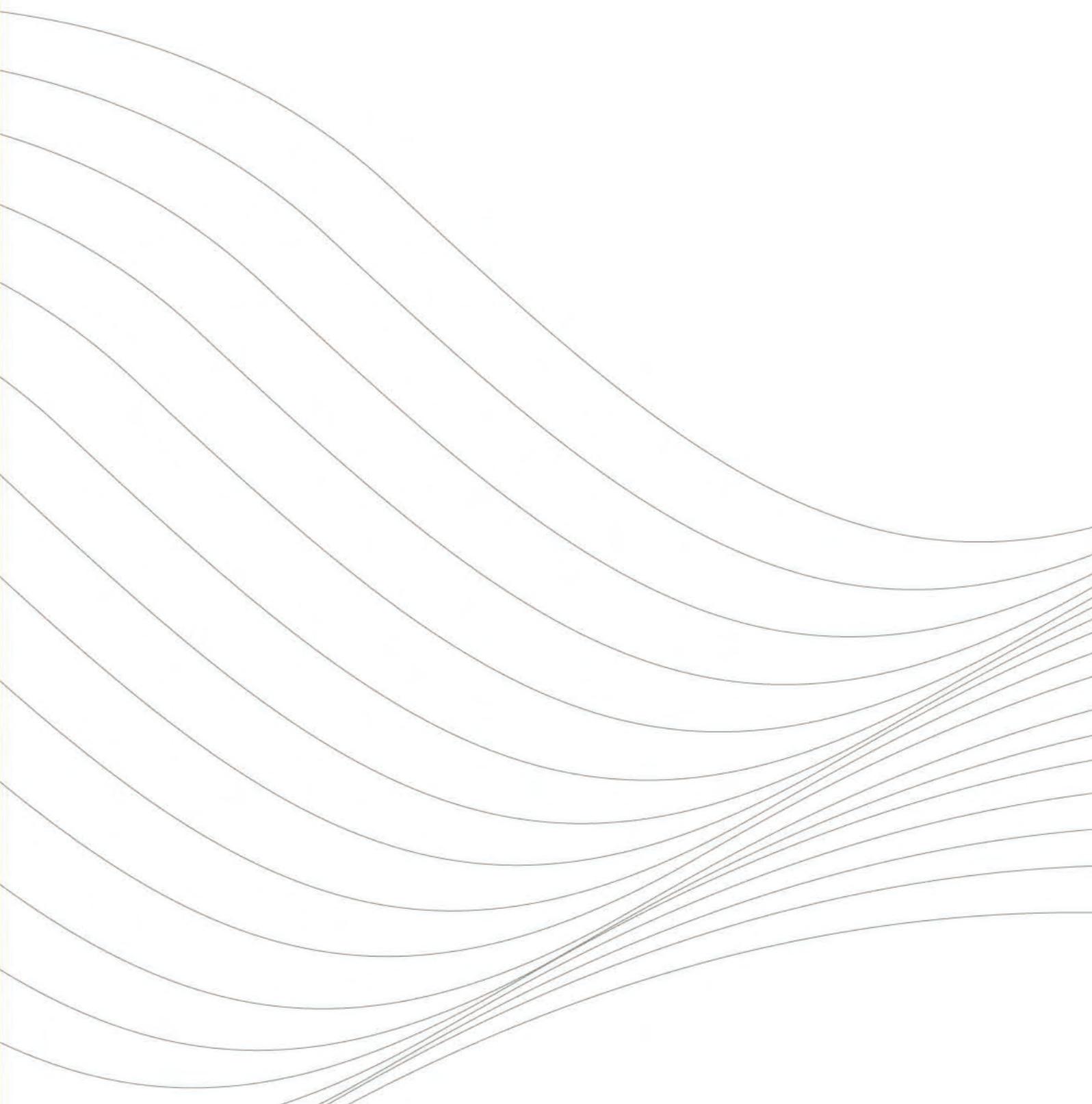


2009

全民健康保險簡介



目錄

01 總經理的話

1 全民健保 照護全民

03 打造健保希望工程 現行制度篇

4 全民健保制度

12 全民健保組織體系

14 提升健保優質競爭力 經營成效篇

- 15 全民有保 就醫便利
- 17 健全財務 多管齊下
- 20 提供完善的醫療服務
- 21 全方位政策 照顧弱勢族群
- 24 提供多元醫療給付 提升醫療品質
- 29 醫療資訊揭露 提升民眾知的權益
- 31 提升醫療管理效率
- 35 e化效率 服務更多元
- 38 合理調整藥價 提升用藥品質

39 肯定健保視野大格局 各界評價篇

- 40 世界的認同 你我的榮耀
- 44 健保團隊受各界肯定
- 45 全民健保滿意度

46 永續健保接軌新未來 展望未來篇

- 47 未來挑戰與展望

總經理的話

全民健保 照護全民



全民健康保險（以下簡稱全民健保）開辦至今，已屆滿14週年了，14年走來，在中央健康保險局（以下簡稱健保局）、醫界、產業界及民眾持續的共同努力下，無論在醫療服務、醫療品質的提升、健保資訊e化等各方面，都表現非凡，不僅照顧到更多弱勢及需要協助的民眾，行政效率和服務品質也不斷提升。而全民健保的成功經驗，更成為其他國家仿效及國際媒體報導的重要典範。

全力照護 弱勢族群

全民健保開辦的目的，就是要集合社會大多數人的力量，共同解決少數人就醫的經濟障礙，以照顧全體民眾的健康。對於繳不起健保費而無力加入或中斷全民健保的民眾，健保局更以爭取保險費補助、提供紓困貸款、愛心轉介與分期攤繳等多項優惠配套措施，協助他們解決經濟困境。

另外，持續推動健保山地離島地區醫療給付效益提升計畫，有效保障我國48個山地離島偏遠地區的民眾，得以在全民健保的保護傘下，獲得快速方便的醫療服務。

積極提升 醫療品質

自從全民健保全面實施總額支付制度後，預先設定每年健保醫療費用支出總額，健保局作為全民健保的保險人，在有限的醫療資源下為全體保險對象的醫療服務品質把關，並持續督促健保特約醫事服務機構提供更貼近全民需求的醫療服務品質。全民健保已從開辦時提高民眾就醫可近性，使人人免於因病而貧的目標，逐漸發展為以注重醫療服務品質為主的三大目標，首先為重視病患知的權利，推動醫療服務品質資訊公開透明化；其次是重視偏遠地區弱勢族群醫療服務品質，以提供公平適切的醫療照護；第三是重視病人安全，以病人為中心，推動各項計畫，提升醫療服務品質與效率。

從氣喘、糖尿病等慢性疾病的全程治療比率逐漸提高，疾病照護的整體滿意度增加，急診及再住院次數逐漸減少，各種重大傷病患者每年新增人數成長幅度趨緩等成果來看，全民健保的各項措施，的確成功達到了照顧民眾健康的目的。

國際舞台 發光發熱

全民健保在健保局、醫療院所及所有民眾的積極配合下，幾乎已達到全民納保、就醫方便、保費低廉、醫療費用控制良好等成效，成為各國稱讚及學習的對象。

以未實施全民健保的美國為例，本局陳副總經理於97年5月受邀到美國國會主講「台灣全民健保經驗對美國健保改革的意涵」，探討為何美國健康保險制度歷經5次改革仍然失敗，而我國實施全民健保制度卻是如此成功，引起會中一股台灣模式熱潮；美國媒體也多次以專題報導台灣的全民健保制度。近年來許多亞洲國家，如韓國、菲律賓、印尼、馬來西亞、越南、帛琉等，甚至沙烏地阿拉伯等國，都紛紛派員來台學習，因此，台灣的全民健保制度儼然已是國際上重要的社會保險制度典範。



全民健保 全民之福

展望未來，我們擬具策略目標和實施計畫，健全各層級醫療體系功能、強化社區醫療照護等等，以「促進社會公平、增進服務效率、提升就醫品質、凝聚全民共識」的基本理念，使全民享有公平的就醫、更好的醫療品質、並重視病人的福祉及健康平權，以充分達到「全民參與、健保永續」的願景。

全民健保是全民之福，更是台灣之光。

打造健保希望工程

現行制度篇



全民健保制度

承保作業

全民納保 投保分類

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

因此，凡具有中華民國國籍，在台灣地區設籍滿4個月以上的人（在台灣地區出生之新生兒只要辦妥戶籍出生登記），都必須參加全民健保，並將保險

對象分為六類（表1），以作為保險費計算的基礎。

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

表1 全民健保保險對象分類及其投保單位

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

註：各類眷屬及第6類被保險人均須為無職業者。

健保財源

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

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

保險費的計算

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

全民健保之保險費率自開辦到91年8月底前皆為4.25%，自91年9月起調整為4.55%。平均眷屬人數亦經過多次的調整，開辦至84年12月為1.36人，85年1月修正為1.1人；85年10月為0.95人；87年3月為0.88人；90年1月為0.78人；直至96年1月1日起為0.7人。

表2 全民健保保險費計算公式

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

註：

- 1.投保金額：請參照全民健保投保金額分級表。
- 2.自91年9月起保險費率為4.55%。
- 3.負擔比率：請參照全民健保保險費負擔比率。
- 4.眷屬人數：超過3口的以3口計算。
- 5.平均眷屬人數：自96年1月1日起為0.7人。
- 6.自96年8月起，第4類及第5類人口之平均保險費為1,317元，由政府全額補助。第6類地區人口平均保險費為1,099元，自付60%、政府補助40%，因此每人每月應繳保險費為659元。

表3 全民健保保險費負擔比率

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

表4 全民健保投保金額分級表

組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)	組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)
第一組 級距600元	1	17,280	17,280以下	第六組 級距2400元	24	48,200	45,801-48,200
					25	50,600	48,201-50,600
					26	53,000	50,601-53,000
					27	55,400	53,001-55,400
					28	57,800	55,401-57,800
第二組 級距900元	2	17,400	17,281-17,400	第七組 級距3000元	29	60,800	57,801-60,800
	3	18,300	17,401-18,300		30	63,800	60,801-63,800
	4	19,200	18,301-19,200		31	66,800	63,801-66,800
	5	20,100	19,201-20,100		32	69,800	66,801-69,800
	6	21,000	20,101-21,000		33	72,800	69,801-72,800
	7	21,900	21,001-21,900		第八組 級距3700元	34	76,500
8	22,800	21,901-22,800	35	80,200		76,501-80,200	
第三組 級距1200元	9	24,000	22,801-24,000	第九組 級距4500元		36	83,900
	10	25,200	24,001-25,200		37	87,600	83,901-87,600
	11	26,400	25,201-26,400		38	92,100	87,601-92,100
	12	27,600	26,401-27,600		39	96,600	92,101-96,600
第四組 級距1500元	13	28,800	27,601-28,800	第十組 級距5400元	40	101,100	96,601-101,100
	14	30,300	28,801-30,300		41	105,600	101,101-105,600
	15	31,800	30,301-31,800		42	110,100	105,601-110,100
	16	33,300	31,801-33,300		43	115,500	110,101-115,500
	17	34,800	33,301-34,800		44	120,900	115,501-120,900
	18	36,300	34,801-36,300		45	126,300	120,901-126,300
第五組 級距1900元	19	38,200	36,301-38,200	46	131,700	126,301以上	
	20	40,100	38,201-40,100				
	21	42,000	40,101-42,000				
	22	43,900	42,001-43,900				
	23	45,800	43,901-45,800				

註：
1.訂定原則係比照勞工退休金月提繳工資分級表訂定。
2.本表自96年8月1日起實施。

投保金額之訂定

在投保金額方面，第1類至第3類被保險人之投保金額，由行政院衛生署擬訂分級表，報請行政院核定，自96年8月1日起共有46級（表4）。第1類民眾的投保金額，由投保單位（雇主）依民眾每月的薪資所得，對照該表所屬的等級申報，第2類職業工會會員最低投保金額應按投保金額分級表第6級（21,000元）起申報。至於屬於第3類民眾的投保金額目前為21,000元。

醫療給付範圍

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

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

部分負擔，建立「使用者付費」觀念

自全民健保開辦至94年6月底，門、急診部分負擔已進行多次調整。為鼓勵民眾小病到當地診所就醫，需要進一步檢查或治療時再轉診到大醫院（例如區域醫院），自94年7月15日起施行轉診制度，以促使全民健保資源的有效運用，門診基本部分負擔亦配合修正（表5）。

表5 全民健保門診基本部分負擔

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

註：

- 1.凡領有《身心障礙手冊》者，門診就醫時不論醫院層級，基本部分負擔費用均按診所層級收取50元。
- 2.門診手術、住院患者出院後30日內及生產後42日內第一次回診視同轉診，得由醫院開立證明供病患使用。
- 3.自94年7月15日起公告實施。

其中，西醫門診基本部分負擔按「未轉診」及「轉診」兩種方式計收。民眾若未經轉診直接到醫學中心、區域醫院、地區醫院就醫，就會提高部分負擔；如經轉診則維持原標準。牙醫、中醫不分層級一律計收50元。

另，民眾看病時，如藥費超過一定金額，則須加收藥品部分負擔如表6所示。同療程中接受第2次以上的復健或中醫傷科的治療，每次須自行繳交50元的部分負擔費用。

住院部分負擔設有上限

民眾若罹患急性、慢性病需要住院時，醫療費用部分負擔一般情況下約為

表6 全民健保門診藥品部分負擔

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

5%~10%（表7）；又為減輕民眾負擔，對於急性病房住院30日以下、慢性病房住院180日以下，訂定負擔金額上限，由行政院衛生署每年依法公告。（例如，98年以同一疾病每次住院3萬元、全年累計住院5萬元為上限）

特殊情況得免除部分負擔

為了不讓部分負擔影響民眾的正常就醫，只要符合全民健康保險法第36條各款情形之一者，如重大傷病（表8）、分娩、山地離島地區就醫者免收部分負擔，另健保IC卡上註記「榮」字的榮民、榮民遺眷之家戶代表、低收入戶、3歲以下兒童、登記列管結核病患至指定特約醫院就醫、勞保被保險人因職業傷病就醫、多氯聯苯中毒的油症患者等，已由相關單位支付者亦得免收部分負擔；身心障礙人士之門診基本部分負擔一律以50元計收。另外，針對特定項目如接受門診論病例計酬項目服務、持慢性病連續處方箋的民眾、接受牙醫診療服務者，可免除門診藥品部分負擔。

表7 全民健保住院醫療費用部分負擔

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

表8 全民健康保險重大傷病範圍

疾病名稱
一、需積極或長期治療之癌症。 惡性腫瘤
二、先天性凝血因子異常。
三、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〕。
四、慢性腎衰竭〔尿毒症〕，必須接受定期透析治療者。
五、需終身治療之全身性自體免疫症候群。
六、慢性精神病
七、先天性新陳代謝異常疾病〔G6PD代謝異常除外〕
八、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
九、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。
十、接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟及骨髓移植後之追蹤治療。
十一、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）。
十二、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數16分以上者 （INJURY SEVERITY SCORE \geq 16）（※植物人狀態不可以ISS計算）
十三、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者。需使用呼吸器至少連續30天，每天依賴呼吸器至少6小時，且造成呼吸衰竭之原因尚未排除，或臨床上及生理方面仍未達穩定狀態，目前持續使用中，短期內無法脫離。
十四、（一）因腸道大量切除或失去功能引起之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。 （二）其他慢性疾病之嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過30天，且病情已達穩定狀態，口攝飲食仍無法提供足量營養者。
十五、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。
十六、重症肌無力症
十七、先天性免疫不全症
十八、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）
十九、職業病
二十、急性腦血管疾病（限急性發作後1個月內）
二十一、多發性硬化症
二十二、先天性肌肉萎縮症
二十三、外皮之先天畸形
二十四、漢生病
二十五、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。
二十六、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、心臟、肺臟等之併發症。
二十七、砷及其化合物之毒性作用（烏腳病）
二十八、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。
二十九、庫賈氏病
三十、經衛生署公告之罕見疾病，但已列屬前29類者除外。

註：

1.第24項漢生病，原係癩病（麻瘋病），97年8月13日總統令將麻瘋病更名為漢生病。

2.資料日期：97年11月30日止。

支付制度

醫療費用總額預算支付制度

自91年7月起，全面實施醫療費用總額預算支付制度，醫療費用總額預算支付制度為一種前瞻性、宏觀（macro）調控醫療費用上漲之方法，但仍須透過支付基準等微觀（micro）配套策略，如論病例計酬、論質計酬等改革方案，才能達到改變診療行為，減少浪費的目的。

全民健保的醫療費用支付方式，在各部門總額之下，仍以「論服務量計酬」為主，並逐步推動「論病例計酬」及「論質計酬」，以提升醫療服務品質、促進國民健康。

醫療服務診療項目之支付標準，除論病例計酬係採包裹給付外，相同之診療服務多訂定相同之支付點數，而點數之合理性，除依各界建議不定期協商調整外，有關特定診療項目，於93年7月起開始導入以醫療資源耗用愈多，則支付點數愈多之相對值表制度。截至97年11月論病例計酬的項目總計有54項。

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

全民健保特約醫療院所皆可開給慢性病患者慢性病連續處方箋，慢性病患者持慢性病連續處方箋再次配藥時，可至原處方醫療院所、健保特約藥局配藥，藥品免部分負擔且不會計入就醫次數，既省時又省錢。



基於全民健保不僅是為民眾購買醫療，更要落實為民眾買健康的理念，自90年起推動醫療給付改善方案，採取論「品質」付費的支付方式。期望藉由各類照護的整合與支付制度的規劃，發展確保醫療品質的支付方式，提升照護的成效，達到以最符合成本效益的原則，提供高品質服務的目標。目前實施之疾病項目為乳癌、糖尿病、氣喘及高血壓等4項。

審查制度

依全民健保醫事服務機構醫療服務審查辦法第2條，全民健保送審服務案件審查之目的在對特約醫療院所提供之醫療服務項目、數量、適當性及品質作審查。醫療服務案件之特色在量大（以96年統計為例：全年門診件數高達3.4億件，平均每日93萬件）以及申報案件具醫療專業性，因此，健保局之審查方法主要為由申報資料進行電腦審查。另外，抽樣調閱部分病歷送請審查醫師專業審查，並採重點管理。總額支付制度實施後，醫療服務專業審查已委託相關醫事團體辦理。

醫療院所申報醫療服務之審查，可分為程序審查與專業審查。程序審查包括：1.保險對象之資格。2.保險給付範圍

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

依全民健保法規規定，醫療院所如對健保局初次核定結果有異議，得提出申復，由健保局委託其他審查醫師複審；醫療院所如對複核結果仍有異議，得向全民健保爭議審議委員會申請爭議審議，由其所聘任之其他醫療專家審查及委員會審議，健保局則依全民健保爭議審議委員會審定結果辦理。

全民健保組織體系

健保組織的運作團隊

我國全民健保為政府主辦之社會保險，以行政院衛生署為主管機關，下設「全民健康保險監理委員會」、「全民健康保險爭議審議委員會」及「全民健康保險醫療費用協定委員會」等3個單位協助規劃及監督保險事務。「中央健康保險局」為保險人，承辦全民健保所有相關業務，負責制度規劃、推動、執行、督導、研究發展、人力培訓、資訊管理與稽核等業務，其執行業務所需經費由中央政府編列預算支應。

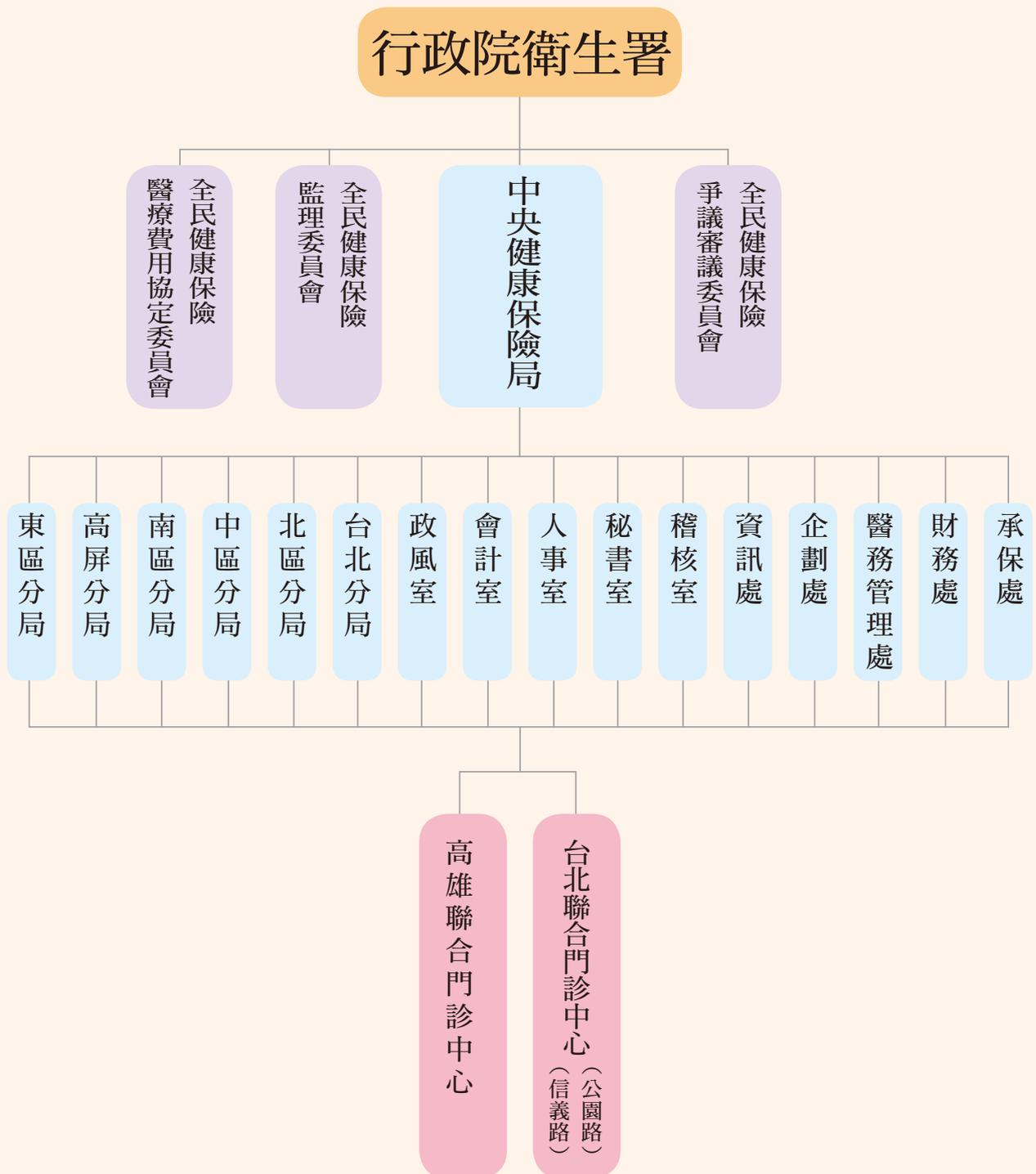
為有效管理全民健保各項業務，提升運作效益，健保局設6個分局（圖一），直接辦理承保作業、保險費收繳、醫療費用審查核付及特約醫事機構管理等業務，爾後並陸續增設21個聯絡辦公室。在人員編制方面，至97年6月底，健保局（含總局、分局、聯合門診中心），共有3,069名員工，均致力於提供全民更完善的醫療照護而努力。

聯絡辦公室第一線在地化服務

為落實全民健保在地化服務，貼近民眾，擴大服務效能，健保局在各縣市設置聯絡辦公室作為健保在地化的第一線服務。在民眾需求日增下，自95年3月起各分局由15個聯絡辦公室陸續設置完成至21個，以全新的面貌服務在地民眾。

目前各地聯絡辦公室提供的服務，包括健保諮詢、列印繳款單、表單收件、健保IC卡、分期攤繳、紓困貸款、基本資料查詢、重大傷病卡申請、醫療服務等業務。

圖一 全民健康保險組織架構圖



提升健保優質競爭力

經營成效篇



全民有保 就醫便利

落實全民納保

全民健保屬於強制性保險，它的主要宗旨是人人均納保、人人均可獲得平等醫療服務的權利。目前除受刑人之外，全民都已納保，至97年6月底止，參加全民健保的總人數有2,289萬1,972人（表9），投保單位有67萬4,589家。

方便民眾就醫

為讓民眾獲得完善的醫療服務，自由選擇就醫一直是健保局努力的目標。截至97年6月底止，全民健保特約醫療院所合計達1萬8,640家，約占全國所有醫療院所總數91.86%（表10）；另有特約藥局4,080家、居家照護機構475家、特

約精神科社區復健機構143家、特約助產所18家、特約醫事檢驗機構198家、物理治療所20家、醫事放射機構8家及職能治療所1家。

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

民眾即使在國外，接受緊急傷病的醫療，回國後也能同樣享有核退健保醫療費用的權益。

表9 全民健保各類保險對象人數

	第1類	第2類	第3類	第4類	第5類	第6類	總計
人數	12,021,615	3,770,101	3,023,054	145,204	214,750	3,717,248	22,891,972
占總納保人數百分比	52.51%	16.47%	13.21%	0.63%	0.94%	16.24%	100.00%

資料日期：97年6月30日

表10 全民健保特約醫療院所數

單位：家

	總計	西醫醫院	西醫診所	中醫醫院	中醫診所	牙醫診所
全國醫療院所數	20,291	484	10,439	22	3,153	6,193
特約醫療院所數	18,640	484	9,348	21	2,806	5,981
特約率	91.86%	100.00%	89.55%	95.45%	88.99%	96.58%

資料日期：97年6月30日

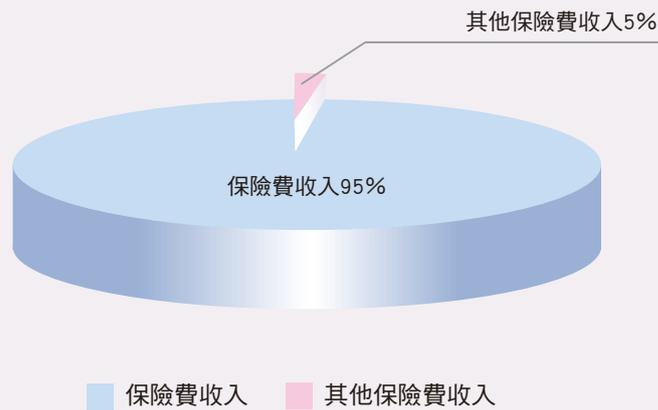
健全財務 多管齊下

保費收入及支出

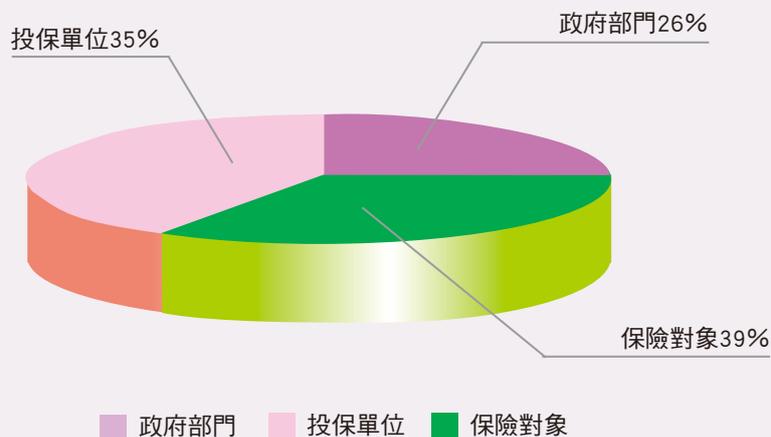
96年保險收入為3,875億元，其中保險費收入為3,667億元，占整體保險收入95%，其他保險收入包括菸酒附加捐、公益彩券盈收分配、基金孳息等為208億

元，占整體保險收入5%（圖二）。如將96年應收保險費依來源區分，則保險對象、投保單位及政府部門的占率依序為39%、35%及26%（圖三）。

圖二 96年全民健保各項保險收入占率



圖三 96年全民健保各項應收保險費占率



96年醫療費用總申請點數為4,010億點，其中，門診醫療占66.75%、住院醫療占33.25%；而各層級院所之占率，門診部分：醫學中心占41.85%、區域醫院占36.92%、地區醫院占21.24%；住院部分：醫學中心占43.08%、區域醫院占37.70%、地區醫院占19.22%。

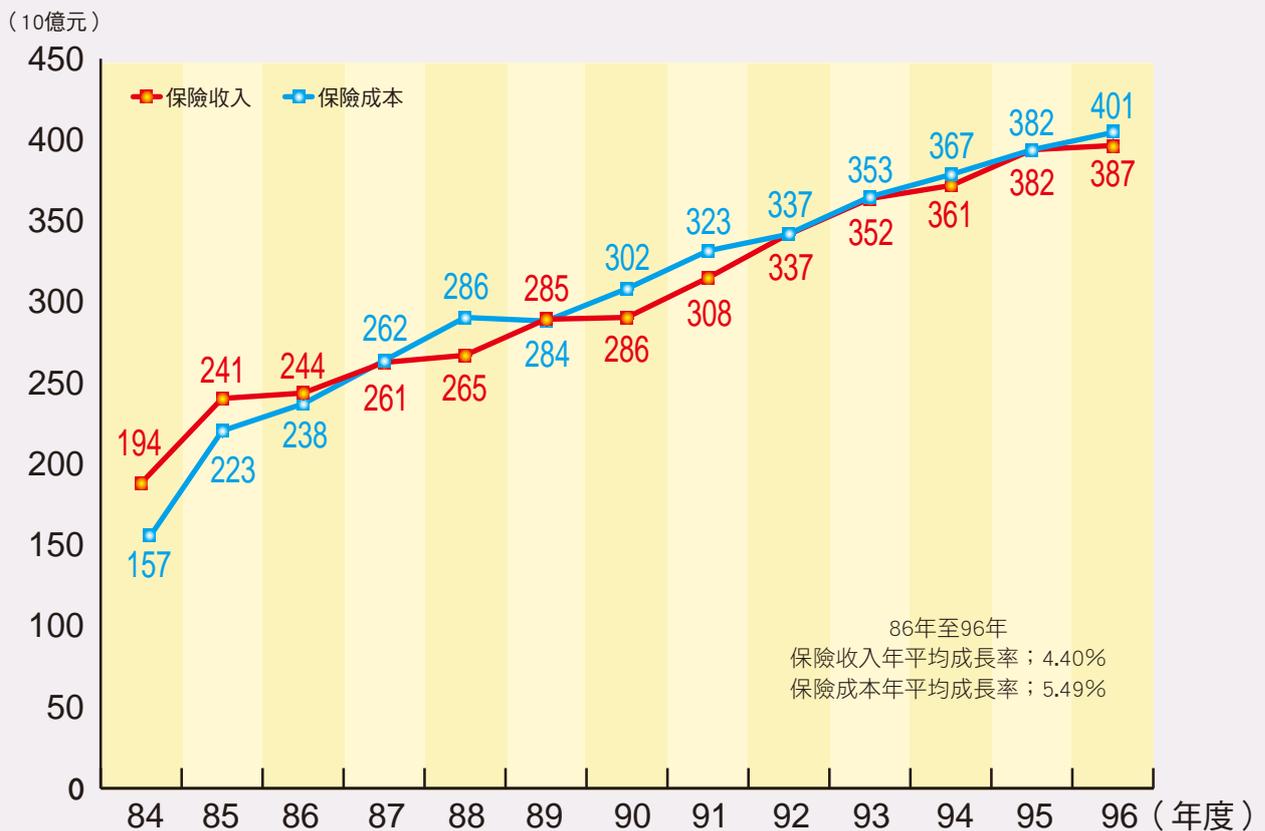
由於國內人口老化、新藥新科技納入給付、加強重症照護及提升醫療品質等原因，導致了醫療費用快速成長；而在收入部分，在投保金額未能反應實際所得增加情形及平均眷口數、付費眷口數多次調降等因素下，收入增加緩慢。

因此全民健保已出現支出大於收入的失衡現象，歷年來全民健保收入及支出趨勢如圖四。

因此現行保險費率下，若欲維持相同的醫療服務，保險收入已無法支應保險成本的成長，在入不敷出的結果下，將使健保財務收支無法平衡，並衍生安全準備低於法定1個月保險給付之問題。

為解決財務問題，保險費率於91年9月進行首次調整，但考量避免民眾負擔過重及經濟景氣低迷等因素，僅由4.25%微調至4.55%，未來如何在民眾保費負擔

圖四 全民健保財務收支趨勢圖



和健保財務間取得平衡，化解財務危機，是全民健保永續發展的關鍵課題。

提升健保費繳納率

健保費繳納管道多元

健保局為因應時代的潮流，體貼服務民眾，除了在現行的郵局、銀行、健保局各分局等臨櫃繳款或約定轉帳扣款兩種繳費管道外，自96年4月20日起，增加3種繳費管道（包括便利商店、自動櫃員機、網路），讓民眾可依自身的方便性進行健保費繳納。

■新管道1：便利商店繳費

自96年4月20日起，開放民眾持健保費繳款單，到全國8千多家便利商店門市繳納健保費，目前和健保局合作的便利商店有7-11、全家、OK、萊爾富等便利商店。

■新管道2：網路繳費

網路也可繳交健保費！自96年4月20日起，民眾可上網連結至健保局網站、台灣銀行網站、銀行公會開發的全國繳費網站，然後在讀卡機上插入任何一家銀行的金融卡，再按照網路的指示，即可繳納健保費。

過去為方便企業繳納健保費，已開放1,700多家公司行號自行從網路列印電

子繳款單，成效不錯，健保局自96年4月20日起，亦開放民眾搭配使用自然人憑證以及讀卡機，即可隨時利用網路查詢個人未繳交的健保費，列印繳款單繳費，或直接透過網路繳納健保費。

■新管道3：自動櫃員機繳費

鑑於台灣的自動櫃員機非常普及，自96年4月20日起，民眾也可以經由自動櫃員機進行轉帳繳納健保費，且如果以台灣銀行的金融卡進行繳納健保費，不用再支付手續費用，若是使用其他家銀行的金融卡，則比照現行銀行轉帳機制自付手續費。

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

健保費納入列舉扣除額無上限

新修正的所得稅法第17條部分條文，已經在95年6月14日由總統公布生效，增訂列舉扣除健保費不受金額限制。民眾在96年5月辦理95年綜合所得稅結算申報時，若選擇採用列舉扣除

額，健保費將可全額納入列舉扣除額，既沒有上限，也不必與人身保險費抵扣限額2萬4,000元計算在一起。也就是說，平時健保費繳得愈多，報稅時就扣除愈多，所得稅當然就繳得愈少，這是近20年來，首次實質大幅放寬列舉扣除額適用範圍，此項報稅利多，至少有超過百萬戶家庭因此受惠。因此繳納健保費不僅可以發揮風險分攤、社會互助的價值，更可以節稅，可說是一舉兩得。

開源節流

由於人口老化、醫療科技進步及醫療服務內容增加等因素，使得醫療費用之成長高於保險收入之成長，並自87年起產生保險收入小於保險支出之現象。為了減緩財務上的壓力，健保局致力推行各項開源節流措施及執行嚴格的財務監控，使得原預計僅能維持5年財務平衡之費率，持續經營了近8年才做調整，而於91年9月起以維持兩年最低財務收支平衡之漸進調整原則，將保險費率微幅調整由4.25%提升為4.55%，暫時紓緩財務困窘的壓力。

惟因保險費率4.55%係依維持兩年財務收支平衡且安全準備為零之最低幅度調整，依原預估安全準備僅可維持至

93年底，但在健保局陸續推動各項抑制不當醫療浪費措施，並自94年起實施「多元微調」方案，積極研議推動各項健保局所能決定之增加收入及減少支出措施下，再度延緩安全準備用罄之時機至96年3月。然而在保險收入成長有限情況下，保險成本與保險收入缺口逐漸擴大情形下，全民健保財務仍存在入不敷出之危機。

依據各項已實施之因應措施分析，多數開源節流措施，雖在初期有較大之貢獻，但以後各年則將出現貢獻度遞減之現象，長期效果有限。為使全民健保財務能夠長期穩健，仍應從調整收支之成長結構加以規劃，方能有效解決財務收支不平衡之結構性問題。

建立財務監控機制

為利各界瞭解目前健保財務情形，健保局除定期於網站（<http://www.nhi.gov.tw>）公布最新業務報告外，並針對目前財務收支及未來財務預估趨勢，編製全民健保財務指標報表，分析各項指標燈號，藉燈號以提示全民健保重要財務指標項目之表現情形，同時按季於全民健康保險監理委員會提報。

提供完善的醫療服務

健保整體醫療照護

全民健保提供民眾完整的醫療照護，包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護及慢性精神病復健等項目。

截至97年底為止，支付標準有4,323項、特殊材料7,328項及藥品16,511項。藥品中包括處方藥15,273項、指示用藥1,169項、孤兒藥69項等。

家庭醫師及社區藥局在地照顧

為建立分級醫療制度，使民眾獲得完整持續之醫療照護，92年3月起推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」，民眾只要透過居家附近的基層診所或家庭醫師，就可獲得全家健康第一

線的把關工作。家庭醫師平日可作為預防保健的專業顧問，建立完整的家庭醫療資料，提供健康諮詢。若病情需要進一步手術、檢查或住院時，可協助轉診，減少民眾到處找醫師所浪費的時間與金錢。截至97年6月已有297個社區醫療群運作，參與之基層診所1,828家，參與率為19.53%，參加醫師數2,114位，參與率為16.68%。

截至97年6月健保已特約有4千多家社區藥局，民眾可持院所交付之處方箋，到特約藥局領藥。如有用藥上的疑問，可請社區藥局的藥師或藥劑生提供用藥及健康諮詢等專業服務。社區藥局不僅為大家的用藥安全把關，更能在地教導民眾正確的用藥知識。



全方位政策 照顧弱勢族群

無力繳納健保費 多項協助措施

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

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

依健保法規定的協助措施包括保費補助、紓困貸款及分期繳納等（表11）。

對弱勢群體的保費補助

各級政府例行性對健保補助，自96年7月1日至97年6月30日止共補助對中低收入70歲以上老人與3歲以下兒童、失業勞工、無職業之老幼原住民、身心障礙者等139萬人，共計66.4億元；補助60萬低收入戶及無職業榮民共82.9億元。

紓困貸款及分期繳納

行政院於97年初實施「經濟弱勢健保欠費協助方案」，補助低收入戶及低收入邊緣戶所積欠之健保費4.5億元及尚未償還之紓困貸款3.4億元，受惠3.3萬人。此外，96年7月1日至97年6月30日符合衛生署所規定之經濟困難資格者申請協助共2,438件，合計1.6億元。而欠繳保險費無力一次償還者，辦理分期繳納共25.9萬件，合計70.8億元。未來健保局將持續爭取相關機關協助經濟弱勢民眾繳納保險費。

表11 96年度繳納健保費之協助措施成效

項目	對象	人(件)數	金額
保費補助	中低收入70歲以上老人與3歲以下兒童、失業勞工、無職業之老幼原住民、身心障礙者	139萬人	66.4億元
	低收入戶及無職業榮民	60萬人	82.9億元
紓困貸款	符合衛生署所定經濟困難資格者	2,438件	1.6億元
分期繳納	欠繳保險費無力一次償還者	25.9萬件	70.8億元

資料日期：96年7月1日至97年6月30日止

醫療保障措施

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

轉介公益團體補助保險費

對於無力繳納健保費者，健保局提供轉介公益團體及企業（個人）愛心捐款補助健保費措施，96年7月1日至97年6月30日底止，轉介成功之個案計3,532件，補助金額共1,595萬餘元。

減輕重病民眾的就醫負擔

在重大傷病患者的部分，行政院衛生署於94年12月公告修正重大傷病範圍為30類（表8），包括癌症、慢性精神病、洗腎及先天性疾病等，這些疾病醫療花費非常高，凡領有重大傷病證明的保險對象，因重大傷病就醫便可免除該項疾病就醫之部分負擔費用。

至97年6月底，重大傷病證明實際有效領證數約有77萬餘張（約占總保險對象的3.3%），而96年全年重大傷病醫療費用約1,208億元（約占全年總醫療支出的25.50%），顯示重大傷病的醫療費用支出比重高，全民健保的確為他們提供實質的協助。

罕見疾病自91年8月亦已納入重大傷病範圍，如經診斷為罕見疾病時可免除部分負擔，為保障罕見疾病患者的權益，只要是行政院衛生署公告的罕見疾病必用藥品，全民健保均會全額支付；即使少部分不在現有的藥品給付清單內，也可採專案申請的方式處理。



偏遠地區醫療服務 (IDS計畫)

山地離島因地理環境特殊，無法吸引醫護人員前往執業，導致醫療資源普遍缺乏；雖然慈善巡迴醫療團隊經常性的提供偏遠地區之醫療服務，但仍無法全年無休的提供即時的服務。而且，基層醫師也無法提供昂貴設備及次專科醫療。因此，為維護山地離島地區保險對象之健康權益，健保局自88年11月起推動辦理「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（Integrated Delivery System，簡稱IDS計畫）」，目前全國48個山地離島鄉，均已納入IDS計畫中，計有20多家承作醫院投入支援當地醫療服務，提供定點門診、24小時急診、夜間門診診療、夜間待診（晚上9點至次日早上8

點）、專科診療（如眼科、婦產科、牙科等）、巡迴醫療服務等，並提供轉診後送服務。其中亦包含居家照護、預防保健、疾病篩檢、個案管理、衛生教育等服務，受惠民眾達40萬以上，成效極為顯著。

IDS計畫96年執行成果如下，平均每月提供專科門診診次計1,746診次，全年提供459萬門診就醫人次服務（含當地院所服務量）。全年計畫經費計4億910萬元，另含當地醫療費用共計34億3,434萬元。有關對IDS計畫之民眾滿意度，截至97年6月底平均達91%，其中台北縣烏來鄉滿意度高達100%，南投縣仁愛鄉及屏東縣瑪家鄉及三地門鄉滿意度高達99%。



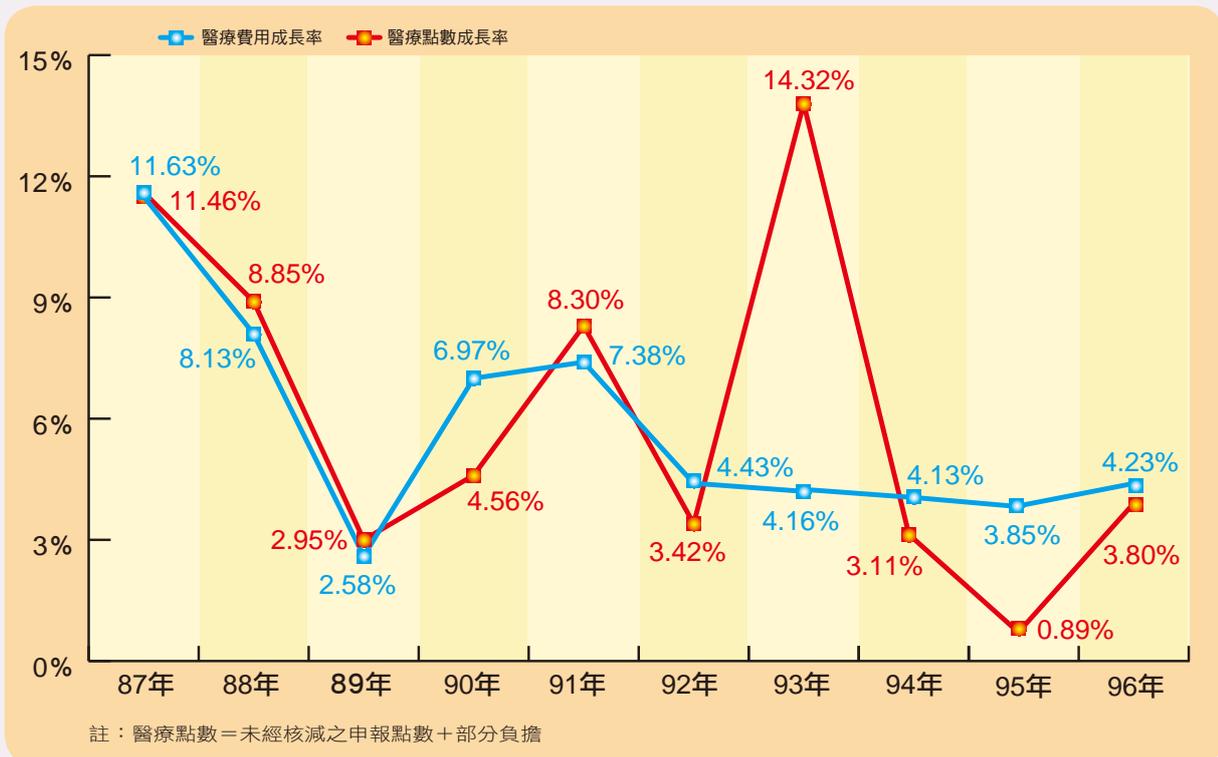
醫療費用控管 總額預算支付制度

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

醫療費用總額預算支付制度的主要方法，就是在年度開始前，由醫界與付

費者就一定額度及醫療服務內容，先協商未來適當的健保醫療費用總額。在此額度下，若服務量過多就可能會有每點點值較低的情形。反之，因醫界同儕共同減少誘發需求、加強預防保健措施有成、杜絕不當得利者，則有可能提高每點點值，各年醫療費用成長率如圖五。總額預算支付制度自91年7月全面實施後，有效將醫療費用成長率控制在5%以下。

圖五 歷年全民健保醫療費用成長率



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後，分別於89年7月陸續推動實施中醫門診，90年7月實施於西醫基層，至91年7月實施於醫院而達到全面總額。為確保總額支付制度實施成效，健保局與醫療團體共同執行相關品質確保方案，以監督實施

醫療費用總額支付制度的醫療院所，提供更高品質的健康服務。

醫療費用總額支付制度全路上路後，年度醫療費用預算之協商流程如圖六，92至97年度各總額部門醫療費用協定成長率如表12。

圖六 全民健保總額預算研擬程序及方向

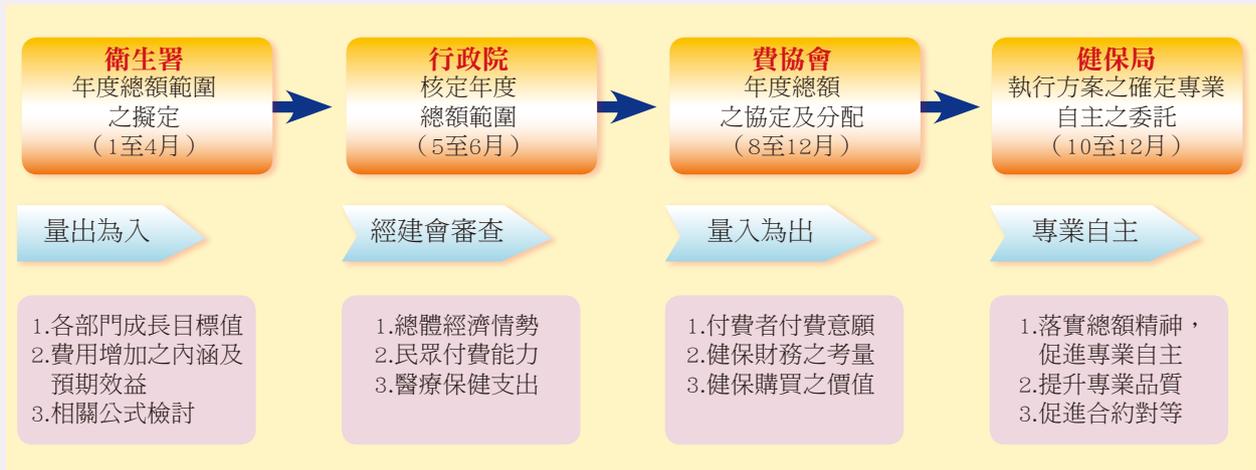


表12 全民健保歷年各總額部門醫療費用協定成長率

總額部門	92年度	93年度	94年度	95年度	96年度	97年度
總體	3.90%	3.81%	3.61%	4.54%	4.50%	4.471%
牙醫門診	2.48%	2.64%	2.90%	2.93%	2.61%	2.650%
中醫門診	2.07%	2.41%	2.51%	2.78%	2.48%	2.506%
西醫基層	2.90%	2.70%	3.23%	4.68%	4.18%	4.129%
醫院	4.01%	4.10%	3.53%	4.90%	4.91%	4.900%

註：

1. 資料日期：92年度至97年度。

2. 92-94年為每人醫療費用成長率；95年起為總醫療費用成長率。

醫療費用總額預算支付制度下品質確保措施

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

各總額部門所訂定之「品質確保方案」，內容包括：

- 一、保險對象就醫權益的確保
 - 醫療服務品質滿意度調查、申訴及檢舉案件處理機制、保險對象就醫可近性監測。
- 二、專業醫療服務品質的確保
 - (一) 訂定臨床診療指引、專業審查、病歷紀錄等專業規範。
 - (二) 建立持續性醫療服務品質改善方案：
 1. 監測診療型態及服務品質
 2. 建立醫療院所輔導系統
 3. 建立醫療服務品質指標，

並將品質資訊透明化，公開於健保局全球資訊網（<http://www.nhi.gov.tw>），作為醫療院所持續提升醫療品質的參考。

醫療給付改善方案

全民健保醫療給付改善方案，係透過調整支付醫療院所醫療費用的方式，提供適當誘因，引導醫療服務提供者朝向提供整體性醫療照護發展，並以醫療品質及效果作為支付費用的依據。自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。各方案最近3年照護率如表13。

表13 全民健保醫療給付改善方案照護率

方案別	94年	95年	96年
氣喘	32.50%	34.78%	35.17%
糖尿病	23.52%	23.16%	24.67%
結核病	68.78%	78.99%	91.81%
乳癌	12.09%	12.98%	13.60%
高血壓	未實施	9.31%	6.54%

註：高血壓方案自95年起於西醫基層開始試辦，表列95年照護率係由西醫基層診所所提供之服務，96年則擴大至醫院，其照護率含括基層及醫院。

初步成果顯示，乳癌個案之照護患者1年存活率較試辦前為高，且整體滿意度也高達9成以上；結核病患者完成全程治療的比率較試辦前明顯提高；糖尿病患者的重要指標，如糖化血色素及飯前血糖，參與試辦個案已有明顯改善；參與試辦的氣喘患者的急診及住院次數逐漸減少，整體滿意度也大大提升；高血壓醫療給付改善方案自95年起開辦，其95年至96年參與方案後高血壓具顯著改善情形【於健保資訊網服務系統（VPN）登錄初診個案收縮壓 $\geq 140\text{mmHg}$ 及舒張壓 $\geq 90\text{mmHg}$ ，完成一年療程後追蹤其收縮壓 $< 140\text{mmHg}$ 有41.95%具改善現象、舒張壓 $< 90\text{mmHg}$ 有42.34%的改善情形】。

中西醫合併共診試辦計畫

中西醫合併共診治療，近年來已逐漸成為新的醫療趨勢，其目的在結合西醫的治療特點，並輔以目前已知對疾病治療有幫助的中醫輔助療法，給予病患多一層的醫療照護，以期能提高治癒率、縮短療程、降低副作用，進而節省健保醫療資源。

95年起健保局推行「中西醫合併共診試辦計畫」，首先針對腦中風住院病患，以及兒童腦性麻痺、氣喘門診病童，在西醫醫療之外，同時也提供中醫輔助治療，期待藉由中醫的介入，給予民眾更好的醫療品質及更完善的醫療照護。



實施牙醫特殊醫療服務

為加強身心障礙患者之牙齒照顧，全民健保於91年起推動牙醫門診特殊服務項目醫療服務試辦計畫，針對先天性唇顎裂患者及重度以上身心障礙者，提供周全及高品質的牙醫醫療服務。除對於唇顎裂患者提供牙齒矯正醫療相關服務外，對於重度以上身心障礙患者，則以費用加成的方式鼓勵醫院提供服務，並對申請參加計畫之醫院，審慎評核其醫師臨床經驗及治療設備需要，以提高服務之醫療品質。

該項服務陸續充實改善，除於93年起將全身麻醉服務項目納入，擴大醫療服務範圍，並自94年起將重度身心障礙患者放寬為中度，擴大服務對象，且開放基層診所得以申請參加計畫。94年底又放寬牙醫公會及牙醫團體組成醫療團，定期至內政部指定的身心障礙福利機構提供巡迴牙齒治療及氟化物防齲服務，擴增提供服務之方式。96年將顛顏畸形病患者牙齒矯正治療納入計畫服務對象。97年計畫增列執行身心障礙者牙醫醫療服務時，得依患者看診情形，同意符合專科資格之麻醉科醫師支援基層院所，額外支給論次之費用。此項試辦計畫93年至97年6月底申報件數統計（表14）：

表14 全民健保牙醫特殊項目醫療服務申報件數

單位：件

年別	先天性唇顎裂及顛顏畸形患者		身心障礙患者				總計
	件數	成長率	件數			成長率	
			重度	中度	合計		
93年	5,050	103.7%	1,953	-	1,953	212.0%	7,003
94年	6,180	22.4%	3,189	-	3,189	63.3%	9,369
95年	7,744	25.3%	17,445	6,931	24,376	664.4%	32,120
96年	8,168	5.5%	25,602	18,425	44,027	80.6%	52,195
97年（截至6月底）	4,113		16,402	11,453	27,855		31,968

資料日期：91年1月至97年6月止

醫療資訊揭露 提升民眾知的權益

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

總額協商醫療品質資訊公開

總額支付制度的實施，配合醫療品質資訊之公開化與透明化，作為提昇醫療品質之重點項目。透過各部門總額

支付委員會，就普遍性及可行性較高之科別項目，提出2至3項指標，透過網站公開醫療服務品質，使民眾能瞭解醫療服務品質之指標。未來並將持續與各部門總額支付委員會協商，爭取增加可公開之指標及研議其他公開資訊方式之效益及可行性，期使民眾能取得真正需要的資訊，以網路公布的方式，提供各界參考。94-97年公布63項品質指標資訊，截至97年12月底，上網瀏覽者已達19,444,093人次。



各醫療院所自願公開醫療品質資訊

上述關於全民健保品質資訊公開的說明，側重於強制公開。全民健保下，還有一種醫療品質資訊公開的方式，是屬於醫療院所自願公開。自91年起，健保局各分局陸續與轄區醫療院所協商，鼓勵其自願公開醫療品質資訊，以提升民眾服務及滿意度，目前健保局各

分局辦理的有台北分局的「醫療品質資訊停看聽」、北區分局的「北區（桃竹苗）各院所醫療品質查詢」、中區分局的「醫療品質資訊公開」、南區分局的「健保醫療品質資訊公開」、高屏分局的「各總額醫療品質指標查詢」、東區分局的「醫療品質全都露」，這些資訊均在健保局各分局網站查詢。



提升醫療管理效率

建立合理的醫療給付

新增醫療給付與調整給付標準

為平衡醫療發展，自全民健保開辦起，即積極改善醫界普遍認為給付偏低而較不願投入或發展的項目，例如住院、急診、重症醫療、婦產科、小兒外科、一般外科等。93年至96年底止有31次公告調整給付標準；其中以93年6月14日公告及94年12月公告增修診療項目為最多，主要是導入診療項目相對值表，共修訂1,382項診療項目的給付點數。另配合新醫療科技發展及符合實際臨床需要，95年12月公告，自96年起「胸腔、腹腔鏡」等33項手術及「嬰兒保溫箱」之處置診療項目納入給付；自97年1月1日起，為鼓勵器官移植及照顧幼童，將腎臟、心臟、肺臟及肝臟移植等手術技術費用支付點數一併調高，腎臟移植提高至3倍，心、肺及肝臟移植等手術之支付點數，調高至現行支付點數之2倍支付，而2歲（含）以下之兒童門診診察費加成20%。

新增部分給付項目

全民健保現行給付之特殊材料已足

敷醫療需要，考量新醫療材料係改善現有品項之某些功能，惟價格較原全民健保給付類似產品之價格昂貴數倍，為使給付更為公平及減輕保險對象的負擔，健保局自95年12月1日起已陸續將塗藥血管支架、陶瓷人工髖關節、特殊功能人工水晶體及金屬對金屬界面人工髖關節等4項列入部分給付項目（表15），亦即凡符合健保現行類似品項之使用規範，而自願選用較為昂貴品項，全民健保按現行類似品項之支付標準給付，超過部分由民眾自行負擔。

為保障保險對象之權益，健保局規定醫療院所應於手術或處置前充分告知病患或家屬使用之原因、應注意事項及須自行負擔金額等，並完整填寫規定之同意書。

表15 全民健保新增部分給付特材一覽表

項目	實施時間
塗藥血管支架	95年12月1日
陶瓷人工髖關節	96年1月1日
特殊功能人工水晶體	96年10月1日
金屬對金屬介面人工髖關節	97年5月1日

建立以檔案分析為主軸之審查制度，以增進審查作業之成本效益，並提升醫療服務之品質一直是健保局努力的方向。因應總額支付制度之全面實施，健保局已積極建立以檔案分析為主軸之審查制度，進行醫院醫療利用異常之審查管理，目前已採行之措施，說明如次：

一、為提升醫療服務審查效率，依據各項統計資料分析、偵測病患就醫、醫療院所診療型態與費用申報之異常狀況，以供審查參考，使專業審查重點由個案審查轉變為診療型態的審核。健保局持續發展自動化審查，包括醫令自動化審查系統與不予支付指標之自動化檔案分析。前者業於健保局二代醫療系統中建置電腦醫令自動化審查（PHE）子系統，針對全民健保醫療費用支付標準、全民健保藥品給付規定及醫療費用審查注意事項等明確規範，不可併同申報、申報次數限制、專科醫師限制、年齡限制、性別限制等規範，藉由電腦資訊科技，針對院所申報資料進行逐筆檢核，以提高審查效率，避免審查之不公平。目前已發展300餘項審查規則，進行電腦自動化審查，供審查實務上運用。

另醫療院所也應將現行全民健保給付同類項目及部分給付項目之廠牌及產品性質（含副作用、禁忌症及應注意事項等），提供民眾參考。並且將所進用部分給付品項之廠牌、收費標準等相關資訊置於各醫院之網際網路、明顯易見之公告欄或相關科別診室門口，以供民眾查詢。健保局也已將各醫療院所之民眾自付價格彙總公布於健保局全球資訊網/主題專區/健保部分給付醫療材料費用專區，民眾可上網查詢。

利用電腦資訊科技，提高審查效率

利用電腦資訊科技，發展電腦醫令自動化審查系統，針對支付標準、藥價基準、藥品給付規定、審查注意事項等給付規定，明確規範不給付之規定（例如年齡限制、性別限制、申報次數限制、不可併同申報項目、不得實施部位等），建立醫令自動化審查邏輯，透過醫療院所申報資料，進行電腦邏輯程式檢核，直接核減不給付醫令項目，以減少醫療院所不當申報之情形，並逐步導正醫療院所申報之正確性，以提升審查效率，減少醫療浪費，截至97年6月已發展300餘項。

二、健保局邀請醫界代表討論，共同發展檔案分析審查異常不予支付指標，以期減少不必要或不當之醫療處置、檢驗、檢查及用藥。利用申報資料對醫療院所診療型態進行審核，並針對各指標值設定閾值，就異常部分，以程序審查方式進行核減（統扣），以節省人工審查成本。

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

門診高利用輔導展現成效

自90年起實施「全民健康保險門診高利用保險對象輔導專案計畫」，掌握醫療資源利用情形，輔導正確就醫，杜絕醫療浪費。

輔導對象

- 一、前一年門診申報就醫次數 ≥ 150 次者。
- 二、當年前一季門診申報就醫次數 ≥ 50 次者。
- 三、健保IC卡上傳每月門診就醫次數 \geq

20次者。

輔導方式

- 一、以親訪或電訪方式瞭解保險對象經常就醫之原因，視需要說明全民健保相關規定，適時衛教，導正就醫觀念。
- 二、以郵寄慰問函方式表達全民健保對於其身心之關懷，並告知保險對象與輔導員（經配對之醫療院所負責人）之聯繫方式。
- 三、結合多元社會資源（包括衛生局之公共衛生系統、病友團體志工等）共同輔導。
- 四、審查瞭解保險對象治療情形：由專業審查醫師針對保險對象就醫次數之合理性及治療照護之適當性提供意見，並將審查結果回饋醫療院所，藉此降低就醫次數，以及提升輔導院所之醫療服務品質。
- 五、依「全民健康保險門診高利用保險對象指定院所就醫作業須知」規定，經輔導未見改善且由專業認定有指定院所就醫必要者，將依其病情及意願指定至特定醫療院所就醫。

輔導成效

截至96年12月底止，輔導95年全年門診申報就醫次數 ≥ 150 次者共計5,074人，平均每人就醫次數下降20%；95第

4季至96年第3季，每季門診申報就醫次數超過50次者共計5,182人，平均每人就醫次數下降20-40%；96年1月至97年6月，每月門診健保IC卡上傳就醫次數超過20次者，經歸戶共計12,716人，平均每人就醫次數下降達40-60%。

醫療院所醫療服務異常之管理與輔導

運用檔案分析技術進行監測，自92年起陸續以檔案分析、證據醫學為基礎，建立醫療院所監測及輔導模式，促使醫療同儕學習與改善，提升醫療服務品質。

檔案分析內容

係針對醫療院所別、醫師別、疾病別等之醫療資源耗用（如電腦斷層及核磁共振造影檢查的使用率）、就醫型態（如重複就診率）、用藥型態（如抗生素及注射劑的使用、每張處方箋藥品項數）及治療型態（如根管治療未完成率）等進行檔案分析，並將分析結果回饋醫療院所輔導改善。

有效控管CT、MRI重複使用情形

根據健保局93年至95年統計發現，

正子造影（PET）、核磁共振（MRI）、電腦斷層（CT）等檢查，估計1年花掉全民健保將近70億元；在健保局採取監控措施後，目前CT、MRI的重複使用情形已有下降（表16）。

違規院所查核

為節制醫療浪費，防止醫療提供者之不當申報行為，健保局持續不斷加強特約醫事服務機構之違規查核，除受理民眾檢舉外，並對於費用審查發現異常、查核發現重大違規類型，主動運用健保局資料倉儲系統，分析並篩選異常申報資料，辦理實地訪查蒐證，提升查核品質及成效；若分析發現違規類型重大或疑有普遍性或擴散性趨勢，則主動規劃辦理專案稽核，並將稽核發現之缺失，提供相關單位參考，以建構優質之醫療經營環境。

對查獲違規之醫療院所，視違規輕重情形，依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法核予違約記點、扣減費用、停止特約1~3個月或終止特約處分，若有具體違法事證者，依規函送司法機關偵辦。

表16 CT、MRI重複使用情形

指標項目	93年	94年	95年	95年較93年改善情形
CT90日內重複執行率	12.80%	11.84%	10.96%	下降1.84%
MRI90日內重複執行率	5.80%	4.79%	4.73%	下降1.07%

e化效率 服務更多元

健保IC卡

多重防偽 資訊安全無虞

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

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

在網路系統上，則採用全民健保資訊網專線VPN封閉性專屬網路，設有2道防火牆，民眾相關記載均以代碼登載，以免除駭客入侵系統或盜錄之虞。

為強化健保IC卡的安全管理機制，健保局自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，健保局IC卡金鑰管理系統（KMS）和健保IC卡資料管理

中心（IDC）於93年6月及8月，通過世界公認的資通安全及認證標準，分別取得英國標準協會（BSI）之BS7799及CNS17800之安全認證。值得一提的是，健保局是國內首家取得英國標準協會授權全國認證基金會（TAF）發出的CNS17800證照之政府機構。另健保局為扎根與落實資訊安全工作，全面推動資訊安全管理系統（ISMS）建置作業。總局及6個分局之資訊單位分別於95年3月及97年4月通過國際資安標準ISO27001驗證，獲國內外（UKAS & TAF）資安證照各一張，使健保局之資安作業全面達到國際標準。

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

登錄管控藥品及重要檢查

健保IC卡除加入重大傷病證明的註記之外，也開始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，及提升就醫之安全性。

此外，健保IC卡啟用之後，每次的就醫紀錄可即刻傳送至健保局，讓健保局能及時統計每天的門診與住院人次，這對一些異常就診的行為，健保局可及早發現而加以追蹤輔導。

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

善用電子申報 提升效率

自全民健保開辦以來，健保局即鼓勵特約醫事服務機構採電子資料申報（網際網路連線、媒體、VPN連線）費用方式，有效節省以往人工書面填報及郵遞之成本，快速提升申報作業效率，

且可縮短費用暫、核付時程。統計資料顯示，特約醫事服務機構採電子資料申報之比率已近100%使用率。

而自93年1月1日健保IC卡全面上线後，健保局更建置了全民健保資訊網專線VPN作為與特約醫事服務機構雙向溝通之網路，特約醫事服務機構除了可透過VPN進行健保IC卡連線認證更新上傳作業以外，更可進行其他如費用申報、試辦計畫等網路申報服務，提供更有效率之連線服務管道，截至97年12月底止，已加入VPN網路並完成健保IC卡連線認證的健保特約院所亦達99.9%，平均每日IC卡就醫上傳檢核成功之清單明細約111萬筆、醫令約285萬筆資料。

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

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

多憑證網路承保作業

為落實電子化政府，健保局已於95年1月更新網路作業系統，建置多憑證網路承保作業平台，讓服務更多元化；又陸續新增多項功能，以提供更優質作業環境。截至97年6月底，使用該系統的投保單位已達6萬餘家，每個月透過網路申報之異動資料約55萬餘筆，占全部異動量之六成以上。

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

一、投保單位申報保險對象投、退保及

薪資調整（含勞、健保合一）等異動資料。

二、投保單位下載計費明細表及查詢該單位歷史資料。

三、民眾個人持自然人憑證，查詢健保欠費申請補開繳款單及查詢健保IC卡是否可正常使用，申辦製卡進度。

四、工、農、漁會等職業團體之投保單位，亦可申報彙繳欠費資料。

五、線上申請製發新生兒無照片健保IC卡。

六、可線上列印電子繳款單、繳費證明及提供網路繳費之便捷服務。

七、投保單位線上申辦基本資料（如單位名稱、地址、電話等）變更作業。

投保單位或民眾個人，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，尚可節省書面填報及遞送成本，同時因為使用者必須先經過電子認證確定身分，所以更具安全性。



合理調整藥價 提升用藥品質

為使藥品給付價格更合理，並解決市場與健保的價格差距的問題，健保局依據相關法規及「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」，逐漸縮小智慧財產權或品質較無爭議的同成分、同含量、同規格、同劑型藥品之間的價差，並調整藥品給付價格，使其更接近藥品市場實際的價格。

依全民健保法規定，醫事機構是依藥價基準向健保局申報藥費，於是醫事機構有誘因去議價，健保局再透過定期之藥價調查，將醫事機構議價之成果，反應於支付價格之調降，使民眾間接獲益。

為使藥費支出更為合理，本局自85年起，即積極檢討藥品價格之合理性，並辦理藥價調整相關措施，歷年來，本局對藥價合理化所作之努力及成效如下：

一、針對原公、勞保已給付單價偏高之藥品，依國際藥價予以調整藥價，共調整1,343品項，每年可節省藥費12.5億元。

二、依據衛生署公告之「全民健康保險

藥價基準」及「全民健康保險藥品支付價格調整作業」辦理藥價調整措施：

(一) 歷年已實施上述調整措施，每年節省藥費約132.3億元。

(二) 95年辦理第5次之藥價調查及價格調整，調整之金額約90億元，於95年11月1日生效。另於96年針對藥價進行再確認及更正申報之調整作業，新藥價自96年9月1日生效，計再調降5,700餘項，預估每年可減少60億元藥費支出，累計前一波第5次藥價調查之調降，共約減少150億元藥費支出。

除此之外，為利藥價調查之進行，將修訂藥價基準，將經銷商納入管理，且研議推動定型化契約，建立公平交易合理規範及帳務簽證等制度。另為使藥價制度更周延，亦將推動落實藥品費用支出目標及藥價差折讓回收制度，期能建立藥價自動調整機制，促使藥價調幅透明化、具可預測性。



肯定健保視野大格局

各界評價篇

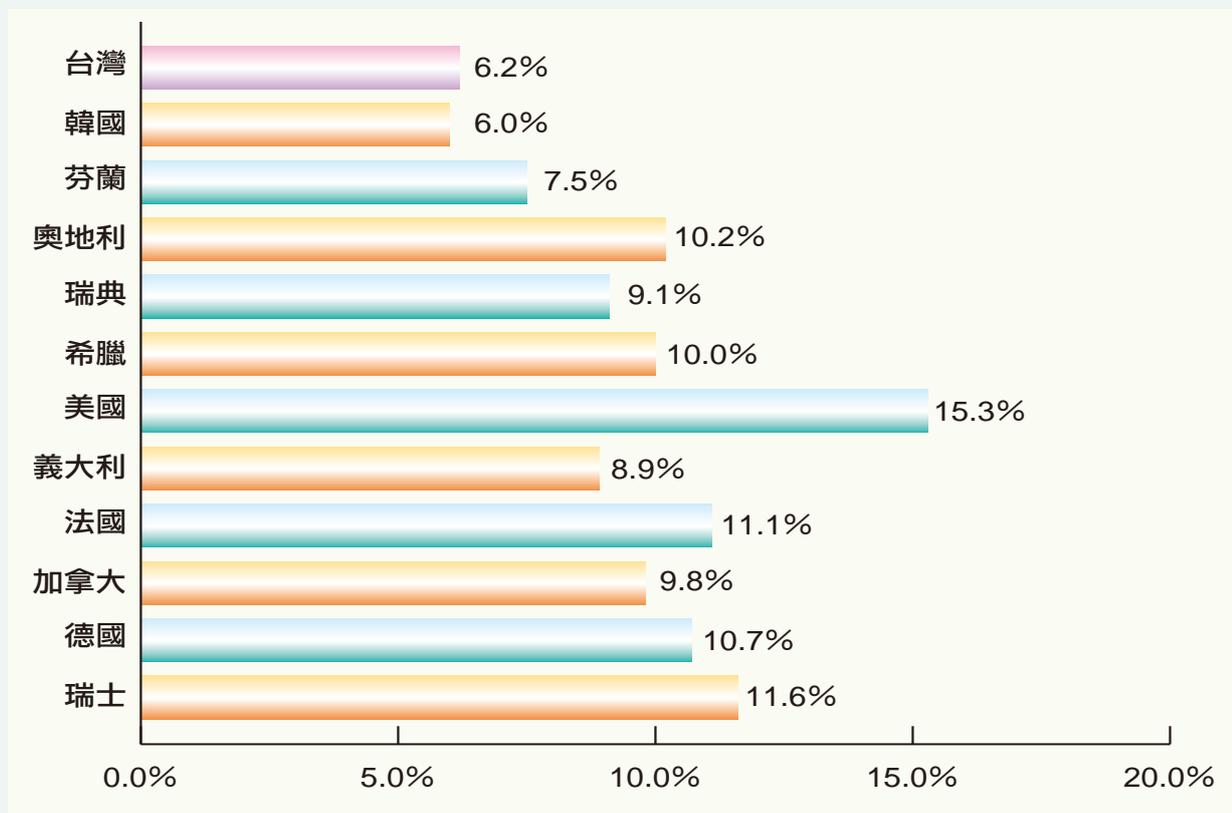
世界的認同 你我的榮耀

全民健保揚名國際

全民健保自開辦以來，在健保局的努力、醫界的配合以及全民的支持下，已逐漸達到減輕民眾就醫負擔的目標，特別是低保費、低行政經費及高納保率的經營效率，更在國際上贏得好評，而我國醫療保健支出占國內生產毛額（GDP）的比例為6.2%，亦低於其他OECD（經濟合作發展組織）國家（圖七）。

除備受國際社會認同與肯定外，每年前來我國瞭解健保制度的國際專業人士也不斷增加，英國經濟學人雜誌更評比我國醫療保健表現，為全球排名第二，此外，其他國際期刊也時常以台灣經驗作為借鏡，相繼報導我國的健保成就，在肯定我國努力的同時，更企盼能作為各國學習的楷模。

圖七 各國醫療保健支出占GDP比例（2005）



註：唯有我國資料未經購買力平準（PPP）校正，其餘資料來自OECD Data2007

美國內科學年鑑（*Annals of International Medicine*）的社評「學習台灣：全民健保的經驗」中，刊載了由國家衛生研究院溫啟邦研究室發表的「評估全民健保的十年經驗」，肯定我國所實施的全民健保政策有助於提升弱勢人口的健康，更使因病致貧的問題相對減少。

在英國醫學期刊（*BMJ* | 12 Jan 2008 | vol. 336）的「觀測站專欄」中，美國知名醫療經濟學者Uwe Reinhardt教授在「台灣健保美國自嘆弗如」一文裡，也曾強調台灣健保行政效率高，建議美國可從台灣經驗中得到啟發；97年美國政治期刊【異議】【Dissent】在「台灣的醫療照護—為什麼美國就不能從中學習？」一文中，亦介紹台灣全民健保，強調美國人民疑懼單一保險人設計及政府主導控制的力量，在台灣並未濫用。

另外，*Health Affairs*—2003年5月號，vol. 22，台灣健保專欄“Taiwan’s New National Health Insurance Program: Genesis And Experience So Far”與“Does Universal Health Insurance Make Health Care Unaffordable? Lesson From

Taiwan”中，均盛讚台灣健保制度是一項了不起的成就，尤其全民皆有保、保險給付範圍完整、醫療可近性高、無等待期、行政成本大幅降低、且保險費率低、照護程度高、民眾整體滿意度穩定維持在七成左右…等優勢，都值得其他國家參考。

除了國際期刊外，台灣全民健保也在各大國際媒體曝光，成為國際注目的討論焦點，美國廣播公司新聞網（ABC News）亦以「全民有保，走過危機，台灣人民已人人享有健康照護」為主題，特別介紹台灣健保制度，此外，97年美國總統大選，健保再度成為主要的選舉議題之一，美國公共電視網（Public Broadcasting Service, PBS）製作群更製作了“Sick Around the World”專輯，深入台灣、英國、德國、瑞士和日本5個國家的醫療保險制度，其中有關台灣健康照護服務的內容，除了讚許我國提供西醫、牙醫、中醫及精神疾病照護服務外、IC卡（smart card）的使用、民眾就醫醫療費用自動支付給醫療院所、醫療照護費用不及美國一半等優勢，都成為探討的重點，這次的報導不僅使台灣有機會與其他先進國家並列，亦使我國備受注目。

就連榮獲97年諾貝爾經濟學獎的普林斯頓大學Paul Krugman教授，亦曾在94年11月7日紐約時報（New York Times）【驕傲·偏見·保險】一文中，公開讚許台灣健保全民納保的好處；而紐西蘭記者Mike Crean則在【看台灣健保許台灣全民健保一個公道】文章中陳述了台灣令紐西蘭刮目相看的地方，像台灣全民享有適當品質的醫療照護、全民配合、保險費費基健全等。

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



圖八 沙烏地阿拉伯派員來台學習健保制度計畫



沙烏地阿拉伯派員來台 學習健保制度計畫

沙烏地阿拉伯（以下簡稱沙國）衛生部在「第20屆台沙經技合作會議」（97年1月28日在沙國利雅德舉行）提出以健保合作為核心之衛生合作議題，並分別於97年5月及6月派員來台見習台灣全民健保體制與運作（圖八）。

打造「健康理想國」

隨著科技的不斷發展、人口老化及少子化的衝擊，人民對於健康照護的需求也不斷的改變，健康保險制度仍不斷

的面臨許多新的問題及挑戰。因此，健保局也將秉持創新改革的精神，研究改革支付制度及財務收支等方法，以發展出符合民眾需求的健康照護制度。而對於有心學習台灣健保制度的國家，健保局可提供技術上的諮詢與協助。

永續經營，提供國人健康保障，是全民健保的目標。未來，健保局將繼續積極與各國交流，進而將台灣全民健保的經驗發揚光大，相信在大家的支持與全民的共同努力下，全民健保必然永續經營再創契機。

健保團隊受各界肯定

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

健保局在現任總經理朱澤民的帶領下，持續提升各項為民服務品質，推動

申辦業務與醫療資訊透明化，擴大在地化服務及便捷效率，落實優質服務，使全民健保再創契機，而健保局各分局服務品質不斷提升，經營績效屢創佳績，備受各界肯定（表17）。

表17 中央健康保險局於96年7月至97年6月30日止局外參賽獲獎紀錄

局別	得獎日期	得獎項目
總局	97.3	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「建置健保議題資料即時查詢系統及其效果之分析」榮獲潛力獎。
	97.4	榮獲行政院衛生署96年度衛生教育主軸宣導行銷計畫通路使用情形第一組獎評第二名。
	97.4	榮獲行政院衛生署96年度衛生教育主軸宣導行銷計畫民意問卷調查獎評第二名。
台北分局	96.11	行政院第8屆金斧獎「核退工作改善小組」榮獲入選獎。
	97.3	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「提升家醫計畫之品質管理績效」榮獲佳作獎。
	97.3	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「縮短自墊核退案件核付天數」榮獲潛力獎。
北區分局	96.8	榮獲行政院第9屆服務品質獎-便捷服務程序獎。
	97.3	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「簡化IC 卡申請流程縮短領卡時間」榮獲優等獎。
	97.3	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「承保退補件傳真全面數位化」榮獲潛力獎。
	97.6	行政院衛生署96年研究發展獎勵「承保退補件傳真作業全面數位化之效益分析」榮獲甲等獎。
中區分局	96.6	第20屆全國團結圈活動競賽「來就服圈」榮獲中區會長獎。
	96.8	榮獲第5屆機關檔案管理金檔獎暨績優檔案管理人員金質獎。
	96.11	行政院第8屆金斧獎「零距快易通加值服務工作圈」榮獲入選獎。
	96.12	榮獲行政院96年度營造英語生活環境競賽特優獎。
	97.5	榮獲行政院衛生署96年度衛生教育主軸及宣導行銷計畫通路使用情形第二組獎評第一名。
南區分局	97.6	行政院衛生署96年研究發展獎勵「第一類投保單位『顧客關係管理零距離服務模式』之研究-以中區分局為例」榮獲優等獎。
	96.11	行政院第8屆金斧獎「民眾就醫、全心服務工作圈」榮獲銀斧獎。
	97.1	醫療品質策進會第8屆全面醫療品質提升競賽活動「提升病人用藥安全」榮獲潛力獎。
高屏分局	97.6	行政院衛生署96年度研究發展獎勵「台灣活動性肺結核診斷與治療延遲之流行病學研究：以健保申報資料進行人口基礎的分析」榮獲甲等獎。
	96.11	行政院第8屆金斧獎「和解共生-醫院總額管理新模式工作圈」榮獲入選獎。
東區分局	97.5	榮獲行政院衛生署96年度衛生教育主軸及宣導行銷計畫通路使用情形第二組獎評第二名。
	96.7	榮獲行政院96年度優質英語生活環境競賽特優獎。

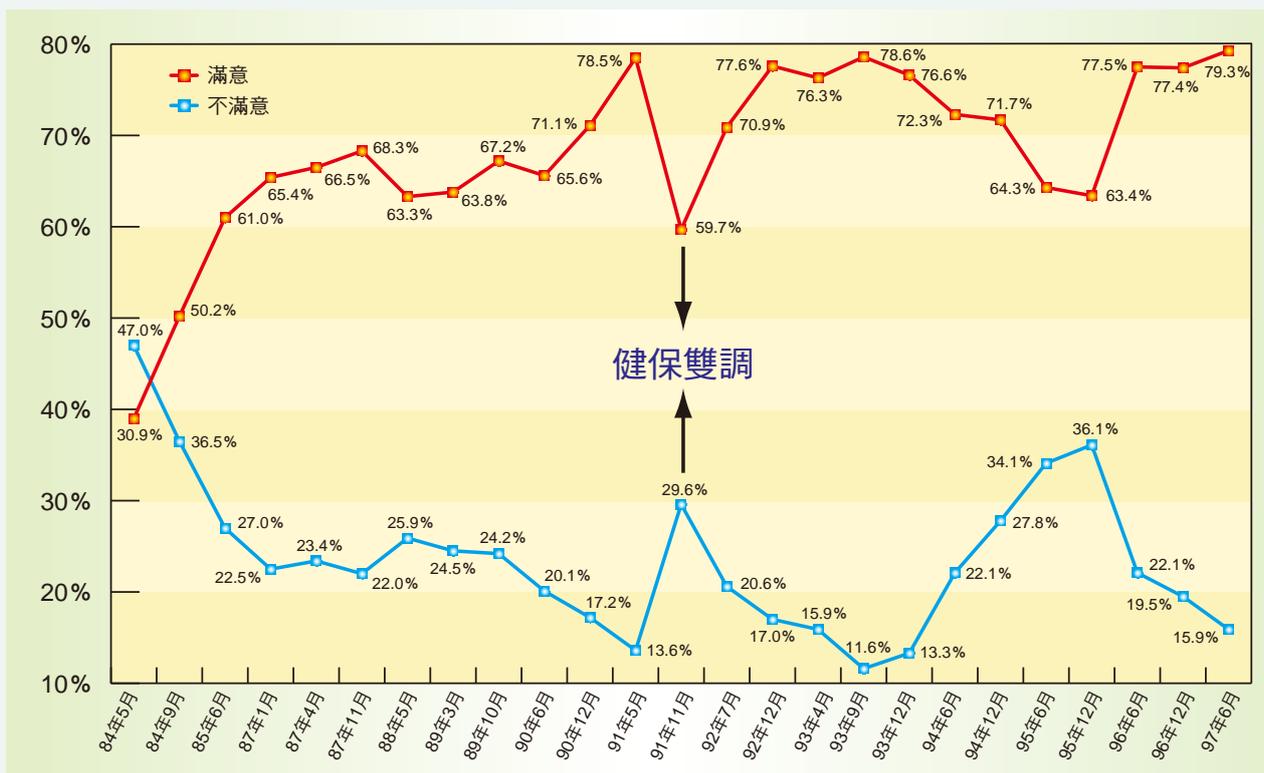
全民健保滿意度

滿意度調查

全民健保實施曾面臨諸多困難，從一開始的反彈聲浪，滿意度不到4成，到目前全民健保滿意度已持續成長至將近80%，顯見民眾十分肯定健保局13年來

的努力。其中雖曾因91年度保險費率及部分負擔調整，導致民眾對全民健保的滿意度稍有下降，但隨後即快速回升至77%，且近2年均維持近8成之高滿意度（圖九）。

圖九 全民健保歷年滿意度調查結果





永續健保接軌新未來

展望未來篇

未來挑戰與展望

回顧過去，全民健保雖然創造全民有保的史蹟，寫下歷史性的一頁，但是面臨時代及環境的變遷，加上全民醫療需求的增加及改變，全民健保除了需要積極加緊腳步修正及增加各項服務效率，以提供全民更優良的醫療服務品質及保障全民就醫權益；未來更以解決民眾就醫經濟困難、照顧民眾健康、促進社會公平為理念，凝聚全民的共識，使全民健保貼近每一位民眾的醫療需求，並提供每一位民眾最優質的醫療服務。

為使全民健保持續發展與永續經營，過去雖歷經多次重大轉折和興革，但在健保局同仁、醫界、學者專家、產業界與民眾的共同努力下，全民健保施政已漸次實現具體成果，但無可諱言的，當前我國全民健保永續發展仍面臨諸多瓶頸，亟待突破。鑒此，為創造全民健保價值，保障民眾醫療平等、健康平權，以下簡述未來的施政策略與目標。

中央健康保險局優質服務團隊



實現社會正義 促進社會公平

優先照顧急、重症醫療弱勢族群

為照顧重大傷病患者及經濟面臨困難的弱勢民眾的就醫權益，民眾如發生急、重症需醫療時，只要持有村里長或醫院所出具之清寒證明，或辦妥分期攤繳或紓困貸款，即可以健保身分就醫。也就是「先看病後納保、有欠費仍給付」，全民健保的醫療保障措施為民眾提供有力的協助。此外，醫療費用支付標準之調整除參考成本外，應考量醫療風險及市場供需，使能確保急重症之支付，讓支付更合理。

提升山地離島與偏遠地區民眾就醫可近性，並享有最適品質的醫療照護

目前我國48個醫療資源缺乏地區，均已納入全民健保「山地離島地區醫療給付效益提昇計畫（IDS計畫）」，未來將持續辦理IDS計畫，提供定點門、急診、夜間門診診療及轉診後送服務，建構地區性、整合性醫療服務體系，包括強化山地離島地區緊急醫療救護體系；充實山地離島地區基層保健設施、醫療衛生人力及提升專業知能；推動部落社區健康營造、營養宣導

及重要疾病防治；強化遠距醫療會診系統功能，建置全國山地離島地區共用醫療資訊系統；加強山地離島、偏遠地區及都市原住民之醫療照護。

加強照顧弱勢族群 爭取全民健保紓困基金財源

對於無力繳納全民健保保險費者，依「全民健康保險紓困基金貸款辦法」，提供符合經濟困難及經濟特殊困難資格認定之保險對象，無息申貸全民健保保險費及應自行負擔之費用，亦可轉介公益團體或愛心人士代繳保險費、協助辦理欠費分期繳納、爭取其他財源協助弱勢族群排除就醫障礙等醫療保障措施，排除民眾投保之經濟障礙，並使得因貧困而無力繳交保險費者，亦能獲得全民健保之照顧。

●經濟困難民眾健保保護傘



加強e化服務

推動健保IC卡分期汰換計畫

在不改變民眾持卡就醫之習慣及醫療院所提供醫療服務之程序上，建構更易于照護民眾健康之健保IC卡改善計畫，進行換卡及資料應用系統建置作業，在逐步擴大健保IC卡之應用功能下，換發新一代健保卡，以利民眾更易于瞭解全民健保資源使用情形，醫療院所可提供更有效率之被保險人醫療照護措施，並提昇全民健保整體之醫療品質及資源使用效益。

健全給付效能

總額支付制度兼顧醫療體系發展與國民醫療需要

全民健保的醫療費用給付方式，目前總額支付制度已分別就牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額支付制度等全面實施。但在各部門總額之下，仍以「論服務量計酬」為主，另逐步推動「論病例計酬」，並以提升醫療服務品質為目標邁進。為確保總額支付制度實施成效，健保局與醫療團體共同執行相關品質確保方案，以監督實施總額支付制度的醫療院所，提供更高品質的健康服務。也就是在總額制度下，能兼顧醫

療體系之發展與國民之醫療需要，穩定醫療支出成長趨勢，提升醫療服務品質，讓寶貴之全民健保資源發揮最大之效能。

加強違規院所查核，避免不當醫療費用支出

透過加強違規特約醫事服務機構之查處業務，以保障保險對象就醫品質，對涉有違規之特約醫事服務機構，依其違規情節輕重，分別予以違約記點、扣減醫療費用、停止特約或終止特約之處分。

靈活財務管理

開源節流 維持收支平衡

為推動全民健保永續經營，健保局首先致力於將檢討保險費率精算模式，並定期提出保險費率精算報告，且評估影響保險費收入和醫療支出之各項因素，如薪資成長率、納保人口、收繳率、平均眷口數、性別年齡結構改變、醫療服務密度、醫療服務價格指數等對保險費收入與醫療費用之影響。其次，從「維持目前給付範圍，但增加保險收入」、「維持保險收入，但縮減給付範圍」、「縮減給付和增加收入雙管齊下

結語--凝聚全民共識

在面對新世紀、新時代的轉變與挑戰，健保局秉持創建之初衷，任重道遠的精神，除積極提升全民健保各項醫療服務品質，推動全民健保之結構面和財務面的合理與健全化，更顧及到整體的社會公平性，以凝聚全民共識。展望未來，更持續落實「促進社會公平、增進服務效率、提升就醫品質、凝聚社會共識」的基本理念，使全民享有更好的醫療品質，以達到「全民參與、健保永續」的願景。也因為有大家的參與、支持，我國全民健保制度將更專業、先進與完善，使得全民更健康、幸福與和諧。



」等方向檢討、思考，評估擴大保險費費基、增加補充性財源、調整保險費率、評估減少給付項目、減緩總額協商成長率、增加部分負擔等可能參考方案。將各縣市政府欠費情形函送行政院主計處，作為其考核地方政府年度預算及執行情形之參考，請欠費的地方政府提送還款計畫，如期攤還，並加強查核投保金額，增加保險費收入，將投保金額與薪資所得、勞保投保薪資、勞退月提繳工資比對交查，由健保局各分局辦理查核項目。

提升就醫品質

推動追求「品質」、「公平」、「效率」之永續經營健保制度

將持續推動全民健保部分給付項目制度，提供民眾就醫更多選擇，並促使特約醫事服務機構醫療服務之資訊公開透明化。此外，發展網路便民服務平台，整合現有的醫療品質資訊與民眾就醫指引兩項功能於服務平台，並建立諮詢服務功能，持續豐富個人資料查詢，以利民眾瞭解個人承保或就醫狀況，除發揮民眾自我健康管理之綜效，更進一步提升全民的就醫品質。



中央健康保險局各分局服務區域圖

北區分局

所在地：中壢市
服務區：桃園縣、新竹市
 新竹縣、苗栗縣
電話：03-433-9111
傳真：03-438-1800

台北分局

所在地：台北市
服務區：台北市、台北縣
 基隆市、宜蘭縣
 金門縣、連江縣
電話：02-2191-2006
傳真：02-2361-1682

中區分局

所在地：台中市
服務區：台中市、台中縣
 彰化縣、南投縣
電話：04-2258-3988
傳真：04-2253-1248

東區分局

所在地：花蓮市
服務區：花蓮縣、台東縣
電話：03-833-2111
傳真：03-833-2011

南區分局

所在地：台南市
服務區：雲林縣、嘉義市
 嘉義縣、台南市
 台南縣
電話：06-224-5678
傳真：06-223-8996

高屏分局

所在地：高雄市
服務區：高雄市、高雄縣
 屏東縣、澎湖縣
電話：07-323-3123
傳真：07-315-9242

中央健康保險局總局暨各分局聯絡辦公室

局別	聯絡辦公室	地址	電話	傳真
總局		10634台北市大安區信義路三段140號	02-2706-5866	02-2702-5834
台北分局	台北分局	10041台北市中正區公園路15-1號5樓	02-2191-2006	02-2361-1682
	◎基隆聯絡辦公室	20241基隆市中正區義一路95號	02-2428-2799	02-2428-2621
	◎宜蘭聯絡辦公室	26550宜蘭縣羅東鎮站前北路11號	039-53-0090	039-53-0095
	◎金門聯絡辦公室	89350金門縣金城鎮環島北路65號	082-37-2465	082-37-1625
	◎連江聯絡辦公室	20941連江縣南竿鄉復興村216號	083-62-2368	083-62-2390
北區分局	北區分局	32005桃園縣中壢市中山東路3段525號	03-433-9111	03-438-1800
	◎桃園聯絡辦公室	33062桃園縣桃園市介壽路11-4號	03-366-7841	03-362-7618
	◎新竹聯絡辦公室	30054新竹市北區武陵路3號	03-533-5847	03-533-5809
	◎竹北聯絡辦公室	30268新竹縣竹北市光明九路226號	03-552-7615	03-552-8420
	◎苗栗聯絡辦公室	36043苗栗縣苗栗市中正路1146號	03-732-3702	03-737-5676
中區分局	中區分局	40709台中市西屯區市政北一路66號	04-2258-3988	04-2253-1248
	◎豐原聯絡辦公室	42041台中縣豐原市瑞安街146號	04-2526-0080	04-2526-0148
	◎沙鹿聯絡辦公室	43352台中縣沙鹿鎮福鹿街16號	04-2665-3884	04-2665-3923
	◎彰化聯絡辦公室	50086彰化縣彰化市中華西路369號3樓	04-751-9639	04-751-8477
	◎南投聯絡辦公室	54261南投縣草屯鎮中興路126號	049-231-3735	049-231-3730
南區分局	南區分局	70006台南市中西區公園路96號	06-224-5678	06-223-8996
	◎雲林聯絡辦公室	64043雲林縣斗六市莊敬路395號	05-533-9080	05-533-9057
	◎嘉義聯絡辦公室	60085嘉義市西區德安路131號	05-233-6930	05-233-6541
	◎新營聯絡辦公室	73064台南縣新營市東學路78號	06-632-1619	06-632-1620
高屏分局	高屏分局	80706高雄市三民區九如二路157號	07-323-3123	07-315-9242
	◎岡山聯絡辦公室	82050高雄縣岡山鎮大義二路1號 (國軍岡山醫院內)	07-625-1533	07-625-2935
	◎旗山聯絡辦公室	84247高雄縣旗山鎮中學路60號 (署立旗山醫院內)	07-662-3770	07-662-3779
	◎屏東聯絡辦公室	90071屏東縣屏東市廣東路1518號	08-733-5045	08-733-6525
	◎東港聯絡辦公室	92842屏東縣東港鎮中正路1段210號 (安泰醫院內)	08-831-1490	08-831-1491
	◎澎湖聯絡辦公室	88050澎湖縣馬公市西文里西文澳63-40號	06-922-1495	06-922-1497
東區分局	東區分局	97049花蓮縣花蓮市軒轅路36號	03-833-2111	03-833-2011
	◎台東聯絡辦公室	95049台東縣台東市四維路3段146號	089-222-717	089-222-687



刊 名 2009全民健康保險簡介
出版機關 中央健康保險局
發行人 朱澤民
地 址 10634臺北市大安區信義路三段140號
網 址 <http://www.nhi.gov.tw>
電 話 (02) 2706-5866

編 者 中央健康保險局
設計印刷 科億資訊科技有限公司

出版年月 98年2月
創刊年月 86年12月
刊期頻率 不定期

其他類型版本說明 本書同時登載於中央健康保險局網站，網址為<http://www.nhi.gov.tw>
定 價 新台幣200元

展 售 處
台 北 國家書坊松江門市
地 址 10485台北市中山區松江路209號1樓
電 話 (02) 2518-0207
台 中 五南文化廣場
地 址 40042台中市中山路2號
電 話 (04) 2226-0330

GPN：2008600193
ISSN：1728-7146

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