

全民健康保險

叢書系列 | 001

# 結穗跨步

全民健保十八紀實





# 結穗跨步

全民健保十八紀實



# 目錄

## 04 序

部長序	打造全民健康福祉不遺餘力	4
署長序	持續鞭策自我 朝更完善的健康照護服務邁進	6

## 08 第一篇

### 以愛傳承話健保

張博雅	秉持公平正義 讓健保永續經營	10
李明亮	健保是國人健康之所繫 必須永續經營	12
李家同	肯定臺灣健保制度 分享臺灣的驕傲	14
楊志良	只要是對的事 該做就去做	16
陳樹菊	健保是照顧每一個人健康的保命錢	18

## 20 第二篇

### 華路藍縷憶緣起

回首	勇闖荊棘之路	22
思量	淬鍊堅實成果	33
• 葉金川	健保是社會穩定的力量	34
• 賴美淑	認真盡責做好健保「管家」	38
• 張鴻仁	珍惜全民健保最美好的時代	42
• 劉見祥	全民健保制度是全國人民的珍寶	46
• 朱澤民	大業春秋 其命維新	50
• 鄭守夏	減少支出 朝論人計酬方向修正	54
• 戴桂英	溫柔改革關懷感恩	58

## 細數努力看成果

目標	實現全民有保	64
挑戰	達成財務平衡	73
保障	醫療服務完整	82
全面	守護不限距離	118
創新	共睹資訊有成	126
便民	整合一卡到底	133
在地	分區便民服務	140
應變	賑災無縫接軌	151
成長	實現精進提升	170

## 結實纍纍許願景

見證	成效豐碩纍纍	178
交流	受國際間肯定	188
合作	院所夥伴支持	194
展望	希冀美好未來	198
同舟共濟	健保永續不是夢	202



## 打造全民健康福祉不遺餘力

邱文達

衛生福利部 部長

為配合行政院組織調整，衛生福利部（簡稱「衛福部」）於 102 年 7 月 23 日正式改制上路。其實，在此之前已準備了將近 10 年的時間。這項整合措施，完全符合 WHO（世界衛生組織）所說的「健康是身體、心理及社會層面都處於一種完全安寧的狀態，而不僅是沒有疾病或虛弱」的健康定義，和衛福部期望能創造一個除了維護人民健康以外，還包括擁有幸福與福祉在內的福利社會不謀而合。

### 創造擁有健康與福祉的幸福社會

衛福部是一個照顧健康的單位，我們提出了一個「健康照顧整合（Health Integration）」的觀念。從社會衛生福利的角度來看，人可以分成四種，包括健康、亞健康、不健康與失能失智者，其中健康與亞健康的人佔了約 9 成，而不健康的人就由健保來照顧。除了一般的醫療以外，我們也非常強調目前全世界都愈來愈重視的「中期照護」問題；所謂中期照護，就是當病人從健保的醫療體系離開後，除了加強自我復健外也能獨立照顧自己，以期日後無需再回到醫療體系裡，而是以居家或社區照護為主。此外，健保也從中期照護延續到對失能、失智者的「長期照護」，衛福部經整合完成後，就能在長照上獲得完整的規劃，這樣一來等於全民的健康都照顧到了。

### 二代健保修法後，多項改革措施陸續上路

全民健保實施迄今屆滿 18 年，期間經歷過多次的突破，也創造了世界的奇蹟，光是去年就有 4 個國際重要媒體來臺灣採訪，包括 CNN（美國有線電視頻道）、The New York Times（紐約時報）、TIME（時代雜誌）、The National Geographic Magazine（國

家地理雜誌)，臺灣因全民健保而受到全世界矚目，國際地位與形象也因此而大幅提升。當然每個制度都並非完美，都還有進步與改進的空間，但這幾年的健保成果及其在國際上的能見度，確實達到了巔峰狀態！

健保過去面對多重的挑戰，除了財務問題需要迫切解決外，很多制度面也都需要改變，像是醫療資訊透明化、民眾參與度及醫療資源浪費等，「二代健保」因應而生，並且針對二代健保修法提出多項改革措施，包括財務平衡的收支連動機制、提升政治財務責任、照顧弱勢族群、醫療品質資訊及病床數、財務報表公開，擴大民眾參與、落實人人有保的多元支付制度等改革。

此外，衛福部也成立了臺灣醫療科技評估（HTA）機構，針對未來的新醫材、新科技及新政策等，都需要經過 HTA 的評估，健保才予以給付。因應節約措施，健保署每年也都要做定期檢討，要求醫院在財務與品質上公開透明等，各種措施與規則，都在二代健保上路後有了很大的改變。

### 持續推動健保改善措施，為未來預先做準備

對於國內 5 大科醫師人力不足及護理人力短缺情形，除了囑付健保署應積極從健保支付制度面全面檢討改善外，也陸續推動多項具體措施。去年較大的政策之一，是編列 50.55 億元做為合理調整急重難科別及內外科支付標準之用，並兼顧各層級醫院之發展；此外，針對山地離島及健保醫療資源不足地區，也投入 6.7 億元的預算；更為全民健康勞心勞力的醫護人員，予以增加護理人員診察費加成的福利措施等，期望能重振健全的醫療環境生態。

102 年開始實施的二代健保，不但提升了保費負擔的公平性，也建立了收支連動機制，為健保永續經營跨出重要的一步！也由於費率的調整，讓健保得以收支穩定，財務壓力也獲得暫時紓解。然而，健保改革的腳步不會因此停歇，在醫療資源有限，各種軟硬體醫療成本持續增高的情況下，全民健保將持續滾動式檢討改善相關措施，目前也針對二代健保成立體檢小組，面對人口老化的未來，臺灣必須要有新一代的健保制度，才足以應付社會環境的不斷變遷。



## 持續鞭策自我 朝更完善的健康照護服務邁進

黃三桂

衛生福利部中央健康保險署 署長

全民健保自民國 84 年起，歷經 921 大地震、SARS 疫情風暴及莫拉克颱風等不可抗力大規模災害及財務危機，一路走來要歸功於醫界與社會大眾的全力支持，成為保障個人、家庭及社會最安全、穩定的力量。二代健保實施後，不但提升了保費負擔的公平性，也建立了財務收支連動機制，為健保永續經營跨出重要的一步。健保改革的腳步不會因此停歇，在醫療資源有限的情況下，全民健保除持續保障經濟弱勢與地理弱勢民眾的權益，降低其醫療經濟負擔及提升就醫可近性外，更將持續鞭策自我，打造更完善、更貼近民眾需求的健康保險制度，以真正落實「人人有保，就醫公平」的目標。

面對新型態社會的挑戰及民眾的需求，全民健保將持續推動下列四項革新措施，因應新型態社會的挑戰：

### 一、執行醫療科技評估 (Health Technology Assessment, HTA)

HTA 制度之建立，可提升健保給付之決策品質，促使醫藥品之收載更公開、透明，以科學證據作為醫療資源配置的決策基礎，讓資源分配更合理。我國率先亞太國家，於一代健保時即逐步引進醫療科技評估作為藥品收載決定參考，自 96 年 10 月起由本署委託財團法人醫藥品查驗中心 (CDE) 辦理醫療科技評估作業，建立醫療科技評估機制，已成為亞太各國學習標竿。二代健保實施後，為擴大醫療科技評估的執行及成效，衛生福利部於 102 年 1 月成立「國家醫療科技評

估中心」籌備辦公室，除擴大醫療科技評估做為健保給付的決策參考，預期將提升我國醫藥產業之軟實力，進而可擴大健保實施經驗，強化健保經驗的國際影響力。

## 二、發展「健保雲端藥歷系統」

為提升用藥安全及品質，健保署已自 102 年 7 月起建置以病人為中心之「健保雲端藥歷系統」，提供醫院即時查詢及醫師處方參考，以避免病人重複用藥。

## 三、配合電子病歷執行費用審查電腦化

配合電子病歷的推動，也為節省傳統紙本病歷及醫療影像製作之人力、設備、耗材等支出，健保署已開發了「全民健康保險智慧型專業審查系統」，並配合實施專業審查作業紙本病歷替代方案，建置醫療影像傳輸系統(Picture Archiving and Communication System, PACS)，健保特約醫事服務機構可傳送病歷電子檔案資料或電子病歷送審，進行專業審查作業。我們希望在未來，一般醫療費用抽審案件可以全面改採電子化作業，提升審查效率。

## 四、籌劃辦理長期照護保險

為因應臺灣高齡社會的來臨，以及家庭成員相互支援照護的功能弱化，政府籌劃辦理長期照護保險，健保署被賦予擔任長期照護保險之保險人，期待建構完整的社會安全網，藉由社會自助互助，分擔長期照護財務風險，帶動長照服務資源發展，提高可近性，減輕家庭負擔，達到維護與促進失能者獨立自主生活的目標。

全民健保必須在醫療資源有限的情況下，面對各方的需求，作合理的資源分配、提供周全的醫療服務及維護民眾的健康。未來，期許健保署全體同仁持續鞭策自我，努力不懈推出有利於民的措施，提供國民更完善的健康照護服務，打破因病而貧、因貧而病的不幸循環，並進而提升行政服務效率，強化健保資源的合理運用，讓生活在臺灣這片土地上的每一位民眾，皆能因健保而享有健康、安心生活。



# 1

## 以愛傳承話健保

走過崎嶇 度過陰霾

歷史經驗化為無價種子 隨風遠播到鄉間城鎮

在每一處有愛的地方開花結果



中央選舉委員會主任委員  
前行政院衛生署署長

## 秉持公平正義 讓健保永續經營

全民健康保險，最初是由前行政院院長俞國華提出，之後歷經李煥、郝柏村與連戰等三任行政院院長，終於排除萬難，於84年3月1日上路。當時我擔任行政院衛生署署長，深切瞭解準備階段之繁雜與困難。

健保制度一開始是由行政院經濟建設委員會健保小組於77年7月開始規劃方案，我於79年6月接掌衛生署後，於79年7月1日即接手後續第2期規劃工作。由於憲法第157條規定，「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度。」因此要推動健保，首先必須修憲，於80年5月憲法增修條文列入「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」

合乎憲法規定後，健保將來應由哪個單位主責，也是一大問題；因為當時是綜合公保、農保、勞保成為全民健保，這3類保險制度涉及許多行政主管機關，必須一一化解各單位疑慮，最後才折衷並立法「中央衛生主管機關」為全民健康保險主管機關。確認了專責單位，健保加保方式也備受爭議。全民一次納入或是分批納入，各方多所論戰，最後在郝院長考量當時沒有保險的大部分是兒童與老人，且佔全人口的一半，因此裁示決定一次性納入保險，以保障經濟弱勢者的權益，免除民眾因經濟障礙而無法看病的困難。

決定全民一次納保後，如何收取保費也是健保最大的挑戰。原來的勞保，只保障個人未保眷屬，雇主毋須負擔勞工眷屬的保費，但健保則需要增加此一支出，如何避免雇主傾向只聘用單身勞工，以減少部分負擔的顧慮；健保小組經過好一番的討論；當時的健保財務顧問羅紀琮博士，在下班後與我討論，遂採用我的意見以平均眷口數來計算，讓雇主的負擔不會隨著員工眷屬數而增加，此舉不僅保障勞工，也兼顧企業的權益。至於費率的訂定，則是請精算專家林喆博士以量出為入精算醫療總支出所需要的費用，再決定保險費率，以為量入為出之經營。

儘管協調再三，各界意見仍難取得共識，最後全民健康保險法送交立法院時總共有 7 個版本。100 多條的法令，三讀時每一條都要念出各版本，等於是念 7 次，由早上 9 點多開始，一直到第 2 天早上 6 點 17 分才逐條完成立法。因經歷漫長深夜，很多立法委員是透過按鈴後才由研究室來到會場參與表決，那天晚上立法院可說是不時鈴聲大作，響徹雲霄，雖然過程漫長，終於還是齊力催生出了我國創世紀的全民健康保險法。「全民健康保險法」於 83 年 7 月 19 日在立法院三讀通過，但因未載明民眾須強制投保，9 月 11 日再增訂強制納保條文，10 月 3 日由總統公布。中央健康保險局的組織條例，則是於同年 12 月 30 日公布，84 年元旦正式掛牌，負責籌辦全民健康保險業務，並陸續成立 6 個分局。

雖然健保法通過，健保局也成立了，但外界仍不看好健保能如期上路。我清楚記得，84 年 2 月 25 日星期六上午 11 點多，我與衛生署健保小組同仁特地到行政院，會同徐立德副院長和經建會郭婉容主委一起前往請示連戰院長，健保要不要如期在 3 月 1 日實施，連院長說當然要啊。當時還沒有健保卡，各醫院也還沒有資訊連線，連給付標準都還沒定案，當天我們回到衛生署後，立刻電話聯絡所有醫師公會、藥師公會、牙醫師公會、護理師公會、中醫師公會及醫院管理協會等全國聯合會理事長及各醫學中心院長，請他們在下午 3 點到衛生署來開會，告知全民健保於 3 月 1 日要如期上路。而距離 3 月 1 日只有 4 天而已！

第 1 個月民眾是用身分證看病的，後來改用 6 格的健保紙卡，總算讓健保順利實施。健保的最大好處就是，消除了民眾就醫時的經濟障礙。健保上路後，人人都看得起病，不會因貧窮而不能看病，不會因貧而病，更不會因病而貧。如今，健保已實施

近 20 年，民眾享受醫療便利之際，絕不能忽視財務問題日益沉重。為確保健保永續經營，主管機關一定要勇於任事，好好地把關，不能只一味開源，增加民眾負擔，而應有效節流。秉持公平正義，處理各項支付，不需要的醫療濫用，一定要糾正，該用則用，該花則花，否則就是欺負了守法的醫療院所，也辜負了誠實納保的民眾。





前行政院衛生署署長

# 健保是國人健康之所繫 必須永續經營

李明亮

其實在我還未上任前，就已經知道健保虧損的數字很驚人，因此在 89 年一上任後，我就將大部分的時間與精力致力於健保上，因為我認為「健保是國人健康之所繫」，一定得「永續經營」下去不可！除了帶著當時的健保局總經理到處奔走、拜會外，也立即推動「全民健康保險」各項重大措施，直到 91 年任內期間，陸續完成了包括健保總額支付制度、健保 IC 卡設立、健保法修法、健保費率和部分負擔調整，以及二代健保修法啟動。

當時因健保的財務不平衡、虧損實在太大，我認為持續惡化下去不是辦法，也不想用借錢的方式「債留子孫」，於是我提出了調漲保費的做法，也就是「健保雙漲」政策。費率做了部分的調漲後，勉強維持了 2 至 3 年的財務收支。這段時間，二代健保的籌劃也同步進行，花費了 3 年左右的時間，動用醫療、公衛、財務等優秀專家，規劃出來的二代健保政策，在立法院修改後失掉原意，而這也是為什麼前署長楊志良會說出「這是你們的健保，不是我們的」的由來。

我一直認為，健保是社會政策的一部分，當社會不斷在進步時，健保制度當然也要跟著進步，但當你希望健保愈來愈完善、服務愈來愈好、項目愈來愈多時，卻希望錢繳得愈來愈少，那不是自相矛盾嗎？現在的健保已經不再只是醫療議題，而是一種社會政策了，也就是「照顧弱勢」的理念。當健保在制定時，很重要的一點就是要設法幫貧窮的人，讓有錢的人多繳一點，當年二代健保的構想就是在這樣的理念基礎上被設計出來的。

雖然表面上看起來或許不盡公平，但就國際社會政策來說，這才是社會平等，也才真正符合社會正義！不管是站在維護全民健康的角度，或是照顧弱勢的立場，健保都必須永續存在，因為健保對全民來說不可或缺、且是非常好的制

度，但保費該調就要調、制度該改就得改。以德國的例子來說，德國健保制度至今已實行了 100 多年，近年也還在大改革，這表示有缺失或不完善的措施及制度就需要做調整。世界上沒有完美的健保組織系統，因為社會在變，人的觀念也在變，因此制度也要跟著調整，力求每一次都能進步與改革。

全民健保實施至今 18 年，民眾滿意度一直很高，但「錢永遠不夠用」卻始終是存在著的最大問題。健保制度是所有人都應當去思考與面對的問題，我也曾經對相關單位提出建言，認為臺灣應設一個專門的健保研究單位或中心，去研究出一個兼具基本長遠以及短程但急迫性高的健保



方針，且在改革時永遠要把弱勢放在第 1 位，因為保護並幫助弱勢原本就天經地義，這是毋庸置疑的。就目前的社會情況，人類的壽命只會愈來愈長，罹患各種疾病、慢性病等也將無法避免，未來在醫療需求上將大幅增加，這是時勢所趨，我們只能跟著世界的社會趨勢往前走，因此「健保必須永續經營」的觀念更應該要建立。儘管現在大眾對健保的滿意度很高，但必須解決的問題也不能放任不管，我認為健保一定還有改革空間，也期許後繼者能持續努力。



清華大學教授  
社會賢達人士

## 肯定臺灣健保制度 分享臺灣的驕傲

臺灣健保制度在 84 年 3 月 1 日正式實施，這個制度是當時政府最亮麗的政績；從「健保」實施開始，就以被保險人口投保率高、投保費率低、給付範圍廣及就醫方便而享譽國際。臺灣的健保是統合工勞農保的醫療給付，建立單一體制的全民健康保險，採行單一支付管道並實施總額支付制度。全民健保具有社會保險的精神（即所謂風險分攤），在自助互助的基本社會理念下，年輕人賺錢來分擔老幼的醫療風險，以達到年齡族群和世代互助的緊密結合，而且形成龐大的健康資料庫，便利衛生研究工作；施行健保制度後的行政費用遂控制維持在 2% 以下，對於國本的費用並沒有增高過多，因而臺灣的健保制度極受國際推崇。

身為臺灣人，健保的確堪稱價廉物美的產物，每位民眾都可以根據自己的薪資多寡，以每月可以負擔的價錢能力去享受到各樣的醫療服務；尤其臺灣慢慢走向高齡化社會，健保制度讓大家不分貧富貴賤皆可享有一視同仁的就醫條件：每個人都可去大醫院或小診所，其受到的醫療服務全都一樣，就醫條件變得便利，自己可以選擇到哪裡就診或是享有更好的醫療環境；有錢人也不允許靠多付錢來得到額外的醫療服務，也無法特定某些醫師看診。此外，就醫費用低廉的好處是明顯的，許多窮人不再需要諱疾忌醫或隨便買藥吃，健康和壽命的改善是明顯的。

健保的實施並未減少政府財政，94 年醫療保健支出只佔人均國民所得（GDP）是 6.2%，相較於許多發達國家還都來得低。此外，現行法令規定雇主每月為員工負擔之健保費為 6 成，員工與眷屬自付 3 成，政府負擔 1 成；也就是說，資、勞、政 3 方的保費負擔比例是 6：3：1，健保並不是被保險者付費而已，企業和政府也都要分攤，臺灣公司行號有替員工加勞保就一定要替員工加健保，因為兩者的加保金額都是以勞保加保金額為依據，而且健保是跟著勞保制度在走

的。秉承如此的宗旨，健保局並沒有維持龐大的儲備收入，而是在細密的財務計算和運作中努力維持收支平衡。

對於臺灣人民來說，全民健保的優點主要體現在「全民都能在低廉保費（依薪資高低而定，一般中產階級每月保費約自付數百元新臺幣）的情況下，獲得從基本到複雜的醫療照顧」，這其實才是最重要的。現代醫療技術發達、醫療機構眾多，對很多人來說看醫生可以先預約手續，簡短等候時間，還可以享受高度電子化的醫療系統；病人可以憑 1 張卡到任何醫療院所接受疾病治療，透過這張卡也能迅速讓看診醫師瞭解病程狀況、身體歷年來疾病、過敏史等完整病患紀錄。不僅便民，所提供的資訊又有利政府統計流行疾病的趨勢、改善現有醫療問題。

近年來，到臺灣取經健保制度的國家越來越多，各國推崇此制度的文章和報導也持續出現：從 100 年諾貝爾經濟學獎得主、美國普林斯頓大學經濟系教授兼《紐約時報》專欄作家克魯曼（Paul Krugman），就曾在《紐約時報》專欄上大讚臺灣健保制度，並要美國人學習仿效；美國廣播公司在 92 年製作節目來盛讚臺灣的健保，指出每人每月平均付 20 美元（約新臺幣 700 元）的保費，但每次看診平均付掛號費 4 ~ 10 美元（約新臺幣 140 ~ 350 元）就可以到特約醫院找任何醫師看病；《經濟學人資訊部》在 89 年也以醫療需求、醫療供給等項目，將臺灣醫療保健評為僅次瑞典的世界第 2。甚至在幾年前，香港一度考慮仿效臺灣的健保制度，但卻因為香港醫生沒有臺灣賣力、輔助醫事人員比臺灣多、薪水比臺灣高、醫療糾紛比臺灣多等條件限制而無法成功執行。

就國外的醫療制度而言，大多有費用太高的問題，很多人沒有醫療保險，看病簡直是有錢人的特權。因此，許多留學國外的臺灣人，回國後最感到窩心、便捷的就屬健保制度了，這項臺灣的驕傲的確值得好好延續並珍惜其存在價值。





亞洲大學健康管理研究所教授  
前行政院衛生署署長

## 該做就去做 只要是對的事

雖然健保的實施和推動過程一直備受爭議，也歷經重重困難，但事實也證明，有了健保之後，確實減輕很多家庭在家人歷經疾病苦痛時，所承受的財務上及身心上雙重負擔。因此在我接下衛生署署長的職務時，心裡很清楚知道，即使健保已經虧損 600 億元，無論如何都要穩定健保財務，讓健保穩定的繼續執行下去。所以上任之後，就決定做 3 件事：

首先，為了鞏固健保財務，健保費率一定要調整。為了達到健保財務平衡，我們做了很多調整計算，當然也面對很多行政上及立委的反對聲浪，一直到我上任後第 2 年的 4 月 1 號，才終於通過調漲方案。宣布這個政策當時，原本預期會遭到民眾們的反彈抗議，但意外的是，民眾不但沒有太大的反對聲浪，當時大家對健保的滿意度甚至達到最高點。現在回想起來，最大的原因應該在於我與工作同仁們為了得到社會大眾的支持，做了很多努力。只要有時間，我們一定接抓住每一個機會去宣傳推廣；我們還做了海報貼在各大醫院，讓大家瞭解在實施健保制度後，普遍壽命的延長、國家醫療支出佔 GDP 的比率比別的國家都低很多；並獲得陳樹菊、孫越、獼猴爺爺（林炳修）、李家同教授等社會賢達地方人士幫我們拍攝健保公益廣告，由於沒有經費在電視上播放，所以將影片燒成光碟，寄到各個醫療院所請他們在診間播放。如果發現沒有配合的院所，就親自打電話溝通，請他們協助播放。如此持續半年以上，讓廣大的病患及家屬進一步瞭解健保的功效及處境。

在那段時間也出了兩件大事。當時有醫師涉及將正常婦女的子宮拿掉，然後利用具公信力的健保資料，進行商業保險詐騙；另外則是醫院和醫師聯手逃稅的不法勾當，為了杜絕這樣的歪風，也避免因此引起人民對醫療體系的不信任，即使後來有相關人士的高度關心，我還是堅持認為嚴格的查辦是必要的。其次，一代健保必須修法，讓二代健保法順利

楊志良

通過。二代健保的推動工作，前後也花了將近 10 年之久，如果再繼續拖下去，就沒有過關的可能，健保的永續經營將受到影響。那時我每天花很多時間在立法院找立委們溝通，也天天上媒體跟大眾解釋二代健保推動的必要，最後絕大部分的政策都通過了，唯一就是費率計算問題，遲遲不能定案。老實說，後來通過的費率計算方式，我覺得有失公平性，並不是很滿意，但如果不讓它通過，很多政策就又要停擺，為了大局著想也只好接受。

此外，就是調整醫療院所內的人力設置標準。臺灣的醫療院所設置標準已經有二、三十年都沒有調整過了，因此花了 1 年的時間，請專家、各相關醫事人員、專業團體及醫院協會來開會討論，希望制定出新的標準。像在歐洲、美國，通常一個護理人員最多照顧 6、7 床的病人，尤其現在家庭能夠自行照顧生病家屬的能力已經大幅下降，加上新的科技醫療設備，需要做更多感染控制、醫療品質的提升。而各類醫事人員，特別是護理人員的數量與照顧病人的品質、住院病人的死亡率是有高度關聯性的，但一步到位真的很難做到，因此當時我只是希望醫院能在人力配置上做些調整。以護理人員為例，每 3 床及一個診間各配給一位護理人員，可惜當時醫院協會的回應竟然是：「要加聘護理人員，會讓他們經營不下去，所以他們做不到。」我很不滿意醫院協會並不是站在人民的角度來思考問題，否則他們的回應應該是：「我們很支持這樣的提案，但如此一來醫院的成本勢必會增加，如果社會大眾願意在社會健保財務上一同來分擔，或是請民眾以自費的方式來承擔，這樣醫院就不至不堪負荷。」調整醫療院所的人力配置，一直到我卸任前雖已定案，但來不及正式公告，是令我最為遺憾的事。因此在卸任時，特別拜託接任的邱署長務必完成此改革，在此也感謝邱署長排除萬難公告實施。

健保實施一路走來面臨許多難關，我真心期望所有政務官，為了讓民眾得到更好的照顧，讓醫療體系可以有更健全的發展，只要對的事情就應該去做。而我即使已經離開職位近 3 年，不少民眾看到我，還會稱許我的擔當。雖然我個人覺得這不過是份內最起碼該做的事，但可以得到這樣的榮耀，不正也表示只要認真做事，人民的心中自有公評。





2010年美國《時代雜誌》  
最具影響力時代百大人物  
之社會賢達代表

## 健康的保命錢 健保是照顧每一個人

說實在的，我從不知道自己能對這個社會有什麼樣的影響力，或是做出多大的貢獻，但我只求盡力去做，所以當衛生署健保局找我拍公益廣告時，我真的很訝異，因為做事情我會，但講什麼大道理可是一點也不會。但我想，自己曾經歷過貧窮的痛，如果能藉由我的現身說法，讓其他人不再發生和我一樣的遭遇，這樣就夠了。

我 13 歲那年，母親因為難產送醫，卻因為繳不出 5,000 元的保證金，而被醫院拒於門外，一直等到父親好不容易籌到了錢，母親卻已回天乏術，那時的我只能怨恨醫院的無情。但任誰也料想不到，當我 18 歲的時候，同樣的悲劇又再度降臨到三弟的身上，當時還在就讀小學的他，有一天突然生了一場怪病，為了籌錢醫治他的病，我跟著父親四處尋求親戚的幫忙，然而大家看到我們就彷彿像看到毒水猛獸一般避之唯恐不及，那種必須厚著臉皮不斷低聲下氣向人乞求的感覺，真的很不好受。幸好這個世界還是有溫暖的，當時三弟就讀的臺東仁愛國小班導師黃順忠老師一直都很關心他的病情，在三弟生病的這麼長一段時間，老師幾乎每天都會來家裡探視和問候，也常鼓勵我們一家人，知道我們面臨籌措不到醫療費用的窘境時，更立刻發起全校募捐活動，靠著大家 5 元、10 塊團結力量大的幫忙，終於湊足了一筆醫療費，好讓父親可以帶著弟弟去臺北臺大醫院就診，遺憾的是，我們還是晚了一步，弟弟住進臺大醫院沒幾天就走了。

兩個我最至親的人，都是因為沒有錢看病而延誤病情白白送了命，即使這麼多年過去了，我常常還是忍不住會去想：「如果當時能有那筆錢及時幫助母親、三弟看病，他們到現在是不是還能健健康康陪在我身邊？」這是我一輩子終將無法釋懷的痛苦遺憾。

陳樹菊

我覺得一個人能活得健康，是這世上最幸福的事，誰都不願意病痛纏身這種事發生在自己或周圍親朋好友的身上，因此有了健保這個制度，我覺得真的是所有人的福氣。以前生病沒有健保，都要去跟別人借錢，借不到錢，人家看到我就會避開，那種等錢救命的艱苦，等你遇到你就知道。錢對於不需要的人來說，不過就只是一個數目字而已，但是對需要的人來說，小錢累積起來就是救命錢。就像當年黃順忠老師為了幫助三弟發動全校師生募捐，大家 5 元、10 元湊出一筆可以救命的錢，現在健保就是這樣，一個人不用繳多少，加起來就是大家的救命錢，大家一起幫忙才會有用。





# 2

## 華路藍縷憶緣起

無畏各方聲浪 堅持面向荊棘

開出一條幸福康健之道

回首遙望 盡是無怨無悔的美好

# 回首

## 勇闖荊棘之路

為保障全民的基本生活需求以及就醫公平性，政府逐步規劃社會保險，直至今日，全民健康保險已是我國邁入已開發國家的一項重要制度。這張國人視同身分證一樣重要的健保卡，牽動著每一位國民由生至死的生命歷程。回首健保開辦之前，歷經 7 年規劃，1 年立法，這段路走來雖然艱辛，但能夠實現民眾不必擔心因病而貧，因貧而病的平等就醫權利，我國仍無畏各界壓力，勇闖荊棘路。

### 全民健保規劃背景

我國全民健康保險開辦前，在各類社會保險中，已經有健康保險或提供醫療給付可以保障部分民眾醫療照顧的需求，例如 39 年開辦的勞工保險、47 年開辦的公務人員保險、78 年開辦的農民健康保險以及 79 年開辦的低收入戶健康保險等。不過，當時各類社會保險加起來的受惠者，僅佔當時全國民眾的 59%，也就是尚有 830 萬人，仍無法獲得健康保險的保障。

80 年代隨著國內經濟蓬勃發展、公共衛生普及、生活環境與營養狀況提升，以及醫療科技進步，我國國民平均壽命逐年延長。面對高齡化社會的來臨，個人、家庭已顯露無法獨自承擔醫療風險；同時政治環境隨著解嚴、開放黨禁、國會全面改選，社會漸次民主開放，

民眾自我權益意識的抬頭，逐漸認知國民健康為基本人權；且政黨政治成型，公職人員選舉也紛紛提出實施全民健康保險作為政見主張；有識者對於醫療照護的理念，從私人的自助形式，演進成為社會集體的互助連帶責任，全民也逐漸形成由政府以社會保險方式辦理全民健康保險的共識。

然而公共政策的推行必須以穩定而健全的組織為基礎，組織的功能與配置，則必須配合社會觀念及價值作調整；同樣地，全民健康保險的規劃乃至於推動，是國家一項新的制度，也是一場巨大的社會變革。為了使全民健康保險能在既有社會保險基礎上穩定且健全的運作，並為當下社會觀念及價值所能接受，規劃過程面臨相當多的意見折衝、妥協與現實環境考量，最終成就現行的全民健康保險公辦公營、單一保險人模式的組織體制。

### 整合舊有社會保險組織體制

全民健康保險規劃時，我國已有 10 餘種社會保險發展成形，歷經 30 餘年的發展過程，各種社會保險各有其不同的組織設計，故進行全民健康保險組織體制規劃初始，為能汲取原有制度的精髓，且能使其開辦順利銜接原有組織體制，自第 1 期規劃時，即針對當時已存在的各種社會保險組織體制進行研究，其中除軍人保險因無健康保險項目未深入探討外，其餘保險的組織體制歸納整理如（表 1）。

歸納社會保險組織體制，可區分為：公務人員保險、勞工保險及農民健康保險三大體系。彙整後可發現三大體系係橫跨二院（行政院、考試院）三部會（內政部、銓敘部、勞委會）主管，並分屬中央及地方政府兩個公營事業機構（公務人員保險處、勞工保險局）承保。

為鑑古知今，徹底改善過往社會保險存在缺失，使新制度能在較健全基礎上運行，全民健康保險第 1 期規劃時，即針對我國特殊環境及保險制度階段性發展，深入檢討分析原有制度的缺失，整理如下：

- 一、開辦雖早，推展徐緩：我國勞保創辦最早，但 40 年來其保險權益、健康福祉僅止於本人，迄未惠及其眷屬，為世界各國實施社會保險或勞

工保險所罕見；即便以業已開辦眷屬保險的公保而言，也歷時 34 年方將其眷屬納入保險；而完成國民全體納入健康保險更是費時，較之日、韓為久。

- 二、**制度分歧，多頭主管**：原有制度種類繁多，又跨越二院三部會主管，乃是全世界實施健康保險制度最為分歧的國家，且不同制度間被保險人就醫權益存有差別待遇。
- 三、**三大體系，二元承保**：原有健康保險制度分成公保、勞保、農保 3 大體系，而由兩個保險人承保。由於承保機關不同，各項規定難求一致，對特約醫療機構及投保單位造成極大困擾，更影響被保險人的醫療受益，同時加重保險行政成本。
- 四、**保費負擔，偏重資方**：自被保險人方面言，本人負擔比率參差不一；自雇主方面言，各級政府以公務人員雇主身分補助保險費 65%，但對農保非屬雇主身分卻不分富農、貧農，一概補助保險費 70%，較之前者為高，顯不合理，且獨對民間雇主課以補助勞工保險費 80% 的責任，有失公允。
- 五、**投保薪資，不切實際**：投保薪資未能反映實際所得，如：公保規定以本俸為保險俸給，僅為實際所得的 6 成；勞保投保薪資平均為實際所得的 5 至 6 成，導致名目費率偏高，而實際費率則較外國略顯偏低。
- 六、**保險費率，久不調整**：我國各種保險多採彈性法定費率，應屬合理進步的制度；但彈性費率一旦臨界上限時，倘不經修法調整，則難以適應實際財務需要。惟因立法傳統應變性薄弱，兼以國會組織結構影響中央立法效率，致修法效率低，而適用時效非常長。
- 七、**部分負擔，多未實施**：我國實施健康保險，向來強調免費醫療，而免費的代價，則醫藥浪費，弊病叢生，影響後續保險的開展至鉅。
- 八、**醫療四權，集中行使**：依理言，醫療機構的特約權依行政體系為衛生福利合一或分立，分別歸中央主管部或保險行政單位行使；支付標準的制定權及診療行為的審查權，以授權第 3 者行使為上策，保險人片

面決定為下策，最難獲得信服；醫療費用的核付權，則與支付制度及審查辦法關係重大。然而我國對於上述 4 項行政權力，均歸保險人集中行使。

表 1 我國健康保險的組織體制簡介

保險項目	項目	主管機關	承保機關（保險人）	監理機關
勞工保險		中央：行政院勞工委員會 地方：省（市）政府	臺閩地區勞工保險局	勞工保險監理委員會
公務人員保險		考試院銓敘部	中央信託局公務人員保險處	公務人員保險監理委員會
退休人員保險		同上	同上	同上
私立學校教職員保險		同上	同上	同上
公務人員眷屬疾病保險		同上	同上	同上
退休公務人員疾病保險 <sup>註</sup>		同上	同上	同上
退休公務人員配偶疾病保險 <sup>註</sup>		同上	同上	同上
私立學校退休教職員疾病保險 <sup>註</sup>		同上	同上	同上
私立學校退休教職員配偶疾病保險 <sup>註</sup>		同上	同上	同上
私立學校教職員眷屬疾病保險		同上	同上	同上
農民健康保險		中央：內政部 省：省政府 縣（市）：縣市政府	臺閩地區勞工保險局	農民健康保險監理委員會
臺灣省各級民意代表村里鄰長健康保險		省：省政府 縣（市）：縣市政府	同上	同上
低收入戶健康保險		中央：內政部 省：省政府 縣（市）：縣市政府	臺閩地區勞工保險局	農民健康保險監理委員會

註：此 4 種保險於 83 年 3 月整併為「退休公教人員及其眷屬疾病保險」。

## 漫漫七年規劃之路

我國憲法明文規定，「國家為謀社會福利，應實施社會保險制度」、「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」，81年國民大會臨時會制定憲法增修條文，「國家應推行全民健康保險，並促進現代和傳統醫藥之研究發展。」根據憲法規定及體認民意趨向，我國政府衡量國家財力及民眾需要後，於75年5月由行政院核定「中華臺灣經濟建設長期展望」乙案，以89年為目標年，完成實施全民健康保險，並於76年11月指定行政院經濟建設委員會負責規劃。該會於79年6月完成「全民健康保險制度規劃報告」，強調全體國民一律納入，並以社會保險方式強制全民投保，使全體國民獲得基本保障。

依此，我國的全民健康保險定調為社會保險性質，而當時行政院郝伯村院長在聽取全民健康保險規劃簡報時，審酌實際規劃進度後裁示：為提供國民適切的醫療保健服務，以及維護國民身心健康，在「不浪費、不虧損」的原則下，於83年完成實施全民健康保險；並自79年7月起，改由行政院衛生署接辦後續規劃工作。80年2月行政院衛生署成立「全民健康保險規劃小組」，其重要工作即進行全民健康保險制度的細部設計與全民健康保險法的草擬；全民健康保險法經立法院於83年7月19日審議通過，並於83年8月9日經總統公布。84年1月1日中央健康保險局正式成立，為全民健康保險法定「保險人」，辦理保險業務，並於同年3月1日正式開辦全民健康保險，我國終於正式邁入全民保險國家之林。

從行政院宣示開始規劃到上路實施，這段全民健保實施前長達7年規劃之路，主要可以分為兩大階段。

### 第1階段（77年7月至79年6月）：由行政院經濟建設委員會負責規劃。

為汲取其他先進國家實施健康保險的經驗，曾針對世界各國健康照護體制進行研究，結果發現：健康保險體制多採政府主管監督，民間企業機構或團體成立特殊公法人經營方式，對於我國長期以來政府居於健康保險

的主導地位而言，較不具有參考意義與可塑性。而下列衡量各種體制優劣得失的基準，可提供我國規劃全民健康保險制度與行政體制的重要參考。從行政成本層面來看，愈屬規模大、人數多、公營經營而提供綜合性醫療保健服務範圍廣的單一體制，其行政成本愈低；從公平性來看，各國在健康保險實施經驗上，皆希望致力於達成「負擔義務的公平性」、「給付受益的公平性」及「政府補助的公平性」。英國公醫制度由政府利用稅收，給予國民普遍性的醫療保健服務，而德國、日本、韓國則苦於負擔與給付的不公；倘採行單一體制，則較易達成上述三方面公平的一致性；在組織功能方面，欲講求組織功能的有效發揮，不僅取決於組織結構、規模大小的設計，同時，組織的管理、協調等內部因素，也屬重要的關鍵所在；在支付機制方面，曾有研究發現，世界各國均朝向「設立單一支付標準」、「節省行政人力與經費」及「實施總體預算方式」的趨勢發展，部分國家因一直無法一一滿足不同支付標準的醫院費用，而紛紛改採單一體制，以利擷節保險財務支出；在醫療品質方面，經由比較發現，未有任何數據可充分支持「不同體制，其醫療品質確有優劣差異」的說法。

綜合考量上述 5 個衡量基準後，對於我國制度設計與建立方向，歸納為下列 5 項基本結論，而成為組織體制規劃的重要依循方向，並據以成形：

1. 適用層面愈廣，且集中統籌資源的單一體制，其行政成本愈低。
2. 設法建立單一體制，才能達成國民負擔、保險給付及政府補助的公平性與一致性。
3. 機構組織管理，應求事權統一及水平溝通；若組織規模愈大，則資源掌握愈多，行政人員比例減低，而控制程度相對提高，但卻較易走向形式化與科層化。
4. 單一支付機構較能控制醫療成本及醫療費用總額，但相對地將影響醫師收入及醫療科技發展。
5. 不同的健康照護體制，對於醫療品質並無顯著的差異或影響。

另一方面，從全民健康保險體制的規劃，以及現行保險制度的統合，也整理出應遵循的原則，包括：全體國民皆能公平受益，合理負擔，其權利義務力求均等一致；消除弱體保險，強化世代互助及所得重分配效果；集中監督，統一事權，以增進管理效率，降低行政成本；攸關全民性的保險，宜統合經營管理，限於特定階層投保者，則可個別建置辦理；建立單一管道，集中管理及合理利用資訊與資源，並對醫療供給者統一核付醫療費用，以提供公平合理的診療報酬，確保醫療服務品質，增進醫療服務效率；達成行政院成立社會福利暨衛生部的目的，增進全體國民健康福祉，健全我國社會安全制度，進而改善現行制度所造成的各種缺失。

基於上述原則，並依各先進國家的實證經驗，以及我國舉辦國際健康保險會議的最後總結，認為現行制度確有必要進行統合，以建立完整而有效率的全民健康保險體制。因此，對於全民健康保險主要體制架構規劃如下：

1. **法律制度**：制定「國民健康保險法」，合併現有各種保險的醫療給付，建立單一制度，適用於全民。
2. **主管機關**：為社會福利暨衛生部，根據行政院組織法，將衛生署、內政部社會司及勞委會勞保處合併成立。部設「社會保險司」或專設「健康保險司」，主管國民健康保險業務。
3. **承保機關**：合併中央信託局公務人員保險處及臺閩地區勞工保險局 2 個原有承保機關，於主管機關下成立「中央社會保險局」為國民健康保險及其他各種社會保險的保險人，統籌辦理全國各種社會保險業務。
4. **審議機關**：原有監理機關擬仿照日本的作法改制為審議機關，即於主管機關下設「國民健康保險審議委員會」，職司部長交付有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢審議事宜。
5. **支酬機關**：由醫療服務提供者（包括醫院、醫師、中醫師、藥師等）及醫療費用支付者（包括中央社會保險局、資方、勞方及消費者等）自行推選代表，另由部長遴聘專家學者等三方面人士共同組成「健康

保險醫療費用支付委員會」。委員會下設各小組，職司有關支付標準的訂定或審查，其細節留待後續研究規劃之。

6. **財務監理機關**：由財政部部長為主任委員，社會福利暨衛生部長、經濟部部長、勞動部長、行政院主計長為委員，合組「國民健康保險財務監理委員會」，負責審查每年度保險財務狀況並公布之。
7. **其他機關**：主管機關獨立設置爭議審議機關，專司申訴案件審議事宜。
8. **投保單位**：分為「職業團體投保單位」及「地區團體投保單位」2種，前者同原有制度的投保單位及要保機關，後者為鄉鎮市區公所（軍眷以國防部各地分支機構，榮民、榮眷以退輔會各地分支機構為投保單位）。
9. **適用對象**：凡定居臺灣地區6個月以上的我國國民，除軍人外一律參加保險。但應為被保險人者，不得以眷屬身分投保，應以職業團體為投保單位投保者，不得以地區團體為投保單位參加保險。

#### 第2階段（79年7月至84年2月）：由行政院衛生署負責規劃。

這個階段的規劃原則，主要為合併原有10種社會保險的醫療給付為全民健康保險，消除現制分歧的缺失，期望使全體國民的權利義務均等，並加強所得重分配效果。此外讓全體國民均能享有相同的醫療服務，但除依所得能力負擔繳納保險費的義務外，尚須自負部分醫療費用，以減少醫療資源的浪費。而攸關全民醫療服務的全民健康保險，應由中央衛生主管機關主管，並由單一承保機關承辦全民健康保險有關業務。此外，合併公保處與勞保局有關醫療給付的部門與人員，成為單一承保機關，統一制定醫療費用審查標準，並核付醫療費用。醫療費用支付標準制定權與醫療費用核付權分離，分別由醫事服務機構組成的「醫療費用協定委員會」與承保機關掌理。另外，由中央衛生主管機關促使醫療供給體制的健全與配合，達成醫療照護與保健服務的均衡性，以使全體國民享有適當的醫療服務。依保險對象的性質，分別設置「職業團體」與「地區團體」的投保單位，

以利承辦保險對象的投保事務，並且儘量簡化行政機關的設置與行政手續，以減少政府行政成本及國民、投保單位與醫療院所的不便。

全民健康保險在政府負擔有限、不浪費醫療資源，及維持一定醫療品質的原則下，整合原有公保、勞保、農保等各項保險的健康保險部分，至其他部分仍可分別立法辦理。因此將合併原有 5 種健康保險制度及 5 種綜合保險中的醫療給付，制定「全民健康保險法」，以使全體國民納於相同體制，享有均等的醫療照護。全民健康保險能在全體國民發生生育、疾病及傷害事故時，給予適當的醫療保障，為謀求醫療供給體制的健全與配合，重視國民醫療需求的滿足與適當性，強調醫療照護與保健服務的均衡性，並兼顧目前健康保險業務的整合規劃工作，係由行政院衛生署負責，為達成規劃與執行的一貫性，未來全民健康保險業務，應劃歸中央衛生主管機關掌理，主管機關下設健康保險司，主管全民健康保險業務。在承保機關方面，公保、勞保、農保連同其他國民的醫療給付部分，整合於全民健康保險，統由中央健康保險局承辦。此外，由主管機關首長遴聘被保險人、資方、醫事服務機構等代表及學者專家組成「監理委員會」，隸屬主管機關，職司有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢事宜。在支酬機關方面，規劃由醫事服務提供者（包括醫院、醫師、中醫師、藥師等）及醫療費用支付者（包括中央健康保險局、資方、勞方及消費者等）自行推選代表，及由部長遴聘專家學者等各佔 1/3 名額組成「醫療費用協定委員會」，職司在行政院設定給付支出總額的範圍內，協定全民健康保險的年度預算，並訂定醫療費用支付標準及費用分配原則。另外為強化全民健康保險的爭議審議功能，以保障國民權益，主管機關下設爭議審議委員會，遴聘學者專家組成，職司有關全民健康保險的保險資格、投保金額、保險費、滯納金、保險給付、醫事服務機構醫療費用等事項，及其他有關保險權益的審議事項。至於醫療費用審查方面，由於目前及未來費用支付者仍為保險人，且按目前對組織整併及資訊的設計形式也以保險人審查醫療費用為主，加上保險人居於維護保險對象權益的立場，又非利益團體，因此宜由保險人

自設並遴聘具有臨床或實際經驗的醫藥專家組成醫療服務審查委員會，職司醫療費用審查，較具客觀性。

由於第 2 期規劃目標朝向具體落實推動，而組織整合事項涉及跨部會議題，非衛生署單獨所能完成，而部分議題更須有明確政策決定，並由其他部會協力配合方能達成，故當時也提出相關配合措施，包括儘速決定並成立主管機關組織。在中央衛生主管機關確定為全民健康保險的主管機關後，其職掌與各部會職掌重複之處，應做適度整合，例如由考試院銓敘部主管的公務人員保險暨其相關保險、勞工委員會主管的勞工保險，以及內政部主管的農民健康保險及低收入戶保險等；因此，內政部社會司保險科部分業務，及勞工委員會勞工保險處醫療給付科，應歸併全民健康保險的主管機關。此外，現行各保險相關法規應儘速修訂完成，將醫療給付部分劃出，歸由全民健康保險的主管機關掌管。而現有公勞農保健康保險業務主管權，應於 83 年 12 月起，逐步轉移至中央衛生主管機關。省及縣市政府，除籌措應補助保險費的財源外，並應配合全民健康保險加強宣導工作及修改有關法令，設置辦理地區團體投保業務的投保單位。

### 臺灣全民健保特色

比較各國制度，可以發現各國健康照護制度均有其獨樹一格的特色。因此，參考其他國家優缺點，建立適合國人的健保制度，應是我們未來繼續努力的方向。例如日本、韓國、德國是採取強制投保，勞資對半的社會保險方式，民眾滿意度較高，但是面臨供給及消費過量，醫療費用高漲的困境，卻難有根本解決之道；而英國和瑞典等國是實施全額國庫負擔的國民保健服務制度，納保率通常是 100%，醫師費用酬付制度以薪水制和論人計酬制為主，費用控制效果較佳，但就醫選擇權較少、醫療機構效率較差、民眾滿意度較低。

全民健保制度從上路至 102 年，雖有許多亟待解決的問題，仍不失為現今國際所稱羨的社會保險模式。當前全民健康保險優點，也被許多國家取經的優點如下：

1. 採行集中、統籌資源且適用層面廣的單一體制，行政成本較低並可達成國民負擔、保險給付及政府補助的公平性與一致性。
2. 單一保險人體制可使事權統一，並有利於水平溝通，資源掌控程度高，可降低行政人員比例。
3. 單一支付機構較能控制醫療成本及醫療費用總額。

全民健康保險歷經近 7 年的規劃研議，並將結果具體呈現於當時所提出的全民健康保險法草案及其相關子法規草案中，使規劃構想能具體付諸實行。82 年初將草案送進立法院，其中於組織體制的設計，依據 83 年 7 月 19 日立法院三讀通過，並經總統於同年 8 月 9 日公布的全民健康保險法規定，規劃工作由行政院衛生署負責；為求規劃與執行的一貫性，將全民健保業務納歸中央衛生主管機關，即行政院衛生署掌理。

84 年 1 月 1 日中央健康保險局正式成立，為全民健康保險法定「保險人」，辦理保險業務，並於同年 3 月 1 日正式開辦全民健康保險，我國正式邁入全民保險國家之林。全民健康保險是國內民眾受惠最廣泛的公共政策，不僅做到全民納保，將無收入、低收入或收入不固定，但醫療需求卻較高的族群全數納保，加上保障範圍廣泛，保費低廉，也提供就醫方便、同等公平的就醫機會。全民健保的實施，堪稱我國公共衛生史上重要里程碑，亦是我國邁向社會福利國家的基石。



李登輝總統蒞臨健保局



中央健康保險局成立揭牌儀式

# 思量

淬鍊堅實成果



## 健保是社會穩定的力量

擔任過衛生署長，也是健保局首任總經理的葉金川，更曾在 92 年 SARS 期間深入造成感染的院區協助，而有「抗煞英雄」的封號。他對健保與醫療衛生瞭解甚深，上任後也以背負著全民健康之所託的使命感，努力讓健保順利上軌道，至今雖滿意度甚高，但他仍對未來的健保制度充滿憂心，也期待全民一起改善並維護！

### 健保上路，才發現實質困難點多

從 84 至 87 年擔任健保局長的葉金川，回想 18 年前健保的開辦起源，至今仍令他記憶猶新，「《健保法》最先是在經建會委託國內多位專家學者的情況下，初步完成了「全民健保制度規劃」，再交由衛生署做第 2 期的細部規劃，上任之後其實是擔任執行的任務。」葉金川表示，規劃和執行是有一段落差的，因為他沒有參與當初的規劃，因此執行起來更會遭遇到一些困難。

當年衛生署最大的成就，就是將健保法規劃整合為一個制度，其中有些是窒礙難行的，像是「轉診制度」有其實質上的困難；其次，是針對小病就到大醫院就診病患的加收「部分負擔」，葉金川認為在實施上也很難做到，最後只實施幾天後就改成「定額負擔」；此外，原本規劃是要用健保卡一卡到底的方式，但以 84 年的年代，事實上是不可行的，直到第 3 任健保局長張鴻仁上任後，才真正實施健保 IC 卡。

葉金川也提到，原本健保費是要以「論戶」的方式計算，最後還是改回「論人」計算。「論戶在實質上是有困難的，會演變成收不到錢的窘境！」他說，論戶是一種社會主義的概念，收入多的人繳多一點錢、沒收入者就直接納保，但直到今天都無法用這樣的方式計算保費。當初克服的方式，就是讓健保儘快上路，再以最簡便的方法處理！

## 財務是健保最困難且棘手的

而在實施之初，一開始滿意度非常低，大概只有 20% 多，但半年後滿意度增高至 60% 以上，「從實際狀況針對問題去解決，民眾感受到了。」葉金川說，1 年後滿意度更增至 7 成，表示民眾也愈來愈適應這一套措施。他也提到，當初一項正確的政策，就是以 5 年的平衡費率去計算，先多收了一些健保費，因此上路後的兩三年內並沒有出現財務上的困難，直到 6 年後才開始出現財務赤字，之後的幾任局長與署長也常為了收支平衡而到處籌措財源。

「健保第 7 年時，當時的衛生署長李明亮就把費率從 4.25% 調到 4.55%，也暫時緩解了健保赤字的危機；最後還是發生收支不平衡的情況，於是在楊志良任署長時，才又將費率調至現今的 4.91%。」雖然現已不在其位，但葉金川仍對健保事務相當關心，對所有的數字也都知之甚詳，完全記在腦海裡，他感嘆地說：「健保最困難與棘手的，其實都是在財務上！」

## 讓醫療環境與醫病關係更和諧

原本二代健保希望以「家戶總所得」來計算保費，後來因故沒有實施，而是以「補充保費」來替代，「若以家戶總所得來計算，以臺灣目前的實際情況而言，很多是收不到錢的！」葉金川說，因為臺灣有很大一部分人從事的是地下經濟，此外房屋買賣、證券交易等都不算所得，政府根本扣不到他們的稅。「我認同有錢的人多繳一點，但這是理論，事實上有其困難。」他強調，沒有實施之前很多情況都很難預料，還是能夠實際收到錢比較重要。

此外，他也認為民眾「想多享受權利（健保醫療服務），卻希望少付出義務（保費）」的觀念，也是推動健保過程中較為艱辛的。「只要說到調漲保費大家都反對，但若是提高給

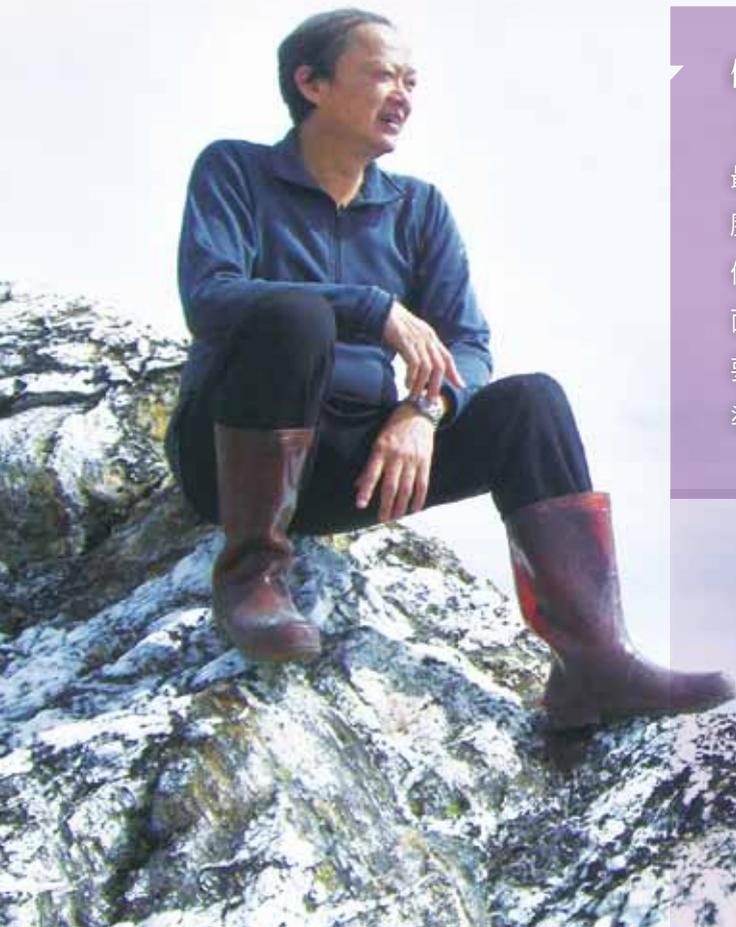


付就一片同意之聲，但其實不可能同時並行！」他說，健保這 18 年來幾乎都是為了保費問題在捉襟見肘，但若財務的難題不解決，健保就形同無解，這是全臺灣 2,300 萬人都需共同面對的問題。

實施全民健保之後，臺灣醫療環境及醫病關係，就葉金川的觀察認為，雖然仍有許多負面批評，但大體而言還是正面的較多。「世界上沒有一個政策是完美無缺、沒有缺點的。」他說，很多人反應全民健保護讓很多醫院成為「血汗醫院」，但他反駁說，沒有全民健保也不保證就沒有血汗醫院，反而更可能演變成「血汗病人」、民眾無處

### 健保心語

「全民健保這 18 年來一直是臺灣最穩定的社會基石與力量，即使歷經 10 年經濟較為低落的時期，健保依然屹立不搖；但接下來要面對即將到來的各種考驗，全民要有共識，並且早日做好因應的準備。」



就醫的情況！「我們要處理的，就是這三者（健保局、醫院、病人）之間的平衡關係，一味地批評並不會改變事實、也不會讓臺灣更好。」葉金川語重心長地說，解決問題才能改變現狀。

### 醫療照護可能從 best 降回 basic

全民健保實施至今，民眾的滿意度一直很高，但誠如多位前任與現任署長的共同心聲，都是「錢永遠不夠用」！對於這點，葉金川倒是抱著不悲觀的心情說：「有素質的人民，就會產生有素質的政府，進而制定出有素質的制度，就能共來來解決問題。」他說，如果大家只想佔盡便宜而不想付出義務的話，就註定只能承擔壞品質的制度，因此人民的素質也必須提升才行。

因為人口結構及科技進步問題，葉金川憂心未來健保將遇到的難題會越來越大，「接下來會面臨民眾能繳的錢愈來愈少，國家沒有錢的窘境！」他認為當錢愈來愈少時，健保終究可能走上無法再包山包海的局面，到時候只選取其中最重要的救命保險，有些就只能捨去。「這種趨勢來的速度會很快，我們應該提早做因應！」葉金川說，戰後出生的人口，10年後全部會變成老人，健保局必須要做好決策與準備。

在健保制度上，臺灣目前還處於「最好的可能（Best Possible）」的照護，治療上用最好的藥物與醫療設備幫病人做治療，到最後會讓臺灣付不起，於是只能尋求「基本（Basic）」的醫療照護，若要更好的照顧就只能自費。

### 葉金川小檔案

現職：慈濟大學教授等職，專業領域為公共衛生

經歷：行政院衛生署中央健康保險局總經理、臺北市政府衛生局局長、  
臺北市副市長、行政院衛生署署長



## 認真盡責做好健保「管家」

賴美淑

目前是台大公衛學院教授的賴美淑，個性與行事作風向來以「拼命三娘」著稱，雖然常笑說自己一向只往前看、以前的事情都忘了，但不可否認當年身負重任接下健保局長一職後，歷經艱辛的健保財務保衛戰、突然而來的 921 天災震撼，以及得來不易的健保 IC 卡闖關課題等等，至今都仍令她記憶深刻。

### 身負全民健康的管家職責

擔任過衛生署副署長、健保局總經理的台大公衛學院教授賴美淑，回憶起當年從葉金川手中接下第二任健保局長職務時，她從一位保健尖兵，工作內容是爭取預算、教民眾如何做好保健，目標民眾鎖定在疾病高危險群的研究學者，轉而成為全民健保的守護者。因此當她接下任務後，便意識到自己的角色應該要做個轉換，心態也必須隨之調整。

「這個角色讓我知道，民眾被強制繳了健保費用後，雖然每個人繳的費用不同，但對健保的期待卻都一樣，都想得到最好的醫療品質與照顧。」賴美淑說，民眾把錢交給健保局手上，健保局就是管家，要把錢做有效的分配，並且要利用這些錢讓每個人都得到相同照護的機會！「管家不是頭家，全民健保的頭家是人民，但我的頭家是行政院、立法院，我才發現這個管家也不太好做！」賴美淑說，當時她換一個觀念想，他們只是監督我的單位，我真正要做的是對人民負責，做好一個管家角色才是最重要的。

### 勤於奔走做健保費用說明，讓數字公開透明

88 年至 91 年期間擔任健保局長期間，賴美淑為了讓醫療服務的提供得以順利正常，也為維持健保局的正常運作與收支平衡，對健保費的催繳不遺餘力。「我上任那年的現金帳開始出現了赤字，也就是收支不平衡！」她說，健保開始

之初是以5年的平衡費率去計算，當民眾人口逐年老化、醫藥科技日漸進步，所需的費用也逐年升高，但保費若逐年增加民眾肯定無法接受，而這樣的平衡費率終究無法獲得平衡，「前2年半還能處在收多於支的情況，但到了第5年後便出現了虧損。」賴美淑說，首任局長葉金川創業為艱，交到我手上後就必須要守成，所以管理很重要。

眼看著健保金額逐漸破表，做為一個管家理當為了平衡虧損而做出決策，為了掌握收支狀況，賴美淑還特地製作了一個「晴雨表」，以便每月提早得知月底的財務狀況，把不正常的收與支提早做因應管理，才能將收支控制在健保第6年仍維持平衡、不必借貸的狀態。賴美淑對於配合的團隊，至今仍豎起拇指強調說：「健保局裡人才濟濟，只要上頭方向清楚，他們做的絕對比你想像中還來得好！」

上任第2年，賴美淑開始到每個縣市去做財務說明會，就是對所謂的「付費者代表」，如工廠老闆、勞工、地方政府、醫院等代表做說明，她認為這些都好比是健保局的股東，你必須讓他們知道每年的營收和支出情形，「最後的統計數字顯示，只有薪資所得較高、普遍有工作的台北是『收』大於『支』。」她說，當你把这些數字給他們看，大家才會知道很多人其實是在享有他人的福利，也覺得自己很幸運；付費較多的一方，也會對自己的付出可以幫助他人時感到驕傲。「用這樣公開透明的方式讓大家知道後，彼此之間都了解對方的難處，也建立起了互相的信任。」賴美淑笑說，因為勤於飛來飛去到各地做說明，次數多到讓她因此還抽中一張東京來回機票！

## 921 地震帶來的危機與轉機

另一件讓賴美淑印象深刻的，就是1999年發生的「921大地震」。當時許多人遭土石及倒塌的建築物壓傷，房子都倒塌成斷壁殘垣，哪裡還找得到健保卡就醫？記者於是紛紛詢問她，受災居民沒有健保卡怎麼辦？緊急情況下她決定暫時以登記的方式，提供災民緊急醫療救護；也由於健保局平時與地方醫療組織縝密合作，才能即時掌握民眾醫療相關資訊以扮演良好的救災角色，但原本可供預估的財務數字便失去了控制。



「當時國際的援助頻頻，我們也收到非常大量的醫藥資源捐助。」為了不讓藥物被重複申請，賴美淑立刻請藥政處號召全國藥師清藥，把每種藥物整理建檔並歸類，來申請者都必須做紀錄，就用這樣的方式把可能造成的醫療浪費控制下來。此外，健保局也做了原先相當困難的災民認定、建檔和發放「921 震災健保卡」、給予保費減免等措施，成為後來天然災變發生時重要的評估經驗。

### 得來不易的「健保 IC 卡」

為了改善健保紙卡帶來的不便與追蹤困難，賴美淑開始規劃將紙卡改為「IC 卡」，以便做為日後健保費支出上的管控。原先希望以「三卡（身分證、健保卡、駕照）合一」促成的 IC 健保卡，在行政院開了很多次會議後，最後還是破局收場！之後，基於健保的資料庫內容繁複且眾多，她還是認為 IC 卡非做不可，於是獨自規劃了單獨使用的健保 IC 卡，卻依然遭到很多的反對聲浪！雖然當時已做好要回學校重拾教職的準備，但



#### 健保心語

「全民健保是社會安全的網，人民在生老病死時如果求助無門，社會就會不安定，因此要靠這張安全網來維持安定。大家應該要好好維護，但也不要相信現在的制度可以永遠持續，要靠全民共同努力去規劃改善，即使艱辛也一定要做！」

賴美淑依然拿出她拼命三娘的拼鬥精神，中間幾度與行政院官員、立法院眾委員的多次提案報告，周旋於各黨團之間，幾經轉折與杯葛仍不放棄。

「總預算最後審查那天晚上 8 點，當我坐回車上時整個人幾乎昏過去，到了接近 12 點時終於傳來好消息，IC 卡通過了！」雖說通過的版本和她當初規劃的仍有差距，但對於一手促成的 IC 卡通過，賴美淑至今回想起來仍像打了一場仗般，她感慨地說：「過程雖然艱辛，卻是非做不可的事！」就連前衛生署長楊志良任內所通過的「二代健保」方案，也是賴美淑花了 3 年時間規劃，歷經重重困難最後雖然也通過了，內容卻也並非當時她所規劃的版本，雖有遺憾，但畢竟自己努力過。

### 健保是全民都該關注的事

全民健保實施至今 18 年，民眾滿意度一直很高，但始終有「錢永遠不夠用」的聲浪，賴美淑認為這是必然的，因為全民健保是一種短期保險，所有人願意支付的費用絕對是算得非常精準的，在這樣的情況下，算出來的費率再經過各種協商、七折八扣下一定會有落差，最後還是會不夠。「健保是一種真正憑著數字去做，卻又受限於現實政治環境影響下仍無法達成平衡的保險。」她說，這是健保的原罪，所以一定要給這個「管家」支持，讓他有更多的能力及能量去維持健保的繼續營運，否則到頭來受害的就是全民！

賴美淑期許健保局應該更靠近民眾、讓全民有知的權利，也要讓大家知道健保署到底為民眾做了哪些事。「當人民清楚知道健保的收支等情況時，才會對健保的本質有更深入瞭解，也才有『我是其中一份子』的意識，對健保制度才能更加理性看待。」

#### 賴美淑小檔案

現職：臺灣大學醫學院醫學系家庭醫學科教授、臺灣大學公共衛生學院流行病學與預防醫學研究所教授

經歷：臺大醫院內科及家庭醫學科主治醫師、行政院衛生署保健處處長、行政院衛生署副署長、行政院衛生署中央健康保險局總經理



## 最美好的時代 珍惜全民健保

張鴻仁在任職健保局總經理期間（90年2月至93年6月），接待了來自40多國600人次的外賓，當時外交部認為全民健保是臺灣最值得向外賓介紹的政績之一。回頭看過去的種種，隨著社會對全民健保的評價越來越正面，真的非常佩服最初決策者毅然實施的勇氣。因為在多數民眾不懂得社會保險的時空背景下，開辦健保真的是很困難的決定。「如今，我們不需要太謙虛了，可以很肯定地說，臺灣健保就是全世界最好的社會保險制度之一。」

### IC卡上路 資訊系統領先全球

張鴻仁是於健保實施第7年到健保局服務，他說從到健保局上任第1天起，就是為了調漲保費而準備。那時最大的難題是政府欠費，健保局隨即於91年提出解決方案，除了北高兩市，其他縣市政府不再有新欠款，並預計可在10年內分期還清欠費。另外，也修法通過健保負擔公平性方案，讓公務員全薪投保法制化，並大幅提高投保薪資上限。一股作氣解決了兩大爭議後，健保局更同時調整藥價，為消除藥價黑洞打下根基。

在張鴻仁任內，國內爆發了嚴重的SARS疫情，當時國內人心惶惶、國外則大搶物資，健保局臨危授命，奉命支援防治工作，包括建立個案即時審查體系、建立負壓隔離病床、調度各界捐贈防疫物資等。「其中，桃園機場第一臺紅外線體溫試系統，就是我利用臺電公司的遙測高壓電的紅外線測溫器加上一臺電視機，以耳溫槍為標竿測試了200多人後所建置的。」此外，張鴻仁任內還有一項重要施政，即IC卡上路。「現在民眾看病，只要帶著1張IC卡就暢行無阻，但年長一輩應該記得，健保一開始並沒有IC卡，而是要憑紙卡才能看病，如此一來，紙卡蓋滿6格就得換卡，未能完整建置就診資料，也增添換卡作業手續。」張鴻仁說，從88

年起，健保局第 1 任總經理葉金川即規劃要做 IC 卡，經過第 2 屆賴美淑總經理的努力，到了他這一任總算水到渠成，於 93 年元旦啟用。全民健保的資訊系統自此領先全球，率先進入 e 世代。他回憶當時為了這項計畫，被立院杯葛，監院調查，局內開過無數次會議，啟用當天，是元旦假期，他帶著全局同仁們到各大醫療院所待命，以因應新卡上路的各種問題。而今，健保擁有全球最好的資訊系統，我們 10 年後還領先全球。

對從事公共衛生的張鴻仁來說，他只想把專業奉獻給社會，但在當時朝小野大的政治環境裡，不管執政黨做得對不對，在野黨必然大力反對、攻擊，不管做 IC 卡，或是調整健保費都一度被認為是錯的。「翻開當時的報紙，民眾大概會覺得健保很差勁，所有事情就是在那樣的環境下撐過去的。」雖然艱辛，但張鴻仁知道那只是短暫的現象，在重要時刻，總是有辦法堅持下去，其中最重要的因子，是當時的衛生署首長李明亮先生，具有極高的聲望，不論立法院或監察院都尊重他的決定，那些辛苦以及酸甜苦辣心情轉折，如今回想都只是過程，已不重要了。

### 全球最有效率、最便宜的醫療

張鴻仁認為，健保最成功的因素，就是強調保險只能有一個，但讓醫療體系自由競爭。單一保險，讓這個體系的行政效率是全世界最高，自由競爭的醫療體系則是讓民眾永遠有就醫的選擇。

經歷過很多事件後，社會大眾現在比較能理性談論健保。張鴻仁說，早期最常批評健保的，主要來自企業界、醫界與學界。企業界都是有錢人，看病從來都不是問題，看不到窮人付不出醫療費的一面，因此心裡想的都是商業保險，像看病多的要多付一點錢、使用者付費，就是商業保險的思惟。

當然，至今仍有很多人認為，健保架構不完美，連監察院報告都說，民眾看病太多、太浪費。但張鴻仁對於這件事有不同看法。「試想，如果百貨公司的精品店，商品價格是目前的 1/10，買得起的人一定比現在



多；這種經濟學定律早已存在，健保就是把看病的費用大為降低，在這種情況下，一定會使用得比較多。」但醫療並不會像精品一樣浪費，張鴻仁進一步解釋，大部分醫療行為是沒辦法浪費的，會造成浪費的主要是小病，「比如送人膽囊切除術或是免費照X光，健康的人會想要嗎？」。其次，有些浪費是為了節省更多的資源，例如我們去看病，醫生會開3天/1星期的藥給你，最不浪費藥的方法是每次吃藥時再去領藥，像住院的時候，但這樣子有比較「省」嗎？你能想像每天跑4次醫院拿藥嗎？

張鴻仁認為，全民健保其實只有一個問題，就是公平與效率，不辦健保，最不浪費，但窮人就會看不起病。「天底下並沒有完美的制度，當你選擇這個制度時，就要接受它的優點，忍受它的缺點。」假如這個社會看重的價值觀是，不允許有人因為窮而沒辦法看病，那麼就必須忍受健保可能造成的浪費，而不是設法分辨真生病還是假生病。

不過，大家還是會好奇，什麼樣的制度可以比較不浪費？貴的制度比較浪費，還是便宜的比較浪費？為什麼美國看病這麼不方便，但醫療費仍然很貴？所以不方便不等於便宜，浪費也不等於貴。浪費並不是制度有問題，而是心理問題，「因為全民一起付錢，只要有一個人亂看病、領了藥不吃，大家就永遠認為健保是浪費的。」



### 健保心語

「持續創新精神，維持全世界永遠最好的健保制度。」

## 培育生力軍 持續創新動能

無庸置疑，臺灣擁有全世界最有效率又最便宜的醫療，照顧了所有人的健康。「有兩種人可以告訴我們，臺灣健保有多好，一種是臺商，一種是僑胞，出國的人就知道，臺灣健保是多麼有效率，又便宜到不行。」

張鴻仁說，大家太在意一些表面的浪費，才會覺得健保財務黑洞填不滿。戰後嬰兒潮世代已開始退休，過去在他們年輕時的黃金時期，全球社會保險沒有問題，因為當時預想的是人口會成長，但如今現實是全球少子化，隨著人口老化、出生率又下降的趨勢，部分先進國家已經破產，入不敷出，這是世界鐵律。「健保問題絕不是破產，而是有沒有效率。」張鴻仁說，臺灣健保長久以來，就在非常有效率的系統下運作，除非不做健保，或者這個國家人口永遠很年輕，否則財務赤字是很難避免的。

張鴻仁是極少數不認為健保財務是最大問題的人。「健保要思考的應該是，健保局成為公務機關後，能否保有創新動能。」健保局唯一財源就是政府，國家肯不肯投資研究費用，攸關未來發展；加上主力戰將都是一、二十年前培養出來的，接班人才在哪裡？人員老化、經費刪減、缺乏創新力，恐怕將是健保日後最大的問題。

健保效率是建構在醫界配合度上，張鴻仁對於戰後嬰兒潮世代的醫護人員深表敬意，他們有著任勞任怨的精神，健保才得以運作得如此順暢，但他也擔心，當這群3、4、5年級生從醫界主流退休時，臺灣醫療環境可能會有所不同。因為年輕一輩的醫師講求人權，不認為24小時全年無休是天職，以前一份工作可能一位醫師就能包辦；幾年後，可能需要兩位醫師才扛得起來。「現在是健保最美好的時代，我們要珍惜。」

### 張鴻仁小檔案

現職：上騰生技顧問股份有限公司董事長、上智生技創業投資股份有限公司總經理

經歷：行政院衛生署副署長、行政院衛生署中央健康保險局總經理、衛生署疾病管制局局長



從 65 年擔任內政部社會保險科科長，就開始接觸勞工保險及其他社會保險相關業務的劉見祥，當時專門負責有關勞保的業務，包括被保險人的擴充、醫療給付的提升和條件放寬等修法定制，之後轉任勞工保險局醫療部經理、勞工委員會保險處處長等職務，77 年開始進行全民健保規劃的時期，劉見祥也充分參與其中的規劃工作。健保局正式成立之後，在當時衛生署長張博雅邀請下擔任健保局副總經理的職務，之後再調任為總經理，在健保局一待就是 10 幾年，不僅是劉見祥公務生涯中任職最久的單位，也同時見證了健保制度的改革與進步歷程。

### 健保制度的誕生仰賴各界齊力推動

劉見祥表示，能推動實行全民健保制度是一項難能可貴的政策，尤其我國的全民健保是從勞保、公保和農民保險等制度一路演變過來的。在全民健保籌備期間期，學者專家一致認為應該要建構單一全民體制的健保制度，因為採用勞保、公保等板塊式的作法，推展起來雖然容易得多，但在公平性上就可能造成落差。所幸當時各社會保險的主管機關支持，尤其是被保險人數最多、規模也最大的勞工保險主管機關行政院勞工委員會趙主任委員守博先生率先同意，讓全民健保能順利誕生，「這真的應該感謝當時主持勞保、公保的首長們，真的很有遠見，拋棄本位放眼全民。」而在當時推動這項政策的張博雅署長及首任健保局總經理葉金川先生，更是功不可沒。

### 更具公平及功能性的醫療品質提升計畫

劉見祥是健保局的第 4 任副總，前面 3 位副總都具有醫療體系相關背景，而社會系所畢業的劉見祥一直都從事社會保險類工作，對社會保險的看法難免與醫療界偶有不同，所

全民  
健保  
制度  
是  
全國  
人民  
的  
珍  
寶

劉見祥

幸在工作上與醫藥界一直溝通無礙。不過這樣的經歷背景，也讓他注意到某些醫療相關問題，例如早期居住在山地部落或離島地區的人若是生病，就必須長途跋涉或渡海到平地來看病，很多人因為就醫不便而造成病情延誤甚至放棄就醫，因此有了健保之後，對於這些醫療資源匱乏的地區更必須提供適當的醫療服務。

針對這個問題，健保局推出了「山地離島地區醫療品質提升計畫」，目的地就在於鼓勵平地醫生前往山地離島 40 多個鄉鎮提供醫療服務，並且與醫學中心或大型醫院合作，固定派遣醫師前往進行駐點或巡迴服務，解決當地居民醫療需求問題，有效提升保險對象醫療照護的公平性和可近性。



### 多元微調方案為財務開源

在健保推動時期，免不了會碰到些困難，其中最大的難題是財務問題。劉見祥首先強調的是，全民健保是全民性的社會保險制度的一環，在財務處理上並沒有所謂虧本或賺錢的說法，因此在財務寬鬆時，要考慮調降保費或增加給付內涵，如準備金不足時，就要調高保費或緊縮給付。一般而言，健保必須維持收支平衡的狀態才能順利運作，如果當中有盈餘，就要轉入安全準備，以備應急之用，在健保法規中也有規定，安全準備金必須不能少於 1 個月，也不能超過 3 個月。

當健保施行到第 5 年時，面臨第 1 個 5 年的平衡期，呈現有財務不足的狀況，於是決議調整費率，當時所引起的反彈聲浪是可預期的，但維持健保制度卻是必要的，雖然當時只調漲了 0.3% 的費率，財務危機也暫時解除，可惜的是，讓我們因此少了一位肯幹實幹、有遠見又堅持的衛生署長李明亮先生。到了第 2 個平衡期時，又再度面臨財務困窘的問題，當時衛生署的侯勝茂署長認為，如果沒有辦法一次調整到足夠的費率，就得從逐步增加保險的收入及將部分給付項目改由公務預算負擔著手，最終擬定出 5 大方案。第 1，調整公教人員的投保金額；第 2，將投保金額上限拉高，因此所得收入越高的人就需要繳越多保費；第 3，提高健康福利捐，並將提入健保安全準備



### 健保心語

「健保制度的發展靠全民，  
全民的健康照護需要健保。  
全民加油！全民健康UP！」

的比例由 70% 提高為 90%；第 4，將預防保健、法定傳染病、教學費用等健保支出由政府編列公務預算支應，以減輕健保的負擔；第 5，提升個人部分負擔制度，也可提高民眾醫療和自我保健意識。上述五大多元微調的方案逐步落實後，即使不提升一般保險費率，也能增減共約 200 億的健保預算，暫緩紓解健保財務危機。

### 總額預算機制為支出節流

而除了設法增加健保收入外，健保也要有節流計畫，因此 91 年開始走入總額預算的機制，目的是將整體的醫療費用成長，控制在合理的範圍內。在這個制度推出前健保的醫療費用的支付是採論量計酬，而後是在醫療界各個部門議定的總額預算範圍內，本著專業自主同儕制約的機制，提供適當品質的醫療服務，在這上限制與點值浮動的總額預算下，如各醫療院所仍以論量計酬方式衡量服務又不加強院所管理，必然造成該部門的全面點值下降。因此在 93 年初進行第 1 次點值結算時，醫療界反彈很大，那時可說是健保局工作同仁相當困難的一段時期，一邊要忙著盡快完成結算工作，同時還要與醫療院所一一進行協商，更要確保民眾就醫品質。

### 健全醫療體制讓全民健保永續長存

18 年來，民眾對健保的重要性已有很深刻的體認，尤其是患有重大傷病的患者和身邊家屬的感受一定更強烈，在面對龐大的醫療費用時，以個人的力量很難負荷及解

決，但有了大家共同力量結合的健保，經濟負擔就輕鬆多了。為了使健保能夠永續照護民眾的健康，劉見祥認為健保署目前最該關切議題，是如何維持財務平衡與防止健保資源的濫用。「因此必須健全的醫療體系，醫療提供者在爭取合理診療報酬的同時也應該嚴格遵守法律規範。」而最根本的解決方法，就是加強民眾「預防重於治療」的保健觀念，如果大家都懂得照顧好自己的健康，對於醫療知識具有足夠的判斷力，自然就能減少醫療資源的不當利用。「而民眾也必須瞭解在接受便利而適當的醫療服務後，合理的保費就該承擔。」

劉見祥認為，還有另一個我們需要思考的課題，就是檢討適當醫療的需求。例如已經判定為腦死的植物人或臨終的患者，是否還要進行高端的醫療救治？對家屬來說，這必然是情感面和理性面的兩難抉擇，對醫師而言，也是人道、倫理、醫療專業與健保資源適當運用的課題。但在醫療資源有限而醫療需求無窮的情況下，該如何更有效運用醫療資源，這個問題值得大家一起來深思。

曾經擔任健保局的總經理，劉見祥非常能夠體會同仁的辛勞，也非常感激同仁對於健保的付出與貢獻。民國 102 年隨著行政院衛生署改制衛生福利部，「行政院衛生署中央健康保險局」也改制成為「衛生福利部中央健康保險署」，從「局」到「署」，雖然名義上行政位階似乎被提高了，但對於未來，他更期許健保署的同仁，要盡責地扮演好全民健康保險「保險人」的角色，並確實達成推動全民健保確保民眾健康福祉的目標，將臺灣的全民健康保險推上另一高峰。

### 劉見祥小檔案

現職：亞洲大學榮譽教授、臺灣健康保險學會理事長

經歷：內政部社會保險科科長、勞工保險局醫療部經理、勞委會勞工保險處處長、行政院衛生署中央健康保險局副總經理、總經理



# 大業春秋 其命維新

全民健保自 84 年 3 月開辦以來，各界「猿聲啼不住」，但經由同仁 18 年來的努力，「輕舟已過萬重山」！原先一齊打拚的夥伴，有的也開始逐年功成身退甚或凋零，新的一批年輕俊彥亦已融入團隊，將帶來一番新景象、新朝氣，誠可謂「大業春秋 其命維新」。

## 全民健保會與台灣共存亡

常有朋友問我，全民健保會不會倒？我都告知：全民健保會與臺灣共存亡！（套用陳孝平教授的一句話：全民健保的恐怖，不是它什麼時候會倒，而是它不會倒！）。總額制度是「必要之惡」！此制度（或再改良些）不會讓醫療費用成為脫韁之馬，其占 GDP 比率應維持在可控制範圍內。適當的醫療保健照顧屬基本人權項目，醫療保健支出占 GDP 比率過低，國民的醫療品質會受到影響；其比率若過大，則經濟成長的果實將可能因無效醫療而吞噬浪費。

由於經濟成長與全民健保的實施，家庭部門更有餘力負擔自付醫療費，但每人自付醫療費用近年來有逐年上升的現象，這個問題必須予以正視，以免全民健保實施目的受到侵蝕。

行政院衛生署「國民醫療保健支出」統計顯示，近年來企業及民間非營利團體資本形成年增率約有 GDP 年成長率的 2.5 倍，（政府部門的成長率較 GDP 成長率為低！），此現象固然顯示民間部門補充了公共部門醫療投資的不足，但是否也代表著民間部門有過度投資及軍備競賽現象？經濟學上有句諺語：「供給會創造其本身的需



### 健保心語

「大業春秋 其命維新」

求」！不可等閒視之，未來醫事主管單位應定期調查及評估醫療機關貴重醫療設備使用情形，健保署亦應研析是否有過多或無效的醫療服務，各醫事服務機構應公布自費項目及差額負擔資訊，主管單位也應定期觀察及評估家庭自付醫療費用成長項目及結構變化，避免民眾醫療需求的可負擔性受到衝擊。

### 妥善設計藥品部分負擔，以節省健保資源

由於造成藥品費用成長主因的重大傷病與門診慢性病用藥，其藥品部分負擔皆可被免除，使我國整體健保醫療費用中，部分負擔所占比率下降至僅約 7%，相較於原則上對藥品費用不給付之澳大利亞及加拿大的健保政策，我國藥品部分負擔，大部分近乎免費享用，可再妥為設計、規劃，俾便對拿了一堆免部分負擔藥品，最後丟入垃圾桶之部分國民有所抑制，以節省健保資源。

近代工業革命後，因分工使職業多元化，公司組織興起，公司之所有權已證券化，證券又再大眾化，民眾的投資，儲蓄管道及個人所得來源項目增加，單一項目來源的所得或財富，並不適於做為個人負擔能力的指標，是以計算健保費時，不應僅就單項所得（如薪資），或就所得別不同，而選擇性的對某些所得課費！而對另些所得卻不課費的差別待遇處理，俾以增加保費收入的成長彈性。至於外界所擔心之行政成本，事實上與真實情況有所出入，與理論相違背的制度，終將會陷入「左支右絀」、「顧此失彼」的窘境。

### 深入思考就醫權益與繳費與否的處理方式

在社會保險下，「全民納保」與「未繳費即暫停給付」二者本有矛盾，我國全民健保各項對弱勢族群之紓緩方案，諸如保費補助、欠費協助、篩選不鎖卡對象皆是以「社會救助」方式介入「社會保險」。未來可討論將「就醫權益」及「繳費與

#### 朱澤民小檔案

現職：景文科技大學理財與稅務規劃系副教授

聚陽實業股份有限公司獨立董事

福邦證券股份有限公司獨立董事

經歷：中央健康保險局經理、副總經理、總經理

政治大學財政系講師、副教授

臺灣銀行監察人、中央投資公司獨立董事

中華財政學會秘書長

否」二者脫勾處理，凡符合健保資格者，即可憑就醫憑證就醫，欠費之催繳則是另一公權力之行使，此雖會使欠費現象增加，但乃全民就醫保障之必然代價！更何況壞帳增加雖使健保費率增加，但目前欠費之各項補助措施，亦是由全民租稅負擔之增加來支應，其結果並無太多差異！

人在公門雖好修行，但同仁們切記要依法辦事，奉勸一句話：「有法依法，無法依例。無法無例、開會決定」，不喜歡的長官雖不要忘記，但也不必記恨，心身愉快即可。





## 減少支出 朝論人計酬方向修正

鄭守夏

98年，尚未改制的健保局，總經理一職懸缺3個月。楊志良接任衛生署署長後，希望當時擔任衛生署副署長的鄭守夏去健保局服務，形容當時像被雷打到一樣震驚的鄭守夏，但並沒有考慮太多，只有想到必須全力以赴。「在歷任健保局長與總經理之中，我算是任期最短的，還不到1年。但陪著時任衛生署署長、也是我的大學老師楊志良打了一場最難打的仗，雖然辛苦，現在回頭看仍是值得的。」

鄭守夏接掌健保局後面臨最大的難題，就是健保局對銀行的借貸超過上千億元，財務缺口大到不行，眼看就要撐不下去。為此，楊署長主張調漲費率，卻引發社會不同的意見，最後楊署長請辭，而肯定這項政策的鄭守夏，也跟著辭官。「現在回頭看，調漲費率是正確的決策，我們以退為進，也是正確的決定，更確認政務官為了一項好的制度，是可以賭上職位的。但，這也非常可惜，為了調費率就得下臺，誰願意來當政務官呢？」

### 供給量增加，看病更方便

鄭守夏任內執行的另一大事，就是對長庚醫院開罰，這個行動的影響力，直到現在仍存在著。原本，院方認為醫師是「專技人員自行執業者」，醫院與醫師之間是合夥人關係，這麼做的好處是醫師可以節稅，但須自付100%的健保費，醫院則無須支付一毛錢；但健保局認定「醫師為醫院之受僱者」，也就是醫院是雇主的身分，依法必須負擔員工6成的健保費。這起事件在當時引起軒然大波，最後長庚醫院被裁罰4億元，也樹立起案例，明確認定醫院與醫師是聘用關係，遏止雇主規避繳納健保費的風氣。

鄭守夏表示，比起沒有健保之前的自由自在，醫界當然不會喜歡健保制度，但全世界沒有一個先進國家可以放任醫師自由收費。「健保存在的原因是，大家都會生病，也都不

希望看不起病。一個社會要維持穩定，就一定要有健康保險！」鄭守夏說，健保是文明發展的必經路程，臺灣很難再回復過去單純的醫病關係。實施健保近 20 年來，無論是醫師數與病床數皆大幅增加，供給量增加，民眾看病也變得便利許多。而許多醫界現象的改變，鄭守夏認為也很難評估是健保帶來的直接影響。例如年輕一代重視生活品質大於所得，年輕醫師也不像以往老醫師拼命，寧可少賺 2 萬元，也不想值班或半夜出門看診。「這並不是健保造成的效應，而是整體的社會現象，普遍存在於各行各業，像有些企業必須大量雇用外勞，卻仍有臺灣年輕人找不到工作，這也是重生活甚於工作的價值觀反映。」

由於臺灣整體所得與教育水準提升，民眾對醫療的期望越來越高，演變成醫療糾紛增加，這個現象讓醫師們心力交瘁。為此，鄭守夏語重心長的提醒，「醫師不是神，美國國家醫學研究院（Institute of Medicine, IOM）曾出版一本書《人都會犯錯（to err is human）》，醫師會犯錯是理所當然的，只能極力避免，絕不可能零失誤。」醫療結果可能不盡人意，但沒有人會故意犯下醫療錯誤，鄭守夏期望民眾能夠平心靜氣的討論，不要因為醫療結果不符期望，把醫師當成箭靶，「這也是臺灣社會要共同去面對的問題。」

### 推動整合照護，以病人為中心

一家公司虧本可以關門，但健保卻不能關門。如果要讓它不倒，鄭守夏認為，最好採取家戶所得計算保費費率，因為臺灣的家戶所得是成長的，但薪資卻是倒退的，目前保費以薪資為基礎，很難增加保費，因此後來才會有補充保費的設計。「雖然之前家戶所得計費標準並未通過，但展望未來，仍希望朝家戶所得為計費標準的方向努力。」

鄭守夏認為，既然現階段無法增加保費收入，首要之務就是減少支出。全世界的社會保險，入不敷出是常態，美國的老人保險，原本精算到 113 年會破產，後來做了一點小改革，



破產年延至 115 年。臺灣的健保是即收即付，無法精算，且收入面時常涉及到政治角力，那麼就要從支出面來考量，例如減少無效醫療，而藥物的浪費也是可以改正的。

而為了杜絕醫療資源浪費，鄭守夏建議不要再論量計酬。因為論量計酬是做多少、用多少，一張 X 光片或一根棉花棒都要錢，很可能出現醫界想多做以領取更多收入，以及病人「拿藥不吃，丟了沒關係」的錯誤心態。「臺灣已經沒有籌碼繼續使用論量計酬了，需要漸進式改變。」鄭守夏表示，不妨師法美國推動的可責式照護組織（Account Care Organization, ACO），由醫師、醫院或其他醫療提供者合作，藉由提供整合性照護，以提高民眾接受到的醫療服務品質與降低醫療費用的支出，節省下的花費則由醫療提供者所共享。這種方式類似論人計酬，優點是病人的就醫權未被限制，醫療團隊要設法留住病人。目前臺灣有 8 家院所試辦論人計酬計畫，如果醫院負責照料的病人，身體健康少看病，剩下來的錢就是醫院的盈餘。若試辦成功，未來可望擴大辦理，讓民眾獲得更周全的整合照護。

### 為民眾福祉把關，做對的事情

除了對外經歷調漲費率與重罰醫院事件之外，在鄭守夏任內，健保局本身也有一項重大變革，即從國營事業改制為行政機關。當時局內同仁的聘用管道相當多元，由



#### 健保心語

「健保要從確保民眾的醫療需求被滿足，進步到能守護民眾的健康。」

於健保一開始是合併公保與勞保兩種制度，因此局裡自然有來自這兩種保險機關的人員，後來健保局成立6個分局又自主招聘，因此同仁的任用資格並不一致。當健保局一旦變成公務機關，同仁只能有兩種身分，一種是有任用資格者，一種就是沒有。「然而有資格的職等比序又要如何辦理？這牽涉到薪資與退休金，光是這一點就讓人事室主任一個頭兩個大，時常辦理分區座談會，和同仁一一溝通。」當時鄭守夏只能盡力向行政院、考試院爭取，希望不損及同仁權益，但結果還是有人不滿意。「我只能說，想做的都做了，對得起自己的良心。」

今年衛生署改制為衛生福利部，健保局也跟著升格為健保署，鄭守夏又臨危授命接下全民健康保險會主任委員一職，就像再度入伍當兵一樣，這個組織肩負統籌保險費率、給付範圍等事項的重任，要為民眾福祉把關。健保會合併原有的「健保監理委員會」以及「費用協定委員會」，以往監理會主管收入面，費協會則掌控支出面，收支並沒有連動，把兩會合一的目的是希望建立收支連動機制，讓健保財務能有比較好的調整機制，像浮動電價一樣，而不是每次調費率都吵吵鬧鬧的。「目前我們每月定期開會，檢討收支狀況，並擔任溝通平臺的角色，瞭解各方代表意見，期能縮減歧見，從中尋找共識。」

鄭守夏表示，健保局在政府組織架構中，一直是比較特別的單位，前幾任總經理真的做得很好，堅持原則、不怕衝突，較少因外界壓力而轉彎，這是他非常欣賞的一點。「而健保局同仁耐操又好用，風災、水災、地震時，都主動協調醫療院所進災區支援，希望改制後能繼續保持這項優良傳統。」鄭守夏語重心長的說。

### 鄭守夏小檔案

現職：全民健康保險會主任委員、國立臺灣大學健康政策與管理研究所教授兼所長

經歷：行政院衛生署中央健康保險局總經理、局長、行政院衛生署副署長、行政院衛生署衛生署全民健保醫療費用協定委員會主任委員



## 溫柔改革 關懷感恩

戴桂英

健保開辦至今，戴桂英是歷任首長中，第 1 位由基層科員做起的局長。從前期規劃開始，她一步一腳印地與健保局共同歷經大小變革，局長任內更適逢推動二代健保上路的重大時刻，她秉持公平、合理的理念穩健推動各項方案，並在永續發展、關懷弱勢的原則下，照顧全民健康與福祉，直至卸任局長之職後，回到衛生署服務期間亦持續襄助健保事務，讓健保改革的腳步，穩當地走下去。

「健保是自助互助的制度，愈珍惜它，就會愈健全，我們才能用得更長久。」身材嬌小、笑臉盈盈的戴桂英堅定地說，「為健保服務，是一份需要持續努力的工作，隨時都有難題出現、隨時都要想辦法克服。」從 79 年參與全民健保規劃，擬訂、推動最初全民健保的法案，到 84 年全民健保開辦，戴桂英幫助整合規劃健保初貌；而後協助並帶領同仁擬訂二代健保法案，更成為健保局改制為行政機關後第一位女性首長。任內順利推動二代健保上路，執行「弱勢民眾安心就醫方案」，保障弱勢者就醫權益；也加強醫界自律，規定自費相關管理措施；並加強節流措施、持續推動健保支付制度改革，包括論人計酬、安寧共同照護試辦方案等。面對挑戰不斷的健保事務，她踏實而細緻的行事風格，無疑為健保局帶來穩健而溫柔的改革之風。

### 千頭萬緒的籌備期

「我是健保第 2 期規劃開始加入的，帶領規劃小組幕僚人員一起工作，任務是把第一期學者理想的規劃報告，化為實務的法規和可運作的制度。」戴桂英描述當時的難題是，如何讓全民納保、如何整合 13 類之多的已存保險制度，還要推廣「使用者付費」的部分負擔觀念，並協助推動健保法通過三讀。當時立法院挑燈夜戰，直到半夜一兩點才通過健保法，讓戴桂英印象相當深刻。雖然因為政治權宜，暫時通

過協商的法案缺少強制加保條文，不過後來總算排除萬難，一一克服以上難題。

83年在葉金川（當時由副署長降調籌備處處長）帶領下，健保進入籌備階段，需規劃出所有作業細節，事涉2,000多萬人的福利，如此困難的作業，他們兢兢業業地進行了1年。84年1月健保總局掛牌成立，戴桂英奉派赴位於桃園的北區分局擔任經理，在當地租了一棟7層樓



的房子充當辦公處所，但是開幕前包括戴桂英只有兩個人，千頭萬緒，人手不足，在準備開幕事宜時，借調來的幹部數人，自行粉刷、打掃、請借桃園醫院的桌椅，她笑著回想，「他們不希望我動手粉刷，我就打雜，連先生都過來幫忙。」直到申請高普考分發，才來了20幾個對健保作業陌生的新鮮人。所以，接下來戴桂英便開始上課，很快地帶他們瞭解業務、一起宣傳、上電臺、至醫療院所開辦說明會。

沒想到，籌備兩個月突然接到3月1日要開辦全民健保的命令。於是總、分局快速啟動，加速進行作業細節的全面宣導。戴桂英回憶，「總是會有不滿的聲音，就一一道歉、一一說明。」幸好總局調派來的公勞保轉任的幹部和高普考分發的新進人員都擔起責任來，順利推動健保上路。現在，這批當年的學生同仁，也都成為健保局重要中級幹部。現任衛生福利部社會保險司司長、健保局財務組組長等，都是當時一起經歷籌備工作的生力軍。

開辦後的數月間，戴桂英忙翻了！早出晚歸，到處上電臺說明、開會，又要逐一解決開辦初期的作業面問題。她說：「凡事起頭難，但是我們起頭起得非常努力、慎重，所以替健保局奠定很好的基礎。全民健保可說是大小變革不斷，但是每個同仁都很踏實、大家都非常努力，不怕挑戰，主管的行事風格帶動新進人員，也因此建立一個積極努力的機關文化。」

### 群策群力 步上軌道

到了84年11月初，諸事初步底定，戴桂英又被總局調回醫務管理處，規劃完整支付制度、醫事管理部分。3年任內建立了支付基礎，在原本的論量計酬之外，又推

動試辦論病例計酬；並建立藥價調查、藥價基準的基礎、醫療院所特約管理制度等，健保慢慢上軌道。此時，戴桂英也曾代表我國赴美談判，因美國藥廠對我醫療特材核價不滿，認為有排外現象，祭出 301 條款，後來順利化解誤會，回來也建立更公開透明的特材核價制度。

接著，戴桂英又到全民健保費用協定委員會、監理委員會等機關服務，推動總額協商，並與牙醫界商談，促成牙醫首先試辦總額預算。期間為民眾看緊預算、注意品質，更規範醫界追求成長與自我管理之間的合理規則。在費用協定委員會任內，戴桂英曾借調擔任健保臺北分局經理。多年在國營事業與行政機關兩邊替轉，一向低調實誠、不求高薪的戴桂英說：「我一貫的態度就是，主管要我到哪裡工作，我就到哪裡工作，我不會拒絕，也不會爭取。」她在分局致力於提升服務品質，並作流程改善計畫，曾獲研考會評比優等。

99 年戴桂英第 3 次回到健保局擔任局長，這回最大難題仍是要面對各界的質疑，推動通過二代健保法的修法。當時財務部分的法條全部留待協商，衛生署和健保局雖然盡心溝通、多次舉辦說明會，但卻反對聲浪不斷。最後除保留原先制度，並通過國民黨版補充保費的制度，但新收保費卻有許多公平細節，提案當時猶細想不到，這也是其後實施二代健保必須處理面對的。

戴桂英任內致力於將健保服務細緻化、並且更貼近民眾需求。除將二代健保付諸執行，實施細節規劃，如照顧弱勢、品質提升、資訊公開、受刑人納保準備等，且執行安寧共同照顧試辦計畫，強調身心靈的全方位照顧；並成立全民健保會，擴大消費者代表參與。為關懷弱勢，健保局籌備對弱勢族群不鎖卡，其施行細節頗為繁複，故戴桂英主張周延、漸進地進行，成功啟動「主動關懷弱勢安心就醫」方案。針對支付



### 健保心語

「發現問題、進行改革，這樣的精神一定要永久在，我們的制度才會不斷進步。」

改革部分，健保亦啟動論人計酬制度。戴桂英表示，健保不僅購買醫療服務，更要購買健康促進，畢竟預防重於治療。曾經為了照顧重病父親而南北奔波的她，對此特別有切身感受，因此更加著力推動本觀念，目前試辦地區的民眾反映也相當良好。

### 相互感恩 善意循環

回想一路走來，戴桂英滿心感謝，「健保制度能執行要感謝相當多的人。」健保的精神為自助互助，所以她感謝所有參加保險者協助需要就醫的人，成就此社會保險方式；也感謝醫療院所，「認真且正派經營的醫療院所還是佔大部分，值得全民尊重。醫病關係應建立在彼此尊重之下，便可得到更好的回饋。」最後感謝社會許多愛心團體，捐款、幫助繳不起保費的人。戴桂英任內曾舉辦感恩茶會，具邀善心人士、團體、與投保單位，表達謝意。

針對未來健保的改革，戴桂英認為目前二代健保仍須作微調。葉前署長成立的二代健保實施檢討小組，會針對二代健保做出診斷，如果可作行政面的子法規修訂，她希望衛生福利部和健保署，能夠在評估報告出來時，根據建議做微調。戴桂英肯定地預估：「微調後的制度，財務方面大約可以撐個5年。」所以，「臺灣需要一個公正的討論，看看有沒有更合理的募資制度、給付制度。」例如部分借鏡新加坡的Medisave（保健儲蓄計畫），其特色為，繳交的保費有部分為個人帳戶，可以留給自己或家人使用，即透過制度設計，讓民眾更珍惜醫療資源。「遠程期待需要更多討論去做改革。要建置一個財源充足、民眾懂得珍惜的制度，不然在『不用白不用』的心態下，健保錢再多也不夠用。」

最後她並勉勵與期許健保同事們，希望大家看著前人的足跡，繼續認真學習、檢討。她更期許臺灣民眾懂得珍惜健保，就醫時感謝醫療院所，在互相感恩的情境下，全民健保將不只是互相吵鬧的政治議題，而會是回歸到民生、正常討論的大眾議題。

### 戴桂英小檔案

現職：開南大學健康產業管理學系教授，專業領域為衛生政策、健康保險、長期照護保險

經歷：行政院衛生署副署長、行政院中央健康保險局局長、行政院衛生署參事



# 3

## 細數努力看成果

在軟泥中逐步踏穩每一步 烙下深刻堅實的印記  
是揮汗之後豐碩的果實 閃耀無與倫比的美麗

# 目標

## 實現全民有保

政府開辦全民健康保險的初衷，即在透過自助、互助制度，將經濟弱勢族群納入健康保障制度。因此全民健康保險一開始的設計即納入經濟弱勢族群，並逐步擴大保障範圍，包括放寬曾加保者返國加保限制，並讓在臺外籍人士、外籍配偶、軍人等族群全面納保，而且不遺餘力減輕弱勢族群的負擔，如降低被保險人計費眷口數、優惠未投保民眾、欠費鎖卡鬆綁等措施，二代健保更加強對弱勢民眾的照護，目標不外乎讓更多族群享受得到健保的照顧，趨近「全民有保」的目標。

### 擴大納保對象，全民享有平等就醫權益

全民健康保險開辦前，國內已有公保（含眷屬）、勞保、農保、低收入戶保險和軍人（含軍眷）等醫療保險；這些保險幾乎都是針對職場提供就業人口醫療保障，亦即只有工作者才享有醫療保險。當時還有約 850 多萬人口缺乏醫療保障，主要為婦女、孩童及老人，而這群沒有醫療保險的族群，正是最需要醫療照護的族群。因此 84 年 3 月健保實施後，將各類醫療保險整合為一，保險對象由原先的工作人口擴大為全體國民，包含眷屬、榮民及無職業者，含婦女、學生、孩童、老人等，使人人均能享有平等就醫的權益。並擴大曾有加保紀錄者返國加保、在臺外籍人士、軍人全面納保，自 102 年起二代健保實施後，受刑人全面納入全民健保，種種措施均使享受健保的族群更加完整。

## 修訂返國投保之條件

針對原已參加全民健康保險，但因出國求學等因素將戶籍遷出國外而退保的人，依原健保規定，必須回國取得戶籍登記滿 4 個月才可以加保，為維護該等曾依規定應加保人士的就醫權益，88 年經修正公布「全民健康保險法」第 10 條第 1 項第 1 款，使其在為返國重新設籍後就可以加保了。

自 102 年起，二代健保實施後，新法修訂為最近 2 年內無投保紀錄者，須在臺灣設籍滿六個月，才能加入健保，享受健保醫療。

## 在臺外籍人士有條件納保

在臺長期居留的外籍人士，以及港、澳、大陸地區配偶，原本無法納入健保，以致有醫療需求時常常需要付出龐大的醫療費用，也衍生許多醫療問題。為落實「全民」納保，88 年修正公布「全民健康保險法」第 10 條第 2 項，放寬在臺領有居留證件的外籍人士，在臺灣只

要居留滿 4 個月，也可參加健保，但有一定雇主的受僱者，則不受 4 個月的限制。自 102 年起，二代健保實施後，新法修訂外籍人士須在臺居留滿 6 個月，始可參加健保。



## 軍人全面納保

軍人等應否納入健保的問題常常被外界質詢，考慮到若將軍人排除，會限制他們就近就醫的方便及自由，而且健康權屬於人格權，不可因軍人身分便加以限制，尤其志願役及義務役軍人按常規輪休，不在營期間也有可能生病而需要就醫，所以 90 年依「全民健康保險法」第 8 條第 1 項第 4 款做了修正，將現役軍官、士官及士兵納入全民健康保險。

其中，志願役現役軍官及士官都屬於政府機關的受僱者，所以列為第 1 類被保險人，眷屬也依附他們投保。但是服義務役及徵召期間超過兩個月的受訓者，還有服義務兵役及就讀國軍軍事學校的學費學生，並不是政府機關的受僱者，因此他們的健保費由國防部全額負擔；至於服替代役的役男，健保費則由內政部全額負擔。

## 減輕弱勢族群經濟負擔

健保不僅將經濟弱勢族群納入健保，自開辦即建立協助作業平臺，由各級政府提供財源，補助符合條件的經濟弱勢民眾，並由健保局透過作業平臺每個月減收或免收弱勢民眾的健保費。協助方案包括：全額補助低收入戶、失業勞工與眷屬、極重度及重度身心障礙者、20 歲以下及 55 歲以上之無職業原住民等健保費；中低收入戶、中度身心障礙者補助 1/2，輕度補助 1/4 之自付保險費。此外，部分地方政府對於轄區內 65 歲以上老人、65～69 歲中低收入老人及身心障礙者，也提供補助。

而面對經濟弱勢族群無力繳納健保費的問題日益嚴重，中央健康保險局也相繼推動紓困基金貸款、分期繳納保險費等方案，減輕弱勢民眾的保費負擔，並積極爭取政府經費，用於補助其積欠之健保費。

## 降低被保險人計費眷口數

健保開辦時，考慮到多眷口家庭保費負擔沉重，所以設定負擔眷口數上限為 5 口，超過 5 口仍以 5 口計算。88 年修正公布「全民健康保險法」第 19 條文，更進一步將眷口數計算上限由 5 口降為 3 口，減輕多眷口家庭的保費負擔。

## 對未投保民眾之優惠方案

針對未投保民眾，也提供限期的優惠方案，使他們可以納入健保體系。健保局為協助長期無力繳納健保費、未加保者或低收入邊緣戶民眾解決問

題，規劃了「全民健康保險經濟困難民眾納保優惠方案」，92年實施緩繳或免除保費的特別措施，提供經濟困難的民眾回到健保體系的機會。但如此做法對於自始即參加健保且按時繳費的民眾，畢竟不是那麼公平，不宜變成常態實施，所以實施期間只有1年，民眾必須於92年6月6日至93年6月7日提出申請才能享有此項優惠（表2）。

為了兼顧強制納保的精神及繳費的公平性，此方案仍以保險欠費緩繳為主，對於長期未加保且經濟更困難的民眾，才特別予以免除保費，另外也一併考量已加保但因經濟困難而欠費的民眾，主要措施如下：

- 一、經認定為經濟特殊困難且4年以上未加保者，其欠費得免除。
- 二、經認定為經濟困難或經濟特殊困難者，其欠費得緩繳。
- 三、已加保但仍有欠費者，得申請紓困貸款，已申請紓困貸款者，得申請貸款緩繳。

表2 經濟困難民眾納保優惠方案受惠人數及金額統計表

核定別		人數		金額（億元）	
申請人數		214,403		-	
受惠人數	保費免除	11,429	211,175	4.14	38.87
	保費緩繳	67,513		16.72	
	紓困及紓困緩繳	132,233		18.00	
不符資格		3,228		-	

## 因應 98 年金融海嘯的協助方案

97至98年，全球經濟遭逢金融海嘯衝擊，為因應社會經濟情勢的變動，減輕經濟弱勢家庭的負擔，衛生福利部（前行政院衛生署）於98年將「菸品健康福利捐」由每包臺幣10元調高為20元，並將菸品健康福利捐應用於健保的安全準備及經濟困難者的保險費。98年，衛生福利部（前行政院衛生署）與財政部合作，以菸品健康福利捐之4%做為補助經濟困難

者保險費的經費來源，行政院並核定 98 年 6 月 1 日起實施。此方案適時發揮了穩定社會的力量，遭遇經濟困難的民眾因此不會因為短期失業或經濟因素，而得不到健保的照顧。

補助條件方面，先將家庭總收入除以全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 1.5 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1 倍者，便補助自付保險費 50%；達最低生活費 1.5 倍以上，未達 2 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1.5 倍者，則補助 25%。實施後，衛生福利部中央健康保險署（簡稱健保署）依實際作業經驗及各界反映的意見檢討，分別於 98 年及 100 年兩度修正，加強排富條件，除原來規定外，並增列審核條件如下：

- 一、申請人最近 1 年綜合所得稅率未超過 6% 者。
- 二、申請人健保投保金額未達投保金額 25,200 元。
- 三、申請人全家人口全年利息收入未達 6,000 元。
- 四、申請人全家人口全年利息和公司股東分配之股利、合作社社員分配之盈餘，合計未達 1.2 萬元。

本項計畫自 98 年實施，迄 101 年 6 月底結束，實施期間受惠人數及補助金額如下：

年度	受惠人數	補助金額
98 年	61 萬 6,213 人	6 億 6,100 萬元
99 年	63 萬 2,264 人	19 億 1,900 萬元
100 年	47 萬 5,112 人	16 億 2,500 萬元
101 年	30 萬 1049 人	5 億 9,660 萬元

## 協助設籍前外籍配偶的健保費補助

近年來，大陸、港、澳及外籍配偶人數攀升，這些家庭多半屬經濟弱勢，而外籍配偶入臺後除了必須面臨新環境、語言溝通問題及謀生不易等困境，甚且肩負孕育下一代的重任，但政府原先的健保費補助因其尚未設籍而無法補助，除了內政部所設「外籍配偶照顧輔導基金」外，外籍配偶在設籍前幾乎無法取得相關補助。為使這群臺灣新住民無後顧之憂，健保局自 98 年度起提報「設籍前外籍配偶健保費補助計畫」，獲內政部同意以「外籍配偶照顧輔導基金」補助經濟弱勢外籍配偶設籍前的健保費。

補助條件方面，主要以外籍配偶家庭總收入除以全家人口，每人每月未達當年度最低生活費 1.5 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1 倍者，補助自付保險費 50%；達最低生活費 1.5 倍以上，未達 2 倍，且未超過臺灣地區平均每人每月消費支出之 1.5 倍者，補助自付保險費 30%（自 100 年度起調整為 25%）。

自 100 年 7 月 1 日起，修正為符合社會救助法之低收入戶之設籍前外籍配偶可以補助全額，中低收入戶之設籍前外籍配偶則補助 1/2，取消了補助 25% 的項目。自 98 年至 101 年，受惠人數及補助金額如下：

年度	受惠人數 (人)	補助金額
98 年	5,008 人	1,610 萬元
99 年	4,594 人	1,560 萬元
100 年	2,236 人	733 萬元
101 年	1,534 人	800 萬元

## 健保欠費協助措施

健保欠費協助措施主要有設置紓困基金無息貸款、分期繳納欠費、協助弱勢清償欠費、轉介公益團體 4 個方案。

### 方案一：設置紓困基金無息貸款

健保局於 90 年 6 月 7 日開始受理紓困基金貸款業務，提供經濟困難的民眾無息申貸，以繳納健保費用及尚未繳納之醫療費用。紓困基金在開辦第 1 年向安全準備借款 4 億元，以提供經濟弱勢民眾紓困貸款，且該筆款項可循環利用。但也由於貸款對象經濟困難，還款率偏低，於是在 90 年至 94 年間，又陸續向安全準備基金借款累計 36.06 億元。由於此基金性質接近社會救助，財源應由政府編列預算支應，自 92 年起國庫每年編列預算支應財務缺口，至 99 年底紓困基金已全數還清安全準備的借款。自 90 年 6 月開辦至 101 年止，核貸案件計 10.96 萬件，申貸金額 65.05 億元，已到期應收（含結案）金額 56.48 億元，還款金額 30.17 億元，還款率約 53.41%。

### 方案二：分期繳納欠費

分期繳納部分，不符合紓困貸款資格但也無法一次繳清積欠健保費的民眾，可以辦理分期繳納，減輕還款壓力。自 85 年初開始，積欠保險費超過 5 萬元以上的投保單位可以辦理分期繳納，自 86 年 11 月起，第 6 類被保險人積欠保險費超過 1 萬元以上可以分期繳納。後因經濟環境變遷，又逐步調整相關規定，99 年 8 月 2 日修訂「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」，將被保險人可申辦分期的欠費總金額由 5,000 元調降為 2,000 元。自 86 年 11 月起實施至 101 年止，分期繳納欠款申辦件數為 208.01 萬件，分期繳納金額總計為 589.41 億元。

### 方案三：協助弱勢清償欠費

為協助弱勢清償欠費，健保局亦連結各界籌措財源，主要有：

#### 1. 運用公益彩券回饋金

97 至 98 年發生金融風暴，全球經濟景氣跌落谷底，政府為擴大照顧弱勢族群，於 97 年 1 月 23 日於行政院會指示，分別由公益彩券回饋金

支應 4 億元及行政院第 2 預備金支應 4 億元共計 8 億元，協助低收入戶及低收入邊緣戶等民眾繳納健保欠費，此措施總計協助了 33,402 人。98 年起，考量到社會經濟情況尚未完全改善，政府有繼續協助經濟弱勢民眾之必要，健保局遂繼續向財政部申請公益彩券回饋金，除了持續協助弱勢族群繳納健保欠費外，再增加弱勢族群全年住院部分負擔上限之協助項目，降低他們的就醫障礙。此計畫自 98 年起至 101 年止已協助 79,252 人，協助金額達 18.6 億元。

## 2. 成立愛心捐款專戶

部分民眾因為一時經濟困難而繳不起健保費，又無法符合既有的分期繳納、紓困貸款等條件，譬如失養的獨居老人、父母不知去向或入監服刑的幼兒、獨立扶養幼兒的未就業婦女、隔代教養的家庭、無生活自理能力者等，這些族群生活處境本來就很困難，一旦罹患重症，如無法獲得及時協助，往往落入貧病交迫的惡性循環。有鑑於此，健保局於 91 年起特別設立愛心捐款帳戶，以代收代付方式，讓社會愛心能傳給這些經濟弱勢的民眾，總計自 91 年至 101 年止，已協助 10,218 人，補助金額達 6,200 餘萬元。

### 方案四：轉介公益團體

轉介公益團體部分，健保局也運用社會資源，積極與公益慈善、宗教團體合作，如慈濟功德會各分會、世界展望會及兒童扶助中心等，共同協助經濟困難弱勢者繳納健保費。自 87 年至 101 年止，已轉介 22,161 件，協助金額達 1 億 3 千 798 萬餘元。

## 弱勢欠費者控卡鬆綁

健保乃是依保險自助互助精神設立的強制性社會保險，目的是讓保險對象遇有疾病、傷害或生育等事故時，可以獲得適切的醫療照顧。所以，國人有依法投保及繳納健保費的義務，被保險人按時繳納保險費是健保的財源基礎，也是健保永續營運的基石。依全民健康保險法第 30 條規定，民

眾若未繳納健保費，則暫時不得持健保 IC 卡就醫，亦即通稱的「控卡」。控卡的目的是為了促請欠費者儘速履行繳納保費的義務，以享有醫療給付的權利。但民眾如果確實屬於經濟困難而無力繳交健保費者，則不適用控卡的規定，仍可以健保身分就醫。

為了更落實照顧弱勢民眾就醫的權益，健保局對於無力繳納保險費者，應給予適當之救助，不得逕行拒絕給付，以符全民健保保障老弱殘廢及無力生活人民的精神。針對健保欠費被控卡的民眾，健保局審慎篩選弱勢者，給予健保 IC 卡控卡鬆綁，自 99 年 10 月起實施「弱勢民眾 安心就醫方案」，在排富的基礎上，將就醫權益與健保欠費脫鉤處理，以確保弱勢民眾就醫無障礙。

而基於保護兒童及少年的立場，18 歲以下兒童及少年一律不控卡，也就是說他們不會因為父母積欠健保費而無法就醫。此外，符合「近貧戶」條件的健保欠費者，由健保局依據財稅所得資料比對後主動解卡。另外，經各縣市社政單位依「特殊境遇家庭扶助條例」規定審查後，若有符合應受扶助家庭條件者，經通報健保局後也可立即解卡。99 年 10 月實施「弱勢民眾安心就醫方案」後，截至 101 年止已解卡 43.4 萬人，含 18 歲以下兒童及少年 17.8 萬人、近貧戶 17 萬人、特殊境遇家庭者 8.5 萬人及懷孕婦人 0.1 萬人，控卡人數由實施前之 60 餘萬人，下降至 101 年 12 月之 4 萬人。

# 挑戰

## 達成財務平衡

我國全民健康保險財務是採自給自足、隨收隨付原則，財源大部分由保險費支應，一旦保費收入不敷醫療支出，即需檢討、調整保險費率，以維持財務平衡。自 84 年開辦全民健康保險以來，由於整體經濟環境與社會人口結構等影響，醫療支出增加速度遠快於保費收入成長的速度，以致全民健康保險 87 年開始出現財務短絀。健保局除積極開源節流外，分別於 91 年及 99 年兩次調整保險費率，雖然過程中承受各界壓力，但也確實成功改善全民健康保險的財務狀況，減少了收支逆差，讓健保得以永續經營。

### 首次財務收支逆差，修法改善

依全民健康保險法規定，保險費率以 6% 為上限，開辦第 1 年為 4.25%，第 2 年起有下列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定：

- 一、精算之保險費率，前 5 年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負 5%。
- 二、全民健康保險之安全準備降至最低限額。或者全民健康保險安全準備總額低於 1 個月之保險給付總額時，即應調整保險費率。

全民健康保險自 84 年開辦以來，因為人口增加且邁向高齡化，加上新醫療科技的引進使用，而民眾對醫

療品質的需求也不斷提升，醫療費用因而逐年增加。85～91年，65歲以上人口增加17%（約29萬人），同年齡層的醫療費用增加了83%（約514億元）；重大傷病患者增加28萬人，醫療費用增加397億元。

另一方面，保險收入卻增加緩慢，主要因為以薪資為基礎的投保金額，受經濟景氣影響而成長緩慢，而平均眷口數由開辦時的1.36人，至90年1月陸續調降為0.78人，付費眷口數也於88年由5口調為3口。84～87年收支間尚有結餘，結餘款全數存入全民健康保險安全準備，自87年進入5年平衡預算的收支逆差期。

### 開源節流，延後調整保險費率

健保局顧及民眾負擔保險費的能力，延緩調整保險費率調整時點，自87年全民健康保險財務出現短絀後，積極推動各項開源節流的措施。在節流部分，為了節制醫療費用支出，實施多項措施：醫療院所總額支付制度、進行藥價調整、部分負擔調整、醫療院所違規查核、醫療費用審查核減、實施合理門診量以節制門診量成長等；在開源部分，為了增加收入，亦實施了多項方案：中斷投保開單、加強投保金額查核以防止低報保險費、爭取其他財源等。種種努力，使原本必須在89年調整保險費率的時點延後了兩年半之久。

### 修正條文，改善保險負擔公平性

由於調整保險費率影響全體被保險人，許多學者、專家及輿論各界均認為調整保險費率之前，應先考量保險費負擔的公平性問題，所以自91年8月1日起修正「全民健康保險法」部分條文，修正內容及公告項目如下：

#### 一、投保金額分級表最高與最低一級拉大為5倍以上差距

全民健康保險之精神為自助互助、量能負擔，投保金額分級表也應貫徹這樣的精神。但當時全民健康保險法僅規定，當適用最高一級投保

金額之被保險人數超過總人數 3% 時，並持續達 12 個月時，才可以加高投保金額分級表之等級，此制度設計難以維持健保財務自主與被保險人量能負擔之精神。

為解決投保金額上限過低的問題，修法增訂最高一級投保金額與最低一級投保金額應維持 5 倍以上的差距。自 91 年 8 月起，投保金額最高一級由原 60,800 元調高為 87,600 元，上下限之差距由 3.8 倍擴大為 5.5 倍，投保金額等級亦由 30 級增加為 38 級；自 94 年 4 月 1 日起，投保金額的上限由 87,600 元調整為 131,700 元，上下限之差距由 5.5 倍擴大為 8.3 倍，投保金額等級亦由 38 級增加為 47 級；99 年 4 月 1 日起，投保金額上限由 131,700 元調高至 182,000 元，上下限之差距由 8.3 倍擴大為 10.5 倍，投保金額等級亦由 47 級增加為 55 級。

## 二、軍公教人員逐年由本薪改以全薪為投保

全民健康保險開辦之初，沿襲公勞保的作法，規定具有公保資格者以其公保之投保金額做為全民健康保險之投保金額；具有勞保資格者，則以其勞保之投保金額做為全民健康保險之投保金額。這樣的做法有個問題是，公保之投保金額是以本薪計算，勞保之投保金額卻是以全薪計算，因此具勞保資格者感到不滿，要求具公保資格者也應該以全薪做為全民健康保險之投保金額。後來經過調查，發現具勞保資格的一般受僱員工，參加全民健康保險之投保金額與其經常性之薪資，仍然有一些距離，換句話說，具勞保資格者也沒有以全薪投保全民健康保險。

為求公平起見，此次修法規定軍公教人員之投保金額，應以民間受僱員工最近 1 年平均投保金額與行政院主計處發布之平均經常性薪資之比率，乘以全薪計算。因此，軍公教人員的投保金額，自 91 年 8 月 1 日起改以全薪的 82.42% 計算；自 94 年 4 月 1 日起，改以全薪的 87.04% 計算；自 96 年 8 月 1 日起，改以全薪的 90.67% 計算；自 98 年 10 月 1 日起，改以全薪的 93.52% 計算。

## 91 年首次調整保險費率

90 年年底，全民健康保險安全準備餘額下降至 243 億元，此額度已低於 1 個月保險給付總額，依法應調整保險費率。衛生署為了讓全民健康保險監理委員會委員瞭解及支持，當時的李明亮署長特別於 91 年 7 月 26 日至監理委員會致詞：

「大家都知道，全民健康保險財務已經亮起了大紅燈，已無法再拖下去了！所以，我們決定在法律許可範圍內，提出以前想做、還做不到的事，如擴大費基、調整部分負擔及保險費率。有關部分負擔調整部分，近日內我們再聽取各界聲音，著手修正；保險費率部分，也會在近日內向院長報告。全民健保是全民所關心的事，相信各位委員沒有不希望全民健保能永續經營的，這也是本人的責任。現在我們看到全民健保出現大問題，我們必須負起責任來，不能一味借錢度日。」

依據 90 年全民健康保險費率的精算結果，全民健康保險未來 5 年（90 ~ 95 年）之平衡費率為 4.91%，較原費率 4.25% 高出 15.5%，已符合全民健康保險法調整費率之規定。但考量到民眾的負擔，衛生署於 91 年 7 月 27 日公告調整費率至 4.55%，並自 9 月 1 日起，實施門診部分負擔調整方案。

### 保險費率調整幅度與配套措施

91 年 9 月 1 日起，保險費率依維持兩年財務收支平衡及安全準備為零之最低金額費率，由 4.25% 調整為 4.55%，而對於採定額保險費者，其中第 4 類及第 5 類保險對象屬義務役、替代役及低收入戶，保險費由政府全額負擔，因不增加被保險人負擔，定額保險費隨保險費率調整為 1,078 元；而第 6 類保險對象多屬榮民及無工作人口，考量到經濟景氣尚未完全復甦及被保險人的負擔能力，暫不調整，仍維持原定額保險費 1,007 元。

此次費率調整對於弱勢之保險對象，均維持原來定額保險費，並推動經濟困難民眾納保優惠方案，協助民眾獲得健保之醫療照護。此外，對於短期經濟困難者，也提供保險費協助措施如：辦理全民健康保險費分期繳納、無息申貸全民健康保險紓困基金、提供醫療保障措施及轉介公益團體補助。

### 調升費率的壓力

91年9月1日起也依醫療院所層級調整部分負擔，目的在於增加民眾的成本意識，鼓勵民眾分級就醫，以降低大醫院就醫次數，使民眾能善用醫療資源，減少浪費。同步調整保費及部分負擔，是全民健康保險有史以來頭一次調漲，難度很高，媒體稱其為「全民健康保險雙漲」，使民眾對全民健康保險的滿意度明顯下滑。當時的衛生署署長李明亮擁有良好形象及公信力，憑著堅定的意志力說服行政院，使雙調案順利過關。

全民健康保險費率實施雙調後，當時健保局承受了相當大的壓力，部分立法委員認為全民健康保險雙調內容涉及人民的權利義務，應該送到立法院審查。監察院也認為全民健康保險雙調的公告屬於法規命令，內容涉及人民的權利義務，依法應該送立法院審查，衛生署未送立法院，即是有意規避立法院的審查。除了立法院杯葛、監察院糾正，工人團體的反彈也相當激烈，甚至走上街頭遊行抗議，到行政院門口陳情，激動時也向官員代表砸雞蛋。

其實，在先進國家，全民健康保險費率調整為每年例行常態，例如韓國、美國、荷蘭、德國都如此，在臺灣卻屢遭挑戰。

92年由美國廣播電視公司（ABC News）製作的「今夜世界新聞」電視節目中，播出臺灣全民健康保險專輯時，主持人即提到：「臺灣政府在不得已下調高保費，至今不過調整了幾美元，但卻激起強烈的反彈。」然而，整體而言，第1次的費率調整，對常態性的保險費率調節機制仍然是一個好的開始。



## 第二次保險費率調整與配套措施

全民健康保險於91年第1次調整費率至4.55%，維持了兩年的收支平衡，之後再度面臨財務短絀的問題，截至98年12月底止，全民健康保險收支累計短絀已達582億元，向銀行融資利息累計已達70億元，再不進行任何調整，預估至99年底，短絀數將擴大為1,015億元，會嚴重影響全民健康保險的永續經營。

### 再度面臨費率調整壓力

97年及98年，整體經濟環境受金融風暴的影響，薪資成長的速度近乎停滯，98年保費收入僅成長了12億元，即使加上98年菸品健康捐調整的挹注，保險收入亦僅增加11億元，成長率0.28%，遠低於98年保險支出成長率4.53%。觀察近年來的整體環境，可知下列因素使醫療費用快速增加：

- 一、**人口老化**：臺灣地區85～97年近12年間，65歲以上老年人口共增加了38%，這些保險對象每人每年平均醫療費用約為其他人的4.6倍。
- 二、**人口增加**：雖然生育率逐年下降，但每年人口仍增加5至7萬，等於每年增加約近20至30億的醫療費用。
- 三、**重大傷病及罕見疾病人口增加**：87～97年，重大傷病及罕見疾病人口從35萬人增加至79萬人，費用成長達200%以上。
- 四、**新增藥品與醫療科技需求**：各界強烈要求健保應提供昂貴救命藥物，如：治療B型、C型肝炎的藥物、治療癌症的標靶藥物等，藥費每年支出高達362億元。

雖然我國實施總額支付制度，醫療支出成長率已低於大多數歐美國家，但是為了維持一定的醫療服務品質，且面臨人口老化快速、慢性病患增加、重症及醫療科技進步的需求，全民健康保險財務收支不敷出的窘況勢必日益加遽。

## 過半民眾支持保費調整

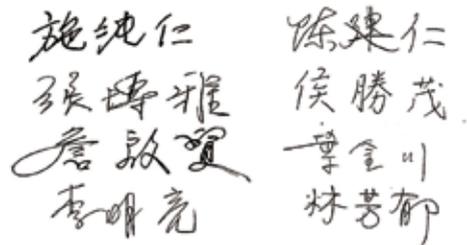
在進行第 2 次費率調整前，為瞭解民眾對全民健康保險的看法，並加強民眾參與此重要的社會政策，健保局於 98 年底針對臺灣地區年滿 20 歲以上民眾進行了 1 次電話調查，在有效樣本人數 1,109 人中，有超過 6 成（66.1%）的民眾同意「應調高全民健康保險費率，讓有錢的人多付一些錢來幫助其他民眾」；同時也有半數以上（54.9%）的民眾支持「月收入約 3 到 4 萬的人，每個月約多繳 60 ~ 70 元」的保險費調整幅度；有 75% 以上的人則同意「全民健康保險對比較沒錢和生重病的人，幫助最大」。

## 歷任署長支持調整費率

此外，施純仁等 8 位衛生署歷任署長也於 99 年 3 月 8 日聯合署名，對穩定全民健康保險財務提出建言如下：

「臺灣擁有一個全民納保、就醫方便、保費低廉、醫療費用控制良好、民眾滿意高及行政支出低的全民健康保險制度，受到世界各國稱羨，甚至被很多家國際知名媒體評定為全球最好的全民健康保險制度。尤其在全球發生金融海嘯之時，貧富差距日益懸殊之際，臺灣所有民眾仍然能夠不致因病而貧，或因貧而不敢就醫，這是臺灣人的福氣。

現在臺灣的全民健康保險面臨和其他國家一樣的問題，就是醫療費用快速成長造成財務問題，使健康保險的政策必須經常性地檢討與修正。臺灣地區最近 10 年以來，65 歲以上老年人口共增加了 38%，這些保險對象平均每人每年醫療費用約為其他人的 4.6 倍。此外，全民健康保險所給付的新藥也再增加 700 餘項；因為調整支付標準，所增加的支出亦已超過 300 億元；重大傷病領證人數，則是由 85 年的 32 萬多人，增加至 97 年的 79 萬多人，同一期間，重大傷病患者所需醫療費用，更是由 347 億元激增至 1,303 億



施純仁 陳建仁  
張博雅 侯勝茂  
詹啟賢 李金川  
李明亮 林芳郁

元。費率始終未予變動，支出卻是不斷增加，自然造成收支逆差，而且缺口日益擴大。

為使我們這項為全球所稱羨的全民健康保險制度得以永續經營，財務問題必須先行設法解決，全民健康保險財務解決之道，最起碼應該以費用協定委員會協定的年度總額作為基礎，去計算當年度應計收的費率，以達到當年度財務上的平衡。至於過去多年所累積的逆差，以及依法至少應該保持 1 個月的安全準備，則待未來經濟復甦以後再議。因此我們共同支持依法調整全民健康保險費率。

長久之計，則要加速推動二代健保修法。二代健保修法草案，其基本精神係緣自 75 年到 82 年所推動的全民健康保險規劃藍圖、89 年到 90 年所進行的全民健康保險總體檢，以及全民健康保險總體檢的建議，而於 90 年 7 月 1 日到 93 年 6 月 30 日完成「行政院二代健保規劃小組總結報告」，可以說是學者專家與社會各界經長期討論所達成的共同主張，誠應促其早日施行。」

歷任署長的支持，可說為承受第 2 次費率調整壓力的健保局打入一劑強心針，也藉由歷任署長的公信力，減少社會大眾的疑慮。

## 第二次費率調整幅度與配套措施

依「98 年全民健康保險費率的精算報告」顯示：依法維持 5 年健保收支平衡，且提足 1 個月安全準備金之精算平衡費率應為 5.65 %，但是為穩固經營全民健康保險，避免保險財務缺口繼續擴大，並降低對社會之衝擊，自 99 年 4 月 1 日起，僅以 2 年收支平衡為調整基礎，保險費率由 4.55% 調整至 5.17%，調幅為 13.6%，投保金額分級表上限由 131,700 元調高至 182,000 元，第 6 類人口配合費率調幅，定額保險費由 1,099 元調整為 1,249 元。

考量經濟景氣尚未完全復甦，政府編列預算專案補助低於一定所得的民眾保費調整的差額，以降低對社會大眾及經濟環境衝擊；故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，約 78% 民眾不受影響，亦即實質費率維持 4.55%；而投保金額介於 42,000

元（含）至 50,600 元（含）者，補助 20% 其自付保險費新增之差額，約 9% 民眾經補助後，實質費率為 5.046%，惟投保金額 53,000 元（含）以上者（約 13%）自付保險費新增之差額，則需自行負擔。第 6 類保險對象由政府專案補助其自付保險費新增之差額（設排富條件，綜合所得稅率超過 6% 者不予補助）。

自 99 年 4 月 1 日實施費率調整方案以來，截至 101 年 12 月底，全民健康保險收支累計數由 99 年 3 月底原短絀 604 億元，逐漸回填至 101 年底轉為結餘 210 億元，健保財務困境已獲舒緩，收支短絀的缺口業已縮小。

### 繼續努力達到財務平衡的目標

全民健康保險的成就是臺灣全體人民智慧與良知的共同成果，然而資源有限是難以改變的事實。隨著人民平均壽命增加、生活水準提升及醫療科技進步，醫療保健支出已成為近年來家庭支出增幅最大的項目，反映在全民健康保險上，就造成醫療支出成長率高於保費收入成長率的困境。此外，由於民眾普遍有「給付不能少」、「保費不能調」的心理，對於解決全民健康保險財務困境也造成很大的壓力。

全民健康保險財務制度設計原則為收支平衡，依權利與義務相符的觀念，由被保險人與醫療供給者代表共同決定保險給付範圍及醫療費用總額，使被保險人負擔之保險費與享有之醫療服務相稱，在決定應有的醫療服務範圍後，依此範圍計算應分擔的保險費及費率。

臺灣擁有許多先進國家稱羨的全民健康保險制度，本是臺灣人之福，但現在臺灣的全民健康保險和其他國家一樣，面臨醫療費用快速成長，、保險財務收支失衡之挑戰，使保費負擔的公平性、保費的計算基礎、負擔比率的合理性等均必須經常檢討與修正。致力增加健保收入同時，仍可秉持關懷弱勢族群原則，考慮經濟困難者的付費能力，減輕其保費負擔，兩者並行不悖。

唯有財務平衡的全民健康保險才能永續經營，讓國人在為家庭及社會努力同時，始終有全民健康保險可以依靠，為健康護航。

# 保障

## 醫療服務完整

全民健保的保險原則是全體國民藉由自助互助及風險分攤方式，獲得完整的醫療照護，實施以來，大幅降低民眾就醫財務障礙，不再有因病而貧、因貧延誤就醫等情形。因此，實施全民健康保險，不但達到減輕民眾就醫負擔、提供適切醫療照護及落實平等就醫權利等目標，更成為我國社會安全的重要支柱之一。

### 醫療給付範圍及改革

全民健康保險開辦後，全國 92% 以上醫療院所皆與健保署特約，民眾可至任一醫療院所就醫，不像以往因職業身分而有區隔；例如榮民須至榮民醫院，才享有優惠，軍眷限於軍方醫院就診，公保被保險人須經公保聯合門診中心轉診，方可至特約醫療院所就醫；現只要是全民健保的保險對象，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。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。全民健康保險的給付從單純的感冒治療到複雜的開心臟手術，已含括所有必要的診療服務。

為促使全民健保永續經營，健保局須妥善規劃分配民眾所繳的健保費，除將醫療費用支出控制在合理範圍內，也加強民眾的成本意識，適度引進使用者付費的概念，故有民眾部分給付的制度。

目前已實施自付差額的項目，包括義肢、塗藥或特殊塗層血管支架、陶瓷人工髖關節、金屬對金屬介面人工髖關節、特殊功能人工水晶體、新增功能類別人工心律調節器，超出保險給付的費用，由保險對象自付差額。

依「全民健康保險法」規定，下列 12 項費用不在全民健康保險給付範圍：依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目；預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目；藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術；成藥、醫師指示用藥；指定醫師、特別護士及護理師；血液（但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限）；人體試驗；非精神病照護之日間住院；管灌飲食以外之膳食、病房費差額；病人交通、掛號、證明文件；義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具；其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。而衛生署公告不在健保給付之項目，則包括近視手術治療、非治療需要之人工流產醫療費用、酒癮菸癮之戒斷治療、眼科驗光檢查費用。另外，因戰爭變亂或經行政院認定並由政府專案補助的重大疫情及嚴重的地震、風災、水災、火災等天災導致的保險事故，亦不適用健保。

## 醫療給付內容

為提供全民完整的醫療照護，健保採綜合性給付，含括預防保健、急性診療、復健等 3 階段服務。服務類別包括門診、住院診療、中醫診療、牙醫診療、分娩、復健、預防保健、居家照護、精神社區復健等，分別敘述如下：

### 一、門診

包含門診診察、檢查（驗）診療、處方藥或處方箋之給與、治療材料之給與等。

### 二、住院

包含住院診察及會診、護理及病床之提供、管灌飲食、檢查（驗）診療、處方藥之給與、治療材料之給與等。

### 三、預防保健給付內容及變革

全民健保開辦後，依「全民健康保險法」規定，應訂定預防保健實施辦法，衛生署於 84 年 1 月 27 日公布「全民健康保險預防保健實施辦法」，中央健保局據以執行各項預防保健服務。94 年起，因應全民健保財務危機，採取健保多元微調方案，95 年 1 月 1 日起，有關孕婦產前檢查、兒童預防保健、子宮頸抹片檢查及乳房攝影檢查等四項服務，移由衛生署國民健康局付費，並委由中央健保局代辦。嗣 96 年 1 月 1 日起，成人預防保健及兒童牙齒塗氟等 2 項服務，再移由國民健康局付費，一樣委由中央健保局代辦。國民健康局另於 99 年新增定量免疫法糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、「經濟弱勢新生兒聽力篩檢服務方案」、「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務補助方案」，並於 101 年將補助範圍擴大為「新生兒聽力篩檢補助方案」、「弱勢兒童白齒窩溝封劑服務擴大補助方案」，且新增「孕婦乙型鏈球菌篩檢補助服務方案」，近期則於 102 年 7 月起新增「兒童衛教指導服務方案」，自此預防保健之服務項目已達 12 項。

### 四、居家照護

居家照護服務是為行動不便病患所提供的在宅醫療服務，與住院急性照護不同的是，居家照護服務強調跨專業合作，除了醫師到家裡訪視病人之外，護理人員也定期拜訪、執行護理工作、並指導照護技巧，必要時可照會營養師、復健師及社工師等加入。除免去病患往返醫院的不便，更可幫助病患提早回復生活功能。

## 五、安寧療護

行政院衛生署保健處 85 年首先辦理「安寧居家療護納入全民健康保險試辦計畫」，到 89 年 7 月中央健保局才配合衛生署政策及「安寧緩和醫療條例」立法，試辦「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付試辦計畫」，提供癌症末期病患替代性照護模式，並改善原先安寧療護病房以一般急性病房費支付方式，讓醫療院所得合理給付，並避免末期病患佔用急性病房資源，癌症末期臨終病患也可得到完整性、高品質及人性化的醫療照護。

各界大多給予這項試辦計畫正面肯定與支持。92 年起，除了末期癌症病患外，也將末期運動神經元病患，即俗稱的「漸凍人」納入安寧療護整合性照護試辦計畫對象；到了 98 年 9 月 1 日，除將本試辦計畫全面導入支付標準外，並進一步擴大開放其他 8 類重症末期病患，納入安寧療護收案對象。這 8 類重症疾病分別是：老年期及初老期器質性精神病態、其他大腦變質、心臟衰竭、慢性氣道阻塞，他處未歸類者、肺部其他疾病、慢性肝病及肝硬化、急性腎衰竭，未明示者及慢性腎衰竭及腎衰竭未明示之末期病人。

基於對人性尊嚴及對末期病人照護品質的尊重，中央健保局目前提供的安寧照護支付有兩種：一是安寧病房，另一則是居家安寧照護；中央健保局並於 100 年積極推動「全民健康保險安寧共同照護試辦方案」，希望將安寧照護模式引進一般病房，讓病患可以在原就診醫療單位得到安寧照護，另外健保局亦將於 103 年 1 月提供保險對象社區式的安寧照護，由居家附近院所就近提供安寧療護服務。

## 六、社區復健精神醫療

健保開辦時即提供精神疾病患者社區復健服務，包括社區復健中心、康復之家及居家治療，以團體活動會談等心理治療，助其克服因精神疾病所產生的症狀干擾、功能缺損，人際關係困擾和環境障礙等情況，逐步適應並回歸社會生活，惟住宿費不列入健保給付範圍。

## 七、重大傷病醫療照護

重大傷病患者需接受長期治療，醫療費用龐大，亟需健保幫助。因此健保開辦時，即明訂此類患者免除部分負擔費用，以幫助患者就醫可無後顧之憂，不至拖累全家陷入經濟困境。

經特約醫療院所醫師診斷符合，即可申請重大傷病證明，審查核發後，便登錄於健保 IC 卡內。保險對象如因重大傷病住院，並於住院期間申請獲准發給證明，則當次住院第 1 日起至該證明有效期限止，可免自行負擔費用。健保目前計有 30 項重大傷病，含括癌症、洗腎、慢性精神病、先天性疾病及罕見疾病等，有效期限皆不同，期限屆滿需重新申請。

截至 101 年 12 月，領有重大傷病證明者已達 89 萬餘人，約佔保險人口 3.86%，比開辦時增加將近 3.9 倍；其中又以癌症及慢性精神病為主，約佔 7 成；101 年健保醫療費用支出中，27% 在照顧重症病患，可見確實發揮了互助精神，也彰顯健保的核心價值。

## 八、慢性病照護

由於我國人口結構逐年老化，慢性病患族群比例逐年升高，目前公告共有 100 種慢性病，包括高血壓、糖尿病、精神病、癲癇等。為提升照護品質，待病患病情穩定，按時服藥便能控制病情（第 1、2 級管制要品除外），即可由醫師專業決定開立「慢性病連續處方箋」。有效期間最長為三個月，每次給藥 28 天以上者，可免除藥品部分負擔。據統計，連續處方箋的開立率逐年成長，



94 年為 13.31%，101 年已成長至 35.22%。98 年起並試辦多重慢性病患整合性醫療照護作業，避免重複或不當治療用藥與處置。

健保局自 84 年 3 月迄今，尚接受 8 個其他政府單位以委任或協助代收代付作業，辦理數十項非屬健保的醫療業務。其中一部分原本由健保支付，94 年起因實施健保多元微調方案等原因，將預防保健、愛滋病、法定傳染病及教學醫院成本回歸公務預算支付，但是相關服務、費用申報與給付仍由健保局代辦，僅事後向相關編列預算單位，如衛生署、國民健康局、疾病管制局等機關請款核銷。民眾權益未受影響，反而隨著國家對預防保健的重視及預算增加，不斷擴大預防醫學的給付範圍，受益者更多。

## 保險給付改革

健保開辦後，由於醫療給付項目的範圍攸關保險對象權益及醫療費用成長甚鉅，更有支付標準、藥價基準採正面表列或負面表列所衍生的醫病間爭議，而全民健康保險給付範圍有限之下，差額負擔雖增加民眾選擇就醫項目，卻可能衍生經濟弱勢者醫療負擔等問題。所以，醫療給付的改革，包含給付項目調整的決策過程，需擴大民眾參與，資訊公開透明也更形重要。

因新療法、新藥品、特材等項目研發成本較高，價格相對昂貴，在健保資源有限的情形下，為發揮健保最大效益，健保局在決定醫療給付的調整增修時，如新科技、新藥、新特材等項目，皆須提案由專家或學會、保險人等組成委員會，討論、審查比較既有相近的項目，並做經濟效益分析、定價審議等程序，以決定是否納入健保給付。過程以實證醫學證據、系統性的評估方法，及成本效益分析等資料納入決策過程，並得邀請廠商、專家及病友等團體代表發表意見，以擴大民眾參與醫療給付決策，讓醫療照護更具品質、公平與效率。

## 部分負擔之設計及調整

民眾按月繳交保險費，便可自由的在任何時間、地點，不限次數就醫；但病患與醫生之間的診療行為，若全部由第三者的健保局來支付，很容易便產生醫療浪費。所以全民健康保險在規劃之初，即設計「部分負擔」（Cost-sharing）的機制，以健全保險財務制度。部分負擔制度亦可使民眾依傷病輕重程度，選擇適當的醫療院所就醫，並加強民眾的成本意識，適度引進使用者付費的概念，以減少民眾不必要的就醫行為。

### 部分負擔設計原則

我國過去施行的公、勞、農保體系中，除了公保 6 種疾病訂有 10% 門診藥費部分負擔外，其餘皆無部分負擔的規定，因而醫療費用節節上升。為有效抑制民眾的醫療浪費與總體醫療費用成長，健保即設計部分負擔制度，以減少醫療資源不當使用，建立分級醫療及轉診制度。

基本上，大醫院負責急重症的治療與新治療技術，基層診所處理較輕微傷病，並做好民眾預防保健工作，醫療院所各展所長，即可有效運用醫療資源，讓民眾獲得更好的醫療照護。設計部分負擔須避免妨礙民眾適時求醫，所以對弱勢團體及特定情況，便予免除負擔。此外，部分負擔的設計需簡明易行，使民眾與醫療提供者皆可接受。詳述如下：

- 一、門診部分負擔為門診或急診費用 20%；不經轉診逕赴層級較高醫院診療，部分負擔可從 30% 至 50%。為簡化行政作業，主管機關得依院所前一年平均門診費用及佔率，採定額方式收取。
- 二、住院部分負擔依所住病房為急性或慢性、住院日數長短等，訂定不同比率，久佔病房者須特別加重比率。
- 三、榮民、低收入戶可免除部分負擔全額（由相關單位經費撥付），而且就醫時就免除，而非事後核退。生育、重大疾病及預防保健給付，則由主管機關訂定，免除部分負擔。

四、為避免部分負擔造成民眾經濟負擔，健保會按上一年每人平均國民所得 10%，設定當年住院部分負擔上限。

與其他國家比較，我國民眾就醫時須自付的部分負擔率並不算高，如韓國、法國、日本的部分負擔皆多達 30% 甚或以上，但我國以 94 年為例，整體部分負擔收入僅佔總醫療費用約 7.23%。

### 部分負擔調整沿革

健保實施至今，部分負擔除住院部分並無調整之外，其餘皆陸續進行評估調整，如門診有 3 次重大調整；完全免除負擔部分，也有些許調整。略述如下：

#### 一、門診部分

##### (一) 開辦初期

健保開辦第 1 個月為過渡期，部分負擔金額暫採二級制，即逕赴醫學中心及區域醫院以 80 元計；赴地區醫院、診所、中醫及牙醫以 50 元計。84 年 4 月 1 日起部分負擔金額回歸四級定額制，亦即未經轉診下，至基層院所 50 元、地區醫院 80 元、區域醫院 150 元及醫學中心 210 元，並按是否轉診分一般門診、慢性病門診、特殊檢驗檢查門診與門診手術、急診等方式計收。

但民眾並不清楚醫院的層級，或誤以為須經轉診才能到醫學中心就醫，怨聲頻傳。故衛生署再次公告修正，自 84 年 5 月 1 日起改回二級制，基層院所及地區醫院為 50 元，區域醫院及醫學中心為 100 元。而後自 86 年 5 月 1 日起，為抑制醫療費用成長與浪費，健保局公告實施門診部分負擔修正為三級制，醫學中心門診部分負擔金額調整為 150 元，區域醫院維持 100 元，地區醫院及診所維持 50 元。

## (二) 88 年實施門診特定項目部分負擔新制

有鑑於健保醫療利用快速成長，健保監理委員會經多次討論後，通過實施門診藥品、就醫超過一定次數者、及復健治療（含中醫傷科）同一療程的治療加收部分負擔方案。

此方案實施 1 年後，健保局發現，確實有效節制醫療資源的浪費，但門診高價藥案件增加異常，而有必要對高價藥的費用加收部分負擔。另並放寬 65 歲以上老人，就診未達 25 次前不加收部分負擔，因此，90 年 6 月健保局實施門診就醫超過一定次數者，其藥品以及基本部分負擔調整方案。

## (三) 91 年調整門診部分負擔

由於門診部分負擔須協助落實分級醫療及轉診制度，立法院衛生、環境及社會福利委員會在 91 年 6 月決議，要求行政單位於當年 9 月前提出具體方案，拉大醫院層級間部分負擔金額的差距，以落實分級醫療及轉診制度。故中央健保局乃按醫院層級定率收取門診部分負擔，亦即醫學中心及區域醫院 20%、地區醫院 15%，基層醫療單位維持現制，以回歸健保法第 33 條第 1 項的規定。

規劃方案提出之後，由於建議方案併同費率調整，產生很多反對意見。醫界反映醫院配合作業繁雜，而輿論與消費者團體亦認為，調整方案對醫療費用較高的重症病患影響過大。衛生署在參考各界及健保監理委員會等意見後，並未全面實施定率部分負擔，只保留檢驗、檢查及藥品部分。至於拉大各層級醫療機構間部分負擔之差距，因前往診所及地區醫院的就醫人次，佔全部就醫人口將近 8 成之多，為縮小衝擊，衛生署僅就醫學中心及區域醫院門診基本部分負擔進行調整，診所及地區醫院則維持現制，相關調整自 91 年 9 月 1 日起

實施。衛生署另公告自 93 年 1 月 1 日起，取消就醫超過一定次數者，以及門診檢驗檢查部分負擔。

#### (四) 94 年調整醫學中心及區域醫院門診基本負擔

健保局為配合衛生署建立「厝邊好醫生，社區好醫院」的全人照護體系，協助落實轉診制度，並促使民眾逐步改變直接到大醫院就醫的行為，提出西醫門診基本部分負擔，與急診部分負擔的調整方案。主要依「逕赴就醫」或「轉診」2 類方式計收，調整醫學中心、區域醫院及地區醫院門診基本部分負擔，同時配合調整門診與急診部分負擔，此方案經衛生署公告，自 94 年 7 月 15 日起實施。

## 二、住院部分

### (一) 負擔比率

住院部分負擔歷年來均維持全民健康保險法之規定，依急、慢性病房及住院日期長短加重其不同的負擔比率。其負擔標準詳如下表：

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

## （二）最高限額

為顧慮住院費用有時甚為龐大，民眾恐難負擔，因此健保對住院費用部分負擔特別訂有最高限額；亦即自付金額達到上限以後，便完全由保險給付：

1. 入住急性病房 30 天以內或慢性病房 180 天以內出院者，每次最高部分負擔金額，按前一年平均每人國民所得 6% 訂定；若住院天數超出上述規定期限者，仍應按規定負擔比率自行負擔部分住院費用。
2. 1 年內數次住院，無論是否同一疾病，最高負擔金額按前一年平均每人國民所得訂定，超過部分可以向健保局辦理核退。

## 三、免部分負擔情形

### （一）重大傷病

健保法訂定之初，即明文規定重大傷病患者免除部分負擔。另外依 88 年健保法修正，主要則是規範重大傷病申請程序、各項免部分負擔範圍及核退規定，其中有關重大傷病有效期限，規範須 3 年換證一次；91 年配合重大傷病範圍的修正，這項辦法亦將多數重大傷病的有效期限，修正為 3 年、5 年或永久有效。

### （二）分娩、預防保健服務、山地離島地區就醫

皆依健保法規定免部分負擔。山地離島地區因地理環境特殊，生活條件較差，醫療資源普遍缺乏。為提高納保率並降低就醫障礙，於山地離島地區醫療院所接受門診、住院或接受居家照護服務者，均免部分負擔。經離島醫院診所轉診至臺灣本島就醫者，門診、急診亦免自行負擔醫療費用。

（三）從社會救助觀點，政府各該主管機關依其權責及政策考量，皆採編列公務預算方式，補助特定族群部分負擔，如低收入戶成員及 3 歲以下兒童、榮民以及 921 震災或莫拉克風災重建區受災民眾等。

表 3 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、骨髓及胰臟移植後之追蹤治療。
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 ≥ 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）其他慢性疾病的嚴重營養不良者，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	經衛生福利部公告之罕見疾病，但已列屬前 29 類者除外。

## 醫療費用支付制度

健保支付制度與醫療行為息息相關，根據世界先進國家一致的經驗，支付制度是將健保醫療費用維持在合理範圍內最有效的工具。為避免醫療資源的浪費與浮報，健保局不斷檢討改進健保支付政策，陸續實施各種支付方案，二代健保法更明訂多元支付方式。我國健保從開辦時期的論量計酬制度，漸漸走入前瞻性的支付制度，例如論病例計酬及總額支付制度，以期將醫療費用支出控制在合理範圍內。

我國健康保險支付制度採第三者付費機制，病患到醫療院所就醫所花的醫療費用，便由健保局根據「支付基準」付費給醫療院所。支付基準是指健保支付費用時，所使用的支付單位，可針對服務項目或住院日、病例、病人做為支付單位。所以健保體系為求公平、合理、健全，便需審慎設計支付制度，因其不僅直接影響醫療院所的收入，與服務資源的分配，對醫療費用控管、醫療服務數量、效率與品質，都有很大的影響。

### 論量計酬與支付改革

健保開辦前，公、勞保皆採用「論量計酬制」，根據醫療院所的收費標準支付，並依診療行為設定支付項目及相對點數，較缺乏成本分析。79年起，勞保參考日本支付制度及各醫院平均價格，以同工同酬為原則，並根據不同層級分別規定可適用的診療項目，具有分級醫療的精神，所以健保設計支付標準時便沿用此原則。

為與公勞農保順利接軌，加速醫療院所特約，初期健保仍以公、勞保的論量計酬制為主，並參酌醫療團體建議，增修醫療服務及保險給付範圍。惟在本制度下，醫師服務量愈多、收入愈多，較不考量成本效益，也缺乏鼓勵醫師促進病人健康與品質的誘因，包括不必要的診察、用藥、檢查及手術等，不但造成醫療費用大幅成長，也影響醫療品質。

為促進醫療效率及減少不必要就診浪費，中央健康保險署於基層診所實施合理門診量，使診察費隨平均看病次數增加而遞減，以勵適度節制並

提升看診品質。同時根據不同醫療照護特性，靈活運用各種支付制度，包括總額支付制度、論病例計酬、診斷關聯群支付（Tw-DRG）、論人計酬、論質計酬等此外，亦積極推動醫療服務體系整合，如山地離島地區醫療給付效益提升計畫、家庭醫師計畫等，以提升醫療服務可近性、醫療品質及效率。

每一階段的支付制度變革均面臨不同挑戰，其中以 DRG 的導入歷時最久，醫界反彈也最大。論質計酬則是在論量計酬之下，品質達到標準者再給予額外獎勵，規劃與推動的過程較為平和，也建立醫界與健保局的合作模式，惟仍須積極鼓勵提升院所參加的意願。

## RBRVS

健保在有限醫療資源下，為促進醫療資源合理使用，積極改革支付制度，以促進科別間給付公平性與合理性使用。因此，健保分別於 93 年 7 月及 102 年 1 月導入臺灣版資源耗用為基礎的相對值表（Resources-based Relative Value Scales, RBRVS），客觀評量各診療項目的資源耗用模式。如根據醫師照顧病人時所花費的時間、身心投入程度，以及專業人員、藥材與設備等因素，將每一項醫療服務給與比重，以相對點數反應各項醫療服務成本，建立合理支付標準。為減少導入相對值表的衝擊，健保局採漸進的方式，依項目與各科執行率調整點數，主要調增急重症及婦、內、兒、外科及急診等部分。

## 多重慢性病整合照護

近 10 餘年為隨著臺灣人口老化、慢性病與老年共病增加。據資料顯示，92 年至 97 年的多重慢性病人，即罹患 2 個以上器官系統慢性疾病者，佔全國就醫人數由 14% 成長至 20%，60 歲以上的老人約一半具多重慢性病。其中罹患 10 種器官系統的多重慢性病患，全年平均就醫次數是僅罹患 2 種多重慢性病患的 7.5 倍之多。多重慢性病老人多以大型醫院作主要就醫地點，並在院內多科就診，但臺灣醫院雖設科齊全，專科間卻缺乏溝通，且



辦理醫院以病人為中心之門診整合照護試辦計畫

無家醫制度，用藥與檢查未經整合，老人往返奔波醫院，無法獲得良好醫療品質。

健保局於 98 年 12 月起，進行多重慢性病患整合性門診醫療照護計畫，鼓勵醫院透過專業科別的合作，以病人為中心，有效避免不當及重複用藥、重複檢驗檢查與處置等，並逐步達成一次掛號、一次部分負擔的有效率醫療服務，進而改善病人往返醫院時間，有效提升用藥安全、減少醫療浪費。

參與試辦的醫院，則考量醫院專科整合能力、病人疾病型態、與其他醫療人員的配合度等，進行多種創新嚐試，包含藉助資訊管理開設高齡老人整合門診、內科整合門診或以疾病別為主的整合門診，例如：糖尿病、心腎門診、三高門診等。

101 年全國有 192 家醫院參與試辦，總照護病患達 44 萬餘人。據統計，計畫推行後，醫院內整合照護對象平均每人每月就醫次數下降幅度達 10.7%，平均每人每月就醫點數下降達 0.38%，平均每人每月院內民眾申訴成案件數呈現減少之院所家數佔 99.5%。所以病患在接受整合照護醫療服務之後，不僅減少不必要的就診與用藥，也大幅提升醫療品質。

在有限的醫療資源下，透過支付方式改變、建構整合性醫療照護模式，已成為健保照護整合改革的趨勢。本計畫推行成功後，會更持續推廣，朝提升醫療品質、病人用藥安全、健保資源效益最大化等目標邁進。

## 論病例計酬與疾病診斷關聯群（DRGs）

健保開辦之初便選擇手術過程單純、醫療服務點數變異性小的項目—自然產、剖腹產及自行要求剖腹產 3 項，先行辦理論病例計酬。論病例計酬，即預先訂定手術的支付標準，對保險人及醫院來說，有較標準化的支付金額，醫院也可以做合理的自我成本管控，以追求更高的管理效率、醫療品質透明化，並協助減少醫療浪費。所以繼生產論病例計酬後，又逐步擴大辦理，初期以外科手術及婦科項目為主，其後又增加眼科、泌尿科、內科、骨科、耳鼻喉科、心臟科等項目。至 92 年總計有 54 項病例計酬項目。經評估發現，實施論病例計酬對平均住院日、檢查、用藥等，各有節約效果，如腹腔鏡膽囊切除術病患的再急診率、手術死亡率、平均費用及住院天數皆有所減少。

為全面推廣，自 88 年起健保局便以美國 CMS 18 版的疾病診斷關聯群（DRGs）為分類基礎，結合國內專家學者、臨床醫師及臨床疾病分類人員，組成 DRGs 專案研究小組，同時以託委研究方式，增加 CMS 版所缺乏的新生兒分類，共同完成適用於國內醫療型態的臺灣版 DRGs（Tw-DRGs）。Tw-DRGs 分成 23 個主要疾病類別，分類項目共 1,017 項 DRG。為使制度週延並爭取醫界的支持，從 88 年開始共歷經 11 年研議，自 99 年 1 月開始，健保局規劃以五年時間分期導入，全程導入將佔總住院費用之 60%。

住院論量支付改採 Tw-DRG 支付，是臺灣健保的重大變革。為保障病患權益，健保局特別設計監控指標，針對醫療效率、費用轉移、病患轉移及成效測量等四個面向，作管理及重點審查參考。

在 Tw-DRGs 支付點數的計算方面，則依據過去醫院申報的住院醫療服務點數，統計每一個 DRG 的相對權重及標準給付額。另有基本診療、兒童、CMI（Case-Mix Index）及山地離島等 4 項加成。為減輕對重症病患的影響，經與醫界代表協商，決定部分疾病不納入 DRGs，包括癌症、精神科疾病、愛滋病、罕見疾病及住院日超過 30 日等病患，皆維持以論量計酬方式支付。

根據健保局實施成效檢討顯示，第 1 年實施了 155 項 DRG，平均每件住院天數由 4.39 天下降為 4.19 天，整體下降 4.60%，換言之，全國 1 天可空出約 252 張病床，不僅減少病患等待病床或急診暫留時間，也達到以 Tw-DRGs 提升醫療服務效率的目的；而且實際醫療服務點數也由 45,514 點微幅上升為 45,803 點，較前 1 年同期增加 289 點，平均每件實際醫療點數微幅上升 0.63%，顯示病患接受的醫療服務並未減少，而服務效率已顯著提升。

### 推行總額支付制度

臺灣健保總額制度採支出上限制，由衛生福利部於年度開始前 6 個月，擬訂醫療給付費用總額範圍，並且報請行政院經濟建設委員會審查核定。其間，行政院經建會審查總額協商草案，會考量人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口之成長率等，是為低推估成長率；另外再考量政策推動相關措施、健保費率精算報告、民眾付費能力與我國整體醫療保健支出等因素，亦即高推估成長率，即可定出總額協商上下限。

為協定及分配醫療給付費用，則設立全民健康保險會，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之名額，不得少於 1/2；且被保險人代表不得少於全部名額之 1/3。

當行政院核定之後，健保會便於年度開始前 3 個月，協定給付總額及分配方式，報請衛生福利部核定。同時，健保局及各總額部門也預先研擬協商項目計畫，召開委員會議。

待衛生福利部核定完成後，便公告年度總額協定結果及內容，並監督各部門研擬具體執行計畫據以實施。年中還會召開成果發表暨評核會，以作為隔年協商參考（表 4）。

表 4 「健保醫療給付費用總額」流程



· 總額支付制度促使醫療專業自主

總額支付制度是目前各國公認，最能控制醫療費用成長的醫療支付方式之一，其運作原理，為預先協定未來一年的醫療服務預算，醫界則自行管理診療行為、合理運用醫療資源，以控制預算。除了控制醫療費用成長外，醫界可提高成本意識，並以同儕制約或自律，合理使用醫療資源。健保局為執行大總額下之各部門總額，於年度協商時，便密切與健保會委員、付費者代表與醫界代表等，共同針對總額內容與項目進行討論，為使各醫療團體儘快運作總額支付制度，健保局邀集各醫界代表團體，定期針對相關計畫、方案、點值結算與支付標準調整作深入討論。而且，為確實推展總額，健保局各分區業務組亦定期與各區醫療院所代表，進行聯繫或共管會議。歷經多次會議，針對各部門的總額支付制度方案及配套措施積極研議，共同完成規劃支付政策。健保局並將專業審查等事務，委託特約醫事機構代表，藉醫事團體自律及健保局共同管理，提升醫療提供者專業自主性。

### · 確保總額品質

在實施總額支付制度之後，健保局對於醫療服務品質的要求更加嚴謹，依據「品質確保方案」監控醫療品質，並每半年作問卷調查，瞭解醫界及民眾對總額的看法與滿意度。

為鼓勵提升醫療服務品質，獎勵優質特約醫療院所，於91年協商總額時，新增品質保證保留款項目，由協定的成長率中移撥部分，設專款專用經費，獎勵符合品質指標與規定的優質特約醫療院所。核發標準大多考量其利用率及管理指標，指標項目包括無異常醫療行為模式、無申報異常等。每年的總額成長率，亦將預期新增給付範圍、或支付項目（如高科技及新藥等）對醫療費用的影響，一併納入總額協商，使新醫療科技的引進獲得保障。

### · 牙醫總額辦理規劃

為辦理總額支付制度，於84年12月由牙醫團體代表、健保局、及衛生署健保小組共同成立推動小組，負責規劃、評估並完成牙醫門診總額試辦計畫草案，不僅提高牙醫總額支付制度計畫的可行性，也為政府部門與醫界團體代表的協商建立良好互動模式。牙醫團體藉由參與健保決策過程，除了增進其專業自主性，也提高牙醫醫界與政府部門合作的配合意願。

總額預算的成長率，包括非協商與協商因素兩部分。非協商因素，包含投保人口年增率、人口年齡性別結構改變率、成本指數改變率等；協商因素則包含保險給付範圍改變、醫療品質改變、鼓勵偏遠地區牙醫服務等政策，對醫療費用的影響等。87年7月開始辦理牙醫門診總額，第1、2期協商的成長率高達8%，是各部門實施總額以來的最高成長率。



辦理期間，由醫界成立「牙醫總額保險委員會」負責專業審查，健保局則建立檔案分析制度，負責行政審查，以提高審核效率、一致性及合理性，減少專業間的紛爭，並合理控制費用。為避免牙醫界聯合減少必要服務，以爭取較高的每點支付金額，除監測每點支付金額的改變，亦定期做各分區保險對象就醫品質、滿意度及差額負擔調查，以定期監控牙醫服務品質，促進同儕制約。

辦理第 1 年費用成長率控制在 8%，低於總額支付開辦前的成長率 12%。第 1 季僅北區分局每點支付金額超過 1 元，截至實施後第 4 季為止，各分局已將每點支付金額提升至 1 元以上，至 92 年，全局年平均點值仍可達 1 點 1 元。

原則上，總額預算依健保局 6 分區人口數分配，但採漸進方式執行，87 年分區預算依「校正人口風險後保險對象人數」比率分配佔 10%，逐步推展後，95 年已達到 100% 錢跟著人走的目標。

將實施前後民眾滿意度調查相較，除對自行負擔費用滿意度較低外，其餘滿意度之各項目均在 80% 以上。而且，由於調整支付標準、遴聘審查醫師、擬定審查注意事項等均授權牙醫團體負責，其專業自主性也大幅提高。

#### · 全面實施總額

醫療費用總額預算支付制度自 87 年 7 月起由牙醫門診先開始實施，其後分別於 89 年 7 月陸續推動實施中醫門診總額，90 年 7 月實施西醫基層總額，至 91 年 7 月實施醫院總額，完成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 95 年起之醫療費用成長率如表 5。

總體來看，總額支付制度讓醫療院所在固定的預算額度下，將資源有效運用在民眾身上，並達到同儕制約的作用，既節省醫療支出又能提升提升品質，亦增進與保障民眾就醫權益。

表 5 歷年全民健保醫療費用成長率



資料來源：衛生福利部全民健康保險會第 1 次委員會議 102 年 6 月份全民健康保險業務執行報告。

## 論質計酬支付制度

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 90 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 95 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，96 年更擴及醫院執行。另結核病醫療給付改善方案，自 97 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。99 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，100 年 1 月再新增初期慢性腎臟病論質方案。糖尿病方案因辦理成效良好，自 101 年 10 月起導入支付標準，以擴大照護對象；高血壓方案因病患常合併多重疾病，例如糖尿病、慢性腎臟病等，故未再以疾病別單獨另列計畫追蹤，自 102 年 1 月 1 日起停止試辦。

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%），參加方案一年後，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。

### 家庭醫師整合性照護計畫

為建立「厝邊好醫師、社區好醫院」雙向轉診制度，落實分級醫療，使民眾獲得完整、持續性醫療照護，中央健保局自 92 年 3 月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，以同一地區特約西醫診所五至十家為單位，與該地區的醫院共同組成社區醫療群，由中央健保局提供社區醫療群支付誘因，依照醫療群所收的個案給付管理照護費，其餘醫療服務以支付標準項目另行申報。

試辦初期，配合國家政策，至少需達到 300 個醫療群，中央健保局多基於輔導立場，協助各醫療群繼續留住服務本計畫的社區民眾；近年來則將收案對象、支付方式及品質指標列為改革重點，期望藉由支付方式改革，由論量支付制度轉型為論人支付制度，並將照顧個案成果、節省的醫療費用回饋給醫療群，以提升預防醫學與健康促進動機。

此一整合照護計畫推動成效，包括建立醫療群合作模式，奠定基層診所跨專科水平整合、與醫院垂直整合的基礎；建立醫療群與醫院檢驗資



料共享、病房巡診、共同照護門診、個案研討等合作模式，以提升基層醫療品質，大幅提升參與個案預防保健疾病篩檢執行率，達成「三段五級」之初級預防；辦理社區衛教，提升基層醫療群形象；目前共組成 374 個社區醫療群，有 2700 家診所、135 家合作醫院參與，照護個案超過 200 萬人。此照護模式對預防保健檢查率之提升，門診次數、急診率、住院率之減少，照護對象各項滿意度均達 90% 以上，已有具體成效。

醫療群的特色服務還有設立 24 小時諮詢專線，平時可建立完整的家庭醫療資料，當疾病發生時，家庭醫師可立即掌握或追蹤病情，提供最適當治療；病人如需轉至醫院診治，由社區醫療群提供協助，不僅節省到處找醫師的時間和金錢，且能提供轉診病歷摘要，讓接手的醫師立即掌握病情。由家庭醫師轉出的病人待病情穩定後，仍須追蹤治療，則可回到原先家庭醫師繼續照護；出院後若仍須追蹤，也可透過轉診，轉回由家庭醫師處理。社區醫療群制度可建立雙向轉診平臺，讓基層診所和診所間、診所與醫院間有一連繫及合作管道，增進醫療體系整合，共同照護民眾健康。

## 論人計酬之改革

現今醫療制度除部分論質計酬方案及專案計畫外，多採論量計酬方式，也就是民眾就醫次數越高，開藥及開立檢驗越多，醫院的全民健保收入就越多；相對來說，若預防保健及輕症醫療做得越好，民眾整體健康狀況改善，就醫次數、開藥及開立檢驗次數降低，院所收入反而減少，因而明顯缺乏使特約院所促進民眾健康之誘因。有鑑於此，以民眾為導向的論人計酬制度，事先議定每人費用，由醫院或結合若干家診所為主體，選定地區申請承辦，醫療團隊提出健康促進計畫書，除一般治療外，醫療提供者積極對病人衛教，民眾越健康，醫療提供者報酬越高，雙方均獲利。

「全民健康保險法」修正版於 100 年 1 月 26 日由總統公告，其中第 44 條：「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。前項家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照顧對象之年齡、性別、疾病等校正後之人頭費，

計算當年度之給付總額。」為推展論人計酬，需先試辦不同模式，尋求最佳模式，作為未來全面推展的依據，中央健保署參酌各界意見，研擬「全民健康保險論人計酬試辦計畫」，並於 100 年 2 月 23 日公告實施，對外正式公告徵求參與意願，由醫院或診所組成團隊或個別醫院申請承辦，醫療服務範圍包含門診、住診與透析，不含移植、牙醫與中醫，而且不限制民眾就醫地點。

試辦計畫採三種模式試辦：第一種為區域整合模式，以行政區域的所有戶籍民眾為對象，由院所團隊提供整合服務；第二種為社區醫療群模式：由參與「家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦，並擴大範圍至住院服務；第三種為醫院忠誠病人模式，由參與「建構整合式照護模式並逐步促進醫療體系整合計畫」所收忠誠病人為對象，並擴大範圍至住院服務，各試辦團隊試辦期間為三年，醫療費用節餘成效佳者，結餘款之一定成數回饋團隊；醫療費用超出虛擬總額，須承擔一定成數之風險費用。

102 年共有 8 個試辦團隊參加，照護人數達 207,035 人，各試辦團隊提出各種創新照護策略，包括走入社區、結合社區志工及社區現有資源（如活動中心），進行健康促進、宣導活動及運動計畫等，各試辦團隊在整合醫療資源及提升照護品質之努力，獲得專家學者之一致肯定。

## 藥品支付制度

為了維護民眾用藥安全及權益，長久以來，健保局一直致力於審慎把關、積極引入新藥、並訂定合理的藥價。因藥品費用佔健保醫療費用約 1/4，故藥費為健保局節制醫療浪費的管控標的之一。為讓資源有效分配，健保局透過制度設計，讓醫療院所產生努力議價的動機，並定期調查市場交易實際藥價，每兩年調整藥價至最合理，調降藥價的節餘用於新藥收載及給付規定擴增，使健保醫療費用不會逐年升高，且使得藥品在「價格」與「品質」之間取得平衡，讓民眾安心擁有選擇藥品的權益。

為使醫療院所及廠商漸次熟悉健保藥品給付，健保開辦時便沿襲公、勞保制度，依照醫院所申報的藥價支付；若高於上限價格，則以上限價格支付。而後自 86 年 4 月 1 日起，即全面改採統一支付價支付。

但是當時與國際藥價一經比較，健保局發現，不少藥品支付價格皆比國外高。為改善價格不合理，健保局與醫藥界多次協商健保藥品收載、藥品分類方式及核價原則，於 85 年 9 月 17 日共同擬定「全民健康保險藥品核價原則」；並綜合該原則以及審查、支付等相關規定，訂定藥價基準。為保障民眾用藥安全及權益，健保局並於 84 年 6 月 20 日訂定「全民健康保險藥品使用規範」，以導引合理用藥。87 年又將該規範，依臨床慣用藥品手冊架構分類予以編排，並改名為「全民健康保險藥品給付規定」。之後，該規定亦作為健保藥品辦理藥品審查及支付的依據。前項規定於二代健保實施後，依健保法第 41 條規定，已將相關規定納入「全民健康保險藥物給付項目及支付標準」。

歷年來健保局進行收載藥品，均參酌各相關醫學會建議、臨床文獻及醫藥專家臨床使用情形，並考量藥品的療效、副作用等相關因素，訂定藥品給付規定，以避免發生藥品被不當使用或濫用等問題。

## 健保藥品品項之收載

自健保開辦後，健保藥品的收載品項數，每年皆維持在 15,000～20,000 項之間。直至 102 年 11 月，健保局統計收載的藥品品項數，共有 16,761 品項。這些經健保核定支付的藥品品項及藥價，均公佈於健保局全球資訊網，以使藥品價格資訊透明化、公開化，並利於民眾查詢。

健保藥品的收載需經一定程序，先由衛生福利部（原衛生署）核准通過查驗登記，並取得藥品許可證後，該藥商方能向健保局提出收載。健保局再就廠商申請案件及資料，提供財團法人醫藥品查驗中心的科技評估組進行醫療科技評估，除了就廠商的摘要報告進行評估，並收集各國臨床評估報告，依其療效、經濟效益，公共觀點等做整體審核評估，醫療科技評

估報告交回健保局後，亦會請藥商參考並表示意見，最後完整的醫療科技評估報告會公布於網路，供大眾參考。接著經由醫師、藥師等組成專業團隊討論，判斷其臨床療效的改善情形，並分類為第 1 類或第 2 類藥品，據此擬出核價方法並定出給付規定、臨床用藥規定後，便公告支付藥價，至此方納入健保收載。

葉金川署長表示：「支付藥品不是付價格，而是付價值。」所以新藥收載時，其醫療科技評估、成本效益評估便相當重要。依據藥事法規定，新藥係為新成分、新劑型、新療效複方及新給藥途徑之藥品。

一般而言，健保認定的新藥可依醫療效差異分兩大類：

- (一) 突破性（第 1 類）的新藥－過去無此療效、或突破性改進療效的藥物，透過鼓勵制度引入臺灣。
- (二) 療效類似（第 2 類）的新藥－突破性新藥上市後，因其他廠商皆可分析其藥理結構，便會出現類似療效的藥品。健保局則需比較其療程或療效，如原開發廠 1 天須吃 3 次，新藥 1 天只要 2 次，或副作用較少等，只要有所改進都可鼓勵引進。

健保局的核藥原則為：重要的第 1 類新藥須確保引入臺灣；第 2 類新藥則應以公平為原則，以及增加臨床治療選擇的可近性及多元性，給予鼓勵。96 年 10 月起，健保局透過委託方式，由財團法人醫藥品查驗中心蒐集國際公認最完整且具有詳細評估的英國、加拿大、澳洲等 3 國的，最新醫療科技評估報告，供醫、藥專家彙整評估、審議新藥參考。二代健保法更明文規定，訂定藥物給付項目及支付標準時，得辦理醫療科技評估，以證實新藥、新醫療科技的臨床價值及治療效益，並利於做出具科學依據且客觀的決策。

我國收載新藥的速度其實並不慢，健保所訂之鼓勵制度，對於引入新藥是有幫助的。新藥從提出建議到完成收載，須經審議評估、專家諮詢、及共同擬定會議，通過後，便可正式公告，期間約需 6 至 7 個月。如全世

界第 1 個治療乳癌的標靶藥物－賀癌平，在英國、加拿大還在討論是否支付時，臺灣 93 年左右就開始健保給付了。

為保障民眾用藥安全，健保局並配合原衛生署辦理藥品再評估制度，將安全有疑慮的已收載藥品，於收載品項表中予以刪除。所以，健保藥品基本上從收載前的審查、許可上市後的檢討、直到醫師處方開藥，都經過一系列品質監測把關，確保民眾可安心選用優良藥品。

另外，為增進藥品使用之合理性，與配合醫藥分業及推動藥品合理流通管理，立法院通過之健保有明文規定，健保不給付指示用藥。但為考量醫師之醫療習慣，對於原公勞保時代已經給付的指示用藥，健保局逐年縮小其品項範圍之作業如下：第 1 階段，臨床實證研究指出，制酸劑對胃酸及消化療效有限，且影響其他用藥的吸收治療，因此，自 94 年 10 月 1 日起取消給付 176 項制酸劑用藥。但仍有超過 1,000 項腸胃處方用藥列入給付，不影響病患權益。第 2 階段，再於 95 年 2 月 3 日取消給付低療效、低含量的維生素及鈣補充劑等，共計 240 項，健保仍給付 1,400 多項維生素或礦物質製劑處方用藥，以應民眾因疾病所需。94 年 5 月 27 日立法院決議，為免民眾無法享受更高醫療品質，建議暫緩執行指示用藥不再給付政策。

## 健保藥品支付價格之訂定

健保局的核價原則是依照 97 年藥品政策全國會議中，葉金川署長所宣布 3 大藥品政策為目標：

- 一、公平給藥－每一個病人都能公平得到藥物治療。
- 二、盡快收載－每一個病人都能很快取得新藥治療。
- 三、取得價格與品質間的平衡－健保局鼓勵藥廠研發新藥，以滿足民眾治療的權益，但也要評量健保局的負擔與新藥的效果，兩相平衡。

進行新藥訂價時，即由健保局邀集醫、藥專家徵詢意見後作出收載及核價建議，第 1 類新藥以 10 大先進國家，包括美、德、法、日、英、澳、加拿大、瑞士、瑞典及比利時等 10 國藥價的中間價格（中位數）作為訂價，此價格在國際市場上相當有競爭力，以鼓勵藥廠引入臺灣。若在國人族群特異性療效及安全性的臨床試驗達一定規模，便予以加算 10%。第 2 類新藥則依其臨床價值改善情形給予訂價，倘實施國人族群特異性療效及安全性的臨床試驗達一定規模，以及在國內進行藥物經濟學臨床研究者，又分別加算 10%，但須以 10 國藥價中位數為上限。



若為相同成分、劑型的藥品，則參考之前已納入給付的相同成分、劑型藥品的藥價定價。其又分為原開發廠藥品及學名藥品兩種，原開發廠藥品以 10 大先進國家中位數之 85% 或 100% 為支付價格上限，學名藥則分為 BA/BE 學名藥及一般學名藥，原則上以不高於原開發廠藥品價格的 80% 或 90%、以及已收載同分類藥品最低價。學名藥品依登記先後給予訂價，愈晚價格可能愈低，鼓勵廠商盡早研製出學名藥，才能拿到好價格，如此也才能讓醫師有多元選擇。

事實上，經過藥物管理單位查驗登載的學名藥品，均已證明其療效跟原開發廠藥品基本上相同。為節省成本，很多國家的保險支付者，多規定只能使用學名藥；若用原開發廠的藥，則須負擔差額。我國健保並沒有這方面限制，僅站在公平而多樣選擇的立場，提供醫師選擇。但醫院可能因採購成本而各有傾向，選擇對其有利的藥品。

## 藥品價格調整

為減緩藥品核價對藥品業的衝擊，針對原公、勞保已給付單價偏高的藥品，幾經協商，健保局與產業界達成共識，自 85 年開始，依國際藥價分 2 年 3 階段實施藥價調整措施。85 年 11 月 1 日，調整 633 項藥品、86 年 12 月 1 日，調整 710 項藥品，估計每年可節省藥費約 6 億元；但最後 1 階段因國際匯率變動，便暫緩實施。

其後健保局參考日本做法，88 年進行第 1 次藥價調查。先請藥品供應商，提供已收載的藥品交易資料；健保局依據調查資料，再查核特約醫事服務機構申報的交易資料，若發現價量異常，則進行實地訪查。自 95 年 12 月以後，則由磁片申報方式，改採網路申報方式進行。

健保局歷次藥價調整，皆依據藥品市場交易價格，並以分類分組訂價，第 1 年調查結果藥價差範圍在 30% 以內的藥價先不調整，並依藥價基準規定，5 年內將藥差價縮小至 15%，亦即藥價差超過 15% 以上皆予以調降。92 年之前每年調整，之後健保局則每 2 年調整 1 次，算出各醫療院所的平均價格，並將藥品價格往下調整，便可把價差縮小。

健保局過去沒有行政調查權，但第 5 次藥價調整時，則特別與高檢署和地檢署配合「藥價調查不實申報」。經臺南地方法院檢察署幫助偵查並稽核比對，結果發現有為數不少的藥商及醫院隱匿申報「折讓」、「贈品」、「現金捐贈」、「管理費」及其他與藥品交易有關係的利益，皆未以實際交易價格申報。因此，又進行「再確認及更正申報」作業，並依原公告原則重新計算調整藥價。

自 88 年至今，已辦理 7 次藥價調整，調整後可讓藥費支出的成長趨於和緩，其調整效益則運用於癌症、重大疾病、罕病、老化引起疾病所導致之藥物使用量的增加及所衍生之費用，也運用於增加了許多昂貴新藥及新特材的給付、放寬藥物給付範圍及調整偏低的支付標準。若藥價一味調降，可能讓某些重要藥品離開市場，造成民眾沒有藥用，所以健保必須穩固市場，重要藥品皆不予調降。如血友病為特殊族群，或是市場上能供應的藥廠家數並不多時，如果藥廠離開市場，可能會面臨病患無藥可用的困境，

影響民眾用藥權益。若藥廠有不敷成本的情形，健保也會特別專案調升價格。此外，年代久遠的老藥、罕見疾病用藥等，因病患少、市場小，廠商多不願生產，這部分則應保護、並鼓勵廠商。

臺灣的藥品市場佔全球市場比率不到 2%，所以健保局須透過鼓勵制度讓廠商願意來臺，讓民眾有新藥可治療，但面對不合理的市場交易價格，仍該有所制衡。從制度面去設計，療效突破的藥品，我們要給好的價格；療效類似的藥品，就給合理的價格。歷經多年調整，健保藥品在重大傷病、慢性病，如罕見疾病、癌症、高血壓、糖尿病等比重逐年增加，約有 80% 的資源用於照顧這一族群，而這正符合健保精神。

### 探討「藥價差」現象

針對外界誤解的所謂「藥價差」，其實價差是自由市場機制下所產生的自然現象，普遍存在世界各國藥價支付制度中。任何市場都有價差，除非管控市場，如大陸屬半管制市場，也存在藥價差的現象，只不過這些價差都隱藏在檯面下。臺灣是法治開放社會，藥價差則透明顯現於檯面之上。

健保局首任總經理葉金川表示：「藥品既然是商品就會有價差，只要將藥差調整至適當的範圍就屬合理，要完全消除有違市場機制，也不易達到。」而且這對健保並非有害無利，一般認為「藥價差」不利於健保財務，其實相反，透過醫院的議價與談判能力，才能使藥品價格下降，否則醫院根本沒有誘因和廠商議價，所以「藥價差」反而是使健保藥價下降的動力。

又如韓國近年施行藥品實價支付，其中完全沒有價差，因此，醫療院所也毫無議價動機，結果醫療院所的採購價幾乎等於健保支付價，並導致藥費支出飆升，藥價差也轉為檯面下。可見必須要透過制度設計，讓醫療院所有議價誘因，再透過藥價調查來做調整，才能導正藥價，有效控管藥品價格。

當然，站在製藥業廠商的立場，每一次調查都代表價格結構、以及市場分布的改變，對經營層面來說頗有壓力。廠商最大壓力來源其實並不是市場的改變，而在於不可預測。是以二代修法後，將原本的「藥品支出目

標」法條修得更為清楚，即每年先預設合理可支付的額度，若實際費用超出預期金額，便將超出部分當作藥價調整範圍；廠商可以觀察每個月的藥品費用申報，愈接近年底就愈清楚健保藥價在下年度會調整的幅度，也產生透明可預期性，以幫助增加產業界的穩定性。

事實上，健保允許價差，隔年再縮小價差，也是改進生產效率的動力，藥品生產多年後，自然會回歸到原本的成本。站在社會的角度，大眾可以接受價差，但無法接受醫院賺取太多價差，所以健保局便透過兩年 1 次調整，縮小其中價差，以取得合理的市場交易價格。

由於藥價調整可緩和藥費支出的成長，為充分發揮藥價調整的效益，該效益將運用於擴大民眾用藥權益、提升民眾用藥品質等措施，如放寬給付規定以減輕患者的經濟負擔，部分藥價調整所縮小的部分藥費支出，也用來作為製藥業提升產品品質的誘因，以保障國人用藥品質。未來健保仍希望能透過市場議價及藥價調整機制，使藥價差逐年往下調降。

臺灣每年皆收載許多新藥，致使藥費不斷增加，但另一方面，藉由調降已收載舊藥的價格，作為給付新藥的預算，維持藥費佔整體醫療費用 25% 的支出比率，不至失控。再加上每兩年做 1 次藥價調整，將價差縮小，也可把藥品價格往下調。過去很多歐美國家，藥品費用都以兩位數字成長，但我國藥品成長率幾乎不曾出現如此大幅度成長，頂多到 100 年的 8.4%，整體都維持在 25% 的支出比例，呈現恆平的狀態。

## 罕見疾病用藥及必要藥品之收載

為保障臨床上有特殊需要，且無同類藥品可替代的藥品能供應無虞，以保障病患就醫權益，以及增加臨床醫師治療用藥選擇，健保局於 97 年 7 月 23 日，公告「全民健康保險藥價基準必要藥品（Essential Drugs）及孤兒藥品（Orphan Drugs）『尊重市場價格』之執行原則」。對於該類藥品，經與醫、藥專家會議討論，若認定屬醫療上的必要藥品，將給予適當調升藥價機制，且藥品許可證持有藥商須與健保局簽訂合約，確保藥品供貨無虞；

若因不可抗力，無法供貨者，應於 6 個月前向健保局提出替代方案，以確保民眾的用藥權益。

特殊疾病在社會上為相對弱勢，所以需以倫理的角度看待，應特別照顧，所以，給付的標準也會較為寬鬆，以鼓勵廠商願意來臺。為使該執行原則更切合實際需求，健保局經多次與相關廠商協商之後，於 100 年 4 月 26 日公告修正該執行原則部分內容，並將名稱修正為「全民健康保險藥價基準必要藥品及罕見疾病用藥『尊重市場價格』之執行原則」，並自 100 年 6 月 1 日生效，以保障此等重要藥品不會因用量少、經營困難等因素，導致退出健保市場。

## 醫療服務的審查與管理

醫療服務的管理應強調公平、效率及品質，並善用健保資源。健保開辦之初，為避免醫療浪費，保障醫療品質，即設有醫療服務審查制度。醫療機構如有異常申報，健保局則進行輔導或核減所申報費用，以確保民眾就醫品質，並減少不必要的浪費。醫療服務審查亦講求證據醫學，即透過資料庫的運用，加以檔案分析，並檢視醫療服務是否恰當、有無醫療異常狀況。此外，並希望藉由提供民眾實用健保資訊、醫療品質資訊及重大違規行為等，以利於民眾就醫選擇，並促進保險醫事服務機構提升醫療品質。

健保局一向致力於為醫療品質及健保資源合理使用把關，故設有醫療審查制度，透過查處機制及多元化審查、監控個別醫療機構醫療服務，以維護保險對象就醫安全與品質。醫療審查極為專業，通常藉由專業醫師審查，並由各分區抽審轄區內醫療院所的醫療服務病例，判別其醫療服務恰當與否。

但醫療服務並無標準，為因應醫療院所、臨床醫師與健保局意見相左，甚至爭議等情形，醫療服務審查制度分有初審及複審。醫療院所對健保局初審意見如有異議，可提出申復，屆時此案將由其他醫師再次審查；若醫

療院所對複審還有意見，衛生署設有全民健康保險爭議審議委員會，以解決其中紛爭。

由於異常醫療行為審查，可能會造成健保局與醫師關係的緊張，因此，健保局十分重視與醫界的溝通及協調。各分區特舉辦說明會，對醫事人員解釋醫療審查過程，如：臨床注意事項、申報時的準備資料等。除審查醫師外，多半也會邀請其他分區的審查醫師出席，以增進溝通。

### 以實證醫學建立專業審查

為維護全民健保公平正義原則，健保局於 93 年 7 月引進實證醫學，研究使用各項資訊軟體工具。透過檔案統計，分析龐大、複雜的全民健保資料庫，以期有效、及早發現問題和弊端。健保局每年須抽審 2～3 億的門診案件，以及 200 多萬的住院案件，故導入自動化審查系統，運用電腦分析，大幅提升了審查效率，同時藉由電腦分析可以更公正、公平、公開，更能達到費用控制的功能。例如，類似的疾病反覆出現；或者某家院所、某醫師的費用、住院天數比一般高，是為了追求更高的醫療品質？還是有浪費資源的嫌疑？其餘舉凡平均值不合理、醫療行為或處置不適當等問題，皆可用電腦做檔案分析。

依此建立一套各界都能接受的標準後，醫療審查作業因此也更為順暢。例如結合各醫療院所每日上傳的健保 IC 卡就醫紀錄、每月醫療費用申報紀錄，所開發的醫療稽核作業系統，便讓內部稽查人員快速、便利地擷取資料，作為後續實地訪查或日常稽核時參考。這也是健保在審查上進步最多的部分。

健保局的審查醫師也曾發揮過意想不到的功效，在 SARS 期間扮演重要幕後功臣。SARS 疫情蔓延期間，新增病例遠超過疾病管制署審查負荷量，於是健保局全力支援，利用申報資料清查病例資料，以提供每日最新的疫情資料。並與特約醫療院所、疾管署建立通暢的資料交換管道，在最短時間內完成個案審查，建構綿密的疫情防治網，及時防止疫情擴散。隨著疫

情舒緩，民眾信心也逐漸穩定，最後李明亮教授在電視上向全國宣布臺灣可恢復正常生活時，手中的病例數據即是健保局提供的。

### 總額之後的醫療審查

健保局的醫療審查改革，可以 87 年作為分界點，亦即實施總額支付制度之後，關於審查的相關法規、運作方式及目的，均有顯著的變革。

在論量計酬的時代，健保局需聘請審查醫師，以審查醫療院所的申報是否適當；而在實施總額後，便將審查作業委託醫界自行管控與主導。總額制度由於預算固定、醫療審查嚴格把關，反而減少了不必要的醫療開支，也使健保局與醫療院所間的關係，由對立轉為合作互助，正巧符合當年總經理張鴻仁所規劃的大船轉彎政策。

醫院總額支付制度自 91 年實施至今，除 93 年度由臺灣醫院協會接受中央健保局委託，承辦醫療費用審查專業自主事務外，其餘年度均未能成功委託，由中央健保局自行辦理醫療費用審查業務，但是各分區業務組每年仍持續與臺灣醫院協會建立各分區專業審查共同管理的機制。



由於採取醫界自律的方式，因此，雖然執行醫審制度，但尊重醫界。除了電腦化作業之外，並定期對醫療院所抽樣審查，如此不但確保醫療品質，也有效控制醫療費用，點值也能到達理想的狀況。

### 醫療審查為品質把關

醫療審查是透過支付標準及相關規範，監督醫療濫用資源行為。以往論量計酬的支付方式，仍有無法監控醫療服務品質的死角，例如，若藉由醫療審查的角度來審查高血壓患者接受的服務，僅能評估醫療過程、給藥是否正確或恰當，但對醫療結果與療效的掌握卻較無管理空間。

原本健保局刪除部分非必要藥品的給付，以期能透過費用的控管，為醫療品質把關，但民眾拿不到想要的藥，卻可能因而申訴抱怨，也造成醫療審查的困難。未來期待民眾能更瞭解醫療服務，不要自己做醫生，要求不必要的藥品或檢查，以減少醫療浪費。為改善上述缺點，則孕育出「論質計酬」的支付制度，以醫療服務的品質來給付醫療費用，也提高醫療院所提升醫療品質的意願。爾後，健保局為呼應民眾資訊公開的需求，並與醫療院所協調公布醫療服務品質指標，如醫事服務機構資訊、全民健康保險業務執行情形、公布違規醫療院所查處名冊等資料，促進資訊透明化，幫助病人就醫選擇。

健保局除了加強與民間團體溝通，發展更符合民眾需求的指標資訊之外，也建立醫療院所資訊回饋，醫療院所可透過網路（VPN）查詢其院所及同儕的品質資訊，以提升整體醫療服務品質。同時，健保局在各分區執行的醫療費用審查作業，也是為醫療服務品質把關的重要環節。

此外，健保局各分區均努力提升審查的專業性，並推動醫療品質保障。例如：中區即藉用同儕的力量，邀請當地的醫院醫師成立證據醫學小組，將所搜尋的證據醫學文獻，經臨床小組討論彙整，再輔以健保資料庫檔案分析，找出偏離的醫師，將證據醫學資料寄發相關醫師參考，並定期監測其行為是否有所改變，以提升其醫療品質。

健保局的醫療審查作業，即監督醫療服務適當與否，若發現異常申報資料，便送請健保局的稽核人員參考，以進一步查核醫療院所的申報是否符合規定。健保局的審查經過初審、複審後，若醫療院所仍有意見，仍有救濟制度補償，可至爭議審議委員會申訴。

### 查核的角色及成效

依全民健康保險法、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險特約醫事服務機構合約等相關規定，健保局設有特約醫療院所違規查核單位，執行查察特約醫事服務機構是否有以虛偽作假之方式向健保局申報醫療費用。近年來，確實查獲諸多醫療違規案件，案源來自醫院診所內部人員檢舉，或民眾申訴檢舉；但絕大部分案件，則是健保局自行分析費用等相關資料，而主動查核。

健保局查核人員執行違規案件之查核，均有標準作業流程。自接獲案源，即以密件分案處理、進行資料分析、擬定訪查計畫至簽奉核准，才會開始實地訪查保險對象、醫療機構或投保單位。案情嚴重或複雜者，則協請檢警調單位共同偵辦，最後核對並整理所有證據資料，撰寫訪查報告、提出研判意見，若有違規即依規定處分。另依健保法規定，涉有違法案件，則函送司法機關偵辦。

雖然查核人員不能像司法警察一樣進行搜索、扣押或約談，但秉持行政程序法的公正、公開、民主程序，皆遵循「嚴格證據法則」謹慎蒐證、研判簽辦依法行政，以遏阻不當健保醫療資源之支出。

從全民健康保險開辦 84 年 3 月至 101 年 12 月止，行政院衛生署中央健康保險局共查核特約醫事服務機構 23,922 家次，函送法辦 1,855 家次，違規處分 12,953 家次，其中違約記點 3,863 家次、扣減醫療費用 5,238 家次、停止特約 1 至 3 個月 3,071 家次、終止特約 781 家次。

# 全面

守護不限距離

臺灣許多受限於地理及距離限制的地區，這些地方普遍缺乏醫療資源，居民經濟不佳造成保費負擔沉重。透過「全民健康保險山地離島地區醫療效益提升計畫（IDS 計畫）」，導入鄉外的健保醫療資源，協調整合醫療院所及當地的衛生所組成醫療合作團隊，效果彰顯。目前在現行總額預算支付制度下，健保局每年額外投入 4～6 億元，用以改善山地離島地區整體的健保醫療照護品質，也逐步體現出醫療無國界的大同社會。

## 再遠，健保都為您守護健康

在臺灣 368 個鄉鎮市區中，有 50 個鄉（鎮市）位居山地離島地區，其中包括 29 個山地鄉及 21 個離島鄉（鎮市）而且分屬 15 個縣市；由於這些山地離島地區地理環境特殊，或幅員遼闊、或位居高山峻嶺，較難吸引醫事人員前往執業，導致當地醫療資源普遍缺乏，且受交通不便及地域阻隔限制，亦影響當地民眾就醫方便性或即時性。如平均高度 1,000 公尺以上的霧臺鄉，是屏東縣海拔最高的行政區域，因對外交通不便，往來道路緊貼懸崖深谷，故極為缺乏醫療資源，早年護理人員還必須身兼助產士、醫師多重角色。

全民健康保險實施後，為了滿足當地民眾醫療需要並改善就醫可近性，中央健保局自 84 年起，陸續放寬山地離島地區醫療給付、特約管理等相關規定，像是：調高門診診察費、不限制門診合理量、提高醫師巡迴醫療報酬等吸引方案，同時實施離島醫療包醫制、臺北榮總支援金門地區醫療等服務計畫，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。

### IDS 計畫讓偏遠地區享有權益

所有先進國家都存在著醫療的城鄉差距、就醫公平性的問題，相對於大都市人口稠密，臺灣的山地離島有「人口密度低」及「醫人比高」的特性，也就是幅員廣大，但是人口稀少且分散，每位醫師照顧的人口多。目前臺灣平均一個西醫師照護 581 名民眾，但山地離島地區卻平均要照顧 1,130 名居民，民眾就醫受到地理環境阻隔，往返就醫不便。

87 年陸續於偏遠地區推動山地離島地區醫療改善計畫，提供支付誘因以鼓勵有意願、有能力的醫院到該地區提供各項健康醫療服務。為進一步增進山地離島居民就醫可近性與照護完整性，全民健康保險自 88 年 11 月起，全面實施「全民健康保險山地離島地區醫療效益提升計畫」（Integrated



Delivery System, IDS)。此計畫以整合醫療服務資源、統一保險支付模式，及建立計畫管理機制等具彈性的保險給付誘因，針對山地離島地區強化醫療資源可近性，並整合當地醫療院所，共組醫療合作團隊，全面改善山地離島地區全民健康保險醫療服務品質。

「IDS 計畫」係由中央健保局透過公開徵求，委託全國有意願、有能力的醫療院所承作，並與地方相關人士如衛生局、衛生所、鄉民代表等組成「山地離島地區醫療給付效益提升計畫督導小組」，共同推動並負責監督、協調各計畫的執行及管控。102 年全國公告的離島鄉皆已納入 IDS 計畫，計有 50 鄉，共 26 家特約院所承作 30 項計畫，支援當地醫療服務。除提供定點門診、24 小時急診、夜間門診診療、夜間待診、專科診療（如眼科、婦產科、牙科、復健科、精神科、洗腎醫療、放射科等）及聘用醫事服務人員，也提供巡迴服務、慢性病照護、居家照護、疾病篩檢、預防保健及轉診後

表 6 IDS 運作模式圖





註：截至 101 年 12 月底，實施 IDS 計畫的鄉鎮(區)分布圖

送服務，視實施地區承作單位及當地民眾的醫療需求，因地制宜提供當地最需要之服務。

IDS 計畫的基本精神理念是：「哪裡有需要，就往哪裡去」，全面性的具體展現醫療關懷。執行 IDS 計畫提供的服務，各區皆有不同特色，例如：屏東縣琉球鄉提供洗腎服務；在宜蘭縣南澳鄉、大同鄉及馬祖地區提供復健醫療；連江縣北竿衛生所利用遠距醫療 ISDN 方式，與三軍總醫院、連江縣立醫院連線，提供即時線上診療服務；桃園縣復興鄉華陵醫療站，與林口長庚醫院藥品器材補給系統連線，可立即進行藥材耗損統計及補給。這個計畫使得每一山地離島地區的醫療服務更貼近當地居民需求，因嚴重天災影響山地離島民眾醫療時，還可機動性設置臨時就醫安置所，提供緊急醫療服務。

### IDS 顯成效，民眾高度滿意

針對 50 個山地離島地區，中央健保局利用醫療給付效益提升計畫，提供巡迴醫療等各項所需之醫療服務；當地居民的就醫交通時間，大大降低。

截至 101 年健保局的統計結果，承作醫療院所提供的平均每月專科門診診次，由 96 年 1,746 診次逐年增加到 101 年 1,902 診次，當地醫療費用加上中央健保局實際的額外支出，由 91 年 26.9 億餘元上升到 101 年 38.6



億元。而本計畫為鼓勵醫師進駐，額外投入的經費由 91 年 3 億 3,000 餘萬元增加到 101 年已達 3 億 8,000 餘萬元；山地離島地區居民每人每年平均西醫門診費用 14,133 元、住診費用 9,849 元，與全國每人平均西醫門診 13,443 元、住診 7,646 元費用相當，並無明顯差異。

透過此一改革計畫，充分整合當地醫療資源，並結合有能力及有意願的醫療院所投入醫護人力及專科醫療資源，於各醫療站駐診、鄉內其他村落或小離島的巡迴醫療、專科醫療照護、慢性病照護、預防保健服務、居家照護及衛教活動等，提供山地離島地區全面性醫療照護。如此一來，讓醫療資源充分有效的利用到，還避免重置的浪費，確保了山地離島地區住民的健康維護。由長年調查顯示，山地離島民眾平均滿意度逐年上升，101 年達 95%，其中南投縣仁愛鄉滿意度高達 100%，而宜蘭縣大同鄉、南澳鄉、南投縣信義鄉、嘉義縣阿里山鄉、高雄市那瑪夏區、茂林區、屏東縣三地門鄉、春日鄉、獅子鄉、泰武鄉也達 99%。由於成效卓越，中央健保局將在未來持續推動本計畫，尋求醫療照護品質的永續與提升。



## 醫療資源不足地區，醫療服務提升計畫

山地離島計畫施行 10 多年來，已持續增加經費、擴大辦理，並透過由偏遠地區民眾代表，進駐醫療院所、衛生局及健保局共同組成之「督導委員會」，定期考核評估來監督執行成效。

委員會除評估提供之醫療服務是否符合需求外，更注重服務效能是否徹底，並要求提供服務公告、廣播、紅布條等宣傳方式應完善。如此一來，就可讓民眾清楚看診時間與地點，就近利用就醫人數偏少之診次。

為加強提供離島地區、山地鄉及健保醫療資源不足地區民眾的在地醫療服務及社區預防保健，增進就醫可近性，101 年起實施「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 5 億元、點值保障方式，鼓勵位於上述區域或鄰近區域的醫院，提供 24 小時急診服務，或內科、外科、婦產科及小兒科門診及住院醫療服務，強化民眾就醫在地化，102 年計有 66 家醫院參與。



分區同仁前往偏鄉服務



朱澤民總經理視察阿里山鄉醫療站



馬祖地區醫療給付效益提升計畫揭牌

### 山地離島 IDS 計畫受肯定的六大關鍵因素

1. 長期穩定的財務支持。
2. 社區醫院承作，確保醫療相關人力及連續性醫療的提供。
3. 承作醫院與當地診所（衛生所）服務整合，包括提供服務地點及醫師排班。
4. 住民就醫交通障礙由承作醫院巡迴醫療克服；住民的語言障礙由在地人員協助解決。
5. 已建立的完整醫療體系為住民接受並利用。
6. 健保局定期召開 IDS 督導會議，建立醫療提供者與住民需求溝通平臺，逐年調整服務內容，切合當地住民需要。

# 創新

## 共睹資訊有成

健保資訊系統的規劃、建置與使用，歷經全國龐大資料彙整、統一傳輸標準及軟硬體系統更新，不僅在符合資通安全前提下，方便民眾就醫及醫療院所進行各項申報，也建立齊全資料庫而進一步運用，達到深度資訊化、資訊透明化與醫療品質公開之成果。

### 開發健保資訊系統前置工作

衛生署於 82 年 12 月 29 日成立中央健康保險局籌備處之前，即已委託財團法人資訊工業策進會（簡稱「資策會」）展開架構全民健康保險資訊系統的前置規劃，83 年 4 月隨即展開資訊系統相關細部規劃與建置作業，建置時程距離全民健康保險實際開辦日（84 年 3 月 1 日）不到一年。

開發資訊系統前之準備工作極為龐雜，包括：

#### 一、資料彙整：

除針對全國 43% 尚未納入保險人口，進行大規模調查與建檔，也要彙整公、勞、農保等機構提供的健保資料，這些機構沒有眷屬資料，資料格式也不盡相同，正確性更需要進一步校正。

#### 二、建立健保資訊交換傳輸標準：

各種資訊交換傳輸中最早及大量之資料傳輸，即為醫療費用上傳與申報必須建立申報格式，並採電子化申報作業。

### 三、建置機房與網路連線作業環境：

在有限的經費與時間下，架構最新的開放平臺，而且系統採分散式作業，全國有 7 個機房、7 套軟硬體設備，建置期間需逐一克服系統運作不順暢、資料庫無法承載、網路品質不佳等問題。但事後證明，由選定地點、建造機房至應用系統全面上線前後不到一年時間，連國外專家都嘖嘖稱奇。

### 四、確定 9 大應用資訊系統：

依公、勞保既有經驗及資策會規劃的功能大項，將全民健康保險應用系統分為承保、醫療給付、醫務管理、保險財務管理、行政支援、決策輔助、外界資訊交換、地區團體投保單位投保、安全控管等 9 大子系統，進行開發設計。

## 開辦期系統上線

在彙整大規模調查資料後，健保資料庫初期共載入約 900 萬被保險人、1,200 萬筆眷屬資料，為了爭取時效，選擇資料量最少的東區分局進行保費核計及保費開單試開作業。

由於時間緊迫、壓力龐大，資訊人員日夜在東區機房趕工，雖然訂了飯店，卻在辦理入住手續後第 5 天才進住，因為資訊人員熬夜累了，就睡在報表紙箱上。在東區分局和指派承保業務同仁不分日夜加班、留守辦公室之下，終於在限期 7 天內，由最小分局東區分局開出第 1 張繳款單。

上線初期，內外部資訊人員溝通頻繁，遇到問題共同討論、合力解決，在開辦後短短幾個月內系統即趨於穩定。另配合衛生署推動全國醫療資訊網（HIN）計畫，成功推動健保特約醫療院所透過醫療資訊網區域資訊中心（簡稱 RC）採行連線申報作業，自 85 年起 3 年內提高醫療費用連線申報比例至 20%、約 3,000 家之作業目標。

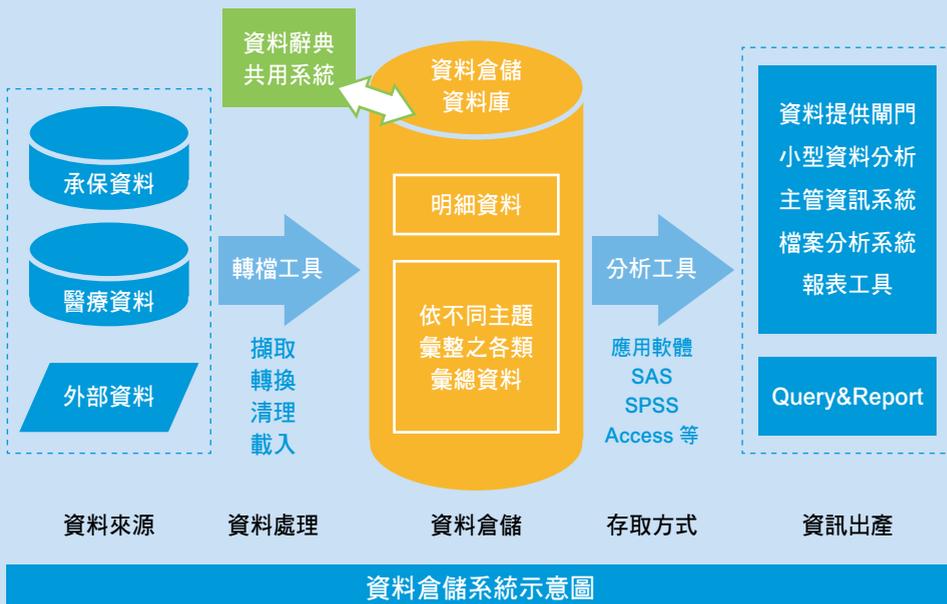
綜觀當時的核心資訊系統，包括：

### 一、收入面資訊系統

主要為承保、加退保異動作業，由投保單位及民眾向轄區分局提出異動申請，健保局分別計算出投保單位負擔保險費、保險對象負擔保險費、政府補助保險費，按月寄發保險費繳款單。

### 二、支出面資訊系統

為使醫療給付作業順暢，有效處理醫事機構每月龐大的醫療費用申報資料，初期主要輔導特約醫事機構將原本公勞保書面申報改為電子申報，以期收載相關資料作為後續醫療政策評估使用。85 月 6 月擬定醫令申報實施時程，全民健保開辦一年後，特約醫療院採用電子申報件數比率已超過 90%，同時以漸進及鼓勵方式，分階段要求各層級醫院逐步申報就醫民眾醫令明細資料，為電子化作業奠定重要基礎。



## 創新科技運用，提升行政效率

為了提高整體資訊作業效率，使資訊能快速取得，及時提供決策參考、提升競爭力且不影響原資訊系統之日常運行，因此，於 86 年率先決定引進資料倉儲 (Data Warehouse) 技術，建置具有主題導向的 (Subject Oriented)、整合的 (Integrated)、不常異動的 (Non-volatile)、保留時間序的資料 (Values Over Time) 及支援管理決策 (Support Management Decisions) 等特性的線上分析作業 (Online Analytical Processing; OLAP) 系統，即「第一代醫療費用資料倉儲系統」。為配合全民健保實施總額支付制度、二代承保財務應用系統、二代醫療應用系統與健保 IC 卡系統正式上線，健保局於 94 年引進新資訊技術與設備，擴大應用範圍，收載更多、更久的資料，並加強資安防護，建置第二代資料倉儲系統。

為推動與執行相關政策所需之監督 (控)、預警、模擬與管理等資訊應用模組化、方便高階主管可兼顧效能與效率掌控資訊及署外會議利用行動化設備接收電子郵件功能取得統計分析結果，規劃提供總額支付監測、醫療供給監測及醫療需求監測等主題為雛型，利用既有的「二代資料倉儲系統」資料分析工具及視覺化圖表展現功能，於 101 年建置「醫務管理主管資訊系統」，以促進決策流程、提升決策品質。

為提升民眾就醫便利性，自 93 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。

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。

健保局於95年1月更新網路作業系統，建置多憑證網路承保作業平臺，讓服務更多元化。為提供更優質作業環境，陸續新增多項功能，服務民眾。截至102年6月底，使用該系統的投保單位已有12.2萬家，每個月透過網路申報之異動資料約120萬筆，佔全部異動量之7成以上。投保單位或民眾個人，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。

為因應時代潮流，體貼服務民眾，健保局實施多元繳納健保費管道，依據96年1月1日至101年12月31日繳納資料顯示，民眾已普遍使用金融機構臨櫃繳納（佔41%）、金融機構轉帳代繳（佔30%）及便利超商繳費（佔29%），另有部分民眾選擇自動櫃員機繳費及網路繳費，讓民眾有更多元、更便利的繳費方式，並達到簡政便民的政策目標。

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%。

健保卡全面上線後，健保局建置健保資訊網（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。101年12月份平均每日健保卡就醫上傳檢核成功的清單明細約158萬筆、醫令約556萬筆資料。

另為因應近年來醫療院所e化的腳步逐漸加速，健保局於95年9月建置完成並啟用「影像檔案與傳輸系統PACS（Picture-archiving and Communication System）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的醫療給付相關系統，使整個審核流程更加自動化，提升原有人工審查作業的效率，降低行政作業成本。

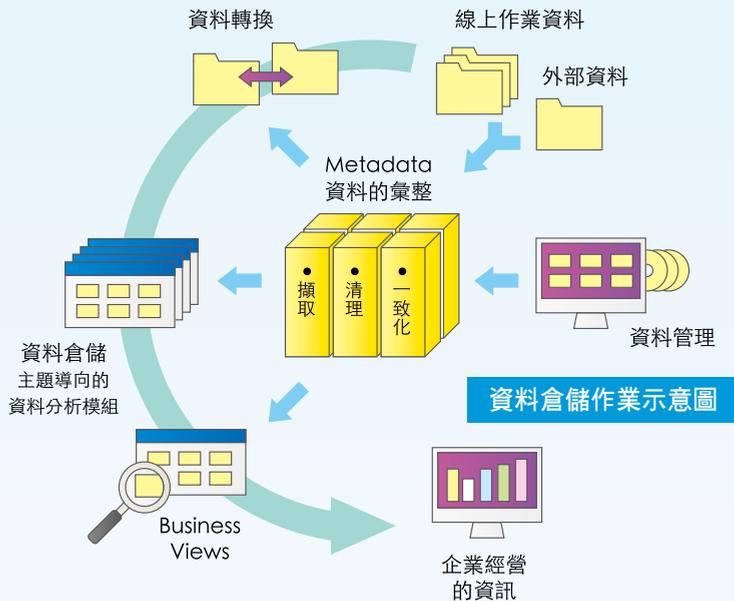
為鼓勵更多醫療院所採用網路方式申報醫療費用，所有特約醫事服務機構申報作業以健保局健保卡資料管理中心（IC card Data Center，IDC）為單一入口，集中由全民健保資訊網路連線申報。健保局也配合作業需求，持續提供特約醫事服務機構更多更便捷的電子申報服務，在 101 年 1 月推動以電子憑證登入健保資訊網，期望透過推動跨院所間的醫療影像檔傳輸與交換作業，減少不必要的重複檢驗與檢查，促進跨醫院間的資訊流通，減少全民健保財務支出，進而帶動醫療產業 e 化及醫療影像標準化。

此外利用電腦資訊科技，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，明確規範不給付的規定，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。

### 多重機制確保資訊安全

健保局是政府部門中最早引進資料倉儲者，作為全局資料提供與分析的平臺，對於各項統計分析、異常查核、決策支援、資料調查等均有助益。面對網路化、資訊化的程度越深，資通安全的議題也就愈顯重要。健保局體認到所轄資料性質涵蓋所有保險對象的納保狀況及就醫行為，資料處理不當可能導致民眾身分、醫療紀錄等外洩，對個人隱私權的影響非常大。再加上配合行政院資通安全會報要求建立資訊管控制度，健保局遂於 92 年間開始規劃建置資訊安全管理系統，將所有資訊作業程序（包括機房安全管理、網路安全管理、資訊應用系統開發與管理、資訊存取控制作業、資訊安全風險評鑑與管理、業務持續運作管理、電腦病毒防範作業等）予以標準化、文件化，以確保資訊作業能永續經營，安全無顧慮。

為保障資訊安全，健保卡採取多重防偽處理，晶片採多重相互驗證機制，以確保資料安全，健保卡在安全管理上也多次獲得國際肯定。在網路系統上，則採用健保資訊網（Virtual Private Network，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 92 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 93 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。

此外，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扎根。健保局資訊單位於 95 年 3 月及 97 年 5 月均通過國際資安標準 ISO27001 驗證，獲得國內外 UKAS & TAF 資安證照，使健保局的資安作業全面達到國際標準。配合健保局改制，99 年推動 ISMS 制度及證照整併作業，並通過資安驗證，之後依循 PDCA 持續改善的精神，推動資訊安全工作，以確保民眾資訊安全無虞。

# 便民

## 整合一卡到底

全民健康保險剛開始開辦的時候，全部都是採取紙卡來作為就醫憑證，但是紙卡未附照片，不僅容易遭人冒用，就醫時還必須同時出示其他身分證件，的確不夠方便。考量民眾的聲音，行政院遂從 88 年開始正式核定健保 IC 卡的實施計畫，並以 IC 卡作為新一代全民健康保險憑證，並參考其他國家作法，在 IC 卡表面增加照片（但民眾仍可自行決定是否放照片）和諸多防偽功能，甚至卡片印刷比部分金融卡來得講究，不但增加民眾就醫方便，IC 卡比起紙卡也有不易偽造、減少弊端等優點。

### 紙卡變 IC 卡，技術建置到完成發放

在 84 年全民健康保險開辦之初，行政院即指示衛生署中央健康保險局以 IC 卡為基礎，發展「一卡到底」的全民健康保險 IC 卡。健保局於接到指示後，立即於 84 年 7 月在澎湖縣進行全民健康保險 IC 金融卡澎湖地區實驗計畫，實驗成功之後，87 年健保局規劃以 IC 智慧卡取代紙卡憑證。

「一卡到底」不但是保險憑證，也是當時政府發展其他證件的目標。在「國民身分全民健康保險合一智慧卡（簡稱國民卡）」與「國民身分全民健康保險合一 IC 卡計畫」因面對「資安」、「個人隱私權保護」及執行



李明亮署長與張鴻仁總經理共同主持全民健保 IC 卡首發記者會

之法源依據等諸多不易解決的問題後，決定以「專卡專用」的政策原則下，由行政院衛生署擬定全民健康保險 IC 卡計畫。在賴美淑總經理的帶領下，計畫規劃過程中，健保局廣邀各界學者、專家歷經數 10 次的討論，公開對外徵求資訊意見，並多次與衛生署、行政院、研考會、國家資訊基礎建設推動小組開會討論，透過頻繁的政策與技術說明，逐一化解個人隱私的疑慮及預算執行的問題。

健保 IC 卡建置計畫的內容計分成下列五大構面：卡片、讀卡機、應用介面程式、網路連線、客戶服務。五個構面中，共包括 18 個系統，而較為重要之系統分別為：安全模組 SAM 卡認證、例行發卡、卡片更新、就醫資料 24 小時上傳、金鑰管理系統、讀卡機控制軟體、VPN 網路建構等系統。

當全民健康保險 IC 卡政策確定，即刻進入建置及執行階段。於是 91 年全面製發健保 IC 卡，92 年 7 月起與紙卡雙軌上路，93 年 1 月 1 日起全面使用健保 IC 卡為保險憑證，完成第 1 階段健保 IC 卡目標。

### 健保 IC 卡的運用成效

健保 IC 卡外觀除有姓名、身分證號及出生日期外，與紙卡最大差別在於 IC 卡除可加印個人相片，卡片上並嵌有一張 IC 晶片，內有個人基本資料、全民健康保險資料、醫療專區及衛生行政專區等四種不同類別資料存放區段（存放內容詳如下表 7），並可透過讀卡機進行讀、寫功能。

健保 IC 卡要發揮即時記錄就醫資訊功能，需要特約醫療機構配合，將民眾就醫資料即時登錄及每日上傳；中央健保局推動醫療院所健保 IC 卡上傳資料正確率與即時性。截至 102 年 6 月上傳資料符合指標之醫療院所家數比率為 98.5%。



外賓參訪健保 IC 卡建置計畫



全民健保 IC 卡首發記者會

表 7 健保卡得存取資料內容

基本資料	健保資料	醫療專區資料	衛生行政專區資料
1. 卡片號碼	1. 保險人代碼	1. 門診處方箋★◎	1. 預防接種資料◎
2. 姓名	2. 保險對象身分註記	2. 長期處方箋★◎	2. 同意器官捐贈註記
3. 身分證明文件號碼	3. 卡片有效期限	3. 重要處方項★◎	3. 同意安寧緩和醫療 註記
4. 出生年、月、日	4. 重大傷病註記★	4. 過敏藥物★◎	
5. 性別	5. 就醫可用次數		
6. 發卡日期	6. 最近一次就醫序號		
7. 照片	7. 新生兒依附註記◎		
8. 卡片註銷註記	8. 就醫類別◎		
	9. 新生兒就醫註記◎		
	10. 就診日期時間◎		
	11. 補卡註記◎		
	12. 就醫序號◎		
	13. 保險醫事服務機構代碼		
	14. 主、次診斷碼★◎		
	15. 就醫醫療費用紀錄◎		
	16. 就醫累計資料		
	17. 醫療費用總累計		
	18. 個人保險費		
	19. 保健服務紀錄◎		
	20. 緊急聯絡電話◎		
	21. 孕婦產前檢查◎		
	22. 其他就醫需要之註記★		

備註：

一、基本資料第 1、2、3、4、7 項，顯示於健保卡之卡面。

二、內容標示◎者，為保險醫事服務機構登錄之就醫紀錄，無標示者，為保險人登錄之資料；標示★者，為保險醫事服務機構需使用醫事人員卡讀取之就醫紀錄，保險對象於保險人各分區業務組、聯絡辦公室之讀卡設備得讀取表列所有內容。

三、保險對象因罹患精神疾病、人類免疫缺乏病毒感染、受性侵害所造成之傷病就醫，得依病人要求，不予登錄就醫紀錄。

## 健保 IC 卡辦理目的及成效

1. 免除紙卡每使用 6 格即須換卡之不便，健保 IC 卡 5 至 7 年間不需換卡。
2. 健保 IC 卡上傳資料與醫事服務機構申報資料比對，針對非正常就醫之行為，如就醫時間不合邏輯即進行稽核，防止醫事服務機構浮報及虛報醫療費用。
3. 利用健保 IC 卡儲存資料功能，及時登錄病人使用昂貴儀器及檢查時間，可提供醫師在就診時參考。
4. 當保險對象持健保 IC 卡達到就醫限制次數後，必須至讀卡機進行次數更新；透過與健保局連線，查核是否中斷納保及繳納保費，經核對無誤後，由中央健保局給予新就醫可用次數。
5. 可記錄每次就醫費用及自負部分負擔費用，以及累計醫療費用及部分負擔金額，讓民眾瞭解利用醫療資源情形。
6. 促進醫事服務機構電腦化及連線。

### 健保 IC 卡·內部資料運用

利用上傳資料，針對看病頻率每月超過 20 次以上病患即時輔導，初步結果顯示，看病頻率下降 30% ~ 40%。將健保 IC 卡上傳資料運用於查核醫療費用，經分析比對出非正常就醫或診療行為，如同日、同院所多刷或院所間串聯刷卡等異常行為，每年辦理稽核專案，像是：94 年健保 IC 卡刷卡異常稽核專案、95 年異常刷 IC 卡稽核專案、96 年特約院所勾結養護機構詐領全民健康保險費用稽核專案、97 年重複申報異常稽核專案、98 年辦理院所申報家戶就醫異常查核專案。



小朋友拿到第一張健保 IC 卡首發紀念

中央健保局各分區業務組也透過健保 IC 卡上傳資料，進行檔案分析，對於特約醫療院所涉有異常申報醫療費用進行實地訪查，以杜絕醫療資源浪費。利用健保 IC 卡上傳資料，試辦藥歷檔建置，並將資訊即時整合及共享，克服健保 IC 卡使用限制，與醫院進行藥物再確認，增加資訊完整性，降低重複用藥與藥物之交互作用，減少藥物浪費，提升病人用藥安全。

此外，衛生署醫療資訊系統整合案，有關醫療影像交換中心醫療影像資訊查詢作業，即將健保 IC 卡每日上傳資料中具有 CT、MRI、PET 醫令名稱（醫令代碼）、診療部位、就醫日期的明細資料，收載至醫療影像收載小檔中，作為影像交換資訊。試辦健保 IC 卡上傳資料合併申報資料，針對管制藥品使用量偏高保險對象所產生的關懷名單，提供醫療院所醫師看診時可於診間上線查詢，瞭解保險對象管制藥品領用量情形協助開立處方。每週提供健保 IC 卡上傳資料，供總額受託單位即時進行監控及管理，使各部門總額點值維持穩定。

#### 健保 IC 卡·外部資料運用

配合衛生署醫事處自 94 年起陸續於健保 IC 卡衛生行政專區實施器官捐贈註記及安寧緩和醫療註記，截至 102 年 11 月底已有 228,552 人完成器官捐贈註記登錄，幫助醫療人員在第一時間得知當事人器官捐贈意願；也有 182,721 人完成安寧緩和醫療註記登錄，幫助保險對象可以有尊嚴的面對死亡。

另外配合「防疫工作」需要，尤其 92 年爆發 SARS 疫情時，大多數民眾以健保 IC 卡就醫；衛生局利用健保 IC 卡追蹤曾出入爆發 SARS 疫情地區或醫院的病患，提供及時就醫資訊，以掌握 SARS 病例流向並有效防止 SARS 疫情擴散。

目前國內曾發生 SARS、登革熱、腸病毒、新型流感等疫情，健保 IC 卡於接獲疾病管制局此類疫情通報接觸名單時，即啟動健保 IC 卡上傳資料勾稽作業，短時間內即完成比對（如主診斷），及時提供疾病管制局，以利於傳染病防治作業，協助疫情指揮中心對病源追蹤、列管及隔離，作為疫情判斷參考並從中評估其可能影響範圍，對於疫情防治有實質助益。因

此，健保 IC 卡的使用除了減少對健保醫療費用財務之衝擊外，對全國經濟及社會安定亦有具體貢獻。

### 電子化 IC 卡讓醫療行為更進步

為了提升健保 IC 卡內部、醫療體系與中央健保局行政效率，資訊科技應用是最關鍵的因素。健保 IC 卡自 93 年 1 月正式單軌上線後，建立醫療傳遞網路，提升醫療院所資訊化程度及資通安全概念，至今仍運作良好並亦使我國健保及其資訊化經驗備受國際矚目；只要有外賓前來拜會、觀摩衛生署中央健康保險局，健保 IC 卡必成為外賓關注焦點。

健保 IC 卡的實行有效降低行政經費，費用依研究估計使用紙卡 6 年依從成本約為 154 億元（平均 1 年 25 億元），而使用健保 IC 卡的依從成本則降為 43 億元；也就是 6 年內減少依從成本約 111 億元（平均 1 年節省 18.62 億元）。此外，中央健康保險局以健保 IC 卡為就醫憑證，促使醫療院所全面電腦化，以能執行每日上傳、卡片更新、確認在保狀況等作業，建構出院所與健保 IC 卡連線環境，醫療產業因而較之其他產業資訊科技接受度更高，連線環境也更為整齊。而健保 IC 卡全面推動，中央健保局與醫界由互助共榮到普及應用，可謂共創醫療資訊應用成功案例；民眾的全面接受度及使用 IC 智慧卡，再一次將臺灣的醫療資訊化推向更高境界。

### 資訊化 IC 卡，病程查詢更便捷

環顧 90 年時臺灣雖已有部分私人團體使用智慧卡，唯有健保 IC 卡為全民所共同擁有，讓民眾習慣刷卡應用流程，對於後來財政部推動金融智慧卡、悠遊卡及 iCash 等，健保 IC 卡無疑促進社會對於智慧卡信任，這也正是政府認為科技化健康服務業為臺灣創造另一重要成就的原因。

健保局與醫界投入此一艱鉅工程，在全面推廣的過程中，由推廣量，到推廣質，仍有一些外界期望健保 IC 卡可繼續發揮之功能，如「用藥安全」即是重要的課題，此有賴醫藥界與民眾的共同協助與配合處方箋及過敏藥品的登錄，並在確保病人資訊安全的前提下，才有可能達成健保 IC 卡功能加值的目標。

# 在地

## 分區便民服務

全民健康保險開辦的目的，就是要以社會大多數人的力量來共同化解少數人就醫的經濟障礙。為擴大並落實在地化服務，健保署及各分區業務組同仁上山下海、不辭辛勞的工作，並在與民眾頻繁的接觸中，提供便民的在地化服務。

### 分區第一線，提升行政效益

健保署的服務對象是全國民眾，其業務量龐大與戶政單位不相上下，所以便民及效率，一直是健保署致力改善的目標。除了位於臺北市的健保署本部負責政策規劃之外，健保署在全國共設有 6 個分區業務組，包括：臺北業務組（臺北市、新北市、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣）、北區業務組（桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣）、中區業務組（臺中市、彰化縣、南投縣）、南區業務組（雲林縣、嘉義市、嘉義縣、臺南市）、高屏業務組（高雄市、屏東縣、澎湖縣）及東區業務組（花蓮縣、臺東縣）。這 6 個業務組負責全國民眾的健保問題，包括：加、退保手續，換領健保卡、申請重大傷病證明，受理紓困及分期攤還欠費等服務；顧客服務的管道從臨櫃、電話到網路服務，相當多元，並且優先以便民為考量。此外，為擴大在地化服務，除了全省 6 個業務組之外，還增設 21 個服務據點，並具備與分區業務組服務櫃檯幾乎相同的功能；也與郵局及便利商店合作，提供民眾多元保險費收繳服務，使民眾服務更加快速及現代化。

## 便民服務創造高價值

創新是為了便民，健保署的 6 個分區業務組負責執行與全國民眾息息相關的各種健保業務，而服務窗口的人潮也從未少過。改制前的健保局，為了提升辦事效率，開始花心思改善服務設施及作業流程，其中中區分局率先於 85 年 5 月成立聯合服務中心，以單一窗口全程服務的方式提供民眾各類健保的申辦服務，大幅縮短民眾在現場等待的時間。

同時，各分局不斷強化聯合服務中心的服務效能，使健保局的整體服務品質有了一定的水準。中區分局及臺北分局更開風氣之先，成為獲得 ISO9002 國際品質認證的公務機關，同時也啟動了健保局各分局提供優質服務的良性競賽；而高屏分局於 87 年首採光學字元辨識及光碟建檔方式處理被保險人轉換工作、住址、扶養親屬及投保金額變更等承保資料異動，代替需消耗大量的人力維護更新資料庫的工作，不僅提升工作效率，也提高資料的正確率，之後甚至推廣到健保各分局一同使用。

為落實健保的在地化，提供更緊密的快捷服務網絡，健保局多年來陸續擴大建置各分局聯絡辦公室，改善在地服務軟硬體設施，原本只是在各大署立醫院租設換卡據點，到現在已在全省各地有自己的 21 個聯絡辦公室，其所受理的健保業務項目，均已能等同分局聯合服務中心，達到「一處收件、全程服務」的效能。

此外，由於聯絡辦公室沒有製發健保 IC 卡的硬體設備，為協助急需領卡的偏遠地民眾，就縮減郵寄辦理等待 5 至 6 天的時間，中區分局聯絡辦公室首創開辦「代收健保 IC 卡工本費」及「健保 IC 卡現場申辦、隔日領卡」快捷服務，申辦人可於申辦次日前往當地聯絡辦公室領卡。現在各分局的聯絡辦公室均有這些便捷的服務，連金門地區的聯絡辦公室也開始提供「當日申辦、隔日下午領卡」的服務。

## 英語服務打造國際感

健保局為了因應國際化的環境，也考慮到對外籍人士求助的服務，健保局各分局不僅積極建置設施標示全面雙語化、製作英文便民手冊、成立



雙語諮詢櫃檯及電話服務、雙語網站等，更特別設立單一窗口提供英語的專業服務，也讓外籍朋友們能溝通無礙。目前大臺北地區的外籍人士特別多，約有 18 萬人，佔臺灣地區外籍人士的 1/3。大部分到健保局求助的外國人，因為不熟中文而懷著忐忑不安的心情，但只要來到分局的英語服務櫃檯就會鬆了一口氣；親切的服務人員不僅有良好的溝通能力，也有專業來協助解決問題。所以，各分局也都接受過許多外籍朋友的鼓勵與讚美，讓每位第一線人員充分感受到助人之樂，與國際接軌的美好。

此外，健保局的英語網站，提供豐富的健保英語資訊，讓外籍人士也可享有便利友善的服務管道。健保局的雙語服務，讓局本部、臺北分局、北區分局及高屏分局都曾獲行政院研究發展考核委員會評鑑為「優質英語生活環境特優單位」。

### 網路服務便民零時差

健保局為了將各項服務系統全面電子化，自 87 年 9 月起開始由健保局北區分局與元智大學資訊學院合作研發「網際網路線上加退保申報系統」，並於 88 年 3 月正式啟用，奠定健保局提供民眾利用網路系統申辦業務的成功模式。

此後，各分局網站曾發展出各種網路創新的服務，是各分局努力改善顧客服務的成果。例如：健保業務網路預約、外籍顧客英語服務網路預約、醫院與家庭醫師診所地圖系統（e-Map）、健保 IC 卡卡片狀態查詢系統、健保 IC 卡卡片遺失地點查詢系統、健保人資料及欠費查詢系統以及委託金融機構轉帳最近 1 期保費扣繳狀況等項目，皆可在網頁上完成。

此外，健保個人資料及欠費查詢以及委託金融機構轉帳最近 1 期保費扣繳狀況，也可以直接在網路上查詢到，當月的明細表還可以直接列印出來，對民眾相當便利。健保局及分區業務組網站更是符合行政院研究發展考核委員會所頒發「無障礙網頁開發規範」最高等級（AAA）的規定，讓視障朋友們也能夠輕鬆使用。

### 網上預約就可夜間取卡

許多上班族上班時間與健保局開放時間相同，無法在健保局辦理相關手續該怎麼辦呢？健保局體諒民眾的難處，在各分局的網路服務中設有相當貼心的預約功能，讓工作忙碌、平常沒有辦公時間的民眾，可以透過網路預約服務節省並替代到現場等候的時間。

可以先在網路預約申請「健保卡」或「保險費分期繳納」的服務時間。預約完成後，系統還會將所預約的時間及應備文件和注意事項透過 e-mail 通知；屆時只要依約定時間前往分區專屬服務櫃檯，就可立刻辦理。

除了夜間取卡服務外，各分區服務中心即整合 IC 卡办理流程，從受理開始即採自動化作業，以電腦協助申請人列印申請表免填寫，並以數位攝影掃描建檔取代影印，設立單一受理及取卡櫃檯，讓申辦或補辦一張健保 IC 卡只要短短的 15 ~ 20 分鐘就順利完成。

### 洽公免等待，零距快易通服務網

健保局 94 年曾全面進行健保 IC 卡更新查核作業，民眾若有未在保或欠費情況，就醫需先自費，或先至健保局補辦加保、繳清欠費及開卡手續。為協助民眾順利就醫，在第一時間完成遠距服務，立即補辦加保，或直接補印繳款單，就近到郵局或銀行繳清保費，現場即可給予開卡，不到 10 分鐘就可以完成。

自 95 年 6 月試辦迄今，約有 2,000 位民眾體驗健保零距快易通服務，滿意度高達 95%，未來除持續擴大健保在地服務站合作醫院據點，更將著手規劃建置對投保單位之遠距服務作業系統，以數位傳真取代郵寄，確實實現「免臨櫃」、「免等待」、「免二次來電」等顧客服務。

而「醫院與家庭醫師診所地圖系統（e-Map）」，是民眾有醫療需求時的好幫手；推出這項功能後，也帶動許多年長者學習使用網路的興趣，堪稱意外的收穫！

### 弱勢民眾可享用更多資源

在落實弱勢族群的照顧上，健保局針對健保經濟困難的民眾發揮許多愛心與創意：除了爭取社政單位的對於身心障礙者、中低收入老人及兒童、低收入戶、原住民、失業勞工等保費上的補助外，在醫療保障上面也積極達成「生病均可就醫」的目標，包括：實施先看病後納保、對弱勢群體免部分負擔、不控卡等政策。而針對繳不出保險費同時又有就醫需求的弱勢民眾，健保局各分局同仁發揮社會大愛，主動發動同仁捐款資助，後來更設立愛心基金，集結社會大眾的力量來幫助貧病的人。

健保局各分局用心服務的過程中，發掘到許多暗藏在社會角落又不主動向社會求援的弱勢人口（有些人經濟窮困到三餐出問題、有些人則是獨居又患病、有些人沒有家人和鄰居問津）。有鑑於此，健保局主動建立愛心轉介機制，並與許多慈善機構合作，透過健保局的努力追蹤可直接將個案轉介給慈善公益團體，一併解決弱勢民眾就醫、就學、就養等問題。

很多弱勢的小朋友因為家庭因素，根本無法正常投保，更無法得到健保醫療照顧。因此各分局研擬出各項協助計畫，例如：北區分局與財團法人桃園家庭扶助中心合作「弱勢兒童健保認養」計畫，篩選適合個案轉介「健保認養」，由善心人士每月為弱勢兒童繳納保險費，使受助兒童享受健保醫療照顧。

健保局第一線的服務人員也經常發揮最大愛心，提供各式協助，例如，高屏分局推行的「塵緣有愛－健保愛心不打烊」專案，即是擴大結合醫療院所社工單位及政府社政部門，及時解決服務民眾加保欠費及安置等問題。

全民健保開辦以來，最大的受惠族群即是重大傷病的患者，因為健保對重大傷病的保障，讓他們沒有後顧之憂。為了使重大（罕見）疾病患者

就醫無障礙，94 年東區分局經理即親自到府訪視前 1 年醫療資源利用偏高的 11 件大重症個案，瞭解病患在醫療、生活、就業、社會乃至於心理層面等問題，除協助解決醫療問題，甚至輔導其就業等問題，以根本改善病患的生活品質。

### 在地服務品質看得見

全民健保開辦後，一直以「貼近民眾需求、提升為民服務」為宗旨，此亦為健保局長期以來努力的目標。健保局在全國性為民服務品質競賽中所獲得的肯定，正是全民健保邁向永續經營的最大動力。全民健保邁向永續經營的最大動力。

年度	獎項	業務組
102 年	102 年永續發展社會責任報告書 (CSR) 通過 TUV NORD 查證	衛福部 署本部
101 年	通過 ISO9001：97 年國際品質管理系統驗證	局本部 臺北業務組 高屏業務組
100 年	「提升 TW-DRGS 實施後之民眾就醫照護品質」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 12 屆醫療品質獎主題改善組潛力獎	中區業務組
	內政部「100 年度全國績優志工團隊」	中區業務組
	「醫院門診整合照護模式第一年成效探討 - 以北區業務組為例」榮獲 100 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵優等獎	北區業務組
	「追蹤慢性腎病 3b-5 期患者進入血液透析之進展及其危險因子」榮獲 100 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵特優獎	南區業務組
99 年	行政院研考會第 2 屆「政府服務品質獎」第一線服務機關類	中區業務組
	行政院衛生署 99 年度全國衛生保健績優志工團隊	中區業務組
	「非小細胞癌介入標靶藥物治療之經濟效益評估」榮獲 99 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵特優獎	高屏業務組
	「保個資反詐騙 - 建置來電警示封包管理系統」榮獲 99 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵優等獎	高屏業務組

年度	獎項	業務組
98 年	行政院研考會第 2 屆「政府服務品質獎」入圍獎	臺北業務組
	「提供重大傷病患者免部分負擔申辦優質服務」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 10 屆醫療品質獎主題改善類潛力獎	臺北業務組
	「北區健保 e 分區業務組建置之規劃研究」榮獲 98 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵特優獎	北區業務組
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會醫療品質獎 10 周年特別獎	中區業務組
	「來就服圈」入圍第 22 屆財團法人中衛發展中心全國團結圈區會長獎	中區業務組
	「建置開卡影像儲傳管理系統」榮獲 98 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵甲等獎	高屏業務組
	「以全民健保申報資料建立消化性潰瘍疾病品質指標」榮獲 98 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵佳作獎	高屏業務組
97 年	ISO/IEC 27001:2005 & CNS27001:2006 資訊安全管理系統驗證	臺北業務組 南區業務組
	「建構『醫療品質資訊停看聽』網頁公開民眾所需之醫療品質資訊」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 9 屆醫療品質獎主題改善類潛力獎	臺北業務組
	行政院研考會第 6 屆機關檔案管理金檔獎	北區業務組
	「來就服圈」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 9 屆醫療品質獎主題改善類銀獎	中區業務組
	「用心圈」入圍第 21 屆財團法人中衛發展中心全國團結圈區會長獎	中區業務組
	「用心圈」榮獲第 21 屆財團法人中衛發展中心全國團結圈競賽優秀獎	中區業務組
	衛生署 96 年度衛生教育主軸宣導行銷獎第 1 名	中區業務組
	行政院人事行政局「97 年度各機關建立參與及建議制度」競賽榮譽獎	中區業務組
	「健保 IC 卡資訊運用－跨院及就醫聚集異常院所輔導」榮獲 97 年度行政院衛生署研究發展獎勵佳作獎	南區業務組
	「優質照護團隊評比及標竿學習之成效」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 9 屆醫療品質獎主題改善類潛力獎	南區業務組
「高血壓醫療利用因素之探討－分量迴歸分析法」榮獲 97 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵特優獎	高屏業務組	

96 年	「建置健保議題資料即時查詢系統及其效果之分析」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組潛力獎	局本部
	第 8 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎入選獎	臺北業務組
	「核退改善工作小組」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組潛力獎	臺北業務組
	「家家圈」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組佳作獎	臺北業務組
	「卡好圈」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組優等獎	北區業務組
	「e 品圈」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組潛力獎	北區業務組
	第 9 屆行政院服務品質獎「便捷服務程序獎」	北區業務組
	行政院研考會第 5 屆機關檔案管理金樞獎	中區業務組
	「來就服圈」入圍第 20 屆財團法人中衛發展中心全國團結圈區會長獎	中區業務組
	行政院研考會「96 年度營造英語生活環境競賽」之「特優獎」	中區業務組
	第 8 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎入選獎	中區業務組
	「提升病人用藥安全」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 8 屆全面醫療品質提升競賽活動主題改善類醫品組潛力獎	南區業務組
	衛生署衛教主軸及宣導行銷計畫通路使用情形第 2 名	南區業務組
	第 8 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎「銀斧獎」	南區業務組
	「藥物交互作用高度危象處方之探討－以高屏醫院門診為例」榮獲 96 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵甲等獎	高屏業務組
	第 8 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎入選獎	高屏業務組
行政院研考會「96 年度營造英語生活環境競賽」之「特優獎」	東區業務組	
95 年	第 7 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎入選獎	臺北業務組
	「健保局臺北分局與醫事機構新特約流程之再造」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 7 屆醫品圈品質改善組佳作獎	臺北業務組
	95 年「衛教主軸宣導」通路使用評獎第 1 名	臺北業務組

年度	獎項	業務組
95 年	行政院研考會「95 年度營造優質英語生活環境」之「特優獎」	臺北業務組
	行政院 95 年度服務品質獎決審入圍獎	臺北業務組
	「優良健康資訊網站」獲獎	北區業務組
	「優良健康資訊網站」入圍	臺北業務組 南區業務組 東區業務組
	榮獲行政院衛生署 95 年度衛生教育主軸及宣導行銷計畫通路使用情形評比最佳創意獎	北區業務組
	「特約醫事服務機構印鑑審查數位化及其效果之分析」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 7 屆醫品圈品質改善組銀獎	北區業務組
	「跨組室申訴小組」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 7 屆醫品圈醫事行政組銅獎	北區業務組
	第 7 屆行政院經建會法制再造工作圈金斧獎「銀斧獎」	中區業務組
	經濟部第 7 屆公司標準化獎	中區業務組
	中華民國品質學會「95 年度品質團體獎」	中區業務組
	第 8 屆行政院服務品質「落實品質研發」獎	南區業務組
	衛生署研究發展甲等獎及佳作獎	南區業務組
	行政院研考會「95 年度營造優質英語生活環境」之「優等獎」	南區業務組
	「提升健保 IC 卡品質管理績效」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 7 屆醫品圈品質改善組銅獎	南區業務組
	榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 7 屆醫品圈新人特別獎	南區業務組
第 8 屆行政院服務品質「整體獎-服務品質獎」及「國家品質獎特別獎」	高屏業務組	
94 年	取得行政院研考會最高等級 (AAA) 無障礙網站認證	局本部 六業務組
	行政院研考會「94 年優質英語生活環境」評選特優	北區業務組 高屏業務組
	行政院經建會第 6 屆法制再造工作圈金斧獎「銀斧獎」	南區業務組
	入圍 2005 年天下雜誌卓越服務獎	高屏業務組

93年	「提升子宮頸抹片篩檢率」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第5屆醫品圈品質改善組優等獎	臺北業務組
	優良健康資訊網站獎	臺北業務組
	行政院研考會 93 年優質英語生活環境評獎	中區業務組
	行政院經建會第 5 屆法制再造工作圈金斧獎入選獎	中區業務組
	「民眾健保就醫申訴服務標準化及管理自動化改善專案」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 5 屆醫品圈品質改善組優等獎	中區業務組
	衛生署公文電子交換績效競賽第 1 名（所屬機關組）	中區業務組
	「開創國內品質報告卡應用模式」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 5 屆醫品圈品質改善組特優獎	高屏業務組
	「馨心圈（縮短重大傷病證明卡核卡時間）」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 5 屆醫品圈醫事行政組金獎	高屏業務組
	第 6 屆行政院服務品質獎－善用社會資源獎	高屏業務組
	入圍 93 年天下雜誌卓越服務獎	高屏業務組
	行政院經建會第 5 屆法制再造工作圈雙銀斧獎	高屏業務組
	「醫療服務品質報告卡應用實證」榮獲 93 年度衛生署暨所屬機關研究發展獎勵甲等獎	高屏業務組
92年	行政院研考會「92 年度營造優質英語生活環境」之「特優獎」	局本部
	「提升門診醫療費用核付績效」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 4 屆醫品圈品質改善組優良獎	臺北業務組
	第 5 屆行政院服務品質獎－善用社會資源獎	中區業務組
	「應用實證醫學以提升醫療品質之常模建立」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 4 屆醫品圈品質改善組優良獎	中區業務組
	行政院經建會第 4 屆法制再造工作圈銀斧獎	高屏業務組
91年	「高屏地區婦產專科及骨專科醫院標準學習品質應用之實證」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 4 屆醫品圈品質改善組優良獎及優良海報獎	高屏業務組
	「用藥品質之指標訂及自動化程式建立」榮獲財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第 3 屆醫品圈品質改善組優良獎	中區業務組
91年	行政院服務品質獎－便捷服務程序獎	南區業務組
	行政院經建會第 3 屆法制再造工作圈入選獎	南區業務組

年度	獎項	業務組
90 年	行政院服務品質獎－便捷服務程序獎	臺北業務組
	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈優等獎	南區業務組
	財團法人醫院評鑑暨醫療品質策第 2 屆醫品圈「醫品潛力獎」	東區業務組
89 年	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈發表優秀圈	中區業務組
88 年	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈特優獎	臺北業務組
	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈特優圈	中區業務組
	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈優等獎	南區業務組
87 年	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈石川獎及特優獎	臺北業務組
	通過 ISO 9002 國際品質管理系統驗證	臺北業務組
	第 1 屆行政院服務品質獎－落實品質研發獎	北區業務組
	第 1 屆行政院服務品質獎整體獎（整體組首獎）	中區業務組
	第 21 屆全國金獎品管圈	中區業務組
	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈發表優秀圈	中區業務組
	全國團結圈「優等獎」、「最佳創作獎」及「最佳發表獎」	南區業務組
86 年	全國公務機關中首獲 ISO 9002 認證	中區業務組
	榮獲財團法人中衛發展中心全國團結圈銅塔獎	中區業務組
85 年	行政院服務楷模獎	中區業務組
	財團法人先鋒品質管制學術研究基金會全國品管圈發表特優圈、石川獎	中區業務組
84 年	率先引進全面品質管理	中區業務組

# 應變

賑災無縫接軌

每遇國家遭逢重大災難危機時，如 921 地震、SARS、莫拉克颱風及金融海嘯期間，全民健康保險均成為國人生命、健康的安全保障，讓國人在遭受生命財產威脅時無後顧之憂，健保及醫療體系總動員，也充分展現社會保險互助精神，全民健康保險成為建構國家社會安全體制的重要一環。

## 因應 921 震災，製發震災健保卡

全民健康保險的成立目的，就是為了照顧國人健康，當 921 震災發生時，健保局秉持一貫的服務精神，以人道關懷提供災民緊急的醫療救護，並特別製發震災健保卡，讓災民能夠安心就醫、整頓家園。



## 緊急應變 提供醫療救助

88年9月21日凌晨1時47分的一陣天搖地動，以南投縣集集鎮為震央、芮氏規模7.3的大地震，撼動了全臺灣。這是臺灣百年來傷亡最為慘重的天災，造成2,415人死亡、29人失蹤、11,305人受傷、51,711間房屋全倒、53,768間房屋半倒，使得中部地區成為嚴重的災區。

在震災發生後的第一時間，當時的行政院衛生署詹啟賢署長清晨即趕赴南投災區，親自指揮緊急醫療救護工作，而中央健康保險局賴美淑總經理亦立即銜命成立震災醫療救護指揮中心，負責協調聯繫災民的醫療服務工作。在充分應變與組織動員之下，健保局不僅全力協助災區居民處理醫療保險相關問題，也提供緊急醫療救助的服務。

當天健保局並隨即對外發布新聞稿，宣布依全民健康保險法第40條規定，全民健康保險不適用於此次地震之嚴重天然災害，但為方便受傷民眾仍依現行之就醫程序就診，健保局將支付醫療院所因地震所發生之醫療費用，並請各醫療院所以救治傷患為最優先考量，全力配合。

在91年陸續換發健保IC卡前，原是以每年換發一次的全民健康保險卡作為就醫憑證，但是在921地震中，災區民眾傷亡損失慘重、房屋傾倒滿目瘡痍，保住性命已是萬幸，身分證件、銀行存摺或全民健康保險卡都可能泡水、污損或遺失，甚至埋在倒塌瓦礫堆中，導致災民就醫困難。



詹啟賢署長偕賴美淑總經理，入夜後視察健保局同仁發放震災健保卡情況

為了爭取時機搶救傷患，政府乃以救災為第一優先考量，衛生署採取緊急應變措施，於 88 年 10 月 16 日公告「921 地震災害受災民眾全民健康保險就醫優惠方案」，自震災日起至 88 年 10 月 31 日止，於主要震災地區，民眾赴健保特約醫療院所就診，無論是否持有全民健康保險卡，都免除部分負擔之外，必須之醫療費用及住院膳食費，一律由衛生署中央健康保險局先行全額支付。

### 前進災區 發放震災健保卡

嗣後災情逐漸平緩，為恢復健保制度的正常運作，考量受災民眾就醫的便利性，並強化後續災民身分確認工作，俾使災民能持續獲得妥善醫療照顧，健保局自 88 年 11 月 1 日起，緊急為災區民眾趕製「921 震災健保卡」，發放對象為「被保險人及其依附投保之眷屬中有任何 1 人因震災導致死亡、重傷或居住之房屋發生全倒、半倒之情事，並領有內政部核發慰助金之民眾」。

「921 震災健保卡」一方面具有身分辨識的功能，另一方面也具有醫療優惠，可使災民便利使用，同時保障就醫權益。為加強提供後續醫療，自 88 年 11 月 1 日至 89 年 3 月 31 日止，領有震災健保卡者，繼續免付醫療費用、住院膳食費用及部分負擔費用，全額由行政院專款補助，至於領卡前自付的部分負擔及住院膳食費用，也可向特約醫療院所或轄區分局辦理退費。

為加速核發「921 震災健保卡」工作，健保局採取現場據點發卡、郵遞至投保單位轉發，或請當地村里幹事代發等方式同步進行。雖然災區有 8 成位於中區分局的轄區，但位於全國其他轄區的多位同仁都志願報名到災區支援發卡工作，充分展現了健保局同仁的熱血與團隊精神。因健保業務繁重龐雜，最後是請第一線同仁留守工作崗位，由各級主管前往災區支援發卡工作。

為了迅速將震災健保卡送達災民手上，健保局共動員了 405 位同仁，於 88 年 10 月 28 日至 11 月 6 日間，分赴南投縣的南投市、中寮鄉、草屯鎮、國姓鄉、埔里鎮、仁愛鄉、名間鄉、集集鎮、水里鄉、魚池鄉、信義鄉、竹山鎮、鹿谷鄉，臺中縣的太平市、大里市、霧峰鄉、豐原市、石岡鄉、東勢鎮、和平鄉、新社鄉、彰化縣的員林鎮，苗栗縣的泰安鄉、卓蘭鎮，雲林縣的古坑鄉，臺中市的北屯區等 26 個主要災區設置據點現場發放，或協同災區的村里長或村里幹事發放。

健保局在每個災區據點的人員配置約為 4 位，有的是借用公所走廊，有的是利用救災臨時棚架，從早到晚皆提供服務，受理災民發卡的申請。許多災區缺水限電，無法利用電腦作業，不少同仁僅僅光靠手寫，一天即發出近千張的震災健保卡，經統計兩週內共發出 30 多萬張卡，截至 89 年 1 月 31 日止，總計發出高達 43 萬餘張震災健保卡。

大地震後，災區滿目瘡痍，許多山區的聯外道路、橋梁及通訊都中斷，物資欠缺猶如孤島，更不時有餘震再起的疑慮。但健保局同仁不畏天災艱險，自行前往災區支援發卡工作，尤其是災情嚴重的南投埔里、臺中東勢及位於偏遠山區的南投仁愛鄉，道路中斷非常嚴重，同仁仍然想盡辦法克服困難，抵達預定的發卡據點提供服務。其中分局的志工隊為了到災區發



分區業務組同仁在災區設立服務站，發放震災健保卡

放宣傳單及發卡，經常天未亮就出門，行經落石不斷的山區，還必須下車搬動石塊才能繼續前進，人溺己溺的精神驅動著同仁不能鬆懈，必須快步向前。

## 2 年就醫優惠 健保照顧災民

許多災民在震災中失去了家人、家園與多數財物，在震災之後，往往也處於驚魂未定，甚至嚴重受傷的狀況，對於罹患慢性疾病的災民來說，一旦中斷治療亦可能病情加劇甚至危及性命，此時此刻，健保卡成為最為必須的身分證明文件。一張震災健保卡，對災民來說意義十分重大，可以享有免費的醫療服務，具有實質的優惠功能，同時正代表健保局對弱勢災民權益之重視，並給予最妥適的醫療照護。

由於全民健康保險法規定天災並不適用，不過面臨如此嚴重的地震，健保局以維護國人醫療權益為優先考量，採取權變的方式，以「921 震災健保卡」的核發，來快速因應災民急迫的醫療需求，由健保局先行支付醫療費用，再另外尋找財源以挹注健保收入，如此一來，既不違反全民健康保險法規定，又能維持原有的社會安全網制度。

依據災民就醫優惠方案，震災健保卡的使用期間，是自 88 年 11 月 1 日至 89 年 3 月 31 日止，之後因應就醫優惠方案延長實施期限，仍可繼續使用至 89 年 9 月 30 日止。在這將近兩年的使用期間，所有震災健保卡持卡人可至全國各地的全民健康保險特約醫療院所就醫，並且享有免繳醫療費用、部分負擔費用及住院膳食費等優惠。此外為輔導院所申報相關震災醫療費用，健保局也研訂了「921 震災全民健康保險醫療作業須知－特約醫院、診所適用」，同時印製「921 震災民眾就醫權益說明」彩虹單張，在主要震災地區加強宣導，以保障災民的醫療權益。

在震災健保卡預定的實施期限到期之後，為繼續照顧震災弱勢受災民眾，健保局宣布自 89 年 10 月 1 日起至 90 年 3 月 31 日止，持有震災健保卡之保險對象，住院醫療時免繳住院部分負擔費用，但須自付住院膳食

費，相當於將優惠措施再延長半年。衛生署於 90 年 2 月 20 日公告「921 震災災後全民健康保險保險費補助及就醫優惠方案」，優惠期間追溯自 89 年 10 月 1 日起至 90 年 9 月 30 日止，災民於住院醫療時免繳住院部分負擔費用。

震災發生之後，健保局以歷年每人次的平均門診、住診醫療費用，加上災區災民因受災易引發其他病變因素為計算原則，推估出所須的醫療費用、部分負擔費用及住院膳食費用陳報行政院。震災醫療費用之給付，健保局依各特約醫療院所申報的實際金額，向行政院及 921 重建委員會請領，總計撥付約 47 億元，補助災民就醫約 1,047 萬人次。

表 8 921 震災醫療費用優惠補助辦理情形

期別	期間	補助項目	補助人次 (萬)	補助金額 (億元)
一	88.09.21 至 89.03.31	門住診醫療費用及應自付之部分負擔與住院膳食費	463	41.7
二	89.04.01 至 89.09.30	應自付之部分負擔與住院膳食費	582.6	3.3
三	89.10.01 至 90.09.30	補助住院部分負擔，重傷殘患者之門診部分負擔採核退方式辦理	2.1	2

### 災後重建 無縫接軌

依「社會救助法」規定，對遭受急難或災害者的救助屬社政業務範疇，其主管機關在中央為內政部，在直轄市為直轄市政府，在縣(市)為縣(市)政府，救助範圍包含生活扶助、醫療補助、急難救助及災害救助等。然而社會救助若是涉及金錢的實質給與，因須檢具齊備所有相關文件，經過嚴

謹的審查程序，行政作業費時較長。因此，與社會救助相較之下，醫療救助的急迫性更高，尤其以震災受損地區的居民為然。

依據全民健康保險法的規定，921 地震雖然不在全民健康保險的法定給付範圍內，但健保局做為我國社會安全防護網重要一環，且全國醫療院所約有 9 成為健保局特約醫事服務機構，在國內發生重大震災的第一時間，便責無旁貸地肩負起災民醫療照護之責，以最快速度製發震災健保卡，讓災民享有免費醫療服務，以與後續展開的社會救助無縫接軌，樹立了良好典範。

震災問題千頭萬緒，令人感到欣慰的是，國人患難見真情的精神處處可見，各種人力支援與物資捐輸，源源不絕地從全國各地運抵災區。為體諒災民遭逢天災巨變之苦，當時健保局緊急實施災區保費緩繳措施，卻有不少民眾主動表示，自己沒有受到傷害，可以正常繳交保費，不僅如此，更願意幫災民繳交健保費及欠費，從這些小地方，可以看出人性光明面，以及臺灣處處有溫情。

健保局在各分局都成立了聯合服務中心及志工隊，平時為民服務不遺餘力，面對民眾的困難，更展現積極協助的主動精神。有些同仁看到民眾因為經濟困難，繳不起健保費用，卻又不符合低收入戶的補助資格，一旦發生傷病，孤苦無依，只能坐困愁城。同仁將心比心，不忍坐視不管，主動尋求民間慈善機構或者運用各種管道爭取善款補助，並搭起轉介橋梁，讓急需醫療的民眾能夠及時得到需要的資源與協助。

這些雖然屬於體制外的支援系統，但在救災的關鍵時刻，卻能有效發揮彈性，以人力與智慧彌補法規制度之不足，在漫長的重建過程中，也充分發揮功能，使劫後餘生的弱勢災民得到心靈撫慰與實際扶持。對健保局來說，921 震災是針對應變能力的一項重大考驗，也是對於法規措施的具體檢視；而健保局針對 921 震災所實施的諸多緊急醫療措施與作為，在在強化了本身的法規架構及運作彈性，也為日後天災或巨變所應具備的預防性及因應措施，提供了良好的反饋經驗及評估基礎。

## 全民抗 SARS，健保總動員

92年，來勢洶洶的SARS疫情，衝擊著我國醫療體系的應變與動員能力。健保局以綿密的服務網與堅實的整備，配合協助中央疫情指揮中心，以各項全民健保措施，在SARS疫情中發揮穩定的機制，打贏這場人類與病毒的戰役。

### 審查通報案例 統籌資源調度

92年初，臺灣首度出現「非典型肺炎」病例，各國亦不斷傳出疫情，3月中旬有一對臺商夫婦感染嚴重非典型肺炎，4月之後醫院及社區爆發群聚感染事件，通報病例也迅速增加，引發社會不安。因為疫情十分特殊，又有全球大流行的趨勢，為了和以往所認知的非典型肺炎有所區分，世界衛生組織（WHO）將其正式定名為「嚴重急性呼吸道症候群」（Severe Acute Respiratory Syndrome, SARS）。

SARS是屬於新興傳染疾病的一種，在疫情發生初期，各國都沒有面對SARS的經驗，而且病例新增過於迅速，快速篩檢方法又仍在實驗室研發階段尚未正式推出，排隊待審的通報疑似病例數量十分龐大，遠遠超過疾病管制局審查人員的工作負荷，形成塞車現象。許多患者必須留在醫院等待檢驗結果，導致病床嚴重不足，而且這些病人與其家屬，甚至包括曾經接觸過的人，都必須接受隔離，造成日常生活極為不方便。

在這樣急迫的情形下，健保局負責協助疾管局處理5月9日至6月8日期間通報病例的審查工作，將其分為北、中、南3區，先由具醫護背景的分區業務組同仁協助整理X光片並完成病例摘要，再由胸腔科、感染科、放射診斷、流行病學審查醫師及專家，依照疾管局所訂定的審查原則與作業流程，共同進行審查。在這一個月的期間，協助篩檢1,784件待審病例，其中可能病例403人、疑似病例416人、排除病例965人，有效舒緩防疫體系的病例審查壓力。



SARS 作業專區

SARS 送審進度管制表

在病床調度方面，健保局自 5 月 1 日起，每天彙整全國北、中、南及東部地區區域級以上醫院建置隔離病床統計，有助於病床使用資訊透明化，使需要的病患能夠迅速住院並接受治療；之後健保局也協助規劃建置 SARS 輕症醫院，於短短 3 天內緊急提供 194 床負壓隔離病床，展現絕佳的效率。

5 月 SARS 疫情進入高峰期，發現 N95 口罩及防護衣等醫護人員防疫物資嚴重不足，在媒體的大幅報導之下，友邦、國內外民間團體與個人的愛心捐贈紛紛湧入，健保局以 0800-030-598 專線作為 SARS 防疫物資捐贈受理窗口，統一處理。對於海外進口的救援物資，健保局主動與財政部關稅總局、臺北關稅局聯繫協調後，解決免關稅問題，並能快速通關。

針對物資調查及統籌配送，健保局以分區業務組為分工，每天調查醫院需求及庫存，將優先配送的醫院與數量統計列表，並洽妥報關業者，預先安排好所有的運送流程，待貨物入關，即在最短時間內緊急配送到各醫療院所，補足了第一線醫護人員的基本配備，有效維持防疫物資的庫存量，而疫情也在此時逐漸趨緩。

### 協助發燒篩檢 建立分級照護原則

依據世界衛生組織（WHO）在日內瓦舉行的 SARS 研討會結論，發燒是 SARS 病患是否會傳染給別人的重要指標，因此對於一般民眾來說，量體溫比戴口罩更為重要，如果有發燒的情形，就必須提高警覺，並觀察嗣後是否有其他症狀，以便進行適當的因應。

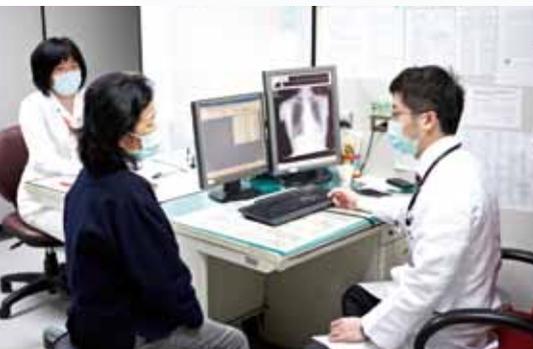
這波 SARS 疫情中，由於醫院內部群聚感染成為一項主要感染源，導致有些民眾生病卻不願意就醫，且有些醫院甚至拒收出現發燒等疑似症狀的病人，在各求自保的狀況下，醫病之間的信任關係產生危機。為瞭解決這樣的困境，並且避免疫情擴散，勢必要有一道機制，對於疑似病患進行初步的發燒篩檢。

對此，健保局自 92 年 5 月起，規劃地區教學以上的醫院設置發燒篩檢中心，訂定發燒篩檢中心必要配備及建置情形回報表，建立各醫院聯繫窗口，並通知衛生署中央健康保險局各分局配合按日回覆辦理情形，在短期內規劃並完成地區教學層級以上醫院設置發燒及咳嗽篩檢中心，以持續監控病患篩檢狀況，並且避免疫情延燒至醫院內部。

由於疫情一日數變，醫學研究報告也不斷更新，為了避免民眾無所適從或無謂恐慌，健保局開放 24 小時無休的 0800-030-598 專線，提供最正確的防疫資訊，讓民眾能夠查詢相關疫情，總計提供了 7 萬多通電話諮詢服務，單日電話服務量最高曾經達到 2,800 通。

此外，健保局建置了「177 發燒諮詢專線」，協調全國各醫師公會參與，動員 100 多位醫師，在線上提供民眾諮詢服務，民眾只要發現體溫異常或有發燒腹瀉等症狀，但不確定是否應就診時，便可撥打 177 專線，由專業醫師進行電話諮詢及後續診療指導，適時解除疑慮，減少非必要就診，有效紓解了各大型醫院急診爆滿情形，也避免民眾因就醫而導致的感染。

除了電話諮詢服務，健保局也運用各種宣傳管道，主動提供民眾最正確的 SARS 防疫資訊，例如印製中英文彩虹宣傳單張、海報、摺頁等文宣品，透過總局及各分局發放；並於全國 22 家重要報紙、雜誌刊登平面廣告；在廣播及電視密集播出，積極向民眾宣導；即時發送 SARS 快報，並於健保局網站設置 SARS 資訊專區等。



在疫情初期，北部各大醫院急診處人滿為患，爾後更造成多家醫學中心暫停部分業務，健保局基於衛生單位一體的理念，協助徵調南部區域級以上醫院醫事人力，供北部專責醫院使用協助，並規劃「嚴重急性呼吸道症候群（SARS）分級照護方案」，規劃設置 SARS 治療醫院及 SARS 複診醫院，分級照護原則為：

- 一、**醫學中心**：負責嚴重之 SARS 可能病例。
- 二、**SARS 治療醫院**：負責收治 SARS 疑似病例與可能病例。
- 三、**SARS 複診醫院**：負責病例的篩檢、治療與病例轉介。
- 四、**SARS 初診醫院及一般診所**：收治低度可疑且需進一步診斷之病患，承接 SARS 複診醫院下轉診斷後認為「非疑似 SARS」或得在初診醫院觀察治療之病患。
- 五、**診所與 SARS 初診醫院**：診療病患均需記載體溫與建檔追蹤高燒病患之流向；經診治後，應依病情之結果臆斷，提供病患適當之診療與轉介協助。

所有醫療機構的共同任務，是對符合 SARS 通報定義的病患，不待轉診應立即通報，轉介醫院有新增的檢驗結果，應立即上網追加通報。在動員全國各層級醫療院所共同參與之下，確立了分區集中、隔離治療的作業原則，將各縣市轄區內的醫療院所劃分責任區，從衛教、篩檢、轉診及收治，分級提供不同的服務，以使民眾安心。

### 健保卡成為疫情管理後盾 總額支付即時應變

自健保制度建立以來，健保局長期所建立的資料庫以及健保卡中的就醫紀錄，在這次 SARS 疫情管理上，發揮了重要的資訊收集功能。透過健保 IC 卡的就醫資料即時連線上傳，可以精準瞭解感染 SARS 病患曾經到哪些診所就醫與接觸紀錄，並迅速將相關訊息通知相關醫療院所，不僅能保護第一線醫護人員的生命安全，也可以有效抑止疫情擴散，並掌控疫情的變化。同時健保局也將可能接觸者的最新名單，置放於健保局全球資訊網，以確保醫療院所掌握最新的疫情，妥為準備。

對於傳染病通報與防護網的建立，健保 IC 卡提供了更為即時的資料，不僅建構了我國的醫療資訊網絡，在視同作戰的 SARS 一役中，提供了許多寶貴的醫療及疫情資訊，作為統計與應變之用，成為有效的防疫後盾。針對傳染病的防治與控制，醫療院所扮演著非常重要的角色，無論是篩檢疑似病例或收治確診病患，可以說是一道關鍵的防線，避免疫情持續擴大。然而在疫情期間，不僅社會恐慌、百業蕭條，平時救人無數的醫療院所，本身卻也成為受害者，除了不幸折損醫護人員之外，部分醫療院所被迫封院或停診，無法正常營運，造成財務虧損，更傳出有醫院為了避免營業損失而隱匿疫情的情形。

為了鼓勵醫療院所收治 SARS 病患或因疫情影響造成停診損失，健保局在總額支付制度下，研擬並執行「全民健康保險因應醫療院所防治 SARS 資源分配及緊急應變措施」，提出誘因以逆轉疫情，鼓勵醫療院所積極收治 SARS 病患，使有足夠能力防疫的院所降低服務量，儘量淨空病床，隨時後援其他類似和平醫院案例的醫院。

此外，依據「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」，除行政院發布「執行嚴重急性呼吸道症候群防治工作之醫療（事）機構獎勵要點」外，衛生署亦發布「受嚴重急性呼吸道症候群影響而停診之醫療機構補償辦法」，由健保局各區業務組受理申請，辦理醫療費用暫付及相關補償事項，以保障配合執行 SARS 防疫的醫療院所營運收入，讓醫療院所有意願勇敢投入防治工作。

在代辦醫療費用的部分，依全民健康保險醫療辦法的規定，「保險對象罹患傳染病，經各級主管機關依傳染病防治法規定強制移送特約之指定醫院施行隔離治療者，其醫療費用，由該特約醫院向保險人申報，並由中央主管機關編列預算」。由於 SARS 是經行政院衛生署疾病管制局公告為第 4 類法定傳染病，因此健保局代辦 SARS 強制移送隔離治療的相關醫療費用核付作業，是由疾病管制局支應預算。

自全民健康保險開辦至今，無論是天災或是疫情，健保已經成為國人生命、健康的安全保障，健保及醫療體系的總動員，也充分展現出社會保險互助的精神。經過全民的共同努力，在幾個月內 SARS 疫情趨於平息，許多感染者亦逐漸痊癒出院，在這場 SARS 戰役中，經常熬夜加班的健保局同仁，擔負著支援、救急、協調及配送等重要任務，在疫情抵禦中默默發揮功能，也是值得喝采的幕後英雄。

## 莫拉克風災，健保安民心

98 年發生的莫拉克風災，造成高雄縣甲仙鄉小林部落不幸滅村事件，以及數個村落的嚴重災害。為使受災民眾就醫無障礙，健保局特別訂定協助方案，舒緩災民繳納負擔，並以各項因應措施確保災區民眾的健保就醫權益。

### 莫拉克颱風 橫掃南臺灣

發生於 98 年 8 月 6 日至 10 日的莫拉克颱風，帶來強風豪雨，重創南臺灣，至少造成 673 人死亡、26 人失蹤，由於適逢 48 年「八七水災」50 周年，又因為莫拉克在多處降下刷新歷史紀錄的豪雨，故亦稱為「八八水災」。莫拉克颱風是臺灣氣象史上傷亡最慘重的颱風，所造成的農業損失超過 195 億元，僅次於賀伯颱風。

在連日豪雨之下，嘉義地區累積雨量高達 2,900 公釐，林邊、佳冬兩鄉淹水最深達兩層樓高；崁頂、東港、新園、南州、新埤亦有多處地區淹水；山區鄉鎮六龜鄉、甲仙鄉、那瑪夏鄉與桃源鄉，因洪水與土石流沖斷多處聯外道路，尤以甲仙鄉小林村有 169 戶、398 人遭到土石活埋、那瑪夏鄉民族村及六龜新開等部落幾近滅村最為慘重；此外，位於東部的臺東縣太麻里、金峰、大武、達仁、海端及鹿野等地，災情亦十分嚴重，在莫拉克風災的肆虐下，民眾的生命財產遭受嚴重的損失。

山區道路及橋梁柔腸寸斷，多處電力中斷，水退之後更是滿目瘡痍，泥沙填塞道路，無法通行，河流遍布斷裂浮木，災區農作物及魚塭幾乎全毀，那瑪夏、桃源及茂林鄉公所建物均倒塌，那瑪夏鄉衛生所亦遭土石流沖毀。由於南部主要災區皆為中央健保局南區分區業務組所管轄的地區，因此在第一時間即積極分頭聯繫，蒐集轄內各單位受災情形，掌握工、農、漁會及鄉鎮公所等機關，以及調查衛生所、醫療院所、診所、安養及養護機構的受災及物資運作狀況，並針對嚴重淹水地區，彙整協助救災醫療計畫。

由於交通受阻，東港安泰等醫院斷水斷電，因此健保局南區分區業務組先針對需要轉診的洗腎患者進行緊急協調安置，轉由枋寮醫院、署立屏東醫院及屏東基督教醫院等協助照顧，並協助當地衛生局強化急重症病人的後送機制；將進水嚴重的輔英附設醫院及旗山廣聖醫院淨空，停止門診、急診等醫療業務，以爭取時間清理善後，並且由衛生局及衛生署協調緊急醫療資訊整合中心（EMOC）配合將所需物資陸續送抵災區。

## 緊急因應及處理措施

莫拉克颱風造成雲嘉南、高屏及臺東等地豪雨成災，健保局立刻召開緊急應變會議，並啟動緊急救護機制及相關輔助措施，8月8日立刻公告因應莫拉克颱風民眾就醫權益保障措施，隔日新任衛生署長楊志良即趕赴災區視察，瞭解災民就醫及院所支援的情形。而位於受災嚴重地區的各分區業務組，全體同仁也緊急應變，並配合健保局各項措施，確保災民就醫權益，協助災民渡過此次難關。

### （一）南區

南區分區業務組同仁針對雲嘉南等5縣市，逐一聯繫鄉鎮市區公所，關懷受災情形，並請各公所儘速提供符合領取政府核發死亡、失蹤、重傷及安遷慰助金的災民名單，即時彙整建檔，以保障災民後續就醫免部分負擔及補助健保費等相關權益，以減少災民就醫障礙。

為了方便災民就近申請健保IC卡，8月13日起，商請雲嘉南地區公



莫拉克風災健保局同仁於村里辦公室協助災民換補發健保 IC 卡

所及郵局，協助代收災民免費補換發健保 IC 卡的申請表。之後，南區分區業務組同仁，陸續派員到災區村里辦公室，協助災民申請健保 IC 卡；此外，也安排至嘉義縣朴子市配天宮、嘉義縣大林鎮南華館、臺南縣玉井鄉加利利宣教中心及臺南縣南化鄉玉山收容中心等處，現場受理健保 IC 卡收件發卡及相關諮詢服務，讓災民就醫無障礙，並提供心理重建服務。

儘管有些同仁本身也是受災戶，但是眼見無情惡水肆虐家園，更激發出人溺己溺的同理心，堅守崗位、竭盡所能提供服務。風災之後，自發性募集泡麵、礦泉水及奶粉等民生日用物資，及時送往災區解救燃眉之急，並發起同仁 1 日捐活動，募集到 35 萬餘元匯至內政部賑災專戶統籌運用，與災區民眾攜手共度難關。

## (二) 高屏分區

健保局高屏分區業務組在颱風來襲前 1 天，即成立防颱應變小組以因應，風災過後立即啟動彈性措施，積極聯繫各單位，對外交通及電力中斷的地區，若有緊急醫療需求者，即立刻用直昇機送出，並積極協助有需要的患者轉送其他醫院治療，使災民能夠得到最好的醫療照顧。

為配合行政院莫拉克颱風災區服務小組的運作，高屏分區業務組派員至駐點屏東檢察署協助相關的聯繫事宜，並由主管至屏東救災指揮中心參與救災會議及就醫協助工作。8月14日起，每天派員巡迴至各災民收容所，提供健保IC卡的收件發卡及相關諮詢，之後並提供駐點服務，也請災區鄉鎮公所協助代收健保IC卡申請表單，並郵寄至高屏分區業務組以便核發新卡。由於災區民眾照片不易取得，8月22日起在屏東縣災民收容所服務中心提供現場拍照並製發健保IC卡服務。

緊急製發健保卡並於第一時間送至災區的實際經驗，令同仁至今難忘。「旗山醫院提供停車場作為小林村罹難者遺體後送的臨時停屍處及靈堂，現場氣氛非常哀慟，令人非常不忍，據說鄰近的旗山溪也有罹難遺體隨著大水沖下來。在現場看到很多社會的善心，包括宗教團體主動協助提供餐食、物資，各界的救援也不斷湧入。」

當時任職於旗山辦事處的董德勝回憶，「我們在份內能做的，就是趕緊把新的健保IC卡送到災民手上。只要是現場受理申請的部分，我們一律以最速件處理，但是山區道路中斷，郵政業務也中斷，健



莫拉克風災健保局同仁協助民眾換補發健保IC卡

保 IC 卡無法郵遞，只能自己想辦法送到位於深山的災區。那時候自己騎著機車，冒著大雷雨，要到順賢宮、旗山禪淨中心、佛光山寺、永興教會與木柵教會等災區集中收容所，沿路山崩落石，常常騎到路基流失不能再前進，才又折返另外找其他更小的山路，心中只有一個念頭：趕快將健保卡送到收容所的災民手上。」同仁們不辭辛勞，在災區收容所間穿梭服務，讓災民能夠及早領到新的健保 IC 卡，以及因應就醫治療的迫切需求。

在健保 IC 卡快速請領發放服務之外，0800 健保免付費專線也於例假日及颱風期間值機，嗣後並開放為 24 小時專人接聽，以服務不打烊的理念，提供民眾緊急就醫或申辦健保 IC 卡等業務。高屏分區業務組另開闢 5959 就醫優惠方案諮詢服務電話，以協助受災民眾有關健保及醫療相關問題之詢問，0800 及 5959 專線在風災後 1 個多月內，共服務了 2,000 多通電話。

### （三）東區

在東部受創較為嚴重的地區，狀況又略有不同。太麻里鄉、大武鄉及金峰鄉等，是屬於原住民部落較多的偏遠地區，災民中有許多慢性病患，受到颱風沖毀家園的影響，病情不太穩定，部分原住民無力負擔健保費，不敢去醫院看診。

對於災區病患，健保局規定，各大醫院都不能拒收，患者可放心就醫，如果財務上有困難，各醫院或健保局也會以愛心專戶或愛心基金，盡力協助解決，疾病不可拖延，以免延誤時效。為照顧偏遠、交通不便的災區部落居民，東區分區業務組協調各醫療院所支援，到各災區提供醫療服務。

至於災民各項醫療相關問題，東區分區業務組除以 0800 電話專人接聽外，晚間也指派專員持公務手機輪班接聽，使災民無論有承保、欠費、健保 IC 卡或醫療問題，在任何時間都能獲得協助。此外，為

降低災民心理創傷，配合臺東縣衛生局辦理「臺東縣莫拉克災難後災民心理衛生復健計畫」，提供災區居民心理重建服務，並在各村設站，提供專科診療及居家訪視、團體治療等服務。

### 保費補助及就醫優惠

為了體貼災區民眾，有效紓緩經濟壓力，行政院衛生署訂定「莫拉克颱風受災之民眾全民健保就醫協助方案」，於受災地區實施健保費補助及欠費免予催繳等相關緊急應變措施，諸如受災民眾只要通報身分證號碼即可就醫；通知醫療院所依照緊急就醫辦法提供災民妥善醫療，並依該辦法申報費用。其他重要內容整理如下：

於風災地區健保特約醫療院所就醫之受災民眾協助項目，包括：1. 門急診、部分負擔費用；2. 住院一般膳食費；3. 對經濟困難且欠繳保費之受災民眾，優先提供醫療，健保局將予以協助辦理紓困貸款及分期繳納。（第1期先行實施地區，包括高雄縣、屏東縣、嘉義縣、臺南縣、臺東縣太麻里鄉/大武鄉/金峰鄉/達仁鄉/海端鄉/鹿野鄉、南投縣信義鄉/仁愛鄉/水里鄉/國姓鄉）



楊志良署長視察莫拉克風災災區災民的醫療情形

領有政府核發死亡、失蹤、重傷及安遷慰助金之被保險人及其眷屬，於健保特約醫療院所就醫時的協助項目，包括：1. 門急診、住院部分負擔費用免除；2. 住院一般膳食費免除；3. 免繳應自行負擔之健保保險費 5 個月。

考量這段期間可能有民眾需要就醫，但是因為交通不便或家中淹水，而無法取得健保 IC 卡，或者 IC 卡遭毀損，健保各特約醫療院所可協助採用例外就醫程序，予以受理就醫。災民因風災而遺失或毀損健保 IC 卡，健保局將免費換發 1 張新卡，另外申請換發新卡時，僅須表明災民身分，於請領健保 IC 卡申請表加註「莫拉克受災戶」，連同村里長核發的受災證明文件，或由村里長於申請表上加註受災事實之後，以掛號郵寄或直接到健保局各分局、聯絡辦公室申請。

災民若有積欠健保費者，均可先行就醫，免予催繳或移送行政執行，對於 98 年 7 月之前的健保費，繳款期限可以延後 6 個月，不會加徵滯納金；如果因經濟困難無力繳納健保費的民眾，健保局後續將會協助辦理優先紓困基金無息貸款或分期繳納。至於先前已經移送行政執行部分，高雄執行處暫緩各項行政作業，屏東執行處亦延後。

在災後工作方面，健保局與各災區縣市政府社會局處密切配合，建立災民資料提供專責窗口，由公所將符合災民資格資料送社會局處，以利健保局災民資料建檔，保障災民健保費補助及就醫權益。後續也針對災區領有縣市政府或公所核發受災證明書，且為經濟困難受災戶，做經濟困難資格認定，以紓緩欠費催繳壓力，並確保以健保就醫的權益。

# 成長

## 實現精進提升

我國實施全民健保以來，國人不分貧富，在生病時都能從這項社會保險制度獲得妥適的醫療照護。由於保費低廉、給付範圍完善、就醫便利，不但民眾高度滿意，也成為世界學習的典範。然而，因為人口老化、醫療科技進步、給付項目增加等因素，逐漸浮現財務失衡的困境。為使健保永續經營，朝關懷弱勢、優質照護及資源共享的方面努力，立法院審議通過二代健保法，業經總統 100 年 1 月 26 日公布，行政院核定自 102 年 1 月 1 日實施，以推動更切合民意並符合實務需求的二代健保。

### 二代健保規劃小組啟動

全民健康保險實施以來，雖然民眾對健保的滿意度維持在 70% ~ 80% 之間，但是，不浪費、不虧損兩大原則卻紛告「破功」；或因近年來社會經濟環境改變、或因制度設計有待檢討，使得全民健保面臨收支短絀的困境，亟需突破。衛生署於 89 年 7 月委託國家衛生研究院衛生政策研究發展中心主任、中央研究院院士宋瑞樓教授成立「全民健保體檢小組」，並於 90 年 2 月底提出報告。衛生署認為，體檢小組報告所提的政策建議，亟需長期規劃，乃於同年 4 月 4 日召開全民健保永續經營研議會議，



向民眾進行二代健保重點宣導

建議成立中長期改革規劃小組；同年月 13 日經行政院同意成立「二代健保規劃小組」。「二代」(Second Generation) 一詞代表一代已成為過去，二代即將接續來臨，並有一代代廣續不絕的寓意。

衛生署於 90 年 5 月報請行政院成立「行政院二代健保規劃小組」(以下簡稱規劃小組)，行政院於同年月 30 日核定「二代健保規劃小組設置要點」；設置委員 13 至 15 人，由胡勝正政務委員擔任召集人，李明亮署長擔任協同召集人，賴美淑教授擔任執行長。

規劃小組於同年 7 月 1 日成立，羅致各領域專家學者，且參酌國際經驗與我國文化特質，透過全體委員會、工作委員會、工作分組、聯席會議及年度檢討會議等 5 種運作方式，檢討現有全民健保制度運作，期以新思維做長遠的思考與政策研議，並藉由縝密規劃，重建優良體制，導正就醫行為及醫療生態，兼顧醫療科技發展，建立一負擔公平、財務健全、品質提升、照護適當、資源發揮最大效用，進而突破目前極限，得以永續經營，保障民眾健康的全民健康保險制度。

## 二代健保的改革重點

健保過去面對多重挑戰，包括財務危機、醫療資訊不夠透明、民眾參與度不足及醫療資源浪費等，為此，藉由二代健保修法提出多項改革措施，包括財務平衡的收支連動機制、提升政府財務責任、加強照顧弱勢族群、揭露醫療品質資訊及病床數、公開財務報表，擴大民眾參與、落實人人有保的多元支付制度等改革。

基本上來說，二代健保與一代健保最大的差異，主要可以從以下層面來分析。首先，保險組織架構及後續運作方式不同。二代健保把側重收入面的「監理會」及側重支出面的「費協會」整併為「健保會」，統合收支面，建立收支連動制度，穩定健保財務。此外，擴大民眾參與，除了參與「健保會」的負責項目外，保險付費者代表可參與醫療服務支付標準的擬訂、藥物給付項目及支付標準擬訂、總額支付制度的推動。

在保險對象權利義務方面，二代健保也做了修正。從嚴規定久居海外者的投保條件，增訂限制「2年內」曾有加保紀錄者，返國才可立即加保，以適度保障留學生及海外工作者的就醫權益，同時，外籍人士也必須在臺灣居留滿6個月才能加入健保。而二代健保也將「受刑人」納保，落實全民健保保障全民健康之精神；眷屬遭家暴影響自身健保權益，也納入修正。

依財稅資料顯示，個人綜合所得約有60%來自經常性薪資所得，過去健保是以薪資結構為主，二代健保費率從5.17%降至4.91%，健保收入少了200億元，這些差額必須從補充保險費填補回來，這是一個公平的措施，例如原先領取「獎金」的業務人員在一代健保因薪資結構問題，造成收入可能很高，繳健保費少的情形，但在二代健保制度下，這些民眾必須要多繳交補充保險費，屬於合理財務重新分配。二代健保規劃對於民眾未列入一般保險費計費的其他所得，如高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得及租金收入等，計收補充保險費；另投保單位（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的差額，也增列為計

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。另一方面，二代健保也顧及經濟弱勢民眾的規定，只要合於社會救助法的低收入戶成員，則不需要負擔補充保險費。

在節流方面，二代健保加重詐領保險給付及醫療費用者的罰鍰至其詐領金額的 20 倍；增訂對多次重複就醫、過度使用醫療資源的保險對象，進行輔導與就醫協助，未依規定就醫時，不予保險給付。訂定每年藥品費用目標，超出的額度由醫療給付費用中扣除，並依其額度修正次 1 年的藥價。

關於支付原則，二代健保採多元支付制度，以同病、同品質同酬為支付原則，並增加得以論人計酬的支付方式，實施家庭責任醫師制度。另外，增訂醫療服務及藥物給付項目及支付標準訂定前，得先辦理醫療科技評估，考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及健保財務，以確保醫療給付的合理性及醫療服務品質。此外，加強弱勢群體的就醫保障，居家照護部分負擔調降 5%，醫療資源缺乏地區就醫，也可減免部分負擔。

## 二代健保對社會民眾的好處

全民健保是強制性的社會保險，二代健保的重大改革，不僅讓民眾的就醫權益有更大的保障，也大幅提升社會公平性。

### 擴大計費基礎，民眾量能負擔

過去健保保費，是以身分別與投保薪資作為計費基礎，與真實所得之間落差極大，形成受薪階級負擔全民健保的不公平現象，因此二代健保將



辦理二代健保改革重點說明會



向洽公民眾說明二代健保重點

過去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。在費率調整方面，一般的保費大家都調降，但針對股利、高額獎金等未納入投保金額的所得項目收取 2% 的補充保險費。整體來說，二代健保實施後，政府及雇主的負擔也略有增加，政府負擔整體保費，也將從目前的 34% 提升到 36% 以上，民眾保費負擔的公平性也因此提高。

### 善用醫療資源，納入多元支付方式

對於節制資源不當使用，二代健保提出多項新規定，例如：加重詐領保險給付及醫療費用者之罰鍰，對違規情節重大的特約醫事服務機構，得視其情節輕重，於一定期間不予特約或永不特約；對於多次重複就醫、過度使用醫療資源的保險對象，即時進行輔導與就醫協助；健保署每年提出並執行抑制不當耗用醫療資源的改善方案，確保資源有效運用，並依市場交易情形合理調整藥品價格，另將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。

此外，二代健保採取多元支付方式，即以同病、同品質同酬為支付原則，包括推動健保論質計酬方案、論人計酬試辦計畫、院所以病人為中心之門診整合照護計畫及 Tw-DRGs 制度等，為民眾購買健康。

### 資訊透明，保障就醫權益

針對一代健保對醫療重要資訊不夠公開、醫療品質有待提升的困境，二代健保強調公開醫療重要事務的資訊，希望透過健保業務的決策過程透明化，以利全民共同參與、關心健保業務；藉由提供民眾實用的健保資訊，利於民眾就醫選擇；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。

「二代健保」強化資訊 4 大透明，包括：決策會議透明、品質資訊透明、醫院財報透明、重大違規透明等。這些透明化的項目主要包括：重要健保會議的議程及會議實錄，例如健保會審議保險費率、保險給付範圍或協定

及分配醫療給付費用總額；各特約醫院的保險病床設置比率；各特約醫院的保險病床使用情形；領取一定金額以上保險醫療費用的特約醫事服務機構的財務報告，例如資產負債表、收支餘絀表、淨值變動表、現金流量表、醫務收入及醫務成本明細表；與全民健保有關的醫療品質資訊，例如住院病人出院後 3 日內同院所再急診率、同日急診返診比率、急診暫留 2 日以上案件比率；重大違規的特約醫事服務機構名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實。透過醫療資訊透明化，進一步保障民眾就醫權利。

### 加強保障弱勢，安心就醫

二代健保財務的改革重點，在於擴大保險費計費基礎，提升保費負擔公平性，此做法已較現制更能依個人經濟能力負擔健保費，有補充保險費挹注，使健保的財源增加，可以紓緩未來保險費率應調高的壓力，使所得較低及眷口較多的家庭，保費負擔相對減輕。

依據二代健保法第 37 條規定立法意旨，僅對於有經濟能力但拒不繳納保險費者，始予暫行停止給付（鎖卡）。反之，對於確定無力繳納健保費者，採健保欠費與健保就醫脫 處理，以保障其健保就醫權益，不予鎖卡。亦即無力繳納健保費之弱勢民眾，均非屬鎖卡對象，都不會被鎖卡，保障其以健保身分就醫，獲得必要醫療照護。

對於偏遠或離島地區地理上弱勢民眾，二代健保減免醫療資源缺乏地區就醫的部分負擔、推動特約醫療院所支援 48 個山地離島鄉的醫療服務，重大傷病免部分負擔、身心障礙者部分負擔減免為 50 元、居家照護部分負擔費用由 10% 調降為 5% 等。

二代健保從規劃到修法通過，歷經 11 年，完成了全民健康保險實施以來最大改革。透過二代健保的實施，以「提升品質、關懷弱勢、健保永續、國際標竿」為願景，持續提供全體國民健全的醫療服務，更期許未來再朝關懷弱勢、優質照護及資源共享方面努力，開啟另一階段的健保改革，為守護臺灣民眾的健康持續努力。



# 4

## 結實纍纍許願景

辛勤耕耘的汗水落入土裡 滋養出滿樹鮮甜的果實  
以逐夢踏實的努力為種子 許一片滿山綻放的美麗

# 見證

成效豐碩  
累累

全民健康保險開辦以來，已逐步達成全民納保、就醫便利、減輕民眾就醫財務負擔、平均餘命增加、行政經費降低、醫療費用控制得宜及民眾高滿意等成果，並在國際上屢屢獲得好評。藉由幾項國際比較的數據，更可以突顯我國全民健康保險管理的成效。

## 全民皆納保，比率高達 99.5%

全民健康保險制度的實施，最直接成就是將健保範圍擴及原勞保被保險人之眷屬、榮民及其餘無職業的婦女、學生、孩童與老人，使全國民眾均能享有平等就醫權利。這些新加保的人口約佔總人口 43%，其共同特性就是無收入、收入較低或不固定，但醫療需求卻較高。在二代健保實施前，除受刑人之外，全民含軍人、在臺外籍人士都已經全面納入健保，一直到 99 年 12 月底止，參加全民健康保險總人數有 2,307 萬 4,487 人，已超過總人口數 99%，投保單位 70 萬 6,599 家。

全民健康保險的實施，讓民眾從此免於因病致貧或因貧而病的恐懼，不再因財務障礙導致無法或延誤就醫，算是建國以來最重要的社會民生制度，為全體民眾建構安全、安心的醫療保險照護網絡。

## 就醫可近性高，提升偏鄉醫療品質

全民健康保險開辦後，全國約 92% 的醫療院所，都與中央健保局特約；其中，醫院更是 100% 加入健保特約行列。民眾可到任一家特約醫療院所就醫，比起過去榮民必須到榮民醫院看病才有優惠、軍眷只能在軍方醫院就診、被保險人必須經由聯合門診中心轉診等只到特約醫療院所就醫的限制條件，健保讓就醫便利性已大大提升，也讓全民享有同等的就醫機會。

截至 102 年 6 月底止，全民健康保險特約醫療院所合計達 20,132 家，約佔全國醫療院所總數 93.68%（表 9）；另有特約藥局 5,398 家、居家照護機構 546 家、特約精神科社區復健機構 187 家、特約助產所 13 家、特約醫事檢驗機構 215 家、物理治療所 13 家、醫事放射機構 13 家及職能治療所 4 家。

表 9 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	21,490	476	11,001	14	3,478	6,521
特約醫療院所數	20,132	476	10,027	13	3,215	6,401
特約率	93.68%	100%	91.15%	92.86%	92.44%	98.16%

資料時間：101 年 6 月 30 日。

## 國人死亡率下降，平均餘命延長

若以全民健康保險開辦前 15 年及後 15 年比較，可從下列數據清楚發現，臺灣以最經濟的費用，創造了全民福祉；在標準化死亡率方面，減少 9.6%；在平均餘命方面，男性增加 2 歲、女性增加 1.6 歲（表 10）。若是跟國際相較，全民健康保險實施後，國人平均餘命增加，其中女性 82.76 歲、男性 76 歲，與經濟合作暨發展組織（OECD）各主要國家相近（表 11）。

表 11

	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
<b>台灣 (2011)</b>	<b>82.76</b>	<b>76.0</b>
美國 (2010)	81.1	76.2
捷克 (2010)	80.9	74.5
墨西哥 (2011)	77.9	73.2

開辦之前 15 年

(1980-1995 年)

標準化死亡率

↓20.1%



開辦之後 15 年

(1995-2010 年)

標準化死亡率

↓29.7%



表 10 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，指零歲以後平均尚期待生存之年數
3. 2011 年國人平均餘命：男性 76 歲、女性 82.76 歲

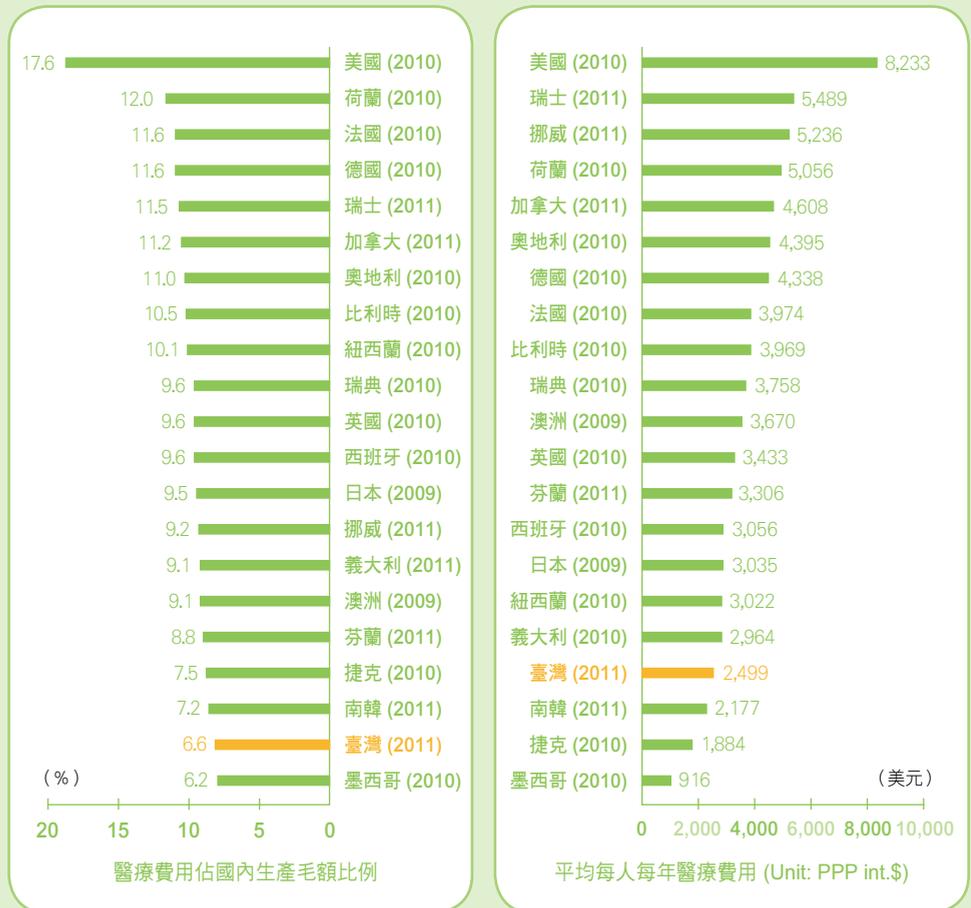
資料來源：行政院衛生署、內政部

資料來源：OECD Health Data 101 年度 on line，內政部 100 年

## 健保費用成長控制得宜

我國實施全民健保，提供國人優質且方便的醫療服務，且醫療費用低於世界其他主要國家。以購買力平價指數計算，臺灣每人每年花費 2,499 美元，約僅為美國的 1/3。以醫療費用佔國內生產毛額計算，我國只有 6.6%，低於絕大多數國家。（表 12）

表 12 我國醫療費用與世界主要國家之比較



資料來源：OECD Health Data 2012 年 on line，衛生福利部 100 年

在提供民眾優質醫療服務的同時，中央健保局並謹慎地控制保險成本；我國實施全民健康保險後，國民醫療支出平均年成長率已控制在 5.1% 左右（表 13），低於世界多數主要國家。另就 98 年全民健康保險使用金額前 20 名原廠藥品，比較其 99 年臺灣全民健康保險支付之藥價及主要國家藥價，主要國家藥價平均皆比我國健保藥價高（表 14）。

表 13 各國國民醫療支出年平均成長率（88 年～ 97 年）



資料來源：OECD Health Data 99 年度、行政院衛生署統計室  
 註：日本（87～96）、澳洲（97～96）

表 14 健保原廠藥品較世界各主要國家便宜



註：本資料係以 99 年全民健康保險藥價及各國藥價，就 98 年全民健康保險使用金額前 20 名原廠藥品之比較

## 行政支出僅佔總健保支出的 1.4%

全民健康保險財務設計力求收支平衡，「全民健康保險法」第 68 條規定：保險人為辦理全民健康保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額 3.5% 為上限，編列預算辦理。保險人為辦理全民健康保險所需的設備費用及週轉金，皆由中央政府提撥給付。

依據前述法令，中央健保局行政經費係由政府編列公務預算，而非由保險費支應；此外，全民健康保險研究經費，也是從行政經費中支出。每年行政經費的編列與執行，均須陳報行政院，送請立法院核定，所有經費執行均須接受嚴格監督。由於採單一保險人、政府經營管理模式，中央健保局也以全面資訊化作業、有效的經營管理措施，交出亮眼成績單，行政經費支出僅佔全民健保醫療費用總支出 1.4%，不及法定上限 3.5% 的一半。

總而言之，全民健保以如此低的行政成本來處理 2,300 萬人口的保險事務，其行政高效率在國際間自然獲得高度肯定。

## 健保充分發揮社會互助功能

全民健康保險的核心價值在於透過社會互助，以社會保險形式來分擔保險對象罹病時的財務風險。若以世界衛生組織的財務負擔公平性指標（表 15）來看，臺灣的健保相較於世界各主要國家，名列前茅。此外，從每人繳交的健保費與其實際得到的醫療給付相較，每人健保受益倍數約為 2 ~ 5 倍；其中，高所得家庭的健保受益比，約是 2.2，而低所得家庭的健保受益比約是 5.3，顯示所得愈低的民眾，其受益倍數愈高，充分發揮全民健康保險精神，讓健康、有收入的人可以幫助弱勢但卻亟需醫療照護的民眾。（表 16）

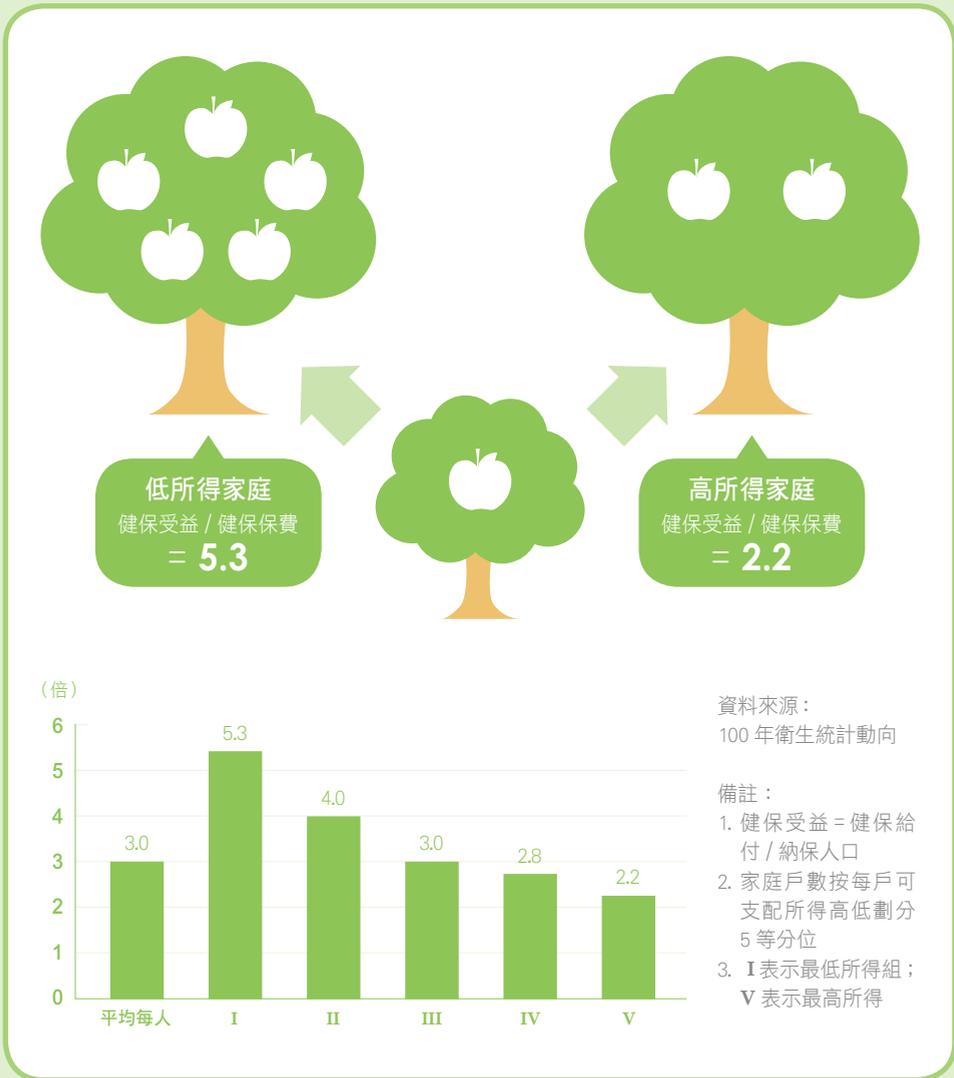
表 15 WHO 財務負擔公平性指標

排名	國家	指數
1	哥倫比亞	0.992
*	<b>臺灣</b>	<b>0.992 (83年 : 0.881)</b>
6-7	德國	0.978
8-11	日本	0.977
8-11	英國	0.977
12-15	瑞典	0.976
17-19	加拿大	0.974
20-22	荷蘭	0.973
38-40	瑞士	0.964
53	南韓	0.955
54-55	美國	0.954

資料來源：96年衛生統計動向

臺灣指數：Health Affairs, 92

表 16 高低所得家庭的平均每人健保受益比



另從健保醫療資源利用情形來看，重大傷病人口佔全體保險對象人數的 3.86%，醫療費用卻高達健保總醫療支出的 27.56%。其中，癌症、洗腎及血友病等重大傷病的平均醫療費用是一般人的 5.5 倍到 127.7 倍不等，顯示健保充分發揮了社會保險互助的功能，使重大傷病患者不致因病而貧（表 17）。

表 17 健保醫療資源利用情形

類別	醫療費用 (點)	平均值倍數
全國每人平均	24,395	1.0
每一重大傷病患者	177,859	7.3
每一癌症患者	134,870	5.5
每一肝硬化患者	138,217	5.7
每一洗腎患者	585,816	24.0
每一呼吸器患者	712,480	29.2
每一血友病患者	3,115,426	127.7

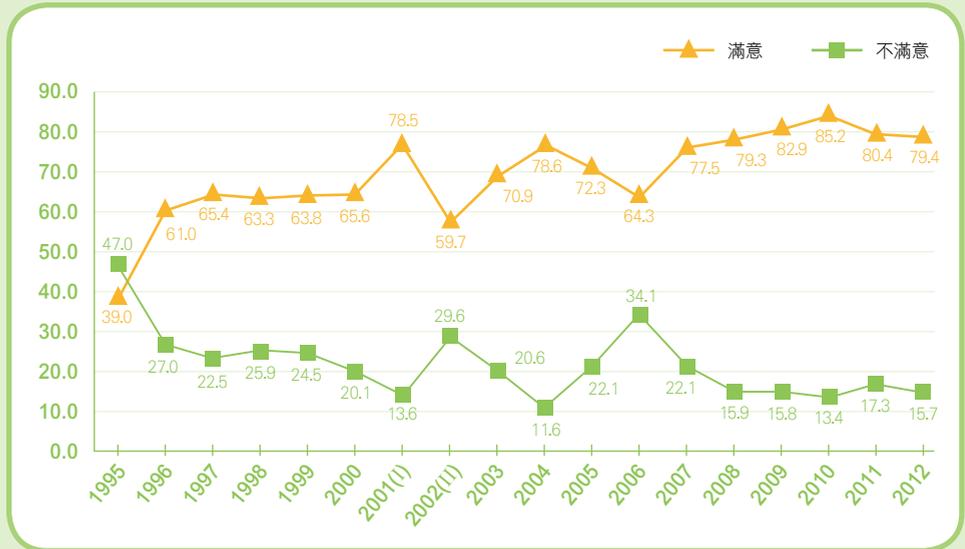
註：以 101 年重大傷病年度統計資料為例。



## 全國民眾滿意度高

全民健康保險是我國第一個涵蓋全體國民的社會保險制度，84年3月開辦初期，曾面臨諸多困難及反彈聲浪；當時民眾對全民健康保險滿意度不到4成；所有人員為貼近民眾需求，不斷強調為民服務，到100年全民健康保險滿意度已超過8成，如此持續攀升的支持度，顯見民眾對中央健保局18年來的肯定。雖然91年曾因制度保險費率及部分負擔等兩項費率同時調整，導致滿意度稍微下降，但隨後還是快速回升至7成以上；99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成左右。這些數據也代表了全民健康保險實施後，可謂是政府各項公共政策中民眾滿意度最高的一項建設。（表18）

表 18 全民健保歷年滿意度調查結果



註：91年度保險費率及部分負擔調整。

# 交流

## 受國際間肯定

全民健康保險在中央健保局、醫療院所與民間等3方積極配合下，開辦3年即已達到全民納保、滿意度達7成、保障範圍廣泛、就醫方便、保費低廉、行政成本低及醫療費用控制佳等成效，成為各國欽羨及學習對象。臺灣的全民健保不僅獲得國際社會高度的肯定，每年也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。全民健保以公平就醫、全民納保、就醫方便，可近性高、民眾不會因病致貧、國人平均餘命延長、醫療費用成長控制得宜、行政經費相較世界各國相對較低等成就。

### 國際社會肯定，成為學習典範

92年可說是臺灣全民健康保險制度名氣最響亮、成果最豐碩的1年，知名度也達到高峰，時常在國際媒體嶄露頭角。之後除了國際媒體報導外，其他國際期刊也常以臺灣經驗作為借鏡，相繼報導我國的全民健康保險成就，在肯定我國努力的同時，更期盼作為各國學習的典範。

臺灣以公平就醫、全民納保、等候時間短、民眾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。英國著名雜誌《經濟學人》的智庫，將臺灣的全民健保列為全球第2名，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。97年美國內科學年



黃三柱署長接待美國來訪外賓

鑑《Annals of Internal Medicine》刊載了由國家衛生研究院溫啟邦研究室發表的〈Learning from Taiwan: Experience with Universal Health Insurance〉，其內容評估全民健康保險實施 10 年的經驗，並肯定我國全民健康保險政策有助於改善弱勢族群健康，相對減少因病致貧的問題。在英國醫學期刊《BMJ 12 Jan 2008|vol.336》「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，也強調臺灣全民健康保險行政效率高，建議美國可從臺灣經驗得到啟發。97 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，介紹臺灣全民健康保險制度，強調美國人民所疑懼的單一保險人設計導致政府濫權，在臺灣全民健康保險中並不存在。遠在非洲發行的利比亞群眾醫學期刊《Jamahiriya Medical Journal, Summer 2009 v9 n2》季刊中的社論專欄，也刊登我國全民健保制度的報導，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，自由市場的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。

而榮獲 97 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 94 年 11 月 7 日《紐約時報》（New York Times）刊載〈Pride, Prejudice, Insurance〉一文中，公開讚許臺灣的全民健保已達全民納保、提高民眾就醫可近性等目標。

表 19 臺灣健保受到國際媒體報導

2012 年



012Taiwan's Progress on Health Care By Uwe E. Reinhardt (July 27, 2012)  
紐約時報



NGC Documentary featuring Taiwan's medical miracle to premiere. (June 26, 2012)  
國家地理頻道



Health Insurance Is for Everyone By Fareed Zakaria (Mar 26, 2012)  
時代雜誌



GPS Special: Global Lessons – The GPS Road Map for Saving Health Care. (Mar 17, 2012)  
CNN 電視臺

2009 年



20095 Myths About Health Care Around the World By T.R. Reid (Aug 23, 2009)  
華盛頓郵報

2008 年



CNN put Taiwan's health insurance on the same level as other advanced countries as a valuable paradigm.  
CNN 電視臺



美國公共電視 PBS 將臺灣與其他先進國家並列參考典範 (Apr 15, 2008)  
美國公共電視 PBS

2005 年



諾貝爾得主保羅克魯曼將臺灣經驗作為美國健保問題的借鏡 (Nov, 2005)  
紐約時報

除了國際期刊相繼報導，國際媒體也以專題深度報導臺灣的全民健保，不僅使臺灣的健保受到肯定，也對臺灣的國際形象提升有所助益。97年美國公共電視網（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，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（Smartcard）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。

101年更有4大國際媒體，包括《紐約時報》、國家地理頻道、《時代雜誌》及CNN電視臺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。

### 友邦國家紛紛來臺觀摩、交流

隨著全民健康保險在國際間大放異采，來臺觀摩全民健康保險的人數逐年增加，每年約有來自40個國家、250人次各國衛生官員、國會議員、新聞記者等參訪中央健保局；透過全民健康保險此一溝通平臺，已發展出臺灣的衛生實質外交；中央健保局儼然成為外交部、新聞局接待外賓來臺必然參訪的機構。101年中央健保局共接待全球22國、計502人次外賓參訪。

91年初，菲律賓健康保險公司曾派10人研修團，來臺學習臺灣全民健康保險經驗，除了到中央健保局總局研習外，還前往東區分局實地學習



臺灣、菲律賓健康保險合作簽約



朱澤民總經理接待沙烏地阿拉伯來訪外賓

原住民納保工作。93年2月，印尼國營全民健康保險公司 PT ASKES 公司主動要求派遣 12 人研修團，到中央健保局學習全民健康保險經驗；之後，印尼於 93 年在雅加達辦理全民健康保險國際研討會，同樣邀請中央健保局派員前往演講。96 年 6 月印尼全民健康保險公司再派高階主管來臺，學習全民健康保險各項實務經驗。

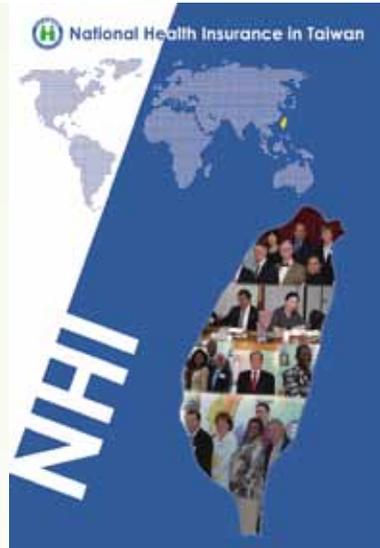
93 年 3 月南韓國民健康保險公團（NHIC）來臺灣考察，開啟了臺灣與南韓健康保險機構正式交流的新

頁。由於韓國國內對健保改革的呼聲及對臺灣全民健康保險制度的推崇，韓國全民健康保險公司於 93 年 7 月舉辦國際全民健康保險研討會，邀請臺灣、德國、法國、加拿大、澳洲全民健康保險相關專家學者及中央健保局主管參加；會議間，韓國全民健康保險專家對臺灣實施的總額支付制度甚感興趣，希望引進韓國；其後在 94 ~ 96 年間，臺韓雙方共舉辦 3 次全民健康保險國際研討會，並簽署合作備忘錄。

101 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」，正式開展中央健保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。

### 健保經驗，蜚聲國際

為提高我國健保制度於國際舞臺的能見度，形塑全民健康保險的國際形象，中央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。



健保經驗，各國嘉賓紛紛來臺學習

102年5月20日我國代表團參與第66屆WHA時，當時衛生署長邱文達針對大會主題「How to Ensure the Place of Health in the Next Generation of Global Development Goals」進行演說，與各國分享包含我國執行全民健保及各項醫衛政策的進展及成就，並強調在面臨現今全球衛生變遷與金融風暴等挑戰，我國也積極進行包括提升政府財務責任，擴大保費費基、確保保費負擔公平性、多元計酬支付方式以及將受刑人納入健保系統以保障基本健康人權、實施長期照護保險制度等重要衛生改革。

102年7月1日至3日，舉辦「102年臺日韓全民健保研討會」，邀請與臺灣健保制度與醫療體系相近之日本及韓國等健保機構共8位專家、學者來臺討論，研討會的3大議題為「健保制度現況與前瞻」、「偏遠及離島地區醫療」、「高齡化社會對醫療費用的衝擊」，計有國內外健保相關機關、團體、學者專家、醫療院所、藥界、民間代表等200餘人齊聚一堂，除了分享健保施行的經驗，並針對3大議題所帶來之社會衝擊，共同研商因應對策及解決方案。透過此次的互動與交流，更建立起3方友好與頻繁的交流平臺與管道，期讓臺灣的全民健保制度更臻精進與完善。

全民健保實施曾面臨諸多困難，從一開始的滿意度不到4成，到目前持續成長至8成以上，顯見民眾十分肯定健保。臺灣全民健康保險無論在保障範圍、就醫方便性與醫療費用控制上，表現都比許多國家亮眼，因而為全球所矚目，也獲得極高評價。而臺灣全民健康保險制度的成功，也增加其他國家對臺灣的欽佩與好感，這正是軟實力的表現。



102年臺日韓全民健康保險研討會

# 合作

## 院所夥伴支持

全民健保的推動，打破了民眾不再因病而貧、因貧而病的不幸循環，並且能在有效率的行政服務狀態下，持續強化健保資源的運用，甚至成為各國健保制度的學習標竿。能夠擁有這些肯定，醫療院所扮演了重要的夥伴角色。沒有醫療院所的支持，全民健保的各項政策及醫療服務無法落實、延伸至臺灣的每個角落，少了醫療院所的夥伴關係，健保無法單獨成功。

### 承作支持健保各項政策制度

全民健康保險開辦以來，已逐步達成全民納保、就醫便利、減輕民眾就醫財務負擔、平均餘命增加、行政經費降低、醫療費用控制得宜及民眾高滿意等成果，並在國際上贏得廣泛的好評。能夠貫徹全民健保多項政策，有賴各項協助措施，其中醫療院所的承作支持、醫療團隊的專業審查、醫療服務的輸送落實，更是確保健康服務品質不可或缺的關鍵因素。

全民健康保險開辦後，全國約 92% 的醫療院所與中央健保局特約，其中醫院幾乎百分之百加入健保特約行列，截至 102 年 6 月底止，全民健康保險特約醫療院所合計達 20,132 家，約佔全國醫療院所總數 93.68%，醫療院所遍及全臺 319 個鄉鎮，分布均衡，民眾可到任一家

特約醫療院所就醫。因為醫療院所對健保制度的肯定與協作，讓民眾就醫便利性大大提升，也讓全民享有同等的就醫機會。

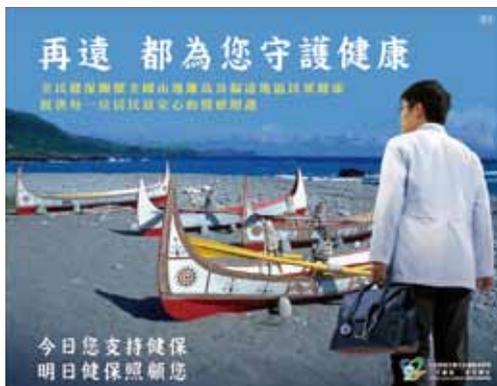
102 年二代健保正式上路，醫療相關資訊透明化，為其中改革重點之一。為了透過健保業務的決策過程與資訊透明化，以利全民共同參與，關心健保業務，進而透過醫療資訊公開，提高醫療品質，健保局邀請各相關單位，綜整相關意見研訂「全民健康保險特約醫事服務機構辦理財務報告資訊公開辦法」，強化 4 大資訊透明，包括決策會議透明、品質資訊透明、醫院財報透明、重大違規透明。而這項政策的執行，也有賴醫療院所的全力配合，並依照執行政策提供相關資訊，方能達到醫療訊息透明化的成果。

### 提供各項醫療服務輸送系統

為了提供全民更完整的健康保險服務，全民健保開辦以來不斷從問題中修正，積極從各項醫療服務加強調整，以期達到「人人有保，就醫公平」的目標。而各項醫療服務項目、各種試辦計畫，皆需要醫療院所扮演服務輸送的角色，要靠醫護人員前往第一線提供相關醫療服務。

例如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、有意願的醫療院所以較充足的醫療人力送至山地離島地區，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效益提升計畫（簡稱 IDS 計畫）」。這項計畫能夠成功，必須依靠醫生自動自

發的精神，因為對醫生來說，離開熟悉崗位，前往偏鄉巡迴看診，不僅要在資源設備有限的狀態下做診療，還必須全能應對各種需求，是很大的壓力。目前全國公告之離島鄉皆已納入 IDS 計畫，計有 50 鄉，共 26 家特約院所承



作 30 項計畫，支援當地醫療服務。此外，肩負山地離島地區或偏遠地區主要急性醫療照護功能的醫療院所，也配合 101 年實施的「全民健康保險醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫」，強化 24 小時急診及內外婦兒門診等醫療服務。

其他像是醫療費用支付制度、健保 IC 卡技術建置與運用等各種健保試辦計畫，更需要醫療院所的支持與落實，以讓健保各項服務項目能延伸到臺灣每個角落。

### 天災危難，提供第一線醫療輸送服務

全民健康保險的成立目的，就是為了照顧國人健康，當 921 震災、莫拉克風災等天然災難發生時，健保局秉持一貫的服務精神，以人道關懷提供災民緊急的醫療救護，而要將各項緊急救護行動落實到災區，則有賴醫療院所的全力配合，以及醫護人員深入災區，在第一線提供災民良好的醫療救助服務。

以 921 震災為例，在國內發生重大震災的第一時間，全國醫療院所約有九成的健保局特約醫事服務機構，便責無旁貸地肩負起災民醫療照護之責。雖然依全民健康保險法第 40 條規定，全民健康保險不適用於此次地震

之嚴重天然災害，但為方便受傷民眾仍依現行的就醫程序就診，健保局將支付醫療院所因地震發生的醫療費用，並請各醫療院所以救治傷患為最優先考量，全力配合。而在這次天災中，醫療院所也以人道關懷提供緊急提供災民醫療救護，為社會救助樹立良好典範。

自全民健康保險開辦至今，無論是天災或是疫情，健保已經成為國人



楊志良署長到災區勉勵醫護人員

生命、健康的安全保障。面對災難，健保緊急提出的醫療服務，也在醫療院所、醫護人員親自站上第一線輸送服務的動員下，充分展現出社會保險互助的精神。

### 協助審查各項醫療制度

健保各項制度的制定與審查，並非由健保局閉門造車自行規劃制定，在多項政策制定之前，邀請最貼近民眾健康的醫界人士共同討論，研擬修訂各項醫療制度。例如在醫療支付制度方面，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；而總額支付制度全面實施後，也邀請醫界代表討論，共同發展檔案分析審查異常不予支付指標。

而在專業審查部分，醫療專家也扮演著重大角色。醫療專業審查規範及注意事項的訂定，都經過具有相關臨床或實際經驗的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，也舉辦各科審查醫師會議，尋求對醫療專業見解的共識。

全民健保一路走來，歷經 921 大地震、SARS 疫情風暴及莫拉克颱風等大規模災害，成為保障民眾人身安全最穩定的力量，這些當然要歸功於醫界與社會大眾的全力支持，沒有合作夥伴，健保無法提供民眾安心的醫療保險照護網路。

# 展望

希冀美好未來

經過多年來的默默耕耘，全民健康保險的豐碩成果在全球建立聲望，不僅獲得世界各國讚揚，亦成為各國建立或改革健保制度的研究對象；這不僅是全民的驕傲、臺灣的榮耀，更證明全民健康保險確實為國家最珍貴的資產。

102年是臺灣邁入健保新紀元的重要里程碑。二代健保自102年1月1日正式上路，同年7月23日，「中央健康保險局」亦隨著「衛生福利部」的成立，正式揭牌更名為「衛生福利部中央健康保險署」，象徵全民健保向前跨步再提升，邁向嶄新的服務領域。但健保改革的腳步不會因此停歇，在醫療資源有限的情況下，全民健保將持續滾動式檢討改善相關措施，朝下列方向推動革新措施，並規劃出將來的遠景藍圖：

## 一、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眾，全民健保致力保障其就醫無障礙，相關措施包括欠費協助以及醫療保障與安心就醫等。另二代健保更進一步對有經濟困難的民眾，主動協助尋求社會資源，並限縮欠費鎖卡的條件；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份加保。



衛生福利部中央健康保險署揭牌儀式

## 二、配合推動「健康醫療雲」計畫

配合衛生福利部於臺灣健康醫療雲之 2 項子計畫 - 「電子病歷雲端服務」及「醫療雲端服務環境」，辦理下列重要業務：

### (一) 發展「健保雲端藥歷系統」

配合於 VPN 系統建置查詢資訊系統，供醫院醫師、藥師等即時線上查詢參考，提升病人用藥安全及品質，健保署積極建置以病人為中心之健保用藥資訊系統，以提供醫院即時查詢及醫師處方參考。該系統透過選擇有意願、理念相同、資訊能力強的醫院合作；合作醫院可內部全部單位辦理，亦可先選擇院內配合度高的科別，或特定疾病（例如：高血壓、糖尿病、高血脂）或特定處方類別辦理。查詢資訊系統均保留所有查詢紀錄並建置查詢紀錄檔案，供各項資安管理作業查核勾稽使用。未來將於系統穩定運作後，擴大推展至基層診所使用。

### (二) 配合電子病歷執行費用審查電腦化

為配合電子病歷之推動，並為節省傳統紙本病歷及醫療影像製作之人力、設備、耗材及儲存空間等支出，整合運用各類型健保審查所需資訊，便利審查醫藥專家查詢參考，減少人工作業流程及紙張影印等成本，提升專業審查品質及效率，健保署已開發「全民健康保險智慧型

專業審查系統」，並配合實施專業審查作業紙本病歷替代方案，建置醫療影像傳輸系統（PACS），健保特約醫事服務機構可傳送病歷電子檔案資料或電子病歷送審，健保署各分區業務組均可配合受理，並進行專業審查作業。

### （三）加強重複醫療查核機制

自 93 年健保卡登錄及上傳，迄 102 年醫院與診所醫令登錄率及上傳正確率均已達 92% 以上，使保險對象就醫資料更完整，以提供醫師診療跨院所就醫病人完整醫療資訊，避免重複醫療。另，健保卡可儲存最近 6 次就醫資料（包括就醫日期、就診院所及疾病代碼等）、60 組處方資料（包括處置、用藥及檢驗檢查），及過敏藥物的紀錄等，並可循環使用，以提供醫師透過醫師卡可讀取其內容，供處方參考，避免重複用藥或重複檢查，提升就醫安全，並間接可減少醫療資源浪費。

## 三、執行醫療科技評估（Health Technology Assessment, HTA）

依據健保法第 42 條第 2 項規定，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。

考量新藥、新科技之評估有其時效性，惟目前評估人力及資源有限，所以，先行選擇單價較高且對健保財務影響較大之品項辦理醫療科技評估。目前，執行 HTA 案件之條件如下：

### （一）新收載案件：

1. 於國內 5 年內上市之新成分、新給藥途徑、新療效複方藥品，其藥品單價大於 10 元，且建議者預估每年費用超過 1 億者。
2. 於國內 5 年內上市之新功能類別特材，且建議者預估每年費用超過 3 仟萬者。

### （二）藥物給付規定新增或修訂案件：

1. 藥品案件：對健保財務衝擊影響每年增加超過 5,000 萬者。
2. 特材案件：對健保財務衝擊影響每年增加超過 3,000 萬者。

#### 四、全民健康保險與長期照護保險無縫接軌

近年來，臺灣人口快速老化，99年臺灣65歲以上老年人口為11%，依經建會人口結構變動中推估，106年將增為14%，達到國際慣例所稱的高齡社會，114年再增為20%，邁入超高齡社會，149年則將高達42%，國人長期照護之需求與日俱增。

另從高齡人口佔工作年齡人口比例來看，99年，約每6.6個15～64歲工作年齡者，負擔一個65歲以上高齡者；114年時，則降為每3.4個工作人口，負擔一位高齡者；至149年時，則為每1.2個工作人口負擔一位高齡者，考驗嚴峻。

加上家庭結構改變，家庭成員相互支援照護的功能弱化，如為家庭成員負擔照顧失能者責任，有26%的主要照顧者評估已達“壓力性負荷”標準，需要協助，40%有經濟壓力，因此，有愈來愈多的家庭仰賴外籍看護照顧失能者。整體而言，民眾對於長期照護使用意願高，但長期照護資源供給的質與量及可近性皆不足。

為迎接臺灣高齡化社會的來臨，臺灣長期照護制度的發展分3階段：第1階段為97年至106年推動的「長期照顧10年計畫」；第2階段為102年至104年「長期照護服務法」及建置長期照護服務網；第3階段為配合衛生福利部長期照護保險之辦理，中央健康保險署被賦予擔任長期照護保險之保險人，務必使全民健保及福利體系無縫接軌，以建構完整的社會安全網，期藉由社會自助互助，分擔長期照護財務風險，帶動長照服務資源發展，提高可近性，減輕家庭負擔，達到維護與促進失能者獨立自主生活的目標。

展望未來，全民健保必須在醫療資源有限的情況下，面對各方的需求，作合理的資源分配、提供周全的醫療服務及持續維護民眾的健康，並提升行政服務效率，強化健保資源的合理運用。此外，面對新型態社會的挑戰及民眾的需求，健保署將加強溝通，整合各方意見，強化我國健康服務全方位的照護網絡，為守護臺灣民眾的健康持續努力。

## 同舟共濟，健保永續不是夢

開辦全民健保的目的，是要保障每一位國民的健康，所以它的未來，並不是靠少數關心健保的人來決定，也不是操縱在一群政客的手中。它與每一位民眾的生活息息相關，是我們社會最珍貴的資產，也是一種對生命尊重的表現，這樣的觀念應該從小灌輸，從學校教育開始進而延伸至社會教育。雖然健保牽涉的議題複雜，但仍有必要借助學校教育及社會教育，讓全民都能瞭解健保。對健保有瞭解、有感情，才能尋求全民共識，共同決定健保未來的路。

全民健保是社會制度的一環，它的極致表現應該就如孔子《禮運大同篇》所提到：「不獨親其親，不獨子其子，使老有所終，壯有所用，幼有所長，鰥寡孤獨廢疾者，皆有所養。」這樣自助互助、同舟共濟的社會價值觀便是全民健保的基本精神，也是所有國民從小必須建立的人文素養，唯有每個人對健保的核心價值有充分的體認，才能享有健全制度所帶來的保障。健保的永續經營並不困難，建立民眾的共識，才是最重要的關鍵。民眾有了共識，其餘的技術性問題，對經營健保的專業人員來說，都成為可迎刃而解的小問題了。

世界上任何國家的醫療制度都歷經了長期的變革，才能有今天趨向健全的體制。在實施全民健保的過程中，問題同樣會找上我們，我們所懼怕的不應該是問題，而是有沒有正確的態度，去面對、去解決。只有每個國民願意同心協力去克服問題，才是健保的立基所在，也唯有如此，全民健保永續經營才有可能實現。



衛生福利部中央健康保險署，與全民攜手共同邁向健保新紀元

# 結穗跨步

全民健保十八紀實

國家圖書館出版品預行編目 (CIP) 資料

結穗跨步 全民健保十八紀實 / 蔡淑鈴總編輯. --  
臺北市：健保署，2013.12  
面；公分  
ISBN 978-986-03-9469-6(平裝)

1. 全民健康保險

412.56 102025354

- 出版機關 衛生福利部中央健康保險署  
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
- 發行人 黃三桂  
編輯顧問 李丞華 蔡魯  
總編輯 蔡淑鈴  
副總編輯 張鈺旋  
審查委員 吳秋美 廖哲慧 魏裕昌 (依姓名筆劃排序)  
執行編輯 彭美琪 孫碧雲  
設計印刷 左右設計股份有限公司
- 出版年月 2013 年 12 月  
定價 新臺幣 280 元
- 展售處 臺北國家書店松江門市  
地址 10485 臺北市中山區松江路 209 號 1 樓  
電話 (02) 2518-0207  
臺中五南文化廣場  
地址 40042 臺中市中山區中山路 6 號  
電話 (04) 2226-0330
- GPN 1010203113  
ISBN 978-986-03-9469-6

本書內容未經衛生福利部中央健康保險署許可或取得書面同意，  
不得部分或全部使用。





衛生福利部中央健康保險署

臺北市大安區10634信義路三段140號

電話：+886-2-2706-5866

網址：www.nhi.gov.tw



GPN:1010203113

定價：NT\$280元