

全民健康保險會年報

中華民國103年版

2014

Annual Report

National Health Insurance Committee

Ministry of Health and Welfare



衛生福利部 編印
中華民國104年5月

全民健康保險會年報

中華民國103年版

2014

Annual Report

National Health Insurance Committee

Ministry of Health and Welfare





序言

4

7 第一章 前言

第二章 組織與任務

11

- 第一節 組織 12
- 第二節 任務 18
- 第三節 委員會議之運作 21

23 第三章 奠基進步的力量

第四章 103年度重點業務及執行概況

35

- 第一節 全民健保監理業務 36
- 第二節 總額之協議訂定及分配 41
- 第三節 保險費率之審議 49
- 第四節 保險給付範圍之審議 52
- 第五節 政策與法規諮詢事項 57
- 第六節 專題研析 65

目錄 contents

73

第五章 檢討與展望

附錄

77

附錄一	衛生福利部全民健康保險會第1屆委員名錄	78
附錄二	103年度大事紀	80
附錄三	衛生福利部全民健康保險會設置要點	100
附錄四	健保會討論自付差額特材案之作業流程	101
附錄五	全民健康保險業務監理架構與指標	104
附錄六	104年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配公告	108
附錄七	保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制（草案）	136
附錄八	104年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	138
附錄九	全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	142
附錄十	委員對健保自付差額特材問卷調查結果	150
附錄十一	本會討論「健保自付差額特材品項案」之意見調查結果	155
附錄十二	103年各部門總額執行成果評核作業方式	157
附錄十三	104年度總額協商架構	164
附錄十四	104年度總額協商通則	167
附錄十五	104年度總額協商程序	169
附錄十六	「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	173

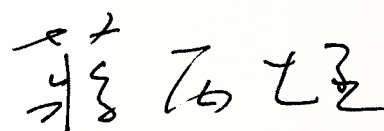
序言

台灣的全民健康保險制度普獲國際讚許，不但是我國的驕傲，也是社會安全最穩固的基石。然而社會環境的轉變、醫療支出成長迅速等多重因素，致使健保財務多次陷入危機，爰此102年開始施行的二代健保改革，將財務改以收支連動方式運作，以確保財務平衡。如同其他實施全民健保制度的先進國家一樣，我國也面臨人民平均壽命延長、人口日益老化及醫療科技進步等因素衝擊，造成醫療需求擴增、醫療支出不斷成長等問題，因此改革列車必須持續前進。

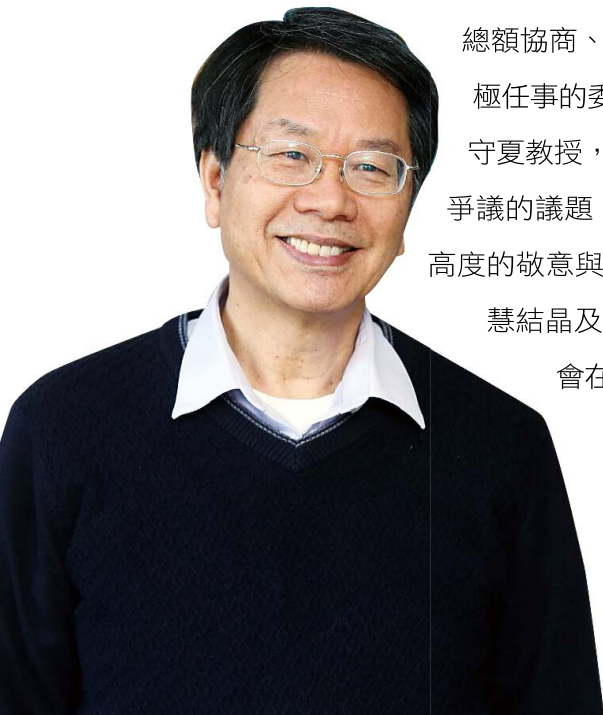
全民健康保險會（下稱健保會）係因應二代健保改革而設立，箇中最大特色是順應「擴大社會參與」的世界潮流，因此35位委員中，一半以上（18位）是保險付費者代表，舉凡年度醫療給付費用總額協商、保險費率審議等重要健保事務，都在健保會平台上，由民眾代表共同議定。

透過由保險付費者、保險醫事服務提供者、專家學者與社會公正人士及政府機關等各方組成的健保會委員會議，雖然其運作仍有待磨合，但在過去一年完成了諸如總額協商、費率審議、健保業務監理等多項艱鉅的任務，本人在此向積極任事的委員們致上由衷的敬意與謝忱；特別是主持議事的主任委員鄭守夏教授，以渠豐富的學養、嫻熟的議事運作與無比的耐心，對於若干爭議的議題，終能化解紛端，促成雙方共識，為全民把關，個人要表達高度的敬意與謝意。本（103）年報詳載鄭主委與眾委員辛勞一年來的智慧結晶及成果，期待社會能給予掌聲。健保未來之路迢遙，期待健保會在持續不斷的改革中，繼續為健保把關，為全民健康謀福。

衛生福利部 部長



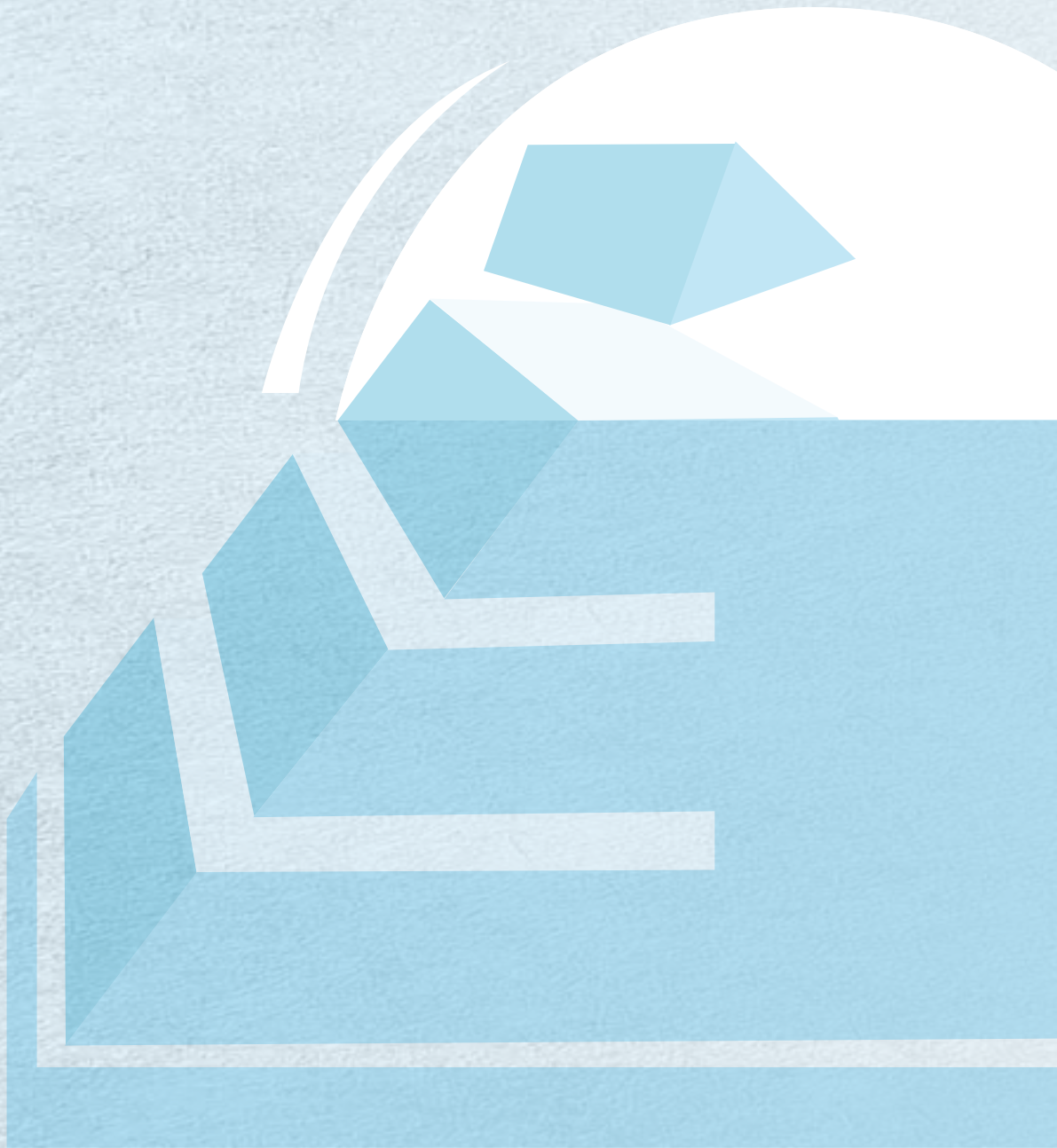
謹識



Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

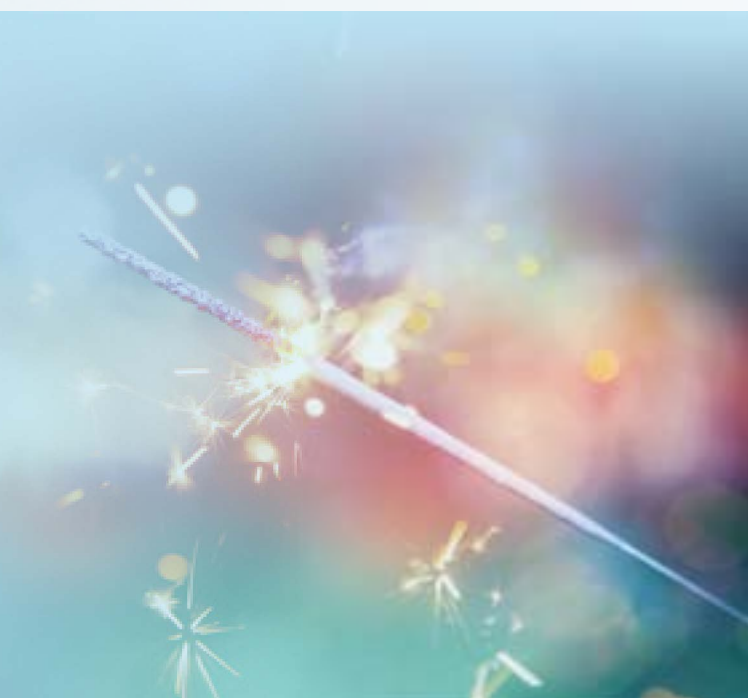


大樓圖照由九典聯合建築師事務所 提供



2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

第一章 前言



第一章

前言

為應二代健保達成「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102年1月1日開始實施二代健保法的同時，設立了「全民健康保險會」（下稱健保會），其除接續原監理會與費協會的保險業務監理與醫療費用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。

健保會是商議、討論、溝通健保事務的平台，和眾人權益有關。所以二代健保法特別規

定其組成中，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之三分之一。於是健保會之35名委員，分配保險付費者代表18名（含被保險人12名、雇主5名、主計總處1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；主任委員則由衛生福利部（下稱衛福部）就專家學者與公正人士委員中，指定1人兼任。期透過此框架，建構透明的決策程序和公眾的參與機制，使健保制度更符合社會期待，並能永續經營。



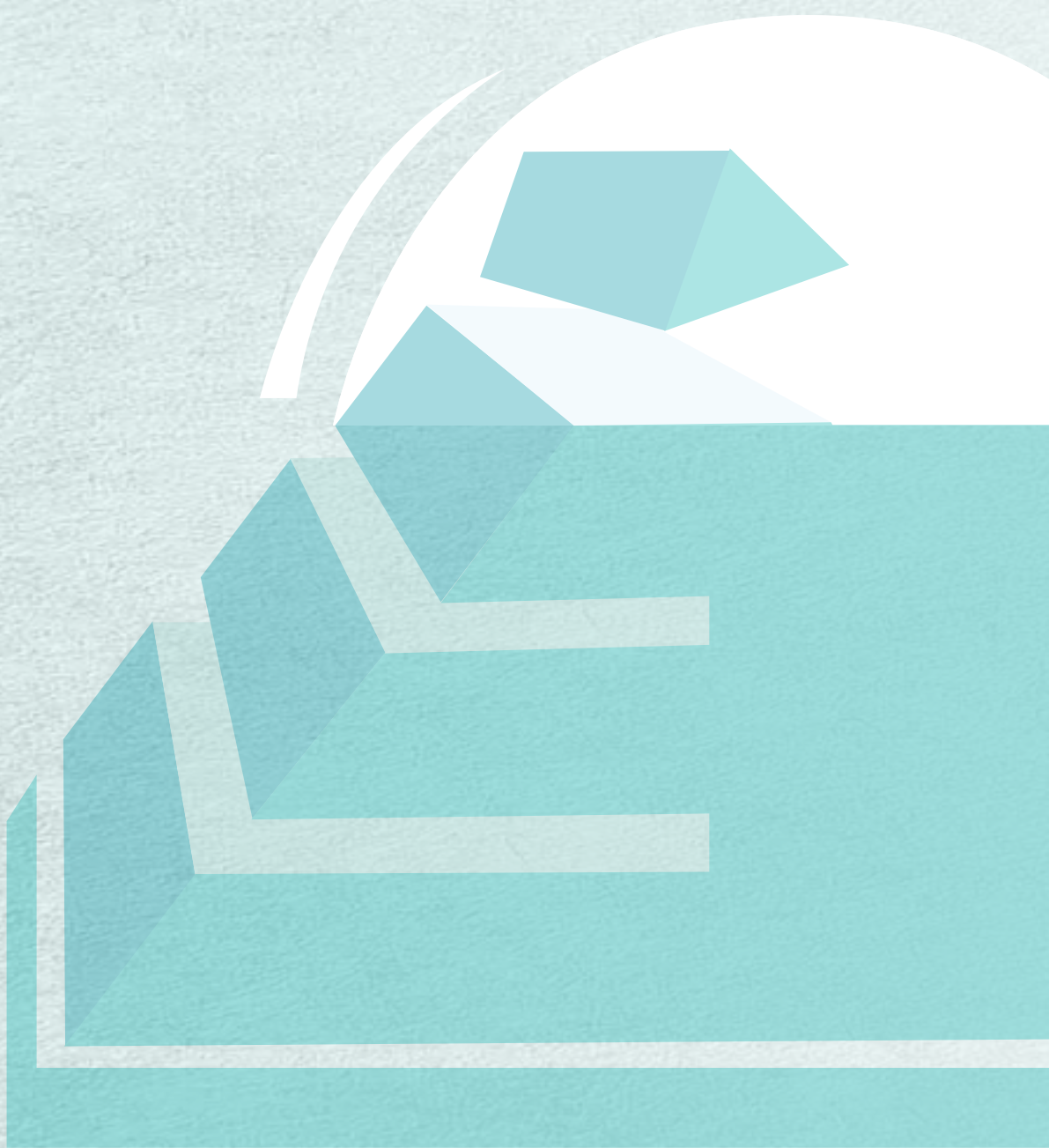
健保會在其成立的第2年（103年），完成「104年度醫療給付費用總額之協定和分配」及「104年度全民健康保險費率之審議」，一般保險費率維持現行4.91%，使全民健保財務在收支連動機制下穩健發展；且著手建立相關制度，如建置全民健康保險業務監理架構與指標，從更宏觀與前瞻的角度，提升整體監督與管理效率。此外，對「政府應負擔全民健保總經費的立法意旨」及反對強制汽車責任保險法刪除「傷害醫療費用之保險給付」等議題，或是處理高雄石化氣爆事件所衍生醫療費用等，均能就維護民眾權益的立場，齊力為全民健保發聲。

為使外界了解健保會的運作情形，除每月於網站公開議程及議事實錄外，並依二代健保法施行細則第4條「應每年編具年終業務報

告，並對外公開」之規定，編印本年報，介紹103年度各項重點業務的辦理情形。另為讓讀者立即掌握一年來健保會的重要事件，特別在附錄二中，以時間為主軸，編列「103年度大事紀」以供各界參考。

編輯年報的目的，雖說是為記錄過去一年的成果，但何嘗不是讓執行單位沉澱下來，檢視過去一年遺留的印記，從中習得來年業務推展與改進的珍貴經驗。第1屆委員的任期，雖在103年底劃下了圓滿的句點，但已為健保會未來的發展，奠定了成熟的運作模式與進步的力量。而第2屆委員也將承襲健保會肩負統籌保險費率審議、總額協議訂定、全民健保業務監理、給付範圍審議等事項的重任，持續為全民健保穩健經營及守護臺灣民眾的健康而努力。





2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

第二章 組織與任務



第二章

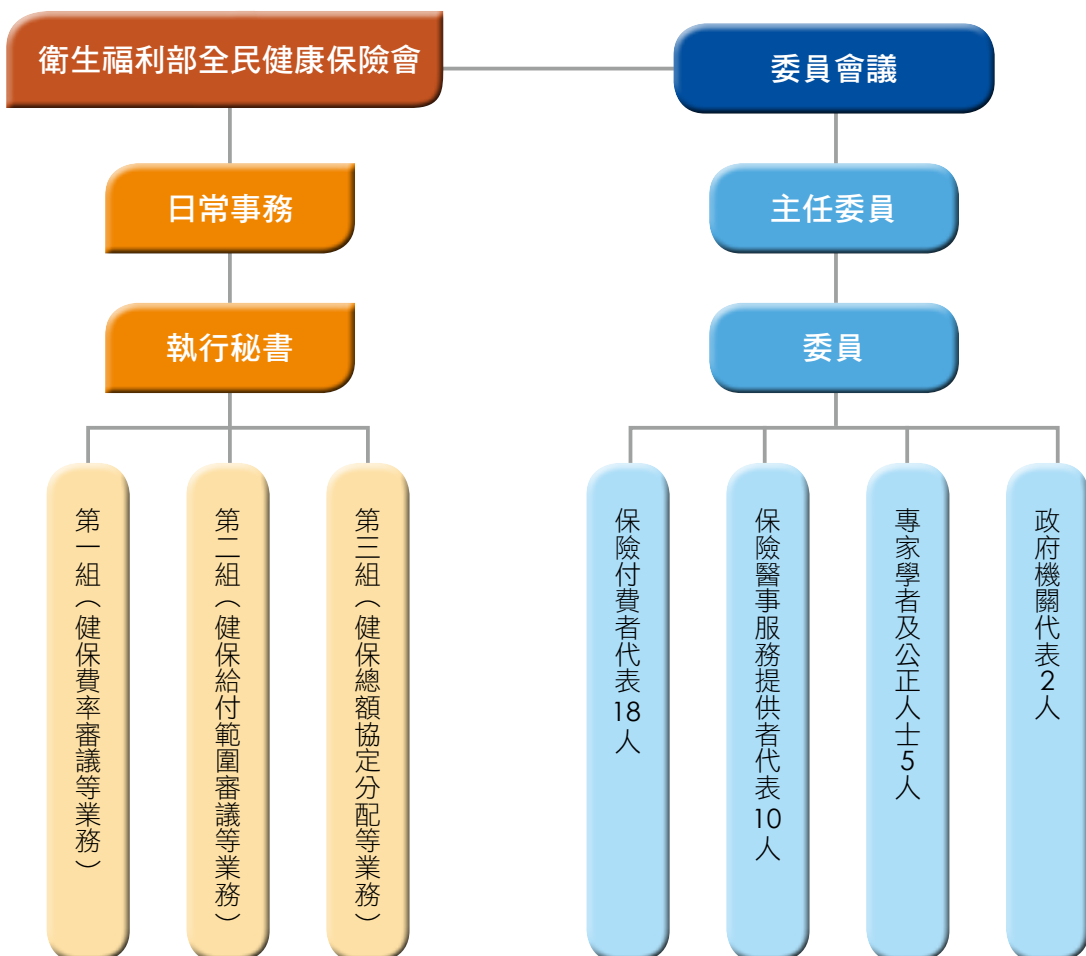
組織與任務

第一節 組織

一、組織體制

衛福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，並依處務規程訂定「衛生福利部全民健康保險會設置要點」（附錄三），該設置要點是為健保會的設立法源。

照設置要點，健保會委員代表之名額、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（下稱組成及議事辦法）辦理，目前委員35人，其中1人兼主任委員；至行政業務，則置執行秘書1人，綜理日常事務，及組長與工作人員若干人，分三組辦理會務。架構圖如下：



二、委員之組成及遴聘

依組成及議事辦法，健保會置委員35人，任期2年，名額分配如下：

(一) 保險付費者代表18人，包括：

1. 被保險人代表12人。
2. 雇主代表5人。
3. 行政院主計總處1人。

(二) 保險醫事服務提供者代表10人。

(三) 專家學者及公正人士5人。

(四) 國家發展委員會及衛福部代表各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；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，以擴大社會參與的多元性。至雇主代表、保險醫事服務提供者代表，及行政院主計總處、國發會、衛福部代表，係洽請有關團體、機關推薦後遴聘（派）之；學者專家及公正人士之委員，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；主任委員並由衛福部部长就專家學者及公正人士之委員中，指定1人兼任。

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。

有關委員之連任，為符各界於立法時，對擴大社會參與、容納更廣泛多元意見的期待，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；以五分之一為更替比率，是為避免更替人數過多影響業務傳承，減損健保會功能發揮。

第一屆（103年）委員名錄如下。



103年底在任之委員名錄（依姓氏筆劃）



干委員文男
中華民國全國總工會
常務理事



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



何委員語
中華民國全國工業總會
常務理事



吳委員玉琴
中華民國老人福利推動
聯盟秘書長



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



李委員蜀平
中華民國藥師公會全國
聯合會理事長



周委員麗芳
國立政治大學財政學系
特聘教授



林委員至美
國家發展委員會人力
發展處副處長



林委員啟滄
中華民國全國漁會
總幹事



林委員錫維
全國勞工聯合總工會
理事長



侯委員彩鳳
中華民國全國勞工聯盟
總會理事長



柴委員松林
臺灣觀光學院董事長



翁委員文能
台灣醫院協會會員代表
(台灣醫學中心協會理事長)



張委員永成
中華民國農會總幹事



張委員煥禎
台灣醫院協會理事
(中華民國區域醫院協
會名譽理事長)



莊委員志強
中華民國會計師公會全國
聯合會公共政策委員會顧
問



連委員瑞猛
台灣醫療品質促進聯盟
理事長



蔡委員圖晉
中華民國工業協進會
副理事長



陳委員川青
中華民國全國公務人員
協會榮譽理事長



陳委員宗獻
中華民國醫師公會全國
聯合會常務理事



陳委員幸敏
行政院主計總處
專門委員



陳委員錦煌
台灣總工會秘書長



陳委員義聰
中華民國牙醫師公會全國
聯合會理事長



楊委員芸蘋
中華民國全國職業總工
會副理事長



楊委員漢淙
台灣醫院協會理事長



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



葉委員宗義
中華民國全國商業總會
監事會召集人



蔡委員明忠
中華民國醫師公會全國
聯合會秘書長



蔡委員登順
全國產業總工會
監事會召集人



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



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)

103年期間卸任之委員名錄（依姓氏筆劃）



郭委員志龍
中華民國工業協進會
前秘書長



黃委員建文
中華民國牙醫師公會全國
聯合會會務顧問



第二節 任務

健保會設置要點所定該會任務，見諸全民健康保險法及其施行細則，相關法條各有10條（§5、§24、§26、§45、§51、§60、§61、§72、§73、§74）及3條（§2、§3、§4）。

一、設置要點所定任務（如下）與健保法之關連

- (一) 保險費率之審議（健保法第5、第24條）
- (二) 保險給付範圍之審議（健保法第5、第26、第51條）
- (三) 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配（健保法第5、第61條）
- (四) 保險政策、法規之研究及諮詢（健保法第5、第60條）
- (五) 其他有關保險業務之監理事項（健保法施行細則第2~4條）
- (六) 其他全民健康保險法所定健保會辦理事項（健保法第45、第72~74條）

二、健保法對健保會業務之規範

- (一) 第5條，係規範總體業務（職掌），主要內容為：
 1. 下列事項由健保會辦理：
 - (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。
2. 健保會為保險費率、保險給付範圍之審議或協議訂定醫療給付費用總額，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請中央健康保險署（下稱健保署）同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。
 3. 健保會於審議、協議健保有關事項，應於會議七日前公開議程，並於會議後十日內公開會議實錄；於審議、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。
 4. 健保會審議、協議訂定事項，應由衛福部核定或轉報行政院核定；其由行政院核定事項，並應送立法院備查。

- (二) 第24條，係規範保險費率之審議，其並與總額協定扣連，以達財務收支連動機制，主要內容為：

健保署應於健保會協定年度醫療給付費用總額（下稱總額）後1個月，提請其審議該年度保險費率。健保會在審議費率前，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，並於年度開始1個月前，依協議訂定之總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核

定後由衛福部（主管機關）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。

- (三) 第26條，係規範保險給付範圍之審議，財務收支平衡除利用協定之總額設算費率外，尚能以調整給付範圍來因應，主要內容為：

健保若有「安全準備低於一個月之保險給付總額」或「增減給付項目、給付內容、給付標準致影響財務」的情形時，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。

- (四) 第45條，係規範始自二代健保的自付差額機制，醫療特殊材料從此可由被保險人自付差額，主要內容為：

健保署對健保給付之特殊材料，得訂定給付上限，並就屬同功能類別者，支付同一價格。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；該自付差額特材品項，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，報主管機關核定公告。

- (五) 第51條，係規範除法定項目外，健保署也可擬訂不納入健保給付之診療服務及藥物項目，主要內容為：

成藥與指示用藥、美容手術、指定醫師與特別護士費等共有11項不列入健保給付範圍；另外，健保署所擬訂，

經健保會審議，報衛福部核定公告之診療服務及藥物項目，也不列入給付範圍。

- (六) 第60條，係規範主管機關所擬訂年度總額範圍之諮詢程序，主要內容為：

健保每年度總額，由衛福部於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

- (七) 第61條，係規範健保年度總額之協定程序，主要內容為：

健保會應於年度開始三個月前，在行政院核定之總額範圍內，協議訂定健保之總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由衛福部決定。

- (八) 第72條，係規範不當耗用健保醫療資源之改善，主要內容為：

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，報主管機關核定。



(九) 第73條，係規範保險醫事服務機構之財報應公開及應有之內涵，主要內容為：

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有關財報，健保署並應予公開。該一定數額、期限、財報之提供程序、格式及內容之辦法，由健保署擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定公布。

(十) 第74條，係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及其相關辦法之訂定，主要內容為：

健保署及保險醫事服務機構應定期公開與健保有之醫療品質資訊，該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，報主管機關核定發布。

三、健保法施行細則對健保會業務之規範

(一) 第2條：係規範健保署應定期提送可供監理其業務之相關書表與報告，主要內容為：

健保署應按月將投保、醫療給付、保險醫事服務機構增減、保險收支會計、安全準備等相關書表及於年終時須編具報告，報衛福部，分送健保會備查。

(二) 第3條：係規範健保署年度預算、決算之處理，主要內容為：

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。

(三) 第4條，係規範健保會業務報告應予公開，主要內容為：

健保會應每年編具年終業務報告，並對外公開。



第三節 委員會議之運作

一、議事安排

健保會除肩負諸多法定任務外，所討論的健保議題也與民眾權益息息相關，因此委員會的議事運作，社會各界多所關注。

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。103年委員會沿用102年的開會日期，訂為各月的第4個星期五。一般而言，以委員會議運作的組織，其開會時間大多為半天（3小時），但健保會所涉業務有法定完成期限，且議案眾多，因此每次會議所用時間往往超過半天（4~5小時），甚至更長，例如為使104年度總額能在法定期內完成協商，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。

103年是健保會設立的第2年，從過去1年的運作中吸取經驗，採行以下措施：將委員會議的議程由二段（先報告事項，再討論事項）調整為三段（先例行報告、再討論事項、專案報告），使委員有更充分時間進行議案的實質討論；加強會前準備工作，盡量減少臨時提供資料，以利委員事先閱讀與了解，提升議案討論效率；運用問卷調查方式，事先彙整委員意見，促進議案獲得議決；若有需要，並以召開會前會的方式，使各類代表事先溝通及互相了解對方的訴求，以期用最有效率的方式達成共識，並於期限內完成法定任務。

二、參加會議人員

各次會議須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，及進行必要的業務報告與專案報告。在必要時，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；亦即，建構諮詢管道，使議案討論更順暢與周延。

三、議決方式

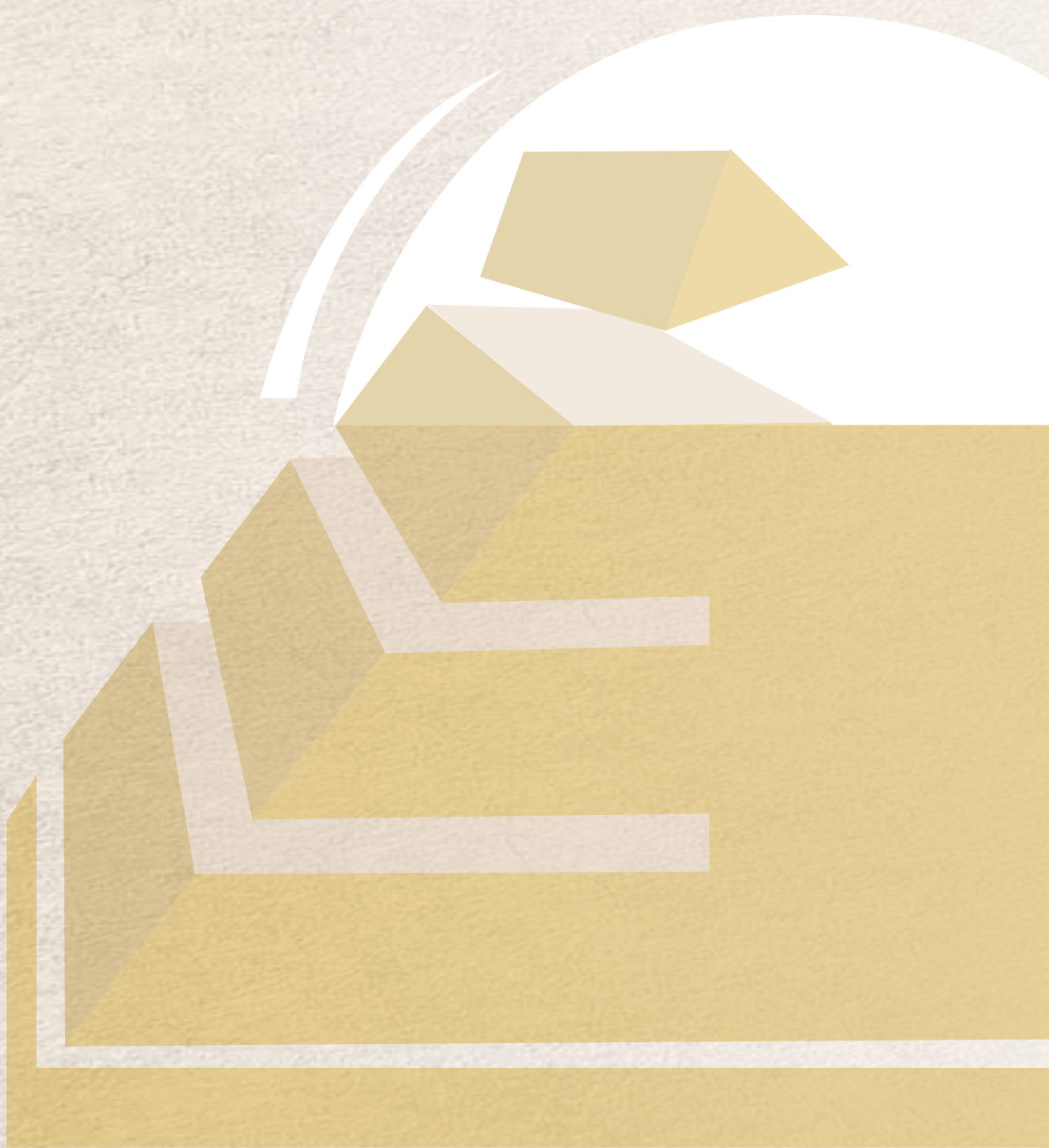
健保會被賦予的各項法定任務，性質不盡相同，因此組成及議事辦法對其議決方式各有不同規範：

（一）保險醫療給付費用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，須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一案，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。自健保會成立至今（102~103年），相關議案均經充分溝通，各項決議以共識決為之，尚未動用過表決。



2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

第三章 奠基進步的 力量



第三章

奠基進步的力量

台灣二千三百多萬民眾共有的資產中，全民健康保險制度無疑是極寶貴的一項，而其更是穩定社會的力量，所以全民期待制度可代代相傳、永續經營、人人受到庇護。二代健保於是在期待改革以利永續的聲浪下產生，健保會也因此被賦予透過醫療給付費用總額協定、保險費率與保險給付範圍審議、保險業務監理等機制來維持財務收支平衡、提升醫療服務品質，以使健保制度永遠存續。在此情況下，扎根工作即十分重要，必須建立良好規範並依之運作，才能奠立進步的基礎與蓄積進步的能量，將全民健保推向康莊大道。健保會在103年某些表現，例如委員自主性捍衛健保財務、圓滿達成104年度總額協商、建立監理架構與指標、為自付差額機制把關等均值得一書。

一、捍衛健保財務

(一) 向社會及立法院全體委員強烈表達反對「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』」

考量103年12月25日立法院財政委員會初審所通過「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，若修法成功，勢必造成相關醫療費用轉由全民共同分擔的健保費支應，違反公平正義。為捍衛健保財務及

公平正義，27位健保會委員（不含機關代表）立刻在103年12月26日召開的委員會議中，共同提出「有關汽車肇事，擬刪除保險人健保署對保險公司之代位權，或修改強制汽車險傷害不賠，涉及肇事者相關責任轉由全民負擔，嚴重影響健保財務及公平正義」臨時提案。經熱烈討論，達成「本會27位委員共同連署反對該強制汽車責任險修法案，並透過公開聲明向權責機關表達渠等之立場」共識，隨即推派五位代表在衛福部公關室召開記者會，強烈反對該修法案。委員會議之後，委員積極串聯擬具陳情書，於103年12月31日以「將肇事者責任轉由全民買單，形同劫貧濟富，不公不義」、「嚴重影響全民健保財務」、「未使民眾得利，反而圖利業者」等訴求，向立法院全體一百多位委員投遞每人一封陳情信函（如附件），表達對該案的立場。委員為維護健保財務與社會公義，通力合作向社會發聲的精神，實在令人感佩。

(二) 籲請政府依法核算所應負擔健保總經費的36%

為使財務穩固，二代健保乃加重政府財務責任，並在健保法第3條予以規

定，該規定略以：「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%。政府依法令應編列本保險相關之預算，若有不足36%的部分，由主管機關編列預算撥補之」。所謂保險經費，係指「保險支出加上應提列或增列的安全準備」。

由於二代健保財務採收支連動機制，一旦收入不佳，則可能調高費率或減少醫療給付，健保會委員對財務狀況自是斤斤計較，以替全民把關。因此當健保署業務執行報告之安全準備提列自103年4月開始出現負數，且5月與6月也是如此時，精於財務的委員立即在103年7月份委員會議表達關切。經健保署解釋，安全準備提列轉為負數，肇因於該署和主計總處對健保法第3條中政府應負擔總經費36%的核算見解不同。

健保署係依健保法第76條，將年度保險收支結餘全部提列為安全準備；主計總處則依健保法第78條對安全準備總額所規定「以相當於1至3個月之保險給付支出為原則」之定義，提足1個月保險給付支出做為安全準備。因方法不同，導致健保署所算102年度政府應負擔健保總經費36%部分，較主計總處多出158億元。

委員為維護得來不易的財源，在7、8、9月的委員會議中對本議題均有

所討論。甚至在9月協商104年度醫療給付費用總額時，有委員提出「必須在了解實際財務狀況的基準下，才有辦法協商104年度總額，因此應先釐清36%的計算方式」之程序問題。之後，並於委員會議中，由26位委員共同提出臨時提案，籲請解決此爭端，並做成兩點決議：1.法律之解釋權責按理屬該管主管機關，本案源自健保法之援引，爰建請由衛福部回歸立法主旨，妥為解釋及處理；2.健保會絕大多數委員認同健保署對「政府應負擔全民健保總經費不足36%部分」的計算方式，建請衛福部轉陳行政院參酌。

針對健保會意見，衛福部已兩度函陳行政院鑒核，而據了解行政院已在審慎評估中；另外，健保會保險付費者代表之委員也持續透過所屬團體，關注此議題走向及研議後續處理方式。



附件

敬愛的委員您好：

有關 大院財政委員會近日初審通過「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」，本會委員表達嚴正反對立場，並懇請 貴委員予以支持：

1. 肇事者責任轉嫁由全民買單，形同劫貧濟富，不公不義

大院若同意刪除「強制汽車責任保險法」中「傷害醫療費用」之給付項目，將使中央健康保險署喪失向強制汽車責任保險之保險人行使代位求償權，變成肇事者所產生的傷害醫療費用，轉嫁給2千3百萬人所繳交的健保費承擔。開車者通常在經濟上屬較強勢者，若將其肇事責任轉由全民（包括不具經濟能力或未使用汽車交通工具的兒童、長者等）買單，形同劫貧濟富、違反公平正義！

2. 嚴重影響全民健保財務

全民健保是社會重要的安全基石，為解決健保支出大於收入之窘境，102年起政府全力推動、實施二代健保法，現在也才邁入風雨飄搖的第二年，考量國家整體經濟情況，要調升健保費率十分不容易，加上老年人口、重大傷病及慢性病快速增加，致使醫療支出不斷攀升，未來健保財務仍有諸多嚴峻挑戰待面對。依據中央健康保險署資料，目前強制汽車責任保險代位求償之金額一年約30億元，這部分本就不屬全民健保的支付範圍，此修法案通過後，將嚴重影響健保財務！亦非全民之福。

反觀強制汽車責任保險法實施10餘年來，已調降9次費率，若其保險費不足，理應調升費率，並設法減少意外的發生，而非以縮減理賠範圍因應。據聞此次修法，將調降強制汽車責任保險費率7%，睽諸強制車險修法一面將費用轉嫁健保，增加健保負擔，一面調降其費率，修法的正當性令人質疑！

3. 未使民眾得利，反而圖利業者

如果限縮強制汽車責任保險的給付項目，連最大宗的傷害事件都不理賠，試問所涵蓋的殘廢或死亡案件一年有幾件？其保險的意義何在？大院若通過此修法案，民眾為分散風險，只好自行再購買任意險或甚至不買，最後得利者反而是保險公司或肇事者；至於沒有購買保險的民眾，更是完全沒有保障！顯見本修法案並未使民眾得利，反而落入圖利業者之口實，易引發社會爭議。

綜上， 大院財政委員會近日初審通過「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」，恐將嚴重影響健保財務及違反社會公平正義，望 貴委員本於為民喉舌、替民監督立場，懇請堅決反對通過本修法案。

衛生福利部全民健康保險會第一屆27位委員 敬上

謝委員天仁（財團法人中華民國消費者文教基金會）
干委員文男（中華民國全國總工會）
吳委員玉琴（中華民國老人福利推動聯盟）
林委員錫維（全國勞工聯合總工會）
連委員瑞猛（台灣醫療品質促進聯盟）
蔡委員登順（全國產業總工會）
何委員語（中華民國全國工業總會）
葉委員宗義（中華民國全國商業總會）
楊委員芸蘋（中華民國全國職業總工會）
陳委員川青（中華民國全國公務人員協會）
柴委員松林（社會公正人士）
侯委員彩鳳（中華民國全國勞工聯盟總會）
吳委員肖琪（專家學者）
楊委員漢淙（台灣醫院協會）
陳代理委員炳宏（中華民國工商協進會）
李委員蜀平（中華民國藥師公會全國聯合會）
莊委員志強（中華民國會計師公會全國聯合會）
陳委員錦煌（社會公正人士）
蔡委員明忠（中華民國醫師公會全國聯合會）
翁委員文能（台灣醫院協會）
劉代理委員碧珠（台灣醫院協會）
謝委員武吉（台灣醫院協會）
陳委員宗獻（中華民國醫師公會全國聯合會）
陳委員義聰（中華民國牙醫師公會全國聯合會）
何委員永成（中華民國中醫師公會全國聯合會）
楊委員麗珠（中華民國護理師護士公會全國聯合會）
林代理委員敏華（中華民國農會）

中華民國 103 年 12 月 31 日

二、104年度全民健保總額協商—7年來最平和分配？！

全民健保醫療給付費用總額（下稱總額）支付制度首由牙醫門診部門於87年7月試辦，之後中醫門診、西醫基層部門陸續開辦，至91年7月醫院總額上路後，醫療給付費用全部進入總額支付方式，衛生署時代的費協會或衛福部成立後的健保會，每年9月都要由保險付費者代表與醫界代表協議訂定四部門下個年度的總額，過程十分艱辛，而且不是每次都能全壘打（四部門均協商成功）。

經103年9月26至27日近20小時漫長協商，104年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院等四部門總額罕見地均完成協議訂定，隔天（9月28日）聯合報A2版下了斗大標題「7年來最平和分配」。確實如此，因為92、97、98、101、102、103等年度之醫院總額，醫界代表與付費者代表未能達成共識，最終都是以醫界版本、付費者版本兩案併報主管機關（衛生署，102年改制為衛福部）決定。

針對104年度總額能揮出全壘打，箇中原因見仁見智，但不可否認的是，準備工作較往

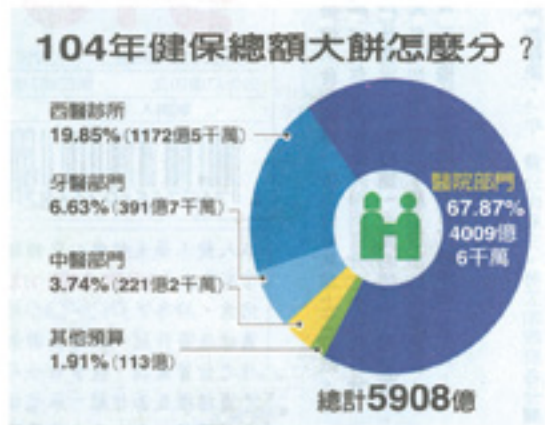
中華民國一〇三年九月二十八日 星期日

聯合報

7年來最平和分配

健保預算5900億 成長3%

比今年約增200億 改善偏遠醫療、罕病、狂犬病...明年砸113億



註：1.醫院及西醫診所包含洗腎費用341億元。
 2.其他預算包含提升山地醫療服務、交通罕見疾病、血液病與巨式病藥費等。
 資料來源/衛福部健保會 製表/黃文惠 聯合報

健保會為控制醫療費用成長，每年都會訂定未來一年的保費支出，至於這項支出大餅怎麼分，則交由醫界與付費者代表所組成的健保會協商訂定。經過一天半協商後，敲定明年健保支出總額高達五千九百零八億元，比今年約增加近兩百億元支出，成長率約為百分之三。其中包括用來改善偏遠醫療、罕見疾病與狂犬病等項目的預算有一百一十三億元。健保自二〇〇二年全面採用...

「記者黃文惠／台北報導」有別於往年激烈攻防，全民健保明年高達五千九百億的總額預算大餅，昨天在醫界與付費者代表平和討論下拍板定案：全台灣醫院總額可分配四千億元，西醫基層診所獲得約一千一百億元，牙醫則有三百九十一億元，中醫則是兩百廿一億元。

年充分。此次協商依委員建議，事前加強各方意見溝通，因此，8月份召開全天候的委員會會議，請健保署先做簡報，以利委員消化複雜的協商資料；健保署和各總額部門共同研擬協商方案；健保會召開會前會與座談會，安排健保署向付費者代表、專家學者等進行必要說明；健保署和健保會幕僚也盡力整理產製委員提出需求的資料。另外，各方代表盡可能保持理性協商也為順利達成共識加分不少。這些努力，都將為健保會未來走向更精進的協商模式奠定基礎。

三、保險的基石—建置監理架構與指標

為使業務在既有軌道上正常運作及維護被保險人權益，任何保險體系都有監理機制，全民健康保險自不能例外。尤其健保會更須依所被賦予任務發揮監理機制，以符二代健保改革目的及社會期待。

為建置合宜監理架構，102年委託學界辦理「建立全民健保重要業務監理指標」研究計

畫，該計畫執行過程十分嚴謹，以學術理論為基礎，並就實務面舉辦多場次專家學者、利害關係人（保險付費者、醫事服務提供者代表）座談，最後提出包含「效果」、「效率」、「醫療品質」及「財務與財源籌措」等四構面之26項（醫療面17項、財務面9項）指標。

依上開研究成果、健保會法定職掌、監理會與費協會時期重要指標、專家學者意見為基礎，擬案經健保會103年4月及5月份委員會議討論，對指標條件及擬擇定的監理構面與指標獲致如下共識：

（一）指標宜具備的條件

1. 宏觀與前瞻性。
2. 學術基礎及國際比較性。
3. 可取得並能呈現整體性長期趨勢與鑑別度之量化資料。

（二）監理架構為包含5大構面之27項指標

（如下頁），請健保署依時程提報監測結果，以供健保業務之監理及政策建言之提出。



構面	監理指標	提報時程	監理重點
(一) 效率	1. 急性一般病床平均住院天數	半年	院所營運效率/國際比較
	2. 急診病人留置急診室超過 24 小時比率	半年	急診照護效率
	3. 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率	半年	資源運用適當性/觀察整體趨勢
	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
	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
	6. 各層級醫療院所服務量占率	半年(季呈現)	資源分配及平衡醫院層級發展之考量
	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
	8. 藥品費用占率	半年	藥品使用情形
(二) 醫療品質	1. 手術傷口感染率	半年	住院照護安全性
	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
	3. 糖尿病醫療給付改善方案之照護率	半年	評估門診照護之品質
	4. 照護連續性	年	整合性照護品質
	5. 醫院病床數	半年	健保病床之供給情形
	6. 護理人力指標	半年	護理人力之供給情形
(三) 效果	1. 未滿月新生兒死亡率	年	醫藥進步情形/國際比較
	2. 孕產婦死亡率	年	衛生保健成效/國際比較
	3. 對醫療院所整體醫療品質滿意度	年	民眾就醫整體感受
(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	年	人力供給之公平性
	2. 一般地區 / 醫療資源缺乏地區 / 山地離島地區之就醫率	年	醫療利用之公平性
	3. 家庭自付醫療費用比率	年	民眾自費負擔趨勢
	4. 自付差額特材占率	半年	民眾自付差額趨勢
(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
	2. 安全準備總額折合保險給付支出月數	半年(季呈現)	依法以1-3個月為原則
	3. 保費成長率與 GDP 成長率比值	年	保費成長趨勢
	4. 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	健保支出成長趨勢
	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
	6. 資金運用收益率	半年(季呈現)	資金管理效率

四、為健保自付差額機制把關—訂定健保會討論特殊醫材之程序

因為資源有限，健保無法將新藥材、高價藥材全數納入給付。對健保未納入給付之項目，以往是由民眾全額自付，但考量公平性與選擇權，二代健保已允許醫療特殊材料（下稱特材）得採差額負擔，並於健保法第45條規範。

健保法第45條規範略以，健保署對特材得訂定給付上限，並對屬於同功能類別之特材支付同一價格；保險對象經醫師認定有醫療需要時，可選用訂有給付上限之特材，並自付其差額；自付差額之特材品項，應由其許可證持有者向健保署申請，健保署同意後，提健保會討論，報主管機關核定公告。

特材日新月異且品項眾多、功能複雜，因此在討論健保署於103年1月所提「人工心臟瓣膜」、「6品項可調式腦積水引流管」、「3品項顱顏骨固定系統」，2月所提「組織

瓣膜」等自付差額特材案過程中，醫界代表之委員尚且認為，非其專長品項需花時間鑽研才能了解，更遑論不具醫療背景之其他委員。

自付差額是健保的一項新制度，健保會在討論相關議題上，自有諸多須克服之處，且其攸關民眾權益，委員對相關提案都極為審慎，處理起來當然費時，無形中影響其他議案之討論。付費者代表之委員因此於2月份委員會議提出臨時提案，建議制訂自付差額特材品項討論案之作業流程。

為建立嚴謹的作業流程，以利制度發展，除參考國內外文獻，透過問卷蒐集委員意見，以及在委員會議上多所討論外，也特別感謝某些委員額外幫忙修飾，使作業流程終於成形（如附錄四）。值得一提的是，為使擬討論之特材資料一目了然，以方便聚焦，特集眾人智慧訂定其基本資料檢核表（如下頁），而該檢核表也確使討論發揮事半功倍的效果。



健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表

項目	基本資料			檢核結果
1. 自付差額品項	名稱： 許可證字號：_____核准日期：_____功能類別：_____			
2. 國內外上市日期與價格	國家	上市日期	價格	
	我國			
	A 國			
3. 其它國家保險給付情形	國家	保險給付情形		
	A 國			
	B 國			
4. 健保全額給付類似功能特材品項與價格	全額給付特材名稱：_____			
	許可證字號：_____核准日期：_____功能類別：_____			
	全額給付價格：_____			
5. 本品項民眾自付差額之額度	健保給付上限：_____			
	民眾自付差額額度：_____			
6. 本品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	比較項目	健保全額給付類似功能品項	本自付差額品項	
	用途（適應症）			
	相對效果（療效）			
	相對風險（安全性）			
7. 同意將本品項列入自付差額特材之理由	依健保署所訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，本品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： <input type="checkbox"/> 增加耐久性：_____ <input type="checkbox"/> 增加病人使用方便性：_____ <input type="checkbox"/> 有利於監控病情：_____ <input type="checkbox"/> 增加與特定設備或儀器之相容性：_____ <input type="checkbox"/> 因客製化而增加美觀或舒適性：_____			
8. 醫療科技評估（含對健保財務之影響評估）等供參資料	1. 參考資料 1：_____。 2. 參考資料 2：_____。			

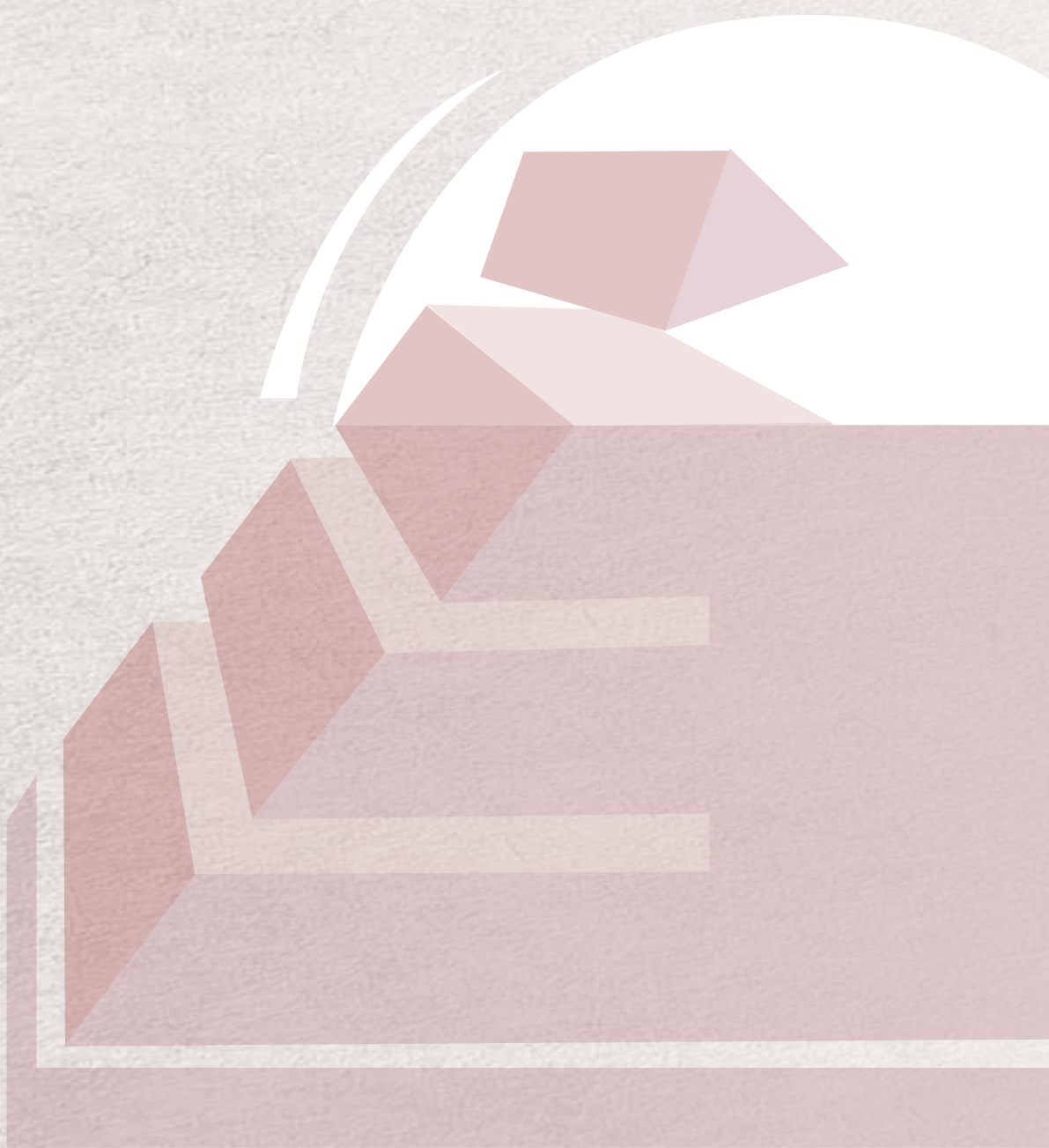
註：1. 針對特材品項之「2. 國內外上市日期與價格」及「3. 其它國家保險給付情形」，請盡可能包含 4～5 個先進國家及 3 個亞洲鄰近國家之資料。

2. 本表可依需要增加內容及篇幅。

考量自付差額特材案有一定複雜度、健保會另有諸多需處理之法定業務，及參考國外對特材案非隨到隨審，而是集中在一定期間處理的經驗，針對自付差額特材案，乃配合年度工作計畫，以上半年、下半年各討論一次為原則，並要求健保署每次提案，都須檢附各品項之醫療科技評估報告（Health Technology


Assessment, HTA），提案資料並於委員會議前一個月先送委員參閱，以利議案之討論。另外也為使制度有改善空間，以期嘉惠民眾，要求健保署於新品項開放半年後須向健保會提報檢討改善情形，而且每年年底都須提出整體檢討報告。







2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



第四章

103年度重點業務 及執行概況

第四章

103 年度重點業務及執行概況

第一節 全民健保監理業務

一、業務內容簡介

健保法第5條明訂，保險業務之監理為健保會應辦事項。為應監理業務之需，健保署除依健保法施行細則第2條規定，按月將承保、財務、醫療等相關表報送健保會，供觀察及分析有無異常趨勢外，並將各表報資料併同當月份的重點業務，彙整為「全民健康保險業務執行報告」，提報健保會委員會議，以讓委員瞭解相關業務的執行情形，並提供建言。另該署也依施行細則第3條規定，就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。

二代健保實施後，不論在財源籌措或醫療支出等制度，都有進行結構性的改革，健保會也體現到不能僅侷限在上述法定事項的監理，而應架構更宏觀、前瞻性的模式，以免落入見樹不見林的個案監理，也才能因應二代健保不同以往的任務與挑戰，並提高監督的角度。

除此之外，健保會在運作一年後，委員基於醫療資源有限，錢應花在刀口上，所以對總額協定後各項計畫/方案的執行，是否達到原預期要求，極為關心，故也將之納入監理範疇，要求健保署針對特定重要議題，提出專題報告，藉以檢視、監測資源配置的妥適性，並

作為該署後續改善參考，期共同策勵健保業務推展。

二、業務執行概況

(一) 建置「全民健康保險業務監理架構與指標」

健保會以學術研究所提出的監理架構與指標做為藍圖，並與法定職掌相扣連，及參酌健保實施多年來的實務經驗，經102至103年期間之努力，終建置完成「全民健康保險業務監理架構與指標」。

1. 委辦研究計畫提供政策建議：

為使所建置的監理指標具有學術理論基礎，於102年委託台灣大學鍾教授國彪進行「建立全民健保業務重要監理指標之研究」，該研究提出4大監理構面，及26項監理指標。

2. 整合健保會職掌及研究建議擬案送會討論：

以研究建議為架構，並整合健保會職掌及參考監理會與費協會曾採用之重要指標、國內外相關文獻、其他學者意見後研提議案，其包含5大監理構面，及21項監理指標：

(1) 監理架構：除研究建議之「效

率」、「醫療品質」、「效果」、「財務」等4大構面外，再加入研究報告審查委員所建議之「公平」構面，以了解民眾在就醫及財務負擔上是否更趨公平，使監理面向更為周延。

(2) 監理指標：

①參用研究建議中具有整體性或國際比較意義的指標，至於個別疾病的指標，基於健保署已針對個別疾病進行監測、審查，因此不予重覆納入。

②考量健保法賦予健保會之任務包括：總額協定分配、討論健保署所擬訂抑制資源不當耗用改善方案及自付差額特材品項等，爰增列其可供監測執行結果的實務面指標。

3. 討論過程中，復就委員關注議題及健保署所提供之實務面建議，酌修指標。

4. 案經健保會103年4月及5月份委員會議討論，獲致如下共識：

(1) 監理架構：包含「效率」、「醫療品質」、「效果」、「公平」、「財務」等5大構面。

(2) 依委員建議新增6項監理指標：

①3項屬「效率」構面指標，包括：各層級醫療院所服務量占率、西醫基層與醫院門診服務病人數及件數占率、藥品費用占率。以利瞭解資源配置及各層級醫院的服務量變化、流動趨勢。

②2項屬「醫療品質」構面指標，包括：醫院病床數、護



理人力指標。以掌握健保病床及護理人力的供給情形。

③1項屬「財務」構面指標：資金運用收益率。以瞭解保險資金管理的效率。

(3) 參考健保署建議，增修訂指標之計算方式與提報時程，以符實務。

(4) 最終涵蓋5大構面，及27項監理指標（詳附錄五）。

5. 請健保署定期提報監理指標：

(1) 該署須依各監理構面之指標及時程（季、半年、年）提報監測結果，以利及時監控。

(2) 依該署103年7月、10月（季提報）及104年1月提供的指標值觀之，各構面均有表現穩定、未大幅波動的指標；部分指標表現正向；也有指標呈現的結果值得進一步探討，略述如下：

①「效率」構面：急性一般病床平均住院天數、高診次保險對象輔導後就診次數等指標，呈現下降趨勢；而癌末病人生前6個月的每人申報費用，可能影響因素眾多，趨勢尚不明顯，此部分值得進一步探討。

②「醫療品質」構面：糖尿病醫療給付改善方案的照護

率、照護連續性等指標，呈現成長趨勢；惟手術傷口感染率則略有上升，須進一步分析原因。

③「公平」構面：醫療資源缺乏地區及山地離島地區之就醫率，在醫院及西醫診所部分，皆高於一般地區；而自付差額特材占率，在各類別項目有逐年增加趨勢，此現象亦須密切關注。

④「效果」構面：各指標表現尚稱穩定。

⑤「財務」構面：各指標呈現二代健保實施後，財務狀況較佳，至資金運用收益率，近3年皆高於五大銀行活儲利率。

(二) 安排專題報告，強化監理功能

1. 安排專題報告

委員除致力於繁重的年度總額協商及費率審議等法定業務（密集於9月至11月）外，也相當關心總額協定後重要計畫/方案的執行，以確保協定事項之落實，及資源配置的合理性。因此，幕僚就委員於會中所提示的重點，配合年度工作計畫時程，安排健保署進行專題報告，使在業務監理的面向發揮更大功能。

專題報告主題	提報時間
1. 103 年度總額其他預算協定事項「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施」規劃情形	103 年 1 月
2. 103 年度醫院總額協定事項「訂定合理調劑量之調整方案」報告	103 年 1 月
3. 103 年度醫院總額協定事項「罕見疾病、血友病藥費」專款項目之執行報告	103 年 4 月
4. 醫院門、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	103 年 5 月
5. 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案（草案）」	103 年 6 月
6. 健保代位求償執行情形與成效	103 年 6 月
7. 「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形	103 年 6 月
8. 103 年度各部門總額協定事項重要計畫（含專款）之執行情形	103 年 7 月
9. 健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行報告	103 年 8 月
10. 全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析	103 年 8 月
11. 103 年度醫院總額「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」協商因素項目之執行情形	103 年 8 月
12. 102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效報告	103 年 10 月



2. 對專題報告提供建議

針對專題報告，委員也提出諸多建議，供健保署執行、改善參考。例如，對罕見疾病、血友病藥費成長快速的現象，要求健保署進一步分析原因，並研擬因應策略；對健保代位求償獲償比率不高的情形，請健保署於非強制保險部分，研議有無行使代位求償的機制，以符公平正義；對「全民健康保險藥品費用分配比率目標制試辦計畫」，除建議應提出實施成效的檢討評估報告，也關心藥價調整後的效應，是否有因醫療院所換藥情形而損及民眾權益等事項。

(三) 法定監理業務

健保署於103年3月及4月份委員會

議，依法提送「102年度決算報告」及「104年度預算報告」備查案，並獲同意。該署按月提報的「全民健康保險業務執行報告」，仍沿用102年方式，採按季（每年1、4、7、10月）口頭報告的方式辦理；惟不論有無進行口頭報告，委員均可就權責範圍，請健保署提供相關資料或說明。

對於「全民健康保險業務執行報告」，委員除關心健保法施行細則第2條規定，有關承保、財務、醫療等業務的變化趨勢外，也要求健保署就重要的事項，如：保險病床變動、重大傷病醫療利用、共同擬訂會議通過的新增品項等事項（如下表），定期納入業務執行報告提報。

納入「全民健康保險業務執行報告」事項	提報時程
1. 共同擬訂會議所通過之新增品項利用情形及財務影響（103年第2次會議決議）	每半年（1、7月）
2. 醫院總額各分區三層級醫院之門、住診平均點值與浮動點值等資料（增列各分區各層級資料）（103年第7次會議決定）	按季（1、4、7、10月）
3. 重大傷病醫療利用情形（103年第7次會議決定）	每半年（1、7月）
4. 保險病床變動情形於每年2月及8月提報（103年第7次會議決定）	每半年（2、8月）
5. 若有相關法規經修正或擬修正，而致原非由全民健保給付（如依其他法令須由政府負擔）之費用，可能轉由全民健保總額預算支應之情形（103年第12次會議決定）	即時、主動於最近之委員會議提報。

第二節 總額之協議訂定及分配

一、業務內容簡介

二代健保實施後，健保會除以對等方式協商總額外，尚依法對衛福部（主管機關）擬報行政院核定之年度總額範圍，提供諮詢意見。

總額協商作業大致可分為準備、溝通與協商等三階段。準備階段，幕僚除就協商的共通性原則與架構擬案，提委員會議討論定案後據

以執行外，同時也須籌辦前一年度總額執行成果之評核會議。溝通階段，則密集辦理總額協商前的會前會；請各總額部門研提協商草案，依委員需求準備協商相關數據，以便有完整資訊供協商參用，使後續協商順利。協商階段，則是保險付費者與醫事服務提供者，買賣雙方實質的協商，協定結果報請衛福部核定後公告實施。

茲以簡圖說明總額協商作業流程：



二、業務執行概況

為期順利完成104年度醫療給付費用總額之協定與分配，於103年3月至12月期間，密集進行各項相關工作。

(一) 提供衛福部諮詢總額範圍之意見

依據健保法第60條，衛福部對所擬訂之年度總額範圍，須先諮詢健保會意見後再報行政院核定，爰於4月下旬函送「104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，衛福部此次擬訂之總額成長率範圍在1.772%~5.011%之間，該低推估值（1.772%）是以「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」等客觀的基本成長因子及公式計算而得；高推估值（5.011%）是由低

推估值加上衛福部指示的政策目標、健保署擬推動的照護計畫，及四總額部門所提計畫等推估而得。

本諮詢案於4月份委員會議前1天下午才送達，委員並無時間了解內容，因此由幕僚在會後以書面方式，徵詢委員意見。委員除對低推估、高推估內涵提供衛福部相關建議外，也認為基期費用（即103年度總額）已高達5,700多億元，應就其分配的合理性進行檢討，若有不合理之處，則應予調整；另外，也建請衛福部，若須諮詢健保會意見，則議案送會時間應提早，以利研讀。

(二) 召開總額執行成果評核會議

為檢視總額計畫之執行是否符合預算規劃、落實檢討與回饋機制，及確保醫療服務品質，總額支付制度自實施初



期，即建立評核制度，在協商次年度總額前，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），安排評核委員就四部門（牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院）總額一般服務、專款項目之執行成效進行評核。評核會議也廣邀民間團體、病友團體及相關機關（構）等與會，共同檢視總額執行績效並提供建言。評核結果優異部門，可於次年總額獲得獎勵，會議中的檢討、改善建議，則列為總額協商的重要參據。

1. 評核作業

依健保會103年3月份委員會議議定之「各部門總額執行成果評核作業方式」（附錄十二），103年之評核會議於7月30、31日召開，共邀請7位熟稔總額支付制度的專家學者擔任評核委員，針對前一年度各

部門總額之執行成果進行評核。

評核是一件艱鉅的工作，評核委員事前須先看過健保署及四部門所送共八冊之報告；再於對外開放的第一天及第二天上午之會議中，聽取健保署與部門之簡報，並做評論。一天半的發表會議結束後，評核委員再於第二天下午進行閉門會議，針對各部門102年度執行的26項專案計畫/方案、一般服務、104年度總額協商時應優先處理議題等，提供共識建議。

(1) 26項專案計畫/方案之評核

就預期目標的達成度、醫療服務效益與效率等面向，進行討論與評分，並對各項專案計畫/方案是否續辦，及經費增減等提出下列共識建議。

總額別	總項數	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		3				3			
中醫門診	4		1	2	1		1	2	1	
西醫基層	3		2				1	1		「慢性B型及C型肝炎治療計畫」1項，建議回歸一般服務項目。
醫院	3		2	1			2	1		
西醫跨部門專案及其他預算	13	1	8	3		1	8	3		「論人計酬試辦計畫」1項，視執行成效評估之結果，再決定是否續辦。
合計	26	1	16	6	1	1	15	7	1	2

(2) 一般服務之評核

一般服務費用占率高達90%以上，更應評估其執行情形，也為回應健保會委員於諮詢會議所提，總額基期應予檢討之意見。爰除延續過去檢視一般服務作業方式，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、醫療服務品質之提升，與總額管理效能等面向外，新增對各部門一般服務（協商因素）之建議（如下）：

部門別	評核委員建議
牙醫門診總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 為釐清各科別之照護，宜請健保署分析口腔癌統合照護計畫所提供照護情形。 2. 建議增加「自然牙保留狀況」相關之品質指標。 3. 建議健保署分析就醫率之增加，究為預防性或治療性醫療服務增加所致。
中醫門診總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 小兒腦性麻痺及氣喘緩解期照護試辦計畫，回歸一般服務後，其執行數明顯減少（約 2/3），建議減列 1,800 萬元。 2. 地區預算分配方式，宜漸進調升分配公式中之「人口占率」，使分配朝「錢跟著人走」之政策方向前進，以均衡資源，保障民眾就醫公平性。 3. 品質保證保留款分配方式宜以品質相關指標作為獎勵依據，俾使分配更具鑑別力，並真正提升醫療品質。
西醫基層 / 醫院總額	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新增醫療科技項目（包括藥品、特材及新增項目）及預算之提出，須依據醫療科技評估（HTA）的結果。 2. 支付標準調整宜以預算中平為原則。 3. 品質保證保留款分配方式宜以品質相關指標作為獎勵依據，俾使分配更具鑑別力，並真正提升醫療品質。
門診透析服務	預算協商時，宜同步檢討其支付標準之合理性。

(3) 對104年度總額協商之建議

- ①未來各試辦計畫或專案計畫宜朝整合方向規劃，並回歸以提供民眾醫療服務為意旨。
- ②檢討過去協商因素項目執行情形，若成效不佳，則預算應扣減，甚或處理基期費用。
- ③「醫療服務成本及人口因素」成長率，應適度用於調整支付標準，尤其是人力或物價相關項目上。

2. 評核結果

103年各總額部門之評核結果，所獲等級分別為：牙醫「優」、西醫基層及醫院「良」、中醫門診「可」；良級以上部門並依等級，酌給104年度品質保證保留款，以茲獎勵。

(三) 協議訂定104年度總額及其分配方式

總額協商作業自費協會時期迄今，已運作十餘年，保險付費者與醫事服務提供者代表，均希望遊戲規則須公開、透明且事先定好，不可臨時要求變更。所以，幕僚會參考過去經驗，擬具協商架構、通則、程序等相關事項，提請委員會議議定，以為協商時之參據。

1. 協商前置作業：4~6月間議定各項遊戲規則

- (1) 協商架構：包含①總額計算公式、②醫療服務成本及人口因素計算公式（即非協商因素，採行政院所核定總額範圍中，低推估值之計算公式，反映醫療費用自然成長；不須協商）、③協商因素項目（各部門總額所提計畫與預算、健保



署擬推動的健康照護計畫，及配合政策推動所需項目等；經由協商訂定）、④專款項目（針對特定項目採零基預算直接協定額度，不能流用至其他項目）。

(2) 協商通則：各部門總額在費用基期、非協商因素、協商因素及專款項目等，所一體適用的共通性原則。104年針對試辦性計畫部分，增列「須提出評估報告供委員於協商時參考」通則，以利評估是否啟動退場機制。

(3) 協商程序：總額協商係先召開共識會議，結論再提委員會議確認，所以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）與可用的協商時間、共識會議進

行原則，以及各方未能達成共識時的處理方式等事項，在在希望雙方能於合意的對等氛圍下順利完成協商。針對103年度總額重啟協商的殷鑑，104年度總額依多數委員意見，在正式協商前多召開會前溝通會議，事先凝聚共識，並立下「若未能於安排時限內達成共識，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁決，不再重啟協商」規則。

2. 編具協商所需資料冊

為有科學化的參考數據供年度總額協商參用，就各部門總額專案計畫/方案執行情形，彙編「103年全民健保各部門總額執行成果摘要」；蒐集付費能力與醫療供需、各部門總額之民眾醫療利用概況、滿意



度、自付費用及醫療服務品質等相關資料，編具「103年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽」，該要覽並置於本會網頁，供各界瞭解各部門總額的執行情形。

3. 協商會前會

在正式協商會議之前，先籌辦相關會前會，利用一次次的說明、溝通與討論，促進委員對協商內容的了解，將有利於總額協定工作之完成。

(1) 除照往例，在8月份委員會議後，安排各總額部門及健保署分別報告所規劃的104年度總額協商草案外，並加開一場座談會，期付費者代表更瞭解醫界訴求，及雙方有較多時間交換意見，為協商暖身。委員經過兩次會議，對資料有進一步需求，健保署及健保會同仁也都盡力準備相關資料供參用。

(2) 9月中旬，召開「104年度全民健保總額協商保險付費者代表、專家學者與公正人士及政府機關代表委員座談會」，健保署就委員於8月份會議所提意見，補充協商草案內容及說明，經此座談會，大家對政策方向及如何落實有更進一步了解，有利協商。

4. 召開104年度總額協商會議

衛福部交付健保會在行政院所核定之104年度總額成長率範圍內（1.772%~4.75%）及依所定的政策方向進行協定分配（衛福部原擬訂1.772%~5.011%，行政院核定時對上限酌減0.261%）。健保會於103年9月26、27日召開正式協商會議（包含共識會議和委員會會議）。26日是共識會議，由各總額部門代表分別與付費者代表之委員進行協商，過程中雙方均可視需要，要求暫停協商，以進行內部閉門會議；雙方的閉門會議可邀請專家學者及公正人士之委員加入，以提供諮詢意見。

由於共識會議前舉辦過2場會前會，委員對協商草案已有所掌握，爰可針對爭議性項目進一步討論及聚焦，雙方代表也充分運用內部閉門會議，取得共識。值得一提的是，醫院部門主動釋出善意，調降其協商草案之成長率上限，使落在行政院核定上限內，讓協商有好的開始；付費者代表也非常有誠意，願意就103年度總額最大爭執點（放寬Lucentis及Statins藥品使用規範對醫療費用之影響），再審慎思考，幾經權衡，終同意於醫院、西醫基層總額之「其他醫療服

務利用及密集度之改變」項目編列預算，並將「在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有健保法第26條第2款之情事，則不適用」列為協定事項。

在歷經近20小時馬拉松式協商會議後，中醫門診、牙醫門診、醫院、西醫基層總額及其他預算，終均達成共識，也於次日（9月27日）委員會議完成確認，104年度總額協商獲得圓滿結果。

5. 地區預算分配

四總額部門完成年度總額成長率協定後，尚須進行地區預算分配。所謂地區預算分配，是以「錢跟著人走」的概念，對四部門總額依健保署6分區校正人口風險因子（考量因素包括人口數、年齡性別結構、標準化死亡比等）後的保險對象人數做分配。而為避免對各區既有醫療費用產生過大衝擊，地區預算以「各地區在總額實施前一年之醫療費用」和「各地區校正人口風險後保險對象人數」兩參數設定之比率

計算（分配），並逐年漸進增加人口占率，最終須在規劃年限內達成預算100%依校正後保險對象人數分配的目標。

地區預算100%以人口分配，牙醫門診總額在95年即達標；中醫門診總額採試辦方案已近10年，人口占率一直無法往前推展，付費者委員乃要求其提高，否則收回部分預算。104年度總額的地區預算分配的人口占率，中醫門診總額最終由6%提高至7%；醫院總額之住診服務，由40%提高至41%，門診服務維持46%；西醫基層總額則維持65%。

三、104年度總額成長率協定與核定結果

協定結果依法報衛福部核定，經103年12月函復「所報104年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式案，同意照辦」，並由健保會於103年12月25日公告（如附錄六）。核定結果如下表，總成長率較103年（3.275%）略高。

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	年度總成長
成長率 (總額預估值)	2.14% (約 392 億元)	2.124% (約 221 億元)	3.191% (約 1,173 億元)	3.659% (約 4,010 億元)	113 億元	3.430% (約 5,908 億元)

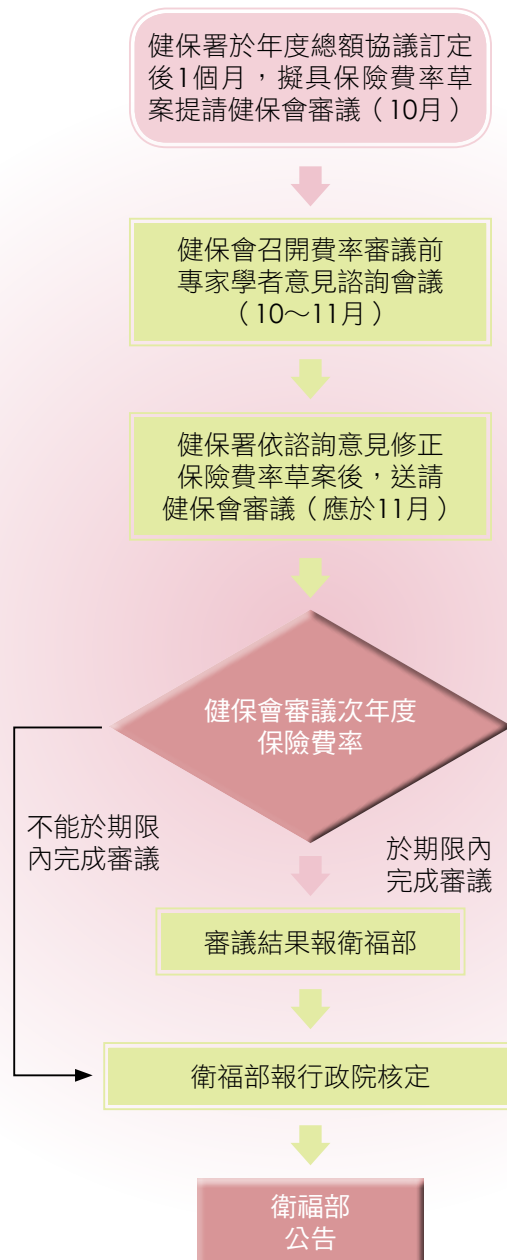
註：各部門及年度總額為預估值，最終仍以健保署結算資料為準。

第三節 保險費率之審議

一、業務內容簡介

保險費率審議是二代健保實施後，賦予健保會的新任務，相關規範訂於健保法第24條，主要內容如下圖：

健保會於102年11月首次進行保險費率審議事項，並同意健保署所提103年度之建議方案，一般保險費率維持4.91%，審議結果經衛福部轉報行政院後，獲行政院核定同意。103年度健保財務在一般保險費率4.91%，及補充保險費率2%的情況下，執行結果為：保



費收入（含滯納金）5,431.37億元、收支結餘487.24億元、累計安全準備1,233.06億元。該安全準備相當於2.85個月的保險給付支出，符合健保法第78條「本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付支出為原則」之規定。

二、業務執行概況

103年依法定程序，審議健保署所提104年度保險費率方案，惟保險付費者之雇主代表認為安全準備充裕，於是併同提出希望調降費率的訴求，過程說明如下：

（一）召開費率審議前意見諮詢會議

健保署於103年10月底提送104年度保險費率方案（草案），健保會旋即於11月6日召開「104年度保險費率審議前意見諮詢會議」，依法邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，並邀請健保會委員列席。經討論後，提出下列意見，供健保

署修正草案參考：

1. 以5年平衡費率為參考依據時，相關假設需嚴謹合理且充分揭露方案內容應補強包括納保人口成長率、平均眷口數、補充保險費、保險給付支出及安全準備等項目之推估與說明。

2. 大多數學者專家建議一般保險費率維持4.91%

健保署以現況條件評估，未來5年平衡費率與現行費率相當，考量將來保險支出成長仍高於收入成長、保險費率易降難升，以及未來健保仍面臨諸多不確定風險，為避免保險費率頻繁變動，多數學者專家建議，104年一般保險費率應維持現行4.91%水準。

3. 其他建議

多位學者專家認為應依法辦理平均眷口數之調整，且在目前財務狀況

相對良好情形下，宜進行提升制度公平性、效率性及永續性的改革，如調降計費眷口數及改善醫療資源分配等議題。

(二) 保險費率方案之審議與結果

健保署參考上述意見，修訂104年度保險費率方案（草案）後，提請11月份委員會議審議。惟會上同時有保險付費者之雇主代表提案，建請衛福部依健保法第18條及第24條規定，將全民健康保險一般保險費率由4.91%調降為4.58%，並自104年1月1日生效。

經併案討論，委員分別從政策、法律、財務、社會環境及保險對象權益等面向，就費率究竟維持或調降，提出不同看法，最後在衡酌各方意見，及尊重「104年度費率審議前意見諮詢會議」中大多數專家學者經深思熟慮後之建議，同意依健保署所提建議，104年度一般保險費率，維持現行之4.91%不

調整。

至5位保險付費者之雇主代表委員所提「現行健保安全準備尚稱充裕，建議104年度全民健康保險費率應調降為4.58%，並自104年元月1日生效」之建議案，則列為不同意見陳述，併報衛福部參考。

針對104年度一般保險費率，行政院除於103年12月31日核定維持現行之4.91%不予調整外，並請相關單位檢討全民健保各項開源節流措施，妥適對外說明健保制度運作狀況，在兼顧財務穩健的原則下，參考各界意見，持續規劃健保改革制度之各項作業。



第四節 保險給付範圍之審議

一、業務內容簡介

保險給付範圍審議也是健保會的新任務。考量財務收支失衡時，除調高保險費外，也可藉由縮減給付來因應，因此二代健保乃將給付範圍得以調整的規定入法，並賦予健保會審議之責。相關規定略以：

- (一) 健保法第26條：當「安全準備低於一個月之保險給付總額」或「因增減給付項目、給付內容、給付標準，致影響財務平衡」時，健保署須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。
- (二) 健保法第51條：除法明定之不給付項目外，若有其他健保署擬訂，經健保會審議，報衛福部核定公告之診療服務及藥物，則也列為不給付項目。

依據健保法之規定，「給付範圍之審議」及「醫療服務與藥物等個別給付項目之擬訂」權責分屬健保會及健保署，但對「給付範圍」並未有明確定義。因此，實務運作上，尚有兩者權責如何區別、認定等疑慮。為落實二代健保所設計給付範圍審議之運作機制，從中定位健保會所扮演的角色及應發揮的功能，除參採委託研究所研擬的相關機制作為前導外，也透過議案的討論，逐步釐清健保會與健保署的權責，期待未來在給付範圍審議的法定事項，能建立可行的決策模式。

二、業務執行概況

- (一) 委辦「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」研究計畫

監理會（102年與費協會整合為健保會）時期，因體察到保險給付範圍審議為二代健保將賦予健保會的新任務，



無過去運作經驗可供參考，有必要預為規劃合理的審議機制，及資源配置的優先順序模式。乃於101~102年期間委託陽明大學李教授玉春辦理「建構全民健保醫療給付調整之審議機制」研究計畫，並在健保會103年3月份委員會議中，邀請李教授蒞會說明研究成果，供委員參考。

經李教授報告後，委員肯定該研究在「給付範圍審議之啟動時機與適用範圍」、「給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連」、「給付範圍審議之架構及流程與原則」等面向所提的相關見解與建議。研究團隊就委員垂詢，提出下列建議，供業務運作之參：

1. 年度總額除協商「新增」預算外，宜就「既有」五千多億的總額，檢討給付項目的效益、釐清無效醫療

並善用該資源，及導引民眾自我照護等。建議於年度總額協商時，請健保署同時提出資源配置方案，供併案協議訂定總額，才有機會在有限資源下，創造出更多的協商空間。

2. 為建立健保會於保險給付範圍之審議機制，相關單位有必要共謀審議原則及操作方式。
3. 宜定期檢討總額協商架構，尤應建立新藥、新科技引進後所產生影響之對應機制。

該研究之豐碩成果為後續給付範圍審議機制形成，提供重要參考。

(二) 釐清健保會與健保署共擬會議之權責

健保法第41條第1項及第2項規定略以：「『醫療服務給付項目及支付標準』、『藥物給付項目及支付標準』，由保險人與相關機關、專家學者、被保



險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布」，健保署因此設立「醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」、「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」（下稱共擬會議），以辦理相關事宜。醫療服務、藥物給付項目與支付標準，由共擬會議擬訂，並無疑義，惟因共擬會議主要是在健保會協定的年度總額預算內，擬訂給付項目或進行給付範圍調整，因此，在新藥及擴增給付內容的相關議案上，醫界代表常擔憂其可能影響總額財務（點數增加，會相對降低點值），而採保守態度。兩年運作下來，大多僅通過臨床價值相近於健保已收載項目且財務影響較小的新藥；至於臨床療效有明顯改善之突破創新新藥，則因財務影響

較大而較少通過審查。新藥引進與財務考量的兩難局面，致民眾用藥的可近性也受到影響。

同時擔任健保署共擬會議代表的健保會委員，鑑於資訊透明是解決困境的第一步，在健保會103年2月份委員會會議提議，請健保署報告二代健保實施以來，共擬會議所通過新藥的引進情況，經討論，委員認為健保會與共擬會議，依法各有所掌，宜各司其職；惟為利委員了解新藥的給付情形及對費用影響，請健保署將共擬會議通過的新增品項、財務影響等資料，列入例行「全民健康保險業務執行報告」中，並每季口頭報告及說明，但共擬會議的困境，似仍無法有效解決。

健保會2月份委員會會議，雖清楚闡



述兩個會議應依法各司其職，但健保署仍於健保會103年11月份委員會議，提出4項擴增藥品給付範圍案，希望能以103或104年度總額預算支應所需經費，亦即財務問題獲得處理。議案經討論過程，委員認為應從「健保法授權」的角度釐清健保會與健保署共擬會議的權責及分工：

1. 依健保法第61條第4項規定，年度總額及分配方式訂定後，健保署應遴聘保險付費者與醫事服務提供者代表及專家學者，研商及推動總額支付制度，因此健保署應在核（協）定的總額內，辦理新增診療項目、新藥、新特材等給付項目之調整。
2. 依健保法第5條，「保險給付範圍之審議」屬健保會應辦事項，其發生條件係依據健保法第26條，當有「保險之安全準備低於一個月之保險給付總額」或「保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務之平衡」情形之一，健保署才須擬訂「調整保險給付範圍方案」，提健保會審議，審議結果報衛福部轉報行政院核定。

依健保法授權的觀點，提健保會的給付範圍調整案，應屬大範圍而非個別項目的給付內容調整，健保署所提的4項藥品給付範圍擴增案，很明確係屬其

共擬會議的權責。另外，104年度總額已編列「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目與預算，足以支應放寬藥品適應症所增加的費用，財源並無問題，所以該案最後請健保署依104年度總額核（協）定事項，及健保法第41條及第42條相關規定妥處。

透過議案的討論過程，兩個會議的權責應會日漸清楚。

（三）建構「給付項目調整」與「年度總額」之扣連機制

總額支付制度實施後，為避免新醫療科技的引進受影響，歷年的協商因素均編列「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」項目預算。然二代健保實施後，由於給付項目的擬訂，須提健保署共擬會議討論，所以兩年運作下來，確實產生因相關規範不明



確而引發如前述在藥物引進與擔心總額點值受衝擊的兩難困境。

為落實給付項目之新增或調整，能與年度總額互相扣連，促使資源配置發揮效益，也希望透過妥善的規劃及管控，使現行運作更為順遂，幕僚乃擬具相關運作機制（詳附錄七），提7月份委員會議討論，多數委員認為該運作機制具有正面、積極意義，因此同意其所列原則及方向（如下）。但請幕僚與健保署研擬細部操作方案，以使之更周延及符合實務所需。

1. 調整給付項目所需年度財源，應於擬訂報院總額範圍時預為安置。
2. 主管機關交付總額協定時，給付項目調整之政策宜具體明確。

3. 保險人研提之總額協商方案，應有整體規劃及經費預估。
4. 依總額核定事項落實與管控給付項目之調整。
5. 總額協定計畫執行結果之檢討。

經幕僚擬具「全民健康保險年度總額對給付項目調整之處理機制（草案）」，並請健保署提供執行面之建議後，提103年12月份委員會議討論。考量該次會議為健保會第一屆委員最後一次委員會議，為使該案處理機制更為周延，以利運用，會中乃決議請幕僚再徵詢委員意見並予彙整後，提下屆委員會議討論。該機制若能順利取得付費者與醫事服務提供者代表委員之共識，應有助解決目前健保署共擬會議所面臨的困境，使醫療給付調整的機制更上軌道。



第五節 政策與法規諮詢事項

一、業務內容簡介

依健保法第5條，保險政策、法規之研究與諮詢為健保會應辦事項之一，所以衛福部、健保署對涉及多數民眾權益的健保相關政策或法規，會希望透過健保會的溝通平台，諮詢各方意見，以使其更為周延、完善。此外，健保法也規定須保險人同意之自付差額特殊材料品項（第45條），保險人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）及醫療品質資訊公開辦法（第74條）等都須提健保會討論，以蒐集各方意見，擴大社會參與健保事務的層面。

二、業務執行概況

（一）被保險人平均眷屬人數諮詢案

每位被保險人的眷屬人數不定，其所屬投保單位（包括政府）須負擔的

眷屬人數，因此用平均的概念，健保法第29條乃規定，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，依各該被保險人實際眷屬人數平均計算之（即俗稱的平均眷口數）。該平均眷口數並由健保署每年公告（訂於健保法施行細則中）。平均眷口數於開辦初期為1.36人，後經5次公告調整，分別為85年1月（1.1人）、85年10月（0.95人）、87年3月（0.88人）、90年1月（0.78人）、96年1月（0.70人）。

103年9月1日媒體批露，六大工商團體因近年少子化趨勢，被保險人眷屬隨之減少，所以發出聯合聲明：平均眷口數已多年未檢討調整，讓雇主超額負擔保費，已對雇主增加不合理之勞動成本，考量健保安全準備截至103年第1季，累計已達1千億元規模，故籲請政府應儘速修正雇主負擔員工健保費之計



費標準，將現行被保險人平均眷屬人數0.7人，調降為0.6人。

工商團體除在媒體聯合聲明外，也函請衛福部調降平均眷口數。衛福部認為「全民健保平均眷口數，應提健保會討論形成共識後辦理」，責成健保署提會，健保署乃於103年10月份委員會議提案諮詢委員意見。依健保署於提案中的分析，該署認為平均眷口數之調整，需併同考量健保財務平衡，若調降，對健保財務將造成影響，採行現行公告的0.7人，尚屬維持財務中平的因應方案。而保險付費者之雇主代表在該次委員會議也提出工商團體的主張：補充保險費的收取超出預估，且多半（近200億）由雇主支付，而計收一般保費之基礎「平均眷口數」，又不照實計算，對雇主十分不公平，所以提案要求健保署儘速調降「已公告7年未修正」的平均眷屬人數，以改善投保單位不合理負擔保費的問題。

為求謹慎，請健保署補充眷口數計算及財務影響等分析資料，於11月份委員會議續就兩案進行討論，健保署此次所提供102年實際平均眷口數為0.62人；會中有發言的委員，認為該據實繳較合理。考量工商團體的訴求有其立論基礎，且目前安全準備還算充裕、調整眷口數健保財務尚能支撐的情況下，建請健保署應依健保法施行細則第68

條公告健保法第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」。本案健保署參酌多數發言委員意見，於103年12月23日公告平均眷口數為0.62人，自104年1月1日起施行。

（二）保險對象自行負擔醫療費用諮詢案

「大病看大醫院、小病看小醫院的分級醫療」、「使用者付費」、「珍惜有限資源、抑制醫療浪費」等概念普獲社會認同，但執行起來並不容易。健保也想透過轉診及層級別就醫自行負擔（俗稱部分負擔）的差異化來達到分級醫療目標，所以健保法規定保險對象應自行負擔門診或急診費用之20%，而不經轉診，直接到地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，則須自行負擔30%、40%及50%費用（定率式部分負擔），但大醫院的門診、急診依然門庭若市。政府體系並非不想解決問題，健保署在102年7月之健保會委員會議提出包含「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」等五項之門診部分負擔調整方案，但多數委員認為二代健保才施行半年，財務尚可，不須以調整部分負擔來增加財源，且健保署提供之相關數據與理由不具說服力，所以未予支持，並請健保署重新評估後，若確有調整需要，再擇期提出。

依健保法第43條規定，保險對象自行負擔（部分負擔）之費用，除採定率方式外，衛福部於必要時，得依診所及各級醫院前一年門診平均費用及法定比率，以定額方式收取，並每年公告其金額。目前部分負擔係採定額方式，換算比率大約是11%（小於法定20%）。某些醫界人士認為地區醫院日漸萎縮，和不落實健保法第43條的轉診制度與部分負擔應收比率有極大關係，所以一再訴求依法行政。健保會部分醫界代表最近一次是在103年8月份委員會議提出「現行主管機關公告之保險對象門診、急診自行負擔金額，悖離健保法第43條之精神，並有鼓勵民眾前往高層級特約機構就醫而造成健保醫療費用增加，應予立即檢討改正」臨時提案。然多數委員認為，健保法第43條並非新規定（一代健保列於第33條），於健

保施行即將滿二十年之際，仍無法全然落實，必然有其主客觀因素，所以建請衛福部審酌社會整體環境，檢討該法條之可行性及可改善之處；並請健保署檢討現行自行負擔費用的合理性，於諮詢各界意見後研擬可行方案，在年底前提會討論。

健保署在12月10日邀集專家學者及各界代表，召開「保險對象應自行負擔費用之合理性」諮詢會議，各界對是否調整的看法並不一致，該署於是彙整各方意見後，提健保會12月份委員會議。該提案在健保會委員會議前，媒體已有所報導，所以頗受社會關注。一般認為，若依法用定率方式收取，會大幅增加民眾直接到醫院就醫的部分負擔；亦有民眾透過投書方式，表達反對調漲之意見，主要理由是，部分基層醫療院所，水準不佳，自己和親友都有飽受折



磨，最後都是到大醫院才好轉的經驗，所以不能規定應先至基層院所就醫及調升部分負擔費用。

該案經充分溝通，付費者委員一致認為現今的社會氛圍，及健保財務尚可的情況下，不建議調整；而醫界委員則認為應該調整，並有相關的配套措施。最後決議：對於是否調整保險對象應自

行負擔費用，尚未有可供決策參考的一致看法，但基於健保會為保險事務溝通平台，乃綜整保險付費者、醫事服務提供者代表委員的意見（如下表），供衛福部及健保署參酌。

部分負擔調整的議題仍會被提出，但最後還是必須視社會氛圍尋求大家的共識。

檢討「保險對象應自行負擔費用之合理性案」之委員意見彙整表

代表類別	表達意見
保險付費者代表	<p>傾向不調整</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 調整自行負擔應顧及民眾觀感及社會氛圍，且目前健保財務尚佳，建議維持現況。 2. 調高自行負擔費用，等同調漲費率，目前健保尚有盈餘，在不調降費率的情況下，調整自行負擔費用，沒有正當性。 3. 目前已有約 72% 的保險對象穩定地在基層診所就醫，至於分級醫療及轉診比率應多少才合理，並無定論。 4. 過去曾多次調整自行負擔費用，但似乎未顯現落實分級醫療及轉診制度之效果，若要調整，應提出更多佐證數據支持。 5. 在自由競爭的市場下，調高自行負擔費用，並不影響經濟富裕者前往大醫院看病，反而造成經濟弱勢者的就醫障礙，形同懲罰弱勢民眾。 6. 單靠調整自行負擔無法落實分級醫療，也無法解決地區醫院面臨的困境，健保署應該從長計議，整體考量相關配套措施，如透過垂直整合方案、急診品質提升方案等，引導輕症病患轉至地區醫院，及解決急診壅塞等問題。
保險醫事服務提供者代表	<p>傾向調整</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 衛福部應依法行政，依健保法第 43 條規定，收取保險對象應自行負擔費用，及落實該條文之分級醫療、轉診制度。 2. 目前自行負擔費用比率（11.8%）與法定比率（最低 20%）差距甚大，並已多年未調整，致產生許多問題（如檢傷分類第 4、5 級病人，為求方便，湧至急診就醫）。 3. 若無法一次調整到位，可先調整部分項目（如急診），並要有相關配套措施，如推動急性後期照護計畫，促使落實分級醫療。 4. 贊成門診依健保法第 43 條第 3 項，必要時得以定額方式收取，但須依照各級醫院前一年平均門診費用及第 1 項所定的比率計算。 5. 對經濟弱勢者，可採行配套措施，如設定自行負擔費用上限，或予以減免。

(三) 自付差額特殊材料品項之討論 (第45條)

資源有限，健保署對於藥物是否納入健保給付項目時，必須考量「療效」與「成本」是否符合效益（健保法第42條）。若是「療效好、價格便宜」，無庸置疑會優先納入健保全額給付項目；但若屬「療效低、價格昂貴」項目，通常不會給付；至於「療效略佳、價格昂貴」項目，以往若無法納入健保給付則須全額自費，但二代健保對經醫師認定有醫療需要的特材，允許民眾自付差額，以增加就醫時的選擇權，及減少財務負擔。

健保法第45條雖規定健保署同意

之特殊醫材，於提健保會討論，報主管機關核定公告後，納為自付差額項目；民眾若選用各該品項，只要自付差額而不須全額負擔。但若自付差額的項目過多，恐有加重民眾財務負擔之虞，並失去保險的意義。因此，慎選自付差額特材品項，避免流於浮濫，是健保會關切的重點。

103年健保署提會討論的自付差額特材案計4項，委員關切重點在「自付差額特材品項」與「健保全額給付類似功能品項」，於相對價格、效果等方面的差異；「民眾自付金額」與「獲得的效益」是否等值？另外，考量特材品項推陳出新，療效與成本效益不確定性

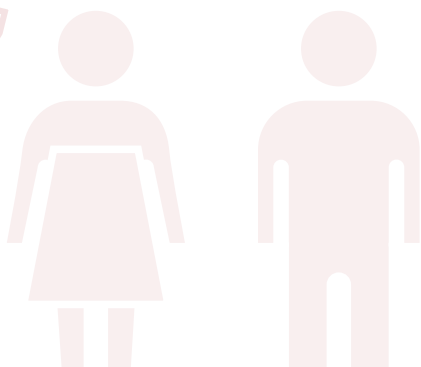


高，因此，要求健保署提案時，應檢附嚴謹的醫療科技評估報告，以利為民眾把關。

對該4項自付差額特材，健保會委

員均十分審慎的討論，除顱顏骨固定系統案，尚須健保署補充資料後再議外，另3案討論結果摘要如下表：

廠商申請品項	用途及健保署同意理由	健保會討論結果
牛心瓣膜	<ul style="list-style-type: none"> ■用於心臟瓣膜置換病人 ■較健保全額給付同功能的豬心瓣膜，有較長的置換年限 	<ol style="list-style-type: none"> 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。
組織瓣膜 (牛心瓣膜與豬心包膜支架)	<ul style="list-style-type: none"> ■用於心臟瓣膜置換病人 ■較健保全額給付同功能的豬心瓣膜，其耐用及抗鈣化效果佳。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 依據健保署提供的資料，本特材與上述牛心瓣膜屬類似功能品項，多數委員乃不反對本案。 2. 惟多數委員認為其建議價格過高。因此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，原則支持本案。
可調式腦積水引流系統	<ul style="list-style-type: none"> ■用於水腦病人 ■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，可減少相關併發症。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本案未提供醫療科技的評估資料供參。就所提供的資料，該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。



(四) 「抑制資源不當耗用改善方案」之討論
(第72條)

為減少無效醫療等不當耗用健保資源之情形，健保署須依健保法第72條規定，擬訂年度抑制資源不當耗用改善方案提健保會討論，並參酌委員建議修訂方案後，報奉衛福部核定實施。103年度方案主要以加強全民健保教育宣導、減少無效醫療耗用、高耗用醫療項目管控、推動多重疾病整合醫療等九大面向為推動策略。

健保會為了解執行成效，請健保署於10月份會議進行103年度方案之專案報告。委員除肯定健保署對改善資源不當耗用的努力外，也認同各項措施都需推動一段時程才能顯現成效，而此計畫才施行半年，已稍見管控成效，所以僅建議小幅增修訂部分指標及名稱，並請該署持續推動，期一段時間後，效能更顯著。

針對健保署所擬訂「104年度抑制資源不當耗用改善方案(草案)」，健保會經充分討論後原則尊重，惟站在珍惜健保資源立場，建議方案宜繼續加強教育民眾正確的就醫觀念與生活習慣、管控不當的醫療與用藥，及落實多重疾病患者的整合照護等事項。健保署依健保會意見修訂方案(草案)報衛福部，衛福部並於103年12月17日核定。

「104年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」如附錄八。

(五) 「醫療品質資訊公開事項」之討論(第74條)

為增加健保醫療品質資訊之公開透明，102年健保署已依健保法第74條規定，擬訂「醫療品質資訊公開辦法」，提健保會討論並於102年8月奉衛福部核定發布施行。該辦法第2條規定，保險人應定期公開之品質資訊包括「整體性之醫療品質資訊」及「機構別之醫療品質資訊」，所公開之指標共132項(列於辦法之附表一、二)，相關資訊已登載於健保署網站。

目前公開之醫療品質資訊，除可供民眾了解各總額或各種疾病別(糖尿病、人工膝關節手術…)的整體性醫療品質外，也可查詢各醫療院所之品質指標表現，有助於民眾選擇就醫院所。健保署為使所公開醫療品質資訊指標更精進，經蒐集相關醫事團體及民間團體意見後，於健保會103年7月份委員會議提案修訂醫療品質資訊公開辦法之附表(本次異動32項，含新增21項、刪除3項，修訂8項)，其擬修訂之重點如下：

1. 整體性指標(11項)：主要為指標名稱修訂，或依實務需求增刪指標，例如新增「手術傷口感染率」、「急性心肌梗塞死亡率」

指標。另，為利呈現整體性核減資料，牙醫門診總額及門診透析服務比照其他總額，增列「醫療費用核減率」指標。

2. 新增機構別指標（21項）：主要為提升醫療品質及病人安全，新增各醫療機構在影像與醫師診斷品質、用藥與手術安全、氣喘疾病照護品質、實施住院診斷關聯群支付制度（DRGs）之醫療品質等面向之指標。

案經討論，委員認為醫療品質公開對民眾具有意義，爰就民眾角度，提供下列建議供健保署參酌：

1. 所公開之醫療品質資訊應具有幫助

民眾評估、選擇優良醫療院所的效果。

2. 建議增列「14日內再住院率」、「護理人員數」、「三班護病比」、「診所是否參與全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「中醫診所聘用藥師調劑情形」等指標。

健保署於參酌委員意見修訂指標後，報經衛福部以103年10月9日衛部保字第1031260671號令發布「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」，修正第十條條文及第二條附表一、附表二（附錄九）。



第六節 專題研析

針對委員關心但須較深入研析之議題，透過幕僚探討文獻及蒐集分析相關資料後，提供委員參考。

一、醫院總額門、住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益影響

健保會付費者委員向來關心醫院門診費用占率逐年增加，可能產生因門診收益較高，而輕忽急重症住院照護的情形，因此，曾建議是否應逐年調降醫院門診比例，或訂定門、住診費用比目標值；另一方面，社（地）區醫院代表也多次反映該層級在醫院總額下逐漸萎縮的問題，希望採取諸如保障點值等措施，以紓緩其經營困境。但委員關心的是，偏遠地區民眾的就醫是否因當地醫院無法存續而受影響，所以該保障的是偏遠地區的醫院而非所有社區（地區）醫院。

為了解醫院門、住診費用分配合理性，及社區醫院經營與民眾就醫權益之影響，健保會幕僚依102年11月份委員會議所作成「先諮詢專家學者意見後，請健保署據以分析現況及研提具體策略，於本會進行專題報告」附帶決議，於103年1月及4月各安排1次專家學者諮詢會議，健保署並依專家學者意見，分析相關資料及研提改善策略，提5月份委員會議報告。

（一）召開諮詢會議，提供健保署專題報告之分析方向

健保會幕僚彙整醫院總額預算分配、社區醫院經營困境等議題的相關資料，包含背景說明、問題與爭議、建議分析方向（草案）等，於103年1月23日由主任委員召開「『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」，並提供下列分析方向建議。

門、住診費用分配的議題

◎為瞭解門、住診費用在相關措施下的結構變化趨勢，建議分析89～102年醫院總額：

1. 分區別及層級別門、住診費用（/點數）比。
2. 新醫療科技及支付標準調整對門、住診費用點數的影響。
3. 保障項目占醫院門、住診費用點數之比率。
4. 西醫門診初級照護之增減情形。
5. 申報門、住診費用點數比之家數分布。

社區醫院經營的議題

◎為瞭解各層級醫院經營現況及鄉鎮分布，建議分析89～102年醫院總額：

1. 分區別及層級別之醫院家數（病床數、醫師數）、每床及每醫師申報費用點數。
2. 社區醫院申報費用點數變化。
3. 各層級醫院異動情形（如新設、評鑑等級異動、停歇業）。
4. 各鄉鎮醫療供給的變動情形。

4月17日再次召開「分析結果諮詢會議」，就健保署依循上開建議所提分析結果，及專題報告草案進行討論，獲致如下結論：

1. 無足夠證據可供訂定門、住診費用分配比率：
 - (1) 由分析資料，可瞭解新醫療科技研發，已使傳統住診手術漸被門診手術、非侵入性治療（放射線、藥物）等診療型態取代，所以肇致門、住診費用產生變動；但此發展趨勢可提高民眾就醫方便性及降低費用，並使整體醫療資源的運用更具效益。
 - (2) 各分區、各層級醫院照護型態不同，門、住診費用比各有差

異，實難訂定最適之門、住診費用分配比率；若硬性切割預算，恐重演93年度對醫院經營造成巨大衝擊的慘況，建議仍維持門、住診合併預算，統籌運用為宜。

2. 回歸民眾就醫權益與社區醫院經營本質探討與解決問題：
 - (1) 全民健保之目的係保障民眾就醫權益，而非醫院存續，如該社區醫院之存續影響當地民眾就醫權益，則須予必要關切及資源挹注。
 - (2) 各項醫療服務之支付有其相對合理性，不宜因保障特定服務的點值，致影響其平衡性，且歷年來醫院總額已投入許多預



算，用於調整內、外、婦、兒等艱困科別的支付標準，為利各級醫院經營，建議醫院的服務仍以回歸支付標準處理為原則，必要時可考量將點值保障項目之經費，挪至調整相關項目的支付點數。

3. 請健保署準備下列資料，於進行專題報告時補充說明：

- (1) 請納入「醫療資源不足地區醫療服務提升計畫」、「符合偏遠地區認定原則之醫院點值擇優」等2項以社區醫院為主要補助對象的計畫經費，計算各層級醫院保障項目之點數占率。
- (2) 歷年來醫療發展基金已挹注不少經費用來提升偏鄉地區的醫療服務，建議併同提供該資訊，而非僅呈現全民健保所投入的資源。

(二) 健保署於委員會議進行專題報告

健保署參酌上述諮詢會議的意見，於5月份委員會議進行「醫院總額門、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」專題報告，重點如下：

1. 尚無門、住診最適比率數據（理由同諮詢會議結論）。
2. 89~102年，醫院總家數雖有下降，但總床數與醫師數均上升，整

體醫療供給應足夠；平均每床費用與平均每位醫師費用均呈現成長趨勢，顯示病床產能與醫師產能皆有提升，應有利於醫院經營。

3. 地區醫院保障點值（每點1元）比率較低的主因為藥費，若扣除藥費後，三層級醫院比率則相近；另，健保對改善社區醫院經營已採取相關措施，例如：偏遠地區醫院保障方案（點值保障）、健全急重症醫療照護網絡（緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院的急診診察費加成）、支付標準調整（調增地區醫院病房費與護理費、推動社區安寧療護）等。
4. 依歷年民眾對醫院總額滿意度調查結果，近年來滿意度均維持在8成以上，顯示民眾就醫權益仍獲得相當保障。

透過專家學者諮詢會議，有助釐清問題本質，並藉由客觀數據解讀問題、聚焦所對應的改善措施，對後續健保會討論總額預算分配議題時，相當有助益。

二、建立健保會討論自付差額特材品項之機制

如第三章所介紹，健保會參考國內外文獻、透過委員問卷調查蒐集意見，於103年3月份委員會議通過「健保會討論自付差額特材

的作業流程」(流程如附錄四、兩次問卷調查結果如附錄十、附錄十一)，主要包含作業時程、健保署提案需檢附的基本資料檢核表，及請健保署提報檢討改善機制等三大部分。其規劃意涵，於本節加以說明：

(一) 訂定作業流程—提高議事效率

自付差額特材品項十分複雜且專業，連醫界委員也認為，如果不具該專科醫師背景，恐也無法全盤了解。於是

規定須於會前1個月，將資料先送請委員參閱。並得視需要洽請本會專家學者委員提供建議，以補其不足。

(二) 制訂基本資料檢核表—確保提案資料完整性

為避免因資訊不對等、不齊全，以致對不同品項有不同判斷標準，不利於討論，乃制訂提案應檢附的基本資料檢核表，各細項規劃目的如下：

檢核項目	規劃目的
1. 自付差額品項	明列「品名、功能類別、許可證字號」等基本資料，利於蒐尋相關資訊。
2. 國內外上市日期與價格	呈現其他先進國家及鄰近國家資料，以了解國際市場價格，避免我國售價偏離國際水準；其他國家保險收載情形，亦可做為宜否納為自付差額品項之參考。
3. 其它國家保險給付情形	
4. 健保全額給付類似功能特材品項與價格	1. 引進差額負擔項目前，健保需先提供全額給付之類似功能特材(即比較品)，並以此價格，做為自付差額特材的健保給付上限(即售價扣除健保給付上限後，差額由民眾自付)。 2. 提供「健保全額給付品項」資料，除利於掌握「健保給付上限」與「民眾自付差額額度」等價格資訊外，並確保民眾即使不選用自付差額特材，健保仍全額給付類似功能特材之權益。
5. 本品項民眾自付差額之額度	
6. 本品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	列表對照「健保全額給付品項」與「自付差額品項」兩者之適應症、相對療效及風險(安全性)，以利衡酌「效果」與「價格」間的效益是否合理。
7. 同意將本品項列入自付差額特材之理由	載明健保署認可該特材之附加功能或效果，以利了解健保署同意之理由，是否合理、符合民眾期待。
8. 醫療科技評估(含對健保財務之影響評估)等供參資料	提供科學性的客觀資料，除有利議案討論外，並可對自付差額品項之開放，為民眾把關。

(三) 制定「檢討改善機制」

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，請健保署除對「新收載」品項，須於其開放半年後提報執行情形外；並每年定期提出通盤（所有品項）之檢討改善報告。報告內容包括：開放前、後民眾利用情形；對各品項訂定自付差額上限之規劃；改列全額給付之情形；醫療機構的收費及管理情形、民眾反映事項等。期透過此機制，讓自付差額制度日益精進。

(四) 健保署依作業流程要求提出改善措施

健保署於健保會103年12月份委員會議提出下列改善措施：

1. 建置「自費醫材比價網」

自103年6月10日起，民眾即可透過健保署全球資訊網，查詢「自付

差額特材」及「自費醫材」之價格（最高價、最低價、平均價），促使醫材價格透明化。

2. 訂定「自付差額上限」及管控措施
- 102年健保會討論自付差額特材案時，委員考量民眾對醫療特材議價能力有限，建議健保署應訂定「自付差額上限」。但經過健保署評估，收載初期，自付差額上限如訂太低，廠商不願進口；如太高，則院所均依上限收取差額，反對民眾不利。因此決定，於收載初期暫不訂定差額上限，但承諾會監控自付差額品項之收費情形。經過1年多來之執行與評估，健保署於103年採行以下改進措施：

- (1) 103年4月25日修訂「全民健康保險自付差額特殊材料之作業



原則」(簡稱作業原則)，其中，「保險對象自付差額上限之訂定原則及方式」，由健保署每年監控收費情形，針對自付差額品項之價格，在各院所間差異較大，或經民眾反映，有高出國際價格且顯有不合理者，以及經查證院所之收費標準，違反醫療法相關規定者，得訂定差額上限。

(2) 103年10月6日首度對特材公

告自付差額上限，「人工水晶體」於各醫療院所間收費差距較大，所以首先對其訂定自付差額上限金額，並自104年1月1日起實施。未來並將逐年調整價格、建立監測指標、公布調漲院所的名單，及院所申報自付差額數量的占率等監測結果。

3. 明訂「自付差額品項改納為全額給付之條件」

為避免因自付差額制度實施，阻礙

健保全額給付新醫療科技的速度，於作業原則中，明訂可考量納為全額健保給付之條件（如證明自付差額品項已符合成本效益）。

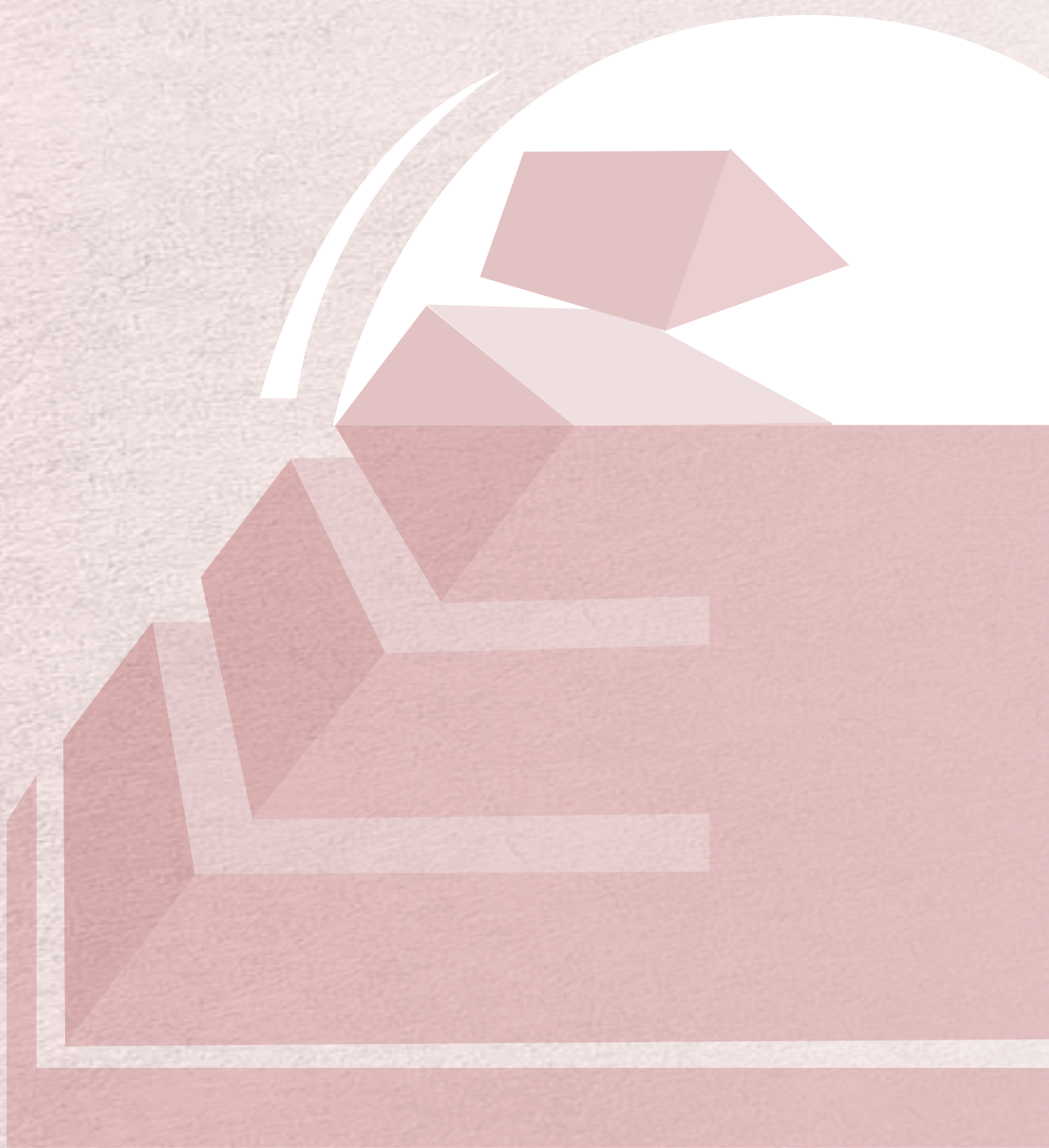
4. 加強民眾權益保障措施

健保署亦藉由作業原則之修訂，明確化「列為自付差額特材之條

件」，並將醫療院所事前告知程序，由一階段改為二階段。

上述機制的建立，除讓自付差額特材的引進，得以在充分的資訊下討論，也透過健保會溝通平台，增加決策的公開與透明度。並期藉由定期檢討改善的方式，讓開放自付差額制度，能達到保障民眾就醫權益的目的。





2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

第五章

檢討與展望



第五章

檢討與展望

健保會第一屆委員（任期：102年1月1日至103年12月31日）已在103年底圓滿卸任，其中並有超過三分之二的委員續任，經驗得以傳承；而新委員的加入，也為健保會注入新的活力。回顧去歲，策勵來茲，在資源有限的情況下，健保改革的腳步永遠不會停歇。健保會也將持續檢討改善相關措施，朝下列方向推動革新：

一、持續運用指標監理保險業務，使健保營運更具效能

103年已完成健保監理架構與相關指標之建置，設定指標對效率、醫療品質、效果、公平及財務等五構面進行監測，以善盡健保會監督及管理健保之責。為利指標之監測結果能發

揮警示及檢討改進之效，應建立完整之長期趨勢資料，並逐步發展具敏感度的指標閾值，對經監測所發現之風險建立檢討改善作業模式。另外，在監測指標完整成熟後，有必要發展對外公開之指標監理結果報告，以順應政府推動資料開放（Open Data）之政策，及回應民間對健保資訊公開之殷切期盼。

二、落實整合式財務收支連動機制，達成收支平衡之目標

健保會運作2年來，已依法介接總額協定分配及保險費率審議之連動，並建立相關作業模式。惟完整的財務收支連動，須涵蓋總額協定分配、給付範圍審議及費率審議三者間之互動；另二代健保總檢討報告，亦建議健保會應



落實整合式之收支連動機制，方能達成收支平衡之目標。

為整合費率審議、給付範圍審議及總額協定分配，使有良好互動，及強化其扣連機制，俾運作更為順暢，未來將委託相關研究，透過評估健保會現行總額協定分配、給付範圍審議及費率審議等事項之運作成效，研提更精進之作業方式，最終則建構三者連動及整合之運作機制，使二代健保長長久久均能維持財務收支平衡。

三、精進總額評核作業，提升總額協商效能

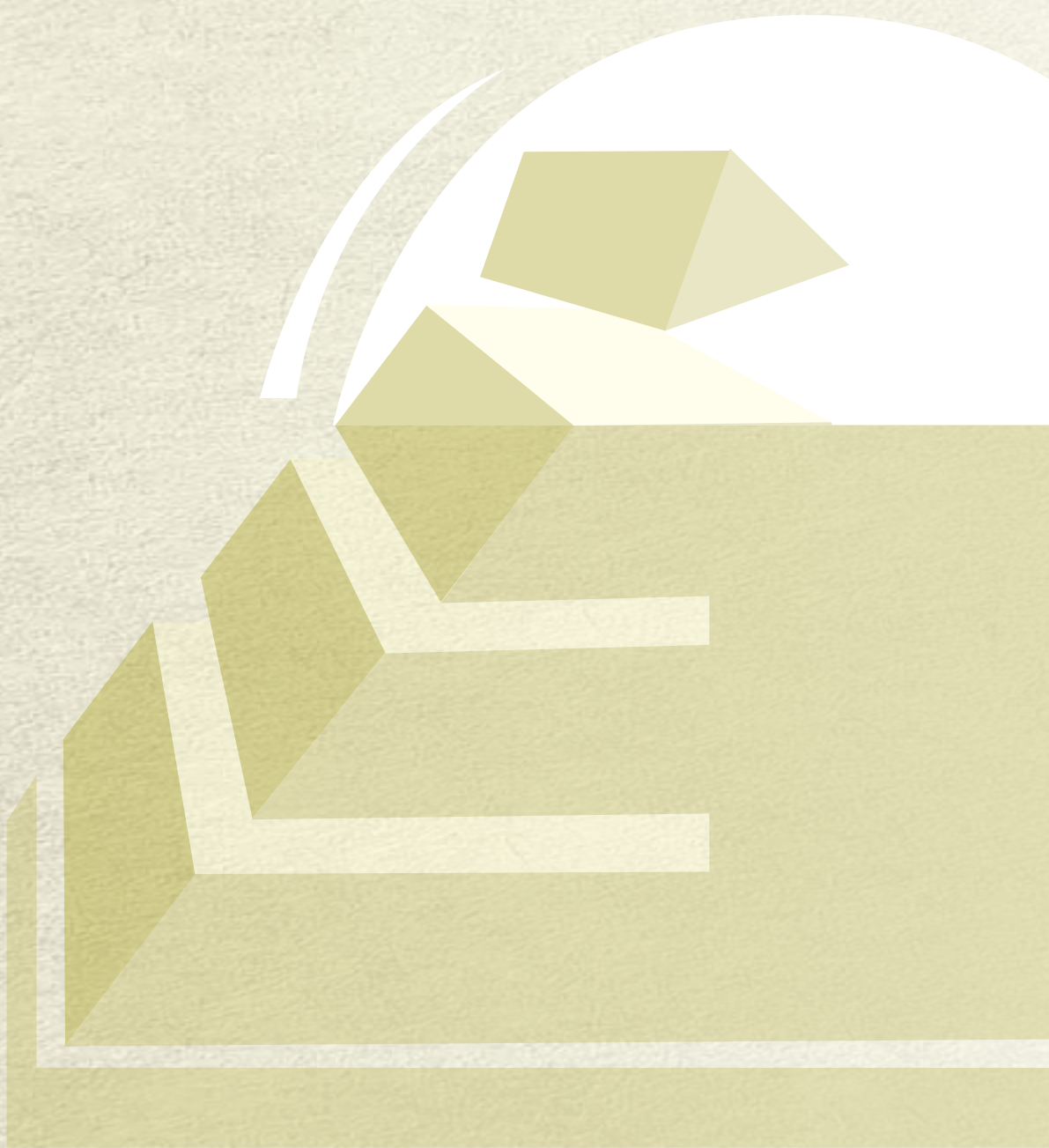
由於總額支付制度已實施近20年，針對沿用多年的各部門總額執行成果評核方式與評核架構宜進行研修，以建立更符合時宜之評核作業方式，及提出更具鑑別度之評核指標，達到提升總額協商效能之目標。健保會針對此部

分，將委託學界進行研究後，運用研究成果改善作業模式。

四、提升議事效率，於時限內完成法定任務

健保會每月召開一次委員會議，必要時並會加開會議，但因委員人數眾多且代表不同立場之團體發聲，針對重要議案自是斤斤計較，所以需耗用一定時間溝通協調，方能達成共識。為在時限內處理日趨增多與繁複的議案，每次會議時間幾乎都需延長，迭有改進之聲浪。經兩年運作後，委員會議運作模式已漸趨成熟，嗣後除藉由調整議程安排、確實執行會議規範、運用問卷事先蒐集意見、加強會前準備工作及安排專案報告等方式，提升議事效率及增進委員討論議案之共識外，並將視需要設定各議程進行時間，以利於時效內完成法定任務。





2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

附錄



附錄一 衛生福利部全民健康保險會第1屆委員名錄

聘期 102.7.23~103.12.31

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 / 榮譽理事長	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	
	中華民國農會	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	常務監事	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	102.7.23~103.1.20 103.1.21~103.12.31	
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	陳幸敏		
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	

屬性	推薦之機關團體	職稱	姓名	備註
	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	秘書長	蔡明忠	
	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 / 常務理事 理事長	黃建文 陳義聰	102.7.23~103.6.22 103.6.23~103.12.31
	中華民國中醫師公會全國聯合會	理事長	何永成	
	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	
政府機關	行政院經濟建設委員會 / 國家發展委員會 ^註	人力規劃處副處長 / 人力發展處副處長	林至美	
	衛生福利部	社會保險司司長	曲同光	
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)
	衛生福利部		財團法人環境與發展基金會董事長 / 臺灣觀光學院董事長	柴松林
	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特聘教授	周麗芳
	衛生福利部		台灣總工會秘書長	陳錦煌

註：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。

附錄二 103年度大事紀

7	衛生福利部（下稱衛福部）副知「103 年度全民健康保險一般保險費率已奉行政院核定維持現行之 4.91%」。
21	衛福部公告「103 年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」。
23	召開「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，蒐集專家學者意見，供中央健康保險署（下稱健保署）參酌研提具體策略向健保會進行專題報告。
24	召開 103 年 1 月份委員會議。 一、重要報告事項暨決定： （一）依本會委員問卷調查結果，針對自付差額特材案，請健保署於提案或定期提報檢討報告時，配合辦理下列事項： 1. 提會討論之議案，請至少包含下列基本資料： (1) 同意列入自付差額特材品項的理由及支持證據。 (2) 其他輔助資料，例如：國內外上市日期、價格、其他國家是否列入保險給付、醫療科技評估報告等。 2. 定期提會之檢討改善報告，請至少包含下列基本資料： (1) 民眾利用情形，含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項之比較。 (2) 醫事服務機構對自付差額品項的收費情形。 (3) 民眾對自付差額特材的反映事項。 (4) 對哪些項目啟動檢討改善機制。 （二）委員對健保署報告「鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施規劃情形」提出相關意見，供該署參考，並請於實施一年後，提報執行效益與經費使用情形。 （三）委員於健保署報告「訂定合理調劑量之調整方案」後，考量其已將合理調劑量納入，此作法較過去進步，故原則同意。至中華民國藥師公會全國聯合會代表所提之建議事項，請該署參酌辦理。 （四）健保署提供書面「102 年 12 月份全民健康保險業務執行報告」並進行口頭說明。

1

二、重要討論事項暨決議：

(一) 討論健保署所提特殊材料「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜」自付差額申請案，提供意見如下：

1. 考量健保已全額給付同功能之豬心瓣膜特材，且依健保署提供之醫療科技評估報告，本案牛心瓣膜特材之相對療效與安全性優於豬心瓣膜。為利保險對象在享有基本給付外，能同時增加自我選擇權益，多數委員不反對健保署同意廠商所提申請案。
2. 為使自付差額品項之開放對民眾確具效益，請健保署於本自付差額特材品項開放半年後，提報含開放前、後病患的利用情形分析、醫事服務機構收費情形及是否充分告知病患療效資料等之檢討改善報告。
3. 日後相關議案，請健保署提供含廠商報價、國際價等價格資料供參。

(二) 討論健保署所提特殊材料「『英特加』內植用腦積水引流管組—壓力閥及引流管」等 6 品項，及「『合碩』顱顏骨固定系統」、「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統」、「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜」自付差額申請案：

請健保署除提供前述基本資料外，並洽請許可證持有廠商、財團法人醫藥品查驗中心，提供價格及醫療科技評估報告與過去利用情形等補充資料後，再行提案討論。

2

14

102 年度委託元智大學辦理之「全民健康保險會運作過程評估相關研究」科技計畫，繳交期末報告。

召開 103 年 2 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

21

- (一) 為提升議事效率，對非屬本會權責之事項，將不予追蹤，惟委員仍可垂詢其後續處理情形。
- (二) 健保署提供書面「103 年 1 月份全民健康保險業務執行報告」。

2

二、重要討論事項暨決議：

(一) 討論健保署所提特殊材料「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜」自付差額申請案，提供意見如下：

1. 據健保署表示，本特材與前同意納入自付差額之牛心瓣膜屬類似功能品項，多數委員乃不反對該署同意廠商所提申請案，惟認為其建議價格過高。爰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，原則支持本案。
2. 請健保署比照牛心瓣膜案，於本自付差額特材品項開放半年後，提報含開放前、後病患的利用情形分析、醫事服務機構收費情形及是否充分告知病患療效等之檢討改善報告。
3. 為利日後相關提案之討論，請健保署將基本資料列表呈現，並至少包含品項名稱、國內外上市日期與價格、其它國家保險給付情形、健保已全額給付類似功能特材之品項與價格、自付差額之額度、健保全額給付品項之用途，及相對療效與風險之差距、同意列入自付差額之理由及醫療科技評估等相關資料。

(二) 請健保署將二代健保實施以來，新藥引進在藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議之進行狀況，進行報告（保險付費者代表提案）：健保會與健保署藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議依法各有所掌，宜各司其職。惟為利委員了解新藥的給付情形及對費用影響，請健保署將該共同擬訂會議所通過之新增品項、財務影響等資料，列入例行之「全民健康保險業務執行報告」中，並於每季口頭報告時說明之。

三、臨時動議暨決議：

建議制訂健保會自付差額特材品項討論案之作業流程（保險付費者代表提案）：

- (一) 配合健保會年度工作計畫安排自付差額特材品項之討論，並以上、下半年各討論一次為原則，相關資料於是次委員會議前一個月送請委員參閱。
- (二) 請幕僚研擬「健保會自付差額特材品項討論案之作業流程（草案）」，於徵詢委員意見後，提報下次委員會議。

3

28

召開 103 年 3 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

- (一) 健保署所送「102 年度全民健保保險基金附屬單位決算報告書」，同意備查。

3

(二) 依「健保會討論健保自付差額特材品項」之委員問卷調查結果，訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程」（如附錄四）。請健保署於提案時填具「自付差額特材品項基本資料檢核表」連同所需資料，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」提報檢討改善報告。

(三) 訂定「103年度各部門總額執行成果評核作業方式」（如附錄十二）。

(四) 健保署提供書面「103年2月份全民健康保險業務執行報告」。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 為確保全民健保全體被保險人權益及維持總額妥適運作，建議新增之醫療科技包括藥品、特材、支付項目等預算編列於「其他預算」，俟其穩定後再納入一般預算案（保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 考量各部門總額之涵蓋範圍有其歸屬性，及新增項目之於既有項目，大多具有替代效應，不易切割，爰「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」項目，仍維持編列於各部門總額一般服務之「協商因素」項下，暫不變動。
2. 為利104年度總額協商，請健保署就以前年度所曾納入之新醫療科技項目，擇數項對醫療費用影響較大者，計算其替代效應，於103年6月前提報。

(二) 對「103年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」案，宜立即增加地區醫院之點值保障項目，讓弱勢的地區醫院也能逐步改善擁有比較公平的立足點（保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 委員均認同應維護偏鄉地區醫院之存續，俾當地民眾能獲得應有基本醫療照護，並關切地區醫院經營問題，爰同意以宏觀角度探討問題並以較周延方式處理。
2. 付費者委員不同意以點值保障方式處理地區醫院問題，惟考量健保署必須依前決議進行「『門、住診費用分配的合理性，及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響』之現況分析及具體策略」專題報告，爰經該署專案分析報告後，若有其他方式可協助解決地區醫院問題，再行提案討論。

三、專案報告暨決定：

陽明大學李教授玉春報告「建構全民健保醫療給付調整之審議機制之研究成果」：

(一) 委員肯定本研究在「給付範圍審議之啟動時機與適用範圍」、「給付範圍變動與支付項目增刪與總額預算之扣連」、「給付範圍審議之架構及流程與原則」等面向，提出寶貴之具體建議供健保會參用。

3

(二) 研究團隊就委員垂詢，提供以下意見：

1. 年度總額除協商新增預算外，宜就既有之五千多億總額，檢討現有給付項目之效益、釐清無效醫療並善用該區塊之資源及導引民眾自我照護等。因此建議於年度總額協商時，應請健保署同時提出資源配置方案，供併案協議訂定總額，才有機會在有限資源下，創造出更多協商空間。
2. 為建立健保會於保險給付範圍之審議機制，相關單位有必要共謀審議原則及操作方式。
3. 宜定期檢討總額協商架構，尤應建立新藥、新科技引進後所產生影響之對應機制。

4

召開「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」專題分析結果諮詢會，專家學者除對健保署所擬專題報告內容提供意見外，並獲致下列結論：

- 一、各區、各層級醫院照護型態不同，實難訂定最適之門、住診費用分配比率；若硬性切割門、住診預算，恐重演 93 年度對醫院造成巨大衝擊的慘況，建議仍維持門、住診合併預算，統籌運用為宜。
- 17 二、假設門、住診費用於校正風險因子後仍合併結算，則是否取消或調整現行 45%:55% 之分配比率，宜從長計議。
- 三、全民健保之目的係保障民眾就醫權益，而非醫院存續，對一定範圍內僅有社區醫院守護當地民眾的地區，該社區醫院的存續將影響當地民眾就醫權益，則須予必要關切及資源挹注。
- 四、為利各層級醫院經營，醫院的服務仍以回歸支付標準處理為原則，必要時可考量將點值、保障項目之經費，挪至調整相關項目的支付點數。

- 一、衛福部依健保法第 60 條規定，於擬訂「104 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）諮詢健保會委員意見。
- 24 二、102 年度委託元智大學辦理之「全民健康保險會運作過程評估相關研究」科技計畫期末報告，經以書面審查並獲通過。

召開 103 年 4 月份委員會議。

- 一、重要報告事項暨決定：
 - 25 (一) 依法監理健保署所送「104 年度全民健保預算書」備查案。
 - (二) 訂定「104 年度總額協商工作計畫及時程表」。

4

(三) 對衛福部所諮詢「104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」，委員意見如下：

健保法第 60 條既規定，主管機關所擬訂年度醫療給付費用總額範圍，須先諮詢健保會，再報行政院核定，則應有足夠時間供健保會委員事先了解其內容，以提供意見，才符合立法意旨。本案卻於委員會議前一天下午始函送，委員雖倍感不受尊重，仍考量以不影響 104 年度總額報行政院核定與後續協商之大局為重，因此同意在一週內提供書面意見，請幕僚彙整後併同委員於今日所表達意見，報請衛福部參考。

(四) 各項提健保會之討論或報告案，嗣後若未依會議規範辦理，即不排入議程，以維議事程序之完備。

(五) 健保署提供書面「103 年 3 月份全民健康保險業務執行報告」並進行口頭說明。

二、重要討論事項暨決議：

「全民健康保險業務監理架構與指標建置」案：

(一) 原則同意全民健康保險業務監理架構包含「效率」、「醫療品質」、「效果」、「公平」及「財務」等五大構面。

(二) 各構面所包含之監理指標，增列「各層級醫療院所服務量及費用占率變化」、「資金管理效率」與「醫院與診所間病人就醫流動性」等 3 項指標，及修正「安全準備金額與保險給付支出倍數」文字與「區域醫院以上初級門診照護率」之計算方式後，併草案所擬指標，請健保署就其定義、提報時程及可行性等提供建議後，提會檢討訂定。

三、專案報告暨決定：

健保署報告「罕見疾病、血友病藥費專款項目之執行」：

(一) 為符 103 年度醫院總額核定事項「檢視本項費用成長之合理性」要求，請健保署進一步分析罕見疾病、血友病兩項藥費成長快速之原因，並研議因應策略。

(二) 有關委員建議加強民眾教育宣導，以期減少罕見疾病及血友病患者之發生人數乙節，將轉請國民健康署參考。

5

7

函報衛福部有關健保會委員對「104 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。

13 ~ 14

中華民國醫師公會全國聯合會擇台南市舉辦「103 年全民健康保險西醫醫療資源不足地區改善方案」參訪活動，健保會干委員文男、林委員錫維、蔡委員登順、陳代理委員瑞瑛（楊委員漢淙代理人）、謝代理委員啟煒（李委員永振代理人）、陳委員宗獻、蔡委員明忠及幕僚人員參加。

召開 103 年 5 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

（一）配合健保署修正發布之「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，修正本會前所訂定「健保會討論自付差額特材案之作業流程檢核表」（如附錄四之附表）。

（二）健保署提供書面「103 年 4 月份全民健康保險業務執行報告」。

二、重要討論事項暨決議：

（一）全民健康保險業務監理架構與指標建置案：

1. 增修下列事項：

(1) 將原擬 24 項監理指標之「各層級醫療院所服務量及費用占率」、「參與糖尿病醫療給付改善方案病人之住院率」2 項，修正為「各層級醫療院所服務量占率」、「糖尿病醫療給付改善方案之照護率」，並修正「區域醫院以上初級門診照護率」之計算方式。

(2) 新增「藥品費用占率」、「醫院病床數」與「護理人力」等 3 項指標。

2. 全民健康保險業務監理架構與指標如附錄五。

3. 請健保署於 7 月提報監理指標之監測結果（含前 3 年資料及平均值、加減 1.5 及 2 個標準差數值），嗣後每半年提報 1 次。

（二）訂定 104 年度總額協商架構（如附錄十三）。

（三）訂定 104 年度總額協商通則（如附錄十四）。

（四）建議「103 年醫院醫療給付費用總額一般服務之保障措施」保障點值項目先納入地區醫院門、住診診察費，後續再審慎規劃，讓健保資源的使用達到最佳效益（保險醫事服務提供者代表提案）：

請依 3 月份委員會議所議決原則，研提點值保障外之其他可協助解決非都會區地區醫院經營困境之議案後，再行討論。

（五）有關試辦藥費支出目標，將藥價差（藥價黑洞）合法化，包含於支出目標，且試辦計畫將逾目標之藥費，於翌年 4 月 1 日啟動藥價調整，今年則至 5 月 1 日始調降藥價，有圖利大型醫院，且鼓勵用藥衝量等情事，均有不當，應即改正（保險付費者代表提案）：

23

5

1. 「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」於 102 年開始試辦，為使健保有限資源合理運用，請健保署應即啟動該試辦方案之檢討機制。
 2. 本年 6 月份工作計畫已排定健保署進行上開試辦方案執行情形之專案報告，請該署將委員所關心問題納入報告中。
- (六) 不得將全民健康保險基金及其相關費用挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之財源（保險付費者代表提案）：
- 依健保法立法意旨，全民健保為強制性社會保險，於保險對象在保險有效期間內，發生疾病、傷害、生育事故時，依規定提供相關給付，爰建請衛福部與健保署於任何時候都不能使全民健康保險基金及其相關費用，成為挹注「醫療糾紛處理及醫療事故補償法」之財源。
- 附帶說明：
- 本案於主席做成決議後，有醫事服務提供者代表之委員表示，醫界不對本案表態。

三、專案報告暨決定：

健保署報告「醫院總額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」。

28 ~ 29

中華民國中醫師公會全國聯合會擇金門縣舉辦「103 年全民健康保險中醫門診總額醫療資源不足地區改善方案（含獎勵開業及巡迴醫療服務計畫）」參訪活動，健保會吳委員肖琪、林委員錫維、陳委員川青、陳委員錦煌、楊委員芸蘋、葉委員宗義、林代理委員敬修（黃委員建文代理人）、陳代理委員瑞瑛（楊委員漢源代理人）、黃代理委員宗炎（蔡委員明忠代理人）、謝代理委員啟煒（李委員永振代理人）及幕僚人員參加。

6

19 ~ 20

中華民國牙醫師公會全國聯合會（下稱牙全會）擇台東縣、花蓮縣辦理「103 年牙醫門診總額參訪活動」，健保會干委員文男、楊委員芸蘋、蔡委員登順、陳委員川青、莊委員志強、吳委員玉琴、林委員錫維、黃委員建文、陳代理委員炳宏（李委員永振代理人）、卓代理委員青峰（何委員永成代理人）及幕僚人員參加。擔任牙全會理事長之陳委員義聰也參加本活動。

27 召開 103 年 6 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 健保署依 103 年醫院總額協定事項及立法院臨時提案，報告 103 年「全民健康保險提升住院護理照護品質方案(草案)」(計有甲、乙兩案，差異在於品質指標報告及三班護病比兩項指標之經費)：

1. 健保署所提報兩方案，較諸外界期待尚有改善空間，惟考量均已將新增護理人員數、偏鄉醫院住院護理費及三班護病比等納為鼓勵項目，為利方案即時執行，授權該署於擇定方案後，陳報衛福部核定及辦理公告事宜。

2. 方案中有關以支付標準獎勵通過醫院評鑑人力標準者，將不符本專款「經費不得用於調整支付標準」之協定事項，請進行相關修正。

(二) 為避免外界對直轄市政府應負擔保險費補助款之還款計畫及相關撥款情形產生誤解，請健保署參酌委員意見調整「全民健康保險業務執行報告」內容。

(三) 健保署提供書面「103 年 5 月份全民健康保險業務執行報告」。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 訂定 104 年度總額協商程序(如附錄十五)。

(二) 健保署所提罕見疾病特殊材料「『沛佳』法斯樂—杜瓦伸縮式髓內釘系統」納入醫院總額罕見疾病專款項目：

被保險人代表之委員認為，103 年度醫院總額之罕見疾病專款，目的很清楚是用於罕病藥品費用，尚不包含特殊材料費用，且其已經主管機關對外公告，即產生法規命令效果，健保署本應據以執行而不該提案。但罕見疾病病人，社會應予照顧，而 103 年度醫院總額一般服務之「新醫療科技」項目約有 20 億元之預算，是用於支應新增診療項目、新藥及新特材等，本案所訴求之特材(每年經費約 336 萬點)，適用該新醫療科技項目之用途，所以主張使用該款項。另外，醫事服務提供者代表之委員，也認同罕見疾病病人，社會應予照顧，但反對本案特材支用「新醫療科技」項目之預算，而主張使用「罕見疾病藥費專款」。由於雙方僵持不下，健保署經考量後撤回本案。

附帶事項：

請健保署於 9 月份總額協商前，提報 103 年度醫院總額「新醫療科技(包括新增診療項目、新藥及新特材等)」協商因素項目之執行情形(含預算評估)。

6

(三) 健保署應依法不得將全民健康保險憑證(下稱健保 IC 卡)做為具備電子零錢包、現金儲值或任何塑膠貨幣等非醫療使用目的之功能，以保障保險對象隱私(保險付費者代表提案)：
請健保署於健保 IC 卡之改革方向確立後，主動提會報告，以利委員了解。

三、專案報告暨決定：

(一) 健保署報告「健保代位求償執行情形與成效」：

為期健保代位求償之執行更見成效，請健保署就委員所建議，於非強制保險部分，研議有無行使代位求償之機制，以符公平正義原則。

(二) 健保署報告「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之執行情形：

請健保署參酌委員意見，檢討改善「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案，使達該方案原所訴求之目的。

7

25

召開 103 年 7 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 請健保署參酌委員對健保代位求償操作面之意見，並於一年後提報執行情形。

(二) 104 年度各部門總額協商順序之抽籤結果，依序為：中醫部門、牙醫部門、醫院部門、西醫基層部門，其他預算則安排於最後。

(三) 健保署提供書面「103 年 6 月份全民健康保險業務執行報告」並進行口頭說明：

1. 請健保署提供下列書面資料供委員參考：

(1) 針對「102 年度政府應負擔健保總經費不足 36% 部分」，行政院主計總處與健保署之核算原則各為何及其差異部分。

(2) 「慢性 B、C 型肝炎治療計畫」歷年經費之支用情形及其治療成效。

2. 對本業務執行報告之資料內容與說明、表格之呈現等，請該署參酌納入委員所提建議。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制案：

本案具正面的積極意義，同意其所宣示原則及方向，惟為使運作機制更周延及符合實務所需，請健保會幕僚與健保署研擬細部操作方案後，再行討論。

7

(二) 依健保法第 74 條規定，討論健保署所提增修「全民健康保險醫療品質資訊公開辦法」第 2 條第 1 項第 2、3 款之附表一及附表二指標項目案，提供意見如下，並請該署依法報主管機關核定公告：

1. 所公開之醫療品質資訊應具有幫助民眾評估、選擇優良醫療院所的效果。
2. 建議增列「14 日內再住院率」、「護理人員數」、「三班護病比」、「診所是否參與全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」、「中醫診所聘用藥師調劑情形」等指標。

(三) 因應台灣快速老化的現象，建議參考日本發展在宅醫療經驗（定點、到宅服務），提供往返醫院有困難者定點或到宅醫療服務。針對目前定點至老人福利機構、身心障礙機構之醫療服務，應檢討並放寬診療時段之次數，以減少行動不便老人及身心障礙者舟車勞頓及家屬照顧壓力案（保險付費者之被保險人代表提案）：

建議健保署於半年內檢討現行對醫事服務機構服務時段之規範，若確需放寬其條件，請併同考量費用需求與財源，以及是否納入總額協商時討論。

三、專案報告暨決定：

- (一) 健保署報告「全民健康保險業務監理指標之監測結果」。
- (二) 健保署報告「103 年度各部門總額協定事項重要計畫之執行情形」。

30 ~ 31

召開「103 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 104 年度總額協商及其品質保證保留款成長率之參據。

8

14

衛福部函示：其所報「104 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 1.722% 至 4.75%（預估總費用為 5,814 億元至 5,984 億元），交付健保會依全民健康保險法第 61 條規定協議訂定當年度總額及分配方式，結果報部核定。

一、召開 103 年 8 月份委員會議。

(一) 重要報告事項暨決定：

22

1. 委員所關心「102 年度政府應負擔健保總經費不足 36% 部分，行政院主計總處與健保署於數據上有差異」乙節，雙方除提供書面資料外，並於會中分別說明。數據會有差異，係肇因於所援引法條不同。會中有表示意見之付費者代表委員，全數認為健保署

之計算方式較符合實務。針對本項，健保會已發揮溝通平台功能，委員所提各項善意意見，請主計總處、衛福部、健保署參酌。

2. 衛福部社保司說明「行政院所核定 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍案」。
3. 確認 104 年度醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診醫療給付費用總額醫療服務成本及人口因素成長率。
4. 健保署提供書面「103 年 7 月份全民健康保險業務執行報告」。

(二) 重要討論事項暨決議：

1. 103 年全民健康保險各部門總額評核結果之獎勵方式：
各部門總額於 103 年評核會議獲「特優」、「優」、「良」等任一等級者，可於各該部門 104 年度總額中分別酌加「0.5%」、「0.3%」、「0.1%」之成長率，以資鼓勵。
2. 現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離健保法第 43 條之精神，並有鼓勵民眾往高層級特約機構就醫，而造成健保醫療費用支出增加，應予立即檢討改正（保險醫事服務提供者代表提案）：
 - (1) 健保法第 43 條非新規定（為一代健保法第 33 條），於全民健保施行即將滿二十年之際，仍無法全然落實，必有其主客觀因素，建請衛福部審酌社會整體環境，檢討該法條之可行性及可改善之處，以利依法行政。
 - (2) 請健保署檢討現行保險對象自行負擔費用之合理性，並於諮詢各界意見後研擬可行方案，在年底前提會討論。

(三) 專案報告暨決定：

1. 健保署報告「健保法第 43 條推動自行負擔費用及轉診之執行」。
2. 委員對健保署報告「全民健康保險新增醫療科技項目之替代效應分析」，提供建議；另為進一步了解全民健保新增醫療科技項目對醫療費用之影響，請該署提供以下資料，以利總額協商：
 - (1) 所報告 96 年新增 33 項胸腹腔鏡手術支付標準中，已呈現 3 項新醫療術式之替代效應分析，爰請提供另 30 項之分析資料，以利了解全貌。
 - (2) 參照新醫療術式計算替代效應之方式，分析新增藥品對醫療費用之影響，並呈現替代品項之消長情形。
3. 健保署報告「103 年度醫院總額『新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新材等）』協商因素項目之執行情形（含預算評估）」。

8

二、召開「104 年度總額協商因素項目及計畫（草案）座談會」，由各總額部門及健保署報告「104 年度各部門總額協商因素項目或計畫之規劃」，並就內容交換意見，及請各總額部門與健保署將修正後之 104 年度各部門總額協商因素項目或計畫草案送會，以利 9 月份協商會議之議程編製。

17

召開「104 年度全民健康保險醫療費用總額協商付費者代表、學者專家及公正人士與政府機關委員座談會」，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。

召開 104 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商暨 103 年 9 月份委員會議。

一、重要報告事項：

健保署提供書面「103 年 8 月份全民健康保險業務執行報告」。

二、重要討論事項暨決議：

（一）104 年度各部門總額協商結論：

1. 牙醫門診（詳 104 年度總額公告）：

(1) 一般服務成長率為 1.319%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.373%，協商因素成長率 0.946%。

(2) 專款項目全年經費為 1,817.6 百萬元。

(3) 前述二項額度經換算，104 年度牙醫門診醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 2.140%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.916%。

2. 中醫門診（詳 104 年度總額公告）：

(1) 一般服務成長率為 1.662%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 0.978%，協商因素成長率 0.684%。

(2) 專款項目全年經費為 241.5 百萬元。

(3) 前述二項額度經換算，104 年度中醫門診醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 2.124%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 1.897%。

3. 西醫基層（詳 104 年度總額公告）：

(1) 一般服務成長率為 2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 1.154%，協商因素成長率 1.293%。

(2) 專款項目全年經費為 1,984.4 百萬元。

9

26 ~ 27

9

(3) 門診透析服務成長率 5.557%。

(4) 前述三項額度經換算，104 年度西醫基層醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 2.991%。

4. 醫院（詳 104 年度總額公告）：

(1) 一般服務成長率為 4.343%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率 2.128%，協商因素成長率 2.215%。

(2) 專款項目全年經費為 13,840.8 百萬元。

(3) 門診透析服務成長率 2.341%。

(4) 前述三項額度經換算，104 年度醫院醫療給付費用總額，較 103 年度所核定總額成長 3.659%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為 3.453%。

5. 其他預算：增加 534.5 百萬元，預算總額度為 11,316.9 百萬元，採支出目標制，由健保署管控。

(二) 健保署與主計總處核算全民健康保險法規定政府負擔健保總經費 36% 比率見解不同案（保險付費者代表提案）：

1. 法律之解釋權責按理屬該管主管機關，本案源自全民健康保險法之援引，建請由衛福部回歸立法意旨，妥為解釋及處理。

2. 健保會絕大多數委員認同健保署對「政府應負擔全民健康保險總經費不足 36% 部分」的計算方式，將建請衛福部轉陳行政院參酌。

10

24

召開 103 年 10 月份委員會議。

一、重要報告事項暨決定：

(一) 請健保署於 104 年各部門總額執行成果發表暨評核會時，提報「新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）」協商因素項目之詳細執行情形（含替代效應分析資料）。

(二) 衛福部已將健保會委員對「健保署與主計總處核算全民健康保險法規定政府應負擔健保總經費 36% 比率見解不同案」之意見轉陳行政院參酌，該案俟行政院回復後再行解除追蹤。

(三) 健保署提供書面「103 年 9 月份全民健康保險業務執行報告」並進行口頭說明。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 討論 104 年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層及醫院總額一般服務之地區預算分配案（結果詳 104 年度總額公告）。

10

(二) 攸關 731 高雄石化氣爆事件對健保財務及轄區預算分配之影響的因應措施（保險醫事服務提供者代表提案）：

1. 依健保署之評估資料，本案尚未符合 103 年度其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險所需經費」之動支條件。
2. 健保會委員均感佩高雄石化氣爆事件發生後，當地醫療院所對受災民眾付出的關懷與照護，並建議權責機關能考量以爭取第二預備金、代位求償、民間所捐善款等方式，提供醫療院所相關經費。
3. 委員若認為原訂動支條件因時空背景而擬提案檢討，請健保署提供實務面協助，以利落實。

(三) 依健保法第 72 條規定，討論健保署所送「104 年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」，提供意見如下：

健保署所提方案予以尊重，惟為期周延，對該方案請參酌納入委員所建議教育民眾正確就醫觀念與生活習慣、加強管控不當醫療與用藥，及落實多重疾病患者的整合照護等事項。

(四) 健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案（健保署、保險付費者代表之提案併案處理）：

1. 健保會委員認同健保署應依全民健康保險法施行細則第 68 條公告本法第 29 條所定平均眷屬人數之「依法辦理」理念，且目前健保財務尚佳，因此以保險政策諮詢或保險業務監理角度來探討平均眷屬人數都是個不錯時點，但平均眷屬人數的調降，不宜和費率調升混為一談。
2. 健保會被保險人代表之委員肯定雇主對健保財務之貢獻，但也希望雇主代表之委員可從更多面向來評估受多重因素影響之健保財務與費率，以期健保制度可長可久及嘉惠全民。請健保署於下次委員會議提出令人信服之分析資料，續就兩案交換意見。

三、專案報告暨決定：

健保署報告「102 及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案之執行情形及成效」，本會委員肯定健保署對改善資源不當耗用的努力。

11

6

依全民健康保險法第 24 條第 2 項規定，召開「全民健康保險 104 年度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、周教授麗芳、朱副教授澤民、羅研究員紀琮、盧教授瑞芬及陳教授聽安提供諮詢意見，健保會委員（含代理人）計有 18 人與會關心。

召開 103 年 11 月份委員會議。

一、重要報告事項：

健保署提供書面「103 年 10 月份全民健康保險業務執行報告」。

二、重要討論事項暨決議：

(一) 104 年度全民健康保險費率方案（健保署、保險付費者之雇主代表之提案併案處理）：

1. 全民健康保險 104 年度一般保險費率，在衡酌各方意見及尊重「104 年度費率審議前意見諮詢會議」中，大多數專家學者經深思熟慮後之建議，同意依健保署所提建議，維持現行之 4.91% 不調整。

2. 健保會將依全民健康保險法第 24 條規定，將審議結果報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。

不同意見陳述：

何委員語、李委員永振、葉委員宗義、蔡委員圖晉、李委員成家等五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，爰共同建議 104 年度全民健保費率應調降為 4.58%，並自 104 年元月 1 日生效。

28 (二) 健保第 1 類第 1 目至第 3 目被保險人所屬之投保單位或政府負擔之眷屬人數案（健保署、保險付費者之雇主代表之提案併案處理）：

1. 健保會居於保險業務監理及保險政策諮詢之立場與角度，建請健保署應依全民健康保險法施行細則第 68 條公告本法第 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。

2. 多數發言委員認為上開眷屬人數以健保署所提供數據（102 年實際值為 0.62 人）計算為宜之意見，提供該署參酌。

(三) 「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」案（健保署、保險醫事服務提供者代表之提案併案處理）：

1. 修訂「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，如附錄十六。

2. 有關 103 年 731 高雄氣爆事件之醫療費用，請相關單位依本動支程序案修正後條件正式提案，並提供評估內容與相關數據，供健保會討論議定。

(四) 有關法定傳染病之醫療服務費用，請依法編列公務預算支應，不應由總額各部門費用支付案（保險醫事服務提供者代表提案）：

依其他法令規定須由政府負擔費用之醫療服務項目，不該以全民健保總額預算支應；至其他不可預期、非天災所致之大型事件所需費用，可依其他預算項下「其他預期政策改變及調節非預期風險」款項之適用範圍與動支程序辦理。

(五) 健保署所提擴增 Verteporfin、Botulinum toxin type A、Pazopanib 及乾癬治療免疫抑制劑等 4 類藥品之給付範圍案：

1. 依健保法第 61 條第 4 項規定，年度總額訂定後，健保署應在核(協)定之總額內，辦理新增診療項目、新藥、新特材等之調整。104 年度總額之「其他醫療服務利用及密集度之改變」項目所編預算，已包含放寬藥品適應症所增費用，爰請該署依總額核(協)定事項，及健保法第 41 條及第 42 條相關規定妥處。
2. 依健保法第 5 條，「保險給付範圍之審議」為健保會應辦事項，其須符合同法第 26 條或第 51 條之條件，嗣後非屬該類案件，無需送健保會處理。

(六) 現今藥品實際成本及藥品健保給付價格等相關資訊不透明化，導致藥價差之情形日趨嚴重，明顯危害到全民健康保險之運作，應即改正案(保險醫事服務提供者代表提案)：

1. 健保署所掌管個別醫療院所、個別藥廠或藥廠之個別藥品資料，非屬監理事項，爰健保會不宜涉入或要求公開。
2. 請健保署在法規允許範圍，就委員關心事項，如藥價調整後發生換藥情形，是否損及病患權益、「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案之評估與檢討、藥價調整後之藥價差百分比等，進行專案報告。

(七) 針對台灣周圍國家競逐醫療專業人員的現況，尤其在自由經貿區開放在即，健保馬上會遭遇到空前危機，健保署應針對如此危急狀況，著手擬定因應對策，以尋求政府及社會支持(保險醫事服務提供者代表提案)：

委員關心自由經貿區開放後，是否衝擊我國醫療專業人力及全民健保制度乙節，事涉主管機關(衛福部醫事司)及健保署，建請相關單位就權責研擬因應策略，並適時蒞會專題報告。

依全民健康保險會組成及議事辦法規定，辦理健保會第 2 屆委員之聘任作業，分別洽請被保險人、雇主、保險醫事服務提供者之相關團體及行政院主計總處、國家發展委員會等機關，以每席複數方式(至少 2 人)推薦代表。並對須以公開徵求方式遴選推薦被保險人代表(3 席)之團體，於衛福部網站刊登公告徵求之。

- 1 報請衛福部核定健保會所協議訂定之「104年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式」案。
- 8 函報衛福部有關健保會委員對「104年度全民健康保險費率」之審議結果。
- 16 衛福部函示：同意所報「104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，104年度全民健康保險醫療給付費用成長率為3.430%，預估總費用約為5,908億元。
- 24 對健保會第2屆委員中，須以公開徵求方式遴選之「推薦被保險人代表之團體」，以在律師及衛福部政風人員見證下之公開抽籤方式為之。中選之團體為中華民國殘障聯盟、中華民國全國職業總工會、台灣女人連線。
- 25 衛福部公告「104年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配」。
- 一、召開103年12月份委員會議。
- (一) 重要報告事項暨決定：
1. 請健保署即時、主動於每月例行之業務執行報告中，提報相關法規經修正或擬修正，而致原非由全民健保給付（如依其他法令須由政府負擔）之費用，可能轉由全民健保總額預算支應之情事。
2. 同意健保署提報之「104年度各部門總額協定事項中需向健保會說明或經健保會同意後方可施行之項目」案，並請健保署儘速依法定程序辦理後續事宜。
- 26 3. 對健保署所送「104年度牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額及門診透析保障項目」案，予以備查。並決議：需保障或鼓勵之醫療服務以支付標準處理才是正途，現行之點值等保障方式，久而久之恐將使結構失衡，請健保署於6個月內研提相關改善方案送會。
4. 委員對健保署提供之「103年11月份全民健康保險業務執行報告」書面資料，提出調整報告內容之建議，請健保署參酌。
- (二) 重要討論事項暨決議：
1. 討論健保署所提，103年731高雄石化氣爆之醫療費用由103年總額其他預算之「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：
- 同意103、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，可用以支應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。

2. 健保署提出醫院總額 103 年新增診療項目未於年度內支應之額度准予於 104 年支應案：

鑑於 103 年度全民健保總額及其分配案，業經衛福部核定公告，爰應遵循相關核定事項辦理。103 年度醫院總額原擬新增之診療項目，若未於當年底前導入，則應扣減該相關預算額度。

3. 討論健保署所提特殊材料「可調式腦積水引流系統－『英特佳』內植用腦積水引流管組 OSV II」自付差額申請案，提供意見如下：

(1) 本案未提醫療科技評估資料供參，而就所提供之資料，其相較於現行健保已全額給付之品項，價格差距達 8 倍以上，但效益似不明確。

(2) 考量開放自付差額特材攸關民眾權益，且特材品項推陳出新，療效與成本效益不確定性高，建議日後提案時，應檢附嚴謹之醫療科技評估報告及輔助性客觀資料，以利討論。

4. 健保署所提檢討「全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性」案：

(1) 委員經參酌健保署前召開會議所彙集之各界代表意見，及本次委員會議之討論，對於是否調整保險對象自行負擔費用，尚未有可供決策參考之一致看法。

(2) 基於本案屬保險政策諮詢事項，健保會為溝通平台，爰綜整保險付費者、醫事服務提供者代表委員之意見，供衛福部及健保署參酌。

5. 有關汽車肇事，擬刪除保險人健保署對保險公司之代位權，或修改強制汽車險傷害不賠，涉及肇事者相關責任轉由全民負擔，嚴重影響健保財務及公平正義（保險付費者代表委員提案）：

基於「強制汽車責任保險法」若刪除「傷害醫療費用給付」之給付項目，將使健保署喪失向強制汽車責任保險之保險人行使代位求償權，而將相關費用轉嫁由全民負擔的健保費支付，嚴重影響健保財務且違反公平正義，爰健保會 27 位委員共同連署反對，並將透過公開聲明向權責機關表達渠等之立場。

二、是日上午，健保會委員召開記者會，表達反對立法院財政委員會提案刪除「強制汽車責任保險法」中「傷害醫療費用給付」項目之立場。

本會 27 位委員聯名寄送反對「強制汽車責任保險法」修正案之陳情書予立法院全體委員。



附錄三 衛生福利部全民健康保險會設置要點

102年7月25日衛部綜字第1021180015號函訂定

- 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；組長及工作人員若干人，分組辦理本會業務。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 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) 修正附表

程序	時程		說明
	上半年	下半年	
1. 健保署將提案送會	3 月 1 日前	10 月 1 日前	健保署：將提案送會 (含「健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表」及參考資料)。 (基本資料檢核表如附表)
2. 健保會幕僚檢視提案內容	3 月 20 日前	10 月 20 日前	健保會幕僚：檢視提案內容是否完整，並得視需要洽請健保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	11 月 10 日前	健保署：提供補充資料。
3. 委員參閱	4 月 15 日前	11 月 15 日前	健保會幕僚：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 月份委員會議	12 月份委員會議	健保會幕僚：排入議程。 委員會議：討論提案。 健保署：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		健保署：依「開放初期之檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件一之 1) 健保會幕僚：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		健保署：依「整體檢討改善報告內容」提報委員會議。 (報告內容如附件一之 2) 健保會幕僚：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。

附表

健保署同意後提請討論之自付差額特材品項基本資料檢核表

項目	基本資料			檢核結果
1. 自付差額品項	名稱： 許可證字號：_____核准日期：_____功能類別：_____			
2. 國內外上市日期與價格	國家	上市日期	價格	
	我國			
	A 國			
3. 其它國家保險給付情形	國家	保險給付情形		
	A 國			
	B 國			
4. 健保全額給付類似功能特材品項與價格	全額給付特材名稱：_____			
	許可證字號：_____核准日期：_____功能類別：_____			
	全額給付價格：_____			
5. 本品項民眾自付差額之額度	健保給付上限：_____			
	民眾自付差額額度：_____			
6. 本品項與「健保全額給付類似功能特材品項」之差距	比較項目	健保全額給付類似功能品項	本自付差額品項	
	用途（適應症）			
	相對效果（療效）			
	相對風險（安全性）			
7. 同意將本品項列入自付差額特材之理由	依健保署所訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」，本品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： <input type="checkbox"/> 增加耐久性：_____			
	<input type="checkbox"/> 增加病人使用方便性：_____			
	<input type="checkbox"/> 有利於監控病情：_____			
	<input type="checkbox"/> 增加與特定設備或儀器之相容性：_____			
	<input type="checkbox"/> 因客製化而增加美觀或舒適性：_____			
8. 醫療科技評估（含對健保財務之影響評估）等供參資料	1. 參考資料 1：_____。 2. 參考資料 2：_____。			

註：1. 針對特材品項之「2. 國內外上市日期與價格」及「3. 其它國家保險給付情形」，請盡可能包含 4～5 個先進國家及 3 個亞洲鄰近國家之資料。

2. 本表可依需要增加內容及篇幅。

附件一之1

健保署提報之「檢討改善報告內容」

- 一、健保署於各該品項開放半年後，應提報自付差額特材「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：預估值與實際發生值之比較。

附件一之2

- 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：含現行特材品項數及開放自付差額品項數、病患的利用量及點數成長情形比較。
 - (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：預估值與實際發生值之比較。

附錄五 全民健康保險業務監理架構與指標

第 1 屆 103 年第 5 次委員會議 (103.5.23) 討論通過

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
(一) 效率	1. 急性一般病床平均住院天數 (整體及各層級)	半年	1. 急性一般病床住院日數 / 急性一般病床住院申請件數 2. 急性一般病床：包含急性一般病床、經濟病床、急性收差額病床 3. 分別呈現： (1) 醫院整體 (2) 醫學中心、區域醫院、地區醫院	院所營運效率 / 國際比較
	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	1. 急診病人留置超過 24 小時人次 / 急診總人次 2. 分別呈現： (1) 醫院整體 (2) 醫學中心、區域醫院、地區醫院	急診照護效率
	3. 癌末病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數下降比率	半年	(癌症死亡病人生前 6 個月每人申報醫療費用點數 - 去年同期資料) / 去年同期資料	資源運用適當性 / 觀察整體趨勢
	4. 高診次保險對象輔導後就醫次數下降比率	年	1. 輔導後平均就醫次數 - 輔導前同期平均就醫次數 / 輔導前同期平均就醫次數 2. 高診次保險對象：全年門診就醫次數 ≥ 90 次之保險對象 3. 包含西、牙、中醫門診之高就診輔導專案個案	資源利用之管控結果
	5. 區域醫院以上初級門診照護率	半年	1. 符合初級照護之門診案件數 (不含門診透析) / 門診總案件數 (不含門診透析) 2. 初級照護定義：參照吳肖琪教授 92 年「總額支付制度下建立基層與醫院門診分級醫療指標之研究」報告，及健保署醫院總額支付委員會討論修訂版	觀察急重症資源是否偏重於投入初級照護
	6. 各層級醫療院所服務量占率	半年 (季呈現)	1. 服務量占率 = 該層級醫療點數 / 醫院整體醫療點數 2. 層級別為：醫學中心、區域醫院、地區醫院	資源分配及平衡醫院層級發展之考量

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	7. 西醫基層與醫院門診服務病人數、件數占率	半年 (季呈現)	1. 病人數占率 = 該部門門診就醫人數 / 西醫門診就醫人數 2. 件數占率 = 該部門門診申報件數 / 西醫門診申報件數 3. 部門別為：西醫基層、醫院總額	就醫變動性
	8. 藥品費用占率	半年	1. 藥品申報醫療點數 / 整體申報醫療點數 2. 醫療點數含交付機構	藥品使用情形
(一) 醫療品質	1. 手術傷口感染率	半年	1. 手術傷口感染病人數 (次診斷碼為 996.6, 998.1, 998.3, 998.5) / 所有住院手術病人數 2. 參考鍾國彪教授研究之定義, 分子: 次診斷碼為 996.6、998.1、998.3、998.5。996.6 體內裝置物、植入及移植植物所致之感染及發炎反應; 998.1 併發於醫療處置中之出血、血腫或血清腫; 998.3 手術傷口破裂; 998.5 手術後感染	住院照護安全性
	2. 急性心肌梗塞死亡率 (排除轉院個案)	半年	1. 分母中之死亡個案數 / 18 歲以上且主診斷為急性心肌梗塞之病患 2. 參考鍾國彪教授研究之定義: (1) 分子: 18 歲以上, 且主診斷為急性心肌梗塞 (國際分類代碼前三碼 = 410) 之病患死亡個案數, 包含門診、急診、住院 (排除轉院個案) (2) 分母: 18 歲以上, 且主診斷為急性心肌梗塞 (國際分類代碼前三碼 = 410) 之病患, 包含門診、急診、住院 (排除轉院個案)	急性照護品質 / 觀察整體趨勢
	3. 糖尿病醫療給付改善方案之照護率	半年	分母中有申報該方案管理照護費人數 / 符合該方案訂定之收案條件人數	評估門診照護之品質

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	4. 照護連續性	年	$COCI = \frac{\sum_{i=1}^M n_i^2 - N}{N(N-1)}$ N = 病患就醫總次數 n _i = 病患在個別院所 i 之就醫次數 M = 就診院所數 (採用 Bice 與 Boxerman 於 1977 年所發展之指標定義) 1. 資料範圍：西醫門診案件 (不含牙醫、中醫) 2. 排除極端值 (歸戶後就醫次數 ≤ 3 次, 及 ≥ 100 次者), 因易使指標產生偏差 3. 歸戶後先計算出個人當年度照護連續性, 再計算全國平均值	整合性照護品質
	5. 醫院病床數 (整體、六分區及醫院各層級)	半年	1. 分別計算健保床、非健保床 2. 分別呈現: (1) 醫院整體 (2) 健保六分區業務組 (3) 醫學中心、區域醫院、地區醫院	健保病床之供給情形
	6. 護理人力指標	半年	護病比之計算方式依衛生福利部定義 (於取得相關資料後提報)	護理人力之供給情形
(三) 效果	1. 未滿月新生兒死亡率	年	(一年中出生未滿 4 週之嬰兒死亡數 / 一年內之活產總數) * 1,000	醫藥進步情形 / 國際比較
	2. 孕產婦死亡率	年	(一年內因為各種產褥原因所致孕產婦死亡數 / 一年內之活產總數) * 100,000	衛生保健成效 / 國際比較
	3. 對醫療院所整體醫療品質滿意度 (各部門)	年	1. 填答「非常滿意」及「滿意」總人數 / 所有表示意見人數 2. 分別呈現: 醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	民眾就醫整體感受
(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	1. 依鄉鎮市區發展程度分類後, 計算最高與最低兩組每萬人口醫師數之比值 (倍數)。 2. 鄉鎮市區發展程度分類建議採謝雨生 (2011) 定義, 分為 1 級至 5 級區域, 共 5 組註。(中央健康保險署可採用其他評估醫療資源之方式加以分類) 3. 分別呈現: 醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	人力供給之公平性

構面	監理指標	提報時程	計算方式	監理重點
	2. 一般地區 / 醫療資源缺乏地區 / 山地離島地區之就醫率 (各部門)	年	1. 門診就醫人數 / 總人數 2. 醫療資源缺乏地區按該部門最近一年公告之醫療資源缺乏地區之定義；山地離島地區為執行山地離島地區醫療給付效益提升計畫 (IDS) 之地區 3. 分別呈現：醫院、西醫基層、牙醫門診、中醫門診	醫療利用之公平性
	3. 家庭自付醫療費用比率 (整體及各部門)	年	1. 家庭自付醫療費用 / 國民醫療保健支出總額 2. 分別呈現：整體、醫院、西醫診所、牙醫診所、中醫診所	民眾自費負擔趨勢
	4. 自付差額特材占率 (整體及各類別項目)	半年	1. 整體：自付差額特材申報數量 / 特材申報數量 2. 各類別項目：相同用途自付差額特材申報數量 / 相同用途之自付差額特材及全額給付特材申報總數量	民眾自付差額趨勢
(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)	1. (保險收支餘絀實際數 - 保險收支餘絀預估數) / 保險收支餘絀預估數 2. 保險收支餘絀 = (年初至本季保險總收入 - 年初至本季保險總支出)	收支餘絀預估之準確性
	2. 安全準備總額折合保險給付支出月數	半年 (季呈現)	安全準備總額 / 最近 12 個月之保險給付支出月平均數	依法以 1-3 個月為原則
	3. 保費成長率與 GDP 成長率比值	年	1. 分子：(本年保費收入 - 去年保費收入) / 去年保費收入 2. 分母：(本年 GDP - 去年 GDP) / 去年 GDP	保費成長趨勢
	4. 全民健保醫療支出占 GDP 比率	年	1. 全民健保醫療支出總額 / GDP 2. 全民健保醫療支出總額包含保險對象自行負擔費用 (部分負擔)	健保支出成長趨勢
	5. 國民醫療保健支出占 GDP 比率	年	國民醫療保健支出總額 / GDP	醫療保健支出水準 / 國際比較
	6. 資金運用收益率	半年 (季呈現)	本季保險資金運用收益 / 本季日平均保險資金金額	資金管理效率

註：依鄉鎮市區之「人力資源結構」、「社會經濟發展」、「教育文化發展」、「交通動能發展」、「生活環境發展」及「資訊基礎建設」等構面加以分類 (謝雨生等, 2011)。

附錄六 104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103年12月25日
發文字號：衛部健字第1033360154號
附件：如公告事項一（附件一至五共五件）

主旨：公告104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103年12月16日衛部保字第1030030497號函。

公告事項：

一、104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1.916%，其中，一般服務成長率為1.319%，專款項目全年經費為1,817.6百萬元(附件一)。
- (二)中醫門診醫療給付費用成長率1.897%，其中，一般服務成長率為1.662%，專款項目全年經費為241.5百萬元(附件二)。
- (三)西醫基層醫療給付費用成長率2.991%，其中，一般服務成長率為2.447%，專款項目全年經費為1,984.4百萬元，門診透析服務成長率為5.557%(附件三)。
- (四)醫院醫療給付費用成長率3.453%，其中，一般服務成長率為4.343%，專款項目全年經費為13,840.8百萬元，門診透析服務成長率為2.341%(附件四)。
- (五)其他預算之額度為11,316.9百萬元，採支出目標制，由中央健康保險署管控(附件五)。

二、104年度全民健康保險醫療給付費用總額計算公式如下：

(一)104年度全民健保醫療給付費用 = Σ [校正後103年度部門別醫療給付費用 \times (1+104年度部門別醫療給付費用成長率)] + 104年度其他預算醫療給付費用

(二)104年度全民健保醫療給付費用成長率(1) = (104年度全民健保醫療給付費用 \div 校正後103年度全民健保醫療給付費用) - 1

(三)104年度全民健保醫療給付費用成長率(2) = (104年度全民健保醫療給付費用 \div 核定之103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. 依前全民健康保險醫療費用協定委員會第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104年總額基期須校正102年投保人口成長率差值)。

三、104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3.227%；若相較於103年度核定總額，則成長率依說明二之(三)公式計算，為3.430%。

中華民國104年12月31日

部長 蔣丙煌

附件一

104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：

104年度牙醫門診醫療給付費用總額＝

校正後103年度牙醫門診一般服務醫療給付費用×（1＋104年度一般服務成長率）＋104年度專款項目經費

註：校正後103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103年第5次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為1.319%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.373%，協商因素成長率0.946%。
- （二）專款項目全年經費為1,817.6百萬元。
- （三）前述二項額度經換算，104年度牙醫門診醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長2.140%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.916%。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. 地區預算：

- (1) 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。

- (2) 分配方式：

- a. 自一般服務費用移撥0.5億元，用於「全民健康保險牙醫門診總額醫療資源不足且點值低地區獎勵方案」，經費若有剩餘，則回歸一般服務費用。

- b. 扣除品質保證保留款及上開0.5億元後，預算100%依各地區校正人口風險後保險對象人數分配。

- c. 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。

- (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，由中央健康保險署會同牙醫門診總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2. 品質保證保留款（0.3%）：

(1) 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。

該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（103、104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。

3. 牙周顧本計畫（0.4%）：請於104年6月底前提送執行情形。

4. 調整藥事服務費（0.008%）：請於104年6月底前提送執行情形。

5. 特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫（0.027%）：請於104年6月底前提送執行情形。

6. 懷孕婦女照護（0.217%）：請於104年6月底前提送執行情形。

7. 調整診察費（0%）：

(1) 104年擬調整診察費支付點數20點，以預算中平為調整原則，不另編列預算。

(2) 請於下年度總額協商前完成並提出執行情形。

8. 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%）。

(二) 專款項目全年經費為1,817.6百萬元：

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同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103年11月底前完成，並於104年6月底前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. 牙醫特殊服務計畫：

全年經費443.0百萬元，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及在宅牙醫醫療服務。

3. 牙周病統合照護計畫：

(1) 第1、2階段，全年經費850.0百萬元；第3階段，全年經費244.6百萬元。

(2) 第1、2階段照護目標數為125,000人；第3階段服務人數為90,000人。

(3) 請加強宣導本項已屬全民健康保險給付項目，若有民眾檢舉另收費用經查屬實，即屬違規，下年度將不再增加任何預算，違規處理原則並請中央健康保險署研議（例如扣款）。

表1 104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		0.373%	137.5	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率=[(1+投保人口數年增率)(1+人口結構改變率+醫療服務成本指數改變率)]-1	
投保人口數年增率		0.175%			
人口結構改變率		-0.062%			
醫療服務成本指數改變率		0.260%			
協商因素成長率		0.946%	348.9		
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%	110.6	1. 依牙醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年（103、104 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。
		牙周顧本計畫	0.400%	147.5	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	保險給付項目及支付標準之改變	調整藥事服務費	0.008%	2.9	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
		調整診察費	0.000%	0.0	1.104 年擬調整診察費支付點數 20 點，以預算中平為調整原則，不另編列預算。 2. 請於下年度總額協商前完成並提出執行情形。
	其他醫療服務利用及密集度之改變	特殊口腔黏膜疾病統合照護計畫	0.027%	10.0	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
		懷孕婦女照護	0.217%	80.0	請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	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%	-2.1	
	一般服務成率		1.319%	486.4	

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)	醫療資源不足地區改善方案	280.0	0.0	辦理牙醫師至無牙醫鄉執業及 巡迴醫療計畫。
	牙醫特殊服務計畫	443.0	0.0	辦理先天性唇顎裂與顱顏畸形 患者、特定障別之身心障礙者 及在宅牙醫醫療服務。
	牙周病統合照護計畫 (第1、2階段)	850.0	170.0	1. 第1、2階段照護目標數為 125,000人；第3階段服務 人數為90,000人。
	牙周病統合照護計畫 (第3階段)	244.6	80.0	2. 請加強宣導本項已屬全民健 康保險給付項目，若有民眾 檢舉另收費用經查屬實，即 屬違規，下年度將不再增加 任何預算，違規處理原則並 請中央健康保險署研議(例 如扣款)。
	專款金額	1,817.6	250.0	
總成長率 ^(註1) (一般服務+專款)	增加金額	1.916%	736.4	
	總金額		39,175.6	
較103年度核定總額成長率		2.140%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。
2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件二

104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：

104年度中醫門診醫療給付費用總額＝

校正後103年度中醫門診一般服務醫療給付費用×（1＋104年度一般服務成長率）＋104年度專款項目經費

註：校正後103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103年第5次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為1.662%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率0.978%，協商因素成長率0.684%。
- （二）專款項目全年經費為241.5百萬元。
- （三）前述二項額度經換算，104年度中醫門診醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長2.124%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為1.897%。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. 地區預算：

- (1) 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。

- (2) 分配方式：

- a. 於扣除品質保證保留款後，預算2.22%歸東區，97.78%歸其他五區。

- b. 東區外，其他五分區分配方式為：

- (a) 各區實際收入預算占率：73%。

- (b) 各區戶籍人口數占率：7%。

- (c) 各區每人於各分區就醫次數之權值占率：9%。

- (d) 各區人數利用率成長率與醫療費用點數成長率差：5%。

- (e) 各區各鄉鎮市區每萬人口中醫師數占率：5%。

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

率」分配。

c. 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。

(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，由中央健康保險署會同中醫門診總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2. 品質保證保留款（0%）：

(1) 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（103、104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。

3. 調整藥事服務費（0.135%）：請於104年6月底前提送執行情形。

4. 其他醫療服務利用及密集度之改變（0.557%）：

(1) 傷科支付點數調整不另增預算。

(2) 傷科合理門診量規定不得變更。

(3) 104年度地區預算分配，參數中之人口占率（R值）必須往前進，否則本項預算收回。

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（-0.008%）。

（二）專款項目全年經費為241.5百萬元：

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103年11月底前完成，新增計畫原則於103年12月底前完成，並於104年6月底前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96.5百萬元，辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及開業計畫。

2. 西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療試辦計畫：

全年經費113.0百萬元，包含腦血管疾病、顱腦損傷，及腫瘤患者手術、化療、放射線療法後照護。

3. 提升孕產照護品質計畫：全年經費32.0百萬元。

表2 104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)	增加金額 (百萬元)	協定事項	
醫療服務成本及人口因素成長率		0.978%	210.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = $[(1 + \text{投保人口數年增率}) \times (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$	
投保人口數年增率		0.175%			
人口結構改變率		0.325%			
醫療服務成本指數改變率		0.477%			
協商因素成長率		0.684%	147.3		
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	0.000%	0.0	1. 依中醫門診總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提交前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年（103、104 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。
	保險給付項目及支付標準之改變	調整藥事服務費	0.135 %	29.0	請於 104 年 6 月底前提交執行情形。
	其他醫療服務利用及密集度之改變		0.557%	120.0	1. 傷科支付點數調整不另增預算。 2. 傷科合理門診量規定不得變更。 3. 104 年度地區預算分配，參數中之人口占率 (R 值) 必須往前進，否則本項預算收回。
	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	-0.008%	-1.7	
一般服務成長率		1.662%	357.9		

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)	醫療資源不足地區改善方案	96.5	22.1	辦理無中醫鄉巡迴醫療服務計畫及開業計畫。
	西醫住院病患中醫特定疾病輔助醫療 試辦計畫 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	113.0	0.0	
	提升孕產照護品質計畫	32.0	32.0	
	專款金額	241.5	54.1	
總成長率 ^(註1) (一般服務+專款)	增加金額	1.897%	412.0	
	總金額		22,129.3	
較 103 年度核定總額成長率		2.124%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。
2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件三

104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：

●104年度西醫基層醫療給付費用總額＝

校正後103年度西醫基層一般服務醫療給付費用×（1+104年度一般服務成長率）+104年度專款項目經費+104年度西醫基層門診透析服務費用

●104年度西醫基層門診透析服務費用＝

103年度西醫基層門診透析服務費用×（1+成長率）

註：校正後103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103年第5次委員會決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為2.447%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率1.154%，協商因素成長率1.293%。
- （二）專款項目全年經費為1,984.4百萬元。
- （三）門診透析服務成長率5.557%。
- （四）前述三項額度經換算，104年度西醫基層醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長3.191%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為2.991%。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. 地區預算：

(1)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。

(2)分配方式：

a.於扣除品質保證保留款後，預算65%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，35%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。

b.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。

(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，由中央健康保險署會同西醫基層總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。

2. 品質保證保留款（0.1%）：

(1) 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。

(2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（103、104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。

3. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）（0.122%）：

(1) 請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果（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。

(2) 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

4. 調整藥事服務費及語言治療診療項目（0.399%）：

請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。

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。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2) 請於104年6月底前提送執行情形（含安全針具之申報量與價格）。

6. 其他醫療服務利用及密集度之改變（0.713%）：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

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1,984.4百萬元：

具體實施方案（含預定達成目標及評估指標）由中央健康保險署會同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103年11月底前完成，新增計畫原則於103年12月底前完成，並於104年6月底前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150百萬元，本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。

2. 慢性B型及C型肝炎治療計畫：

(1)全年經費400百萬元，不足部分由其他預算支應。

(2)請中央健康保險署研議成效評估指標。

3. 醫療給付改善方案：

(1)全年經費254.4百萬元。

(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、早期療育等5項方案，並新增孕產婦方案。

(3)宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4. 家庭醫師整合性照護計畫：

全年經費1,180百萬元，應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。

(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門診透析服務費用，並統為運用。

2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：

先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。

3. 門診透析服務總費用成長率為3.7%；西醫基層部門本項服務費用成長率為5.557%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。

4. 門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統（VPN），並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表3 104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		1.154%	1,132.7	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 = [(1 + 投保人口數年增率) (1 + 人口結構改變率 + 醫療服務成本指數改變率)] - 1	
投保人口數年增率		0.175%			
人口結構改變率		0.997%			
醫療服務成本指數改變率		-0.020%			
協商因素成長率		1.293%	1,269.8		
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	0.100%	98.2	1. 依西醫基層總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年（103、104 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。
	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）	0.122%	120.0	1. 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 104 年 6 月底前提送執行結果（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。 2. 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

項目		成長率 (%) 或 金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	調整藥事服務費及語言治療診療項目	0.399%	391.6	請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
	配合安全針具推動政策之費用	0.004%	3.9	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。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2. 請於 104 年 6 月底前提送執行情形（含安全針具之申報量與價格）。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.713%	700.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。
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%	-43.9	
一般服務成長率		2.447%	2,402.5	
專款項目 (全年計畫經費)	醫療資源不足地區改善方案	150.0	0.0	本項經費得與醫院總額同項專款相互流用。
	慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	400.0	200.0	1. 不足部分由其他預算支應。 2. 請中央健康保險署研議成效評估指標。
	醫療給付改善方案	254.4	48.9	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、早期療育等 5 項方案，並新增孕產婦方案。 2. 宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。
	家庭醫師整合性照護計畫	1,180.0	-20.0	應確實評估成效，並訂定嚴格之退場機制。
	專款金額	1,984.4	228.9	

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	2.633%	2,631.4	
	總金額		102,545.5	
門診透析服務成長率	增加金額	5.557%	774.4	1. 門診透析服務總費用成長率為3.7%；本項與醫院總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2. 含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。 3. 門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		14,709.4	
總成長率 ^(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	2.991%	3,405.8	
	總金額		117,254.9	
較 103 年度核定總額成長率		3.191%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。
2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件四

104年度醫院醫療給付費用總額及其分配

一、總額設定公式：

●104年度醫院醫療給付費用總額＝

校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用×（1+104年度一般服務成長率）+104年度專款項目經費+104年度醫院門診透析服務費用

●104年度醫院門診透析服務費用＝103年度醫院門診透析服務費用×（1+成長率）

註：校正後103年度醫院一般服務醫療給付費用，係依全民健康保險會103年第5次委員會議決議，校正投保人口數成長率差值。

二、總額協定結果：

- （一）一般服務成長率為4.343%。其中，醫療服務成本及人口因素成長率2.128%，協商因素成長率2.215%。
- （二）專款項目全年經費為13,840.8百萬元。
- （三）門診透析服務成長率2.341%。
- （四）前述三項額度經換算，104年度醫院醫療給付費用總額，較103年度所核定總額成長3.659%；而於校正投保人口數後，成長率估計值為3.453%。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. 地區預算：

(1) 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。

(2) 分配方式：

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

a. 門診服務（不含門診透析服務、品質保證保留款）：

預算46%依各地區校正「人口風險因子及轉診型態」後保險對象人數，54%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。

- b. 住診服務（不含品質保證保留款）：
- 預算41%依各地區校正「人口風險因子」後保險對象人數，59%依醫院總額支付制度開辦前一年各地區實際發生醫療費用比率分配。
- c. 各地區門住診服務，經依a、b計算後，合併預算，按季結算各區浮動點值以核付費用。
- d. 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。
- (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，由中央健康保險署會同醫院總額相關團體議定後，於103年12月底前送全民健康保險會同意後執行。
2. 品質保證保留款（0.1%）：
- (1) 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於103年11月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送前一年度執行成果。
- (2) 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近2年（103、104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。
3. 新醫療科技（包括新增診療項目、新藥及新特材等）（0.646%）：
- (1) 請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於104年6月底前提送執行結果（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。
- (2) 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第42條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。
4. 強化醫療資源支付合理性（0.1%）：
- (1) 請中央健康保險署於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於104年6月底前提送執行情形。
- (2) 依醫療資源耗用相對值表（RBRVS）調整支付標準部分，不另編列預算，請於104年持續推動。
5. 第2階段住院診斷關聯群（DRGs）之持續推動費用（0.110%）：
- 103年導入第2階段，相關專款預算已併入103年醫院總額一般服務費用結算，爰104年於一般服務計列成長率。

6. 配合安全針具推動政策之費用（0.057%）：

(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。本項自102年起開始分5年編列，104年為第3年。

(2)請於104年6月底前提送執行情形（含安全針具之申報量與價格）。

7. 提升住院護理照護品質（0.568%）：

本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於104年6月底前經全民健康保險會同意後動支預算，及於104年6月底前提送執行情形。

8. 其他醫療服務利用及密集度之改變（0.624%）：

在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第26條第2款之情事，則不適用。

9. 配合結核病防治政策改變之費用（0.01%）：

(1)用於「抗結核病藥物副作用個案住院≤30天」住院醫療費用。

(2)請於104年6月底前提送執行情形。

10. 違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法之扣款（-0.0003%）。

（二）專款項目全年經費為13,840.8百萬元：

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103年11月底前完成，新增計畫原則於103年12月底前完成，並於104年6月底前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. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質：

全年經費3,972百萬元，不足部分由其他預算支應。

2. 罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材：

(1)全年經費7,827.5百萬元。

(2)罕見疾病、血友病藥費，全年經費7,815百萬元，不足部分由其他預算支應。

(3)104年新增罕見疾病特材，全年經費12.5百萬元。

(4)為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於104年6月底前，提出專案報告。

3. 醫療給付改善方案：

- (1) 全年經費741.3百萬元。
- (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、早期療育等6項方案，並新增孕產婦方案。
- (3) 宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。

4. 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，以提升急診照護品質。

5. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群（DRGs）：

- (1) 全年經費280百萬元，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。

6. 醫院支援西醫基層總額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) 配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。

7. 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門診透析服務費用，並統為運用。
2. 門診透析服務費用於醫院及西醫基層總額之計算方式：
先協定新年度門診透析服務費用成長率，再依協商當年第1季醫院及西醫基層之門診透析費用點數占率分配預算，而得新年度醫院及西醫基層門診透析費用及其成長率。
3. 門診透析服務總費用成長率為3.7%；醫院部門本項服務費用成長率為2.341%，含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。
4. 門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統（VPN），並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。

表4 104年度醫院醫療給付費用協定項目表

項目		成長率 (%) 或 金額 (百萬元)	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		2.128%	7,497.6	計算公式： 醫療服務成本及人口因素成長率 $= [(1 + \text{投保人口數年增率}) (1 + \text{人口結構改變率} + \text{醫療服務成本指數改變率})] - 1$	
投保人口數年增率		0.175%			
人口結構改變率		1.859%			
醫療服務成本指數改變率		0.091%			
協商因素成長率		2.215%	7,800.9		
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%	352.3	1. 依醫院總額品質保證保留款實施方案支付，並以品質相關指標作為獎勵依據。該方案請於 103 年 11 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送前一年度執行成果。 2. 金額應全數用於鼓勵提升醫療品質，並以最近 2 年 (103、104 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。
	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)	0.646%	2,275.5	1. 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整之相關項目與作業時程，及於 104 年 6 月底前提送執行結果 (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。 2. 資源有限，對給付項目之新增或適應症之調整，請中央健康保險署於額度內，依全民健康保險法第 42 條精神，善用醫療科技評估工具，並考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務，排定納入健保給付之優先順序。

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
保險給付項目及支付標準之改變	強化醫療資源支付合理性	0.100%	351.0	1. 請中央健康保險署於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，依時程導入，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。 2. 依醫療資源耗用相對值表(RBRVS)調整支付標準部分，不另編列預算，請於 104 年持續推動。
	第 2 階段住院診斷關聯群(DRGs)之持續推動費用	0.110%	387.0	103 年導入第 2 階段，相關專款預算已併入 103 年醫院總額一般服務費用結算，爰 104 年於一般服務計列成長率。
	配合安全針具推動政策之費用	0.057%	200.0	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。本項自 102 年起開始分 5 年編列，104 年為第 3 年。 2. 請於 104 年 6 月底前提送執行情形(含安全針具之申報量與價格)。
	提升住院護理照護品質	0.568%	2,000.0	本項自專款項目移列至一般服務，經費並用於調增住院護理之支付標準，除支付方式應依護病比訂定外，尚須訂定護理人力相關監理指標，並請中央健康保險署於 104 年 6 月前提經全民健康保險會同意後動支預算，及於 104 年 6 月底前提送執行情形。
其他醫療服務利用及密集度之改變		0.624%	2,200.0	在合理預期支出範圍內，應含放寬藥品適應症所增之費用；若有全民健康保險法第 26 條第 2 款之情事，則不適用。
其他預期之法令或政策改變	配合結核病防治政策改變之費用	0.010%	36.0	1. 用於「抗結核病藥物副作用個案住院 ≤ 30 天」住院醫療費用。 2. 請於 104 年 6 月底前提送執行情形。
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	-0.0003%	-0.9	
一般服務成長率		4.343%	15,298.5	

項目	成長率 (%) 或 金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質	3,972.0	0.0	不足部分由其他預算支應。
罕見疾病、血友病藥費及新增罕見疾病特材	7,827.5	12.5	1. 罕見疾病、血友病藥費全年經費 7,815 百萬元，不足部分由其他預算支應。 2. 104 年新增罕見疾病特材 12.5 百萬元。 3. 為檢視本項費用成長之合理性，請中央健康保險署於 104 年 6 月底前，提出專案報告。
醫療給付改善方案	741.3	174.0	1. 辦理原有之糖尿病、氣喘、乳癌、思覺失調症、B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者個案追蹤、早期療育等 6 項方案，並新增孕產婦方案。 2. 宜提升涵蓋率，照護更多相同疾病的患者；屬成效明確的方案，應將該類病患全部納入，以避免選擇性偏差的問題。並整合各方案，朝以病人為中心的整合性服務發展，以提升醫療資源的使用效益。
急診品質提升方案	160.0	-160.0	請中央健康保險署檢討方案執行內容，以提升急診照護品質。
鼓勵繼續推動住院診斷關聯群 (DRGs)	280.0	-387.0	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。
醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案	60.0	0.0	1. 配合支援西醫基層醫療資源不足地區所需，提供專科巡迴醫療等服務。 2. 本項經費得與西醫基層總額同項專款相互流用。
全民健康保險醫療資源不足地區醫療服務提升計畫	800.0	0.0	
提升住院護理照護品質	0.0	-2,000.0	移列至一般服務項目。
專款金額	13,840.8	-2,360.5	

專款項目 (全年計畫經費)

項目		成長率(%)或 金額(百萬元)	增加金額 (百萬元)	協定事項
成長率 (一般服務+專款)	增加金額	3.511%	12,938.0	
	總金額		381,472.3	
門診透析服務成長率	增加金額	2.341%	445.8	1. 門診透析服務總費用成長率為3.7%；本項與西醫基層總額門診透析服務費用合併，並統為運用。 2. 含偏遠地區門診透析服務保障每點1元支付。 3. 門診透析院所前提報台灣腎臟醫學會之所有資料，嗣後改以全數上傳至中央健康保險署健保資訊網服務系統(VPN)，並將院所上傳情形納入「慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫」之指標。
	總金額		19,487.4	
總成長率 ^(註1) (一般服務+專款+ 門診透析)	增加金額	3.453%	13,383.8	
	總金額		400,959.7	
較 103 年度核定總額成長率		3.659%	—	

註：1. 計算總成長率所用之基期費用，一般服務含校正投保人口數成長率差值。
2. 本表除專款項目金額外，餘各項金額為預估值。

附件五

104年度全民健康保險其他預算及其分配

- 一、104年度其他預算增加534.5百萬元，預算總額度為11,316.9百萬元，採支出目標制，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：
 - (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，請於104年6月底前提送執行成果。
 - (二) 非屬各部門總額支付制度範圍之服務：
 1. 全年經費3,714百萬元，用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。
 2. 請於103年12月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於104年6月底前提送執行情形。
 - (三) 全民健保高診次民眾就醫行為改善方案-藥師居家照護：
 1. 全年經費54百萬元，以輔導至少7,000人為目標。
 2. 請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。
 - (四) 支應醫院總額罕見疾病與血友病藥費及器官移植、西醫基層總額慢性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：
 1. 全年經費300百萬元。
 2. 所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
 - (五) 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」3億元、「論人計酬試辦計畫」3億元，「跨層級醫院合作計畫」1億元，及「提升急性後期照護品質試辦計畫」4億元。
 2. 提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。
 3. 新增方案原則於103年12月底前完成相關程序，各計畫請於104年6月底前提送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）。

(六) 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費用。
3. 經費之支用，依全民健康保險會103年11月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。

(七) ICD-10-CM/PCS編碼：

1. 全年經費250百萬元，應於105年全面以ICD-10-CM/PCS申報。
2. 計畫請於103年12月底前完成相關程序，並於104年6月底前提送執行成果。

(八) 鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施：

1. 全年經費2,200百萬元。
2. 本計畫原則以5年為期程，用於網路費用、相關系統開發及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果。
3. 請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(九) 提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫：

1. 全年經費1,404.5百萬元。
2. 請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(十) 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫：

1. 全年經費404百萬元。
2. 用於繼續推動末期腎臟病前期（Pre-ESRD）之病人照護與衛教計畫、初期慢性腎臟病醫療給付改善方案，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。
3. 請於104年6月底前提送執行成果及成效評估報告。

(十一) 提升保險人管理效率：

1. 全年經費285百萬元。
2. 本計畫須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支。
3. 請於104年6月底前提送初步執行結果。

表5 104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 104 年 6 月底前提送執行成果。
非屬各部門總額支付制度範圍之服務	3,714	-54	1. 用於助產所、護理之家照護、居家照護、在宅醫療、精神疾病社區復健及安寧居家療護等所需經費。 2. 請於 103 年 12 月委員會議說明擬調整支付標準項目與作業時程，並於 104 年 6 月底前提送執行情形。
全民健保高診次民眾就醫行為改善方案 - 藥師居家照護	54	54	1. 以輔導至少 7,000 人為目標。 2. 請於 104 年 6 月底前提送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及器官移植、西醫基層總額慢性 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	所列狂犬病治療藥費係用於治療被動物咬傷患者，防止狂犬病之發生。
推動促進醫療體系整合計畫	1,100.0	100.0	1. 用於「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」3 億元、「論人計酬試辦計畫」3 億元，「跨層級醫院合作計畫」1 億元，及「提升急性後期照護品質試辦計畫」4 億元。 2. 提升急性後期照護品質試辦計畫，得包含地區醫院及醫院附設護理之家或居家護理。 3. 新增方案原則於 103 年 12 月底前完成相關程序，各計畫請於 104 年 6 月底前提送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費用。 2. 經費之支用，依全民健康保險會 103 年 11 月委員會議通過之適用範圍與動支程序原則辦理。
ICD-10-CM/PCS 編碼	250	149.5	1. 應於 105 年全面以 ICD-10-CM/PCS 申報。 2. 計畫請於 103 年 12 月底前完成相關程序，並於 104 年 6 月底前提送執行成果。

項目	金額 (百萬元)	增加金額 (百萬元)	協 定 事 項
鼓勵醫療院所即時查詢病患就醫資訊措施	2,200.0	0.0	1. 本計畫原則以 5 年為期程，用於網路費用、相關系統開發及獎勵院所上傳重要檢查、檢驗結果。 2. 請於 104 年 6 月底前提送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 104 年 6 月底前提送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，及慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫。 2. 請於 104 年 6 月底前提送執行成果及成效評估報告。
提升保險人管理效率	285.0	285.0	1. 本計畫須報經衛生福利部法制單位通過後始得動支。 2. 請於 104 年 6 月底前提送初步執行結果。
總計	11,316.9	534.5	

註：採支出目標制，由中央健康保險署管控。

附錄七 保險給付範圍調整於年度總額作業中之運作機制（草案）

一、調整給付範圍所需年度財源，應於擬訂報院總額範圍時預為安置

- （一）衛福部於研擬下年度總額範圍時，應預為規劃擬達成之政策目標，並將所需經費納入調整因素中。
- （二）健保署對下年度擬新增給付項目與支付標準調整所需經費，宜先報請衛福部納入總額範圍草案（1~3月）。特別是對財務影響較大者，須先估列，以利後續協商。

二、主管機關交付總額協定時，政策宜具體明確

衛福部交議年度總額協定案時（7月或8月），宜具體明確地提示與給付相關之政策，例如原由政府負擔轉由健保給付之服務等，供後續協商遵循。

三、保險人研提之總額協商方案，應有整體規劃及經費預估

健保署所擬具各部門總額協商草案（8月送會），有關給付項目（含醫療服務、藥品及特材）及支付標準調整部分，應是依循政策目標及考量民眾需求與前一年度給付調整情形等因素後之整體規劃，以明確協定事項及據以執行。

四、依總額核定事項落實與管控給付範圍之調整

- （一）總額經核定後，應於預算內整體調控
 1. 年度總額經衛福部核定後，健保署應在預算額度內依核定事項調整個別給付項目及支付標準。
 2. 考量各醫療服務項目有截長補短作用，健保署可計畫性地進行整體調控，相關節流措施所勻支之財源（如給付規定限縮、支付標準調降、取消不具效益之給付項目等），亦可加以運用。

(二) 給付項目應依重要性排定優先順序

1. 考量資源有限，對給付項目之新增或支付標準之調整，請依健保法第42條精神排定優先順序。

註：健保法第 42 條略以：

醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

前項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

2. 未及納入之給付項目，可排入下年度競爭預算，對財務影響較大者，提報衛福部規劃下年度總額範圍時參考。

五、總額協定計畫執行結果之檢討

- (一) 健保署應於協商下年度總額前（7月或8月），提報當年度及過去5年「給付項目及支付標準之改變」協商因素項目之執行情形及其財務影響評估。
- (二) 執行成果納入下年度總額協商參考，若未符核定事項，則須予檢討、處理。

附錄八 104年度全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

壹、依據

依全民健康保險法（以下稱健保法）第72條規定，為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提全民健康保險會討論。

貳、說明

現行全民健康保險（以下稱全民健保）自全面實施總額支付制度，每年醫療費用控制在總額成長幅度以下，達到宏觀面之管控目的，在微觀管控面，已漸採提升醫療服務效率與品質之政策方向改革，如論病計酬、住院診斷關聯群（Taiwan Diagnosis Related Groups,以下稱Tw-DRGs）支付、論質計酬等，並於平常醫療管理作業加強醫療費用審查，或依據醫療費用發生狀況，啟動專案審查及稽核等，惟國人對全民健保醫療浪費，如看病多、拿藥多、檢查多、無效醫療等議題，希望本署能積極提出良好改善對策，因此於健保法第72條訂定保險人每年擬訂抑制資源不當耗用之改善方案。

經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致提供過多之醫療照護；生命末期甚多非必要的醫療，造成資源排擠效應；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；人口老化多重慢性病缺乏整合性醫療，易造成重複就醫及重複用藥的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；醫療分科過細，造成整體就醫屬片斷醫療，就醫次數不易控制等，爰擬訂相關策略，包括：加強健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

肆、實施期間：

本方案施行期間自公告日起至104年12月31日止，執行期將視方案特性與複雜度之情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

本方案管理內容，包括：加強全民健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等9項，主要策略及方法如下：

一、加強全民健保教育宣導

- (一) 策略：推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能；建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念。
- (二) 方法：協助教育部執行「提升國民中小學教師全民健康保險教學專業能力計畫」；結合地方衛生、教育機關、學校共同推動「全民健保、人人有責」概念；另於「103年度全民健保業務宣導計畫」中，加強對一般民眾宣導。

二、持續支付制度改革

- (一) 策略：推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。
- (二) 方法：持續推動論質及論人計酬支付方案；並參考Tw-DRGs第1階段實施經驗，導入Tw-DRGs第2階段，擴增實施項目。

三、減少無效醫療耗用

- (一) 策略：積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
- (二) 方法：
 1. 新增「緩和醫療家庭諮詢費」給付項目，促使現行住院重症病危且進入末期狀態之病患、家屬及主治醫療團隊，給予充分溝通說明。
 2. 新增「社區安寧照護」給付項目，並自103年1月起實施。
 3. 制訂呼吸器依賴患者病患權益手冊與衛教單張，使民眾瞭解對不可治癒之末期病人，可採減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。
 4. 持續評估安寧療護效益及參採各界建議，作為政策推動及修訂安寧療護支付之參考。

四、高耗用醫療項目管控

- (一) 策略：降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
- (二) 方法：
 1. 電腦斷層及核磁造影檢查：強化資源共享機制，並針對影像品質不佳者加強審查。
 2. 震波碎石術：加強異常醫師之管理及醫療利用異常病患之管控。
 3. 復健治療：增訂「同一院所復健治療頻率過高個案占醫令數比率過高」不予支付指標以管控費用。

4. 除前述支付標準檢討業務、不予支付指標新增修外，另於常規醫療審查業務，持續加強檔案分析、行政與專業審查。

五、多重疾病整合醫療之推動

- (一) 策略：提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置。
- (二) 方法：
 1. 推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」：透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫之多重慢性病患提供整合式門診照護服務。
 2. 推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」：擴大推廣家庭醫師「社區醫療群」照護模式；提供24小時諮詢專線、適當就醫指導，減少急診與不必要就醫。
 3. 推動「全民健康保險論人計酬試辦計畫」：依實際需求，提供區域整合、社區醫療群、醫院忠誠病人等三種模式，使醫療團隊發揮照護能量，民眾獲得更完整的照護。

六、高診次就醫輔導

- (一) 策略：導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。
- (二) 方法：
 1. 擴大高診次就醫輔導對象，由 ≥ 100 次/年，降為 ≥ 90 次/年，及各季 ≥ 50 次，降為 ≥ 40 次。
 2. 高利用輔導流程已列入標準作業程序，輔導方式除寄發關懷函表達關心，提供諮詢電話外，亦就個案需要提供藥師居家關懷訪視。對不易接觸（失聯）者以限制全民健康保險憑證（以下稱健保卡）更新地點，取得衛教輔導之機會。針對高診次保險對象，若確有浮濫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

七、提供即時資訊避免重複醫療

- (一) 策略：利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊。
- (二) 方法：
 1. 持續輔導保險醫事服務機構配合健保卡登錄及上傳資料作業。
 2. 依不同年齡設定不同標準就醫次數之提醒機制，提醒醫師避免重複醫療及輔導正確就醫。

八、藥費管制措施

(一) 策略：降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質。

(二) 方法：

1. 整體門診慢性病用藥案件及藥費成長率管控：統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，對異常院所加強管控。
2. 高血壓、高血糖、高血脂藥費管控：針對同疾病同院所同病人就醫累計開藥及領藥日數偏高者進行管理，即對於醫師年處方開藥日數大於550日之院所，以及領藥日數大於1,000日且遊走3家（含）以上院所就醫之病人，加強抽審及輔導管理。
3. 門診一般藥品（排除重大傷病及慢性病案件）處方用藥品項數之監控：對於每張處方用藥品項及院所別平均每張處方用藥品項偏高者，一併予以加強審查。
4. 訂定不予支付指標：設定指標數值或比率的上限值，超過部分不予支付，並每年持續檢討增修。
5. 建置全民健保雲端藥歷系統：利用全民健保醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料之用藥紀錄，建置病人最近3個月用藥資訊系統，提供醫院即時查詢及醫師處方參考。未來將促請特約醫療院所醫師及藥師優先以75歲以上門診病人及65歲以上門診三高處方慢性病連續處方箋之多重慢性病患、健保卡高就診次數警示之病人等列為查詢對象，共同為民眾用藥安全及品質把關。

九、強化違規查處機制（103年新增）

(一) 策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

(二) 方法：

1. 落實一般違規案件之訪查。
2. 辦理全國性查核專案。
3. 經查獲違反全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法者，依規定核處。

陸、預期效益

- 一、降低民眾不必要就醫及避免不必要的檢查及用藥。
- 二、避免延長末期病患的痛苦，讓生命有尊嚴，臨終有品質，降低臨終醫療使用。
- 三、透過支付制度改革，提升醫療效率及品質，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。
- 四、降低慢性病患不當處方用藥及提升慢性病患用藥品質。

附錄九 全民健康保險醫療品質資訊公開辦法

中華民國 102 年 8 月 7 日衛生福利部衛部保字第 1021280007 號令訂定發布全文 10 條
中華民國 103 年 10 月 9 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

- 第 一 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 二 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 三 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 四 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 五 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。

第 六 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 七 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 八 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 九 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 十 條 本辦法自發布日施行。

本辦法修正條文，自發布日施行。

第二條附表一

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. 院所感染控制申報率		
	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)	

第二條附表二

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
	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

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
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(β -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
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

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱		
	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		
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		
五、門診透析		血液透析	腹膜透析
	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－醣化血紅素（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內傷口感染率		
	2. 人工膝關節置換手術後九十日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內相關器官損傷發生率		
	3. 子宮肌瘤手術出院後十四日內相關器官徵候發生率		
	4. 子宮肌瘤手術出院後十四日內因該手術相關診斷再住院率		

總額部門別 / 服務別 / 疾病別	項目名稱
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
十、氣喘疾病	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 2. 氣喘病人出院後十四日以內因同一疾病再入院比率 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 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 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
十一、急性心肌梗塞疾病	1. 急性心肌梗塞（AMI）病人於住院期間執行血脂 LDL 檢查比率 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） 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） 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 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
十二、鼻竇炎	十八歲以上慢性鼻竇炎病人於住院手術前三個月內有做電腦斷層造影或鼻竇內視鏡檢查比率

附錄十 委員對健保自付差額特材問卷調查結果

題目一

考量特材具醫療專業性，且品項多樣、功能複雜，需有相關資料，以利委員討論。本會於102年8月份委員會議首次討論自付差額特材案（牛心瓣膜）時，委員關心的內容如下，對日後提至本會討論的自付差額特材品項案，您認為除請健保署提供下列資料外，有無需增加的資料？

1. 健保署同意列入自付差額特材品項的理由及支持證據。
2. 其他輔助資料，例如：國內外上市日期、價格、其他國家是否列入保險給付、醫療科技評估報告等。

結果 ➡ 無需增加：19位

➡ 需增加：10位，建議增加內容如下：

1. 對健保長期的經濟效益評估，納入全額給付的條件與時程，保險對象自付差額上限管理之規劃時程。
2. 產品特性、副作用（不良案例）及療效比較。
3. FDA之療效評估。
4. 使用前及使用後的功能評估。
5. 該特材之副作用。
6. 效果與價格之比例原則，並加註臨床數據參考。
7. 國際醫療學術期刊之相關研究。
8. 提供公平合理科學根據，監督醫院合理收費的監督機制。使醫病關係有良好互信基礎。
9. 病人的意見（由病友團體提供病人需求的整理文件）。
10. 有無提供價量協議之情事。
11. 未來預期減少的健保成本之量化資料。
12. 為能更清晰的掌握當前各特材品項之市場情況，請明列欲納入自付差額特材品項之主

要國際製造廠商、各國所採用國際製造廠商是否皆一致與各為那些廠家、各廠商目前提供的特材價格等細目。

題目二

本會102年12月份委員會議針對健保署「保險對象自付差額特殊材料之規劃」報告，決定：請健保署建立檢討改善機制，並定期向本會提報。對提報的資料內容，幕僚初擬應包含的項目如下，對幕僚初擬應包含的項目，請問您有無增修意見？

1. 民眾利用情形（含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項）。
2. 醫事服務機構對自付差額品項的收費情形。
3. 有無民眾對自付差額特材的反映事項。
4. 有無對哪些項目啟動檢討改善機制。

結果 ➡ 無增修意見：22位

➡ 有增修意見：7位，建議增修內容如下：

1. 刪除第3點「有無民眾對自付差額特材的反映事項」，因定義不明確，執行不易。
2. 增加：
 - (1)與全額給付品項之民眾醫療利用分析（ex：住院天數、醫療費用、門診次數…等）。
 - (2)健保署應在網路公開自付價格情形。
 - (3)各家廠商所提供之特材品項是否品質均穩定。
 - (4)定期追蹤民眾使用特材之情形。
 - (5)政府配套宣傳經費之百分比。

➡ 其他建議：

1. 建立「訂定專利新藥及新特材的最高收費標準」機制，其方法學，可參考加拿大的PMPRB（專利藥品價格審查委員會）制度。
2. 醫院應在各類科別手術室外公告自付差額項目表。
3. 健保署或衛福部對於納入自付差額給付之特材項目，應掌握該特材品質能維持於一定，並說明當前特材品質控管機制。唯有在各家醫療院所提供之特材品質皆穩定且一致的前提下，探討價格問題方具意義。

題目三

考量健保法賦予本會多項法定任務，對自付差額品項之議案，請問您認為宜配合年度工作計畫，預先安排討論時間，或依健保署提案時間安排？

預先安排討論時間，例如：於每年3月、6月、12月討論（考量7~11月將密集協商總額）

不預先安排，依健保署提案時間，排入委員會議討論。

結果 ➔ **預先 5 安排：17位**，其中1位表示，可延長每次會議時間；1位表示應在2個月前提供討論資料。

➔ **不預先安排：11位**，其中1位表示，可避開總額密集協商階段。

➔ **其他建議：1位**，依委員討論結果決定。

題目四

依健保法規定，健保應提供疾病、傷害、生育事故時所需的醫療特材，因此給付項目宜具有普遍性及公平性，您認為健保署是否宜檢視、訂定年度自付差額品項數的上限？

結果 ➔ **宜訂定上限：16位**

➔ **不宜訂定上限：9位**，其中1位認為在年初無法得知今年度會有多少將提出自付差額給付的品項，除非能先制定此調查機制。

➔ **其他建議：5位**

1. 民眾之可負擔性亦應納入評估。
2. 依委員討論結果決定。
3. 健保署對於「制定價差上限」的顧慮確有其可能，建議實施初期不制定「價差上限」，於官方網站上揭露「各家醫療院所對於各品項特材之收取費用」以及國際均價，並加強宣導此一措施，使民眾在有特材需求時，能輕易地於健保網站取得相關之價格資訊，透過此資訊公開方式，讓市場自動均衡出收費價格。惟定期檢視各醫院特材項目之部分給付價格，並與國際均價比較是必要的，倘若發現市場效率不彰，再逕行考慮是否要制定收費上限。
4. 年度品項數因特材價格差異大，不具管理意義，建議改檢視每年編列自付差額預算財源是否足夠支應。
5. 政府不宜作太多的介入與限制。

題目五

對於哪些類別的特材得納為自付差額品項，健保署於「全民健康保險自付差額特殊材料之作業原則」訂有下列標準，請問您對此標準，有無其他增修建議？

新功能類別特材，較藥物給付項目及支付標準已收載類似功能特材品項具臨床價值，但價格較昂貴，並屬下列情形之一者，得納為自付差額特材品項。

1. 具主要醫療功能外之附加效果。
2. 有較長之使用年限。
3. 其他可改善醫療或生活品質。

結果 ➡ 無增修：16位

➡ 有增修：13位，建議如下：

1. 增加：
 - (1) 安全性之評估（持續5年之臨床報告風險追蹤）。
 - (2) 附加效果與差額給付之相對比值分析。
 - (3) 醫療過程使用有助臨床人員或病患醫療安全性提升品項。
 - (4) 單價在手術費用50%以上之材料。
 - (5) 能滿足已給付品項未能滿足之功能或療效。
 - (6) 費用高或自費比例偏高之品項。
 - (7) 有無副作用。
 - (8) 有研發新產品更適合患者使用，能替代原特材且能節省費用之品項。
2. 刪除：因「其他可改善醫療或生活品質」所定之情形不明確。

➡ 其他建議：

1. 臨床效益與其價格顯不相當時，可納入差額負擔，但若確具效益者，應優先考量全額給付。
2. 自付差額特材品項皆應有Profile分析（各醫院自付差額情形之檔案輪廓分析）。
3. 使用年限長之特材，若用在末期或年邁者，可用租借方式提供。
4. 使用年限較長之特材應由健保支付，可減少日後醫療資源浪費。
5. 被列為美容等健保不給付項目之特材不得給付。
6. 應將健保給付可收差額之品項均公告。

7. 醫事服務提供者告知自付差額比較，由患者自主擇定。
8. 讓病患自由選擇具希望和信心的品項。
9. 如此的問題，依中華民國憲法，健保署是否有侵權行為。

題目六

其他相關建議：8位

➡ 自付差額特材相關建議：

1. 由相關專家組成小組向多位委員報告或接受諮詢後，提正式會議討論。
2. 宜審慎評估，避免增加開放自付差額來補貼特材項目。
3. 因特材牽涉醫療專業，健保會如對「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」審核結論有疑議，應退回擬訂會議由醫療面專家重新評估，不宜逕自另作決議。
4. 特殊材料價格可蒐集日本、香港、新加坡、馬來西亞、印尼、泰國、或GDP接近及國民所得相當國家的收費標準。並依據國內醫療費用承擔能力訂出合理價格。
5. 建議自付差額應報健保署同意後始能執行，而非健保署事後人工上網搜尋。
6. 不僅是特材有自付差額之設計，新藥品若給付金額過高也應建立類似機制。

➡ 其他建議：

1. 應落實健保法第43條，分級醫療轉診及自行負擔制度。
2. 健保會委員之提案，健保署應儘快落實完成。
3. 費用協定後務必執行，如垂直整合方案，因自101年即有編預算，今年務必執行，以防健保有被告之可能。
4. 建議要落實轉診垂直整合之制度，深入了解民眾的需求，給予應有權益之保障。
5. 加強宣導衛福部全民健保會所訂之各項政策，抑制浪費，建立良好醫病關係，全民健保得永續經營造福大眾。
6. 被保險人是健保給付及服務對象之主體，因此建議調整「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」被保險人比例席次。並由健保會推薦代表擔任，已達接軌之必要性，整體性與一貫性考量財務連動之原始設計初衷。（如果考量本會委員並未具專業醫療背景，但外審機制已有專業把關）

附錄十一 本會討論「健保自付差額特材品項案」之意見調查結果

題目一：對本會討論自付差額特材案之作業流程

結果 ➡ 不需修改：30位

➡ 無意見：1位

➡ 建議修改：0位

題目二：對健保署提案需檢附之「自付差額特材品項基本資料檢核表」內容

結果 ➡ 不需修改：25位

➡ 無意見：1位

➡ 建議修改：5位，內容如下：

1. 「1.自付差額品項名稱」：應增加衛署字號、許可證字號及功能類別。
2. 「2.國內外上市日期與價格」：應有先進國家5國及亞洲鄰近國家3國之資料。
3. 「3.其它國家保險給付情形」：應有先進國家5國及亞洲鄰近國家3國之資料。
4. 「4.我國健保全額給付類似功能特材之品項與價格」：
 - (1)應增加衛署字號、許可證字號及功能類別。
 - (2)項目名稱改為：「此自付差額特材之類似功能參考品的品項、給付情形與價格」。
 - (3)項目名稱改為：「我國健保全額或差額或未通過給付類似功能特材之品項與價格」。另，基本資料新增：衛部核准代碼、健保給付申報代碼、上市日期、最近一次核定日期、核定價格。
5. 「6.本品與『健保全額給付類似功能特材品項』之差距」：
 - (1)項目名稱改為：「本品與前項所列品項之差距」。另，基本資料增列「差額或未通過給付品項」乙欄。
 - (2)基本資料之「健保全額給付品項」欄，改為「類似功能參考品項」。
6. 文字酌修：本品改為「本品項」。
7. 另新增以下內容：
 - (1)目前於國內市場之價格，基本資料包括：商品定價、送核申請價格及國內市場之價格情形：1.普查件數、2.最高價格、3.最低價格。

(2)對健保財務影響之評估，應有5年特材費用預估及健保財務影響評估。

(3)審核特材廠商（標準）說明。

題目三：對健保署提報之「檢討改善報告內容」

結果 ➡ 不需修改：25位

➡ 無意見：1位

➡ 建議修改：5位

對開放半年後之「檢討改善報告」建議增修內容：

1. 此報告應至少蒐集1年資料，建議以2年為限。
2. 建議修訂為：應提報「自付差額特材開放初期之檢討改善報告」。
3. 「（一）利用情形分析」：增列實際用量、點數成長比較。
4. 「（二）醫事服務機構的收費情形」：增列有否超過健保署制定之上限情形。
5. 「（三）民眾對自付差額特材的反映事項」：詢問此項資料由誰整理？是否由病友團體來反映？
6. 增列「與健保財務影響評估之比對」。

對12月提報之「整體檢討改善報告」建議增修內容：

1. 「（一）利用情形分析」：增列實際用量、點數成長比較。
2. 「（四）自付差額特材品項改列全額給付之情形」：末段修訂為，應檢討是否改列全額給付之時程，並同步提報財源預估。
3. 增列「與健保財務影響評估之比對」。

➡ 其他建議：2位

1. 各項藥物、醫材應列入對效果的追蹤調查，並鼓勵各院所醫師及學術單位列為研究項目。
2. 提供下列資料供參：
 - (1)特材廠商申請健保給付案件目前各年度累計尚待審核案件數：a.既有功能（含自付差額分別統計）、b.新功能（含自付差額分別統計）。
 - (2)每2個月列入「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」審議約多少件數？何時可以全部審畢？
 - (3)請說明自付差額特材待審案件尚有多少？自付差額提本會討論案件有否列入優先順序計畫及作業流程標準？

附錄十二 103年各部門總額執行成果評核作業方式

第1屆103年第3次委員會會議（103.3.28）訂定

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。

二、評核委員

參考各總額部門推薦之評核委員名單，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. 依報告各部門總額一般服務及專案計畫之執行成果，由評核委員評論，並開放與會者提問。

2. 參與人員

除健保會委員、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：社會保險司、醫事司、照護司、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、健保會幕僚。

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＝75%：25%。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
一、一般服務執行績效 (一) 民眾滿意度 1. 滿意度調查結果及檢討改善措施 2. 民眾諮詢及抱怨處理 (二) 就醫可近性 1. 就醫等候情形及醫師診療時間 2. 民眾自費情形 (三) 就醫公平性 1. 不同都市化地區醫療資源分布情形 2. 醫師人力地理分布 (四) 醫療服務效率 醫療利用情形 (五) 醫療服務效益 民眾健康狀況改善情形 (六) 醫療服務品質 1. 專業醫療服務品質指標監測結果及檢討改善措施 2. 品質指標及監測值之檢討及增修 (七) 總額管理效能 1. 醫療利用及費用管控情形 2. 點值穩定度 3. 支付標準修訂 4. 專業審查及其他管理措施績效 5. 院所違規情形及醫療機構輔導	75
二、專案計畫 / 方案執行成效 (一) 預期目標達成度 (二) 醫療服務效率 (三) 醫療服務效益 (照護率、民眾健康狀況或就醫可近性提升)	25

註：列入評核之專案計畫 / 方案如附表三。

二、102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、103年評核作業時程表

時間	作業內容
4 月上旬	健保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	各總額部門視需要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。
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

各部門總額一般服務執行成果報告大綱

<p>壹、維護保險對象就醫權益</p> <ul style="list-style-type: none">一、滿意度調查結果之檢討及改善措施二、民眾諮詢及抱怨處理三、民眾自費情形及改善措施四、就醫可近性及公平性之改善措施五、其他確保民眾就醫權益之措施
<p>貳、專業醫療服務品質之確保與提升</p> <ul style="list-style-type: none">一、品質指標監測結果之檢討與改善措施二、品質指標及監測值之檢討及增修三、其他改善專業醫療服務品質具體措施
<p>參、總額之管理與執行績效</p> <ul style="list-style-type: none">一、醫療利用（含全國及各分區）及費用管控情形二、點值穩定度三、支付標準修訂（含新增給付項目）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
<p>肆、品質保證保留款實施方案</p> <ul style="list-style-type: none">一、預算及協定事項二、分配方式（101、102年）三、實施結果（101年）四、檢討及改善方向（含103年方案修訂重點）
<p>伍、附錄</p> <ul style="list-style-type: none">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. 各部門總額之滿意度調查結果及品質指標監測結果，統由健保署提供。
2. 報告內容請至少提供5年（98～102年）之數據。

附表二

各部門總額專案計畫/方案報告大綱

報告內容

1. 歷年協定事項及經費
2. 102 年計畫 / 方案目標及重點
3. 歷年執行情形及成效評估
 - (1) 預算執行數與執行率
 - (2) 年度執行目標及目標達成情形
 - (3) 執行概況及結果，包含醫療服務提供與支付方式（含不予支付指標），及民眾利用情形
 - (4) 成效評估與退場機制，包含計畫 / 方案評估方法與工具、評核指標、成效或健康狀況改善、是否達預期目標、相關退場機制等
4. 檢討與改進（含 103 年計畫 / 方案修正重點）
5. 附錄：各項專案計畫 / 方案內容

附表三

各部門總額專案計畫/方案及提報單位

部門別	計畫/方案名稱	提報單位
牙醫	醫療資源不足地區改善方案 特殊醫療服務試辦計畫 牙周病統合照護計畫	牙醫師公會全聯會
中醫	醫療資源不足地區改善方案 腦血管疾病後遺症中醫門診照護計畫 腦血管疾病西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫 腫瘤患者手術、化療、放射線療法後西醫住院病患中醫輔助醫療試辦計畫	中醫師公會全聯會
西醫基層	醫療資源不足地區改善方案	醫師公會全聯會
	家庭醫師及診所以病人為中心整合照護計畫	健保署
醫院	醫院支援西醫基層醫療資源不足地區改善方案 提升住院護理照護品質計畫 急診品質提升方案	健保署
醫院、西醫基層	醫療給付改善方案（糖尿病、氣喘、乳癌、精神分裂症、B、C 型肝炎個案追蹤方案等） 慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫	健保署
其他預算	推動促進醫療體系整合計畫（醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫、論人計酬試辦計畫、醫院垂直整合方案） 增進偏遠地區醫療服務品質計畫（醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫） 藥事居家照護試辦計畫 慢性腎臟病照護及病人衛教計畫（初期慢性腎臟病醫療給付改善方案、末期腎臟病前期之病人照護與衛教計畫、慢性腎衰竭病人門診透析服務品質提升獎勵計畫） 全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫	健保署

附表四

一般服務與專案計畫（方案）評核會議出席單位與人數

	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
	中華民國中醫師公會全國聯合會	10
3. 衛福部相關單位及附屬機關	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	5
	中央健康保險署	12
	國民健康署	2
	疾病管制署	2
4. 民間團體	台灣腎臟醫學會	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
	民間監督健保聯盟	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
	財團法人中華民國腎友協會	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	

附錄十三 104 年度總額協商架構

第 1 屆 103 年第 5 次委員會議 (103.5.23) 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^{註1}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 104 年總額基期須校正 102 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，104 年度總額係以 101 年每人醫療費用點數為基礎，計算 102 年對 101 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) 各成本項目對應之指數

除以下項目由行政院主計總處另外計算外，其餘沿用行政院主計總處例行公告之指標項目及數值：

- ①「藥品費用」採用「躉售物價指數—藥品類」指數，其內涵之「動物用藥」、「中藥製劑」、「中藥材」、「供合成原料藥之有機化合物」及「診斷或實驗用試劑」項目，不納入計算。
- ②「醫療材料費用」選擇100年為基期之查價分類中之「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」以及「理化分析用儀器及器具」等屬醫療儀器及材料之相關項目，作為計算。

(3) 醫療服務成本指數改變率之數值

前述各指標項目，以100年為基值（訂為100），計算102年對101年各指數年增率，並將各部門之服務成本指數改變率，按其102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. 投保人口成長率

採國家發展委員會101年公布「中華民國2012年至2060年人口推計」之104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

反映因醫療科技或診療型態之改變，如大眾對醫療科技期許之增加、疾病發生率之改變、以及醫療資源缺乏區醫療供給量之增加等因素造成對保險對象服務利用及密集度之影響（須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：

$$\text{年度醫院（西醫基層）門診透析服務費用} = \text{前一年醫院（西醫基層）門診透析服務費用} \times (1 + \text{成長率})$$
$$\text{年度門診透析服務費用} = \text{年度醫院門診透析服務費用} + \text{年度西醫基層門診透析服務費用}$$

附錄十四 104年度總額協商通則

第1屆103年第5次委員會議（103.5.23）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年度協商草案時：

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. 納入新醫療科技項目，並依民眾需要，先行規劃擬新增之項目及預估額度，以利協商及維護民眾就醫權益。

（二）各部門「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（103、104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，並須提經健保會通過。

（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：

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。

（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健保會備查。

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) 具有特殊性、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、其他原則

- (一) 年度總額成長率及相關原則，經協定後不能再以任何理由或方式變動之。
- (二) 各部門最後之年度總額成長率，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) 健保節流措施之實際效應，應自總額扣除。
- (五) 宜減少試辦性計畫，對已協定之計畫，應嚴格監控，並提出評估報告供委員於協商時參考，若成效不佳即應退場；各項新計畫應有相對之退場機制。
- (六) 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，在健保會議決前，並應再經總額部門與付費者代表協定程序。

附錄十五 104年度總額協商程序

第 1 屆 103 年第 4 次及第 6 次委員會議（103.4.25 及 6.27）通過

一、工作計畫表

工作項目及內容	預訂時程
<p>一、協商前置作業</p> <p>1. 討論 104 年度總額協商架構、通案性原則及協商程序。</p> <p>2. 建立協商參考資料： (1) 編具「全民健保總額支付制度協商參考指標要覽」。 (2) 編具「全民健保總額執行成果摘要」。</p> <p>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 102 年度協定事項執行情形。</p> <p>4. 請健保署提報 103 年度總額所協定計畫（含專款）之執行情形。</p> <p>5. 104 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。</p> <p>6. 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。</p> <p>7. 安排總額協商之相關座談會 / 會前會。 (1) 召開 104 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 104 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。</p>	<p>103 年 5 月 23 日 6 月 27 日</p> <p>103 年 6 ~ 8 月</p> <p>103 年 7 月 30、31 日</p> <p>103 年 7 月 25 日</p> <p>103 年 7 月 25 日 （或 8 月 22 日）</p> <p>103 年 8 月</p> <p>103 年 8 月 22 日（下午）</p> <p>103 年 8 ~ 9 月</p> <p>103 年 8 ~ 9 月</p>
<p>二、各部門總額成長率及分配方式之協商</p> <p>1. 協定各部門總額成長率。</p> <p>2. 協定各部門總額一般服務費用之分配方式（地區預算）。</p> <p>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。</p>	<p>103 年 9 月 26 ~ 27 日</p> <p>103 年 10 ~ 12 月</p> <p>103 年 10 ~ 12 月</p>

工作項目及內容	預訂時程
三、協定事項之執行規劃與辦理 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。 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。	103年10月～ 104年12月

二、協商會議（含共識會議及委員會會議）之安排：

（一）協商會議日期：本（103）年9月26日及27日上午，共一天半。

（二）工作內容：

1. 協商共識會議（9月26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」，另討論其他未盡事宜。

(2) 門診透析服務獨立預算，則依西醫基層及醫院等二總額部門協商順序，併於先談之部門協商。

2. 委員會會議（9月27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，以該總額部門之代表委員為主談者，另加上該部門推派之協商代表9人（參照去年人數，以會場可容納為原則）。

(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協談。

(4) 門診透析服務：由西醫基層及醫院部門代表協談，另邀請台灣腎臟醫學會列席說明（1人）。

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健保會幕僚。

（四）協商共識會議進行方式與原則：

1. 各部門協商順序：於7月份委員會會議抽籤決定之。

2. 議程提經委員會會議確認後，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
	30分鐘	（門診透析 20分鐘）	60分鐘	（門診透析 20分鐘）				
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。

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) 各部門和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會議時，可邀請專家學者及公正人士之委員提供諮詢意見，及請健保會幕僚與健保署協助試算與說明。

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，由付費者委員召集內部會議討論，若無法以共識決形成一案時，得由其代表以多數決議定之。
- (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，由總額部門委員召集內部會議進行協調。
- (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. 遵照健保會102年10月份委員會議議決事項，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，除經協商雙方代表同意外，將依法送請主管機關裁決，不再重啟協商。

註：上開決議事項為：「為期來年總額協商順利，往後於年度總額協商會議前，宜多召開會前溝通會議，討論健保署及各部門總額所研提之協商項目 / 計畫 / 方案內容。若經努力仍協商未果，則應依法，將付費者及醫事服務提供者代表委員之方案，報主管機關決定，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。

附錄十六 「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

費協會第 178 次委員會議（100.12.9）通過
第 1 屆 103 年第 11 次委員會議（103.11.28）修正

一、適用範圍：

（一）屬「其他預期政策改變」：

1. 年度中其他預期之全民健康保險法（下稱健保法）及相關法規、政策修訂，其新增費用不在協定時的各部門總額涵蓋範圍，如新增醫藥分業地區所增加之費用、年度中擴大全民健保納保範圍等。
2. 中央健康保險署（下稱健保署）配合衛生福利部（下稱衛福部）政策推動實施計畫經費額度不足時之調整^{（註1）}。

（二）屬「非預期風險」：

年度中發生全國（或特定區）之其他不可預期因素，如疾病異常流行、非天災所致之大型事件等突發性特殊情況，致使民眾醫療需求大幅上升，對該部門整體醫療費用造成顯著影響^{（註2）}。

二、動支程序：

（一）屬「其他預期政策改變」：

由健保署依適用範圍，提經本會通過後，報請衛福部核定。原列於本項下之「新增醫藥分

註 1：歷年費協會協定對專款計畫經費超支之處理原則：

- (1) 健保署與各總額部門擬訂專款計畫或方案時，已訂定若超過預算，實際服務點數以浮動點值方式處理。
- (2) 屬疾病治療處置、用藥之專款，如：慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫、鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質、罕見疾病、血友病藥費等，另於其他預算編列額度，以因應不足所需。
- (3) 未來若發生專款經費不足，須由各總額內他項經費剩餘款流用時，其經費之動支程序，應依費協會第 170 次委員會議決議，對已協定各項目金額之增減應正式提案，並經總額部門與付費者代表協商。

註 2：本項目係用以因應年度中發生特殊性、單次性狀況之需，費用不計入次年度總額基期。對於非預期政策改變部分，考量政策制定有延續性，需預先籌劃及持續執行，爰對政策項目，建議於協商該年度總額時即納入部門總額協考量，則協定之預算將列入基期，以敷政策持續推動之需。若不及事先納入協商，則可於實施之當年度，協商次年度總額時，併入考量，爰未將其列為「非預期風險」。

業地區所增加之費用」，自92年起皆每年按季撥入總額部門結算，同意健保署逕行動支。

1. 屬已協定項目，經費額度已定，但執行時發生經費不足：於執行年度尚未結束前，推估全年經費將不足時，提案至本會報告其實施情形、成效、經費需求及預算不足之因應方式等。
2. 協商時已列為將實施之政策，但實施日期及經費額度未定：於政策實施前，提案至本會報告該政策實施方式、預估影響、經費需求等^(註3)。

(二) 屬「非預期風險」：

1. 提案前審議：

由總額部門與健保署共同評估，確定其對總額影響顯著，且其影響不可歸責於該總額部門。

考量「非預期風險」範圍廣泛、無特定標的，建議於實施一段期間，累積經驗及共識後，再逐步建立明確之指標。初期建議可參用之指標如下，需符合三項評估指標之任一：

- (1) 不可預期因素影響致使部門總額該季全署預估平均點值在0.9以下，且較去年同季點值下降幅度>5%以上。
- (2) 不可預期因素影響致使該部門一般服務之該季醫療費用點數成長率>(當年度醫療服務成本及人口因素成長率+5%)以上。
- (3) 不可預期因素屬非天災所致之大型事件(為非屬健保法第52條事件，並經主管機關認定之案件)，且該事件發生後，前2個月之預估醫療費用達該地區當年季平均總額預算之0.3%以上。

2. 提案及處理程序：

由總額部門、健保署或本會委員正式提案，並提供前述評估內容與相關數據(含不可歸責於總額部門之評估資料)，供本會討論議定，結果如下：

- (1) 不同意動支：結案。
- (2) 同意動支且額度明確：確定及進行後續事宜。
- (3) 同意動支但額度無法確定：召開協商會議，由健保署會同相關總額部門先協商草擬處理方式建議案，交由本會全體委員進行協商。

註3：對協商時已知將實施之政策，但實施日期未定，且非屬單一部門總額涵蓋範圍者，建議健保署於協商時，能列在「其他預期政策改變」項下。

3. 協定、核定與執行：

協商會議結論提經本會通過後，報請衛福部核定，相關執行細節及結算事宜，請健保署會同總額部門議定。



2014

Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare



全民健康保險會年報 中華民國103年版

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104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：1010400593

ISBN：978-986-04-4782-8



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>

2014 Annual Report
National Health Insurance Committee
Ministry of Health and Welfare

ISBN 978-986-04-4782-8



GPN : 1010400593
定價：新台幣300元



衛生福利部
全民健康保險會