

全民健康保險會

10周年

成果與未來展望

專刊



衛生福利部 編印
中華民國 112 年 10 月

全民健康保險會

10

周年

成果與未來展望

專刊



衛生福利部 編印
中華民國 112 年 10 月

目錄

CONTENTS



序 言

部長的話 04

主任委員的話 05

第一章

緣起與沿革 08

第二章

回顧與展望 12

第一節 10 周年慶茶會活動紀實 12

第二節 未來展望研討暨共識營
紀實 16

10 全民健康保險會

周年 成果與未來展望 專刊

第三章

10 周年重要成果	36
第一節 總額協商	36
第二節 費率審議	43
第三節 政策與法規諮詢	47
第四節 保險監理	54

附錄

全民健康保險會年度重要大事紀

第 1 ～ 6 屆委員名單





部長的話

全民健康保險會（下稱健保會）自 102 年成立至今，已滿 10 周年，在此具有特別意義的時刻，感謝歷屆的主任委員及委員們，共同肩負起全民健保事務溝通平台的重責大任，為落實二代健保收支連動、擴大參與的核心精神而努力，並提供本部及中央健康保險署（下稱健保署）各項健保政策及執行面的諸多寶貴建言，共同促使健保制度更臻完善，是全民健保制度中不可或缺的一環。

健保會在二代健保收支連動中扮演關鍵角色，歷屆委員本於為全民投資、購買健康的初衷，戮力將有限的健保資源運用到最需要的健康照護上，歷年健保投入的總額預算，由 102 年的 5,531 億元，至 112 年成長為 8,364 億元，成長超過五成，其中包含新醫療科技預算，近 10 年已累計增加 300 餘億元，提供民眾享有最新的診療服務、新藥及新材項目，減輕其財務上的負擔；106 年在委員支持下，也通過 C 型肝炎口服新藥的專款預算，至 112 年已投入近 400 億元，讓罹患 C 型肝炎的患者得以早日治癒，避免日後衍生肝硬化及肝癌之醫療耗用；在傳染性疾病異常流行或公共安全事件等非預期風險發生時，委員也同意運用相關預算，支應事件發生時所需的醫療費用，提供民眾急難時的最佳後盾。

在收入面部分，面臨人口老化、新醫療科技需求不斷增加情形，委員持續提供本部有關政策、法規的相關建言，策勵收入面的各項改革措施，是精進健保制度的最大助力，而且在不得不面對調整費率的議題時，即使承受社會輿論壓力，仍本職責審議 110 年度保險費率，從健保永續經營角度，理性、務實處理健保財務問題，經充分討論後，提出調升保險費率的建議。委員們前瞻理性、共體時艱的精神與行動，令人感佩！

在保險業務監理面部分，委員們充分發揮監理職責，持續敦促健保署落實依法公告實際平均眷口數，回應雇主對保費負擔合理合法之訴求。另針對部分負擔的調整案，也提供本部各界代表的主流意見，感謝委員肯定本部強化部分負擔公平性，提升民眾就醫成本意識，及促進醫療資源合理利用之政策理念，並就 112 年新制部分負擔調整案提出健保署對於經濟弱勢民眾應保障其就醫權益之看法，共同促使政策之規劃、執行更加周延完善。

本部近年研擬健保總額中長期計畫，期結合健保與公共衛生體系的資源，以公務預算搭配健保總額預算擴大政策綜效，從財務導向轉為投資健康，感謝委員們在總額協商時的支持，讓改革的列車得以啟動並持續推展。未來衛福部仍將秉持照護國人健康的信念，持續優化與精進各項政策措施，改革之路無法停歇，挑戰隨時都在，期盼與健保會委員攜手為全民健保的永續發展努力，最後祝福健保會會務順利，繼續往下個 10 年邁進！

衛生福利部 部長

薛瑞元

謹識

主任委員 的話

全民健康保險會為健保政策之重要溝通平台，自 102 年成立至今，感謝歷屆主任委員鄭守夏教授、戴桂英教授、傅立葉教授、周麗芳教授及所有委員的努力與付出，為總額協商、保險費率與給付範圍審議、健保業務監理、政策與法規諮詢等法定任務，奠定良好運作模式。瑞芬自第三屆（106 年）起擔任健保會委員迄今，於本（112）年接受薛瑞元部長之聘任，接下第六屆主任委員的任務，與 38 位來自社會各界的委員，共同為全民健保永續發展奉獻心力，備感榮幸。

回顧過去 10 年，健保會委員集思廣益、貢獻智慧，完成甚多艱難的議案，包括：在兼顧民眾醫療需求及健保有限資源下，完成每年的總額協議訂定與分配，及歷年費率審議事項。另為提供民眾與時俱進的醫療科技與服務，依法討論及通過自付差額特材品項，提供民眾更多選擇，減少其財務負擔。在保險監理及政策諮詢面向，包含對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式、落實公告平均眷口數之規定、及分級醫療配套措施等重要議題，提供多項政策及執行面的改善建議。

在擔任健保會委員的 6 年多的時光裡，瑞芬深知委員們代表不同的團體發聲，雖然立場與見解往往不同，但在守護國人健康與健保永續經營的共同目標下，總能相互尊重，共體時艱、相忍守護全民健保，戮力謀求共識，委員們不遺餘力投入的熱忱與心力，令人感佩。正因如此，歷任部長對於健保會委員在總額協商及費率審議等法定任務上所提之意見，總給予最大的支持與尊重，充分體現二代健保擴大社會參與的核心精神。同時，健保會同仁在周淑婉執行秘書任事積極負責的帶領下，友珊副執行秘書，燕鈴、慧茹與臻麗組長及各組同仁，各司其職，提供最專業的幕僚作業，除盡力協助委員在最短時間內了解健保業務及各項專案計畫執行情形，在總額協商及評核會議期間，更總是焚膏繼晷彙整各項複雜議案，提供及時且專業的幕僚意見，以利委員擁有充分資訊完成最適決定。我個人深感榮幸，能有機會與如此優異的健保幕僚團隊共同工作。

本專刊收錄各重要議案的討論歷程及其執行成果，為健保會歷屆委員的奉獻與努力留下珍貴紀錄。瑞芬藉此機會向所有委員致上最高敬意，衷心期盼大家能持續秉持捍衛「全民皆享健康」（Universal Health Coverage）的使命感，扮演好為民眾健康照護權益把關、同理醫事服務人員辛勞及協助政府持續推動健保政策的關鍵角色，與社保司及健保署同心協力，共創健保新頁，一同迎向下一個豐碩的 10 年。

全民健康保險會 主任委員

盧瑞芬

謹識







第一章

緣起與沿革



全民健康保險會
成果與未來展望 專刊

第一章 緣起與沿革

我國自 84 年 3 月 1 日開辦全民健康保險（下稱健保），提供民眾完整的醫療照護，也大幅降低就醫的財務障礙。然隨著人口老化、重大傷病患者增加、醫療科技進步，與其他已實施健保的先進國家相同，醫療費用與保費收入的年成長率，存在一定程度的落差，造成財務缺口。當時行政院衛生署（衛生福利部前身）及中央健康保險局（中央健康保險署前身）雖陸續推動各項抑制資源浪費措施，及多元微調方案，但只能解決短期之健保財務問題，較長遠的作法仍應進行結構化的改革。

為解決全民健保財務困境，行政院於 90 年 7 月 1 日成立二代健保規劃小組，由行政單位與上百位學者歷經 3 年規劃，提出二代健保改革方案，包含建構權責相符的健保組織體制、提高財源籌措的公平性、提升醫療品質及擴大社會多元

參與等層面，並納入 100 年 1 月 26 日完成公布之全民健康保險法（下稱健保法）修法內容，包括建構權責相符的健保組織體制部分，將全民健康保險監理委員會（下稱監理會，側重收入監督）及全民健康保險醫療費用協定委員會（下稱費協會，著重醫療給付費用總額之協定與分配），整併為全民健康保險會（下稱健保會），期兩會合一能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，此即為健保會之成立緣由。

健保會在 102 年 1 月正式成立，除擴展原監理會與費協會任務外，更被賦予許多全新任務，包括：1. 保險醫療給付費用總額（下稱總額）之對等協議訂定及分配：於協商總額時須併同考量保險財務收支平衡；2. 保險費率之審議：依協議訂定之總額，審議該年度應計之收支平衡費率；



3. 保險給付範圍之審議：如發生法定財務收支失衡情形時，須審議中央健康保險署（下稱健保署）所擬訂之調整保險給付範圍方案；4. 保險政策與法規之研究及諮詢事項：對衛生福利部（下稱衛福部）所研擬報行政院之年度總額範圍、推動健保相關政策及法規，以及健保署所擬自付差額特材品項、保險醫事服務機構提報財務報告等辦法，提供諮詢意見；5. 監理其他有關保險業務事項，包括：健保署健保業務概況月報與年終之總報告、年度預算及年終決算報告等。

由於健保會被賦予擴大社會參與全民健保重要決策的責任，依健保法第 5 條規定，該會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，其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之三分之一。健保會成立之初，委員人數為 35 人；為擴大委員之代表性、專業性及公正性，衛福部於 108 年 2 月 12 日修法增列被保險人代表 2 人、專家學者及公正人士

2 人，委員名額調整為 39 人，分配如下：保險付費者代表 20 人，包含被保險人代表 14 人、雇主代表 5 人及行政院主計總處 1 人；保險醫事服務提供者代表 10 人；專家學者及公正人士 7 人；國家發展委員會及主管機關代表各 1 人。

健保會在歷任委員的共同努力下，均如期完成各項法定任務，在屆滿 10 周歲之際，檢討過去、策勵未來，特舉辦 10 周年成果及未來展望研討暨共識營，並編具「全民健康保險會 10 周年成果與未來展望專刊」，收錄 10 年來的重要工作成果（詳見第三章），以利外界了解健保政策討論的歷程及委員會努力的點滴。健保會走過 10 周年，藉此專刊記錄過去投入的寶貴經驗，鑑往知來，過去的努力都將成為未來精進各項法定業務的基石，開啟下一個嶄新的 10 年。期盼發揮健保會多元參與的精神，促使未來全民健保制度更臻完善、穩健、永續，達到保障國民健康之目的。







第二章

回顧與展望

第一節 10 周年慶茶會活動紀實 12

第二節 未來展望研討暨共識營紀實 16



全民健康保險會
成果與未來展望 專刊

第二章 回顧與展望

健保會自 102 年成立以來，迄今已逾 10 年，依法完成各項法定任務，累積 10 年的工作成果，希能檢討過去、放眼未來，及讓 112 年第 6 屆新任委員對健保業務有更深入的了解，爰於 112 年 4 月 12、13 日辦理「衛生福利部全民健康保險會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營」活動，共有 32 位新任委員及 13 位卸任委員參加。

本活動除辦理 10 周年茶會，邀請卸任委員與會進行經驗傳承及交流外，為利總額協商及費率審議時凝聚共識，特舉辦研討暨共識營，安排本會歷年委託研究計畫中與財務平衡、健保資源配置及地區預算分配方式相關研究之專家學者與會，進行專題演講及討論，並由健保署、社會保險司（下稱社保司）及健保會進行專題報告，研討議題包括：健保財務現況與未來展望、健保費率審議與經驗交流、健保總額擬訂及中長期計

畫、健保資源配置之回顧與檢討，及醫療給付費用總額協商與經驗交流等，以期未來各項業務順利完成。

第一節 10 周年慶茶會活動紀實

一、致詞

10 周年茶會一開始由健保會周執行秘書淑婉致開幕歡迎詞，提及健保會委員來自不同的代表團體，在各項議案討論過程中，或有不同立場與意見，每次開會都像在戰鬥中、不知道會有什麼突發狀況，但感謝委員最終都能為全民福祉，互信互諒，並支持健保相關政策，特別感謝所有委員長久以來不辭辛勞地付出，也歡迎卸任委員回娘家傳承經驗，期待委員們共同攜手合作，為全民健康謀福，讓健保制度更穩健完善。



接著由健保會盧主任委員瑞芬致詞，談起全民健保從 77 年開始規劃、84 年開始實施，迄今已逾 35 年，經過一番筆路藍縷，建立舉世稱羨的健保制度，非常感謝健保署、醫界，以及健保會委員的努力，才能有今日的榮景。盧主任委員也提及第 6 屆新任的委員較多（有 17 位，委員更替率達 43.6%），特別感謝周執行秘書淑婉帶領同仁用心規劃本次活動議題，讓新委員能在最短時間內了解健保會的業務。也謝謝楊教授志良蒞臨鼓勵，楊教授為二代健保開路、創立健保會，接下來就是由大家共同攜手把這條路走好，一起為健保努力，與健保共存、共榮、共好。

再來是特別來賓楊教授志良致詞，提到勞保與健保是臺灣最重要的 2 個社會保障制度，造福很多人，但如今隨著社會演變，臺灣即將邁入超高齡與少子化，能夠承擔醫療照護費用的人口愈來愈少，勞保與健保需要隨著時代做出修正與改良。楊教授也提到雖然臺灣正面臨不婚、不生、不育、不活、沒有前景等四不一沒有的問題，他勉勵大家現在奮力一搏還來得及讓「四不一沒有」轉變為「願意婚、喜悅生、安心養、快樂活、有前景」的「臺灣大願景」！

二、歷屆委員祝福詞

干委員文男（第 1~5 屆委員）

干委員文男首先肯定健保會舉辦這次活動，讓卸任委員與現任委員彼此交流，薪火相傳之立意十分良好。再談到從過去勞保到一代健保再到二代健保改革的發展過程，目前健保制度逐步往正確方向邁進，感謝各位委員及專家學者用心付出，讓健保制度更趨完善。

何委員語（第 1、2、4、5 屆委員）

何委員語提及了解健保法和相關法規之立法精神與宗旨、理解付費者與醫療團體對健保的期待，以及健保會委員的權利義務很重要，其分享擔任委員多年的經驗，如何本於委員職責，讓取之全民付費之公共財，能發揮最大之效益，並提及本身雖不具醫療專業背景，但透過多聽、多看、多問地努力學習，有助於了解議案及提出建設性的決策建言。他也非常感謝長官、專家學者的指導，及健保會同仁協助提供相關資訊，也感謝過去一起努力合作的委員先進們的支持幫忙，在委員任期共同完成每年應達成的任務。他表示人生與醫療工作結緣，是奇蹟，也是意外的福報。



謝委員武吉（第 1~4 屆）

謝委員武吉則分享自身推動 C 型肝炎政策的經驗，當時雖有醫界代表反對，但他仍勇敢發聲支持正確的政策，如今 C 型肝炎防治已有顯著的成效，他也勉勵現任健保會委員能從更寬、廣、深、遠的角度，更周延地為全民福祉及健保永續而努力。另提及衛福部所轄國民健康署（下稱健康署）、疾病管制署（下稱疾管署）和食品藥物管理署等附屬機關之業務職掌，多關乎增進全體國民健康，其政策及作為與健保資源使用相互影響（例如：缺藥問題），且其亦有部分業務係委託健保代辦或轉由健保支應，或許可再辦理跨司署座談會，進行業務交流。最後他也希望現任委員都能和諧溝通，以合作的方式完成總額協商，也祝福健保會將來比以前更進步、更好！希望健保會能夠繼續努力，為廣大民眾提供更好的健康保障和服務。

蔡委員登順（第 1~4 屆委員）

蔡委員登順提到，自 84 年開辦健保，不分男女、老幼、種族、貧富、各行各業，全民納保共同分攤醫療費用，隨著健保的開辦，讓民眾不再因病而貧或因病而無法就醫，減少民眾生病就醫的障礙，在短短數年內達到全民有保、就醫無礙、費用控制良好、民眾滿意，實屬難得。他表示健保是臺灣的福氣，並感謝醫界及相關醫療團體對全民健保的支持，及辛苦地付出，讓弱勢偏鄉的民眾亦能享有高品質的醫療照護。也祝福健保能夠永續發展，共生共利。

林委員錫維（第 1、3、4 屆委員）

林委員錫維非常感謝健保會舉辦這場共識營活動，讓各界代表得以互相交流，建立積極的溝

通與合作，這對於健保會未來的發展非常重要。另外林委員也提及隨著人口高齡化，健保醫療費用總額逐年增長，期盼大家共同努力讓健保有限資源得以發揮最大效益，並讓健保永續發展。最後也祝福健保會愈來愈好，10 周年生日快樂，也期許健保會在未來的道路上愈走愈寬廣，大家共同守護健保，讓健保的好能夠繼續傳承下去。

趙委員銘圓（第 2~4 屆委員）

趙委員銘圓表示很榮幸能夠參加健保會 10 周年共識營活動，感謝健保會周執行秘書淑婉領導的團隊用心規劃，使這兩天的活動順利成行。全民健保不僅是全民的福氣，更需要全民共同努力維護。感謝所有為健保努力的人，讓全民享有完善的醫療照護，期許全民健保能夠永續經營，讓更多人受惠，造福全民。

古委員博仁（第 3、4 屆委員）

古委員博仁則提到，若現在對民眾進行健保滿意度的問卷調查，絕對能得到民眾最大的肯定，臺灣健保的保費低、保障多，不只是臺灣的驕傲，更是全世界引以為傲的重要政策。因此健保不能倒，但人口結構高齡化及少子化的問題令人擔憂，這不但是國安問題，更是健保不能忽視的問題。他也非常關注藥費逐年成長的議題，並提到目前藥品費用占率已達 29%，比 OECD 的國家還高，藥費管控值得注意。希望健保朝向健全發展及永續經營，愈做愈好，並特別感謝醫療提供者的付出。

馬委員海霞（第 4、5 屆委員）

馬委員海霞表示在健保會擔任委員期間，看到委員雖然來自不同領域，各自的立場或許不同，但大家仍為健保永續經營的共同目標，互信、

互諒、合作，讓她覺得很感動。她也很感謝健保會同仁對委員親切又貼心的協助，使她倍覺溫馨，另外去年總額協商時，健保會同仁提供的大小表會議資料，展現出專業和高效的能力，令人佩服。最後她祝福健保會愈來愈好，同時也祝福這次的共識營能夠圓滿成功。

吳委員鴻來（第 4、5 屆委員）

吳委員鴻來提到其洗腎已將近 15 年，深感人能活得健康，是這世上最幸福的事，真心認為健保制度是所有人的福氣。二代健保為擴大社會參與，納入病友團體代表，身為病友團體代表，期望健保改革時，永遠要把弱勢放在第 1 位，現在的健保已經不再只是醫療議題，而是一種社會政策，也就是「照顧弱勢」的理念。她也非常感謝所有與會者對健保的辛勤付出和支持，貢獻自己的專業，讓健保制度能夠不斷進步和改善，值得感佩。吳委員也希望未來健保能夠繼續朝著更好的方向發展，讓全體國民都能夠享有更好的醫療保障和健康福利。

許委員駢洪（第 4、5 屆委員）

許委員駢洪首先感謝歷屆委員對健保的付出，並提到在健保會擔任委員期間，健保會同仁提供相當多的專業資訊，這是個非常有團隊概念的隊伍，讓他感到很窩心。健保對勞工朋友以及大眾的幫助，他也感念於心。衷心祝健保會 10 周年快樂。

三、精采回顧影片

接著播放精心製作的健保會 10 周年影片精采回顧，細數 10 年來的發展經歷，紀錄從第 1 至第 5 屆委員共同攜手為健保努力打拼過程，投影螢幕上播放著一張張委員在會議上討論各項議案熱切的神情，或是協商中專注盯著電腦螢幕等珍貴的照片，彷彿是昨日發生，轉眼間已 10 年，委員們雖因所代表的團體而各有不同立場，但大家均本於為全民福祉及健保永續的初衷，戮力完成健保法賦予健保會的多項任務。影片中還邀請歷屆主任委員鄭教授守夏、戴教授桂英、傅教授立葉、周教授麗芳一同為健保會 10 周年給予祝



福，他們也期許未來健保會能以更寬廣的視野、多元的思維，集眾人的智慧，共同為健保永續持續努力，讓健保制度更穩健、完善。

四、慶生

10 周年茶會的壓軸活動是切生日蛋糕，邀請 10 位致祝福詞的歷屆委員、特別來賓楊教授志良及當月壽星委員一同上臺，與全體合唱生日快樂歌，蛋糕上的燭光照亮每張笑臉，並全體合影留念。10 周年茶會在喜悅與溫馨的氛圍之中，完美呈現，圓滿成功！

第二節 未來展望研討暨共識營紀實

為提升新任委員健保專業知能，及對健保會法定任務之了解，特就健保會最重要的 2 項法定任務—總額協商與費率審議，邀請專家學者、主管機關、健保署、健保會進行相關專題之演講及報告，並請經驗豐富之委員進行經驗分享，與會委員均熱烈討論並交換意見，充分達到委員經驗交流傳承之效益。

一、議題一：健保財務現況與未來展望

本場次由盧主任委員瑞芬主持，由健保署財務組陳組長美杏進行報告，並由國立政治大學財政學系連教授賢明進行演講。

◎專題報告：健保財務現況及趨勢分析

報告人：陳組長美杏／健保署財務組

本議題由健保署陳組長美杏進行專題報告，健保是一個社會保險，財源主要來自一般保險費與補充保險費，除了保險費外，尚有健保補充性財源，包括菸品健康福利捐與公益彩券盈餘分配金額，及健保法明訂政府負擔不得少於健保總經費 36% 的部分，健保是採隨收隨付制度，因此，維持財務平衡非常重要。

過去 10 年健保收入平均成長率 3.15%，其中一般保險費平均成長率 2.58%，補充保險費平均成長率 6.88%，影響健保收入因素包括調整投保金額、平均眷口數及保險費率。健保支出則逐年成長，其中醫療費用總額平均成長率 4.32%，保險支出平均成長率 4.55%，部分負擔平均成長



率在 102 年為 7.7%，至 111 年降至 5.8%，各部門總額近 10 年成長也相當穩定，主要支出項目包括人口老化、慢性病、重大傷病及新藥與新特材的醫療費用。

健保署為抑制資源不當耗用，推動以品質為規劃導向之論質支付計畫、安寧計畫、呼吸器照護計畫和住院診斷關聯群（DRGs）、醫療科技再評估（HTR）等方案，希望達到醫療資源合理分配、促進高診次就醫輔導、管理重複檢驗檢查、減少重複藥品開立等。透過雲端系統大數據篩選各項醫療異常，抑制資源不當耗用，持續推動藥品、特材價量調查及給付協議，進行支付價格調整，以合理控制醫療費用。

根據國發會及內政部資料顯示，到 2025 年 65 歲以上老年人口將達 20%，進入超高齡社會，對社會保險支出帶來更大壓力。面對人口結構持續老化，老年人及慢性病的醫療費用快速增長，未來新科技也會持續發展，醫療費用將不斷攀升。預計 114 年，健保安全準備將不足 1 個月保險給付支出，為維持健保永續，透過健保會審議費率，藉由這樣機制維持財務平衡。衛福部與健保署也研擬相關配套措施，包括擴大保險費計費基礎、強化政府財務責任等，未來費率也會面臨突破法定上限 6% 之問題，需要檢討修正健保法。

◎專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析

演講人：連教授賢明／國立政治大學財政學系

接下來由連教授賢明進行專題演講。連教授首先說明健保財務概況，以及全民健保滿意度與健保費率的關係，並指出健保財務短、中、長期問題；對於健保法所賦予的審議費率法定職責，

連教授建議委員在審議健保費率時，健保安全準備餘額不宜過高，以 1 個月保險給付支出為標準，並將費率調整頻率調整至 2 年 1 次為宜，如此將能提高民眾對費率調整的接受度。

在國際比較方面，以韓國為例，國民醫療保健支出（NHE）占 GDP（國內生產毛額）比率在 2010 年以前均低於我國，在 2010 年後開始急起直追，到了 2020 年已增加至 8.1%，而我國近 20 年來仍一直維持在 5~6%，同時間韓國民眾的預期壽命也反轉為超出臺灣民眾預期壽命 3 歲左右。因此，連教授提醒與會人員，健保政策對國人健康的影響是長期的，要把眼光放到 10 年、20 年、甚至 30 年，才能真正看到效果，呼籲各位委員除了關注健保財務永續外，也要關心長期國人健康品質的提升。

二、議題二：健保費率審議與經驗交流

本場次由盧主任委員瑞芬主持，由健保會洪簡任視察兼組長慧茹進行報告，報告後由 3 位委員進行評論，最後進行意見交流。

◎專題報告：健保費率審議執行說明

報告人：洪組長慧茹／健保會

本議題由健保會洪組長慧茹進行專題報告，首先說明健保收支連動的概念、費率審議相關的法規、審議依據及流程，以及 102~112 年歷年費率審議的辦理結果、考量因素及行政院核定結果等，最後並以 112 年保險費率審議前專家諮詢會議之結論，包含從人口結構轉變及人口老化帶動醫療需求，影響保費收入及修法調整費率上限 6% 等面向之因應策略，提供與會委員未來年度費率審議的參考。

◎費率審議經驗交流

與談人：李委員永振／國泰人壽保險股份有限公司監察人、健保會委員

謝委員天仁／財團法人中華民國消費者文教基金會名譽董事長、曾任健保會委員

蔡委員登順／花蓮縣政府勞資爭議調解委員會調解委員、曾任健保會委員

與談人李委員永振將 99~109 年之健保財務依公告適用費率分為三階段，引領委員回顧健保財務發展（如表 2-1），第一階段為 99 年 4 月~101 年，適用費率 5.17%，在 3 年期間，使健保安全準備累計餘額（健保財務累計餘絀）由虧轉盈；第二階段為 102~104 年，一般保險費費率為 4.91%（補充保險費費率為 2%），在此費率下，保險收支在 3 年間共計結餘 2,195 億元，保險費率是適足的；第三階段為 105~109 年，一般保險費費率調降為 4.69%（補充保險費費率為 1.91%），本階段保險收入成長率為 2.0%，保險成本成長率為 21.4%，收支嚴重失衡，除 105 年外，106~109 年財務收支皆為短絀。

再以費率同為 5.17% 的第一階段與 110 年的收支餘絀相比，兩者相差 1,034 億元（298 億元 + 110 年補充保險費 581 億元 - （-155 億元） = 1,034 億元），在相同費率下，年度收支餘絀相差如此巨大，籲請主管機關宜早日重視財務收支結構性失衡問題，否則縱使修法調高法定費率上限 6%，亦無法根本解決健保財務問題。

與談人謝委員天仁表示，健保曾有 2 次調降費率，但是 102 年因為增加補充保險費，才將費率調降到一個合理數字，真正費率調降是在 104 年 11 月審議 105 年保險費率，當時與現在國家財政狀況類似，收入遠大於支出，安全準備餘額已超過 5 個月保險給付支出，並於該次會議決議

研訂健保財務平衡及收支連動機制，作為費率調整之依據。另外，健保署依總額協商結果提出的保險費率方案，超過法定上限 6% 時，若不修改健保法，依據現行健保法第 26 條規定，需要調整給付範圍，因此，期望各位委員在擔任健保會委員期間，繼續為健保之健全發展盡心盡力。

與談人蔡委員登順提到，每年因菸害致使健保醫療費用超過 500 億元，造成健保財務沉重負擔，需提高菸品健康福利捐挹注健保安全準備的比率。蔡委員同時建議醫界協商項目要提出具有成本效益的實證資料，政府推動分級醫療投入諸多預算，其產生之實際效益應該要檢討，以及藉由增加安全準備提存以穩定健保財務，民眾若選擇更好、更新的醫療需求，應尊重其可以選擇差額付費的方式，未來費率調整需要滾動檢討等寶貴意見，以使健保永續共生共利。



表 2-1 全民健康保險財務收支狀況（權責基礎）

單位：億元、%

年度	保險收入 (a)	成長率	保險成本 (b)	成長率	保險收支餘絀 (a-b)	安全準備 餘額	公告適用 費率
99 年	4,608	14.3	4,423	1.73	185	-397	5.17
100 年	4,924	6.9	4,582	3.59	342	-55	
101 年	5,072	3.0	4,807	4.90	265	210	
99~101 年 之年平均	4,868		4,604		298	--	
102 年	5,750	13.37	5,021	4.45	729	939	4.91(2.0)
103 年	5,993	4.23	5,181	3.19	812	1,751	
104 年	6,036	0.72	5,381	3.86	655	2,406	
102~104 年 之年平均	5,926	21.7	5,194	12.8	732	--	
105 年	5,753	-4.69	5,684	5.63	69	2,475	4.69(1.91)
106 年	5,900	2.56	5,998	5.52	-98	2,377	
107 年	6,061	2.73	6,328	5.50	-267	2,110	
108 年	6,224	2.69	6,566	3.76	-342	1,768	
109 年	6,278	0.87	6,954	5.91	-676	1,092	
105~109 年 之年平均	6,043	2.0	6,306	21.4	-263	--	
110 年	7,119	13.39	7,274	4.60	-155	936	5.17(2.11)
111 年	7,602	6.78	7,498	3.08	103	1,040	5.17(2.11)

註：1. 本表係以各公告費率期間的年平均數據做為比較基礎。

2. 99 年 4 月健保費率由 4.55% 調整為 5.17%，爰 99~101 年之保險收支餘絀年平均是以 5.17% 維持 33 個月的數據反推。

3. 因四捨五入關係，末位略有出入。

健保署石署長崇良針對委員提問表示，藥價調整金額未被收回到安全準備部分，已納入調整給付範圍，若不進行調整，醫療費用點值將被嚴重稀釋。過專利期藥品不要保護太久，將所節省資金投入新藥研發。健保署也希望提高菸品健康福利捐挹注健保安全準備比率，研修健保法時亦可考量徵收空汙費，日本已有先例徵收營業稅，都是量能付費的概念，此外碳稅也可做為多元保費的來源之一。收回呆帳有一定難度，目前每年呆帳率尚可接受，健保署會繼續努力追回呆帳。有關藥價差問題，委員認為各層級醫院的議價能力不同，實際上各層級醫院內藥價差比例是相同。地區醫院藥價差比醫學中心高，因為地區醫院採購 3A、3B 學名藥，藥商讓利空間較大，所以藥價差較大為 3A、3B。未來將減少調整藥品項，從調整五、六千項降到一千多項，同時增加第一類藥品比率，以減少藥價差，提高藥品負擔公平性。

三、議題三：健保總額擬定及中長期計畫

本場次由臺灣大學楊教授銘欽主持開場後，由衛福部社保司商司長東福進行報告，報告之後由三位學者擔任與談人進行回應評論，最後進行與會者意見交流。

◎專題報告：健保總額範圍擬訂與健保總額中長期政策目標及其相關計畫

報告人：商司長東福／衛福部社保司

商司長東福首先介紹我國社會保險的演進，及年度總額範圍的擬訂程序與內容。商司長特別說明，總額調整雖然以「年度」為之，但健康政策應採更長遠的整體性與全面性規劃，才能保障國民健康。所以衛福部根據健保核心價值，推動健保總額中長期政策目標的三大框架（如圖 2-1），第一為結合公衛與健保資源，發展照護模式，提升健保支付效率；第二為精進醫療照護體系，提升服務效率；第三為改革健保給付支付制度，提升給付效益與支付效率。



資料來源：摘自商司長東福簡報

圖 2-1 健保核心價值及總額中長期政策目標的三大框架

在健保總額中長期政策目標的三大框架下，商司長詳細介紹近年運用健保工具推動的許多重要計畫，包含「代謝症候群防治計畫」、「住院整合照護計畫」、「發展早期介入照護模式（C肝）」、「慢性傳染病照護品質計畫」、「癌症治療品質改善計畫」等，結合前端疾病管理及強化連續性照護的計畫，並說明近期健保支付制度改革之規劃，期望藉由健保制度推動，使得健保給付效益與支付效率提高，提升醫療品質與健保價值。

◎與談人意見及與會者意見交流

與談人：鄭教授守夏／國立臺灣大學健康政策與管理研究所

李教授玉春／國立陽明交通大學衛生福利研究所
蔡副署長淑鈴／健保署

鄭教授守夏首先說明，臺灣全民健保制度是單一公營、全民覆蓋，會影響所有的醫療院所及所有民眾。而全民健保的高滿意度，是奠基在就醫方便與價格可接受，而非醫療品質與照護結果，極高滿意度已成改革的阻力。面對人口成長停滯且快速老化、多重慢性病盛行率提高、醫藥科技發展等挑戰，為促進國民健康與確保健保永續，持續改革勢在必行。

鄭教授認為，衛福部中長期政策目標的三大框架及所推動的諸多方案有其重要性，但整體而

言，還缺乏比較大的戰略來引領整體改革方向。因此，他提出幾點建議，第一是如何善用現有的健保雲端資訊，實現以人為中心的照護。第二是支付制度改革，目前世界趨勢都已改為「以價值為基礎」的支付，而我國多半仍採「論量計酬」，這在全世界都認為是不好的支付方式。在總額支付制度下如果能完善支付制度，就可以考慮取消總額，例如 DRGs 若能全面上線，住院部分可以考慮取消總額。鄭教授最後也提醒，要進行支付制度改革，未來勢必要提高投資，提升資訊系統的連結與應用。

接著李教授玉春提到，臺灣健保已達成初步目標，下階段須進行典範移轉。因應人口老化與醫療科技進步之挑戰，健保應持續精進，改以投資健康提升健保價值為主要目標，投資健康需要持續挹注並整合資源，健保總額中長期計畫結合公務預算與健保資源，有助於提升群體健康與健保價值，值得肯定。李教授也強調，投資健康挹注資源，必須同時考量資金的使用效率，如同鄭教授所講的「價值支付」。支付制度的改革非常重要，因此推動「精準給付」與改革論量計酬支付方式，有其必要性。建議每年編列預算對給付內容進行檢討，去蕪存菁，以減少低價值、無效醫療與浪費。



李教授也點出中長期計畫中的「住院整合照護服務試辦計畫」及「代謝症候群防治計畫」需要委員支持，尤其納入預防保健服務，對慢性病防治非常重要，期待醫師不僅開立醫療處方，也要開立生活處方，加強慢性病人的自我照顧責任，若能改變臺灣民眾的思維，可以挽救更多人的生命、節省更多的經費。李教授最後表示，健保典範移轉有賴健保會支持（健保新、舊典範比較如圖 2-2），期許能改變思維，不再是以現有的醫療為滿足，要開始走向投資健康，而且以精準給付、精準支付，改革整個健保體系。

健保署蔡副署長淑鈴，主要以保險人的觀點回應健保總額中長期計畫。首先對於近期大家討論的焦點：是否應該由公務預算支應？進行回應。蔡副署長說明，若能結合公務預算與健保資源，

往前延伸到疾病預防及生活習慣改變，往後銜接到長期照護，提升群體健康，相對可以提升健保給付效益，降低健保負擔。如果以這樣的思維，則在銜接過程應該要給予鼓勵。接著蔡副署長回顧了計畫推動與預算編列情形，111~112 年中長期計畫各投入超過 90 億元預算，多數計畫還在推動初期，目前正進行模式建立階段。建議健保會委員在總額協商時給予支持及提出更好的建議。

蔡副署長也提出值得大家共同省思的問題，其一是隨著中長期計畫的增加，總額預算協商時，對於需要長期穩健的投資（如新藥新科技）是否減少預算、或該如何調整？另一個困境是如何面對這些增加的片段計畫？必須在計畫推動之初，就要思考如何銜接或納入健保現有計畫，才

	舊典範	新典範
價值觀	健保是醫療支出（expense）	健保是健康投資（investment）
健保目標	提升可近性、效率、健康	提升健保價值
給付原則	廣泛給付	精準給付
給付內容	醫療服務	健康照護（含預防）
服務提供	臨床經驗、循證醫學 單科零碎醫療服務	精準健康照護 整合式群體健康管理
支付制度	論量計酬	價值為基礎的支付 （包裹、論質）
責任分擔	醫、政（府）承擔財務、 醫療品質責任	醫、病、政共同盡責 （財務、健康）

資料來源：摘自李教授玉春簡報

圖 2-2 健保典範移轉有賴健保會支持面向

能提高健保整體效率，避免醫療體系花費太多行政成本，而減少醫療服務。以代謝症候群防治計畫為例，其與家庭醫師整合性照護計畫（下稱家醫計畫）收案重疊率高達 7 成，健保署未來將朝融入家醫計畫執行，持續擴大照護範圍，逐步落實家庭責任醫師制度。此外，健保署正盤點 Lancet 2019 全球疾病負擔所列指標，針對臺灣落後國際之指標，逐項檢討原因，提出優先改善對策與預算編列，如檢討支付制度，健保給付規定或新藥物之引進等，以減少長期健保疾病負擔。

與會者意見交流時段，健保會多位付費者首先回應，表示並非對編列預防保健預算有意見，而是擔心與健保法的給付範圍有所抵觸，也關心計畫是否真有成效。多位委員聚焦於健保財務，尤其政府應負擔健保 36% 的問題，近年健保已收不抵支，推動中長期計畫的財源在哪裡？希望政府能增加公務預算挹注，在有限資源下，共同思考如何做最有效的配置，並積極處理醫療浪費問題。有委員提醒，給付範圍的增刪及變更，是另一項健保制度的重要議題，需要整體思考給付範圍的取捨跟平衡，如果健保給付包山、包海，那麼不論有多少預算都不夠用。

健保會醫界委員表示，期待中長期計畫可以改善醫療品質，也認同健保應朝精準醫療及減少無效醫療方向努力。但財務方面，首先，提升醫療效率是否節省醫療花費是個問號，有文獻指出，戒菸的人比吸菸的人整體醫療花費更高。近年中長期計畫都是增加健保支出，未見相對的財務配套，擔心會排擠原有的醫療服務。其次，國民醫療保健支出（NHE）占 GDP 比率雖有 6%

以上，但公務預算比率逐年降低，如何達到公務預算與健保共同協力提升國民健康的目標？

商司長東福回應，其實公務預算投入健保的金額並沒有逐年降低，中長期政策目標及計畫也都是經過多方規劃及溝通。李教授玉春回應，支持落實政府應負擔健保 36%，或透過修法提升政府負擔比率，目前多數國家都在設法增加薪資以外的財源收入，建議積極爭取公務預算挹注健保改革。即使不修法，臺灣現在的健康照護觀念也需要改變，不能只把用藥當作醫療，也需將生活方式納入健康照護。最後，李教授強調改革應該全方位，除了支出面外，也須納入財務與部分負擔制度，包括保費收入、病人責任（特別是重大傷病免部分負擔之檢討，及部分負擔改革）等。最後蔡副署長淑鈴回應，有關預防保健是否有違法疑慮，衛福部已經啟動修法程序，包括政府應負擔健保 36%、保險費率上限 6%、指示用藥等，這些都在逐步檢討及進行相關作業。至於政府投入部分，今年特別預算已撥補健保 240 億元，年底還有 200 億元的撥款，這些都是政府額外撥出的經費，當然透過修法，可以使政府的投入更加系統化、長期持續，讓健保永續經營。



最後由主持人楊教授銘欽做結語，各方對於中長期計畫預算，應該由公務預算或健保資源提供有不同意見，傳統觀念認為健保只需負責醫療保健，但要讓健保做得更好，往前延伸到早期生活習慣的改變，往後銜接到長照等方面也相當重要。因此，如何結合公務預算與健保資源，提升整體健康水平，降低健保疾病負擔，需要仔細思考及規劃。目前多是片段的計畫，需要思考如何整合納入現有計畫，讓執行能夠更有效率，以提升國人整體健康。

四、議題四：健保資源配置之回顧與檢討

本場次由亞洲大學楊教授志良主持開場後，由陳研究員麗光及簡助理教授毓寧進行專題演講，專題演講之後由三位學者擔任與談人進行回應評論。

◎專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議

報告人：陳研究員麗光／財團法人國家衛生研究院群體健康科學研究所

為了解我國健保醫療利用現況及費用成長因素，健保會委託陳研究員麗光團隊利用健保大數據資料庫進行本研究。陳研究員說明其研究結果顯示，臺灣近年多重慢性病患者人數增長明顯，對於健保支出成長的影響顯著。就 2003~2018 年支出點數成長分析，有 7 類高度影響健保總支出的群體，36.1% 來自無重大傷病但超過兩項慢性病者、8.8% 來自無重大傷病但有一項慢性病者、20% 來自癌症重大傷病者、7.7% 來自定期透析治療的重大傷病者、5.7% 來自至少兩項重大傷病者、2.9% 來自慢性精神病的重大傷病者，而 12.6% 來自無重大傷病也無慢性病的群體。

進一步分析發現，75 歲以上無重大傷病且無慢性病者，每次門診、住院醫令數都沒有明顯上升，但每次醫令點數有相當明顯的上升，顯示醫令種類轉向較昂貴的項目，或是同種類的支付價格上升，影響費用成長因素主要是所使用的服務的支付價格上升。點數成長貢獻度分解發現，2010 年之後人口老化、醫療科技發展、物價變化、政策推展等，為推動健保支出成長的主要因素。而主要驅動支出成長的因素是醫令價格變化，及醫令型態選擇／數量組合變化，未來應有深入研究，才能評析服務需求合理性。後續建議針對特定重點人群，建構歸人資料庫建置，進行深入的醫療保健服務利用模式與預後分析，以增進資源配置效率。

◎專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用

報告人：簡助理教授毓寧／臺北市立大學衛生福利學系

為保障醫療資源不足地區民眾就醫權益，政府投注不少預算，為檢視相關政策之成效，健保會委託簡助理教授團隊進行本研究。簡助理教授毓寧先說明盤點衛福部針對醫療資源不足地區之政策及資源投入情形，未發現明顯的政策重疊狀況。

研究針對健保推動的 3 項方案進行政策效果評估，研究結果顯示，山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）及醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，透過醫院推動政策效果較顯著，而西醫醫療資源不足地區改善方案則以巡迴醫療為主，效果不顯著。另外運用 GIS（Geographic Information System，地理資訊系統）分析工具，以醫療生活圈的概念來評估醫療資源分布狀況，

發現臺北區偏鄉地區 30 分鐘內可至之醫院家數遠高於其他分區。最後，建議於新冠疫情後放寬遠距相關法規，檢討遠距醫療（Telemedicine）在巡迴醫療的成效，及善用預算於醫療資源尚匱乏之偏鄉，並建議以醫療生活圈角度，運用 GIS 系統評估醫療資源分布。

◎與談人意見及與會者意見交流

與談人：盧教授瑞芬／長庚大學醫務管理學系暨管理研究所

李教授中一／國立成功大學公共衛生研究所
蔡副署長淑鈴／健保署

盧教授瑞芬為利資料解讀，首先釐清「給付」跟「支付」、「需要」跟「需求」之定義，及遠距醫療及通訊診療的差異。由陳研究員麗光的分析結果可以發現，醫療利用的結果，是需求面跟提供面的均衡點，研究運用費用分解方法，有助於了解醫療費用的分布及趨勢，也可看到慢性病人是醫療資源的高使用者，健保會後續將專注在特定族群的醫療利用分析。有關醫療資源不足區的服務提供，過去有委員擔心是否有資源重疊的

問題，健保項下的 3 項計畫分別由不同總額專款支應，依簡助理教授毓寧的研究，透過健保署的把關，不會有重複補助的情形。

盧教授最後提到 Grossman 於 1972 年提出，健康是一種消費財，也是一種投資財，消費者對醫療的需求是引申自對健康的需求，如果醫療無法產生健康，民眾也不會需求醫療。最後，盧教授提醒，健康投資應該要將眼光放遠，例如衛福部推動的中長期計畫，也要積極進行研究與發展，否則很難看到進步。另外基礎建設很重要，如健保署推動虛擬健保卡等 E 化措施，也要關注數位落差者的可近性問題。

李教授中一表示這 2 個研究計畫都與公共衛生的核心價值有關，包括健康照護的不平等，及不公平問題與疾病預防等議題。陳研究員的研究主要分析資源配置及費用成長的合理性，但是否合理不易評斷，如果醫療費用增加都是歸因於人口老化，基本上就合理，但若主要是受其他因素影響，就須進一步分析。建議未來的研究納入預防保健，分析可歸因的因素，若醫療費用都用在



可改變因素（如高血壓、肥胖、喝酒、檳榔等）就不太合理，計算可歸因因素的花費可提供實證基礎，才能討論健保資源配置是否合理，也可從預防角度減少這些因素的發生。

李教授就簡助理教授的研究提出 2 個統計問題。其一建議未來政策效果評估，應該納入 MCID（Minimal Clinically Important Difference，最小臨床重要差異）的概念，探究最小臨床有意義的數值是多少，不能只用傳統方式看有沒有效（是否增加或降低），而是要看多有效（增加或降低多少），類似成本效果的概念。其二是政策評估方法 DID（Difference in the differences，差異中差異法），多採前測減後測計算效果，但會忽略基線資料，簡助理教授的研究採混合模式，看政策效果有沒有隨時間改變，分析交互作用的影響，但仍有忽略基線資料的問題，如果能夠校正前測分數可能結果會較正確。

蔡副署長淑鈴就健保署的觀點，探討這 2 個研究的啟示，及可以再著力的部分。健保開辦 27 年來申報點數成長 3.7 倍，從 85 年 2,229 億元上升到 111 年 8,226 億元。高齡化、慢性病、重

大傷病與新醫療科技都是醫療支出的關鍵因素。從分項費用來看，診療費及診察費占率下降，但藥品、醫療材料還有檢查（驗）費用成長。陳研究員的研究也顯示，從 2003~2018 年醫療支出成長 1 倍，其中重大傷病及慢性病的成長貢獻度占 70~80%，沒有重大傷病也沒有慢性病者占 12.6%。研究分析結果發現「每人年醫療支出成長」是醫療費用成長的關鍵因素，蔡副署長分別就疾病、需求屬性、主要支出項目，探討如何減少不當資源配置（如圖 2-3）。

蔡副署長認為簡助理教授的研究為健保帶來很大的啟示，就政策效果評估結果，蔡副署長透過 3 項計畫的特色分析，探討政策效果不同的原因，並提出檢討及未來強化作法（如圖 2-4）。山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）具有綿密的組織及固定就醫地點，直接在當地解決醫療問題，故越區就醫、可避免住院及急診相對下降。未來建議善用遠距專科會診及遠距居家醫療，強化照護連續性。而醫療資源不足地區醫療服務提升計畫，提供偏鄉民眾友善的就近就醫選擇，建議持續支持，並長期觀察成效；至於西醫

疾病	需求屬性	主要支出項目	如何減少不當資源之配置
癌症（重大傷病）	剛性需求	高價檢查／高價藥品	控制藥品單價／推動安寧療護或 DNR／研議政策性商保補位醫療險
慢性病	長期需求	檢驗檢查／慢病用藥	行為改善／藥品單價／需持續追蹤減少長期合併症（強化照護連續性）
非重大傷病與慢性病之一般疾病	一般需求	一般用藥／頻繁就醫	人數最多／誘發需求／醫療浪費／部分負擔／加強審查與稽查違規

資料來源：摘自蔡副署長淑鈴簡報

圖 2-3 減少不當資源配置之探討

計畫	問題點	未來強化做法
山地離島地區醫療給付 效益提升計畫（IDS）	1. 急診及次專科醫療仍不足 2. 居家醫療照護連續性不足	1. 在現有 IDS 計畫下，請主責醫院善用更多專科遠距會診 2. 針對慢性病或醫療諮詢開放遠距居家醫療，以強化照護連續性
醫療資源不足地區醫療 服務提升計畫	1. 當地基層醫療不足 2. 偏鄉地區醫院兼具基層醫療及一般地區醫院之功能 3. 需有後送醫院備援	持續支持偏鄉醫院一般與急診服務之提升，長期觀察成效
西醫醫療資源不足地區 改善方案	缺乏整體規劃組織／未設督導小組／巡迴點未固定／人口分散／近都會區／照護連續性不佳／越區就醫／醫療結果面不佳／開業計畫成效不佳	1. 善用各區長照據點或日照中心結合成為主要巡迴點 2. 委託各縣市醫師公會盤點同一路線之巡迴點，規劃必要之基層專科別進行巡迴醫療，必要時啟動遠距醫療與居家醫療，以落實照護之連續性，並建立轉診後送機制。少數由醫院包辦之路線仍維持。未來可持續評估兩種方式之優劣，相互學習 3. 縣市醫師公會與健保署應定期與當地民代或村里長溝通民眾就醫需求，並宣導主要巡迴點及看診時間與科別 4. 主要巡迴點具成效後，討論獎勵開業計畫之作法

資料來源：摘自蔡副署長淑鈴簡報

圖 2-4 健保推動醫療資源不足地區 3 項計畫之檢討與未來強化作法



醫療資源不足地區改善方案，因為開業計畫異動快，巡迴地點不固定等因素，效果不顯著，未來建議善用長照據點或日照中心為主要的巡迴點，妥善規劃巡迴醫療路線，必要時啟動遠距跟居家醫療，提升照護連續性。

五、議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流

本場次是由亞洲大學戴教授桂英主持，由健保會陳組長燕鈴報告、郭副教授年真進行專題演講，接著進行總額協商經驗交流，由三位與談人進行回應評論，最後進行與會者意見交流。

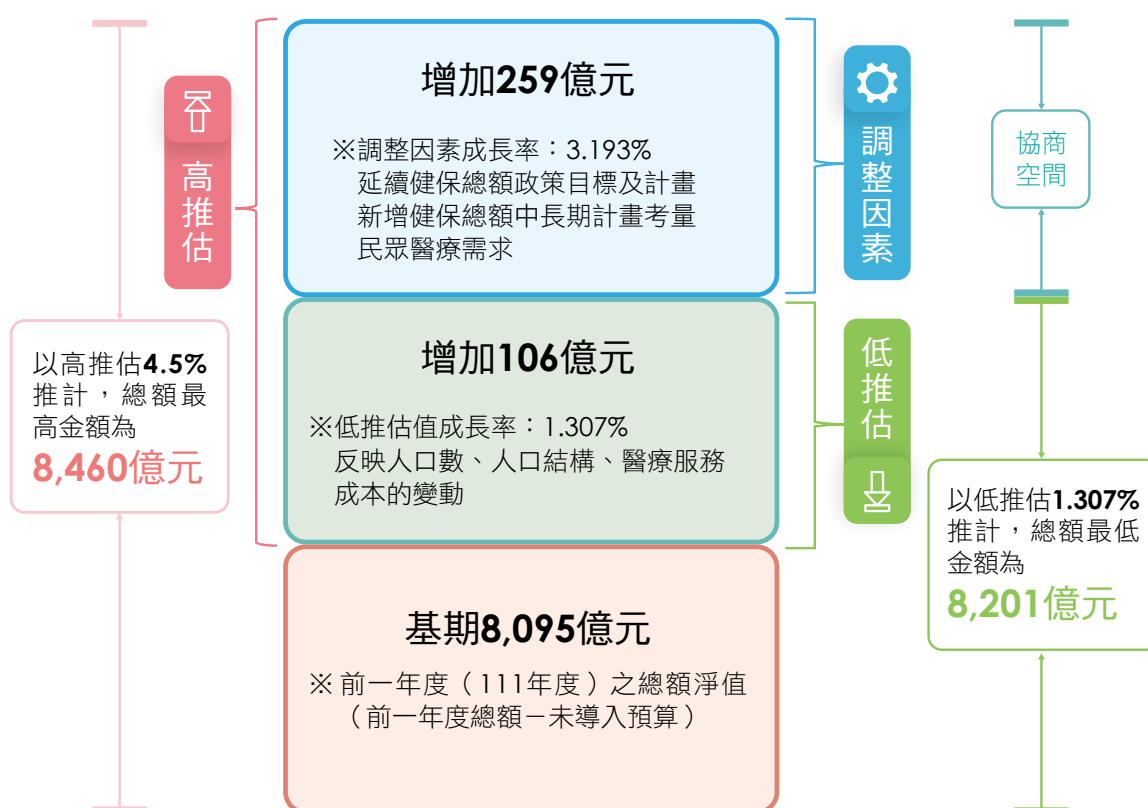
◎專題報告：總額協商原則與程序

報告人：陳組長燕鈴／健保會

依健保法第 61 條，健保總額協商分配是健保會的重要任務，陳組長燕鈴首先介紹年度總額的擬定流程及組織權責，為能在行政院核定的總額範圍內順利完成 8 千多億元的協定分配（112 年度總額範圍如圖 2-5），健保會發展了一套穩定的協商模式，陳組長詳細介紹健保會的總額協商架構、協商原則及協商程序，並說明總額協商時各方代表所扮演的角色。

陳組長特別說明近年健保會總額協商的策進作為，包含依據衛福部落實效益評估的政策指示，

總額成長率範圍為 1.307%~4.5%，總額預估值約 8,201~8,460 億元。



資料來源：摘自陳組長燕鈴簡報

圖 2-5 112 年度總額範圍

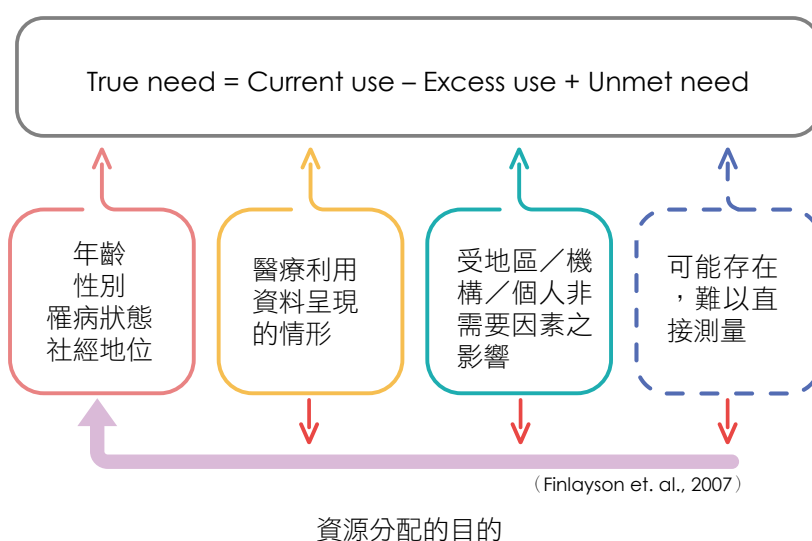
協商項目須訂定相關 KPI（Key Performance Indicators，關鍵績效指標）、加強事前溝通、發揮保險人角色、完備協商資料及管控協商時間與調整會議天數等措施，希望透過完備的協商資料與事前溝通，提升協商效率。

◎專題演講：從國際經驗檢視我國總額支付方式地區預算分配方式之研究

報告人：郭副教授年真／國立臺灣大學健康政策與管理研究所

為精進地區預算分配方式，健保會委託郭副教授年真團隊進行本研究。郭副教授首先介紹先進國家醫療費用區域預算分配制度及演進，並從需要（Need）的角度解構「醫療利用」（如圖 2-6），資源分配的目的係要反映民眾真實的醫療需要。研究結論，多數國家採用「以需要為基礎」（need-based）的預算分配方法，除基本地區人口之年齡、性別組成，也納入罹病狀態、社經特性，以反映對醫療需要的差異，加入「未被滿足的醫療需要」以縮小可避免的不平等。

經由建構各部門總額地區預算分配之預測模型，分析結果顯示，臺灣的地區預算分配，若僅以年齡、性別進行風險校正，在地區層級已有甚佳之預測能力。若納入民眾罹病情形進行校正，模型預測能力在個人層級顯著提高，但專家會議對應否納入罹病狀態無共識。另分析結果顯示，若進一步拆分成以縣市為單位，模型仍有良好之



資料來源：摘自郭副教授年真簡報

圖 2-6 資源分配：從需要（Need）的角度解構「醫療利用」

預測能力。最後，本研究結果提出短期、中期、長期之建議，包含短期地區預算分配公式之 R 值（校正風險後保險對象人數）的占率應持續推進、中期可研議納入罹病狀態與社經特性等參考因子，長期則建議調查、了解現況下有多少未被滿足的醫療需要（如圖 2-7）。

◎從專家學者及公正人士角度對總額協商的期許

與談人：滕委員西華／台灣社會心理復健協會秘書長、

健保會委員

吳委員榮達／中華民國消費者文教基金會董事

長、健保會委員

黃副教授偉堯／長榮大學、曾任健保會委員

滕委員西華就其曾擔任付費者及後轉換為公正人士委員的經驗，首先提出總額協商的選擇標準，包含健康醫療供應系統是否可信賴、能否持續穩定發展、是否具有可負擔性（包括政府及民眾的負擔能力）。因為本屆有不少新任委員，滕委員建議委員在總額協商應有的行前認知，包括：了解健保會業務權責、委員自我價值及角色定位

（代表誰？誰是夥伴？），並先閱讀協商的歷史資料，了解過去協商項目及預算編列狀況。

接著說明委員在總額協商時應承擔的責任，包含：注意收支平衡、不債留子孫，釐清想要和需要的差別，透過科學證據進行理性協商，買到更好的醫療服務，而非僅是道德訴求。也建議付費者與醫界思考，如何透過互相合作與賽局，打破囚犯困境。最後滕委員以「如果你沒有問題，那才是最大的問題」結尾，鼓勵委員要不斷學習與自我超越。

吳委員榮達也就過去參與總額協商的實戰經驗，提出建言。過去醫界與付費者難以達成共識的原因在於立場不同。醫界面臨支付不足、點值下降的困境，而付費者則是考量財務收支平衡、避免調整保費。因此希望雙方能有不同的思考，在醫界方面，建議協商項目應避免與非協商因素重複，且應提出明確的方案、KPI 及真實數據與分析，雙方才能就其合理性、必要性進行協商。

委辦研究對地區預算分配建議

■短期

- 地區預算分配公式中，R 值的占率應持續推進
- 建議中醫也應針對跨區就醫有預算撥補之機制
- 將部分健康公平性指標納入常態性監控之總額監理指標
- S 值計算方式，可逐步更新為使用較新年度之資料

■中期

- 預算分配可納入罹病狀態與社經特性等參考因子
- 發展本土化、共通性的社經特性測量工具

■長期

- 進行調查，了解現況下有多少未被滿足的醫療需求

資料來源：摘自郭副教授年真簡報

圖 2-7 委辦研究對地區預算分配建議

此外，醫界常以點值未達每點 1 元爭取預算，惟點值是綜效措施的結果，調高支付點數也會導致點值下降，建議須有全面性思考。

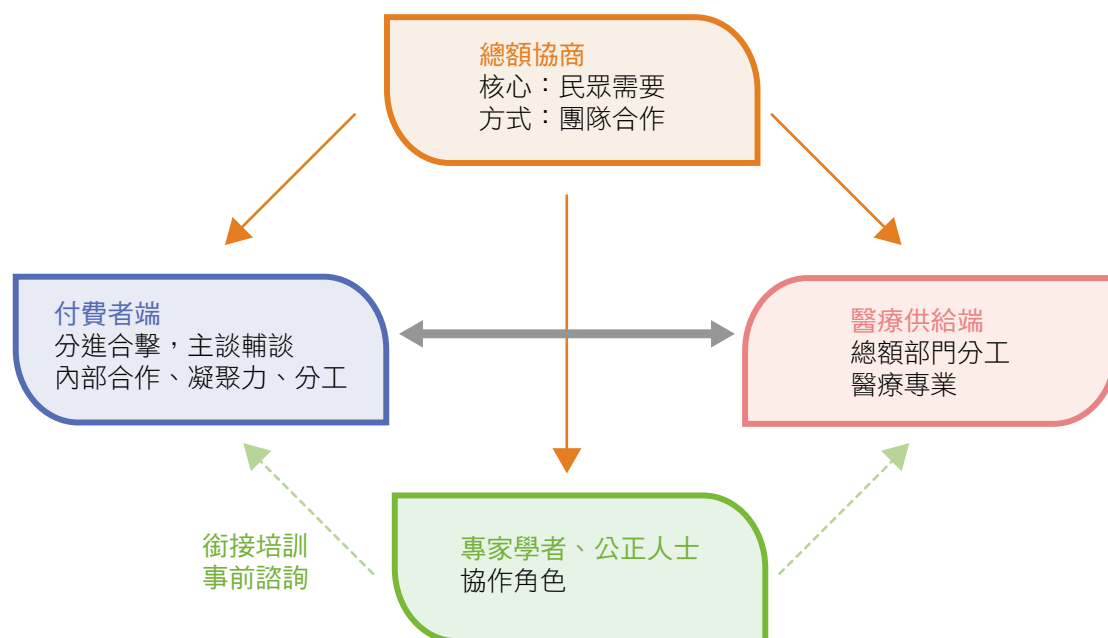
在付費者方面，則建議逐項檢視醫界提出的協商草案及健保署的分析說明，審視其合理性與必要性，對於經費增刪應該有理、有據。此外，總額預算適當成長是合理的方向，對於政策、法令改變造成成本增加等項目，可適當的納入協商考量，也建議政府編列對應的公務預算挹注健保，最後呼籲各界共同爭取，提高公部門的支出。

黃副教授偉堯就過去擔任專家學者委員及參與總額協商經驗，分享其看法。首先回顧我國健保制度的設計，保險對象係強制納保，因此須對保險對象負有一定的責任，以保障被保險人的就醫可近性。而健保署的角色應該是民眾代理人，在資訊不對稱下，協助民眾爭取權益。他強調總

額協商的核心，應該是以民眾需要為出發點，透過團隊合作，共同為滿足民眾需要而努力。

黃副教授也剖析各方代表在總額協商的角色與立場（如圖 2-8），付費者端需要內部合作、分工及形成凝聚力；醫療供給者端則須依據總額部門分工，發揮醫療專業；而專家學者及公正人士則扮演協助協商雙方的第三方功能。黃副教授期許健保會委員能透過理性討論，找出問題的癥結點，尋求適切的解決方案。總額協商涉及醫療資源分配是大哉問，需要花費許多的時間與精力，集結大家的智慧。最後以老子的「既以為人己愈有，既以與人己愈多」與大家共勉之。

與會者意見交流時段，醫療服務提供者委員首先提出，協商應將點值納入考量。因為醫療院所長期面對各種管控措施，但點值仍未達每點 1 元，實在不公平。而付費者委員、專家學者及公



資料來源：摘自黃副教授偉堯簡報

圖 2-8 各方代表在總額協商的角色與立場

正人士也回應，總額精神是統包制，尤其在論量計酬下對點值影響大，因此，在檢討點值的同時，也應思考支付及給付的價值與品質，建議健保署應積極導入支付制度改革（如 DRGs、論質、價值支付）才是解決問題的根本之道。

此外，專家學者委員提出以六分區作為預算分配單位，在分區內的不同地區民眾，仍可能有不公平或醫療需要無法被滿足的情形，可思考是否以更小單位作預算分配。對此，郭副教授年真也回應，這需要進一步的資料分析試算，才能知道是否更能達到分配公平性，及分區管理的目的。

座談會最後，盧主任委員瑞芬也表達對總額協商的期許，建議付費者委員於協商前，善用專家學者及公正人士，參考其對各總額部門協商項目的專業建議，以發揮其第三方專業的角色。盧主任委員進一步分析，總額協商常難以達成共識，源於雙方對健保有限資源如何分配的看法不同，建議未來雙方能朝達成協商共識的方向共同邁進，減少兩案併陳送衛福部裁決的情形，以發揮健保會協商平台的功能。健保會是個大家庭，為全民健康謀福利，是大家共同的核心價值及最終目標，以利健保永續經營。期勉大家共同努力，未來讓健保、民眾、醫療能共創三贏與共好。



衛生福利部全民健康保險會 10 周年成果及未來展望研討暨共識營 議 程

主持人：盧瑞芬（長庚大學醫務管理學系教授）

議題一：健保財務現況與未來展望

1. 專題報告：健保財務現況及趨勢分析
報告人：陳美杏（健保署財務組組長）
2. 專題演講：建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析
演講人：連賢明（國立政治大學財政學系教授）

議題二：健保費率審議與經驗交流

1. 專題報告：健保費率審議執行說明
報告人：洪慧茹（健保會組長）
2. 費率審議經驗交流
與談人：李永振（第 1~3、5、6 屆委員）、謝天仁（第 1~3 屆委員）、蔡登順（第 1~4 屆委員）

主持人：楊銘欽（國立臺灣大學健康政策與管理研究所兼任教授）

議題三：健保總額擬訂及中長期計畫

- 報告人：商東福（社保司司長）
- 與談人：鄭守夏（國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授）、李玉春（國立陽明交通大學衛生福利研究所教授）、蔡淑鈴（健保署副署長）

主持人：楊志良（亞洲大學榮譽講座教授）

議題四：健保資源配置之回顧與檢討

1. 專題演講：健保資源配置之趨勢分析及未來建議
演講人：陳麗光（國家衛生研究院群體健康科學研究所研究員）
2. 專題演講：醫療資源不足地區之資源投入及民眾醫療利用
演講人：簡毓寧（臺北市立大學衛生福利學系助理教授）
與談人：盧瑞芬、李中一（國立成功大學公共衛生研究所特聘教授）、蔡淑鈴（健保署副署長）

主持人：戴桂英（亞洲大學健康產業管理學系教授級專業技術人員）

議題五：醫療給付費用總額協商與經驗交流

1. 專題報告：總額協商原則與程序
報告人：陳燕鈴（健保會組長）
2. 專題演講：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
演講人：郭年真（國立臺灣大學健康政策與管理研究所副教授）
3. 從專家學者及公正人士角度對總額協商之期許
與談人：滕西華（第 2、4~6 屆委員）、吳榮達（第 3、4、6 屆委員）、黃偉堯（第 2、3 屆委員）





第三章

10 周年重要成果

第一節 總額協商 36

第二節 費率審議 43

第三節 政策與法規諮詢 47

第四節 保險監理 54



全民健康保險會
成果與未來展望 專刊

第三章 10 周年重要成果

健保會做為健保政策之諮詢及民意溝通平台，依健保法第 5 條規定，每年核心工作為協議訂定及分配年度醫療給付費用總額、審議保險費率、提供政策與法規之諮詢意見，及監理健保業務等。

健保會自 102 年成立以來，迄今已逾 10 年，累積許多豐碩的重要工作成果，包括：

1. 在兼顧民眾醫療需要及健保資源有限下，完成歷年醫療給付費用總額之協議訂定及分配，將總額預算做最有效率之配置，並依衛福部交議之政策目標，於協商時編列相關預算，以支持政策之推動，並保障民眾就醫權益與醫療品質。
2. 完成歷年保險費率審議工作，為落實二代健保法所揭示收支連動精神，建立以科學數據為基礎，且不受外力干擾之可長可久費率調整機制「全民健保財務平衡及收支連動機制」，作為審議 105~110 年度保險費率之參據，110 年之後則回歸健保法第 78 條規定作為費率審議依據。
3. 提供政策與法規之諮詢意見，包含：對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式、健保法施行細則第 45 條對政府應負擔健保總經費之認列範圍、保險對象自行負擔醫療費用等諮詢案提出建言，以及重大議題如：C 肝藥費、重大公共安全事件醫療費用等案，提出諮詢建議。

4. 辦理監理保險業務事項，在財務監理部分，每年健保預決算之備查案、醫療院所財務報告之公開內容、公告平均眷口數之規定；在業務監理方面，對總額公告後相關重點協定事項，如：分級醫療配套措施、家醫計畫之執行情形等，提出改善建議；並對依法提健保會討論之自付差額特材項目，持續關注其執行情形。

以下將分節介紹相關重要工作成果。

第一節 總額協商

一、依法完成全民健保醫療給付費用總額協定及分配

我國全民健保實施總額支付制度，由保險付費者與醫事服務提供者以協商方式，訂定次年度醫療給付費用總額，透過規劃年度預算，以宏觀調控醫療費用，導引資源合理配置，並控制總體醫療費用成長。健保會是健保落實「財務收支連動」及「擴大社會參與」的協商平台，主要任務之一為各年度健保總額之協議訂定及分配，每年均依限完成總額協定及分配的法定任務，讓健保總額支付制度順利運作。

（一）歷年醫療給付費用總額預算成長及分配

隨著我國人口老化、慢性病增加及新醫療科技發展，醫療需求帶動醫療費用不斷成長，然而健保資源有限，如何在整體財務可負擔的情況下，提供全體國民有效率、高品質的醫療照護，是健保會總

額協商的最終目標。健保會自 102 年成立以來，均依法在行政院核定之總額成長率範圍（上、下限）內，協議訂定總額及其分配方式後報衛福部核（決）定。
102~112 年度行政院核定總額範圍介於

1.272%~6% 之間，衛福部核定總額成長率介於 3.275%~5.642% 之間（如圖 3-1），健保總額預算由 102 年的 5,531 億元，112 年成長至 8,364 億元，為 102 年預算的 1.51 倍，10 年間增加 2,833 億元。

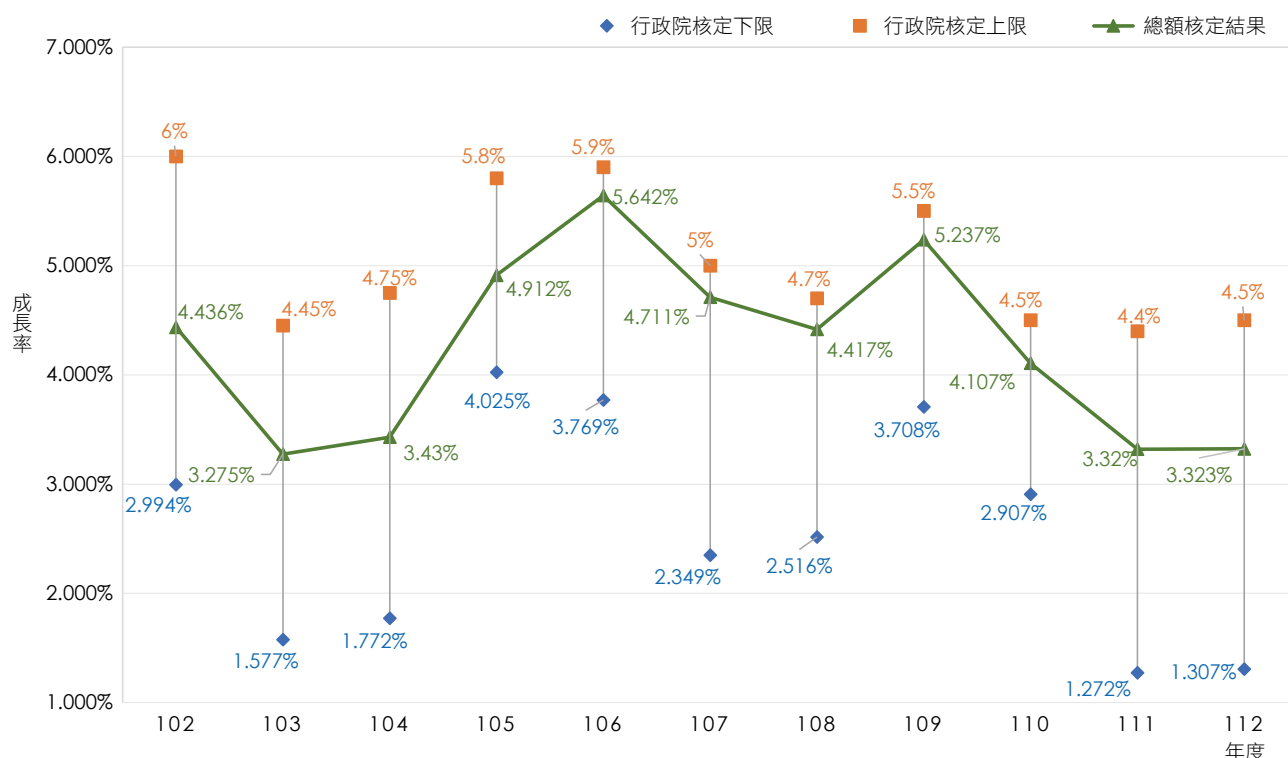


圖 3-1 行政院核定總額範圍及核定結果



在 103~112 年 10 年間，各部門總額逐年上升，成長率介於 1.888%~6.021% 之間，其中醫院總額自 3,568.5 億元增加至 5,560.0 億元、西醫基層總額自 980.1 億元增加至 1,382.1 億元、牙醫門診總額自 377.5 億元增加至 508.0 億元、中醫門診總額自 212.1 億元增加至 309.8 億元、門診透析自 318 億元增加至 446.6 億元，以及其他預算自 108 億元增加至 157.8 億元（圖 3-2、圖 3-3）。

（二）歷年各部門總額地區預算分配

健保會協商各部門總額後，尚須協定各部門總額分配至健保署六分區的預算

（地區預算分配）。依據衛福部政策，為達成「保障民眾就醫的公平性」、「資源分配均衡發展」的政策目標，地區預算係依據「錢跟著人走」的原則，以「各地區校正人口風險後之保險對象人數」（即 R 值），進行預算分配，但為避免對原有的醫療利用情形產生太大衝擊，也將「各地區在總額實施前一年的醫療費用」（即 S 值）納為參數。

健保會於每年總額協商完成後，接著議定各總額部門 R 值及 S 值參數占比，並依其服務特性及實際執行情形，漸進增加分配參數中的人口占率（R 值），以期逐

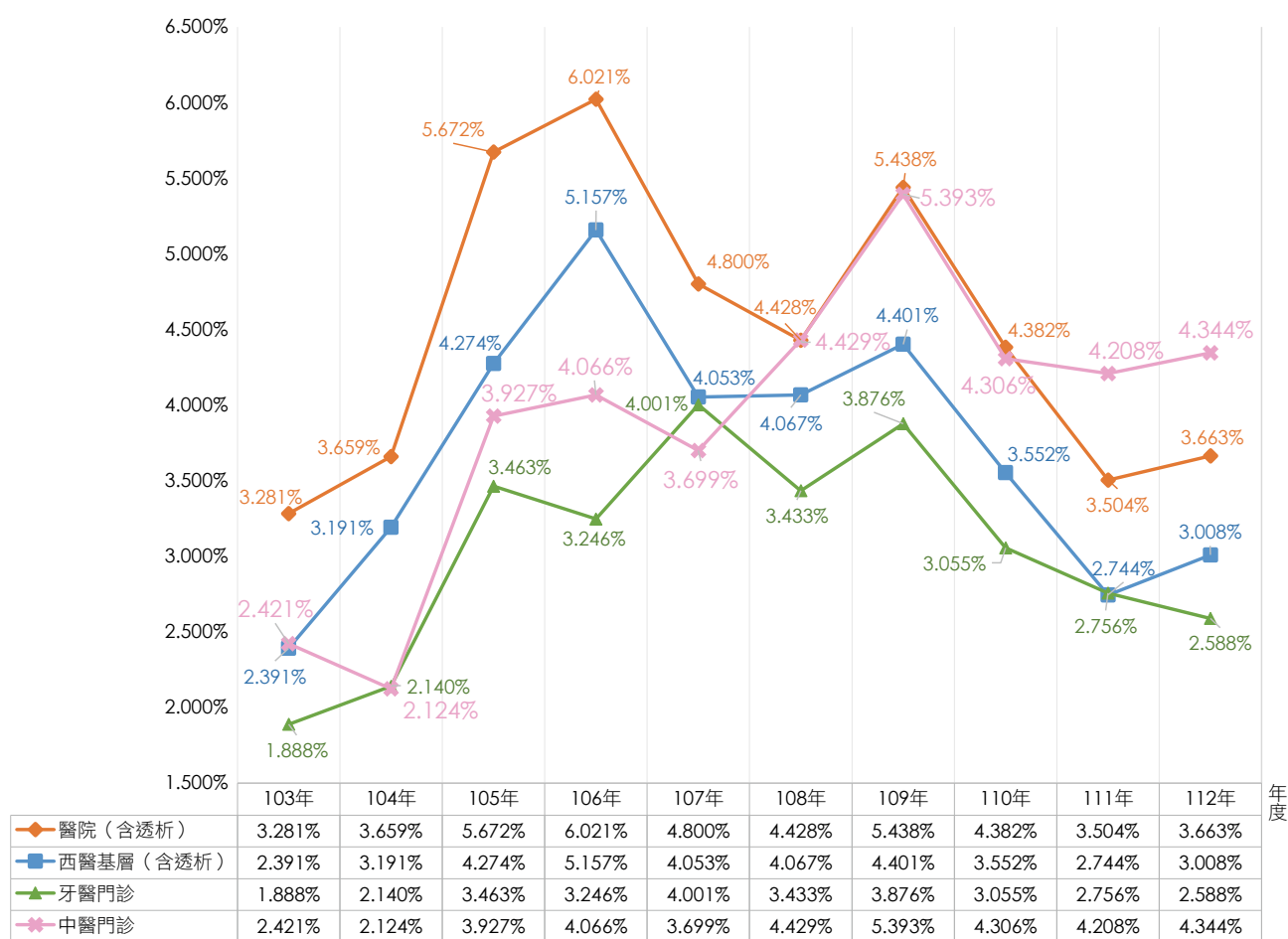


圖 3-2 103~112 年度各部門總額成長率（較前一年核定總額成長率）

單位：億元

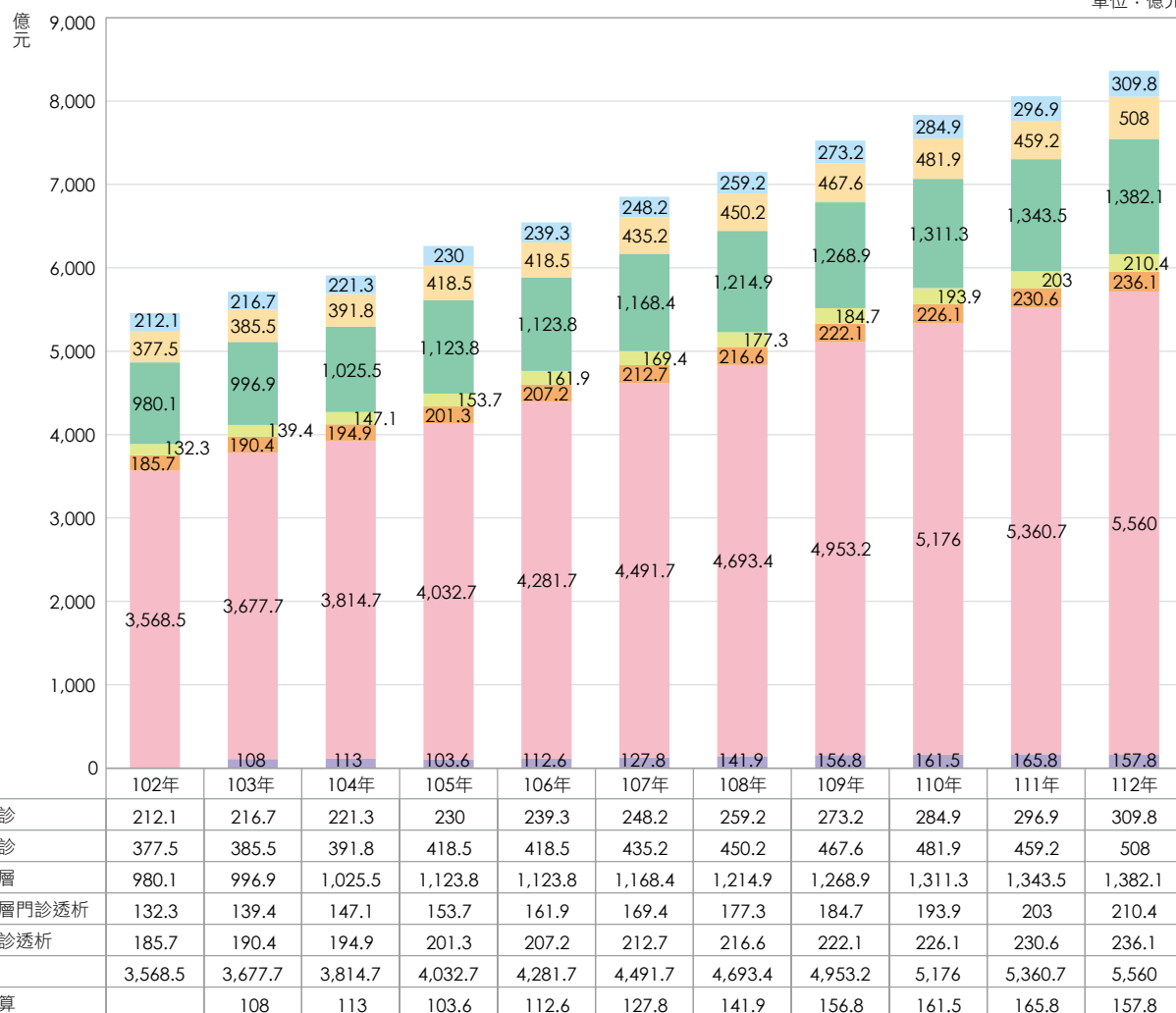


圖 3-3 102~112 年度各部門總額及其他預算



步達成衛福部「錢跟著人走」的政策目標。此外，為減少預算調整造成分區的財務衝擊，亦視總額部門需要，自一般服務預算提撥「風險調整移撥款」，以補強偏鄉及弱勢族群的醫療照護，及促進區域醫療整合，或作為各分區調整預算風險之用，並補足現行制度下醫療服務的不足。歷年各部門總額一般服務地區預算協（核）定情形如表 3-1。

二、歷年醫療給付費用總額預算分配之重點項目

全民健保旨在保障全體民眾的健康權益，是臺灣的重要社會保險制度之一，也是社會安定的重要基石。健保會均依循衛福部每年交議的政策目標，進行總額預算協商分配。各部門總額預算的編列，除了依據行政院核定的低推估值，編列反映人口結構改變、人口成長及醫療服務成本

變動等自然成長所需預算外，並依循健保政策目標，由醫療服務提供者與付費者代表協商下一年度的醫療服務項目及預算分配，提供民眾所需的醫療照護，並使健保資源發揮最大效益。茲就歷年預算分配之重點項目，分述如下：

（一）健保延續性政策及相關計畫

衛福部接續改制前衛生署的健保政策，自 102 年健保會成立以來所交付的總額協商政策目標，多包含持續推動「引進新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材）」、「推動及促進醫療體系整合」、「保障偏遠地區、弱勢族群就醫權益」、「提升民眾照護品質」等持續推動的政策目標及相關計畫。健保會委員支持這些政策的理念，於歷年總額協商時均編列相關預算支持政策之推動，例如，每年總額均增加約 30 多億元之新醫療科技預

表 3-1 歷年各部門總額一般服務地區預算協（核）定情形

部／門別		年度																		
		95	96	97		98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112
牙醫門診		100																		
中醫門診		0				5			6	7	8	11	13			14				
		試辦計畫 ^{註 1}					修正後試辦計畫 ^{註 2}													
西醫基層		60	65	試辦計畫 ^{註 3}	65							66			67	68			69	
醫院	門診	38		45						46			50			51			52	
	住診	38		40							41			45						

註：1. 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。

2. 中醫門診總額採修正後試辦計畫：事前分配預算，分配參數含人口因素（各分區戶籍人口占率）。

3. 西醫基層總額採試辦計畫：主要以各分區 94~96 年之 3 年平均總額預算占率分配。

算，並滾入總額基期，用以引進新藥、新特材及新增給付項目，亦持續辦理醫療資源不足地區相關的巡迴醫療及醫療服務提升計畫，每年亦增編罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群抗病毒治療藥費、器官移植費用等專款，及推動醫療體系整合相關計畫，以保障民眾就醫權益與品質。

（二）消除 C 型肝炎及推動分級醫療政策

衛福部為呼應 WHO 在 2030 年前消除病毒性肝炎的宣示，105 年擬訂「國家消除 C 肝政策綱領」，期於 2025 年達到以 C 型肝炎全口服新藥（下稱 C 肝新藥）治療 25 萬名病人之目標。健保署自 106 年起新增 C 型肝炎用藥專款，給付療效更佳、療程更短之 C 肝新藥。健保會委員鑑於病人用藥權益，自 106 年起配合編列 C 型肝炎藥費，預算由 106 年之 29.4 億元逐年增加，至 109 年更高達 81.7 億元，106 年至 112 年總額，合計投入 397.1 億元。健保署並分階段擴增給付條件，擴大照護的族群，108 年起不再限制病人肝纖維化程度，所有慢性病毒性 C 型肝炎患者皆可接受新藥治療。經統計 111 年已累計治療 14.8 萬名病人，近 4 年治療成功比率平均達 98.4%。總體而言，總額預算的挹注，及逐步調整 C 肝新藥治療的策略，已使更多民眾得以受益。

衛福部為促進醫療資源均衡發展，自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包括「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症服務」、「提升基層醫療服務量能」

及「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」等。健保會委員考量醫療體系的有效分工及整合，有助提升健保醫療效益，自 106 年起配合編列相關預算，如擴大醫計畫、強化基層照護能力開放表別、鼓勵院所建立轉診合作機制、壯大社區醫院、提升重症照護，促進區域級以上醫院門住診結構改變等多項預算，106 年至 112 年總額，合計投入 62.9 億元，期望能壯大基層服務量能、鼓勵雙向轉診、導引區域級以上醫院回歸急重難症照護，提升健保資源使用效率。

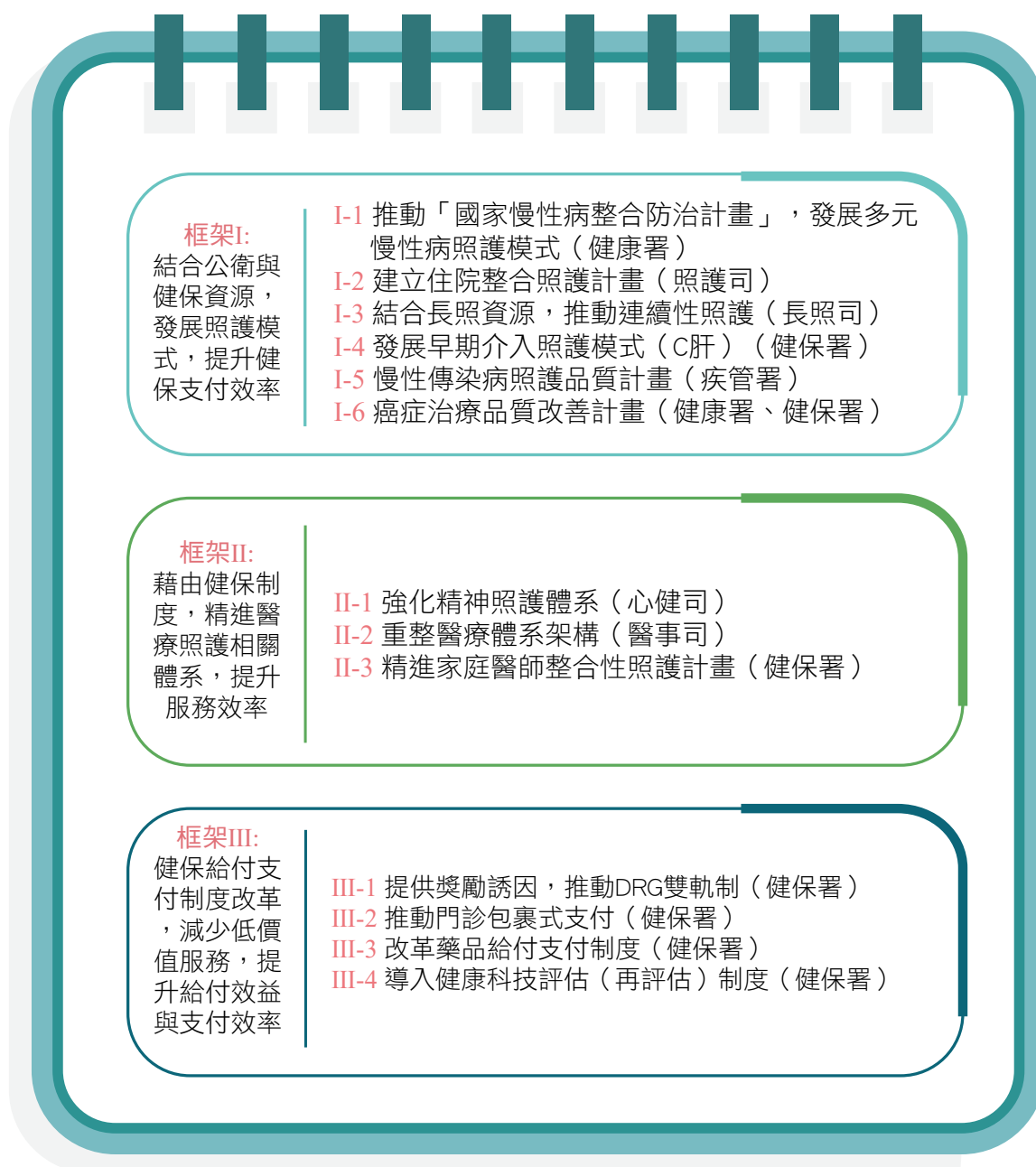
（三）健保總額中長期計畫

為因應人口老化、醫療科技進步、醫療成本上升等問題，衛福部考量總額雖然以「年度」進行預算協定及分配，但健康政策應採更長遠的整體性與全面性規劃。所以衛福部於 110 年總額首度提出「全民健康保險醫療給付總額中長期計畫（110 年～114 年）」（下稱健保總額中長期計



畫），在三大框架下，推動健保相關計畫，其三大框架第一為結合公衛與健保資源，發展照護模式，提升健保支付效率；第二為精進醫療照護體系，提升服務效率；第

三為改革健保支付制度，提升給付效益與支付效率。衛福部提出健保總額中長期計畫三大框架下，所規劃的推動策略及相關計畫如圖 3-4。



資料來源：摘自商司長東福簡報

圖 3-4 健保總額中長期計畫

健保會支持衛福部推動健保總額中長期計畫，於年度總額納入各項計畫，投資民眾購買健康，自 111 年起同意新增「代謝症候群防治計畫」，讓慢性病前期患者透過健康管理照護模式，預防及減少罹患慢性病；辦理「住院整合照護服務試辦計畫」，提升住院照護品質，減少院內感染，減輕護理師與家屬負擔；擴大給付精神科長效針劑，提升照護品質。自 112 年起更擴大範疇，配合國家慢性病整合防治計畫，試辦「慢性傳染病照護品質計畫」、「癌症治療品質改善計畫」等，結合前端疾病管理及強化連續性照護。此外，近年總額預算也配合健保署運用數位科技，強化醫療資訊交換系統之需，編列相關預算，鼓勵雲端醫療資訊共享及提升保險人效能，也藉由建置智慧醫療區域聯防機制，提升偏鄉醫療照護可近性。統計 111 年及 112 年總額投入健保總額中長期計畫合計 81.79 億元，期望藉由健保制度不斷精進，提升給付效益與支付效率。

全民健保是政府的重要政策之一，健保會作為健保制度的協商平台，向以民眾醫療需要為基礎，配合健保政策編列預算，並落實總額執行之監理，以確保健保制度的穩定運作。未來，健保會仍會持續關注歷年總額投入預算的成效，請健保署積極進行效益評估，及向衛福部提出建言。臺灣社會面臨人口急速老化、少子化嚴重的趨勢下，未來之醫療體系將面臨諸多挑戰，加上 109 年爆發 COVID-19（Coronavirus disease 2019，嚴重特殊

傳染性肺炎）疫情影響延續至今，民眾就醫行為及疾病需求亦不同以往，未來如何建置更符合民眾需求的照護體系及服務模式，是國家醫療照護體系及健保制度的一大課題，健保會將配合政策及民眾醫療需求，持續監督健保制度改革，提升醫療品質及效率，以因應環境及民眾需求的變化，建構更完善的全民健保制度。

第二節 費率審議

一、健保財務收入來源

健保財源（即保險收入）包括保險費收入、依法分配收入、利息收入、收回呆帳及雜項收入等來源，其中保險費收入占保險收入 90% 以上，是健保的主要收入。保險費收入又分為一般保險費及補充保險費，係由保險對象、投保單位及政府共同負擔；依法分配收入係屬外部財源，包括公益彩券盈餘分配收入及菸捐分配收入，為補充性財源。由於第 1~3 類被保險人及其眷屬所負擔的一般保險費，是以被保險人的投保金額及保險費率計算，所以保險費率對健保收入有著關鍵性的影響。以 110 年度一般保險費費率由 4.69% 調整為 5.17%（補充保險費費率亦同幅度調整為 2.11%）為例，當年度保險收入即增加了 611 億元。

二、費率審議法源與相關條文

二代健保自 102 年開始施行，其財務係以收支連動的方式運作，將協議訂定的總額與審議的一般保險費費率相扣連，以確保收支平衡。為落實「財務收支連動」之核心精神，二代健保將費協會（負責總額協商與分配）與監理會（主要負責收入面）合併成為健保會，並在健保法第 5 條

新增費率審議之法定任務，與費率審議相關的條文尚包括：健保法第 18、24、78 條，分別規範法定費率上限、費率審議流程及健保安全準備總額約當保險給付支出月數之區間。

三、費率審議流程

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。（詳圖 3-5）

四、費率審議依據

為使費率審議能夠公平客觀地進行，健保會委員前於第 2 屆 104 年 10 月份委員會議（104.10.23）達成「建立以科學數據為基礎，且不受外力干擾之可長可久費率調整機制」之共識，並於該年 11 月份委員會議（104.11.20）決議訂定「全民健保財務平衡及收支連動機制」，明定健保費率調整之啟動條件與調整方式，做為

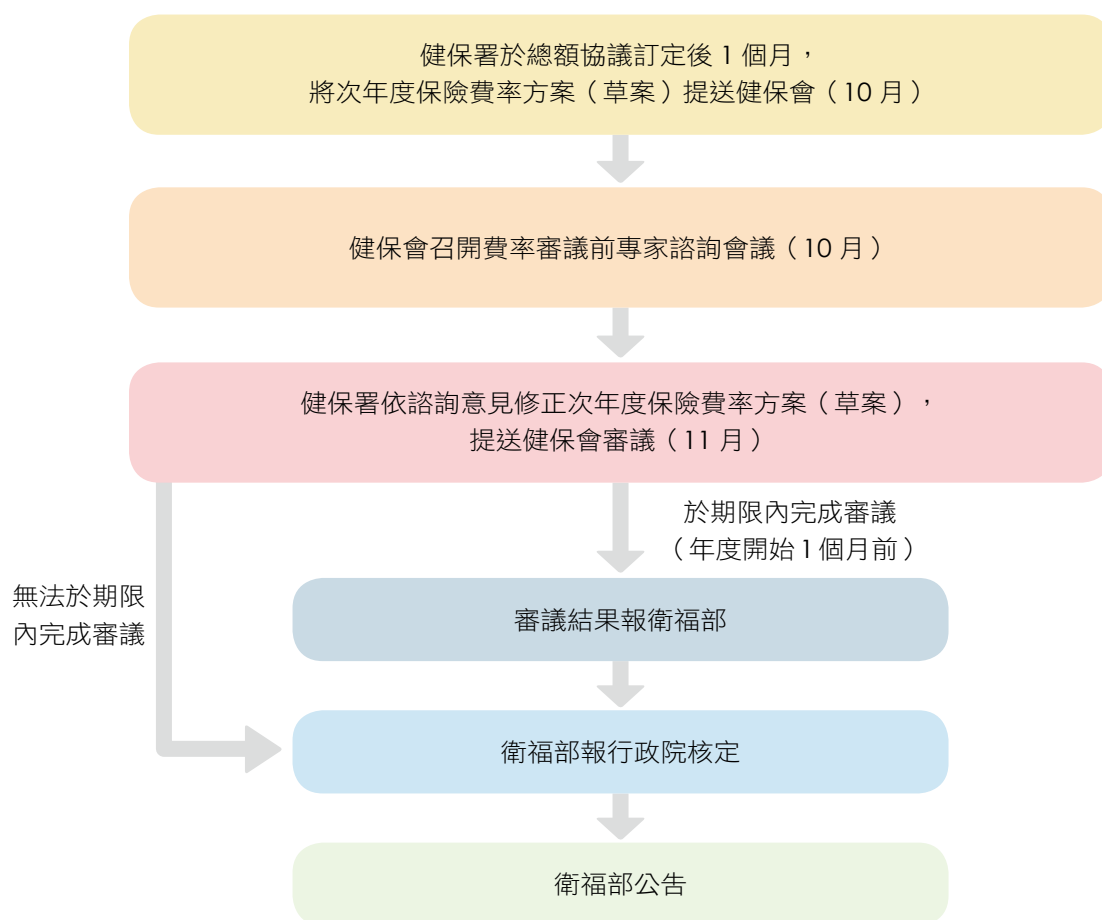


圖 3-5 全民健康保險一般保險費費率審議流程

費率審議之參考；為使前揭機制更為周延，曾於 106 年召開 2 次專家學者諮詢會議、在 106 年 7 月份委員會議（106.07.28）提出機制修正案、108 年委託政治大學辦理「建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析」研究計畫，惟均未能就機制修正方向達成共識。

健保會委員鑒於前揭機制，係在健保財務充裕的背景下訂定，然 106 年起健保收支已出

現短絀，其啟動條件與調整方式，隨時空背景不同，已不合時宜，乃於 110 年 8 月份委員會議（110.08.20）提出「為使本會審議健保費率更具彈性、切合實際情勢，建請依據健保法第 78 條規定，以維持 1~3 個月安全準備法定條文規定，做為健保費率審議依據」討論案，經委員熱烈討論後，決議將費率審議回歸依照健保法第 78 條規定辦理。其操作型定義及示意如圖 3-6、圖 3-7：

	啟動條件	調整方式
費率調漲	當年年底安全準備累計餘額不足 1 個月保險給付支出	其調漲幅度以當年年底可維持 1 個月保險給付支出為原則
費率調降	當年年底安全準備累計餘額超出 3 個月保險給付支出	其調降幅度以當年年底可維持 3 個月保險給付支出為原則

圖 3-6 健保法第 78 條操作型定義

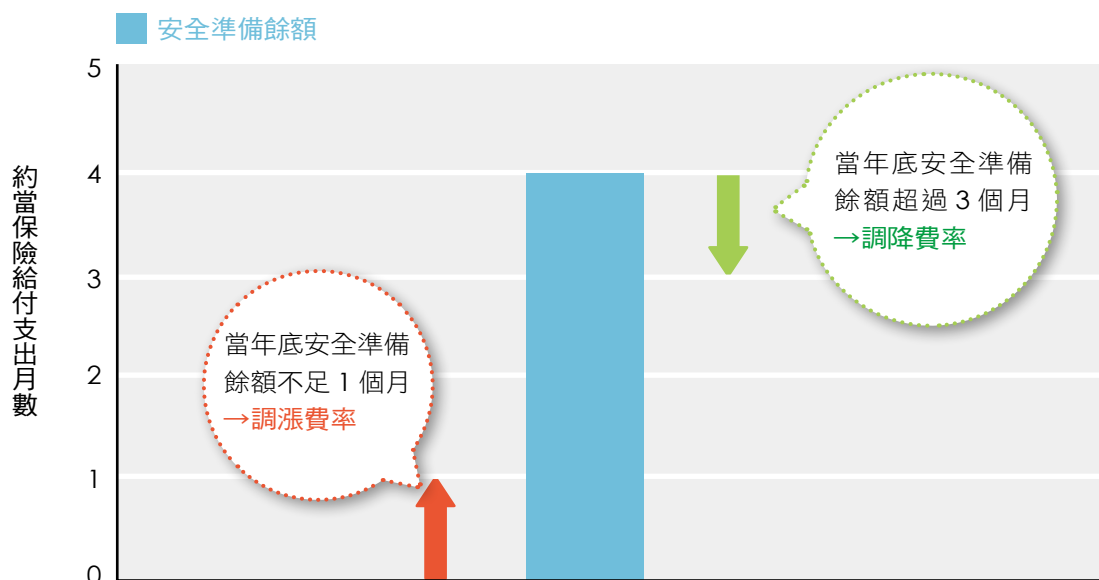


圖 3-7 健保法第 78 條操作型定義示意圖

五、費率審議成果

健保會自 102 年成立後，每年在費率審議前，均依法邀請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士召開專家諮詢會議，就健保署所提之保險費率方案（草案）蒐集各方意見，並在 11 月份委員會議審議費率，審議結果則報請衛福部轉陳行政院核定。歷年費率審議結果如表 3-2。

健保會委員審議一般保險費費率時，110 年度以前是參酌「全民健保財務平衡及收支連動機制」，111 年度以後則依據健保法第 78 條規定為原則進行審議，審慎評估當年健保財務狀況及社會經濟環境。歷年費率審議結果，多建議維持費率不變，10 年來調降費率 1 次、調漲費率 1 次，本節僅就健保會建議調降 105 年度費率，以及 110、111 年度費率兩案併陳部分，概述如下：

（一）105 年度行政院依健保會審議結果，核定調降費率為 4.69%：依據健保署於 104 年 11 月份委員會議（104.11.20）提出之財務推估，105 年度總額成長率無論是採付費者或醫界方案，健保安全準備在 107 年底均大於 3 個月保險給付支出，超出健保

法第 78 條所定原則，也符合啟動「全民健保財務平衡及收支連動機制」調降機制之條件，爰健保會委員決議，建議將費率由 4.91% 調降至 4.69%。行政院核定費率時，亦表示支持健保費率落實收支連動、建立制度化調整機制，在綜合考量民眾福祉與健保永續經營等因素後，核定 105 年一般保險費費率調降為 4.69%，補充保險費費率則連動調降為 1.91%。

（二）110 年度兩案併陳，行政院核定調漲費率為 5.17%：健保會審議 110 年度保險費率時，依健保署提供之財務推估顯示，在維持原費率 4.69% 下，110 年度總額成長率分別依付費者及醫界方案設算，110 年底安全準備累計餘額分別為 244 億元及 202 億元（約當 0.41 及 0.33 個月保險給付支出），皆未符合健保法第 78 條之規定，健保署乃依全民健保財務平衡及收支連動機制，提出 110 年度費率調整方案（草案），建議費率由 4.69% 調整為 5.47%（總額採付費者方案 3.779%）、5.52%

表 3-2 102～112 年度費率審議及行政院核定結果

年度	102~104 ^註	105~109 ^註	110		111		112 ^註
			健保會審議結果	行政院核定	健保會審議結果	行政院核定	
一般保險費費率	4.91%	4.69%	兩案併陳： • 甲案 4.97% • 乙案 5.47~5.52%	5.17%	兩案併陳： • 甲案 5.17% • 乙案 5.22~5.32%	5.17%	5.17%
補充保險費費率	2%	1.91%		2.11%		2.11%	2.11%

註：健保會審議該年度費率結果與行政院核定結果相同。

（總額採醫界方案 4.346%）。健保會委員從社會保險、經濟現況、醫療環境等面向審慎考量，最後決議將與會者意見綜整為兩項建議費率：甲案為 4.97%、乙案為 5.47~5.52%，兩案併陳衛福部轉報行政院核定，衛福部陳報行政院後，行政院核定 110 年度費率調整為 5.17%。

- （三）111 年度兩案併陳，行政院核定維持原費率 5.17%：健保會審議 111 年度保險費率時，依健保署所提財務推估顯示，無論採付費者或醫界建議之總額成長率方案，111 年若不調整健保費率，當年底的安全準備都將不足 1 個月保險給付支出（分別為 0.91 個月、0.69 個月），不符合健保法第 78 條規定安全準備需有 1~3 個月保險給付支出之原則，因此委員間出現調漲或維持費率的不同看法，建議維持原費率的委員認為景氣仍受新冠肺炎疫情影響，不宜再增加民眾負擔，經討論後，最終決議將 111 年度費率兩案併陳（甲案：維

持 5.17%；乙案：5.22%~5.32%），並請衛福部、健保署提供各項可能的財務微調措施及預估經費資料，供行政院核定費率參考。衛福部陳報行政院後，行政院核定 111 年度維持原費率 5.17% 不調整。

第三節 政策與法規諮詢

一、對政府應負擔健保總經費法定下限 36%、健保法施行細則第 45 條之意見

- （一）對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之意見

二代健保為強化健保財務收入結構，加重政府對健保的財務責任，於健保法第 3 條明定政府應負擔健保總經費之下限比率，規定略以：「政府每年度負擔本保險之總經費，不得少於『每年度保險經費扣除法定收入後金額之 36%』」（如圖 3-8）；至於可以納入計算政府已負擔保險費之基準或範圍，則另規範於健保法施行細則第 45 條。

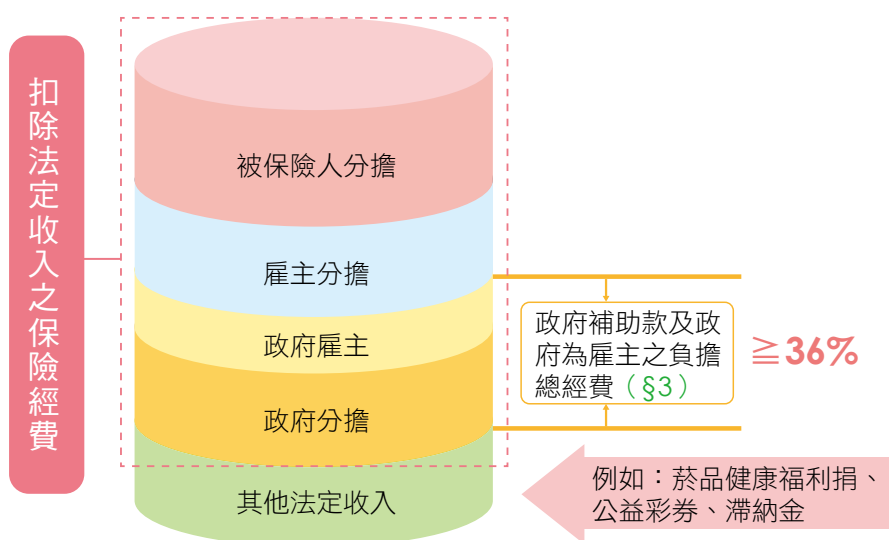


圖 3-8 政府應負擔健保費法定下限示意圖

本會歷屆委員對政府應負擔健保總經費法定下限 36% 之意見，可分為二個階段，分述如下：

■第一階段（102~105 年）：主要係衛福部與主計總處之見解差異，健保會委員於 103 年 5 月份委員會議（103.05.23）相關資料，發現 102 年健保安全準備提列數及 103 年 1~5 月份保費收入被大幅減列，遂於該次會議提出詢問，始知係肇因於衛福部與主計總處對計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額之法規見解及核算方式不同所致。健保會委員基於監理健保財務的職責，要求健保署在 103 年 8 月份委員會議（103.08.22）提出書面說明，續而於 103 年 9 月份委員會議（103.09.27）決議支持健保署的計算方式，亦即不支持主計總處之主張。

法定下限 36% 差額之計算方式經行政院召集相關部會進行多次協商後，行政院於 104 年 6 月 2 日函示：「健保法規定政府應負擔健保總經費法定下限差額之疑義」之檢討結果及解決方案一案，照 104 年 5 月 15 日之協商結論辦理，該次協商會議結論包括：1. 尊重衛福部對健保法令之解釋權及計算方式、2. 請衛福部配合修正健保法施行細則第 45 條以明確規定計入政府負擔數之範圍、3. 儘速檢討菸捐分配比率以符實需。

■第二階段（107 年起迄今）：主要係衛福部與健保會委員之見解差異，健保會

委員於 107 年 3 月份、4 月份委員會議（107.03.23、107.04.27）進行健保基金附屬單位預決算備查案時，考量健保署於計算政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數之計算方式（收入面公式）欠缺法源依據，且於支出面公式計算該不足數時，應提列或增列安全準備之各項來源金額，依據健保法第 76 條第 1 項規定，應代入大於等於 0 之數字，非健保署計算時所採用之實際營運值（即當年度健保財務收支餘絀數）等原因，決定不予備查，影響所及，健保會對健保署於 108~112 年各年所提送之健保基金預、決算案均決定不予備查。

健保會委員並陸續於 108 年 11 月份、108 年 12 月份、109 年 4 月份委員會議（108.11.15、108.12.27、109.04.24）提出相關提案，籲請主管機關積極研議處理法定下限 36% 計算疑義，希望政府能如實撥補，以強化健保財務基礎，並列為歷次委員會議持續追蹤事項。

主管機關衛福部對法定下限 36% 相關議題的回應，則是依行政院 106 年 2 月核復結果，經行政院進行跨部會協商後，已確立政府應負擔健保總經費法定下限之法律見解及計算方式，各年度據以計算之政府應負擔數，業由審計部完成審定，相關法制程序皆屬完備，未來修法時會將法定下限 36% 相關規定寫得更為明確。

（二）對健保法施行細則第 45 條之意見

衛福部依據上述行政院 104 年 5 月 15 日協商結論，在 104 年 12 月 15 日修正發布施行細則第 45 條，將 9 項政府已實質負擔之保險費¹納入政府應負擔健保總經費之認列範圍；在健保會委員爭取下，衛福部後續又參考各界意見，並依據立法院實質審查施行細則第 45 條修正案結果，於 105 年 12 月 23 日再次修正施行細則第 45 條，排除將「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，納入政府應負擔健保總經費之認列範圍內。

健保會委員認為，施行細則第 45 條雖將原住民健保費等 7 項保險費納入政府負擔範圍計算，惟該 7 項保險費仍由各相關主管機關編列預算，代其繳納應自付之保險費，法律並未明文免除其繳納保險費之義務，若將 7 項政府全額補助之保險費，不計為健保法第 27 條被保險人負擔之保險費，等同將該 7 項之保險對象視為免繳保險費，有逾越健保法第 27 條規定之虞，乃於 106 年 7 月份委員會議（106.07.28）提案，建請衛福部修法恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之施行細則第 45 條。

衛福部（社保司）則認為現行之施行細則第 45 條，業經立法院實質審查確定，且據以計算之各年度政府應負擔數，也由審計部完成審定，法制程序完備，合法性及合理性無虞。惟為杜絕外界質疑政府將其他法律對特定對象補助之保險費，屬社會福利範疇仍充作健保法定財務責任之問題，於 111 年 2 月提出全民健保財務調整措施時說明，未來將規劃修法明定政府依健保法規定之負擔健保費才能納入計算，以杜爭議。

二、職業工會會員投保金額下限申報規定之檢討

依原健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定，職業工會會員投保金額下限之計算，是以全國各公、民營事業機構受僱者月平均投保金額成長率為基準，每次累積達 4.5% 時，由保險人公告，自次年元月起按原月投保金額對應等級調高一級。

健保會職業工會代表委員認為，原職業工會會員係以無一定雇主之勞工為主，其投保金額下限之計算，倘以有雇主之公、民營事業機構受僱者平均投保金額累積調升幅度為計算方式，將造成職業工會勞工沉重負擔，顯不合理。衛福部乃提出「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討」案交議健保會，健保會於 107 年 1 月

¹ 政府已實質負擔之 9 項保險費包括：

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）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。

份委員會議（107.01.26）討論後，建議採「隨職業工會會員排除適用下限之月平均投保金額成長率調整」之方案。

衛福部爰參考健保會委員會議決議，修正健保法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款，於 107 年 9 月 19 日發布，調整職業工會會員申報投保金額下限之規定，將使職業工會會員健保費之調整不需再與受僱者連動，符合外界期待，更具公平性，預計共有 281 萬人受惠。

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²規定，保險對象發生汽車交通事故、公共安全事故、及其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件等保險事故，保險人（健保署）於提供保險給付後，可以代位求償，其中以汽車交通事故代位求償為最主要獲償來源，歷年健保署代位求償金額約在 20~30 億元之間。

保險人代位求償所得金額，屬於醫療給付費用總額中的非保險給付支出，其增加將相對使保險給付支出、保險成本減少，連帶影響保險財務。健保會委員基於監理健保業務之職責，十分關切代位求償相關業務，亦密切注意強制汽車責任保險法第 27 條³相關修法案，歷次委員會議對強制

汽車責任保險法第 27 條修法案之意見如下：

（一）反對 103 年 12 月 25 日初審通過之「強制汽車責任保險法第 27 條修法案」：立法院財政委員會於 103 年 12 月 25 日初審通過「強制汽車責任保險法第 27 條刪除『傷害醫療費用之保險給付』」案，健保會委員考量若此次修法順利通過，未來汽車肇事案件的相關醫療費用將轉由健保費支應，將影響健保財務及資源使用之公平正義，隨即在 103 年 12 月份委員會議（103.12.26）提出臨時提案，健保會共 27 位委員連署反對，會後除召開記者會表達立場外，並向立法委員遞交陳情信函，堅決表達反對之意。

（二）反對立法委員李應元等 16 人擬具之「強制汽車責任保險法第 27 條條文修正草案」：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範圍，排除健保法所規定的給付項目，以減輕強制險被保險人的保費負擔。

² 健保法第 95 條

保險對象因汽車交通事故，經本保險之保險人提供保險給付後，得向強制汽車責任保險之保險人請求償付該項給付。

保險對象發生對第三人有損害賠償請求權之保險事故，本保險之保險人於提供保險給付後，得依下列規定，代位行使損害賠償請求權：

一、公共安全事故：向第三人依法規應強制投保之責任保險保險人請求；未足額清償時，向第三人請求。

二、其他重大之交通事故、公害或食品中毒事件：第三人已投保責任保險者，向其保險人請求；未足額清償或未投保者，向第三人請求。

前項所定公共安全事故與重大交通事故、公害及食品中毒事件之最低求償金額、求償範圍、方式及程序等事項之辦法，由主管機關定之。

³ 強制汽車責任保險法第 27 條

本保險之給付項目如下：一、傷害醫療費用給付。二、失能給付。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。

健保會多位委員在 105 年 3 月份委員會議（105.03.25）提案建請衛福部、健保署就立法委員擬具之「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，除評估該草案對健保財務可能之影響外，另須強化健保代位求償在法律層面之正當性。

在健保會委員持續關注下，前述與健保相關之修法草案皆未通過，健保會委員未來仍將關注相關修法議題，為健保財務把關。

四、衛福部交議 108 年 C 肝藥費專款不足案之處理

衛福部為配合國家 C 型肝炎旗艦計畫，期望速達成慢性 C 型肝炎病人治療涵蓋率至 80% 之政策目標，自 108 年起健保全面放寬口服新藥之給付條件，治療病人數大幅增加，超出編列專款時預估之治療人數（4 萬人），預估至當年 6 月預算即將用罄。衛福部本於治療不中斷原則，於 108 年 6 月 26 日交議健保會「108 年 C 型肝炎藥費專款不足」案，請於行政院核定 108 年度健保醫療給付費用總額範圍內（行政院核定總額成長率上限 4.5%，與衛福部核定總額成長率 4.417% 之差距為 0.283%，可增加預算額度最多為 19.36 億元），協議增加預算。

本案經健保會 108 年 6 月份、7 月份兩次委員會議（108.06.28、108.07.26）討論，第一次

會議中，委員均認同 C 型肝炎宜儘早治療，以免影響民眾健康。但多數委員認為，依照現行總額協商程序，108 年度總額已經健保會完成協商並報奉衛福部核定等法定程序，年度總額已然確定，並無結餘款可動支。若定案後又可追加預算，此例一開，不利未來總額協商及制度長遠發展。爰決議請衛福部優先爭取由公務預算支應，此外，對公務預算不夠支應之經費缺口，勉予同意由 108 年度健保總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

健保會 23 位委員復於 7 月份委員會議（108.07.26）提出復議案，希望指定結餘款流用的項目，以兼顧所有病人權益。在該會議中，同意 19 億元優先由「其他預算」項下的「基層總額轉診型態調整費用」、「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」、「提升保險服務成效」等 3 項預算之結餘支應。如果前述三項預算之結餘不足 19 億元，再由健保署提案至健保會審議，由「其他預算」其他項目之結餘款予以流用。

本案後續交由健保署執行，優先開放給病況較嚴重者。於 109 年度總額協商時，健保會委員考量民眾用藥需求，予以增編 C 肝用藥預算，合計 81.66 億元（較 108 年增加 16.3 億元）。此外健保署為避免再發生給付中斷情形，亦與廠商進行協議降低每人總療程費用，以增加治療人數，期在 2025 年之前達成根除 C 肝之目標！

五、重大公共安全事件醫療費用之處理

我國健保採總額支付制度，整體預算於前 1 年就已事先框定，而對於重大公共安全事件等非預期風險所增加的預算，須有處理機制。健保會自 102 年成立以來，為因應非預期風險所衍生的醫療費用，每年於協商年度總額時，均於「其他預算」編列調節非預期風險所需經費，各年經費為 8~10 億元，以支應非預期風險所衍生的醫療費用，並針對其經費訂有適用範圍及動支程序。

我國於 103 年 7 月 31 日發生高雄石化氣爆事件、104 年 6 月 27 日發生八仙粉塵暴燃事件，對於第一線投入救援、醫治的醫療院所，足夠的預算是不可或缺的后援，故由健保署依動支程序，提案至健保會討論後，同意動支「調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費」預算，支應 103 年高雄石化氣爆意外發生後起算 6 個月各分區因該起事件衍生的醫療費用，及 104 年八仙粉塵暴燃事件 8.2 億元。此外，也擔心健保預算是否足夠，故建請相關權責機關積極爭取行政院第二預備金，新北市政府善款、代位求償等相關經費，以支應八仙粉塵暴燃事件所需費用。

健保署為持續照顧這些燒燙傷病患，也為此新增「燒燙傷急性後期整合照護試辦計畫」，提供患者後續照護。經費部分，健保署代新北市政府墊付「非健保給付醫療費用」1.29 億元，已於

104 年底全數歸墊。在 103 年及 104 年發生的這兩起公安事件，雖然不幸造成許多人受傷或死亡，但在全民健康保險的體制下，透過健保署、醫療院所即時動員及充份合作，以及健保總額經費的支持，使燒燙傷病患獲得完善的醫療及後續身心復健照顧。

六、保險對象自行負擔醫療費用諮詢

保險對象至健保特約醫療院所就醫時，必須自行負擔一小部分醫療費用，就是所謂的「部分負擔」，目的為提升民眾的費用意識，珍惜健保醫療資源，防杜醫療浪費，健保法及其施行細則，乃訂有部分負擔收取方式之規範，同時為保障弱勢民眾就醫權益，亦有免除部分負擔之規定。健保實施之初，基於便民及簡化保險醫事服務機構之行政作業，門、急診部分負擔依健保法第 43 條及同法施行細則第 61 條規定，按醫療院所層級及是否經轉診等情形，採定額方式收取⁴；住院部分負擔依健保法第 47 條規定，按住院病房類別及住院日數長短訂定不同比率計收，每年並由主管機關（衛福部）公告同疾病每次住院及全年累計應自行負擔費用之最高金額。

由於部分負擔是民眾自掏腰包的支出，因此，自健保開辦以來，衛福部在歷次預告修正調整方案前，均會指示健保署透過諮詢健保會的方式，廣泛蒐集付費者及醫界代表、專家學者與公

⁴ 健保法第 43 條

保險對象應自行負擔門診或急診費用之百分之二十，居家照護醫療費用之百分之五。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其百分之三十、百分之四十及百分之五十。

前項應自行負擔之費用，於醫療資源缺乏地區，得予減免。

第一項應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依診所及各級醫院前一年平均門診費用及第一項所定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。

第一項之轉診實施辦法及第二項醫療資源缺乏地區之條件，由主管機關定之。

正人士意見，作為政策研擬的參據，故健保署於102~111年期間陸續諮詢健保會意見，各次討論重點及最終政策決定摘錄如下：

（一）102年7月，健保署考量當時部分負擔比率（約11%）低於健保法規定的20%，為舒緩急診壅塞及基於受益者付費原則與社會期待等因素，認為有檢討的必要，爰研擬包含「慢性病連續處方箋」、「門診高利用」、「西醫復健治療」、「中醫針灸、脫臼整復」、「急診」等5項門診部分負擔之調整方案，提健保會102年7月份委員會議（102.07.26）諮詢委員意見。惟當時多數委員認為，二代健保甫實施半年，且健保署所提方案，係為抑制醫療浪費而非財務因素考量，並無急迫性；另外該署所提供之相關數據與理由，不具說服力，所以委員未予支持，請健保署重新評估後，若確有調整需要，再擇期提出。經參酌健保會意見後，102年度並未調整部分負擔。

（二）105年10月，健保署為回應民眾及醫界對二代健保改革的殷切期盼，在彙集各方意見後，擬訂推動分級醫療六大政策及相關配套措施，「導引民眾轉診就醫習慣與檢討部分負擔」為其中策略之一。該署於105年11月份委員會議（105.11.18）提出專案報告，與會委員聽取報告後，普遍肯定衛福部及健保署推動分級醫療的精神、方向及策略，但也有委員提出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，且擬以急診檢傷

分類及就醫時段做為是否調整急診部分負擔的依據，恐增加一線醫護人員的工作壓力，並可能產生醫療糾紛等多項意見。經參酌健保會委員及「全民健康保險保險對象西醫門診、急診應自行負擔之費用」修正草案於預告期間所蒐集意見後，衛福部修正草案內容，並公告自106年4月15日起，門診及急診之部分負擔金額，依民眾就醫是否經轉診及檢傷分類級別等原則收取。

（三）111年2月，衛福部基於健保財務考量，與健保署共同提出「『全民健保財務調整措施』擬議草案」，重點包含新增門診檢驗檢查部分負擔、調整門診藥品（含慢性病連續處方箋）與急診分級之部分負擔，於健保會111年2月份委員會議（111.02.25）進行政策諮詢，健保署亦於當次會議報告「111年使用者付費精神下全民健康保險部分負擔改革方案」。經過



近 3 小時的熱烈討論，最後決議：1. 在健保財務嚴峻之情形下，健保會委員肯定並支持全民健保財務調整措施之改革方向、2. 捍衛健保永續經營、抑制醫療資源浪費為全民之責任，有賴醫病雙方共同努力、3. 全民健保財務調整措施執行層面之配套方案，攸關政策改革之成效，研擬時宜兼顧公平性、一致性、便利性及合法性、4. 與會人員發言實錄併同送請衛福部參考。衛福部參酌各界意見後，重新調整方案內容，並公告自 111 年 5 月 15 日起實施新制部分負擔，調整內容包括門診藥品、檢驗檢查及急診部分負擔，惟公告之後，COVID-19 疫情突於同年 5 月急遽升溫，為使醫療院所專注防疫，避免加重其負擔，衛福部爰於同年 5 月 12 日註銷原公告，暫緩實施。

健保會委員為確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益，認為雖因疫情暫緩實施，仍應事先妥擬配套措施及監測指標為宜，乃請健保署於 6、7 月份委員會議（111.06.24、111.07.29），提報配套措施及監測指標，並要求健保署應自部分負擔新制公告實施日起，每半年定期向健保會提出報告。

112 年疫情趨緩後，健保署在兼顧落實分級醫療、提升用藥安全、珍惜健保資源及重視弱勢照顧之原則下，重新調整方案內容，採分階段方式推動新制部分負擔，第 1 階段以門診藥品與急診應自行負擔之費用為優先，至於新增之門診檢驗檢查部分，將在衡酌院所資訊能力及降

低民眾影響衝擊下再予推行。由於方案內容與 111 年公告稍有不同，仍需依程序重新進行預告，預告期間，健保會委員基於監理職責，於 112 年 5 月份委員會議（112.05.24）就預告修正草案內容，針對急診部分負擔對中低收入及身心障礙者就醫權益影響及門診藥品部分負擔是否對多重慢性病人造成潛在健康與就醫行為衝擊等提出關切，並於修正草案預告截止前，將委員所提意見併同發言實錄，送請衛福部作為修法之參考，衛福部經綜覽評估後未調整預告內容，並公告自 112 年 7 月 1 日起調整門診藥品及急診部分負擔。

第四節 保險監理

一、財務監理

（一）醫療院所財務報告公開情形

依據健保法第 73 條及衛生署（衛福部前身）102 年 6 月 7 日核定發布之全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法（下稱財報辦法）規定，保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之健保業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

健保會 102 年 2 月份委員會議（102.02.22）討論「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法（草案）」時，做成決議：全民健保公開特約醫事服務機構的財務報告，是對社會負責及進步的表現，健保會贊同此項資訊公開；為使本辦法順利運作，在施行初始應有過渡期，以

利健保局（健保署前身）在此期間對特約醫事服務機構進行必要的輔導，並使所提報資料的定義標準化，及公開後的資料更具可比性。

財報辦法定自 102 年開始實施。其中保險醫療費用超過一定數額之提報門檻，在 102~104 年為 6 億元，105、106 年均為 4 億元，107 年以後提報門檻降為 2 億元，歷年提報家數如表 3-3。

健保會歷屆委員皆十分關切特約醫療院所經營情形，認為財報公開可以讓全民共同查閱、監督，以利了解醫事服務機構之營運情形，惟健保署只公開財報統計數據，包括整體收支餘絀家數比率、醫務收支餘絀家數比率，惟未加以解讀、分析，爰建議健保署列出自費收入占率，俾觀察其長期變化，分析各地區別醫事服務機構

之營運狀況，及針對收支短絀之醫事服務機構深入了解原因及輔導改善，未來希望健保署能針對數據進行解讀，並多加分析上述資料，俾達到財報公開之目的。



表 3-3 歷年依法提報財報之醫事服務機構家數

年度	提報門檻 (億元)	醫學中心	區域醫院	地區醫院	基層診所	藥局	醫事檢驗所	總家數
102	6	19	74	16	-	-	-	109
103		19	73	19	-	-	-	111
104		19	75	18	-	-	-	112
105	4	19	80	49	-	-	-	148
106		19	79	52	-	-	-	150
107	2	19	83	112	4	1	-	219
108		19	81	120	3	-	-	223
109		19	81	124	3	-	-	227
110		19	81	121	3	-	1	225

資料來源：健保署。

（二）落實公告平均眷口數

依健保法施行細則第 68 條第 1 項第 3 款規定⁵，健保署每年應公告健保法第 29 條⁶所定之眷屬人數，以作為計收健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬投保單位（政府機關、公私立學校、公民營事業單位）之保費計算基礎。

健保會保險付費者之雇主代表委員持續關注本議題，主張自 105 年 1 月 1 日起，健保公告平均眷屬人數 0.61 人之後，歷經 3 年均未依上述規定計算實際平均眷屬人數，並依法每年公告，且應該調降為 0.57 人左右，3 年末調整徒增相關投保單位不合理、不合法之健保保費負擔，建請依法公告實際平均眷屬人數。乃於 108 年 7 月份委員會議（108.07.26）提案，經討論後決議：基於保險業務監理之立場，建請健保署依健保法施行細則第 68 條規定，每年公告健保法第 29 條所定第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數。

健保署於 108 年 8 月 30 日，依法公告自 109 年 1 月 1 日起，調降平均眷口數，其中第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數由 0.61 人降為 0.58 人。在委員持續監理下，

健保署復於 111 年 7 月 27 日，公告自 112 年 1 月 1 日起，平均眷屬人數再次調降為 0.57 人，兩次調降分別預估造成健保保費收入每年減少約 47 億元及 19 億元，委員基於監理之責，善盡督促健保署應依法行政，落實平均眷口數公告之規定。

二、業務監理

（一）全面提升牙科醫療處置感染管制品質之規劃與執行情形

109 年度總額協定項目同意編列「全面提升感染管制品質」預算 5 億元，併同「醫療服務成本指數改變率」所增加之預算，作為提升感染管制品質之用，並要求所有申請門診診察費的院所，都應符合加強感染管制標準，若未達 100% 之目標，將按比例扣款。

健保會為落實協定事項，請健保署與牙醫部門分別於 109 年 5 月份及 110 年 7 月份委員會議（109.05.22 及 110.07.23），提報具體提升感染管制品質之規劃及執行結果的專案報告。就執行規劃部分，健保署說明與牙醫部門共同研訂之提升感染管制品質方案，已自 109 年 4 月 1 日起調升「符合牙醫門診加強感染管制實施方案之牙科門診診察費」35 點，並擬訂精進「牙醫門診加強感染管制實施方

⁵ 健保法施行細則第 68 條：

保險人每年應公告之事項如下：

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

⁶ 健保法第 29 條：

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

案」之措施及管控策略，包含消毒方式提升至高壓滅菌層次、加強硬體設施及感染管制規範、考評項目新增「一人一機高壓滅菌」規定、全面輔導提升感染管制，並進行實地訪查及加強管理與輔導措施。

執行結果顯示，109 年執行進階感染管制牙醫院所比率為 98%，實地訪查（6%~8% 院所）合格率为 94.7%。為早日達到 100% 執行進階感染管制之目標，健保署與牙醫部門原規劃於 110 年落實全面查核，但為避免 COVID-19 感染風險，爰比照醫院評鑑進行書面評核，110 年 1~6 月書面評核結果，已完成上傳並合格者計 6,144 家（合格率 99.5%），不合格計 33 家，由健保署分區業務組及牙醫部門進行實地訪查及加強輔導改善，並持續複查至合格為止。

協商 111 年度總額時，因 109 年仍未達執行目標 100% 之要求，爰決定依協定事項於 111 年度總額協商減列金額。但健保會委員肯定健保署及牙醫部門戮力推動牙醫院所全面執行進階感染管制之努力，仍請持續推動並早日達到 100% 執行進階感染管制之目標，對於少數院所不符 SOP 作業標準，尤其是「滅菌消毒設施」及「一人一機」等重點項目，請健保署與牙醫部門加強查核及輔導，以確保民眾就醫安全。

（二）分級醫療配套措施之執行情形

為促進醫療資源均衡發展，衛福部自 106 年起擬訂推動分級醫療策略，包括「調高醫院重症支付標準、導引醫院減少輕症

服務」、「提升基層醫療服務量能」及「強化醫院與診所醫療合作服務，提供連續性照護」等。健保會亦配合衛福部分級醫療政策，編列相關預算提供政策誘因，相關預算彙整如表 3-4。此外，除了以總額預算提供推動分級醫療誘因之外，107~109 年度總額協定事項亦要求「為落實分級醫療與轉診制度，持續推動區域級（含）以上醫院門診減量措施，自 107 年起以 5 年降低 10% 為目標值（以 106 年為基期）」，爰健保署自 107 年第 3 季開始執行醫學中心、區域醫院之門診減量措施。

分級醫療自 106 年推動以來，健保會委員即十分關心政策推動情形，並於歷次委員會議請健保署持續監測執行結果，提出檢討報告。自 109 年爆發 COVID-19 疫情以來，對醫療體系及民眾就醫行為造成改變，也考驗分級醫療政策的有效性，健保會委員考量分級醫療已推行 6 年，應通盤檢討執行成效，爰於 111 年 7 月、112 年 5 月及 6 月份委員會議（111.07.29、112.05.24、112.06.28），請健保署提出分級醫療成效檢討及未來規劃。茲摘要健保署提出的執行成果及委員建議如下：

1. 區域級（含）以上醫院門診減量措施之執行成效：

107 年下半年區域級（含）以上醫院門診減量達 -2.3%（目標為 -2%）、108 年為 -4.3%（目標為 -3.96%），達成門診減量目標。109 年衛福部考量 COVID-19 疫情持續發展，自 109 年 1 月暫緩實施門診減量措施，以利醫界全

表 3-4 歷年各部門總額編列推動分級醫療相關預算

單位：億元

項目	總額	106	107	108	109	110	111	合計
強化基層照護能力及「開放表別」項目	西醫 基層	2.5	4.5	7.2	8.2	9.2	12.2	43.8
家庭醫師整合性照護計畫		20.3	24.3	28.8	35.0	36.7	39.48	184.58
鼓勵院所建立轉診合作機制		—	1.29	2.58	2.58	2.58	2.58	11.61
持續推動分級醫療，壯大社區醫院 ^{註2}	醫院 ^{註1}	—	2.58	6.89	6.89	4.0	2.25	22.61
提升重症照護費用，促進區域級（含）以上醫院門住診結構改變 ^{註2}		—	—	—	—	5.0	10.0	15.0
基層總額轉診型態調整費用	其他 預算	—	13.46	13.46	10.0	10.0	8.0	54.92

註：1. 106年運用「醫療服務成本指數改變率」增加預算，其中60億元調高1,716項急重症醫療支付標準，107年投入9.86億元調整護理病比加成與ICU護理費。

2. 110~111年編列於一般服務。

力配合防疫。112年疫情已趨緩，健保會委員建議應持續落實此措施或思考其他更有效策略，以推動分級醫療。

2. 鼓勵院所建立轉診合作機制之執行成效：

為使醫院專注服務急重難症病患，鼓勵西醫基層將急重難症個案上轉至醫院，而醫院將照護後病情穩定個案下轉回基層，乃自107年起於醫院、西醫基層總額編列「鼓勵院所建立轉診之合作機制」專款；另為避免區域級以上醫院將病人下轉，對西醫基層總額造成衝擊，亦於其他預算編列「基層總額轉診型態調整費用」專款，支應保險對象一定期間於西醫基層診所之就醫費用。就鼓勵院所轉診合作之成效來看，107~111年西醫基層「上轉件數」遠大

於「接受下轉件數」，111年上轉74.6萬件，但接受下轉僅8.3萬件，執行結果未符預期。健保會委員建議積極檢討目前上轉案件其上轉之必要性，及下轉案件數偏低之原因，審慎評估並檢討轉診鼓勵方式及支付誘因之合理性。

3. 提升基層醫療服務量能之執行成效：

自106年起於西醫基層總額編列「強化基層照護能力及『開放表別』項目」專款預算，將原限於醫院執行之檢驗（查）及處置項目，逐年開放至基層診所執行，擴大診所服務範疇。自106年起陸續開放超音波心臟圖、陰道式超音波、杜卜勒氏彩色心臟血流圖、輸卵管剝離術等，截至111年已累計開放70個項目。惟以西醫門診各層級服務人次

占率來看，實施轉診後，107、108 年西醫基層占率略有提升，醫學中心及區域醫院則略減；但 108 年底疫情發生後，西醫基層就醫人次占率明顯下降，而醫學中心及區域醫院服務人次占率均逐年上升，就提升基層醫療服務量能而言，成效不明顯。隨著疫情趨緩，111 年西醫基層占率略有回升，而醫學中心及區域醫院服務人次占率略有下降，且基層接受慢性病病人轉診率、慢性病病人轉診持續就醫照護情形、慢性病下轉至診所停留時間，均較去年同期較高，值得繼續觀察趨勢變化。

整體而言，健保會委員認為健保總額已投入相當預算，惟成效似不明顯，建議衛福部及健保署通盤檢討分級醫療政策的有效性、支付誘因的合理性，並考量 COVID-19 疫後之醫療供需情形，研訂推動分級醫療更有效的策略及目標。此外，轉診效果待加強，建議進一步整合病人之上、下游照護，並加強基層照護，而分級醫療的重點在於「醫療資源合理使用」，也希望能有具體、量化的節省成效，呈現健保資源投入的效益。

（三）家醫計畫執行情形與成效檢討

為奠定健保法實施家庭責任醫師制度之基礎，健保署從 92 年開始辦理家醫計畫，為配合衛福部分級醫療政策，更自 106 年起逐年增編預算，擴大計畫規模，112 年預算達 39.48 億元，20 年來總額已投入近 300 億元經費。考量衛福部 111 年

度總額之政策方向指示：「應持續檢討現行家醫計畫，作為建立家庭責任醫師制度之基礎」。近年評核委員及專家學者委員也建議，家醫計畫執行迄今已邁入第 20 年，應積極檢討具體成效，並思考計畫未來走向（如：計畫轉型、導入一般服務等）。為了解計畫長期推動的執行成效及未來規劃，健保會乃於 111 年 6 月份及 12 月份委員會會議（111.06.24 及 111.12.23），請健保署專案報告家醫計畫執行成效（含導入一般服務之評估規劃），並以保險人角色，提出 20 年之檢討策進報告。

依健保署提報內容，家醫計畫 20 年來歷經多次檢討與修正，目前社區醫療群數已達穩定，參與診所數及醫師數也逐年增加，111 年計有 609 個醫療群參與計畫，其中診所數為 5,664 家（占西醫基層診所約 53%）、醫師數為 7,833 人（占西醫基層醫師約 46%）、收案會員數為 600.2 萬人（占總保險對象人數約 25%），顯示已具一定規模，但若全面導入一般服務，仍有需突破之障礙，例如部分個案為醫院忠誠病人，納入家醫計畫具有困難度，且尚須更多基層醫師參與計畫，以增加收案會員數。在計畫執行成效方面，健保會委員肯定於 COVID-19 疫情期間，家醫群積極提供民眾視訊診療、協助施打疫苗及確診者照護，可見家醫計畫為政府全面推動政策之一大助力。至於未來規劃方面，健保署建議有條件導入一般服務（收案會員占保險對象 50% 以上）、逐年擴大服務對象，並與代謝症候群防治計畫結合，期

待可藉由早期診斷、早期治療及家醫群照護，減緩國人慢性病之發生。

歷年健保會委員對家醫計畫的改革及轉型多所期許，例如委員認為計畫所訂多為過程面指標，無法彰顯具體效益，應提出結果面指標，並進一步評估「收案會員」與「非會員」的結果面比較資料。同時也希望精進服務型態，整合相關計畫及服務（如：醫療給付改善方案、代謝症候群防治計畫），提供民眾完整的全人醫療照護。此外，委員考量計畫已試辦 20 年，累積多年執行經驗，此時正是計畫精進、轉型的好時機，家醫計畫是為了落實健保法第 44 條規定的「家庭責任醫師制度」，未來應該要思考如何接軌到家庭責任醫師制度，就相關配套措施事先規劃，除考慮導入一般服務外，畫出藍圖及規劃期程，才能往最終目標邁進。

（四）歷年健保署提健保會討論之自付差額特材及開放後之監控與管理措施

健保署會考量特材之療效與成本，若療效佳、符合效益，則優先納入健保給付，目前健保所提供的特材品項已足敷民眾使用。為避免在資源有限情況下，保險人無法適時收載高價特材，而讓民眾在選用時須全額負擔之不合理現象，健保法第 45 條乃規定，健保署得訂定給付上限，及醫療機構得收取差額之上限，民眾得在醫師認定有醫療上需要時，選用健保署列入自付差額之特材，由健保給付部分費用，並由民眾自付差額；自付差額之特材品項，應由其許可證持有者向健保署申請同意

後，提健保會討論，再報請衛福部核定公告。

1. 建立討論自付差額特材作業流程

為維護保險對象權益，健保會委員請健保署於 102 年 8 月份委員會議（102.08.23）報告自付差額特材之執行現況及規劃，該次會議健保署並首度將擬納為自付差額特材之牛心瓣膜送健保會討論。委員認為牛心瓣膜部分療效雖比已全額給付的豬心瓣膜佳，但整體差異不大，廠商建議價（135,000 元）卻高出健保給付上限（44,194 點）3 倍，考量民眾對醫療器材的議價能力及相關資訊相對弱勢，請健保署依外界期待，規劃制訂自付差額上限與配套措施，並請健保署更新資料後再提健保會討論。健保署復於 103 年 1 月份委員會議（103.01.24）提案討論後通過，並奉衛福部核定公告自 103 年 6 月 1 日起納入自付差額特材。

為審慎討論健保署提至健保會討論之自付差額特材品項，103 年 2 月份委員會議（103.02.21），付費者代表委員提出臨時提案，建議制訂自付差額特材品項討論案之作業流程。健保會同仁綜整先前討論自付差額特材案委員關切重點，擬具「健保會討論自付差額特材作業流程」（含提案需檢附之特材品項基本資料檢核表、健保署需提報之檢討改善報告內容），經徵詢委員意見後，提報 3 月份委員會議（103.03.28）通過，復經 105 年 6 月份委員會議

(105.06.24) 修訂，將每半年討論 1 次縮短為每季討論 1 次，以提升納入健保給付時程效率，如圖 3-9。

2. 現行自付差額特材類別

健保於 84 年開辦後，開放之自付差額特材計有 5 類，自 102 年二代健保實施後，健保署經提健保會討論通過之自付差額特材計有 6 類，迄今，衛福部共公告 11 類自付差額特材，其中「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」，於 107 年 12 月 1 日起納入健保全額給付項目，爰目前自付差額特材共計 10 類（如表 3-5）。

3. 健保自付差額特材納入全額給付之首例－「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統」

健保署於 106 年 3 月份委員會議（106.03.24）提出將客製化電腦輔助

型顱顏骨固定系統列為自付差額特材品項，委員從該署提供之資料，發現此特材相對於傳統治療方式，療效較好、手術時間短、感染率低，且納入自付差額後之預估使用量將達 88%，已近常規使用，故強烈建議將其納入全額給付；惟該署基於本案特材單價昂貴（自費價約 10 萬元～14.7 萬元），建議現階段僅能列為自付差額品項。委員考量如退回本案，有此醫療需求的民眾需自費 10 萬多元，為減輕其財務負擔，乃先通過列為自付差額特材項目，並請健保署積極研議於 107 年納入全額給付之可能性。衛福部隨即核定公告本案特材自 106 年 8 月 1 日起納入健保自付差額特材類別。

考量民眾需求殷切，於 106 年 9 月協商 107 年度總額預算時，付費者委員將本案納入全額給付之預估費用（約

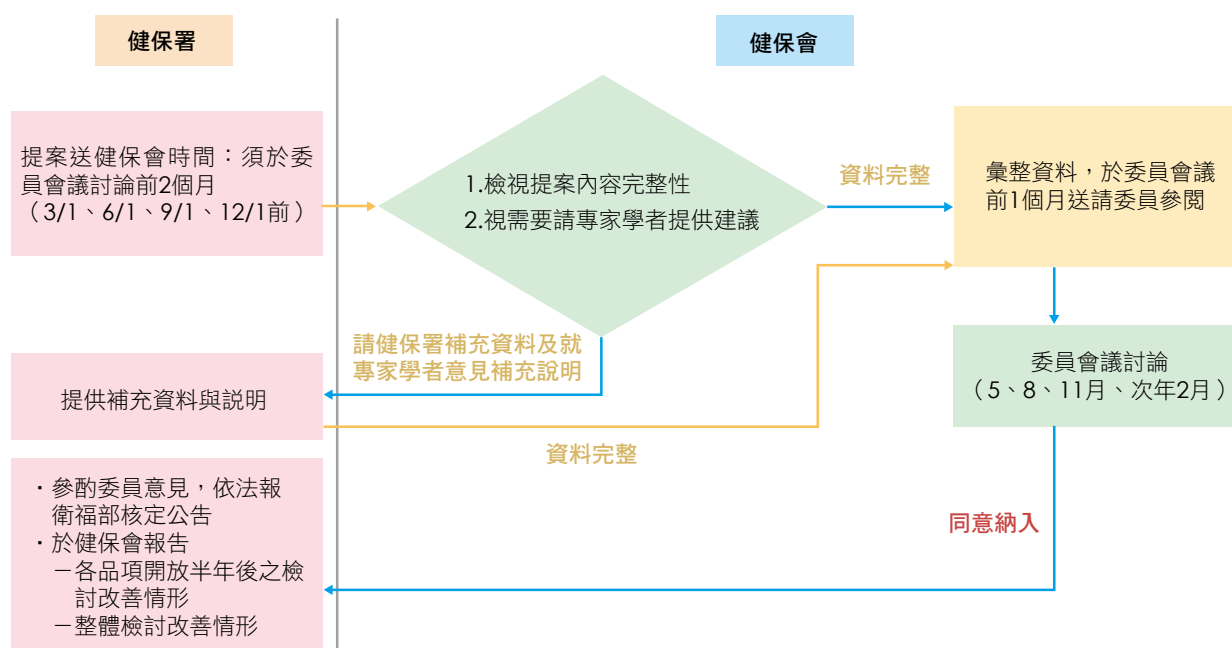


圖 3-9 健保會討論自付差額特材案之作業流程

表 3-5 全民健保自付差額特材一覽表

序號	類別	實施時間	健保支付點數	備註
1	義肢	84.03.01	依裝置部位： 4,800~68,000 點	
2	特殊功能人工心律調節器	84.08.03	93,833 點	
3	冠狀動脈塗藥支架	95.12.01	14,099 點	
4	特殊材質人工髖關節	96.01.01	依類別： 4,018~70,099 點	
5	特殊功能人工水晶體	96.10.01	2,744 點	
6	特殊材質生物組織心臟瓣膜	103.06.01	43,613 點	
7	腦脊髓液分流系統	104.06.01	7,127 點	111.11.1 起將該類項下 「流速控制型或可調式壓力閥（不具抗虹吸功能）」 納入健保全額給付
8	治療淺股動脈狹窄之塗藥裝置	105.05.01	依類別： 28,773~44,293 點	
9	客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統	106.08.01~ 107.11.30	26,239 點	107.12.1 起納入健保全額 給付
10	治療複雜性心臟不整脈消融導管	106.11.01	70,200 點	
11	特殊功能及材質髓內釘組	107.06.01	19,036 點	

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

2. 序號 7「腦脊髓液分流系統」，自 111 年 11 月 1 日起將項下占率最高之「流速控制型或可調式壓力閥（不具抗虹吸功能）」納入健保全額給付，其餘項目仍列為自付差額特材。

0.24 億元)編列在 107 年度醫院總額「新醫療科技」項目中，並經衛福部決定公告。健保署乃依 107 年度總額核決定事項，經 2 次特材專家會議及 107 年 9 月共擬會議討論通過後，於 107 年 11 月 12 日公告自 107 年 12 月 1 日起納入健保全額給付。

本案特材原為自付差額品項時，健保僅支付 26,239 點，納為全額給付項目後，依規格不同健保需支付 56,715、90,744、127,134 點的費用，預估每年約有 800 位病人可受惠。健保會委員除為納入自付差額之特材詳加把關外，更針對民眾需求爭取納入全額給付，以減輕病患負擔，促使健保資源使用更為妥適。

4. 自付差額特材之監控與管理措施

- (1) 委員持續關注自付差額特材使用情形，並建議視使用占率將已近常規使用者納入全額給付：

自付差額特材的開放，攸關民眾權益，為利制度的檢討改善，健保會除請健保署於自付差額特材開放半年後，必須提報執行情形外，亦要求每年 12 月提出整體檢討改善報告，若經監測其療效、安全性及成本效益後，具有療效提升及價格下降的新事證，或已近常規使用者，即應檢討改列全額給付的時程及其預估財務影響與財源。

健保會委員由健保署的報告中，發現「腦脊髓液分流系統」及「冠狀動脈塗藥支架」2 項自付差額特材的使用占率超過 5 成，且呈逐年上升之趨勢，乃建議健保署納入全額給付。經健保署審慎研議及於相關會議討論後，考量臨床使用及健保可負擔之財務，優先將市占率達 67% 之「調控式腦室腹腔引流系統—流速控制型或可調式壓力閥（不具抗虹吸功能）」納入全額給付，並於 111 年 11 月 1 日起生效。至「冠狀動脈塗藥支架」，委員仍持續關切監測中。

- (2) 委員關心民眾自付差額特材之負擔，建議健保署建立價格管理機制：

為避免各醫療院所自付差額特材收費差距過大，造成民眾選擇困難

或財務負擔，或形成就醫之障礙，健保會委員多次建議健保署建立自付差額特材價格之管理機制。該署於 109 年 9 月 1 日訂定各類自付差額特材收費價格之極端值，倘醫療院所收費超過極端值，將無法於健保資訊網服務系統（VPN）登錄。

- (3) 委員建議健保署充分公開資訊，保障民眾知的權利：

當民眾掌握愈充足的醫療資訊，才能做出符合自身利益與期待的決策，所以健保會委員也十分關切自付差額特材資訊（如醫療院所收費價格、特材功能等）是否公開透明，以及醫療院所是否充分告知相關訊息，健保署依委員建議建置醫材比價網，並提供健保快易通 App，以及健保資料開放資料服務網等管道，讓民眾方便查詢醫療院所的收費情形。另健保署也要求醫療院所於其網際網路或明顯處公開自付差額特材相關資訊，且應由醫師充分告知，並讓民眾有充分考慮的時間。

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





附錄

全民健康保險會年度重要大事紀 66

第 1 ～ 6 屆委員名單 76



全民健康保險會
成果與未來展望 專刊

附錄一 全民健康保險會年度重要大事紀

※ 成立：

1. 102.01.01 依 100.01.26 修正公布之全民健康保險法，「全民健康保險監理委員會」及「全民健康保險醫療費用協定委員會」整併為「行政院衛生署全民健康保險會」。
2. 102.07.23 配合行政院組織改造，行政院衛生署升格為衛生福利部（下稱衛福部），更名為「衛生福利部全民健康保險會」（下稱健保會）。

※ 健保會會議規範：102.01.25 訂定「全民健康保險會會議規範」。

※ 例行委員會議：依全民健康保險會組成及議事辦法第 8 條，每月召開會議一次，必要時得召開臨時會議。

※ 保險費率之審議：（下稱費率審議）

1. 依全民健康保險法第 24 條，審議健保署研提之次年度保險費率方案，審議結果報衛福部轉報行政院核定後由衛福部公告；若無法於年度開始 1 個月前完成審議，由衛福部逕行報行政院核定後公告。
2. 召開相關會議：費率審議前意見諮詢會議（10 月）、費率審議會（11 月份委員會議）。

※ 保險給付範圍之審議：

1. 依全民健康保險法第 26 條規定，審議健保署擬訂調整保險給付範圍方案，報衛福部轉報行政院核定後，由衛福部公告。
2. 依全民健康保險法第 51 條規定，審議健保署擬訂不列入保險給付之診療服務及藥物，報衛福部核定公告。

※ 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配：（下稱總額協商）

1. 依全民健康保險法第 61 條規定，在行政院核定之總額範圍內，協議訂定次年度醫療給付費用總額及其分配方式，報衛福部核定；若無法於年度開始 3 個月前完成協議訂定，由衛福部決定。
2. 訂定總額相關作業規定供協商時依循：各部門總額執行成果評核作業方式、總額協商架構及原則、總額協商程序。
3. 召開相關會議：各部門總額執行成果評核會議（7 月）、總額協商草案會前會（8 月）、總額協商座談會（8 月）、總額協商會議資料說明會（9 月）、總額協商會議（9 月）。
4. 編製相關資料供委員協商總額時參用：「全民健康保險醫療給付費用總額協商參考指標要覽」、「全民健康保險各部門總額執行成果摘要」及「全民健康保險各部門總額執行成果發表暨評核會議紀錄」。

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

依全民健康保險法第 60 條規定，提供衛福部次年度「全民健康保險醫療給付費用總額範圍」（草案）之諮詢意見。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

1. 依全民健康保險法施行細則第 3 條規定，監理健保署所送前 1 年度「全民健康保險基金附屬單位決算」、次年度「全民健康保險基金附屬單位預算」之備查案，惟因政府應負擔健保總經費法定下限 36% 差額仍有計算疑義，爰自 107 年開始不予備查。

2. 103 年訂定「全民健康保險業務監理架構與指標」，請健保署每年提報監理指標之監測結果，健保會並產製「全民健康保險監理指標之監測結果報告」。

※ 其他法定辦理事項：

1. 依全民健康保險法第 45 條規定，討論「自付差額特殊材料品項」，請健保署參酌討論結果，報衛福部核定公告。為利討論自付差額特殊材料品項，於 103 年訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」，及「健保會討論自付差額特材案之作業流程檢核表」，供提案討論時依循。
2. 依全民健康保險法第 72 條規定，討論次年度「抑制資源不當耗用之改善方案」，請健保署參酌討論結果，報衛福部核定。
3. 依全民健康保險法第 73 條規定，討論「全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法」，請健保署參酌討論結果，報衛福部核定發布。
4. 依全民健康保險法第 74 條規定，討論「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，請健保署參酌討論結果，報衛福部核定發布。
5. 依全民健康保險法施行細則第 4 條規定，每年編具年終業務報告，並對外公開。

※ 辦理委員（含代理人）利益自我揭露：

依全民健康保險會組成及議事辦法第 6 條規定，委員及其代理人於首次參加會議前，提報利益自我揭露事項，並於健保會網頁公開。

第一屆 102.01.01~103.12.31

※ 主任委員：國立臺灣大學健康政策與管理研究所鄭教授守夏。

※ 委員人數：35 人。

※ 委員會議：召開 24 次。

※ 總額協商：

1. 各部門總額評核結果：101 年牙醫門診為「優」級，中醫門診及西醫基層為「良」級，醫院為「可」級；102 年牙醫門診為「優」級，西醫基層及醫院為「良」級，中醫門診為「可」級。依評核結果於各該部門 103 及 104 年度總額中酌加 0.3%（優級）、0.1%（良級）之品保款獎勵成長率。
2. 函報衛福部核定 103 及 104 年度總額及其分配方式之協定結果：
 - (1) 103 年醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：103 年總費用成長率 3.275%，預估總費用 5,712 億元】
 - (2) 104 年各部門皆達共識。【衛福部核定結果：104 年總費用成長率 3.430%，預估總費用 5,908 億元】
3. 函報衛福部核定 103 及 104 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式之協定結果：
 - (1) 103 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 6%；西醫基層 65%；醫院門診 46%、住院 40%。
 - (2) 104 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 7%；西醫基層 65%；醫院門診 46%、住院 41%。

【衛福部 103 及 104 年皆核定同意】
4. 修正「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。
5. 同意 103 及 104 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」之款項，支應 103 年 731 高雄石化氣爆事件自發生後起算，共 6 個月各分區該事件之醫療費用。

※ 費率審議：

1. 訂定啟動費率調整機制（當安全準備低於 1 個月或高於 3 個月之保險給付總額時，費率應配合調升或調降）（102.11.22）。
2. 函報衛福部 103 及 104 年度費率審議結果：
 - (1) 103 年同意健保署所提建議，維持 4.91% 不調整。
 - (2) 104 年多數專家學者同意依健保署所提建議，維持現行之 4.91% 不調整。不同意見陳述：何委員語等 5 位保險付費者之雇主代表委員認為現行健保安全準備尚稱充裕，建議費率應調降為 4.58%，並自 104 年 1 月 1 日生效。

【衛福部副知行政院核定結果：103 及 104 年保險費率皆維持現行之 4.91%】

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

1. 提供衛福部及健保署「全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性」之諮詢意見。
2. 提供衛福部「全民健康保險會組成及議事辦法第 9 條」修正建議。
3. 對「健保署與主計總處核算健保法規定政府負擔健保總經費 36% 比率見解不同案」之意見（健保署計算方式較符實務），送請衛福部、健保署及主計總處參酌。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

建請健保署依全民健康保險法施行細則第 68 條規定，公告平均眷口數。

※ 其他法定辦理事項：

通過 2 項自付差額特材：「『愛德華』卡本特－愛德華沛旅旺人工心瓣膜」、「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜」。

※ 其他重要記事：

1. 召開相關會議：
 - (1) 全民健康保險會作業說明會（102.04.26）。
 - (2) 「門、住診費用分配合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」專題分析方向諮詢會議、專題分析結果諮詢會議（103.01.23、103.04.17）。
2. 本會 27 位委員連署反對「強制汽車責任保險法」第 27 條修法案。
3. 委辦研究計畫：建立全民健康保險業務重要監理指標之研究／國立臺灣大學鍾教授國彪（102 年）。

第二屆 104.01.01~105.12.31

※ 主任委員：國立臺灣大學健康政策與管理研究所鄭教授守夏（104.01.01~104.12.31）；亞洲大學健康產業管理學系戴教授桂英（105.01.01~105.12.31）。

※ 委員人數：35 人。

※ 委員會議：召開 23 次。

※ 總額協商：

1. 各部門總額評核結果：103 年牙醫門診為「優」級，中醫門診、西醫基層及醫院為「良」級；104 年牙醫門診為「優」級，中醫門診、西醫基層及醫院為「良」級。依評核結果於各該部門 105 及 106 年度總額中酌加 0.3%（優級）、0.1%（良級）之品保款獎勵成長率。
2. 函報衛福部核定 105 及 106 年度總額及其分配方式之協定結果：
 - (1) 105 年為醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：105 年總費用成長率 4.912%，預估總費用 6,195.5 億元】

(2) 106 年為醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：106 年總費用成長率 5.642%，預估總費用 6,545.1 億元】

3. 函報衛福部核定 105 及 106 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式之協定結果：

(1) 105 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 8%；西醫基層 66%；醫院門診 46%、住院 41%。

(2) 106 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 11%（風險調整移撥款 0.4 億元）；西醫基層 66%；醫院門診 50%、住院 45%。

【衛福部 105 及 106 年皆核定同意】

4. 同意 104 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」之款項，扣除前已議定支應之項目後，支應 104 年 627 八仙樂園粉塵暴燃事件之醫療費用。

※ 費率審議：

1. 研訂「全民健保財務平衡及收支連動機制」（當安全準備餘額不足 1.5 個月或超過 3 個月保險給付支出時，應啟動費率調漲或調降機制），並據以審議費率（104.11.20）。

2. 函報衛福部 105 及 106 年度費率審議結果：

(1) 105 年依前開機制審議，建議健保費率調整為 4.69%。

(2) 106 年建議維持 4.69%。

【衛福部副知行政院核定結果：105 年同意保險費率調整為 4.69%；106 年維持 4.69% 不調整】

※ 保險給付範圍之審議：

1. 同意健保署所擬「以裝配眼鏡（含隱形眼鏡）為目的之相關費用，包括眼科驗光檢查、交付配鏡處方及診察費等」，不列入本保險之給付範圍，請該署依法報主管機關核定公告。

2. 同意健保署所擬「感染者自確診開始服藥二年內之愛滋病治療費用」，不列入本保險給付範圍。（因應疾管署修正發布「人類免疫缺乏病毒感染者治療費用補助辦法」）

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

1. 提供衛福部「全民健康保險法施行細則第 45 條（草案）」修正條文及施行日期回溯之建議。

2. 提供衛福部「全民健康保險醫療辦法」第 11、12、18 條修正條文之建議。

3. 提供衛福部「全民健康保險會組成及議事辦法第 5 條」修正建議。

4. 提供衛福部預告修正「菸品健康福利捐分配及運作辦法（草案）」之建議。

5. 提供衛福部及健保署「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」第 16 條修正條文之建議。

6. 提供衛福部預告修正「人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法（草案）」之建議。

7. 請衛福部、健保署就「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。

8. 提供衛福部「菸品健康福利捐分配比率」修正建議。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

1. 修訂全民健康保險業務監理指標。

2. 對「具名審查公開」之意見，送請健保署參酌。

※ 其他法定辦理事項：

1. 通過 1 項自付差額特材：「『曲克』利弗爾周邊血管支架」。

2. 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』」。

※ 其他重要記事：

1. 訂定「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理原則」（104.03.27）。
2. 召開相關會議：
 - (1) 「西醫基層、醫院與中醫門診總額地區預算分配方式」座談會（105.03.04）。
 - (2) 「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（105.11.03）。
3. 辦理相關活動：105 年業務參訪活動（105.03.25）。
4. 委辦研究計畫：從國際經驗檢視我國總額支付制度地區預算分配方式之研究／國立臺灣大學郭副教授年真（105 年）。

第三屆 106.01.01~107.12.31

※ 主任委員：國立陽明交通大學衛生福利研究所傳副教授立葉。

※ 委員人數：35 人。

※ 委員會議：召開 22 次、1 次臨時會議。

※ 總額協商：

1. 各部門總額評核結果：105 年牙醫門診為「優」級，中醫門診、西醫基層及醫院為「良」級；106 年牙醫門診及西醫基層為「優」級，中醫門診及醫院為「良」級。依評核結果於各該部門 107 及 108 年度總額中酌加 0.3%（優級）、0.1%（良級）之品保款獎勵成長率。
2. 函報衛福部核定 107 及 108 年度總額及其分配方式之協定結果：
 - (1) 107 年為西醫基層及醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：107 年總費用成長率 4.711%，預估總費用 6,853.4 億元】
 - (2) 108 年各部門皆達共識。【衛福部核定結果：108 年總費用成長率 4.417%，預估總費用 7,153.5 億元】
3. 函報衛福部核定 107 及 108 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式之協定結果：
 - (1) 107 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 11%（風險調整移撥款 0.36 億元）；西醫基層 66%；醫院門診 50%、住院 45%。
 - (2) 108 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 13%（風險調整移撥款 0.32 億元）；西醫基層 67%；醫院門診 50%、住院 45%（風險調整移撥款 1.5 億元）。

【衛福部 107 及 108 年皆核定同意】
4. 修正「『調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費』項目之適用範圍與動支程序」。

※ 費率審議：

1. 函報衛福部 107 及 108 年度費率審議結果：
 - (1) 107 年建議維持 4.69%。
 - (2) 108 年建議維持 4.69%。

【衛福部副知行政院核定結果：107 及 108 年保險費率皆維持現行之 4.69%】

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

1. 提供衛福部社保司及健保署「全民健康保險第 2 類第 1 目被保險人之投保金額自 24,000 元起申報之實施期程，及全民健康保險法施行細則第 46 條第 1 項第 5 款規定」修正建議。

2. 提供衛福部社保司及健保署「請衛福部恢復 101 年 10 月 30 日修正通過之全民健康保險法施行細則第 45 條條文內容，並匡正 105 年度之政府應負擔健保總經費法定下限 36% 計算方式案」之意見。
3. 就衛福部交議「職業工會會員健保投保金額申報下限之規定與檢討案」，提供本會建議採行方案。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

1. 提供健保署「調漲慢性病連續處方箋領藥收取部分負擔之作法」及「慢性病連續處方箋比照一般處方箋收取部分負擔」修正建議。
2. 修訂「全民健康保險業務監理指標」。

※ 其他法定辦理事項：

通過 2 項自付差額特材：「客製化電腦輔助型顱顏骨固定系統－『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」、「治療心房顫動之冷凍消融導管－『美敦力』北極峰進階心臟冷凍消融導管」。

※ 其他重要記事：

1. 召開相關會議：

- (1) 「『其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費』項目之適用範圍與動支程序」之專家學者諮詢會議（106.03.20）。
- (2) 政府應負擔健保總經費法定下限 36% 討論會（106.03.23）。
- (3) 「全民健保財務平衡及收支連動機制」2 次專家學者諮詢會議（106.05.12、106.06.30）。
- (4) 106 及 107 年本會委員與衛福部部長之業務座談會（106.09.04、107.10.26）。
- (5) 精進全民健康保險醫療給付費用總額協商及評核方式專家諮詢會議（107.01.05）。
- (6) 全民健保各部門總額執行成果評核會議之評核委員會前會議（107.03.19）。
- (7) 「106 年度全民健康保險基金附屬單位決算備查案相關疑義」會前討論會（107.04.16）。
- (8) 全民健康保險相關業務座談會（107.05.04）。
- (9) 「106 年度各部門總額執行成果之評核資料」說明會（107.05.07）。
- (10) 全民健康保險業務監理指標修訂及相關年度重要工作專家學者諮詢會議（107.06.06）。

2. 辦理相關活動：106、107 年業務參訪活動暨共識營（106.03.23-24、107.03.22-23）。

3. 委辦研究計畫：

- (1) 建立監理指標與健保效能之關連性評析案／臺北醫學大學陳教授再晉（106 年）。
- (2) 利用科技工具，建構全方位之民眾參與模式平台－以全民健保財務收支連動機制為例／國立臺灣大學林教授國明（107 年）。

第四屆 108.03.01~109.12.31

※ 主任委員：國立政治大學財政學系周教授麗芳。

※ 委員人數：依 108 年 2 月 12 日修正發布全民健康保險會組成及議事辦法第 2 條規定，新增為 39 位。

※ 委員會議：召開 20 次、1 次臨時會議。

※ 總額協商：

1. 各部門總額評核結果：107 年牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院皆為「優」級；108 年牙醫門診及醫院為「優」級，中醫門診及西醫基層為「良」級。依評核結果於各該部門 109 年度總額中酌加 0.25%（優級）之品保款獎勵成長率；110 年度總額酌加 0.2%（優級）、0.1%（良級）之品保款獎勵成長率。

2. 函報衛福部核定 109 及 110 年度總額及其分配方式之協定結果：

(1) 109 年為西醫基層及醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：109 年總費用成長率 5.237%，預估總費用 7,526.4 億元】

(2) 110 年為西醫基層及醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：110 年總費用成長率 4.107%，預估總費用 7,835.5 億元】

3. 函報衛福部核定 109 及 110 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式之協定結果：

(1) 109 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 13%（風險調整移撥款 4.2 億元）；西醫基層 68%（風險調整移撥款 6 億元）；醫院門診 51%、住院 45%（風險調整移撥款 2 億元）。

(2) 110 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 13%（風險調整移撥款 3.5 億元）；西醫基層 68%（風險調整移撥款 6 億元）；醫院門診 51%、住院 45%（風險調整移撥款 2 億元）。

【衛福部 109 及 110 年皆核定同意】

4. 就衛福部交議「108 年 C 型肝炎藥費專款不足案」，同意特別例外「有條件」流用，由 108 年度總額「其他預算」項下之結餘支應，並以 19 億元為上限。

※ 費率審議：

1. 函報衛福部 109 及 110 年度費率審議結果：

(1) 109 年建議維持 4.69%。

(2) 110 年未達共識兩案併陳，兩項建議費率由現行 4.69% 分別調整為甲案：4.97%；乙案：5.47~5.52%。

【衛福部副知行政院核定結果：109 年保險費率維持現行之 4.69%；110 年保險費率為 5.17%】

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

本會委員反對「菸品健康福利捐分配及運作辦法」修正草案，並建請衛福部應恢復為分配 70% 供健保安全準備之用。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

1. 請健保署就「107 年 10 月 21 日台鐵普悠瑪列車出軌事故」執行代位求償，確保健保資源不用於支付其他非健保應負擔之費用。

2. 請健保署落實全民健康保險法施行細則第 68 條規定，每年公告全民健康保險法第 29 條所定之眷屬人數。

3. 請主管機關積極研議處理「撥補 105~107 年政府應負擔健保法定經費不足數之缺口，以確保健保財務之健全」。

4. 提供衛福部社保司及健保署「研議全民健保呆帳由公務預算或其他財源補助之可能性」之意見。

5. 提供衛福部及健保署「政府應負擔健保總經費法定下限 36% 不足數，並建置專屬費率審議公開資訊」之意見。

6. 提供健保署「健保法第 61 條第 3 項規定研議健保醫療給付費用總額中合理的醫藥分帳制度」之意見。

※ 其他法定辦理事項：

通過 1 項自付差額特材：「經導管置換瓣膜套組（TAVI）」。

※ 其他重要記事：

1. 召開相關會議：

- (1) 108 年業務參訪活動暨共識營（108.03.21-22）。
- (2) 全民健保相關業務座談會（108.05.07）。
- (3) 108 年本會委員與衛福部部長之業務座談會（108.10.25）。

2. 辦理相關活動：109 年業務訪視活動（109.12.24-25）。

3. 委辦研究計畫：

- (1) 如何提升全民健保醫療資源不足地區民眾就醫及照護成效之探討－以西醫醫療服務為例／中華經濟研究院簡助研究員毓寧（108 年）。
- (2) 建立合理健保財務平衡及資源配置多元運作模式評析／國立政治大學連教授賢明（108、109 年）。
- (3) 評析全民健康保險民眾滿意度及監理指標資料，提升健保運作效能案／中華經濟研究院簡助研究員毓寧（109 年）。
- (4) 精進全民健康保險會議事效率及運作模式／國立政治大學陳教授敦源（109 年）。

第五屆 110.04.07~111.12.31

※ 主任委員：國立政治大學財政學系周教授麗芳。

※ 委員人數：39 位。

※ 委員會議：召開 20 次（配合防疫規定，書面意見併視訊會議 1 次、實體併視訊會議 5 次、雙會議室同步連線 1 次）。

※ 總額協商：

1. 各部門總額評核結果：109 年牙醫門診及醫院為「優」級，西醫基層及中醫門診為「良」級；110 年牙醫門診及醫院為「優」級，西醫基層及中醫門診為「良」級。依評核結果於各該部門 111 及 112 年度總額中酌加 0.2%（優級）、0.1%（良級）之品保款獎勵成長率。
2. 函報衛福部核定 111 及 112 年度總額及其分配方式之協定結果：
 - (1) 111 年為西醫基層及醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：111 年總費用成長率 3.320%，預估總費用 8,095.6 億元】
 - (2) 112 年為西醫基層及醫院總額兩案併陳；其餘部門達共識。【衛福部核定結果：112 年總費用成長率 3.323%，預估總費用 8,364.2 億元】
3. 函報衛福部核定 111 及 112 年度各部門總額一般服務費用（地區預算）分配方式之協定結果：
 - (1) 111 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 14%；西醫基層 68%；醫院門診 51%、住院 45%。
111 年風險調整移撥款：西醫基層 6 億元；醫院未達共識兩案併陳（付費者代表建議 6 億元，醫院代表建議 2 億元）。
【衛福部核定結果：醫院總額風險調整移撥款 6 億元；其餘部門核定同意】
 - (2) 112 年人口參數占率：牙醫門診 100%；中醫門診 14%；西醫基層未達共識兩案併陳（付費者代表建議 69%，西醫基層代表建議 68%）；醫院未達共識兩案併陳（付費者代表建議門診 52%、住院 46%；醫院代表建議門診 51%、住院 45%）。

112 年風險調整移撥款：西醫基層 6 億元；醫院未達共識兩案併陳（付費者代表建議 6 億元，醫院代表建議 2 億元）。

【衛福部核定結果：西醫基層 69%，風險調整移撥款 6 億元；醫院門診 52%、住院 45%，風險調整移撥款 6 億元；其餘部門核定同意】

※ 費率審議：

1. 為使本會審議健保費率更具彈性，110 年起依全民健康保險法第 78 條（本保險安全準備總額，以相當於最近精算 1 個月至 3 個月之保險給付支出為原則）之規定，審議費率（110.08.20）。

2. 函報衛福部 111 及 112 年度費率審議結果：

(1) 111 年兩案併陳，甲案：維持現行費率 5.17%；乙案：費率調整為 5.22~5.32%。

(2) 112 年建議維持現行費率 5.17%。

【衛福部副知行政院核定結果：111 及 112 年保險費率皆維持現行 5.17%】

※ 保險政策、法規之研究及諮詢：

提供衛福部「全民健保財務調整措施（草案）」之諮詢意見。

※ 其他有關保險業務之監理事項：

請健保署就預定實施之「全民健康保險保險對象門診藥品、門診檢驗檢查、急診應自行負擔之費用」，提出保障弱勢民眾就醫權益之配套措施、實施後政策效益及改善醫療資源合理利用之監測指標。

※ 其他重要記事

1. 召開相關會議：

(1) 「110 年度各部門總額之重點項目及績效指標」專家諮詢會議（110.02.25）。

(2) 111 年本會委員與衛福部部長之業務座談會（111.10.28）。

2. 委辦研究計畫：

(1) 運用公民參與模式模擬及評估健保財務平衡方案之可行性研究／國立臺灣大學林教授國明（110 年）。

(2) 全民健保醫療資源配置之長期趨勢分析及國際比較／國家衛生研究院陳研究員麗光（110、111 年）。

(3) 歷年健保總額投入新醫療科技之效益評估－以糖尿病患者之醫療資源耗用為例／輔仁大學游助理教授山林（111 年）。



附錄二 第 1 ~ 6 屆委員名單

全民健康保險會第 1 屆委員名單

聘期 102.01.01~103.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 付費者代表	中華民國全國公務人員協會	理事長	陳川青	
	中華民國會計師公會全國聯合會	公共政策委員會顧問	莊志強	
	全國產業總工會	監事會召集人	蔡登順	
	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	會長	侯彩鳳	
	中華民國全國職業總工會	常務理事	楊芸蘋	
	臺灣省農會／中華民國農會 ^{註 1}	總幹事	張永成	
	中華民國全國漁會	總幹事	林啟滄	
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長	謝天仁	
	中華民國老人福利推動聯盟 *	秘書長	吳玉琴	
	全國勞工聯合總工會 *	理事長	林錫維	
	台灣醫療品質促進聯盟 *	理事長	連瑞猛	
	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 副理事長	郭志龍 蔡圖晉	102.07.23~103.01.20 103.01.21~103.12.31
	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	專門委員 專門委員	鍾美娟 陳幸敏	102.01.01~102.05.20 102.05.21~103.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	楊漢淙	
	台灣醫院協會	會員代表 (台灣醫學中心協會理事長)	翁文能	
	台灣醫院協會	理事 (中華民國區域醫院協會名譽理事長)	張煥禎	
	台灣醫院協會	常務理事 (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	理事長 秘書長	李明濱 蔡明忠	102.01.01~102.06.23 102.06.24~103.12.31
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	陳宗獻	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長 理事長	黃建文 陳義聰	102.01.01~103.06.22 103.06.23~103.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長 特別顧問 理事長	孫茂峰 施純全 何永成	102.01.01~102.03.18 102.03.19~102.11.04 102.11.05~103.12.31
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	李蜀平	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	理事長 副理事長	盧美秀 楊麗珠	102.01.01~102.04.08 102.04.09~103.12.31
政府機關	行政院經濟建設委員會／ 國家發展委員會 ^{註3}	人力規劃處副處長／ 人力發展處副處長	林至美	
	行政院衛生署／衛生福利部 ^{註2}	參事／社會保險司司長	曲同光	
專家學者及公正人士	行政院衛生署／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	鄭守夏 (主任委員)
	行政院衛生署／衛生福利部		財團法人環境與發展基金 會董事長	柴松林
	行政院衛生署／衛生福利部		國立陽明大學衛生福利研 究所教授	吳肖琪
	行政院衛生署／衛生福利部		國立政治大學財政學系特 聘教授	周麗芳
	行政院衛生署／衛生福利部		台灣總工會秘書長	陳錦煌

註：1. 臺灣省農會自 102 年 4 月 18 日改制，成立中華民國農會，同年 4 月 26 日召開第 1 屆理、監事會。

2. 行政院衛生署自 102 年 7 月 23 日改制為衛生福利部。

3. 行政院經濟建設委員會自 103 年 1 月 22 日改制為國家發展委員會。

4. 「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體。

全民健康保險會第2屆委員名單

聘期 104.01.01~105.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 被保險人代表 保險付費者代表	中華民國全國公務人員協會	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	104.01.01~105.01.29 105.01.30~105.12.31
	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 *	理事／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
	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	
	台灣醫院協會	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
		全民健保委員會委員 （台灣醫學中心協會秘書長）		李偉強	105.07.13~105.12.31
	台灣醫院協會	理事 （中華民國區域醫院協會顧問）		張煥禎	
	台灣醫院協會	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 理事長		蔡明忠 邱泰源	104.01.01~105.06.15 105.06.16~105.12.31
	中華民國醫師公會全國聯合會	副秘書長		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		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	鄭守夏 （主任委員）	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	戴桂英 （主任委員）	（105.01.01 起任主任委員）
	衛生福利部		國立陽明大學衛生福利研究所教授	吳肖琪	
	衛生福利部		國立政治大學財政學系名譽教授	陳聽安	
	衛生福利部		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	
	衛生福利部		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

全民健康保險會第 3 屆委員名單

聘期 106.01.01~107.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 被保險人代表 保險 付費者代表	中華民國全國公務人員協會	副理事長	陳亮良	
	全國產業總工會	常務理事	趙銘圓	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
	全國工人總工會	副理事長	郭錦玉	
	中華民國會計師公會全國聯合會	政策發展委員會主任委員	張清田	
	中華民國農會	保險部主任	林敏華	
	中華民國全國漁會	秘書 理事	陳平基 陳有慶	106.01.01~107.08.09 107.08.10~107.12.31
	中華民國消費者文教基金會	名譽董事長 消費者報導雜誌社副社長	謝天仁 吳榮達	106.01.01~106.06.19 106.06.20~107.12.31
	台灣社會福利總盟	中華民國智障者家長總會秘書長	林惠芳	
	台灣乾癬協會 *	秘書長	王雅馨	
	全國勞工聯合總工會 *	理事長	林錫維	
	台灣癌症基金會 *	副執行長	蔡麗娟	
	中華民國全國工業總會	綜合企劃處副處長 綜合企劃處處長	華清吉 劉志棟	106. 01.01~106.02.10 106.03.27~107.12.31
	中華民國全國商業總會	監事會召集人	葉宗義	
	中華民國工商協進會	財稅研究委員會委員	李永振	
	中華民國工業協進會	秘書長	張文龍	
	中華民國全國中小企業總會	副理事長	李育家	
	行政院主計總處	公務預算處專門委員	陳幸敏 羅莉婷	106. 01.01~106.05.08 106.05.09~107.12.31

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

註：「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

全民健康保險會第 4 屆委員名單

聘期 108.03.01~109.12.31

屬性		推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 付費者代表	被保險人代表	中華民國全國教師會	理事	鄭建信	
		全國產業總工會	會員代表	趙銘圓	
		中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
		全國工人總工會	榮譽理事長	鄭素華	
		中華民國律師公會全國聯合會	商事法委員會主任委員	許美麗	
		中華民國農會	保險部主任	林敏華	
		中華民國全國漁會	理事	陳有慶	
		中華民國全國職業總工會	副理事長	邱寶安	
		全國產職業總工會	副理事長	許騏洪	
		台灣總工會	理事長	蔡明鎮	
		台灣社會福利總盟	副理事長	馬海霞	
		臺灣病友聯盟 *	常務理事	吳鴻來	
		全國勞工聯合總工會 *	榮譽理事長	林錫維	
		罕見疾病基金會 *	創辦人暨董事	陳莉茵	
	雇主代表	中華民國全國工業總會	常務理事	何 語	
		中華民國全國商業總會	監事會召集人	葉宗義	
		中華民國工商協進會	國泰人壽保險股份有限公司資深副理	陳炳宏	
		中華民國工業協進會	秘書長	張文龍	
中華民國全國中小企業總會		理事長	李育家		
行政院主計總處		專門委員	羅莉婷		

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	翁文能	
	台灣醫院協會	醫院評鑑改革委員會委員 (台灣醫學中心協會秘書長)	李偉強	
	台灣醫院協會	理事 (中華民國區域醫院協會名譽理事長)	張煥禎	
	台灣醫院協會	副理事長 (台灣社區醫院協會監事長)	謝武吉	108.03.01~108.11.04
		副理事長 (台灣社區醫院協會理事長)	朱益宏	108.11.05~109.12.31
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	吳國治	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	黃啟嘉	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	謝尚廷 王棟源	108.03.01~108.05.09 108.05.10~109.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	陳旺全 柯富揚	108.03.01~108.11.04 108.11.05~109.12.31
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	古博仁 黃金舜	108.03.01~108.09.18 108.09.19~109.12.31
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	張澤芸	
政府機關	國家發展委員會	副處長	謝佳宜	
	衛生福利部	社會保險司司長	商東福	
專家學者及公正人士	衛生福利部	本職	政治大學財政學系教授 周麗芳 (主任委員)	
	衛生福利部		長庚大學醫務管理學系教授 盧瑞芬	
	衛生福利部		陽明大學公共衛生研究所及醫務管理研究所教授 周穎政	
	衛生福利部		財團法人寶佳公益慈善基金會董事長 賴進祥	
	衛生福利部		台灣社會心理復健協會理事長 滕西華	
	衛生福利部		花蓮縣政府勞資爭議調解委員會調解委員 蔡登順	
	衛生福利部		中華民國消費者文教基金會副董事長 吳榮達	

註：「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

全民健康保險會第5屆委員名單

聘期 110.04.07~111.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 付費者代表	中華民國全國教師會	理事長	侯俊良	
	全國產業總工會	會員代表	李麗珍	
	中華民國全國總工會	常務理事	干文男	
	全國工人總工會	理事長	鄭素華	
	中華民國全國建築師公會	理事長	劉國隆	
	中華民國農會	保險部主任	林敏華	
	中華民國全國漁會	理事	陳有慶	
	全國勞工聯合總工會	理事長	林恩豪	
	全國產職業總工會	副理事長	許驥洪	
	台灣總工會	理事長 秘書長	蔡明鎮 張鈺民	110.04.07~110.07.07 111.02.17~111.12.31
	台灣社會福利總盟	副理事長	馬海霞	
	中華民國全國職業總工會 *	理事長	楊芸蘋	
	臺灣病友聯盟 *	理事長	吳鴻來	
	台灣醫療改革基金會 *	董事長	劉淑瓊	
	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	秘書長	劉守仁	
	中華民國工商協進會	國泰人壽保險股份有限公司監察人	李永振	
	中華民國工業協進會	秘書長	張文龍	
	中華民國工業區廠商聯合總會	理事長 副理事長	賴博司 董正宗	110.04.07~111.07.05 111.07.06~111.12.31
	行政院主計總處	公務預算處專門委員	翁燕雪	

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	翁文能	
	台灣醫院協會	副理事長 (醫學中心協會理事長)	陳石池	
	台灣醫院協會	會員醫院代表 (區域醫院協會理事長)	吳鏘亮	
	台灣醫院協會	副理事長 (社區醫院協會理事長)	朱益宏	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	黃振國	
	中華民國醫師公會全國聯合會	常務理事	顏鴻順	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	王棟源 陳建志 陳彥廷	110.04.07~110.08.10 110.08.11~111.08.07 111.08.08~111.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	柯富揚 詹永兆	110.04.07~111.11.03 111.11.04~111.12.31
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	黃金舜	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	張澤芸 林綉珠	110.04.07~111.04.02 111.04.03~111.12.31
政府機關	國家發展委員會	人力發展處副處長	謝佳宜	
	衛生福利部	社會保險司司長	商東福	
專家學者及公正人士	衛生福利部	本職	政治大學財政學系教授 周麗芳 (主任委員)	
	衛生福利部		長庚大學醫務管理學系教授 盧瑞芬	
	衛生福利部		台灣大學公共衛生學院教授 陳秀熙	
	衛生福利部		東海大學法律學院院長 卓俊雄	
	衛生福利部		台灣大學社會工作學系副教授 趙曉芳	
	衛生福利部		台灣社會心理復健協會理事長 滕西華	
	衛生福利部		中華民國消費者文教基金會董事 胡峰賓	

註：「*」為經公開徵求之被保險人代表推薦團體

全民健康保險會第 6 屆委員名單

聘期 112.01.01~113.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險 被保險人代表 保險 付費者代表	中華民國全國教師會	理事長	侯俊良	
	中華民國會計師公會全國聯合會	秘書長	張清田	
	全國產業總工會	副理事長	游宏生	
	中華民國全國總工會	榮譽理事長	陳 杰	
	全國工人總工會	理事長	鄭素華	
	全國勞工聯合總工會	理事長	林恩豪	
	全國產職業總工會	副理事長	鄭力嘉	
	台灣總工會	理事長	花錦忠	
	中華民國全國職業總工會 *	理事長	楊芸蘋	
	中華民國農會	會計部主任	林淑珍	
	中華民國全國漁會	秘書	田士金	
	台灣社會福利總盟	副理事長	陳節如	
	臺灣癌症基金會 *	副執行長	蔡麗娟	
	台灣醫療改革基金會 *	董事長	劉淑瓊	
	中華民國全國工業總會	業務處處長	陳鴻文	
	中華民國全國商業總會	秘書長	劉守仁	
	中華民國工商協進會	國泰人壽保險股份有限公司監察人	李永振	
	中華民國工業協進會	產業發展委員會委員	楊玉琦	
	中華民國工業區廠商聯合總會	副理事長	董正宗	
	行政院主計總處	公務預算處專門委員	翁燕雪 黃小娟	112.01.01~112.04.24 112.04.25~113.12.31

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
保險醫事服務提供者代表	台灣醫院協會	理事長	翁文能 李飛鵬	112.01.01~112.10.03 112.10.04~113.12.31
	台灣醫院協會	副理事長 (醫學中心協會理事長)	陳石池	
	台灣醫院協會	會員醫院代表 (區域醫院協會理事長)	吳鏘亮	
	台灣醫院協會	副理事長 (社區醫院協會理事長)	朱益宏	
	中華民國醫師公會全國聯合會	理事長	周慶明	
	中華民國醫師公會全國聯合會	副理事長	陳相國	
	中華民國牙醫師公會全國聯合會	理事長	陳彥廷 江錫仁	112.01.01~112.08.06 112.08.07~113.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	詹永兆	
	中華民國藥師公會全國聯合會	理事長	黃金舜	
	中華民國護理師護士公會全國聯合會	副理事長	林綉珠	
政府機關	國家發展委員會	人力發展處處長	謝佳宜	
	衛生福利部	社會保險司司長	商東福 劉玉娟	112.01.01~112.06.04 112.06.05~113.12.31
專家學者及公正人士	衛生福利部	本職	長庚大學醫務管理學系教授	盧瑞芬 (主任委員)
	衛生福利部		長榮大學醫務管理學系副教授	林文德
	衛生福利部		長庚大學醫務管理學系助理教授	王惠玄
	衛生福利部		政治大學財政學系教授	周麗芳
	衛生福利部		淡江大學會計學系教授	韓幸紋
	衛生福利部		台灣社會心理復健協會秘書長	滕西華
	衛生福利部		中華民國消費者文教基金會董事長	吳榮達

註：「*」：經公開徵求之被保險人代表推薦團體。



全民健康保險會

成果與未來展望 專刊

發行人：薛瑞元

編輯群：衛生福利部全民健康保險會、國立臺北護理健康大學

出版機關：衛生福利部

機關地址：115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

機關電話：02-8590-6666

出版年月：中國民國 112 年 10 月初版

本書同時登載於衛生福利部全民健康保險會網站

<https://dep.mohw.gov.tw/NHIC/lp-6592-116.html>

定價：新臺幣 300 元整

裝訂方式：平裝

設計印刷：加斌有限公司

電話：02-2325-5500

ISBN：978-626-7260-65-4（平裝）

GPN：1011201428

著作管理資訊：

衛生福利部保留對本書依法所享之所有著作權。欲重製、改作、編輯或公開口述本書全部或部分內容者，須先徵得著作財產管理機關之同意或授權。



衛生福利部全民健康保險會

National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

成果與未來展望

專刊

ISBN 978-626-7260-65-4



9 786267 260654

GPN : 1011201428
定價：新台幣 300 元



衛生福利部
全民健康保險會



歡迎加入衛生福利部 LINE 及官方粉專

