

2010 

全民健康保險簡介

NHI

2010



2010 
全民健康保險簡介
NHI



2010 NHI

04 局長的話

04 展望未來 健保會更好

06 以彈性、活力推動改革 主動關懷民衆需求

08 打造健保希望工程 現行制度篇

09 全民健康保險組織體系

11 全民健康保險制度



24 提升健保優質競爭力 經營成效篇

- 25 全民有保，就醫便利
- 27 全方位政策，照顧弱勢族群
- 31 提供多元醫療給付，提升醫療及用藥品質
- 37 醫療資訊揭露，提升民衆知的權益
- 38 運用資訊科技，提升服務效率

46 肯定健保視野大格局 各界評價篇

- 47 世界的認同，你我的榮耀
- 55 健保團隊受各界肯定
- 56 滿意度

57 永續健保接軌新未來 展望未來篇

- 58 未來挑戰與展望

1

局長的話



弱勢照護 多管齊下

全民健保自1995年開辦以來，民衆藉由自助互助及風險分攤的方式，獲得完整的醫療照護，一般家庭不會因為生病的龐大醫療費用而陷入貧窮，而對於經濟比較弱勢的民衆，全民健保更提供了許多協助。

為減輕經濟弱勢民衆的保費負擔，政府針對低收入戶、身心障礙者、中低收入70歲以上老人及未滿18歲的兒童及少年、未滿20歲及年滿55歲以第6類身分投保的原住民、失業勞工及其眷屬等，分別由各機關依健保法或相關法令規定，提供全部或部分的健保費補助，每年補助金額約153億元，人數約204萬人。

自2009年6月起，菸品健康福利捐調整所增加的部分收入，可用來補助弱勢民衆原本應自付的保險費，家庭收入為低收入戶1~1.5倍的家庭補助50%、1.5~2倍的家庭補助25%，約有47萬多的民衆可獲得這項幫助，每年補助金額約14億元。

對於經濟狀況尚未達到低收入戶標準，或一時沒有能力繳納健保費的民衆，全民健保也提供紓困貸款、分期付款繳納保費等辦法來幫助他們；如果民衆遇有緊急或嚴重病症必須就醫治療時，只要有村里長開出的清寒證明、或健保特約醫院的認定，即使健保卡已無法使用，仍能以健保身分就醫。

另外，健保局還爭取了財政部公益彩券回饋金每年大約4億元，補助弱勢民衆就醫的部分負擔和健保欠費；也爭取到內政部的「外籍配偶照顧輔導基金」，來補助經濟弱勢民衆外籍配偶設籍前健保費，讓欠費民衆不會因繳不起健保費而無法就醫。

展望未來 健保會更好

減少醫療浪費 從門診整合做起

隨著年紀增加，我們的身體常會同時罹患多種疾病，患有多種疾病的老人家要掛好幾科門診、領藥、做檢查，不僅多花時間，還要多付掛號費和健保部分負擔，且反而可能因用藥過度，造成對身體的傷害。為了解決這個問題，健保局規劃辦理「多重慢性病整合照護計畫」，鼓勵醫院對於有多種慢性疾病的病人，尤其是老人家，可以掛一次號，就提供病人各種疾病的完整診療，如此不必擔心重複領藥、重複檢查等問題，病人用藥比較安全，醫療品質提升，也減少了醫療浪費。

推動DRGs制度 提高醫療品質與效率

為提升醫療照護的品質與療效，改善過去論量計酬可能發生的醫療浪費，自2010年1月1日起，將在住院部分陸續推動DRGs（Dignosis Related Groups，診斷關聯群）支付方式，同一類、同病況的患者給予相同的定額支付，避免醫療行為做得越多、給付越多的錯誤期待，希望醫院能因此加強臨床管理，使病患的醫療效率與品質得以提高，醫療資源也能有更合理的分配。DRGs在國外許多國家已行之有年，台灣也已研究了近10年，目前健保已有50多項論病計酬的支付方式，在這個基礎下逐步推動DRGs，可讓住院更有效率，但重症如惡性腫瘤、精神疾病等則暫不納入，以確保這些病人的醫療服務不受影響。

展望未來 健保會更好

全民健保邁入第16個年頭了，十多年來，我們擁有一個讓世界上許多先進國家，包括歐、美、亞洲各國等，都羨慕又佩服的全民健康保險制度，這是台灣人的福氣、也是台灣人的驕傲。期許全民健保能守護大家的健康，健保局將持續不斷的努力，好還要更好。

首任局長

鄭守夏

(2010年1月1日至2010年7月31日)

1

局長的話



全民健保實施後，許多貧病弱勢的民衆因此獲得適當的醫療照護，健保制度成為台灣社會安全的重要支柱，這是國人的驕傲，也令國際稱羨，但在日驅艱難的財務狀況下，為了健保永續經營，健保改革勢在必行。

承保面改變大 財務面挑戰高

二代健保改革項目，改變最大的，就是健保費計算基礎，從過去區分為6類14目，改變為：一、有工作者及繳稅者，二、不必繳稅者兩大類。有工作者或有繳稅者，健保費的計算基礎，由目前個人薪資所得，擴大為家戶總所得，包括薪資、利息、財產交易所得等全部納入費基，依家戶所得高低負擔保費；而免繳所得稅者，則依每人基本保費乘以全戶人數來計算，且為避免家戶負擔過重，全戶最多以4人計算保險費。未來家戶總所得的計算方式，需與財政部有密切的聯繫，這是個大工程，健保局的同仁們，必須要做很多的模擬、試算等，克服各種問題，才能做到最好。

資訊公開 醫療品質提升

除了財務面的改革，更希望醫療品質能提升、就醫資訊更透明、公開，例如罹患某種癌症該去哪就診、各醫院服務資訊如何，都希望儘可能詳盡公布出來，如此一來，可提高民衆就醫選擇的能力，並且財務報表的公開更可據以作為未來支付標準調整的基礎與參考。

以彈性、活力推動改革 主動關懷民衆需求

支付面改革 為健康而付費

健保局支付面的改革措施從未間斷，如：實施總額支付制度、試辦論質計酬、實施論病例計酬及住院診斷關聯群（DRGs）制度、整合性照護計畫、及藥價基準改革等。未來全民健保將走向論人計酬「為健康而付費」，重點在健康的促進，以及設法讓民衆看病越少越健康。

家庭受益 發揮社會互助功能

二代健保並不是少數幾個人的理想，而是全台灣上百位學者，經過好幾位署長承續推動，結合許多人智慧心血，整體檢討台灣健保困境，為了民衆健康著想，所訂出的更公平、更有效率、品質更提升的理想制度。在衛生署及健保局團隊多年來一起努力下，目前得到立法院相當大的支持，衛生署和健保局會持續舉辦公聽會、收集各種資訊，以提供審議法案之參考，希望能獲得立法院順利通過，經兩年的準備能正式推動。

二代健保對收入較少、眷口數較多的家庭會有很大的幫助，而收入高、人口少的家庭則多付一些健保費，如此社會互助風險分攤的功能也更發揮。

服務更細緻 回應民衆需求

健保局的服務也會努力更細緻化，更貼近民衆的需要；透過平常業務中遇到的狀況及問題，隨時檢討現行規定是否能提供民衆更適切的服務。未來健保局會更細心的告知、更努力的宣導，讓民衆更瞭解如何運用各種健保措施，來維護自己與家人健康。

局長

戴桂英

(2010年8月1日接任)

2

打造健保希望工程
現行制度篇



Current System
Current System

全民健康保險組織體系

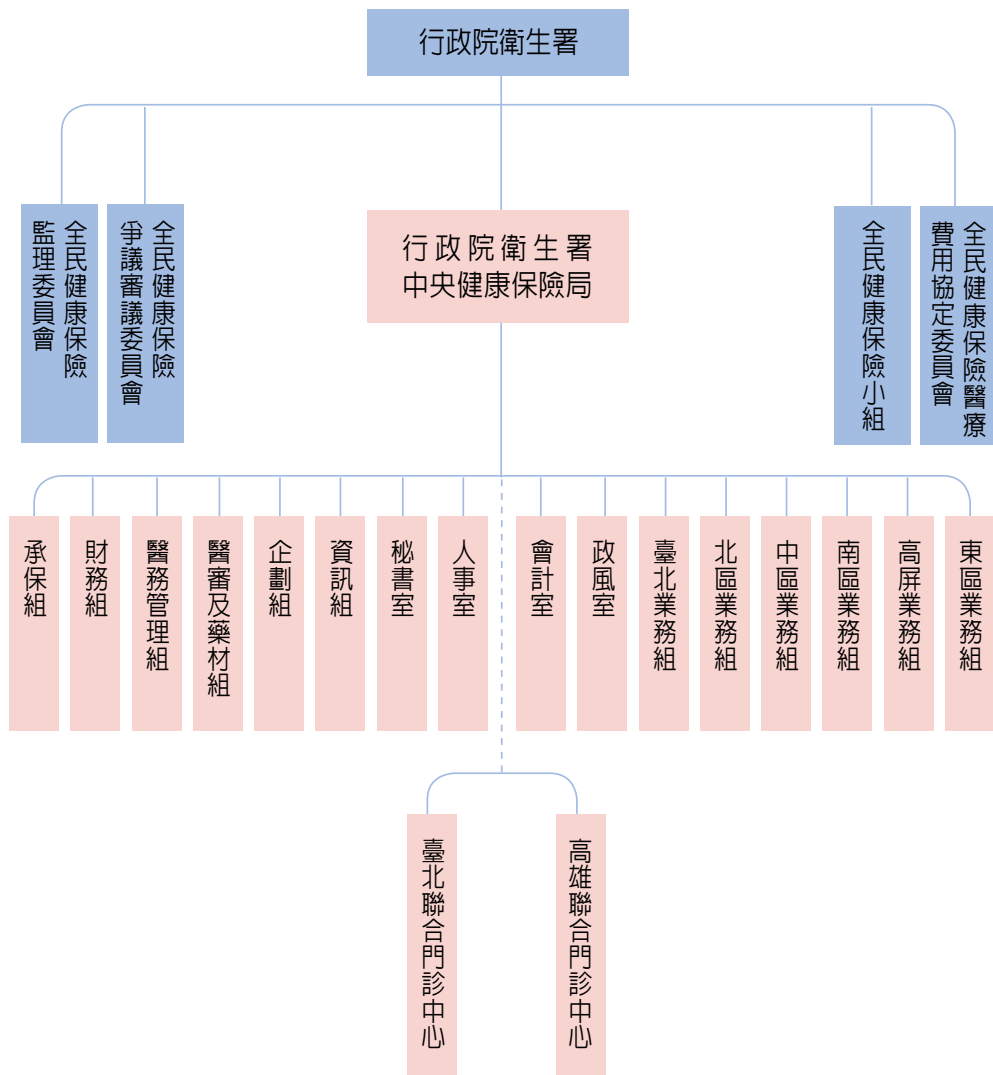
健保組織的運作團隊

我國全民健保為政府主辦之社會保險，以行政院衛生署為主管機關，下設「全民健康保險監理委員會」、「全民健康保險爭議審議委員會」、「全民健康保險醫療費用協定委員會」及「健保小組」等4個機關或單位，以協助規劃及監督保險事務保險人。「行政院衛生署中央健康保險局」為保險人，辦理健保相關業務，負責制度研擬及業務、執行、研究發展、人力培訓、資訊管理與查核等業務，其執行業務所需經費由中央政府編列預算支應。

為有效管理全民健保各項業務、提升運作效益，健保局設有6個分區業務組（圖一），直接辦理承保作業、保險費收繳、醫療費用審查核付及特約醫事服務機構管理等業務，並設置21個聯絡辦公室。在人員編制方面，至2009年6月，健保局計有3,051名人員，致力於提供全民更完善的醫療照護而努力。此外為活化健保人力進用，健保局於2010年1月1日正式改制為行政機關，原健保局組織條例亦修正為「行政院衛生署中央健康保險局組織法」。本次組織改制僅是單純地將健保局更加明確的定位為行政機關，主要在於內部組織及人事制度配合修正，而健保局對外之各項服務並不會產生任何變動與影響。



圖一 全民健康保險組織架構圖



全民健康保險制度

全民納保 投保分類

全民健保屬於強制性的社會保險，其主要宗旨是全民皆納保、使得全體民衆可獲得公平的醫療服務。

因此，凡具有中華民國國籍，在台灣地區設籍滿4個月以上的人（在台灣地區出生之新生兒只要辦妥戶籍出生登記），都必須參加全民健保，並將保險對象分為六類（表1），以作為保險費計算的基礎。

表1 全民健保保險對象分類及其投保單位

類別	保險對象		投保單位
	本人	眷屬	
第1類	公務人員、志願役軍人、公職人員	1. 配偶 2. 直系血親尊親屬 3. 二親等內直系血親卑親屬未滿20歲或滿20歲無謀生能力或仍在學就讀	所屬機關、學校、公司、團體或個人
	私校教職員		
	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者		
	雇主、自營業主、專門職業及技術人員自行執業者		
第2類	職業工會會員、外僱船員	同第1類眷屬	所屬的工會、船長公會、海員總工會
第3類	農、漁民、水利會員	同第1類眷屬	農會、漁會、水利會
第4類	義務役軍人、軍校軍費生、在卹遺眷	無	國防部指定之單位
	替代役役男	無	內政部指定之單位
第5類	合於社會求助法規定的低收入戶成員	無	戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所
第6類	榮民、榮民遺眷家戶代表	同第1類眷屬	戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所
	一般家戶戶長或家戶代表		

註：各類眷屬及第6類被保險人均須為無職業者。



除了本國國民之外，符合全民健康保險法規定及主管機關公告持有居留證明文件之外籍人士（包括港、澳、大陸人士），除了有一定雇主的受雇者自受雇日起參加全民健保外，應自持有居留證明文件滿4個月起參加全民健保，以保障自身就醫權利。

健保財源

全民健保係為財務自給自足、自負盈虧的社會保險，以隨收隨付（pay-as-you-go financing）維持短期財務平衡，不以累積盈餘為目的，只須依法維持1個月安全準備。目前保險財務收入主要來自於被保險人、雇主及各級政府所共同分擔的保險費，少部分為當年度外部財源挹注安全準備後先行提撥補充保險收入之財源，包括保險費滯納金、公益彩券分配收入、菸品健康福利捐等補充性財源。

為維持全民健保財務的平衡，依全民健康保險法規定，保險人至少每兩年精算一次保險費率，在維持全民健保財務獨立自主精神下，呈現未來25年之保險財務收支預估及平衡費率結果，供主管機關作為費率調整決策及籌劃長期全民健保財務之參考。

保險費的計算

全民健保保費由被保險人、投保單位及政府共同分擔。在第1、2、3類保險對象（有工作者）是以被保險人的投保金額為計算基礎；第4、5、6類的民衆則是以所有參加全民健保的保險對象之每人保險費的平均值為計算基礎。（表2、表3）

表2 全民健保保險費計算公式

薪資所得者	被保險人	$\text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times (1 + \text{眷屬人數})$
	投保單位或政府	$\text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times (1 + \text{平均眷屬人數})$
地區人口 (無薪資所得者)	被保險人	$\text{平均保險費} \times \text{負擔比率} \times (1 + \text{眷屬人數})$
	政府	$\text{平均保險費} \times \text{負擔比率} \times \text{實際投保人數}$

註：

- 負擔比率：請參照全民健保保險費負擔比率（請參考第14頁）。
- 自2010年4月起保險費率為5.17%。
- 投保金額：請參照全民健保投保金額分級表（請參考第15頁）。
- 眷屬人數：超過3口的以3口計算。
- 平均眷屬人數：自2007年1月1日起為0.7人。
- 2009年10月起，第4類及第5類平均保險費為1,376元，由政府全額補助。
- 2010年4月起，第6類地區人口平均保險費為1,249元，自付60%、政府補助40%，因此每人每月應繳保險費為749元。
- 2010年4月1日費率調整，政府專案補助未達一定所得的民衆保費調整的差額
 - 被保險人投保金額在40,100元（含）以下者，由政府專案補助其自付保險費新增之全部差額。
 - 被保險人投保金額介於42,000元至50,600元者，由政府專案補助20%其自付保險費新增之差額。
 - 被保險人投保金額在53,000元（含）以上者，自付保險費新增之差額，則由被保險人自行負擔。
 - 第六類被保險人綜合所得稅率在6%（含）以下者，由政府補助其自付保險費新增之全部差額；無職業榮民之眷屬補助差額每月45元，地區人口補助差額每月90元。

表3 全民健保保險費負擔比率

保險對象類別			負擔比率 (%)		
			被保險人	投保單位	政府
第1類	公務人員、志願役軍人、公職人員	本人及眷屬	30	70	0
	私校教職員	本人及眷屬	30	35	35
	公民營事業、機構等有一定雇主的受雇者	本人及眷屬	30	60	10
	雇主、自營業主、專門職業及技術人員自行執業者	本人及眷屬	100	0	0
第2類	職業工會會員、外僱船員	本人及眷屬	60	0	40
第3類	農民、漁民、水利會會員	本人及眷屬	30	0	70
第4類	義務役軍人、替代役役男、軍校軍費生、在卹遺眷	本人	0	0	100
第5類	低收入戶	家戶成員	0	0	100
第6類	榮民、榮民遺眷家戶代表	本人	0	0	100
		眷屬	30	0	70
	其他地區人口	本人及眷屬	60	0	40

全民健保之保險費率自開辦到2002年8月底前皆為4.25%，自2002年9月起調整為4.55%，2010年4月為穩固健保經營，調整健保費率，以避免健保財務缺口繼續擴大，費率調整的幅度以2年收支平衡為調整基礎，費率由4.55%調整至5.17%。

平均眷屬人數亦經過多次的調整，開辦至1995年12月為1.36人，1996年1月修正為1.1人，1996年10月為0.95人，1998年3月為0.88人，2001年1月為0.78人，2007年1月1日起為0.7人。

投保金額之訂定

在投保金額方面，第1類至第3類被保險人之投保金額，由行政院衛生署擬訂分級表，報請行政院核定，自2010年4月1日起共有55級（表4）。第1類民衆的投保金額，由投保單位（雇主）依民衆每月的薪資所得，對照該表所屬的等級申報，第2類職業工會會員最低投保金額應按投保金額分級表第6級（21,000元）起申報。至於屬於第3類民衆的投保金額目前為21,000元。

表4 全民健保投保金額分級表

組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際月薪(元)	組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際月薪(元)
第一組 級距600元	1	17,280	17,280以下	第七組 級距3000元	29	60,800	57,801-60,800
	第二組 級距900元	2	17,400		17,281-17,400	30	63,800
3		18,300	17,401-18,300		31	66,800	63,801-66,800
4		19,200	18,301-19,200		32	69,800	66,801-69,800
5		20,100	19,201-20,100	33	72,800	69,801-72,800	
6		21,000	20,101-21,000	第八組 級距3700元	34	76,500	72,801-76,500
7		21,900	21,001-21,900		35	80,200	76,501-80,200
第三組 級距1200元	8	22,800	21,901-22,800		36	83,900	80,201-83,900
	9	24,000	22,801-24,000		37	87,600	83,901-87,600
	10	25,200	24,001-25,200	第九組 級距4500元	38	92,100	87,601-92,100
	11	26,400	25,201-26,400		39	96,600	92,101-96,600
	12	27,600	26,401-27,600		40	101,100	96,601-101,100
13	28,800	27,601-28,800	41		105,600	101,101-105,600	
第四組 級距1500元	14	30,300	28,801-30,300		42	110,100	105,601-110,100
	15	31,800	30,301-31,800	第十組 級距5400元	43	115,500	110,101-115,500
	16	33,300	31,801-33,300		44	120,900	115,501-120,900
	17	34,800	33,301-34,800		45	126,300	120,901-126,300
	18	36,300	34,801-36,300		46	131,700	126,301-131,700
第五組 級距1900元	19	38,200	36,301-38,200		47	137,100	131,701-137,100
	20	40,100	38,201-40,100		48	142,500	137,101-142,500
	21	42,000	40,101-42,000		49	147,900	142,501-147,900
	22	43,900	42,001-43,900	50	150,000	147,901-150,000	
第六組 級距2400元	23	45,800	43,901-45,800	第十一組 級距6400元	51	156,400	150,001-156,400
	24	48,200	45,801-48,200		52	162,800	156,401-162,800
	25	50,600	48,201-50,600		53	169,200	162,801-169,200
	26	53,000	50,601-53,000		54	175,600	169,201-175,600
	27	55,400	53,001-55,400		55	182,000	175,601以上
28	57,800	55,401-57,800	備註：第50級(含)以下比照勞工退休金月提繳工資分級表訂定。				

醫療給付範圍

參加全民健保的保險對象，經繳交保險費並領取健保卡後，凡發生疾病、傷害、生育事故，皆可憑卡至醫院、診所、特約藥局及指定醫事檢驗機構等特約醫事服務機構，接受必要及完整的醫療服務。

全民健保所提供的醫療服務包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目。治療照護的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及住院病房等。

部分負擔，建立「使用者付費」觀念

自全民健保開辦至2005年6月底，門、急診部分負擔已進行多次調整。為鼓勵民眾小病到當地診所就醫，需要進一步檢查或治療時再轉診到大醫院（例如區域醫院），自2005年7月15日起施行轉診制度，以促使全民健保資源的有效運用，門診基本部分負擔亦配合修正（表5）。

其中，西醫門診基本部分負擔按「未轉診」及「轉診」兩種方式計收。民眾若未經轉診直接到醫學中心、區域醫院、地區醫院就醫，就會付比較高的部分負擔。牙醫、中醫不分層級一律計收50元。

表5 全民健保門診基本部分負擔

類型	基本部分負擔				
	西醫門診		急診	牙醫	中醫
	經轉診	未經轉診			
醫學中心	210元	360元	450元	50元	50元
區域醫院	140元	240元	300元	50元	50元
地區醫院	50元	80元	150元	50元	50元
診所	50元	50元	150元	50元	50元

註：

1. 凡領有《身心障礙手冊》者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取50元。
2. 門診手術、住院患者出院後30日內及生產後6週內第一次回診視同轉診，得由醫院開立證明供病患使用。
3. 本表自2005年7月15日起公告實施。

此外，民衆看病時，如藥費超過一定金額，則須加收藥品部分負擔如表6所示。同一療程中接受第2次以上的復健物理治療或中醫傷科治療，每次須自行繳交50元的部分負擔費用。

住院部分負擔設有上限

民衆若罹患急性、慢性病需要住院時，醫療費用部分負擔一般情況下約為5%~10%（表7）；又為減輕民衆負擔，對於急性病房住院30日以下、慢性病房住院180日以下，訂定負擔金額上限，由行政院衛生署每年依法公告。（例如，2010年以同一疾病每次住院29,000元、全年累計住院48,000元為上限）

表6 全民健保門診藥品部分負擔

每次藥費	每次部分負擔費用
100元以下	0元
101~200元	20元
201~300元	40元
301~400元	60元
401~500元	80元
501~600元	100元
601~700元	120元
701~800元	140元
801~900元	160元
901~1000元	180元
1001元以上	200元



表7 全民健保住院醫療費用部分負擔

病房別	部分負擔比率			
	5%	10%	20%	30%
急性病房	-	30日內	31~60日	61日以後
慢性病房	30日內	31~90日	91~180日	181日以後

特殊情況得免除部分負擔

為了不讓部分負擔影響民衆的正常就醫，只要符合全民健康保險法第36條各款情形之一者，如重大傷病（表8）、分娩、山地離島地區就醫者免收部分負擔，另健保IC卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表、低收入戶、3歲以下兒童、登記列管結核病患至指定特約醫院就醫、勞保被保險人因職業傷病

表8 全民健康保險重大傷病範圍

	疾病名稱
1	需積極或長期治療之癌症。 惡性腫瘤
2	先天性凝血因子異常。
3	嚴重溶血性及再生不良性貧血〔血紅素未經治療，成人經常低於8gm/dl以下，新生兒經常低於12gm/dl以下者〕。
4	慢性腎衰竭〔尿毒症〕，必須接受定期透析治療者。
5	需終身治療之全身性自體免疫症候群。
6	慢性精神病。
7	先天性新陳代謝異常疾病〔G6PD代謝異常除外〕。
8	心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常。
9	燒燙傷面積達全身20%以上；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。
10	接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟及骨髓移植後之追蹤治療。
11	小兒麻痺、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。
12	重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者（INJURY SEVERITY SCORE \geq 16）（※植物人狀態不可以ISS計算）。
13	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者。需使用呼吸器至少連續30天，每天依賴呼吸器至少6小時，且造成呼吸衰竭之原因尚未排除，或臨床上及生理方面仍未達穩定狀態，目前持續使用中，短期內無法脫離。
14	（一）因腸道大量切除或失去功能引起之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。 （二）其他慢性疾病之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。
15	因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者。
16	重症肌無力症。

	疾病名稱
17	先天性免疫不全症。
18	脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及腸胃等之併發症者（其身心障礙等級在中度以上者）。
19	職業病
20	急性腦血管疾病（限急性發作後1個月內）
21	多發性硬化症
22	先天性肌肉萎縮症
23	外皮之先天畸形
24	漢生病
25	肝硬化症，併有下列情形之一者： （一）腹水無法控制。 （二）食道或胃靜脈曲張出血。 （三）肝昏迷或肝代償不全。
26	早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。
27	砷及其化合物之毒性作用（烏腳病）。
28	運動神經元疾病其身心障礙等級在中度以上或須使用呼吸器者。
29	庫賈氏病。
30	經衛生署公告之罕見疾病，但已列屬前29類者除外。

就醫、多氯聯苯中毒的油症患者等，已由相關單位支付者亦得免收部分負擔。另外，針對特定項目如接受門診論病例計酬項目服務、持慢性病連續處方箋（可連續調劑2次以上，且每次在28天以上者（包括中醫））的民衆及接受牙醫診療服務者，可免除門診藥品部分負擔。

為方便慢性病患者的例行取藥，健保局提出慢性病連續處方箋的設計。慢性病連續處方箋是醫師開給慢性病患者的長期用藥處方箋。當醫師診斷後認為屬於行政院衛生署公告之慢性病且病情穩定，可在3個月內使用同一種處方用藥者，就能開給慢性病連續處方箋。這種處方箋須分次領藥，自醫師開給處方日起3個月內皆有效，每次最多領取1個月份藥量，惟預定出國者持飛機票證明或遠洋漁船及國際航線船舶之作業船員憑出海證明，1次可領取2個月份藥量。

支付制度

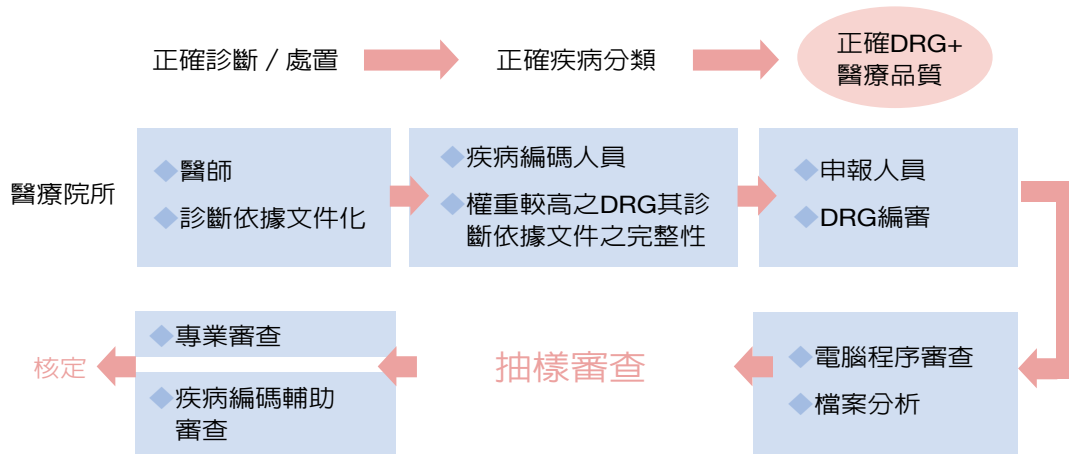
醫療費用總額預算支付制度

自2002年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度，醫療費用總額預算支付制度為一種前瞻性、宏觀（macro）調控醫療費用上漲之方法，但仍須透過支付基準等微觀（micro）配套策略，如論病例計酬、論質計酬等改革方案，才能達到改變診療行為，有效使用醫療資源。

1. 全民健保的醫療費用支付方式，在各部門總額之下，仍以「論服務量計酬」為主，並逐步推動「論病例計酬」及「論質計酬」，以提升醫療服務品質、促進國民健康。另為提升醫療服務效率，自2010年1月1日起實施全民健康保險住院診斷關聯群（Taiwanese Diagnosis Related Groups，簡稱Tw-DRGs）支付制度（圖二）。
2. 醫療服務診療項目之支付標準，除論病例計酬、DRGs支付制度採包裹給付外，相同之診療服務多訂定相同之支付點數，而點數之合理性，除依各界建議不定期協商調整外，有關特定診療項目，於2004年7月起開始導入以醫療資源耗用愈多，則支付點數愈多之相對值表制度。截至2009年12月論病例計酬的項目總計有54項，2010年實施之Tw-DRGs支付制度計有155項DRGs，預定分5年全面導入。Tw-DRGs為提升醫療服務品質及提升醫療服務效率，其審查重點設定如下：（1）入院或主手術（處置）必要性（2）診斷與處置之適當性（3）診斷與處置編碼之正確性（4）住院範圍相關費用之轉移（5）超過上限臨界值（Outlier）案件醫療費用之適當性（6）出院狀況是否穩定（7）醫療品質之適當性。相關審查、核定流程如圖二。



圖二 Tw-DRGs審查、核定流程



3. 實施Tw-DRGs對妥善運用醫療資源的醫院是一項利多，醫院在此費用內將該DRGs案件的病人照護好到出院，就可以獲得高於成本的收入。在DRGs支付方式下，健保局是以整次住院期間為一個定額費用支付給醫院，若醫院因為盡力照護，有效率提供醫療服務、減少不必要手術、用藥及檢查等，醫院就可以減少醫療成本；反之，醫院因醫療疏忽、管理不當，以致延長病患住院日數或產生不良後遺症，則醫療成本相對增加，在新支付制度下並無法獲得補償。另外，如果是因為病人本身的疾病嚴重度比較高，導致該病人的照護費用超過定額之上限臨界點，健保局會再支付超過上限臨界點費用的八成予醫院。實施DRG有助於使病人的照護品質獲得確保，在新制度下醫院為提升醫療效率、減少成本，醫院治療病人時，更應以病人為中心，發展臨床路徑，讓病人得到更好，更有療效的照護品質。

4. 外界擔心實施DRGs支付制度，醫療院所會篩選病人，使得重症病患會成為人球，其實健保局已設計配套措施包括：（1）部分重症疾病不納入DRG範圍內，如癌症、精神病患、血友病、愛滋病、罕見疾病及凡是住院天數超過30天者、使用ECMO個案、腎臟移植併發症及後續住院者（2）為免影響緊急施救之病人權益，臨床上心因性休克病患植入主動脈內氣球幫浦（IABP Intra-

aortic balloon pump) 之特殊材料 不在DRG支付定額內，醫院可核實申報

(3) 對提早轉院或自動出院個案，會依其住院日數及醫院提供的醫療服務是否合理有不同的支付 (4) 為防止病患權益受影響，健保局將會訂定監控指標，例如：出院後再回來急診比率、出院後重覆入院比率等，以觀察病人是否被迫提早出院 (5) 會透過專業審查以確認醫療服務適當性、監測民衆申訴案件，視情形依特約管理辦法進行查處。

5. 每個DRG支付點數的計算是以Tw-DRGs實施前特約醫院提供病患醫療服務的內涵之支付點數為基礎計算而成，所以實施後民衆就醫的程序、接受的診療內涵和實施前是一樣的，且更應以病人為中心，提供更有效率之住院醫療服務。



6. 基於全民健保不僅是為民衆購買醫療，更要落實為民衆買健康的理念，自2001年起推動醫療給付改善方案，採取論「品質」付費的支付方式。期望藉由各類照護的整合與支付制度的規劃，發展確保醫療品質的支付方式，提升照護的成效，達到以最符合成本效益的原則，提供高品質服務的目標。目前實施之疾病項目除原已有乳癌、糖尿病、氣喘及高血壓、慢性B型肝炎帶原者與C型肝炎感染者等5項，2010年1月1日新增精神分裂症論質方案。

審查制度

全民健保醫療服務案件審查之目的，在對特約醫療院所提供之醫療服務項目、數量、適當性及品質作審查。醫療服務案件之特色在量大（以2009年1-9月統計為例：門診件數高達2.6億件，平均每日96萬件）以及申報案件具醫療專業

性，因此，健保局之審查方法主要為由申報資料進行電腦審查。另外，抽樣調閱部分病歷送請審查醫師專業審查，並採重點管理。總額支付制度實施後，醫療服務專業審查已委託相關醫事團體辦理。

醫療院所申報醫療服務之審查，可分為程序審查與專業審查。程序審查包括：1.保險對象之資格。2.保險給付範圍之核對。3.保險支付標準及藥價基準正確性之核對。4.申報資料填載之完整性及正確性。5.檢附資料之齊全性。6.論病例計酬案件之基本診療項目之初審。7.事前審查案件之核對。8.其他醫療服務申報程序審查事項。保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，依前述程序審查發現有違反全民健保相關法令規定者，應不予支付該項費用，並註明不予支付內容及理由。在專業審查部分，醫療專業之審查規範之訂定，均經相關醫療專家會議討論訂定。由於申報案件具醫療專業性，因此，審查醫師皆來自醫界，健保局對審查醫師，除辦理業務說明外，亦舉辦各科審查醫師會議，尋求對醫療專業見解之共識。



3

提升健保優質競爭力
經營成效篇



Outcome and Achievements
Outcome and Achievements

全民有保 · 就醫便利

全民有保 就醫便利

落實全民納保

全民健保屬於強制性社會保險，它的主要宗旨是人人均納保、人人均可獲得平等醫療服務的權利。目前除受刑人之外，全民都已納保。至2009年6月底止，參加全民健保的總人數有2,292萬8,190人（表9），投保單位有67萬8,574家。

表9 全民健保各類保險對象人數

	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	總計
人數	11,797,103	3,998,617	2,973,133	146,011	238,919	3,774,407	22,928,190
占總納保人數百分比	51.45%	17.44%	12.97%	0.64%	1.04%	16.46%	100.00%

資料時間：2009年6月30日

方便民衆就醫

為讓民衆獲得完善的醫療服務，自由選擇就醫一直是健保局努力的目標。截至2009年10月底止，全民健保特約醫療院所合計達1萬8,981家，約占全國所有醫療院所總數92.47%（表10）；另有特約藥局4,412、居家照護機構489家、特約精神

表10 全民健保特約醫療院所數

	總計	西醫醫院	西醫診所	中醫醫院	中醫診所	牙醫診所
全國醫療院所數	20,527	485	10,516	19	3,242	6,264
特約醫療院所數	18,981	484	9,491	18	2,915	6,073
特約率	92.47%	100.00%	90.25%	94.74%	89.91%	96.95%

資料時間：2009年10月31日



科社區復健機構153家、特約助產所15家、特約醫事檢驗機構202家、物理治療所17家、醫事放射機構8家及職能治療所1家。

民衆只要參加全民健保並繳交保險費後，即可領取健保IC卡，爾後如遇到疾病、傷害、生育等事故，即可持健保IC卡自由選擇特約醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構，享受嚴密、妥善的醫療照顧服務。

民衆即使在國外，因緊急傷病接受醫療，回國後也享有核退健保醫療費用的權益。

家庭醫師及社區藥局在地照顧

為建立分級醫療制度，使民衆獲得完整持續之醫療照護，2003年3月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，由同一地區之特約西醫診所5至10家為單位，組成社區醫療群提供醫療服務，民衆只要透過居家附近的基層診所醫師作為家庭醫師，就可獲得全家健康第一線的把關工作。家庭醫師平日可作為預防保健的專業顧問，建立完整的家庭醫療資料，提供健康諮詢。若病情需要進一步手術、檢查或住院時，可協助轉診，減少民衆到處找醫師所浪費的時間與金錢。

截至2009年9月已有318個社區醫療群運作，參與之基層診所1,790家，參與率為18.87%，參加醫師數2,030位，參與率為15.64%。截至2009年10月健保已特約有4千多家特約藥局，民衆可持院所交付之處方箋，到特約藥局領藥。如有用藥上的疑問，可請藥局的藥師或藥劑生提供用藥及健康諮詢等專業服務。藥局不僅為大家的用藥安全把關，更能在地教導民衆正確的用藥知識。

全方位政策，照顧弱勢族群

補助經濟弱勢民衆健保費多項協助措施

全民健保採強制納保制度，社會上必然有一部分繳不起保費的經濟邊緣人口，如何貫徹全民一體納保政策，有賴多項協助措施，以織成綿密的社會安全網，也因此更彰顯自助互助的精神。

所謂互助，不獨限於族群間的互助，更擴及今日的我與明日的自我互助，乃至於世代間的互助。因此，為了照顧癌症、洗腎、血友病、精神病等重大傷病者，以及經濟面臨困難的弱勢民衆的就醫權益，健保局提出多項繳納保費的協助措施。另外，對於罕見疾病重症患者及偏遠地區民衆，亦提供醫療及經濟負擔上的協助。

現行的協助措施包括保費補助、紓困貸款及分期繳納等（表11）。

表11 2008年7月至2009年6月繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人（件）數	金額
保費補助	1. 中低收入70歲以上老人與18歲以下兒童及少年、失業勞工、無職業之老幼原住民、身心障礙者	179.1萬人	76億元
	2. 低收入戶及無職業榮民	62.2萬人	85.9億元
紓困貸款	符合衛生署所定經濟困難資格者	9,721件	5.56億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	23.3萬件	59.3億元

對弱勢群體的保費補助

各級政府例行性對健保補助，自2008年7月1日至2009年6月30日止共補助對中低收入70歲以上老人與18歲以下兒童及少年、失業勞工、無職業之老幼原住民、身心障礙者等179.1萬人，共計76億元；補助62.2萬低收入戶及無職業榮民共85.9億元。

紓困貸款

提供經濟困難的民衆，無息申貸健保費用及應自行負擔而尚未繳納之醫療費用，以保障就醫權益。2008年7月1日至2009年6月30日底止，共核貸9,721件，金額5.56億元。

分期繳納

對於因經濟困難而欠繳保險費無力一次償還者，辦理分期繳納共23.3萬件，合計59.3億元。未來健保局將持續爭取相關機關協助經濟弱勢民衆繳納保險費。

轉介公益團體補助保險費

對於無力繳納健保費者，健保局提供轉介公益團體及企業（個人）愛心捐款補助健保費措施，2008年7月1日至2009年6月30日底止，轉介成功之個案計2,691件，補助金額共1,606萬餘元。



醫療保障措施

因經濟困難欠繳健保費之弱勢民衆，經醫院醫師診斷需住院、急診或急重症須門診醫療者，只要持有村里長或由醫療院所出具清寒證明，即可以健保身分先行就醫。

爭取弱勢族群保費補助經費

- (1) 配合 2009 年 6 月 1 日菸害防制法之修訂，菸品健康福利捐由每包菸課稅新台幣 10 元，調整為新台幣 20 元，依據「菸害防制法」及「菸品健康福利運用及分配辦法」，以調整之菸品健康福利捐中提撥 4%，作為補助經濟弱勢民衆自付之保險費，以減輕其負擔。自 2009 年 5 月 15 日開始受理申請案件，截至 2009 年 8 月份累計受補助者有 22.2 萬餘人，補助金額計 1 億 2,789 萬餘元。
- (2) 2009 年度公益彩券回饋金「協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫」，用於協助低收入戶繳納相關健保費補助及補貼經濟困難者全年住院部分負擔之負擔上限由 5 萬元調降為 3 萬元之差額；截至 2009 年 11 月底止，已辦理第一階段之健保費協助，件數 8,083 件，金額 1.96 億元。
- (3) 2009 年度公益彩券回饋金「協助風災災民及災區民衆繳納健保欠費計畫」爭取 2009 年度公益彩券回饋金支應 4.154 億元，協助莫拉克風災災民及災區弱勢民衆繳納健保相關費用。

減輕重病民衆的就醫負擔

在重大傷病患者的部分，行政院衛生署於 2005 年 12 月公告修正重大傷病範圍為 30 類（表 8），包括癌症、慢性精神病、洗腎及先天性疾病等，這些疾病醫療花費非常高，凡領有重大傷病證明的保險對象，因重大傷病就醫便可免除該項疾病就醫之部分負擔費用。

2009 年 11 月底，重大傷病證明有效領證數約有 82 萬餘張（人數為 77 萬餘人約占總保險對象的 3.5%），而 2008 年全年重大傷病醫療費用約 1,303 億元（約占全年總醫療支出的 26.20%），顯示重大傷病的醫療費用支出比重高，全民健保的確為他們提供實質的協助。

罕見疾病亦屬重大傷病範圍項目，如經診斷為罕見疾病時可免除部分負擔。為保障罕見疾病患者的權益，只要是行政院衛生署公告的罕見疾病必用藥品，全民健保均會全額支付；即使少部分罕見疾病用藥不在現有的藥品給付範圍單內，也可採專案申請的方式處理。

偏遠地區醫療服務（IDS計畫）

山地離島因地理環境特殊，無法吸引醫護人員前往執業，導致醫療資源普遍缺乏。而且，基層醫師也無法提供昂貴設備及次專科醫療。因此，為維護山



地離島地區保險對象之健康權益，健保局自1999年11月起推動辦理「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System，簡稱IDS計畫）」，目前全國48個山地離島鄉，均已納入IDS計畫中，計有20多家承作醫院投入支援當地醫療服務，提供定點門診、24小時急診、夜間門診診療、夜間待診（晚上9點至次日早上8點）、專科診療（如眼科、婦產科、牙科等）、巡迴醫療服務等，並提供轉診後送服務。其中亦包含復健、洗

腎、居家照護、預防保健、疾病篩檢、個案管理、衛生教育、離島地區產婦提前至本島合作醫院待產等服務，受惠民衆達40萬以上，成效極為顯著。

IDS計畫2008年執行成果如下：平均每月提供專科門診診次計1,793診次，全年提供459萬門診就醫人次服務（含當地院所服務量），全年計畫經費計4億239萬元，另含當地醫療費用共計34億3,198萬元。有關對IDS計畫之民衆滿意度，截至2008年底平均達90%，其中台北縣烏來鄉滿意度高達100%，南投縣仁愛鄉及屏東縣瑪家鄉及三地門鄉滿意度高達99%。

提供多元醫療給付 提升醫療及用藥品質

建立合理的醫療支付制度

增修醫療項目的支付標準

為平衡醫療發展，自全民健保開辦起，即積極改善醫界普遍認為給付偏低而較不願投入或發展的項目，例如住院、急診、重症醫療、婦產科、小兒外科、一般外科等。2004年至2008年底止有42次公告調整支付標準；其中以2004年6月14日公告及2005年12月公告增修診療項目為最多，主要是導入診療項目相對值表，共修訂1,382項診療項目的支付標準點數。另配合新醫療科技發展及符合實際臨床需要，自2007年起新增「胸腔、腹腔鏡」等33項手術及「嬰兒保溫箱」之處置診療項目納入給付；自2008年1月1日起，為鼓勵器官移植、重大疾病診療及照顧幼童，將腎臟、心臟、肺臟及肝臟移植等手術技術費用支付點數一併調高，腎臟移植提高至現行支付點數的3倍，心、肺及肝臟移植等手術之支付點數，調高至2倍，而2歲（含）以下之兒童門診診察費加成20%，2009年1月1日修改為3歲（含）以下之兒童門診診察費加成20%，另2009年及2010年陸續增列胰臟移植、心室輔助裝置植入、深部腦核電生理定位、腦部多巴神經元斷層造影、光動力療法、自體螢光支氣管鏡檢查、小血袋無菌分裝處理費及氟-18氟化鈉正子造影等新醫療技術診療項目。

民衆可以選擇新醫療特材的使用

全民健保現行給付之特殊材料已足敷醫療需要。考量新醫療材料係改善現有品項之某些功能，惟價格較原全民健保給付類似產品之價格昂貴，給付為減輕保險對象的負擔及增加民衆使用新醫療材料的選擇權，健保局自2006年12月1日起已陸續將塗藥血管支架、陶瓷人工髖關節、特殊功能人工水晶體及金屬對金屬介面人工髖關節等4項列入部分給付項目（表12），亦即凡符合健保現行類似品項之使用規範，而自願選用較為昂貴品項，全民健保按現行類似品項之支付標準給付，超過部分由民衆自行負擔。

表12 全民健保新增部分給付特材一覽表

項目	實施時間
塗藥血管支架	2006年12月1日
陶瓷人工髖關節	2007年1月1日
特殊功能人工水晶體	2007年10月1日
金屬對金屬介面人工髖關節	2007年5月1日

但同時為保障民衆之權益，健保局規定醫療院所應於手術或處置前充分告知病患或家屬使用之原因、應注意事項及須自行負擔金額等，並完整填寫規定之同意書。另醫療院所也應將現行全民健保給付同類項目及部分給付項目之廠牌及產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等），提供民衆參考。並且將所進用部分給付品項之廠牌、收費標準等相關資訊置於各醫院之網際網路，明顯易見之公告欄或相關科別診室門口，以供民衆查詢。健保局也已將各醫療院所之民衆自付價格彙總公布於健保局全球資訊網/主題專區/健保部分給付醫療材料費用專區，民衆可上網查詢。

醫療給付改善方案

全民健保醫療給付改善方案，係透過調整支付醫療院所醫療費用的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照護發展，並以醫療品質及效果作為支付費用的依據。自2001年10月起分階段實施子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等5項醫療給付改善方案。除子宮頸癌方案自2006年起業務移由國民健康局辦理外，該年亦同時於西醫基層診所試辦高血壓醫療給付改善方案，2007年更擴及醫院執行，另結核病醫療給付改善方案自2008年起導入支付標準全面實施辦理。各方案最近4年照護率如表13。

初步成果顯示，乳癌個案之照護患者存活率較試辦前為高，糖尿病患者的重要指標，如糖化血色素（HBA1C）及低密度脂蛋白（LDL），參與試辦個案已有明顯改善，追蹤1年後糖化血色素<7及低密度脂蛋白 \leq 130控制良好的病人占率分別增加9.1及10.7個百分點；參與試辦的氣喘患者的急診及住院次數逐漸

表13 全民健保醫療給付改善方案照護率

方案別	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年1-9月
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	30.64%
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	26.82%
結核病	68.78%	78.99%	91.81%	導入支付標準	
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.84%
高血壓	未實施	未全面實施 基層9.31%	6.54%註	3.93%註	2.5%

註：高血壓方案自2006年起於西醫基層開始試辦，2007年則擴大至醫院，其照護率含括基層及醫院，因分母擴大呈現照護率下降情形。

減少，整體滿意度也大大提升；高血壓醫療給付改善方案自2006年起開辦，患者參與方案後高血壓具顯著改善情形，完成一年療程後追蹤其收縮壓<140mmHg患者有47%達血壓下降、舒張壓<90mmHg有50%達血壓下降，表示本計畫具成效。

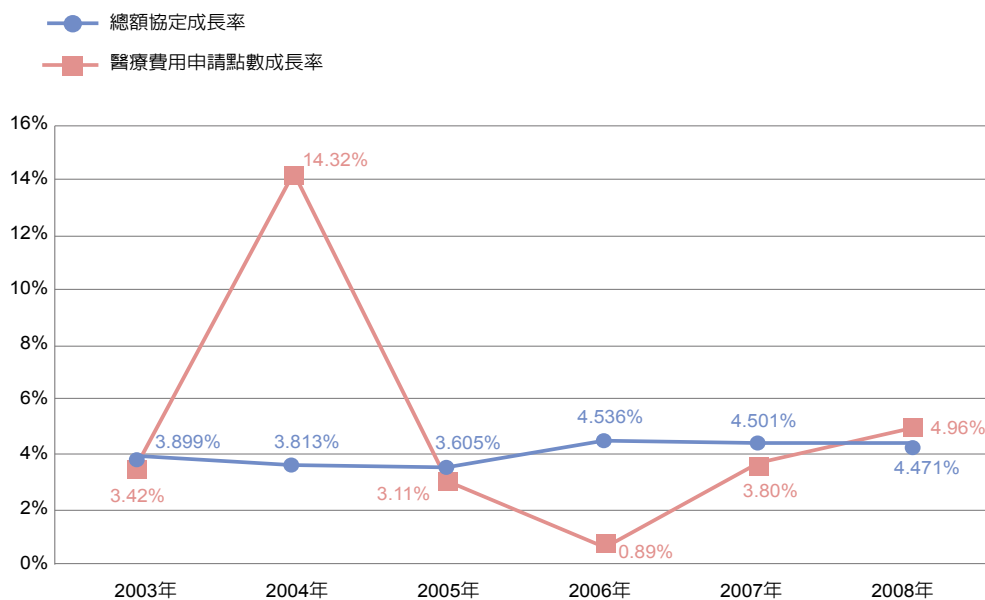
醫療費用總額支付制度控管品質效益

鑑於論量計酬支付制度下醫療費用的急速成長，同時為落實財務責任制度，全民健保在規劃時，即將醫療費用總額支付制度納入規劃重點，並於全民健保法第47條至第50條、第54條加以明文規定。

醫療費用總額預算支付制度的主要方法，就是在年度開始前，由醫界與付費者就一定額度及醫療服務內容，先協商次年適當的健保醫療費用總額。在此額度下，若服務量過多就可能會有每點點值較低的情形。反之，因醫界同儕共同減少誘發需求、加強預防保健措施有成、杜絕不當得利者，則有可能提高每點點值，各年醫療費用成長率如圖三。總額預算支付制度自2002年7月全面實施後，有效將醫療費用成長率控制在5%以下。

醫療費用總額預算支付制度自1998年7月起由牙醫門診先開始實施後，分別於2000年7月陸續推動實施中醫門診，2001年7月實施於西醫基層，至2002年

圖三 歷年全民健保醫療費用成長率



註：醫療點數 = 未經核減之申報點數 + 部分負擔

7月實施於醫院而達到全面總額。為確保總額支付制度實施後之民衆就醫權益，健保局與醫療團體共同執行醫療品質確保方案，以監督醫療院所，提供更高品質的健康服務。醫療費用總額支付制度之年度預算協商流程如圖四，2003至2010年度各總額部門醫療費用協定成長率如表14。

醫療費用總額預算支付制度下品質確保措施

在協定醫療費用總額時，同時訂定品質確保方案，以確保醫事服務機構提供的照護品質及範圍，不致因總額支付制度的實施，而衍生負面的影響。

各總額部門所訂定之「品質確保方案」，內容包括：

1. 保險對象就醫權益的確保

醫療服務品質滿意度調查、申訴及檢舉案件處理機制、保險對象就醫可近性監測。

2. 專業醫療服務品質的確保

- (1) 訂定臨床診療指引、專業審查、病歷紀錄等專業規範。
- (2) 建立持續性醫療服務品質改善方案：
 - A. 監測診療型態及服務品質
 - B. 建立醫療院所輔導系統
 - C. 建立醫療服務品質指標，並將品質資訊透明化，公開於健保局全球資訊網 (<http://www.nhi.gov.tw>)，作為醫療院所持續提升醫療品質的參考。

圖四 全民健保醫療費用總額預算研擬程序

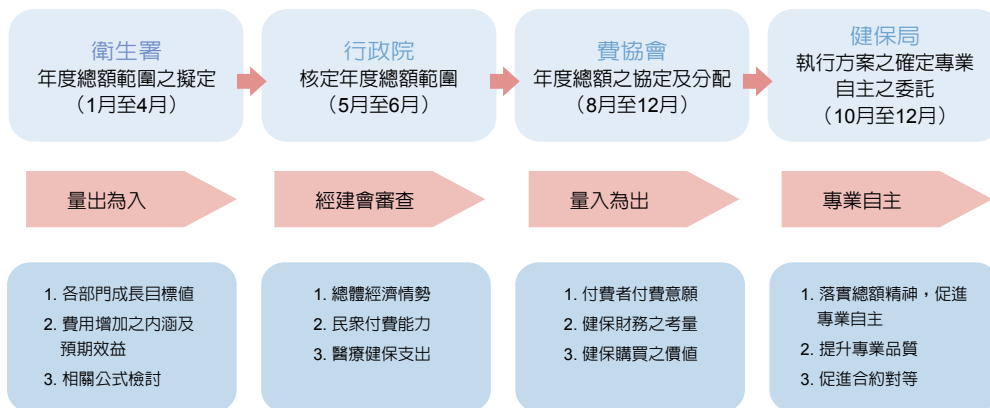


表14 全民健保歷年各總額部門醫療費用協定成長率

總額部門	2003年	2004年	2005年	2006年	2007年	2008年	2009年	2010年
總體	3.90%	3.81%	3.61%	4.54%	4.50%	4.471%	3.455%	2.796%
牙醫門診	2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%	2.650%	2.571%	1.941%
中醫門診	2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%	2.506%	2.486%	1.490%
西醫基層	2.90%	2.70%	3.23%	4.68%	4.18%	4.129%	3.346%	2.236%
醫院	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.91%	4.900%	4.461%	2.734%

註：2003-2005年為每人醫療費用成長率；2006年起為總醫療費用成長率。

合理調整藥價 提升用藥品質

為使藥品給付價格更合理，並解決市場與健保的價格差距的問題，健保局依據「全民健康保險藥價基準」，逐漸縮小智慧財產權或品質較無爭議的同成分、同含量、同規格、同劑型藥品之間的價差，並調整藥品給付價格，使其更接近藥品市場實際的價格。依全民健保法規定，醫事機構是依藥價基準向健保局申報藥費，於是醫事機構有誘因去議價，健保局再透過定期之藥價調查，將醫事機構議價之成果，反應於支付價格之調降，使民衆間接獲益。

為使藥費支出更為合理，健保局自1996年起，即積極檢討藥品價格之合理性，並辦理藥價調整相關措施，歷年來，健保局對藥價合理化所作之努力及成效如下：

1. 針對原公、勞保已給付單價偏高之藥品，依國際藥價予以調整藥價，共調整1,343品項，每年可節省藥費12.5億元。
2. 依據衛生署公告之「全民健康保險藥價基準」辦理藥價調整措施：
 - (1) 歷年已實施5次藥價調查及調整措施，每年可減少藥費成長約282.3億元。
 - (2) 2009年辦理第6次藥價調整業於2009年7月16日公布第6次藥價調整原則，新藥價自2009年10月1日生效，計調整約7,600餘項，藥價調降後之實際效益，將收集一年資料後精確估算。

為提升民衆用藥品質，對於製造時使用經嚴格管控、規格一致的原料藥、製藥過程符合國際公認的藥品優良製造規範（PIC/S GMP）、或通過歐美核准上市並具有便民包裝之藥品，將依其品質提升之程度，予以品質誘因，以鼓勵廠商加速藥品品質之提升。

醫療資訊揭露 提升民衆知的權益



健保局本於資訊公開化、透明化，以發揮全民共同監督機制，提升醫療服務品質為宗旨，利用全球資訊網與健保資訊網服務系統（Virtual Private Network，簡稱VPN），提供醫療品質相關資訊供民衆及醫療機構查詢參考。

總額協商醫療品質資訊公開

總額支付制度的實施，配合醫療品質資訊之公開化與透明化，作為提升醫療品質之重點項目。透過各部門總額支付委員會，就普遍性及可行性較高之科別項目，每年提出2至3項醫療服務品質相關之指標，透過網站公開，讓民衆查詢瞭解醫療服務品質情形。未來並將持續與各部門總額支付委員會協商，爭取增加可公開之指標及研議其他公開資訊方式之效益及可行性，期使民衆能取得真正需要的資訊，以網路公布的方式，提供各界參考。2005至2009年共公布73項品質指標資訊，截至2009年12月中，上網瀏覽者已達2,915,206人次。2010年底前將再新增10項品質指標資訊。

運用資訊科技，提升服務效率

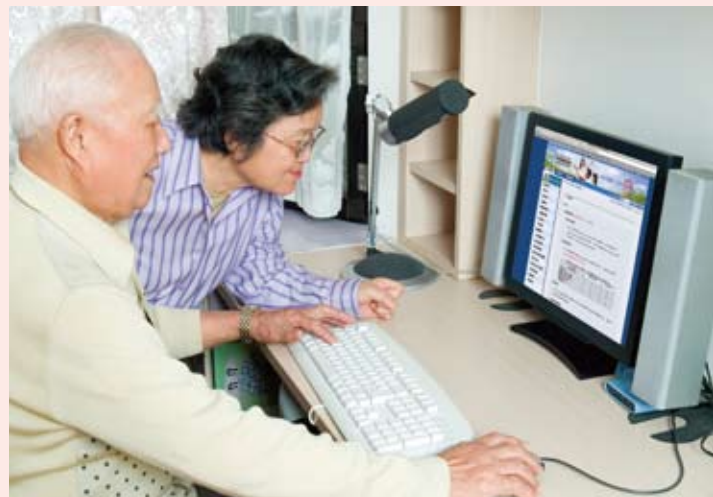
多憑證網路承保作業

為落實電子化政府，健保局已於2006年1月更新網路作業系統，建置多憑證網路承保作業平台，讓服務更多元化；又陸續新增多項功能，以提供更優質作業環境。截至2009年6月底，使用該系統的投保單位已達6萬餘家，每個月透過網路申報之異動資料約57萬餘筆，占全部異動量之六成以上。

本作業平台受理各政府機關核發之憑證（如工商、政府機關、醫事機構、組織團體及自然人憑證）進入作業平台。具備功能如下：

1. 投保單位申報保險對象投、退保及薪資調整（含勞、健保合一）等異動資料。
2. 投保單位下載計費明細表及查詢該單位歷史資料。
3. 民衆個人持自然人憑證，查詢健保欠費申請補開繳款單及查詢健保IC卡是否可正常使用，申辦製卡進度。
4. 工、農、漁會等職業團體之投保單位，亦可申報彙繳欠費資料。
5. 線上申請製發無照片健保IC卡。
6. 可線上列印電子繳款單、繳費證明及提供網路繳費之便捷服務。
7. 投保單位線上申辦基本資料（如單位名稱、地址、電話等）變更作業。

投保單位或民衆個人，利用網路申報或查詢異動資料、應繳保費情形等，不但便利迅速，尚可節省書面填報及遞送成本，同時因為使用者必須先經過電子認證確定身分，所以更具安全性。



健保費繳納管道多元

健保局為因應時代的潮流，體貼服務民衆，除了在現行的郵局、銀行、健保局各分區業務組等臨櫃繳款或約定轉帳扣款兩種繳費管道外，自2007年4月20日起，增加3種繳費管道（包括便利商店、自動櫃員機、網路），讓民衆可依自身的方便性進行健保費繳納。

新管道1 便利商店繳費

自2007年4月20日起，開放民衆持健保費繳款單，到全國8千多家便利商店門市繳納健保費，目前和健保局合作的便利商店有7-11、全家、OK、萊爾富等便利商店。

新管道2 網路繳費

自2007年4月20日起，民衆可上網連結至健保局網站、台灣銀行網站、銀行公會開發的全國繳費網站，然後在讀卡機上插入任何一家銀行的金融卡，再按照網路的指示，即可繳納健保費。

過去為方便企業繳納健保費，已開放20,800多家公司行號自行從網路列印電子繳款單，成效良好。健保局自2006年12月28日起，亦開放民衆搭配使用自然人憑證以及讀卡機，即可隨時利用網路查詢個人未繳交的健保費，列印繳款單繳費。

新管道3 自動櫃員機繳費

鑑於台灣的自動櫃員機非常普及，自2007年4月20日起，民衆也可以經由自動櫃員機進行轉帳繳納健保費，且如果以台灣銀行的金融卡進行繳納健保費，不用再支付手續費用，若是使用其他家銀行的金融卡，則比照現行銀行轉帳機制自付手續費。

新開放的3種繳費管道，都提供民衆24小時繳款服務，民衆可選擇離自己最近、最方便的地點或方式繳納健保費，此外，為方便在公所投保的民衆進行報稅事宜，健保局也會在每年4月底前寄發經由網路或自動櫃員機或約定轉帳繳納健保費的證明單據。



健保IC卡

多重防偽 資訊安全無虞

健保IC卡不僅確保民眾個人隱私，也代表台灣醫療網路的資訊平台聯繫更加順暢，而其在防偽上的努力也多次獲國際肯定。

為保障資訊安全，健保IC卡採取多重防偽處理，卡片本身除具有扭索狀設計、彩虹紋印刷、細微字印刷、光學變色油墨、紫外線隱形印刷等多重防偽設計外，在照片背景上，也有防偽處理；至於晶片方面採多重相互驗證機制，以確保資料安全。

在網路系統上，則採用VPN封閉性專屬網路，設有多道防火牆，民眾相關記載均以代碼登載，以免除駭客入侵系統或盜錄之虞。

為強化健保IC卡的安全管理機制，健保局自2003年8月即成立「資通安全小組」，負責相關工作及推動認證，歷經9個多月的努力，健保局IC卡金鑰管理系統（KMS）和健保IC卡資料管理中心（IDC）於2004年6月及8月，通過世界公認的資通安全及認證標準，分別取得英國標準協會（BSI）之BS7799及

CNS17800之安全認證。值得一提的是，健保局是國內首家取得英國標準協會授權全國認證基金會（TAF）發出的CNS17800證照之政府機構。另健保局為扎根與落實資訊安全工作，全面推動資訊安全管理系統（ISMS）建置作業。本局資訊單位分別於2006年3月及2008年4月通過國際資安標準ISO27001驗證，獲國內外（UKAS & TAF）資安證照各一張，使健保局之資安作業全面達到國際標準，嗣後並依循PDCA持續改善之精神，推動資訊安全工作，以確保民衆資訊安全無虞。

為提升民衆就醫便利性，健保IC卡整合開辦初期的健保紙卡、兒童健康手冊、孕婦健康手冊和重大傷病證明卡這4種卡冊的看病與證明功能；而健保IC卡中的註記資料，包括重大傷病的疾病代碼、有效期限起始日、有效期限終止日等，健保局將會把核准重大傷病證明之個案資料直接轉入資料庫，民衆只要持健保IC卡至設有讀卡機之地點更新，就可以載入重大傷病註記。

登錄管控藥品及重要檢查

健保IC卡除加入重大傷病證明的註記之外，也登錄藥品處方及重要檢查項目，讓醫師在診療時參考，如此可避免重複用藥、檢查，避免浪費健保醫療資源，而民衆也能減少檢驗風險及排隊候檢的時間，及提升就醫之安全性。

此外，健保IC卡啓用之後，每次的就醫紀錄可即刻傳送至健保局，讓健保局能及時統計每天的門診與住院人次，這對一些異常就診的行為，健保局可及早發現而加以追蹤輔導。又配合H1N1新型流感防疫需要，每日產製類流感統計報表供疾管局監測使用、提供新流感醫療服務之特約醫事機構名單於健保局全球資訊網供民衆查詢。

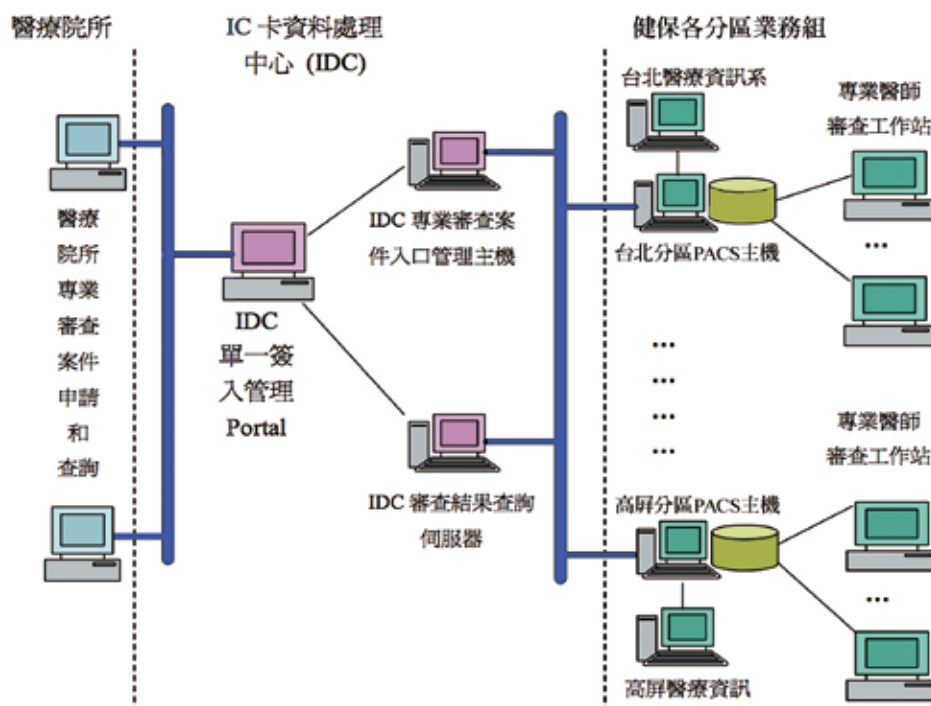
而且，健保IC卡可依衛生署轉送保險對象器官捐贈或安寧緩和醫療意願之檔案，載入健保IC卡資料庫，保險對象只要持健保IC卡至設有讀卡機之地點更新，就可將意願註記載入健保IC卡，這樣在保險對象意識不清，無法清楚表達意願時，家屬即可以了解其意願。

善用電子申報 提升效率

自全民健保開辦以來，健保局即鼓勵特約醫事服務機構採電子資料申報（網際網路連線、媒體、VPN連線）費用方式，有效節省以往人工書面填報及郵遞之成本，快速提升申報作業效率，且可縮短費用暫、核付時程。統計資料顯示，特約醫事服務機構採電子資料申報之比率已近100%使用率。

而自2004年1月1日健保IC卡全面上線後，健保局更建置了全民健保資訊網專線VPN作為與特約醫事服務機構雙向溝通之網路，特約醫事服務機構除了可透過VPN進行健保IC卡連線認證更新上傳作業以外，更可進行其他如費用申報、試辦計畫等網路申報服務，提供更有效率之連線服務管道，2009年11月份平均每日IC卡就醫上傳檢核成功之清單明細約135萬筆、醫令約456萬筆資料。另為因應近年來醫療院所e化的腳步逐漸加速，健保局於2006年9月建置完成並

電子化醫療影像專業審查系統架構示意圖



啓用「電子化專業審查PACS系統」，建立了醫療費用專業審查（含文字及影像資料）作業e化環境，以期協助醫療院所進行醫療專業審查電子化申請或申報；同時串接健保局內部之醫療給付相關系統，使整個審核流程更加自動化，並提升原有人工審查作業的效率，降低行政作業成本，以及增進整體醫療服務品質。

未來為鼓勵更多醫療院所採用網路方式申報醫療費用，所有特約醫事服務機構申報作業將以健保局IDC（IC Card Data Center）為單一入口，集中由全民健保資訊網路連線申報，而健保局也將配合作業需求，持續提供特約醫事服務機構更多更便捷的電子申報服務。另期望透過跨院所間的醫療影像檔傳輸與交換作業，減少不必要的重複檢驗與檢查，促進跨醫院間的資訊流通，減少全民健保財務支出，進而帶動醫療產業化及醫療影像標準化。

利用電腦資訊科技，提高審查效率

利用電腦資訊科技，發展電腦醫令自動化審查系統，針對支付標準、藥價基準、藥品給付規定、審查注意事項等給付規定，明確規範不給付之規定（例如年齡限制、性別限制、申報次數限制、不可併同申報項目、不得實施部位等），建立醫令自動化審查邏輯，透過醫療院所申報資料，進行電腦邏輯程式檢核，直接核減不給付醫令項目，以減少醫療院所不當申報之情形，並逐步導正醫療院所申報之正確性，以提升審查效率，減少醫療浪費，截至2009年12月已發展300餘項。

因應總額支付制度之全面實施，健保局積極建立以檔案分析為主軸之審查制度，進行醫院醫療利用異常之審查管理，目前已採行之措施，舉例如下：

1. 依據各項統計資料分析、偵測病患就醫、醫療院所診療型態與費用申報之異常狀況，以供審查參考，使專業審查重點由個案審查轉變為診療型態的審核。
2. 邀請醫界代表討論，共同發展檔案分析審查異常不予支付指標，利用申報資料對醫療院所診療型態進行審核，並針對各指標值設定閾值，就異常部分，以程序審查方式進行核減（統扣），以節省人工審查成本。



3. 健保局各分區業務組依轄區特性對高利用及高費用醫療項目，如電腦斷層掃描攝影（CT）、核磁共振掃描攝影（MRI）、腹部超音波、心臟超音波、大腸纖維鏡、體外震波碎石術（ESWL）等，利用檔案分析建立監測指標，以篩選異常院所或醫師，加強審查管理及輔導。

門診高利用輔導展現成效

自2001年起實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，掌握醫療資源利用情形，輔導正確就醫，杜絕醫療浪費。

輔導對象

1. 全年門診申報就醫次數 ≥ 150 次者，自2010年起更擴大辦理範圍，將2009年度門診就醫次數超過100次以上（不含重大傷病患者）之民衆納入輔導。
2. 每季門診申報就醫次數 ≥ 50 次者。
3. 健保IC卡上傳每月門診就醫次數 ≥ 20 次者。

輔導方式

1. 以親訪或電訪方式瞭解保險對象經常就醫之原因，視需要說明全民健保相關規定，適時衛教，導正就醫觀念。
2. 以郵寄慰問函方式表達全民健保對於其身心之關懷，並告知保險對象與輔導員（經配對之醫療院所負責人）之聯繫方式。
3. 審查瞭解保險對象治療情形：由專業審查醫師針對保險對象就醫次數之合理性及治療照護之適當性提供意見，並將審查結果回饋醫療院所，藉此降低就醫次數，以及提升輔導院所之醫療服務品質。
4. 依「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」規定，經輔導未見改善且由專業認定有指定院所就醫必要者，將依其病情及意願指定至特定醫療院所就醫；但若民衆遇有情況緊急須就醫時，則不受指定院所就醫之限制，這項輔導措施不致影響民衆之就醫權益。
5. 為使醫療資源合理使用，結合多元社會資源（包括衛生局之公共衛生系統、社政系統、退輔會系統及病友團體志工等）共同輔導，2010年度藥事人員亦將加入輔導團隊，執行「全民健保高診次民衆就醫行為改善方案—藥事居家照護」試辦計畫，針對門診高利用之保險對象中需輔導建立正確服用藥物觀念者，進行居家訪視以輔導正確用藥，避免藥物重複使用，揭示用藥安全，間接減少醫療資源浪費。

輔導成效

截至2008年12月底止，輔導2007年全年門診申報就醫次數 ≥ 150 次者共計4,845人，平均每人就醫次數下降20%；2007年第4季至2008年第3季，每季門診申報就醫次數超過50次者共計6,184人，平均每人就醫次數下降20-40%；2009年1月至2009年10月，每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者，共計9,699人，平均每人就醫次數下降達40-50%。

4

肯定健保視野大格局
各界評價篇



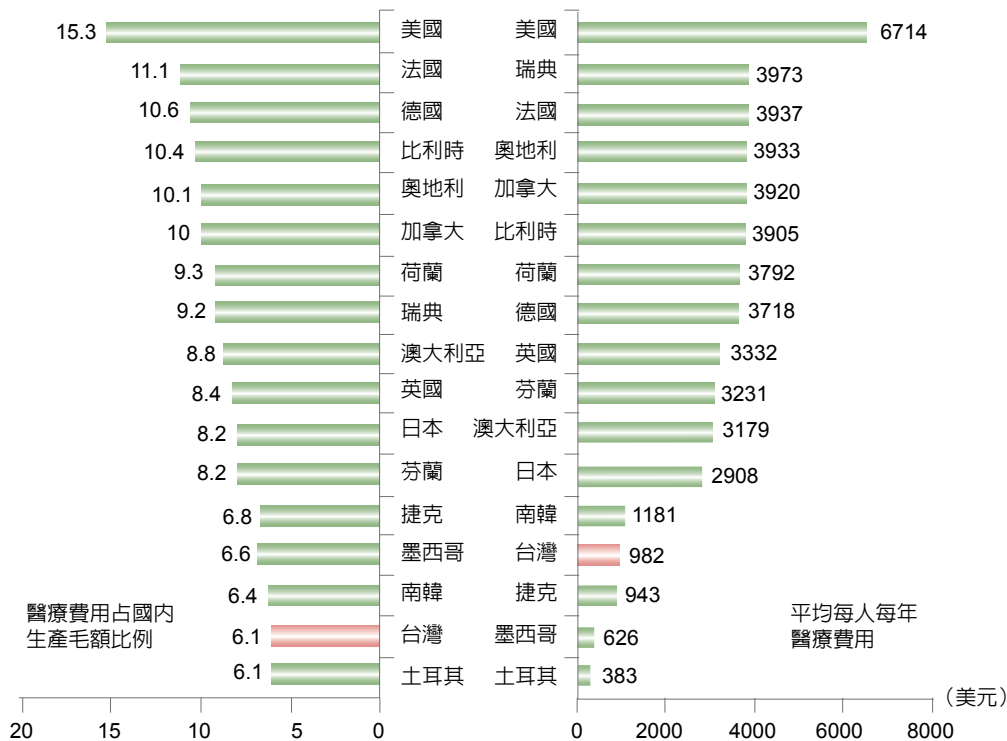
International Recognition
International Recognition

世界的認同 · 你我的榮耀

國際爭相學習的楷模

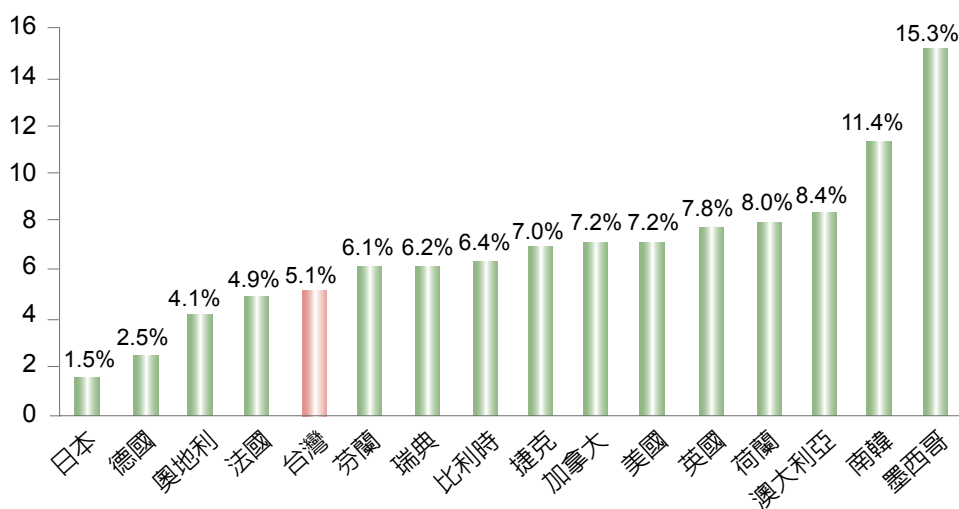
全民健保開辦15年來，在健保局的努力、醫界的配合以及全民的支持下，已逐漸達到減輕民衆就醫負擔的目標，特別是低保費、低行政經費及高納保率的經營效率，更在國際上贏得好評。例如每人每年所需負擔的醫療費用，美國是我國的7倍，日本是我國的3倍，以醫療費用佔國內生產毛額計算，我國只有6.1%，低於絕大多數的國家（圖五）。

圖五 我國醫療費用與世界主要國家之比較（2006年）



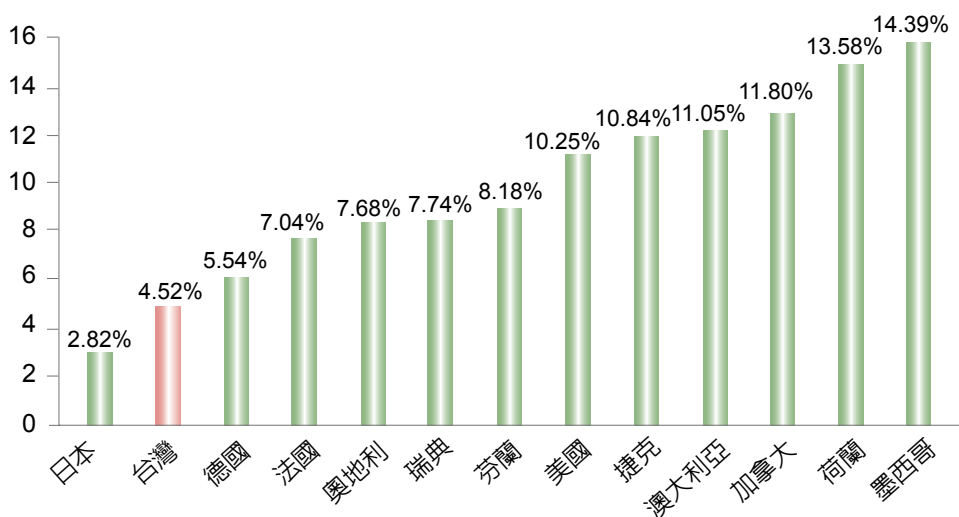
提供民眾優質醫療服務的同時，健保局更謹慎控制保險成本，我國實施全民健保後，醫療支出年成長率已控制在5%左右（圖六），近十年來的藥品支出年平均成長率僅4.52%（圖七），低於世界多數主要國家。

圖六 世界各主要國家醫療支出年平均成長率比較（1997年～2006年）



資料時間：1997-2006年

圖七 世界各主要國家藥品支出年平均成長率比較（1997年～2006年）



資料時間：1997-2006年

註：資料來自OECD Data, 2007及台灣衛生統計

2003年美國廣播公司新聞網（ABC News）曾以「健康烏托邦 Health Utopia」為題報導台灣健保制度，而2008年美國總統大選，健保再度成為主要的選舉議題之一，美國公共電視網（Public Broadcasting Service, PBS）製作群更製作了“Sick Around the World”專輯，深入英國、台灣、德國、瑞士和日本5個國家的醫療保險制度，其中有關台灣健康照護服務的內涵，除了讚許我國提供西醫、牙醫、中醫及精神疾病照護服務外、IC卡（smart card）的使用、醫療照護費用不及美國一半等優勢，都成為探討的重點。這次的報導不僅使台灣的健保受到國際的肯定，對台灣國際形象的提升亦極有助益。

除國際媒體報導外，其他國際期刊也時常以台灣經驗作為借鏡，相繼報導我國的健保成就，在肯定我國努力的同時，更企盼能作為各國學習的楷模，例如：

2008年美國內科學年鑑 "Annals of Internal Medicine" 刊載了由國家衛生研究院溫啓邦研究室發表的 "Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance"，其內容評估全民健保實施十年的經驗，並肯定我國全民健保政策有助於提升弱勢人口的健康，更使因病致貧的問題相對減少。

在英國醫學期刊 "BMJ 12 Jan 2008|vol. 336" 的「觀測站專欄」中，美國知名醫療經濟學者Uwe Reinhardt教授在 "Humbled in Taiwan" 一文裡，也曾強調台灣健保行政效率高，建議美國可從台灣經驗中得到啟發；2008年美國政治期刊「異議」"Dissent" 在 "Health Care in



Taiwan- Why Can't the United States Learn Some Lessons?" 一文中，亦介紹台灣全民健保，強調美國人民所疑懼的單一保險人設計導致政府濫權，在台灣健保中並不存在。

另外，Health Affairs—2003年5月號，vol. 22，台灣健保專欄“Taiwan's New National Health Insurance Program : Genesis And Experience So Far”與“Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable ? Lesson From Taiwan”中，均盛讚台灣健保制度是一項了不起的成就，尤其全民皆有保、保險給付範圍完整、醫療可近性高、無等待期、行政成本大幅降低、且保險費率低、照護程度高、民衆整體滿意度穩定維持在七成左右等優勢，都值得其他國家參考。

榮獲2008年諾貝爾經濟學獎的普林斯頓大學保羅克魯曼（Paul Krugman）教授，亦曾在2005年11月7日紐約時報 "New York Times"，"Pride, Prejudice, Insurance" 一文中，公開讚許台灣健保全民納保的好處。

在健保局努力、醫界配合以及全民支持下，全民健保逐步完成全民納保、提高民衆就醫可近性的階段性目標。

2009年許多國家皆積極推動醫療改革，研擬全民健保制度，例如美國、中國、馬來西亞等，已實施全民健保15年的台灣即成為許多國家的參考對象。

2009年香港「亞洲週刊」及廣東「南方人物周刊」紛紛以多篇幅介紹台灣的全民健保，稱讚健保為「台灣奇蹟」，並認為台灣享譽國際的健保經驗正有「他山之石，可以攻玉」的價值。馬來西亞「東方日報」稱讚台灣政府「透明化打造完善健保、台灣成各國取經對象」。

美國的Globalpost亦曾針對台灣的健康照護做特別報導，讚揚台灣健保費用低、就醫方便、公平性高，為亞洲最受讚譽的制度，並認為美國應向台灣學習。

不僅如此，遠在非洲發行的利比亞群眾醫學期刊 "Jamahiriya Medical Journal, Summer 2009 v9 n2" 季刊中之社論專欄刊登我國全民健保制度之報



導，作者介紹台灣健保制度特色並總結各國應和台灣一樣，由不同國家的經驗學習到自由市場無法提供公平的醫療保障並會產生逆選擇現象而難以風險均攤。

台灣以公平就醫、全民納保、等候時間短、民衆不會因病致貧及行政經費全球最低，獲得高度的肯定。台灣的全民健保不僅保障全體國人的健康，也成為世界各國學習的對象，每年均吸引大量國外專家學者或官方代表赴我國考察健保制度。2009年健保局共接待全球58國、計588人次之外賓參訪。為使我國健保制度改革能走上國際趨勢與「全球接軌」、建立「台灣健保」的國際品牌，健保局積極參與各項國際會議，藉學術交流，宣揚我國健保制度成就，同時汲取國際最新統計資料及健康照護制度的發展的資訊，作為創新及改革之參考。

經過這些年的默默耕耘，台灣全民健保執行的豐碩成果，藉由媒體的討論在全球建立起聲望，不僅獲得世界各國的讚揚、亦成為各國建立、改革健保制度的取經對象，甚至有了「世界健保模範生」的美名。這不僅是全民的驕傲、台灣的榮耀，更證明全民健保這面安全防護網，確實為國家最珍貴的資產。

持續改革，共創「健康理想國」

全民健保的開辦，建構了穩固的社會安全網，更對弱勢者提供了醫療照護的保障；隨著時代、環境與社會變化，人民對於健康照護的需求也不斷在

改變，健保制度不斷的面臨許多新的問題及挑戰。因此，健保局也將秉持創新改革的精神，持續研究改革，期許建構以「建構權責相符之健保組織體制」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「財務平衡且提升服務購買效率」、「強化資訊提供以提升醫療品質」核心價值的健康照護制度。

為了推動健保改革，全民健康保險法修正草案，以上述「品質」、「公平」、「效率」為核心價值，進行健保制度整體結構的改革，強調「權責相符」的概念、藉強化資訊提供來提升醫療品質、以較公平的方式來收取保費，並擴大保費之計算基礎、落實健保收支連動機制的建立，及擴大社會多元化參與健保政策，並共同承擔對健保的責任。

二代健保修法草案重點摘述如下：（圖八）

（一）組織體制與社會參與

1. 全民健保監理委員會與全民健保醫療費用協定委員會合併為全民健保監理會。
2. 統一保險收入面和支出面的權力與責任，強化健保財務收支連動的機制。
3. 由付費者代表及各界人士共同決定給付範圍及應負擔之保險費，並依照其決定計算保險費率。
4. 當全民健保監理會在審議或協議訂定保險重要事項，認為需要擴大參與時，得先辦理相關的公民參與活動。

（二）保費新制

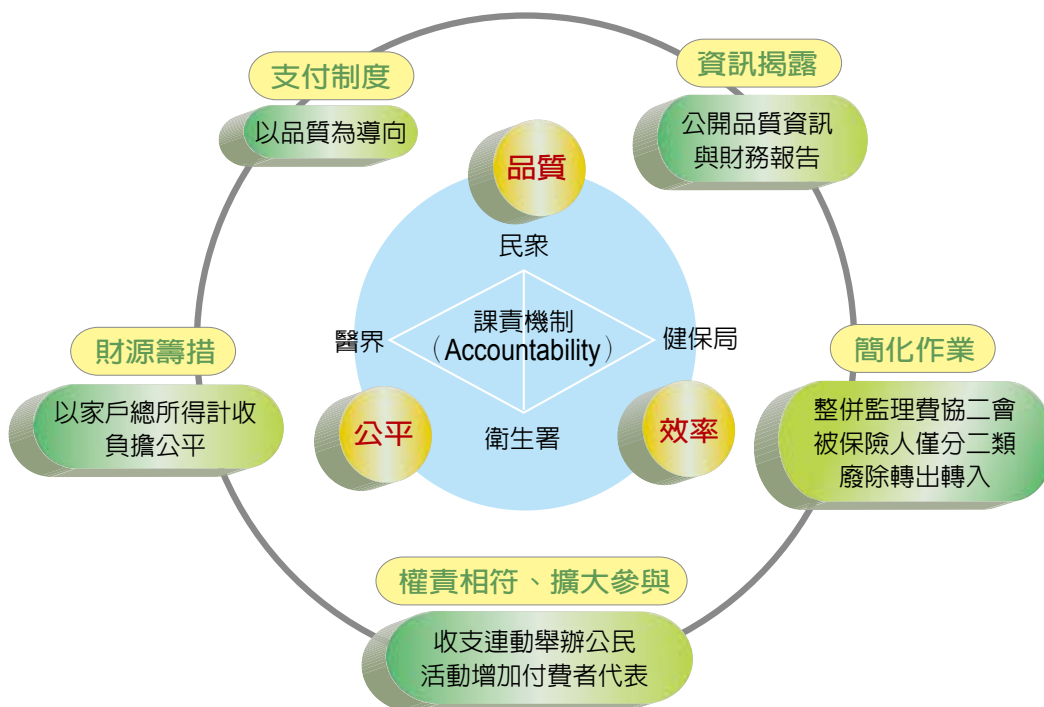
1. 保險費計算的基礎由薪資所得擴大為家戶總所得。
2. 保險所需總經費由政府、雇主及被保險人分擔，其中政府應分擔的部分，係以基準年為起點，再依一定公式計算其成長率；雇主應分擔的部分，係依一定公式計算，並與被保險人負擔連動；而被保險人部分，則依家戶總所得分擔之。
3. 保險人每年應將被保險人保險費的上、下限、應收保費的保險費率及雇主分擔的調整平均比率，在經過全民健保監理會審議之後，送請主管機關公告。

4. 保險對象不再區分為6類14目，而係簡單分為二類。
5. 被保險人只須辦理投保及退保作業，在保期間就算有轉換工作或調整薪資的情況，都不必再辦理轉入、轉出、變更投保金額等等的異動手續。
6. 變更保險經費、保險費之扣繳、繳納、結算及補（退）程序，採就源扣繳，次年結算的方式。

（三）醫療品質與資訊揭露

1. 為確保全民健保的醫療品質，保險人及保險醫事服務機構應該定期公開和健保有關的醫療品質資訊。
2. 強化論質計酬及醫療科技評估的運用。
3. 建立「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」訂定方式及流程。

圖八 二代健保核心價值





4. 規定一定規模以上的保險醫事服務機構應該提供與健保有關的財務報告，並由保險人公開。

(四) 其他

1. 在海外居住超過一定時間的民衆，回國就醫必須要有等待期。
2. 為增加民衆就醫的選擇，訂定差額負擔。
3. 地方政府之健保費補助款改由中央政府負擔。

永續經營，提供國人健康保障，是全民健保的目標。未來，健保局將繼續積極與各國交流，進而將台灣全民健保的經驗發揚光大，相信在大家的支持與全民的共同努力下，台灣的全民健保依舊是國際典範。

健保團隊受各界肯定

全民健保大業橫跨醫療、保險、財務、社會服務與科技等領域，需要多元人才共同參與，並高度發揮團隊精神，齊心協力，達成使命。

健保局持續提升各項為民服務品質，推動申辦業務與醫療資訊透明化，擴大在地化服務及便捷效率，落實優質服務，使全民健保再創契機，而健保局各分區業務組服務品質不斷提升，經營績效屢創佳績，備受各界肯定（表15）。

表15 中央健康保險局於2008年7月榮獲行政院研考會舉辦之第一屆政府服務品質獎入圍獎項至2010年6月止局外參賽獲獎紀錄

各分區業務組別	得獎日期	得獎項目
臺北業務組	2008年12月	「病人藥歷試辦計畫效益評估」獲得2008年同仁自行研究參加獎。
	2009年6月	榮獲行政院研考會舉辦之第一屆政府服務品質獎入圍。
北區業務組	2008年12月	財團法人中華經濟研究院頒發捐贈感謝獎牌，感謝健保局配合行政院環境保護署「2007年（續）二手電腦回收轉贈作業計畫」。
	2009年8月	榮獲國家檔案局舉辦之第七屆機關檔案管理金檔獎。
中區業務組	2008年10月	榮獲「第21屆全國團結圈」競賽之「優秀獎」
	2008年12月	榮獲「第九屆醫療品質獎-主題改善類」競賽「銀獎」
	2008年10月	榮獲行政院人事行政局舉辦之「2008年度各機關建立參與及建議制度」競賽「榮譽獎」
	2008年7月	榮獲「第22屆全國團結圈」競賽之「區會長獎」
	2009年11月	主計處2009年度政府機關資通安全作業榮獲評核結果為「非常完整」
南區業務組	2010年6月	榮獲行政院研考會舉辦之第二屆政府品質獎
	2008年6月	行政院衛生署2007年度研究發展獎勵「台灣活動性肺結核診斷與治療延遲之流行病學研究：以健保申報資料進行人口基礎的分析」榮獲甲等獎。
	2009年6月	行政院衛生署2008年度研究發展獎勵「健保IC卡資訊運用-跨院及就醫聚集異常院所輔導」榮獲佳作獎
高屏業務組	2009年6月	行政院衛生署2008年研究發展獎勵「高血壓患者醫療利用因素之探討—分量迴歸分析法」榮獲特優獎。

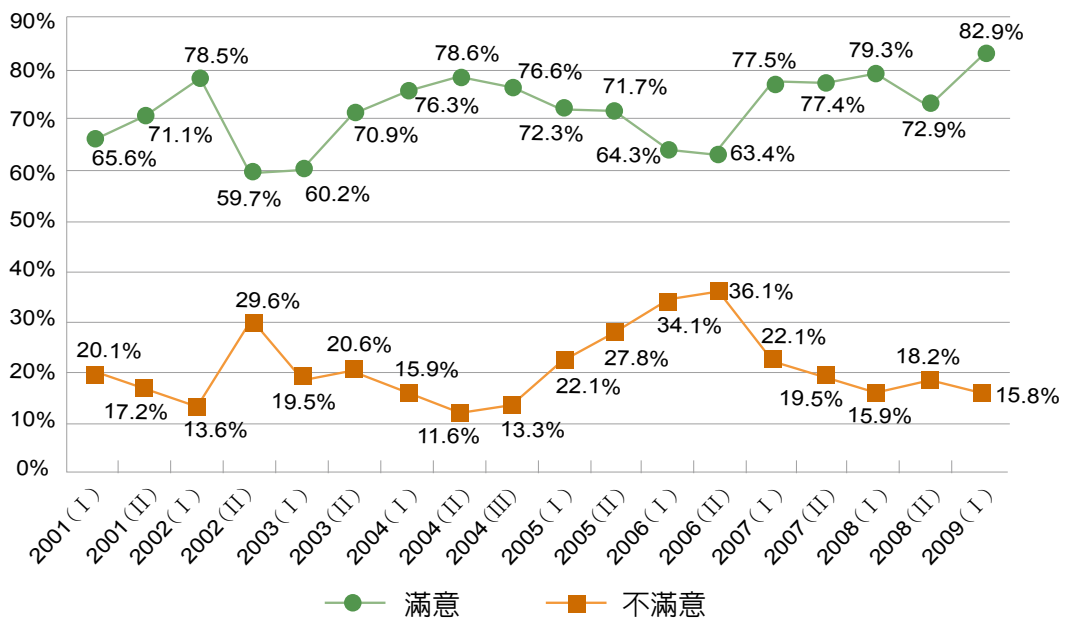


滿意度

滿意度調查

全民健保實施曾面臨諸多困難，從一開始的反彈聲浪，滿意度不到4成，到目前全民健保滿意度已持續成長至將近80%，顯見民衆十分肯定健保局15年來的努力。其中雖曾因2002年度保險費率及部分負擔調整，導致民衆對全民健保的滿意度稍有下降，但隨後即快速回升至77%，且近2年均維持近8成之高滿意度（圖九）。因此可以瞭解全民健保之實施，市民衆滿意度較高的公共政策之一。

圖九 全民健保歷年滿意度調查結果



5

永續健保接軌新未來
展望未來篇



Eye on the Future
Eye on the Future



未來挑戰與展望

全民健保的實施，是我國重大的社會建設，也是受惠民衆最廣泛的公共政策，更是促進國家進步、維繫社會安全、保障人民權益極重要的一環。然而，因人口老化快速、高科技醫療成本高、醫療費用成長高於保費收入、保險費率、費基及醫療給付範圍調整不易，加上新興傳染病的威脅，使得全民健康保險面對的財務及醫療管理問題只會更加嚴峻！面對如此不利的環境，健保局除了需要積極加緊腳步修正及增加各項服務效率，以提供全民更優良的醫療服務品質及保障全民就醫權益；未來更以解決民衆就醫經濟困難、照顧民衆健康、促進社會公平為理念，凝聚全民的共識，使全民健保貼近每一位民衆的醫療需求，並提供每一位民衆最優質的醫療服務。

推動整合照護 精進醫療品質

確保就醫的可近性，抑制不必要的醫療利用

全民健保實施15年來，在確保就醫的可近與方便性上，已經達到普受肯定的程度。但最近健保財務民意調查顯現，多數民衆認為健保醫療利用過於便利反有醫療浪費之慮，因此健保局已積極著手節制浪費的措施，推動整合性門診計畫、居家藥事服務計畫、整合醫院內多張慢箋的計畫、擴大高診次門診的輔導等，都是目前的工作重點，此外，亦著手修正相關法規，對多次重大違規的醫療院所與行為醫師，將處以更嚴格的停止特約執行。

積極推動總額支付制度兼顧醫療體系發展與國民醫療需要，目前全民健保的醫療費用給付，在各部門總額支付制度之下，仍以「論服務量計酬」為主，除逐步推動「論病例計酬」外，自2010年1月1日起分5年推動住院DRG支付制度，以促使醫療資源運用更有效率，並以提升醫療服務品質為目標邁進。為確保總額支付制度實施成效，健保局與醫療團體共同執行相關品質確保方案，以監督實施總額支付制度的醫療院所，提供更高品質的健康服務。也就是在總額制度下，能兼顧醫療體系之發展與國民之醫療需要，穩定醫療支出成長趨勢，提升醫療服務品質，讓寶貴之全民健保資源發揮最大之效能。

監控藥費成長 提升用藥品質

維持合理的醫療品質，並提升醫療給付的效率

在醫療品質的確保上，除了醫院、中醫、西醫基層、牙醫等總額下的品質確保方案，並積極推動公布醫療品質資訊外，自西元2010年起推動住院DRGs新制度。過去在總額下搭配論量計酬的支付，醫院服務仍可能採取提高服務量與服務密集度的方式來因應，新的論病例計酬制度，迫使醫院必須要做得少才有利潤，因此會提高住院服務的效率，相對的，也可能有服務不足或提早出院的現象發生，這正是健保局必須主動積極監控的非常時期，未來是否能順利推行，就看第一年是否能讓醫院與病人接受。當然，健保局依法進行藥價調整，對於藥費支出的成長有抑制效果才對，但是也可能誘使醫院換藥的情形，也是健保局在進行藥價調整時，必須注意民衆接受到的醫療品質不應受到傷害。





協助弱勢照顧 排除就醫障礙

持續對弱勢族群的照顧，體現社會保險互助精神

自健保開辦至今，健保局持續對弱勢族群提供特別的照顧，例如山地離島的巡迴醫療與IDS計畫，弱勢族群的保費減免，重大傷病患者免部分負擔，還有近期實施的菸捐補助近貧戶的自負健保費，健保局全力以赴，體現健保制度中最重要的互助精神。過去的金融海嘯以及921地震、莫拉克颱風等天然災害期間，健保體系的動員，以及醫界與民衆的協助與支持，充分展現社會保險互助之精神、國家社會安全體制之建構。

推動整體制度改革，確保健保永續經營

「健保好，健保不能倒」這絕對不是一句口號，而是生活在台灣這塊美好土地上的千萬民衆共同的心聲。回顧十五年來，在全體國人的努力下，已讓全民健保達到全民納保、就醫方便的目標，建構了穩固的社會安全網，更對弱勢者提供了醫療照護的保障，不僅為國際人士所稱羨。不過任何一個制度，都會有需要檢討改進的地方，為了建立權責更相符的決策機制、更公平的保費計算方式，以及更有助於品質提升之支付方式，現正以「公平」、「效率」、「品質」為核心，打造第二代的全民健保。

建立權責相符之組織體制

為落實健保收入與支出之連動機制，二代健保規劃將監理會和費協會合併為「全民健保監理會」，由各界代表及專家學者共同組成；主要的職掌包括

「保費費率及保險給付範圍之審議」、「保險醫療費用之協定及分配」及「保險政策及制度之諮詢與監理」等。

二代健保規劃二會合一，是希望協商平台整合，將醫療給付與財務收支得以通盤考量。此項改革將更有助於財務收支責任之落實，以及決策資訊透明未來如遇到重大決策，委員會可辦理相關之公民參與活動，例如舉辦論壇或座談會來聽取意見，藉由社會參與提升決策之周延性。

保費新制，負擔更公平

二代健保的保費新制為達成「財務收支連動」、「財務資訊透明」及「保費公平性提升」等目標，採行了以下策略：

- 擴大民衆參與給付範圍及保險費費率決策
- 政府與資方依固定責任分擔保險費
- 取消保險對象類別分類以提升公平性
- 民衆依家戶總所得繳納保險費以強化量能負擔

而在保費新制規範下，政府對國民健康的照護責任絕不縮水！政府每年應分擔的保險經費，依固定公式之成長率調整之，充分顯示政府對全民擔負明確及固定的責任。

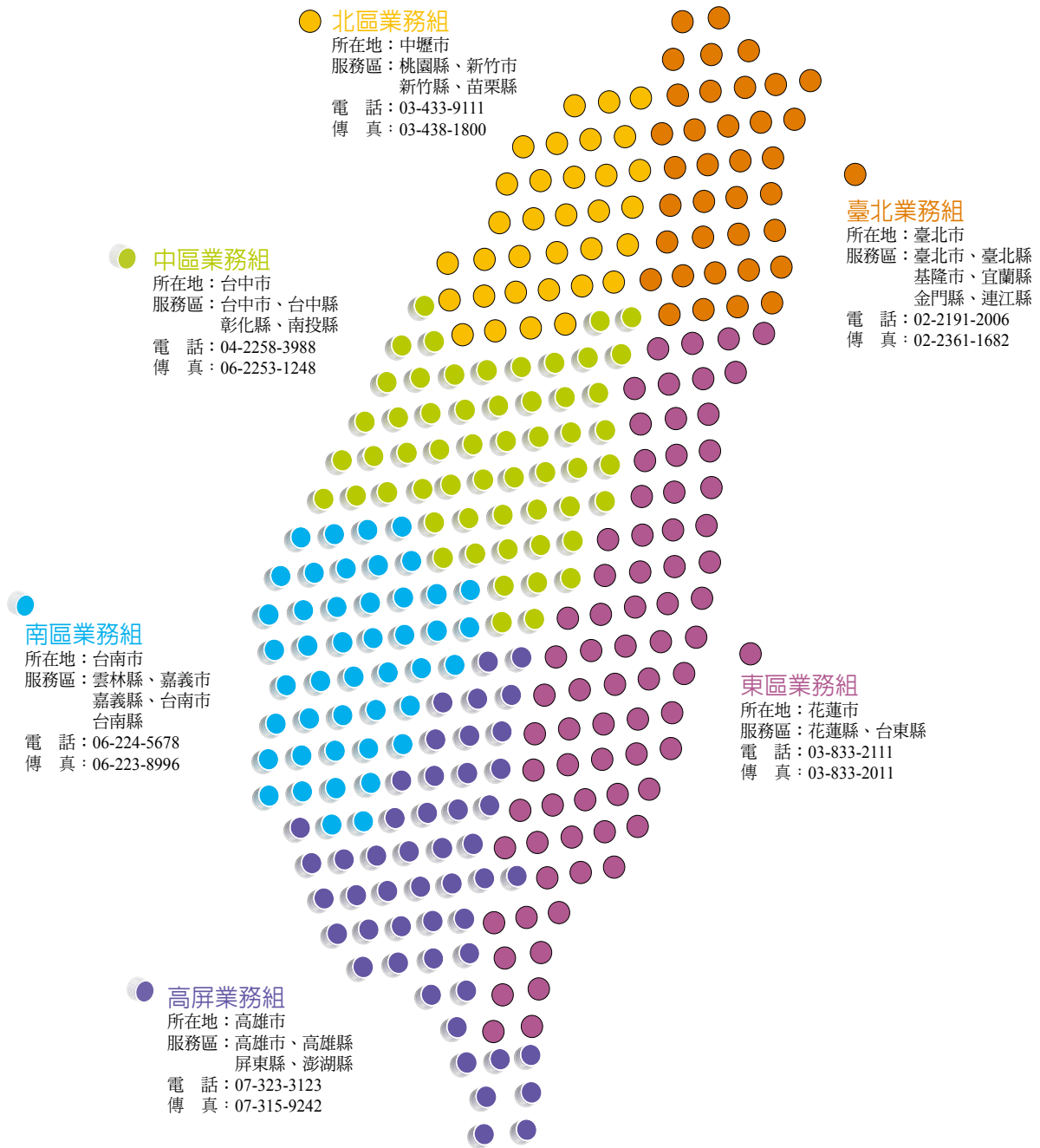
支付重品質，醫療資訊公開

目前健保支付給醫療院所的費用，大多採取論量計酬，結合醫療品質的考量比較少。醫療院所在成本壓力與經營困境的雙重顧慮下，常常會有過度使用的情形，因此，未來將建立「醫療服務給付項目及支付標準」與「藥物給付項目及支付標準」訂定方式及流程，朝向鼓勵提供優良醫療服務的方向改革。

全民健保向來積極於推動民衆就醫資訊及醫療品質資訊公開化，因此二代健保的修法案及法律明定保險人及保險醫事服務機構應該定期公開和健保有關的醫療品質資訊，同時強化論質計酬及醫療科技評估的運用，藉以增進民衆的選擇能力，進而強化提升醫療品質機制。



行政院衛生署中央健康保險局服務區域圖



行政院衛生署中央健康保險局及各分區業務組聯絡辦公室
健保免付費諮詢電話 0800-030-598

	服務據點	地 址	電 話
局本部		10634台北市大安區信義路三段140號	02-2706-5866
臺北業務組	臺北業務組	10047台北市中正區許昌街17號9樓	02-2191-2006
	聯合服務中心	10041台北市中正區公園路15-1號5樓	02-2191-2006
	◎基隆聯絡辦公室	20241基隆市中正區義一路95號	02-2428-2799
	◎宜蘭聯絡辦公室	26550宜蘭縣羅東鎮站前北路11號	039-530-090
	◎金門聯絡辦公室	89350金門縣金城鎮環島北路65號	082-372-465
	◎連江聯絡辦公室	20941連江縣南竿鄉復興村216號	083-622-368
北區業務組	北區業務組	32005桃園縣中壢市中山東路3段525號	03-433-9111
	◎桃園聯絡辦公室	33062桃園縣桃園市介壽路11-4號	03-433-9111
	◎新竹聯絡辦公室	30054新竹市北區武陵路3號	03-433-9111
	◎竹北聯絡辦公室	30268新竹縣竹北市光明九路9-12號	03-433-9111
	◎苗栗聯絡辦公室	36043苗栗縣苗栗市中正路1146號	03-433-9111
中區業務組	中區業務組	40709台中市西屯區市政北一路66號	04-2258-3988
	◎豐原聯絡辦公室	42041台中縣豐原市瑞安街146號	04-2258-3988
	◎沙鹿聯絡辦公室	43352台中縣沙鹿鎮福鹿街16號	04-2258-3988
	◎彰化聯絡辦公室	50086彰化縣彰化市中華西路369號3樓	04-2258-3988
	◎南投聯絡辦公室	54261南投縣草屯鎮中興路126號	04-2258-3988
南區業務組	南區業務組	70006台南市中西區公園路96號	06-224-5678
	◎雲林聯絡辦公室	64043雲林縣斗六市莊敬路395號	05-533-9080
	◎嘉義聯絡辦公室	60085嘉義市西區德安路131號	05-233-6930
	◎新營聯絡辦公室	73064台南縣新營市東學路78號	06-632-1619
高屏業務組	高屏業務組	80706高雄市三民區九如二路157號	07-323-3123
	◎岡山聯絡辦公室	82050高雄縣岡山鎮大義二路1號（國軍岡山醫院內）	07-625-1533
	◎旗山聯絡辦公室	84247高雄縣旗山鎮中學路60號（署立旗山醫院內）	07-662-3770
	◎屏東聯絡辦公室	90071屏東縣屏東市廣東路1518號	08-733-5045
	◎東港聯絡辦公室	92842屏東縣東港鎮中正路1段210號（安泰醫院內）	08-831-1490
	◎澎湖聯絡辦公室	88050澎湖縣馬公市西文里西文澳63-40號	06-922-1495
東區業務組	東區業務組	97049花蓮縣花蓮市軒轅路36號	03-833-2111
	◎台東聯絡辦公室	95049台東縣台東市四維路3段146號	089-222-717



刊名	2010全民健康保險簡介
出版機關	行政院衛生署中央健康保險局
發行人	戴桂英
地址	10634臺北市大安區信義路三段140號
網址	http://www.nhi.gov.tw
電話	(02) 2706-5866
編者	行政院衛生署中央健康保險局
設計印刷	日創社文化事業有限公司
出版年月	2010年11月
創刊年月	1997年12月
刊期頻率	不定期
其他類型版本說明	本書同時登載於行政院衛生署中央健康保險局 網站，網址為 http://www.nhi.gov.tw
定價	新台幣200元
展售處	
台北	台北國家書坊松江門市
地址	10485台北市中山區松江路209號1樓
電話	(02) 2518-0207
台中	五南文化廣場
地址	40042台中市中山路2號
電話	(04) 2226-0330

GPN : 2008600193

ISSN : 1728-7146

著作財產權人 行政院衛生署中央健康保險局
本書保留所有權利。欲利用本書全部或部分內容者，須徵求著作財產權人行政院衛生署中央健康保險局同意或書面授權。

NHI



行政院衛生署中央健康保險局
台北市大安區10634信義路三段140號
電話：+886-2-2706-5866
網址：www.nhi.gov.tw



GPN：2008600193
定價：新台幣200元