



中華民國 105 年版  
**全民健康保險會年報**

2016 Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



# 2016

Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

# 目錄 Contents

4	序言	部長的話	4
		主任委員的話	5
6	第一章	前言	8
10	第二章	組織與任務	
		第一節 組織	12
		第二節 任務	21
		第三節 委員會議之運作	27
32	第三章	105年度重點業務及執行成果	
		第一節 協定及分配年度總額，宏觀調控醫療資源	34
		第二節 落實收支連動，穩健健保財務	60
		第三節 合理調整給付範圍，保障民眾就醫權益	67
		第四節 強化監理業務，奠立保險基石	87
		第五節 提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務	103



114	第四章 未來展望	116
	委員的期許與展望	118
120	附錄	
	附錄一 衛生福利部全民健康保險會第2屆（105年）委員名錄	122
	附錄二 105年度大事紀	124
	附錄三 衛生福利部全民健康保險會設置要點	154
	附錄四 全民健康保險會組成及議事辦法	155
	附錄五 106年度總額協商架構	158
	附錄六 106年度總額協商通則	161
	附錄七 106年度總額協商程序	163
	附錄八 106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告	166
	附錄九 106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務 費用分配方式公告	193
	附錄十 「健保會討論健保自付差額特材作業流程、基本資料表及 檢核表」修訂案之委員意見調查結果	196
	附錄十一 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	199



## 部長的話

時中自106年2月奉命接任衛福部部長一職，深感各界對本部殷切的期盼，因此期勉全體同仁應以兢兢業業的態度，以效率、品質和關懷弱勢為核心，以國家發展、人民需要、實證基礎、人盡其才等四大理念，共同努力，務求精進衛福部所掌管的各项政策。而全民健保制度與所有民眾的健康息息相關，更是本部戮力精進的重點政策之一。

全民健康保險會是由各方代表，包括付費者、醫療服務提供者團體所推薦，及專家學者等35位委員組成，是全民健保制度下非常重要的溝通平台，

感謝各位委員代表在戴主任委員桂英的引領下，於105年共同完成了多項重要事項，包括協定106年度總額及其分配方式、審議106年度保險費率等事宜，並編列C型肝炎新藥、提升基層醫療服務量能相關預算，促使本部能順利推動多項政策，提供民眾更完整的醫療服務。各位委員的努力，是督促全民健保制度持續進步的最大助力，本人謹代表衛福部向戴主任委員桂英及第2屆全體委員致上十二萬分的感佩與謝意。

我國近年來人口快速老化，高齡化現象已成為全民健保財務的沈重負擔，預估民國115年以後，將會邁入平均每5個人就有1人是65歲以上長者的超高齡社會。為及早因應上述人口趨勢改變，本部除積極推動長期照顧政策外，在健保相關專案計畫也提供急性後期照護，希望這些政策規劃能達到相輔相成的作用，使國家資源發揮最大效益。

全民健保的實施已邁入第23個年頭，透過不間斷地改進，才能讓制度更臻完善，相信只要大家目標一致，就能往「全民參與、健保永續」的方向一步一步邁進，而在改革過程中，亟須健保會全體委員的支持及提供建言，透過社會參與、理性討論，共同開創全民健保嶄新的一頁。

衛生福利部 部長

陳時中

謹識



## 主任委員的話

健保會自民國102年成立迄今已4年，歷經第1、2屆委員任期，前3年在鄭前主任委員守夏的帶領下，已逐步發揮健保會監理健保業務、協定總額、審議費率及給付範圍的法定功能，此一溝通平台，在34位各方代表委員的努力下，對全民健保的事務，不僅提供諸多重要建言，也具有一定影響力。

桂英於105年初接下主任委員的重任，除延續過去先進所奠立的基礎外，也接受到外界賦予健保會的更多期待與挑戰，非常感佩委員們的努力付出，雖然基於立場不同，大家願意多花一點時間討論，在異中求同謀求共識，從而達成多項艱鉅的任務。

回顧這段期間，協商106年度各部門總額時，C型肝炎新藥預算及分級醫療的政策，最受外界關切；在保障民眾就醫權益及健保資源有限的情形下，如何將預算運用在刀口上，在委員幾番折衝、思辨，最終得以獲得不錯的結果；委員關心健保財務是否健全，提出財務、業務興革的建議，包括督促健保署積極追繳欠費，保全健保債權、對健保法施行細則第45條提出修正建議，捍衛健保財務、爭取回復菸品健康福利捐分配予健保安全準備比率；對於依法諮詢、討論事項，包括：專業雙審及公開具名試辦方案、藥品費用分配比率目標制試辦方案，而自付差額特材案提會審查頻率，也從每半年討論1次修改為每季討論1次，促使提供更完善資訊，俾議定對民眾最有助益的結果。因委員的努力議事，委員會的會議時間都由上午9時30分至下午2時方能結束。而這些討論歷程相關執行成果於本年報均有完整收錄，為委員這一年來的努力留下足跡。

政策與制度往往無法一蹴可幾，全民健保各項措施在歷史脈絡與前人的建樹下，往前邁進，一步一腳印，改革之路無法停歇，而挑戰隨時都在，資訊公開、民眾參與是鞭策政府往前邁進的動力，期待健保制度在健保會所樹立的平台，能夠更為精進、永續經營，而這也是過去、現在、未來健保會委員們所共同肩負的志業。

全民健康保險會 主任委員

戴桂英

謹識

**2016** Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



**第一章  
前言**



*Preface*

## 第一章 前言

全民健保自84年3月1日開辦，歷經18年後，匯聚行政、立法及120位各領域專家學者3年的規劃，於102年1月1日正式實施二代健保。而為達成「財務收支連動」、「權責相符」、「資訊公開透明」、「擴大社會參與」等主要目標之需，在開始實施二代健保的同時，將原有的「全民健康保險監理委員會」（下稱監理會）及「全民健康保險醫療費用協定委員會」（下稱費協會）整合為全民健康保險會（下稱健保會），期可建構權責相符的全民健保組織體制。健保會除接續原監理會與費協會工作外，尚被賦予諸多任務，包括：保險費率與保險給付範圍之審議、總額之對等協議訂定等，以利通盤考量醫療給付與財務收支，有助於健保收支連動責任之落實及永續經營。

為讓全民健保的重要決策可以讓更多民眾參與，健保法特別規定健保會的組成中，保險付費者代表之名額不得少於二分之一，且被保險人代表不得少於全部名額的三分之一。也因此健保會的35名委員中，分配保險付費者代表18名、保險醫事服務提供者代表10名、專家學者與公正人士5名、政府機關代表2名；主任委員則由衛福部就專家學者與公正人士委員中，指定1人兼任。透過此框架，期待建構公眾的參與機制，並將決策程序公開透明，促使健保制度更符合社會期待。

健保會自102年成立以來，在前2屆委員的努力下，除完成每年度「醫療給付費用總額之協定與分配」及「全民健康保險費率之審議」，將醫療費用總額成長率維持在3.2%~





5.7%之間，一般保險費費率、補充保險費費率調整為4.69%、1.91%外，並著手建立相關制度，包括：研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」，期使全民健保財務在收支連動的機制下，穩健發展；另建置「全民健康保險業務監理架構與指標」，從更宏觀的整體面，提升監督與管理健保的效率。此外，在105年間，針對全民健康保險法（下稱健保法）施行細則第45條修正案之合理性，籌組立法院拜會小組，進行立法院各朝野黨團之拜會，以捍衛健保財務。另為維護保險對象之權益，更以全體委員名義，向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規定之事務，齊力為全民健保的永續發展發聲。

為落實「資訊公開透明」，及讓外界了解健保會的運作情形，健保法規定健保會於審議、協議健保有關事項，應在會議7日前及會議後10日內分別公開議程及議事錄；並於健保法施行細則第4條規定「健保會應每年編

具年終業務報告，並對外公開」。因此，除每月於網站公開議程及議事錄外，並自102年起每年編印「全民健康保險會年報」乙冊，介紹年度各項重點業務的辦理情形。此外，為讓讀者立即掌握1年來健保會的重要事件，特別以時間為主軸，編列「105年度大事紀」（如附錄二）供參考。

全民健保的核心價值在於透過社會互助，以「社會保險」的形式，分擔保險對象罹病時的財務風險。經過多年的耕耘，在民眾、醫事服務提供者及政府努力下，共創全民健保的台灣驕傲，豐碩成果不僅獲得世界各國讚揚，也成為各國建立或改革健保制度的學習對象。檢討過去，策勵未來，在社會對公共政策日益朝公開監督的趨勢下，期待健保會能發揮全民參與健保政策溝通平台的重要功能，讓健保制度能在各方期望與集眾人智慧下健全發展，作為維護民眾健康強而有力的後盾及保障。



**2016** Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



**第二章**  
**組織與任務**

The image features a central photograph of five business professionals in a meeting on a rooftop. They are silhouetted against a bright, hazy city skyline, with the Empire State Building being the most prominent structure. The scene is bathed in a warm, golden light, suggesting sunrise or sunset. The photograph is framed by large, overlapping geometric shapes in shades of orange and white, creating a modern, abstract background. The title 'Organization and Tasks' is written in a white, elegant serif font, centered over the lower portion of the photograph.

# *Organization and Tasks*

## 第二章 組織與任務

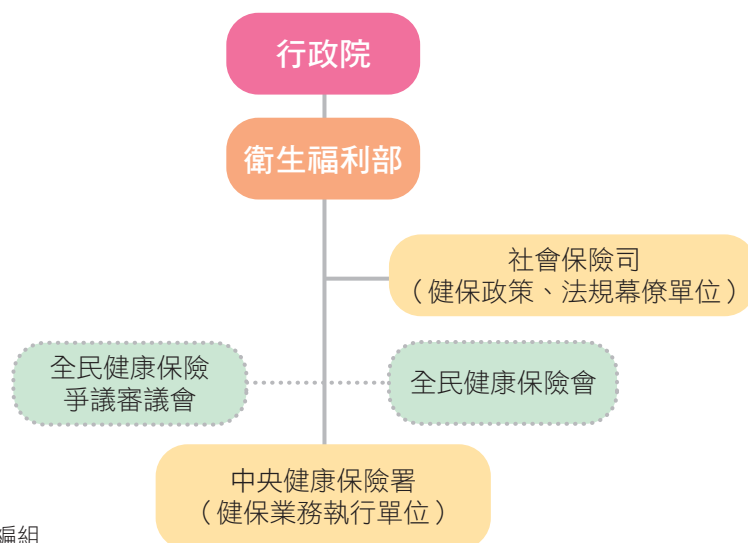
### 第一節 組織

#### 一、組織體制

衛生福利部（下稱衛福部）為健保永續經營，建構權責相符的組織體制、提高財源籌措的公平性、確保醫療品質及擴大社會多元參與等層面，乃進行檢討與前瞻性改革，並於102年1月1日實施二代健保，將一代健保時期的監理會（側重收入監督）及費協會（著重醫療費用支出、總額協定與分配）整併為健保會，期兩會合一能提升效率，將醫療給付與財務收支通盤考量，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。

健保會設立係依據衛福部處務規程第20

條第5款規定，為辦理全民健康保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配等事項，爰設立健保會（全民健保組織體制如圖2-1）。該會為衛福部常設性任務編組，其透過35位委員代表，以委員會議議決方式，達成各項法定任務，委員組成於後段有詳細介紹。因為委員為兼任性質，為辦理各項會務，「衛生福利部全民健康保險會設置要點」（下稱健保會設置要點，如附錄三）第4點規定，置執行秘書1人，綜理日常事務；副執行秘書1人，襄助處理會務；組長及工作人員若干人，分組辦理會務。執行秘書、副執行秘書、組長及工作人員，由衛福部法定員額內調充之，健保會組織如圖2-2。



註：…… 常設性任務編組

圖2-1 全民健保組織體制圖

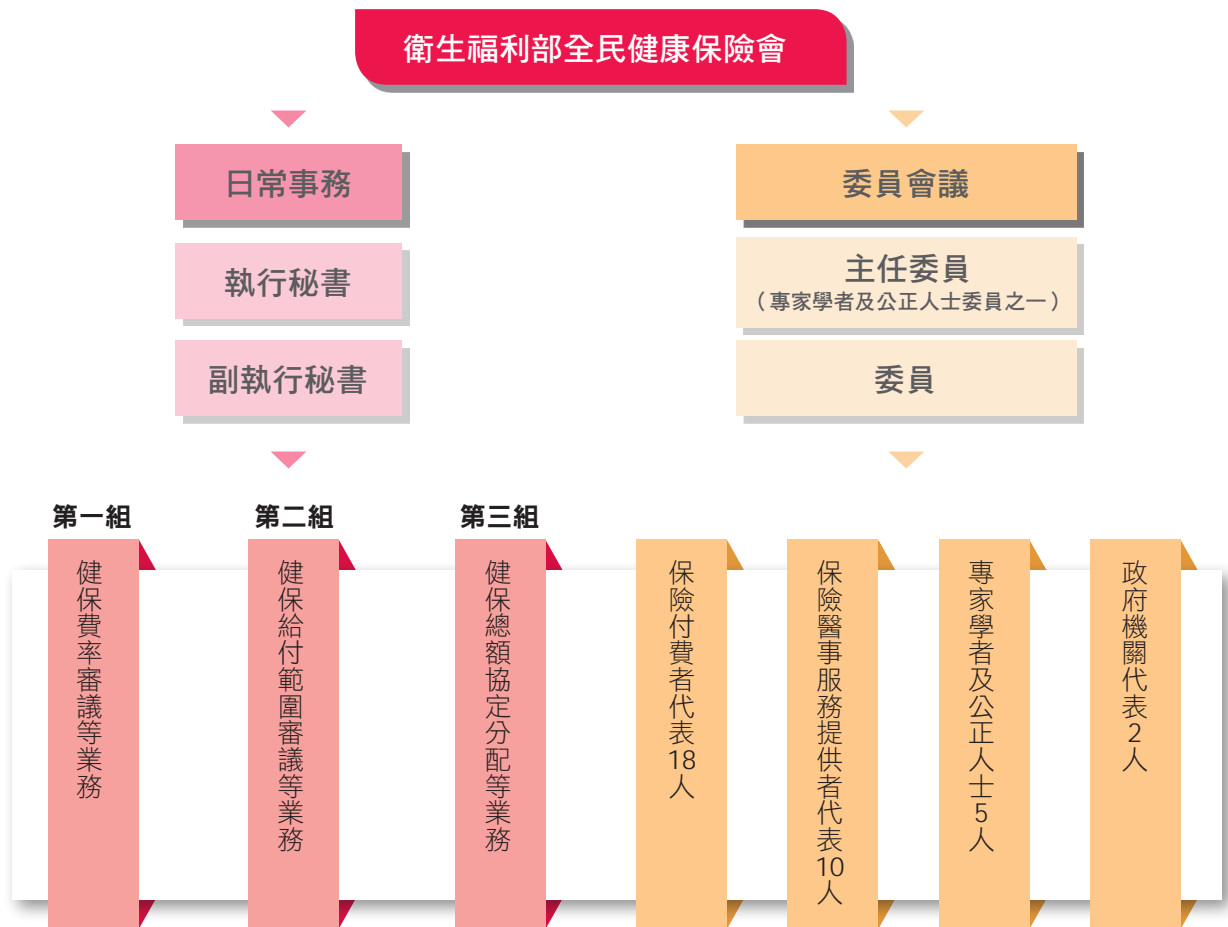


圖2-2 健保會組織圖

## 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」（下稱組成及議事辦法，如附錄四），健保會委員計35名，名額分配為：保險付費者代表18人，包含被保險人代表12人、雇主代表5人及行政院主計總處1人；保險醫事服務提供者代表10人；專家學者及公正人士5人；國家發展委員會及主管機關（衛福部）代表各1人。

上述12名被保險人代表之委員中，9人由衛福部就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘；另為擴大社會

參與之多元性，其餘3人透過公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。至雇主代表、保險醫事服務提供者代表，及行政院主計總處、國家發展委員會、衛福部代表，係洽請有關團體、機關推薦後遴聘（派）之；專家學者及公正人士之委員，則由衛福部就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之，並由衛福部部長就專家學者及公正人士之委員中，指定1人兼任主任委員，委員產生方式整理如表2-1。

表2-1 健保會委員產生方式

代表屬性		人數	產生方式
保險付費者代表	被保險人代表	9人	依被保險人類別，洽請有關團體推薦
		3人	以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體推薦
	雇主代表	5人	洽請有關團體推薦
	行政院主計總處	1人	洽請主計總處推薦
保險醫事服務提供者代表		10人	洽請有關團體推薦
專家學者及公正人士		5人	由公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘
國發會及本部代表		各1人	洽請國發會推薦；衛福部指派代表
合計		35人	

為使各類委員能確實代表所屬類別，組成及議事辦法並規定，保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者身分；被保險人代表之委員，不

得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分，如圖2-3。

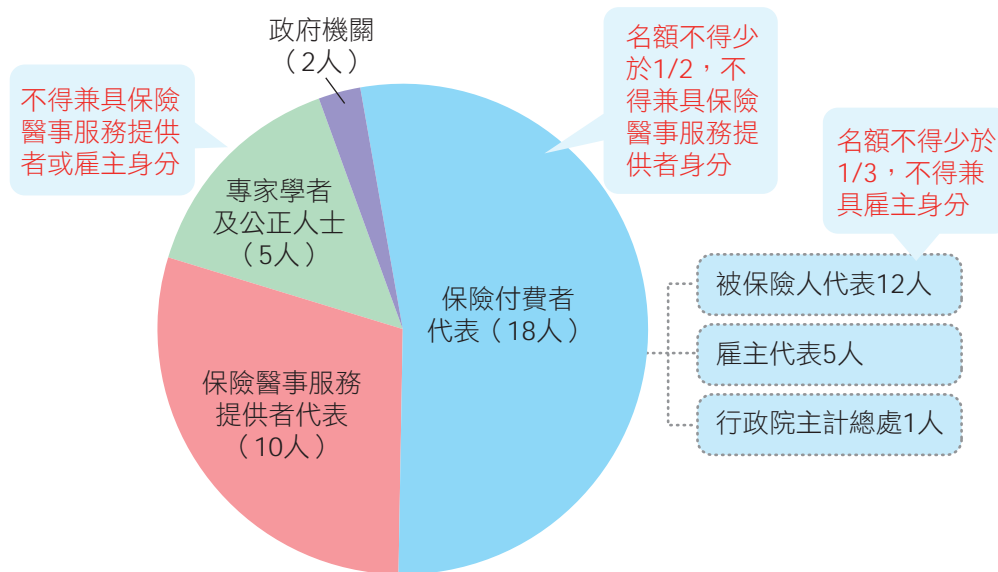


圖2-3 健保會委員組成之規範

為達各界於立法時，對擴大社會參與及容納更多元意見之期待，對於委員連任，特別規定保險付費者代表及醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。主要係為避免更替人數過多，影響業務傳承，而設定更替比率為五分之一。

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

表2-2 健保會委員遴聘之相關規定

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

健保會第2屆委員聘期自104年1月1日至105年12月31日止，任期2年，委員名錄如附錄一。

## (二) 委員之利益自我揭露

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

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

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

前項第一款及第二款資訊，應由健保會就委員依本法第5條第5項自我揭露之必要範圍，對外公開。

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

至於委員之直系親屬包括血親、姻親，例如：祖父母、父母、子女、孫子女、配偶之父母、子女之配偶、孫子女之配偶，僅需揭露擔任保險醫事服務機構之負責醫事人員、保險藥物交易之相關業務人員、投保單位之負責人，或其業務上之利益明顯與健保會之職權相關部分。





健保會第2屆（105年）委員（依姓氏筆劃）



干委員文男  
中華民國全國總工會  
常務理事



何委員語  
中華民國全國工業總會  
常務理事



吳委員肖琪  
國立陽明大學衛生福利  
研究所教授



李委員永振  
中華民國工商協進會  
財稅研究委員會委員



李委員成家  
中華民國全國中小企  
業總會榮譽理事長



李委員來希  
中華民國全國公務人員  
協會理事長



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



李委員蜀平  
中華民國藥師公會全  
國聯合會理事長／輔  
導理事長



林委員至美  
國家發展委員會人力發  
展處處長



林委員敏華  
中華民國農會保險部  
主任



林委員惠芳  
台灣社會福利總盟之中  
華民國智障者家長總會  
秘書長



邱委員泰源  
中華民國醫師公會全  
國聯合會理事長



侯委員彩鳳  
中華民國全國勞工聯盟  
總會理事長



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顧  
問）



張委員澤芸  
中華民國護理師護士公  
會全國聯合會副理事長



莊委員志強  
中華民國會計師公會全  
國聯合會業務發展委員  
會主任委員



陳委員平基  
中華民國全國漁會秘書



陳委員幸敏  
行政院主計總處公務預  
算處專門委員



陳委員旺全  
中華民國中醫師公會全  
國聯合會理事長



陳委員義聰  
中華民國牙醫師公會全  
國聯合會理事長



陳委員聽安  
國立政治大學財政學系  
名譽教授



黃委員偉堯  
長榮大學醫務管理學系  
副教授



黃委員啟嘉  
中華民國醫師公會全國  
聯合會常務理事



黃委員淑英  
台灣女人連線常務理事



楊委員芸蘋  
中華民國全國職業總工  
會副理事長



楊委員漢涼  
台灣醫院協會理事長



葉委員宗義  
中華民國全國商業總會監  
事會召集人



趙委員銘圓  
全國產業總工會常務  
理事



滕委員西華  
中華民國身心障礙聯盟  
秘書長



戴主任委員桂英  
亞洲大學健康產業管理學  
系教授級專業技術人員



謝委員天仁  
中華民國消費者文教基  
金會名譽董事長



謝委員武吉  
台灣醫院協會副理事長  
(台灣社區醫院協會理  
事長)



羅委員紀琮  
中央研究院客座專任教授  
及經濟研究所兼任研究員  
事長)

卸任委員（依姓氏筆劃）



曲委員同光  
衛生福利部社會保險司  
司長



何委員永成  
中華民國中醫師公會全  
國聯合會理事長



吳委員玉琴  
台灣社會福利總盟理  
事長



陳委員健民  
中華民國全國漁會秘書  
長



楊委員麗珠  
中華民國護理師護士公  
會全國聯合會副理事長



潘委員延健  
台灣醫院協會法規委員  
會委員（台灣醫學中心  
協會秘書長）



蔡委員宛芬  
台灣女人連線秘書長



蔡委員明忠  
中華民國醫師公會全國  
聯合會秘書長



鄭主任委員守夏  
國立臺灣大學健康政策  
與管理研究所教授



## 第二節 任務

### 一、任務簡介

健保會於102年1月1日正式設立，除接續一代健保時期監理會的保險業務監理，與費協

會總額協定分配等工作外，尚被賦予「以收支連動方式管理健保財務」、「審議年度應計之收支平衡費率」、「審議保險給付範圍增減」等新興任務（如圖2-4）。

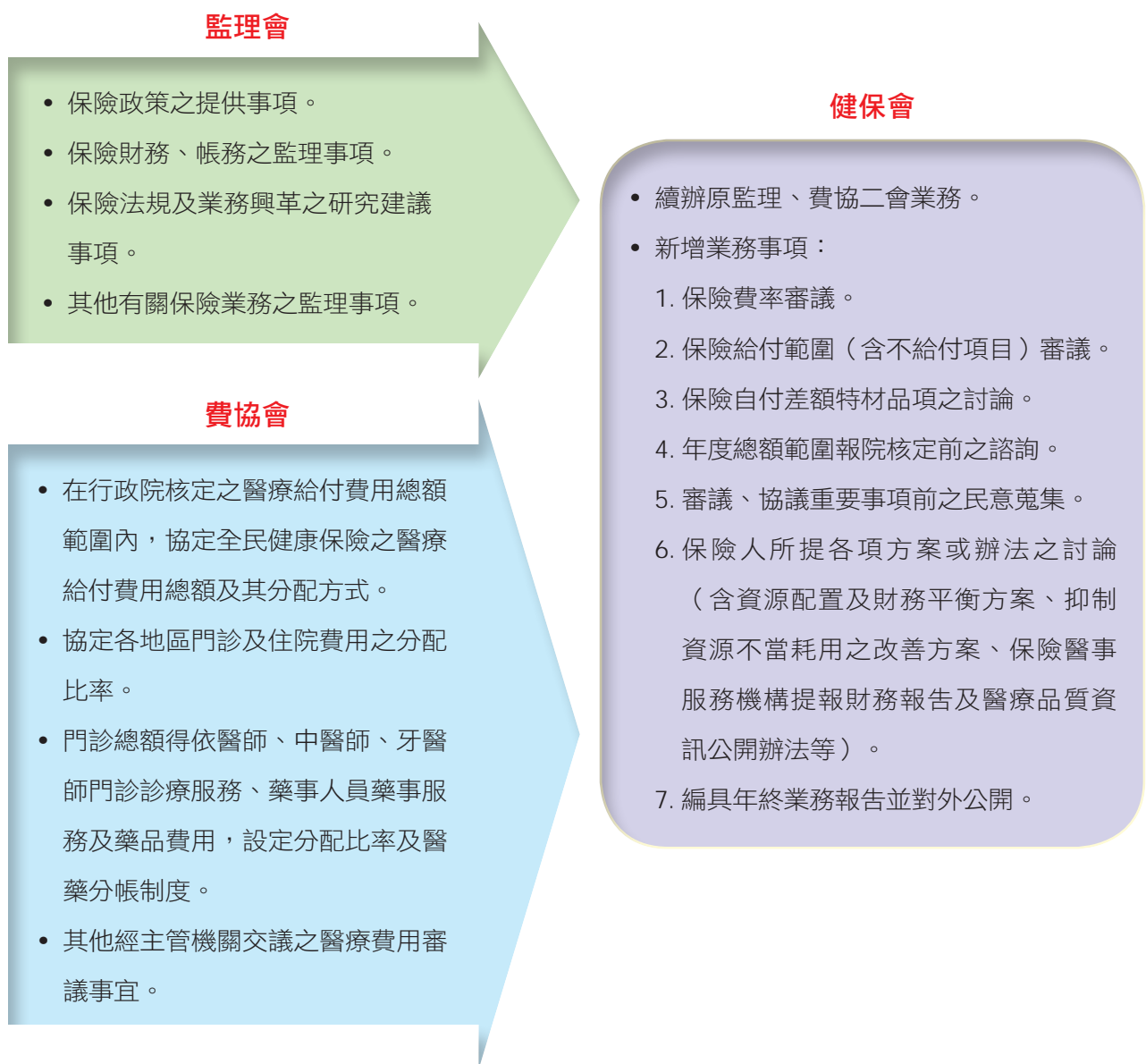
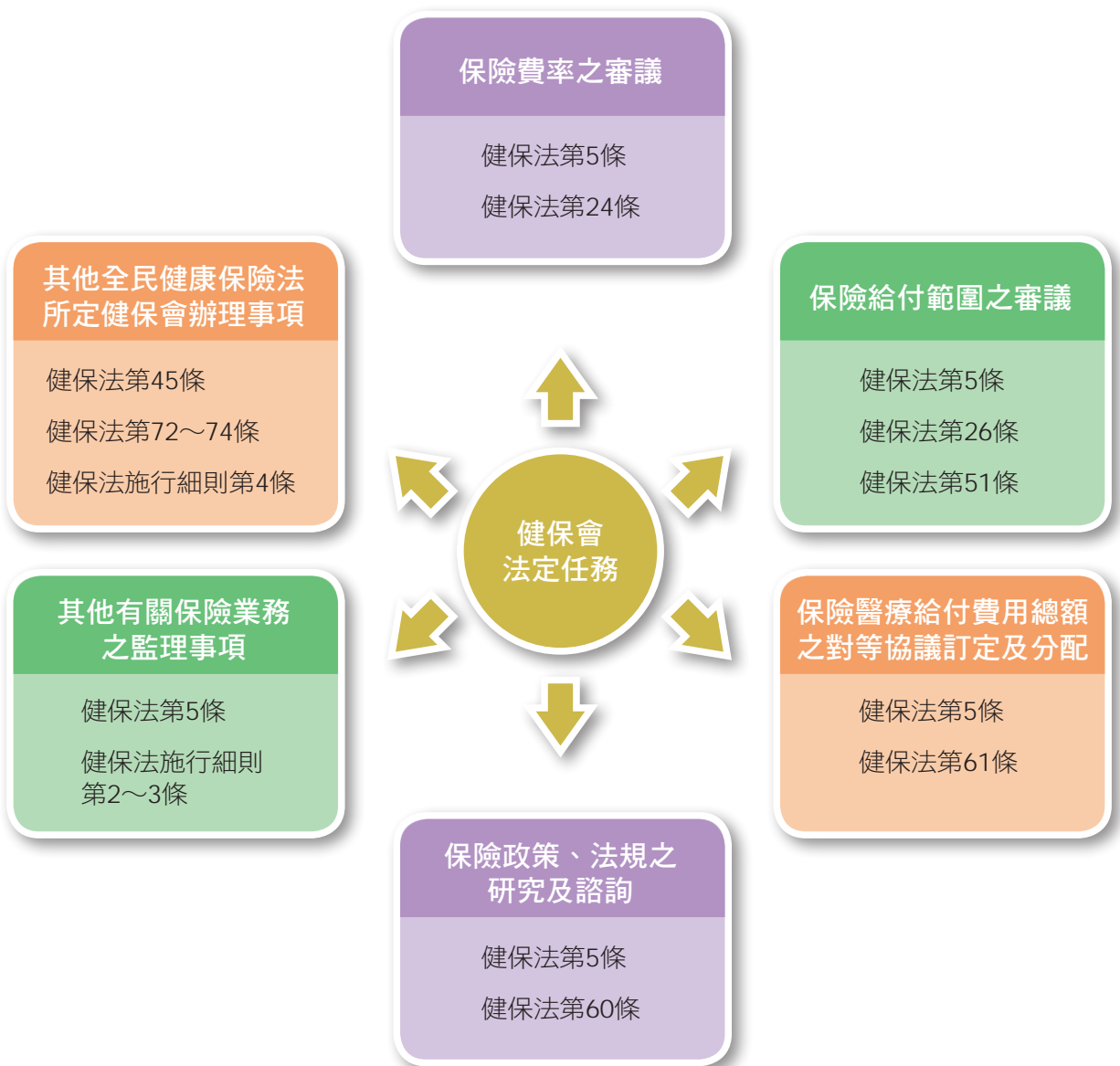


圖2-4 一代健保監理會與費協會、二代健保健保會之任務

依健保會設置要點第2點規定，健保會任務如下圖所列六大項，其並見諸於健保法（§ 5、§ 24、§ 26、§ 45、§ 51、§ 60、§ 61、§ 72、§ 73、§ 74）及其施行細則（§ 2、§ 3、§ 4）。健保會設置要點所定任務與健保法之關聯圖如下：



## 二、健保法及其施行細則對健保會業務之規範

(一) 健保法第5條，規範總體業務（職掌）：

明訂健保會之主要職掌，並規範

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

### § 5 健保會總體業務（職掌）

☆辦理事項：

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

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

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

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

(二) 其他規範於健保法及其施行細則之相關業務

1. 健保法第24條，保險費率之審議：  
明訂保險費率審議程序，並規範費

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

§ 24  
保險費率之審議

☆健保署應於健保會協定年度總額後1個月，提請其審議當年度保險費率。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定之總額達成平衡時，應重新協議訂定總額。

☆健保會審議費率前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。

☆於年度開始1個月前，依協議訂定之總額，完成年度收支平衡費率之審議，報衛福部轉報行政院核定後由衛福部公告之。不能於期限內完成審議時，由衛福部逕行報行政院核定後公告。

2. 健保法第26條及第51條，保險給付範圍之審議：

考量健保資源有限，且財務收支平衡除可透過費率調整外，亦可運用給付範圍之調整做因應。因此，健保法第

26條及第51條分別規範「保險給付範圍調整方案」之啟動條件與審議程序，及「不納入保險給付項目」之程序。主要內容如下：





§ 26  
、  
§ 51  
保險給付範圍之審議

☆健保法第26條

有下列情形之一時，由健保署擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告。

1. 安全準備低於一個月之保險給付總額。
2. 保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響財務平衡。

☆健保法第51條

1. 預防接種、成藥與指示用藥、美容外科手術、指定醫師與特別護士費等，計11項不列入健保給付範圍。

2. 其他由健保署擬訂，經健保會審議，報衛福部核定公告之診療服務及藥物項目，也可不列入健保給付範圍。

3. 健保法第60條，年度總額之諮詢事項：

明訂衛福部擬訂年度總額範圍之諮詢程序，主要內容如下：

§ 60 年度總額之諮詢事項

衛福部於年度開始6個月前擬訂年度總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

4. 健保法第61條，總額之對等協議訂定及分配：

明訂年度總額及其分配之協定程序，主要內容如下：

§ 61 總額之對等協議訂定及分配

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

5. 健保法施行細則第2、3條，其他有關保險業務之監理事項：  
為對健保署之業務進行常態性監理，於施行細則第2、3條規範該署應按

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

其他有關保險業務之監理事項

☆健保法施行細則第2條

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

☆健保法施行細則第3條

健保署應依健保業務計畫及安全準備運用狀況，編列年度預算及年終決算報告，報衛福部，並分送健保會備查。

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

開及醫事服務機構提報財務報告相關辦法等，須送健保會討論，以融入各界代表之意見，使政策制定更符合社會期待。此外，健保會需按施行細則第4條之規範，每年編具年終業務報告（年報），並對外公開之，希冀外界充分瞭解健保會運作情形。主要內容如下：



其他全民健康保險法所定健保會辦理事項

健保法 第 45 條	<p>規範自付差額之醫療特殊材料（下稱特材）項目，須提健保會討論：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
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公開之內涵：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
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"> <li>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。</li> <li>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。</li> </ol>
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>

### 第三節 委員會議之運作

#### 一、議事安排

健保會為全民健保擴大社會參與而設置之溝通平台，主要以委員會議方式運作。依組成及議事辦法，健保會每月召開會議1次，必要時得召開臨時會議，開會日期訂為每月的第4個星期五上午。由於須討論的議案眾多，且與民眾權益息息相關，委員須有一定時間進行溝通協調，方能達成共識，因此每次會議時間往

往超過半天（4~5小時），甚至更長。而為在法定期內完成年度總額協商任務，8月份委員會議配合延長為1天，9月份會議更延長為1天半；11月份委員會議，為配合衛福部須將健保費率審議結果報行政院核定後公告，能有充分的作業時間，因此將該次會議時間提前1週。

健保會委員會議的議事運作，受到社會各界諸多關注。為提升議事效率，該會除運用加強會前準備工作、召開會前溝通會議、提供

簡明資料等方式，並透過委員問卷調查，設定各議案的進行時間，報告案為20分鐘、討論案為30分鐘，複雜議案則由主席決定酌予延長；會議中由幕僚同步投影時間、倒數計時並按鈴提醒，以為輔助；另委員每案發言次數以3次為原則，種種措施均為使議事進行更具效率。

## 二、參加會議人員

依組成及議事辦法，會議應有二分之一以上委員出席，始得開議；並應邀請健保署派員列席，對相關議案提供說明，及進行業務報告與專案報告。必要時，經徵得主任委員同意，可邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席會議提供意見，建構諮詢管道，使議案討論更順暢與周延。

## 三、議決方式

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

### （一）總額對等協議訂定及分配事項

應以商議方式達成各項協定，未能於法定期限達成總額及其分配方式之協定時，需分別就保險付費者代表之委

員、醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提1案，報衛福部決定。而鑑於買賣雙方的內部意見整合或不容易，所以個別委員對建議方案有不同意見時，亦得提出不同意之意見書，由健保會併送衛福部。

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

應經出席委員超過二分之一同意行之。健保會成立以來，法定業務之相關議案均經充分溝通，努力尋求共識，避免動用表決。

## 四、105年度工作計畫

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

年度工作計畫主要依據健保法及其施行細則所定法定事項，及歷次委員會議決議（定）事項，並配合實務作業，就監理業務、總額協定、費率審議、保險給付及其他應討論之法定事項進行安排。105年度工作計畫如附件。



附件

全民健康保險會105年度工作計畫

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
監理 業務	一、專案報告			
	1. 「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告	1 月	健保署	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	2. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	4 月		依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	3. 「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）及檢討報告	5 月		依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理
	4. DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形	6 月		1. 依 104 年 9 月份委員會議決議事項辦理 2. 本項係總額協定事項，主要是為準備 DRGs 擴大實施前，再確認疾病分類轉碼轉換正確性及執行情形
	5. 105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響	7 月		依 104 年 3 月份委員會議決議事項辦理（全民健保年度總額對給付項目調整之處理原則）
	二、業務訪視活動			
	業務參訪	3 月	本會 健保署	依 104 年 12 月份委員會議決定事項辦理
	三、例行監理業務			
	1. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	6、12 月 （季呈現指標另納入 3、9 月業務執行報告呈現）	健保署	1. 依 104 年 12 月份委員會議決議（定）事項辦理 2. 105 年 1 月仍應進行報告
2. 104 年度全民健保年終決算報告備查案	3 月	健保署 本會	依健保法施行細則第 3 條辦理	

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註	
監理 業務	3. 106 年度全民健保預算備查案	4 月	健保署 本會	依健保法施行細則第 3 條辦理	
	4. 自付差額特殊材料品項開放 半年後之檢討改善報告	5、12 月	健保署	1. 依 103 年 3 月份委員會議決定 事項辦理 2. 開放半年後之報告視新品項收 載狀況而定	
	5. 自付差額特殊材料品項整體 檢討改善報告	12 月			
	6. 依 104 年各月份委員會議決議（定）納入「全民健康保險業務執行報告」之事項				
	(1) 各醫學中心病床增減情形 資料	每月	健保署	依 104 年 4 月份委員會議決定事 項辦理	
	(2) 各層級醫院之門診初級照 護資料（含案件及各項費 用分析）及急診下轉件數	每月 （本項於 105～106 年暫不執行）		1. 依 104 年 6 月份委員會議決議 事項辦理 2. 健保署表示因 ICD-9 轉換 ICD- 10 作業，疾病碼合適性尚需爭 取 106 年委託研究經費進行門 診初級照護之定義釐清，另考 量 ICD-10 甫實施，尚無完整 且穩定之資料供統計分析，故 105 至 106 年本項資料暫無法 提供	
	(3) 「健保門、住診費用核減 統計表」呈現分層級、分 區之核減率資料	每月		依 104 年 8 月份委員會議決定事 項辦理	
總額 協議 訂定	1. 106 年度總額協商架構、通 則及程序之討論	3～6 月	本會	總額協商預備工作	
	2. 106 年度總額範圍報行政院 前之諮詢	4 月	社保司 本會	依健保法第 60 條辦理	
	3. 各部門總額執行成果評核	5～8 月	本會	總額協商預備工作	
	4. 106 年度總額及其分配方式 之協議訂定	7～12 月	本會	依健保法第 61 條辦理	
費率 審議	1. 106 年度保險費率提請審議案	本會協議訂 定總額後 1 個月	健保署	依健保法第 24 條辦理	

類別	工作項目	預定時程	負責單位	備註
費率審議	2. 106 年度保險費率審議前專家諮詢會議	10~11 月	本會	依健保法第 24 條辦理
	3. 健保署所提 106 年度保險平衡費率案之審議	11 月		
保險給付及其他應討論法定事項	1. 健保署所提自付差額特殊材料品項之討論	5、12 月	健保署 本會	依健保法第 45 條第 3 項及 103 年 3 月份委員會議決定事項辦理
	2. 健保署所擬訂 106 年度抑制資源不當耗用改善方案之討論	配合健保署 送會時程	健保署	1. 依健保法第 72 條辦理 2. 健保署預計於 105 年年底提會討論
	3. 健保署所擬訂醫療服務機構提財務報告辦法之討論			依健保法第 73 條辦理
	4. 健保署所擬訂醫療品質資訊公開辦法之討論			依健保法第 74 條辦理
	5. 健保署所提調整保險給付範圍方案之審議			依健保法第 26 條辦理
	6. 健保署所提不列入保險給付之診療服務及藥物項目之審議			依健保法第 51 條第 12 款辦理

註：委員會議若另有決議（定）事項，配合安排或調整相關工作項目。



**2016** Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



**第三章**  
**105年度重點業務**  
**及執行成果**





*105 Annual key  
Development and  
Implementation Results*

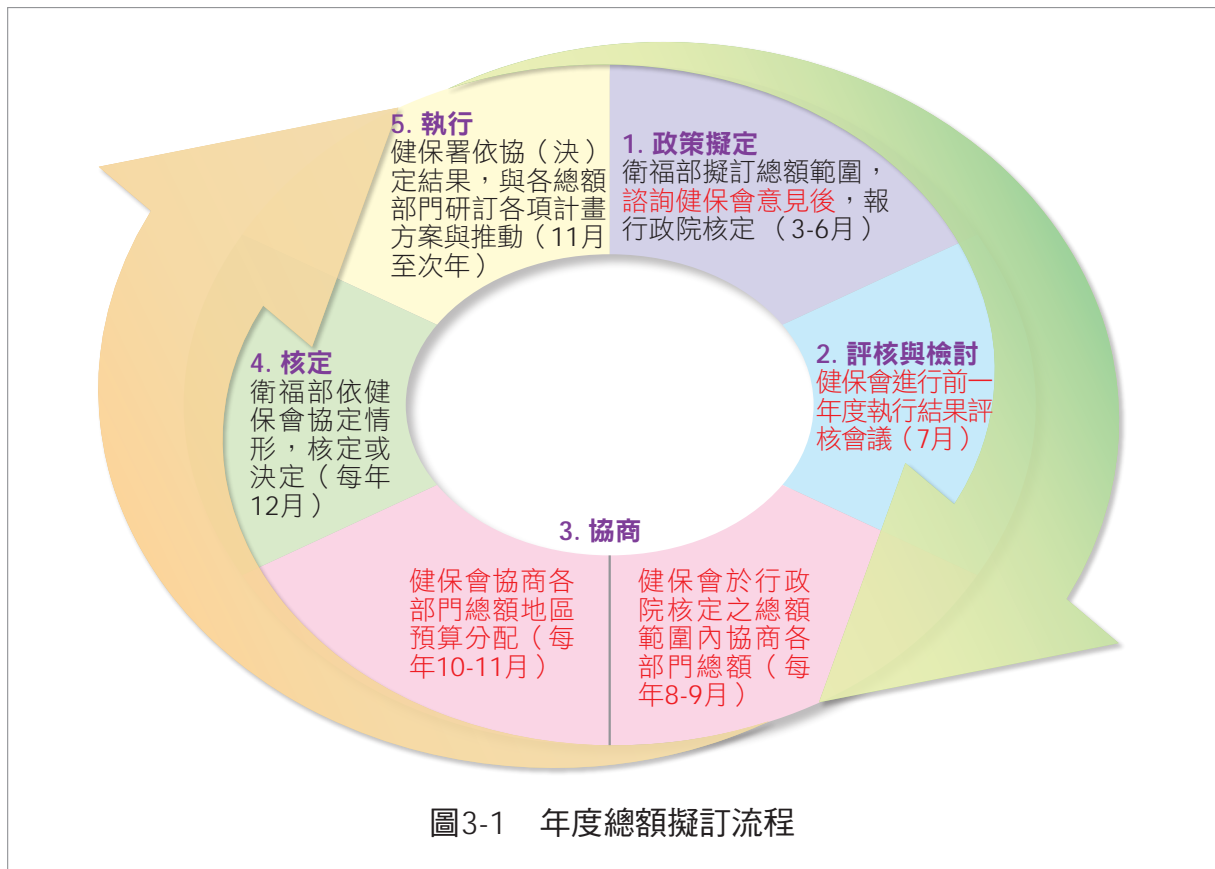
## 第三章 105年度重點業務及執行成果

### 第一節 協定及分配年度總額，宏觀調控醫療資源

#### 業務現況

全民健保於87年7月、89年7月、90年7月及91年7月陸續開辦牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額（各部門總額）支付制度，由保險付費者與醫事服務提供者預先規劃及協商下年度醫療費用總額及其分配，透過規劃式的預算，引導資源合理配置及提升服務效率，並控制總體的醫療費用成長於合理範圍內。

年度總額擬訂程序，依健保法第60條及61條規定，由衛福部（主管機關）於年度開始6個月前，擬訂本保險每年度醫療給付費用總額，經諮詢健保會後，報行政院核定。健保會應於各年度開始3個月前，在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式（包含各部門總額成長率，及分配至各健保分區的地區預算），報衛福部核定；不能於期限內協議訂定時，則由衛福部政策決定，年度總額擬訂流程如圖3-1。



目前健保總額高達6千多億元，隨著人口老化、新增診療項目、新藥及新特材等新醫療科技的引進，健保總額除面臨資源有限，但需求眾多的難題外，社會各界更期盼藉由總額所配置的資源，引導服務品質及整體使用效率的提升。因此，健保會每年均投入相當時間

準備、溝通及協商，總額協商作業流程如圖3-2，藉由累積歷年經驗所發展的協商模式、足夠的客觀數據，及付費者與醫事服務提供者充分溝通下，順利於法定時程內，完成總額協定及分配任務，並達到資源合理配置的目標。



圖3-2 總額協商作業流程

## 執行成果

### 一、提供衛福部諮詢總額範圍之意見

依健保法第60條規定，衛福部於4月中旬函送「106年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，諮詢健保會意見。所擬訂總額範圍摘述如下：

- (一) 106年度相較105年度總額，成長率範圍為3.769%（低推估值）至6.770%（高推估值）。
- (二) 低推估值（3.769%）：以「人口結構改變對醫療服務點數之影響率」、「醫療服務成本指數改變率」及「投保人口預估成長率」等客觀的成長因素及公式計算而得，又稱非協商因素。低推估值計算公式為：
$$\left[ (1 + \text{人口結構改變對醫療服務點數之影響率} + \text{醫療服務成本指數改變率}) \times (1 + \text{投保人口預估成長率}) \right]$$
。
- (三) 高推估值（6.770%）：以政策推動對醫療費用之影響為主，並參考各部門總額相關醫界團體所提成長率目標值及內

容，及民眾付費能力，包含：總體經濟情勢、整體醫療保健支出等作為調整因素，再加上低推估值計算而得。

關於106年總額範圍的諮詢案，經提報健保會105年4月份委員會議，由於106年度高、低推估值均偏高，付費者委員建議宜整體考量國家經濟情況及民眾付費能力，再行調整，同時應將過去投注預算之效益納入考量；醫事服務提供者委員則建議政策目標與調整因素應有具體說明及估算，「新增給付項目（高科技醫療及新藥）」部分，須權衡財務負擔能力，審慎評估新增項目之效益（如C型肝炎新藥是否納入給付）；專家學者與公正人士委員則建議，政策目標之設定應依循健保法精神，不宜納入非屬健保給付範圍之項目，委員表達之意見彙整如表3-1。

前揭委員諮詢意見依法函報衛福部，經參酌委員意見，衛福部乃調整成長率上限為6.49%，並於5月11日將擬訂之「106年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，函陳行政院核定。



表3-1 健保會提供衛福部106年度全民健保醫療給付費用總額範圍之諮詢建議

代表類別	表達意見
付費者代表委員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所擬總額範圍之高、低推估值偏高，宜整體考量國家經濟情況及民眾付費能力，並參酌當前經濟成長相關指標，再行評估、調整。</li> <li>2. 現行「醫療服務成本指數改變率」中「人事費用」之計算方式，將過去運用該筆預算調整支付標準所增加之人事成本，納入基期計算並成長，應予檢討。</li> <li>3. 擬訂年度總額範圍，除編列增加之預算外，亦應將過去投注預算（如雲端藥歷查詢系統等）所衍生之效益納入考量。</li> <li>4. 在尚未檢討、評估「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行成效前，不宜將之列為政策目標。</li> <li>5. 支持「新增給付項目（高科技醫療及新藥）」政策目標，惟亦須考量引進時機及評估整體效益。</li> </ol>
醫事服務提供者代表委員	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 所擬政策目標與調整因素內涵，應有具體說明及估算方式，若無法明確估算其影響，建議編列於其他預算。</li> <li>2. 認同「新增給付項目（高科技醫療及新藥）」政策目標，惟須權衡財務負擔能力，審慎評估新增項目之效益。建議明列使用範圍、導入優先順序，例如 C 型肝炎新藥是否納入給付，減少日後爭議。</li> <li>3. 建議 106 年度應於政策目標反映醫療院所配合勞基法下修每週工時為 40 小時，人事成本增加之相關預算。</li> <li>4. 建議將「落實全民健康保險法第 43 條」納入政策目標，以落實分級醫療及雙向轉診制度。</li> </ol>
專家學者與公正人士委員	<p>政策目標之設定，應依循健保法精神（健保法第 1 條規定保險對象發生疾病、傷害、生育事故時給予保險給付），不宜納入非屬給付範圍之項目。</p>

## 二、落實預算規劃與執行之檢討、回饋

為避免不必要支出，促進健保資源有效運用，總額支付制度實施初期，即建立各部門總額執行的評核制度，於協商次年度總額前，召開「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」（下稱評核會議），檢視各總額部門相關計畫的執行結果，是否符合原協定要求，俾落實檢討與回饋機制。

近年來評核委員迭有建議，年度總額除協商新增項目外，宜就既有之 6 千多億元總額，檢討其給付效益，將評核重點著重在費用占比

達 90% 以上的一般服務執行成效檢討。幕僚乃研擬評核方式之精進方案，提 105 年 3 月份委員會議討論通過，除調高一般服務之權重配分、增加一般服務的評核項目外，並由健保署統籌提報一致性項目，及於醫院總額呈現分區共管的成效。

105 年評核會議於 7 月 28、29 日舉行，邀請 7 位熟稔總額支付制度的專家學者擔任評核委員，針對前一年各部門總額及其他預算的一般服務與專案計畫／方案進行成效評核；同時也廣邀民間團體、病友團體及相關機關（構）

等代表與會，共同檢視總額的執行績效並提供建言。

評核結果優異的部門，可於次年總額獲得獎勵款，對於評核委員所提各部門加強改善的建議事項，委員也都相當重視，均列入總額協定事項。105年評核結果與運用如下：

(一) 一般服務之評核

各部門總額一般服務的提供與民眾所接受的醫療照護息息相關，105年為加強績效評核，除延續過去檢視一般服務，包括：民眾就醫權益（就醫可近性與公平性、自費情形、滿意度）之維護、醫療服務品質提升、總額管理效能等面向的執行情形外，並將每年投注

「新醫療科技」、「給付項目及支付標準修訂」等協商因素項目之執行情形，單獨列項評核。同時由健保署南區及高屏區業務組代表分別報告其分區共管的措施及成效，提供多層次的報告內容，以利檢討、改善執行結果。

評核委員除就四部門（牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院）總額，及其他預算提出改善建議外，更就保險對象就醫權益、資源運用、協商因素項目執行，及未來努力方向等，提出整體性評論意見與期許，評核委員之建議彙整如表3-2。

表3-2 評核委員對各部門總額一般服務項目之建議

項目	評核委員之建議
保險對象就醫權益	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 肯定健保署網站提供「特約醫療院所看診時段」供民眾查詢，建議健保署與各總額部門合作，運用媒體多加推廣，以提升民眾假日就醫之可近性。</li> <li>2. 有關「院所例假日休診」議題，期許各總額部門擔任協調平台，以適當的地理區域劃分單位，安排區內院所輪值。</li> </ol>
整體資源運用	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 建議妥善運用「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，檢討支付標準之結構，以合理反映人力成本。</li> <li>2. 應收集具有成本效益，或可節省支出的政策或計畫之實證成效資料，並納入總額協商考量。</li> </ol>
協商因素項目執行	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 支付標準調整應朝支付點數相對合理之方向處理。</li> <li>2. 應持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更嚴格的標準，並增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度。</li> <li>3. 執行穩定之專案計畫，回歸一般服務後，應追蹤病人、醫療提供者的就醫、醫療模式，持續評估執行成效。</li> </ol>
未來改善方向	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 隨著人口高齡化，多重慢性疾病的照護需求亦持續增加，應思考如何提供更有效的服務。</li> <li>2. 期待以「提供以人為中心的完整連續性照護」為未來醫療保險制度的願景，總額協商時，也能朝此方向鼓勵。</li> </ol>

(二) 30項專案計畫／方案之評核

評核委員除就各部門總額專案計畫／方案預期目標達成度、醫療服務效益與效率等面向，進行討論與評分，並針對計畫／方案是否續辦，及經費增減等提出共識建議如表3-3。

此外，考量未來將面臨人口高齡化、多重慢性疾病照護需求持續增加等

問題，建議未來醫療保險制度應朝提供完整、連續性之照顧方向邁進，更積極整合相關論質或醫療給付改善方案，如：家庭醫師整合性照護計畫、醫療給付改善方案、醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫等，朝以病人為中心照護方向邁進、落實家庭責任醫師制度。

表3-3 評核委員對各部門總額專款項目之建議

總額別	項數	續辦與否				建議經費				其他建議事項
		擴大	維持	縮小	停辦	增加	不變	減少	刪除	
牙醫門診	3		2				2			「牙周病統合照護計畫」1項，建議納入一般服務。
中醫門診	3		3				3			
西醫基層	4	1	2			1	2			「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」1項，建議比照醫院部門回歸一般服務。
醫院	7		7				7			應針對急診壅塞之醫院檢討及修正計畫內容。
醫療給付改善方案及其他預算之專案計畫	13		10	2	1		9	3	1	1. 「國際疾病分類第十版 (ICD-10-CM/PCS) 編碼實作獎勵方案」105年全面上線，成效卓著，建議停辦。 2. 急性後期照護及居家醫療整合性照護計畫，宜朝居家、社區型照護發展，並與長期照護合作。
合計	30	1	24	2	1	1	23	3	1	

(三) 各總額部門評核結果

各總額部門評核結果，所獲等級分別為：牙醫「優」級；中醫、西醫基層及醫院「良」級；良級以上部門依等級酌給品質保證保留款，以資獎勵。106

年度總額，「優」級部門經議定酌加一般服務成長率0.3%、「良」級部門酌加一般服務0.1%。依上述評核結果，總計編列「品質保證保留款」6.33億元，以實質鼓勵四部門總額對提升總額

執行成效、醫療品質之努力，惟「品質保證保留款」若有剩餘款，不滾入一般服務基期費用。

本會於105年9月份協定106年度總額時，部分委員表達品質保證保留款屬獎勵性質，不宜列入協商因素，滾入一般服務基期費用，本意見將納為後續編列獎勵款之檢討參考。

### 三、完成總額協定前之準備工作

(一) 確立106年度總額協商架構、通則及程序

總額協商作業自費協會時期迄今，已經運作近20年，保險付費者與醫事服務提供者代表，均希望事先議定遊戲規則，不可臨時要求變更，且須公開、透明。4~6月間幕僚參考過去經驗，擬具協商架構、通則、程序草案，提請委員會議議定，供9月份協商時依循。

#### 1. 協商架構

包含：總額設定公式、醫療服務成本及人口因素、協商因素項目，專款項目及門診透析等，如圖3-3（詳附錄五）。

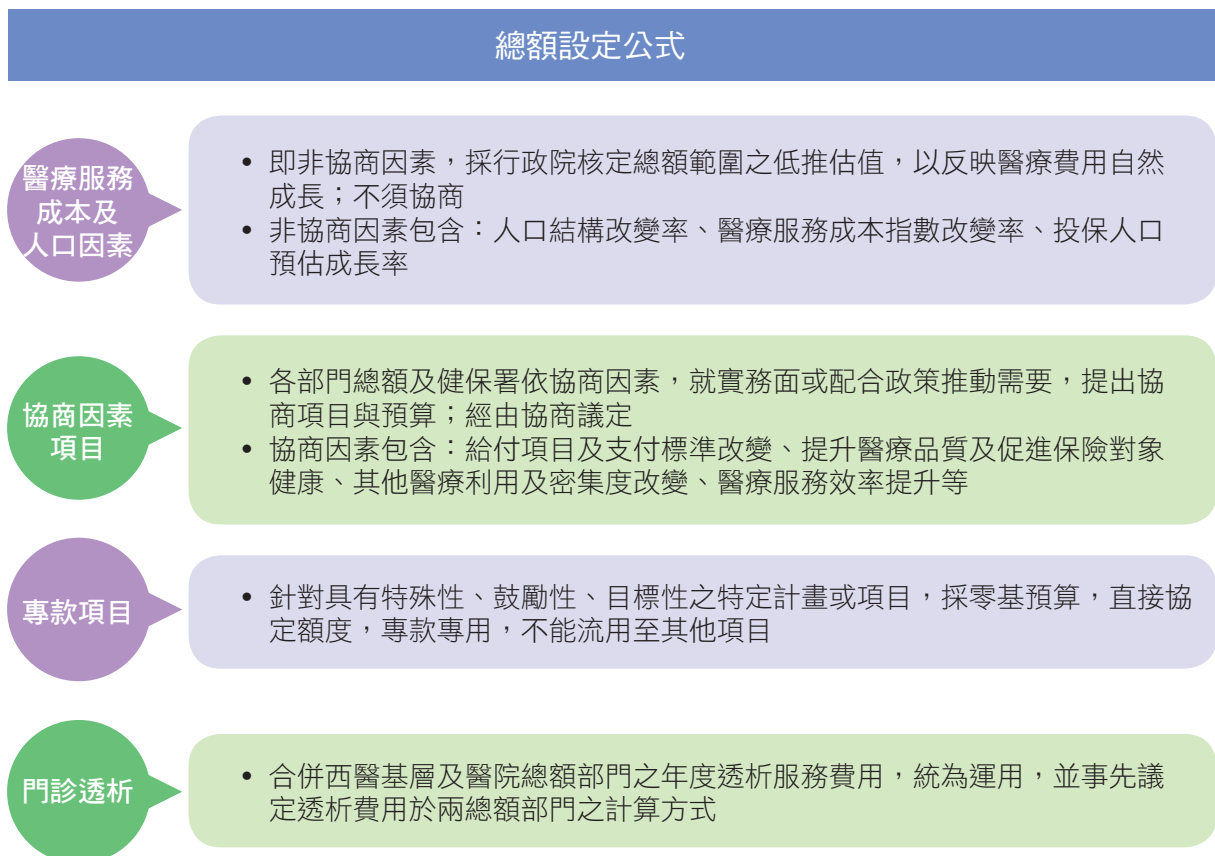


圖3-3 總額協商架構



## 2. 協商通則

105年6月份委員會議所議定的協商通則，依循過去歷年的協商通則，包含：各部門總額在費用基期、非協商因素、協商因素、專款項目及其他等一體適用的共通性原則。考量現行通則對各部門總額訂有「各項目預算除協議訂定外，項目之間不得流用」之原則，因此由健保署管控之其他預算，也應一體適用，爰106年度增列「其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用」乙項通則（詳附錄六）。

## 3. 協商程序

105年4月份及6月份委員會議議定之總額協商程序，係先召開1整天的共識會議，按部門別依序協商（105年協商會議議程表詳附件一）。結論再提第2天的委員會議確認。協商程序包括：會議日期、參加人員、各總額部門的協商順序（採抽籤方式決定，依序為醫院部門、牙醫部門、中醫部門、西醫基層部門及其他預算）、共識會議進行原則，及各方未能達成共識時的處理方式等事項（詳附錄七）。

### （二）編製協商所需之參考數據

為利總額協商順利，讓委員有足夠的實證資料參考，整理歷年健保相關的執行成果及重要指標等資料，並辦理2

場次會前會溝通意見。

## 1. 編製105年度各部門總額執行成果摘要

就各部門總額一般服務及專案計畫／方案近5年之執行概況及結果，彙編「105年全民健保各部門總額執行成果摘要」，提供各部門總額預算執行、辦理績效等相關實證數據，供協商參考。

執行成果摘要包含「一般服務執行成果」及「專案計畫執行成果」兩大部分，一般服務內容包含：維護保險對象就醫權益、專業醫療服務品質之確保與提升、協商因素項目之執行情形、總額之管理與執行績效等資料。專案計畫／方案內容則



包含：實施目的、歷年執行情形及成效評估、檢討與改善等資料。

本項評核資料業經前揭評核委員審視並提出評估建議，一併送交委員參據。

## 2. 編製總額協商參考指標要覽

彙整我國及國際最新健保相關資料，編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—105年版」，供106年度總額協商參考，並於健保會網頁公開資料，以利各界瞭解各部門總額之執行情形。

指標要覽資料彙整自健保署及OECD公開之統計數據，內容包含：全民健保醫療給付費用配置、付費能力與醫療供需、醫療支出分攤情形、歷年各總額部門及其他預算協定結果及執

行情形等。為使資料能與時俱進，經徵詢本會專家學者委員提供增修意見後，105年版本除更新資料外，並增列補充保險費依來源分列保險對象、民營雇主、政府雇主資料、病床數（分列總病床數及急性一般、急性精神、特殊、呼吸照護、血液透析、加護、其他特殊、慢性一般、慢性精神等10項）及每萬人口病床數（分列總體每萬人口病床數及特殊、加護、其他特殊每萬人口病床數等4項）統計資料，期提供更充分、完整數據，以應總額協商所需。

### （三）召開協商會前會

每年健保會在正式協商會議之前，均會舉辦相關會前會，以利委員了解協商內容，達成協定共識。

在8月份委員會議後，接續召開「106年度總額協商計畫（草案）會前會」，安排各總額部門、腎臟醫學會及健保署分別報告所規劃之106年度總額協商草案，讓付費者委員更瞭解醫界訴求及進行意見交換，並請健保署就委員提問，提供相關數據資料（如C型肝炎治療藥品費用之整體預算規劃等），以利9月份協商會議時直接進行實質協商（議定項目及成長率），提高協商效率。

另於9月2日召開「106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」，由健保署報告總額協商政策項目之規劃方向與重點，並針對各總額部門所擬草案提供建議，透過此座談，讓付費方對政策方向及如何落實有更深入的了解，若有須進一步分析資料，委員也可於會議中提出需求，由幕僚洽請相關單位於協商前提供，促使協商架構在客觀的科學數據基礎上。

#### 四、106年度總額之協定與核定結果

健保會遵循衛福部奉行政院於8月1日核定106年度總額成長率範圍（3.769%~5.9%）及政策方向（詳附件二），於9月23日至24日，召開正式總額協商會議。各總額部門與付費者代表委員，在歷經14小時馬拉松式會議協商，終於完成本項艱鉅的任務，協商結果於9月24日的委員會議進行確認，牙醫門診、中醫門診、西醫基層總額及其他預算達成共識；醫院總額部分，醫界及付費者雙方代表委員雖已釋出最大誠意、戮力協商，惟對部分協商項目仍有差距，爰依組成及議事辦法第10

條規定，分別就付費者代表及醫院代表委員建議方案當中各提一案，報請衛福部決定。雙方主要差距在於：付費者代表方案包含新醫療科技20.63億元、C型肝炎用藥26.55億元，及後天免疫缺乏病毒治療藥費35億元等預算；醫院代表方案則建議上開費用由其他預算支應；而自一般服務移列C型肝炎藥品費用至專款項目，付費者代表方案建議移列15億元，醫界代表方案則建議移列9.43億元，致無法達成共識方案。是日下午並召開記者會，對外說明106年度健保總額協商結果。

協定結果依法函報衛福部，於105年11月核定結果如下：牙醫門診、西醫基層、中醫門診總額及其他預算，同意照健保會所報內容辦理；醫院部門裁定，除「移列C型肝炎藥品費用至專款項目」、「急診品質提升方案」之金額採醫院代表方案外，餘採付費者代表方案，其中為鼓勵分級醫療，並訂有「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分，不予分配」，輔以調整重症支付標準，將醫療服務成本指數改變率所增加之預算（8,967.4百萬元），應用於調整全



民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，並優先以60億元調整重症項目。「106年度全民健保醫療給付費用總額及其分配」於105年11月9日完成公告（如附錄八）。

(一) 106年度總額核定結果

1. 106年度總額成長率

106年度總額成長率為5.642%（相較105年度核定總額），呈現持續成長之趨勢，106年度總額為6,545億元，

較105年度增加349億元，為歷年新高，其中非協商因素（即行政院核定總額範圍的低推估）增加233億元、校正104年度投保人口成長率差值增加22.4億元、協商因素增加94億元。歷年行政院核定之總額成長率範圍（上、下限）及協（核）定成長率如圖3-4。

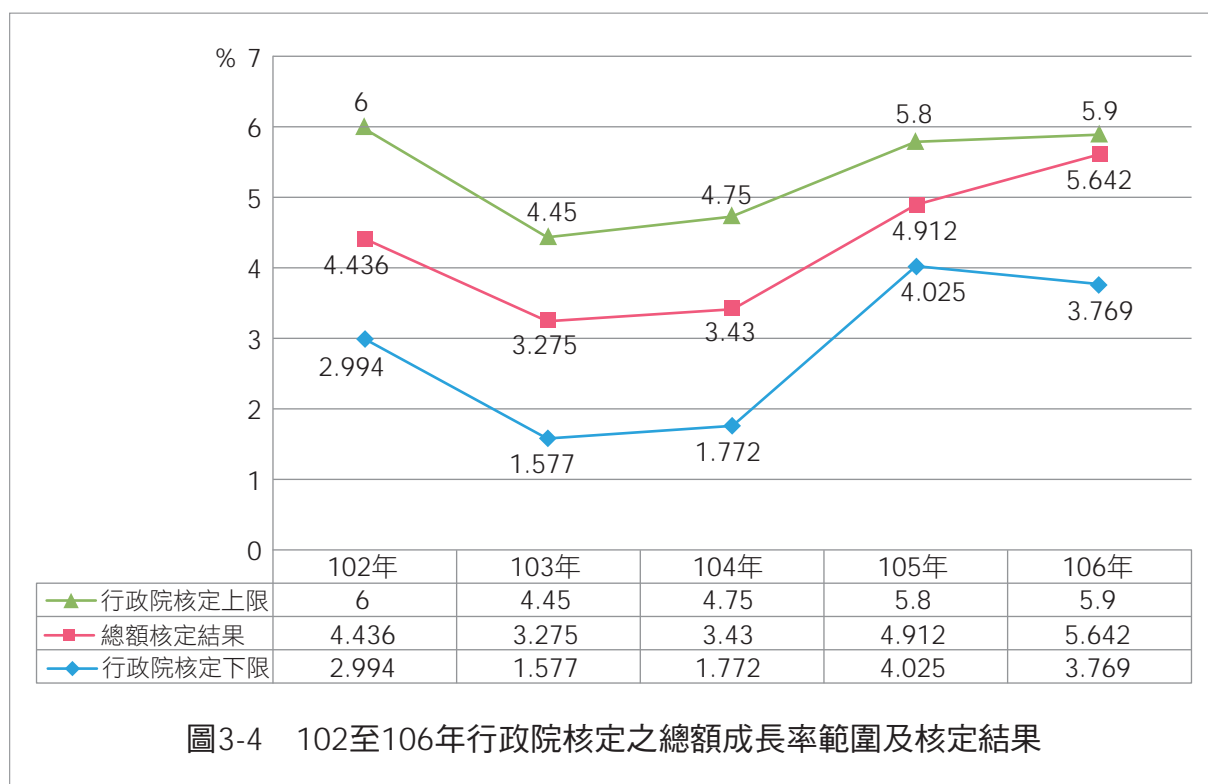
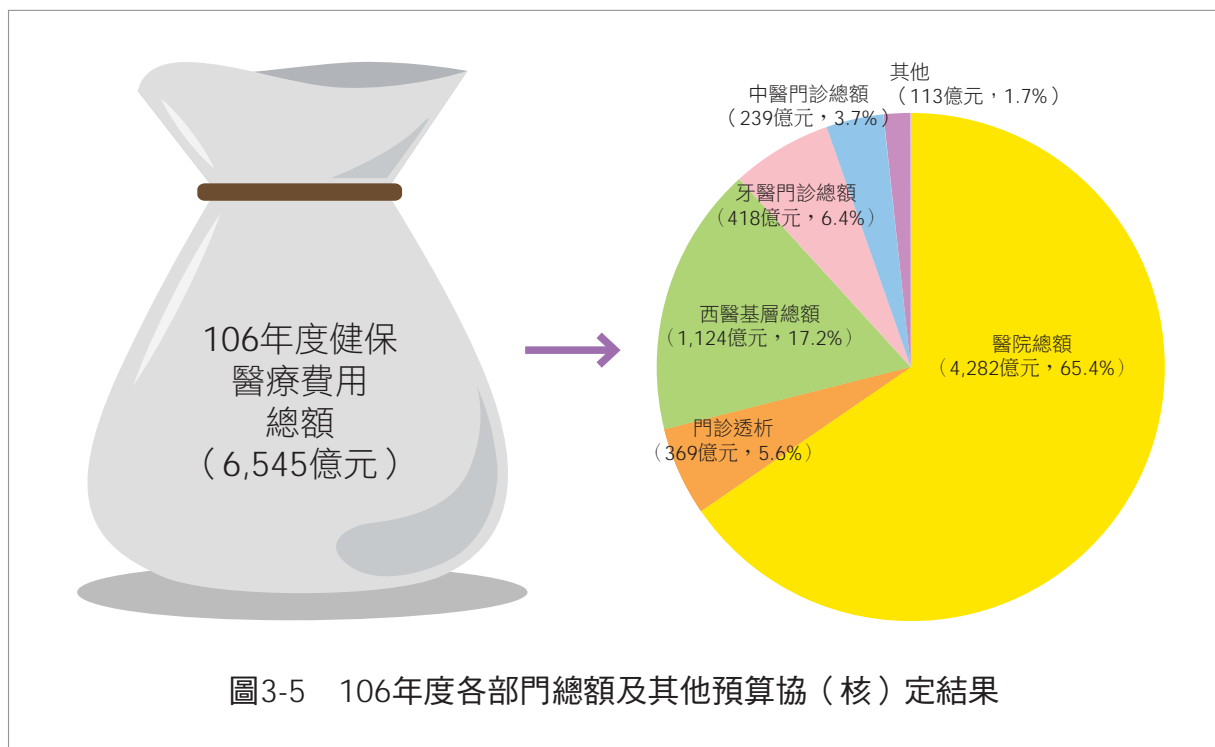


圖3-4 102至106年行政院核定之總額成長率範圍及核定結果

## 2. 106年度各部門總額成長率

項目	牙醫門診總額	中醫門診總額	西醫基層總額	醫院總額	其他預算	整體
成長率（總額預估值）	2.841% （約 418 億元）	3.643% （約 239 億元）	4.789% （約 1,286 億元）	5.633% （約 4,489 億元）	增加 8.74%	5.261% （約 6,545 億元）
較前一年核定總額成長率	3.246%	4.066%	5.157%	6.021%	（約 112.639 億元）	5.642%

註：1. 門診透析服務總費用（總成長率 4%）合併醫院及西醫基層總額協定之服務費用，並統為運用。  
2. 各部門及年度總額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。



### 3. 106年度總額協（核）定重點內涵

(1) 持續引進新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材）：

A. 持續編列相關預算（21.47億元，其中醫院20.63億元、西醫基層0.84億元），確保新醫療科技之引進，維護民眾權益。

B. 另鑑於已有療效更佳、療程更短之C型肝炎全口服新藥上市，新增C型肝炎用藥專款，並編列20億元用於全口服新藥（醫院17.17億元、西醫基層2.88億元）。為確保預算執行效益，協定事項並要求：執

行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益的治療方式，且106年提報之執行成果及成效評估報告，應包含102年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」。

- (2) 持續推動及促進醫療體系整合：持續編列醫院以病人為中心門診整合性試辦計畫、區域醫療整合計畫、提升急性後期照護品質試辦計畫及跨層級醫院合作計畫等專款（計11億元）。
- (3) 導引分級醫療：為因應高齡化社會來臨，使醫療資源之使用達到最大效益，特別列入相關協定事項，期藉此引導分級醫療：
- A. 為減輕醫學中心負荷，並使其回歸重難症照護及教學研究本質，於醫院總額增訂「醫學中心與區域醫院之初級照護案件數超過105年90%部分不予分配」之協定事項，並於「醫療服務成本指數改變率所增預算」（89.67百萬元），優先以60億元調整重症項目醫療服務給付項目及支付標準。
- B. 於西醫基層總額編列「開放表別」專款（2.5億元）及一般服務預算（6億元），用以強化西醫基層照護能力及因應就

醫人次成長，並持續擴大家庭醫師整合性照護計畫（15.8億元，增加4億元），將居家照護服務、醫療給付改善方案之適用對象納入照護範圍，以擴大社區醫療群之服務量能。

- (4) 保障偏遠地區、弱勢族群就醫權益：持續編列山地離島及醫療資源不足地區改善方案、醫療服務提升計畫（計21.469億元）、罕見疾病及血友病藥費、罕見疾病特材（89.525億元）、牙醫特殊醫療服務（包含：先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構患者，計4.73億元）等專款。
- (5) 提升民眾照護品質：
- A. 西醫：持續編列醫療給付改善方案（12.975億元）、急診品質提升方案（1.6億元）、慢性腎臟病及病人衛教計畫（4.04億元）。
- B. 牙醫：擴大牙周病統合照護計畫（13.93億元，增加2.484億元），並要求於108年回歸一般服務項目。
- C. 中醫：持續編列西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫（1.33億元）、中醫提升孕產照護品質計畫（0.477億元）、

中醫乳癌、肝癌門診加強照護計畫（0.25億元）、兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫（0.20億元），並新增癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫（0.30億元）。

(6) 配合「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文修正，將感染者確診開始服藥2年後之藥費改由全民健保支應，爰新增後天免疫缺乏病毒治療藥費專款35億元。

#### 4. 106年度地區預算之分配結果

健保會於9月份委員會議協定完成醫院、西醫基層、牙醫、中醫等四部門總額後，隨即於10~12月份委員會議進行四部門總額地區預算協商，協定結果依法函報衛福部核定，並於106年1月20日公告，「106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式」如附錄九。地區範圍係以健保署六分區業務組所轄範圍區分為6個地區，如圖3-6（以104年為例）。

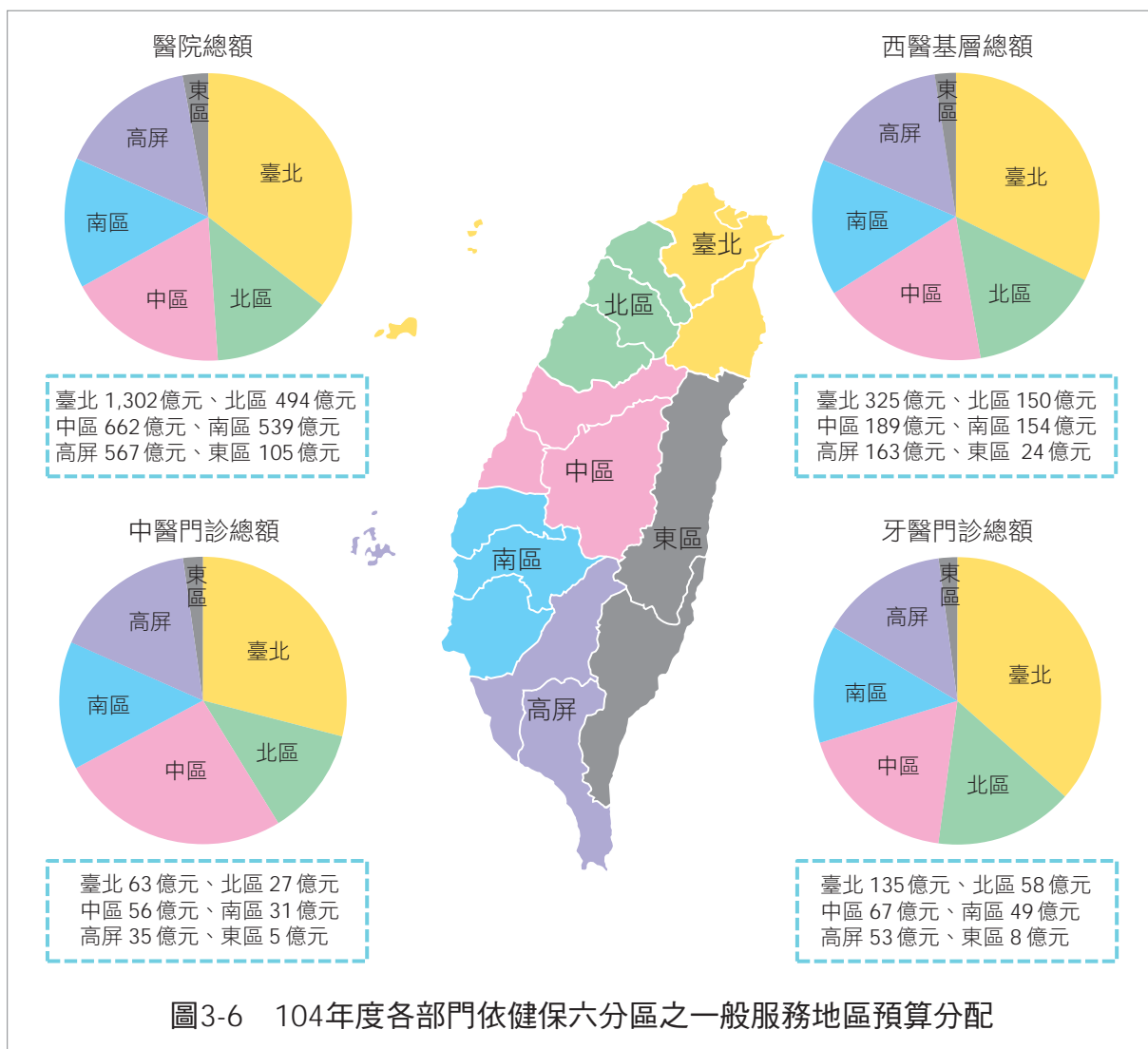


圖3-6 104年度各部門依健保六分區之一般服務地區預算分配

各部門總額的地區預算係為保障各區民眾的就醫公平性，及引導醫療資源均衡分布，因此，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進行分配，六分區投保人口數如圖3-7（以104年為例）。

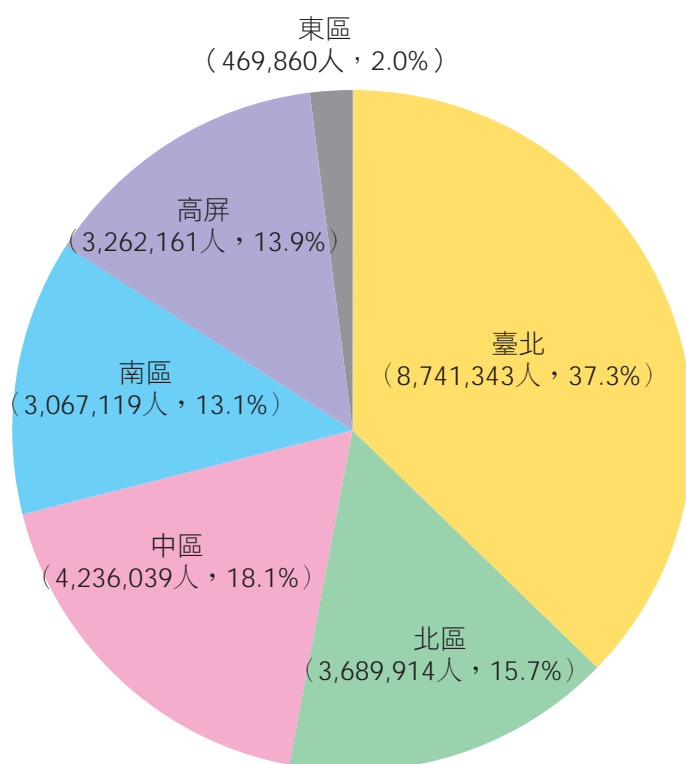


圖3-7 104年度依健保六分區之投保人口數

為避免重分配後對各區產生過大衝擊，以「各地區在總額實施前一年的醫療費用」及「各地區校正人口風險後保險對象人數」2項參數設定分配比率，並逐年增加人口參數的占比，最終達成預算100%依校正後保險對象人數分配的目標，其中牙醫門診總

額已於95年達成100%依校正風險後投保人口數分配之目標。

106年度各部門總額地區預算之分配，仍朝提升「人口占率」的政策目標邁進。惟中醫門診總額採試辦方案已10年之久，人口占率進展緩慢，專家學者建議應持續調升人口占率，



以促進民眾就醫公平性，及各區醫療資源均衡發展；依循上開意見，中醫門診總額自105年度起，以5年調升10%為目標，106年度「戶籍人口占率」由8%提高至11%；醫院總額住診服務「投保人口占率」由41%

提高至45%、門診服務則由46%調升至50%、西醫基層總額「投保人口占率」維持66%。106年度各部門總額地區預算人口占率之協定情形如表3-4。

表3-4 106年各部門總額地區預算人口占率之協定情形

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

## (二) 歷年各部門總額及分配

### 1. 102~106年度各部門總額成長率及金額

102~106年度各部門總額成長率(醫院及基層部門含門診透析服務)及金額如圖3-8，若將門診透析服務單獨統計，則102~106年度各部門總額成長率及預算如圖3-9、3-10。





圖3-8 102至106年各部門總額成長率（醫院、西醫基層含透析）

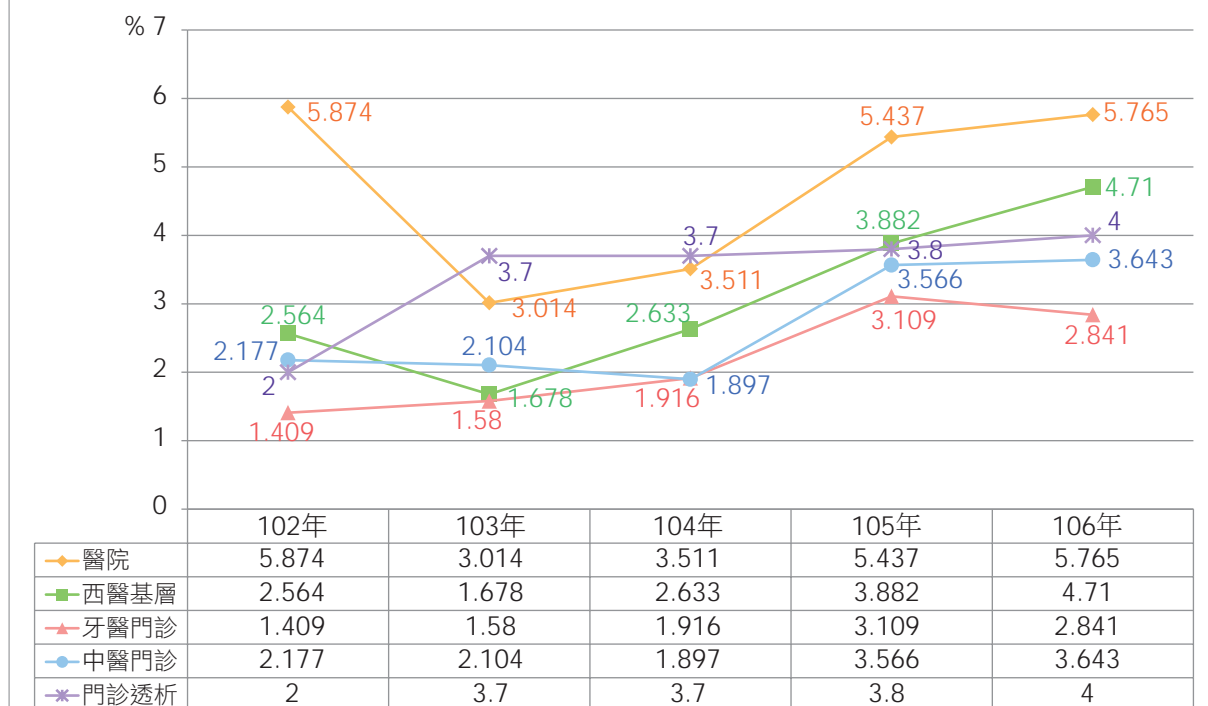
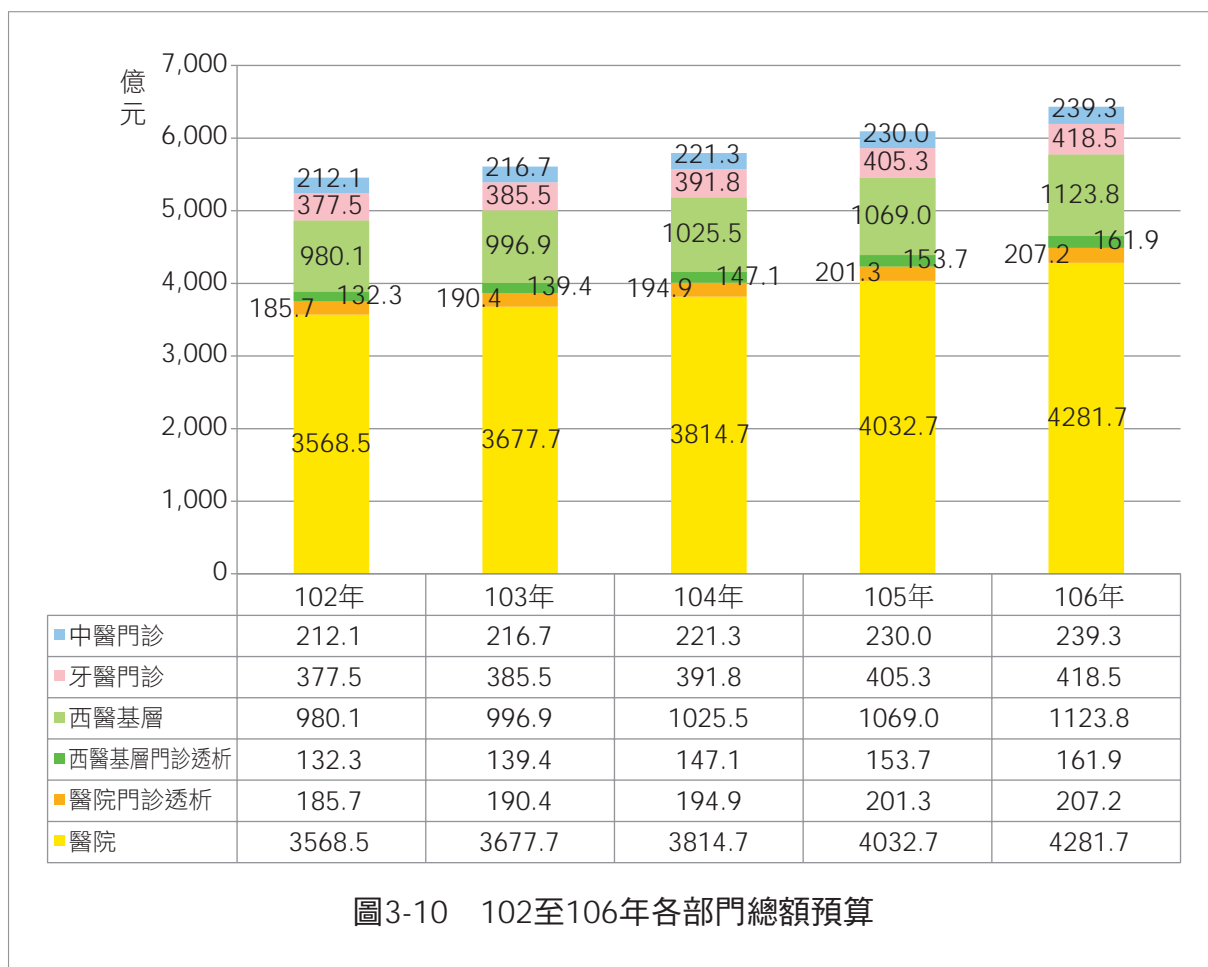


圖3-9 102至106年各部門總額成長率（透析單獨統計）



2. 歷年地區預算之分配結果

歷年各部門總額地區預算人口占率之

協定情形及各分區地區預算金額如表

3-5、3-6。



表3-5 歷年各部門總額地區預算人口占率之協定情形

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

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

表3-6 歷年各部門地區預算（百萬元）

年度	分區	醫院總額						西醫基層總額					
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
100		108,636	40,903	55,856	45,700	48,207	9,071	29,428	12,896	17,367	14,516	14,620	2,220
101		113,223	42,752	58,061	47,359	50,006	9,374	30,191	13,485	17,848	14,851	15,114	2,270
102		120,621	45,617	61,745	50,140	53,034	9,866	30,805	14,076	18,206	15,148	15,507	2,314
103		124,433	47,024	63,475	51,615	54,436	10,173	31,666	14,537	18,478	15,088	15,833	2,324
104		130,183	49,436	66,180	53,915	56,727	10,547	32,475	15,030	18,912	15,444	16,303	2,379
年度	分區	牙醫門診總額						中醫門診總額					
		台北	北區	中區	南區	高屏	東區	台北	北區	中區	南區	高屏	東區
100		12,558	5,264	6,382	4,799	5,129	775	5,735	2,392	5,187	2,865	3,220	440
101		12,753	5,412	6,447	4,803	5,161	776	5,864	2,447	5,302	2,928	3,281	450
102		13,001	5,552	6,544	4,854	5,199	771	6,018	2,515	5,415	2,999	3,358	462
103		13,184	5,626	6,593	4,840	5,227	771	6,176	2,591	5,555	3,074	3,444	474
104		13,466	5,730	6,692	4,885	5,278	775	6,308	2,652	5,644	3,130	3,510	483

資料來源：各部門總額各分區一般服務每點支付金額結算說明表。  
 註：預算數不含門診透析、品質保證保留款、專款項目及其他未分區結算之服務。

附件一

## 106年度全民健保醫療費用總額協商暨第2屆105年第9次委員會議議程

地點：中央健康保險署大禮堂（台北市大安區信義路三段 140 號 18 樓）

時間	內容	與會人員
<b>9/23 (五)</b>		
09:00 ~ 09:30	報到	
09:30 ~ 11:30	①醫院總額之協商 (120分鐘)	本會委員、醫院部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
11:30 ~ 11:40	中場休息	
11:40 ~ 12:30	醫院與西醫基層總額之門診透析預算協商 (50分鐘)	本會委員、醫院與西醫基層協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚（本節之協商，邀請腎臟醫學會列席）
12:30 ~ 13:30	午餐	
13:30 ~ 14:50	②牙醫總額之協商 (80分鐘)	本會委員、牙醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
14:50 ~ 15:00	中場休息	
15:00 ~ 16:20	③中醫總額之協商 (80分鐘)	本會委員、中醫部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
16:20 ~ 16:40	中場休息	
16:40 ~ 18:20	④西醫基層總額之協商 (100分鐘)	本會委員、西醫基層部門協商代表，及社保司、健保署與本會幕僚
18:20 ~ 19:20	晚餐	
19:20 ~ 20:33	⑤其他預算之協商 (73分鐘)	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
20:33 ~ 20:40	中場休息	
20:40 ~ 22:00	其他未盡事宜	本會委員，及社保司、健保署與本會幕僚
<b>9/24 (六)</b>		
09:30 ~ 14:00	委員會議	
14:00 ~ 15:30	午餐	
15:30	賦歸	

註：時間以醫院協商時間 170 分鐘（含門診透析）、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（105年6月24日委員會議決議）

部門別	提問與意見交換		部門之預算協商		合計（不含各自召集會議時間）	付費者委員視需要自行召開會議	醫界委員視需要自行召開會議	推估最長時間
醫院	30 分鐘	（門診透析 20 分鐘）	60 分鐘	（門診透析 20 分鐘）	130~170 分鐘	30 分鐘	30 分鐘	130~230 分鐘
西醫基層	25 分鐘		50 分鐘		115~150 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	115~190 分鐘
牙醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
中醫	20 分鐘		40 分鐘		60~80 分鐘	20 分鐘	20 分鐘	60~120 分鐘
其他預算	20 分鐘		35 分鐘		55~73 分鐘	20 分鐘		55~93 分鐘

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



附件二

電子公文

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 函

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

受文者：本部全民健康保險會

發文日期：中華民國105年8月15日  
發文字號：衛部保字第1051260505號  
速別：普通件

密等及解密條件或保密期限：

附件：一、行政院105年8月1日院臺衛字第1050031493號函影本。二、106年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向。(1051260505-1.tif, 1051260505-2.doc)

主旨：有關「106年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」一案，業奉行政院核定：整體醫療給付費用成長率為3.769%至5.9%，預估總費用為6,429億元至6,561億元，請依全民健康保險法第61條規定協議訂定其總額及分配方式。

說明：

- 一、依據行政院105年8月1日院臺衛字第1050031493號函(影本如附件一)辦理。
- 二、併附106年度全民健康保險醫療給付費用總額協商之政策方向(如附件二)。

正本：本部全民健康保險會

副本：衛生福利部中央健康保險署(含附件)

電子公文交換章  
2016/08/15 12:02:47

部長 林奏延

衛生福利部全民健康保險會收發



105/08/15 105CC00504

電子公文

檔 號：  
保存年限：

行政院 函

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

受文者：衛生福利部

發文日期：中華民國105年8月1日  
發文字號：院臺衛字第1050031493號  
速別：最速件  
密等及解密條件或保密期限：  
附件：

主旨：所報106年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍一案，核定醫療給付費用成長率下限為3.769%，上限為5.9%。

說明：

- 一、復105年5月11日衛部保字第1051260304號函。
- 二、106年度全民健康保險（以下簡稱健保）醫療給付費用成長率下限3.769%，係考量人口結構、醫療服務成本、投保人口數成長率等因素，經既定公式計算而得；另考量健保整體財務狀況、醫療費用給付合理成長與國人負擔能力等因素，給付費用成長率上限訂為5.9%。
- 三、現行健保總額擬定公式係貴部於104年進行檢討及調整，並決議至少適用3年（105至107年度總額範圍）。考量此公式對健保給付總額影響甚大，各界亦提出相關意見，請儘速啟動公式之檢討，評估調整之必要性。
- 四、為因應老年化社會醫療需求增加，請持續進行健保支付制度之改革，並採取各項提高醫療資源使用效率措施。另健保將自105年起，進入收不抵支階段，請儘速檢討健保收支連動機制，並提出具體建議，以健全健保財務機制，確保永續經營。

衛生福利部 105/08/01



保 1050123130



正本：衛生福利部

副本：國家發展委員會



## 106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 105 年 8 月

為因應我國老年人口快速增加、急重症照護之需求殷切，另考量醫療環境之變遷、醫事人力勞動條件之改善，加上國人對健保納入新藥物、新科技醫療給付亦多所盼望；就長遠發展的立場而言，確實應有合理的資源投入，以促進體系的運作與人力的發展。爰此，106年健保總額之協商，除持續辦理例行總額協商之項目或計畫外，亦應合理反映下列需求：

### 一、落實年度總額之承諾與執行：

年度總額協商時，除新增計畫（或預算），提出執行方案或分配方式外，亦應提出對健保制度或保險對象權益確保，以及改善醫事人力薪資結構及勞動環境等之承諾，並予以落實。

### 二、持續引進新藥物及新科技，增進健保給付價值：

運用醫療科技評估工具，合理引進新給付項目，提升醫療給付效益與品質，並減少民眾自付費用之負擔。

### 三、鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康：

- （一）配合總額協商機制，鼓勵各部門持續提升整合性醫療服務與用藥品質，加強民眾教育，減少不當醫療。
- （二）持續推動全人照護，整合各項照護計畫，並依據證據醫學，訂定有效醫療指標，提升獎勵誘因。

### 四、合理反映偏遠地區及弱勢族群之照護需求，均衡醫療資源之分布：

- （一）持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。
- （二）因疾病發生率的改變、存活率的提升、照護率的增加（如放寬藥品適應症或醫療資源缺乏地區供給面之增加等），排除人口老化因素後，所造成保險對象其他服務利用及密集度的影響。

**五、善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準相對值表，適度反映改善醫事人員勞動條件之成本：**

檢討整體支付標準表之合理性及科別平衡，適度增減支付點數。

**六、人類免疫缺乏病毒感染者確診開始服藥二年後之醫療費用改由全民健保支應：**

配合104年2月4日「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」部分條文之修正，感染者確診開始服藥二年後之愛滋費用改由全民健保支應，並自106年2月4日起生效。

**七、為落實C型肝炎之防治與有效治療，降低肝硬化、肝癌之發生，C型肝炎防治納入國家公共衛生政策，分階段將C型肝炎口服新藥納入健保給付。**

**八、建立支付制度長期（3-5年）改革方案之協商機制，落實以病人為中心之醫療體系，提升社區健康照護質量與信任：**

- （一）持續進行支付基準或支付結構改革：如西醫基層門診費用、持續導入DRGs支付制度，並擴大急性後期照護方案。
- （二）整合與全人照護之醫療給付改善方案，擴大論質支付之照護範圍，提升支付效益。
- （三）檢討現行家庭醫師整合性方案，擴大家庭醫師整合照護醫療體系，逐步落實家庭責任醫師制度。
- （四）推展居家醫療照護整合計畫，持續發展居家整合醫療，建立急性期、急性後期與居家醫療照護服務轉銜機制。

**九、健全健保藥品給付及支付制度，引導正確用藥，提升用藥安全：**

持續檢討藥品費用分配比率目標制試辦計畫，合理調整藥品支付標準；建立病友團體參與藥品給付審議機制，擴大參與；並持續發展雲端藥歷，提升用藥安全，減少重複用藥。

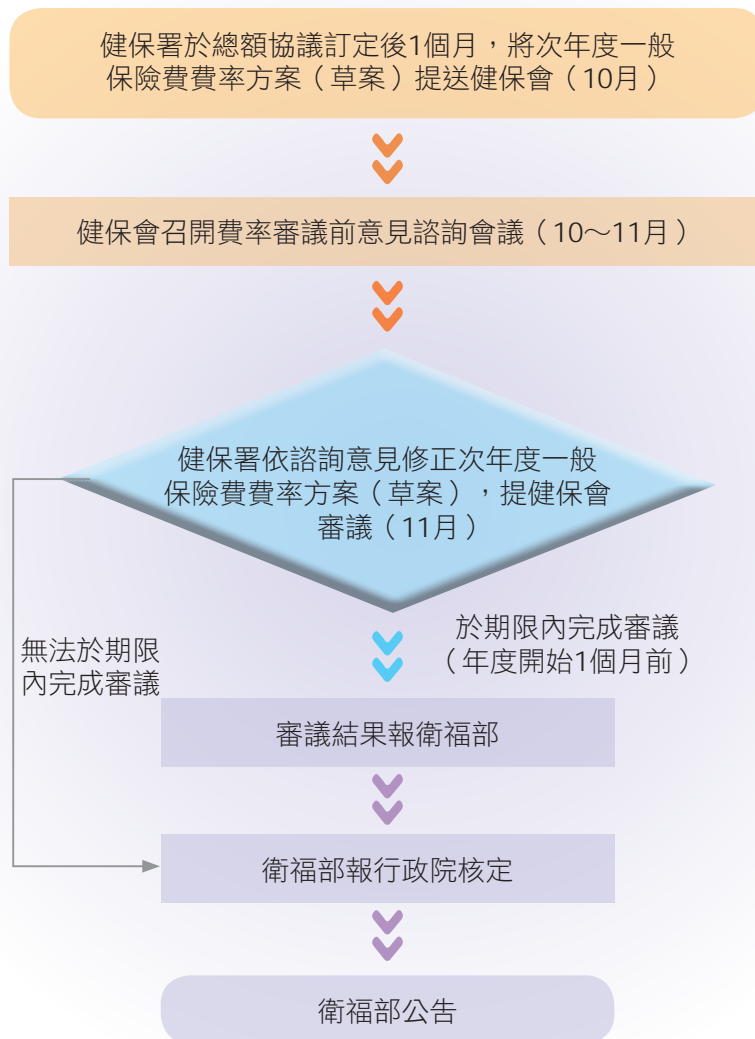
## 第二節 落實收支連動，穩健健保財務

### 業務現況

#### 一、健保費率審議流程

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

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



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

## 二、健保歷年財務概況

### (一) 84到104年度財務概況

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

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

自84年3月至104年12月止，各年度健保財務收支狀況如表3-7（權責基礎），累計保險收入為79,342.87億元，保險成本為77,054.16億元；就收支成長觀之，85至104年間，保險收入平均成長率為5.28%，保險成本平均成長率為4.75%。

表3-7 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	安全準備折合保 險給付支出月數
	金額	成長率	金額	成長率			
84年 3-12月	1,939.91		1,568.47		371.44	371.44	2.84
85年	2,413.27		2,229.38		183.89	555.33	2.98
86年	2,436.40	0.96	2,376.14	6.58	60.26	615.59	3.10
87年	2,604.81	6.91	2,620.40	10.28	-15.59	600.00	2.74
88年	2,648.94	1.69	2,858.98	9.10	-210.04	389.96	1.63
89年	2,851.70	7.65	2,842.06	-0.59	9.64	399.60	1.68
90年	2,861.46	0.34	3,017.88	6.19	-156.42	243.18	0.96
91年	3,076.07	7.50	3,232.62	7.12	-156.55	86.63	0.32
92年	3,367.60	9.48	3,371.43	4.29	-3.83	82.80	0.29
93年	3,522.43	4.60	3,526.73	4.61	-4.30	78.50	0.26
94年	3,610.92	2.51	3,674.27	4.18	-63.35	15.15	0.04
95年	3,818.92	5.76	3,822.11	4.02	-3.19	11.96	0.04
96年	3,873.82	1.44	4,011.49	4.95	-137.67	-125.71	-0.38

表3-7 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）（續）

單位：億元、%、月

年度	保險收入 (a)		保險成本 (b)		保險收支餘絀 (a-b)	安全準備累 計餘額	安全準備折合保 險給付支出月數
	金額	成長率	金額	成長率			
97年	4,019.75	3.77	4,159.30	3.68	-139.55	-265.26	-0.77
98年	4,030.89	0.28	4,347.87	4.53	-316.98	-582.24	-1.61
99年	4,608.27	14.32	4,423.13	1.73	185.14	-397.10	-1.08
100年	4,923.76	6.85	4,581.96	3.59	341.80	-55.30	-0.14
101年	5,071.77	3.01	4,806.46	4.90	265.31	210.01	0.52
102年	5,557.09	9.57	5,021.28	4.47	535.81	745.82	1.78
103年	5,695.38	2.49	5,181.44	3.19	513.94	1,259.76	2.92
104年	6,409.71	13.02	5,380.76	3.85	1,028.95	2,288.71	5.10
合計	79,342.87		77,054.16				
85-104年 平均	3,870.15	5.28	3,774.28	4.75			

資料來源：104年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

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

保險成本＝醫療費用＋其他業務外費用（未含手續費用）

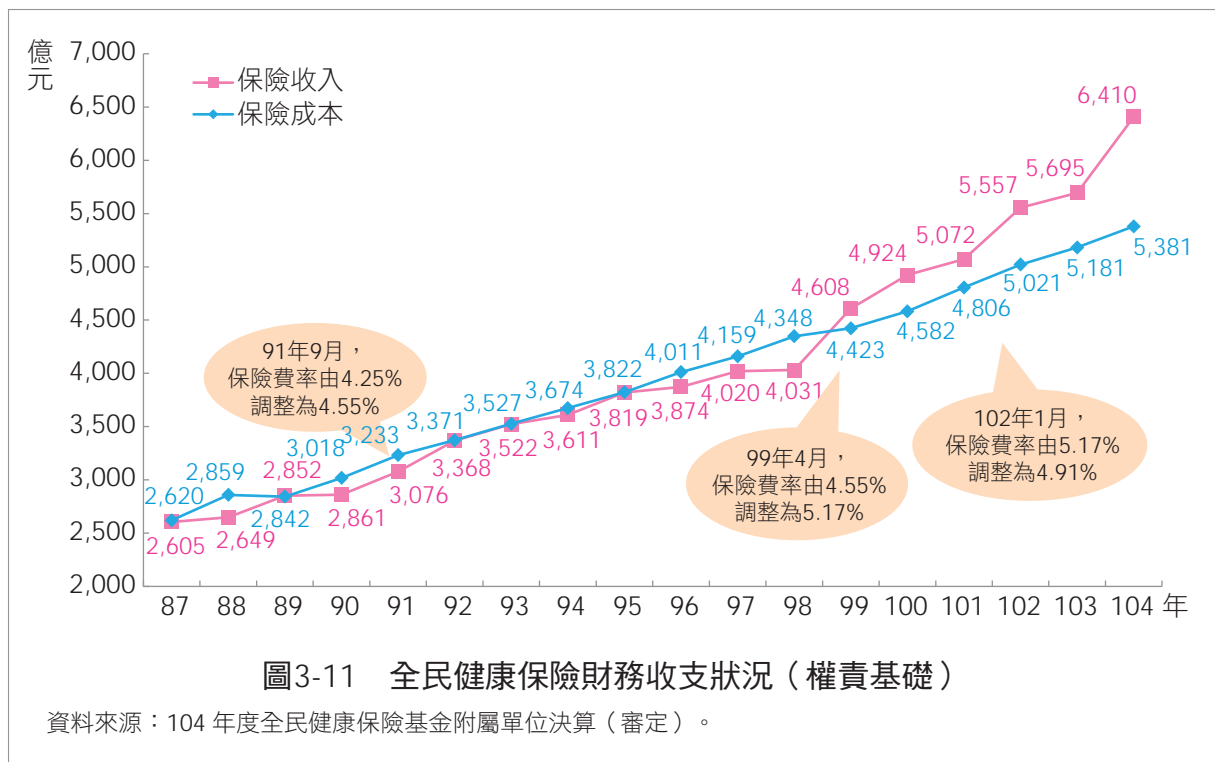


圖3-11 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

資料來源：104年度全民健康保險基金附屬單位決算（審定）。

依據圖3-11顯示，歷年保險收入及保險成本均呈上升趨勢，惟受整體環境與社會人口結構等因素影響，醫療支出增加速度遠高於保險收入成長的速度，致保險收入不足以支應醫療支出，自87年起保險財務開始發生逆差。為維持收支平衡，於是在91年微幅調漲費率，防止健保財務缺口繼續擴大，96年3月底，累計健保財務收支首度呈現短絀；99年起，因調整保險費率，當年度保險收支開始產生結餘，歷年保險收支累計短絀於101年2月開始有結餘；102年實施二代健保財務新制後，增加補充保險費，及政府應負擔健保總經費法定下限提高至36%的規定，因此，104年12月保險收支累計結餘為

2,288.71億元，約當5.10個月保險給付支出。

## (二) 105年度財務概況

105年度全民健保一般保險費費率由4.91%調整為4.69%、補充保險費率由2%調整為1.91%，保險收入為5,908.31億元，保險成本為5,722.91億元，收入扣減成本後，收支結餘為185.39億元。健保署將105年度保險收支結餘全數提存安全準備，再加計截至104年底安全準備餘額2,288.71億元後，105年底安全準備累計為2,474.10億元，約當5.22個月保險給付支出。105年度相較104年度（審定決算）保險收支情形如表3-8。

表3-8 105年度全民健康保險財務收支餘絀情形

單位：億元、%

項目		104 年度 審定決算 (a)	105 年度 決算 (b)	105 年度增加額度 (b-a)	105 年度成長率 (b-a)/a
保險收入	保險收入	6,449.64	5,908.31	-541.33	-8.39
	保費收入	5,694.35	5,567.49	-126.86	-2.23
	依法分配收入	226.19	185.26	-40.93	-18.10
	利息收入	14.05	12.73	-1.32	-9.40
	收回呆帳	11.69	11.30	-0.39	-3.29
	雜項收入	503.36	131.52	-371.84	-73.87
保險成本	保險成本	5,420.69	5,722.91	302.22	5.58
	保險給付	5,380.76	5,683.61	302.85	5.63
	呆帳	39.91	39.02	-0.89	-2.23
	業務費用	0.00	0.27	0.27	
	雜項費用	0.0186	0.0203	-0.0018	-8.71
保險收支淨餘絀		1,028.95	185.39	-843.56	-81.98

資料來源：健保署 105 年 12 月份全民健康保險業務執行報告。

註：保險收入=保費收入（含滯納金）+依法分配收入+利息收入+收回呆帳+雜項收入  
保險成本=保險給付+呆帳+業務費用+雜項費用

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

1. 105年度「保費收入」較104年度負成長2.23%：105年度保費收入受健保一般及補充保險費費率調降、平均眷口數調降，及執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等4項補充保險費，起徵標準由5千元調整為2萬元之影響，致使保費收入較104年減少約226億元；另因投保人數、平均投保金額成長，及政府應負擔健保總經費法定下限36%不足數均較去年同期增加，導致保費收入較去年增加約100億元。前述兩項增減因素及額度，合計致保費收入較104年減少約126億元（如上表3-8）。
2. 105年度「依法分配收入」較104年度負成長18.10%，主要係自104年9月1日起，菸品健康福利捐分配至健保安全準備比率由原有70%調降為50%所致。
3. 105年度「雜項收入」負成長73.87%，如排除104年度依行政院協商結論補列102及103年度政府補助36%差額489.94億元，及105年度依立法院審議修正健保法施行細則調整補列104年度政府補助36%差額

116億元後，成長率為15.49%，主要係藥商藥品價量協議返還金收入增加所致。

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

1. 105年度「保險給付」較104年度成長5.63%。主要係104年度辦理總額點值結算，調整減列保險給付，致成長率較總額協商成長率高。
2. 105年度「呆帳」較104年度負成長2.23%，係因105年進行催收階段之應收款項，較104年度降低約2%，及應收帳款隨保險費率調降而減少，致實際呆帳提列數較104年度減少。
3. 105年度新增「業務費用」0.27億元，主要為辦理「提升保險服務成效」所需檔案傳輸交換之網路費，及電子化審查對外系統技術服務費等。

## 執行成果

### 一、106年度保險費率審議前意見諮詢會議結論

健保署在健保會完成106年度總額協商後，依法於105年10月向健保會提報「106年度全民健康保險保險費率審議方案（草案）」，內容包括平衡費率計算公式、推估方法、平衡費率試算假設、方式及結果、敏感度假設及試算結果等。



健保署考量現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」僅以安全準備存量作為啟動費率調整之標準，未能全面考量保險收支狀況，及

適時彌補短絀年度的虧損，致未來年度首次調整費率幅度過大，爰同時針對上開機制提出檢討與建議修正方案，內容如下：

### 現行「全民健保財務平衡及收支連動機制」及健保署建議方案

		現行機制	建議方案 1	建議方案 2	
費率調整方案	調降	啟動條件	當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超過 3 個月保險給付支出	當年起（含）第 3 年年底安全準備餘額超過 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		
	調升	啟動條件	當年年底安全準備餘額不足 1.5 個月保險給付支出	當年保險成本大於保險收入之 5% 或當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出	當年年底安全準備餘額不足 2 個月保險給付支出
		調整方式	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	其調漲以【當年收支平衡費率】及當年年底安全準備餘額維持至少 2 個月保險給付支出之金額計算為原則	其調漲以【當年總額成長率】及當年年底安全準備餘額維持至少 2 個月保險給付支出之金額計算為原則

資料來源：摘錄自 105 年 10 月 17 日「106 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」健保署簡報資料。

健保會於 105 年 10 月 17 日召開「106 年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」，諮詢精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士，計 8 位提供意見。由於健保會委員十分關心費率相關議題，當日共有 18 位委員列席，全程參與討論。專家學者就健保署所擬費率方案（草案）所採的假設與方式、「全民健保財務平衡及收支連動機制」建議方案提供意見，作為健保署修改方案（草案）之參考。會議決議摘述如下：

（一）就「保險費率方案所採假設與方式」之建議：

請於費率方案（草案）中明列設算

保險收入及保險成本高、中、低推估之重要假設及理由，且應更具合理性，例如敏感度分析的假設應為實際可能發生的情形，及符合歷史趨勢等；推估保險成本時請將政策變動之財務影響因素納入考量，包括：受僱醫師全面納入勞基法、C 肝治療用藥納入給付，及推動中的各項給付效益提升計畫等。

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

（三）就「全民健保財務平衡及收支連動機制建議方案」之意見：

1. 多數諮詢專家認為調整費率的年度不宜太頻繁、調幅不宜太高、啟動條件及調整方式宜明確，爰就健保署所提建議方案，以方案1較為合理。
2. 現行機制僅以「安全準備餘額」作為調整基準，未來可能面臨費率調幅陡升的壓力，建議納入其他輔助基準。
3. 健保署建議方案雖可解決部分問題，但宜通盤考量是否衍生其他爭議；其與現行機制，皆無法解決健保財務收支結構性失衡之問題，依健保署提供的試算資料，預估至110年或111年之保險費率將超過法定上限6%，屆時須面對修法或調整給付範圍的難題，建議政府應及早研商開源節流方案，才是長久之計。

(四) 其他相關建議，包括：為因應未來可能面臨的費率調整，應一併檢討收入面與支出面之改革及效益，收入面如費基改採家戶總所得制，支出面如提升給付效能、雲端藥歷節省之費用、藥品總額及減少無效醫療等。

## 二、106年度保險費率之審議結果

健保署依據「106年度全民健康保險保險費率審議前意見諮詢會議」決議事項，研提「106年度全民健康保險保險費率審議方案」，提健保會11月份委員會議審議。該署將菸稅調高、基本工資上漲趨勢、投保金額調整、施行分級醫療政策、C型肝炎全口服新藥

納入健保給付、醫師納入勞基法等政策因素納入推估假設，形成保險收入與成本之高、低推估，及與費率調整機制排列組合後，研提12個試算方案，並增列諮詢會議意見之處理情形說明，及與105年度財務推估假設差異比較等內容。依前揭方案顯示，若維持現行費率4.69%，預估健保財務在106年度開始產生短絀，且短絀持續擴大，安全準備累計餘額至110年度將用罄，健保收支累計短絀約411億元。

與會委員就試算方案所採之醫療給付費用總額成長率、健保財務收支結構性問題、費率調整時機及醫療資源不當耗用對健保財務影響等相關議題熱烈討論，獲致下列決議：

- (一) 依健保署之設算，106年度健保財務的支出雖將大於收入，惟到106年底安全準備總額尚超出健保法第78條所訂3個月之保險給付支出，爰106年度全民健保保險費率之審議結果，建議維持4.69%。健保會將依法報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告之。
- (二) 為維持全民健保之財務穩健，請健保署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施。另除目前衛福部疾病管制署、國民健康署對於民眾預防保健之宣導外，請該署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。
- (三) 委員針對健保財務推估方式、未來費率調整時機，及「全民健保財務平衡及收支連動機制」所提意見，請健保署納入未來財務推估時考量。

106年度全民健保一般保險費費率，經健保會審議後，建議維持4.69%，並依健保法第24條規定，報衛福部轉陳並獲行政院核定。106年1月5日函知核定結果，106年度一般保險費費率維持現行費率4.69%，不予調整。

### 第三節 合理調整給付範圍，保障民眾就醫權益

#### 業務現況

我國全民健保給付的範圍，涵蓋門診（含西醫、中醫、牙醫）、急診、住院、復健、居家照護等項目，相較於世界各國，堪稱廣泛且周全。但隨著人口老化及新醫療科技引進，醫療費用高漲，如何在維持健保財務穩健下，尋求最好的醫療服務，是相當重要的議題。

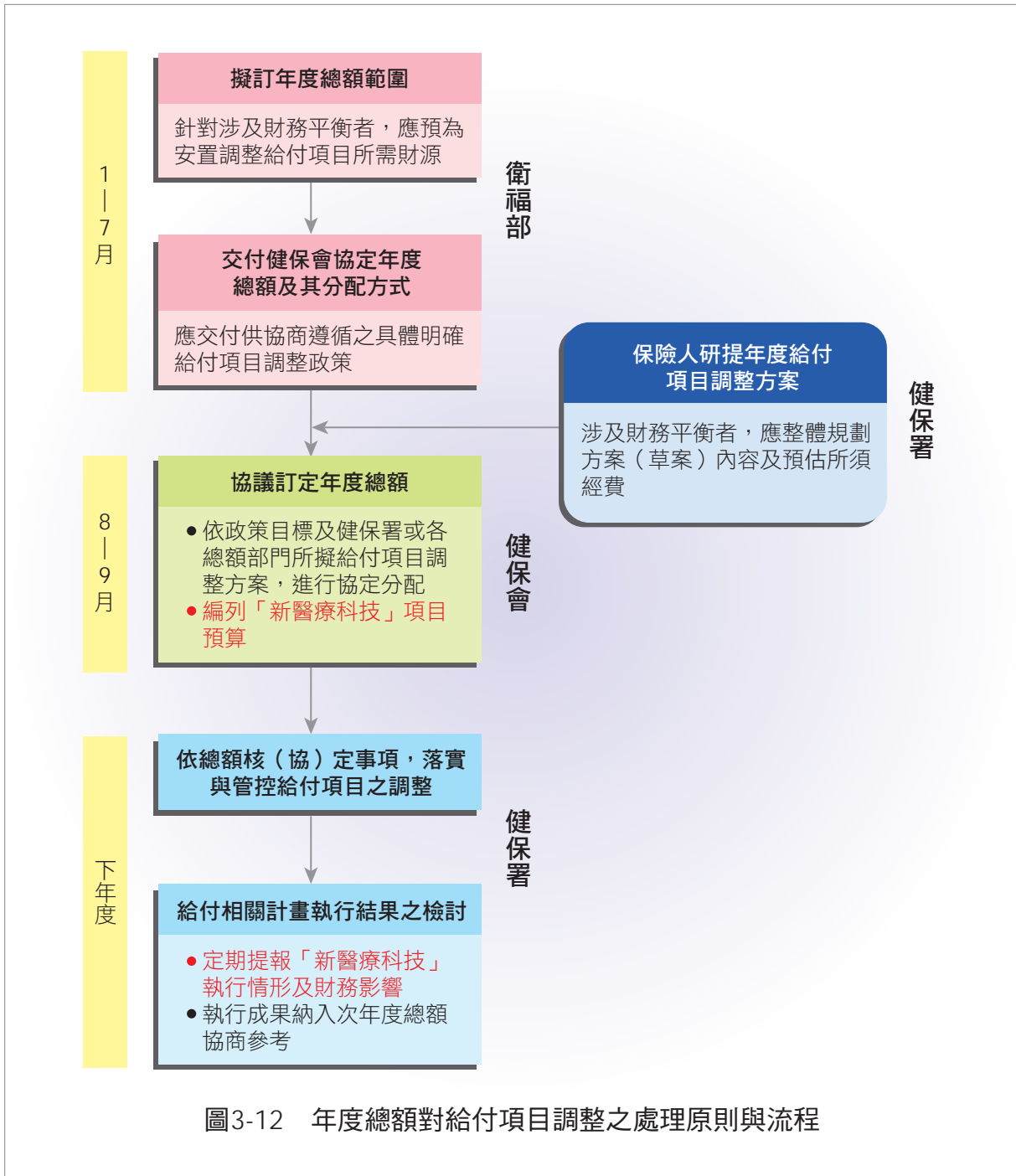
在總額架構下，為提供民眾與時俱進的技術與服務，配合編列相關預算，以持續引進新醫療服務、藥品、特材等項目，相對地，也須考量未來若健保財務無法收支平衡時，除調

高保險費率外，也可能須藉由縮減保險給付範圍來因應。因此，二代健保在一定條件下，將保險給付範圍得以調整的規定入法，並賦予健保會對健保署所擬訂的「保險給付範圍調整方案」、「保險不給付項目」進行審議，及討論「自付差額特殊材料品項」（部分給付）的權責。

健保會為落實總額協定事項「新增、調整給付項目」的要求，前經104年3月份委員會議討論通過「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則與流程」如圖3-12。健保會依該原則及流程，每年編列「新醫療科技」預算，並請健保署在預算額度內提共同擬訂會議（下稱共擬會議）討論擬新增、調整之給付項目，其執行結果並納入下年度總額協考量，以利持續引進新醫療科技，保障民眾就醫權益。

本節將介紹105年度健保署依協定事項引進之新醫療科技項目、健保會審議不給付項目，及討論健保自付差額特材品項之情形。





## 執行成果

### 一、引進具成本效益的新醫療科技

105年度醫院及西醫基層總額透過協商，分別編列「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」預算18.535億元及0.83億元。健保署在此額度內依法提經共擬會議討論，依藥品、特材、醫療服務項目說明新增、調整情形如下：

#### （一）藥品

105年共納入26項新成分、新給藥途徑或新劑型之新藥（如表3-9）。其中屬突破創新（第1類）的藥品有4項，均為癌症用藥，可提高病人存活率、改善其臨床症狀及生活品質；其次，與現行健保藥品比較，臨床價值有

中等程度改善（第2A類）有12項，其療效較佳，副作用也較少；臨床價值與現行健保藥品相近者（第2B類）計10項，可提供臨床醫師更多用藥選擇，透過良性競爭，亦有助於價格合理化。



表3-9 105年新藥納入健保給付情形

新藥類別	品項數	藥理分類及品項數	
突破創新新藥（第1類）	4	4	抗腫瘤藥物
臨床價值較現行藥品有中等程度改善（第2A類）	12	6	激素及影響內分泌機轉藥物
		2	皮膚科製劑
		2	免疫製劑
		1	抗腫瘤藥物
		1	心臟血管及腎臟藥物
臨床價值與現行藥品相近（第2B類）	10	4	心臟血管及腎臟藥物
		3	神經系統藥物
		2	呼吸道治療藥物
		1	抗腫瘤藥物

資料來源：健保署公告及105年歷次藥物共擬會議紀錄相關資料。

除新增藥品給付外，對於已給付藥品品項，健保署也持續參考食品藥物管理署（下稱食藥署）核准的適應症、相關臨床研究與各專科醫學會及民眾的建議，放寬藥品的使用規範。105年共放寬24項藥品給付規定，包括治療癌症、黃斑部病變、乾癬、糖尿病及抗微生物製劑等，期更符合病人需求、擴大照顧範圍，以提升民眾用藥權益。



圖3-13 新藥示意圖



## （二）特材

105年共納入96項新特材（如表3-10），其中50項具有創新功能，包括：外科手術使用的自動縫合器（如圖3-14），應用於胸、腹腔鏡手術（俗稱釘槍），血管閉合較佳，出血量較少，縫合速度較快，以減少手術時間；及因顱內大血管閉塞而導致缺血性腦中風所使用的特材，該血管支架系統係用機械方式去除血栓，以恢復血流，臨床效益較佳；及眼科嚴重複雜視網膜剝離手術後填充的特材，有助視網膜貼回，以確保術後復位，提高手術成功率。另屬功能改善特材共46項，多屬骨科、胸腔科、癌症血管栓塞等手術使用的特材，可提供臨床醫師更多的治療選擇。過去民眾若要使用這些新特材，都需自費購買，於納入健保給付後，可減輕須用民眾的經濟負擔。



圖3-14 新特材示意圖

表3-10 105年新特材納入健保給付情形

新特材類別	品項數	特材分類及品項數	
創新功能	50	16	外科手術用
		15	心臟血管
		9	食道支架
		7	眼科
		2	泌尿科
		1	急救用食道管
功能改善	46	14	骨科
		9	注射針具套組
		6	外科手術用
		6	氣管或胸腔科
		5	心臟血管
		4	癌症血管栓塞用
		2	泌尿科

資料來源：健保署公告及105年歷次藥物共擬會議紀錄相關資料。

對於健保已給付特材，健保署也會參考食藥署核准的適應症、相關研究及建議，放寬特材的使用規定。105年共放寬2項，包括用於異常血管栓塞之動靜脈血管塞，原規定「4mm以上」病灶處才可用，修訂為「3 mm以上」即可使用，以及治療巴金森氏症使用之深層腦部刺激器（DBS）特材的給付規定，嘉惠過去部分不符使用規定的民眾，擴大健保的照護範圍。

### （三）醫療服務

105年共納入17項新增醫療服務項

目（如表3-11），包含西醫的「膠囊內視鏡術」（如圖3-15），其不具侵襲



圖3-15 新醫療服務示意圖

（圖片來源：David Yeo T. B., <https://www.flickr.com/photos/davidyeotb/2321250598>）

性，可作為第一線診斷小腸疾病的工具，較傳統影像學檢查準確，診斷率可達七成，及「急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費」，該治療方式可減少腦中風病人殘障失能的風險；以及牙醫

的「口腔癌與癌前病變追蹤治療」、「牙醫急症處置」、「乳牙複雜性拔牙」、「身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診診療費」等醫療服務項目。

表3-11 105年新增醫療服務納入健保給付情形

部	章	節	項目數	項目
西醫	基本診療	住院診察費	1	出院準備及追蹤管理費
	特定診療	檢查	3	支氣管內視鏡超音波
				支氣管內視鏡超音波導引縱膈淋巴節定位切片術
				支氣管內視鏡超音波導引週邊肺組織採檢切片術
		放射線診療	1	膠囊內視鏡術
		治療處置	1	急性缺血性中風靜脈血栓溶解治療處置費
	手術	3	雙極前列腺刮除術／汽化術－切除之攝護腺重量 5 至 15 公克	
牙醫	門診診察費		1	身心障礙者轉出醫療院所至特殊醫療服務計畫院所之轉診費用
	牙科手術及處置		7	前牙雙鄰接面複合樹脂填充
				後牙雙鄰接面複合樹脂填充
				乳牙複雜性拔牙
				牙醫急症處置
				週日及國定假日門診處置
				定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療
				非定期性口腔癌與癌前病變追蹤治療

資料來源：健保署公告及 105 年歷次醫療服務共擬會議紀錄相關資料。



另修訂現有的醫療服務給付項目及支付標準共263項，包括調升206項醫療服務的點數，例如西醫基本診療之門診及住院診察費、特定診療之復健治療、手術，牙醫門診診察費、中醫藥費，以及論病例計酬項目之一般外科、耳鼻喉科、泌尿科及眼科費用等，並放寬「血漿置換術」適應症、「骨盆檢查費」治療規範，及提升16項眼科手術診療之兒童加成項目、75歲以上患者不限科別各項診療費依表訂點數加計7.5%等；此外，配合國內執行器官移植現況，將原內含於器官摘取之器官保存液改列至器官移植支付點數，並調整器官移植支付點數，期望透過支付標準之修訂，使醫療院所獲得合理支付、提升民眾照護的品質。

## 二、審議保險不給付項目

為讓民眾對其可得的醫療服務得以預見，健保法將所有的給付項目，都正面表列於「醫療服務給付項目及支付標準」及「藥物給付項目及支付標準」；而「不給付項目」則於第51條規範，其中第1款至第11款明訂健保不給付範圍，第12款則賦予健保署擬訂不予給付診療服務與藥物項目的權限，並須經健保會審議，報衛福部核定公告的程序。105年健保署依第12款提健保會審議的事項，及藉此審議案釐清相關規定之說明如下：

### (一) 「愛滋病感染者自確診開始服藥2年內之治療費用」列屬非健保給付範圍

愛滋病感染者的治療費用，過去係由疾病管制署（下稱疾管署）全額補助。惟依104年2月4日總統令修正公布之「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」，健保給付的起始時點為「自確診開始服藥2年後之保險對象」，至於自確診開始服藥2年內之費用，仍由疾管署的公務預算補助。該署基於財政資源有限，於104年12月14日修正發布「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」，規範自確診開始服藥2年內之愛滋病治療費用」之補助對象為「有戶籍國民」，導致「外籍保險對象」自確診開始2年內之愛滋病治療費用，因無公務預算補助，而須由健保給付。

健保署考量該補助辦法修正後，保險對象將因有無戶籍而有不同的給付待遇，保險對象若為有戶籍者，其服藥2年後健保才開始給付，而保險對象若為外籍感染者，自確診服藥健保即開始給付，致衍生公平性問題。基於給付平等原則，健保署乃依健保法第51條第12款規定，將「保險對象自確診開始服藥2年內之愛滋病治療費用，列為非屬本保險給付範圍」案，提請健保會審議。

該案經提1月份委員會議討論，多數委員認為「人類免疫缺乏病毒傳染防

治及感染者權益保障條例」第16條，已明定「感染者自確診開始服藥2年內之愛滋病治療費用」由中央主管機關予以全額補助，其授權訂定之行政命令「人類免疫缺乏病毒感染治療費用補助辦法」自不得違反該條例，否則將產生子法抵觸母法之情形。且基於該條例與健保法法律位階相同下，健保法第51條第12款更不受該辦法之拘束。爰建議依健保法第51條第1款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」的規定，認定「感染者自確診開始服藥2年內之愛滋病治療費用」項目，不列入健保給付範圍。

## (二) 藉由審議上開議題釐清健保法第51條第12款之立法意旨

上開議案提經健保會討論前，為釐清健保法第51條第12款「『其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物項目』不列入健保給付範圍」規定之執行，乃洽請主管單位（衛福部社保司）及法規單位（衛福部法規會）釋疑，就該款所稱不列入健保給付範圍之「診療服務及藥物」，係指「『概括性』診療服務及『總類別性』藥物」或，「『單一性』診療服務及藥物」，予以釋示。經回復如下：「診療服務及藥物」項目之性質認定，按條文之規定，係由保險人（健保署）擬訂，爰尊重保險人之決定。

至於能否依健保法第51條第12款限定健保署在「特定期限內」不予給付某類診療服務或藥物，其釋復意見認為，現行全民健保醫療服務（或藥物）給付項目及支付標準，若有特殊給付規定，皆會明列其給付或支付條件，如適應症、給付規定或醫療服務提供者之資格等，故若因健保法第51條第1款<sup>註1</sup>或第2款<sup>註2</sup>所衍生某項／類醫療服務（或藥物）健保給付條件之限制，建議健保署可於支付標準中明訂。

健保署乃依循上開健保會決議及主管單位釋示結果，於106年1月10日公告自同年2月4日起，抗人類免疫缺乏病毒藥品使用規定，限定該藥品僅供在臺灣地區確診且服藥2年以上之保險對象使用。

註：1. 第51條第1款：依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目。

2. 第51條第2款：預防接種及其他由各級政府負擔費用之醫療服務項目。

## 三、審慎評估自付差額特殊材料品項

考量醫療資源有限，在決定藥物品項是否納入健保給付時，健保署除考量治療效果、保險財務等因素外，「成本效益」亦為考量的重點。以往對於「療效略佳但價格昂貴」的品項，因為成本效益不符比例原則，難以納入全額給付，而須由民眾自費。二代健保實施後，為增加民眾的選擇權、減少財務負擔，乃於健保法第45條規定，健保署可根據其專業判斷，將同意納為自付差額的特殊材料（下稱特

材)，提健保會討論後，再報衛福部核定公告。經衛福部公告為自付差額的品項，民眾可於醫師認定有醫療需要時選用，而且僅負擔與

健保給付上限的價差，不須全額自費。自民國83年全民健保開辦至今，共納入8類自付差額特材，如表3-12。

表3-12 全民健保8類自付差額特材一覽表

序號	項 目	實施時間	健保給付點數
1	義肢	84年3月1日	依裝置部位：4,800~68,000點
2	新增功能類別人工心律調節器	84年8月3日	93,833點
3	塗藥或特殊塗層血管支架	95年12月1日	14,099點
4	陶瓷人工髖關節	96年1月1日	依類別：35,195~70,099點
	金屬對金屬介面人工髖關節	97年5月1日	依類別：39,396~49,319點
5	特殊功能人工水晶體	96年10月1日	2,744點
6	耐久性生物組織心臟瓣膜	103年6月1日	43,613點
7	調控式腦室腹腔引流系統	104年6月1日	7,127點
8	淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105年5月1日	28,773點

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

(一) 修訂「討論自付差額特材案之作業流程」

為利評估、討論健保署提會之自付差額特材品項案，健保會於103年3月訂定「討論自付差額特材作業流程」，該流程包含討論該類議案前的準備作業及時點、討論頻率（每年5月及12月份委員會討論）、健保署提案須檢附的資料、品項通過後健保署須定期提出檢討報告等，期為民眾的權益把關。

惟特材品項日新月異且眾多、功能複雜，上開作業流程在運作一段期間後，委員認為應可再予精進，並提供更多國內、外價格資訊，及納入前後的使用量與對健保的財務衝擊，遂於104年12月份委員會議決議：「請本會幕僚與健保署共同研修前所訂定之作業流程（含需檢附的資料），期於會前蒐集更多資料供委員參用」。

幕僚乃依之研提修正草案，洽請健保署提供意見後，並透過問卷蒐集委員意見（調查結果如附錄十），提經105年5月份委員會議討論後修訂之作業流程詳附件，示意如圖3-16。本

次修正有3項重點，首先將原「每半年討論1次」之期程，縮短為「每季討論1次」，以提升納入健保給付時程之效率；其次，增修訂「基本資料表」部分項目，以完整呈現健保署提會討論特材品項之價格與財務影響等相關資訊，並改以兩欄方式呈現，使資料更易比對及利委員討論；並新增「檢核表」，以明確列出委員考量是否同意列為自付差額品項之重要原則，包括：資料及程序完備性、保險對象權益保障、實證資料足以佐證、價格未偏離國際行情（詳表3-13）。



表3-13 健保會自付差額作業流程105年修訂重點

修訂處	研修目的
1. 討論時程修訂為每季 1 次。	提升納入健保給付時程之效率（原每半年討論 1 次）
2. 修訂基本資料表	使價格及財務影響等資訊更完整
(1) 資料以兩欄方式對比呈現	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲將「自付差額品項」及「健保全額給付品項」以兩欄對比方式呈現，以利進行差異比較</li> <li>▲將我國與他國資料加以區隔</li> </ul>
(2) 增列健保財務影響評估資料	<p>新增委員過去討論相關議案時所關切項目：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲提案當年預算額度及已支用額度</li> <li>▲納入前後預估使用量（含自付差額品項及健保全額給付品項）</li> <li>▲納入後預估健保新增費用</li> </ul>
(3) 新增國、內外「價格差距」資料	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲價格倍數 = 自付差額品項 / 健保全額品項價格，以利了解自付差額品項之價格為健保全額給付品項的多少倍</li> <li>▲若價格達數倍，惟增加效果不明顯，可供委員評估其成本效益</li> <li>▲提供國、內外資料，使更周全完整</li> </ul>
(4) 明確列出「同意納入自付差額之理由」	<p>過去為勾選式欄位，資訊有限，爰納入委員關注事項：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲該特材於「健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過納入自付差額之理由</li> <li>▲摘錄「醫療科技評估」報告之重點，及納入對醫療倫理的考量</li> </ul>
3. 新增「檢核表」	臚列委員考量之重要原則
(1) 資料完備及程序完備	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲完整填列基本資料表、提供我國醫療科技評估（HTA）報告、提經「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過並檢附會議紀錄</li> <li>▲若均符合，則可視為資料與程序符合基本要求</li> </ul>
(2) 保險對象權益保障	<p>通過自付差額特材的 2 項重要前提：</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▲「目前全額給付品項已提供基本照顧功能」：保障保險對象基本權益，對經濟狀況無法購買自付差額特材的保險對象，也可使用健保全額給付品項</li> <li>▲「未有」因病情需要，一定須使用自付差額特材品項的保險對象：若有部分病情較為嚴重或特殊需求者，無法選用健保全額給付品項，則表示未能提供該群保險對象基本的醫療需求，則該項自付差額特材，宜改列為健保全額給付，並依醫療需求及健保可負擔的財務情況，訂定適應症</li> </ul>
(3) 實證資料足以佐證	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲基本資料表乃客觀引用各文獻之療效資料，為予綜整並兼具實務觀點考量，爰請健保署對「已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳」提供意見，作為委員評斷的參考</li> </ul>
(4) 價格未偏離國際行情	<ul style="list-style-type: none"> <li>▲以「本自付差額特材品項在自費醫材比價網之中位數，未高於國際價格之中位數或平均數」作為評估價格的基準</li> </ul>

(二) 自付差額特材品項執行情形

1. 自付差額特材品項之利用

二代健保自102年實施以來，健保署提經健保會討論，並報請衛福部核定後列為自付差額品項計3項：1.牛心

瓣膜、牛心瓣膜與豬心包膜支架（均屬耐久性生物組織心臟瓣膜）；2.調控式腦室腹腔引流系統；3.治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置（如表3-14）。

表3-14 歷年健保署提健保會討論之自付差額特材品項

申請品項	健保署同意理由	健保會討論結果	公告生效日期
1. 耐久性生物組織心臟瓣膜－牛心瓣膜（用途：心臟瓣膜置換病人）	較健保全額給付的豬心瓣膜，有較長的置換年限。	<b>103年第1次委員會議（103.1.24）</b> 1. 依健保署提供的醫療科技評估報告，牛心瓣膜的相對療效與安全性，優於健保已全額給付的豬心瓣膜。 2. 為利保險對象在享有基本給付外，能同時增加自我選擇的權益，多數委員不反對本案。	103.6.1
耐久性生物組織心臟瓣膜－牛心瓣膜與豬心包膜支架（用途：心臟瓣膜置換病人）	健保全額給付的豬心瓣膜，耐用及抗鈣化效果佳。	<b>103年第2次委員會議（103.2.21）</b> 1. 本特材與牛心瓣膜屬類似功能品項，委員不反對本案。 2. 多數委員認為建議價格過高，在維護與增加民眾自我選擇權益，及廠商若可降價之前提下，支持本案。	103.6.1
2. 調控式腦室腹腔引流系統（用途：腦積水病人，調節腦室壓力）	較健保全額給付的定壓式腦積水引流特材，具可調節壓力裝置，可減少過度引流等併發症。	<b>103年第1次委員會議（103.1.24）</b> 請健保署提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等資料後再提會。 <b>103年第12次委員會議（103.12.26）</b> 1. 本特材相較現行健保已全額給付的品項，價格差距達8倍以上，但效益似不明確。 2. 建議日後健保署提案時，應檢附嚴謹的醫療科技評估報告。	104.6.1
3. 治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置（用途：治療下肢周邊血管阻塞疾病，改善病人間歇跛行、疼痛症狀）	較健保全額給付的淺股動脈支架，可改善血管重建術的通暢率，增加耐久性。	<b>104年第4次委員會議（104.5.22）</b> 自付差額特殊材料品項，屬健保藥物給付項目之一部分，建議依健保法第41條規定，先提經藥物共同擬訂會議討論同意後，再提健保會討論。 <b>104年第11次委員會議（104.12.25）</b> 考量該特材手術後的血管通暢率及免於再次開刀（血管重建）比率均較健保已給付的特材高，耐久性較佳，為增加民眾之選擇機會，多數委員爰不反對本案。	105.5.1
4. 客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統（用途：用於頷、顱顏面外科重建手術，能依患者受損面積客製化處理）	較健保全額給付的人工塑型顱顏骨固定系統，能依患者受損面積客製化處理，於臨床上有利於醫師手術操作及增加效能。	<b>103年第1次委員會議（103.1.24）</b> 請健保署提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等資料後再提會。 <b>預計提106年委員會議討論</b>	

自付差額特材品項之開放，攸關民眾權益，為利制度之檢討改善，健保會除請健保署提報「新收載」品項開放半年後之執行情形外，並須於每年12月提出所有品項的檢討改善報告。依健保署統計，105年實施的「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」其自付差額占率約27%（如表3-17）；而103年實施的「耐久性生物組織心臟瓣膜」

則由103年下半年的22%，升至104年的32%（如表3-15）；104年開放的「調控式腦室腹腔引流系統」其自付差額占率達68%（如表3-16），須持續觀察民眾利用情形，若經健保署監測其療效、安全性及成本效益後，具有療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，即應檢討是否改列全額給付之時程與預估財源。

表3-15 「耐久性生物組織心臟瓣膜」利用情形（103.6.1納入）

項目	時間	103年 1-5月		103年 6-12月		104年	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額—耐久性生物組織心臟瓣膜		（未給付）		289	0.13	805	0.35
健保給付心臟瓣膜		860	0.38	1,006	0.45	1,688	0.76
小計		860	0.38	1,295	0.58	2,493	1.11
自付差額占率		—	—	22.32%	22.41%	32.29%	31.53%

資料來源：健保會 105 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

表3-16 「調控式腦室腹腔引流系統」利用情形（104.6.1納入）

項目	時間	103年		104年 1-5月		104年 6-12月	
		數量	點數（億點）	數量	點數（億點）	數量	點數（億點）
自付差額—調控式腦室腹腔引流系統		（未給付）		（未給付）		1,089	0.08
健保給付腦室腹腔引流系統		793	0.06	342	0.03	502	0.04
小計		793	0.06	342	0.03	1,591	0.12
自付差額占率		—	—	—	—	68.45%	66.67%

資料來源：健保會 105 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

表3-17 「治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置」利用情形（105.5.1納入）

項目	時間	104年		105年1-4月		105年5-9月	
		數量	點數(億點)	數量	點數(億點)	數量	點數(億點)
自付差額—治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置		(未給付)		(未給付)		292	0.09
健保給付淺股動脈支架		1,754	6,157	810	2,811	785	0.27
小計		1,754	6,157	810	2,811	1,077	0.36
自付差額占率		—	—	—	—	27.11%	24.42%

資料來源：健保會 105 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

## 2. 自付差額特材品項之管理

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

### (1) 建置「自費醫材比價網」

於103年6月起建置「自費醫材比價網」，蒐集各醫療院所向健保署申報收取特材自費的資料，民眾可透過該署網址（<http://www.nhi.gov.tw/SpecialMaterial/SpecialMaterial.aspx>），查詢

「自付差額特材」及「自費醫材」價格，促使價格透明化。截至105年底，院所上網登錄自付差額品項計225項、6,938筆院所登錄資料。

### (2) 訂定「自付差額上限」

健保署於104年1月，首次對於醫療院所間收費差距較大的「特殊功能人工水晶體」品項，訂定「自付差額上限」（院所向民眾收取自費的上限金額）；105年1月訂定「塗藥或特殊塗層血管支架」自付差額上限，並採逐年滾動方式調整「人工水晶體」的自付差額上限價格，整理如表3-18。



表3-18 訂定差額上限之自付差額特材類別

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

資料來源：健保會 105 年 12 月份委員會議「保險對象自付差額特材之實施情形」專案報告。

民眾除可經由上述「自費醫材比價網」查詢「醫療院所漲價名單」及「院所申報自付差額數量占率」外，如果院所收費超過健保署訂定的上限金額，則予以違

約處置（記點1點），並輔導限期改善。105年計254家醫療院所收費高於該署訂定的上限金額，經健保署輔導後均已改善。



附件

## 健保會討論自付差額特材案之作業流程

第 1 屆 103 年第 3 次委員會議（103.3.28）訂定  
第 1 屆 103 年第 5 次委員會議（103.5.23）修訂附表  
第 2 屆 105 年第 6 次委員會議（105.6.24）修訂

程序	時程				說明
1. 健保署將提案送會	3月1日前	6月1日前	9月1日前	12月1日前	<b>健保署</b> ：將提案送會（含健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」及參考資料）。（基本資料表、檢核表如後附）
2. 本會幕僚檢視提案內容	3月20日前	6月20日前	9月20日前	12月20日前	<b>本會幕僚</b> ：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，若資料不完備，再洽請健保署補充
	4月10日前	7月10日前	10月10日前	次年1月10日前	<b>健保署</b> ：提供補充資料
3. 送請委員參閱	4月15日前	7月15日前	10月15日前	次年1月15日前	<b>本會幕僚</b> ：彙整各自付差額特材品項案之資料，送請委員參閱
4. 委員會議討論	5月	8月	11月	次年2月	<b>本會幕僚</b> ：排入議程 <b>委員會議</b> ：討論提案 <b>健保署</b> ：參酌委員意見，依法報主管機關核定公告
5. 健保署向委員會議報告各品項開放半年後之檢討改善情形	次年5或12月份委員會議				<b>健保署</b> ：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。（報告內容如後附） <b>本會幕僚</b> ：排入議程
6. 健保署向委員會議報告整體檢討改善情形	次年12月份委員會議				<b>健保署</b> ：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。（報告內容如後附） <b>本會幕僚</b> ：排入議程

註：議案排入委員會議討論或報告時間，得配合屆時議程之安排，酌予調整。

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

項目		自付差額品項	健保全額給付品項 <sup>(註2)</sup>
1. 基本資料	名稱 (特材代碼)		
	許可證字號		
	核准日期		
	上市日期		
2. 特性	功能類別		
	用途 (適應症)		
	相對效果 (療效)		
	相對風險 (安全性)		
3. 價格	價格分布 (NT)	自費醫材比價網(參考資料1) 中位數: _____ (P2) 最大值: _____ 最小值: _____ 平均值: _____	健保支付點數: _____ (P1)
	價格差距	價格倍數(P2/P1): _____ 以中位數估算民眾自付差額額度(P2-P1): _____	
4. 健保財務影響評估	提案當年預算	提案當年度總額之新特材預算: _____ 提案前已支用額度: _____	
	納入前後預估 使用量	前3年之預估使用量(自費): _____ 自付差額品項納入後預估3~5年之 申報量: _____、_____、_____	前3年之申報量: _____ 自付差額品項納入後預估3~5年之 申報量: _____、_____、_____
	納入後預估新 增費用	自付差額品項納入後, 預估3~5年合計(含自付差額品項及全額給付品項)之新增費用: _____、_____、_____	
5. 同意納入自付差額 特材之理由(參考 註 <sup>3</sup> 填列)	(1) 綜合考量「2. 特性」、「3. 價格」及「4. 健保財務影響評估」後, 同意納入自付差額特材之理由: _____ (2) 摘述共同擬訂會議之結論(紀錄如參考資料2): _____ (3) 醫療科技評估報告之重點(含醫療倫理考量之相關資料, 評估報告如參考資料3): _____ (4) 其他參考資料: _____		

我國資料

項目	自付差額品項			
	國別	上市年度	保險是否給付	保險支付價／市價
1. 基本資料				
2. 價格分布 (NT) (註 4)	中位數：國別 _____ / _____ 元			
	最大值：國別 _____ / _____ 元			
	最小值：國別 _____ / _____ 元			
	平均值：國別 _____ / _____ 元			
3. 價格差距 (註 5)	國家：_____、_____、_____、_____、_____			
	價格倍數範圍：_____倍～_____倍			

健保署填報部門：\_\_\_\_\_ 填報人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

註 1：本表價格均以新臺幣呈現。

註 2：健保全額給付品項如有 1 項以上，可增列供參。

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

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

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

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

## 健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

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

本表由健保署先行填列，作為健保會討論之參據。

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

健保署填報部門：\_\_\_\_\_ 填報人：\_\_\_\_\_ 日期：\_\_\_\_\_ 連絡電話：\_\_\_\_\_

## 健保署提報之「檢討改善報告內容」

### 一、健保署於自付差額特材品項開放半年後，應提報各該品項「開放初期之檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一) 開放前、後病患的利用量及點數成長分析（含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較）。
- (二) 醫事服務機構的收費情形（含健保署彙整各院所之收費標準，並置於網站供民眾查詢）。
- (三) 民眾對自付差額特材的反映事項。
- (四) 對哪些項目啟動檢討改善機制（含訂定自付差額上限之規劃）。
- (五) 對健保財務之影響評估：預估值（3~5年）與實際值之比較。

### 二、健保署每年12月應提報自付差額特材「整體檢討改善報告」，至少包含以下內容：

- (一) 自付差額特材品項利用情形：現行各自付差額品項之申報數量及點數成長情形比較（含自付差額特材占率）。
- (二) 相關管理規範之執行情形：醫事服務機構的收費情形、事前充分告知（療效及價格），及資訊公開等病人權益保障措施。
- (三) 醫事服務機構的收費情形，及訂定自付差額上限之規劃與執行情形。
- (四) 自付差額特材品項改列全額給付之規劃情形：經健保署持續監測療效、安全性及成本效益，若有結合療效提升及價格下降之新事證，或已成為常規使用者，應檢討是否改列全額給付之時程，及其財源預估。
- (五) 對健保財務之影響評估：預估值（3~5年）與實際值之比較。

## 第四節 強化監理業務，奠立保險基石

### 業務現況

鑒於二代健保實施後，不論在財源籌措或醫療支出等制度，都有結構性改革，健保會除依據健保法施行細則第3條的規定，監理健保署年度預、決算備查及按月提報健保業務情形外，為建構更宏觀、前瞻性的監理模式，乃自103年起建置全民健康保險監理架構與指標，請健保署據以定期提報監測結果，俾能發揮有效監理之功能。

此外，基於醫療資源有限，錢應花在刀口上，委員也十分關心總額協定後各項計畫／方案的執行，能否達到原預期要求，安排進行業務參訪活動；加上對於社會關注的健保議題，及規劃中的健保政策或法規修訂案，基於監理立場，提出專案監理事項並要求健保署針對特定議題提出專案報告，藉此檢視、分析醫療資源配置的妥適性，提供後續改善建議，期透過委員集思廣益，共同策勵健保業務推展。

### 執行成果

#### 一、年度預決算之監理

健保署依據健保法施行細則第3條規定，分別於105年3月及4月份委員會議，就全民健保業務計畫及安全準備運用狀況，提送「104年度全民健康保險基金決算」及「106年度全民健康保險基金預算」備查案，俾利健保會監理健保財務收支運作情形，並經委員會議同

意，就所送決算、概算案及幕僚研析意見摘述如下：

#### (一) 104年度全民健康保險基金決算

1. 保險收支：104年度保險收入為6,437.11億元（成長率13.02%）；保險成本為5,386.67億元（成長率3.96%），保險收支結餘1,050.44億元。
2. 安全準備：104年度保險收支結餘加計103年底安全準備餘額1,259.76億元後，累計安全準備餘額為2,310.20億元，約當5.15個月保險給付。

以104年度預算執行情形來看，整體健保財務狀況良好，主要係補充保險費及政府負擔健保總經費法定下限36%差額之挹注。以二代健保財務新制實施第3年觀之，實際執行結果優於健保署於健保會104年11月份委員會議提出之財務收支概估。

#### (二) 106年度全民健康保險基金預算

1. 保險收支：106年度編列保險收入為5,809.99億元（成長率3.00%），保險成本6,106.37億元（成長率6.06%），保險收支預估短絀296.38億元。
2. 安全準備：106年度保險收支短絀數加計105年底安全準備餘額2,193.24億元後，累計安全準備餘額為1,896.86億元，約當3.75個月保險給付。

### （三）幕僚研析意見

以106年度保險收支預算數觀之，總體保險收支延續105年度預算（重估後預估短絀116.95億元）呈現短絀情形，累計安全準備仍尚稱充裕。惟因臺灣人口快速老化、健保給付範圍增加，及經濟成長不確定性等因素，將造成每年保險給付成長高於保費收入成長，致健保財務缺口逐年擴大，建議健保署應努力強化各項開源節流措施之執行，並以安全穩健的方向規劃未來健保財務。

## 二、監理指標之監測結果

健保會於103年所建置的監理架構與監理指標，係以宏觀、前瞻性的方式監理健保業務，其包含「效率」、「醫療品質」、「效果」、「公平」及「財務」等5大構面，計27項指標（各構面分別包含8項、6項、3項、4項及6項指標）。健保署依各指標的監測時程（季、半年、年）定期提報監測結果，6、12月進行專案報告；季指標再於3、9月業務執行報告呈現，以利即時監控（近3年監測結果摘要如附件）。

宏觀性監理指標呈現的是全國性資料，相較個別醫院的院內指標，變化不大，主要觀察其趨勢變化。整體而言，「財務」構面的6項指標，呈現穩健趨勢；「效果」構面的3項指標表現均呈正向，其中「民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度」，各部門滿意度皆上升，達八成七以上，至於「效率」、「醫

療品質」及「公平」等構面的18項指標，多數指標未有大幅波動，就值得進一步探究之指標說明如下：

（一）效率構面指標—「癌末病人生前6個月每人申報費用點數」（如圖3-17）：102~104年每人申報費用介於37.9~38.4萬點之間，104年費用略為上升，趨勢尚不明顯，健保署依委員建議進一步分析「有、無接受安寧緩和療護」的利用情形，透過傾向分數配對（Propensity score matching）方式，分析「有接受安寧療護」與「未接受安寧療護」之平均每人醫療費用差異，結果顯示病患死亡前6個月有接受安寧療護者之醫療費用（不含安寧費用），皆較未接受者為低。顯示安寧療護應可達成節省醫療費用的目的，宜持續推動。





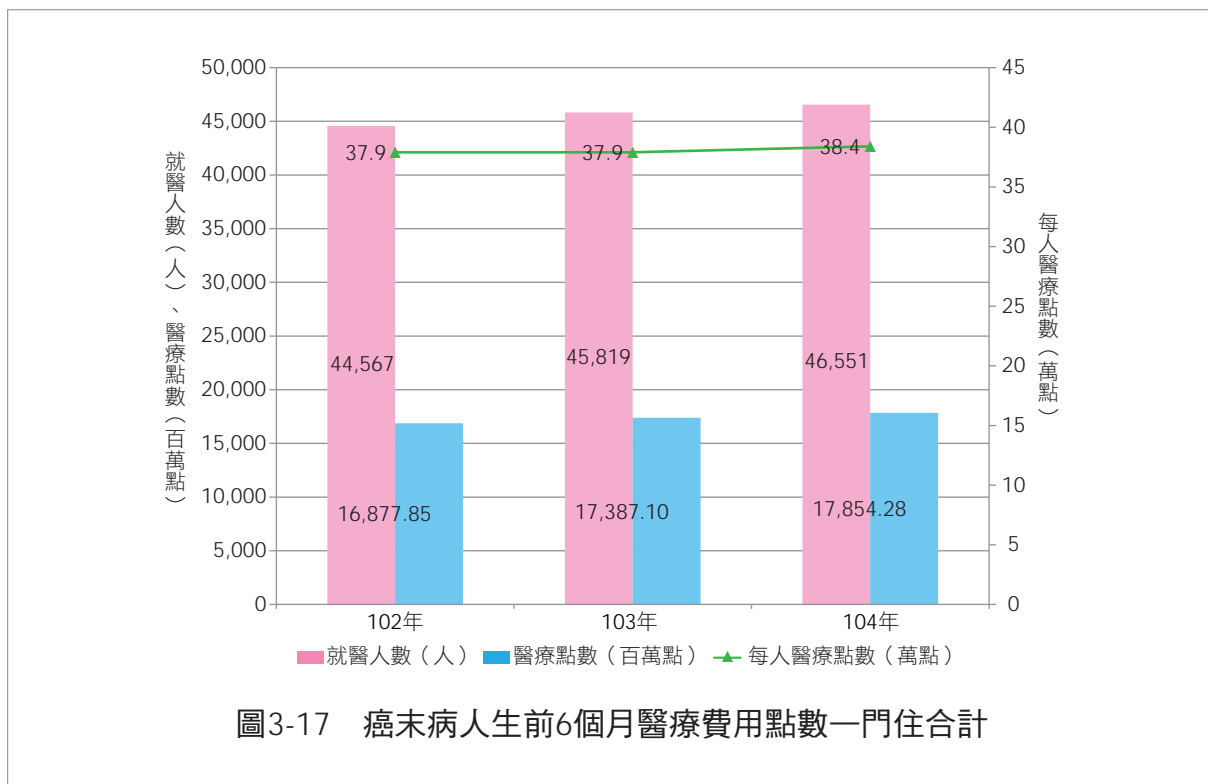


圖3-17 癌末病人生前6個月醫療費用點數—門住合計

(二) 效率構面指標—「各層級醫院服務量占率」(如圖3-18): 從105年第3季資料來看, 醫學中心逐年微幅上升; 區域

醫院持平, 地區醫院微幅下降, 需留意各層級醫院間資源分配發展之趨勢。

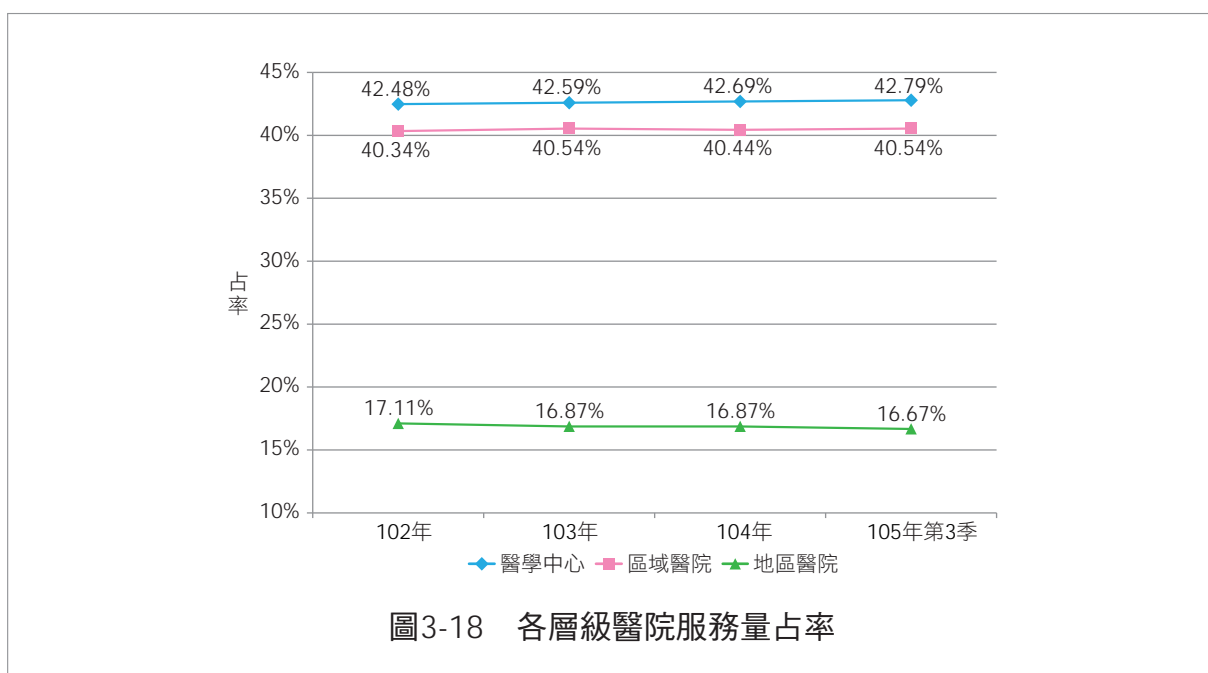


圖3-18 各層級醫院服務量占率

(三) 醫療品質構面指標—「照護連續性 (COCI)」(如圖3-19)：該指標係評估整合性連續照護之品質，指標值範圍介於0至1之間，如病患僅在單一機

構就醫其COCI值為1，因此愈趨近1表示固定院所就醫情形愈高。104年平均每人照護連續性為0.401，仍屬偏低，且近年有微幅下降趨勢。

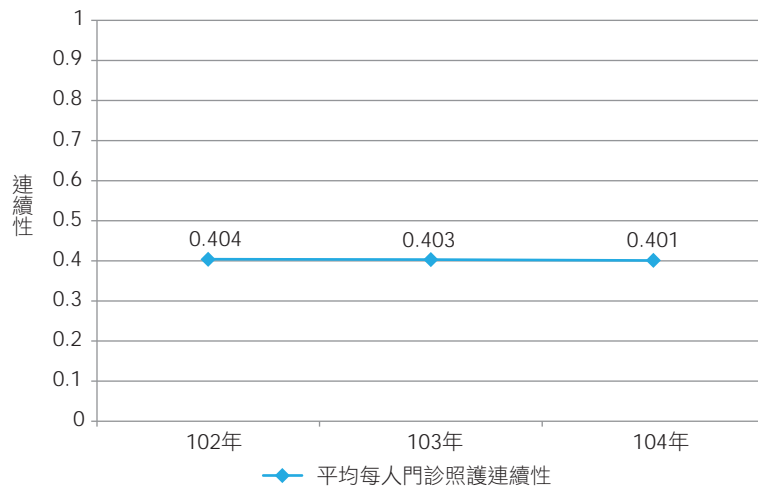


圖3-19 平均每人門診照護連續性

(四) 醫療品質構面指標—「糖尿病品質支付服務之照護率」(如圖3-20)：102~105年上半年各層級醫療院所照

護率均呈現穩定成長趨勢，其中以區域醫院照護率最高，105年上半年已達53.10%，惟仍有成長空間。

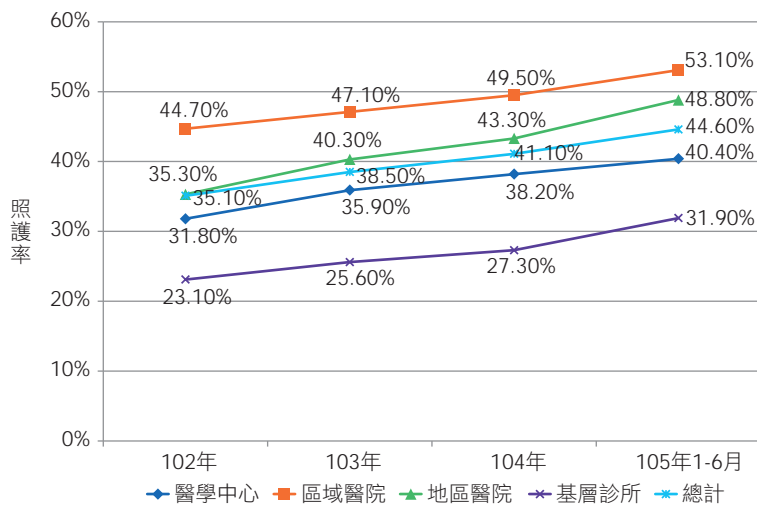


圖3-20 糖尿病品質支付服務之照護率

(五) 公平構面指標—「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）」（如圖3-21至3-24）：104年除醫院醫療資源不足地區就醫率持平外，其餘各總額部門「一般地區」、「山地離島」及「醫療資源不足地區」

之就醫率均較103年降低。而104年牙醫及中醫部門「醫療資源不足地區」及「山地離島地區」之就醫率均低於「一般地區」，且較103年降低，醫療利用之公平性須密切關注。

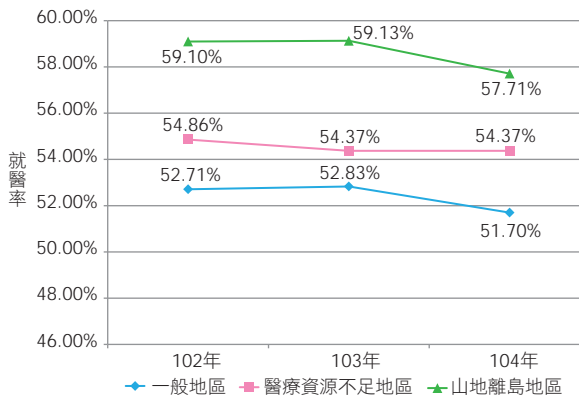


圖3-21 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（醫院）

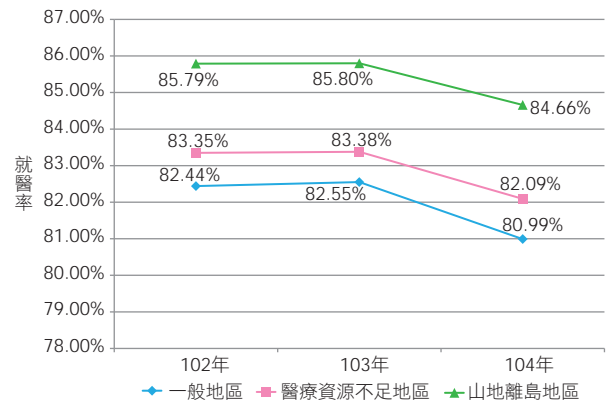


圖3-22 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（西醫基層）

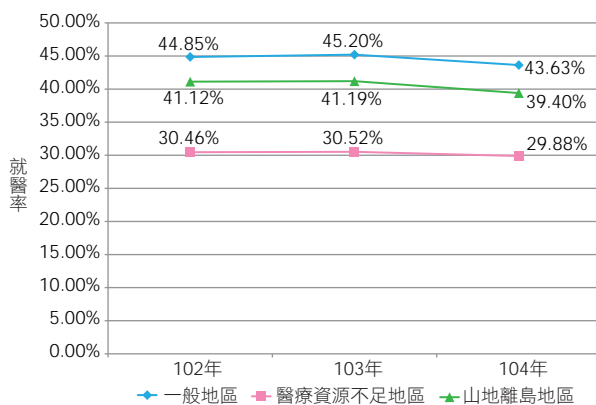


圖3-23 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（牙醫）

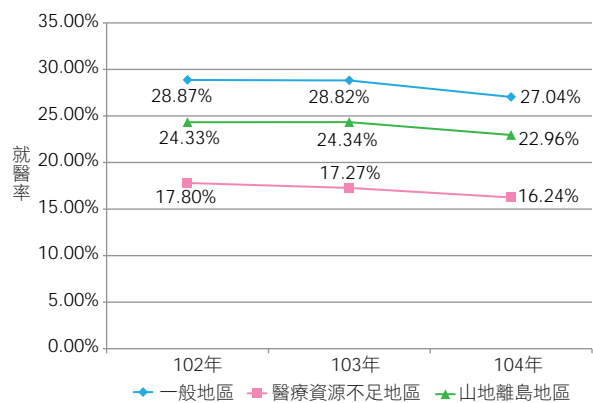
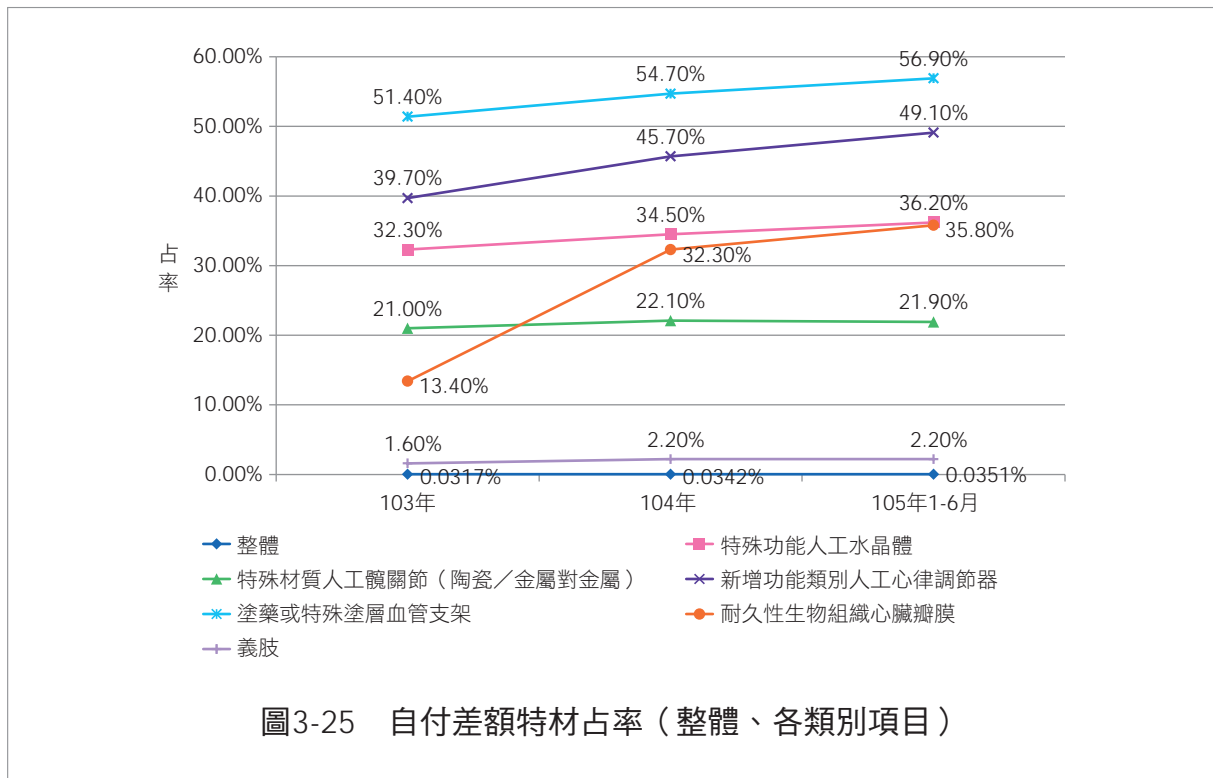


圖3-24 一般地區／醫療資源不足地區／山地離島地區之就醫率（中醫）

(六) 公平構面指標—「自付差額特材占率」  
(如圖3-25)：以102~105年上半年  
結果觀之，不論整體或各類別項目(如  
新功能之人工心律調節器、塗藥或特殊  
塗層血管支架、特殊材質人工髖關節、

特殊功能人工水晶體等)，自付差額特  
材占率均呈現逐年增加趨勢，表示民眾  
自行負擔的金額增加，未來占率達一定  
程度時(如超過50%、60%)，則須檢  
討納為全額給付項目的必要性。



### 三、業務參訪活動

為利委員瞭解健保業務的實際推動狀況，  
健保會於104年12月份委員會議決定，於105  
年3月份委員會議併同安排業務參訪活動，參  
訪院所、主題及行程表如下：

- (一) 參訪院所：擇健保署北區業務組轄下的  
醫療院所，包括：壠新醫院、黃永輝診  
所、黃曉生小兒科診所及怡仁醫院。
- (二) 參訪主題：涵蓋醫院與基層診所整合之

社區醫療運作模式、家庭醫師整合性照  
護計畫執行情形、健保雲端藥歷查詢系  
統之醫療資訊整合與用藥管理等。

#### (三) 行程表：

日期：105年3月25日(星期五)

參與人員：

委員會議—本會委員、法定列席人員

參訪活動—本會委員、法定列席人員、

健保署北區業務組暨轄下相  
關院所代表

時間	內容	地點
09:10 ~ 09:35	高鐵桃園站→癩新醫院	
09:35 ~ 11:35	健保會 105 年第 3 次委員會議	癩新醫院
11:35 ~ 12:35	參訪主題一：醫院與基層診所整合之社區醫療運作模式（含意見交流）	癩新醫院
12:35 ~ 13:30	午餐	癩新醫院
13:30 ~ 14:00	參訪主題二：與南桃園家醫醫療群代表座談	癩新醫院
14:00 ~ 14:20	癩新醫院→黃永輝診所、黃曉生小兒科診所	
14:20 ~ 15:00	參訪主題三：家庭醫師整合性照護計畫執行情形（含意見交流）	黃永輝診所、黃曉生小兒科診所 （與癩新醫院合作）
15:00 ~ 15:30	黃永輝診所、黃曉生小兒科診所→怡仁醫院	
15:30 ~ 16:30	參訪主題四：健保雲端藥歷查詢系統之醫療資訊整合與用藥管理（含意見交流）	怡仁醫院
16:30 ~	怡仁醫院→高鐵桃園站	

健保會計28位委員（含代理人）參加，相關參與單位尚包括衛福部社保司、健保署、健保署北區業務組、桃園市衛生局、桃園市醫師公會、桃園市藥師公會、桃園市護理師公會等。委員及受訪院所於參訪過程及座談會所提建議如下：

（一）就「家庭醫師整合性照護計畫」

1. 委員所提建議：

- (1) 本計畫已實施多年，惟涵蓋率一直無法大幅提升，建議進一步分析原因及尋求解決方式，並輔導表現不佳而退場的診所，讓更多基層醫師有機會參與，以利普及化。

(2) 年度專款預算約12億元，站在付費者委員立場，希望錢花在刀口上且具效益。建議就執行成效進行客觀評量，例如會員固定就診率須達一定目標比率等，才具成效。

(3) 計畫規定支付每位醫師個案管理費上限為1千人，建議檢討是否合宜；為確保服務品質，對診所的承載量應有所限制。

2. 受參訪的社區醫療群醫師所提建議：

- (1) 基層醫師在病人的健康照護扮演非常重要的角色，參與社區醫療群的院所，須提供民眾完整的

醫療服務，用心經營、建立與病人的互信關係，投入成本相對偏高。而現行計畫支付的費用太低，建議應予檢討，讓努力的醫師得到合理報酬。

(2) 計畫評核項目逐年增加，部分診所醫師擔心參與計畫會增加許多行政工作，而降低參與意願，建議檢討指標的合適性，以發揮擇優汰劣功效。

(3) 部分診所醫師對從醫院端推動結合社區醫療群提供服務，存有戒心，建議由公部門協助整合在地資源，主動媒合鄰近院所組群，建立社區醫療網絡。

(二) 就「健保雲端藥歷查詢系統」  
委員所提建議：

1. 肯定參訪醫院（怡仁醫院）運用雲端藥歷查詢系統的執行成效，可作為其

他院所學習的典範。

2. 建議病人同意書的簽署作業能事先、周全考量所涵蓋項目，包括病人原簽署的用藥紀錄，及後續納入的檢驗檢查等項目，使院所端得以一次完成病人簽署作業，減輕行政負擔。

#### 四、重要議題之專案監理

本會委員除致力完成年度總額協商、費率審議等法定業務外，也十分關心健保欠費現況、健保IC卡用途、審查制度公平性，及總額協定後各項重要計畫或方案的執行情形，對於社會關注的健保議題，也會加以深究，並提供改善建言，105年專案監理事項如下：

(一) 安排專題報告，強化監理效能

配合年度工作計畫時程及業務需要，安排健保署進行專題報告如表3-19，使在業務監理的面向發揮更大效能。



表3-19 105年重要監理議題專題報告一覽表

主題	時程
1. 「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討報告	2月
2. 立法委員李應元等16人擬具「強制汽車責任保險法第27條條文修正草案」，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務案	3月
3. 罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材費用成長之合理性分析	5月
4. 「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）及檢討專案報告	5月
5. 「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果	6月
6. 全民健康保險業務監理指標之監測結果報告	2、8月
7. DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM / PCS 之執行情形報告	8月
8. 105年度及近5年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響專案報告	8月
9. 衛生福利部推動分級醫療報告	11月
10. 政府應負擔健保總經費法定下限36%之計算	12月
11. 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
12. 自付差額特殊材料品項整體檢討改善報告	12月

註：上表各專案均已於各章節探討及說明。

## （二）各項專案監理之成果

1. 保全健保債權，要求積極追繳欠費  
 健保費是健保的主要收入，健保費的收繳與欠費回收與健保營運及資金週轉息息相關。二代健保實施後，將原地方政府應負擔的健保費補助款，統一改由中央政府負擔，並於健保法第28條規定，各級政府於本法修正的條文施行前，未依修正前第29條規定，將所應負擔的保險費撥付保險人（健保署）者，須即向保險人提出還款計畫，其還款期限不得逾8年，保

險人並應依修正前第30條規定向其徵收利息。是以，健保會委員本於監理職責，於105年度委員會議多次針對欠費回收的相關議題，提出意見及詢問，其中最受關切當為北高二市欠費的還款進度。截至105年12月底為止，北高二市101年度以前健保費補助款應收金額為2,058.75億元，尚欠費189.75億元，收繳率90.78%；台北市政府105年度（含）前的還款計畫已全數落實，高雄市於104~105年尚未落實執行還款計畫，該署對於

高雄市未依還款計畫清償欠費，也採取相關的行政作為。

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

## 2. 堅守健保IC卡僅供健保事務之法定用途

健保會委員得知「金融監督管理委員會（下稱金管會）於105年3月22日發布的新聞稿指出，為提升金融機構服務效能，提供投資人多元開戶的身分認證方式，與衛福部攜手合作，自即日起民眾以健保卡至衛福部健保署網站註冊並取得登入密碼後，即可至證券商、期貨商與投信投顧業申請線上開戶」之訊息，乃於健保會105年第3次委員會議表示，健保法明文規範，健保卡為就醫憑證，內含許多個人醫療資料，為此連下載健康存摺都很謹慎，政府卻同意健保卡可作為證券商開戶的身分認證，此舉變相延伸身分認證，爰於會中決定，為保障全民健保保險對象之權益，全體委員一致

反對該會運用健保卡處理非健保法規之事項。並以健保會名義行文金管會，及副知衛福部及健保署。

健保署於105年7月7日以部函知金管會，若要擴展健保卡用途，須建立更嚴謹的整體管理體制，並應有法規面之配套規定，在整體機制尚未建置周延且達成社會共識前，有關運用健保卡做為線上開證券戶之身分識別一事，不予同意。

## 3. 建議健保醫療費用審查制度維持具名不公開原則

健保會何委員語等17位委員，於105年7月份委員會議提出「反對衛福部自10月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據20年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案」臨時提案。經會中討論，決議如下：

(1) 基於下列理由，多數委員建議維持現行審查醫師內部具名、不對外公開之作法：

A. 為維護審查醫師人身安全及工作權，避免公開後須承擔不必要的壓力，而致影響擔任審查醫師之意願。

B. 醫師執行審查行為有其專業裁量權，公開審查醫師名單後，



恐限縮其裁量空間，倘因此影響核刪結果，將使得總額點值下降。

C. 若僅試辦部分科別公開審查醫師名單、部分科別維持現行作法，可能因不同科別適用方式不同，而影響審查公平性，造成醫界內部不和諧。

(2) 建議回歸問題本質，應探究目前所面臨的問題及配合研提解決方案。若爭議點在現行審查制度，則應全盤檢討，例如審查標準是否具一致性、有無複審機制、隨機抽樣方式以及其核減點數回推計算之合理性、爭審之救濟機制是否健全等。爰請健保署參酌委員所提建議，檢討現行審查制度，並與相關團體溝通，完成改善方案後，提至本會報告。

健保署自105年10月實施「專業雙審及公開具名試辦方案」，該方案實施期間，如浮動點值較去年同期變動率大於5%，申報件數及醫療費用點數較去年同期變動率大於5%，核減率較去年同期變動率大於10%等情形，均得評估調整方案。委員並請健保署於試辦半年後（106年4月）至委員會議報告試辦方案之執行情形。

4. 設立全民健保藥品品質監測計畫，確保健保用藥品質

為提升藥品品質及促進國人用藥安全，於協商105年度總額時，於其他預算之「提升保險服務成效」項目編列相關預算，並請健保署委託食藥署以外的機關團體，抽驗健保給付的藥品品質，並由食藥署及健保署共同研議辦理，期維持保險給付藥品應有品質，讓民眾安心用藥。

本計畫實施初期，主要選定治療指數狹窄、藥品使用量大，及醫療機構或民眾對藥品品質有疑慮而通報的品項進行監測，例如：針對降血壓藥、降血脂藥、降血糖藥、抗生素、血管擴張劑及抗凝血劑等，依藥典的規範執行藥品品質評估，監測上述成分所有健保給付廠牌藥品的品質現狀，以了解各廠牌間品質是否保持相同水準，確保健保藥品應有的品質。

5. 檢討品質保證保留款分配方式，實質獎勵品質優良院所

總額實施後，為確保民眾就醫品質，衛生署（衛福部前身）訂有各部門總額品質確保方案，明訂品質監控辦法。健保會於每年總額協商前，均會召開評核會議，就各部門品質確保方案及總額的執行成果進行評核。104年評核會議的專家學者認為，品質保

證保留款的核發應實質用於鼓勵品質優良的院所，不應均分、人人有獎，而中醫門診、西醫基層及醫院總額部門品質保證保留款的分配方案仍有改善空間，並建議應以實證醫學（evidence-based medicine）為基礎，以具有鑑別度的品質指標做為分配依據。

委員參考評核會議專家學者的建議，乃於105年度總額協定事項要求，各部門總額應將「品質保證保留款實施方案」內容提經健保會同意後，始得動支預算。105年3月份委員會議，健保署依協定事項將會同各總額部門研修之105年度方案提會，委員同意牙醫門診及中醫門診總額部門分配方案予以動支，惟醫院及西醫基層總額部門則須參酌委員的建議改善後，再提會討論，該二部門於5月及6月再次提出修訂方案後，委員同意動支預算。各部門總額修訂重點如下：

- (1) 指標發放標準趨嚴：中醫門診、西醫基層及醫院總額部門，均調高指標的核發門檻。其中，醫院部門並增加指標獎勵的達成項目數。
- (2) 增修評核指標：西醫基層總額新增3項藥歷查詢指標（降血壓、降血糖、降血脂藥物用藥日數重疊率），作為額外獎勵項目；牙醫門診總額刪除就醫率、兒童牙

齒塗氟保健服務等與品質較未有相關的利用率指標；醫院總額部分，委員認為再研修方案已朝鼓勵提升品質的目標邁進，惟仍有改善空間，爰請健保署於實施1年後，提出成效檢討報告，並將委員建議提高指標獎勵分配比率、指標達成項數等意見，納入106年度方案研修參考。

105年評核會的專家學者建議，應持續檢討品質保證保留款的發放條件，期訂定更嚴格的標準，以核發予表現較佳的醫療院所，並增加能反映健康或品質結果面的指標，使更具鑑別度。該建議事項已列入106年度總額之協定事項，並特別要求西醫基層總額將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款的分配指標之一，委員於106年度仍將持續關注該款項的分配方式及核發情形是否達預期目的。



附件

全民健保業務監理指標監測結果摘要

構面	監理指標	提報時程	監理重點	正負向	過去3年資料						105年最新監測值
					102		103		104		
(一) 效率	1. 急性病床平均住院天數(整體及各層級)	半年	院所營運效率/國際比較	負向	平均值	標準差	平均值	標準差	平均值	標準差	7.55 (平均值)
					7.79	9.62	7.72	9.56	7.58	9.35	
					最大值	最小值	最大值	最小值	最大值	最小值	
					269	1	303	1	268	1	
	2. 急診病人留置急診室超過24小時比率(整體及各層級)	半年	急診照護效率	負向	整體	2.93%	3.02%	2.76%		2.71 (上半年)	
					檢傷分類	一級	7.34%	8.20%	7.72%		
						二級	6.96%	7.17%	6.64%		
						三級	2.83%	2.89%	2.57%		
	3. 癌末病人生前6個月每人申報醫療費用點數	半年	資源運用適當性/觀察整體趨勢	負向	整體	37.9萬點	37.9萬點	38.4萬點		尚無資料	
					有接受	25.0萬點	25.3萬點	尚無資料			
					未接受	37.3萬點	36.7萬點	尚無資料			
	4. 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	資源利用之管控結果	正向	22%		20%		20%		19% (1~10月)
	5. 區域醫院以上初級門診照護率	半年	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護	負向	17.41%		17.03%		16.35%		尚無資料
	6. 各層級醫院服務量占率	半年 (季呈現)	資源分配及平衡醫院層級發展考量	無正負向	醫學中心	42.48%	42.59%	42.69%		42.79% (Q3)	
					區域醫院	40.34%	40.54%	40.44%		40.54% (Q3)	
					地區醫院	17.11%	16.87%	16.87%		16.67% (Q3)	

構面	監理指標	提報時程	監理重點	正負向	過去3年資料			105年最新監測值																																																	
					102	103	104																																																		
(一) 效率	7. 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	半年 (季呈現)	就醫變動性	無正負向	人數占率	基層	91.85%	91.88%	91.69%	82.59% (Q3)																																															
						醫院	59.26%	59.71%	60.19%	47.65% (Q3)																																															
件數占率					基層	66.35%	66.21%	65.35%	64.82% (Q3)																																																
					醫院	33.65%	33.79%	34.65%	35.18% (Q3)																																																
	8. 藥品費用占率	半年	藥品使用情形	無正負向		26.15%	26.13%	25.75%	25.93% (上半年)																																																
(二) 醫療品質	1. 手術傷口感染率	半年	住院照護安全性	負向		1.38%	1.37%	1.38%	1.24% (上半年)																																																
	2. 急性心肌梗塞死亡率(排除轉院個案)	半年	急性照護品質/觀察整體趨勢	負向		12.73%	11.77%	8.71%	6.98% (上半年)																																																
	3. 糖尿病品質支付服務之照護率	半年	評估門診照護之品質	正向		35.1%	38.5%	41.1%	44.6% (上半年)																																																
	4. 照護連續性	年	整合性照護品質	正向		0.404	0.403	0.401	尚無資料																																																
	5. 醫院病床數(整體、六分區及醫院各層級)	半年	健保病床之供給情形	無正負向	健保病床	105,511	104,818	104,909	104,548 (上半年)																																																
					差額病床	25,022	25,126	25,255	25,313 (上半年)																																																
6. 護理人力指標—急性病房全日平均護病比占率分布	半年	護理人力之供給情形	負向	105年1-6月年全日平均護病比占率分布 <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">醫學中心</th> <th colspan="2">區域醫院</th> <th colspan="2">地區醫院</th> </tr> <tr> <th>範圍</th> <th>占率</th> <th>範圍</th> <th>占率</th> <th>範圍</th> <th>占率</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>&lt; 8</td> <td>57%</td> <td>&lt; 11</td> <td>84%</td> <td>&lt; 14</td> <td>91%</td> </tr> <tr> <td>8-8.4</td> <td>31%</td> <td>11-11.4</td> <td>7%</td> <td>14-14.4</td> <td>1%</td> </tr> <tr> <td>8.5-8.9</td> <td>11%</td> <td>11.5-11.9</td> <td>4%</td> <td>14.5-14.9</td> <td>2%</td> </tr> <tr> <td>≥ 9</td> <td>1%</td> <td>≥ 12</td> <td>5%</td> <td>≥ 15</td> <td>0%</td> </tr> <tr> <td>0 或未填</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>6%</td> </tr> <tr> <td>小計</td> <td>100%</td> <td>小計</td> <td>100%</td> <td>小計</td> <td>100%</td> </tr> </tbody> </table>						醫學中心		區域醫院		地區醫院		範圍	占率	範圍	占率	範圍	占率	< 8	57%	< 11	84%	< 14	91%	8-8.4	31%	11-11.4	7%	14-14.4	1%	8.5-8.9	11%	11.5-11.9	4%	14.5-14.9	2%	≥ 9	1%	≥ 12	5%	≥ 15	0%	0 或未填					6%	小計	100%	小計	100%	小計	100%
醫學中心		區域醫院		地區醫院																																																					
範圍	占率	範圍	占率	範圍	占率																																																				
< 8	57%	< 11	84%	< 14	91%																																																				
8-8.4	31%	11-11.4	7%	14-14.4	1%																																																				
8.5-8.9	11%	11.5-11.9	4%	14.5-14.9	2%																																																				
≥ 9	1%	≥ 12	5%	≥ 15	0%																																																				
0 或未填					6%																																																				
小計	100%	小計	100%	小計	100%																																																				

構面	監理指標	提報時程	監理重點	正負向	過去3年資料			105年最新監測值		
					102	103	104			
(三) 效果	1. 未滿月新生兒死亡率	年	醫藥進步情形 / 國際比較	負向	2.4‰		2.2‰	2.5‰	尚無資料	
	2. 孕產婦死亡率	年	衛生保健成效 / 國際比較	負向	9.2 <sub>0/0000</sub>		6.6 <sub>0/0000</sub>	11.7 <sub>0/0000</sub>	尚無資料	
	3. 民眾對醫療院所整體醫療品質滿意度 (各部門)	年	民眾就醫整體感受	正向	醫院	81.5%	86.1%	88.9%	尚無資料	
基層	87.3%	90.3%	90.9%							
牙醫	89.1%	91.0%	93.8%							
中醫	85.8%	87.5%	90.4%							
(四) 公平	1. 依鄉鎮市區之發展程度分類，計算最高與最低兩組醫師人力之比值 (各部門)	年	人力供給之公平性	負向	整體	7.47	7.29	7.39	尚無資料	
					醫院	59.93	54.83	54.65		
					基層	2.13	2.07	2.13		
					牙醫	11.79	12.07	11.89		
					中醫	11.21	10.90	10.01		
	2. 一般地區 / 醫療資源不足地區 / 山地離島地區之就醫率 (各部門)	年	醫療利用之公平性	正向	醫院	一般	52.71%	52.83%	51.70%	尚無資料
						醫缺	54.86%	54.37%	54.37%	
						離島	59.10%	59.13%	57.71%	
					基層	一般	82.44%	82.55%	80.99%	
						醫缺	83.35%	83.38%	82.09%	
						離島	85.79%	85.80%	84.66%	
					牙醫	一般	44.85%	45.20%	43.63%	
						醫缺	30.46%	30.52%	29.88%	
						離島	41.12%	41.19%	39.40%	
中醫	一般	28.87%	28.82%	27.04%						
	醫缺	17.80%	17.27%	16.24%						
	離島	24.33%	24.34%	22.96%						

構面	監理指標	提報時程	監理重點	正負向	過去3年資料			105年新監測值	
					102	103	104		
(四) 公平	3. 家庭自付醫療保健費用比率	年	民眾自費負擔趨勢	負向	整體	34.75%	34.77%	34.32%	尚無資料
	4. 自付差額特材占率(整體及各類別項目)	半年	民眾自付差額趨勢	負向		0.0329%	0.0317%	0.0342%	0.0351% (上半年)
(五) 財務	1. 保險收支餘絀實際數、預估數及兩者之差異率	半年 (季呈現)	收支餘絀預估之準確性	負向	實際	728.38 億元	811.30 億元	539.71 億元	35.26 億元 (第3季)
					預估	594.42 億元	399.13 億元	500.71 億元	-9.86 億元 (第3季)
					差異	22.54%	103.27%	7.65%	457.63% (第3季)
	2. 安全準備總額折合保險給付支出月數	半年 (季呈現)	保險之安全準備是否在法定範圍內	正向		2.24	4.05	5.10	4.98 (第3季)
	3. 保費成長率與GDP成長率比值	年	保費成長趨勢	無正負向		3.72	0.82	-0.12	尚無資料
	4. 全民健保醫療支出占GDP比率	年	健保支出成長趨勢	無正負向		3.60%	3.50%	3.49%	尚無資料
	5. 國民醫療保健支出占GDP比率	年	醫療保健支出水準/國際比較	無正負向		6.35%	6.22%	6.14%	尚無資料
6. 資金運用收益率	半年 (季呈現)	資金管理效率	正向		0.68%	0.66%	0.74%	0.54% (Q3)	

## 第五節 提供政策與法規諮詢意見，興革健保業務

### 業務簡介

依健保法第5條規定，保險政策、法規之研究與諮詢為健保會應辦事項之一，衛福部、健保署對於涉及多數民眾權益的健保政策或法規，希望能透過健保會民眾參與的溝通平台，諮詢各方代表的意見，使所制訂的政策、法規更趨周延、完善。相對地，健保會委員基於由社會各界推派代表的職責，也希望在此平台為大眾發聲，提供健保各項重要政策的相關建言，作為政府部門推動政策、制訂法規的參考，使健保會的功能得以充分發揮。

此外，健保法也規定健保署所擬訂「抑制資源不當耗用改善方案」（第72條）、「保險醫事服務機構提報財務報告辦法」（第73條）、「保險人及保險醫療服務機構應公開之醫療品質資訊辦法」（第74條）等，須提健保會討論，以利收集多元意見，擴大社會參與健保事務的層面。

### 執行成果

105年健保署依上開規定提送「醫療品質資訊公開辦法修訂案」請健保會討論，並諮詢該會對「衛福部推動分級醫療推動策略」之意見，健保會委員亦繼續關注「健保法施行細則第45條之修正及探討政府負擔法定下限36%範圍」、「強制汽車責任保險法第27條修正案」、「菸品健康福利捐予健保安全準備之分

配比率」、及「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案之檢討」等議題，提供相關政策建言及對業務、財務興革之建議，積極善盡職責，茲分別說明如下：

#### 一、依法送健保會討論事項—「醫療品質資訊公開辦法」之討論（第74條）

為讓健保醫療品質資訊更為公開透明，健保署依健保法第74條規定，自102年起，擬訂「醫療品質資訊公開辦法」，並於103、104年分別修訂部分指標，提健保會討論後，報衛福部核定發布。該辦法第2條規定，健保署應定期公開之醫療品質資訊包括「整體性」及「機構別」約100多項指標，並公開於健保署網站（<http://www.nhi.gov.tw/AmountInfoWeb/index.html>，如圖3-26）。民眾可透過下列公開的資訊查詢各醫療院所之品質表現，有助選擇就醫院所參考。

健保署為提供民眾更豐富的就醫資訊，經收集各界意見及函詢相關專業團體後，於健保會105年8月份委員會議討論醫療品質資訊公開辦法之附表修訂案，包含新增14項機構別指標，及修訂1項整體性指標之文字。新增重點如下：

- （一）急診指標（2項）：分別為「完成急診重大疾病照護病人進入加護病房小於6小時比率」、「檢傷一、二、三級急診病人轉入病房小於8小時之比率」，以利了解醫院急診處置效率及處置能力。



圖3-26 全民健保醫療品質資訊查詢網頁

- (二) 安寧療護指標（1項）：「接受安寧緩和和家庭諮詢者簽署安寧緩和醫療同意書比率」。
- (三) 雲端藥歷指標（2項）：了解「西醫基層診所」及「特約藥局」之門診病人健保雲端藥歷查詢率。
- (四) 慢性病連續處方箋指標（2項）：了解慢性病連續處方箋「西醫基層診所」開立比率及「醫院」釋出率。
- (五) 牙周病計畫完成率指標（1項）：了解牙醫院所執行牙周病計畫成效。
- (六) 傷科整復與推拿案件占率指標（1項）：了解診所中醫師是否親自執行傷科整復及推拿。

(七) 疾病別指標（4項）：包含鼻竇炎疾病使用「氟化恩莧類抗生素（Fluoroquinolones）案件比率」（1項），以及「腦中風照護」3項指標，包含出院時有處方抗血栓藥物比率、住院期間或出院後4個月內接受復健服務比率、住院1日／2日內給予抗血栓藥之比率。

(八) 全日平均護病比指標（1項）：公開全日平均護病比資料，供民眾了解醫院照護人力情形，並促進醫療機構改善護理人力勞動條件。

議案經討論後，委員多認為醫療品質公開對民眾具有意義，爰就民眾思維及醫事服務機構執行面，提供諸多建議請健保署參酌，摘要如下：

- (一) 研擬草案過程宜先邀集相關團體討論，新增指標應有明確定義。
- (二) 新增「腦中風病人住院日起180日內之住院日數及費用（包含住院期間及急性後期照護）」指標。
- (三) 將「全日平均護病比」指標名稱修訂為「急性一般病床全日平均護病比」。

健保署經參酌委員意見後，取消新增4項定義尚不明確之指標（急診1項、安寧療護1項、雲端藥歷2項），及將新增之1項急診指標修改為「檢傷一級／二級／三級急診病人轉入病房小於8小時之比率（分別計算）」，並新增「腦中風病人住院日起180日內之住院日數及費用（包含住院期間及急性後期照護）」



指標，報陳衛福部於105年12月15日發布修正「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第二條之附表一、附表二（新增12項、修訂1項），修正後公開之整體性、機構別之指標計163項（附錄十一）。

## 二、提供政策之諮詢意見－「推動分級醫療」

為回應民眾及醫界對二代健保改革的殷切期盼，促使大型醫院回歸教學、研究，及提供急重難症照護的本質，改善醫學中心門、急診壅塞情形，衛福部與健保署在彙集公聽會、立法院衛環委員會及專家學者意見後，擬訂推動分級醫療的六大策略及相關配套措施，重點如下：

（一）壯大基層醫療服務量能：開放基層申報給付的表別、擴大診所服務範疇、擴大家庭醫師整合照護計畫、鼓勵診所醫師朝向聯合執業，並輔導基層診所規劃無障礙空間。

（二）導引民眾轉診就醫習慣與檢討部分負擔：

1. 降低弱勢民眾就醫經濟障礙、提高假日基層開診率，及提供開診時段與急診就醫資訊查詢，並建置電子轉診單以監控非必要的轉診。
2. 調整部分負擔，鼓勵民眾至診所就醫，所擬的方案如表3-20。

表3-20 全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用（草案）

層級別	西醫門診部分負擔		急診部分負擔	
	轉診	未經轉診	檢傷分類	
			第1級、第2級	第3至第5級
醫學中心	170元↓ (原210元)	420元↑ (原360元)	450元	550元↑ (原450元) 夜間0時至凌晨6時至急診就醫 450元 <sup>註1</sup>
區域醫院	100元↓ (原140元)	240元	300元	300元
地區醫院	80元	80元	150元	150元
基層醫療單位	50元	50元	150元	150元

資料來源：整理自健保會第2屆105年第11次委員會議資料。

註：1. 106年2月公告之內容業刪除本項。

2. 其他保險對象門診、急診應自行負擔之部分醫療費用，仍依現行規定辦理。

- (三) 調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務：逐年減少醫學中心及區域醫院的初級照護服務量，依106年度總額協商結果，設定醫學中心及區域醫院初級照護服務量不得超過105年的一定比例，超過部分，不予分配總額。其策略目標是促使大型醫院回歸教學、研究及急重難症照護的本質，因此106年亦將挹注60億元調高重症支付標準，讓醫院處理重症為主。至於初級照護或輕症的定義，將與醫界充分討論後再訂出認定標準。
- (四) 強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護：建置轉診及居家照護資訊交換平台、強化醫院出院準備及追蹤服務、挹注經費鼓勵醫師跨層級支援，及試辦區域醫療整合計畫。
- (五) 提升民眾自我照護知能：運用家醫群24小時電話諮詢服務，加強宣導分級醫療觀念，並建立民眾自我健康管理知能。
- (六) 加強醫療財團法人管理：修法加強醫療財團法人監督管理，限制醫療法人醫院附設診所。

前揭推動分級醫療政策，經健保署提案至105年11月份委員會議專案報告，與會委員一致肯定衛福部及健保署推動分級醫療的精神、方向及策略，惟表達以下意見，提供衛福部及健保署參酌。

- (一) 民眾就醫習慣不易改變，調高門診部分負擔並不能促使就醫者分級轉診，應以

調整支付標準鼓勵醫院轉診等措施，達到分級醫療的目的。

- (二) 以檢傷分類及就醫時段做為是否調整急診部分負擔的依據，恐增加第一線醫護人員的工作壓力，並可能衍生醫療糾紛或急診暴力現象。
- (三) 民眾在假日期間至醫院急診就醫，主要是因為假日基層診所的開診率不高，且民眾無法判別病情輕重，因此應先提高診所假日開診率，以利舒緩醫院急診壅塞情形。
- (四) 友善就醫環境並非單純規劃無障礙空間，對於特定不適宜於基層診所就醫之身心障礙病患，應理解其真正的需求。
- (五) 宜藉由密集宣導，讓民眾知道推動分級醫療是為了讓醫療更有效率，新的醫療時代來臨，需要民眾齊心協力珍惜健保。

### 三、對健保財務、業務興革之建議事項

- (一) 健保法施行細則第45條之修正建議

二代健保為強化健保財務來源，加重政府對健保的財務責任，乃於健保法第3條明定「政府每年度負擔健保之總經費，不得少於『每年度保險經費扣除法定收入後金額之36%』」。健保會委員基於健保財務監理之職責，對政府應負擔健保總經費不足法定下限36%的預算撥列情形，持續高度關切。

在104年時，主計總處與衛福部對健保法第3條政府負擔健保總經費不足

法定下限（36%）差額之計算有不同見解，為釐清該計算疑義，行政院乃召集衛福部、主計總處及相關單位，就法制面進行多次研商後，獲致下列3項結論：

1. 政府應負擔健保法法定下限差額之計算方式，尊重主管機關對健保之法令解釋權及計算方式。
2. 原住民健保費等9項補助，均屬健保收入面中政府已實質負擔之保險費，應列入政府負擔數，自104年度起實施，並請衛福部配合修正健保法施行細則第45條規定。
3. 請主計總處會同衛福部，依前開原則重新計算本案預算不足數金額，並依政府財政狀況分年補撥。

【註：上開政府已實質負擔之9項保險費如下：1.原住民健保費；2.65歲以上離島地區居民健保費；3.70歲以上中低收入老人健保費；4.中低收入戶未滿18歲兒少健保費；5.中低收入戶健保費；6.中重度身心障礙者健保費；7.失業被保險人及其眷屬健保費（僅包含中央政府補助10%之部分）；8.受僱者（勞工身分）保險費育嬰留職停薪期間繼續參加社會保險應由政府補助之全民健康保險費；9.經濟弱勢者健保費。】

衛福部依上開第2項結論，於104年12月15日發布「全民健康保險法施行細則」修正條文，將9項政府負擔的

保險費納入計算法定下限36%範圍（第45條），並追溯至104年1月1日施行（第73條）。

健保會滕委員西華等24位委員，認為此舉並不合理而有違反法律不溯及既往之原則，乃於105年3月份委員會會議提案，以健保會各類委員代表名義籌組立法院拜會小組，請滕委員西華、謝委員天仁擔任召集人、副召集人，針對健保法施行細則第45條修正案之合理性進行與健保會任務相關之拜會。

上開拜會小組於105年5月17日假立法院召開記者會，健保會計8位委員代表出席，以「撤回違法公告，維護健保永續」為訴求，籲請社會福利及衛生環境委員會要求行政部門撤回違法公告，並於記者會後拜會民進黨、國民黨及時代力量等黨團，尋求支持。

立法院第9屆第1會期社會福利及衛生環境委員會，於105年6月22日召開第33次全體委員會議，審查104年12月15日衛福部發布之健保法施行細則部分條文修正案，並通過2項決議，略以：

1. 衛福部於104年12月15日發布之「全民健康保險法施行細則部分條文修正案」中，第73條第2項規定該次修正之第45條條文溯及自104年1月1日施行，違反不溯及既往之法律原則。爰此，決定依規定提報立法院院會議決後，通知衛福部更

正該細則第73條，將104年12月15日發布之「全民健康保險法施行細則」第45條條文，更正為自105年1月1日施行。

2. 衛福部於104年12月15日發布之「全民健康保險法施行細則部分條文修正案」中，第45條原規定政府負擔經費，係指政府依全民健康保險法第27條及第34條規定負擔之保險費，不應將「失業被保險人及其眷屬健保費」，及「經濟弱勢者健保費」之補助，納入政府負擔經費之計算。爰此，決定依規定提報立法院院會議決後，通知衛福部更正之。

上開決議提經立法院105年10月21日召開之第9屆第2會期第7次院會通過。衛福部依據立法院會決議，於105年11月16日預告健保法施行細則第45條及第73條修正草案，將「失業被保險人及其眷屬健保費」，及「經濟弱勢者健保費」之補助，排除在計算政府負擔經費之外，同時修正第73條第2項，將104年12月25日發布之第45條條文，更正為自105年1月1日施行，並於105年12月23日發布。健保會委員為健保財務所提興革建議，也獲得政府正向回應。健保法施行細則第45條、第73條修正情形如表3-21。

表3-21 健保法施行細則第45條、第73條近期修正情形

	105.12.23 修正條文	104.12.15 修正條文	101.10.30 修正條文
第45條	本法第三條第一項所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。	本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費如下： 一、政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費。 二、政府依本法第二十七條與其他法律規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。 三、受僱者育嬰留職停薪期間，政府補助原由雇主負擔之保險費。	本法第三條所稱政府每年度負擔本保險之總經費，指政府為投保單位時，依本法第二十七條第一款第一目、第二目及第三十四條規定應負擔之保險費，及政府依本法第二十七條規定補助各類被保險人及其眷屬之保險費。
第73條	本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。 本細則修正條文，除中華民國一百零四年十二月十五日修正之第四十五條自一百零五年一月一日施行外，自發布日施行。	本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。 本細則修正條文，除第四十五條自中華民國一百零四年一月一日施行外，自發布日施行。	本細則自中華民國一百零二年一月一日施行。

資料來源：全國法規資料庫（首頁＞法規查詢＞全民健康保險法施行細則＞沿革）。

(二) 對政府應負擔健保經費法定下限36%之計算建議

在關注健保法施行細則第45條修法案的同時，健保會委員亦就政府應負擔健保總經費法定下限36%，其計算公式的「一致性」與「合理性」提出疑義。

由於健保署現行計算公式，將7項保險費計入政府負擔數後，預估將使105年的保費收入減少107億元（當年收支為結餘；7項保險費共計68.5億元，再加計因採用36%收入面公式衍生之影響數38.5億元，共計107億元）；預估使106年的保費收入減少70.6億元（當年收支為短絀；7項保險費共計70.6億元，採用支出面公式且未衍生額外影響數），最終使105年的影響金額被放大、106年的影響金額未被放大，未符「一致性」。

健保會委員並認為該7項政府已實質負擔保險費，原屬社會福利支出，

勉為其難接受衛福部修法將其計入政府負擔數，若因計算公式之故，再進一步放大7項保險費計入後的影響數，實非合理。

因此，於105年12月份委員會議決定，請健保署計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限36%所採之邏輯，應具有一致性，計算公式需宏觀與合理思量，並將本項議題列入持續追蹤事項。

(三) 對「強制汽車責任保險法第27條修正案」之建議

健保法第95條規定，保險對象發生對第三人有損害賠償請求權的保險事故時，健保署於提供保險給付後，得依規定代位向強制汽車責任險（下稱強制險）保險人行使損害賠償請求權。根據健保署資料，87年至103年汽車交通事故代位求償共計115.5萬件，金額達312億元（如表3-22）。

表3-22 汽車交通事故代位求償統計

單位：件；億元

年度	87至98	99	100	101	102	103	合計
件數	589,171	95,852	109,256	120,190	119,319	121,425	1,155,213
金額	174.44	24.87	27.23	30.07	30.25	25.20	312.06

資料來源：健保會第2屆104年第5次委員會議資料。

105年3月，李應元、蘇震清等16位立法委員，為釐清強制汽車責任保險與全民健康保險之給付責任，提出「強制汽車責任保險法第27條條文修正草

案」，擬將強制險傷害醫療費用給付，排除全民健康保險法所規定的給付範圍，欲藉此減輕強制險被保險人的保費負擔（條文對照表如表3-23）。

表3-23 強制汽車責任保險法第27條修正草案與現行條文對照表

現行條文	105年3月草案	103年10月草案
<p>本保險之給付項目如下： 一、傷害醫療費用給付。 二、殘廢給付。 三、死亡給付。 前項給付項目之等級、金額及審核等事項之標準，由主管機關會同中央交通主管機關視社會及經濟實際情況定之。 前項標準修正時，於修正生效日後發生之汽車交通事故，保險人應依修正後之規定辦理保險給付。</p>	<p>本保險之給付項目如下： 一、傷害醫療費用給付。 二、殘廢給付。 三、死亡給付。 <b>前項傷害醫療費用給付不包含全民健康保險法依法給付之項目或其授權法規所規定之給付項目。</b> 前第一項給付項目之等級、金額及審核等事項之標準，由主管機關會同中央交通主管機關視社會及經濟實際情況定之。 前項標準修正時，於修正生效日後發生之汽車交通事故，保險人應依修正後之規定辦理保險給付。</p>	<p>本保險之給付項目如下： <del>一、傷害醫療費用給付。</del> 三一、殘廢給付。 三二、死亡給付。 前項給付項目之等級、金額及審核等事項之標準，由主管機關會同中央交通主管機關視社會及經濟實際情況定之。 前項標準修正時，於修正生效日後發生之汽車交通事故，保險人應依修正後之規定辦理保險給付。</p>

資料來源：健保會第2屆105年第3次委員會議資料。

健保會蔡明忠等多位委員於105年3月份委員會議，提出「近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第27條，將『傷害醫療費用給付』不包含全民健康保險法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應。本會對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額」案。

健保署在該次會議也提出「立法委員李應元等16人擬具『強制汽車責任

保險法第27條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除全民健康保險法所規定給付範圍，影響健保財務」報告案，說明該修法案若通過，將使健保每年減少代位求償收入約20億元，對健保財務影響甚鉅。

案經過熱烈討論，決議建請衛福部、健保署就立法委員擬具「強制汽車責任保險法第27條條文修正草案」，通盤研議因應方式，除評估對健保財務影響外，另須強化健保代位求償在法律層面之正當性。

健保會將委員意見函請衛福部參酌，並請健保署持續追蹤其修法進程，主動、即時將該案最新動態提報至健保會。截至105年底，該修法案尚未排入立法院財政委員會審查。

(四) 籲請將菸品健康福利捐分配比率調降之20%，其中未使用於長期照顧用途之17%回歸健保

菸品健康福利捐立法意旨係希望將所徵收的費用，運用於防治菸害所造成的相關疾病，因此「菸品健康福利捐分配及運作辦法」規定，應有一定百分比挹注健保安全準備。

衛福部於104年8月20日預告修正菸品健康福利捐分配及運作辦法修正條文，擬將菸品健康福利捐分配予健保安全準備比率，由70%調整為50%以配合長期照顧服務法之制定公布，增列長期照顧資源發展之用，健保會雖曾於104年度期間多次委員會議討論此案，並將反對意見行文相關單位，惟衛福部仍於104月10月15日發布修正條文，將分配健保安全準備的比率由70%調降至50%。

歷年菸品健康福利捐徵收金額及分配予健保安全準備之百分比、健保安全準備獲配金額如表3-24、3-25。

表3-24 歷年菸捐徵收金額及分配健保安全準備之比率

施行日期	91.1.1	95.2.16	98.6.1	104.9.1
徵收金額	5 元／每包	10 元／每包	20 元／每包	20 元／每包
分配健保安全準備比率	70%	90%	70%	50%

資料來源：健保署網頁 > 主題專區 > 菸害與菸捐 > 健保署獲配菸品健康福利捐之運用及成效 > 全民健康保險之安全準備。



表3-25 歷年菸捐分配健保安全準備金額

單位：億元

年	挹注安全準備金額
99	239.67
100	241.79
101	238.62
102	247.75
103	229.24
104	209.26
105	171.84
合計	1,578.17

資料來源：健保署網頁 > 主題專區 > 菸害與菸捐 > 健保署獲配菸品健康福利捐之運用及成效 > 全民健康保險之安全準備、健保署 105 年 12 月份會計月報。

健保會趙委員銘圓等5位付費者委員基於健保財務長期考量，於105年6月份委員會議提出「建請健保署針對菸品健康福利捐分配於健保之安全準備金從70%調整至50%一事，重新審視其調整的比率，目前健保署提出105年健保收支餘絀預估值為負117億元，之後會由健保安全準備填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘17%偷渡至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的17%回歸到健保安全準備金中」案。該案獲得委員的一致支持，決議送請衛福部參酌，並請健保署未來於國

健署討論菸捐分配比率時，協助提案將菸品健康福利捐分配比率調降之20%（70%→50%），其中未使用於長期照顧用途之17%，回歸健保安全準備金。

（五）檢討「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案

「全民健康保險藥品費用分配比率目標制試辦方案」自102年1月1日起公告實施，截至105年止，共試辦4年，實施範圍包含醫院總額、西醫基層總額（均含門診透析）、牙醫門診總額及其他預算等，不含中醫門診總額。藥品費用分配比率目標值之設定，基期年費用採前1年的藥費目標值，成長率則採當年度總額（不含中醫）的總成長率；至於藥費超出目標值之處理方式，當年度



藥品費用之核付，與現行總額的作法一致，自總額預算預先扣除；若年度結束時，當年度藥品費用核付金額超出預先設定的目標值時，則於次年度以超出目標值的額度為限，調整藥物給付項目及支付標準。

健保會委員相當關切藥品費用分配比率目標制試辦方案之執行情形，乃請健保署於105年6月份委員會議進行專案報告，並提供諸多建議供健保署參酌，重點如下：

1. 多數委員表達不支持以現行方案繼續試辦，理由為：

(1) 依健保法第5條第1項第3款，藥品費用分配比率目標值涉及總額之協定與分配，屬健保會權責；衛生署前於101年交付費協會討論，惟未獲共識，其本意即不同意實施。惟衛生署仍堅持試辦，故106年應考量是否採試辦方案續辦。

(2) 目標額度訂定方式不合理：所設成長率與總額（不含中醫門診）

成長率一致，其關連性、合理性應再檢討。

2. 實施目的不明確：現行已可透過下列方式管控藥費（含數量、價格），實施試辦方案若僅為讓藥價調整額度可預期，實未具有理想性，宜釐清其預期成效及具體目標。

(1) 藥量管控措施：包括建構雲端藥歷查詢系統以整合民眾用藥，及實施重複用藥核扣、高診次與單一處方用藥品項數等管控措施。

(2) 依法規調整藥價：健保署可依健保法第46條規定，依市場交易情形合理調整藥價，以縮小藥價差，及控制藥費在合理範圍，若實施藥品費用分配比率目標制，每年調整藥價，恐因換藥問題而影響民眾用藥，試辦方案雖可在預期額度內調整藥價。但無法有效反映市場實際交易狀況，建議仍宜透過藥價調查調整藥價。



**2016** Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



**第四章  
未來展望**



*Future Prospect*



## 第四章 未來展望

我國全民健保的好是世界公認，也是國人認為表現最好的面向；依據最新出爐的2017《天下》國情調查發現，台灣在過去經歷了各種社會變遷後，國人認為哪些面向表現最好？有四成五民眾首推「醫療健保」，而近年來民眾對全民健保的滿意度，也多維持在八成左右。可見自84年3月開辦迄今逾20年的全民健保，已然成為台灣社會安定及民眾健康安全的重要支柱與保障。

隨著現代人的平均壽命延長、新藥物費用上漲，以及人口老化與慢性病人數的增加，在資源有限的情況下，全民健保仍面臨諸多挑戰。為使健保制度更符合社會期待，健保會也將持續檢討改善相關措施，朝下列方向推動革新，期提升監理效能，健全財務收支連動機制，落實醫療資源合理配置，促使健保穩健經營，帶給全民更大福祉。

### 一、辦理監理指標論壇，提升監理效能

健保會建置之「全民健康保險業務監理架構與指標」，經運作一段期間後，於105年8月份委員會議決定，應針對各構面之監理指標進行檢討。爰預定於106年度辦理「建立監理指標與健保效能之關連性評析」委託計畫案，期透過召開論壇方式，以諮詢各領域專家學者意見、健保會委員、健保業務相關之非政府組

織等法人團體意見，檢視指標之合理性及妥適性，並研提監理指標之具體增修建議，藉以剖析105年全民健康保險年度監測結果報告書，俾利監理架構與指標能與時俱進及更貼近監理業務所需，提升監理效能。

### 二、研議財務收支連動機制之原則及作業流程

為建立整合式收支連動之財務平衡機制，健保會於105年委託元智大學進行「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」研究計畫，相關研究及建議摘述如下：

- (一) 健保會與健保署共擬會議之權責宜明確化，健保會每年在總額協定時框定新藥新科技範圍及費用，讓共擬會議在該範圍內決定給付項目。
- (二) 健保署向健保會提出年度給付項目調整方案時，若涉及財務平衡者，宜有整體規劃方案（草案）內容及預估所需經費。
- (三) 收支平衡費率估算時，須模擬在不同情境下，其他可行調整方案，而非以安全準備餘額作為調整費率的唯一標準，避免陷入單向思考。

(四) 保險費率調整不宜太頻繁、幅度不宜太高，且不宜將其視為唯一的收支連動工具。

前揭研究成果，對於強化費率審議、給付範圍審議及總額協定分配三者之互動及總額協商與新增給付項目之扣連，及釐清健保會與健保署共同擬訂會議之權責，具有助益，將參酌納入未來業務運作之參考。

### 三、檢討地區預算分配方式，均衡各區醫療資源

錢跟著人走、漸進增加地區預算分配公式中的「人口占率」，以減緩衝擊，為衛福部所交付的地區預算分配政策。然每年討論地區預算分配案時，中醫、西醫基層及醫院部門代表屢表達增加人口占率有其實務困難，並對於分配公式之內涵有意見，此外，因六分區預算存在競合關係，各總額部門對於人口占率是否前進，醫界內部亦難獲致共識。而付費者代表則期望能藉「錢跟著人走」，以保障各區民眾就醫公平，並引導醫療資源均衡分布。

有鑑於此，健保會乃於105年3月4日召開「西醫基層、醫院與中醫門診總額地區預算分配方式」座談會，邀集專家學者、各總額部門相關團體及健保署、社保司等單位，共同檢討現行分配公式，研提改善建議供健保署及總額部門參考。105年討論106年各部門總額地區

預算分配案時，雖然中醫及醫院部門提出初步構想，惟尚無細部操作方案，致未能獲致共識，乃沿用現行分配方式，並續以提升「人口占率」。

考量地區預算分配問題，並非我國所特有，為吸取國際先進國家之實施經驗，105年乃委託臺灣大學辦理「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，預計於106年綜整研究成果及相關專家學者之寶貴建議，期藉由國際經驗，以及對不同分配方式的公平性探討，獲致兼顧各區醫療需求與實務，並為醫事服務提供者代表與付費者均能接受的分配方式，供未來參用。

健保會經過4年來的運作，委員認為二代健保制度的建立已漸趨完善，對於醫護人員福利措施的改善也有進展，並肯定健保制度對全民健康的維護。但面對人口結構日趨老化及醫療技術與設備日新月異的情況下，整體醫療支出成長已不可逆，未來健保的財務負擔將愈趨沉重，實有必要完善資訊架構及重建完整的服務體系，並以理性、宏觀且具前瞻性的思維，合理分配健保資源，透過垂直整合醫療體系，降低醫療浪費，促進醫病關係和諧及維護國民健康。期許未來健保會運作更和諧順暢、健保政策更加惠民、總額配置愈符正義，集思廣益，為全民把關，共創多贏。讓健保實踐對全民健康照護的承諾，成為台灣永遠的驕傲！

## 委員的期許與展望

合理公平分配健保總額，並以分配手段，透過垂直整合醫療體系，降低醫療浪費，引導醫學中心以重症醫療為主，初級照護等輕症醫療下放基層，逐步達成分級醫療的目標。

— 謝天仁

沒有最好，只有更好！期許在產官學與民眾共同合作下，讓健保實踐對全民健康照護的承諾，成為台灣永遠的驕傲！

— 張澤芸

面對快速高齡化，如何讓健保永續照顧全民，要開源？要節流？支付制度要如何改？都需要理性、宏觀且前瞻性的思維。

— 吳肖琪

衷心期望健保會能力挺健保永續、尊重醫療專業、促進醫病良好關係。有快樂的醫療人員，才有更健康的病人及民眾。

— 邱泰源

「集思廣益，共創多贏」

— 張文龍

雖然期待衛生福利部在健康保險的政策上要有「擔當」的展現，但不是表現在「擅自改變各界健保委員們協商的共識結果」上。

— 黃淑英

全民健康保險會的目標應該是協助衛福部及健保署，為全國2,300萬被保險人追求高品質且可負擔的健保醫療服務，另一方面也必須有勇氣向民眾說明，哪些醫療服務不能或是不應該納入健保給付，以免造成醫療資源的排擠，所有委員應站在維持健保永續經營、促進醫病關係和諧及維護國民健康的平衡點上建言。

— 李偉強

隨著醫療資源越來越豐富，而台灣人口也步入高齡化社會，整個醫療支出高漲已不可逆，但健保費收入隨著經濟發展遲緩而停滯，該如何增加保費收入成為大家要持續關注焦點。

— 林敏華

分級醫療是導正健保制度及血汗醫院的關鍵重要環節，籲請全民及政府共同打造健康照護網，維護健保永續。

— 謝武吉

全民健康保險主要目的在追求國民就醫可近性的提升並減少經濟障礙，要達此目標，醫療服務體系的正常發展是關鍵要素之一，健保會職司對於健保體制監督之責，除了關心財務收支平衡外，更需要關切醫療供給面之營運需要，民眾始能感受到健保的受益與實惠，健保制度始能永續運作。

— 楊漢源

牙醫率先執行總額至今已19年，一路走來牙醫界秉持著照顧民眾口腔健康為目標，提昇醫療品質宗旨，照顧弱勢為優先，以同儕制約自主管理達到總額支付之精神，期許政府能尊重專業自主，朝向與世界接軌的醫療環境。

— 陳義聰

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

二代健保法律施行約滿四年，經過全體相關政府單位團體及委員代表的努力，健保制度的建立改善運作漸趨完整健全，對於醫護人員的福利措施也有進展完善，對於全民健康的維護也獲得良好進步品質提昇，但是因為醫療科技的進步和龐大經費的支付，未來健保結構財務承擔愈來愈重，必須對於醫療提供服務者完善資訊架構和重建服務體系的完整性，才能建構永續發展的健保體制更臻完善健全發展機制。

— 何語

健保會是社會多元參與的健保政策議題討論協商平台，每位委員都戮力於專業職責對健保政策貢獻心力。委員代表在收、支與醫療提供者三方，都應深入理解不同團體所提之訴求，各團體之間應更加理性溝通對談，進入實質權責相符的健保組織體制對等協商機制，才是全民健保永續發展之道。

— 張煥禎

醫療資源有限，面對人口結構日趨老化及醫療技術與設備日新月異，期許健保會運作和諧順暢，為全民把關，落實醫療資源合理配置，使健保制度符合社會期待，並能永續經營，帶給全民更大福祉。

— 陳平基

健保資源有效運用 保費分擔公平合理  
重視健保雙務精神 社保社福分野明確  
適時優化健保政策 完善財務預算制度

— 李永振

期盼全國民眾與醫事人員，共同珍惜健保資源，創造更優質的全民健康，讓世界第一的台灣全民健保，成為各國想學習的國家。

— 李蜀平

祝福全民健康保險會未來運作和諧溝通，使健保政策更加惠民，理性協商，使總額配置愈符正義。

— 戴桂英

**2016** Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare



附録



A Newton's cradle with five silver spheres is the central focus, set against a background of overlapping, semi-transparent geometric shapes in various shades of gold and beige. The lighting is soft, creating a warm and professional atmosphere.

*Appendix*

## 附錄一 衛生福利部全民健康保險會第2屆（105年）委員名錄

聘期 104.01.01~105.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註	
被保險人代表	中華民國全國公務人員協會	理事長	張 賜 李來希	104.01.01~104.11.05 104.11.06~105.12.31	
	中華民國會計師公會全國聯合會	業務發展委員會主任委員	莊志強		
	全國產業總工會	監事會召集人 常務理事	蔡登順 趙銘圓	104.01.01~104.11.05 104.11.06~105.12.31	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男		
	中華民國全國勞工聯盟總會	理事長	侯彩鳳		
	台灣社會福利總盟	理事長 中華民國智障者家長總會 秘書長	吳玉琴 林惠芳	104.01.01~105.03.14 105.03.15~105.12.31	
	中華民國農會	保險部主任	林敏華		
	中華民國全國漁會	秘書	陳健民 陳平基	104.01.01~105.01.30 105.01.31~105.12.31	
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁		
	中華民國身心障礙聯盟 *	秘書長	滕西華		
	中華民國全國職業總工會 *	副理事長	楊芸蘋		
	台灣女人連線 *	秘書長 常務理事	蔡宛芬 黃淑英	104.01.01~105.07.12 105.07.13~105.12.31	
	雇主代表	中華民國全國工業總會	常務理事	何 語	
		中華民國全國商業總會	監事會召集人	葉宗義	
		中華民國工商協進會	財稅研究委員會委員	李永振	
		中華民國工業協進會	秘書長	張文龍	
中華民國全國中小企業總會		榮譽理事長	李成家		
行政院主計總處	公務預算處專門委員	陳幸敏			

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註	
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	楊漢淙		
		法規委員會委員（台灣醫學中心協會秘書長）	潘延健	104.01.01~105.07.12	
		全民健康保險委員會委員（台灣醫學中心協會秘書長）	李偉強	105.07.13~105.12.31	
		理事（中華民國區域醫院協會顧問）	張煥禎		
		副理事長（台灣社區醫院協會理事長）	謝武吉		
	中華民國醫師公會全國聯合會	秘書長	蔡明忠	104.01.01~105.06.15	
		理事長	邱泰源	105.06.16~105.12.31	
		副秘書長／常務理事	黃啟嘉		
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	陳義聰		
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	何永成 陳旺全	104.01.01~105.11.03 105.11.04~105.12.31	
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長／輔導理事長	李蜀平		
中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	楊麗珠 張澤芸	104.01.01~105.04.11 105.04.12~105.12.31		
政府機關	國家發展委員會	人力發展處處長	林至美		
	衛生福利部	社會保險司司長	曲同光 商東福	104.01.01~105.09.02 105.09.09~105.12.31	
專家學者及公正人士	衛生福利部	本職	國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授（主任委員）	鄭守夏	104.01.01~104.12.31
			亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員（主任委員）	戴桂英	105.01.01~105.12.31
		國立陽明大學衛生福利研究所教授	吳肖琪		
		國立政治大學財政學系名譽教授	陳聽安		
		中央研究院客座專任教授及經濟研究所兼任研究員	羅紀琮		
		亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員	戴桂英	104.01.01~104.12.31	
長榮大學醫務管理學系副教授	黃偉堯	105.01.01~105.12.31			

註：「\*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

## 附錄二 105年度大事紀

(105.1.1 ~ 105.12.31)

1月

1

- 一、健保會（下稱本會）第2屆35位委員，任期自104年1月1日至105年12月31日止。鄭前主任委員守夏於104年12月31日卸任（請辭），本部乃敦聘亞洲大學健康產業管理學系戴教授桂英兼任，任期自105年1月1日至同年12月31日止。
- 二、新聘委員及代理出席會議之代理人，於首次參加會議前需揭露其專職、兼職、顧問職，並公開於本會網頁。

召開105年1月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

（一）健保署報告「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫（草案）」案：

1. 本計畫對精進評核指標及鼓勵增加收案對象等之努力，值得肯定；惟「健康存摺」在施行上存有疑慮，請再行與中華民國醫師公會全國聯合會研商，並於凝聚共識後再考量將健康存摺下載率列為評核指標。
2. 委員所提擴大計畫涵蓋率、擇適合縣市政府合作以提升民眾照顧品質等建議，請參辦。

附帶決定：考量家醫制度是健保醫療體系的基礎，本計畫值得委員實地瞭解，請幕僚與健保署研商相關訪視活動，或規劃納入3月份參訪活動行程中。

（二）健保署提報「105年度西醫醫療資源不足地區改善方案（草案）」案：

1. 105年度西醫基層總額之「西醫醫療資源不足地區改善方案」專款項目，全年經費240百萬元，除已提的180百萬元用途外，尚有60百萬元之支用方式待確定，請會同中華民國醫師公會全國聯合會研議後，於3月底前提報本會，以符協定事項之要求。
2. 委員所提相關建議，請參酌納入方案內容。

（三）健保署104年12月份全民健康保險業務執行報告案：

委員所提下列意見，請健保署參辦：

1. 「健保藥品差額負擔」制度尚無執行之法律依據，若為研擬制度之可行性，而須蒐集各界意見，則應審慎處理。
2. 請檢討修正全民健保「代位求償」之相關法令，以符實務需求。
3. 擬委託研究之初級照護定義，請於研究結果出爐後，於業務執行報告中呈現各層級醫院之該相關資料，以利制度檢討及醫療體系發展。
4. 醫療費用核減率是否分以「參加自主管理」醫院、「未參加自主管理」醫院呈現，考量各分區業務組之作法不一，恐有資料解讀的疑慮，請再溝通、協調。
5. 針對政府欠費，請加強和相關單位之溝通並依法辦理。

22

1月

22

## 二、重要討論事項暨決議：

(一) 因衛福部(疾病管制署)修正發布「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法」(名稱並修正為「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」),規範其給付對象為「有戶籍之國民」確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用。基於健保給付平等原則,對於參加本保險之保險對象,自「確診開始服藥二年內」之愛滋病治療費用,列為非屬本保險給付範圍,爰依健保法第51條規定,提請審議(健保署提案):

本案建議依健保法第51條第1款「依其他法令應由各級政府負擔費用之醫療服務項目」之規定,認定「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」項目,不列入本保險給付範圍,理由如下:

1. 104年2月4日總統令修正公布之「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第16條,已規定「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」由中央主管機關予以全額補助。
2. 上開條例(法律位階)授權訂定之下位法規「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」,違反該條例,依健保法,自不受該辦法之拘束。

(二) 建議待 ICD-10-CM/PCS 上傳申報穩定執行半年後,及解決 Tw-DRGs 編審程式問題後,再行規劃全面導入 Tw-DRGs 案(保險醫事服務提供者代表提案):針對委員「等作業系統穩定、完備後再全面導入」之訴求,將報請衛福部做為全面導入 Tw-DRGs 日期決定之參考。

2月

26

召開 105 年 2 月份委員會議。

## 一、健保署 105 年 1 月份全民健康保險業務執行報告案：

委員所提下列意見,請健保署參辦：

- (一) 1 月份之全民健保安全準備提列數已呈現負值,為利評估未來財務發展趨勢,請於 4 月份委員會議提報資料時,分析影響財務收支之各項因素,並加以說明,以利瞭解全貌。
- (二) 請提供國人境外就醫之醫療費用,及來臺依親人士之投保類別、人數、投保金額與國籍分布等資料。
- (三) 醫療費用點數及核減率相關報表,數據應具一致性,並備註資料產製時點及定義。

## 二、重要討論事項暨決議：

(一) 為提升醫療照護品質與善盡健保會委員監督健保資源使用,目前支付標準項目中如非醫師親自執行,健保應不予給付案(保險醫事服務提供者代表提案):本案需依現行醫師法、各項醫事人員法律、健保法等相關法規辦理。

(二) 建議 105 年度起，各部門總額評核資料於檢送評核委員時，應同時檢送本會推派擔任健保署研商議事會議及共同擬訂會議之代表，讓委員參閱其年度評核資料案（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表提案）：

為利本會保險付費者代表瞭解各總額部門運作情形，請各總額部門及健保署提報年度執行成果資料時，併同檢送本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

(三) 建議成立「健保藥品政策研究小組」，以研討健保藥品供需內容和藥價政策執行之規劃方案，期使合乎市場常軌與公平交易法規範，維護全民用藥品質及確保國人健康，並健全醫療服務體系案（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表提案）：

為利研討健保藥品政策及體制內公開藥價差等重要事項，請李委員蜀平、何委員語及滕委員西華協調 1 位擔任召集人，並由召集人邀集 8 位委員組成「健保藥品政策研究小組」，成員名單提下次委員會備查。其組成宜涵蓋保險付費者、保險醫事服務提供者代表及專家學者，以融入各方意見。

(四) 建議衛福部醫事司、護理及健康照護司及健保署於 4 月 30 日前向本會保險付費者代表簡報說明 102 ~ 104 年內科、外科、婦產科、兒科、急診科等五大科醫師及護理人力之增減情形案（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 依衛福部相關單位及健保署提供資料，委員肯定政府現行推動之措施，促使五大科醫師及護理人力不足情形獲得初步改善。
2. 委員亦十分關切影響醫護人力相關議題，如：醫療糾紛處理、執業環境改善、人才養成教育等，建請衛福部責成相關單位研擬中長期醫護人力改善計畫，避免產生斷層。
3. 委員就案內資料所提建議，如：應呈現實際護理人力數、102 年以前五大科醫師招收情形，及護理人力離職率仍偏高等，請幕僚洽請衛福部相關單位提供書面補充資料。

(五) 104 年度其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目，其經費不足部分准由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案（健保署提案）：

本案緩議。

### 三、專案報告暨決定：

(一) 健保署報告「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」之執行成果與檢討：

1. 肯定該署推動「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊方案」及「健保雲端藥歷系統」，用以提升國人用藥安全，及避免重複用藥與檢查之努力。
2. 委員所提提升院所上傳比率、現行簽署同意書作業方式等執行面及法規研修之建議，請納入日後研修參考，俾更臻完善。

(二) 健保署報告「全民健康保險業務監理指標」之監測結果：

參閱書面資料。

3月

4	<p>召開「西醫基層、醫院與中醫門診總額地區預算分配方式」座談會，專家學者提出諸多寶貴建議，供部門總額相關團體與健保署納為後續研修地區預算分配公式之參考：</p> <p>一、醫院及西醫基層部門：</p> <p>(一)「錢跟著人走」的政策方向，應續努力，然而考量醫療供給及民眾就醫習慣等因素，地區預算之人口占率須否達 100%，尚有討論空間。尤其是醫院部門的住院服務，考量跨區住院是合理存在的現況，R 值無須達 100%。</p> <p>(二)為促使醫療資源合理分布，以分區點值差異作為誘因有其必要性，醫界代表希望分區點值趨近之作法，宜慎重考慮；地區預算分配後，分區自主管理措施才是運作重點。</p> <p>二、中醫部門：</p> <p>中華民國中醫師公會全國聯合會所提建議方案，無法符合健保會「自 105 年度起，各區戶籍人口占率，以 5 年調升 10% 為目標」之決議，爰需再予調整。</p>
23	<p>105 年度委託元智大學辦理之「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」科技計畫，完成簽約，契約期間自 105 年 3 月 23 日至同年 12 月 15 日。</p>
25	<p>召開 105 年 3 月份委員會議暨辦理業務參訪活動。</p> <p>一、105 年 3 月份委員會議：</p> <p>(一)重要報告事項暨決定：</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本會重要業務報告： <p>請健保署下次提報業務執行報告時，納入委員對於醫療費用點數及核減率相關報表呈現方式之建議。</p> </li> <li>2. 本會訂定「105 年各部門總額執行成果評核作業方式」（如附件一）： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 一般服務及專款計畫之評核配分調整為 80% 及 20%，並於試行 1 年後檢討。</li> <li>(2) 請健保署及各總額部門配合時程提供所需資料。</li> </ol> </li> <li>3. 健保署提報「105 年度各部門總額品質保證保留款實施方案（草案）」之修訂內容： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 請依法定程序辦理「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」及「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」之後續事宜。</li> <li>(2) 「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」及「醫院總額品質保證保留款實施方案」，請會同總額相關團體，參酌委員所提建議研修後，提報下次委員會議。</li> </ol> </li> <li>4. 健保署提報「西醫基層總額『105 年度西醫醫療資源不足地區改善方案』之 60 百萬元支用」案： <p>請依法定程序辦理後續事宜。</p> </li> <li>5. 健保署 105 年 2 月份全民健康保險業務執行報告案： <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 委員所提意見請健保署參酌及提供相關書面說明。</li> <li>(2) 為保障保險對象之權益，將以本會全體委員名義向金融監督管理委員會表達反對運用健保卡處理非健保法規之事務。</li> </ol> </li> </ol>

3月

25

(二) 重要討論事項暨決議：

1. 建請以健保會名義，邀集會內各類委員代表，籌組立法院拜會小組，針對衛福部健保法施行細則第 45 條修正等相關不合理與適法性疑慮，進行立法院各朝野黨團之拜會案（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表提案）：由本會各類委員代表籌組立法院拜會小組，並請滕委員西華、謝委員天仁擔任召集人、副召集人，針對健保法施行細則第 45 條修正案之合理性，進行與本會任務相關之拜會。
2. 近日立法委員擬修正強制汽車責任保險法第 27 條，將「傷害醫療費用給付」不包含健保法所規定之給付項目。請研議該法案是否將影響健保財務穩定及本會因應方式；未來如再有影響健保財務穩定之法案，衛福部、健保署及本會如何因應？對於健保署代位求償收入流向之意見，及建請研議該收入應回歸各部門總額案（保險醫事服務提供者代表提案）：  
建請衛福部、健保署就立法委員擬具「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」，通盤研議因應方式，除評估對健保財務影響外，尚須強化健保代位求償在法律層面之正當性。

(三) 專案報告暨決定：

健保署報告「立法委員李應元等 16 人擬具『強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案』，提案修正強制汽車責任保險傷害醫療費用給付範圍排除健保法所規定給付範圍，影響健保財務」案：  
併重要討論事項（二）2. 處理。

二、業務參訪活動：

本會擇桃園市辦理之「醫院與基層診所整合之社區醫療運作模式」、「家庭醫師整合性照護計畫執行情形」及「健保雲端藥歷查詢系統之醫療資訊整合與用藥管理」業務參訪活動，計有 28 位委員（含代理人）、本部社保司、健保署、健保署北區業務組暨轄下相關院所與單位之代表，及本會幕僚人員參加，參訪地點為 壙新醫院、黃永輝診所、黃曉生小兒科診所、怡仁醫院。

20

衛福部依健保法第 60 條規定，於擬訂「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」後，函送該範圍（草案）諮詢本會委員意見。

4月

22

召開 105 年 4 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

1. 為利 106 年度總額地區預算分配案之討論，本會於 3 月 4 日召開「西醫基層、醫院與中醫門診總額地區預算分配方式」座談會所獲致之結論，請總額部門相關團體與健保署配合辦理並即早作業。



2. 委員對「106 年度全民健康保險基金預算」之相關詢問，請健保署提供書面補充說明。
- (二) 對衛福部諮詢本會之「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」案，委員關切重點如下，提供該部參考：
1. 付費者委員意見：
    - (1) 所擬 106 年度總額範圍之高、低推估值偏高，宜整體考量國家經濟情況及民眾付費能力，並參酌當前經濟成長相關指標，再行評估、調整。
    - (2) 現行「醫療服務成本指數改變率」中「人事費用」之計算方式，將過去運用「醫療服務成本指數改變率」調整支付標準所增加之人事成本，納入基期計算並成長，爰應檢討其計算方式。另低推估值已將「人事費用」納入計算，不宜於調整因素再行編列。
    - (3) 擬訂年度總額範圍時，除編列增加之預算外，亦應將過去投注預算（如雲端藥歷查詢系統等）所衍生之效益納入考量。另「減少預算」乙項調整因素，宜明列其減列項目與原則。
    - (4) 在尚未檢討、評估「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行成效前，不宜將之列為政策目標。
    - (5) 支持「新增給付項目（高科技醫療及新藥）」政策目標，以利持續引進新增項目、保障民眾就醫權益。惟亦須考量引進時機及評估整體效益。
    - (6) 謝委員天仁、何委員語等 13 位付費者委員於會上提具之書面意見，併請酌參，及納為送請行政院核定之參考資料。
  2. 專家學者與公正人士委員意見：

健保法第 1 條規定略以，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。爰政策目標之設定應依循本法精神，不宜納入非屬上開給付範圍之項目。
  3. 醫事服務提供者委員意見：
    - (1) 106 年度健保總額之政策目標與調整因素內涵，應有具體說明，並提供調整因素之估算方式，例如愛滋病改由健保支應之醫療費用、高科技項目引進等，若無法明確估算其影響，建議編列於其他預算。
    - (2) 認同「新增給付項目（高科技醫療及新藥）」政策目標，惟考量健保資源有限，須權衡財務負擔能力，審慎評估新增項目之效益。建議明列所編預算之使用範圍、導入優先順序，例如 C 型肝炎新藥是否納入給付，以減少日後爭議。
    - (3) 醫療院所配合勞動基準法下修每週工時為 40 小時，造成人事成本增加，於協商 105 年度總額時並未編列相關預算，建議 106 年度應於政策目標反映。

4月

22

- (4) 建議將「落實健保法第 43 條」納入政策目標，以落實分級醫療及雙向轉診制度。
- (5) 陳報行政院核定時，請提供我國與 OECD（經濟合作暨發展組織）國家之醫療費用與 GDP（國內生產毛額）成長率等資料供參。
4. 請幕僚安排健保署進行「『全民健康保險藥品費用分配比率目標制』試辦方案執行成果」之專案報告。
- (三) 本會訂定「106 年度總額協商工作計畫」。
- (四) 健保署 105 年 3 月份全民健康保險業務執行報告案：  
委員所提意見請健保署參酌及提供相關書面補充說明。
- 二、重要討論事項暨決議：
- (一) 敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容案（保險醫事服務提供者代表提案）：  
請健保署參酌委員意見，於 5 月份提供更完整之資料後再議，併請呈現分區資料。
- (二) 建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案（保險醫事服務提供者代表提案）：  
併重要討論事項（一）處理。
- (三) 有關其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目 104 年經費不足部分，請准予由「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案（健保署提案）：  
依健保署說明，104 年度其他預算之「非屬各部門總額支付制度範圍之服務」項目，係因配合衛福部鼓勵安寧療護政策之推動，致原編經費不足支應（約不足 0.52 億元），經衡量「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之適用範圍後，勉予同意由該項目之剩餘款支應；惟為避免類似情事再次發生，請於編列預算時能更準確估算。

27-28

中華民國醫師公會全國聯合會擇高雄市舉辦「105 年度全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」及「家庭醫師整合性照護計畫」參訪活動，本會干委員文男、李委員來希、趙委員銘圓、陳代理委員順來（侯委員彩鳳代理人）、林委員敏華、楊委員芸蘋、滕委員西華、陳委員聽安、蔡委員明忠、黃委員啟嘉、林代理委員佩萩（楊委員漢淥代理人）、潘委員延健、卓常務理事青峰（代理何委員永成）、黃理事福傳（代理陳委員義聰），及幕僚人員參加。

5月

2

函報衛福部有關本會委員對「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」諮詢案之意見。

25-26

中華民國中醫師公會全國聯合會擇花蓮縣舉辦「105年度全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」參訪活動，本會干委員文男、李委員來希、趙委員銘圓、林委員敏華、楊委員芸蘋、陳委員聽安、謝代理委員啟煒（李委員永振代理人）、楊代理委員玉琦（張委員文龍代理人），及幕僚人員參加。

召開 105 年 5 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

（一）本會重要業務報告：

委員針對健保署 4 月 26 日修正發布「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」所提建議，請健保署納入考量。

（二）健保署提報「全民健康保險醫院總額品質保證保留款實施方案（草案）」之修訂內容：

請健保署於實施 1 年後，提出成效檢討報告，並將委員所提建議，如：提高指標獎勵分配比率、指標達成項數等，納入 106 年度方案研修參考。

（三）健保署提報「健保藥品品質監測計畫（草案）」案：

1. 委員所提有關投標廠商資格、利益迴避及檢驗品項等建議，提供健保署參酌。
2. 本項計畫屬 105 年度總額協定事項之執行，針對健保署報告該項預算於立法院審查時可能遭凍結、刪減乙節，委員十分關切，請持續溝通，必要時可請本會委員協助，以免影響健保業務之運作。

27 （四）健保署 105 年 4 月份全民健康保險業務執行報告案。

二、重要討論事項暨決議：

（一）敬請研議「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目評估指標之定義內容（保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 依提案委員建議，修改擬辦文字，其內容未涉及修正評估指標，爰 105 年度「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目之經費支用，仍依本會第 1 屆 103 年第 11 次委員會議通過之適用範圍與動支程序辦理。
2. 依健保署提供之相關資料及評估結果，105 年度流感疫情所衍生之醫療費用，尚未符合「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」所訂「提案前審議」之條件。
3. 106 年度總額實施前，宜參酌委員所提建議，檢討上述項目之動支程序與評估指標。

（二）建議流感疫情所衍生之醫療費用由 105 年度其他預算之「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」項目支應案（保險醫事服務提供者代表提案）：  
併重要討論事項（一）處理。

5月

- 27 (三) 流感疫情等相關非預期疾病發生所產生之醫療費用，是否應由健保全額支應案（保險醫事服務提供者代表提案）：  
併重要討論事項（一）處理。
- (四) 訂定「106 年度總額協商架構」如附錄五（幕僚單位提案）。
- 三、專案報告暨決定：
- (一) 健保署提報「罕見疾病、血友病藥費及罕見疾病特材」費用成長之合理性分析案：委員若有相關提問請以書面提出，將轉請健保署書面回覆。
- (二) 健保署提報「醫療給付改善方案」之執行成效（含提升照護率）與檢討案：參閱書面資料，委員若有相關提問請以書面提出，將轉請健保署書面回覆。

6月

- 2-3 中華民國牙醫師公會全國聯合會擇高雄市及屏東縣舉辦 105 年全民健康保險「牙醫門診總額醫療資源不足地區改善方案」及「牙醫門診總額特殊醫療服務計畫」參訪活動，本會干委員文男、李委員來希、林委員惠芳、楊委員芸蘋、滕委員西華、陳委員義聰、謝委員天仁、陳代理委員順來（侯委員彩鳳代理人）、楊代理委員玉琦（張委員文龍代理人）、楊代理委員慧芬（曲委員同光代理人），及幕僚人員參加。
- 16 105 年度委託國立臺灣大學辦理之「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，完成簽約，契約期間自 105 年 6 月 16 日至 106 年 3 月 31 日。
- 召開 105 年 6 月份委員會議。
- 一、重要報告事項暨決定：
- (一) 確認上（第 5）次委員會議紀錄：  
有關「健保藥品政策研究小組」之成員名單及其運作方式，應先經本會討論通過後，再進行後續相關事宜。
- (二) 健保署提報「105 年度西醫基層總額品質保證保留款實施方案（草案）」之修訂內容：  
請依法定程序辦理後續事宜。
- 24 (三) 健保署提報「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫（草案）」之辦理情形：  
請會同中醫門診總額相關團體盡速擬訂計畫（草案），並於 7 月底前提經本會通過後，預算始得動支。
- (四) 健保署 105 年 5 月份全民健康保險業務執行報告案：  
委員關注事項請列入下次業務執行報告（含口頭報告）內容。
- 二、重要討論事項暨決議：
- (一) 訂定「106 年度總額協商程序」如附錄七（幕僚單位提案）。
- (二) 訂定「106 年度總額協商通則」如附錄六（幕僚單位提案）：

1. 增列「五、其他預算：除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用」乙項通則，餘照案通過。
  2. 有關「六、其他原則：（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」乙項通則，其效益額度應於年度總額協商時，經保險醫事服務提供者及保險付費者代表委員確認。
- （三）建請修改全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條條文：健保會委員任期為二年，保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆並應至少更替五分之一；委員連署建議刪除「以連任一次為原則」和「每一屆並應至少更替五分之一」的限制文字（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表提案）：
- 「全民健康保險會組成及議事辦法」係主管機關（衛福部）依據健保法第 5 條第 5 項授權訂定，委員所提意見，送請衛福部納入研修參考。
- （四）修訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料作業原則之『健保會討論自付差額特材案之作業流程』及『健保署提案需檢附之基本資料表與檢核表』（草案）」（詳第三章第三節之附件）（幕僚單位提案）：
1. 將本會討論自付差額特材案之時程，由「半年討論 1 次」，調整為「每季討論 1 次」；並於「(3) 醫療科技評估報告之重點」中納入「醫療倫理考量之相關資料」。
  2. 請健保署於提案時填具自付差額特材品項「基本資料表」、「檢核表」，連同所提供之參考資料，照作業流程所列時程送會；並於各品項開放半年後及每年 12 月依「檢討改善報告內容」提報各該檢討改善結果。
- （五）建請健保署針對新型 C 肝口服藥與藥廠議價後，已取得與現行療程相等之治療費用前提下，應優先將新型 C 肝口服藥物納入健保給付，爭取國內 C 肝患者提早完成治癒，同步考量預算排擠問題，建請健保署編列足夠 C 肝治療預算，以提供穩定經費，期使治療政策吻合患者需求，確保國人健康案（保險付費者代表提案）：
- 委員所提意見，提供健保署於「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論相關議案時參考。
- （六）建請健保署針對菸品健康福利捐分配於全民健保之安全準備金從 70% 調整至 50% 一事，重新審視其調整的比率，目前健保署提出 105 年健保收支餘絀預估值為負 117 億元，之後會由健保安全準備金來填補，如此一來健保安全準備金將每年被吞噬，最後回到過去赤字的狀況，再者，目前菸捐分配比率方式有違最初支應長照的原則，將其餘 17% 使用至非長照使用項目，有鑑於此，是否應將非使用在長照中的 17% 回歸到健保安全準備金中（保險付費者代表提案）：
- 菸品健康福利捐分配予全民健保安全準備之比率，前由 70% 調整為 50%，委員建請將 20% 調降比率中，未運用於長期照顧資源發展之 17% 回歸健保安全準備之意見，送請衛福部參酌。

6月

- 三、專案報告暨決定：
- 24 健保署報告「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案執行成果：委員所提建議請健保署參酌，並提供相關書面說明。
- 27 105年度委託元智大學辦理之「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」科技計畫，繳交期中報告。

7月

- 召開 105 年 7 月份委員會議。
- 一、重要報告事項暨決定：
- (一) 本會重要業務報告：
- 106 年度各部門總額協商順序案經抽籤，依序為：醫院部門、牙醫部門、中醫部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。
- (二) 健保署 105 年 6 月份全民健康保險業務執行報告案：
- 請健保署參酌委員所提意見，提供相關書面說明，及酌修業務執行報告內容。
- 二、重要討論事項暨決議：
- 反對衛福部自 10 月起開放健保醫療申請款額第一線個別醫師需具名審查公開之措施，應依據 20 年來對健保醫療審查制度具名不公開措施為準則，並請另行建立乙套公平、公正、合理可信、正義的新審查共審評議制度案（保險付費者代表、保險醫事服務提供者代表、專家學者提案）：
- (一) 基於下列理由，多數委員建議維持現行審查醫師內部具名、不對外公開之作法：
1. 為維護審查醫師人身安全及工作權，避免公開後須承擔不必要的壓力，而致影響擔任審查醫師之意願。
  2. 醫師執行審查行為有其專業裁量權，公開審查醫師名單後，恐限縮其裁量空間，倘因此影響核刪結果，將使得總額點值下降。
  3. 若僅試辦部分科別公開審查醫師名單、部分科別維持現行作法，可能因不同科別適用方式不同，而影響審查公平性，造成醫界內部不和諧。
- (二) 建議回歸問題本質，應探究目前所面臨的問題及配合研提解決方案。若爭議點在現行審查制度，則應全盤檢討，例如：審查標準是否具一致性、有無複審機制、隨機抽樣方式以及其核減點數回推計算之合理性、爭審之救濟機制是否健全等。請健保署參酌委員所提建議，檢討現行審查制度，並與相關團體溝通，完成改善方案後，提至本會報告。
- 三、專案報告暨決定：
- 健保署報告「全民健康保險中醫門診總額兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫（草案）」：
- (一) 本案原則通過，惟不包含中藥飲片。至所涉支付標準調整部分，授權健保署會同中華民國中醫師公會全國聯合會議定後，依法定程序辦理後續事宜。
- (二) 建議洽請客觀公正之學術單位評估本計畫之實施成效。

7月

27

105 年度委託元智大學辦理之「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」科技計畫，完成期中報告書面查驗。

28-29

召開「105 年全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議」，檢視過去各部門總額執行成果，並邀請專家學者評核，評核結果做為 106 年度醫療給付費用總額協商及其品質保證保留款成長率之參據。

8月

5

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

15

衛福部函示：其所報「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍（草案）」，業奉行政院核定，整體醫療給付費用成長率範圍為 3.769% 至 5.9%（預估總費用為 6,429 億元至 6,561 億元），交付本會依健保法第 61 條規定協議訂定當年度總額及分配方式，結果報部核定。

26

- 一、召開 105 年 8 月份委員會議。
- （一）重要報告事項暨決定：
1. 衛福部社保司說明「行政院所核定 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍」案：
    - (1) 委員對 106 年度總額協商政策方向所提建議，將提供衛福部做為未來擬訂政策方向時之參考。
    - (2) 委員十分關切 C 型肝炎新藥之預算來源，建請衛福部及健保署能有整體規劃並積極爭取公務預算等財源挹注，以利造福更多的民眾。
    - (3) 請健保署於 106 年度總額協商前，提供該年度總額範圍之財務影響評估，及未來健保財務收支之概估資料供參。
  2. 本會確認 106 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額之醫療服務成本及人口因素成長率：
 

委員所提意見供衛福部未來檢討公式時參考。
  3. 健保署 105 年 7 月份全民健康保險業務執行報告案：
 

附帶決定：請幕僚調查委員對 106 年度總額協商所需資料之意見，並轉請健保署提供。
- （二）重要討論事項暨決議：
1. 「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2 款及第 3 款之附表一及附表二指標項目增修案（健保署提案）：
 

委員所提意見，例如：研擬草案過程宜先邀集相關團體討論、新增指標應有明確定義、將「全日平均護病比」指標名稱修訂為「急性一般病床全日平均護病比」、新增「腦中風病人住院日起 180 日內之住院日數及費用（包含住院期間及急性後期照護）」指標等，請健保署參酌後，依法報主管機關核定。

8月

26

2. 105 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵案（幕僚單位提案）：
    - (1) 各部門總額於 105 年評核會議獲「優」、「良」等任一等級者，可於各該部門 106 年度總額之品質保證保留款分別酌加「0.3%」、「0.1%」之成長率，以資鼓勵。惟如有剩餘款，則不滾入一般服務基期費用。
    - (2) 請健保署與各總額部門依 105 年評核委員建議，持續檢討品質保證保留款之發放條件，期訂定更嚴格的標準，並增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達到提升品質之效益。
- （三）專案報告暨決定：
1. 健保署報告「全民健康保險業務監理指標之監測結果」：
    - (1) 委員所提部分指標宜有更詳細分析以利深入探討等建議，請幕僚就已納入年度監測結果報告書（105 年 6 月編印）部分，適時向委員說明；至未納入部分，請洽健保署提供書面補充，或納入未來研修參考。
    - (2) 請幕僚收集委員對指標之增修建議，並規劃未來「全民健康保險業務監理指標」之增修期程。
  2. 健保署報告「DRGs 相關診斷分類分組由 ICD-9-CM 轉換為 ICD-10-CM/PCS 之執行情形」。
  3. 健保署報告「105 年度及近 5 年新增給付項目與調整給付內容之執行情形及財務影響」：

委員所提新增診療服務、藥品及特殊材料等給付項目與調整給付內容應進行整體財務影響及替代效應分析之建議，請健保署參酌。
- 二、本會召開「106 年度總額協商計畫（草案）會前會」，由各總額部門及健保署報告「106 年度各部門總額協商因素項目或計畫之規劃」，除就內容交換意見外，並請各總額部門與健保署將修正後之 106 年度各部門總額協商因素或計畫（草案）送會，以利 9 月份協商會議之進行。
- 三、本會幕僚完成編製「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽—105 年版」、「105 年全民健保各部門總額執行成果摘要」及「105 年全民健保各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」，提供委員協商 106 年度總額所需資訊。

9月

2

本會召開「106 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」，由健保署報告 106 年度各部門總額協商項目及其他預算之規劃，並提供各總額部門所擬草案之意見，期委員充分瞭解相關資料，以利當年度總額之協議訂定。

23-24

召開 106 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨 105 年 9 月份委員會議。  
一、重要報告事項暨決定：



(一) 本會重要業務報告：

請衛福部社保司提供政府每年度應負擔全民健康保險總經費法定下限 36% 之認列範圍，並請健保署參考委員意見重新推估未來健保財務資料，做為 10 月 17 日「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」參考。

(二) 健保署 105 年 8 月份全民健康保險業務執行報告案。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 106 年度各部門總額協商結論：

1. 醫院部門：

經醫院部門與付費者代表協商，未能達成共識，爰依全民健康保險會組成及議事辦法第 10 條規定，分別就付費者代表及醫院代表之委員建議方案當中各提一案，報請主管機關決定（對照表如附件二）。

2. 牙醫門診（詳 106 年度總額協商公告）：

(1) 一般服務成長率為 2.340%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 1.922%，協商因素成長率 0.418%。

(2) 專款項目全年經費為 2,146.0 百萬元。

(3) 前述二項額度經換算，106 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 3.246%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 2.841%。

3. 中醫門診（詳 106 年度總額協商公告）：

(1) 一般服務成長率為 3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 2.281%，協商因素成長率 1.010%。

(2) 專款項目全年經費為 377.2 百萬元。

(3) 前述二項額度經換算，106 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 4.066%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 3.643%。

4. 西醫基層（詳 106 年度總額協商公告）：

(1) 一般服務成長率為 3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率 3.159%，協商因素成長率 0.804%。

(2) 專款項目全年經費為 2,998.0 百萬元。

(3) 門診透析服務成長率 5.342%。

(4) 前述三項額度經換算，106 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 105 年度所核定總額成長 5.157%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為 4.789%。

5. 其他預算（詳 106 年度總額協商公告）：

增加 905.0 百萬元，預算總額度為 11,263.9 百萬元，由健保署管控。

三、會議結束後，本會幕僚旋即召開記者會，說明「106 年度健保總額協商結果」。

- 3 105 年度委託國立臺灣大學辦理之「從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究」計畫，完成期中報告書面查驗。
- 17 本會依健保法第 24 條第 2 項規定，召開「106 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議」，邀請李精算師永振、魏精算師吉漳、徐教授偉初、許教授永明、羅教授紀琮、盧教授瑞芬、陳教授聽安、楊理事長漢淥提供諮詢意見，健保會委員（含代理人）計有 18 人與會關心。
- 19 報請衛福部核定本會所協議訂定之「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案。至醫院總額成長率，則併送付費者代表與醫院代表委員之建議方案（兩案）。
- 28 召開 105 年 10 月份委員會議。  
一、重要報告事項暨決定：  
（一）確認上（第 9）次委員會議紀錄：  
請健保署就委員所詢有關「C 型肝炎藥費」預算移列專款之估算原則，及相關檢驗費用之計算方式與支應款項等事項，提供書面說明。  
（二）本會重要業務報告：  
有關委員對健保法施行細則第 45 條規定修正後之財務影響評估所提相關詢問，請健保署於 11 月份委員會議前提供詳細資料，以利 106 年度保險費率之審議。  
（三）本會確認經 9 月份協議訂定之「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率」（如附件三）。  
（四）健保署 105 年 9 月份全民健康保險業務執行報告案：  
委員關切議題，請健保署就尚需補充說明之事項，提供書面資料。  
二、重要討論事項暨決議：  
（一）106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：  
1. 一般服務（不含品質保證保留款）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：  
預算 100% 依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。  
（3）執行面及計算等相關細節，授權健保署會同牙醫門診總額相關團體議定之。  
2. 需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則，如仍有部分服務需採點值保障，由健保署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於 12 月底前送本會同意後執行。  
（二）106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：  
請中醫門診總額相關團體依循本會 104 年 11 月份委員會議（104.11.20）決議，研提促進民眾就醫公平及各區醫療資源均衡發展之分配草案，提下次委員會議（11.18）續議，最遲應於 12 月份委員會議定案。並請健保署協助模擬試算，亦可提出所建議之分配方案，以利討論。

10月

28

(三) 106 年度西醫基層總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 一般服務（不含品質保證保留款）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：

預算 66% 依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34% 依西醫基層總額支付制度開辦前一年（89 年）各地區實際發生醫療費用比率分配。

(3) 執行面及計算等相關細節，授權健保署會同西醫基層總額相關團體議定之。

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

(四) 106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

請醫院總額相關團體於提升各區民眾就醫公平性之原則下，研提地區預算分配草案，提下次委員會議（11.18）續議，最遲應於 12 月份委員會議定案。並請健保署協助模擬試算，亦可提出所建議之分配方案，以利討論。

(五) 有關原健保局於 94 年 9 月 15 日健保藥字第 0940026378 號函，取消指示用藥制酸劑健保給付品項暨價格明細表共 176 項，既然公文取消支付，為何每年尚支付健保費用（保險付費者代表提案）：

基於健保署已依本案擬辦意見提供書面說明，爰依提案委員之建議不進行討論。

(六) 為鼓勵民眾配合分級醫療推動，籲請檢討現行健保管理措施與支付制度，以強壯社區－基層診所、地區醫院醫療照護體系（保險醫事服務提供者代表提案）：依提案委員之意見予以撤案。

11月

2

衛福部函復：同意本會所報「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案；依核定結果，106 年度全民健康保險醫療給付費用成長率為 5.642%，預估總費用約 6,545.1 億元。其中，醫院部門裁定如下：

一、一般服務部分：

(一) 醫療服務成本指數改變率所增加之預算（8,967.4 百萬元），應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以 60 億元調整重症項目。

(二) 「移列 C 型肝炎藥品費用至專款項目」一項，移列 9.43 億元至「C 型肝炎用藥」專款項目。

二、專款項目部分：

(一) C 型肝炎用藥：全年經費 26.55 億元，包含自一般服務移列 9.43 億元。本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。

- 2 (二) 急診品質提升方案：全年經費 1.6 億元。  
三、餘採付費者方案。
- 3 本會召開「運用保險醫事服務機構公開財務報告強化健保財務監理效能」專家諮詢會議，邀請何教授怡澄、吳教授肖琪、李精算師永振、黃教授偉堯、楊教授銘欽、盧教授瑞芬提供諮詢意見，參與單位包括醫事司及健保署，重要結論如下：
- 一、宜先釐清全民健保公開醫事機構財務報告之目的；從健保監理的角度切入，當某醫事機構收入大部分來自非健保部分時，則可能存在問題。因此，醫事機構提供的財務報告，無論其屬性，均應區分健保與非健保（包含成本、收入），以利評估及比較。
- 二、有關醫事機構關係人交易部分，為避免涉有利益輸送之可能，應透明公開，宜於財務報告中呈現，以利社會大眾共同監督。
- 三、醫事機構公開之財務報告資料，宜轉譯成淺顯易懂資訊，讓社會大眾知悉其營運情況，亦可作為評估健保支付是否合理之參考。
- 四、參酌本會 102 年 2 月份委員會議討論全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法之決議事項，併同本次專家學者之建議，納入未來研修辦法之參考。
- 9 衛福部公告「106 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」。
- 18 召開 105 年 11 月份委員會議。
- 一、重要報告事項暨決定：
- (一) 本會重要業務報告：
1. 有關 106 年度醫院總額的裁定結果為自一般服務移列 9.43 億元至「C 型肝炎用藥」專款項目乙節，其相關金額之計算方式，請幕僚會同衛福部社保司及健保署確認後，將相關資料送請委員參考。
  2. 委員針對 106 年度總額之裁定結果及執行面所提建議與期許，請衛福部社保司、健保署納為日後裁定、執行之參考。
  3. 請健保署於下次委員會議（12.23）就政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式提出專案報告。
- (二) 健保署 105 年 10 月份全民健康保險業務執行報告案：
- 針對委員關切議題，請健保署就尚需補充說明事項，提供書面資料。
- 二、重要討論事項暨決議：
- (一) 提請審議「106 年度全民健保保險費率方案（草案）暨全民健保財務平衡及收支連動機制建議修正方案」（健保署提案）：
1. 依健保署之設算，106 年度健保財務的支出雖將大於收入，惟到 106 年底安全準備總額尚超出健保法第 78 條所訂 3 個月之保險給付支出，爰 106 年度全民健保保險費率之審議結果，建議維持 4.69%。本會將依法報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。

11月

18

2. 為維持全民健保之財務穩健，請健保署持續推動各項抑制醫療資源不當耗用之短、中、長程措施。另除目前衛福部疾病管制署、國民健康署對於民眾預防保健之宣導外，請該署加強對民眾就醫習慣之衛教宣導。
  3. 委員針對健保財務推估方式、未來費率調整時機及「全民健保財務平衡及收支連動機制」所提意見，請健保署納入未來財務推估時考量。
- (二) 106 年度牙醫門診總額一般服務之地區預算移撥特定用途案（保險醫事服務提供者代表提案）：
1. 同意牙醫門診總額自一般服務費用移撥 4.156 億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合照護計畫第一、二階段給付費用」及「牙周病統合照護計畫第三階段給付費用」等 5 項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
  2. 同意協定項目「103 年新增支付標準預算執行率連 2 年未達 30% 者，扣其原編預算之 50%」（-0.039%，-0.151 億元）於各區之扣減方式，50%（0.0755 億元）依六分區 103 ~ 104 年實際未達執行率扣款、50%（0.0755 億元）按 101 年各區人口風險因子（R 值）進行扣款分配。
  3. 上開項目若涉及執行面及計算等相關細節或點值保障項目，請依本會 105 年第 10 次委員會議之相關決議辦理。
- 三、專案報告暨決定：
- 健保署提報「衛福部推動分級醫療報告」：
- 為促使醫療體系運作更具效率，本會委員肯定健保署朝分級醫療的精神作努力，惟針對所擬策略本會委員所提出需要審慎衡酌其適當性，及設定相關配套等的建議，送請衛福部及健保署參酌修訂。

28

本會函報衛福部「106 年度全民健康保險保險費率」之審議結果。

12月

15

105 年度委託元智大學辦理之「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」科技計畫，繳交期末報告。

20

函請相關團體推薦代表，辦理第 3 屆委員之遴聘作業。

23

召開 105 年 12 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 本會重要業務報告：

本（第 2）屆歷次委員會議之未結案件，將移請下屆委員繼續關心。

(二) 健保署提報「106 年度各部門總額點值保障項目」案：

1. 106 年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式如附件四。
2. 重申「需保障或鼓勵之醫療服務以回歸支付標準處理才是正途」，未來請健保署依此原則辦理，並減少點值保障之項目。

(三) 健保署 105 年 11 月份全民健康保險業務執行報告案。

(四) 健保署函請本會釋示有關 106 年度醫院總額協定事項「醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配」，其「不予分配」之處理方式案：

經審視 106 年度全民健康保險總額協商會議議事錄，醫院總額尚未有與本案相關扣減預算或基期之商議。爰以健保署所擬乙案「超過部分，不予分配預算，預算保留於醫院總額併點值結算」較符合協商內容。

(五) 健保署提報「有關 C 型肝炎全口服新藥健保給付執行計畫」案：

1. 本會委員肯定健保署的努力，但請參酌委員所提意見，朝對民眾最有利的方向修正計畫內容，盡速啟動實施，同時應隨時評估計畫之執行成效；本案同意備查。
2. 針對委員所詢事項，請健保署就尚需補充說明部分提供書面資料。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 106 年度醫院總額一般服務之地區預算分配案（幕僚單位提案）：

1. 一般服務（不含品質保證保留款）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：

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

- ① 門診服務（不含門診透析服務、品質保證保留款）之預算分配參數：人口占率為 50%。
- ② 住診服務（不含品質保證保留款）之預算分配參數：人口占率為 45%。
- ③ 各地區門住診服務，經依 1、2 計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。
- ④ 所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之。

2. 同意醫院總額自一般服務費用移撥部分經費，作為風險調整基金，所涉執行面及計算等相關細節，授權健保署會同醫院總額相關團體議定之。

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

23	<p>(二) 106 年度中醫門診總額一般服務之地區預算分配案 (幕僚單位提案) :</p> <p>1. 一般服務 (不含品質保證保留款) 地區預算分配方式 :</p> <p>(1) 地區範圍 :</p> <p>以健保署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。</p> <p>(2) 分配方式 :</p> <p>① 預算 2.22% 歸東區, 97.78% 歸其他五區。</p> <p>② 東區外, 其他五區依下列參數占率分配之 :</p> <p>A. 各區實際收入預算占率 : 69%。</p> <p>B. 各區戶籍人口數占率 : 11%。</p> <p>C. 各區每人於各分區就醫次數之權值占率 : 9%。</p> <p>D. 各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差 : 5%。</p> <p>E. 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率 : 5%。</p> <p>F. 偏鄉人口預算分配調升機制 : 1%。若有餘款則歸入依「各區實際收入預算占率」分配。</p> <p>(3) 所涉執行面及計算等相關細節, 授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。</p> <p>2. 同意中醫門診總額自一般服務費用移撥部分經費, 作為風險調整基金, 所涉執行面及計算等相關細節, 授權健保署會同中醫門診總額相關團體議定之。</p> <p>3. 需保障或鼓勵之醫療服務, 以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障, 由健保署會同中醫門診總額相關團體議定後, 送本會同意後執行。</p> <p>三、專案報告暨決定 :</p> <p>健保署報告「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之計算」 :</p> <p>基於保險業務之監理屬本會權責, 請健保署於計算各年度政府應負擔健保總經費法定下限 36% 所採之邏輯, 應具有一致性, 計算公式需合理思量。</p>
28	<p>105 年度委託元智大學辦理之「建構整合全民健保總額協定分配、給付範圍審議及費率審議之財務收支連動機制」科技計畫, 召開期末報告審查會議, 審查結果為修正後通過。</p>
29	<p>報請衛福部核定本會所協議訂定「106 年度各部門總額一般服務費用 (地區預算) 分配方式」案。</p>

## 附錄二之附件一

# 105年各部門總額執行成果評核作業方式

第2屆105年第3次委員會議（105.3.25）討論通過

## 壹、評核範圍

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

## 貳、辦理方式

### 一、評核會議之報告

由各總額部門及健保署提供各部門別之一般服務及專案計畫執行成果報告（報告大綱及提報單位，詳附表一～三），並於一個月前先提出書面報告，以供評核委員事先審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。

### 二、評核委員

參考各總額部門推薦之名單，由本會邀請4至8位專家學者擔任評核委員。

### 三、一般服務與專案計畫／方案評核會議

（一）會議期程：2天。

（二）第一階段：公開發表會議（1天半）

1. 依各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果報告，由評核委員評論，並開放與會者提問。

2. 參與人員

除本會委員、各總額部門相關團體與健保署外，另邀請衛福部相關單位與附屬機關，如：社保司、醫事司、照護司、心口司、中醫藥司、全民健保爭議審議會、國民健康署、疾病管制署等，以及民間團體，如：病友團體、社福團體、醫策會、消基會、醫改會等（名單如附表四）。

（三）第二階段：評核內部會議（半天）。

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

2. 參與人員：主席、評核委員、本會幕僚。



### 參、評核項目與評分方式

一、一般服務與專案計畫分開評核之後再加權合併計分。該二項評核之計分權重為，一般服務：專案計畫=80%：20%。各部門總額執行成果評核項目及配分如下表。

評核項目	配分
<b>一、一般服務執行績效</b> (一) 就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二) 維護保險對象就醫權益 1. 滿意度調查結果之檢討及改善措施 2. 民眾諮詢及抱怨處理 3. 民眾自費情形及改善措施 4. 就醫可近性及公平性之改善措施 5. 其他確保民眾就醫權益之措施 (三) 專業醫療服務品質之確保與提升 1. 品質指標監測結果之檢討及改善措施 2. 其他改善專業醫療服務品質具體措施 (四) 協商因素項目之執行情形 1. 新醫療科技(新增診療項目、新藥及新特材等) 2. 給付項目及支付標準修訂 3. 其他協商因素項目(依協定結果分列) 4. 品質保證保留款實施方案 (五) 總額之管理與執行績效 1. 該年度推動之亮點項目 2. 醫療利用(含全國及各分區)及費用管控情形 3. 點值穩定度 4. 專業審查及其他管理措施 5. 院所違規情形及醫療機構輔導	80
<b>二、專案計畫／方案執行成效</b> (一) 就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明 (二) 預期目標達成度 (三) 醫療服務效率 (四) 醫療服務效益(照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)	20

註：列入評核之專案計畫／方案如附表三。

二、104年度未接受健保署專業事務委託之總額部門，由健保署報告執行成果，未受託部門得補充報告，並予以評分。

## 肆、評核結果之應用

一、評核結果依所獲分數，區分為下列五等級：

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

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

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

## 伍、105年評核作業時程表

時間	作業內容
4 月上旬	本會函請各總額部門及健保署，就所送一般服務及專案計畫報告大綱格式準備資料，並請各總額部門推薦評核委員參考人選。
5 月中旬	請健保署提供各總額部門所需數據；各總額部門視需要另洽請健保署提供相關資料。
6 月中旬	健保署及各總額部門提送一般服務及專案計畫執行成果之書面報告，供評核委員審閱，及本會推派擔任健保署「醫療給付費用總額研商議事會議」及「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」之代表參閱。
7 月上旬	健保署及各總額部門提送「各部門總額執行成果發表暨評核會議」之簡報資料。
7 月下旬	召開為期兩天之「各部門總額執行成果發表暨評核會議」。

附表一 一般服務執行成果報告大綱

項目	健保署提報	部門提報
<b>壹、就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明</b>	✓	✓
<b>貳、維護保險對象就醫權益</b>		
一、滿意度調查結果之檢討及改善措施	調查結果	檢討及改善
二、民眾諮詢及抱怨處理	—	✓
三、民眾自費情形及改善措施	調查結果	檢討及改善
四、就醫可近性及公平性之改善措施	調查／統計結果	檢討及改善
五、其他確保民眾就醫權益之措施	—	✓
<b>參、專業醫療服務品質之確保與提升</b>		
一、品質指標監測結果之檢討及改善措施	監測結果	檢討及改善
二、其他改善專業醫療服務品質具體措施	—	✓
<b>肆、協商因素項目之執行情形</b>		
一、新醫療科技（新增診療項目、新藥及新特材等）	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
二、給付項目及支付標準修訂	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
三、其他協商因素項目（依協定結果分列）	預算及申報情形	推動情形、 檢討及改善
四、品質保證保留款實施方案	—	✓
<b>伍、總額之管理與執行績效</b>		
一、該年度推動之亮點項目	—	✓
二、醫療利用（含全國及各分區）及費用管控情形	醫療利用情形	檢討及管控措施
三、點值穩定度	點值	檢討及改善
四、專業審查及其他管理措施	—	✓
五、院所違規情形及醫療機構輔導	—	輔導改善情形
<b>陸、附錄</b>		
一、品質確保方案	—	—
二、品質保證保留款實施方案	—	—
三、其他視需要提供之方案內容	—	—

註：1. 請健保署配合於 5 月中旬提供各總額部門所需數據，以利各部門提報檢討與改善措施。報告內容請至少提供 5 年（100～104 年）之數據。  
2. 各部門總額之滿意度調查結果，不計入無意見部分。

附表二 專案計畫／方案報告大綱

項目	健保署提供資料	部門提報
壹、就 104 年評核委員評論意見與期許之回應說明	—	✓
貳、104 年計畫／方案目的及重點		
一、計畫目的	—	✓
二、執行目標	—	✓
三、經費來源與協定事項	—	✓
四、費用支付	—	✓
五、執行內容	—	✓
六、評核指標及退場機制	—	✓
參、歷年執行情形及成效評估		
一、預算執行數及執行率	✓（註）	✓
二、目標達成情形	✓（註）	✓
三、執行概況及結果，包含醫療服務提供及民眾利用情形、獎勵情形等	✓（註）	✓
四、成效評估，包含評核指標達成情形、就醫可近性及健康狀況改善情形、相關退場情形等	—	✓
肆、檢討與改善方向（含 105 年計畫／方案修正重點）	—	✓
伍、附錄：各項專案計畫／方案內容	—	✓

註：由各總額部門負責之專案，請健保署提供執行情形之數據；至由健保署負責之專案，各項目均由署提報。

附表三 專案計畫／方案提報單位

部門別	計畫／方案名稱	提報單位
牙醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>－醫療資源不足地區改善方案</li> <li>－牙醫特殊服務計畫</li> <li>－牙周病統合照護計畫</li> </ul>	牙醫師公會全聯會
中醫	<ul style="list-style-type: none"> <li>－醫療資源不足地區改善方案</li> <li>－西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫（包含 1. 腦血管疾病；2. 顱腦損傷；3. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護）</li> <li>－提升孕產照護品質計畫</li> </ul>	中醫師公會全聯會
西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>－西醫醫療資源不足地區改善方案</li> <li>－家庭醫師整合性照護計畫</li> </ul>	醫師公會全聯會
醫院	<ul style="list-style-type: none"> <li>－急診品質提升方案</li> <li>－鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）</li> <li>－西醫醫療資源不足地區改善方案（醫院支援西醫基層）</li> <li>－全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫</li> </ul>	健保署
醫院、西醫基層	<ul style="list-style-type: none"> <li>－加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫（註）</li> <li>－醫療給付改善方案（糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者、早期療育、孕產婦全程照護）</li> </ul>	
其他預算	<ul style="list-style-type: none"> <li>－山地離島地區醫療給付效益提昇計畫</li> <li>－非屬各部門總額支付制度範圍之服務</li> <li>－全民健保高診次民眾就醫行為改善方案－藥師居家照護</li> <li>－支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費</li> <li>－推動促進醫療體系整合計畫</li> <li>－其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費</li> <li>－ICD-10-CM/PCS 編碼</li> <li>－鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施</li> <li>－提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫</li> <li>－慢性腎臟病照護及病人衛教計畫</li> <li>－提升保險人管理效率</li> </ul>	

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

附表四 邀請單位與人數

	相關單位	名額	
1. 健保會	本會委員	35	
2. 各總額部門相關團體	台灣醫院協會	10	
	中華民國醫師公會全國聯合會	10	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	10	
3. 衛生福利部相關單位及附屬機關	中華民國中醫師公會全國聯合會	10	
	社會保險司	5	
	醫事司	2	
	中醫藥司	2	
	護理及健康照護司	2	
	全民健康保險爭議審議會	2	
	心理及口腔健康司	2	
	中央健康保險署	20	
	國民健康署	2	
	疾病管制署	2	
4. 民間團體	社會及家庭署	2	
	台灣腎臟醫學會	1	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	1	
	中華民國藥師公會全國聯合會	1	
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會	1	
	財團法人台灣醫療改革基金會	1	
	中華民國消費者文教基金會	1	
	中華民國老人福利推動聯盟	1	
	兒童福利聯盟文教基金會	1	
	台灣女人連線	1	
	財團法人罕見疾病基金會	1	
	中華民國血友病協會	1	
	財團法人肝病防治學術基金會	1	
	中華民國糖尿病病友全國協會	1	
	中華民國乳癌病友協會	1	
	中華民國康復之友聯盟	1	
	台灣氣喘之友協會	1	
	台灣腎友生活品質促進協會	1	
	中華骨髓移植關懷協會	1	
	財團法人羅慧夫顱顏基金會	1	
	台灣腦中風病友協會	1	
	台灣勞工陣線協會	1	
	台灣社會福利總盟	1	
	中華民國身心障礙聯盟	1	
	台灣社會心理復健協會	1	
	台灣醫療品質促進聯盟	1	
	全國勞工聯合總工會	1	
	合計		142

附錄二之附件二

106年度醫院醫療給付費用協定項目表（兩案送主管機關決定）

項目	付費者代表方案		醫院代表方案		
	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	成長率(%)或金額(百萬元)	預估增加金額(百萬元)	
醫療服務成本及人口因素成長率	4.203%	16,337.2	4.203%	16,337.2	
投保人口預估成長率	0.113%		0.113%		
人口結構改變率	1.778%		1.778%		
醫療服務成本指數改變率	2.307%		2.307%		
協商因素成長率	0.239%	929.0	1.086%	4,223.0	
鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	388.7	0.100%	388.7
一般服務	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等) (*醫院代表方案編列於其他預算)	0.531%	2,063.0	0.000%*	0.0*
	配合勞動基準法調整,醫院資源配置全面調整政策	0.000%	0.0	0.772%	3,000.0
	提升護理照護品質	0.000%	0.0	0.257%	1,000.0
	調整醫管人員支付標準	0.000%	0.0	0.129%	500.0
	因應原自費特材納入健保支付標準使用之調整項目	0.000%	0.0	0.077%	300.0
	其他預期之法令或政策改變	移列C型肝炎藥品費用至專款項目 (*醫院代表方案移列至其他預算)	-0.386%	-1,500.0	-0.243%*
其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.006%	-22.7	-0.006%	-22.7
一般服務成長率	增加金額	4.442%	17,266.2	5.289%	20,560.2
	總金額		405,969.1		409,261.5

項目	付費者代表方案		醫院代表方案	
	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)
新藥	0.0	0.0	0.0	0.0
C型肝炎用藥(*醫院代表方案移列至其他預算)	2,655.0	2,655.0	0.0*	0.0*
罕見疾病、血友病及後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材(*醫院代表方案移列「後天免疫缺乏病毒治療藥費」至其他預算)	12,452.5	3,500.0	9,435.5*	483.0*
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	53.7	4,215.7	53.7
醫療給付改善方案	997.5	121.2	997.5	121.2
急診品質提升方案	120.0	-40.0	160.0	0.0
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300.0	-814.0	0.0	-1,114.0
醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	60.0	0.0	60.0	0.0
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	800.0	0.0
<b>專款金額</b>	<b>21,600.7</b>	<b>5,475.9</b>	<b>15,668.7</b>	<b>-456.1</b>
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	22,742.1	4.966%	20,104.1
	總金額	5.618%		427,569.8
門診透析服務 成長率	增加金額	598.7	2.975%	598.7
	總金額	2.975%		20,724.0
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款+門診 透析)	增加金額	23,340.8	4.871%	20,702.8
	總金額	5.493%		448,293.8
較105年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>	5.881%	—	5.257%	—

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(1,557.7百萬元)。  
2. 計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄二之附件三

106年度全民健康保險醫療給付費用總額成長率及預估金額表

項目	牙醫門診 總額 <sup>註2</sup>	中醫門診 總額 <sup>註2</sup>	西醫基層 總額 <sup>註2</sup>	其他預算 <sup>註3</sup>	醫院總額 <sup>註2</sup>	年度總額 <sup>註2</sup>
成長率及金額 (基期為校正投保人口差值後之費用)	2.841% (418.48 億元)	3.643% (239.33 億元)	4.789% (1,285.72 億元)	112.639 億元	付費者代表方案 5.493% (4,482.94 億元)	5.166% (6,539.1 億元)
					醫院代表方案 <sup>註1</sup> 4.871% (4,456.54 億元)	4.741% (6,512.7 億元)
成長率及金額 (基期為 105 年 度核定總額)	3.246% (418.48 億元)	4.066% (239.33 億元)	5.157% (1,285.72 億元)	112.639 億元	付費者代表方案 5.881% (4,482.94 億元)	5.546% (6,539.1 億元)
					醫院代表方案 <sup>註1</sup> 5.257% (4,456.54 億元)	5.120% (6,512.7 億元)

註：1. 醫院代表方案尚未包含「新醫療科技」、「C 型肝炎用藥」、「後天免疫缺乏病毒治療藥費」等 3 項移列其他預算支應之費用，若以健保署估算額度合計 82.18 億元（分別為 20.63 億元、26.55 億元、35 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。  
3. 其他預算較 105 年度增加 9.05 億元。

## 附錄二之附件四

106年度各部門總額一般服務保障項目及支付方式

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

註：1. 每季各婦產科診所撥付款項 = 280 點 × 季申報總住院日數，每點以 1 元計算後撥付應用於提升護理人員之夜班費、超時加班費、提高薪資、加發獎勵金等用途。  
2. 以前一季各區門診平均點值支付，如前一季該分區門診平均點值小於當季浮動點值，該分區該季偏遠地區醫院之浮動點數以當季浮動點值核付。

## 附錄三 衛生福利部全民健康保險會設置要點

中華民國 102 年 7 月 25 日衛生福利部衛部綜字第 1021180015 號函訂定全文 6 點  
中華民國 104 年 11 月 19 日衛生福利部衛部保字第 1041260837 號函修正第 4 點

- 一、衛生福利部（以下稱本部）為辦理全民健康保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配事項，設全民健康保險會（以下稱本會），並依本部處務規程第二十條第五款規定，訂定本要點。
- 二、本會任務如下：
  - （一）保險費率之審議。
  - （二）保險給付範圍之審議。
  - （三）保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。
  - （四）保險政策、法規之研究及諮詢。
  - （五）其他有關保險業務之監理事項。
  - （六）其他全民健康保險法所定由本會辦理事項。
- 三、本會委員代表之名額、產生方式、議事規範、代表利益之自我揭露及資訊公開等有關事項，依全民健康保險會組成及議事辦法辦理。
- 四、本會置執行秘書一人，綜理日常事務；副執行秘書一人，襄助處理會務；組長及工作人員若干人，分組辦理本會業務。  
執行秘書、副執行秘書、組長及工作人員，由本部法定員額內調充之。
- 五、本會於必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析。
- 六、委員均為無給職。

## 附錄四 全民健康保險會組成及議事辦法

中華民國 101 年 11 月 1 日行政院衛生署衛署健保字第 10112660249 號令訂定發布全文 16 條；並自 102 年 1 月 1 日施行  
中華民國 102 年 8 月 8 日衛生福利部衛部保字第 1021280025 號令修正發布第 9、16 條條文，並自發布日施行；中華民國 103 年 1 月 21 日行政院院臺規字第 1030121680 號公告第 2 條第 1 項第 4 款、第 3 項所列屬「行政院經濟建設委員會」之權責事項，自 103 年 1 月 22 日起改由「國家發展委員會」管轄  
中華民國 104 年 10 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1041260678 號令修正發布第 2、4、7、15 條條文

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第五條第五項規定訂定之。
- 第 2 條 全民健康保險會（以下稱健保會）置委員三十五人，委員名額分配如下：  
一、保險付費者代表：  
（一）被保險人代表十二人。  
（二）雇主代表五人。  
（三）行政院主計總處一人。  
二、保險醫事服務提供者代表十人。  
三、專家學者及公正人士五人。  
四、國家發展委員會及主管機關各一人。  
被保險人代表之委員，其中九人，由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘三人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。  
雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、國家發展委員會及主管機關之委員，由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。  
學者專家及公正人士之委員，由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。  
保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。
- 第 3 條 健保會置主任委員一人，由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中，指定一人兼任。
- 第 4 條 各團體於推薦健保會委員時，採以二倍方式為之，並應考量性別平等原則。
- 第 5 條 健保會委員任期為二年。

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

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

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

前二項新任委員之任期，以補足原任之委員任期為止。

第 6 條 健保會委員應就下列情形，於首次參加委員會議前，主動提報健保會；任期間如有變動，應於事實發生後一個月內提報：

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

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

第 7 條 健保會委員任期內親自出席委員會議達三分之二之次數，為續聘之必要條件。

健保會委員有下列行為未達解聘之條件者，列為下屆是否續聘重要參考：

- 一、違反議事規則或阻撓議事之進行。
- 二、發言侮辱他人或進行人身攻擊。
- 三、破壞公家財物或暴力之肢體動作。
- 四、妨害他人在議事上之發言、提案或表決。
- 五、對於會議相關事項，對外作不實之轉述。
- 六、對外提供應保密之內部相關文件。
- 七、干預健保違約處理或行政之決定。
- 八、違反本辦法或其他法令規定。
- 九、其他經委員會議決議禁止之不正當行為。

第 8 條 健保會每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。

會議由主任委員擔任主席，主任委員因故不能出席時，應指定委員一人為主席。

會議應有二分之一以上委員出席，始得開議；其決議依下列方式為之：

- 一、本法第五條第一項第三款保險醫療給付費用總額對等協議訂定及分配事項，應以協商方式達成各項協定。
- 二、本法第五條第一項第一款、第二款、第四款、第五款及其他本法所定健保會應辦理事項，應經出席委員超過二分之一同意行之。

會議應邀請保險人派員列席；必要時經徵得主任委員同意，並得邀請有關機關、團體或相關領域之專家學者列席提供意見。

- 第 9 條 健保會於協議訂定及分配保險醫療給付費用總額時，其方式、程序、場地、出席、列席人員及其他相關事項，應符合對等協議之精神。
- 第 10 條 健保會未能於法定期限達成醫療給付費用總額及其分配方式之協定時，應分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。
- 第 11 條 會議議程，應於開會七日前分送各出席、列席人員，並對外公開之；臨時提案經排入議程者，亦公開之。  
委員提案內容，以與健保會法定任務有關者為限，並應於提案中載明提案人之姓名及其代表類別。
- 第 12 條 會議應依發言作成會議實錄，載明下列事項，於會議後十日內公開：  
一、會議年次、屆次及次數。  
二、會議時間。  
三、會議地點。  
四、主席姓名。  
五、出席委員姓名及出席之代理人姓名、服務單位及職稱。  
六、請假委員姓名。  
七、列席人員姓名、服務單位及職稱。  
八、紀錄姓名。  
九、報告事項之案由、發言內容及決定。  
十、討論事項之案由、發言內容、決議及表決結果。  
十一、其他應記載之事項。  
前項會議實錄如有未議決之事項經決議暫不公開者，得暫不公開。但議決後，應即公開。
- 第 13 條 會議提案方式、條件及程序等議事作業，本辦法未規定者，依委員會會議之決議辦理。
- 第 14 條 會議決議事項，經主任委員認有立即對外說明之必要時，應由其本人或指定人員統一發布。
- 第 15 條 委員應親自出席會議；其因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位。  
委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派之代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決。委員已出席且在會場時，不得指派他人代理。  
第二條第五項及第六條第一項規定，於代理人，準用之；其有違反該規定，或有第七條第二項各款之行為者，不得再為代理。
- 第 16 條 本辦法自中華民國一百零二年一月一日施行。  
本辦法修正條文自發布日施行。

## 附錄五 106年度總額協商架構

第2屆105年第5次委員會議（105.5.27）討論通過

### 一、總額設定公式

●年度全民健保醫療給付費用＝

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

年度全民健保醫療給付費用成長率＝

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

●年度部門別<sup>註1</sup>醫療給付費用＝

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

●年度部門別醫療給付費用成長率＝

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

註：1. 部門別 (i) = 牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2. 依費協會第114次委員會議（95.06.09）決議，自97年度開始，總額基期須校正「投保人口年增率」預估與實際之差值（即106年總額基期須校正104年投保人口成長率差值）。

3. 西醫基層及醫院總額尚須加上門診透析服務費用。

### 二、醫療服務成本及人口因素

（一）成長率計算公式

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

（二）各項因素之計算方法

1. 人口結構改變率

以衛福部報行政院時可取得之最近完整一年費用及計費人口數資料，106年度總額係以103年每人醫療費用點數為基礎，計算104年對103年保險對象人口結構之影響（即以各季季末保險對象人數之年齡性別百分比平均值計算，並以5歲為一組）。

2. 醫療服務成本指數改變率

(1) 成本項目之權數

採行政院主計總處100年工商及服務業普查所作之「醫療機構專案調查實施計畫」調查結果，取去除「最高及最低5%極端值」後之平均數。

(2) 成本項目對應之指數與權重如下（均沿用105年度總額之計算方式）：

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

註：醫療材料費用選擇與醫療儀器及材料相關之項目，採用「電子醫療用儀器及設備」；「注射筒、聽診器及導管等醫療器材」；「整形用具、人造關節等非電子醫療器材及用品」；「放射照相或放射治療器具」；「理化分析用儀器及器具」及「其他醫療器材」。「躉售物價指數－西醫藥品類」指數，其內涵排除「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」項目，不納入計算，由行政院主計總處另行提供，另西醫基層及牙醫部門之全民健保藥費申報權重，係以 101 年為基期。

(3) 醫療服務成本指數改變率之指數值及計算

前述各指標項目，以100年為基值（訂為100），計算104年對103年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其104年醫療給付費用占率值加權計算而得總醫療服務成本指數改變率。

3. 投保人口預估成長率

採國家發展委員會103年公布「中華民國人口推計（103至150年）」之106年人口總增加數之中推計數值估算。

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

### 三、協商因素

（一）保險給付項目及支付標準之改變

預期新增給付項目及支付標準（如高科技及新藥）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 = 前一年醫院（西醫基層）門診透析服務費用 ×  
（1 + 成長率）

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



## 附錄六 106年度總額協商通則

第2屆105年第6次委員會議（105.6.24）通過

### 一、基期

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

### 二、醫療服務成本及人口因素

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

### 三、協商因素

（一）健保署會同各總額部門研擬之年度協商草案：

1. 應配合全民健保財務狀況，回歸以提供醫療服務為意旨。
2. 給付項目之調整，請依本會第2屆104年第2次（104.3.27）委員會議討論通過之「全民健康保險年度總額對給付項目調整之作業原則與流程」辦理。

（二）各部門之「品質保證保留款」：

1. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（105、106年）該保留款成長率之累計額度為限，其餘額度回歸一般服務預算。
2. 考量各部門對「品質保證保留款」之運用方式各異，同意總額部門於取得內部共識後，可視需要由一般服務移列部分預算至品質保證保留款，並須提經本會通過。

（三）違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款：

1. 列為協商減項，但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。
2. 本項扣款，採計104年度資料，數值以協商時中央健康保險署提供者為準。

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

（五）需保障或鼓勵之醫療服務，以回歸支付標準處理為原則。如仍有部分服務需採點值保障，請健保署會同各部門總額相關團體議定後送本會同意後執行。

#### 四、專款專用項目

- (一) 回歸原協定意旨，採零基預算直接協定預算額度，且其款項不得以任何理由流出。實施成效納入下年度總額協商考量。
- (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。

#### 五、其他預算

除總額協商已議定事項外，各項目之預算不得相互流用。

#### 六、其他原則

- (一) 年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。  
但書：醫療費用總額經衛福部核定後，對已協定各項目金額之增減應正式提案，在本會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。
- (二) 年度全民健康保險醫療給付費用成長率，應在行政院核定範圍內。
- (三) 所協商總額應與社會經濟因素及全民健保保費收入情形連動，且對有限健保資源，應予合理配置。
- (四) 醫療照護整合與效率提升成效之效益，部分用以獎勵醫療服務提供者，部分回歸保險對象。
- (五) 對已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。

## 附錄七 106年度總額協商程序

第 2 屆 105 年第 4 次及第 6 次委員會議（105.4.22 及 6.24）通過

### 一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<b>一、協商前置作業</b>	
1. 討論 106 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。	105 年 5 月 27 日 6 月 24 日
2. 建立協商參考資料： (1) 編具「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽－105 年版」。 (2) 編具「全民健保各部門總額執行成果摘要－105 年版」。	105 年 6～8 月
3. 召開各部門總額執行成果評核會議： 檢討、評估各總額部門 104 年度協定事項執行情形。	105 年 7 月 28、29 日
4. 106 年度總額案於主管機關交議後，進行各項相關作業： (1) 請主管機關派員於委員會議說明行政院對總額範圍核定情形及政策方向。 (2) 確定各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率。	105 年 7 月 22 日 (或 8 月 26 日)
5. 由健保署會同各總額部門預擬協商因素／專款項目及其預算規劃草案。 (1) 規劃草案內容應包含協商減列項目及預估金額。 (2) 各總額部門與健保署擬訂規劃草案時，對相關之醫療服務項目，如護理、藥事服務、門診透析服務等，得邀集相關團體參與。	105 年 8 月
6. 安排總額協商之相關座談會／會前會。 (1) 召開 106 年度總額協商因素項目及計畫草案座談會： ①請各總額部門及健保署報告所規劃之 106 年度總額協商因素項目及計畫草案，並進行綜合討論。 （註：除簡報外，並請提供各協商項目或計畫之詳細說明，其須包含目標、醫療服務內容、費用估算基礎、過去執行成果、預期效益等資料） ②請幕僚彙整評核會議評核委員之共識建議，及各部門總額之執行成果，供討論參考。 (2) 召開健保署和付費者代表、專家學者與公正人士、相關機關代表座談會。 (3) 另視需要召開座談會。	105 年 8 月 26 日（下午）         105 年 8～9 月 105 年 8～9 月
<b>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</b>	
1. 協定各部門總額成長率。	105 年 9 月 23～24 日
2. 協定各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。	105 年 10～12 月
3. 年度整體總額協定成長率及其分配之確認，及報請主管機關核定。	105 年 10～12 月
<b>三、協定事項之執行規劃與辦理</b>	
1. 健保署會同各總額部門，提出各協商或專款項目配套計畫之執行方案。	105 年 10 月～
2. 各方案／計畫進度之追蹤，並視需要，請健保署或總額部門專案報告。	106 年 12 月

## 二、協商會議（含共識會議及委員會議）之日程

（一）協商會議日期：本（105）年9月23日（星期五）及24日（星期六）上午，共一天半。

（二）工作內容：

1. 協商共識會議（9月23日）：

(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)門診透析服務獨立預算，依西醫基層及醫院等二總額部門協商順序，併於先談部門之時段（時間外加）協商。

2. 委員會議（9月24日上午）：完成協商結論之確認。

（三）協商共識會議之與會人員：

1. 付費方：保險付費者代表之委員。

2. 醫界：

(1)保險醫事服務提供者代表委員。

(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。（以會場可容納為原則，去年為9名）

(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協談，並邀請台灣腎臟醫學會推派代表乙名列席說明。

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。

（四）協商共識會議進行方式與原則：

1. 各部門協商順序：於7月份委員會議抽籤決定之。

2. 議程提經委員會議確認後，即應遵照辦理，不可臨時要求變更。

3. 各部門協商時間，安排如下表：

部門別	提問與意見交換		部門之預算協商		合計（不含各自召集會議時間）	付費者委員視需要自行召開會議	醫界委員視需要自行召開會議	推估最長時間
醫院	30分鐘	（門診透析 20分鐘）	60分鐘	（門診透析 20分鐘）	130~170分鐘	30分鐘	30分鐘	130~230分鐘
西醫基層	25分鐘		50分鐘		115~150分鐘	20分鐘	20分鐘	115~190分鐘
牙醫	20分鐘		40分鐘		60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
中醫	20分鐘		40分鐘		60~80分鐘	20分鐘	20分鐘	60~120分鐘
其他預算	20分鐘		35分鐘		55~73分鐘	20分鐘		55~93分鐘

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

#### 4. 相關原則

- (1) 所有委員均可入場，惟非協商當時之總額部門委員，僅聽報告、提問與發表意見，但不參與預算協商。
- (2) 各部門與付費者代表委員進行預算協商時，請健保署相關人員在場提供所需說明。
- (3) 付費者及醫界委員視需要自行召開內部會議時，可邀請專家學者與公正人士之委員提供諮詢意見，及本會幕僚與健保署同仁協助試算或說明。

#### 5. 各方未能達成共識時之處理方式

- (1) 保險付費者代表委員間無法達成共識時：  
於協商共識會議中，由付費者委員進行內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得以多數決定之。
  - (2) 總額部門代表委員間無法達成共識時：  
於協商共識會議中，由總額部門委員進行內部會議協調之。
  - (3) 總額部門與付費者委員無法達成共識時：  
依全民健康保險會組成及議事辦法第10條規定，分別就保險付費者代表之委員、保險醫事服務提供者代表之委員建議方案當中各提一案，報主管機關決定。個別委員對建議方案有不同意見時，得提出不同意之意見書，由健保會併送主管機關。
6. 各部門總額年度預算之協商終止點，原則預訂為9月份之委員會議，未能在安排時限內達成共識，除經保險付費者、醫事服務提供者雙方代表同意再行協談，否則依法送請主管機關裁決，不再重啟協商。

### 三、協商結論之確認

- (一) 協商項目之成長率（或金額）：於協商共識會議當場試算並進行確認。除經部門總額代表提議，並獲得付費者委員支持，方可重新協議及再行確認。
- (二) 協定事項：於委員會議中確認；文字若不違原協商事項，可酌修。


### 四、協商共識會議實錄之製作與公開

為讓各界瞭解年度總額之協商過程，與會人員發言內容，將以實錄方式上網公開之。

## 附錄八 106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告

檔 號：  
保存年限：

**衛生福利部 公告**




發文日期：中華民國105年11月9日  
發文字號：衛部健字第1053360140號  
附件：如公告事項一(附件一至五共五件)(1053360140-1.docx)

**主旨：**公告106年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配。

**依據：**全民健康保險法第61條暨105年11月2日衛部保字第1051260640號函。

**公告事項：**

- 一、106年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用成長率與其他預算額度及相關分配如下：
  - (一)牙醫門診醫療給付費用成長率2.841%，其中一般服務成長率為2.340%，專款項目全年經費為2,146.0百萬元(附件一)。
  - (二)中醫門診醫療給付費用成長率3.643%，其中一般服務成長率為3.291%，專款項目全年經費為377.2百萬元(附件二)。
  - (三)西醫基層醫療給付費用成長率4.789%，其中一般服務成長率為3.963%，專款項目全年經費為2,998.0百萬元，門診透析服務成長率為5.342%(附件三)。
  - (四)醫院醫療給付費用成長率5.633%，其中一般服務成長率為4.585%，專款項目全年經費為21,640.7百萬元，門診透析



編校人員：郭怡婷

第 1 頁 共 2 頁

服務成長率為2.975%(附件四)。

(五)其他預算之額度為11,263.9百萬元，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、106年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)106年度全民健保醫療給付費用 $=\sum_{i=1}^4$ [校正後105年度部門別醫療給付費用 $\times(1+106$ 年度部門別醫療給付費用成長率)]+106年度其他預算醫療給付費用

(二)106年度全民健保醫療給付費用成長率(1)=(106年度全民健保醫療給付費用 $\div$ 校正後105年度全民健保醫療給付費用)-1

(三)106年度全民健保醫療給付費用成長率(2)=(106年度全民健保醫療給付費用 $\div$ 核定之105年度全民健保醫療給付費用)-1

註：

1. 部門別(i) =牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院；另「其他預算」採協定各項目之全年經費。

2. 校正後105年度全民健保醫療給付費用，係依本部全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正「投保人口預估成長率」差值(即106年度總額基期須校正104年投保人口成長率差值)。

三、106年度全民健康保險醫療給付費用成長率，依說明二之(二)公式計算，為5.261%；若相較於105年度核定總額，則成長率依說明二之(三)公式計算，為5.642%。

部長 林錫山

## 附錄八之附件一

# 106年度牙醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

#### 106年度牙醫門診醫療給付費用總額＝

校正後105年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×（1+106年度一般服務成長率）+106年度專款項目經費

註：校正後105年度牙醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

### 二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為2.340%。其中醫療服務成本及人口因素成長率1.922%，協商因素成長率0.418%。
- （二）專款項目全年經費為2,146.0百萬元。
- （三）前述二項額度經換算，106年度牙醫門診醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長3.246%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為2.841%。各細項成長率及金額如表1。

### 三、總額分配相關事項：

#### （一）一般服務（上限制）：

##### 1. 品質保證保留款（0.300%）：

- （1）依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- （2）金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（105、106年）該保留款成長率之累計額度（約228.9百萬元）為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- （3）請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

##### 2. 12歲牙結石清除（0.054%）。

##### 3. 加強全民口腔疾病照護（0.100%）：適用對象為未滿12歲兒童。

##### 4. 顎顏面骨壞死術後傷口照護（0.026%）。

##### 5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.023%）。

##### 6. 新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%（-0.039%）。



(二) 專款項目：全年經費為2,146.0百萬元

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：

全年經費280.0百萬元，辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。

2. 牙醫特殊醫療服務計畫：

全年經費473.0百萬元，辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。

3. 牙周病統合照護計畫：

(1) 第1、2階段照護，全年經費1,042.4百萬元；第3階段照護，全年經費350.6百萬元。

(2) 應於108年回歸一般服務。

表1 106年度牙醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率		1.922%	745.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口預估成長率) × (1 + 人口結構改變率 + 醫療 服務成本指數改變率)] - 1	
投保人口預估成長率		0.113%			
人口結構改變率		-0.118%			
醫療服務成本指數改變率		1.925%			
協商因素成長率		0.418%	161.8		
一般服務	鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.300%	116.4	1. 依「牙醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約228.9百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。 3. 請中央健康保險署與牙醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	12歲牙結石清除	0.054%	20.8	適用對象為未滿12歲兒童。
		加強全民口腔疾病照護	0.100%	38.7	
		顎顏面骨壞死術後傷口照護	0.026%	10.0	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
一般服務	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.023%	-9.0	
		新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%	-0.039%	-15.1	
	一般服務成長率	增加金額	2.340%	907.4	
	總金額	39,702.0			
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案		280.0	0.0	1. 辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及巡迴醫療計畫。 2. 具體實施方案於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	牙醫特殊醫療服務計畫		473.0	0.0	1. 辦理先天性唇顎裂與顛顏畸形患者、特定障別之身心障礙者、在宅及老人長期照顧暨安養機構牙醫醫療服務。 2. 具體實施方案於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	牙周病統合照護計畫 (第1、2階段)		1,042.4	158.4	1. 應於108年回歸一般服務。 2. 具體實施方案於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	牙周病統合照護計畫 (第3階段)		350.6	90.0	
	專款金額		2,146.0	248.4	
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款)	增加金額		2.841%	1,155.8	
	總金額			41,848.0	
較105年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>		3.246%	—		

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(159.6百萬元)。  
2. 計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

## 附錄八之附件二

# 106年度中醫門診醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

106年度中醫門診醫療給付費用總額＝

校正後105年度中醫門診一般服務醫療給付費用×（1+106年度一般服務成長率）+106年度專款項目經費

註：校正後105年度中醫門診一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

### 二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為3.291%。其中醫療服務成本及人口因素成長率2.281%，協商因素成長率1.010%。
- （二）專款項目全年經費為377.2百萬元。
- （三）前述二項額度經換算，106年度中醫門診醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長4.066%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為3.643%。各細項成長率及金額如表2。

### 三、總額分配相關事項：

#### （一）一般服務（上限制）：

##### 1. 品質保證保留款（0.100%）：

- （1）依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- （2）金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（105、106年）該保留款成長率之累計額度（約44.8百萬元）為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- （3）請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。

##### 2. 其他醫療服務利用及密集度之改變（1.096%）：

- （1）分2年調校診察費合理量之計算公式，105年度原編列200百萬元，經扣減104年度所編120百萬元預算已納入基期部分，計增加80百萬元。
- （2）106年度編列250百萬元。

3. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.019%）。
4. 腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自103年由專款移列至一般服務後，於105年上半年執行率未達80%之扣款（-0.167%）。

（二）專款項目：全年經費為377.2百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 醫療資源不足地區改善方案：  
全年經費121.5百萬元，辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。
2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫：  
全年經費133百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷、脊髓損傷及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護等4項。
3. 中醫提升孕產照護品質計畫：  
(1)全年經費47.7百萬元。  
(2)106年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介入等因素。
4. 乳癌、肝癌門診加強照護計畫：全年經費25百萬元。
5. 兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫：全年經費20百萬元。
6. 癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫：  
(1)全年經費30百萬元。  
(2)不予支付病床費及病床護理費。  
(3)計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。

表2 106年度中醫門診醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率		2.281%	520.2	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$	
投保人口預估成長率		0.113%			
人口結構改變率		0.411%			
醫療服務成本指數改變率		1.755%			
協商因素成長率		1.010%	230.5		
一般服務	鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	22.8	1. 依「中醫門診總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約44.8百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。 3. 請中央健康保險署與中醫門診總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
	其他醫療服務利用及密集度之改變		1.096%	250.0	1. 分2年調校診察費合理量之計算公式，105年度原編列200百萬元，經扣減104年度所編120百萬元預算已納入基期部分，計增加80百萬元。 2. 106年度編列250百萬元。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項	
一般服務	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.019%	-4.3	105 年度上半年預算中，若執行率未達 80%，將按比例扣款。
		腦血管疾病及顱腦損傷患者中醫特定疾病門診加強照護計畫自 103 年由專款移列至一般服務後，於 105 年上半年執行率未達 80% 之扣款	-0.167%	-38.0	
	一般服務成長率	增加金額	3.291%	750.7	
		總金額		23,556.1	
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案		121.5	15.0	1. 辦理中醫師至無中醫鄉開業及巡迴醫療服務計畫。 2. 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療計畫 1. 腦血管疾病 2. 顱腦損傷 3. 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護 4. 脊髓損傷		133.0	20.0	具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	中醫提升孕產照護品質計畫		47.7	15.7	1. 106 年請提出嚴謹療效評估報告，包含有無中醫治療之療效比較，並應控制西醫治療介入等因素。 2. 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金 額(百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	乳癌、肝癌門診加強照護計畫	25.0	10.1	具體實施方案於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	兒童過敏性鼻炎照護試辦計畫	20.0	0.0	具體實施方案於105年11月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	癌症化療、放射線療法患者中醫門診延長照護試辦計畫(106年新增計畫)	30.0	30.0	1. 不予支付病床費及病床護理費。 2. 計畫內容提經全民健康保險會備查，預算始得動支。 3. 具體實施方案於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報初步執行結果。
	<b>專款金額</b>	<b>377.2</b>	<b>90.8</b>	
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款)	增加金額	3.643%	841.5	
	總金額		23,933.3	
較105年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>		4.066%	—	

- 註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(93.7百萬元)。  
2. 計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。



## 附錄八之附件三

# 106年度西醫基層醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

●106年度西醫基層醫療給付費用總額＝

校正後105年度西醫基層一般服務醫療給付費用×（1+106年度一般服務成長率）+106年度專款項目經費+106年度西醫基層門診透析服務費用

●106年度西醫基層門診透析服務費用＝

105年度西醫基層門診透析服務費用×（1+成長率）

註：校正後105年度西醫基層一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會決議，校正投保人口預估成長率差值。

### 二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為3.963%。其中醫療服務成本及人口因素成長率3.159%，協商因素成長率0.804%。
- （二）專款項目全年經費為2,998.0百萬元。
- （三）門診透析服務成長率5.342%。
- （四）前述三項額度經換算，106年度西醫基層醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長5.157%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為4.789%。各細項成長率及金額如表3。

### 三、總額分配相關事項：

（一）一般服務（上限制）：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算（2,070.6百萬元）：

- （1）本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。
- （2）請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果（含調整項目及申報點數）。

2. 品質保證保留款（0.100%）：

- （1）依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
- （2）請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。

- (3)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（105、106年）該保留款成長率之累計額度（約206.1百萬元）為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
- (4)請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
3. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）（0.080%）：  
請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果（含新增項目及申報費用/點數）。若未於時程內導入，則扣減該額度。
4. 山地離島門診診察費（0.095%）：  
請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
5. 配合安全針具推動政策之費用（0.004%）：
  - (1)配合安全針具推動政策，5年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自102年起分5年編列，106年為第5年。
  - (2)請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
6. 其他醫療服務利用及密集度之改變（0.570%）。
7. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.045%）。

（二）專款項目：全年經費為2,998百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. 強化基層照護能力「開放表別」：全年經費250百萬元。
2. 西醫醫療資源不足地區改善方案：  
全年經費180百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
3. 加強慢性B型及C型肝炎治療計畫（含C肝新藥）：
  - (1)全年經費688百萬元。
  - (2)原加強慢性B型及C型肝炎治療計畫，經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。
  - (3)C肝新藥288百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。
4. 醫療給付改善方案：
  - (1)全年經費300百萬元。

(2) 辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等6項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。

5. 家庭醫師整合性照護計畫：

(1) 全年經費1,580百萬元。

(2) 應擴大社區醫療群之服務量能，納入居家照護服務，及將醫療給付改善方案之適用對象（例如：糖尿病、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等）納入照護範圍。

(三) 門診透析服務：

1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：  
先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
3. 門診透析服務總費用成長率為4.0%，依上述分攤基礎，西醫基層部門本項服務費用成長率為5.342%。
4. 應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
5. 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

表3 106年度西醫基層醫療給付費用協定項目表

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率		3.159%	3,323.6	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$ 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(2,070.6百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，且朝支付點數相對合理之方向處理。 3. 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。	
投保人口預估成長率		0.113%			
人口結構改變率		1.075%			
醫療服務成本指數改變率		1.968%			
協商因素成長率		0.804%	846.0		
一般服務	鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	105.2	1. 依「西醫基層總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。 2. 請將「醫療資訊品質提升」列入品質保證保留款之分配指標之一。 3. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約206.1百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。 4. 請中央健康保險署與西醫基層總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
	保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.080%	84.0	請中央健康保險署於105年12月委員會說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果及成效評估報告(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。

項目		成長率 (%) 或 金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
一般服務	山地離島門診診察費	0.095%	100.0	請於 105 年 12 月底前完成相關程序，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。	
	保險給付項目及支付標準之改變	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	4.0	1. 配合安全針具推動政策，5 年內按比例逐步完成全面提供安全針具。本項預算自 102 年起分 5 年編列，106 年為第 5 年。 2. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	0.570%	600.0		
	其他議定項目	違反全民健保醫事服務機構特約及管理辦法之扣款	-0.045%	-47.2	
	一般服務成長率	增加金額 總金額	3.963%	4,169.6 109,381.4	
專款項目 (全年計畫經費)	強化基層照護能力「開放表別」	250.0	250.0	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。	
	西醫醫療資源不足地區改善方案	180.0	-60.0	1. 經費得與醫院總額同項專款相互流用。 2. 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。	
	加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫 (含 C 肝新藥)	688.0	288.0	1. 原加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫經費 400 百萬元，不足部分由其他預算支應。 2. C 肝新藥 288 百萬元，動支條件比照醫院總額辦理。 3. 具體實施方案於 105 年 12 月底前完成，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。	
	醫療給付改善方案	300.0	7.3	1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等 6 項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
專款項目 (全年計畫經費)	家庭醫師整合性照護計畫	1,580.0	400.0	2. 具體實施方案於 105 年 11 月底前(新增方案原則於 105 年 12 月底前)完成,並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告(新增方案僅需提供初步執行結果)。 1. 應擴大社區醫療群之服務量能,納入居家照護服務,及將醫療給付改善方案之適用對象(例如:糖尿病、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、氣喘等)納入照護範圍。 2. 具體實施方案於 105 年 11 月底前完成,並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	專款金額	2,998.0	885.3	
成長率 (一般服務+專款)		4.710%	5,054.9	
增加金額 總金額			112,379.4	
門診透析服務 成長率	增加金額	5.342%	821.1	1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用,並統為運用。 2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式:先協定新年度門診透析服務費用成長率,再依協商當年第 1 季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算,而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3. 門診透析服務總費用成長率為 4.0%,依上述分攤基礎,西醫基層部門本項服務費用成長率為 5.342%。 4. 應持續推動腎臟移植,以減少透析病人數。 5. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	總金額		16,192.1	
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款+門診 透析)		4.789%	5,876.0	
增加金額 總金額			128,571.5	
較 105 度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>		5.157%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值（429.7 百萬元）。  
2. 計算「較 105 年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

## 附錄八之附件四

# 106年度醫院醫療給付費用總額及其分配

### 一、總額設定公式：

●106年度醫院醫療給付費用總額＝

校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用×（1+106年度一般服務成長率）+106年度專款項目經費+106年度醫院門診透析服務費用

●106年度醫院門診透析服務費用＝

105年度醫院門診透析服務費用×（1+成長率）

註：校正後105年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會105年第5次委員會議決議，校正投保人口預估成長率差值。

### 二、總額決定結果：

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

- （一）一般服務成長率為4.585%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率4.203%，協商因素成長率0.382%。
- （二）專款項目全年經費為21,640.7百萬元。
- （三）門診透析服務成長率2.975%。
- （四）前述三項額度經換算，106年度醫院醫療給付費用總額，較105年度所核定總額成長6.021%；而於校正投保人口預估成長率差值後，成長率估計值為5.633%。各細項成長率及金額如表4。

### 三、總額分配相關事項：

（一）一般服務（上限制）：

1. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算（8,967.4百萬元）：

- （1）本項預算應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以6,000百萬元調整重症項目，整體調整方案應送全民健康保險會備查。
- （2）請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果（含調整項目及申報點數）。

2. 品質保證保留款（0.100%）：

- (1)依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。
  - (2)金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（105、106年）該保留款成長率之累計額度（約757.3百萬元）為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。
  - (3)請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
3. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）（0.531%）：  
請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果（含新增項目及申報費用／點數）。若未於時程內導入，則扣減該額度。
  4. 移列C型肝炎藥品費用至專款項目（-0.243%）：  
105年原於一般服務執行，移列943百萬元至「C型肝炎用藥」專款項目。
  5. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.006%）。
  6. 配合安全針具推動政策所需預算5億元，業自102年起分4年攤提（102、103年各編列1億元，104年編列2億元，105年編列1億元），於105年已編足，請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
  7. 提升護理照護品質費用，自104年起由專款項目移列至一般服務，請中央健康保險署持續監測相關指標，如護病比、護理人力（並區分一般急性病床）、住院護理品質指標等，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
  8. 醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過105年之90%，超過部分，不予分配。

（二）專款項目：全年經費為21,640.7百萬元。

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同醫院總額相關團體訂定後，依相關程序辦理，並送全民健康保險會備查。前述方案之作業時程，延續型計畫應於105年11月底前完成，新增計畫原則於105年12月底前完成，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協商考量。

1. C型肝炎用藥：
  - (1)全年經費2,655百萬元，包含自一般服務移列943百萬元。
  - (2)本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。
  - (3)提報之執行成果及成效評估報告應包含102年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性B型及C型肝炎治療計畫」。



2. 罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏病毒治療藥費及罕見疾病特材：
    - (1) 全年經費12,452.5百萬元。
    - (2) 罕見疾病藥費（5,791百萬元）及罕見疾病特材（12.5百萬元）經費共計5,803.5百萬元，不得與其他項目的流用；血友病藥費為3,149百萬元。不足部分由其他預算支應。
    - (3) 後天免疫缺乏病毒治療藥費為3,500百萬元。
    - (4) 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於106年6月底前提出專案報告（含醫療利用及成長原因分析）。
  3. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費4,215.7百萬元，不足部分由其他預算支應。
  4. 醫療給付改善方案：
    - (1) 全年經費997.5百萬元。
    - (2) 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等7項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。
  5. 急診品質提升方案：
    - (1) 全年經費160百萬元。
    - (2) 請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
  6. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）：
    - (1) 全年經費300百萬元，導入第3階段DRGs項目。
    - (2) 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
  7. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案：
    - (1) 全年經費60百萬元，本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
    - (2) 配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
  8. 全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫：全年經費800百萬元。
- （三）門診透析服務：
1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。
  2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
  3. 門診透析服務總費用成長率為4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。
  4. 應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。
  5. 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。

表4 106年度醫院醫療給付費用協定項目表（決定版）

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	決定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率		4.203%	16,337.2	1. 計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口預估成長率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$ 2. 醫療服務成本指數改變率所增加之預算(8,967.4百萬元)，應用以調整「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準」，並優先以6,000百萬元調整重症項目，整體調整方案應送全民健康保險會備查。 3. 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含調整項目及申報點數)。	
投保人口預估成長率		0.113%			
人口結構改變率		1.778%			
醫療服務成本指數改變率		2.307%			
協商因素成長率		0.382%	1,486.0		
一般服務	鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康	品質保證保留款	0.100%	388.7	1. 依「醫院總額品質保證保留款實施方案」支付，請於105年12月底前完成相關程序，並於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年(105、106年)該保留款成長率之累計額度(約757.3百萬元)為限，104年額度回歸一般服務預算；106年品質保證保留款如有剩餘，則不滾入一般服務基期費用。 3. 請中央健康保險署與醫院總額相關團體，持續檢討品質保證保留款之發放條件，訂定更嚴格的標準，及增加能反映健康或品質結果面之指標，使更具鑑別度，並達提升品質之效益。
	保險給付項目及支付標準之改變	新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)	0.531%	2,063.0	請中央健康保險署於105年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果(含新增項目及申報費用/點數)。若未於時程內導入，則扣減該額度。
	其他議定項目	移列C型肝炎藥品費用至專款項目	-0.243%	-943.0	105年原於一般服務執行，移列943百萬元至「C型肝炎用藥」專款項目。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	決定事項	
一般服務	其他議定 項目	違反全民健保醫 事服務機構特約 及管理辦法之扣 款	-0.006%	-22.7	
	一般服務 成長率	增加金額	4.585%	17,823.2	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 配合安全針具推動政策所需預算 5 億元，業自 102 年起分 4 年攤提（102、103 年各編列 1 億元，104 年編列 2 億元，105 年編列 1 億元），於 105 年已編足，請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。</li> <li>2. 提升護理照護品質費用，自 104 年起由專款項目移列至一般服務，請中央健康保險署持續監測相關指標，如護病比、護理人力（並區分一般急性病床）、住院護理品質指標等，並於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。</li> <li>3. 醫學中心與區域醫院之初級照護案件，件數不得超過 105 年之 90%，超過部分，不予分配。</li> </ol>
		總金額		406,525.0	
專款項目 (全年計畫經費)	C 型肝炎用藥	2,655.0	2,655.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 包含自一般服務移列 943 百萬元。</li> <li>2. 本執行計畫及治療適應症，宜選擇對病人最有效益之治療方式，並送全民健康保險會備查後，予以動支。</li> <li>3. 提報之執行成果及成效評估報告應包含 102 年起由專款項目移列至一般服務之「加強慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫」。</li> </ol>	
	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	12,452.5	3,500.0	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 罕見疾病藥費（5,791 百萬元）及罕見疾病特材（12.5 百萬元）經費共計 5,803.5 百萬元，不得與其他項物流用；血友病藥費為 3,149 百萬元。不足部分由其他預算支應。</li> <li>2. 後天免疫缺乏病毒治療藥費為 3,500 百萬元。</li> <li>3. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提出專案報告（含醫療利用及成長原因分析）。</li> </ol>	
	鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	4,215.7	53.7	不足部分由其他預算支應。	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	預估增加金額 (百萬元)	決定事項
專款項目 (全年計畫經費)	醫療給付改善方案	997.5	121.2	辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B型肝炎帶原者及C型肝炎感染者個案追蹤、早期療育、孕產婦等7項方案，並新增慢性阻塞性肺疾病方案。
	急診品質提升方案	160.0	0.0	請中央健康保險署檢討方案執行內容，以紓解醫學中心急診壅塞情形。
	鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)	300.0	-814.0	1. 導入第3階段DRGs項目。 2. 本項經費應依實際導入施行之項目與季別，併醫院總額一般服務費用結算。
	醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案	60.0	0.0	1. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。 2. 配合支援西醫醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。
	全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	
專款金額		21,640.7	5,515.9	
成長率(一般服務+ 專款)	增加金額	5.765%	23,339.1	
	總金額		428,165.7	
門診透析服務 成長率	增加金額	2.975%	598.7	1. 合併西醫基層及醫院兩總額部門所協定之年度透析服務費用，並統為運用。 2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。 3. 門診透析服務總費用成長率為4.0%。依上述分攤基礎，醫院部門本項服務費用成長率為2.975%。 4. 應持續推動腎臟移植，以減少透析病人數。 5. 請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
	總金額		20,724.0	
總成長率 <sup>(註1)</sup> (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	5.633%	23,937.8	
	總金額		448,889.7	
較105年度核定總額成長率 <sup>(註2)</sup>		6.021%	—	

註：1. 計算「總成長率」所採基期費用，一般服務含校正投保人口預估成長率差值(1,557.7百萬元)。  
2. 計算「較105年度核定總額成長率」所採基期費用，一般服務不含校正投保人口預估成長率差值。  
3. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

## 附錄八之附件五

### 106年度全民健康保險其他預算及其分配

一、106年度其他預算增加905.0百萬元，預算總額度為11,263.9百萬元，由中央健康保險署管控，各細項分配如表5。

二、預算分配相關事項：

請於106年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告（新增計畫僅需提供初步執行結果）；實施成效並納入下年度總額協考量。

（一）山地離島地區醫療給付效益提昇計畫：全年經費605.4百萬元。

（二）非屬各部門總額支付制度範圍之服務：

1. 全年經費5,000百萬元。

2. 用於「居家醫療與照護」3,412百萬元、「精神疾病社區復健」1,583百萬元及「助產所」5百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第62條第3項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2項經費可互相流用。

（三）支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性B型及C型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費：全年經費300百萬元。

（四）推動促進醫療體系整合計畫：

1. 全年經費1,100百萬元，用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」300百萬元、「區域醫療整合計畫」300百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100百萬元。

2. 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較105年成長20%。

3. 「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具（非依個別疾病），並於106年4月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。

（五）其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費：

1. 全年經費1,000百萬元。

2. 含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。

3. 經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。

（六）提升ICD-10-CM/PCS住院編碼品質：

已於105年全面導入ICD-10-CM/PCS，106年起不再編列預算。

（七）鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

全年經費1,100百萬元，請中央健康保險署於106年6月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。

(八) 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：全年經費1,404.5百萬元。

(九) 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1. 全年經費404百萬元。
2. 用於繼續推動末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案（Early-CKD），及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
3. 建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。

(十) 提升保險服務成效：

全年經費310百萬元，包含106年「健保藥品品質監測計畫」15百萬元，及繼續執行105年未執行完成之預算。

(十一) 高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫：

1. 全年經費40百萬元。
2. 若106年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。

表5 106年度其他預算協定項目表

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
山地離島地區醫療給付效益提昇計畫	605.4	0.0	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	5,000	1,000.0	1. 用於「居家醫療與照護」3,412 百萬元、「精神疾病社區復健」1,583 百萬元及「助產所」5 百萬元，各分項費用若有超支，依全民健康保險法第 62 條第 3 項辦理。「居家醫療與照護」及「助產所」2 項經費可互相流用。 2. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果，計畫型項目應提報執行成果及成效評估報告。
支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費、罕見疾病特材及器官移植、西醫基層總額原慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫專款不足之經費，及狂犬病治療藥費	300.0	0.0	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	0.0	1. 用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」300 百萬元、「區域醫療整合計畫」300 百萬元、「提升急性後期照護品質試辦計畫」400 百萬元，及「跨層級醫院合作計畫」100 百萬元。 2. 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」，病人照護數應較 105 年成長 20%。 3. 「提升急性後期照護品質試辦計畫」應朝居家、社區型照護發展，及建立單一核心評估工具（非依個別疾病），並於 106 年 4 月底前將修訂計畫提經全民健康保險會同意後，預算始得動支。 4. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告（新增方案僅需提供初步執行結果）。
其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費	1,000.0	0.0	1. 含新增醫藥分業地區所增加之藥品調劑費用。 2. 經費之支用，依全民健康保險會所議定之適用範圍與動支程序辦理。 3. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行結果。


項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
提升 ICD-10-CM / PCS 住院編碼品質	0.0	-100.0	已於 105 年全面導入 ICD-10-CM / PCS，106 年起不再編列預算。
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	1,100.0	0.0	1. 請中央健康保險署於 106 年 6 月底前提報健保醫療資訊雲端查詢系統執行情形之專案報告。 2. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	1,404.5	0.0	請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
慢性腎臟病照護及病人衛教計畫	404.0	0.0	1. 用於繼續推動末期腎臟病前期 (Pre-ESRD) 之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案 (Early-CKD)，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2. 建議將「初期慢性腎臟病醫療給付改善方案」之適用對象，納入「家庭醫師整合性照護計畫」之照護範圍。 3. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
提升保險服務成效	310.0	15.0	1. 包含 106 年「健保藥品品質監測計畫」15 百萬元，及繼續執行 105 年未執行完成之預算。 2. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。
高診次暨複雜用藥者藥事照護計畫	40.0	-10.0	1. 請於 106 年各部門總額執行成果發表暨評核會議提報執行成果及成效評估報告。 2. 若 106 年執行數超出預算，則納入總額協商時考量。
總計	11,263.9	905.0	



## 附錄九 106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額 一般服務費用分配方式公告

檔 號：  
保存年限：

衛生福利部 公告



發文日期：中華民國106年1月20日  
發文字號：衛部健字第1063360005號  
附件：如公告事項(1063360005-1.docx)

主旨：公告106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式。

依據：全民健康保險法第61條、105年11月9日衛部健字第1053360140號公告暨106年1月16日衛部保字第1061260006號函。

公告事項：106年度全民健康保險牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院醫療給付費用總額一般服務費用分配方式(如附件)。

部長 林美延

## 附錄九之附件

# 106年度全民健康保險各部門醫療給付費用總額一般服務費用分配方式

## 一、牙醫門診總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 自一般服務費用移撥4.156億元，用於「醫療資源不足地區改善方案之論量計酬費用」、「醫療資源不足且點值低地區獎勵計畫」、「投保人口就醫率全國最高二區之保障款」、「牙周病統合照護計畫第一、二階段給付費用」及「牙周病統合照護計畫第三階段給付費用」等5項，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。
2. 協定項目「103年新增支付標準預算執行率連2年未達30%者，扣其原編預算之50%」（-0.039%，-0.151億元）於各區之扣減方式，50%（0.0755億元）依六分區103~104年實際未達執行率扣款、50%（0.0755億元）按101年各區人口風險因子（R值）進行扣款分配。
3. 扣除品質保證保留款及上開移撥費用後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。
4. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定之。

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

## 二、中醫門診總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 於扣除品質保證保留款及風險調整基金後，預算2.22%歸東區，97.78%歸其他五區。
2. 東區外，其他五分區依下列參數占率分配之：
  - (1) 各區實際收入預算占率：69%。
  - (2) 各區戶籍人口數占率：11%。
  - (3) 各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。
  - (4) 各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。
  - (5) 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

3. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定之。

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

### 三、西醫基層總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

1. 於扣除品質保證保留款後，預算66%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，34%依西醫基層總額支付制度開辦前一年（89年）各地區實際發生醫療費用比率分配。

2. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定之。

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

### 四、醫院總額

(一) 地區範圍：以中央健康保險署六分區業務組所轄範圍區分為六個地區。

(二) 分配方式：

於扣除品質保證保留款後及風險調整基金後，用於「計算」地區預算所採之門住診費用比為45：55，該門診費用（45%）包含門診透析服務。

1. 門診服務（不含門診透析服務、品質保證保留款）：

預算50%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，50%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

2. 住診服務（不含品質保證保留款）：

預算45%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，55%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

3. 各地區門住診服務，經依1、2計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。

4. 所涉執行面及計算等相關細節，授權中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定之。

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

## 附錄十 「健保會討論健保自付差額特材作業流程、基本資料表及檢核表」修訂案之委員意見調查結果

### 一、本會討論自付差額特材案之「作業流程」

→ **不需修改（含無意見）：30位**

→ **建議修改：2位，內容如下：**

1. 本案流程原分為每年討論2次（上半年、下半年），建議應改為健保署提案後，依目前規劃各項工作日數辦理完畢，即排入議程討論；或至少改為每季討論1次。避免因本會所訂流程過長，而延誤自付差額品項納入時間，以維保險對象權益。
2. 依目前案件量，建議改為每季討論1次，以加速案件排入討論之時效。

### 二、健保署提案需檢附之自付差額特材品項「基本資料表」

→ **不需修改（含無意見）：24位**

→ **建議修改：8位，內容如下：**

1. 將「自付差額品項」及「健保全額給付品項」，以兩欄分列：

	自付差額品項	健保全額給付品項（P1）
名稱（及特材碼）		
許可證字號		
核准日期		
功能類別		
價格／支付點數		
用途		
相對效果		
相對風險		
自付差額前年申報量		
自付差額後預估年申報量		
納入後實際年使用量		

2. 他國資料另以表格呈現：

	各國國名	上市年度	價格 P	價格倍數 (/P1)
最小值				
最大值				
中位數				
	韓			
	日			
	美			
	澳			

3. 「2.國內外上市日期與目前價格」：國際價格範圍建議補充「平均數」，以利公平價格衡量。
4. 「3.其他國家保險給付情形」：建議增列「價格：NT \_\_\_\_\_ 元」。
5. 「4.健保全額給付品項與價格（列舉一項）」：
  - (1) 建議增列健保全額給付特材代碼，以利辨識及比較。
  - (2) 僅列一項難有顯著比較性。
6. 「6.本品項與健保全額給付品項（列舉一項）之差距」：
  - (1) 「差距」用詞不清，建議改為「特性比較」。
  - (2) 健保全額給付品項僅列1項難有顯著比較性。
7. 「7.同意納入自付差額特材之理由」：增加3點：
  - 增加安全性（或改善副作用）
  - 有其他醫療功能外之附加效果
  - 有其他可改善醫療或生活品質
8. 「8.健保財務影響評估」：
  - (1) 健保財務影響評估係委員關切重點，原列於「註3」文字，請移回資料表。
  - (2) 最少應有3年以上資料，文字修正為：
    - ① 健保全額給付品項：(1)前3年年申報量、(2)自付差額品項納入後之預估未來3~5年年申報量。
    - ② 自付差額品項：(1)自費期間之前3年年使用量、(2)納入後之預估未來3~5年年使用量。
    - ③ 自付差額品項納入後，預估健保未來3~5年新增費用。
9. 建議表末增列健保署之填報部門、填報人、連絡電話、日期等資料。

### 三、健保署提案需檢附之自付差額特材品項「檢核表」

→ **不需修改（含無意見）：28位**

→ **建議修改：4位，內容如下：**

1. 應於表頭增列相關說明，呈現本表目的。
2. 應思考健保會對自付差額特材把關之重點，建議考量以下2項：
  - (1) 需為民眾權益把關：從監理面向思考，應考量現有健保全額給付品項，是否已提供民眾必須的照顧功能。
  - (2) 應考量自付差額品項價格是否過高，健保財務及民眾負擔能否承受。
3. 「2.程序完備」：增列「並檢附共同擬訂會議紀錄」。
4. 「3.保障被保險人基本使用權益」：名稱精簡為「保險對象權益保障」。
5. 「4.符合『全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則』規定」：新增「已提供足夠且明確之實證資料，足以支持本自付差額品項較健保全額給付品項，其附加之功能或效果較佳，並列出預估效果值，例如AR(Attributable Risk，相差危險性)、RR(Relative Risk，相對危險性)或OR(Odds Ratio，勝算比)。」
6. 「5.價格未偏離國際行情」：新增「…未高於目前國際價格之中位數或平均數」文字。
7. 建議表末增列「健保署之填報部門、填報人、連絡電話、日期」等資料。

### 四、健保署提報之「檢討改善報告內容」

→ **不需修改（含無意見）：30位**

→ **建議修改：2位，內容如下：**

1. 「對健保財務之影響評估」，改為「對健保財務3~5年之影響評估」。
2. 應增加自付差額特材納入全額給付作業機制之啟動時機，如：「若自付差額特材之占率到達一定比率（或其使用量已遠超過健保全額品項時）」。

**其他建議：1位**

1. 除健保財務影響評估外，另可再呈現民眾自行負擔的總金額（例如：以自付差額品項之「民眾自付差額額度」乘以「納入健保後預估使用量」估計），以確實瞭解民眾所增加之財務負擔是否過重。
2. 請提供下列資料供參：一年內新納入自付差額特材之品項數、一年內由自付差額改為全額給付之特材品項數。

## 附錄十一 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國一百零二年八月七日衛生福利部衛部保字第  
1021280007 號令訂定發布全文 10 條；並自發布日  
施行

中華民國一百零三年十月九日衛生福利部衛部保字第  
1031260671 號令修正發布第 10 條條文及第 2 條條  
文附表一、二；並自發布日施行

中華民國一百零四年十月十五日衛生福利部衛部保字第  
1041260684 號令修正發布第 5 條條文

中華民國一百零五年十二月十五日衛生福利部衛部保字  
第 1051260719 號令修正發布第 2 條附表一、附表二

- 第 1 條 本辦法依全民健康保險法（以下稱本法）第七十四條第二項規定訂定之。
- 第 2 條 保險人應定期公開與全民健康保險（以下稱本保險）有關之醫療品質資訊如下：
- 一、依本法第六十七條第三項規定每月應公布之各特約醫院保險病房設置比率。
  - 二、整體性之醫療品質資訊（如附表一）。
  - 三、機構別之醫療品質資訊（如附表二）。
  - 四、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。
- 前項定期公開之資訊，以保險醫事服務機構依法令規定應向保險人登錄或備查、醫療費用申報及第八條所定資料，並經保險人彙整者為限。
- 第 3 條 保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊如下：
- 一、依本法第六十七條第二項規定每日應公布之保險病床使用情形。
  - 二、訂有給付上限之自付差額特殊材料品項、廠牌、產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等）及收費標準等相關資訊。
  - 三、其他由保險人擬訂，經主管機關核定有關醫療品質之資訊。
- 第 4 條 保險人為增訂或修正前二條所定項目，得邀請保險醫事服務提供者、專家學者及被保險人代表，就資訊公開之目的、成本效益、可行性及實證醫學進行評選或檢討。
- 第 5 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，除法令另有規定外，保險人、醫學中心及區域醫院應採電信網路傳送供公眾線上查詢為主要公開途徑；其他保險醫事服務機構得選擇下列適當方式之一為之：

- 一、利用電信網路傳送或其他方式供公眾線上查詢。
- 二、張貼於保險醫事服務機構內明顯易見處。
- 三、舉行記者會或說明會。
- 四、其他足以使公眾得知之方式。

前項第三款說明會得結合網際網路參與方式進行。

- 第 6 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，應使民眾易於瞭解及避免爭議，並得請相關團體或人員對有關資訊之資料來源、定義、意義及使用限制作說明。
- 第 7 條 依本辦法公開之醫療品質資訊，得依公開項目之性質及資訊彙整所需之時程，採日、月、季、半年或年公開及更新。
- 第 8 條 保險人為辦理本辦法醫療品質資訊公開作業，得向附表一及附表二所列各醫療給付費用總額部門之代表團體或相關醫學會，要求提供資料。
- 第 9 條 依本辦法公開全民健康保險醫療品質資訊時，應依個人資料保護法及其相關法令之規定辦理。
- 第 10 條 本辦法自發布日施行。  
本辦法修正條文，自發布日施行。



附表一 整體性之醫療品質資訊

總額部門別 / 服務別	項目名稱
一、醫院總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率－降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率
	6. 十八歲以下氣喘病人急診率
	7. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）執行率
	8. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
	11. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率
	12. 住院案件出院後三日以內急診率
	13. 剖腹產率－整體、自行要求、具適應症、初次具適應症
	14. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率
	15. 接受體外震波碎石術（ESWL）病人平均利用 ESWL 之次數
	16. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率
	17. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率
	18. 手術傷口感染率
	19. 急性心肌梗塞死亡率
二、西醫基層總額	1. 門診注射劑使用率
	2. 門診抗生素使用率
	3. 同（跨）院所門診同藥理用藥日數重疊率－降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	5. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率
	6. 平均每張慢性病處方箋開藥日數－糖尿病、高血壓、高血脂
	7. 糖尿病病人糖化血紅素（HbA1c）執行率
	8. 就診後同日於同院所再次就診率
	9. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日因同疾病再次就診率
	10. 剖腹產率－整體、自行要求、具適應症

總額部門別 / 服務別	項目名稱		
三、牙醫門診 總額	1. 牙體復形同牙位再補率—一年以內、二年以內		
	2. 保險對象牙齒填補保存率—一年以內、二年以內、恆牙二年以內、乳牙一年六個月以內		
	3. 同院所九十日以內根管治療完成率		
	4. 恆牙根管治療六個月以內保存率		
	5. 十三歲以上牙醫就醫病人全口牙結石清除率		
	6. 六歲以下牙醫就醫兒童牙齒預防保健服務人數比率		
	7. 院所加強感染管制診察費申報率		
	8. 牙周病統合照護計畫執行率		
	9. 醫療費用核減率		
四、中醫門診 總額	1. 使用中醫門診者之平均中醫就診次數		
	2. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率		
	3. 就診中醫門診後隔日再次就診中醫之比率		
	4. 使用中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率		
	5. 於同院所針傷科處置次數每月大於十五次之比率		
	6. 使用中醫門診之癌症病人同時利用西醫門診人數之比率		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	1. 營養狀態	√	√
	2. 尿素氮透析效率	√	√
	3. 貧血檢查	√	√
	4. 住院率	√	√
	5. 死亡率	√	√
	6. 瘻管重建率	√	
	7. 腹膜炎發生率		√
	8. 脫離率	√	√
	9. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	√	√
	10. C 型肝炎抗體 (anti-HCV) 轉陽率	√	√
	11. 五十五歲以下透析病人移植登錄率	√	√
12. 醫療費用核減率	√ (合併計算)		

附表二 機構別之醫療品質資訊

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
一、醫院總額	1. 同（跨）醫院門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓（口服）、降血脂（口服）、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	2. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比
	3. 就診後同日於同醫院因同疾病再次就診率
	4. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率
	5. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑（Potassium-sparing diuretics）或醛固酮拮抗劑（Aldosterone antagonist）之比率
	6. 門診手術（含體外震波碎石術）後二日以內急診或住院率
	7. 急診轉住院暫留急診超過四十八小時案件比率
	8. 急性病床住院案件住院日數超過三十日比率
	9. 精神病人出院後三十日以內同醫院門診精神科追蹤率
	10. 同醫院生產案件出院後十四日以內非計畫性再住院率
	11. 清淨手術術後使用抗生素超過三日比率
	12. 出院後三日以內同院所再急診率
	13. 急診就診後同日於同醫院急診返診比率
	14. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率
	15. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率
	16. 主要器官移植植入手術個案數與存活率
	17. 電腦斷層造影（CT）、磁振造影（MRI）之數量、廠牌、機型、出廠日期、院所購入日期、使用年限
	18. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率
	19. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑（Potassium-sparing diuretics）或醛固酮拮抗劑（Aldosterone antagonist）兩種藥品，且有追蹤血鉀數值（執行血鉀檢查）之比率
	20. 住院診斷關聯群支付制度（DRG）之案件三日內再急診率
	21. 住院診斷關聯群支付制度（DRG）之案件十四日內再住院率
	22. 住院診斷關聯群支付制度（DRG）之案件轉出率

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
一、醫院總額	23. 各住院診斷關聯群支付制度 (DRG) 之平均住院天數
	24. 住院之病例組合指標 (CMI) 值
	25. 非計畫性住院案件出院後十四日以內再住院率
	26. 檢傷一級/二級/三級急診病人轉入病房小於八小時之比率 (分別計算)
	27. 慢性病連續處方箋釋出率
	28. 急性一般病床全日平均護病比
二、西醫基層總額	1. 注射劑使用率
	2. 抗生素使用率
	3. 同(跨)院所門診同藥理用藥日數重疊率—降血壓(口服)、降血脂(口服)、降血糖、抗思覺失調症、抗憂鬱症、安眠鎮靜
	4. 健康檢查普及率—小兒、成人
	5. 糖尿病病人糖化血紅素 (HbA1c) 執行率
	6. 糖尿病病人空腹血脂檢查執行率
	7. 糖尿病病人血清肌酸酐檢查執行率
	8. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑 (Potassium-sparing diuretics) 或醛固酮拮抗劑 (Aldosterone antagonist) 之比率
	9. 具二度或三度心臟傳導隔斷病史之高血壓病人使用乙型阻斷劑 ( $\beta$ -Blocker) 比率
	10. 就診後同日於同院所再次就診率
	11. 消化性潰瘍新病人執行幽門桿菌清除治療比率
	12. 門診上呼吸道感染病人就診後未滿七日再次因同疾病就診率
	13. 六歲以下兒童氣喘住院率
	14. 每張處方箋開藥品項數大於十項之案件比率
	15. 具高鉀血症病史之高血壓病人使用保鉀利尿劑 (Potassium-sparing diuretics) 或醛固酮拮抗劑 (Aldosterone antagonist) 兩種藥品，且有追蹤血鉀數值 (執行血鉀檢查) 之比率
	16. 慢性病連續處方箋釋出率
	17. 慢性病開立慢性病連續處方箋百分比

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
三、牙醫門診總額	1. 牙齒填補保存率－二年以內、乳牙一年六個月以內
	2. 恆牙二年以內同院所再補率
	3. 院所執行「根管難症特別處理」之數量
	4. 根管治療完成率
	5. 根管治療保存率－六個月以內、乳牙三個月以內、恆牙六個月以內
	6. 執行牙周病基礎治療之人數
	7. 牙周疾病控制基本處置執行率
	8. 十三歲以上病人執行全口牙結石清除之比率
	9. 六歲以下兒童執行口腔預防保健服務之比率
	10. 執行口腔癌篩檢之案件數
	11. 執行單純齒切除之數量
	12. 簡單性拔牙執行後三十日以內不需要術後特別處理之比率
	13. 參與牙醫門診總額特殊醫療服務試辦計畫或牙周病統合照護計畫之院所名單
	14. 牙周病案件比率
	15. 執行複雜齒切除之數量
	16. 院所牙周病統合照護計畫完成率
四、中醫門診總額	1. 就診中醫門診後同日再次就診中醫之比率
	2. 中醫門診者處方用藥日數重疊二日以上之比率
	3. 同一中醫院所就診次數每月達八次以上之比率
	4. 藥品標示（藥袋標示）情形
	5. 參與特定疾病門診加強照護之院所名單
	6. 參與中醫門診總額所訂計畫或方案之院所名單
	7. 參與醫療資源不足地區改善方案之院所名單
	8. 中醫傷科占率

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱		
		血液透析	腹膜透析
五、門診透析	1. 營養狀態	√	√
	2. 貧血檢查	√	√
	3. 尿素氮透析效率	√	√
	4. 脫離率	√	√
	5. 腹膜透析腹膜炎發生率		√
	6. 瘻管重建率	√	
	7. B 型肝炎表面抗原 (HBsAg) 轉陽率	√	√
	8. C 型肝炎抗體轉陽率	√	√
	9. B 肝、C 肝是否設立透析專屬機器	√	
	10. 各院所新增透析病人之腹膜透析人數及占率		√
	11. 五十五歲以下透析病人移植登錄率	√	√
六、糖尿病	1. 糖尿病病人執行檢查率－糖化血紅素 (HbA1c)、空腹血脂、眼底檢查或眼底彩色攝影、尿液蛋白質檢查		
	2. 糖尿病病人加入照護方案比率		
七、人工膝關節手術	1. 人工膝關節置換手術後九十日以內傷口感染率		
	2. 人工膝關節置換手術後九十日以內置換物深部感染率		
	3. 實施人工膝關節置換術出院後三十日以內因相關問題再住院率		
八、子宮肌瘤手術	1. 子宮肌瘤手術當次住院日數大於七日比率		
	2. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官損傷發生率		
	3. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內相關器官徵候發生率		
	4. 子宮肌瘤手術出院後十四日以內因該手術相關診斷再住院率		
九、消化性潰瘍疾病	1. 消化性潰瘍病人接受除菌藥物治療比率		
	2. 消化性潰瘍病人開始治療一年以內有用口服抗發炎劑比率		

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
十、氣喘疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 氣喘病人參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之比率</li> <li>2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率</li> <li>3. 氣喘病人使用短效乙型作用劑或類固醇藥物吸入劑藥物控制比率</li> <li>4. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而住院之比率</li> <li>5. 參加「全民健康保險氣喘醫療給付改善方案」之病人因氣喘發作而至急診就醫之比率</li> </ol>
十一、急性心肌梗塞疾病	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率</li> <li>2. 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間給藥比率－阿斯匹靈（Aspirin）、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑（ADP 受體拮抗劑）、乙型阻斷劑（β-Blocker）、血管張力素轉化酶抑制劑（ACE inhibitor）或血管張力素 II 受體阻斷劑（ARB）</li> <li>3. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三個月 / 六個月 / 九個月以內給藥比率－阿斯匹靈（Aspirin）、腺嘌呤二磷酸受體拮抗劑（ADP 受體拮抗劑）、乙型阻斷劑（β-Blocker）、血管張力素轉化酶抑制劑（ACE inhibitor）或血管張力素 II 受體阻斷劑（ARB）</li> <li>4. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後三日以內因同一主診斷或相關病情之急診返診比率</li> <li>5. 急性心肌梗塞（AMI）病人出院後十四日以內因同一主診斷或相關病情之非計畫性再住院比率</li> </ol>
十二、鼻竇炎	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月以內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率</li> <li>2. 鼻竇炎使用氟化恩莖類抗生素（Fluoroquinolones）案件比率</li> </ol>
十三、腦中風	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 缺血性中風或暫時性腦缺血病人出院時有處方抗血栓藥物比率</li> <li>2. 缺血性或出血性中風病人住院期間或出院後四個月內接受復健服務比率</li> <li>3. 未使用血栓溶解劑治療之缺血性腦中風病人住院一日 / 二日內給予抗血栓藥治療之比率</li> <li>4. 腦中風病人住院日起一百八十日內之平均住院日數 / 平均住院醫療費用（包含住院期間及急性後期照護）</li> </ol>

中華民國105年版  
全民健康保險會年報

2016 Annual Report  
National Health Insurance Committee  
Ministry of Health and Welfare

刊期頻率：年刊

出版機關：衛生福利部

地 址：11558臺北市南港區忠孝東路6段488號

電 話：(02) 8590-6666

網 址：<http://www.mohw.gov.tw>

出版年月：中華民國106年5月

創刊年月：中華民國103年5月

設計印刷：加斌有限公司

電 話：02-23255500

定 價：新臺幣300元整

GPN：2010500532

ISSN：2412-5350



本著作採創用CC「姓名標示-非商業性-相同方式分享」授權條款釋出。  
此授權條款的詳細內容請見：

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