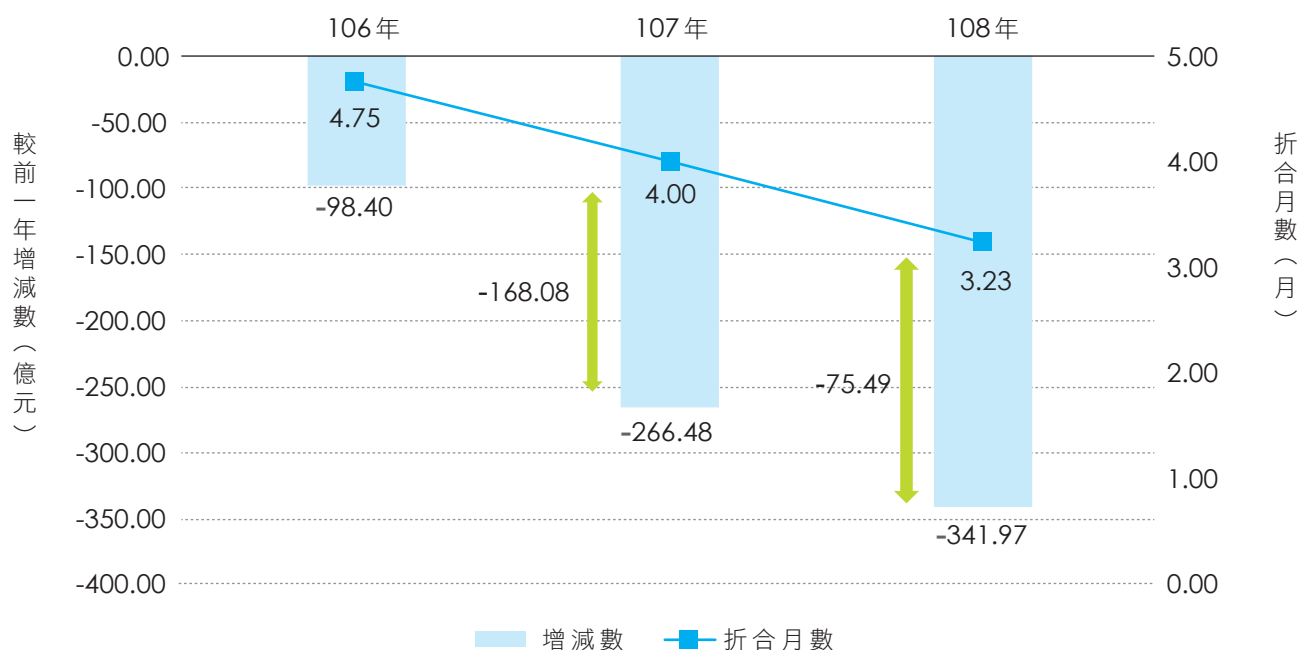


圖5-36 安全準備總額折合保險給付支出月數

(2) 指標「5.5保費收繳率」，各類被保險人中，第六類收繳率有待提升（如圖5-37）。

(3) 指標「5.6呆帳提列數與保費收入數之比率」，呈逐年增加趨勢，宜留意呆帳問題（如圖5-38）。

整體而言，108年監理指標監測表現尚稱穩定，惟應特別留意資源配置構面，歷年健保總額

已投注相關專款預算，用以提升醫療資源缺乏地區及山地離島地區之醫療服務，然部分總額部門之醫師人力、就醫率尚未有顯著改善；另部分自付差額特材項目，其占率逐年增加，顯示健保全額給付特材未能滿足多數民眾醫療需求，應進一步探討資源配置策略之公平性。健保會將持續監測，並請健保署就宜改善部分，了解原因並研議相關策略，以保障民眾權益。

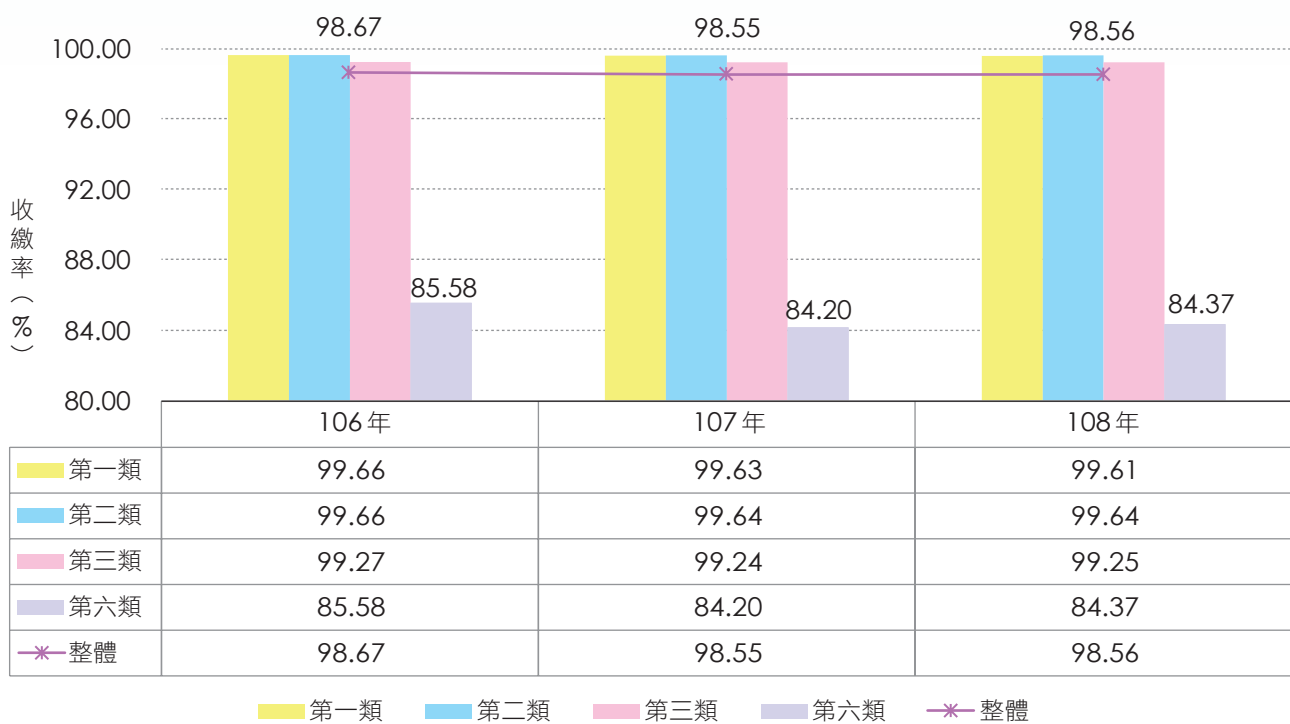


圖5-37 保費收繳率

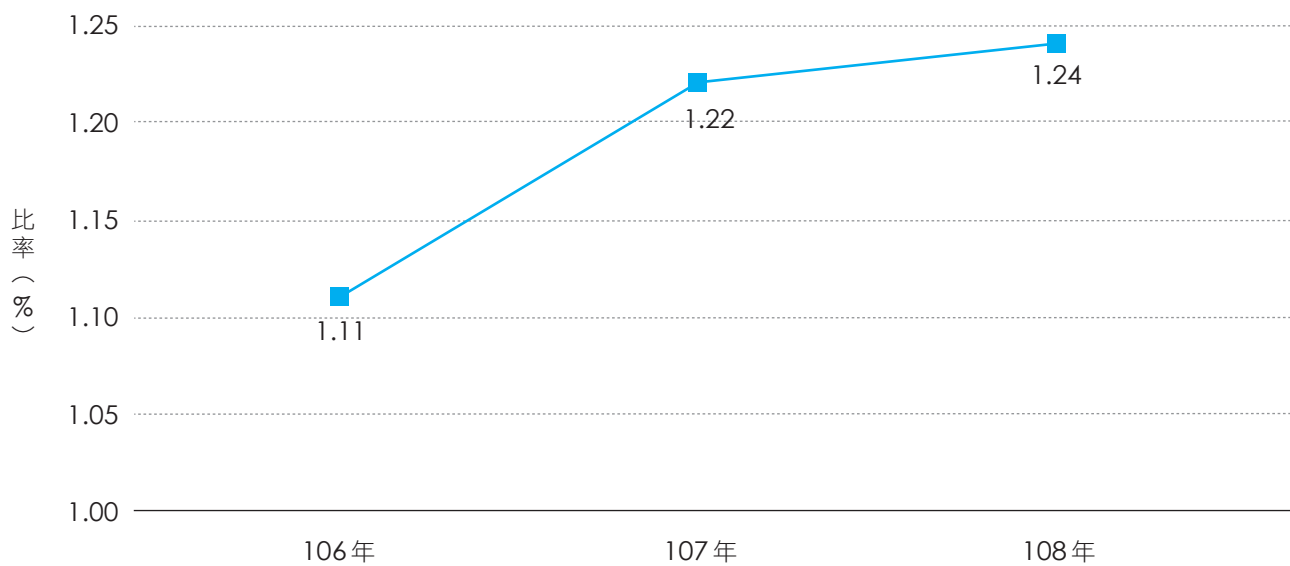


圖5-38 呆帳提列數與保費收入數之比率

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，健保會法定任務之一為保險政策、法規之研究及諮詢，衛福部所制訂健保相關政策及法規，透過健保會民意溝通平台，諮詢各方代表的意見；而健保會委員本於由社會各界推派代表的職責，為大眾發聲，提出健保相關重要政策之建言，作為政府部門推動政策、制訂法規的參考。

鑑於財務穩健乃為健保永續經營之重要基石，健保會委員於109年持續對於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相關興革意見。此外，健保署依健保法第72條，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，以利蒐集多元意見，擴大社會參與。對於健保署提送110年度抑制資源不當耗用改善方案（草案），委員就方案內容及後續執行提出諸多寶貴意見。茲就上開政府應負擔健保總經費36%之議題，及抑制資源不當耗用改善方案之討論過程及獲致結論，摘要重點說明。

執行成果

一、對政府應負擔健保總經費法定下限36%之意見

為維護健保財務穩健，近年健保會付費者代表委員（特別是雇主代表委員），持續關切政府應負擔健保總經費法定下限36%之法規疑義，及其計算方式等議題，希望爭取政府依法編列不足金額，以挹注健保基金，延緩費率可能調整的時機，爰於109年度多次委員會議提案討論，其提案之會次及案由如下：

（一）109年第2次委員會議（109.4.24）：近年政府應負擔健保總經費未達法定36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補105～108年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案。

（二）109年第8次委員會議（109.10.23）：近年政府未遵循健保法承擔36%經費，其高額の不足款如滾雪球逐年擴大，將加速110年安全準備餘額降至0.5個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合相關辦理事項，以供健保會委員有效執行110年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備2.3～2.5個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案。

（三）109年第9次委員會議（109.11.20）及第1次臨時委員會議（109.11.27）：

1. 近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式加徵滯納金以昭公允案。
2. 在政府未撥付補足105年至108年應負擔36%保險總經費差額前，應不調整110年度健保費率案。

對於付費者代表委員之提案與訴求，主管機關（衛福部社保司）及行政院主計總處的代表委員，分就政策面及法制面，對本項議題加以回應。

主管機關代表委員表示，政府應負擔健保總經費法定下限，為102年實施二代健保法之新制度，因衛福部與主計總處對法規見解差異，致相關預算編列受到影響。案經行政院主持跨部會研商會議後，已確立現行採行之法律見解及計算方式；所配合修正之健保法施行細則第45條，亦經立法院實質審查確定，及主管機關依法發布，法制程序完備，並無自行解釋並逕減之情事。健保署據以計算之各年度政府應負擔健保總經費，也依法由審計部完成審定，至於政府過去因法規爭議衍生撥付不足之款項，已分年撥補完成，109年度如數撥付完竣。爰此，政府每年皆有依法負擔保費收入之36%，並無未遵循健保法承擔法定經費之情事。

主計總處代表委員更進一步透過書面陳述說明，付費者代表委員所認應撥補105年至108年度之缺口部分，主要係因委員認為政府應提列或增列之安全準備以負值帶入不合理所產生，對此，主計總處意見如下：

- （一）現行實務做法並未以平衡費率計收保費：依健保法第24條規定，健保會應依協定之總額完成當年度應計之收支平衡費率之審議，惟現階段並未以平衡費率計收保費，長期勢將出現前期盈餘，後期短絀現象。
- （二）健保法第76條規定安全準備之來源包括每年收支結餘等，以及其用途為填補保險收支虧絀，其目的為平衡健保財務：
 - 1. 當收大於支產生結餘：以其結餘主要係來自政府、民眾及雇主保費多提撥部分，本應依負擔比例退還，惟實務上對

個人及雇主退費結算甚為困難，爰滾入做為調節盈虧之用。

- 2. 當收不抵支產生短絀：依健保法第76條第2項規定應由安全準備優先填補，如依委員建議由政府單獨負擔，除與該規定不符外，並將嚴重排擠政府用於對弱勢照顧及教育等其他重大政事推動，不符社會整體期待。
- 3. 綜上，安全準備具調節健保收支盈虧之責，倘依付費者代表委員建議辦理，將造成政府單方多付不退，少付要補之不合理現象，亦違反健保由個人、雇主及政府3方負擔公平之社會保險精神，至法規待釐清部分，行政院業裁示先以條文解釋方式處理，爾後再適時提出修法因應。

健保會委員基於監理健保職責，將持續關切政府負擔健保總經費法定下限36%議題，以維護健保財務穩健。

二、依法送健保會討論之「全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」

（一）方案目的

為減少無效醫療等不當耗用健保醫療資源之情形，健保署依健保法第72條規定，自102年起研擬全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案送健保會討論。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5-39。

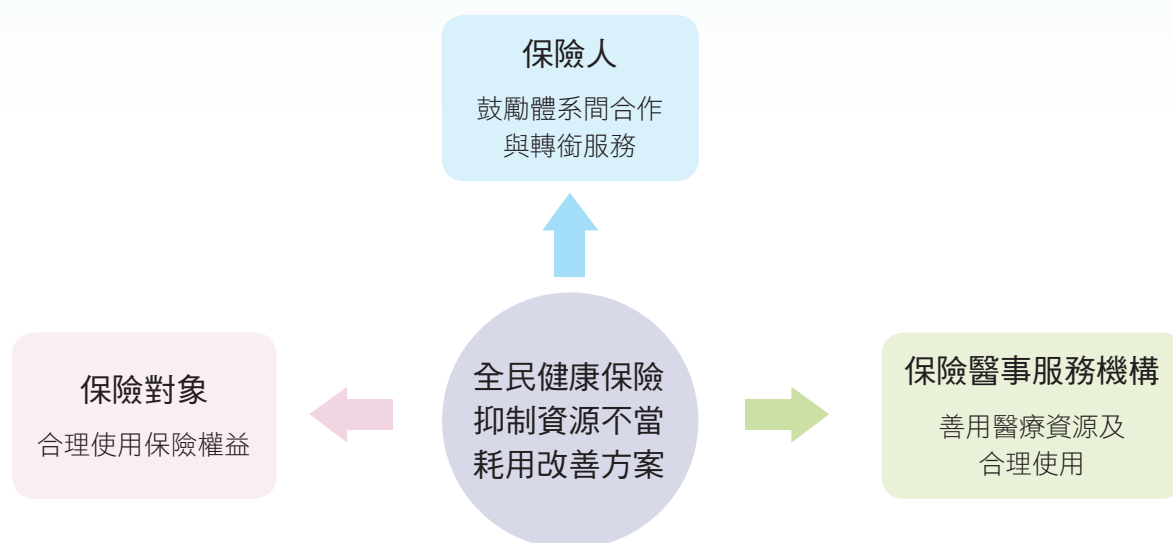


圖5-39 全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之面向

（二）委員會議討論過程與決議

健保會於109年第10次委員會議（109.12.25）討論健保署所提110年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案，其內容主要延續109年度方案，就109年度方案之執行成果及委員會議討論過程與決議說明如下：

1. 109年度方案執行成果

依健保署提案，截至109年第3季，16項管控指標中，有13項達監測目標值、3項未達監測目標值（109年度各項策略管控指標執行情形如表5-18），其中第3項「基層與地區醫院門診占整體件數之占率」，及第4項「非同體系區域級（含）以上醫院下轉（含回轉）件數較去年同期增加」，健保署表示因109年受COVID-19疫情影響，暫緩追蹤前開兩項執行情形；第9項「醫療檢查影像資訊即時上傳率」，由於受疫情影響，醫療院所資訊人力不足，致未能及時上傳而未達監測目標值，110年將持續列入管控，並加強辦理。

2. 討論過程與決議

為合理使用健保資源及減少藥品重複開立與浪費，委員關切民眾若未遵循醫囑服藥，將餘藥丟棄或置於藥物回收箱，健保署有何因應對策，另針對醫師重複開藥是否有相關之管理措施；並建議健保署就用藥量逐年增加之現象，進一步探究、分析是否因藥效不足所致；委員認為健保總額每年皆編列預算，獎勵醫療院所即時上傳醫療檢查影像資訊，針對未達監測目標值之「醫療檢查影像資訊即時上傳率」（執行率86%），請健保署加強該項目之執行。

健保署回應，針對民眾未遵從醫囑服藥等藥物浪費問題，將再研議解決策略；至於醫師重複開藥之問題，隨著健保醫療資訊雲端查詢系統日趨完備，已可查詢病人跨院所就醫資訊，如有重複開藥者，將不予支付。有關藥效不足之問題，健保署業於雲端查詢系統建置「疑似藥品療效不等」通報欄位，供醫師或藥師進行通報，健保署會定期彙

表5-18 109年各項策略管控指標之執行情形

序號	構面	策略	管控指標	目標值	執行值	達目標值
1	合理使用保險權益	深化民眾珍惜健保	健康存摺使用人次增加率	>110%	418%	○
2		強化自我照護能力	門診就醫次數大於 90 次之保險對象就醫成長率	16%	16%	○
3		正確就醫觀念行為	基層與地區醫院門診占整體件數之占率	75.4%	72.9%	×
4			非同體系區域級（含）以上醫院下轉（含回轉）件數較去年同期增加	76,096	72,108	×
5	鼓勵體系間合作與轉銜服務	持續推動分級醫療	接受出院準備服務個案之後續醫療銜接率	27.5%	29%	○
6			居家醫療整合照護對象門診就醫次數	<0	-0.57	○
7		增進院所合作機制	與長照 2.0 之銜接率	47%	50%	○
8			提升非同體系區域級（含）以上醫院回轉率（累計）	3.72%	5.13%	○
9	善用醫療資源及合理使用	精進雲端資訊系統	醫療檢查影像資訊即時上傳率	90%	86%	×
10		減少重複利用	全藥類藥品重複用藥日數下降率	<-5%	-30%	○
11			門診 10 項重點檢查（驗）合理區間內再次執行下降率	<-5%	-5.4%	○
12			西醫門診年復健次數 >180 次異常件數零成長	<0%	-28%	○
13		強化查處機制	違規院所訪查	129	333	○
14		尊重醫療及自主善終權益	死亡前安寧利用率	33%	33%	○
15			呼吸器依賴病人安寧利用率	66.9%	70.1%	○
16		推動疾病管理	西醫門診病人可避免住院率（負向指標）	1.13%	0.96%	○

整，並傳送主管機關（食品藥物管理署），進行後續藥品療效的評估與追蹤，以確保病人用藥的品質。

本案經討論後決議：請健保署針對未達監測目標值之3項管控指標持續加強改善，並依法定程序陳報衛福部核

定。該全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案經健保署報部後，衛福部於110年1月28日核定，並請健保署依健保會委員會議決議，持續加強前揭3項管控項目之改善。





第六章

研究發展



第六章 研究發展

健保會肩負保險費率與給付範圍審議、總額協議訂定與分配、健保業務監理等法定任務，討論之議案與民眾權益息息相關，爰各界對健保會運作有極高的期待。為精進現有業務效能，改善現行費率審議僅以安全準備存量作為費率調整的依據，及因應未來業務需求，乃於109年規劃辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」、「評析全民健康保險民眾滿意度及監理指標資料，提升健保運作效能」、「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」等3項委託研究計畫，研究成果除作為健保會審議費率及給付範圍、總額執行績效評核與健保業務監理等重要法定任務之參考外，也有助委員會議事效率之提升。各項研究計畫成果摘錄如下。

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（第2年）」委託研究計畫（研究期程：109.1.1～109.12.31）

隨著人口老化、慢性病增加及新醫療技術發展等，皆使醫療給付費用快速成長，106年起保險成本已超過保險收入，保險財務處於收支結構性失衡狀況。為精進健保會辦理保險費率與保險給付範圍之審議等法定任務，乃於108年委託國立政治大學進行為期2年研究。

研究團隊於第1年（108年）已提出保險費率審議機制之初步建議方案；第2年（109年）為提出健保會審議保險給付範圍原則之具體建議方案，除蒐集美國、加拿大、德國、英國、日本及澳洲等國家之支付制度相關文獻，並透過專家諮

詢會議或個別訪談等方式，從整體角度，檢視現行健保財務收支連動相關規定，及總額資源配置合宜性，並探討未來健保會在總額協商、審議給付範圍調整方案時，如何與健保財務收支情形連動，最終研提保險費率及給付範圍審議原則兩項建議方案，提供健保會未來執行相關法定任務時參用。重要結論如下：

（一）保險費率審議原則之建議方案（現制微調含上限）

1. 建議將健保會104年第10次委員會議通過之「全民健保財務平衡及收支連動機制建議方案」，修正為「全民健保保險費率審議原則」，以符合其原訂意旨。
2. 研究團隊透過座談會徵詢專家及相關領域人士意見，多數認為費率調整頻率至少2年1次為宜，並建議調降安全準備門檻。保險費率審議原則建議方案，如下表6-1。

（二）給付範圍審議原則之建議方案

配合健保署提案時程，研究團隊依健保法第26條規定，諮詢專家及相關領域人士意見，重要結論如下：

1. 健保署每年於保險費率審議時，應檢視財務狀況，以利在健保法第26條規定所列情形發生前，採取因應措施。
2. 為能及時因應保險財務出現緊急狀況，調整給付範圍審議頻率不宜制式規定，可由健保署評估健保財務狀況後，擬訂調整給付範圍方案提健保會審議。給付

範圍審議原則建議方案包含：啟動條件、作業流程、審議考量指標等，整理

如下表6-2，相關單位之作業流程如圖6-1。

表6-1 保險費率審議原則建議方案

項目		調整原則
費率調升	啟動條件	1. 當年年底安全準備餘額不足 1 個月保險給付支出，或 2. 當年度保險成本預估數大於保險收入預估數之 5%。
	調整方式	其調升以當年起（含）第 2 年年底可維持 1 ～ 1.5 個月保險給付支出之金額計算為原則，且以自上次調整費率年度以來累積協定之醫療給付費用總額成長率為上限。如有調整至上限仍不足使健保財務平衡之情事時，應請健保署併提開源節流方案送健保會審議。
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。

表6-2 給付範圍審議原則建議方案

項目	內容說明
啟動條件	1. 安全準備低於 1 個月之保險給付總額，或 2. 預估年度財務短絀額度超過保險收入之 1%，或 3. 當年度財務短絀額度超過年度保險成本成長金額之 50%。
作業流程	1. 健保署提出調整給付範圍方案及提案需檢附調整給付方案所涵蓋項目「基本資料表」送健保會審議。 2. 健保會檢視資料完整性，並視需要洽請專家提供意見後，於收案後 2 個月內排入議程審議。 3. 健保署依審議結果修正方案內容，依法報請衛福部轉陳行政院核定。
審議考量指標	財務影響、國際經驗、影響受眾與其他考量（例如：公平性考量）等 4 項

註：健保法第 26 條，本保險之安全準備低於 1 個月之保險給付總額或增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告。

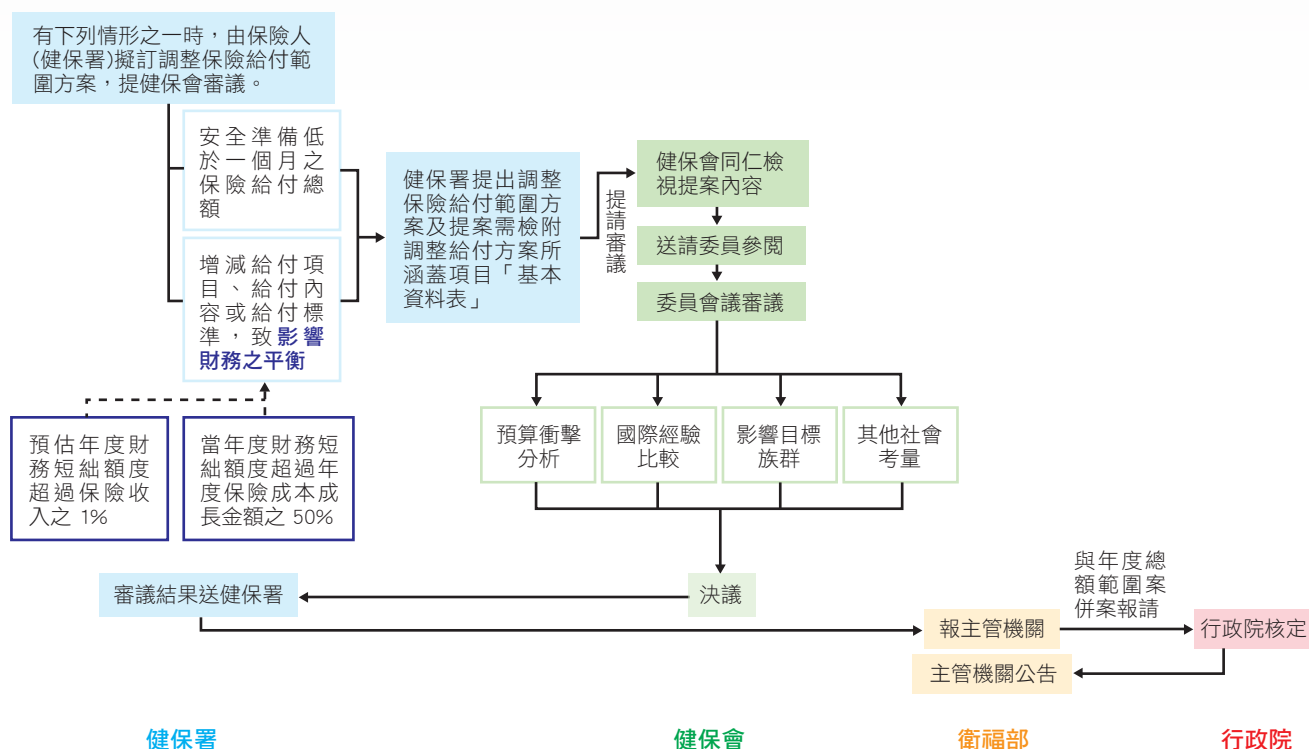


圖6-1 給付範圍審議作業流程圖

174

二、辦理「評析全民健康保險民眾滿意度及監理指標資料，提升健保運作效能」委託研究計畫（研究期程：109.3.12～109.8.11）

依據健保法第5條規定，健保會法定任務包括總額之協定分配及健保業務監理。為檢視總額執行成效，健保會每年舉辦各部門總額執行成果評核會議時，均將健保署辦理之民眾滿意度調查結果列為評核的重要面向，以了解民眾的就醫經驗及看法。另為監理健保運作效能，健保會自103年起建置全民健保業務監理架構與指標，並每年彙製全民健保年度監測結果報告，以利整體審視健保業務面及財務面之運作情形。

考量近年國外民眾就醫滿意度研究趨勢，已發展為以病人就醫經驗為導向，為與時俱進，有

必要全面檢視近年各總額部門之民意調查結果，以利提供總額績效評核參考及未來調查內容研修建議，促使預算執行能回應民眾需求，及提升總額預算執行效益；另現行全民健保業務監理指標，含括效率、醫療品質、效果、資源配置及財務等5大面向之監測，內容極具專業性，為精進監測結果之分析與解讀，提供健保會監理與運用之政策建議，基於前述業務所需，乃委託中華經濟研究院辦理本研究計畫，研究結果與建議重點如下：

- （一）提供各總額部門改善之參考：經檢視各部門總額103～108年滿意度調查結果，整體滿意度（普通以上）皆落在92%～99%之間，個別項目中宜加強改善部分，列舉如下：

1. 牙醫門診總額：「民眾看診／約診容易度」較其他總額部門低，且108年「民眾假日無法在當地找到牙醫診所」比率大幅增加（107年36%，108年52%），建議研議改善措施，以提升民眾就醫可近性。
2. 醫院總額：「民眾自付費用比率」呈現持續增加趨勢（103年11.6%，108年23%），除與近年調高藥費及未經轉診者之醫院門診與急診部分負擔有關外，建議持續關注民眾自費成長原因及趨勢變化。
3. 西醫基層及中醫門診總額：103～108年「醫護人員有進行衛教指導比率」均未達7成，仍有進步空間，建議應加強宣導並持續改善。
4. 門診透析：等候腹膜透析時間（61分鐘以上）的比率，108年明顯高於往年（107年19.6%，108年27.5%），建議關注及改善此現象。

（二）提供健保署研修滿意度問卷設計之建議：經比較我國與各國之滿意度問卷設計，我國之調查已涵蓋多數核心構面（如服務利用、可近性、財務負擔、就醫滿意度等），內容尚稱完整。未來可參酌以下方向，研修問卷內容：

1. 配合我國重要政策及參考國外調查內容，將分級醫療轉診制度、急診就醫經驗等題組，納入未來問卷設計。
2. 對於共通性題目，建議各部門問卷能一致，例如：牙醫門診總額未納入對醫師

看病及治療過程滿意度、門診透析未納入無障礙設施題目等。

（三）提供健保會業務監理之政策建議

1. 就108年監理指標監測結果，輔以106～108年監測趨勢進行評析，整體而言，108年監測表現尚稱穩定，惟「資源配置」構面表現值得留意，該構面下3項指標監測趨勢皆略有退步，宜進一步研擬相關改善方案（108年監理指標之監測結果詳第五章之第二節）：

（1）指標4.1以鄉鎮市區發展程度，觀察最高與最低兩組醫師人力之比值：各部門中，宜留意西醫基層醫師人力分布不均加劇之情形。

（2）指標4.2一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率：各部門中，以牙醫門診、中醫門診之醫療資源不足或山地離島地區就醫率仍低於一般地區，宜留意醫療利用公平性。

（3）指標4.3自付差額特材占率：各項目中，以調控式腦室腹腔引流系統呈增加趨勢，且占率已逾8成，宜檢討納入健保全額給付之可行性。

2. 現行「全民健康保險業務監理架構與指標」監測面向多元，但僅有少數指標監測數值可進行國際比較，建議未來研修指標定義時，部分指標可參酌國際間之指標定義修訂，以利國際比較，如：指標2.1手術傷口感染率，監測頻率可由半年改為1年，並參考國際間手術傷口感染診斷定義研修操作型定義。

三、辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」委託研究計畫（研究期程：109.1.1～109.11.30）

依健保法規定，健保會掌理年度總額之協定及分配、費率審議等法定事項，業務量繁重，考量委員類別多元且人數眾多，為精進議事效率及運作模式、確保會務順暢，乃委託國立政治大學辦理本研究計畫。

本計畫內容包括蒐集國內外有關民間團體參與公共政策的方式（如各國相關健保政策審議組織），並評析健保會委員代表性、委員代表團體意見蒐集及回饋方式，及提出運作方式建議，另針對委員會議運作現況，進行檢討、權責釐清與評估分析。本研究之結論及建議摘要如下：

（一）委員組成與代表性之研析

1. 相較日本、韓國、加拿大、澳洲、德國等各國審議組織人數（約9～25席，20～25席居多），另參酌美國議會（15～18人）或企業董事會（8～11人）人數之學理基礎，健保會委員的人數（39人）較他國多，若再增加人數，將使委員會於議案討論時無法充分論述。
2. 各國審議組織中，各類（付費者、醫界、公正人士）代表人數較為均等，且互相制衡，惟健保會依健保法規定，付費者席次須超過1/2，相對較多。健保會各類委員人數，在人數上雖不對等，但現行運作模式，仍可強調具有實質意義及話語權各方面的對等。
3. 委員參與程度有差異，為提升委員代表性及專業度，可要求推薦團體推薦人選

時，應經內部民主機制產生，且須了解健保業務或具有參與政府委員會之相關經驗。

（二）提升議事效率之建議

1. 設立常設「程序委員會」，推舉專家學者及公正人士1人擔任主席，被保險人及醫事服務提供者各推派3人，討論議案數量及進行之優先順序，據此標準安排議案，若無法排入，則順延至下次會議優先討論。
2. 藉由會議中輔助措施，改善發言比例不均情形（例如目前已執行的限制發言時間、次數等方式，均可持續辦理）。
3. 召開分組專家會議，透過類似美國國會委員會下設次級委員會的設計，先由次級委員會依照議題討論並提出建議，供健保會委員會議審議議案參考。
4. 透過專案報告與召開臨時會議，討論較具爭議性議題，以利聚焦及增加溝通管道。
5. 健保會採非正式準共識決（係指與會者間存在默契，就議案討論過程中，逐漸形成一致的想法或結論，但不明文規定），韓國與德國之審議機關則採用多數決，惟我國若日後考量部分情境採用多數決時，應經過健保會委員同意（或通過表決），如未獲委員同意，則建議維持現制之非正式準共識決，兩案或多案併陳。

（三）提升委員專業性之方式建議

1. 由健保會同仁定期提供委員健保相關資訊、研析資料，供委員參考。

2. 多方運用外部專業性諮詢，例如：邀請外部專家提供委員專業性諮詢及建議。
3. 除委員會議外，安排相關會議，讓不同背景的委員相互分享經驗及其專業，提供互相學習的機會。

（四）綜合性建議

1. 建議增編健保會公務預算，以利執行，例如：增設分組專家會議、常設程序委員會、擴大公民參與審議模式等事項。
2. 為了解委員對所屬團體之課責性，未來可委託學術單位就公開之議事資料進行分析，藉以檢視委員的表現。

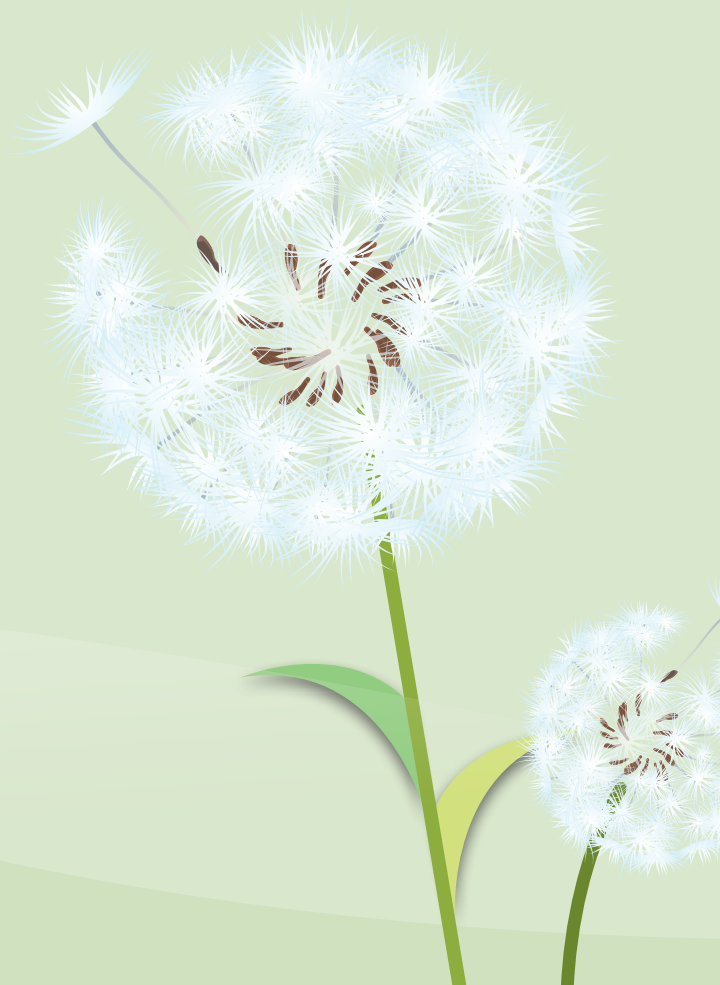






第七章

未來展望



第七章 未來展望

健保會依健保法被賦予總額協商、保險費率及給付範圍審議、健保業務監理及提供政策與法規諮詢等法定業務，回顧109年，在第4屆委員的努力下，透過委員會議、總額評核與協商、費率審議諮詢等相關會議，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，完成110年度總額協商及費率審議任務，供衛福部政策決定參考，並提出多項建言予健保署做為業務執行之參據。

展望未來，在擴大民眾的參與度及提升資源配置之效益，仍有待精益求精之處。110年度健保費率雖有微調，但長期以來，收支結構失衡，醫療支出的成長高於保費收入的成長，未來仍須面對健保財務平衡的議題，不論是涉及收入面的停、復保相關規定，或與支出面有關的給付範圍、部分負擔、減少醫療浪費及無效醫療等，一直以來外界均十分關切，且也與民眾權益息息相關，有必要進一步探究民眾對於開源節流等各項策略之看法及意見，以利謀求最佳的財務平衡方案。再者，對於已達7,835億元健保總額，基於當前社會面臨人口結構快速老化、醫療技術與儀器設備日新月異，預期未來的醫療需求將有增無減，在健保資源有限的情況下，促使資源配置發揮最大效益，是須嚴肅面對的課題。為因應未來業務需求，健保會於110年規劃下列兩項重點工作，期促使健保制度更臻完善：

一、運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案

健保法明定，健保會於審議、協議重要事項前應先蒐集民意，必要時得辦理相關之公民參與活動。健保會每年依法需辦理保險費率審議、總額協議訂定及分配事項，及健保署所提併案審議或協議訂定之財務平衡方案，為更深入了解民眾看法，擬規劃辦理委託研究計畫，蒐集先進國家公民參與健保財務公共政策之模式與經驗，經由學理評析其運作的優缺點；其次，運用健保會所適用之公民參與模式，就健保署提出費率或財務平衡方案併案審議之內涵（包括擴大費基、部分負擔、補充保險費等其他影響健保財務收支相關措施），舉辦實驗性公民參與活動，蒐集公民意見（如方案對家計單位經濟負擔的影響、民眾就醫行為的改變、負擔公平性、民眾可負擔能力等），藉以評估方案之可行性，最後擬訂健保財務平衡方案內容之建議，供主管機關參考，俾健保財務相關政策更為周全。

二、探討建立長期監測健保醫療資源配置之架構

我國因為人口快速老化、疾病型態改變及醫療科技進步，帶動醫療需求，致使醫療費用逐年成長，110年度健保總額已達7,835億元，在健保資源有限的情況下，應促使資源使用效率最大

化，以因應未來高齡化社會的醫療需求。因此，健保醫療資源配置的適當性，是現階段亟需審視的重要議題，健保會規劃於110年委託研究單位，運用健保資料庫及大數據工具，整體檢視健保醫療資源的配置狀況，透過健保資料分析、國際比較及專家會議研討，建立檢視健保醫療資源配置之資料架構，及界定健保醫療利用中，屬於overuse（過度使用）及underuse（使用不足）部分，並研提改善醫療資源配置的方向建議，做為未來總額預算分配及調整之參據，以利提升資源運用的效率及公平性。

期待透過上開研究，蒐集更多公民意見，使健保會各項審議、協議等法定業務運作更為完善，並持續檢討整體健保資源的配置效益，以提升總額分配的適切性，讓錢花在刀口上，這也是健保會委員一直以來努力的目標。本份年報藉由分享健保會一年來的工作成果，期盼鑑往知來，除了傳達為體制持續努力的精神，並期許在更多健保議題上凝聚共識，持續推動各項改革作為，促使健保永續經營。



委員的期許與展望

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

本會於審議110年度健保費率時，提出二代健保後第一次調漲費率的建議，在討論過程中有許多不完備的地方，希望未來能建立完備的審議規章，讓大家有所遵循。

于文男

提升民眾就醫安全環境，加強牙醫醫療品質，關切不同族群患者口腔需求，維護民眾就醫權益，善盡社會責任，照顧全民口腔健康。

王棟源

全民健保能夠永續營運，必須推動大改革計畫，除了藥品自付額規劃之外，科別的中性整合規劃是必須的，全體醫療結構重新建置，減少疊床架屋浪費整個健保資源，必須果斷有效的改善計畫推動。

何語

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。

朱志宏

期許健保各層面的病人參與持續深化，落實以病人為中心的健康照護，讓病人成為完善健保制度的助力。

吳鴻榮

健保問題千頭萬緒、盤根錯節、環環相扣，利害糾葛，祈願攜手同行、共生共利。

吳榮達

支持政府政策，持續全民健保優良形象，監督健保費用合理分配並做最有效的運用，醫療體系專業人士是否適當工作時間與所得，對病患之醫療照顧是否得宜。

李育永

期許健保會能積極擘畫下一個廿年，從方便與效率的滿足，提升醫療品質到國際水準，並能銜接健康促進及長照。

李偉強

全民健康保險目的不只是在節制醫療支出，風險的分擔、創造健康的壽命、進而導引國家經濟發展，才是更重要的目標。

周穎政

健保的永續是全國人民最大共識

但費用的支出和民眾的負擔卻是不斷的拉距

要如何平衡需要極大的智慧及社會共識

大家加油

林敏華

2020年是非比尋常的一年，台灣及整個國際社會都面對了疫情巨大的衝擊與影響，我國完善的醫療及健保體系扮演支撐的力量，展望2021年在大家的共同努力下，民眾都能善用健保資源，讓健保永續守護國民。

林錫錫

臺灣防疫成績斐然，感謝健保會的全力支持，防疫工作中醫can help，企盼中醫健保制度能持續精進，造福全國同胞！

柯富揚

擲節開支、期許健保制度更加完善，落實社會資源物盡其用。

邱寶安

透明公開，溝通無礙。

高東福

善用全民寶貴之財務資源，發揮全民健保之最大效益。

張文龍

由於完善的健保制度及健保會的努力，109年新冠肺炎疫情肆虐下，台灣的防疫成果傲視全球。請大家繼續支持台灣的醫療體系。

翁文郎

期許為全民健康共同努力！

馬海霞

健保的永續為下一代的根基。

改革的責任需要大家一起努力！

張煥禎

化解歧見、異中求同、
攜手協力、共創多贏！

張澤芸

健保應多加關懷弱勢團體，
減少重大疾病自付項目。重
視偏遠及離島地區，均衡城
鄉醫療環境。加強違規稽
查，防止重複給藥造成醫療
浪費。擴大費基，加強開源
節流，進行收費改革，減緩
費率上漲壓力。

陳有慶

利人有如利己，正能
量就開啟。

陳炳宏

期許：

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

展望：落實公平正義；全民健康；
世界大同。

趙銘圓

2020年適逢COVID-19新冠肺炎
世紀大疫，一年來台灣防疫有成已
舉世聞名，同時，醫、病皆空前艱
困的此時此刻，全民健保制度其珍
貴價值，在照護者與被照護者的相
互關注間，已自然彰顯，尤其形塑
並支撐了更堅韌的醫病防護大網。
期待健全這獨步全球的全民健康社
會保險制度、與綿延其永續價值的
任務，勢必將是我們以最強〔愛的
DNA〕全力維護的目標及挑戰。

陳莉茵

臺灣健保是全球典範，要好
上加好，更須永續經營。

推廣自我照護觀念，並用專
業與創新的思維審視政策，
方能謀全民最大福祉。

黃金舜

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

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任，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



台灣健保全球肯定，全民之福，但資源擴充日漸困難，所以使用應朝『以人為本』目標精進。對國人及非本國人之健保費率差異應擴大，國人出國就業或依親回國使用醫療者保費徵收應再檢討，讓醫療使用更合理。

蔡登順



落實健保公平性，嚴格把關減少不必要支出，確保健保制度永續經營，造福國人。

蔡明鎮



總額成長應與人口結構適正連動，保費收繳宜就量能負擔及公平原則充分評價，以建構優質永續的健保環境。

鄭建信



臺灣健保世界驕傲，莫忘初衷，落實醫療資源不浪費，財務收支平衡，永續長存是你我共同前進的目標。

鄭素華



健保會的任務，在謀求健保之永續。

這項任務超越一切小我利益，所以期許大家，以開闊的心胸，完成這項使命。

賴進祥



「功不唐捐」一期許健保會委員同仁協力建立保費調整正常機制，健全健保財務，期健保永續經營，提昇國民健康。

詹瑞芬



有效發揮組織功能，兼顧民眾就醫權益及健保財務壓力，妥適分配有限資源，積極促進全民健康。

羅莉婷







附錄

- 188 附錄一 衛生福利部全民健康保險會第4屆委員名錄
- 190 附錄二 109年度大事紀（109.1.1～109.12.31）
- 203 附錄三 全民健康保險會對「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）之意見
- 207 附錄四 110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則
- 213 附錄五 110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序
- 217 附錄六 依109.11.20健保會109年第9次委員會議所提試算條件結果彙整表

附錄一 衛生福利部全民健康保險會第4屆委員名錄

聘期 108.03.01 ~ 109.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 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	許駢洪	
	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	
	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	

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	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)	謝武吉	108.03.01~108.11.04
		副理事長 (台灣社區醫院協會理事長)	朱益宏	108.11.05~109.12.31
	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 周麗芳 (主任委員)	
	衛生福利部		長庚大學醫務管理學系教授 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		台灣社會心理復健協會 理事長 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 副董事長 吳榮達	

註：「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

附錄二 109年度大事紀

(109.1.1~109.12.31)

1、2月

1/20
2/5
2/11

109 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：1 月 20 日報請衛福部核定，衛福部於 2 月 5 日核定，及 2 月 11 日公告。

2月

召開 109 年第 1 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

辦理各總額部門 108 年執行成果評核之作業方式案（本會提案）

決議：

1. 通過「辦理各總額部門 108 年度執行成果評核之作業方式」，請健保署及各部門配合作業時程提供相關資料。
2. 同意「各總額部門及健保署 109 年『年度重點項目—必要項目與績效指標』」，並請健保署於 109 年 4 月 1 日前將須補正之資料送會。
3. 有關評核委員的產生過程，請本會幕僚向委員報告。

二、重要報告事項暨決定

（一）本會重要業務報告

21

1. 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，辦理報部核定及公告事宜。
2. 配合衛福部推動會議無紙化政策，委員會議事錄及部分會議資料，將改提供電子檔方式，倘委員仍須紙本資料，請主動告知幕僚協助。
3. 請委員協助本會委託國立政治大學（計畫主持人陳敦源教授），辦理「精進全民健康保險會議事效率及運作模式」研究計畫之訪視問卷。
4. 原訂本年 3 月 19 日、20 日辦理業務訪視活動與共識營，考量本會醫、藥、護理界委員近期全力投入新冠病毒肺炎防疫工作，本項延期辦理，後續視疫情發展再行處理。

（二）「108 年第 4 季全民健康保險業務執行季報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

附帶決定：請幕僚以全體委員名義發布新聞稿，向醫、藥、護理等相關第一線人員，以及陳部長時中、李署長伯璋所領導團隊，在防疫期間所付出的辛勞表達感謝。

4月

24

召開 109 年第 2 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

（一）109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（本會提案）

決議：

1. 109 年度地區預算分配比率，R 值為 68%、S 值為 32%。
2. 同意西醫基層總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金。至於風險調整基金之金額及用途，授權中華民國醫師公會全國聯合會討論確認後，盡速送本會備查。
3. 其餘內容依會議資料擬辦文字，請幕僚協助整理。

(二) 近年政府應負擔健保總經費未達法定 36%，建請健保署協助本委員會向行政院彙報說明，依財政狀況撥補 105～108 年政府應負擔健保法定經費之缺口，維繫現行費率適足，持續強化財務案（保險付費者代表提案）

決議：本案委員意見，送請衛福部參考。

二、重要報告事項暨決定

(一) 本會重要業務報告

1. 因應新冠肺炎（COVID-19）疫情，例行性委員會議依幕僚所擬修正方式辦理，其他各項重要會議（評核／總額協商／費率審議前諮詢會議），精簡出席人數控制在 100 人以下，照原訂工作計畫進行。惟仍將視疫情發展作滾動式調整。
2. 請幕僚同仁依據主任委員排定的邀請名單，依序邀請 7 位專家擔任評核委員。
3. 健保署提送本會備查之「108 年度全民健保基金附屬單位決算」及「110 年度全民健保基金附屬單位預算」案，不予備查。

(二) 衛福部「110 年度全民健保醫療給付費用總額範圍」（草案）諮詢案及健保署「110 年度全民健保資源配置及財務平衡方案」（社保司、健保署）

決定：本案請幕僚彙整本會委員關切意見，併同發言實錄與書面意見，提供衛福部參考。

(三) 「109 年第 1 季全民健康保險業務執行季報告」（併「109 年 2 月份全民健康保險業務執行報告」）（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

- 1 函報衛福部有關本會對「110 年度全民健保醫療給付費用總額範圍（草案）」諮詢案之意見。

召開 109 年第 3 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

(一) 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商架構及原則（草案）（本會提案）

決議：

1. 依委員建議酌予修正「六、其他原則」文字，餘照案通過。修正後之「110 年度全民健保醫療給付費用總額協商架構及原則」。
2. 委員所提有關總額範圍擬訂公式之意見，送請衛福部納為未來公式檢討參考。

(二) 110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序（草案）（本會提案）

決議：

1. 照案通過，訂定「110 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序」。

5月

2. 委員所提有關總額協商作業執行細節之意見，請本會幕僚參辦。
- (三) 有關健保署針對免疫療法中「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」免疫新藥，以療效不佳而停止健保給付申請案，專業醫師提出該理由並不具合理性，也違反健保會總額協商，建議該署應立即恢復給付「晚期肝細胞癌」和「胃腺癌」免疫新藥，以維病友用藥權益案（保險付費者代表提案）決議：本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬健保署權責，委員關心廣大病友之權益，所提意見送請健保署審酌納參。
- 二、重要報告事項暨決定
- (一) 本會重要業務報告：全民健保各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議，訂於本（109）年 7 月 28、29 日在衛福部召開，敬請委員踴躍參加。
- (二) 「109 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」（健保署）
決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。
- 22 (三) 「有關牙醫全面提升感染管制品質之具體規劃」（含確保院所全面符合感染管制之執行方式與管理機制）（健保署）
決定：
1. 109 年度「全面提升感染管制品質」總額協定事項未達目標之扣款處理方式，如下：
(1) 因 109 年調升感染管制診察費之支付標準項目自 109 年 4 月 1 日始生效，爰按比例扣款機制自 109 年 4 月 1 日起計算。
(2) 扣款時機：於本會協商 111 年度醫療給付費用總額時（110 年 9 月）列減項，協定減列金額。另請健保署於協商該年度總額前，提供自 109 年 4 月 1 日起本協定事項之執行結果（含申報情形及查核結果），作為協商參據。
(3) 扣款之計算基礎：以 109 年度總額協定之協商因素項目「全面提升感染管制品質」預算（5 億元），作為核扣基礎。
2. 餘洽悉。

6月

- 5 6 本會委員（含代理人）25 人，參加中華民國醫師公會全國聯合會擇宜蘭縣、新北市辦理「109 年度全民健保西醫醫療資源不足地區」實地訪視活動。
- 16 17 本會委員（含代理人）18 人，參加中華民國中醫師公會全國聯合會擇桃園市辦理「109 年度全民健保中醫門診總額專案計畫」實地訪視活動。
- 召開 109 年第 4 次委員會議。
- 一、重要討論事項暨決議
- 19 (一) 特殊材料「經導管置換瓣膜套組（TAVI）」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案（健保署提案）
決議：請健保署提供更詳細規劃內容及配套措施後再議。

(二) 為監理全民健保財務正常運作，正視呆帳對於健保財務收支平衡的重大襲蝕影響，建請於每年度協商下年度健保總額預算時，應將前年度自 7 月 1 日起算至協商時當年度 6 月 30 日止的呆帳總額列為下年度健保總額預算基期的減項，就此減項計算結果，做為協商下年度健保總額預算擬定範圍的計算基準，並就每年健保呆帳納入公務預算或其他財務來源補助案（保險付費者代表提案）

決議：

1. 請健保署正視全民健保呆帳之問題，積極研擬事前防範措施及事後財源籌措方案，並研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性。
2. 委員所提意見，送請衛福部（社保司）及健保署參考辦理。

19

二、重要報告事項暨決定

(一) 本會重要業務報告：109 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案，同意自一般服務費用移撥 6 億元，作為風險調整基金，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。前開決定併同本會 109 年第 2 次委員會議之決議內容，辦理報請衛福部核定及公告事宜。

(二) 「109 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

(三) 「有關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、家庭醫師整合性照護計畫、強化基層照護能力及「開放表別」、鼓勵院所建立轉診之合作機制）」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

193

6/30
7/6
7/9

109 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：6 月 30 日報請衛福部核定，衛福部於 7 月 6 日核定，及 7 月 9 日公告。

9
10

本會委員（含代理人）21 人，參加中華民國牙醫師公會全國聯合會擇嘉義市、高雄市、屏東市（縣）辦理「牙醫急診醫療不足區獎勵試辦計畫」、「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」及「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」實地訪視活動。

24

召開 109 年第 5 次委員會議。

重要報告事項暨決定

一、本會重要業務報告

決定：

(一) 依四總額部門代表委員抽籤結果，110 年度各部門總額協商順序，依序為：中醫門診、西醫基層、牙醫門診、醫院總額，最後為其他預算。請幕僚據此並依協商程序進行協商會議細部時程之安排，提報下次委員會議。

(二) 有關「109 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫之辦理情形」，其中各總額部門及其他預算尚未完成之項目，請健保署盡速辦理。

7月

二、110 年度全民健保醫療給付費用總額範圍交議案（本案因行政院於會議當天尚未核定，致衛福部亦未交議本會）（社保司與本會報告）

決定：

（一）為利 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商，請本會幕僚收到衛福部交議案後，盡速轉知本會委員，並函請健保署及各總額部門，遵循衛福部交付之 110 年度總額協商政策方向，在本年 8 月 14 日前提出「110 年度總額協商因素項目及計畫（草案）」，俾於 8 月 28 日本會辦理之總額協商會前會中說明，並請於 9 月 3 日前提出 9 月總額協商之最終版本。

（二）本會委員所提意見，提供各總額部門及健保署研提「110 年度總額協商因素項目及計畫草案」時參考，餘洽悉。

24

三、「109 年第 2 季全民健康保險業務執行季報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

四、提升中醫用藥品質之具體規劃（含提升用藥品質之執行方式與擬新增藥品給付品項）（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署後續與中華民國中醫師公會全國聯合會檢討推動成效之參考。

五、本會辦理完成兩項委託研究計畫成果及其應用報告（本會及受委託之研究單位「中華經濟研究院」）

決定：本案洽悉。研究結果及委員所提意見，請健保署及各總額部門參考。

28
29

召開「各總額部門 108 年度執行成果發表暨評核會議」，共計 160 餘人出席，其中本會委員（含代理人）共 34 人。四總額部門評核結果：牙醫門診及醫院為「優」級，西醫基層及中醫門診為「良」級。

8月

4

衛福部交議本會行政院所核定之「110 年度全民健保醫療給付費用成長率範圍」，為 2.907% 至 4.5%（預估總額為 7,745 億元至 7,865 億元）。

27

完成編製「全民健保醫療給付費用總額協商參考指標要覽—109 年版」、「全民健保各部門總額 108 年度執行成果評核指標摘要」及「全民健保各部門總額 108 年執行成果發表暨評核會議紀錄」，供委員參用。

28

召開 109 年第 6 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

（一）全民健保各總額部門 108 年度執行成果評核獎勵額度案（本會提案）

決議：

1. 訂定 108 年度各部門總額執行成果評核結果之獎勵額度，其計算方式如下：

（1）計算基礎：以各總額部門評核年度（108 年）一般服務預算為計算基礎。

（2）獎勵成長率：評核結果「良」級給予 0.1%、「優」級給予 0.2%、「特優」級給予 0.3% 獎勵成長率。

2. 上開獎勵額度列為 110 年度各部門總額「品質保證保留款」專款，並與 106 年度各部門總額一般服務之品質保證保留款額度（各部門額度：醫院 3.887 億元、西醫基層 1.052 億元、牙醫 1.164 億元、中醫 0.228 億元）合併運用，全數作為鼓勵提升醫療品質之用。
3. 請各總額部門持續檢討 110 年度品質保證保留款之發放資格條件，訂定更具提升醫療品質鑑別度之標準，落實本款項獎勵之目的。

（二）特殊材料「經導管置換瓣膜套組（TAVI）」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案（健保署提案）

決議：

1. 同意健保署所提特殊材料「經導管置換瓣膜套組（TAVI）」以保險對象自付差額方式納入健保給付建議案，請該署盡速循行政程序，報請衛福部核定公告實施，以維護民眾權益。
2. 本項為自付差額特材，請健保署在本產品生效給付半年後，提出檢討改善報告。
3. 委員所提意見送請健保署參考。

（三）考量 109 年上半年健保「門診及住診件數」，相較去年同期減少近一成，在兼顧醫療給付點值及改善健保財務，建請健保署持續落實期中預算檢討，並依預算法第 69 條，將原預算可節減部分，列為準備，以供未來挹注醫療資源更有效的運用案（保險付費者代表提案）

決議：囿於新冠肺炎疫情尚未穩定，本案送請健保署研究參考。

（四）總額預算協商順序調換臨時動議案（保險醫事服務提供者代表提案）

決議：同意中醫門診及醫院總額部門調換 110 年度總額協商之順序，配合更新並確認 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議議程。

二、重要報告事項暨決定

（一）本會重要業務報告

1. 確認 110 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」。
2. 本年 9～10 月除例行委員會議及總額協商會議外，本會尚有以下兩項重要會議，敬請委員預留時間，踴躍參加。
 - (1) 9 月 2 日（星期三）下午 2 時召開「110 年度全民健保醫療給付費用總額協商之保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」。
 - (2) 10 月 16 日（星期五）上午 9 時 30 分召開「全民健保 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。

（二）「109 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

召開「110 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 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商會議。
一、110 年度全民健保醫療給付費用總額協商時間

24

- (一) 醫院總額：09：30~12：32（含付費者代表召集內部會議討論約 1 小時 14 分）、門診透析服務預算協商 31 分鐘。
- (二) 西醫基層總額：13：07 ~ 14：53（含付費者及西醫基層部門代表各自召集內部會議討論約 57 分鐘）。
- (三) 牙醫門診總額：14：55 ~ 17：01（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 16 分鐘）。
- (四) 中醫門診總額：17：03 ~ 19：00（含付費者及中醫部門代表各自召集內部會議討論約 1 小時 15 分鐘）。
- (五) 其他預算：19：00 ~ 19：58（含付費者代表及健保署召集內部會議討論約 28 分鐘）。
- 二、請各總額部門依協商結論，調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，並以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益，俾利納入協商結論確認。

25

召開 109 年第 7 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

- (一) 110 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額及其他預算協商結論案（本會提案）

決議：

1. 110 年度各部門總額協商結論（含成長率、金額及其分配）如下：

- (1) 付費者代表及醫事服務提供者代表委員協商完成達成共識之方案：牙醫門診總額、中醫門診總額及其他預算。
- (2) 付費者代表及醫事服務提供者代表委員協商後未能達成共識，各自提出之建議方案：醫院總額及西醫基層總額。

2. 依照 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商架構及原則規定，新增項目之協定事項應提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，請健保署會同各部門總額相關團體研訂後，將結果提報本會，俾於 10 月份委員會議確認。

3. 依照 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商程序規定，本會後續將協商各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算），請各部門於 109 年 10 月 9 日前提送建議方案，以利 10 月份委員會議討論。若部門未提送分配建議方案者，則由幕僚掣案提 11 月份委員會議討論，俾依法於 12 月份委員會議完成協定。

- (二) 政府將擴大美國豬肉牛肉進口，將衍生萊克多巴胺的食安風險，國人的健康代價及醫療成本，最終仍由全民健保承擔；建議衛福部繼續推動並完成「健康促進相關法規」，開徵「食安健康捐」，挹注健保安全準備，持續維護國人食安的醫療保障案（保險付費者代表提案）

決議：委員所提意見，送請衛福部研究參考。

二、重要報告事項暨決定

- (一) 本會重要業務報告

25

1. 本委員會議資料屬內部之擬稿或準備作業，符合政府資訊公開法第 18 條應限制公開或不予提供之條件，爰自 109 年 10 月起恢復以紙本送達會議資料，不另提供電子檔。
 2. 委員所提有關政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式，與其他財務相關建議，送請衛福部研議參考。
- (二)「109 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」(健保署)
- 決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

16

召開「全民健康保險 110 年度保險費率審議前意見諮詢會議」。

召開 109 年第 8 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

- (一) 近年政府未遵循健保法承擔 36% 經費，其高額的不足款如滾雪球逐年擴大，將加速 110 年安全準備餘額降至 0.5 個月；而在政府尚未撥補不足款之際，卻頻頻透過媒體廣宣調漲費率？等同將高額不足款轉嫁給全民負擔；費率審議在即，建請健保署配合辦理事項，以供健保會委員有效執行 110 年費率審議程序、嚴謹辨識已發生中的費率審議風險、據實衡量安全準備悖離情形、正確回歸安全準備 2.3 ~ 2.5 個月、依法回應現行費率適足，並建置專屬費率審議公開資訊，昭全民公信案(保險付費者代表提案)

決議：委員所提意見，送請衛福部及健保署研參。

- (二) 110 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案(本會提案)

決議：

1. 110 年度全民健保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：

(1) 地區範圍：以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 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，作為風險調整移撥款，以持續推動各分區醫療資源平衡發展，促進區域內醫療體系整合及強化弱勢人口之醫療服務。

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。

A. 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。

B. 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。

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

23

③所涉執行面及計算（含風險調整移撥款）等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

(3) 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同醫院總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

2. 委員所提意見，送請健保署及醫院總額承辦團體研參。

(三) 110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（本會提案）

決議：本案保留續議。請醫師公會全聯會參酌委員意見，於 109 年 11 月 6 日前，重新提送建議方案（含「校正人口風險因子及轉診型態後保險對象人數」占率，及風險調整移撥款建議額度與用途），以利 11 月份委員會議討論。

(四) 為減少健保藥費支出暨保障廣大民眾用藥權益和多重選擇機會，建請中央健康保險署在尊重病友自由選擇前提下，來推動及鼓勵醫療院所使用生物相似性藥品，以減少健保藥費支出及讓病患選擇機會案（保險付費者代表提案）

決議：本案涉及藥品給付事宜，係屬健保署權責，委員所提意見，送請健保署參考。

(五) 再次建請健保署早日與「胃腺癌」及「晚期肝細胞癌」IO 免疫新藥業者達成協議，讓「胃腺癌」與「晚期肝細胞癌」患者能夠使用 IO 免疫新藥，讓病患及家屬有多一種選擇和生存機會案（保險付費者代表提案）

決議：本案涉及藥品給付規定之修訂，係屬健保署權責，委員所提意見，送請健保署併同本會 109 年第 3 次委員會議（109.5.22）之決議辦理。

二、重要報告事項暨決定

(一) 110 年度全民健保醫療給付費用總額協商結果之整體成長率及部分協定事項確認案（本會）決定：

1. 確認 110 年度醫療給付費用總額協商結果之整體成長率。
2. 確認各部門總額新增項目協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」，將併入本會 110 年度各部門醫療給付費用總額協商結果，報請衛福部核（決）定。

(二) 「109 年第 3 季全民健康保險業務執行季報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

(三) 全民健保業務監理指標之監測結果及評析報告（健保署、本會）

決定：

1. 本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。
2. 另請本會幕僚參考委員所提意見，及委託研究計畫成果報告，彙製 108 年全民健保年度監測結果報告供委員參考。

28 110 年度全民健保醫療給付費用總額及其分配方式：10 月 28 日報請衛福部核定。

召開 109 年第 9 次委員會議。

一、重要討論事項暨決議

(一) 110 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案（本會提案）

決議：

1. 110 年度全民健保牙醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(1) 地區範圍：以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 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 17.64 億元，作為特定用途移撥款，用於牙醫門診總額之「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「特殊醫療服務計畫」、「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 5 項特定用途，移撥經費若有剩餘，優先用於「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（含特定用途移撥款）等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之，其中特定用途移撥款執行方式請送本會備查。

2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

(二) 110 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案（本會提案）

決議：

1. 110 年度全民健保中醫門診醫療給付費用總額一般服務費用之地區預算分配方式：

(1) 地區範圍：以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 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 自五分區（不含東區）一般服務費用移撥 3,500 萬元，作為風險調整移撥款，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浮動點值，最高補至每點 1 元；經費若有剩餘，則 55% 分配予臺北分區，45% 分配予北區分區。

③ 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：

A. 各分區實際收入預算占率：67%。

B. 各分區戶籍人口數占率：13%。

C. 各分區每人於各分區就醫次數之權值占率：10%。

D. 各分區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：4%。

E. 各分區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

F. 偏鄉人口預算分配調升機制：1%。若有餘款則依「各分區實際收入預算占率」分配。

④所涉執行面及計算（含風險調整移撥款）等相關細節，授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同中醫門診總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

（三）110 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（本會提案）

決議：

1. 110 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：

(1) 地區範圍：以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(2) 分配方式：

① 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 105.2 百萬元）移撥 6 億元，作為風險調整移撥款，用於保障東區浮動點值每點 1 元及撥補點值落後地區。

② 扣除上開移撥費用後，預算 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，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比率分配。

③ 所涉執行面及計算（含風險調整移撥款）等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之，其中風險調整移撥款執行方式請送本會備查。

2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同西醫基層總額相關團體議定後，於 109 年 12 月底前送本會同意後執行。

（四）全民健保 110 年度保險費率方案（草案）審議案（健保署提案）、近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案（保險付費者代表提案）、在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案（保險付費者代表提案）

主席裁定：

1. 以上三案提至 109 年 11 月 27 日召開之臨時委員會議討論，且當日不接受臨時提案。

2. 考量 110 年度保險費率審議之議題對社會影響深遠，需要在更充分資訊下審慎評估。請幕僚綜整會中委員所提試算條件，包括：110 年底安全準備維持法定 1、1.5、2、2.5 個月之保險給付支出、當年或 2 年收支平衡等建議後，洽請健保署提供詳細財務分析及資料，供臨時委員會議討論。

二、重要報告事項暨決定

「109 年 10 月份全民健保業務執行報告」（健保署）

決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

20 完成編製「108 年全民健保年度監測結果報告」，供委員參用。

召開 109 年第 1 次臨時委員會議。

重要討論事項暨決議

一、全民健保 110 年度保險費率方案（草案）審議案（健保署提案）

決議：

（一）全民健保 110 年度保險費率，經本會審議結果未能達成共識，綜整在場 38 位委員意見後，獲致兩項建議費率，分別由現行 4.69% 調整為甲案：4.97%（18 位委員支持；書面連署 19 位委員）；乙案：5.47%～5.52%（12 位委員支持），無意見 8 位。

（二）依健保法第 24 條第 3 項規定，本會應於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度費率之審議。請幕僚將上開審議結果併同與會人員發言實錄，依法陳報衛福部。

二、近年健保會監理過程中，多次請求政府撥補應負擔健保法定經費的不足款未果，已嚴重影響健保財務健全，建請比照投保單位欠費處分方式「加徵滯納金」，以昭公允案（保險付費者代表提案）、在政府未撥付補足 105 年至 108 年應負擔 36% 保險總經費差額前，應不調整 110 年度健保費率案（保險付費者代表提案）

決議：討論事項第二案及第三案併案處理，委員所提意見，送請衛福部及健保署研參。

27

30

以兩案併陳方式陳報衛福部全民健保 110 年度保險費率審議結果：本會審議結果未能達成共識，最後獲致兩項建議費率，由現行 4.69% 分別調整為，甲案：4.97%；乙案：5.47%～5.52%。

201

辦理業務訪視活動，參加委員人數 35 人。

24

一、訪視主題：山地離島地區醫療給付效益提昇計畫之執行成效。

二、訪視地點：屏東縣禮納里社區。

召開 109 年第 10 次委員會議（於健保署高屏業務組）。

一、重要討論事項暨決議

（一）110 年度全民健保抑制資源不當耗用改善方案（草案）（健保署提案）

決議：

1. 有關 109 年度未達標之 3 項管控項目，請健保署於 110 年持續加強改善，並依法定程序陳報衛福部核定。

25

2. 委員所提意見，送請健保署參考。

（二）110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目案（健保署提案）

決議：同意健保署所送之「110 年度各部門總額一般服務之點值保障項目」

（三）建請健保署依健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度，避免健保給付藥物（品）費用占率與點數的逐年增加，造成其他醫療服務點數受到排擠及點值的下降，影響醫療服務品質案（專家學者及公正人士代表提案）

決議：委員所提建議，送請健保署酌參。

二、重要報告事項暨決定

(一) 本會重要業務報告

- 25 1. 請各部門總額相關團體及健保署於 110 年 1 月 22 日前配合提供下列資料，以利後續辦理評核作業：
- (1) 提供 109 年度各部門總額評核內容（草案）修訂建議。
 - (2) 研提 110 年度重點項目及其績效指標。
2. 有關「109 年度全民健保各部門總額協定事項相關計畫」尚未完成之項目，總計 6 項，除醫院總額「藥品及特材給付規定範圍改變」及西醫基層總額「藥品給付規定範圍改變及其他醫療服務密集度增加」提出定期監測報告 1 項，於健保署提報後解除追蹤，其餘解除追蹤。
3. 有關門診透析預算協商，未來健保署若有其他相關之分析及資料，請於年度總額協商前提出，以利納入協商參考資料。
- (二) 「109 年 11 月份全民健保業務執行報告」（健保署）
決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。
- (三) 「108 年全民健保自付差額特材執行概況」（健保署）
決定：本案洽悉。委員所提意見，送請健保署參考。

- 31 行政院核定全民健保 110 年度保險費率：一般保險費費率為 5.17%，補充保險費費率為 2.11%。

附錄三 全民健康保險會對「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）之意見

檔 號：
保存年限：

衛生福利部全民健康保險會 書函

地址：11558 台北市南港區忠孝東路6段488號

聯絡人：劉于鳳

聯絡電話：(02)8590-6879

傳真：(02)8590-6046

電子郵件：hsyufeng@mohw.gov.tw

受文者：如行文單位

發文日期：中華民國109年5月1日

發文字號：衛部健字第1093360057號

速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：1. 決議及委員關切意見、2. 與會人員發言實錄與書面意見

主旨：檢陳本會對「110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109年4月17日衛部保字第1091260152號函辦理。
- 二、關於鈞部依全民健康保險法第60條規定，擬訂110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109年第2次委員會議(109.4.24)報告，決議及委員關切意見整理如附件1，併同與會人員發言實錄與書面意見如附件2，提請鈞部參考。

正本：衛生福利部

副本：衛生福利部中央健康保險署

附錄三之附件

衛生福利部全民健康保險會第4屆109年第2次委員會議紀錄（節錄）

壹、時間：中華民國109年4月24日上午9時30分

貳、地點：本部301會議室(台北市忠孝東路6段488號3樓)

拾壹、優先報告事項

第一案

案由：衛生福利部「110年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）諮詢案及中央健康保險署「110年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」，請鑒察。

決定：本案請幕僚彙整本會委員關切意見，併同發言實錄與書面意見，提供衛生福利部參考（本會委員關切意見整理如下）。

204

110年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」及「全民健康保險資源配置及財務平衡方案」本會委員關切意見

一、付費者、專家學者及公正人士委員意見：

（一）對110年度總額範圍之建議：

1. 所擬總額範圍推估金額高達7,745億元（低推估）～7,903億元（高推估），衡酌目前健保財務狀況及民眾付費能力，包括：
 - (1) 以現行費率4.69%推估，110年度保險收支短絀達771億元～928億元，使財務缺口擴大，終將面對保險費率突破法定上限6%的問題。
 - (2) 受COVID-19疫情影響，許多產業停滯，無薪假增加，民眾付費能力下降，若此時調漲保費，民眾負擔將雪上加霜，付費者委員建議110年度總額零成長。爰建請行政院核定110年總額範圍時審慎考量，總額範圍不宜過高。
2. 擬訂年度總額範圍時「付費意願」及「健保財務」是兩項重要的考量因素，但目前係以量出為入做規劃，建議設定總額上下限範圍時，應呈現與「民眾購買力」之關聯性，當購買力下降時，能適度反映總額成長率。
3. 所提供民眾付費能力參考指標數值偏高，受疫情影響，許多經濟相關機構紛紛下修2020年經濟成長率相關指標數據，建請重新檢討、更新數值。

4. 總額預算每年以複數方式滾動成長，基期費用逐年擴大，而歷年總額配合政策投入大量預算，輔以健保大數據分析管理，應有節流成效卻未見列入基期減項，建請合理調整，減輕調漲保費壓力。
5. 有關調整因素部分，因低推估所增加預算已高達219億元，考量健保資源及付費能力有限，建議調整因素項目之預算編列應審慎，不宜與低推估因素內涵有所重複，且應評估確有必要性，訂有具體執行目標及評估指標，並提供民眾實質照護。

(二) 對總額設定公式之建議如下，請納入111年度總額設定公式確實檢討：

1. 總額低推估公式採「投保人口成長率」及「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」為人口參數，然2019年我國人口已呈現負成長；且支付標準對於特定年齡亦多有加成給付，是否墊高計算基礎，請予審酌。
2. 「醫療服務成本指數改變率」之人事費用採用「工業及服務業薪資」及「醫療保健服務業薪資」各半，自我相關性高。近年透過各種輿論與政策(如：四大皆空、護病比提昇等)而影響醫療人員薪資結構，是否加重內生性問題，應予檢討。
3. 低推估公式已包含各項服務成本變動，及人口老化、疾病型態改變對醫療費用影響之預算。但近年協商因素項目不乏此類，非協商與協商因素之間有否重複計算，需進行檢討。

(三) 對110年度總額政策目標與調整因素之建議：

1. 建議政策目標能有具體執行規劃，並設計評量指標，以提升政策目標與部門協商草案之連結。
2. 有關「建立中長期改革計畫(5~6年)」乙節，其內涵包括整合公共衛生體系與健保資源，涉及政府政策推動之相關預算，應由政府公部門支應，與健保權責宜有所區分，請主管機關加強單位間之整合與溝通聯繫。

(四) 對110年度健保資源配置及財務平衡之建議：

1. 擬訂總額範圍時，應整體考量健保財務收支狀況。近年財務缺口逐年擴大，且因COVID-19疫情緣故，國際貨幣基金組織(IMF)大幅下修台灣經濟成長率至-4%，IHS Markit 也下修為-1.6%，中華經濟研究院最新經濟預測為1.03%，將導致國民所得大幅衰退，建議本案陳報行政院時，應提出110年健保整體財務規劃，並事先評估明年調整費率之可能性，以及研議無法調整費率之因應之道。
2. 有關健保「應提列安全準備來源」，依主管機關解釋之計算方式，將使105~108年政府應負擔健保法定下限36%經費累計減少安全準備約487億元，建議依法補正，以期維護付費者權益及費率適足，持續強化健保財務。
3. 有關醫療費用使用前20大疾病，建議健保署能分析其內涵及成因，依資源耗用程度，依序處理各項疾病問題，除有益提昇國民健康外，亦可減輕健保財務負擔。

4. 目前健保署費用管控項目大多為藥品與檢驗檢查，因手術與醫材使用有相當關聯性，宜加強管理，並關注醫療資源耗用情形。

二、醫事服務提供者委員意見：

（一）對110年度總額政策目標與調整因素之建議：

有關「建立中長期改革計畫（5～6年）」乙節，建議政策制定前應審慎規劃，例如「分年推動藥品給付支付改革」，不宜將研究結果直接納入決策，政策應充分溝通、討論，經各界達成共識後再推行。

（二）對110年度健保資源配置及財務平衡之建議：

1. 健保署分析近10年健保醫療點數成長原因，其中65歲以上人口及重大傷病患者對醫療費用成長貢獻度高，相對編列於總額中之金額是否合理？又近年重大傷病醫療費用快速成長，建議對其醫療利用及相關法規進行檢討。
2. 依我國平均每人經常性醫療保健支出（CHE）與平均每人GDP數據顯示，相較其他OECD國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。
3. 考量健保財務不佳，調漲保費亦有困難，建議政府應承擔更多責任，若有涉及疾病防治、預防保健、社會福利政策等項目，宜由公務預算支應，提升公部門支出占比。

附錄四 110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商架構及原則

第4屆109年第3次委員會議（109.5.22）通過

壹、總額協商架構

一、總額設定公式

■年度部門別^{註1}醫療給付費用總額＝

[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＋年度醫療服務成本及人口因素成長率＋年度協商因素成長率）]＋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總額成長率＝

（年度部門別醫療給付費用－前一年度核定之部門別醫療給付費用）／前一年度核定之部門別醫療給付費用

■年度全民健保醫療給付費用總額＝

$\sum_{i=1}^4$ [前一年度部門別(i)醫療給付費用×（1＋年度部門別(i)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總額成長率＝

（年度核定之全民健保醫療給付費用總額－前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額）／前一年度核定之全民健保醫療給付費用總額

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. 因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110年總額基期須校正108年度總額投保人口成長率差值）。

3. 依本會108年第4次委員會議（108.6.28）通過之「109年度全民健康保險醫療給付費用總額協商原則」，109年度總額違反特約及管理辦法之扣款，不納入110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）按「投保人口結構改變對醫療費用之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」合併計算成長率。

（二）成長率計算公式

[（1＋投保人口結構改變對醫療費用之影響率＋醫療服務成本指數改變率）×（1＋投保人口預估成長率）]－1

（三）各項因子之計算公式與方法如附件，將依行政院核定之醫療服務成本及人口因素內涵辦理。

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×（1+成長率）

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

貳、總額協商原則

一、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。

二、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。

三、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。

四、協商因素

（一）給付項目之調整

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108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111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，其處理方式如下：

1. 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」之復議案程序辦理。

2. 衛福部核（決）定後，已成為政策決定事項，本會無權更動，若委員仍有不同意見，則依「全民健康保險會會議規範」提案討論，決議達共識部分，向衛福部提出建議。

（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，禁止任何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。

附錄四之附件

醫療服務成本及人口因素之計算公式與方法

一、投保人口結構改變對醫療費用之影響率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年醫療費用及計費人口數計算，即以107年醫療費用點數為基礎，計算108年納保人口年齡性別結構相對於107年人口年齡性別結構之改變，對醫療費用點數之影響，並以1歲為一組做調整（人口數為3月、6月、9月、12月底計費人口數平均）。

二、醫療服務成本指數改變率

（一）成本項目之權數

採行政院主計總處105年「工業及服務業普查」所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，採第5～95百分位值之平均數為權重。

（二）成本項目之指數（均沿用109年度總額之計算方式）

採行政院主計總處109年4月發布之「物價統計月報」與「薪資與生產力統計」資料。各總額部門指標類別如下：

成本項目	指標類別	
人事費用	1/2「醫療保健服務業」薪資及 1/2「工業及服務業」薪資	
藥品費用	醫院	躉售物價指數—西醫藥品類
醫療材料費用		躉售物價指數—醫療儀器及用品類
藥品、藥材及耗材成本	西醫基層	健保西醫基層藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	牙醫	健保牙醫門診藥費權重及躉售物價指數—西醫藥品類 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
	中醫	躉售物價指數—藥品類之中藥濃縮製劑 躉售物價指數—醫療儀器及用品類
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，故採用「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健保藥費申報權重，以105年為基期。

（三）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年指數為基值（訂為100），計算108年相對107年各指數年增率。總醫療服務成本指數改變率，係將各部門之服務成本指數改變率，按其108年醫療給付費用占率加權計算而得。

三、投保人口預估成長率

以最近一年可取得之實際投保人口成長率計算，即以108年對107年投保人口成長率計算（採各季投保人數之平均值）。

附錄五 110年度全民健康保險醫療給付費用總額協商程序

第4屆109年第3次委員會議（109.5.22）通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
一、協商前置作業 (一) 討論 110 年度總額協商架構及原則與協商程序。 (二) 召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 108 年度協定事項執行情形。 (三) 110 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-109 年版」。 4. 由健保署會同各總額部門預擬協商因素／專款項目及其預算規劃草案。 (1) 規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2) 各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。 (四) 安排總額協商之相關座談會／會前會。 1. 召開 110 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 110 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。除簡報外，請提供各協商項目或計畫之詳細說明如下： ① 執行目標及預期效益（含評估指標，若能提出分年目標值尤佳）。 ② 醫療服務內容、費用估算基礎及實證資料（過去執行成果或問題、新增項目服務內容及其淨增加之費用）。 (2) 請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 2. 召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 3. 請各總額部門及健保署提送所規劃之「110 年度總額協商因素項目及計畫草案」（各協商項目或計畫之詳細內容同上開說明）： (1) 請針對新增項目提出「執行目標」及「預期效益之評估指標」，以結果面為導向，呈現資源投入之具體效益。 (2) 請如期提送協商草案資料，送會後不宜臨時提出新增項目或更動內容。	109 年第 3 次委員會議 （109 年 5 月 22 日） 109 年 7 月 28、29 日 109 年第 5 次或第 6 次委員會議 （109 年 7 月 24 日或 8 月 28 日） 109 年第 6 次委員會議（109 年 8 月 28 日） 109 年 8 月 109 年第 6 次委員會議結束後 （109 年 8 月 28 日下午） 109 年 8～9 月 109 年 9 月 2 日下午 109 年 9 月 3 日前

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 (一) 協商各部門總額成長率及分配方式。 <ol style="list-style-type: none"> 召開總額協商會議。 <ol style="list-style-type: none"> 協商四部門總額及其他預算之總額及分配。 請部門當日依據協商結論，於協定事項調整新增項目之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。 協商結論提委員會會議討論、確認。 <ol style="list-style-type: none"> 確認四部門總額及其他預算之總額及分配。 確認協定事項之「執行目標」及「預期效益之評估指標」。 (二) 協商各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。 <ol style="list-style-type: none"> 請各總額部門於9月總額協商完成後，2週內提送地區預算分配之建議方案，以利掣案提10月委員會會議討論。 若部門未達成協商共識或未提送分配建議方案，則由幕僚掣案提11月委員會會議討論，最遲於12月委員會會議完成協定。 (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。	109年9月24日全天，若有未盡事宜，於9月25日上午11時繼續處理 109年第7次委員會會議（109年9月25日下午） 109年10月9日前 109年第9次或第10次委員會會議（109年11月20日或12月25日） 109年11～12月
三、協定事項之執行規劃與辦理 (一) 健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案，報請衛福部核定公告。 (二) 各方案／計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或各總額部門專案報告。	109年10月～110年12月

二、協商共識會議

- (一) 時間：109年9月24日（星期四）上午9時30分起，全天；9月25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	第一階段 ^{註1} 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要自行召開內部會議		第三階段 部門之預算協商		合計	推估 最長時間
			付費方	醫界方				
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

註：1. 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。

2. 門診透析服務預算之協商時間，併於西醫基層或醫院部門中協商順序較前者之時段（時間外加）。

3. 合計不含各自召開內部會議時間；各部門協商時間若確需延長，以不超過該部門第三階段時間之 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
第一階段	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，得請健保署人員提供說明）	
第二階段	視雙方需要自行召開內部會議	付費方或醫界方： 自行召開內部會議 （可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明）	付費方或健保署： 自行召開內部會議 （可請本會幕僚協助試算）
第三階段	部門之預算協商	由「付費方」與「醫界方」雙方進行預算協商 （得請健保署人員提供說明）	由「付費方」與「健保署」雙方進行預算協商
		若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及特定金額下提供專業見解及中立意見，供雙方參考，再決定是否召開內部會議或繼續協商	

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

由付費者代表之委員召集內部會議協調之，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定付費者方案。
 - (2) 總額部門內部無法達成共識時：

由該總額部門代表之委員召集內部會議協調醫界方案。
 - (3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：

由付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員各自提出一個建議方案。
6. 經主席於協商共識會議宣布協商結論後，禁止任一方提出變更或推翻前開結論，惟經雙方代表同意，得再重新協議，並酌予調整該部門總額細項金額，並予以定案。
7. 各部門總額年度預算之協商終止點，訂為9月份委員會議之前，經委員會議確認後定案，不得變更。
8. 為了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：109年9月25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（含「執行目標」及「預期效益之評估指標」）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 依109.11.20健保會109年第9次委員會議所提試算條件結果彙整表

健保會彙整109.11.26更新

◎110年度醫療給付費用總額成長率以付費者方案3.779%估算

試算條件		110 年度費率調整結果					各年底安全準備 (約當保險給付支出月數)			
		保險費率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	收支餘絀 (億元)	累計餘絀 (億元)	110 年	111 年	112 年	113 年
110 年維持 4.69%		4.69	6,379	7,231	-852	244	0.41	-1.32	-3.24	-5.39
110 年度 保險費率	4.91%	4.91	6,670	7,231	-561	536	0.89	-0.38	-1.87	-3.62
	4.95%	4.95	6,724	7,231	-507	589	0.98	-0.21	-1.62	-3.29
	5.17%	5.17	7,015	7,231	-216	880	1.46	0.73	-0.25	-1.53
110 年底安全 準備餘額	1 個月	4.97	6,747	7,231	-483	613	1.02	-0.13	-1.51	-3.15
	1.5 個月	5.19	7,038	7,231	-192	904	1.50	0.81	-0.14	-1.39
	2 個月	5.42	7,344	7,231	114	1,210	2.01	1.79	1.29	0.47
	2.5 個月	5.65	7,647	7,231	417	1,513	2.51	2.76	2.71	2.30
110 年收支平衡		5.34	7,236	7,231	6	1,102	1.83	1.44	0.79	-0.19
110 ~ 111 年 收支平衡		5.42	7,344	7,231	114	1,210	2.01	1.79	1.29	0.47
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1 個月		5.24	7,104	7,231	-126	970	1.61	1.02	0.17	-0.99
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1.5 個月		5.36	7,263	7,231	33	1,129	1.87	1.53	0.91	-0.02
現行機制（111 年底安 全準備為 2 個月）		5.47	7,410	7,231	180	1,276	2.12	2.00	1.60	-

資料來源：健保署

◎110年度醫療給付費用總額成長率以醫界方案4.346%估算

試算條件		110 年度費率調整結果					各年底安全準備 (約當保險給付支出月數)			
		保險費率 (%)	保險收入 (億元)	保險成本 (億元)	收支餘絀 (億元)	累計餘絀 (億元)	110 年	111 年	112 年	113 年
110 年維持 4.69%		4.69	6,378	7,273	-894	202	0.33	-1.46	-3.46	-5.69
110 年度 保險費率	4.91%	4.91	6,670	7,273	-603	493	0.81	-0.53	-2.11	-3.94
	4.95%	4.95	6,723	7,273	-549	547	0.90	-0.36	-1.85	-3.62
	5.17%	5.17	7,014	7,273	-258	838	1.38	0.57	-0.50	-1.87
110 年底安全 準備餘額	1 個月	5.00	6,790	7,273	-483	613	1.01	-0.15	-1.55	-3.22
	1.5 個月	5.23	7,092	7,273	-181	916	1.51	0.82	-0.14	-1.40
	2 個月	5.46	7,395	7,273	122	1,218	2.01	1.79	1.27	0.41
	2.5 個月	5.69	7,701	7,273	428	1,524	2.52	2.76	2.69	2.24
110 年收支平衡		5.37	7,278	7,273	5	1,102	1.82	1.41	0.73	-0.29
110 ~ 111 年 收支平衡		5.45	7,383	7,273	110	1,206	1.99	1.75	1.21	0.34
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1 個月		5.28	7,158	7,273	-115	982	1.62	1.03	0.17	-1.01
現行機制，惟 111 年底 安全準備為 1.5 個月		5.40	7,317	7,273	44	1,141	1.88	1.54	0.91	-0.05
現行機制（111 年底安 全準備為 2 個月）		5.52	7,476	7,273	203	1,300	2.14	2.04	1.65	-

資料來源：健保署

中華民國 109 年版

全民健康保險會年報

刊期頻率：年刊

出版機關：衛生福利部

地 址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

電 話：02-8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

出版年月：中華民國110年5月

創刊年月：中華民國103年5月

設計印刷：加斌有限公司

電 話：02-2325-5500

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



GPN : 2010500532
定價：新台幣 300 元



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