



信賴

2012-2013 全民健康保險簡介



關懷



品質



效率



2012-2013

全民健康保險簡介

目錄

- 04 全民健康保險的願景
- 06 第一篇 全民健保組織與制度
 - 全民健康保險組織
 - 全民健康保險制度
- 26 第二篇 經營成效與品質提升
 - 全民有保 就醫便利
 - 健保政策 照顧弱勢
 - 多元給付 提升品質
 - 醫療品質 資訊公開
 - 運用科技 提升效率
- 48 第三篇 國際評價與健保肯定
 - 健保經驗 蜚聲國際
 - 全民健保 民衆滿意
- 54 第四篇 二代健保與未來展望
 - 收支連動
 - 擴大費基
 - 投保新制
 - 提升品質
 - 資訊公開
 - 未來展望
- 70 附錄



全民健康保險的願景

願景：提升品質 關懷弱勢 健保永續 國際標竿

我國的全民健康保險自開辦以來，在各界共同努力下，納保人數超過 99.5%，醫療院所特約率也達 92%，而低保費、高行政效率的經營績效，更在國際間獲得肯定，讓全民健保達到「普及、方便、自由、經濟、滿意度高」的目標。然而隨著高齡化及少子化社會的來臨、重大傷病及慢性病人數大幅增加、疾病類別納保範圍逐年擴大，以及新藥品與新科技醫療器材等給付項目不斷增多，使醫療費用逐年攀升。為了健保永續經營，全民健保改革持續研議，經過各界的努力，通稱「二代健保法」的全民健康保險法修正條文共 104 條，於 2011 年 1 月 26 日經總統令公布，行政院亦決定自 2013 年 1 月 1 日正式實施二代健保。

保障弱勢群體權益，降低醫療照護負擔

對於經濟障礙，無力繳納健保費之弱勢民衆，全民健保致力保障其就醫無障礙；相關配套方案包括補助弱勢民衆健保費、辦理紓困貸款、分期繳納、愛心轉介等欠費協助，以及醫療保障與安心就醫等協助措施。另二代健保更進一步對有經濟困難的民衆，主動協助尋求社會資源，並放寬欠費鎖卡的條件；對遭受家庭暴力之受害者，可改依附其他次親等投保，若無其他被保險人可依附投保，也得自行以被保險人身分加保。此外，在醫療資源缺乏地區就醫之民衆，還得予以減免部分負擔；而居家照護服務之部分負擔費用比率，則由 10% 調降為 5%。

強化山地離島照護，守護偏鄉醫療

山地離島地區因地理環境及交通不便，醫療資源普遍不足，目前全國山地離島地區均已納入「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（簡稱 IDS 計畫）」，而對平地醫療較不足的鄉鎮，也積極辦理醫療資源不足地區醫療給付改善方案；保障肩負山地離島地區或偏遠地區之醫院及「緊急醫療資源不足地區之急救責任醫院」之服務報酬，以確保偏遠地區醫療服務可近性及品質。



推動多元支付方式，為民衆購買健康

全民健保係採多元支付基準，改革措施未曾中斷。對特約醫事服務機構提供醫療服務費用的支付制度，從論量計酬、論病例計酬，陸續實施總額支付制度、論質計酬支付制度、家庭醫師整合照護制度、醫院以病人為中心之整合照護計畫、導入資源耗用為基礎的相對值表（RBRVS）、住院診斷關聯群（Diagnosis Related Groups, DRGs）支付制度、論人計酬方案試辦計畫，以及藥價基準的改革等，亦投入相關經費挹注在健保支付及充實若干科別醫事人力短缺問題，為民衆購買健康。

擴大資訊透明公開，提升醫療品質

為促進醫病和諧關係及維護保險對象的就醫權益，二代健保強調應公開重要的資訊，包括：重要會議的實錄、醫事服務機構的財務報告、醫療品質資訊、保險病床數及病床使用情形、重大違規資訊等。希望透過健保業務的決策過程與資訊透明化，以利全民共同參與、關心健保業務；藉由提供民衆實用的健保資訊，便利民衆就醫選擇；透過醫療品質資訊及重大違規行為的公開，促進保險醫事服務機構提升醫療品質。

提升資源分配效率，減少不當醫療

健保實施後，民衆獲得的醫療可近性高，為確保資源使用合理性，減少浪費，二代健保每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源之改善方案，達到資源之有效運用；並推動藥品支出目標制與藥價調查併行，相輔相成，有效控制藥費；以及以醫療科技評估為基礎，合理配置醫療資源，檢討保險給付內容，讓健保資源配置更趨透明，健保資源使用更有效益。

在有限的資源下，全民健保必須對各方的需求，作合理的資源分配、周全的醫療服務及持續維護民衆的健康。二代健保的實施後，本局除致力於提升醫療品質及經營效率外，更重要是關懷、保障偏遠地區與經濟弱勢族群的福祉。「今日您支持健保，明日健保照顧您」。期盼大家繼續支持二代健保！

局長

黃三桂



第一篇

全民健保組織與制度

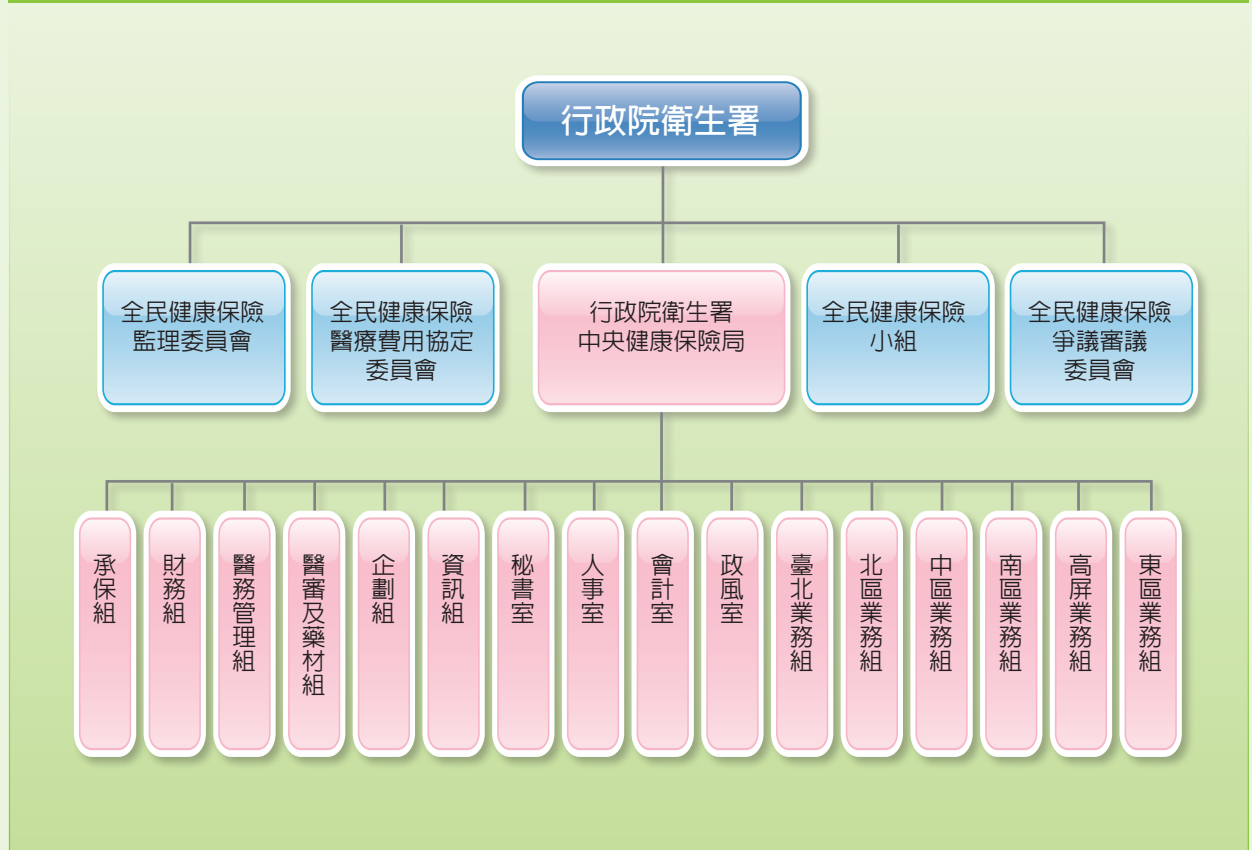
全民健康保險組織

全民健康保險為政府辦理之社會保險，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全民健康保險小組等機關及單位，以協助規劃全民健保政策及監督辦理保險事務之執行。行政院衛生署中央健康保險局（以下稱健保局）為保險人，為全民健保運作的中心，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，健保局所需之行政經費由中央政府編列預算支應。

為有效推動全民健保各項服務，健保局除依業務專業性質設置專業組室，規劃各項業務措施之推動，在各地設有6個分區業務組（圖1），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服務，同時設置21個聯絡辦公室，在地服務民衆。人員編制至2011年12月31日，共有人員3,093名。

圖 1 全民健康保險組織架構圖



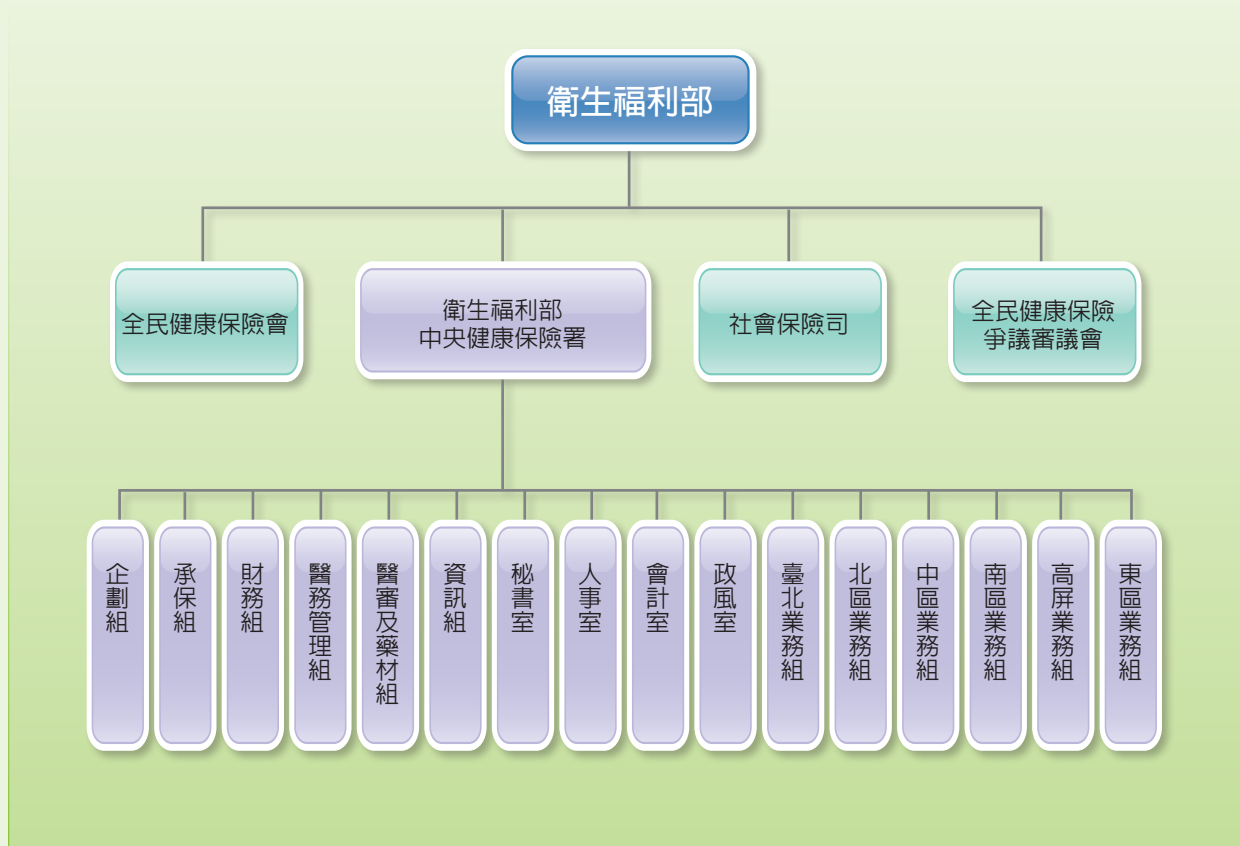
行政院組織改造

為配合行政院組織改造，2010年2月3日總統公布修訂行政院組織法第3條第11款：行政院設「衛生福利部」。故全民健保主管機關行政院衛生署，未來將變更名稱為衛生福利部，規劃全民健保政策並監督辦理保險事務的保險人。中央健康保險局在政府組織改造後係隸屬於衛生福利部，並調整其組織為中央健康保險署（以下稱健保署），但仍為全民健康保險的保險人，依法負責全

民健康保險業務的執行，對民衆的各項服務並不會產生任何變動與影響。此外，為達收支連動及財務平衡之效，原有的全民健康保險監理委員會及全民健康保險醫療費用協定委員會將整併為全民健康保險會。

為有效推動全民健保各項服務，健保署維持業務專業組室，持續規劃各項業務措施的推動，既有之6個分區業務組及21個聯絡辦公室，仍然提供在地民衆之健保服務。（圖2）

圖2 政府組織改制後全民健康保險組織架構圖



全民健康保險制度

全民納保

全民健保為強制性的社會保險，全民納保，全民就醫權益平等，當民衆罹患疾病、發生傷害、或生育，均可獲得醫療服務。

凡具有中華民國國籍，在台灣地區設有戶籍滿 4 個月以上的民衆（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。保險對象分為 6 類（表 1），以作為保險費計算的基礎。而在二代健保施行後，為全面落實人民平等享有醫療服務及就醫之權利，亦將矯正機關之收容人加入二代健保納保範圍內。

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僱者自受僱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。二代健保施行後，本國人久居海外返國重新設籍欲參加健保時，必須有在二年內參加健保的紀錄，或是在台灣設籍滿 6 個月才能加入健保；外國人也必須在台灣居留滿 6 個月始可加入健保，以符合社會公平正義之期待。至於曾有參加健保紀錄之本國籍保險對象，在二代健保施行前已出國者，如戶籍已遷出國外致有喪失投保資格情況時，只要在施行後一年內返國重新設籍，免受等待期之限制，自設籍日即可再參加健保。



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. 被保險人之無職業配偶。 2. 被保險人之無職業直系血親尊親屬。 3. 被保險人之 2 親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。	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
	矯正機關收容人	無	法務部或國防部指定之單位
第 5 類	合於社會救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	1. 榮民之無職業配偶。 2. 榮民之無職業直系血親尊親屬。 3. 榮民之 2 親等內直系血親卑親屬未滿 20 歲且無職業，或年滿 20 歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。	戶籍地的鄉（鎮、市、區）公所
	一般家戶戶長或家戶代表	同第 1 類眷屬	

註：1. 各類眷屬及第 6 類被保險人均須為無職業者。

2. 第 4 類矯正機關收容人於 2013 年 1 月 1 日起參加全民健保。

健保財源

全民健保係財務自給自足、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、雇主及各級政府共同分擔的保險費，少部分為外部財源挹注，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的精神下，精算報告呈現未來 25 年的保險財務收支預估以及平衡費率，供主管機關進行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

全民健保保險費由被保險人、投保單位及政府共同分擔。第 1、2、3 類保險對象等有工作者，以被保險人的投保金額為計算基礎；二代健保實施後，第 4、5、6 類保險對象改以第 1 類至第 3 類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（2013 年 1 月之後）

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	第 1 類第 1 日至第 3 日： $\text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times (1 + \text{平均眷屬人數})$
		第 2、3 類： $\text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times \text{實際投保人數}$
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：1. 負擔比率：請參照全民健保保險費負擔比率（請參考第 12 頁）。
 2. 保險費率：2010 年 4 月至 2012 年 12 月為 5.17%；自 2013 年 1 月起保險費率為 4.91%。
 3. 投保金額：請參照全民健保投保金額分級表（請參考第 14 頁）。
 4. 眷屬人數：依附投保的眷屬人數，超過 3 口的以 3 口計算。
 5. 平均眷屬人數：自 2007 年 1 月 1 日起公告為 0.7 人。
 6. 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。
 7. 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%，每人每月應繳保險費為 749 元。

全民健保的保險費率自 1995 年 3 月開辦起到 2002 年 8 月底均維持 4.25%，2002 年 9 月起調整為 4.55%；2010 年 4 月為穩固健保經營，避免健保財務缺口繼續擴大，以 2 年收支平衡為調整基礎，調整保險費率至 5.17%。二代健保實施後，從 2013 年 1 月 1 日起，保險費率調整為 4.91%。

歷年保險收支累計短絀已由 2012 年 2 月開始有收支結餘，至 2012 年 11 月收支結餘為 173 億元。

平均眷屬人數亦經過多次的調整：1995 年 3 月開辦起至 1995 年 12 月為 1.36 人，1996 年 1 月為 1.1 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。

表 3 全民健保保險費負擔比率（2013 年 1 月之後）

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	本人及眷屬	30	70	0
	公職人員、志願役軍人	本人及眷屬	30	70	0
	私立學校教職員	本人及眷屬	30	35	35
	公、民營事業、機構等有一定雇主的受僱者	本人及眷屬	30	60	10
	雇主	本人及眷屬	100	0	0
	自營業主	本人及眷屬	100	0	0
	專門職業及技術人員	本人及眷屬	100	0	0
	自行執業者	本人及眷屬	100	0	0
第 2 類	職業工會會員	本人及眷屬	60	0	40
	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	本人	0	0	100
	軍校軍費生、在卹遺眷	本人	0	0	100
	替代役役男	本人	0	0	100
	矯正機關收容人	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	本人及眷屬	30	0	70
	地區人口	本人及眷屬	60	0	40

投保金額之訂定

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 2012 年 1 月 1 日起共有 53 級（表 4）。第 1 類被保險人的投保金額，由投保單位（雇主）依被保險人每月的薪資所得，對照該表所屬的等級申報；第 3 類農民、漁民、水利會會員等被保險人的投保金額自 2011 年 4 月 1 日起為 21,900 元。

補充保險費之計收

全民健保 1995 年開辦至今，政府、雇主及民眾間都維持一定的負擔比率，二代健保實施後，政府及雇主將提高其負擔之健保費。以政府為例，原來大約負擔了整體保費的 34%，二代健保則明確規範政府負擔比率至少須達 36%，較現制明顯增加（圖 3）。

圖 3 平衡保險經費負擔比例（2013 年 1 月之後）



政府財務責任從34%提升為36%

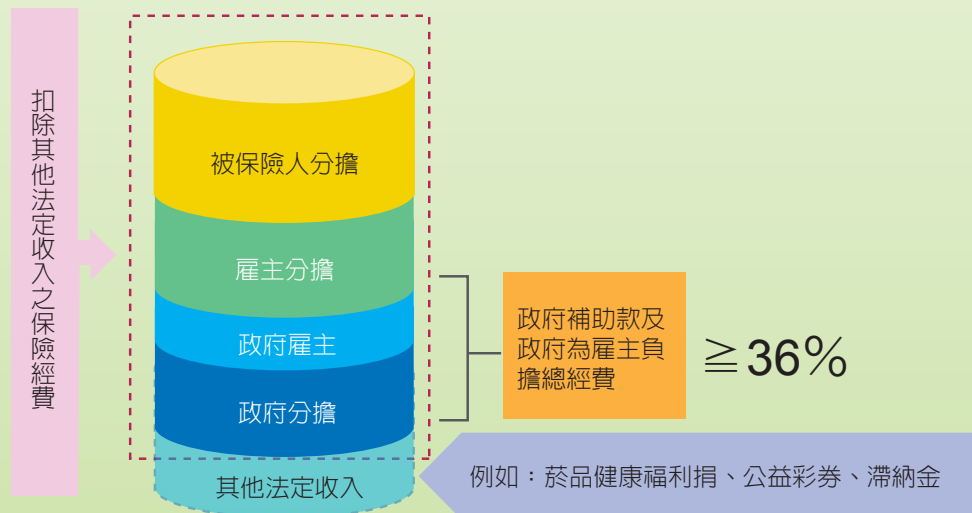


表 4 全民健保投保金額分級表

組別級距	投保等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)	組別級距	投保等級	月投保金額 (元)	實際薪資月額 (元)
第一組 級距 900 元	1	18,780	18,780 以下	第六組 級距 3000 元	27	60,800	57,801-60,800
	2	19,200	18,781-19,200		28	63,800	60,801-63,800
	3	20,100	19,201-20,100		29	66,800	63,801-66,800
	4	21,000	20,101-21,000		30	69,800	66,801-69,800
	5	21,900	21,001-21,900		31	72,800	69,801-72,800
	6	22,800	21,901-22,800		第七組 級距 3700 元	32	76,500
第二組 級距 1200 元	7	24,000	22,801-24,000	33		80,200	76,501-80,200
	8	25,200	24,001-25,200	34		83,900	80,201-83,900
	9	26,400	25,201-26,400	35		87,600	83,901-87,600
	10	27,600	26,401-27,600	第八組 級距 4500 元	36	92,100	87,601-92,100
11	28,800	27,601-28,800	37		96,600	92,101-96,600	
第三組 級距 1500 元	12	30,300	28,801-30,300		38	101,100	96,601-101,100
	13	31,800	30,301-31,800		39	105,600	101,101-105,600
	14	33,300	31,801-33,300	40	110,100	105,601-110,100	
	15	34,800	33,301-34,800	第九組 級距 5400 元	41	115,500	110,101-115,500
16	36,300	34,801-36,300	42		120,900	115,501-120,900	
第四組 級距 1900 元	17	38,200	36,301-38,200		43	126,300	120,901-126,300
	18	40,100	38,201-40,100		44	131,700	126,301-131,700
	19	42,000	40,101-42,000		45	137,100	131,701-137,100
	20	43,900	42,001-43,900		46	142,500	137,101-142,500
第五組 級距 2400 元	21	45,800	43,901-45,800		47	147,900	142,501-147,900
	22	48,200	45,801-48,200		48	150,000	147,901-150,000
	23	50,600	48,201-50,600	第十組 級距 6400 元	49	156,400	150,001-156,400
	24	53,000	50,601-53,000		50	162,800	156,401-162,800
	25	55,400	53,001-55,400		51	169,200	162,801-169,200
	26	57,800	55,401-57,800		52	175,600	169,201-175,600
				53	182,000	175,601 以上	

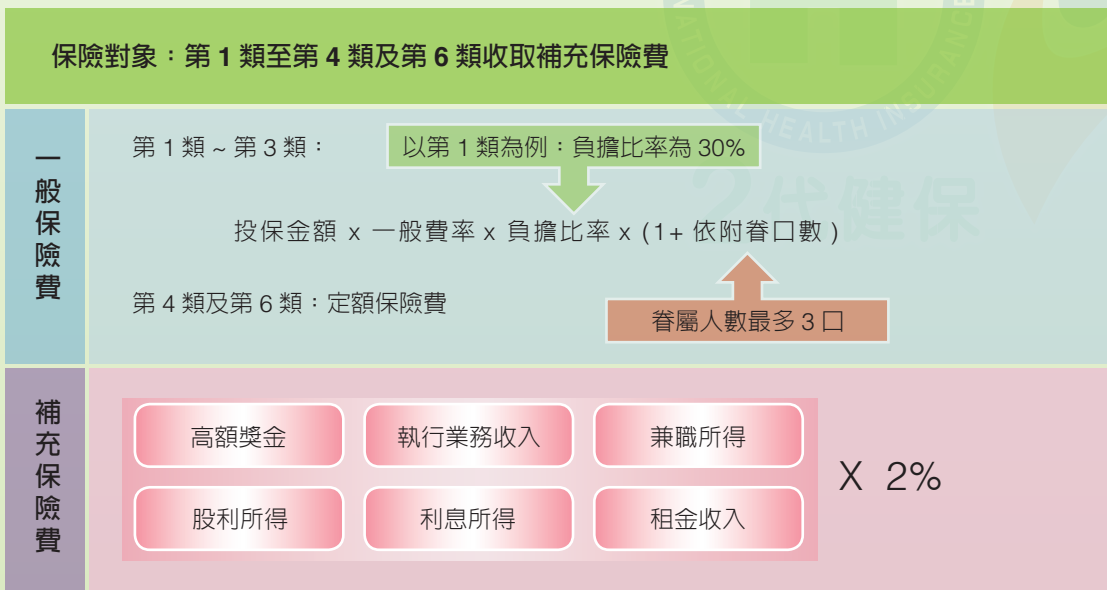
備註：第 48 級（含）以下比照勞工退休金月提繳工資分級表訂定。

為穩固健保財源，使健保永續經營，二代健保採「量能負擔」原則，也就是所得較高的民衆有能力多繳點保險費，故對現行一般保險費計費基礎過度依賴經常性薪資所得的情形予以適度調整。為了擴大保險費基，「二代健保」的保費收入，除了現行以經常性薪資對照投保金額所計算出的「一般保險費」之外，再加上「補充保險費」，把以往沒有列入投保金額計算的高額獎金、兼職所得、執行業務收入、股利所得、利息所得或租金收入等項目，納入「補充保險費」的計費基礎，計收補充保

險費。希望藉由擴大保險費基，針對外界普遍認為應納入保險費的其他所得或收入，來計收補充保險費，拉近相同所得者之保險費，達到負擔之公平性。(圖 4)。補充保險費的收取對象以第一類至第四類及第六類保險對象為主，第五類低收入戶之保險對象則不列為補充保險費之收取對象另外，投保單位(雇主)每月所支付薪資總額與其受僱者當月投保金額總額間之差額，亦增列為計費基礎，收取補充保險費，以落實量能負擔的精神，提升保費負擔的公平性。

圖 4 二代健保保險費計收示意圖

二代健保保險費 = 一般保險費 + 補充保險費



註：1. 補充保險費費率第 1 年 2%。
2. 兼職所得：指非所屬投保單位給付之薪資所得。

(一) 一般民衆的補充保險費費率：

計費公式：補充保險費費基 x 費率（第 1 年為 2%）

主要包括 6 個項目：

1. 高額獎金
2. 兼職所得
3. 執行業務收入
4. 股利所得
5. 利息所得
6. 個人租給公司、企業、機關的租金收入

(二) 雇主的補充保險費：

計費公式：（每月支付之薪資所得總額 - 其受僱者當月投保金額總額）x 補充保險費率（第 1 年為 2%）。

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，

皆可憑健保卡至醫院、診所、特約藥局及醫事檢驗機構等特約醫事服務機構等接受醫療服務。

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、護理及保險病房等。

部分負擔 使用者付費

全民健保開辦至 2005 年 6 月底，門、急診之部分負擔已經調整多次。為鼓勵民衆小病到當地診所就醫，需要進一步檢查或治療時再轉診到區域醫院、醫學中心等大醫院，自 2005 年 7 月 15 日起推出若配合轉診則不加重部分負擔之設計，增進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。民衆若未經轉診直接

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
醫院層級	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. 自 2005 年 7 月 15 日起公告實施。

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。此外，民眾看病時，如藥費超過一定金額，則須加收藥品部分負擔（表 6）。同一療程中接受第 2 次以上的復健物理治療（中度 - 複雜、複雜項目除外）或中醫傷科治療，每次須自行繳交 50 元的部分負擔費用。

二代健保實施後，於醫療資源缺乏地區就醫的民眾，部分負擔費均可減免 20%，並於居家照護之部分負擔費用比率由原來 10% 調降為 5%，以嘉惠醫療資源缺乏地區及外出就醫困難之民眾。



住院部分負擔設有上限

民眾若罹患急性、慢性病需要住院時，在一般情況下醫療費用部分負擔約為 5% 或 10%（表 7）；為減輕民眾負擔，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，2011 年以同一疾病每次住院 31,000 元、全年累計住院 52,000 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，符合全民健康保險法各款情形之一者，如重大傷病（表 8）、分娩、山地離島地區就醫者均免收部分

負擔，另健保卡上註記「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就醫、多氯聯苯中毒的油症患者等，係由相關單位支付部分負擔，就醫時亦免收部分負擔。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。

表 8 全民健康保險重大傷病項目

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）。

疾病名稱	
13	因呼吸衰竭需長期使用呼吸器符合下列任一項者： （一）使用侵襲性呼吸輔助器 21 天以上者。 （二）使用侵襲性呼吸輔助器改善後，改用非侵襲性陽壓呼吸治療總計 21 天以上者。 （三）使用侵襲性呼吸輔助器後改用負壓呼吸輔助器總計 21 天以上者。 （四）特殊疾病（末期心衰竭、慢性呼吸道疾病、原發性神經原肌肉病變、慢性換氣不足症候群）而須使用非侵襲性陽壓呼吸治療總計 21 天以上者。 以上天數計算須符合連續使用定義原則。
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。
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。

為方便慢性病患者例行取藥，健保局提供慢性病連續處方箋的措施，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，就能開給至多 92 天用藥量之慢性病連續處方箋。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等證明文件，1 次可領取 2 個月份藥量。



支付制度

多元支付制度

自 2002 年 7 月起，全民健保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、宏觀調控醫療費用之方法，但仍須透過支付工具等微觀策略，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，有效使用醫療資源之目的。

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、使民衆獲得更完整之全人照護，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；並自 2011 年 7 月 1 日起試辦論人計酬支付制度。

醫療服務診療項目之支付標準，除論病例計酬及 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，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。Tw-DRGs 預定分五年全面導入，2010 年實施之 DRGs 支付制度則有 164 項。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（outliers）案件醫療費用之適當性；（6）出院狀況是否穩定以及（7）醫療品質之適當性。

外界擔心實施支付制度後，導致醫療院所篩選病人，使得重症病患成為人球。針對這個顧慮，健保局已經設計相對之配套措施，包括：（1）部分重症疾病不納入範圍內，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、使用葉克膜（體外維生系統，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 DRGs 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，依其住院日數及醫院提供的醫療服務合理與否，給予不同的支付；(4) 為防止病患權益受影響，健保局將會訂定監控指標，例如：出院後再回來急診之比率、出院後重覆入院之比率等，以觀察病人是否被迫提早出院以及 (5) 透過專業審查以確認醫療服務適當性、監測民眾申訴案件，視情形依特約管理辦法進行查處。

2010 年 1 月開始實施的 Tw-DRGs 制度，經過健保局監測執行情形，確能提升醫療服務效率，2011 年 DRGs 案件平均住院天數下降 0.2 天，等於全國一天約可空出 252 張病床，增加醫院病床的週轉率，減少病患等待病床或急診暫留時間。然而健保給付醫院的平均每件實際醫療點數下降，表示在 DRGs 制度下，醫院有效率提供醫療服務，減少不必要手術、用藥及檢查等，減少醫療成本。另外，個案轉出率持平，3 日內再急診率及 14 日內再住院率 2010 年雖有些微增加情形，經管控後，2011 年已下降，健保局將持續關注病患出院適當性之變化，並加強異常個案審查，以瞭解醫



另外，健保局從 2011 年開始推行論人計酬試辦計畫，為避免增加試辦團隊額外行政作業，團隊之費用申報及審查作業不變，民衆不需登記，可自由於試辦團隊及團隊外之醫療院所就醫。計畫費用之涵蓋範圍包含全民健康保險西醫基層、醫院總額門（急）診、住診及門診透析給付項目，僅排除器官移植術後追蹤、牙醫及中醫給付項目。

另為求試辦期滿後，團隊之試辦經驗可推廣至全國，計畫分為 3 種模式，共計 7 個團隊參加試辦，照護對象人數約 15 萬人。



1. 區域整合模式：以最小單位為鄉鎮市區的戶籍人口或試辦團隊同意之合理現住人口為對象；目前已有國立台灣大學醫學院附設醫院金山分院、澄清綜合醫院團隊與秀傳醫療財團法人彰濱秀傳紀念醫院共計 3 家參與試辦，照護對象規模自 1 萬 4 千餘人至 6 萬 1 千餘人不等。

2. 社區醫療群模式：由參與「家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，擴大含住院服務；目前有樂樹醫療群（共 6 間診所組成之團隊）參與試辦，照護對象接近 6 千人。

3. 醫院忠誠病人模式：由原參與「促進醫療體系整合計畫」（後更名為醫院以病人為中心整合照護計畫）所收之忠誠病人為對象，擴大含住院服務。目前已有財團法人彰化基督教醫院、屏基醫療財團法人屏東基督教醫院與財團法人天主教耕莘醫院等 3 家醫院參與試辦，照護對象規模自 8 千餘人至 3 萬餘人不等。

院有無將病患不當轉院或提早出院。另為避免影響新特殊材料的引進，保障病患就醫權益，健保局於 2011 年 2 月 1 日實施「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」，凡經健保局「全民健康保險特材專家小組」決議通過之具備全新功能類別之特殊材料品項，其 DRGs 支付點數得加計額外點數。

為了讓民衆獲得更周全的整合照護，並使健保制度永續且達到提升品質、增加效率，以及做到符合社會正義的公平原則，「全民健康保險論人計酬試辦計畫」打破傳統「醫院看的越多、領的越多」觀念，加強預防保健工作，以民衆健康為導向，只要把病人照顧得越好，醫生和醫院的收益就越多，讓民衆獲得更周全的醫療整合照護。

對民衆來說，就醫方式不變，可自由選擇去哪家醫院看病，不必先登記，享有相同的權益；醫院方面，減少讓病人到處就醫，收益也會增加。此計畫同時達到醫院、醫師跟民衆三贏的目的。

而「促進健康」是這項計畫試辦的重點，唯有讓病人做好自我健康管理，才會減少到醫院就診的機會。因此，加強民衆及醫療服務者的「預防醫學」理念，著重在「預防勝於治療」的生活型態，共同珍惜健保醫療資源！

截至 2009 年 12 月底，論病例計酬的項目總計有 54 項，全民健保不僅為民衆購買醫療，更為民衆購買健康。自 2001 年起，健保局推動醫療給付改善方案，採取論質計酬—即論「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有乳癌、糖尿病、氣喘、高血壓、精神分裂症、慢性 B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎感染者、初期慢性腎臟病等 7 項。其中糖尿病方案因執行成效良好，於 2012 年 9 月導入支付標準全面實施。高血壓方案收案對象常合併有糖尿病、慢性腎臟病等疾病，為整併照護方式，自 2013 年起併入其他論質方案推行。

審查制度

全民健保醫療服務案件之審查，在於審查特約醫療院所提供之醫療服務項目、數量、適當性及品質，服務量甚大，係台灣全民健保醫療特色。平均一年門診申報量約 3.5 億件，平均每日約 100 萬件，一年住院約 305 萬件，平均每日約 8 千件。

基於人力及行政成本考量，有關醫療服務審查大體可區分為程序審查與專業審查；在工具面，亦大量運用電腦科技與資料分析技術，並致力於發展電腦醫令自動化審查及檔案分析等電腦輔助審查系統，以提升審查效率。



另外，由於申報案件甚鉅，健保局於專業審查時採隨機抽樣審查，即以抽樣方式調閱部分病歷送請審查醫師審查，透過以樣本的核減率按比例回推至全部母體案件進行核減的作業方式，理論上已達到對每一案件進行審查的目的，是醫療費用事後專業審查的最主要作業。自 2007 年起，隨機抽樣方式除原有以案件比率的作業方式外，另新增以病人數比例計算的論人隨機抽樣審查作業方式，主要目的是為了能讓審查醫師看到病人完整的就醫內容，更能掌握審查重點，提升審查的適切性。總額支付制度自 1998 年起陸續實施後，健保局配套進行專業自主事務的勞務委託，另訂定審查醫事人員之遴聘管理方式，並逐步與受託單位建立了各分區專業審查共同管理的機制。目前在程序審查之內容包括：

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。

特約醫療院所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。

專業審查

而在專業審查部分，醫療專業審查規範及注意事項之訂定，均係經具有相關臨床或實際經驗之醫藥專家組成醫療專家會議討論後訂立。為有效提升專業審查一致性，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。此外，自 2004 年起，開始部分採用電子化查詢方式，其後陸續進行內容及硬體擴增，為強化查詢內容，健保局於 2010 年 4 月起啟動分階段移植全局作業，至 2012 年 2 月建置全新的「專業審查知識庫查詢系統」，提供全局各單位行政人員及審查醫師方便線上查詢審查相關規定，增進審查效率；後續亦將配合智慧型專業審查雜型系統之建置，於 2011 年至 2013 年，分年完成各類審查相關規定醫令別查詢資料之整編建置及整合運用作業。



第二篇

經營成效與品質提升

全民有保 就醫便利

落實全民納保

全民健保為強制性社會保險，民衆擁有獲得平等醫療服務的權利。截至 2012 年 6 月底止，參加全民健保的總人數有 23,204,518 人（表 9），投保單位有 730,720 家。

方便民衆就醫

為讓民衆獲得完善的醫療服務，容許民衆自由選擇就醫一直是健保的原則。截至 2012 年 6 月底止，全民健保特約醫療院所合計達 190,885 家，占全國所有醫療院所總數 92.62%（表 10）；另有特約藥局 5,156 家、居家照護機構 536 家、特約精神科社區復健機構 171 家、特約助產所 12 家、特約醫事檢驗機構 211 家、物理治療所 14 家、醫事放射機構 10 家及職能治療所 2 家。

表 9 二代健保實施前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	12,498,179	3,967,219	2,723,164	153,485	331,015	3,531,456	23,204,518
占總納保人數百分比	53.86%	17.10%	11.74%	0.66%	1.43%	15.22%	100%

資料時間：2012 年 6 月 30 日。

表 10 全民健保特約醫療院所數

單位：機構數

	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	21,469	477	11,031	14	3,470	6,477
特約醫療院所數	19,885	477	9,929	13	3,159	6,307
特約率	92.62%	100%	90.01%	92.86%	91.04%	97.38%

資料時間：2012 年 6 月 30 日。



民衆參加全民健保後，健保局即發給健保卡。目前健保卡為智慧卡型式，民衆的基本資料載於 IC 晶片，遇有疾病、傷害、生育等事故，民衆持健保卡即可就醫。在全民健保制度之下，民衆可以自由選擇特約醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構，享受妥善的醫療照顧服務。

即使在國外，民衆因緊急傷病接受醫療，回國後也享有核退國外自墊醫療費用部分或全額的權益。

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的醫療照護，2003 年 3 月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，由同一地區的特約西醫診所 5 至 10 家以上為單位，組成社區醫療群提供醫療服務。只要透過居家附近的基層診所醫師作為家庭醫師，民衆就可獲得全家健康第一線的把關工作。家庭醫師平日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 2012 年 6 月底，已有 367 個社區醫療群運作，參與之基層診所 2,360 家，參與率為 23.79%，參加醫師數 2,749 位，參與率為 19.65%；受益會員超過 200 萬人。

在藥局服務方面，截至 2012 年 6 月底，健保特約藥局已達 5,156 家，民衆可持特約醫療院所交付的處方箋，到特約藥局領藥。如有用藥的疑問，可以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，更能就近教導民衆正確的用藥知識。



健保政策 照顧弱勢

對經濟弱勢民衆的補助措施

全民健保採強制納保，社會上難免有一部分繳不起保險費的低收入戶及經濟邊緣人口，如何貫徹全民納保政策，有賴多項協助措施，以確保社會安全網的穩固，更彰顯自助互助的精神。

為了照顧癌症、洗腎、血友病、精神病等重大傷病患者，以及經濟困難弱勢民衆的就醫權益，健保局提出多項協助繳納保險費的措施。另外，

對於罕見疾病重症患者及偏遠地區民衆，亦提供醫療及經濟上的協助。

現行的協助措施包括保險費補助、紓困貸款及分期繳納等，執行成果請見表 11。

弱勢群體保費補助

各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、19 歲以下及年滿 55 歲之無職業原住民，2011 年補助金額約 227 億元，補助人數約 308 萬人。

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。2011 年共核貸 3,872 件，金額 2.41 億元。

分期繳納

對於不符合紓困貸款資格，但積欠健保費達 2,000 元以上，因經濟困難無法一次繳清者，2011 年辦理分期繳納共 18.7 萬件，合計 43.79 億元。

表 11 2011 年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	各級政府對特定弱勢者補助健保費，包括低收入戶、中低收入戶、無職業榮民、失業勞工及眷屬、身心障礙者、未滿 20 歲及年滿 55 歲之無職業原住民	308 萬人	227 億元
紓困貸款	符合衛生署所訂經濟困難資格者	3,872 件	2.41 億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	18.7 萬件	43.79 億元

資料時間：2011 年 12 月 31 日。

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、企業及個人愛心捐款，以補助其健保費。2011 年共轉介成功個案計 2,646 件，補助金額共 1,806 萬餘元。

急重症醫療協助

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。獲得以健保身分就醫之個案，嗣再依其個案狀況，協助其辦理投保、健保費紓困、轉介、分期繳納等，2011 年因而獲得醫療保障者計 5,128 件，金額 1.4 億元。

爭取公益彩券回饋金協助弱勢族群

為協助弱勢族群就醫，自 2008 年起申請公益彩券回饋金，除協助繳納健保欠費外，並減輕其就醫之部分負擔。迄 2012 年 11 月底，累計補助金額已達 22.54 億元，累計補助人數達 105,466 人（表 12）。

醫療保障

1. 安心就醫方案

全民健保是強制性的社會保險，為維護公平性，有欠費達一定期限得暫停給付（俗稱「鎖卡」）的規定，對有能力繳納健保費而不予處理之非

表 12 歷年公益彩券回饋金補助成果表

年度	計畫名稱	人數	金額
2008	協助弱勢民衆繳納全民健康保險保險費計畫	26,446	4.00
2009	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	19,308	3.95
2009	協助風災災民及災區民衆繳納健保欠費計畫	19,841	3.78
2010	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	7,888	3.79
2011	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	18,222	3.81
2012	協助弱勢族群減輕就醫負擔計畫	13,650	3.18
2012	協助 18 歲以下自始未加保或長期斷保之兒少加保及繳清無力負擔欠費試辦計畫	111	0.03
總計		105,466	22.54

經濟弱勢欠費者，依規定予以健保卡暫行停止保險給付。但民衆如確屬經濟困難無力繳交健保費者，則不適用上述「鎖卡」的規定，仍可以健保身分就醫。現行對弱勢欠費民衆健保欠費與健保就醫權脫 處理，不予鎖卡；2010年10月實施之「弱勢民衆安心就醫方案」，即對18歲以下、近貧戶及特殊境遇家庭受扶助者，一律不予鎖卡。此外，為鼓勵生育政策，依據前開方案精神，自2012年3月起，對於懷孕婦女就醫亦一律不予鎖卡，以維護懷孕婦女健康。該方案實施前，因欠費遭鎖卡人數高達60萬人，截至2012年10月底止，解卡受惠人數計43.3萬人。

2. 結合社會網絡共同協助

對於符合「弱勢民衆安心就醫方案」之18歲以下，有就醫需求之兒童及青少年、近貧戶、符合「特殊境遇家庭扶助條例」規定受扶助家庭者及懷孕婦女，如因欠費而被鎖卡，健保局均主動洽請相關單位提供資料直接予以解卡，另結合社政單位、警察、醫院、民間社福團體等通報平台，共同合作，予以協助，使這類民衆，都能以健保之身分，接受必要醫療照護。

減輕特定病患就醫部分負擔費用：

1. 對於領有「身心障礙手冊」者，門診就醫時不論醫院層級，門診基本部分負擔費用均按診所層級收取50元，較一般民衆(80-360元)為低。
2. 對於包括癌症、慢性精神病、洗腎、罕見疾病及先天性疾病等領有重大傷病證明的病患，免除該項疾病就醫的部分負擔費用。另為保障罕

見疾病患者權益，凡屬於行政院衛生署公告的罕見疾病必用藥品，健保均全額支付，實質減輕其就醫經濟負擔。

對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群的照護

現行照護措施

(一) 全民健康保險山地離島地區醫療效益提昇計畫 (IDS)：

1. 山地離島地區因地理環境及交通不便，醫療資源普遍不足；因此健保局規劃由有能力、有意願之醫療院所以較充足的醫療人力送至山地離島地區，自1999年11月起，陸續在山地離島地區實施「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(簡稱IDS計畫)」，鼓勵大型醫院至該地區提供專科診療、急診、夜診等定點或巡迴醫療服務。
2. 目前全國公告之離島鄉皆已納入IDS計畫，計有48鄉，共25家特約院所承作29項計畫，支援當地醫療服務(圖5)。



圖 6 醫療資源缺乏地區現行照護－以宜蘭縣為例



(二) 醫療資源不足地區改善方案：

1. 健保局對平地醫療較不足鄉鎮，辦理醫療資源不足地區醫療給付改善方案，以「在地服務」的精神鼓勵中、西、牙醫基層醫師至醫療資源不足地區執業，或是採巡迴方式提供醫療服務。
2. 另為考量某些更偏遠地區，基層醫師無法提供服務，2009 年起經衛生署核定公告「全民健康保險醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案」，鼓勵地區級以上醫院至醫療資源不足地區提供醫療服務，目前已有 31 個鄉鎮執行本服務計畫（圖 6）。
3. 配合各部門總額支付制度之執行，辦理醫院、西醫基層、牙醫及中醫之「醫療資源不足地區

改善方案」，提供平地鄉偏遠地區民衆的醫療需求，每年額外投入經費約 5 億元。

(三) 醫療資源不足地區之醫療服務提昇計畫：

為加強提供離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民衆的在地醫療服務及社區預防保健，增進就醫可近性，2012 年實施「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，以專款預算、點值保障方式，鼓勵位於上述區域或鄰近區域 78 家以急性照護為主的醫院，提供 24 小時急診服務及內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務，強化民衆就醫在地化。

對疾病弱勢族群照護

現行照護措施

(一) 身心障礙者：

1. 健保局自 2002 年起施行「牙醫特殊服務項目醫療服務試辦計畫」，以醫療服務加成給付方式服務，鼓勵醫師提供先天性唇顎裂患者及特定身心障礙者（目前障別包括腦性麻痺、植病人、智能障礙、自閉症、染色體異常、中度以上精神障礙、失智症、多重障礙及頑固性（難治型）癲癇等牙醫服務。
2. 2006 年起放寬可由各縣市牙醫師公會或牙醫團體組成醫療團，定期至身心障礙福利機構服務、支援未設牙科之精神科醫院或有特殊需求的 智學校提供牙醫特殊巡迴醫療服務。2011 年 7 月 1 日起，更進一步針對特定身心障礙類別且符合居家照護條件者，提供到宅服務。

(二) 重大傷病患者：

1. 現行衛生署公告的重大傷病範圍有 30 類，包括癌症、慢性精神病、洗腎及先天性疾病等，這些疾病醫療花費極高，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。
2. 截至 2011 年 12 月底，重大傷病證明有效領證數約有 91 萬餘張（人數為 86 萬餘人，約占總保險對象的 3.7%），而 2011 年全年重大傷病醫療費用約 1,500 億餘元（占全年總醫療支出的 27.24%），健保藥品費用中，每年約有 4 百億元（近 3 成）用於重大傷病。

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。

(三) 罕病患者：

1. 罕見疾病屬重大傷病範圍項目，就醫時可免除部分負擔，衛生署公告的罕見疾病種類有 192 項，截至 2011 年 12 月底止，領證卡數共 8,292 張。經統計 2010 年罕見疾病之醫療費用約 20.45 億元，其中藥品費用約為 18.33 億元。為保障罕見疾病患者的權益，凡是經衛生署公告的罕見疾病必用藥品，全民健保均予全額支付。
2. 為照顧罕見疾病患者，凡經通過列為罕見疾病患者治療藥品，皆主動並加速收載於「全民健康保險藥價基準」列入給付，使罕見疾病患者受到應有的照顧，減輕醫療照護的負擔。

(四) 多重慢性病患者：

1. 執行「以病人為中心之整合照護計畫」，提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，來影響病人安全。參與的病人，減少部分負擔及掛號費支出，減少看診及往返交通時間，及減少重複用藥及檢查，並提升就醫安全及品質。
2. 配合總額支付制度，提供整合式的照護服務，促成醫院各專科醫療之適當整合；鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念。2012 年編列專款 5 億元，共計有 192 家醫院申請參與本計畫，照護人數約為 46 萬人。

多元給付 提升品質

增修支付標準

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。截至 2012 年，支付標準共計 4,234 項診療項目，經統計 2004 年至 2012 年 9 月底，共計有 61 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，共修訂 1,382 項診療項目的支付標準點數。

為配合新醫療科技發展及符合實際臨床需要，健保持續辦理新增診療項目，以提供民眾新醫療技術服務；特別是 2007 年針對一般外科及胸腔外科較常施行之「胸腔、腹腔鏡」等 33 項手術及「嬰兒保溫箱」之治療處置診療項目納入給付；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。

2009 年至 2011 年陸續增列胰臟移植、心室輔助裝置植入、深部腦核電生定位、HLA-B 1502 基因檢測等共計 29 項新醫療技術診療項目，更於 2012 年為提高病患接受器官移植手術的成功率及避免手術後產生排斥現象，新增人類組織相容複合物 I 類鏈相關基因 A 抗體篩檢等 2 項檢驗，以及提供類風濕性關節炎病患之疾病鑑別診斷檢驗、新增人工電子耳手術以及負荷式心臟超音波心臟圖檢查等 6 項診療項目，共計新增 8 項新醫療技術與檢驗診療項目，對接受器官移植及類風濕性關節炎等病患是一大福音。

為改善外科、內科、婦產科、兒科之醫療環境現象，2008 年起健保陸續針對外科移植手術技術費調高支付點數；因應基本診療支付點數調高，將論病例計酬婦產科項目配合併同調高支付點數。在兒科方面，2008 年起 2 歲（含）以下之兒童門診診察費加成 20%，於 2009 年放寬至為 3 歲、2011 年再放寬至 4 歲，並於 98 年調高新生兒中



重度病床護理費、新生兒中重度病床診察費及嬰幼兒處置費等。2011 年再增加醫院申報婦、兒、外科門診診察費得依表定點數加計 17%。2012 年於醫院及西醫基層總額編列支付標準調整預算，用於調整外科、婦產科及兒科等科別之支付標準，提升重點科別醫師之待遇，共計約 21.92 億點。

為鼓勵醫院重視臨床護理照護人力，促使醫療院所配合增設護理人力，2009 年起辦理「全民健康保險提升住院護理照護品質方案」挹注經費約 8.325 億元，於 2011 年提高方案預算經費為 10 億元，2012 年更增加至 20 億元用以鼓勵醫院增聘護理人力、提高夜班費及補貼超時加班費，增加護理人員留任的意願。

可選擇使用新醫療特材

部分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。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，自 2006 年 12 月 1 日起陸續將

塗藥及特殊塗層血管支架、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 13），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，超過費用由民衆自行負擔。

為保障民衆權益，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。並且將所進用的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 / 藥材專區 / 特殊材料 / 健保部分給付（差額負擔）專區〉，民衆可上網查詢。

表 13 民衆關心之部分給付特材一覽表

項目	實施時間
塗藥及特殊塗層血管支架	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	2008 年 5 月 1 日

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。近年各方案之照護率如表 14。2010 年 1 月新增精神分裂症、慢性 B 型肝炎帶原者與 C 型肝炎

感染者等 2 項論質方案，2011 年 1 月再新增初期慢性腎臟病論質方案。

初步成果顯示，參與乳癌醫療給付改善方案之患者，存活率較試辦前為高；至於糖尿病醫療給付改善方案，追蹤參加方案之糖化血色素不良患者，（糖化血色素為國際皆採用之血糖控制指標，常見寫法 HbA1c，本計畫之不良指標設在 HbA1c > 9.5%），參加方案 1 年後，66% 的個案糖化血色素有改善；參與氣喘醫療給付改善方案試患者，其急診及住院次數逐漸減少；參與高血壓醫療給付改善方案患者，參加後高血壓情形顯著改善，完成一年療程後，追蹤其收縮壓、舒張壓，超過 50% 的個案血壓下降至正常標準。

表 14 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	2010 年	2011 年
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%	31.29%	31.61%	47.02%	45.45%
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%	26.34%	27.56%	29.26%	31.36%
結核病	68.78%	78.99%	91.81%	導入 支付標準	導入 支付標準	導入 支付標準	導入 支付標準
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%	14.64%	14.50%	14.62%	13.67%
高血壓	未實施	基層試辦 9.31%	6.54% 註	3.93% 註	2.65%	2.55%	2.94%
精神分裂症	未實施					40.65%	46.94%
B 型 C 型肝炎帶原者	未實施					9.83%	19.37%
初期慢性腎臟病	未實施						20.15%

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，其照護率因涵蓋基層及醫院，呈現照護率下降情形。

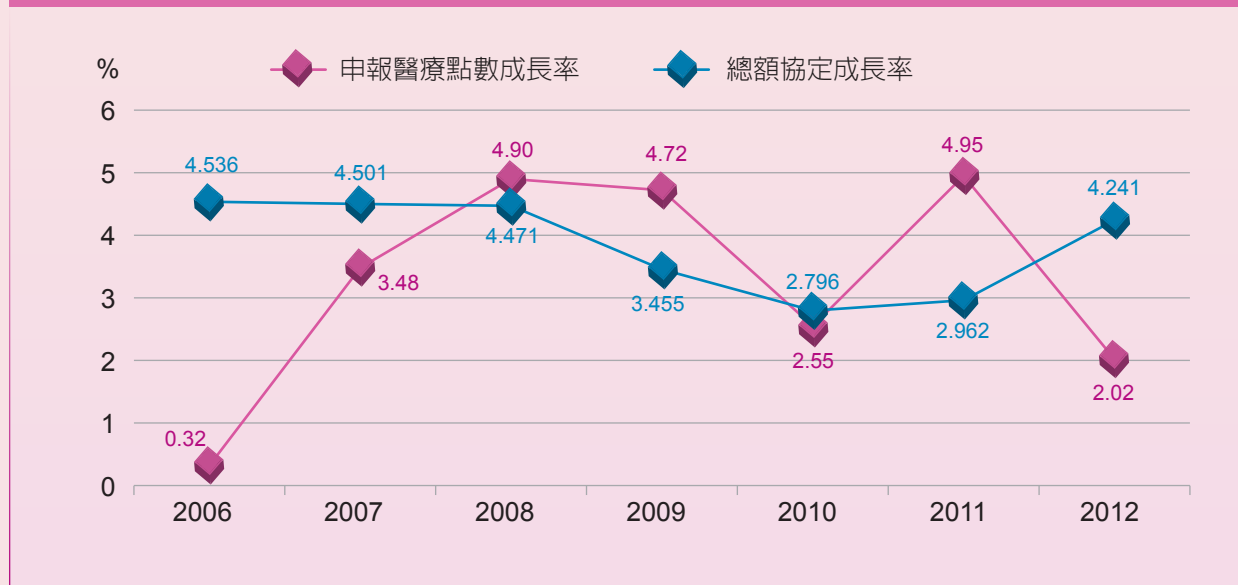
總額支付制度

為落實財務責任，同時避免在論量計酬支付制度下，引發醫療費用快速成長，全民健保醫療費用支付之設計，採用醫療費用總額支付制度，並規定於全民健康保險法第 47 條至第 50 條、第 54 條。

醫療費用總額支付制度實施之程序，是在每一年度開始前，由醫界與付費者就醫療服務內容，先協商次年適當的健保醫療費用總額。在此協定的額度下，若服務量過多，就可能導致每點點值降低；反之，若醫界間同儕合作，減少不必要醫療、加強預防保健措施有成，則因服務量可以有效控制，有可能提高每點點值。

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，其後分別於 2000 年 7 月陸續推動實施中醫門診總額預算支付制度，2001 年 7 月實施西醫基層總額預算支付制度，至 2002 年 7 月實施醫院總額預算支付制度，達到全面實施醫療費用總額預算支付制度。總額預算支付制度全面實施後，有效將醫療費用成長率控制在 5% 以下。自 2006 年起之醫療費用成長率如圖 7。為確保民眾就醫權益不因總額支付制度實施而有所變更，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。醫療費用總額研擬程序如圖 8。2006 年起各總額部門醫療費用協定成長率如表 15。

圖 7 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。
資料來源：第 186 次全民健康保險醫療費用支出情形報告。

圖 8 全民健保醫療費用總額預算研擬程序及方向



表 15 全民健保歷年各總額部門醫療費用協定成長率

總額部門	2006 年	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年	2012 年
整體	4.536%	4.501%	4.471%	3.455%	2.796%	2.692%	4.241%
牙醫門診	2.93%	2.61%	2.650%	2.571%	1.941%	1.607%	2.190%
中醫門診	2.78%	2.48%	2.506%	2.486%	1.490%	2.370%	2.776%
西醫基層	4.68%	4.18%	4.129%	3.346%	2.236%	1.716%	2.915%
醫院	4.90%	4.91%	4.900%	4.461%	2.734%	3.007%	4.609%

註：2006 年起為總醫療費用成長率。

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：

一、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。

二、專業醫療服務品質的確保

(一) 訂定臨床診療指引、專業審查、病歷紀錄等專業規範。

(二) 建立持續性醫療服務品質改善方案：

1. 監測診療型態及服務品質
2. 建立醫療院所輔導系統
3. 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。

合理調整藥價

現行藥品之支付係由醫事機構依藥價基準向健保局申報藥費，此制度設計有利於導引藥價下降。由於醫事機構有議價誘因，透過市場競爭機制，以較健保支付價為低之價格購買藥品，健保局再透過定期藥價調查，取得實際交易價格，據以調降藥價基準合理調整藥品價格。若健保局依

照醫療院所購買價格支付藥品，醫療院所因此缺乏議價的誘因，藥品購買價格無從下降，反而不利於健保財務。

健保局為了掌握市場上藥品的實際交易價格，自 1999 年起，至今共辦理 7 次藥價調查。依據調查的結果，將醫療院所壓低的藥價，反映至調降藥品的支付價格。藥品逾專利期第 1 年起開始調降，於 5 年內依市場交易情形逐步調降至合理價格，目前已累計調降約 300 多億元的藥費。

歷次藥價調降，除了縮小藥價差距，亦減緩藥費支出成長，每次藥價調降所節省的费用，用於加速新藥收載及給付、調整支付標準偏低之項目，以提供國內民眾享有與世界先進國家同步的醫療用藥，同時也提升了醫療品質，對於全民的健康保障，具有實質的效益。



醫療品質 資訊公開

健保局本於資訊公開化、透明化，發揮全民共同參與監督之機制，提升醫療服務品質為宗旨，於全球資訊網提供健保醫療服務公開資訊，其中包括特約醫事服務機構資訊、醫療品質資訊、給付範圍等，以提供民衆高可近性之健保醫療服務資訊。

特約醫事服務機構資訊

- (一) 醫事機構基本資料：包括服務項目、診療科別、固定看診時段等。
- (二) 保險病床比率：民衆住院時免自付病房費差額之病床數比率。
- (三) 違規醫事機構資訊：公開醫療院所查處統計表及查處名冊。
- (四) 掛號費查詢：門診掛號費及急診掛號費。

醫療品質資訊

- (一) 服務類指標：自 2005 年起，從醫院、西醫診所、中醫、牙醫、及透析醫療服務 5 項類別，就普遍性及可行性高的服務類項目，公開個別醫療院所之醫療品質資訊。
 - (二) 疾病類指標：自 2008 年起，發展疾病別或照護項目別之專業醫療服務品質指標，並結合衛教資訊以提升民衆衛教知識。
- 三、給付範圍：公開健保醫療服務項目、藥品品項、及特殊材料品項之支付項目價格及適應症，提供民衆查詢。

運用科技 提升效率

多憑證網路承保作業

為落實電子化政府，健保局於 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。為提供更優質作業環境，健保局陸續新增多項功能，服務民衆。截至 2011 年 12 月底，使用該系統的投保單位已有 10.9 萬家，每個月透過網路申報之異動資料約 84 萬筆，占全部異動量之 6 成以上。

多憑證網路承保作業平台受理各政府機關核發之憑證，例如工商憑證、政府機關憑證、醫事機構憑證、組織及團體憑證、自然人憑證，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。
4. 工、農、漁會等職業團體之投保單位，申報彙繳欠費資料。
5. 線上申請製發無照片健保卡。
6. 線上列印電子繳款單、繳費證明及網路繳費。
7. 投保單位線上申辦基本資料（例如單位名稱、地址、電話等）變更作業。
8. 第 6 類被保險人可使用自然人憑證更新繳款單地址。



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，又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，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，健保費之繳納管道，包括郵局、銀行、便利商店及本局各業務組等臨櫃繳納或選擇更便捷之約定銀行轉帳扣款、自動櫃員機、網路等多元繳費方式，讓民衆可選擇離自己最近、最方便的地點或方式繳納健保費。

金融機構轉帳代繳

民衆可向代收全民健康保險費之金融機構申請，填寫「新增委託轉帳代繳全民健康保險費約定書」，辦理帳戶自動扣繳全民健康保險費。

金融機構臨櫃繳費

民衆可持健保費繳款單，至代收全民健康保險費之金融機構或郵局繳費，亦有部分代收全民健康保險費之金融機構，轉委託其他銀行、農漁會及信用合作社，受理代收（繳）保險費。

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。

網路繳費

自 2007 年 4 月 20 日起，民衆可以銀行金融卡自行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，即可繳納健保費。

為便利企業繳納健保費，健保局開放 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，繼續開放個別民衆搭配使用自然人憑證以及讀卡機，隨時利用網路查詢個人未繳交的健保費，列印繳款單繳費。

自動櫃員機繳費（ATM）

由於台灣的自動櫃員機非常普及，自 2007 年 4 月 20 日起，民衆可以經由自動櫃員機進行轉帳繳納健保費，如果民衆以台灣銀行的金融卡繳納健保費，則免手續費；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。

健保費多元繳納成效

在健保局實施多元繳納健保費管道後，依據 2007 年 1 月 1 日至 2011 年 12 月 31 日繳納資料顯示，民衆已普遍使用金融機構臨櫃繳納（占 47.05%）、金融機構轉帳代繳（占 29.27%）及便利超商繳費（占 23.09%），另有部分民衆選擇自動櫃員機繳費及網路繳費，讓民衆有更多元、更便利的繳費方式，並達到簡政便民的政策目標。

健保費綜合所得稅申報

為讓民衆能順利申報各年度綜合所得稅之列舉扣除額「健保費支出」，健保局將於每年 4 月中旬前寄發在鄉、鎮、市、區公所加保的第六類被險人健保費繳納證明；在公司行號及在工會、漁會、農會、水利會加保的民衆，則向其投保的公司行號及工會、漁會、農會或水利會申請及印發年度健保費繳納證明。

另民衆於每年 5 月報稅期間，亦可選擇下列方式申請補發繳納證明：

1. 透過各區國稅局網站的綜所稅電子結算申報軟體，或健保局全球資訊網的網路申辦及查詢作業，使用自然人憑證，自行查詢及下載。
2. 攜帶個人身分證正本（委託辦理時另需要受託人身分證影本及印章），至國稅局所屬分局、稽徵所、加保的鄉、鎮、市、區公所、健保局各分區業務組或聯絡辦公室查詢申請。



目前財稅單位的資訊平台已可查詢健保費，免檢附繳費單據，即可辦理健保費金額申報扣除。倘若自行蒐集的健保費繳費單據與財稅單位資訊平台所查詢健保費資料不符，則請民衆檢附自行蒐集的繳費單據正本列舉申報。

健保卡與資訊安全

為提升民衆就醫便利性，自 2004 年 1 月 1 日起，健保卡全面正式上線，整合原有的健保紙卡、兒童健康手冊、孕婦健康手冊和重大傷病證明卡 4 種卡冊的就醫與證明功能，並將原本卡冊上明示之登記事項，以隱性及代碼方式，登記於晶片內，除具便利性，同時保障就醫隱私。

多重機制 確保資訊安全

健保卡不僅確保民衆個人隱私，也代表台灣醫療網路的資訊平台聯繫更加順暢，健保卡在安全管理上也多次獲得國際肯定。

為保障資訊安全，健保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；晶片採多重相互驗證機制，以確保資料安全。

在網路系統上，則採用全民健保資訊網專線 VPN 封閉性專屬網路，設有多道防火牆，可大幅降低駭客入侵系統或盜取資料之風險；健保卡紀錄均以代碼登載及亂碼傳輸，有效保障個人隱私。

為強化健保卡和健保資料的安全管理機制，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，於 2004 年 6 月及 8 月，健保局健保卡金鑰管理系統（KMS）和健保卡資料管理中心（IDC），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。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 CNS17800 證照的政府機構。

另外，健保局為落實資訊安全工作，全面推動資訊安全管理系統（ISMS）建置作業，讓資訊安全確實向下紮根。健保局資訊單位分別於 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，並於 2010 年配合健保局改制，推動 ISMS 制度及證照整併作業，並通過資安驗證，嗣後並依循 PDCA 持續改善之精神，推動資訊安全工作，以確保民眾資訊安全無虞。

健保局為強化整體資安監控，於 2010 年 9 月納入政府機關資安監控（GSOC：Government Security Operation）體系，進行全年無休之網路及電子郵件安全監控作業。

登錄藥品處方及重要檢查

健保卡除有重大傷病證明的註記，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，而民眾也能減少檢驗風險及排隊候檢的時間，並提升就醫安全性。

此外，健保卡啟用後，每次就醫紀錄可即時傳送至健保局，每天的門診與住院人次即可及時統計，針對某些異常就診的行為，健保局可及早發現而加以追蹤輔導。而且，健保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，載入健保卡資料庫，保險對象只要持健保卡至設有讀卡機之地點更新，就可將意願註記載入健保卡，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。





電子申報系統提升整體效率

自全民健保開辦以來，健保局即鼓勵特約醫事服務機構採用網際網路、媒體、VPN 等方式申報費用，有效節省書面申報之人工及郵遞成本，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醫療費用電子申報之比率已近 100%。

2004 年 1 月 1 日健保卡全面上線後，健保局建置全民健保資訊網路專線 VPN 作為與特約醫事服務機構雙向溝通之專用網路，特約醫事服務機構除了可透過 VPN 進行健保卡連線認證更新上傳作業以外，更可進行費用申報、試辦計畫等網路申報服務，提供更有效率之連線服務管道，2011 年 12 月份平均每日健保卡就醫上傳檢核成功之清單明細約 158 萬筆、醫令約 558 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（圖 9）。

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，健保局也配合作業需求，持續提供特約醫事服務機構更多更便捷的電子申報服務。於 2012 年 1 月推動以電子憑證登入健保資訊網，提供醫事機構整合式權限管理，並提升網路服務之資訊安全。同時亦期望透過推動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。

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。

總額支付制度全面實施後，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，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，就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

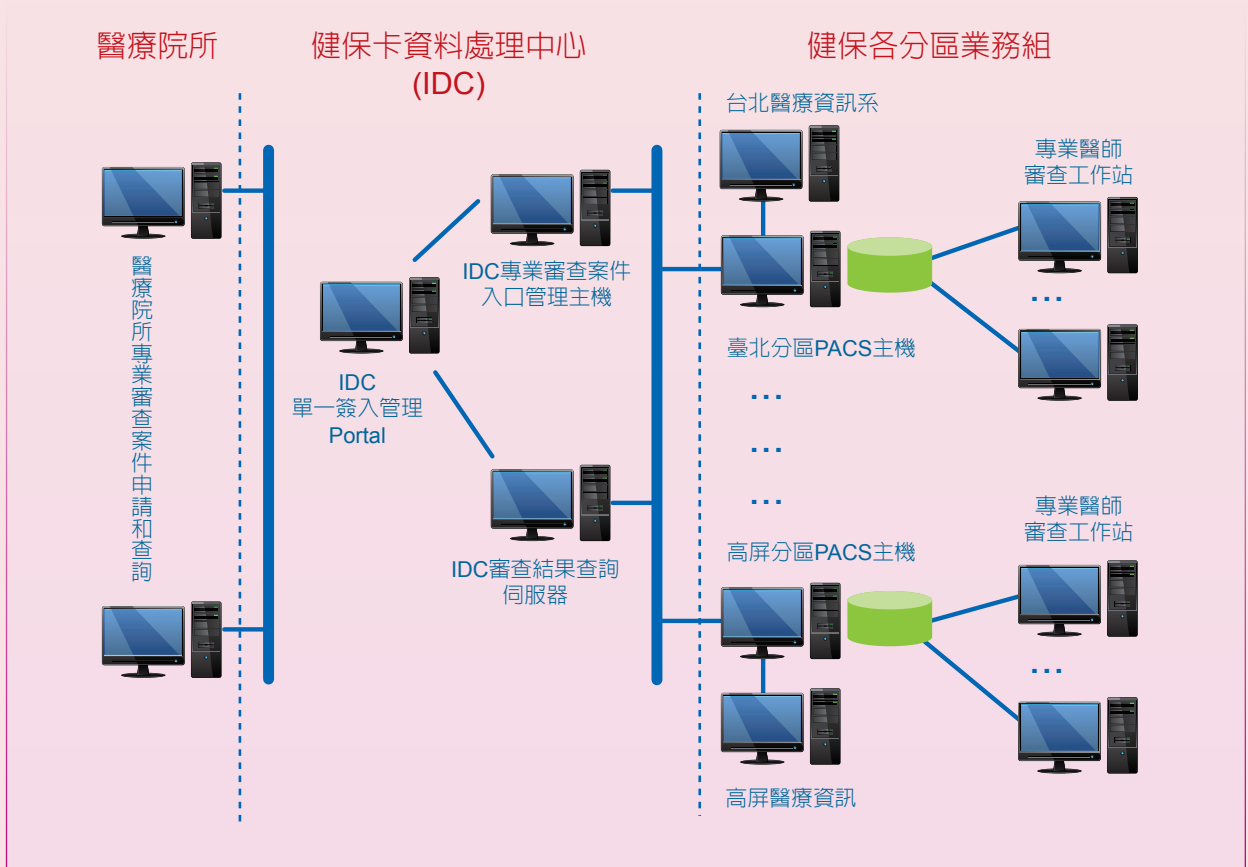
自 2001 年起實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，掌握門診高利用保險對象醫療資源利用情形，輔導正確就醫，杜絕醫療浪費。

2007 年起，門診高利用保險對象定義為全年門診申報就醫次數超過 150 次者，自 2010 年起更擴大輔導範圍，將 2009 年度門診就醫次數超過 100 次（不含重大傷病患者）之保險對象納入輔導。

輔導方式

1. 以親訪或電訪方式瞭解保險對象經常就醫的原因，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民眾的關懷，並告知保險對象與本局專責人員的聯繫方式，提供保險對象就醫諮詢完整服務。
3. 經過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的合理性，以及治療照護的適當性提供意見，並將審查結果回饋醫療院所，藉此降低就醫次數，並提升輔導院所的醫療服務品質。
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，保險對象經輔導未見改善，且經過專業醫師認定有指定院所就醫之必要，將依其病情及意願，指定該保險對象至特定醫療院所就醫；但若保險對象遇有情況緊急須就醫或需住院時，則不受指定院所就醫之限制，這項輔導措施不致影響保險對象的就醫權益。

圖 9 電子化醫療影像專業審查系統架構示意圖



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及志工等）共同輔導，2010 年度藥事人員亦加入輔導團隊，執行「全民健保藥事居家照護」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，協助整理藥品及輔導正確用藥，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 2011 年 12 月底止，推估 33,468 名於 2010 年門診就醫次數超過 100 次的保險對象，經 2011 年輔導後，其醫療費用較 2010 年同期約減少 6.2 億元，平均就醫次數下降 17%，平均醫療費用下降 16%；藥事居家照護試辦計畫總輔導人數為 4,041 人，與前一年同期比較，平均門診醫療費用下降 10%，門住診醫療費用下降 2%。



第三篇

國際評價與健保肯定



2012年11月14日衛生署邱文達署長（右二）、健保局黃三桂局長（右一）與菲律賓雙方進行臺菲健康保險合作瞭解備忘錄簽約。

健保經驗 蜚聲國際

全民健保開辦 18 年來，在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，特別是保險費負擔輕、行政經費低及全民納保的經營效率，更在國際上贏得好評。

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）製作群製作了“Sick Around the World”專輯，深入報導英國、臺灣、德國、瑞士和日本 5 個國家的醫療保險制度，其中有關臺灣健康照護服務的內容，除了讚揚我國提供西醫、牙醫、中醫及精神疾病照護服務外、健保卡（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。這次的報導不僅使臺灣的健保受到國際的肯定，對臺灣國際形象的提升亦極有助益。2012 年美國有線電視新聞網（CNN）專題報導我國、英國及瑞士之健保醫療制度，該報導內容探討及比較各國健保制度優缺點，以各國相關經驗討論如何作為美國健保制度改革的參考。而有關台灣的健保制度部分，

則說明我國在 1995 年起全力推動全民健保，以全民投保模式，由政府擔任單一保險人，創造了高水準及成本控制成功的醫療系統，讓全民受到完善之醫療照護。

除國際媒體報導外，其他國際期刊也時常以臺灣經驗作為借鏡，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 Annuals of Internal Medicine 刊載了由國家衛生研究院溫啓邦研究員發表的“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，也曾強調臺灣健保行政效率高，建議美國可從臺灣經驗中得到啓發；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，介紹臺



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，在臺灣健保中並不存在；遠在非洲發行的利比亞群眾醫學期刊 "Jamahiriya Medical Journal, Summer 2009 v9 n2" 季刊中之社論專欄也刊登我國全民健保制度之報導，作者介紹臺灣健保制度特色，並總結各國應和臺灣一樣，由不同國家的經驗學習到，自由市場運作除了無法提供公平的醫療保障，並會產生逆選擇現象，而難以達到風險分攤的目標。

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，更曾在 2005 年 11 月 7 日紐約時報 (New York Times) 中，以 "Pride, Prejudice, Insurance" 一文，公開讚許臺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，全民健保已逐步完成全民納保、提高民衆就醫可近性的階段性目標。

近年來許多國家皆積極推動醫療之各項改革，實施全民健保歷 18 年的臺灣已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」紛紛以多篇幅介紹臺灣的全民健保，稱讚健保為「臺灣奇蹟」，並認為臺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」稱讚我國政府「透明化打造完善健保、臺灣成各國取經對象」，2012 年 9 月 5 日南非獨立報系中最大平面媒體「周日獨立日報」總編輯 Mr.Monare 更應邀參訪台灣遠距醫療績效有成的桃園縣復興鄉衛生所，就偏遠地區公共衛生推動之寶貴經驗及心得交流研討，該國政府目前正參照我國全民健保制度，積極籌劃建立南非健保制度。

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

臺灣以公平就醫、全民納保、等候時間短、民衆不會因病致貧及行政經費最有節制的成就，獲得各方高度的肯定。臺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前來我國考察健保制度。2011 年健保局共接待全球 22 國、計 437 人次之外賓參訪。另外，為提高我國健保制度於國際舞台的能見度，型塑全民健保的國際形象，健保局積極參與各項國際會議並提交報告或演講，藉學術交流，宣揚我國健保制度成就。

2012年5月22日我國代表團參與第65屆世界衛生大會（World Health Assembly，WHA）時，邱文達署長更在會上與各國分享我國全民健保在執行上的進展及成就，並在同年5月24日受邀於歐盟亞洲智庫（European Institute for Asian Studies，ELAS）針對「社會正義—台灣對弱勢者之醫療照護」的演說中，分享我國健保政策自1995年開辦以來納保率已達99.6%，讓民眾得以公平就醫，且醫療費用低、醫療品質好、民眾滿意度高達88.2%，另外獲得國際間高度評價。

經過這些年的默默耕耘，全民健保執行的豐碩成果，在全球建立起聲望，2012年邱署長在參與WHA的盛會中發表「Universal Coverage」演說，與各國分享我國全民健保在執行上的進展及成就，並重申我國持續參與WHA，不僅對台灣人民有助益，更重要的是能強化全球防疫體系的完善及增加應對全球災害時的資源。邱署長並重申我們盡力提升台灣人民的健康水準，同時積極參與國際醫衛開發合作，也非常珍惜現與世界衛生組織及全世界合作追求「普世健康」（Health for all）的機會，大大地提升台灣於國際間的形象及能見度，不僅獲得世界各國的讚揚、亦成為各國建立或改革健保制度的研究對象，甚至有了「世界健保模範生」的美名。

2012年11月15日臺灣與菲律賓於簽署「臺菲健康保險合作瞭解備忘錄」，正式牽起本局與菲律賓健保局雙邊合作。未來雙方將就健保財務、支付制度改革、保險人組織制度、醫療品質及健保資訊系統等，進行經驗交流，提升全民健保執行經驗，並促進臺灣與菲律賓就全民健保研究合

作。尤其2012年更有四大國際媒體，包括紐約時報、國家地理頻道、時代雜誌及CNN電視台報導我們有世界最好的健保，這不僅是全民的驕傲、臺灣的榮耀，更證明全民健保確實為國家最珍貴的資產。

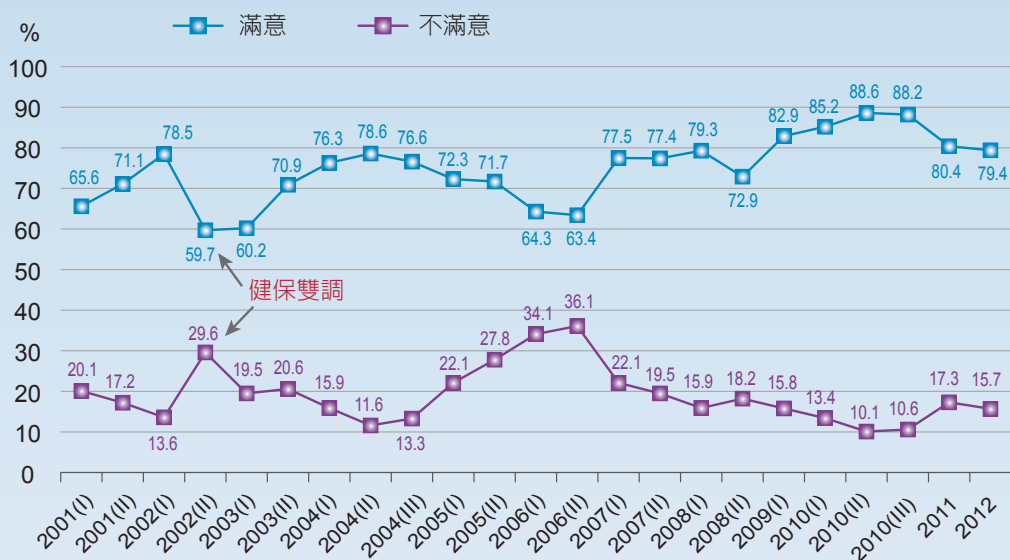
全民健保 民眾滿意

全民健保實施曾面臨諸多困難，從一開始的反彈聲浪，1995年開辦時，滿意度不到4成。目前全民健保滿意度已持續成長至8成以上，顯見民眾十分肯定健保。其中雖曾因2002年度保險費率及部分負擔調整，導致民眾對全民健保的滿意度稍有下降，隨後即快速回升至7成以上，2010年雖然再次調整費率，薪資所得高需繳更多保險費，但是整體滿意度仍維持8成以上（圖10），1995年健保開辦之前，國人平均餘命為74.5歲，自全民健保實施後，2011年國人平均餘命，男性為76歲，女性為82.7歲，顯著的提升了國人的平均餘命及降低了死亡率（圖11、表16），成果深受民眾肯定。



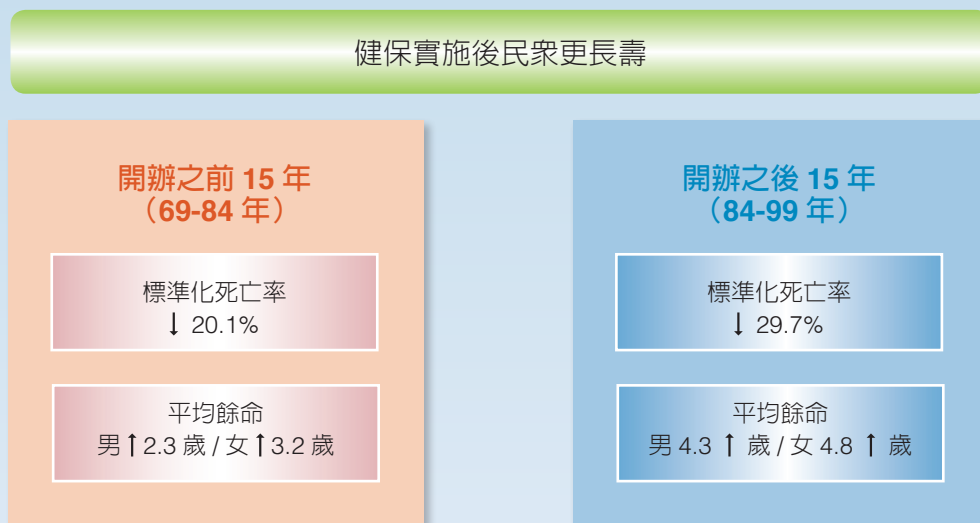
健保局2012年通過國際品質管理標準ISO 9001系統驗證。

圖 10 全民健保歷年滿意度調查結果



註：2002 年度保險費率及部分負擔調整。

圖 11 健保開辦後死亡率降低



註：1. 標準化死亡率：指依性別、年齡別等校正後之死亡率。

2. 平均餘命，指零歲以後平均尚可期待生存之年數。

3. 2011 年國人平均餘命：男性 76 歲、女性 82.7 歲。

資料來源：行政院衛生署、內政部。

表 16 國人平均餘命增加

	平均餘命	
	女性	男性
日本 (2010)	86.4	79.6
瑞士 (2010)	84.9	80.3
義大利 (2009)	84.6	79.4
澳大利亞 (2010)	84.0	79.5
西班牙 (2010)	85.3	79.1
瑞典 (2011)	83.7	79.8
法國 (2011)	84.8	78.2
加拿大 (2008)	83.1	78.5
挪威 (2010)	83.3	79.0
奧地利 (2010)	83.5	77.9
紐西蘭 (2010)	82.8	79.1
荷蘭 (2010)	82.7	78.8
德國 (2010)	83.0	78.0
比利時 (2010)	83.0	77.6
英國 (2010)	82.6	78.6
芬蘭 (2010)	83.5	76.9
南韓 (2010)	84.1	77.2
台灣 (2011)	82.7	76.0
美國 (2010)	81.1	76.2
捷克 (2010)	80.9	74.5
墨西哥 (2011)	77.9	73.2

如與國際相較，全民健康保險實施後，國人平均餘命增加，其中女性 82.7 歲、男性 76 歲，與 OECD 各主要國家相近。
資料來源：OECD Health Data 2012 年，衛生署。



第四篇

二代健保與未來展望

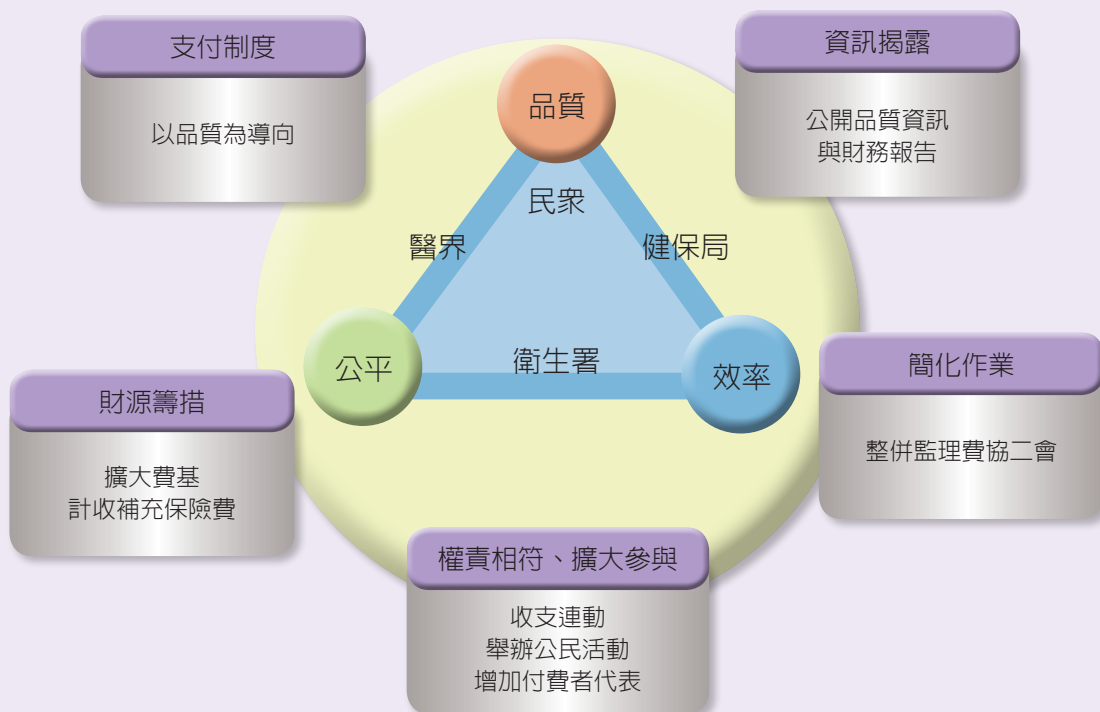


為推動健保改革，行政院於 2001 年 7 月間成立二代健保規劃小組，歷經數年的策劃，在總結報告中以「提升品質」、「平衡財務」及「擴大參與」為首要目標，並提出四大層面的政策建議，包括：「強化資訊提供以提升醫療品質」、「平衡財務且提高服務購買效率」、「擴大社會多元化參與健保政策」及「建構權責相符的健保組織體制」。衛生署依據該項報告，將「公平」、「品質」、「效率」作為二代健保之核心價值（圖 12），研提二

代健保修法草案，由行政院於 2006 年 5 月將法案初送立法院審議。

衛生署於 2010 年 4 月 8 日將重新提出檢討後之修正草案陳報行政院後復送立院審議，立法院於 4 月 16 日交付社會福利及衛生環境委員會（以下稱衛環委員會）審查，旋即在 5 月 20 日完成逐條審查，通過共 80 條，但屬費基內涵、保費新制、藥價問題及差額負擔等議題之條文因未獲共識而保留，交付朝野協商。

圖 12 二代健保改革核心價值





最後以現行保險費計收方式，另以 6 項所得徵收保險對象補充保險費之方案，全案業於 2011 年 1 月 4 日三讀通過，並經總統於 1 月 26 日公布，完成健保實施以來最大幅度之改革，改革重點包括節制資源使用，減少不當醫療、提高政府的財務責任、將全民健保監理委員會及醫療費用協定委員會整併為全民健康保險會，統籌保險財務收支連動機制，確保健保財務穩健、擴大保險費費基、提升保費負擔公平性、納入多元計酬的支付方式、以同病同品質同酬為支付原則，以論人計酬的支付方式，實施家庭責任醫師制度，為民衆購買健康；重要資訊將公開透明化，擴大民衆參與、保障弱勢群體權益，減輕就醫部分負擔、公平規定久居海外或新住民參加全民健保之條件，收容人納入全民健保；保費計收部分維持現有方式，但將外界普遍認為應該納入保險費計收的高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、

租金收入及兼職所得等，增列為計費基礎，收取補充保險費，併行採取「就源扣繳」、「免除事後結算」之方式簡化收繳流程。

衛生署健保局同時展開各項子法規的研修作業，須修訂之法規共計 37 項，其中新增法規 16 項，並以「二代健保，全民更好」為核心訴求，以「健保價值」、「照顧弱勢」、「開源節流」、「財務收支連動、合理收取保費」四大面向，提出 7 項宣導主軸議題分眾、分階段加強宣導：

第一階段使民衆瞭解二代健保重點，同時蒐集各界意見，提供子法規擬定參考；第二階段針對民衆重視議題，加強對二代健保執行面的具體說明，第三階段以二代健保實務作業說明為主，俾利二代健保順利上路。

收支連動

全民健康保險會

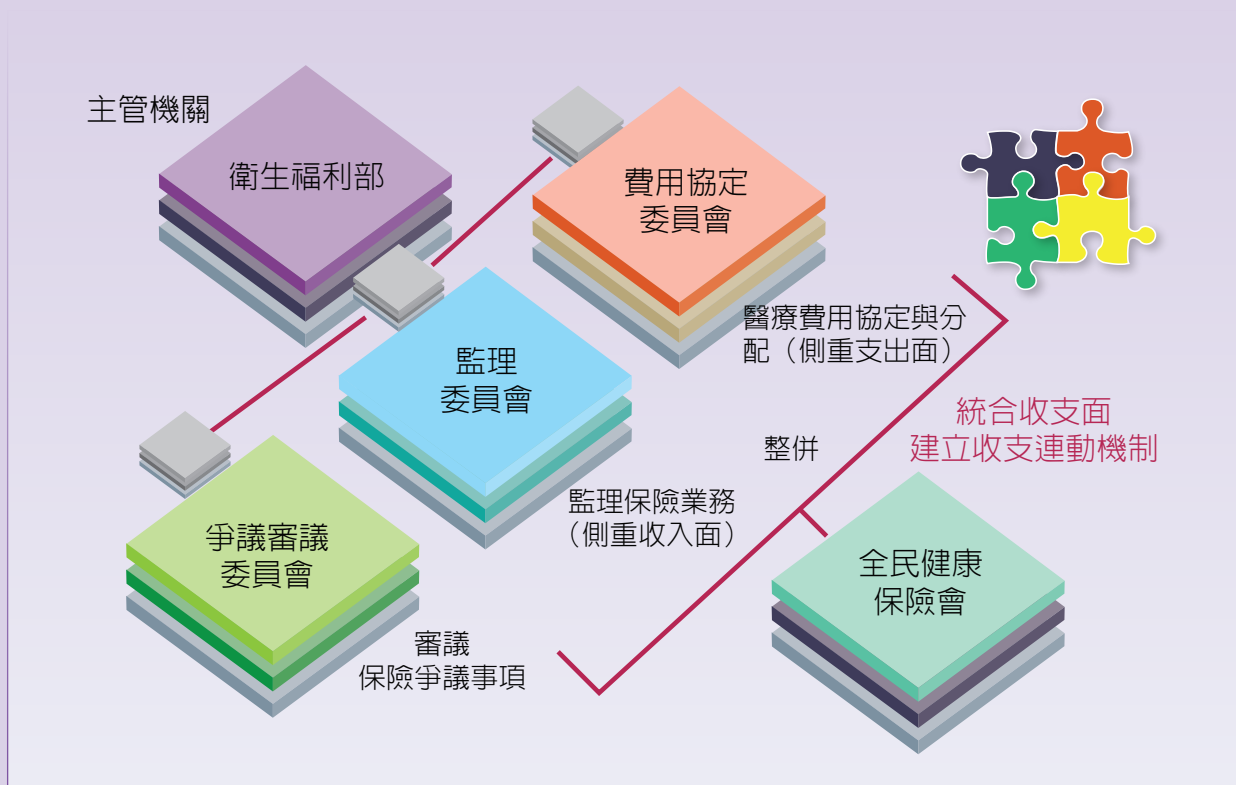
二代健保將現行全民健康保險監理委員會及醫療費用協定委員會整併為全民健康保險會，負責統籌保險費率及保險給付範圍的審議、保險醫療給付費用總額的對等協議訂定及分配、保險政策與法規的研究與諮詢，及其他有關保險業務的監理事項，以建立收支連動、權責相符的組織體制（圖 13）。

為使健保會組成能充分代表各界參與，共同肩負穩定健保財務平衡的責任，爰遵循全民健康保險法第 5 條所定委員組成及比例的規範，研擬其代表名額、產生方式、議事規範、代表利益自我揭露及資訊公開等事項之相關辦法，並適度納入外界對該會委員課責之期許，俾為該會發揮功能奠基。

一、健保會之組成

健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成之；其中保險付費者代表的名額，不得少於 1/2；

圖 13 全民健康保險會



且被保險人代表不得少於全部名額的 1/3。保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。

(一) 保險付費者代表

1. 被保險人代表

其中部分由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘則由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案的團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

2. 雇主代表

由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後聘（派）兼之。

3. 行政院主計總處

由主管機關分別洽請國內相關機關單位、團體推薦後聘（派）兼之。

(二) 保險醫事服務提供者代表

1. 專家學者及公正人士。

由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。

2. 行政院經濟建設委員會及主管機關。

由主管機關分別洽請國內相關機關單位、團體推薦後聘（派）兼之。

二、健保會之業務：

(一) 保險費率之審議。

保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率計收保險費，無法與當年度協議訂定的醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。健保會審議前，應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士。



保險費率的審議，應於年度開始 1 個月前依協議訂定的醫療給付費用總額，完成該年度應計的收支平衡費率的審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告之。不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。

(二) 保險給付範圍之審議。

健保會為前項之審議或協議訂定，有減少保險收入或增加保險支出之情事時，應請保險人同時提出資源配置及財務平衡方案，併案審議或協議訂定。

(三) 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。

健保每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。

健保會應於各年度開始 3 個月前，在前條行政院核定的醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險的醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。

(四) 保險政策、法規之研究及諮詢。

健保會審議、協議訂定事項，應由主管機關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。

(五) 其他有關保險業務之監理事項。

前項代表之名額、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之辦法，由主管機關定之。

擴大費基

二代健保實施後費率訂定程序

二代健保特別於健保法明文納入收支連動機制（健保法第 60 條、61 條、24 條規定），未來將由健保付費者代表、醫療供給者代表、學者專家、公正人士共同組成之健保會，整體考量醫療給付與保險收入後，針對費率進行審議，再將結果報主管機關轉行政院核定。

補充保險費

原有的保費結構，是以身分別與納保薪資作為基礎，不僅有水平的公平問題，也因無法採計一些高所得的其他收入，而有垂直的公平問題。也因保費計算基礎與真實所得之間落差甚大，導致形成由受薪階級負擔全民健康保費的不公平現象。

對此，二代健保為強化量能負擔的精神，將保險費分成「一般保險費」與「補充保險費」兩個部分。「一般保險費」的計費方式與原制相同，指的是經常性所得，例如：受僱者的薪資所得、雇主及自營業主的營利所得，以及專技人員的執行業務所得。

至於在一般民衆方面納入「補充保險費」的計費項目包括有：

1. 高額獎金：

所屬投保單位給付全年累計超過當月投保金額 4 倍部分的獎金。

2. 兼職所得：

非所屬投保單位給付的薪資所得，但無一定雇主的民衆除外。

3. 執行業務收入：

但以執行業務所得為投保金額者，其執行業務收入，不在此限。

4. 股利所得：

按股利總額扣取補充補險費。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。

5. 利息所得：

指所得稅法第 14 條第 1 項第 4 類所稱之利息所得：凡公債、公司債、金融債券、各種短期票券、存款及其他貸出款項利息之所得。

6. 租金收入：

凡依法須參加全民健康保險者（含被保險人及眷屬），除第 5 類被保險人（合於社會救助法規定之低收入戶成員）外，如有租給公司、行號、機關、團體等單位的租金收入，均須扣取補充保險費。但因補充保費係採就源扣繳方式計收，故目前暫時僅自然人出租予非自然人（扣費義務人）時才會扣取補充保險費。

而雇主方面關於「補充保險費」的計收則為：

以雇主每個月支付的總薪資支出，扣除員工的總月薪投保金額後的餘額乘以 2%，即為雇主所需負擔的補充保險費。

若加上「一般保費」（即每個員工投保金額 x 費率 x60%（負擔比率）x（1+ 平均眷口數））的總和，即為二代健保實施後，雇主每個月要為員工繳交的健保費（表 17）。

表 17 被保險人與雇主的保險費計費方式

對象	一般保險費		補充保險費	
被保險人 (保險對象)	投保金額	$x \text{ 費率} \times \text{負擔比率}$ $x (1 + \text{依附眷屬人數})$ 註：計費眷屬最多 3 口	股利所得	$x2\%$ (第一年費率)
			利息所得	
			4 個月以上投保金額的獎金	
			執行業務收入	
			兼職所得	
			租金收入	
雇主	每個受僱員工之投保金額	$x \text{ 費率} \times \text{負擔比率}$ $x (1 + \text{平均眷口數})$ 註：平均眷口數目前公告為 0.7	雇主支付薪資總額 - 受僱員工投保金額總額	$x2\%$ (第一年費率)

補充保險費的費率，依照二代健保法規定，實施第1年為2%，計算金額上限為1,000萬元，超過1,000萬元時，以1,000萬元計；亦同時設有下限，將訂有一定金額起扣點，目前訂為5,000元，單次給付金額若低於起扣點（5,000元）就無須扣繳補充保險費，以降低補充保險費對弱勢民衆可能的衝擊並符合稽徵成本效益。且此部分將採取「就源扣繳」的方式，由給付單位直接扣繳2%。

就源扣繳簡化收繳流程

二代健保實施後，保險費的計收分為「一般保險費」及「補充保險費」兩種。為了減少對民衆之影響，一般保險費維持了現行保險費計算及收取方式，將來民衆仍然依照現行制度繳納，並無任何不同。

若民衆有高額獎金、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入及兼職所得等計收補充保險費，及雇主就其每月所支付薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，增列為計費基礎收取補充保險費部分，是採「就源扣繳」方式計收：

(一) 民衆：

由支付民衆該類所得之單位（即扣費義務人）在給付時，按補充保險費扣取，代為向保險人繳納，不須事後結算。例如領取到演講費，就由發給演講費的單位先以補充保險費率代扣補充保險費後，再給付給民衆。由扣費義務人代扣代繳，民衆不須處理任何手續。

採就源扣繳的方式後，即由給付民衆特定所得的單位，在給付時，按補充保險費率扣取後向健保局繳納，免除事後繁複的結算方式，簡化收繳流程。

(二) 雇主：

雇主之補充保險費，依照其每月所支付薪資總額與其受僱者每月投保金額總額間之差額，按補充保險費率自行計繳，連同依現行規定應該負擔之一般保險費，按月繳納。

雇主的補充保險費，則連同現行規定應該負擔的一般保險費，按月向健保局繳納，並不會增加單位作業的困擾。



投保新制

公平規定久居海外者投保條件

依據現行健保法規定，在臺灣地區設有戶籍的本國籍人士，應該在設籍滿 4 個月時參加健保。另外，基於國際勞動公約的保障，受僱者應自受僱當天加入健保；而曾有參加健保紀錄者，在重新設籍當天也應該加入健保。由於我國的健保制度與國外昂貴的醫療費用相較之下，台灣健保的保費負擔低、醫療服務好，因此部分長期居住國外的僑民，平時沒有繳交保險費，有就醫需求時才回國設籍加保，並立刻使用健保醫療資源，造成社會輿情的議論，且形成權利義務不對等及不公平情形，要求應有積極正面的改革措施。

因此，二代健保對於久居海外僑民的投保條件有了比較嚴格的規範，針對在國內戶籍已遷出國外多時的海外僑民，除了返國設籍時，其先前健保投保紀錄還在 2 年內者，可立即在設籍日參加健保者之外，其他一律都必須在返國重新設籍滿 6 個月時才能參加健保，以符合社會公平正義之期待。

此外，考量久居海外國人獲悉健保法修法訊息的時間落差，曾有參加健保紀錄之本國籍保險對象，在二代健保法施行前已出國者，如戶籍已遷出國外致有喪失投保資格情況時，只要在施行後一年內返國重新設籍，仍得比照原有規定，免受等待期之限制，自設籍日即可再參加健保。

矯正機關收容人納保

現行健保法規定逾 2 個月的收容人在矯正機關接受刑之執行不得參加健保。二代健保考量收容人的就醫權益亦須受到適當保障，將收容人納入應參加健保的規定，並於二代健保法中明定受刑人為第 4 類第 3 目被保險人，使健保被保險人由現行 6 類 14 目，增為 6 類 15 目，落實人人有保。

受刑人保險費由政府編列預算支付，由於收容人行動自由仍受限制，就診的時間、地點及醫療提供方式，將由主管機關與法務部訂定管理辦法予以規範。

軍公教人員全薪納保

全民健保開辦之初，因沿襲公勞保之作法，規定具有公保資格者，應以其公保之投保金額做



為全民健保之投保金額，具有勞保資格者，應以其勞保之投保金額做為全民健保之投保金額；後來為拉近軍公教人員與民營受僱者投保金額申報之一致性，軍公教人員之投保金額於 2002 年改以民間受僱員工最近一年平均投保金額，與行政院主計處發布之各行業受僱員工平均經常性薪資之比率，乘以俸（薪）給總額計算。

提升品質

導正不當醫療行為

門診高利用保險對象輔導專案計畫

依二代健保法第 53 條規定，有不當重複就醫或其他不當使用醫療資源之保險對象，未依保險人輔導於指定之保險醫事服務機構就醫，保險人不予保險給付。但情況緊急時不在此限。

健保局自 2001 年起，即依全民健康保險醫療辦法之規定執行「門診高利用保險對象輔導專案計畫」，自 2010 年 3 月 11 日擴大將前 1 年度門診就醫次數 100 次以上之個案納入輔導，輔導人數由 4 千餘人（原輔導前 1 年度門診就醫次數 150 次以上）擴增為 3 萬餘人，增加約 7.2 倍，期能提升醫療服務之品質與效率。2010 年起並將藥事人員納入輔導團隊，試辦「全民健康保險藥事居家照護計畫」，先於臺北及高屏業務組試辦，2011 年起全國實施試辦。

輔導方式包括郵寄關懷函、電訪或親訪、結合多元社會資源、審查醫師及家庭醫師進行實地輔導等。經輔導未見改善且由專業認定有指定院所就醫必要之保險對象，將依其病情及意願指定至特定醫療院所就醫，惟緊急就醫者不在此限。

未來健保局將持續辦理「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，以有限資源，積極介入輔導。因極少數不當浪費醫療資源者，經健保局輔導後發現多有身體殘疾、經濟弱勢、家庭系統支持不良或麻醉藥品成癮等，具多重複雜之社會問題，亟需社會各類資源介入輔導，已非單純之醫療服務可解決，故未來除仍積極輔導高診次病患外，並將持續結合多元性及相關性的各類社福單位，扶助弱勢民衆，使醫療資源使用更有效率。

以病人為中心之整合照護

台灣人口老化且多重慢性病病患與日俱增，依健保局 2010 年統計，全國人口中有 5.3% 的民衆患有各種慢性病，且 65 歲以上老年人中有超過 247 萬人有多種慢性病（高血壓、糖尿病、關節病變、腦出血、胃腸道疾病、眩暈、白內障等）高達 26%。健保局自 2009 年 12 月 1 日起，於全國推動「醫院以病人為中心」整合照護計畫，依據醫院特性發展整合門診服務模式，例如：老人整合門診、女性整合門診、糖尿病整合門診等，讓有多重慢性病的民衆可以獲得整合照護服務，避免重複及不當用藥、重複檢驗檢查與治療等，提升整體醫療服務品質與健康。



家庭責任醫師制度

依據二代健保法第 44 條規定，「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度…。」

為建立家庭醫師制度，提供以民衆健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質。本局自 2003 年起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，由同一地區 5 家以上的基層診所與該地區的醫院合作，共同組成「社區醫療群」，運用群體的力量，照護社區的民衆。

服務內容包括設有 24 小時的醫療諮詢專線電話，提供健康管理與衛教，加強疾病篩檢、疫苗注射，增進自我照護能力。若病情需要，將與合作醫院聯絡，協助轉診、轉檢與住院，讓病人「找對醫師、看對科」。住家附近的家庭醫師是民衆最直接、最快速的健康守護者。

家醫計畫多年來已建立良好之基礎，如會員經照護門診次數、急診率、住院率下降，預防保健執行率高、設置 24 小時電話諮詢專線為良好醫病關係、個案管理建立基礎，會員滿意度高等等。本計畫亦提升了基層診所品質，如推動醫療群與醫院合作模式，即做為基層跨專科「水平整合」及跨醫院「垂直整合」之基礎；醫療群也辦理社區衛教，參與社區健康營造活動。

家醫計畫持續檢討改進，加強做好個案連續性追蹤管理及衛教，增進醫病關係、落實轉診，提供病人有感的服務，期許為二代健保家庭責任醫師制度奠定良好基礎。



2011 年參與的醫院計 187 家，參加民衆計 55 萬餘人。參加整合照護的民衆，平均每月就診次數由 1.198 次減少為 1.048 次，平均每月醫療費用由 4,083 點降為 3,951 點，平均每月領藥數量由 5.094 顆減量為 4.960 顆，平均每月急診次數也由 0.040 次減少為 0.035 次，計畫效果良好。

有需要參與整合計畫之民衆，可至健保局全球資訊網，查詢參與計畫之醫院名單。未來健保局也將定期檢討及修訂計畫，以鼓勵醫療體系提供以病人為中心之全人照護。

強調論質計酬

依二代健保法第 42 條規定，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。

全民健康保險於 1995 年開辦時，絕大部分醫療支付皆以論量計酬（Fee for service）為主，亦即按每一個診療項目訂定支付價格（支付點數），醫療服務提供者依提供之服務數量，逐項向保險人申請費用。論量計酬下產生之問題，包括不必要之診察、檢查、用藥及手術等，不但造成醫療費用不斷成長，亦對醫療品質產生不利影響。

為改善論量計酬缺乏誘因提升醫療品質之缺點，健保局自 2001 年開始推行「論質計酬」支付制度，根據不同疾病之醫療照護特性，兼顧醫療費用控管與提升醫療服務之效率及品質，促成有效率及合理提供的醫療服務，達成全民健保照顧全民健康的使命。

「論質計酬」支付制度，係針對醫療費用大、罹病人數多、照護模式有改善空間之疾病別，設計醫療給付改善方案。

2011 年論質方案照護人數總計 637,520 人，較 2010 年照護人數 516,701 人，增加 23%。經評估，病人治療指引遵循率參與方案者顯著高於未參與方案者，參加方案者成效優於未參加者。如：初診血糖控制不良（HbA1C > 9.5%）的病人，參與糖尿病方案後，66% 獲得改善。參與氣喘方案之病人，急診及住院次數減少。乳癌方案

之第 2-3 期癌症存活率高於一般個案。參與初期慢性腎臟病計畫後，病人之血壓控制、合併糖尿病患 HbA1c 控制、低密度脂蛋白（LDL）控制、戒菸等指標有 7.6% 至 19.6% 改善。

藉由推行「論質計酬」健保制度，醫院可依方案內規定之治療指引，使病患獲得較佳之治療，並透過個案管理師針對病患提供疾病管理追蹤，使病患得到完整且持續之照護，讓疾病獲得良好控制，改善論量計酬無法有誘因提升醫療品質之缺點，且根據不同疾病之醫療照護特性設計支付誘因，兼顧了醫療費用控管，也提升了醫療服務的效率與品質，達成全民健保照顧全民健康的使命。

強化弱勢照護

二代健保實施後對經濟弱勢新增之照護措施

（一）實施「二代健保健保費欠費暫行停止保險給付執行規劃方案」：

1. 二代健保法實施後，除前揭現行對經濟弱勢民衆之照護措施，仍繼續辦理外，健保局對於積欠健保費的民衆，經查證如屬最近年度綜合所得稅率已達 5% 以上者、全戶利息所得逾 2 萬元者、領有軍公教人員月退休俸者，即認定具有繳納健保費的能力，經輔導後仍拒不繳納者，才會鎖卡，使因積欠健保費遭鎖卡者將大幅下降，弱勢民衆健康權益獲得更大的保障。

2. 健保局將分階段全面清查欠費遭鎖卡對象，透過直轄市及縣（市）政府社政或民政單位的協助，屬無力繳納健保費的弱勢對象，即予解卡，同時轉請相關機關，提供必要社會救助或就業輔導。

(二) 限縮健保鎖卡對象，保障弱勢者就醫權益：健保法第 30 條第 4 項規定：「保險人於投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，得暫行拒絕給付及核發保險憑證」。但考量顧及經濟弱勢民衆之醫療人權，故於二代健保修法時，修正健保法第 37 條第 1 項，「保險人於投保單位或保險對象未繳清保險費及滯納金前，經查證及輔導後，得對有能力繳納，拒不繳納之保險對象暫行停止保險給付。」限縮僅對經輔導查證後，有能力繳納健保費而拒不繳納者暫行停止保險給付（俗稱鎖卡）。另 2012 年 5 月 18 日「二代健保保費欠費暫行停止保險給付執行規劃方案」，自 2012 年 6 月起分四個階段（每 2 個

月為一階段），對經濟相對弱勢之健保欠費民衆（所得在低收入戶生活費標準 2 倍以下者），採健保欠費與健保就醫權脫勾處理，予以主動解卡，估計至 2012 年 12 月底止將有 14 萬人受惠獲得解卡。至於約有 4 萬健保欠費民衆雖不符合解卡條件，但健保局仍主動函知有關健保欠費相關協助措施（例如：分期繳納健保欠費、申請經濟困難資格認定給予紓困基金無息貸款繳納健保欠費及轉介愛心團體協助），使渠等亦能獲得解卡。

(三) 研議提高弱勢族群兼職所得應扣取補充保險費下限：

補充保險費除低收入戶可免予扣取外，其餘保險對象均需依法予以扣取，惟為避免未滿 18 歲青少年、中低收入戶及符合本法第 100 條所定之經濟困難者等族群之兼職所得，需扣取補充保險費而影響其生計，爰研議將其兼職所得應扣取補充保險費之下限提高至與基本工資一致，以減輕其經濟負擔。





二代健保實施後對山地離島、偏鄉及醫缺地區族群新增之照護措施

- (一) 自二代健保施行日起，於醫療資源缺乏地區就醫的民眾，部分負擔費用均可以減免 20%，以嘉惠醫療資源缺乏地區的民眾。
- (二) 未來仍將持續推動山地離島地區醫療給付效益提昇計畫及醫療資源不足地區之相關醫療照護，將大醫院較充足的醫療人力及資源送到山地離島地區，彌補當地醫療提供較為不足之情形，以及藉由鼓勵醫療院所醫師到醫療資源不足地區提供醫療保健服務，使偏遠地區之保險對象獲得適當的醫療服務，經由強化離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區之民眾在地醫療，減少就醫奔波之苦，維護保險對象之就醫權益及醫療服務，提升就醫可近性。

二代健保實施後對疾病弱勢族群新增之照護措施

- (一) 將居家照護之部分負擔費用比率，由原來 10% 調降為 5%。
- (二) 對醫療服務費用的支付，採多元方式，即以同病、同品質同酬為支付原則，並增加得以論人計酬之支付方式，實施家庭責任醫師制度，為民眾購買健康。

資訊公開

會議決策公開

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準協議會議

依二代健保法第 41 條規定，醫療服務給付項目及支付標準之新增及修訂，應提報至「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準協議會議」討論，經會議決議通過，報陳行政院衛生署核定公告後實施。前述會議時間、會議決議、與會代表、支付標準新增及修訂之提案內容發言實錄，以及公告實施日期等，均於健保局全球資訊網 / 健保資訊公開 / 會議紀錄資訊項下公開，提供民眾查詢，以利民眾瞭解全民健康保險運作情形。

全民健康保險會審議及協議本保險相關事項

依二代健保法第 5 條規定，全民健康保險會於審議、協議本保險有關事項，應於會議 7 日前公開議程，並於會議後 10 日內公開會議實錄；另依同法第 61 條規定，醫療給付費用總額訂定後，保險人應遴聘保險付費者代表、保險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。研商應於 7 日前，公告議程；並於研商後 10 日內，公開出席名單及會議實錄。

因此，未來全民健康保險會與健保局將依規定，於各項會議前 7 日即先行於網站公告會議議程，並於會後 10 日內，於網站公告會議出席名單及會議實錄，供外界查詢。



品質資訊公開

保險病床比率與使用情形

由於醫病間的醫療資訊不對等，民衆就醫往往需多方打聽適宜之醫療院所，或即使就醫後，也無法藉由既有的資訊去判斷自己所獲得醫療照護之優劣。為維護民衆對醫療「知的權益」，於二代健保法新增第 74 條規定保險人及保險醫事服務機構應定期公開健保醫療品質資訊。

為促進醫療服務資訊透明化及提供對病人有實質效益之就醫選擇資訊，積極進行全民健保資訊公開化，目前在中央健保局全球資訊網之「醫療品質資訊公開」主題專區可查詢到健保醫療品質等相關訊息資訊，作為民衆及專家學者參考醫療品質現況的資訊平臺，促進資訊透明化，讓各界共同關心醫療品質，內容包括：

1. 民衆關心醫院醫療品質指標。
2. 醫療院所別醫療品質資訊：(1) 服務類指標（含醫院、西醫診所、牙醫、中醫、透析服務）；(2) 疾病類指標（如糖尿病）。

3. 專業醫療服務品質報告。

主題專區公開之資訊亦包括保險病床設置比率、住院案件出院後 3 日內同院所再急診率、同院所同日急診返診比率、及糖尿病病人糖化血色素（HbA1c）、血脂肪、尿液微量白蛋白檢查執行率等多樣性資訊類別。

又依據二代健保法第 67 條規定，特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。特約醫院應每日公布保險病床使用情形。保險人應每月公布各特約醫院之保險病房設置比率，並每季查核。

醫院財報公開透明

為了讓民衆了解醫療院所之經營情形，在二代健保法第 73 條即規定保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告，保險人並應公開之。

健保局已邀請各相關單位，綜整相關意見研訂「全民健康保險特約醫事服務機構辦理財務報告資訊公開辦法」，規定醫事服務機構當年領取之保險醫療費用，於本辦法實施第 1 至 3 年若超過 6 億元，實施第 4 至 5 年超過 4 億元及實施第





6 年以上超過 2 億元，皆應於次年 10 月底前，向保險人提報財務報告，內容包含：資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入明細表及醫務成本明細表，讓資訊更透明，共同監督健保業務。

重大違規公開

全民健康保險為強制性之社會保險，攸關全體國民之福祉至鉅，故為使醫療資源合理使用，對於過度使用、不當浪費健保資源的保險對象，透過醫療品質之資訊公開，讓全民共同監督，藉此提升醫療服務品質，以達增進全體國民健康之福祉。

二代健保希望藉由公開健保的重要資訊，讓全民都能夠關心健保事務，並藉由醫療品質資訊的公開與比較，保險醫事服務機構將追求更好醫療品質，帶給民眾更好的醫療服務，民眾可選擇至醫療品質良好之醫院或診所就醫，為達前開提升醫療服務品質之精神，二代健保在對保險醫事服務機構違規處分情形部分，有特別規定應將違規情節重大資訊公開，提供民眾查詢；藉以防杜意圖違規之醫療院所，並宣導民眾珍惜寶貴的醫療資源，共同監督保險醫事服務機構。二代健保法及其有關子法規中，相關規定如下：

1. 保險醫事服務機構有以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付、申請核退或申報醫療費用等行為者，其情節重大者，保險人應公告其受處分機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實（全民健康保險法第 81 條第 2 項）。
2. 保險人對保險醫事服務機構其違規情節重大者，應就其服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實等公告於保險人之網站，前開資料之公告期間應自處分發文日起至處分執行完畢止（全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法預告條文第 41 條）。

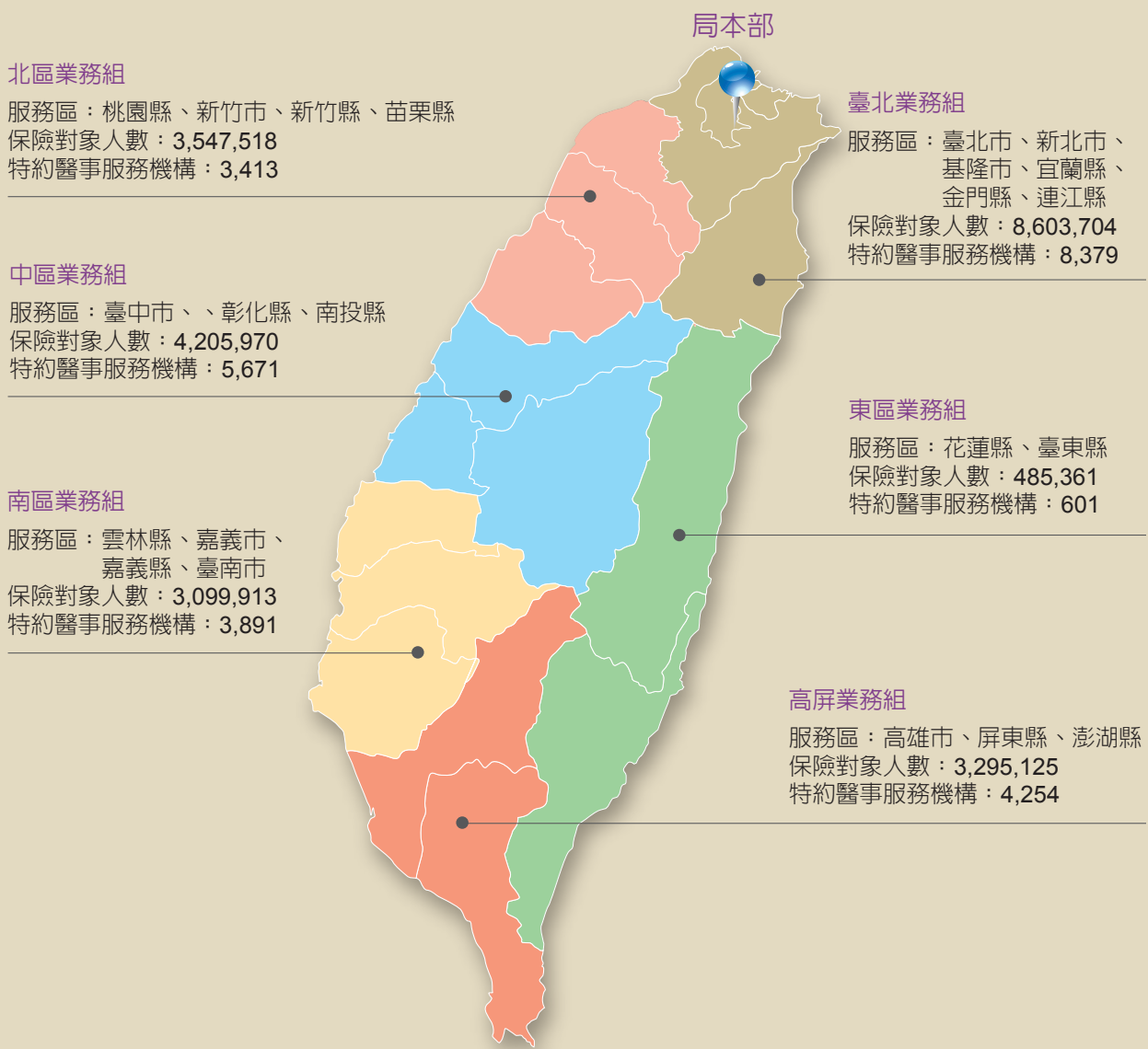
未來展望

二代健保之施行，除強調達成確保量能負擔公平性與財務收支平衡、加強弱勢照護及資訊公開為目標，也將持續進行支付制度改革，減少醫療資源浪費。促進科別間支付之公平性，並提升急重症醫療照護品質，紓解醫學中心急診壅塞情形；加強論人計酬制度，發展醫院門診整合性照護試辦計畫；繼續改善偏遠地區民眾在地即時的醫療服務等措施。持續努力不懈的為民服務，擴大對全民的保護傘，另秉持著「加強弱勢關懷」、「增進全民信賴」、「持續品質改善」及「提升執行效率」的信念，負起守護全民健康的重責大任，今後將以更深入民心的角度，強化全民健保結構面和財務面的合理與健全，期望在各界的支持與鞭策之下，讓全民健保制度更合乎社會需求，成為更完善的「健康照護體系」，永續經營。



附錄

行政院衛生署中央健康保險局服務區域圖



各主要縣市及金門、澎湖等地，設立 21 個聯絡辦公室，為民眾提供在地化服務。

資料統計至 2012 年 10 月。

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

服務據點		地址	電話
局本部		10634 臺北市大安區信義路三段 140 號 (民衆如需補發健保卡，請至健保局各地分區業務組或郵局辦理)	02-2706-5866
臺北業務組	臺北業務組	10047 臺北市中正區許昌街 17 號 9 樓	02-2191-2006
	聯合服務中心	10041 臺北市中正區公園路 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 臺中市西屯區市政北一路 66 號	04-2258-3988
	◎豐原聯絡辦公室	42041 臺中市豐原區瑞安街 146 號	04-2258-3988
	◎沙鹿聯絡辦公室	43352 臺中市沙鹿區福鹿街 16 號	04-2258-3988
	◎彰化聯絡辦公室	50056 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 臺南市中西區公園路 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 臺南市新營區東學路 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 高雄市岡山區大義二路 1 號 (國軍岡山醫院內)	07-625-1533
	◎旗山聯絡辦公室	84247 高雄市旗山區中學路 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
	◎臺東聯絡辦公室	95049 臺東縣臺東市四維路 3 段 146 號	089-222-717

健保免付費諮詢電話：0800-030-598。

健保局全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>。

今日您支持健保，明日健保照顧您

2012-2013 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 黃三桂
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 左右設計股份有限公司

出版年月 2012 年 12 月
創刊年月 1997 年 12 月
刊期頻率 不定期
定價 新台幣 200 元

展售處 台北 台北國家書店松江門市
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 台中市東區中山路 6 號
電話 (04) 2226-0330

GPN : 2008600193

ISSN : 1728-7146

本手冊採用 CC「姓名標示 - 非商業性 - 相同方式分享」授權條款釋出。
此授權條款詳細內容請見：

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

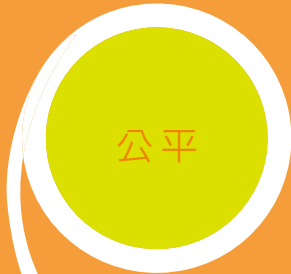


行政院衛生署中央健康保險局

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



ISSN 1728714-6



9 771728 1714005

GPN:2008600193

定價：NT\$200 元



iPhone



iPAD



智慧型手機



平板電腦



二代健保專區