

二代健保總檢討報告

二代健保總檢討小組

中華民國 103 年 9 月

二代健保總檢討報告

本報告內容係二代健保總檢討小組之結論，不代表行政部門之意見

目 錄

序一：葉金川召集人.....	13
序二：邱文達部長	15
總摘要	17
壹、前言	17
貳、檢討過程.....	17
參、政策建議.....	19
緒論	27
壹、緣起	27
貳、運作架構.....	27
參、核心目標.....	29
第一篇 組織面	31
第一章：全民健康保險會運作過程評估報告.....	33
摘要	33
壹、前言	35
貳、實施現況與重要成果.....	36
參、遭遇問題與因應措施.....	47
肆、續行研議與改革方向之建議.....	52
伍、結語	55
第二篇 承保及收入面	57
第二章：外籍人士保費負擔.....	59
摘要	59
壹、前言	61
貳、實施現況與重要成果.....	61
參、遭遇問題與因應措施.....	66
肆、續行研議與改革方向之建議.....	68
伍、結語	70
第三章：在臺出生外籍新生兒之等待期檢討.....	71

摘要	71
壹、前言	73
貳、實務現況與重要成果	73
參、遭遇問題與因應措施	74
肆、續行研議與改革方向之建議	76
伍、結語	76
第四章：出國停保制度	79
摘要	79
壹、前言	81
貳、實施現況與重要成果	81
參、遭遇問題與因應措施	84
肆、續行研議與改革方向之建議	86
伍、結語	87
第五章：矯正機關收容人之納保與醫療	89
摘要	89
壹、前言	91
貳、實施現況與重要成果	91
參、遭遇困難與因應措施	115
肆、續行研議與改革方向之建議	122
伍、結語	122
第六章：補充保險費議題	125
摘要	125
壹、前言	128
貳、實施現況與重要成果	129
參、遭遇問題與因應措施	134
肆、續行研議與改革方向之建議	142
伍、結語	153
第三篇 支出面	155
第七章：提升醫療品質與抑制資源不當耗用	157
摘要	157
壹、前言	163
貳、實施現況與重要成果	165

參、遭遇困難與因應措施.....	224
肆、續行研議與改革方向之建議.....	241
伍、結語.....	246
資料來源.....	248
第八章：提升健保藥品給付及支付之效率.....	251
摘要.....	251
壹、前言.....	254
貳、實施現況與重要成果.....	256
參、遭遇困難及因應措施.....	274
肆、續行研議與改革方向之建議.....	279
伍、結語.....	281
第九章：健保特殊材料差額負擔與自費議題.....	283
摘要.....	283
壹、前言.....	285
貳、實施現況與重要成果.....	289
參、遭遇問題與因應措施.....	293
肆、續行研議與改革方向之建議.....	302
伍、結語.....	306
參考文獻.....	307
總結.....	309
致謝.....	311
附錄.....	313
附錄 1-1-1 監理會、費協會與健保會之組織比較.....	315
附錄 2-5-1 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」102 年度承作醫療團隊名單.....	319
附錄 3-7-1 HEDIS 2014 年指標.....	323
附錄 3-7-2 全民健康保險專案計畫內容及執行評估.....	327
附錄 3-7-3 102 年及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案.....	345
附錄 3-8-1 醫療科技評估組織變革.....	351
附錄 3-9-1 全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則.....	359

附錄 3-9-2	全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範.....	361
附錄 3-9-3	全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG)通則.....	363
附錄 3-9-4	醫療費用收費標準核定作業參考原則.....	365
附錄 3-9-5	DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案	367

圖 目 錄

圖 1-1-1	委員會議之議案類型分析	43
圖 2-5-1	102 年各月收容人門、住診醫療費用	107
圖 2-5-2	102 年各月收容人西醫及牙醫門診就醫次數	107
圖 2-5-3	101 年及 102 年同期之戒護外醫人數比較	117
圖 3-7-1	近 5 年老年人口整體就醫情形	176
圖 3-7-2	重大傷病患者整體就醫情形	176
圖 3-7-3	門診檢查項目之件數成長趨勢	178
圖 3-7-4	門診檢查項目之點數成長率	179
圖 3-7-5	住診檢查項目之件數成長趨勢	179
圖 3-7-6	住診檢查項目之點數成長趨勢	180
圖 3-7-7	CT、MRI 及正子造影之件數及使用次數（門診）	181
圖 3-7-8	CT、MRI 及正子造影之點數（門診）	182
圖 3-7-9	復健治療項目之件數成長趨勢（門診）	183
圖 3-7-10	復健治療項目之點數成長趨勢（門診）	183
圖 3-7-11	復健治療項目之件數成長趨勢（住診）	184
圖 3-7-12	復健治療項目之點數成長趨勢（住診）	184
圖 3-7-13	歷年醫療服務點數與年度總額情形	187
圖 3-7-14	歷年藥費支出之成長趨勢	192
圖 3-7-15	門住診部分負擔費用占率分析	203
圖 3-7-16	門診與住診有申報部分負擔案件之占率	204
圖 3-7-17	各層級院所西醫門診有申報部分負擔費用案件之占率	205
圖 3-7-18	各層級院所西醫門診有申報者其部分負擔之占率	206
圖 3-7-19	各層級院所西醫門診申報部分負擔之平均每件部分負擔 費用	206
圖 3-7-20	各層級院所住診有申報部分負擔案件之占率	207
圖 3-7-21	各層級院所住診有申報部分負擔案件之部分負擔費用占 率	208
圖 3-7-22	各層級院所住院有申報部分負擔案件之平均部分負擔費 用	208
圖 3-7-23	重大傷病醫療費用分析	210

圖 3-7-24	歷年醫療院所病床數.....	216
圖 3-7-25	歷年醫療院所平均每萬人口執業醫事人員數.....	222
圖 3-7-26	各層級醫院之每床每年申報費用.....	226
圖 3-7-27	歷年各層級醫院醫師數.....	227
圖 3-7-28	歷年各層級醫院平均每位醫師每年申報點數.....	227
圖 3-7-29	固定每點 1 元項目點數之占率.....	228
圖 3-7-30	各分區固定每點 1 元點數之占率.....	229
圖 3-7-31	各層級固定每點 1 元點數之占率.....	230
圖 3-7-32	抑制資源不當耗用管控措施.....	239
圖 3-8-1	藥物給付項目及支付標準訂定流程圖.....	263
圖 3-8-2	有共識同意收載案件之處理流程.....	263
圖 3-8-3	藥費支出占國民保健支出比率.....	266
圖 3-8-4	2011 年 OECD 國家人均 GDP 與藥費支出占國民保健支出比率.....	267
圖 3-8-6	二代健保實施後之新藥收載申請審議流程圖.....	269
圖 3-8-7	新特殊材料收載申請審議流程圖.....	271
圖 3-9-1	支付標準以「包裹支付」研商模式過程面使用特材之作業流程.....	301
圖 3-9-2	特材採自費、部分給付或完全給付之分類圖.....	305

表 目 錄

表 1-1-1	健保會法定任務與運作的相關條文	38
表 1-1-2	健保會委員請假與代理人出席情形	41
表 2-2-1	102 年境外移入人士來臺參加健保之人數及占率	64
表 2-2-2	102 年境外移入人士來臺參加健保保險費負擔及醫療費用統計	65
表 2-2-3	102 年大陸配偶性別年齡統計	69
表 2-3-1	101 年本國籍新生兒就醫情形表	75
表 2-5-1	102 年收容人門、住診利用情形	101
表 2-5-2	102 年收容人門診利用情形	102
表 2-5-3	102 年收容人住診利用情形	103
表 2-5-4	102 年收容人西醫、牙醫、中醫、透析門診及住院利用情形（按季）	104
表 2-5-5	102 年收容人西醫、牙醫及透析門診利用情形	105
表 2-5-6	102 年收容人矯正機關內西醫門診利用情形	106
表 2-5-7	102 年收容人罹患精神疾病類型統計	108
表 2-5-8	102 年收容人接受精神醫療處置項目統計	108
表 2-5-9	102 年各矯正機關提供精神科門診服務情形	109
表 2-5-10	98 年至 102 年新入監及現有收容人胸部 X 光篩檢情形	111
表 2-5-11	98 年至 102 年矯正機關內愛滋病篩檢概況	112
表 2-5-12	99-101 年收容人口腔黏膜檢查和糞便潛血檢查篩檢情形	113
表 2-5-13	102 年收容人接受預防保健服務情形	114
表 2-6-1	102 年度補充保險費實際收繳金額	133
表 2-6-2	投保單位薪資支付對象之分析	148
表 3-7-1	WHO 提出醫療十大無效率與解決之道	166
表 3-7-2	精算之影響健保點數成長因素之分析（98 年）	175
表 3-7-3	平均住院日數與國際比較	185
表 3-7-4	全民健保改革目標及重點計畫	186
表 3-7-5	家庭醫師收案族群與應照護族群（未收案）之比較 ..	196
表 3-7-6	「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」試辦前後之實施成效之比較--依慢性病數量分析	198

表 3-7-7	論人計酬試辦計畫團隊與照護對象	199
表 3-7-8	執行急性後期照護品質試辦計畫之團隊與院所	200
表 3-7-9	重大傷病之門診醫療利用及其部分負擔分析表	210
表 3-7-10	各類病人門診醫療利用及部分負擔分析	211
表 3-7-11	各類病人門診部分負擔之分布情形	213
表 3-7-12	83 年至 102 年醫療院所家數變動	215
表 3-7-13	每萬人口一般病床之變動情形	217
表 3-7-14	平均每千人口急性病床數	218
表 3-7-15	歷年每萬人口各類特殊病床之變動	220
表 3-7-16	醫療院所執業醫事人員數	221
表 3-7-17	OECD 國家每千人口醫師數之比較	223
表 3-7-18	健保特約各層級醫院家數與病床數	225
表 3-7-19	健保署研擬之調整保險對象應自行負擔費用案	235
表 3-7-20	102-103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案	239
表 3-8-1	藥品相關子法規及修正重點摘要表	260
表 3-8-2	二代健保實施前後，新藥、新特殊材料、醫療服務之 HTA 執行條件與決策制定單位	272
表 3-9-1	歷年健保特殊材料品項數及費用申報分析	286
表 3-9-2	二代健保修法前，特殊材料部分給付項目收載之一覽表	287

序一：葉金川召集人

民國 102 年 1 月 1 日開始實施的二代健保新制，是健保自 84 年開辦以來最大的變革，也引起了社會各界非常大的關注和討論，各界多認為新制健保仍有許多需要改進之處，並要求行政部門必須再有所改革。

我與羅紀琮、陳敦源、黃文鴻、李玉春、吳憲明、楊漢淥等人在去年 3 月初接受衛生福利部邱文達部長的邀請，組成二代健保總檢討小組，開始觀察與評估新制的實施情形。我們了解，要在短短實施一年的時間內，提出很完整的評估檢討報告，其實是非常不容易的，而且是吃力不討好的工作，但總是要有人要擔當一些責任，因此大家硬著頭皮接下這個工作。

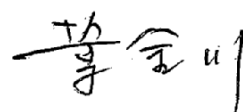
經過 1 年的資料收集和討論，終於能提出這本報告，希望一方面可以協助行政部門先進行近期的改善，對於未來的調整方向，則嘗試提出可行方案，供行政部門參考，讓健保可以永續發展，繼續照顧民眾健康福祉。

今年 3 月，我應邀到美國參議院聽證會上，介紹臺灣這些年來實施健保的經驗。我分享的內容大意是全民健保是臺灣最成功的公共政策，民眾對健保的滿意度很高，原因之一就是低保險費和低部分負擔。就醫方便、自由就醫是另一個原因，並且，除了少數醫學中心和名醫，病人不需要長期等候就醫。

雖然我們只用了美國四分之一的費用（經物價調整），但是我們的各項健康指標，像平均壽命、嬰兒死亡率、產婦死亡率等，都比美國要好。健保實施前 10 年，全體國民平均壽命增加 1.8 歲，而實施健保之後 10 年，國人平均壽命增加 2.9 歲。並且，研究也指出，健保實施後，健康狀況較差的人，平均壽命增加較多。

當然我也知道，臺灣健保比美國好，並不表示我們的健保制度完美無缺，譬如長期財務之隱憂、醫療資源不均、醫療浪費、新藥給付較慢等問題，有待我們去解決，所以，政府需要努力改善，給民眾更好的制度。

最後，面對人口結構改變、高齡社會來臨及醫療生物科技的神速進步，耗用的健保資源肯定只會越來越多，我們在根本上必須面對的問題是，在有限的資源下，未來是不是該一直提供所有最好的醫療服務，或是該轉向提供基本和有效率的醫療服務，這個問題是全民的問題，有賴於社會各界共同思考。

Handwritten signature in black ink, appearing to read '王金' (Wang Jin).

103 年 4 月 29 日

序二：邱文達部長

從我於 100 年 2 月接下衛生署長的職位之後，二代健保就一直是我念茲在茲的重要政務，楊志良前署長傾盡全力完成修法，奠定改革的基礎，後續的實施，當然必須積極的完成。歷經兩年籌備，與各界折衝協商，二代健保於 102 年 1 月 1 日實施，穩健上路，總算不負社會對於健保改革的殷切期待。

二代健保從籌備階段到正式實施之後，各界容有不同的看法，我非常重視。為了尋求合理解決方案，我邀請了幾位學者專家，來進行二代健保的檢討工作，以回應各界的意見。

二代健保是歷經數年由百餘位學者專家共同規劃的健保改革，短時間之內要再進行完整的檢討，並不是件簡單的工作；因此，我非常感謝慈濟大學葉金川教授、中研院羅紀琮研究員、陽明大學李玉春教授、黃文鴻教授、亞洲大學楊漢淙教授、吳憲明副教授及政治大學陳敦源教授，願意接受我的邀請，迎接這個艱鉅的挑戰，在過去的 1 年裡，7 位老師投入了許多的心力，才完成了這份內容豐富的報告，我必須致上最高敬意與謝意，特別是召集人葉金川教授。

健保實施即將屆滿 20 周年，以人的生命歷程來看，正面臨著「轉大人」的重要時刻，我們的健保制度，經過二代健保改革，已經逐步顯現改革成效；二代健保總檢討之後，專家學者的建議，讓我們更可去蕪存菁、精益求精，讓健保制度永續發展，提供全民醫療保障。

衛生福利部 部長 邱文達

總摘要

壹、前言

全民健康保險自 84 年 3 月 1 日開辦以來，排除了民眾就醫的經濟障礙，提供了優質的健康照護服務，近數年來，民眾的滿意度維持在八成左右，在國際上也享有極高的評價。然而實施多年以來，社會各界要求健保改革的呼籲，未曾停歇。為了回應社會的要求，行政部門推動了不同層面的改革措施，其中，最大幅度的改革，即是 90 年開始的「二代健保」規劃及後續修正全民健康保險法，最終於 100 年 1 月 4 日由立法院三讀通過，100 年 1 月 26 日總統公布，歷經 10 年有餘。

由於修法過程中，曾有重大轉折，致使各界對於二代健保新制，始終存有不同意見；經過 2 年的籌備階段，藉由不斷的溝通與宣導，二代健保於 102 年 1 月 1 日正式實施。在新制實施之初，對於各界之不同意見，衛生福利部（以下稱衛福部）邱文達部長相當重視，並認為可以作為後續健保改革的參考；除要求不斷蒐集各界意見之外，並亟思邀請熟稔健保業務的專家學者，為二代健保新制提供建言。

貳、檢討過程

衛福部於 102 年 3 月邀集專家學者，組成「二代健保總檢討小組」（以下稱本小組），並敦請慈濟大學葉金川教授擔任召集人，中央研究院經濟研究所羅紀琮研究員擔任副召集人，共同針對二代健保補充保險費及其他新制所衍生的問題，進行整體性之檢討，在觀察新制 1 年後，於 103 年 4 月提出檢討報告。

除了正、副召集人外，還有陽明大學李玉春教授、黃文鴻教授、

亞洲大學楊漢源教授、吳憲明副教授及政治大學陳敦源教授等共同參與；並針對各界關注之焦點，擇定重要議題，由各教授分組就實施現況進行檢討，並邀請其他學者參與或諮詢。

從一代健保到二代健保，健保制度剛剛經過全面性的檢討，鑑於二代健保自 102 年 1 月 1 日實施不久，所以，本小組不再進行整體性的檢討，而是側重在修法與籌備過程中，各界意見明顯紛歧的議題，或是觀察新制度的實施情形並進而檢討其成效，經由成員的共同討論，選定了「健保會運作相關議題」、「補充保險費等財務議題」、「受刑人納保及醫療相關議題」、「外籍人士保費負擔及出國停保制度之檢討」、「醫療科技評估之應用」、「藥品價格調查與調整」、「抑制資源不當耗用相關議題」、「特材差額負擔與自費相關議題」等 8 項議題，作為檢討的重點。

擇定檢討議題後，小組綜整健保實施 19 年以來的經驗，以及二代健保修法與籌備階段的各類意見，確立了「永續經營」、「財務穩健」、「合理保障」、「給付效益」及「資源配置」作為本次檢討工作的核心目標，並據以作為各議題的共同指導原則，俾使整體檢討方向能夠一致。

小組之運作，除定期召開全體專家學者之會議外，各議題之負責教授，亦會邀請專家學者、相關團體及機關，召開分組會議，檢討各議題之現況及問題，研議解決方案或提出修法方向之建議；此外，也走訪了法務部矯正署及其所屬的 4 家矯正機關，深入新制實施的第一線，確切瞭解收容人接受健保醫療服務的現況，以期本檢討之進行，能與實際現況相符。

在過去的 1 年裡，二代健保總檢討的進行，與二代健保的實施，同時並進；二代健保各項新制的成效逐一顯現。藉由觀察執行面的實際成果與數據，瞭解各項新制的優點以及亟待改進之處，各分組的議

題檢討也一一完成。依據各議題檢討之成果，完成二代健保總檢討報告（以下稱本報告），分為「組織面」、「承保及收入面」與「支出面」3篇，共9章，經由小組開會討論後，以專家學者之立場，向衛福部提出建議及改善方案。

參、政策建議

本報告各章所提出之政策建議，摘錄重點說明如下：

一、組織面

（一）精進全民健康保險會（以下稱健保會）議事程序，提升議事效率：

目前健保會的委員名額及分配，已足以達到擴大各界參與之目的，但可再精進議事程序、增進委員參與議案討論的專業能力，提升議事效率。

（二）加強健保會角色認知，整合收支連動：

加強健保會委員對於該會職掌及功能之認知，使委員確實瞭解其角色，並嚴格規範代理人制度，使委員負起參與會議表達所屬代表類別意見之責任；另應釐清健保會與其他保險醫療給付會議間之關係，以更進一步整合並落實二代健保改革重心—收支連動機制。

二、承保及收入面

（一）落實量能負擔，合理保障權益：

- 1.基於社會共同體及健康合理保障之納保原則，在臺有社會連帶性之居民，不論國籍都應參加全民健康保險，且依國際公約及平等原則之考量，保險費之計繳以量能負擔為原則，不宜因國籍不同而有差別分擔之待遇。
- 2.新生兒無帶病投保問題，考量合理健康保障，在臺出生之

非本國籍新生嬰兒，領有在臺居留證明文件者，宜與在臺出生之本國籍新生嬰兒相同，自出生日起，應參加全民健康保險。

- 3.出國停保制度歷來多有爭論，現階段對返國復保者短期再停保，採取適度限制以加重其財務責任之作法，尚可維持短期返國復保者繳交之保險費與醫療費用間之收支平衡，短期內宜避免再次修正變動，惟建議提升出國停保制度之法律位階。

(二) 持續保障收容人醫療權益，降低矯正機關戒護人力負擔：

- 1.收容人納保後，醫療需求已獲得更全面的保障，部分實務運作之困難，近一年來，透過行政協調多已解決。基於目前納保作業與醫療服務提供均堪稱順暢，且避免政策更迭影響收容人醫療權益，建議維持現行運作機制並持續觀察。
- 2.對於現階段仍待克服的困境，建議透過支付誘因，鼓勵醫療團隊充實其在矯正機關內之醫療設備，並建議法務部能編列充足預算，用以改善矯正機關內醫療設施及設備；一方面改善醫療服務，同時也有助於降低矯正機關之戒護人力負擔。

(三) 近期先研議補充保險費納入年度結算機制之可行性：

補充保險費採逐筆就源扣費且不結算之方式，所引發的公平性質疑，以及投保單位按月計費之合理性疑義，透過年度結算機制，並酌修計費基礎與計費方式後，多數問題可獲解決。惟結算有其限制及問題，規劃時應有嚴謹的評估與因應策略。

(四) 長期應研議更穩健之財務制度：

- 1.補充保險費制度在解決現行相關問題後，未來應進一步擴大計費基礎，同時提高計費上限，並研議更健全的計費制度，惟被保險人職業類目（6 類 15 目）保留與否，牽涉的層面極廣、複雜度極高，有待未來更審慎周全之規劃。
- 2.雇主之保險費收繳方式應朝負擔一元化改革；未來可研議繼續擴大計費範圍，並整合一般與補充保險費，且將雇主支付之薪資所得皆以一般保險費方式收取等，以杜絕現制爭議。

三、支出面

（一）有效管控醫療資源，減少供給誘發需求：

由醫政與健保主管單位會同檢討各醫療區域各類醫療資源之提供並訂定目標值，避免部分醫療資源(如特定病床)過度增設，減少供給誘發需求之風險，造成健保總額之壓力，尤其對特殊病床如門診透析、慢性呼吸照護及精神病床之檢討。

（二）提升給付效益及品質，合理配置資源：

- 1.善用醫療科技評估工具或先進國家已具共識之臨床醫學或經濟效益評估證據，作為評估給付項目之增刪、定義有效與無效醫療、修訂不予支付指標與審查注意事項等之參考，並定期檢討修正。以逐步減少低效益，引進高效益的給付項目，減少醫療服務或藥物浪費，提升醫療給付效益與品質。
- 2.在醫療服務面，整合與全人照護有關的論質、家庭醫師、醫院整合性門診與論人計酬等醫療給付改善計畫。依據證據醫學，訂定有效與無效醫療指標，以提升病人照護之效果與品質，減少醫療浪費，美國 NCQA 之 HEDIS 指標或

英國 NICE 的建議等皆可供參考。此外，應檢討獎勵措施，將現行依個別病人照護品質獎勵的部分（如論質），全面改為依各醫療院所病人整體照護品質達成目標的程度，設計獎勵制度；讓更多病人能獲得有效醫療照護，減少收案對象選擇偏差，全方位提升醫療品質與照護效果。

3.藥品給付面：

- (1)對於新藥納入健保給付，應進行長期研究，瞭解臺灣健保對新藥引進及使用規範，與先進國家的落差。
- (2)鑑於部分新藥（如生物藥品）其價格與療程費用，相對昂貴，非健保財務能長期負擔，故針對特定領域或類別的疾病或治療藥品，應建立藥品給付與支付價格差額負擔的機制；加強民眾宣導，取得社會共識；並以漸進方式，推動藥品差額負擔的法制依據與實施時程。

4.特材差額負擔面：

- (1)在健保資源有限情形下，特材之差額負擔及自費機制應維持，除可增加民眾選擇之機會，亦有助於新興特材之引進。惟相關配套措施，如：醫療科技評估制度之配合、協商代表衡平性及資訊透明化、訂定收取差額上限及納入全額給付之條件與程序等，亦應持續規劃執行。
- (2)研議簡化現行新增特材差額負擔項目之核定程序，以提升行政效率。

（三）提升支付效率，合理使用資源：

- 1.對現行已推動之多元支付制度與抑制資源不當耗用方案等相關措施，應採滾動式檢討，逐步落實。

- 2.持續進行支付基準改革：持續導入住院診斷關聯群制度，提升住院服務效率與品質；審慎檢討推動急性後期照護方案並連結長期照護體系，善用健保與長照資源，減少社會性住院；推動門診前瞻性支付制度，利用包裹式支付設計（如慢性病人依疾病種類每月定額支付），減少就醫次數與不必要的檢查、診療、用藥，並鼓勵穩定慢性病人在基層就醫。
- 3.落實各部門總額監控機制，並建立點值停損處理流程與措施，避免影響醫療品質。
- 4.因應新醫療術式之執行，應檢討醫療服務給付項目及支付標準，以利新醫療材料之引進。即以新增支付標準診療項目取代對應現行手術代碼，或屬侵入性處置及檢查之特材，應比照手術一般材料費，予以加成。
- 5.現行住院診斷關聯群支付標準，應妥適計算材料所占比重，合理反映成本，以利新醫療材料之引進。

（四）強化醫療利用、藥品與各診療服務之管理：

- 1.隨著藥品費用分配比率目標制的試辦，藥品價格初步已建立定期調整的機制。試辦期滿後是否續辦，應評估其成效，對民眾、醫療提供者及保險人的優缺點以及能否有效縮減藥價差後，再予以決定。另在藥品使用量的管理，仍應持續加強。
- 2.在兼顧保障病人隱私權的前提下，健全藥歷檔與健康雲的建置與運用，強化藥費管制措施，減少重複用藥、不適當用藥與檢查。可先建立慢性病老人用藥檢查快速查詢系統，再逐步推廣。
- 3.持續推動高診次就醫輔導方案。

(五) 強化病人健康知能，提升資源使用之公平性與責任：

- 1.藉論質、家醫、論人等整合性照護與支付的統整與推動，提升病患健康知能，強化病人自我照護管理。
- 2.獎勵醫護人員，勸導臨終病人放棄無效醫療與急救，倡導正確臨終醫療觀念，減少醫療浪費。
- 3.逐步改革重大傷病免部分負擔制度，並研議相關配套措施，分年分階段導入，提升部分負擔制度之公平性。
- 4.定期檢討調整門診定額部分負擔，並研議將超過一定金額之診療費用另行計算部分負擔。長期配合重大傷病制度改革，評估門診採定率部分負擔之可行性。

(六) 提升法規與組織效率，強化政策品質：

- 1.針對現行全民健康保險藥物給付項目及支付標準、全民健康保險藥品價格調整作業辦法等相關法規內容，是否過於鉅細靡遺，而影響健保藥品資源管理以及民眾使用創新藥品的及時性，應適時評估其利弊，並訂定明確的政策方針，作為保險人執行的依據。
- 2.針對全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議代表之組成，應適時評估其代表之衡平性。
- 3.對於國家醫療科技評估組織，目前仍屬籌備辦公室階段，故在組織運作、財務獨立、人才培育以及任務執行面，應有所規劃，以有效落實該組織的功能；並針對醫療科技評估項目及內容，應建立明確之規範，以利遵循，尤其是生物相似性藥品執行 HTA 之必要性與適當性、對國產藥廠研發新藥之要求等。
- 4.主管機關應召開「全國藥品政策會議」，全方位討論當前藥品政策方向。討論議題可包括：藥政（品）管理與健保

給付之扣連、健保藥品價格實施三同政策的配套及製藥產業發展與健保給付之政策議題等。

- 5.對於國產生技製藥之鼓勵，主管機關應明定政策方向，並另籌財源。
- 6.保險管理經費逐年遞減，造成管理經費之不足，建議由醫療費用總額及菸品健康福利捐提撥一定比率，作為提升醫療效率與品質、保障病患權益之用。

二代健保的實施已超過 1 年，健保的財務狀況尚稱穩健，推估至 105 年底尚可維持財務平衡。但任何新制度的實施成效，至少都應該觀察 2 至 3 年，衛福部應該持續關切各界的反映。本小組之檢討結果與建議，應可作為衛福部未來健保決策及改革策略研議之參考。依據本報告提出之建議，衛福部可成立長期規劃小組，於 105 年底以前作更細部的改革規劃，以確保健保永續經營，提升醫療服務效率。

緒論

壹、緣起

全民健康保險自 84 年 3 月 1 日開辦以來，排除了民眾就醫的經濟障礙，提供了優質的健康照護服務，近數年來，民眾的滿意度維持在八成左右，在國際上也享有極高的評價。然而實施多年以來，社會各界要求健保改革的呼籲，未曾停歇。為了回應社會的需求，行政部門推動了不同層面的改革措施，其中，最大幅度的改革，是 90 年開始的「二代健保」規劃及後續修正全民健康保險法，最終於 100 年 1 月 4 日由立法院三讀通過，100 年 1 月 26 日總統公布，歷經 10 年有餘。

在二代健保的修法過程中，社會各界對於保費新制等議題，始終存有不同看法，難以取得共識；為減少對社會的衝擊，立法院國民黨團經與行政部門溝通後，對於法案內容做了調整，提出「補充保險費」的二代健保再修正案，並據以三讀通過。

經過 2 年的籌備階段，藉由不斷的溝通與宣導，二代健保如期於 102 年 1 月 1 日正式實施；但自實施以來，各界所提出之不同意見，並未因修法通過而停歇，反而餘波不止，在二代健保新制實施之初，衛生福利部（以下稱衛福部）邱文達部長相當重視這些不同意見，並認為可以作為後續健保改革的參考，除要求不斷蒐集各界意見之外，並亟思邀請熟稔健保業務的專家學者，為二代健保新制提供建言。

貳、運作架構

邱部長於 102 年 2 月間，邀集慈濟大學葉金川教授、中央研究院經濟研究所羅紀琮研究員、陽明大學李玉春教授、黃文鴻教授、亞

洲大學楊漢源教授、吳憲明副教授及政治大學陳敦源教授等熟稔健保業務之專家學者，召開「二代健保總檢討小組」籌備會議，並決定由葉金川教授擔任召集人、羅紀琮研究員擔任副召集人，另衛福部督導健保業務之次長、衛福部中央健康保險署（以下稱健保署）署長以及衛福部社會保險司（以下稱社保司）司長亦為小組成員，共同參與；並由社保司同仁擔任幕僚工作，提供必要的行政協助，以利檢討工作的進行。

二代健保總檢討小組（以下稱本小組）於 102 年 3 月召開第 1 次會議，鑑於二代健保實施不久，所以，本小組不進行整體性的檢討，而是側重在修法與籌備過程中，各界意見明顯紛歧的議題，或是觀察新制度的實施成效，作為檢討的重點。經由成員的共同討論，選定了「健保會運作相關議題」、「補充保險費等財務議題」、「受刑人納保及醫療相關議題」、「外籍人士保費負擔及出國停保制度之檢討」、「醫療科技評估之應用」、「藥品價格調查與調整」、「抑制資源不當耗用相關議題」、「特材差額負擔與自費相關議題」等 8 項議題，並由各教授分組就實施現況進行檢討，並待新制實施至少滿 1 年後，於 103 年 4 月提出檢討報告。

本小組的運作方式，分為「全體會議」、「分組會議」及「實地訪查」等 3 種，說明如下：

- 一、**全體會議**：原則每兩個月定期召開一次，由召集人主持，並邀請全體成員出席，由各教授就負責議題提出進度報告，並交換意見，另邀請健保署列席提供執行面之說明，共召開 8 次會議。
- 二、**分組會議**：由各分組負責教授邀請相關學者共同參與，不定期召開會議，檢討各議題之現況及問題，研議解決方案或提出修法建議；必要時，並邀請相關部會機關（如金融監督管理委員會銀行局、財政部、法務部矯正署、衛福部食品藥物管理署、疾病管制

署、國民健康署、醫事司、心理及口腔健康司) 出席討論；亦通知其餘議題之負責教授，可視需要或議題關聯性參與運作，各分組共召開 16 次會議。

三、實地訪查：在收容人納保及醫療相關議題之檢討過程中，走訪了法務部矯正署及其所屬的 4 家矯正機關，深入新制實施的第一線，確切瞭解收容人接受健保醫療服務的現況，以期本檢討之進行，能與實際現況相符。

參、核心目標

本小組擇定檢討議題後，對於檢討工作的進行，各分組之間，必須有共同的核心目標，使現況檢討與研議改善方案的方向一致；經綜整健保實施 19 年以來的經驗，以及二代健保修法與籌備階段的各類意見，並考量社經環境之改變，本小組成員確立了以下 5 個基本理念，作為本次檢討工作的核心目標，並據以作為各議題的共同指導原則：

- 一、永續經營：**有鑑於人口持續老化、醫療科技不斷的進步，醫療費用成長的趨勢，勢必難以避免，在保險費收入無法與醫療費用同步成長的情況下，如何將有限的醫療資源，做最充分的利用，並減少無效醫療，必須從永續經營的角度，以負責任的態度，做全新的思考。
- 二、財務穩健：**二代健保修法過程之中，各界對於保險費新制的討論最多，雖然建立了財務收支連動機制，但是改革保險費制度，研議穩定健全的保險財務制度，仍是社會的共同期待，也是健保永續經營的根本。
- 三、合理保障：**不論身分，亦不論城鄉，健保為這塊土地上的所有居民，提供了普遍的醫療服務，充分保障了醫療權利，這是健保在

國際間聲譽遠播的原因所在；尤其在檢討承保議題的時候，如何將所有的居民納入健保的保護傘，也是任何健保改革階段必須堅持的方向。

四、給付效益：健保的資源有限，不可能滿足所有民眾無窮的醫療需求，因此必須基於成本效益的考量，逐步調整醫療服務及藥物給付項目，讓多數的民眾可以得到需要的照護，並以有效率的服務取代既有的服務，讓有限的資源發揮最大的效益。

五、資源配置：近來醫療體系與設施的成長，雖然提供了更好的醫療服務，但也誘發了更多的醫療需求，造成健保的財務壓力，因此必須結合醫政系統，強化管理機制，並輔以支付誘因引導醫療提供者的行為，以達到資源合理分配的目的。

本小組從 102 年 3 月開始運作至今，已超過 1 年。在過去的 1 年裡，二代健保總檢討的進行，與二代健保的實施，同時並進，二代健保各項新制的成效逐一顯現。藉由觀察執行面的實際成果與數據，瞭解新制的各項優點以及亟待改進之處，各分組議題的檢討也一一完成。依據各議題檢討之成果，分為「組織面」、「承保及收入面」、與「支出面」3 篇，共 9 章，彙整為總報告。經由本小組全體成員開會共同討論及確認後，以專家學者之立場，向衛福部提出二代健保總檢討報告（以下稱本報告）；本小組所提出的政策建議，應可供衛福部作未來決策之參考。

第一篇 組織面

第一章：全民健康保險會運作過程評估報告

摘要

一、議題現況

二代健保組織改革相當重要之一環，就是整併全民健康保險監理委員會與全民健康保險醫療費用協定委員會為全民健康保險會（以下稱健保會），統一全民健康保險財務收支事權，並改善過去收入審議與支出協定無法相互配合之情形，由各界代表共同組成一個溝通協商平臺，共同討論全民健保之重要事項。

配合二代健保的實施，健保會也自 102 年 1 月 1 日成立，在制度設計上，其確實滿足擴大參與決策的需求，在全民健康保險財務決策上，亦扮演重要的角色。但運作 1 年餘，其實際運作效能，包括決策是否符合公眾的需求、是否有效運作收支連動的功能、能否滿足健保永續發展的需要，達成改革的原意等，均有待實際檢驗，爰藉由觀察健保會過去 1 年的運作過程進行瞭解。

二、檢討結果

經過評估健保會的運作後發現，目前的問題有四項：（一）部分委員對於角色認知不足；（二）會議效率仍有提升的空間；（三）委員之間專業知識存在不對等；（四）委員互動仍在磨合期。然而，整體而言，健保會的成立，的確能達到擴大社會多元參與健保政策諮詢的功能，不僅已順利完成 103 年度收支平衡費率審議及醫療費用總額協議；另一方面，對於健保政策議題如急重症問題、民眾自行負擔費用以及醫療品質資訊公開等，亦提出改進建議，進而產生實質影響。

三、政策建議

(一) 落實委員專業角色

1. 提供適當講座課程，提升保險付費者委員參與能力。
2. 未來可考慮進一步規範推薦團體應負起推派適當人選擔任委員的責任。

(二) 建立代理人規範制度

未來對於代理人制度之設計，應從嚴要求，例如嚴格規範代理人資格或會議參與權利，並可考慮進一步規範會議中的代理人比例。

(三) 提升會議議事效率

1. 應加強委員對於健保會職掌及功能的認知，使委員清楚其角色，並適時加開臨時會議，避免議案延宕，提升議事效率。
2. 必要時得以分組方式進行議案研議，改進開會效率問題。

(四) 整合收支連動功能

釐清健保會與「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」間的關係與相互參與的方式，進一步研擬相關配套方案，使二代健保收支連動的改革目的更加落實。

壹、前言

自 84 年 3 月全民健康保險開辦以來，依法設立「全民健康保險監理委員會」（以下稱監理會）負責收入面之保險財務監理，以及法規、保險費率諮詢等事項；另設「全民健康保險醫療費用協定委員會」（以下稱費協會）負責支出面，在行政院核定的總額範圍內，進行保險醫療給付費用之協定及分配事項，在兩會各自運作下，造成收入與支出的連動關係不佳。設若費協會決定支付較多金額，監理會卻建議費率不動、其他收入面也不增加，則兩者之間會出現財務缺口，欠缺相連的機制，這種收入與支出協商分離、權責不對等的情況，影響健保的永續經營。

因此，政府於 102 年 1 月 1 日開始實施二代健保，在組織體制方面的變革是將監理會與費協會兩會合一，成立全民健康保險會（以下稱健保會）。一方面，合併監理會與費協會的功能，使財務收支得以連動；另一方面，擴大社會參與，讓健保政策回歸供給與需求的專業探討，降低政治因素的影響，以期「建構權責相符之健保組織體制」、「擴大社會多元化參與健保政策」及「財務平衡且提升服務購買效率」。

在主管機關衛福部與單一保險人健保署不變的前提下，健保會作為利害關係團體參與審議及協商的平臺，負責保險費率、保險給付範圍之審議及保險醫療給付費用總額的協定分配事項，以改善一代健保中財務收支未能同時考量的問題，為二代健保改革的重要核心理念。自 102 年 1 月 1 日健保會成立，已運作逾 1 年，在制度設計上健保會確實滿足擴大各界參與的需求，在健保政策的永續發展上，扮演重要的角色。本分組透過運作過程與成效的評估，檢討健保會這段時間的運作，是否落實二代健保修法後賦予的權責，以及是否符合健保長遠發展的需要，提出健保會實際運作效能的評估發現與執行問題，並

針對未來運作效率的改善提供建議。

貳、實施現況與重要成果

一、健保會組成說明

健保會作為合議制的組織，委員扮演重要的角色。依全民健康保險法（以下稱健保法）第 5 條第 4 項規定，健保會由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成；其中保險付費者代表之名額，不得少於二分之一；且被保險人代表不得少於全部名額之三分之一。據此，衛福部依同條第 5 項訂定全民健康保險會組成及議事辦法（以下稱組成及議事辦法），其中第 2 條第 1 項規定 35 位委員名額分配包括：保險付費者代表 18 人，其中被保險人代表 12 人、雇主代表 5 人、行政院主計總處 1 人；保險醫事服務提供者代表 10 人、專家學者及公正人士 5 人、行政院經濟建設委員會（組改後為國家發展委員會）及衛福部各 1 人。同條第 2 項明定其中 9 人被保險人代表的委員，由衛福部就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘 3 人，由衛福部以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

由於健保會係接續原監理會及費協會之所有業務，並新增保險給付範圍、保險費率審議等工作，為了讓業務順利接軌，對於保險醫事服務提供者及部分保險付費者代表，衛福部仍先請原監理會及費協會兩會委員之推薦單位，推薦人選。此外，依組成及議事辦法第 2 條第 2 項規定，被保險人代表中 3 人以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。實務作業上，衛福部於網站刊登徵求「推薦全民健康保險會被保險人代表之團體」公告，初審計 12 個團體符合條件，分為社福團體、工會團體及其他（醫療服務品質與病友）團體等 3 類，以公開抽籤方式，每類團體各抽 1 人，再由

其推薦代表擔任健保會委員。至於雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、國家發展委員會及衛福部之委員，由衛福部分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。學者專家及公正人士之委員，由衛福部就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之，並由其中指定 1 人兼任主任委員。另外，健保會委員任期為 2 年。保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任一次為原則，每一屆應至少更替五分之一。

二、健保會任務與權責說明

健保會的法定任務，包含：

- （一）提供衛福部年度醫療給付費用總額範圍之諮詢意見（健保法第 60 條）；
- （二）於總額範圍內，協議訂定保險醫療給付費用總額及其分配方式（健保法第 61 條第 1 項）；
- （三）於保險費率審議前，邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見（健保法第 24 條第 2 項）；
- （四）完成年度應計收支平衡費率的審議（健保法第 24 條第 3 項）。

因而，運作流程上，上半年是由衛福部諮詢健保會後，擬訂醫療給付費用總額範圍，再於每年 7 月到 9 月進行總額的協定及分配，而年度開始前 1 個月，健保會應完成平衡費率的審議。

其他關於健保會運作的相關條文，包括健保法第 5 條有關健保會辦理事項等法定任務條文，整理如表 1-1-1。至於附錄 1-1-1 為監理會、費協會與健保會之組織比較，除設立目的、委員組成不同外，包括開會時間與會議規定、委員遴選方式與連任與否均有差別，尤其健保會委員訂有每屆更替五分之一的規定，兼具經驗傳承與擴大社會參

與之目的。

相較於監理會與費協會，健保會參與健保事務的範圍更廣泛，包含總額範圍諮詢、總額協商、費率審議、醫療品質與醫療資源不當使用等議題之討論，但除總額協商外，均以「諮詢」與「討論」為主，性質與過去監理會角色雷同，為各界意見交換的平臺，並藉以蒐集各界意見供政策決定參考，並非決策機關，政策責任之歸屬仍維持由衛福部承擔。

表 1-1-1 健保會法定任務與運作的相關條文

內容	法律條次	條文摘要
法定辦理事項	健保法 第 5 條 第 1 項	1. 保險費率之審議。 2. 保險給付範圍之審議。 3. 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。 4. 保險政策、法規之研究及諮詢。 5. 其他有關保險業務之監理事項。
邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供費率意見	健保法 第 24 條 第 2 項	費率審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見。
審議完成該年度應計之收支平衡費率	健保法 第 24 條 第 3 項	1. 於年度開始 1 個月前依協議訂定之醫療給付費用總額，完成該年度應計之收支平衡費率之審議，報主管機關轉報行政院核定後由主管機關公告。 2. 不能於期限內完成審議時，由主管機關逕行報行政院核定後公告。
審議保險人擬訂調整保險給付範圍方案	健保法 第 26 條	保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告。
討論自付差額之特殊材料品項	健保法 第 45 條	自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人

內 容	法律條次	條文摘要
	第 3 項	同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。
審議其他不列入保險給付範圍項目	健保法第 51 條第 12 款	其他由保險人擬訂，經健保會審議，報主管機關核定公告之診療服務及藥物，不列入本保險給付範圍。
諮詢全民健康保險每年度醫療給付費用總額	健保法第 60 條	主管機關於年度開始 6 個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。
協議訂定在總額範圍內的醫療給付費用總額及其分配方式	健保法第 61 條第 1 項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於各年度開始 3 個月前，在第 60 條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定。 2. 不能於期限內協議訂定時，由主管機關決定。
討論保險人所擬訂之抑制資源不當耗用改善方案	健保法第 72 條	保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。
討論全民健康保險醫事服務機構提報財務報告辦法	健保法第 73 條第 1 項、第 2 項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險醫事服務機構當年領取之保險醫療費用超過一定數額者，應於期限內向保險人提報經會計師簽證或審計機關審定之全民健康保險業務有關之財務報告。 2. 前項之一定數額、期限、財務報告之提供程序、格式及內容之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，由主管機關核定發布。
討論全民健康保險醫療品質資訊公開辦法	健保法第 74 條	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險人及保險醫事服務機構應定期公開與本保險有關之醫療品質資訊。 2. 前項醫療品質資訊之範圍內容、公開方式及其他應遵行事項之辦法，由保險人擬訂，提健保會討論後，報主管機關核定發布。

三、委員過去參與監理或費用協商之經驗

由於二代健保將監理會及費協會整併為健保會，是希望藉由此平臺，統籌負責收入面審議及支出面協定，落實收支連動機制，故健保會委員過去是否曾有參與相關審議或費用協商之經驗，多少影響健保會會議討論過程中，委員對議題的即刻瞭解及掌握程度，進而影響此一新制度能否迅速穩定的運作，達到二代健保修法的期待。

經分析現任健保會委員中，有 10 位委員曾擔任過費協會委員，占 28.6%；有 10 位委員擔任過監理會委員，占 28.6%；另有 8 位委員同時具有監理會及費協會委員之經驗，占 22.8%；至於從未有擔任監理會或是費協會委員經驗者有 7 位，占 20%。亦即有五分之四的委員具有費用協定或監理的經驗，對於健保事務具有一定的熟悉度。再者，有約三分之一的委員曾擔任過監理會委員，但卻沒有總額費用協商的經驗，於醫療費用協定與分配的實際經驗較為不足。

四、委員親自參與會議情形

依組成及議事辦法第 15 條第 1 項及第 2 項規定，健保會委員應親自出席會議；若因故不能親自出席時，應於開會前通知健保會幕僚單位。此外，委員未能親自出席會議時，除專家學者及公正人士外，得指派代理人；受指派的代理人，列入出席人數，並得發言及參與表決。要求委員應親自出席會議有其意義，除能讓會議討論事項延續，減少重複進行溝通或意見交流的時間外，委員也能因歷次會議的參與，累積對健保收入與支出的全面性瞭解，並掌握各類代表間對於特定議題的立場及彈性，一旦當討論議題涉及財務收支平衡問題時，可更快速的進行意見交流，達成共識。

但在實際運作上，目前允許委員可指定代理人，且因代理人本身時間限制等考量因素，每月均可異動，甚至允許一個會議更換 2 至 3

次代理人的現象。此種「1人當委員、多人當代理」的彈性作法，雖有利於呈現擴大社會參與的優點，但健保議題專業性與複雜性高，委員若是不能常親自出席，或是頻繁由不同代理人出席，較無助於健保知能累積與經驗傳承。

表 1-1-2 為委員請假與代理人出席情形。由於受指派之代理人列入出席人數，在 102 年整年會議中，沒有一次是全部委員親自出席，以 6 月份會議而言，有 2 位委員請假，加上有指派代理人出席的委員 8 位，該月有 10 位委員未能親自全程出席，接近三分之一的委員人數；7、10、11 月份會議未親自出席的委員各合計 9 位，人數亦不算少。

表 1-1-2 健保會委員請假與代理人出席情形

月份	請假人數	未親自出席人數 (即指派代理人)	未全程參與會議 人數(部分時間 由代理人出席)	合計未全程出席 人數 (含未出席)
1 月	0	2	1	3
2 月	1	1	2	4
3 月	2	3	2	7
4 月	0	4	2	6
5 月	2	3	2	7
6 月	2	5	3	10
7 月	4	4	1	9
8 月	1	2	4	7
9 月	3	4	1	8
10 月	2	2	5	9
11 月	3	3	3	9
12 月	0	3	3	6

綜合言之，全年中有 10 次會議未親自全程出席的委員達 6 位以上，如果將所有委員的請假次數加總除以 12 次會議，平均每次會議

約有 1.67 位委員提出請假，甚至有極少數委員全年都由代理人出席會議，未曾親自參與。而其中保險付費者代表親自出席會議的情形較佳，保險醫事服務提供者代表由代理人出席或未能全程參與會議的情形較頻繁。此一發現與印象中各界積極想爭取擔任健保會委員，甚有落差，可能顯示委員只對於所屬代表類別之利害相關議案感興趣，未有其擔任健保會委員責任的完整認知。

因此，即使每月開會時間固定（每個月第四個週五），但因健保會委員均係兼職，且代理人出席可列入出席人數，並能發言及參與表決，因而出現代理人出席次數遠高於委員本人親自全程出席次數的現象。在合議制下的委員會，最基本的要件為出席與否，倘若常無法親自出席會議，委員不易掌握健保會運作的脈絡以及總額範圍協商的默契，無法發揮委員應有的職責與功能，因而代理人機制應有改進的空間。

五、委員會議之議案類型分析

圖 1-1-1 為 102 年委員會議的議案類型分析，每個月均有報告案與討論案，至於每次會議的臨時動議則多數維持 1 案或是 0 案。如果將三種議案相加，以 8、10 月份的 14 案為最多，其次是 11 月份的 13 案。除了第 1 次會議因首次會議僅兩個報告案外，其他月份會議的報告案皆至少為 3 個以上，甚至有幾個月份報告案達 7 個；討論案部分，以單次會議曾有 8 個討論案為最多；在臨時提案部分，多數月份無臨時提案之安排，符合議事運作的常態，但其中有 1 個月份安排了 3 個臨時提案，且當次會議的報告案與討論案亦不少，究其原因主要是與總額協定的重啟協商有關。

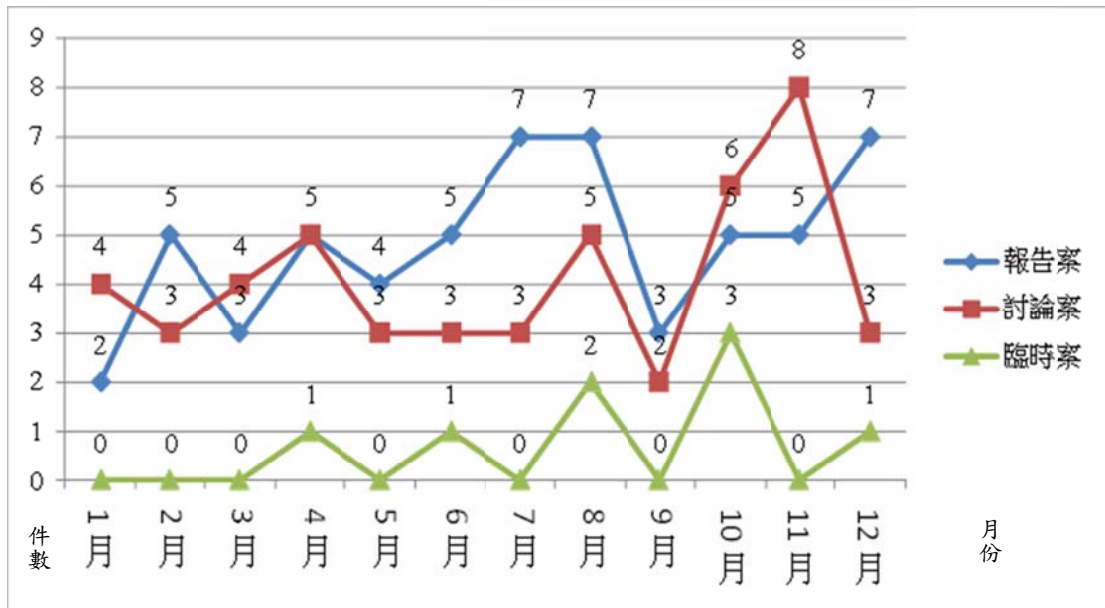


圖 1-1-1 委員會議之議案類型分析

在議案討論方面，即使是健保署業務報告案，委員亦熱衷發言討論，以致於容易擠壓到後續討論案的討論時間，平均每場會議至少有近四成的時間是花在討論健保署的報告案上。如果以目前健保會的開會時間及提案數分析，每個議案被分配到的討論時間為 25 分鐘，要能讓各類代表都有發言的機會，每類代表委員僅能發言 5 分鐘，發言時間相當少，不容易讓委員進行充分的實質對話。在實際運作上，後期會議常持續開會超過 3 小時以上，且自 102 年 6 月以後的會議有議程遞延情形頻傳，至少出現 12 次議案遞延，顯然會議時間或會議頻率有調整之必要。

六、委員提案及發言情形

從 102 年會議紀錄分析可歸納，有提案（含共同提案，不含連署或複議）的委員有 16 位，其中被保險人代表提案 15 次、雇主代表提案 6 次、保險醫事服務提供者代表提案 16 次、專家學者及公正人士提案 1 次，其中有保險醫事服務提供者代表個人提案 11 次，提案

頻率有集中某些委員的情形。

在發言部分，極少數委員從未曾發言，少數保險付費者代表與醫事服務提供者代表發言較為踴躍，至於專家學者與公正人士亦有少數發言踴躍，換言之，發言次數亦呈現集中在特定委員之趨勢。

從發言次數趨勢分析，可觀察各類委員中出現意見領袖。就被保險人代表的發言次數分析，多數發言集中在消費者文教基金會、中華民國全國總工會及全國產業總工會之代表，除了消費者文教基金會屬於公共利益型的團體外，其餘兩者屬於有特定利益者的團體。雇主代表的發言則多數集中在工業總會、商業總會及中小企業總會。在保險醫事服務提供者代表方面，因台灣醫院協會代表席次最多，發言次數也最多，其次是中華民國醫師公會全國聯合會。至於專家學者及社會公正人士則均有發言紀錄，然部分發言內容有時與專家學者及公正人士之角色不一致。

七、委員會完成的主要工作

- (一) 關於健保會的會議實錄資訊公開原則與步驟的確認。配合組成及議事辦法第 12 條規定，健保會的會議依委員發言作成會議實錄，办理流程包括：1.健保會幕僚於當次委員會議後 4 日內（含假日）完成會議實錄；2.每位委員的發言以傳真或電子郵件送請確認，並於 3 個工作日內就發言內容回復修正部分，但不宜加入其他未發言的意見。3 日未回復者，視為不修正；3.於當次委員會議後 10 日內，與會議決議，一起公開於健保會網頁；4.會議如有經決議暫不公開的未決議事項，該部分的實錄得暫不公開，但議決後，則需公開。
- (二) 修正健保會的會議規範條文內容。修正重點包括：1.一般議案於開會 10 日前，以書面或電子郵件提送健保會；2.書面提案

如果不符合前述時間規定期限者，視為臨時提案，但以當次會議急需決定的緊急事件或具時效性事項，且與健保會法定任務有關者為限。

- (三) 對於健保政策的推動與永續發展提出意見。從健保會的會議紀錄觀察，委員關心的健保政策議題多元，包括：急診壅塞及轉診的推動情形、健保醫療品質資訊公開、RBRVS 及 DRGs 的推動對總額的影響、保險對象自付差額特殊材料品項之執行現況等。
- (四) 完成健保署 103 年度基金預算表、預算書及 101 年終決算報告之備查。根據健保法施行細則第 3 條規定，健保署年度預算及年終決算報告，應報衛福部，並分送健保會備查。雖只是送請備查，但健保會幕僚仍細心根據其決算書，提出分析報告，提供健保會委員參考。
- (五) 對於對等協商之概念建立共識並形諸文字。建議衛福部修正組成及議事辦法第 9 條，將原本規範買賣雙方對等人數參與協商之規定，改採原則性規範，由該會於實務運作上，再行研議如何落實健保法之對等協議精神；亦即修正為「健保會於協議訂定及分配保險醫療給付費用總額時，其方式、程序、場地、出席、列席人員及其他相關事項，應符合對等協議之精神」。
- (六) 完成衛福部 103 年度總額範圍報行政院前的意見諮詢，以及協議中醫、牙醫與西醫基層醫療給付費用總額及其分配方式，至於醫院總額部分是以付費者代表 3.281% 的成長率及醫院團體代表 3.489% 的成長率兩案併陳衛福部，由衛福部決定。
- (七) 決議 103 年度不調整費率，以及費率調整的基點。依健保法第 24 條第 2 項規定，保險費率審議前，健保會應邀集精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士提供意見，健保會於

102 年 11 月 6 日召開 103 年度全民健康保險費率審議前意見諮詢會議，邀請李永振精算師、莊志強會計師及專家學者出席。於 102 年 11 月健保會決議同意 103 年度維持現行費率 4.91%，不調整費率；以及未來費率調整，以安全準備高於 3 個月或低於 1 個月，為調降或調漲基點。

- (八) 同意健保署提出 102 年度及 103 年度抑制資源不當耗用改善方案。依健保法第 72 條規定，健保署依法提出抑制資源不當耗用改善方案，經健保會討論通過，並報衛福部核定後，據以執行。健保會決議民眾當年度就醫達 20 次提出警示，有所不妥，宜依不同年齡層與疾病別的實際需求調整；對於慢性病人、多重疾病病人於不同院所重複領藥情形，宜納入警示及輔導系統中；健保署應透過各種管道加強衛教宣導。

八、委員發言內容焦點

就主題歸類來看，多數發言內容集中在健保會運作的議題討論上；次多者為總額協議；第三者為健保給付範圍。健保會成立後的前幾次會議，關注焦點在於健保會的運作規則，有助於後續會議的有效進行。總額協商為健保會重要的權責之一，因此，自第 4 次會議開始連續 3 個月的會議，主要討論總額協議的進行原則與方式，以準備總額協商的前置作業。觀察會議討論議題的焦點，可以看到單一議題連續出現在幾次會議的情形，但自第 6 次會議開始沒有出現此一現象，討論焦點集中在健保會運作、總額協議、給付範圍、資源配置等議題上。

以不同身分委員區分，最多發言內容聚焦在「健保會運作」的議題；其次，保險醫事服務提供者代表次多關心的是「總額協議」議題；再者，專家學者及公正人士次多關心的是「資源分配」議題。雇主

代表與政府機關代表另外關注的議題是「費率審議」的問題。因此，委員關心的面向不同，有些委員關注收入層面，有些關注支出層面，達到廣納各方意見的功能。

觀察會議紀錄內容，發現委員特質的多元化，有積極活躍的委員，亦有具備中庸個性的委員，亦有較為被動的委員，尤其從委員的職銜觀察，多數獲選為健保會的委員，在其各自組織中具有相當的聲望與地位（例如秘書長、理事長、董事長、名譽董事長、總幹事等）。此外，保險付費者代表來自於不同的利益團體，不像保險醫事服務提供者代表在不同的總額部門有公會負責統籌，因而，在此一組成結構下，付費者代表相較於醫事服務提供者代表而言，較缺乏資源協助與意見整合的能力。

參、遭遇問題與因應措施

一、委員組成及代表分配之適當性

由於健保法對於健保會人數與組成有明確規定，且該條文係於立法院審議過程，經過多方溝通、協商及討論後始達成之共識，據以設置之健保會委員組成的完整性與代表性，以及不同類別委員代表分配比率的適當性，尚稱妥適，且在擴大參與及蒐集民意的目的上，已較一代健保有所進步。

然因社會團體包羅萬象，各界對於健保會組成難免有不同意見，故仍有認為可以減少勞資團體的代表人數，增加社福團體代表、增加一般沒有加入工會的勞工代表以及消費者代表、加重基層醫療代表在保險醫事服務提供者代表的比率、藥學及護理等專業的代表人數不均等、增加其他如社會學專業、經濟學專業、公共行政甚至是企業管理方面的專家學者參與等等，但由於二代健保剛剛施行 1 年餘，健保會的運作也尚在起步磨合及尋找最佳模式的階段，現階段委員的組成，

恐仍應以制度穩健運作為主要考量，以期順利達成二代健保賦予各界代表共同參與，建立收支連動的目標。

二、委員扮演角色之適當性

- (一) 基於有效議事運作之考量，委員會的人數不宜過多，因此，在維持現行委員人數的情形下，委員會的功能性比人數、組成結構或是代表性更為重要。委員組成問題不在人數的均等與否，而是專業知識的對等，目前發現有部分保險付費者代表的委員對於健保的專業知識有所不足，傾向在會議上隨機發言，且多半僅提出問題，無法提出改進建議。此外，協商時間有限，而保險付費者代表接觸醫療領域的機會有限，擁有的醫學知識相較於醫界代表較為不足，亦導致買賣雙方對談無法聚焦，影響協商的進行。因此，有必要提供委員專業諮詢服務或教育訓練的機會，協助熟悉議事規則、健保運作，以及相關醫學知能。
- (二) 保險付費者代表與醫事服務提供者代表之間存在「資訊不對稱」，部分委員為凸顯其爭取會員權益的立場，發言內容顯得不夠客觀。例如少數保險付費者代表表達的意見，並非代表其所屬團體的大多數會員的權益，僅可能代表團體裡少數 5% 會員的聲音。
- (三) 曾擔任監理會或費協會的保險付費者代表委員，在費用協商的投入情形有差異，曾擔任過費協會委員者，較能熟悉醫療費用運用的把關，聚焦費用支出的適當性，至於曾擔任監理會委員者，則較偏重轉診、自行負擔費用或是醫療品質等議題。
- (四) 關心健保議題的委員固定少數幾位。可能原因包括：1. 委員會是諮詢性質，實質功能有限，導致委員不熱衷於參與討論；2. 多數保險付費者代表的委員並未具有醫療或是健保專業，且不

想花太多時間在委員會的開會上；3.委員會績效為團體運作結果，在缺乏監督情況下，若委員未認知到其個別角色的重要性，則不易有正面的出席誘因，而容易不出席或是委由代理人出席。

三、行政資源之充足性

- (一)現行政府部門普遍面臨預算遭刪減，健保會亦遭遇行政經費不足問題，導致無法提供委員更多的行政協助，但委員會扮演決定 5,000 多億元醫療支出的重責，政府有必要編列適當的行政預算。
- (二)健保會幕僚人員若能適時提供資料，將有助於保險付費者代表快速理解議題，讓會議上溝通更容易進行，但目前實務運作上有時取得資料的時間較久，導致委員無法於會議前有充分的時間閱讀資料。

四、主席扮演角色與議事能力

健保會議事運作是否順暢，主任委員扮演的角色相形重要，以歷次會議情形來看，現任主任委員的經驗豐富，思路清楚，會議主持能力佳，尤其立場公平、態度溫和，能尊重委員意見，十分稱職。但若能在買賣雙方有爭議的時候，適時提供較具影響力的意見，供立場不同的雙方參考，或可更能提早平息爭議。

五、健保會議事效率

- (一)健保會運作雖然因為討論事項複雜與委員人數增加而受到影響，但主要運作問題仍是開會時間過長、效率待提升。細究其可能原因包括：部分委員不清楚議事規則，在報告案花費過多時間討論、部分委員專業能力有限、發言缺乏重點，花費過多時

間在論述細節、部分委員對於健保會的權責認知不完整，提出的興革意見常不屬於健保會權責範圍。這種種原因，都需要藉由健保會的行政幕僚人員與委員密切溝通，加強委員對於健保會職掌及功能之認知，使委員充分瞭解健保會之性質為各界意見交換的諮詢平臺，並非政策監督或決策機關，以求逐步改善。

- (二) 由於委員人數增加不利會議進行，部分較為複雜的議題，或可調整為不需要所有委員都參與廣泛的討論，可先由全體委員授權部分委員，另行召開分組會議討論，再將重要結論提至全體委員會進行報告確認或聚焦討論；遇有重大議題則可於充分討論後，將意見彙集交由衛福部決定，以確實發揮政策諮詢的角色，並避免開會時間過長，使會議進行更有效率。

六、健保會運作之問題

- (一) 在健保法的規範下，委員會人數規模與結構組成設計尚屬合理，且已具備擴大社會參與的優點，雖仍有少數意見認為勞方與資方代表（合計 10 人）有點多，或是認為應該增加社福團體或一般勞工之代表，或是醫療服務提供者代表認為醫界人數不平衡，但整體而言，組成結構與人數尚不需要調整。
- (二) 健保事務討論集中在少數委員身上，其亦具有發言影響力。以目前健保會運作多數係採共識決，代理人出席權益與委員相同，在這種團體共同生產的情形下，讓少數委員有「搭便車（付出少、但同等享受）」的誘因。嚴格而言，擔任團體推薦之健保會委員，出席為基本義務，惟目前對於委員的行為規範，僅有組成及議事辦法第 7 條 9 款採負面表列的續聘參考，對於慣於缺席或是委由代理人出席的委員影響有限。本分組認為應嚴

肅思考委員紀律問題，例如應有自律條款，除現行利益迴避外，對於目前全數由代理人出席之委員，或是從未發言之委員，建議可思考不予續聘，以確實發揮健保會的委員功能。

- (三) 雖然有五分之四的委員具備監理或是費用協商的經驗，且多數委員自認認真與盡力，也認為健保會主任委員能力、專業知識與智慧均佳，但由於相同議題常常耗費許多時間重複討論，甚至同一議案延遲多次會議才能有共識，導致會議時間仍過長與缺乏效率。其中部分原因或可歸於兩會合一後，因為任務職掌變多，本來就面對更多的討論議案，而委員人數增加亦造成開會時間變長，又幕僚單位臨時提供資料過多，造成委員來不及閱讀吸收等，但主要原因仍在於目前組成規範僅要求團體推派代表，並沒有要求團體所推派代表，應具備基本的健保知能、議事概念與表達能力，導致委員之專業知識與能力有差距，部分委員發言較無法掌握醫療或健保現況、發言內容偏離討論議題、提出的問題過於模糊等，影響會議的進行效率。

因此，在人數規模、組成結構均不變的情況下，一則是檢討代理人的規則與代理人出席的比率，另外則是應提供保險付費者代表委員啟任的教育課程，確實執行每屆替換五分之一委員與任期的限制。透過多元化的課程提供、汰換制度與經驗傳承方式，更進一步提升委員的健保知能與議事能力。

- (四) 二代健保賦予健保會相當重要的權責，尤其需肩負協商及分配1年5,000多億元的醫療支出費用，以及提供保險費率調整的意見，落實收支連動的目標。目前大多數委員肯定健保會幕僚人員的服務，但畢竟醫療服務專業相當龐雜，為能適時協助瞭解會議討論內容，甚至使買賣雙方具有對等的協商能力，建議仍應配置適當的行政資源，透過實質誘因，強化委員的角色與

功能。

(五)經過 1 年的運作，健保會的確在期限內達成其被賦予的法定責任。惟就實質討論內容而言，健保會的關注焦點仍偏重醫療費用相關議題的討論，相較之下，健保政策前瞻性發展、以及法規研究及諮詢功能，常因為開會時間限制以及保險付費者代表與醫療服務提供者代表的醫療專業知能差距，未能有充分的實踐。在經過 1 年的磨合後，健保會應確實扮演監理健保業務與向衛福部提供政策諮詢意見之功能，尤其是與民眾權益相關的議題。

肆、續行研議與改革方向之建議

健保會自 102 年 1 月 1 日成立至今，已逾 1 年，整體而言，健保會擴大社會多元化參與健保政策，完成 103 年度的收支平衡費率審議、醫療費用總額協議（除了西醫醫院部門外），以及對於健保政策議題如急重症問題、民眾自行負擔、醫療品質資訊公開等均提出改進的建議。針對健保會運作，未來可就下列幾方面續行精進：

一、落實委員專業角色

為使健保會能扮演促成健保政策回歸供給與需求的專業探討，降低政治干擾及其他無效率的影響因素，成為權責相符的健保組織體制，建議應透過委員自律、委員自我能力提升、社會輿論監督與法律規範等面向，強化會議運作效率。

首先，健保會可於適當時間揭露委員參與會議情形的資訊，讓委員自我認知其角色扮演的適當性；其次，提供適當講座讓保險付費者委員能提升參與能力；再者，有鑑於委員扮演協商總額之重要角色，可透過外部力量或是社會輿論，適當揭露委員參與資訊，未來甚至可

研議比照立法院模式，使委員會議討論過程更即時透明，讓其接受社會公評；最後，目前組成及議事辦法第 2 條僅規範參與人數，建議未來能進一步規範團體應負起推派適當人選擔任委員的責任，否則取消團體的推派委員的權利；另外，對於同辦法第 7 條關於委員續聘與否之消極資格規定，亦可有正面表列或是優先續聘之規範。

二、建立代理人規範制度

關於代理人制度的設計，雖然在「性別平等教育委員會」有類似規定（即本會委員應親自出席會議。但代表民間團體出任之委員，因故不能親自出席時，得指派代表出席，並參與發言及表決），但健保會屬於高度專業的委員會，實不應容許委員「濫用」此一代理人制度。為能落實二代健保組織改革的精神，建議參照其他專業性較高的委員會，例如「醫學倫理研究委員會」（無代理人制度的設計），修正組成及議事辦法第 15 條，對於代理人制度之設計從嚴要求，例如嚴格規範代理人資格、團體或機關之推薦或遴派方式，或是會議參與權利，以及會議中的代理人比率等。

三、提升會議議事效率

健保會經過 1 年多的運作，會議效率仍有待更進一步提升，應加強委員對於健保會職掌及功能的認知，使委員清楚其政策諮詢角色，可減少對於特定議題過度堅持己見，造成議案延宕情形一再發生。建議健保會能適時善用組成及議事辦法第 8 條第 1 項得召開臨時會議的規定，甚至明確規範召開臨時會議的時機，提升會議的效率。此外，亦可參照「行政院性別平等處」對於分工小組的規範（即本會為應特定議題之需要，得組成分工小組，進行規劃、協調及研議），以分組方式改進 35 位委員一起開會的效率問題。

另外，會議運作效率除有賴於委員現場的互動外，亦繫於事前的

準備工作，雖然組成及議事辦法第 11 條規定，會議資料開會 7 日前送出，但常因故委員不能於 7 日前收到，影響委員參與會議的權益，建議能將「7 日」修正為「7 個工作日」，讓委員有充分時間準備與閱讀資料。

四、整合收支連動功能

二代健保不但擴大健保會的社會參與，原先只由保險人與保險醫事服務機構進行擬訂「醫療服務給付項目及支付標準」，也落實擴大民眾參與的原則，將擬訂會議的參與者擴大至相關機關、專家學者、被保險人、雇主（健保法第 41 條第 1 項）；另外，藥物給付項目及支付標準的修正，亦納入相關機關、專家學者、被保險人、雇主共同參與，並且得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見（健保法第 41 條第 2 項）。雖然立意甚佳，但現行實務上由健保會推派代表擔任「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」委員，該代表是以健保會委員代表身分出席，或是個別保險付費者身分（包含雇主與被保險人）代表出席，有角色混淆的可能。

此外，亦曾發生醫療費用總額協商時，醫界代表認為藥物給付適應症放寬可能增加健保財務支出，嚴重影響年度各部門總額資源配置，與保險付費者代表產生認知的爭議，衛福部雖表示，健保署針對各項支付標準之新增或修正，均已考量當年度預算額度進行調整，同時提出財務影響評估，但類似此等同時涉及健保會總額協商與「全民健康保險醫療給付費用總額研商議事會議」及「全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議」有關事項，其間的關係與相互參與的方式，應該研擬相關配套方案，讓二代健保收支連動的改革目的，能夠更進一步的落實。

伍、結語

綜合言之，健保會運作的問題有四項：一、部分委員對於角色認知不足；二、會議效率仍有提升的空間；三、委員專業知識不對等；四、委員互動仍在磨合期等問題。

回到健保會的組織改革設計理想，一是擴大參與，二是兩會合一收支連動，藉此求取財務健全與永續發展。然而，過去 1 年整體而言，健保會的運作，的確也擴大社會多元化參與，一方面順利完成 103 年度的收支平衡費率審議及醫療費用總額協議(西醫醫院部門除外)，更對於健保政策議題如急重症問題、民眾自行負擔費用，以及醫療品質資訊公開等提出改進建議，達成總額協商功能，並確實發揮政策諮詢與業務監理的功能，保障民眾權益。本分組最後提出：落實委員專業角色、建立代理人規範制度、提升會議議事效率以及整合收支連動功能等四項改進建議。

第二篇 承保及收入面

第二章：外籍人士保費負擔

摘要

一、議題現況

近年來由於我國政府積極推動兩岸經貿發展與吸引優秀人才來臺就業或就學之政策發展方向，導致大陸人士來臺參加健保及其保險費負擔議題，成為國人關注之焦點，進而造成外籍人士保險費負擔被併予討論，外界提出該等人士來臺之目的及活動，皆享有我國資源或接受教育，然因未盡與國人相同之納稅義務，爰其保險費之負擔不宜再由政府財政給予補助，應與國人有所區隔，由其全額負擔等意見。

二、檢討結果

本分組於 102 年 7 月 10 日邀集人權、法律、財政及健康政策領域之專家學者召開研商「外籍人士參加健保相關問題」會議，會上就現行以第六類第二目身分參加健保之外籍人士，其保險費之負擔是否應予調整進行討論，並獲致健保並非以國籍區分身分，而是以共同體、住民為納保原則，基於人權、健康權及社會共同體之概念，不宜以國籍區分保險費負擔之共識。

三、政策建議

外籍人士參加健保及保險費負擔之規定已行之有年，且按前開會議共識，本分組建議外籍人士保險費負擔仍應維持現制之規定，不宜因國籍不同而有所區隔，否則對我國政府積極爭取國際優秀人才、營造友善學術交流環境及拓展國際外交之目的，均有負面影響。此外，透過健保署提供之保險費收取及醫療利用情形等統計數據可知，外籍人士納入健保對於健保財務是有正向幫助，故建議健保署應加強對外

界宣導，外籍人士納保並不會造成健保之財務負擔。

壹、前言

健保係本於自助互助之精神，以保險的方法，共同分攤個人及社會的風險，以確保共同生活於臺灣社會的每一份子，都能獲得醫療保障，以維護社會安定。故健保並未以我國國籍作為唯一投保條件，而係以共同體、住民為納保概念，目前來臺之外籍人士，以第一類受僱者身分參加者居多，均自其在臺工作之日起參加健保。至於其他外籍人士，依健保法第 9 條之規定，只要合法入境居留滿 6 個月領有居留證明文件，亦應依法參加健保，除具眷屬身分者，係依附被保險人，以相同類目之眷屬身分加保外，其餘外籍人士（例如學生、傳教士等），則多以健保法第 10 條第 1 項第 6 款（第六類）第二目身分（地區人口）參加健保。

為符合依被保險人經濟能力量能付費原則，讓經濟能力較好者多繳交一些保險費來幫助經濟能力較差者，也讓健康者幫助生病者，健保將保險對象區分為 6 類 15 目，並針對不同身分類別，規範不同之保險費計算方式，由政府、雇主及民眾共同負擔保險費以支應醫療費用，未以國籍作為衡量民眾經濟能力之標準，故同一投保類目之民眾，無論是否具有我國國籍，均以相同規範收取健保費。

貳、實施現況與重要成果

一、相關法令規定

針對規範外籍人士納保與保險費負擔之健保法及其施行細則，擇要說明如下：

（一）健保法部分（節錄）

第 9 條 除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：

一、在臺居留滿六個月。

二、有一定雇主之受僱者。

第 10 條 被保險人區分為下列六類：

一、第一類：

(一)政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。

(二)公、民營事業、機構之受僱者。

(三)前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。

(四)雇主或自營業主。

(五)專門職業及技術人員自行執業者。

二、第二類：

(一)無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(二)參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

三、第三類：

(一)農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。

(二)無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員，或年滿十五歲以上實際從事漁業工作者。

四、第四類：

(一)應服役期及應召在營期間逾二個月之受徵集及召集在營服兵役義務者、國軍軍事學校軍費學生、經國防部認定之無依軍眷及在領卹期間之軍人遺族。

(二)服替代役期間之役齡男子。

(三)在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶成員。

六、第六類：

(一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表。

(二) 第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。

第 23 條 第四類至第六類保險對象之保險費，以依第十八條規定精算結果之每人平均保險費計算之。

第 27 條第 7 款 第十條第一項第六款第二目之被保險人及其眷屬自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。

(二) 健保法施行細則部分

第 8 條 本法第九條所稱居留證明文件，指臺灣地區居留證、臺灣地區居留入出境證、外僑居留證、外僑永久居留證及其他經本保險主管機關認定得在臺灣地區長期居留之證明文件。

本法第九條第一款所稱在臺居留滿六個月，指進入臺灣地區居留後，連續居住達六個月或曾出境一次未逾三十日，其實際居住期間扣除出境日數後，併計達六個月。

符合本法第九條第一款規定，如無職業且無法以眷屬資格隨同被保險人投保者，應以本法第十條第一項第六款第二目被保險人身分參加本保險。

二、目前在臺外籍人士納保及保費收繳情形

(一) 納保情形

依健保署 102 年 12 月底統計資料顯示（詳表 2-2-1），參加健保之外籍人士共計 653,573 人，以第一類受僱身分加保者最多，占率為 92.5%，其次為以第六類第二目身分加保者約占 5.9%；大陸人士參加健保者共計 63,058 人，以第一

類身分加保者占率為 47.9%，其次為以第六類第二目身分加保者約占 30.1%。

表 2-2-1 102 年境外移入人士來臺參加健保之人數及占率

身分	第一類		第六類第二目		其他類目		總投保人數
	人數	占率 %	人數	占率 %	人數	占率 %	
外籍人士 (外籍學生)	604,629	92.5	38,630 (11,263)	5.9 (1.7)	10,314	1.6	653,573
大陸人士	30,236	47.9	18,952	30.1	13,870	22	63,058
港澳人士及無戶籍國民							11,252

資料來源：健保署

(二) 保險費收取及醫療利用情形 (詳表 2-2-2)：

1.外籍人士：102 年共計收取 10,303 百萬元，其中被保險人自付 2,602 百萬元 (含外籍學生 84 百萬元)、投保單位負擔 6,370 百萬元，政府補助 1,332 百萬元。另其使用之醫療費用共約 2,286 百萬點 (含外籍學生 43 百萬點)。

2.大陸人士：102 年共計收取 732 百萬元，其中被保險人自付 417 百萬元 (含大陸配偶 406 百萬元)、投保單位負擔 141 百萬元，政府補助 174 百萬元。另其使用之醫療費用共約 730 百萬點 (含大陸配偶 720 百萬點)。

3.港澳人士及無戶籍國民：102 年共計收取 206 百萬元，其中被保險人自付 65 百萬元、投保單位負擔 57 百

萬元，政府補助 84 百萬元。另其使用之醫療費用共約 62.5 百萬點。

表 2-2-2 102 年境外移入人士來臺參加健保保險費負擔及醫療費用統計

身分	保險費負擔金額(單位：百萬元)							醫療費用 (單位： 百萬點)
	被保險人自付		投保單位		政府		總金 額	
	金額	占率%	金額	占率 %	金額	占率 %		
外籍人士 (外籍學生)	2,602 (84)	25.3 (0.8)	6,370	61.8	1,332 (56)	12.9 (0.5)	10,303 (140)	2,286 (43)
大陸人士 (大陸配偶)	417 (406)	56.9 (55.5)	141 (141)	19.3 (19.3)	174 (170)	23.8 (23.2)	732 (717)	730 (720)
港澳人士及 無戶籍國民	65	31.6	57	27.6	84	40.8	206	62.5
合計	3,084	27.4	6,568	58.5	1,590	14.1	11,242	3,078.5

註：外籍學生每人每年平均醫療費用為 3,818 點。

資料來源：健保署

三、國際概況（以留學生為例）

依所蒐集之各國對外籍留學生保險費繳納之情形，並提供醫療保障規定，有健保或公醫制度的先進國家，對於外籍人士與本國人在醫療保障上並沒有太大的區分，整理臚列如下：

- （一）日本：健康保險制度，留學生之保險費負擔同本國人，其保險費之負擔視其在日本之收入而定，各區不同。
- （二）德國：法定健康保險輔以私人保險制度，留學生之保險費負擔同本國人。
- （三）瑞士：醫療保險，留學生之保險費負擔同本國人。保險費由各保險公司估算醫療成本後訂定。

- (四) 英國：國民保健服務，全時就讀 6 個月以上課程者，應加保，保險費由政府全額負擔。
- (五) 法國：學生社會保險，16-28 歲學生參加，保險費負擔同本國人，2012-2013 年保險費為每學年 207 歐元。
- (六) 荷蘭：私人公司承保之健康保險制度，所有於荷蘭居住之外籍學生，均應加入至少最基礎項目之健康保險，保險費負擔同本國人，並由政府訂定單一保險費。
- (七) 紐西蘭：意外傷害補償制度，外籍學生適用，由稅收抽成及政府預算支應。
- (八) 澳大利亞：健康保險制度，外籍學生無法加入，需強制購買國際醫療保險。
- (九) 加拿大：健康保險制度，外籍學生之保險費負擔依各省不同，例如卑詩省持 6 個月以上效期相關證件之在學國際學生，可享健保待遇，保險費負擔與本國人同。
- (十) 大陸：如目前於深圳市就讀各類全日制普通高等學校、科研院所中接受普通高等學歷教育的全日制專科生、全日制研究生等得參加城鎮居民基本醫療保險，其負擔同本國人。

參、遭遇問題與因應措施

一、目前實務問題

健保自 84 年實施以來，符合納保資格之外籍人士，一向按健保法之規定依適法之身分納保，政府對於外籍人士之健保費補助均與本國人相同，政策實施至今已屆 19 年，期間各界對該等保險對象之保險費負擔並未見多所著墨或質疑。惟近來年囿於我國政府積極推動兩岸經貿發展與吸引優秀人才來臺就業或就學之政策發展因素，導致大

陸人士來臺參加健保及其保險費負擔議題，成為國人關注之焦點，進而導致外籍人士及其眷屬納保及保險費負擔被併予討論。

目前非本國籍之保險對象，以第一類身分參加健保之受僱來臺工作者及隨同本國人納保之非本國籍配偶，比照國人繳納相同之保險費，外界並無質疑。惟對於現行以第六類第二目身分參加健保之外籍人士（其中多為學生）或大陸人士，其健保費負擔迭有應與國人有所區隔之建議，其所持理由在於，外籍人士或學生來臺之目的及活動，皆享有我國資源或接受教育，然因未盡與國人相同之納稅義務，因此與非本國籍勞工或配偶相較，其分潤我國健保資源之考量，不宜再由政府財政給予補助，應採使用者付費原則，全額負擔健保保險費。

其中亦有立委及政黨分別針對外籍人士或學生之健保費負擔，提出應與本國人區隔之提案並已交付委員會審查中，概述如下：

- （一）提案一：考量健保財務狀況日益惡化且為秉持公平合理性，故對於取得我國居留證明之外籍人士，得做不同於本國國民之處理。
- （二）提案二：將非本國籍學生增列為第七類，並對其保險費負擔做出不同於本國籍學生之規範。
- （三）提案三：將外籍學生及大陸學生待遇齊一，皆應由被保險人自行全額負擔健保費。

二、研議方向

為就外籍人士保險費負擔議題廣蒐意見，爰於 102 年 7 月 10 日邀請人權、法律、財政與衛生政策等領域之專家學者，召開研商「外籍人士參加健保相關問題」會議，並獲致共識略以：

- （一）全民健保並非以國籍區分身分，而是以共同體、住民為納保概念，既然以共同體為納保原則，則不應以是否在我國納稅、是

否具我國國籍，或以國與國間之互惠原則，作為納保或區分保險費負擔之要件。

- (二) 依「公民與政治權利國際公約」及「經濟社會文化權利國際公約」等兩公約（以下稱兩公約）之精神，健康人權應受保障，不可因國籍不同，而有不同對待，這是基於對健康權最核心的保障。如果外籍人士須繳較高的保險費才能取得健康照護，雖仍可取得健康權，但已影響其對於健康照護的可近性。
- (三) 基於我國需要吸引國外優秀人士來臺就業或就學之政策目的，全民健保是一項有競爭力的號召，目前到臺灣就業或求學的外籍人士，人數其實並不多，實不宜再以國籍區分保險費，以避免阻礙我國拓展外交及建立國際聲望。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、加強宣導外籍人士健保費負擔足以支應其醫療費用

由本分組所檢討保險費收取及醫療利用情形之統計數據可知，境外移入人士來臺參加健保者，其中外籍人士自付保險費約是 2,602 百萬元，醫療費用支出約 2,286 百萬點，保險費收入大於支出；而大陸人士之自付保險費為 417 百萬元，雖低於其醫療費用支出之 730 百萬點，惟排除大陸籍配偶後，即收入大於支出；而配偶中又以女性居多（占 97.2%，如表 2-2-3），其中 20-49 歲之育齡人口又占女性總數約 9 成，故推測大陸籍之女性配偶因生產所致，相對耗用較多之醫療資源，雖其醫療費用支出大於保險費收入，惟有助於提升我國人口政策。所以整體來看，在保險費負擔上，境外移入人士其自付之健保費已足以支應其醫療費用，投保單位及政府的保險費負擔，其實是挹注到我國人民身上。

表 2-2-3 102 年大陸配偶性別年齡統計

(單位:人數)

年齡	女性	男性	合計
20-29	11,658	173	11,831
30-39	29,674	551	30,225
40-49	12,333	542	12,875
50-59	4,903	324	5,227
60 以上	1,224	114	1,338
合計	59,792	1,704	61,496

註：資料係 102 年曾投保健保之大陸配偶

資料來源：健保署

另若是年輕的外籍學生於第六類第二目加入健保體系，其每年須繳交健保費為 8,988 元，外籍學生每人每年平均醫療費用為 3,818 點，其自付之健保費亦足以支應其醫療費用，該等人口納入健保，對於健保的財務是有正向幫助，建議健保署應加強對外界宣導外籍人士納保不會造成健保之財務負擔。

二、依兩公約之精神，維持現制保險費負擔之規定

國際人權公約有關健康權中，與我國最相關者應為「經濟社會文化權利國際公約」，其中第 12 條提到：本公約締約國確認人人有權享受可能達到之最高標準之身體與精神健康。且為求充分實現此種權利所採取之步驟，應包括創造環境，確保人人患病時均能享受醫藥服務與醫藥護理。我國於 98 年由總統正式批准兩公約，兩公約施行法並於同年 4 月 22 日公布，行政院定自 98 年 12 月 10 日施行，其中施行法第 2 條明定，兩公約所揭示保障人權之規定，具有國內法律之效力。

故參照健康權之精神及我國立法者對人權保障之宣示，應儘可能

將國人所享受之健康照護，擴及延伸至在臺之外籍與大陸人士，以真正落實我國對於人權保障之維護。爰建議在臺之外籍與大陸人士，仍應依照現行健保法之規定辦理納保與繳交保險費，不宜因國籍不同而有所區隔。

伍、結語

外籍人士加保及保險費負擔已行之有年，且 102 年 7 月 10 日召開之專家學者會議，與會者咸認基於人權、健康權及社會共同體之觀念，實不宜以國籍區分保險費負擔，否則對於我國政府積極吸納國際優秀人才、營造友善學術交流環境及拓展國際外交之政策目的，將有負面之影響；且若外籍人士之健保費由現行政府補助 40%，修法改由其全額自付，將影響其既有之權益，可能引起反彈，對我國國際聲望有不良影響，仍宜維持現行保險費負擔之設計與規定。

第三章：在臺出生外籍新生兒之等待期檢討

摘要

一、議題現況

依照現行健保法第 9 條之規定，持居留證明文件在臺灣地區居留之外籍人士中，除受僱者自其工作日參加健保外，其餘人士須於取得居留證明文件且在臺居留滿 6 個月時，方能參加全民健保。

據此，目前在臺出生且領有居留證明文件之外籍新生兒，亦須受前述 6 個月合格期（外界通稱等待期，為利一致，以下配合稱等待期）之限制，與在臺出生設有戶籍之我國籍新生兒得溯自出生之日加保之情形，並不相同。

近年來外籍人士在臺合法居留人數日漸增多，迭有反映其於國內生活多年，本人及配偶均已參加全民健保，其懷孕後亦於健保之特約醫療院所進行孕期檢查及生產，在臺所生嬰兒若須受 6 個月等待期之限制，對其權益保障將有重大影響，並與國際人權保障規範有所違背。

二、檢討結果

經於 102 年 7 月 10 日邀請人權、法律、財政與衛生政策等領域之專家學者，召開研商「外籍人士參加健保相關問題」會議，並獲致共識略以：在臺出生後居留之外籍新生兒應與在臺出生設籍之國人新生兒享有相同參加健保之權利，亦即均自其出生之日取得納保資格。

因外籍新生兒尚未納入健保，並無相關統計數據，爰參考本國籍新生兒之健保利用情形，進行評估；按健保署 101 年統計，本國籍新生兒總人數為 23.35 萬人，總醫療點數為 24.95 億點，平均每人就醫點數為 10,685 點，相較同一年度全體保險對象保險對象之平均醫療

點數（24,396 點），新生兒之醫療費用不致影響健保財務。

三、政策建議

考量健保投保資格之設計精神，並未僅以國籍作為差別待遇之區隔要件，況在臺出生後居留之外籍新生兒，實無帶病投保之投機疑慮，尚非等待期制度所欲規範防堵之對象，自不宜因其未具我國國籍，導致需受 6 個月等待期限限制之差別待遇，故其投保權益應與在臺出生之我國籍新生兒相同。

建議比照健保法第 8 條第 1 項第 2 款第 4 目之規定，新增健保法第 9 條第 3 款，使在臺出生之外籍新生兒，與在臺出生我國籍新生兒之納保時點一致，均能自出生日起參加全民健保，享有相同之健康照護。

行政部門宜對外說明本國籍新生兒之醫療費用數據，釐清在臺出生之外籍新生兒並未占用高額醫療資源，尚不致影響健保之財務負擔，俾使外界接受渠等加保不受等待期限限制。

基於健保自開辦之初，即未以我國國籍作為投保資格之絕對要件，時至今日，鑑於國際間對於人權保障及平等待遇日益重視之趨勢，行政部門對於相關政策之形成與現行制度之檢討，應有更前瞻開闊之視野及格局，並儘可能形成社會上之高度共識。

壹、前言

依照現行健保法第 9 條之規定，持居留證明文件在臺灣地區居留之外籍人士中，除受僱者自其工作日參加健保外，其餘人士須於取得居留證明文件且在臺居留滿 6 個月時，方能參加全民健保。據此，目前在臺出生且領有居留證明文件之外籍新生兒，亦須受前述 6 個月等待期之限制，與在臺出生設有戶籍之我國籍新生兒得溯自出生之日加保之情形，並不相同。

貳、實務現況與重要成果

一、法令規定

全民健保之投保資格，目前係規範於健保法第 8 條及第 9 條，分別適用設有戶籍國民與外籍人士等保險對象，臚列如下：

第 8 條 具有中華民國國籍，符合下列各款資格之一者，應參加本保險為保險對象：

- 一、最近二年內曾有參加本保險紀錄且在臺灣地區設有戶籍，或參加本保險前六個月繼續在臺灣地區設有戶籍。
- 二、參加本保險時已在臺灣地區設有戶籍之下列人員：
 - （一）政府機關、公私立學校專任有給人員或公職人員。
 - （二）公民營事業、機構之受僱者。
 - （三）前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。
 - （四）在臺灣地區出生之新生嬰兒。
 - （五）因公派駐國外之政府機關人員與其配偶及子女。

曾有參加本保險紀錄而於本法中華民國一百年一月四日修正之條文施行前已出國者，於施行後一年內首次返國時，得於設籍後即參加本保險，不受前項第一款六個月之限制。

第 9 條 除前條規定者外，在臺灣地區領有居留證明文件，並符合

下列各款資格之一者，亦應參加本保險為保險對象：

- 一、在臺居留滿六個月。
- 二、有一定雇主之受僱者。

二、外界反映

近年來外籍人士在臺合法居留人數日漸增多，迭有反映其於國內生活多年，本人及配偶均已參加全民健保，其懷孕後亦於全民健保之特約院所進行孕期檢查及生產，所生嬰兒若須受 6 個月等待期之限制，對其權益保障將有重大影響，並與國際人權保障規範有所違背。

參、遭遇問題與因應措施

一、問題癥結

由於健保係屬強制性之社會保險，並未採取商業醫療保險之風險防範措施，例如要求被保險人進行體檢與病史查訪，再決定是否予以承保，或視其個案情況，增加保險費或限縮保險給付，藉以降低相關風險等等。為此，健保法立法之初，乃參採社會保險之基本原則，對於新進入全民健保體系者，設有 4 個月（二代健保修法時，立法院決議延長為 6 個月）等待期之規定，以防範道德危害之風險。

故前揭 6 個月等待期之設計目的，係為規避海外來臺新加入健保體系者帶病投保之投機情形，惟在臺出生領有居留證明文件之外籍新生嬰兒，顯無前揭投機疑慮，要求渠等須與新移入臺灣之外籍人士，同受前述 6 個月等待期之限制，恐未盡公平合理；同時，相較本國籍在臺出生之新生兒無等待期，更易有差別待遇之觀感，對於政府推動延攬外籍優秀人才來臺工作之政策目標，顯有不利影響。

二、研議方向

為就本議題徵求專業意見，爰於 102 年 7 月 10 日邀請人權、法律、財政與衛生政策等領域之專家學者，召開研商「外籍人士參加健保相關問題」會議，並獲致共識略以：在臺出生後居留之外籍新生兒應與在臺出生設籍之國人新生兒享有相同參加健保之權利，亦即均自其出生之日取得納保資格。

因外籍新生兒尚未納入健保，並無相關統計數據，爰參考本國籍新生兒之健保利用情形，進行評估；按健保署 101 年統計（詳表 2-3-1），本國籍新生兒總人數為 23.35 萬人，總醫療點數為 24.95 億點，平均每人就醫點數為 10,685 點，相較同一年度全體保險對象之平均醫療點數（24,396 點），前述新生兒之醫療費用不致影響健保財務。

表 2-3-1 101 年本國籍新生兒就醫情形表

項目	相關統計
新生兒總數	23.35 萬人
就醫人數	17.14 萬人
門診次數	145.52 萬次
住院件數	22,891 件
總醫療點數	24.95 億點
門診醫療點數	9.09 億點
住院醫療點數	15.86 億點

資料來源：

1. 本國籍新生兒名單係健保署承保資料。
2. 就醫資訊來自健保署二代倉儲系統門診、交付機構及住院明細檔。
3. 總人數係健保署之本國籍新生兒名單人數。
4. 就醫人數為當年門診次數 > 0 或住院件數 > 0 之本國籍新生兒人數。
5. 門診次數不含「代辦」、「轉、代檢」、「交付機構申報」、「慢連箋領藥」、「醫令金額補報」、「居家照護及社區精神照護」案件。
6. 住院件數不含「醫令金額補報」案件。
7. 醫療點數不含「代辦」案件。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、齊一投保權益

考量全民健保投保資格之設計精神，並未僅以國籍作為差別待遇之區隔要件，況在臺出生後居留之外籍新生兒，實無帶病投保之投機疑慮，尚非等待期制度所欲規範防堵之對象，自不宜因其未具我國國籍，導致需受 6 個月等待期限限制之差別待遇，故其投保權益應與在臺出生之我國籍新生兒相同。

二、建議修法方向

對於在臺出生之外籍新生兒，建議採取比照健保法第 8 條第 1 項第 2 款第 4 目之規定，新增健保法第 9 條第 3 款之方式，使其與在臺出生我國籍新生兒之納保時點一致，均能自出生日起參加全民健保，享有相同之健康照護。

三、加強對外說明

行政部門宜對外說明本國籍新生兒之醫療費用數據，釐清在臺出生之外籍新生兒並未占用高額醫療資源，尚不致影響健保之財務負擔，俾使外界接受渠等加保不受等待期限限制。

伍、結語

基於全民健保自開辦之初，即未以我國國籍作為投保資格之絕對要件，符合規定之外籍人士亦屬應加保之保險對象，同時，尚納入國際勞工公約之規範精神，使外籍人士來臺受僱工作者不受當時等待期 4 個月（後修改為 6 個月）之限制，藉以提供是類人士享有與我國國民相同之健康照護，避免形成同一職場中因國籍不同而衍生之差別待遇。時至今日，鑑於國際間對於人權保障及平等待遇日益重視之趨勢

，行政部門對於相關政策之形成與現行制度之檢討，應有更前瞻開闊之視野及格局，並儘可能形成社會上之高度共識。

第四章：出國停保制度

摘要

一、議題現況

健保係屬強制性之社會保險，凡符合投保資格之保險對象，均有依法持續投保及繳納保險費之義務，惟考量長期出國民眾於國外就醫之可近性與國內存有差異，健保開辦之初，爰於健保法施行細則明定，預定出國 6 個月以上者，「得」辦理停保；出國 6 個月以上者，於停保原因消失後，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿 6 個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。

出國停保制度實施多年，除因健保法未明確規範而有適法性爭議外，外界歷來多有獨厚長居海外國人之公平性質疑，同時，由於廢除與保留該制度之各界意見呈現兩極化，造成社會諸多討論，且因申辦停、復保有一定手續，對民眾亦會有因未諳規定所造成之爭議，均為該制度所面臨問題。

二、檢討結果

推動二代健保過程中，行政院對於出國停保制度之存廢修正事宜，曾召開二次跨部會會議研商，經充分瞭解各界立場及意見後，政策上決定維持出國停保制度，同時新增復保者至少須復保 3 個月後，始得再次辦理停保之規定，適度增加出國停保者之義務，以平衡停保民眾保險費與其醫療費用間之落差。

經檢視行政部門配合二代健保之實施，研修健保法施行細則之相關過程，與最後維持出國停保制度並予酌修之政策決定，顯已就制度存廢及如何修正等面向蒐集各方看法，並進行充分研討，進而完成折衷方案，基於配合修正之健保法施行細則，已獲立法院社會福利及衛

生環境委員會審議通過等考量，建議出國停保制度暫不予變動。

三、政策建議

二代健保實施後，原短期返國復保者之收支落差，確實已藉出國停保新制之施行而救平，考量政府施政及法令規範均不宜於短時間內頻繁更動，以免徒增民眾申辦與行政部門宣導及執行上之困擾，故建議出國停保制度於短期內尚無再修必要。至於適法性之疑慮，則應於健保法增訂授權條款，以回應外界質疑停保制度欠缺母法明確授權，致生顯有違反法律保留原則之爭議。另因停保手續繁瑣，行政部門宜持續加強對外宣導，並研議簡政便民措施。

考量社會各界對於出國停保制度存有歧異之看法，目前行政部門既已作成政策決定繼續維持該項制度之運作，藉以保障出國民眾之權益，則應持續關注後續制度運作之實務情況，包括停保新制實施相關成效之掌握，並適時提升停保制度之規範位階。此外，政府機關仍應廣為宣導社會保險自助互助之基本精神與概念，避免未來相關政策進行研議與討論時，外界僅以財務盈虧作為唯一衡量要件。

壹、前言

健保係屬強制性之社會保險，凡符合投保資格之保險對象，均有依法持續投保及繳納保險費之義務，惟考量長期出國民眾於國外就醫之可近性與國內存有差異，健保開辦之初，爰於健保法施行細則明定，預定出國 6 個月以上者，「得」辦理停保；出國 6 個月以上者，於停保原因消失後，自返國之日辦理復保。但出國期間未滿 6 個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。

亦即提供預定出國 6 個月以上之保險對象，得選擇「辦理停保」或「繼續參加全民健保」之權利。保險對象如選擇辦理停保，應主動提出申請，並以每單次出國 6 個月以上為要件，停保期間不需繳交保險費，同時亦無法享有健保之醫療保障；回國後應辦理復保，回復健保之相關權利義務。惟若保險對象出國未滿 6 個月即返國，自應註銷停保，並補繳自停保當月起計算之保險費。

保險對象如未提出停保之申請，依法應持續加保並負有繳納保險費之義務，一旦於國外發生不可預期傷病、分娩，尚得依法申請核退醫療費用。

前述規定，一方面保障選擇不辦理停保而繼續繳費者，若於國外發生不可預期之疾病或傷害，可獲得健保之相關保障；他方面亦能防止未申請停保且於出國期間未發生疾病傷害者，回國後主張申辦停保，導致規避保險費繳納義務之情形。

貳、實施現況與重要成果

一、法令規定

健保之出國停保制度，目前係規範於健保法施行細則第 37 條至第 39 條，臚列如下：

第 37 條 保險對象具有下列情形之一，得辦理停保，由投保單位

填具停保申報表一份送交保險人，並於失蹤或出國期間，暫時停止繳納保險費，保險人亦相對暫時停止保險給付：

一、失蹤未滿六個月者。

二、預定出國六個月以上者。但曾辦理出國停保，於返國復保後應屆滿三個月，始得再次辦理停保。

前項第一款情形，自失蹤當月起停保；前項第二款情形，自出國當月起停保，但未於出國前辦理者，自停保申報表寄達保險人當月起停保。

第 38 條 被保險人辦理停保時，其眷屬應依下列規定辦理：

一、被保險人因前條第一項第一款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。

二、被保險人因前條第一項第二款情形停保時，其眷屬應改按其他身分投保。但經徵得原投保單位同意者，得於原投保單位繼續參加本保險。

第 39 條 保險對象停保後，應依下列規定辦理：

一、失蹤未滿六個月者，於六個月內尋獲時，應自尋獲之日註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之日起終止保險，辦理退保手續。

二、預定出國六個月以上者，應自返國之日復保。但出國期間未滿六個月即提前返國者，應自返國之日註銷停保，並補繳保險費。

政府駐外人員或其隨行之配偶及子女，辦理出國停保後，因公返國未逾三十日且持有服務機關所出具之證明，得免依前項第二款規定註銷停保或復保，但在臺期間不得列入出國期間計算。

第一項保險對象於申請復保時，投保單位應填具復保申

報表一份送保險人；於核定復保後，停保期間扣取之補充保險費，得向保險人申請核退。

本細則中華民國一百零二年一月一日修正施行前，已依修正前第三十六條第一項第二款規定辦理停保者，其該次停保、註銷停保或復保，依原規定辦理。但符合第二項規定者，得依該規定辦理。

二、檢討出國停保之參考數據

(一) 行政院前於 101 年下半年間，曾就出國停保制度進行通盤檢討並召開跨部會研商會議，當時係以前一年度（即 100 年）統計作為研議參據，重點摘述如下：

- 1.按健保署統計，100 年度辦理出國停保人數約 15.9 萬人，辦理復保人數約 15.5 萬人，平均每月辦理停保人數約 1.32 萬人，辦理復保人數約 1.29 萬人。
- 2.前述辦理復保之 15.5 萬人中，短期返國復保後，又辦理出國停保者約有 3.8 萬人，其中復保 1 個月 1.5 萬人，復保 2 個月 7 千人，合計 2.2 萬人，占 3.8 萬人之 58%。
- 3.100 年度短期返國復保民眾復保期間所繳納之保險費約 1.7 億元，與其使用之醫療費用約 2.1 億點間，尚有約 4 千萬之差額。

(二) 為利停保制度運作之持續觀察，按 101 年度統計更新前述數據如下：

- 1.101 年度辦理出國停保人數約 17.8 萬人，辦理復保人數約 15.9 萬人，平均每月辦理停保人數約 1.48 萬人，辦理復保人數約 1.32 萬人。
- 2.前述辦理復保之 15.9 萬人中，短期返國復保後，又辦理出

國停保者約有 4.3 萬人，其中復保 1 個月 1.8 萬人，復保 2 個月 7 千人，合計 2.5 萬人，占 4.3 萬人之 60%。

3.101 年度短期返國復保民眾復保期間所繳納之保險費約 1.81 億元，與其使用之醫療費用約 2.31 億點間，尚有約 5 千萬之差額。

參、遭遇問題與因應措施

一、適法性疑慮

前全民健康保險監理委員會基於健保法未授權訂定出國停保之相關規定，並考量應齊一民眾權利義務，無論是否出國，均須繳納保險費等，爰建議廢除健保法施行細則所訂之停保制度，前行政院衛生署法規會亦曾提出相同建議。

二、公平性質疑

社會各界對於部分海外國民平時因出國停保毋須繳交保險費，遇有傷病即可短期返國復保以健保身分就醫之情形，多次提出對其他保險對象並非公平之質疑；另若從寬處理駐外人員及其眷屬之停保事宜，外界亦曾反映政府不應獨厚公務員，因民營企業亦有派員駐外之情況。

三、各界意見紛歧

出國停保制度自健保開辦迄今，實施多年以來，社會各界對於該制度之利弊存有不同看法，主管機關配合二代健保之實施，研修健保法施行細則之過程中，主張廢除出國停保者及反對廢除出國停保者，亦呈現兩極化之立場，分述如下：

- (一) 歷來部分海外國民短期返國以健保身分就醫之情形，屢遭質疑對其他保險對象有所不公，故 100 年初公布之健保法修正案，對於投保資格之合格期（等待期），從嚴由 4 個月延長為 6 個月之後，因停保制度亦屬外界質疑遭不當運用之規定，若未刪除，與前述修法精神未盡相符，恐無法落實外界對全民健保公平性之期待。甚有進一步主張認為，國內民眾無論是否使用全民健保資源，均須繳納保險費，縱使其因身處國外，使其以全民健保之保險對象身分就醫之可近性受有影響，仍不應免除其繳納保險費之義務。
- (二) 惟出國停保制度自全民健保開辦時即已實施，使用者眾多，由於長期出國民眾無法於國外直接獲得保險給付，辦理停保得於出國期間免繳保險費，於其權益衡平上確有相當助益，若予廢除，將損及渠等利益。

四、行政部門考量及政策決定

據瞭解行政院為此曾於 101 年下半年間召開二次跨部會會議研商，經充分瞭解各界立場及意見後，政策上決定維持出國停保制度，同時新增復保者至少須復保 3 個月後，始得再次辦理停保之規定，適度增加出國停保者之義務，以平衡停保民眾保險費與其醫療費用間之落差。茲臚列當時行政院考量如下：

- (一) 短期返國就醫民眾相對全體保險對象實屬極少數，復保期間亦須繳交保險費，不致對健保財務造成重大影響。
- (二) 國內外就醫可近性確有差異，要求境外民眾負擔與國內相同之保險費義務，實有不宜。
- (三) 多數有出國停保需求之民眾，不應因少數人之行為而遭受不利益。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、短期內應無再修正必要

經檢視相關研修過程資料顯示，行政部門已就制度存廢及如何修正等面向蒐集各方看法並進行充分研討，由於規範該制度之健保法施行細則修正案業於 101 年 12 月 20 日獲立法院社會福利及衛生環境委員會審查通過，故停保制度之實質內容，現階段應無立即再行修正之迫切需要；同時考量出國停保新制自 102 年起實施迄今方逾 1 年，按健保署 102 年度統計，全年辦理復保之 16.4 萬人中，短期返國復保後，又辦理出國停保者約有 5.1 萬人，短期返國復保期間之總保險費約 2.75 億元，總醫療費用點數約 2.60 億點，故二代健保實施後，原短期返國復保者之收支落差，確實已藉出國停保新制之施行而救平，況政府施政及法令規範均不宜於短時間內頻繁更動，以免徒增民眾申辦與行政部門宣導及執行上之困擾。

二、提升停保規範位階

出國停保制度規範於健保法施行細則一節，外界屢次質疑涉及人民權利義務，卻僅以法規命令規定，顯有違反法律保留原則之法制疑慮，建議應提高出國停保制度之規範位階，移列明定於健保法中，屆時亦可由立法院併就該制度之存廢議題進行討論，爰建議應於健保法增訂授權條款，以回應外界質疑停保制度欠缺母法明確授權，致生顯有違反法律保留原則之爭議。

三、持續研議便民措施

另外，配合二代健保實施之出國停保新制中，增加返國復保者至少須復保 3 個月後，始得再次辦理停保之規定，雖然有助於衡平外界對於出國停保制度影響全民健保財務之觀感，惟相關行政作業手續顯

然更形複雜，行政部門應秉持簡政便民原則，除加強宣導新制規範外，同時持續檢討相關實務作業，並儘速提出更為簡便之措施，例如日前上路之網路申辦出國停保，藉以避免因手續申辦不便，造成保險對象權益受影響之狀況。

伍、結語

考量社會各界對於出國停保制度存有歧異之看法，目前行政部門既已作成政策決定繼續維持該項制度之運作，藉以保障出國民眾之權益，則應持續關注後續制度運作之實務情況，包括停保新制實施相關成效之掌握，及適時提升規範法律位階，將施行細則規定內容納入母法修正，以因應外界質疑。此外，政府機關仍應廣為宣導社會保險自助互助之基本精神與概念，避免未來相關政策進行研議與討論時，外界僅以財務盈虧作為唯一衡量要件。

第五章：矯正機關收容人之納保與醫療

摘要

一、議題現況

二代健保改革將原本排除於納保對象之外的矯正機關收容人（以下稱收容人），亦納為健保保險對象。然而，由於收容人無法像其他保險對象任意就醫，因此，健保體系與矯正機關必須共同面對諸多新挑戰。就保險費收取而言，絕大多數收容人之保險費，係由國家編列預算全額負擔，但外界屢有應由收容人自行負擔之聲浪與修法提議；而在醫療提供面，則必須設法突破一般自由就醫的模式，讓收容人得在矯正機關內即享有健保醫療服務，不至於發生有保險無醫療之窘境。

經實地走訪法務部矯正署（以下稱矯正署）與其所轄 4 所不同類型之矯正機關，發現醫療設備普遍不足，導致頻繁之外醫需求，衍生戒護人力吃緊的現象；而部分經濟困難之收容人，因政策轉換的影響，開始出現無力繳納就醫所需自行負擔部分健保醫療費用之情形。雖然健保署順利完成承作醫療團隊進駐矯正機關之徵求作業，但各醫療團隊卻常面臨欠費呆帳、設施設備不足、行政上協調配合等等影響承作意願的狀況。

另外，照顧罹患肺結核、愛滋病等傳染病或有精神障礙的收容人，都是矯正機關內有高度挑戰性的工作，更是需要政府公共衛生工作積極介入關切的面向。

二、檢討結果

綜觀世界各國之經驗，多採提供公費醫療或為收容人負擔保險費之作法，因此我國將過去由國家提供公費醫療之責任，轉為為其全額

負擔保險費之責任，本質上仍與國際潮流方向齊一。

二代健保實施後，透過衛生與矯正主管機關的共同協調與合作，及健保署為提供收容人醫療服務所做之各項努力，除已初步改善投入矯正機關的醫療服務資源，實施初期實務運作上面臨之困難，也逐步解決。收容人在矯正機關內不但可以接受更多科別及診次的西醫醫療服務，也依照醫療需求提供牙醫及中醫服務。各項公共衛生服務更透過進駐之醫療團隊提供，使收容人獲得更全面的照護。

然而，現階段仍有矯正機關內因醫療設施、設備不足，導致戒護外醫需求偏高的困境，而收容人自過去公費免費醫療轉換至健保醫療體系，開始出現經濟困難之收容人就醫無力自行負擔費用，因而產生積欠承作院所醫療費用的現象。

三、政策建議

基於目前納保作業與醫療服務提供均堪稱順暢，且避免政策更迭影響收容人醫療權益，建議維持現行運作機制並持續觀察。對於現階段仍待克服的困境，建議透過支付誘因，鼓勵醫療團隊充實在矯正機關內提供醫療所需設備，並建議法務部能編列充足預算，用以改善矯正機關內醫療設施及設備，一方面能改善醫療服務，同時也有助於降低矯正機關戒護人力負擔。

壹、前言

健保開辦之時，考量矯正機關收容人係國家以公權力強制監禁，基於安全管理的特殊考量，收容人之人身自由因而受限，難以與一般民眾享有絕對同等之就醫選擇權利，且各國對於收容人之健康照護，多採由國家負擔之公費醫療，因此收容人並未納入健保之納保範圍。然而，於推動二代健保修法之時，多位立法委員考量矯正機關醫療資源投入不足，為能將收容人之就醫權益，透過健保體系予以強化，故將其納入健保之納保範圍。

102 年 1 月 1 日二代健保實施後，收容人全數納為健保保險對象，得享有健保特約醫事服務機構提供之醫療服務，為我國保障收容人就醫權益之重要里程碑。相較於過去由矯正機關提供收容人公費醫療（多為一般科），及戒護外醫需自費之情形，在提供健保醫療服務後，除解決矯正機關內長期醫療資源缺乏之問題，使收容人獲得更全面性且兼顧專科需求的照護外，亦降低收容人戒護外醫之經濟負擔。此外，健保係採用整合性照護的方式，除提供醫療服務外，並以代辦之方式提供預防保健、愛滋病治療等公費服務，達到全人照護的目的與品質。

貳、實施現況與重要成果

一、相關法令規定

針對收容人納保與醫療相關規定，於健保法、健保法施行細則及全民健康保險保險對象收容於矯正機關者就醫管理辦法（以下稱就醫管理辦法）之重點規範內容，擇要說明如下：

健保法（節錄）

第 10 條第 1 項第 4 款第 3 目 被保險人區分為下列六類：

四、第四類：

(三) 在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者。但其應執行之期間，在二個月以下或接受保護管束處分之執行者，不在此限。

第 23 條 第四類至第六類保險對象之保險費，以依第十八條規定精算結果之每人平均保險費計算之。

第 27 條第 4 款 第十八條及第二十三條規定之保險費負擔，依下列規定計算之：

四、第四類被保險人：

(三) 第十條第一項第四款第三目被保險人，由中央矯正主管機關及國防部全額補助。

第 40 條第 2 項後段 保險對象收容於矯正機關者，其就醫時間與處所之限制，及戒護、轉診、保險醫療提供方式等相關事項之管理辦法，由主管機關會同法務部定之。

健保法施行細則

第 14 條 本法第十條第一項第四款第三目所稱接受保安處分之執行者，指經法院裁判，且經檢察機關指揮執行，容留於矯正機關、矯正機關附設醫院、醫療機構、教養機構等處所，施以強制工作、強制戒治、強制治療、觀察勒戒、監護及禁戒者。

本法第十條第一項第四款第三目所稱接受管訓處分之執行者，指經法院裁定，且指揮執行於矯正機關，施以感化教育之保護處分者。

就醫管理辦法

第 3 條 收容對象發生疾病、傷害事故或生育時，應優先於矯正機關內就醫；其時間及處所，由矯正機關排定之。矯正機關內不能為適當診療、檢查（驗）或有醫療急迫情形，經矯正機關核准者，得戒護移送保險醫事服務機構就醫。

收容對象戒護移送保險醫事服務機構就醫之時間及處所，由矯正機關依收容對象之就醫需求及安全管理之必要指定之；收容對象不得自行指定。

收容對象戒護移送保險醫事服務機構就醫時，應由矯正機關內醫師開立轉診單或由矯正機關開具相關證明。

第 5 條 收容對象有戒護移送住院必要時，應優先安排其入住於本保險特約醫院戒護病房；無戒護病房時，以入住於保險病房為原則。

本保險特約醫院，不得向收容對象收取病房費用差額。

第 7 條 收容對象於矯正機關內門診就醫，其應自行負擔之費用，依基層醫療單位層級計收。

收容對象戒護移送保險醫事服務機構門診或急診就醫者，其應自行負擔之費用，依轉診或急診規定計收。

收容對象住院，其應自行負擔之費用，依本法第四十七條規定計收。

第 8 條 收容對象依法應自行負擔之費用，矯正機關得協助自該收容對象保管金、勞作金中扣除，按月撥付保險醫事服務機構。

二、收容人納保情形

(一)納保人數：截至 102 年 12 月，計有 64,797 位收容人參加健保。(資料來源：矯正署之矯正統計摘要)

(二)保險費：

1. 以第四類第三目身分投保者(102 年 12 月當月有 60,875 人，約占全體收容人數 9 成 4)：在矯正機關接受刑之執行或接受保安處分、管訓處分之執行者(不含應執行期間二個月以下或接受保護管束處分之執行者)，其保險費由中央矯正主管機關及國防部全額補助。(每人每月 1,376 元)

2. 非以第四類第三目身分投保者(102 年 12 月當月計有 3,922 人)：依所屬類目投保之應繳保險費繳納。

3. 102 年收容人保險費收取情形：

(1)以第四類第三目身分投保者，收取保險費 1,011,388 千元。

(2)非以第四類第三目身分投保者，收取保險費 54,013 千元。

三、收容人保險費負擔

由國家編列預算負擔健保第四類第三目保險對象全額保險費，引發外界質疑，屢有應由收容人自行負擔保險費之聲浪與修法提議。綜觀世界各國之經驗，多採提供公費醫療或為其負擔保險費之作法，因此我國將過去由國家提供公費醫療之責任，轉為為其全額負擔保險費之責任，本質上仍與國際潮流方向齊一。

以下簡述各國之收容人醫療費用與保險費負擔概況，以及由國家提供收容人醫療照護的理由：

(一)國際概況：

依國際上普遍遵循之權利保障觀念，收容人雖人身自由受限，惟並不得剝奪其健康權，爰基於人權考量，由國家提供收容人適當之醫療服務，實為先進國家一致的做法。經瞭解目前世界各國政府對收容人之醫療照護方式，無論係採取政府直接提供醫療或透過社會保險方式，其經費仍多由政府負擔。茲就國際上重要先進國家對收容人醫療照護之方式進一步說明如下：

1. 日本：

收容人雖無法享有該國社會性健康保險，然政府需支付收容人在刑事設施（含拘置所及刑務所，類似我國之看守所及監獄）內外醫療費用；當收容人受傷或罹患疾病時，原則上由該刑事設施所屬醫師在該刑事設施內進行診療，情非得已時可讓收容人至醫療機關外醫治療或住院。若收容人欲指定醫師至刑事設施內治療，亦得申請並自行負擔費用。

2. 新加坡：

由政府直接提供醫療服務，需用藥品則由該國監獄局補貼購買其衛生部（Ministry of Health）已規定標準用藥清單（Standard Drug List）上之藥品，非標準用藥（Non-Standard Drugs）則由收容人或其家屬自行付費。

3. 德國：

收容人之健康照護屬國家權責範圍，自 2006 年聯邦體制改革後，刑罰之執行屬於各邦權責範圍，收容人在調查監禁（Untersuchungshaft，類似我國之羈押）及服刑期間之健康照護費用係由各邦司法預算支付。

4. 法國：

收容人入獄當天即自動免費加入社會醫療保險，服刑期

間所有醫療照護費用皆由社會保險全額負擔。另收容人入獄前申報扶養且共住之親屬，在收容人服刑期間亦由法國社會保險負擔健保費用。

5. 英國：

收容人享有國家健康保險局（National Health Service, NHS）所提供與一般公民相同的免費醫療，在矯正機關內發生醫療需求，需經由醫生或醫療團隊成員核准，必要時可請專業人員入獄診治，或安排收容人轉往獄外醫院。

6. 挪威：

收容人之醫療照護由地方政府負責，其醫療費用由地方政府全數支付，經費來源係由挪威政府編列預算，並由該國健康局撥付地方政府運用。另倘收容人為身障人士，其所需之輔助設備相關費用則由國家保險體系負擔。

7. 芬蘭：

各監獄均設有診所，所需經費由政府編列預算支應。另設有一所全國性之獄政總醫院，接受一般監獄診所無法處理之收容人病患；倘若病患情況緊急，亦得送往鄰近之一般醫院治療，收容人無須另外支付費用。

8. 丹麥：

收容人與一般民眾之醫療需求均受其社會福利體系保障，可依自身需求選擇醫療照護；惟有時在安全、刑責及其他特殊原因考量下，收容人之就醫權可能遭到限縮，無法在獄外接受醫療照護，故丹麥政府亦在所有監獄內設有醫護人員，直接提供該等具特殊身分考量之收容人醫療照護。另收容人不論在獄內或獄外就醫，均不需要自行負擔醫療費用。

9. 瑞典：

收容人與一般瑞典公民擁有相同醫療照護權利，惟基於實際管理安全考量，瑞典獄政署直接在看守所內提供專屬醫療照護，醫護人員為獄政署編制內公務人員，物理治療師則為約聘僱人員。倘收容人病情嚴重，看守所醫療站現有設備及醫護人力不足以提供合適或完整之醫療時，收容人可保外就醫。收容人之所有醫療照護均係免費提供，亦不需負擔藥品費。

10.美國：

2014 年之前收容人醫療費用主要由州政府預算支出，若需外出就醫，則僅具孕婦、殘障人士、老人等身分之收容人由聯邦政府經由醫療補助計畫（Medicaid）補助州政府後貼補部分費用。然 2014 年 1 月可負擔健保法（Affordable Care Act, ACA）實施後，大部分收容人可加入醫療補助計畫，醫療費用將主要由聯邦政府支出。

11.加拿大：

由犯罪矯正服務署直接提供聯邦監獄收容人各項基本之醫療照護服務，所需經費原則上由加國聯邦政府編列預算支應。惟倘收容人主動要求額外、特殊之醫療照護，經合格醫師認定為非屬基本項目者，其相關醫療支出由收容人自行負擔。

12.澳洲：

收容人平日在監獄內免費就醫，經費由各地方州政府編列預算支應，倘有必要前往各公立醫院就醫時，享有與一般公民相同之免費醫療照護。

13.紐西蘭：

各監獄均設置監獄保健中心直接提供基本醫療照護，收

容人通常不需負擔醫療費用。若基於收容人之醫療照護需要，由監獄醫官或保健中心主管安排轉診至一般社會大眾使用之醫療院所，收容人不需負擔費用，惟醫官或保健中心主管如認為其不需轉診，收容人仍堅持轉診，則需自行負擔費用。

(二)由國家提供收容人醫療照護的理由：

1. 依據「經濟社會文化權利國際公約」第 12 條規定：「本公約締約各國承認人人有權享有能達到的最高的生理和心理健康的標準。」又「公民與政治權利國際公約」第 10 條第 1 款規定：「自由被剝奪之人，應受合於人道及尊重其天賦人格尊嚴之處遇。」以期改造與社會復原。參酌「聯合國保護所有遭受任何形式拘留或監禁的人之原則」，收容人得接受國家任何可能利用的保健服務，避免因特殊身分而受到不同對待或處遇，且依「聯合國在監人處遇最低標準規則」第 26 條例示之醫官視察項目，監獄應改進保障監內醫療衛生事宜，因此，國家有義務以政府預算方式，提供其必要之醫療照護。
2. 綜觀各國提供收容人醫療服務方式，顯見國際潮流仍傾向由政府負擔收容人之醫療費用，爰我國在實施二代健保後，將收容人納入健保，並由政府補助收容人保險費，除延續我國原由政府提供醫療照護之政策，並彰顯政府對收容人人權之重視外，亦符合國際潮流，應尚屬合宜。
3. 二代健保實施後，經由健保特約醫療服務體系，以承作團隊將群組的合作模式導入矯正機關，提供醫療保健服務，避免收容人「有保險、無醫療」之問題，於提升收容人的整體醫療品質及就醫權益方面，實可謂開創醫療人權的新頁。

四、矯正機關醫療服務

(一)依據就醫管理辦法，收容於矯正機關之保險對象，應優先於矯正機關內之門診就醫，若有醫療迫切或病情需求，經醫師或矯正機關開立證明，得採戒護外醫或急診。於戒護住院時，應優先入住戒護病房。收容人於就醫時並需依規定繳納法定之部分負擔，並得自其勞作金、保管金按月扣取，撥付醫療院所。

(二)實施「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」：

1. 為鼓勵特約院所至矯正機關提供醫療服務，以提升矯正機關收容人醫療照顧之可近性，健保署已於 101 年 9 月 3 日公告「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」(以下稱本計畫)，本計畫係參酌衛福部於 98 年起辦理之「改善矯正機關醫療狀況獎勵計畫」之試辦經驗，並配合健保之實務作業所訂，其目的在使收容人之醫療服務於二代健保實施，將收容人納保後，得以順利銜接，並作為健保醫療資源送入矯正機關之實施依據。102 年度本計畫遍及全國 52 所矯正機關，分別為矯正署所屬 49 所與國防部所屬 3 所，並依地理位置分為 35 群組(詳如附錄 2-5-1。配合 102 年軍事審判法修正，國防部所屬軍事監獄、看守所已於 103 年 1 月移撥法務部，本計畫施行範圍配合修改為矯正署所屬之 49 所矯正機關，共計 32 群組)，由健保特約醫療院所組成醫療團隊進駐矯正機關服務，提供西醫、牙醫之門診治療，以及預防保健、愛滋病治療等公務預算負擔之代辦服務項目；該計畫之中醫門診試辦方案，於 102 年 6 月 21 日公告，102 年 8 月 1 日起於桃園監獄、台中監獄及嘉義看守所等 3 所矯

正機關實施。103 年起中醫門診回歸本計畫規定，依收容人實際醫療需求彈性提供。

2. 醫療利用情形（詳如表 2-5-1 至表 2-5-6 及圖 2-5-1 至圖 2-5-2，統計均不含矯正機關內門診診察費加成及偏遠地區論次費用等獎勵費用）：

(1)102 年本計畫提供矯正機關內門診每月逾 2,100 診，含括西醫各專科、牙科、中醫科等 28 種門診科別。各矯正機關之門診科別與診次，依收容人實際醫療需求彈性調整。

(2)102 年收容人平均每月門診就醫人次逾 59,000 人次，住院 423 人次；矯正機關內門診就醫人次占門診總人次 97.1%。

(3)102 年全體收容人總醫療費用為 805,083 千點，平均每季門、住診醫療費用成長率為 14.3%，含獎勵費用之醫療支出為 842,346 千點。

表 2-5-1 102 年收容人門、住診利用情形

費用 年月	收容 人數	門診 人次	門診醫療費用 (千點)	住診 人次	住診醫療費用 (千點)	總人次	總醫療費用 (千點)
10201	65,630	55,081	40,363	320	9,579	55,401	49,942
10202	63,212	44,049	34,921	285	13,141	44,334	48,062
10203	64,422	56,502	45,298	396	15,921	56,898	61,219
10204	64,325	55,645	45,493	369	14,450	56,014	59,943
10205	63,754	61,316	51,212	495	19,790	61,811	71,003
10206	64,997	54,068	45,311	432	18,587	54,500	63,898
10207	64,492	63,794	52,939	443	15,898	64,237	68,837
10208	65,141	62,629	53,825	451	18,205	63,080	72,030
10209	64,882	60,010	52,632	463	20,865	60,473	73,497
10210	64,918	69,192	61,664	495	21,440	69,687	83,104
10211	65,362	63,477	55,339	466	17,484	63,943	72,822
10212	64,647	65,660	60,096	461	20,631	66,121	80,727
總計	64,649	711,423	599,094	5,076	205,989	716,499	805,083

資料來源：健保署

表 2-5-2 102 年收容人門診利用情形

費用 年月	平均每人門診 次數	監內門診 人次	戒護門診 人次	監內門診 人次占率
10201	0.84	53,612	1,469	97.3%
10202	0.70	42,829	1,220	97.2%
10203	0.88	54,853	1,649	97.1%
10204	0.87	53,709	1,936	96.5%
10205	0.96	59,470	1,846	97.0%
10206	0.83	52,508	1,560	97.1%
10207	0.99	61,941	1,853	97.1%
10208	0.96	60,901	1,728	97.2%
10209	0.92	58,422	1,588	97.4%
10210	1.07	67,052	2,140	96.9%
10211	0.97	61,544	1,933	97.0%
10212	1.02	63,643	2,017	96.9%
總計	11.00	690,484	20,939	97.1%

資料來源：健保署

表 2-5-3 102 年收容人住診利用情形

費用年月	平均每人住診次數	平均每件住診費用(點)	平均每件住院天數
10201	0.005	29,934	5.73
10202	0.005	46,109	8.52
10203	0.006	40,204	8.36
10204	0.006	39,160	7.65
10205	0.008	39,980	7.80
10206	0.007	43,025	7.12
10207	0.007	35,887	7.59
10208	0.007	40,365	7.50
10209	0.007	45,064	7.82
10210	0.008	43,314	7.98
10211	0.007	37,518	6.92
10212	0.007	44,752	7.64
總計	0.079	40,581	7.56

資料來源：健保署

表 2-5-4 102 年收容人西醫、牙醫、中醫、透析門診及住院利用情形（按季）

季別	第 1 季		第 2 季		第 3 季		第 4 季		平均成長率	
	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用
監內西醫	140,742	87,291	152,617	101,234	166,771	112,765	175,565	122,688	7.7%	12.1%
戒護西醫	4,061	9,804	5,063	13,437	4,949	17,913	5,829	22,256	13.4%	31.5%
監內牙醫	10,349	13,415	12,869	17,326	13,712	18,217	15,392	20,787	14.4%	16.1%
戒護牙醫	264	425	269	503	204	483	243	512	-1.1%	6.8%
監內中醫	-	0	-	0	587	343	1,080	599		
監內透析	203	9,390	201	9,319	194	9,376	202	9,683	-0.1%	1.0%
戒護透析	13	257	9	197	16	299	18	575	19.8%	40.2%
住院	1,001	38,640	1,296	52,827	1,357	54,967	1,422	59,555	13.0%	16.4%
總計	156,633	159,223	172,325	194,843	187,790	214,363	199,751	236,653	8.5%	14.3%

資料來源：健保署

表 2-5-5 102 年收容人西醫、牙醫及透析門診利用情形

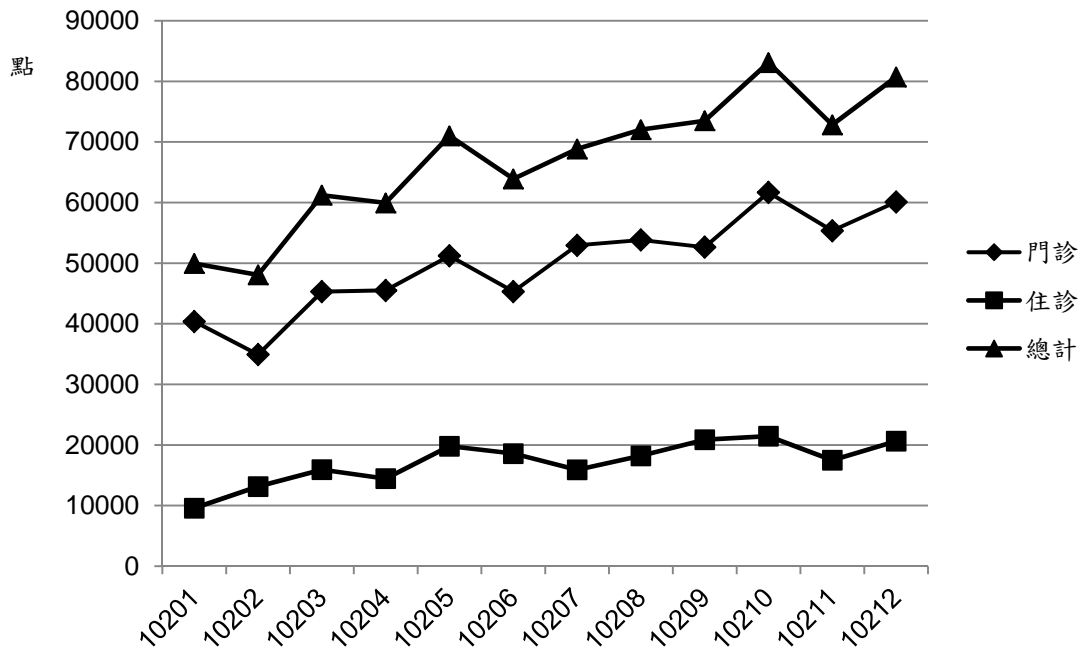
	監內西醫		戒護西醫		監內牙醫		戒護牙醫		監內透析		戒護透析	
	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)	人次	費用 (千點)
10201	50,136	29,482	1,390	3,105	3,408	4,291	77	123	68	3,294	2	68
10202	40,003	25,490	1,137	2,772	2,759	3,550	79	125	67	2,900	4	85
10203	50,603	32,319	1,534	3,927	4,182	5,575	108	177	68	3,196	7	104
10204	49,535	32,062	1,831	4,446	4,104	5,560	101	159	70	3,177	4	89
10205	54,670	36,345	1,737	4,930	4,732	6,382	104	225	68	3,259	4	71
10206	48,412	32,826	1,495	4,061	4,033	5,385	64	119	63	2,883	1	36
10207	57,079	38,326	1,771	5,010	4,802	6,220	78	177	60	3,110	4	96
10208	55,962	37,696	1,663	6,310	4,609	6,214	57	105	67	3,211	8	126
10209	53,730	36,743	1,515	6,593	4,301	5,783	69	201	67	3,055	4	78
10210	61,338	42,015	2,064	8,798	5,245	7,093	71	148	64	3,188	5	188
10211	56,189	38,963	1,836	6,022	4,948	6,583	90	164	66	3,169	7	254
10212	58,038	41,711	1,929	7,435	5,199	7,111	82	200	72	3,326	6	133
總計	635,695	423,978	19,902	63,410	52,322	69,745	980	1,923	800	37,768	56	1,329
平均成長率	2.2%	3.9%	4.6%	10.6%	5.5%	6.4%	3.1%	12.1%	0.7%	0.3%	41.6%	22.5%

資料來源：健保署

表 2-5-6 102 年收容人矯正機關內西醫門診利用情形

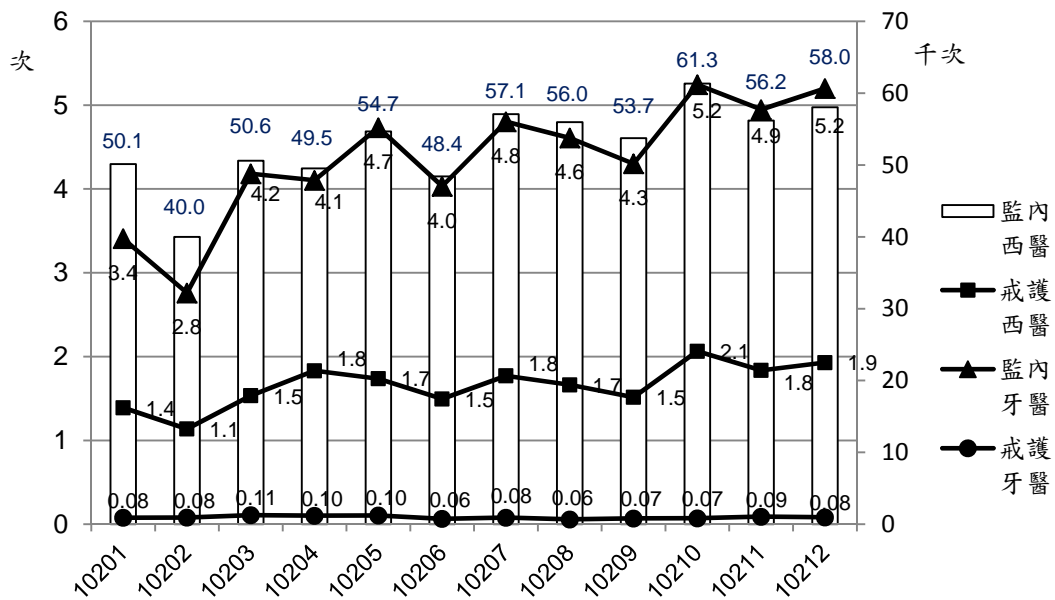
排序	科別	人次	費用（千點）
1	家醫科	188,927	109,107
2	內科	144,438	89,223
3	精神科	63,965	80,794
4	皮膚科	53,207	26,039
5	外科	33,022	17,641
6	胸腔內科	25,912	16,314
7	心臟血管內科	18,603	14,742
8	骨科	16,225	9,682
9	腎臟內科	14,647	8,441
10	消化內科	13,002	9,896
11	神經科	8,999	6,035
12	耳鼻喉科	7,569	3,970
13	感染科	7,206	5,142
14	內分泌科	7,125	6,936
15	泌尿科	6,032	3,974
16	婦產科	5,292	2,704
17	小兒科	4,254	2,491
18	神經外科	4,075	2,881
19	整型外科	3,316	1,797
20	眼科	2,898	1,355
	其他	7,785	42,584
	合計	636,499	461,747

資料來源：健保署



資料來源：健保署

圖 2-5-1 102 年各月收容人門、住診醫療費用



資料來源：健保署

圖 2-5-2 102 年各月收容人西醫及牙醫門診就醫次數

(三)矯正機關內精神醫療治療現況

1. 精神病類型：如表 2-5-7。

表 2-5-7 102 年收容人罹患精神病類型統計

精神疾病類型	人數	備註
憂鬱症	478	精神疾病收容人確診人數計 2,465 名，部分個案同時罹患不同類型精神疾病。
睡眠障礙	407	
精神分裂症	357	
焦慮症	340	
藥物性精神病	260	
精神官能症	241	
情感性精神病	191	
躁鬱症	149	
器質性精神病	137	
合 計	2,560	

資料來源：矯正署

2. 收容人精神科就醫處置項目：如表 2-5-8。

表 2-5-8 102 年收容人接受精神醫療處置項目統計

排序	處置項目	件數	占率
1	支持性心理治療	12,504	43.4%
2	生理心理功能檢查-成人	4,279	14.9%
3	精神科診斷性會談（次）-成人	4,019	14.0%
4	特殊心理治療-成人	4,008	13.9%
5	血清麩胺酸丙酮酸轉氨基酶	295	1.0%
6	血清麩胺酸苯醋酸轉氨基酶	263	0.9%
7	白血球計數	259	0.9%
8	肌酸酐、血	228	0.8%
9	全套血液檢查 I（八項）	226	0.8%
10	血色素檢查	176	0.6%
11	其他	2,541	8.8%
小計		28,798	100.0%

資料來源：健保署

3. 各矯正機關提供精神科門診服務情形：

經統計（如表 2-5-9），102 年各矯正機關精神科門診每診平均人次達 50 人次以上者計有彰化監獄、雲林監獄、高雄監獄及屏東看守所等 4 所。針對矯正機關精神科門診高求診人次情形，衛福部於 102 年 10 月 18 日及 103 年 3 月 14 日邀集健保署及矯正署共同研商，由健保署協調承辦醫院增加診次及非承辦醫院提供服務，雲林監獄、高雄監獄及屏東看守所分別於 103 年 2 月、102 年 12 月及 103 年 3 月開始酌增診次，因彰化監獄收容人多為持續規律領藥者，暫不增加診次。另請矯正機關鼓勵新收入監收容人至加開門診就醫，並對原收容人加以宣導，疏導轉介至新開設之門診繼續接受治療，期望藉由前述措施，降低矯正機關精神科門診高就診人次情形。

表 2-5-9 102 年各矯正機關提供精神科門診服務情形

機關名稱	醫療機構	門診頻率	診次	看診人次	每診平均就診人次
臺北監獄	國軍桃園總醫院	2 診/週	101	4,728	46.8
臺北監獄桃園分監	國軍桃園總醫院	1 診/週	52	793	15.3
桃園監獄	衛福部桃園醫院	2 診/週	98	3,465	35.4
桃園女子監獄	天晟醫院	1 診/週	48	1,782	37.1
新竹監獄	臺大醫院新竹分院	1 診/週	46	1,749	38.0
臺中監獄	中國醫藥大學附設醫院	7 診/週	266	4,885	18.4
臺中女子監獄	中國醫藥大學附設醫院	2 診/週	97	2,227	23.0
彰化監獄	彰化基督教醫院	1 診/2 週	24	1,233	51.4
雲林監獄	臺大醫院雲林分院	2 診/月	24	2,012	83.8
雲林第二監獄	成大醫院斗六分院	1 診/週	51	1,487	29.2
嘉義監獄	臺中榮總嘉義分院	2 診/週	115	2,324	20.2
臺南監獄	台南市立醫院	2 診/週	65	2,164	33.3
明德外役監獄					
高雄監獄	國軍高雄總院	2 診/週	52	3,044	58.5
高雄女子監獄	國軍高雄總院	2 診/週	98	2,094	21.4
高雄第二監獄	國軍高雄總院左營分院	1 診/週	52	1,938	37.3
屏東監獄	屏東醫院	3 診/月	44	1,662	37.8

機關名稱	醫療機構	門診頻率	診次	看診人次	每診平均就診人次
	屏東基督教醫院	1 診/月			
臺東監獄	衛福部臺東醫院	1 診/週	49	424	8.7
花蓮監獄	慈濟醫院花蓮分院	1 診/週	50	1,698	34.0
自強外役監獄					
宜蘭監獄	聖母醫院	2 診/週	92	2,373	25.8
基隆監獄	衛福部 基隆醫院	1 診/週	53	1,595	30.1
澎湖監獄	三軍總醫院澎湖分院	2 診/月	24	874	36.4
綠島監獄	衛福部臺東醫院	2 診/月	24	278	11.6
金門監獄					
泰源技能訓練所	馬偕紀念醫院台東分院	2 診/月	20	900	45
岩灣技能訓練所	臺東榮民醫院	2 診/月	24	364	15.2
東成技能訓練所	台東基督教醫院	1 診/2 週	15	366	24.4
明陽中學	國軍高雄總院岡山分院	1 診/2 週 (視需要)	15	53	3.5
誠正中學	台齡身心診所	1 診/週	45	354	7.9
臺北看守所	康健診所	3 診/2 週	76	2,878	37.9
臺北女子看守所	中英醫院	1 診/週	32	1,108	34.6
新竹看守所	新中興醫院	1 診/週	18	396	22.0
苗栗看守所	大千綜合醫院	1 診/週	52	972	18.7
臺中看守所	中國醫藥大學附設醫院	2 診/週	75	2,486	33.1
南投看守所	衛福部 草屯療養院	1 診/週	50	954	19.1
彰化看守所	彰化基督教醫院	1 診/2 週	25	604	24.2
嘉義看守所	臺中榮總嘉義分院	2 診/週	91	1,473	16.2
台南看守所	奇美醫院	1 診/週	48	1,065	22.2
屏東看守所	屏安醫院	1 診/月	14	808	57.7
花蓮看守所	衛福部花蓮醫院	1 診/週	47	604	12.9
基隆看守所	衛福部基隆醫院	1 診/2 週	24	253	10.5
新店戒治所	新店耕莘醫院	2 診/月	26	442	17.0
臺中戒治所	中國醫藥大學附設醫院	1 診/週	46	476	10.3
高雄戒治所	國軍高雄總院岡山分院	1 診/2 週	25	498	19.9
臺東戒治所	慈濟醫院關山分院	1 診/週	39	972	24.9
臺北少年觀護所	中英醫院	1 診/2 週	24	320	13.3
臺南少年觀護所	奇美醫院	1 診/月	6	9	1.5

機關名稱	醫療機構	門診頻率	診次	看診人次	每診平均就診人次
桃園少年輔育院	臺北榮總桃園分院	1 診/月	13	260	20.0
彰化少年輔育院	衛福部彰化醫院	1 診/週	47	442	9.4
總計			2,422	63,886	26.4

資料來源：健保署

(四)矯正機關內結核病與愛滋病防治現況

1. 矯正機關內結核病概況：101 年度於矯正機關結核病確診者計 146 位，98 年至 102 年衛生福利部疾病管制署（前行政院衛生署疾病管制局，以下稱疾管署）與各級衛生單位辦理新入監及現有收容人胸部 X 光篩檢辦理情形如表 2-5-10。

表 2-5-10 98 年至 102 年新入監及現有收容人胸部 X 光篩檢情形

年度	矯正機關 巡檢人數	巡檢發現 個案數	發現率 (每十萬人口)	全國發生率 (每十萬人口)	矯正機關/ 全國比值
98	106352	131	123	58	2.13
99	104271	122	117	57	2.05
100	100322	108	108	55	1.96
101	106528	126	118	53	2.23
102	102805	114 (估計值)	111 (估計值)	52 (估計值)	2.13

備註：

1. 資料來源：疾管署

2. 102 年確診個案統計尚未完成，故標記估計值者係以 103 年 1 月 15 日系統資料估算。

2. 矯正機關內結核病之管理與治療：103 年度起法務部依法擔負收容人健檢責任，疾管署並建議矯正署將世界衛生組織建議之「結核症狀篩檢」及身體質量指數 (Body Mass Index, 以下稱 BMI) 值計算併入矯正機關新入監健檢。對於疑似或確診個案，當地衛生局 (所) 應與矯正機關連繫，進行收案管理並訪視個案。矯正機關於個案可傳染期內，應予暫置於單人房舍，並協助個案接受治療、管理及提供都治計畫 (或

稱直接觀察治療計畫，Directly Observed Treatment Short-Course，以下稱 DOTs)服務，必要時則由衛生局(所)提供 DOTs 協助。個案具健保身分者可直接於矯正機關內就醫，其部分負擔由疾管署支付，特殊個案則戒護外醫。衛生局獲知出監，衛生所將於一個工作天內聯絡矯正機關，以利社區轉銜及個案管理。

3. 矯正機關內愛滋病篩檢概況：矯正機關與各縣市衛生局辦理新入監及年度收容人人類免疫缺乏病毒篩檢，近年通報人數如表 2-5-11：

表 2-5-11 98 年至 102 年矯正機關內愛滋病篩檢概況

年度	新收容人數	新通報陽性數	陽性率（每十萬人）
98	95,094	110	116
99	92,250	66	72
100	88,247	80	91
101	85,084	65	76
102	69,733	60	86

資料來源：疾管署

4. 矯正機關內愛滋病之治療：26 所矯正機關係由疾管署愛滋病指定醫院至矯正機關內提供感染科門診服務，15 所由非愛滋病指定醫院進監服務（收容 10 人以上 2 所、5-9 人 2 所、4 人以下 11 所），有部分就醫困難者，以戒護外醫方式辦理。凡符合愛滋病門、住診給付對象及條件者，由疾管署依法支付醫療費用，不因其為收容人之身分而不同。

(五) 矯正機關內預防保健服務提供情形：

1. 衛生福利部國民健康署（前為行政院衛生署國民健康局，以下稱健康署）提供民眾各項預防保健服務，包含：孕婦產前

檢查、兒童預防保健、成人預防保健、兒童牙齒塗氟、婦女子宮頸抹片檢查、乳房攝影檢查、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查及戒菸服務等項目，委由健保署協助辦理，並藉由健保特約醫事服務機構，提供符合受檢資格之民眾各項預防保健服務。

2. 二代健保開辦前，矯正機關收容人之預防保健服務係由各縣市衛生局以專案方式，由合作之醫療機構或衛生所進入矯正機關提供癌症篩檢服務。衛福部於 98 年起辦理「改善矯正機關醫療狀況獎勵計畫」，由衛福部基隆醫院、衛福部桃園醫院、臺中榮總嘉義分院、馬偕醫院台東分院，分別提供基隆監獄、桃園監獄、雲林監獄和泰源技能訓練所醫療服務，同時提供口腔黏膜檢查和糞便潛血檢查。99 至 101 年篩檢人次如表 2-5-12：

表 2-5-12 99-101 年收容人口腔黏膜檢查和糞便潛血檢查篩檢情形

單位：人次

年度	99 年	100 年	101 年
糞便潛血檢查	664	37	514
口腔黏膜檢查	408	1,198	2,237

資料來源：健康署

3. 二代健保實施後，全國各矯正機關皆有健保特約醫事服務機構進入提供醫療服務，同時也提供各項預防保健服務。102 年收容人接受預防保健服務情形，如表 2-5-13：

表 2-5-13 102 年收容人接受預防保健服務情形

項目	服務人次(a)	服務費用（元）	符合資格服務人次(b)	收容人服務利用率(=a/b)
成人預防保健 （第一階段）	1,531	723,140	9,523	16.08%
子宮頸抹片檢查	684	294,320	4,199	16.29%
乳房攝影檢查	110	136,950	610	18.03%
糞便潛血檢查	513	80,970	5,263	9.75%
口腔黏膜檢查	4,827	627,510	24,858	19.42%
戒菸服務	3,149	3,902,200	--	--

備註：

- 1.資料來源：健康署。
- 2.矯正機關收容人之符合資格服務人次資料來源為健保署 103 年 3 月承保資料。
- 3.矯正機關符合受檢年齡資格之納保人數由健保署提供，健康署依公式轉換符合資格服務人次：
 - (1)成人預防保健人次（40-64 歲人口數/3x1+65 歲以上人口數 x1）
 - (2)子宮頸抹片檢查人次（30 歲以上婦女人口數 x1）
 - (3)乳房攝影檢查人次（45-69 歲婦女人口數/2x1）
 - (4)糞便潛血檢查人次（50-69 歲人口數/2x1）
 - (5)口腔黏膜檢查人次（30 歲以上人口數/2x1）
 - (6)因矯正機關內吸菸成人數無相關統計數據，故利用率無法計算。
- 4.成人預防保健服務人次僅採計第一階段服務人次數。

五、收容人以保險對象身分就醫應自付之費用

（一）依法自行負擔費用（部分負擔）

- 1.於矯正機關內以健保身分就醫，依基層醫療院所（診所）層級計收部分負擔 50 元；因醫療需求須戒護外醫或急診之情形，依轉診或急診規定之部分負擔計收。住院部分負擔，依健保法第 47 條規定計收。
- 2.若矯正機關所在位置為山地離島或醫療資源缺乏地區，依得減免部分負擔之相關規定，免收或減收。

（二）其他自費

- 1.矯正機關內就診掛號費，其範圍：0-100 元（截至 102 年 10 月調查）。

2. 非屬健保給付範圍之項目，如義齒、診斷書、其他應自費之藥品、特材等。

參、遭遇困難與因應措施

為了解收容人納入健保體系後之醫療保障情形，於 102 年 4 至 5 月間，透過拜會矯正署並會同該署實地訪查北、中、南、東共 4 所矯正機關，發掘當時提供收容人醫療服務於實務面臨之執行困難，嗣經與相關行政機關共商，已逐步協調解決，目前納保作業與醫療服務提供均堪稱順暢。此一過程中曾發現之困難與因應措施略述如下：

一、遭遇困難

(一)收容於矯正機關之保險對象層面

1. 因經濟困難無力負擔部分負擔、掛號費，影響就醫意願

收容人納保前，矯正機關內醫療係由政府免費提供，收容人就醫不需繳納費用；二代健保實施，收容人納保後，依規定收容人就醫需繳納部分負擔費用。對於本身經濟困難且無勞作金或保管金等收入之收容人，自付健保部分負擔與掛號費之費用，可能會影響收容人就醫意願，有無造成其就醫障礙，值得關注。

2. 因診次有限或限制掛號數因素，產生就醫等待期

過去矯正機關內提供之公費醫療多以一般科為主，健保醫療資源投入後，其他科別亦進入提供服務，初期因醫療服務類別增加的因素，過去未能於矯正機關內提供服務之醫療科別（如皮膚科、牙科等）需求量大，復以每周診次有限，致產生就醫等待期；又部分矯正機關地處偏遠，因當地網路流量與設備受限，無法提高資料傳輸量，亦為無法提高每診

就診人次之特殊原因。惟承作院所提供之分科醫療服務與形態，有別於以往公醫大多僅提供一般科之服務方式；其對醫療品質之提升而論，自不待言。因而承作院所發展適合於矯正機關不同就醫需求之服務型態，應是未來努力方向。

3. 收容人預防保健利用率低

依健康署統計，102 年矯正機關內符合受檢條件之收容人，其接受預防保健（含成人預防保健、子宮頸抹片檢查、糞便潛血檢查及口腔黏膜檢查等）情形，皆較一般健保保險對象服務利用率為低。

(二) 承作之特約醫療院所層面

1. 場地租金增加承作之成本

承作團隊進入矯正機關提供醫療服務初期，矯正機關依據財政部國有財產署「國有公用不動產收益原則」，向承作團隊收取場地使用費，其理由為至矯正機關提供醫療服務係屬國有公用不動產內之營利行為。惟承作團隊進入矯正機關提供醫療服務，實為讓收容人在矯正機關內即能獲得適當之醫療，與一般承租場地之營利行為自不相同，故為降低承作院所之負擔，先由各矯正機關與承作團隊進行協調，降低場地租金費用，並由矯正署向財政部國有財產署及法務部函請解釋，突破前開法令規範與解釋之限制，尋求免收場地租金之作法。

2. 部分經濟困難收容人積欠醫療費用（部分負擔、掛號費），承作醫療院所可能須自行吸收

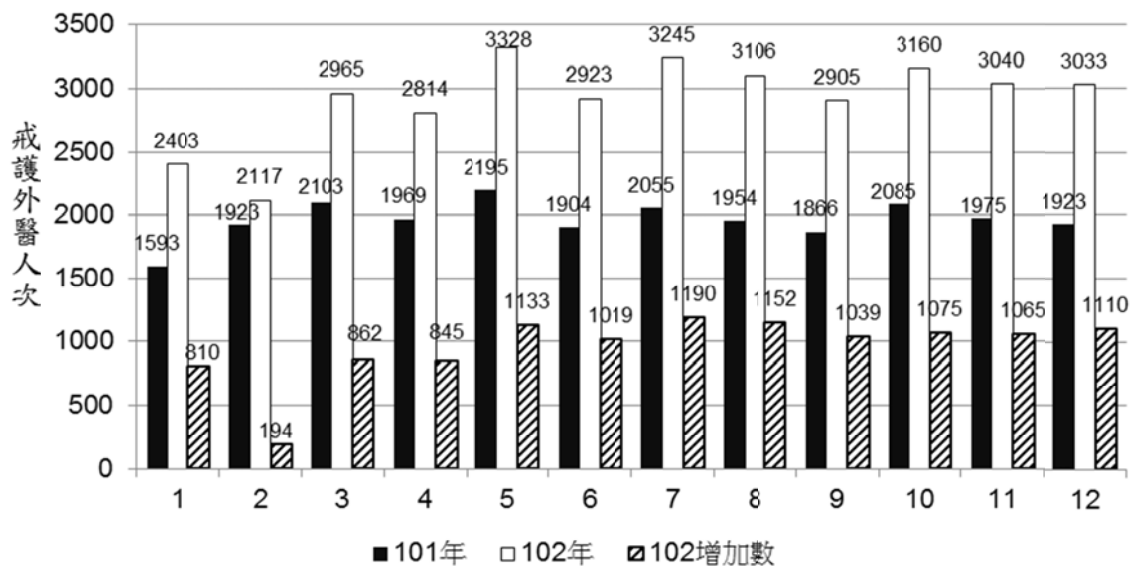
各矯正機關收容人之類型、刑期差異甚廣，部分矯正機關反映收容人由於本身經濟狀況不佳（如無家屬提供之保管金）或因屬於羈押期間，無法至工場勞作獲取勞作金等情形

，已陸續發生有收容人無力繳納部分負擔、掛號費或非健保給付項目等需自行繳納費用之情形。收容人積欠醫療院所費用之比率，依健保署 102 年 11 月調查結果顯示，102 年 1 月至 9 月欠費約占應收款的 8.4%（視矯正機關型態而異，因看守所內收容人流動率高，積欠比率較高）。

（三）矯正機關管理層面

1. 戒護外醫人力負荷沉重

（1）收容人納入健保，以保險對象身分就醫後，基於尊重醫療專業，經醫師診斷無法於矯正機關內為適當之醫療者，由矯正機關辦理戒護外醫，致戒護外醫人數大幅提高（101 年及 102 年同期之戒護外醫人數比較，如圖 2-5-3），已造成矯正機關內戒護人力之壓力與負擔。



資料來源：矯正署

圖 2-5-3 101 年及 102 年同期之戒護外醫人數比較

(2)其原因主要為矯正機關內現有設備不足（如超音波、檢驗儀器、牙科 X 光機），收容人於進行相關醫療時，須採戒護外醫進行檢查、檢驗。

2. 藥品餐包調劑與提供就醫資料備份保存於矯正機關，有賴承作之醫療院所協助配合

(1)為利收容人之用藥安全與藥品管理之需求，仍需保險人協調承作團隊，儘量朝向提供藥品餐包服務或釋出處方之方向努力。

(2)矯正機關為達到收容人整合醫療照護與移監等之需求，需承作團隊配合製作就醫紀錄備份留存於矯正機關內。

3. 法務部經費有限，購置醫療設備之預算無法充分滿足矯正機關需求。

因應二代健保實施，法務部已為收容人增編保險費補助款，若需再編列充實矯正機關內部醫療設備之預算，按目前政府財政狀況，尚有困難。

(四)行政協調層面

愛滋感染收容人分散於不同矯正機關內收容，且若承作團隊非為愛滋病指定醫院，不易尋求其他愛滋病指定醫院協助，戒護負荷亦重。

1. 當承作醫療團隊非為愛滋病指定醫院時，須以戒護外醫方式提供收容人愛滋病相關治療，惟矯正機關反映此舉將增加戒護成本及管理風險。
2. 愛滋感染收容人分散收容於各矯正機關，未予以集中。對於矯正機關內愛滋感染收容人少者，指定醫院開診不敷成本，無意願至矯正機關內提供照護；部分獲得鄰近愛滋病指定醫

院同意協助承作醫院支援愛滋病醫療者，亦有面臨其不願辦理申報醫療費用等行政作業之情況。

二、因應措施

(一)協調承作院所調降掛號費

因掛號費屬各醫療院所之行政費用，其收取數額不一。考量收容人屬經濟弱勢，健保署已採取行政協調方式，請承作團隊調降偏高之掛號費，目前各承作團隊收取之掛號費範圍均介於 0-100 元之間。

(二)訂定「全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知」

由於矯正機關功能之特殊性，其相較一般收容處所更為封閉，收容人納保後，外部醫療資源投入，面對醫師可能傾向在矯正機關內保守治療，常建議戒護外醫，或醫師依收容人要求開立藥品，以及可能因不熟悉矯正機關內部矯治作業，而對其內部管理造成衝擊等情況，矯正署與健保署為取得矯正機關管理面之需求與醫療專業上之平衡，業共同研訂「全民健康保險提供矯正機關醫療服務作業須知」，分別規範承作醫療團隊、矯正機關（包含對收容人之規範）及雙方應行配合之事項，以提升本項醫療服務之作業管理效能。

(三)持續輔導承作團隊提供藥品餐包調劑服務

配合矯正機關內門診藥品須以餐包提供，102 年透過健保署各分區業務組協調所屬分區承作團隊，以醫療院所釋出處方箋、與鄰近特約藥局合作等方式，持續輔導承作團隊提供藥品餐包調劑服務。103 年起，已調整矯正機關內門診藥事服務費，以反應提供藥品餐包之成本。

(四)持續協調與調整矯正機關內門診之科別及診次

透過健保署各分區業務組持續與矯正機關及承作團隊溝通，以協調並調整於矯正機關內門診之開診科別與診次，期使醫療需求與提供達到平衡，妥善使用醫療資源。

(五)辦理矯正機關醫療觀摩

各矯正機關醫療情況，或因所處地點、收容人疾病特性、承作團隊屬性等因素，整體醫療作業方式、服務品質與配合度，尚有改善的空間。矯正署已分別於 102 年 8 月 23 日、102 年 8 月 30 日及 102 年 9 月 5 日辦理臺北監獄、嘉義監獄及宜蘭監獄等 3 所監獄分組觀摩會，並請健保署相關分區業務組協辦，提供各分區矯正機關、承作團隊相互學習取法、溝通交流的機會，以持續強化醫療服務之合作與提供。

(六)同意免向承作團隊收場地租金

經矯正署函請法務部同意將承作團隊提供矯正機關收容人健保醫療之事項，適用國有財產法第 11 條，認屬矯正機關直接管理使用範疇，尚無「國有公用不動產收益原則」規定之適用，並依財政部國有財產署建議，於雙方約定中明定矯正機關負有無償提供房地之義務，並載明房地標示及範圍。矯正署已於 102 年 9 月 26 日以法矯署勤字第 10205003610 號函，通函各矯正機關依前開認定結果辦理。

(七)愛滋病監內愛滋門診與戒護外醫協商情形

1. 疾管署業於 102 年 11 月 13 日召開「矯正機關收容對象之愛滋照護服務研商會議」，邀集矯正署、健保署、矯正機關健保承作團隊及愛滋病指定醫院，為感染者之收容人研商合作入監提供愛滋醫療服務，改進二代健保後尚有部分愛滋感染收容人（約占總愛滋感染收容人之 5%）需戒護外醫之窘況。

2. 會議結論建議：

- (1)請矯正機關儘量尋求愛滋病指定醫院之協作，及集中收容於能提供愛滋監內門診之矯正機關，俾使收容人能依法接受愛滋病指定醫院提供之診療，顧及醫療照護品質，保障收容人平等就醫權益。
- (2)對於已與愛滋病指定醫院合作提供監內 HIV 門診，且兩造協商合意提出擬代為申報者，疾管署原則同意，健保署亦表示承作團隊經報請疾管署核備後，在技術上同意配合，惟截至 102 年底並無向疾管署申請核備之院所。
- (3)關於矯正機關內感染人數較多且反映實際困難的基隆監獄（含看守所），經協調後已由基隆長庚醫院（愛滋病指定醫院）簽訂愛滋醫療合約，自 103 年起由其提供監內愛滋照護門診服務；新店戒治所因收容人數較少，103 年續與雙和醫院合約，採戒護外醫方式辦理，經洽醫院表示，截至目前配合尚可，無窒礙之處。
- (4)其餘 8 個案零星分布於 4 個矯正機關者，考量愛滋病指定醫院提供監內門診確實有成本之考量，仍暫依現行戒護外醫方式辦理或待矯正機關將其集中收容。

(八)鼓勵承作院所投入資源，減少收容人戒護外醫

健保署除持續監控以確保矯正機關內門診服務適時且適當，103 年起更額外支付基本承作費，以前一年度矯正機關內門診核定金額之 3-5%為原則，鼓勵承作醫療團隊積極投入醫事人力與醫療設施（如牙科 X 光機等）長期經營，提供適宜之矯正機關內門診服務，加強減少戒護外醫之措施，確保並提升矯正機關收容人醫療照護品質。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、續行研議建議

健保醫療給付服務進駐矯正機關後，雖已初步達到改善矯正機關醫療服務資源之具體績效，然收容人之醫療利用是否尚須強化，健康情況是否因此獲得具體之改善，仍待較長時間之觀察與實證資料分析。其次，在預防保健服務提供上，因其不具急迫性，收容人利用情形雖已較納入健保前提升，但仍較一般民眾低，有待採行適當的措施，加以提升。

二、改革方向之建議

- (一)收容人納保後，醫療需求已獲得更全面的保障，部分實務運作之困難，近一年來，透過行政協調多已解決。基於目前納保作業與醫療服務提供均堪稱順暢，且避免政策更迭影響收容人醫療權益，建議維持現行運作機制並持續觀察。
- (二)對於現階段仍待克服的困境，建議透過支付誘因，鼓勵醫療團隊充實在矯正機關內提供醫療所需設備，並建議法務部能編列充足預算，用以改善矯正機關內醫療設施及設備，一方面能改善醫療服務，同時也有助於降低矯正機關戒護人力負擔。

伍、結語

參據世界各先進國家之經驗，收容人之健康保障皆為國家的責任，也是維護人權之實踐，此為國際主流的價值。二代健保將收容人納入健保體系，由國家編列預算負擔其保險費，為過去公費醫療責任之轉換。

實施一年來，透過衛生與矯正主管機關的共同協調與合作，及健保署為提供收容人醫療服務所做之各項努力，已可謂大幅提升其醫療保障，矯正機關內不但因為健保醫療之進駐及各項公共衛生服務之提供，解決了長期醫療資源缺乏之問題，使收容人獲得更全面性且兼顧專科需求的照護外，亦已大幅降低收容人戒護外醫之經濟負擔；然而，收容人健康狀況仍受限於居住環境、經濟能力等因素，醫療設備亦仍亟待充實。

雖於二代健保實施初期，已顯見健保醫療資源投入於矯正機關之績效，但未來仍需透過較長時間之觀察及實證分析，方能了解收容人醫療利用是否尚須強化，其健康情況，是否確因收容人納入健保醫療體系照護而獲得具體改善，並透過加強預防保健等健康促進之積極作為，以確實提升整體收容人之健康。

第六章：補充保險費議題

摘要

一、議題現況

二代健保保險費之收取採雙軌制，除既有之一般保險費外，另針對過去未列入費基之 6 項所得或收入（高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入），計收補充保險費。保險對象之補充保險費，係由扣費義務人針對單次給付達一定金額者予以扣取；投保單位方面，則針對每月支付薪資所得總額超過其受僱者當月投保金額總額之部分，由其自行計繳補充保險費；102 年度補充保險費共收取了 331 億元。整體而言，102 年度健保財務已獲得進一步之改善，各界對相關制度之檢討改革有了更高的期待。

二、檢討結果

（一）保險對象方面

補充保險費採就源扣費且不結算之制度，固然具有扣繳簡便的優點，但也有實務面及制度面問題需予克服。衛福部及健保署雖已儘可能透過行政措施解決，但礙於法令限制，仍面臨下述困難：

1. 依單次給付金額計費，具規避保險費之誘因，且實務給付樣態多，認定常有模糊空間，易生爭議。
2. 在單筆給付上、下限之規範下，負擔金額可能會受給付筆數之影響，導致總所得相同者保險費負擔卻可能不同。
3. 因類目不同而有不同免計收補充保險費之規定，例如：專門職業及技術人員（以下稱專技人員）自行執業者之執行業務收入、職業工會會員之薪資所得與執行業務收入，皆因與一般保險費

費基重疊而予免除。非依其所得計繳一般保險費之第三類、第四類與第六類被保險人及以眷屬身分加保者，卻無法適用，而有雙重負擔之疑慮，其中兼職所得計費可能增加弱勢民眾之負擔更備受關注。

（二）投保單位方面

補充保險費制度有助於改善過去企業因薪資結構不同而有不同保險費負擔之不公平狀況，且兼職者薪資給付納入計費的做法，不論從員工權益保障、企業間負擔公平及健全健保財務等面向考量，亦屬合宜，惟仍有下述待解決之問題：

- 1.部分投保單位雖僱有員工，或雇主自行支薪，但未於該單位辦理員工加保，致無第一類第一目至第三目被保險人，而無法適用健保法第 34 條的規定，易成為企業規避健保費之管道。
- 2.按月計費致使總薪資超過總投保金額之月份須負擔補充保險費，但總薪資低於總投保金額時卻無法抵扣，有合理性疑義。

三、政策建議

（一）近期可先研議年度結算機制之可行性

補充保險費採逐筆就源扣費且不結算之方式，所引發的公平性質疑，以及投保單位按月計費之合理性疑義，透過修法納入結算機制，並配合酌修計費基礎與計費方式，多數問題即可獲得解決；惟結算亦有其限制及問題，規劃時應有嚴謹的評估與因應策略。

（二）長期應持續研議更穩健之財務制度

補充保險費制度固可解決現行的相關問題，然未來在人口老化、經濟成長趨於穩定後，應思考如何進一步擴大計費基礎，提高計費上限，並研議更健全的保險費徵收制度；惟被保險人職業類目保留與否，牽涉的問題複雜性極高，有待未來更審慎周全之

規劃。

(三) 雇主之保險費收繳方式應朝負擔一元化改革

未來可研議繼續擴大計費範圍，並整合一般與補充保險費，將雇主支付之薪資所得，皆以一般保險費方式收取，以杜絕現制爭議。

壹、前言

全民健保財務制度原係以經常性薪資所得，作為保險費計算基礎；但經常性薪資所得，僅占綜合所得的 6 成左右，因此薪資所得者承擔較多全民健保財務責任。為了提升保險費負擔之公平性，原規劃之二代健保，係將計費基礎，由個人之經常性薪資，擴大為家戶總所得，俾能充分利用綜合所得稅資料以達量能負擔精神。

然而，該方案雖具理想性，卻因家戶的定義，特別是眷屬的定義，在健保法及綜合所得稅中並不一致；且未有所得者需設算所得，俾便據以徵收保險費，對相關議題社會各界無法達成共識。在立法院黨團協商過程中，有多位委員認為該方案架構於綜合所得稅之基礎，可能因結算時點落後、且家戶組成變動頻繁，導致財源不穩定；另無所得資料者之比例極高，無法明確區辨其實際經濟能力，致基本保險費之訂定方式易有爭議。為減輕改革方案對社會之衝擊，並考量可行性，立法院國民黨黨團乃提出採「補充保險費」之修正動議。

補充保險費制度，顧名思義係維持既有財源基礎及保險費計收方式，再針對可以掌握，但未列入計費之高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入等六項所得（收入），以就源扣繳、免除事後結算之簡化流程，計收補充保險費，以收擴大費基及提升負擔公平性之效。換言之，係將保險費之計費基礎擴大至 9 成以上的綜合所得，使所得相同者之保險費負擔儘可能相近，以強化社會保險量能負擔之精神。全案於 100 年 1 月 4 日經立法院三讀通過，同年 1 月 26 日總統修正公布，行政院於 101 年 10 月 9 日發布自 102 年 1 月 1 日施行。

貳、實施現況與重要成果

一、相關法令

以下針對規範補充保險費之健保法、健保法施行細則、全民健康保險扣取及繳納補充保險費辦法(以下稱扣繳辦法),擇要說明如下。

(一) 健保法

1.第 31 條：

第一類至第四類及第六類保險對象有下列各類所得，應依規定之補充保險費率計收補充保險費，由扣費義務人於給付時扣取，並於給付日之次月底前向保險人繳納。但單次給付金額逾新臺幣一千萬元之部分及未達一定金額者，免予扣取：

- (1)所屬投保單位給付全年累計逾當月投保金額四倍部分之獎金。
- (2)非所屬投保單位給付之薪資所得。但第二類被保險人之薪資所得，不在此限。
- (3)執行業務收入。但依第二十條規定以執行業務所得為投保金額者之執行業務收入，不在此限。
- (4)股利所得。但已列入投保金額計算保險費部分，不在此限。
- (5)利息所得。
- (6)租金收入。

扣費義務人因故不及於規定期限內扣繳時，應先行墊繳。

第一項所稱一定金額、扣取與繳納補充保險費之方式及其他應遵行事項之辦法，由主管機關定之。

2.第 34 條：

第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及前條比率計算應負擔之補充保險費，併同其依第二十七條規定應負擔之保險費，按月繳納。

(二) 健保法施行細則（第 55 條）：

健保法第三十四條所稱薪資所得總額，指符合所得稅法第十四條第一項第三類所定薪資所得規定之所得合計額。

(三) 扣繳辦法：

1.各類所得及收入之定義（第 3 條）：

獎金：符合所得稅法第十四條第一項第三類規定應納入薪資所得項目，且未列入投保金額計算之具獎勵性質之各項給予，如年終獎金、節金、紅利等。

薪資所得：指所得稅法第十四條第一項第三類所稱之薪資所得。

執行業務收入：指所得稅法第十四條第一項第二類所稱執行業務者之業務或演技收入。

股利所得：指所得稅法第十四條第一項第一類所稱公司股東所獲分配之股利總額。

利息所得：指所得稅法第十四條第一項第四類所稱之利息所得。

租金收入：指所得稅法第十四條第一項第五類第一款所稱之租賃收入及第二款所稱之租賃所得。

前項所得及收入，以現金、票據、股票及可等值兌換現金之禮券為限。如為股票或外國貨幣，其價格或兌換率，依所得稅法相關規定辦理。

2.一定金額（扣繳辦法第4條）：

除獎金為四倍投保金額外，其餘為單次給付達五千元。

特殊情況：

- (1)提高弱勢族群兼職薪資所得之扣費門檻至基本工資：兒童及少年、中低收入戶、中低收入老人、領取身心障礙者生活補助費或勞工保險投保薪資未達中央勞工主管機關公告基本工資之身心障礙者、在國內就學且無專職工作之專科學校或大學學士班學生（含研究生）及符合健保法第一百條所定之經濟困難者。
- (2)單筆利息達二萬元由銀行扣繳，五千元至未達二萬元者，銀行得併於次年一月三十一日前造冊，彙送健保署統一收取。
- (3)股利所得（包含現金股利與股票股利，扣繳辦法第七條），由扣費義務人於撥付現金股利時，扣取補充保險費，如扣取不足或無現金可供扣取時，由健保署於次年開單收取。

二、執行情況

二代健保實施後，於維持既有之保險費收取方式下，另針對過去未列入一般保險費計費基礎之6項所得或收入（高額獎金、兼職薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入），以收取補充保險費之方式，將其納入計費範圍，掌握之費基由過去僅占綜合所得6成左右，自此得以擴大至9成以上。此外，為強化政府之財務責任，二代健保新增政府整體經費負擔比率於扣除其他法定收入（菸品健康福利捐、公益彩券盈餘分配收入等）後不得低於36%之規範（

較過去增加 2%以上)，衛福部每年須就未達法定下限之差額，編列預算予以補足。

有了這些新的財源挹注，一般保險費費率得以有調降空間，由施行前之 5.17%調降為 4.91%；致個人或企業的一般保險費負擔均可減輕。而在補充保險費方面，保險對象若無應計收補充保險費之相關所得（收入），或金額偏低致未達計費標準者，保險費負擔得以較過去減輕。而有該等所得（收入）者，若金額不高，被扣取之補充保險費額度有限時，整體保險費負擔未必較以往增加。若須計收補充保險費之所得（收入）偏高時，則其須承擔較高之保險費責任，俾使所得相同者之保險費負擔趨近。在投保單位方面，亦秉持相同的精神，於全面調降一般保險費後，各單位每月支付之薪資所得總額若有超過投保金額總額之部分，須另行計繳補充保險費，使支付薪資總額相同之企業，其保險費負擔得以趨近，以改善過去因薪資結構不同，企業有不同保險費負擔之不公平狀況。

無論是保險對象或是投保單位，皆已透過補充保險費制度之施行，使二代健保「擴大計費基礎、提升負擔公平性」之立法目標得以落實。且至 102 年 12 月底止，累計保險財務之結餘已達法定安全準備之規定，整體財務狀況尚稱穩健。茲將截至目前為止之補充保險費收繳狀況說明如下：

(一) 收繳情形

表 2-6-1 102 年度補充保險費實際收繳金額

單位：億元

類別 年/月	投保單位 (雇主) 負擔	保險對象負擔							合計
		獎金	兼職薪資所得	執行業務收入	股利所得	利息所得	租金收入	小計	
保險費合計	166.30	32.53	18.22	6.19	72.24	12.56	23.20	164.94	331.24
占率 (保險對象)		19.72%	11.05%	3.75%	43.80%	7.61%	14.07%	100.00%	
占率 (整體)	50.21%	9.82%	5.50%	1.87%	21.81%	3.79%	7.00%	49.79%	100.00%

註：本表係統計 102 年 1 月 1 日二代健保實施日至 102 年 12 月 31 日止補充保險費實際收到之金額。

(二) 收繳分析

截至 102 年 12 月 31 日，補充保險費實收金額約 331.24 億元，整體收繳狀況已達預期水準。

1. 投保單位負擔之補充保險費：

102 年來自投保單位之補充保險費共計 166.30 億元，占總補充保險費收入之 50.21%。

2. 保險對象負擔之補充保險費：

另同期來自保險對象之補充保險費為 164.94 億元，占總補充保險費收入之 49.79%。在 6 個項目中，以來自股利所得者最多，達 72.24 億元，占保險對象總收入之 43.80%；其他依序分別為獎金 32.53 億元(占 19.72%)、租金收入 23.20 億元(占 14.07%)、兼職薪資所得 18.22 億元(占 11.05%)、利息所得 12.56 億元(占 7.61%)、執行業務收

入 6.19 億元（占 3.75%）。來自執行業務收入之金額最低，主要與以該等收入為主之專技人員、自營作業者，皆以該等所得為投保金額計繳一般保險費，無須再就執行業務收入扣取補充保險費有關。

另，保險對象之獎金與兼職薪資所得，與投保單位應負擔補充保險費之計費基礎一樣，皆屬未計入一般保險費投保金額之薪資所得。惟源自獎金與兼職薪資所得之補充保險費合計額，顯著低於投保單位負擔之金額。主要是計算補充保險費時，投保單位須就薪資支付總額與投保金額總額之差額全數納入計費基礎；而保險對象不僅獎金有 4 個月之免扣額度，兼職薪資所得單次給付低於一定金額（5 千元或基本工資，視身分而定）亦免扣取，且第二類及第五類被保險人之薪資所得無需扣費，故薪資屬性之補充保險費，投保單位負擔顯著高於保險對象。

參、遭遇問題與因應措施

一、保險對象方面

（一）相關議題

1. 整體性問題：

（1）以「單次給付」為扣費基礎，衍生諸多執行上的問題及公平性爭議：

依健保法第 31 條規定，有應扣取補充保險費之各類所得（或收入）時，由扣費義務人於「給付時」扣取，但單次給付金額逾新臺幣 1 千萬元之部分及未達一定金額者（現制為 5 千元），免予扣取。此簡化扣繳之立

意良善，惟實務上給付樣態繁多，難免衍生疑義：

(A)單次給付難以認定，例如：數筆資料合併支付或給

付單位延遲撥付時，單次給付之認定有模糊空間，

不僅扣費義務人迭有疑義，且易與民眾產生爭執。

(B)民眾刻意拆單拆筆，以降低每筆支付金額，導致扣

費義務人增加許多行政成本。

(C)因未達扣費標準而免扣之總金額會受給付筆數影響，

致總所得相同者，保險費負擔可能不同。

(2)僅有單筆上限金額，無全年繳費上限之規定，所得能力與保險費繳交狀況未必一致：

補充保險費是以單筆計費，且計費上限金額為 1 千萬元。若有單筆 5 千萬元之所得，因僅採計 1 千萬元，其負擔將會是 5 筆 1 千萬元所得者之 1/5；導致所得相同保險費負擔卻有明顯差異的情況。

(3)一般保險費與補充保險費費率不同：

一般保險費費率為 4.91%；受僱者負擔比率為 30%，因此實質負擔率為 1.47%（ $4.91\% \times 30\%$ ）。但若為兼職薪資所得，則費率為 2%。同樣屬薪資所得，卻因支付來源不同（投保單位與非所屬投保單位）而有不同負擔。

(4)各類目免扣取補充保險費規定不一，造成負擔不一致：

一般保險費與補充保險費之部分費基重疊，爰部分類目被保險人已計費所得可免除計收補充保險費，然部分非以所得能力計收一般保險費者，卻無法免除扣費，導致水平負擔公平性飽受質疑。最顯著例子是第二類被保險人，因其投保金額之範圍涵蓋薪資所得與執行業務

所得，故規定其該二項所得全數免扣補充保險費；相較之下，第三類及第六類被保險人，雖已繳交了一般保險費，但若有任何兼職薪資、執行業務、股利、利息、租金等所得（收入），皆須另外再扣取補充保險費。另，以眷屬身分投保者，亦有類似問題。

2.各類所得（收入）問題：

(1)獎金：

(A)雖已規定係指具獎勵性質且未納入投保金額之薪資所得，但「具獎勵性質」之定義，容有解釋空間，致衍生執行上之爭議。

(B)月之投保金額皆可能變動，致獎金之累計與其比對不易，和由健保署逕行開單繳費之模式相較，明顯增加企業的行政負擔。

(2)非所屬投保單位給付之薪資所得（兼職所得）：

(A)有一定雇主之受僱者，其未納入投保金額計算應扣取補充保險費之獎金，有 4 個月之免扣費額度；而單次給付之兼職薪資所得達 5 千元者，即須全額計收補充保險費。

(B)為減輕經濟弱勢民眾（如兒童、少年...等）之負擔，其兼職薪資所得單次給付扣費門檻，提高至基本工資，導致不同對象有不同免扣費標準，造成扣費義務人認定上之困擾。

(3)執行業務收入：

(A)專技人員自行執業者及職業工會會員，無論執行業務收入金額多寡，皆無需就未計入投保金額之相關收入負擔補充保險費。

(B)以收入額為計費基礎，與財稅資料是以扣除成本及費用後之所得額計稅不同，導致實質費率較其他所得為高。

(4)股利所得：

(A)股利所得係屬所得稅法上之營利所得，後者尚包含：合作社社員所獲分配之盈餘總額、合夥人應分配之盈餘總額及獨資事業所得之盈餘總額，惟皆未納入補充保險費之計費基礎。

(B)執行業務收入與股利所得皆有已計入投保金額而免扣費之相關規定；然以執行業務所得為投保金額者，免再就執行業務收入計收補充保險費；但以營利所得為投保金額者，僅能就已納入投保金額之額度免除。

(5)利息所得：

(A)一般民眾可拆單規避保險費，但領取優惠存款利息之退休軍公教人員，因受制於其他規定致無法拆單；此外，領取一次退休金和月退休金者間之實質所得差距，會進一步拉大。

(B)利息所得若達 5 千元但未達 2 萬元者，銀行得不就源扣費，然而民眾後續還要自行持單繳款，未必方便。

(6)租金收入：

(A)二代健保開辦前已開出全年房租支票，然而出租人不願配合換票或支付補充保險費者，責任將全落在承租人身上，且易導致出租人與承租人間關係緊張；外界建議可改由健保署開單或是出租人自行繳納。

(B)租金繳付之金額及時間多屬固定，卻要每月列印補充保險費繳款單；另出租人為規避保險費而要求縮短付款期間；凡此皆增加扣費義務人之行政成本。

(C)以原始收入額計算保險費，無法扣除必要成本，與財稅資料中之所得額不符，且實質費率較高。另出租人是否需負擔保險費，會因承租人是否為扣費義務人而有不一致之作法。

(二) 健保署執行上之困難

1.單次扣繳樣態複雜，認定不易：

因民間交易行為多元複雜，且各項所得之給付條件亦不盡相同，故各項補充保險費對單次給付之認定難有一致標準，不易同時兼顧情、理、法，執行上易生爭議。

2.相關法規對權責規範仍有不足：

(1)對於不可歸責於扣費義務人之狀況，未有充分之補救措施，亦無免責之規定，引起扣費義務人反彈。

(2)目前就扣費義務人未申報，或不實申報扣費明細，未訂有罰則；且免扣取補充保險費之所得，免予申報；以致難以對扣費義務人怠於申報、申報不實或未依法扣取補充保險費之行為加以規範。

(三) 已採行措施

1.對於不可歸責於扣費義務人之特殊情況，由健保署輔導所得人善盡保險費負擔之責任：

例如二代健保實施前已開立房租支票但出租人堅持不願換票或另行負擔保險費；或扣費義務人無現金可扣之爭議案件，由健保署發函出租人等所得者，說明相關規定並提醒其善盡保險費負擔之責。

2.透過實務認定方式解決：

- (1)針對給薪單位與投保單位不一致，造成同一所得須同時扣取一般及補充保險費，以及給薪單位無投保金額可扣取之情況，由健保署就個案輔導使給薪單位及投保單位一致化。
- (2)應給付之所得，因故延遲至 102 年 1 月 1 日二代健保實施之後才給付，致產生須扣取補充保險費問題。基於補充保險費為「給付時扣取」之原則，民眾如有 101 年以前應收之所得（或收入）於 102 年二代健保實施後才取得，亦需依法扣取補充保險費。惟如為二代健保實施前應給付之所得，因爭議致相關法律權利義務待一定法定程序確定，遲延至二代健保實施後給付者，經出具司法單位、主管機關、依法成立之調解委員會等單位之裁判書、調解書、仲裁判斷書等正式文書時，得免予扣取補充保險費。

二、投保單位方面

（一）相關議題

1.社福團體因執行政府委託或補助計畫而新增補充保險費負擔：

二代健保實施以來，一般保險費率雖已由 5.17%調降為 4.91%，但在實務運作上，仰賴兼職人力較多之社會福利團體，會有補充保險費負擔較重之現象，爰多次反映，因執行政府委託或補助計畫而衍生之投保單位應負擔之補充保險費，將增加其額外負擔，希望政府提供協助。

2.給薪單位與投保單位不同，致已納入投保金額之薪資所得另

須扣取補充保險費：

同一機關基於區別身分或作業處理需要，成立多個投保單位時，由於給薪與加保之單位不同，導致投保單位之保險費負擔增加。另以總機構與分支機構型態經營之企業，若機構內員工之投保單位與支付薪資之扣費義務人不相同時，亦有保險費計繳上之差異。

3. 雇主年度給付之薪資總額與投保金額總額相同，仍須負擔補充保險費：

(1) 投保單位應負擔之補充保險費係按月計算，即使全年支付員工之總薪資所得與總投保金額相同，亦可能因部分薪資調整於三節發放或調整投保金額生效月份遞延等因素，無法將薪資所得平均分配於各月份，致使總薪資超過總投保金額之月份須負擔補充保險費，但總薪資低於總投保金額時卻無法抵扣，產生合理性與負擔公平性之疑義。

(2) 採現金給付觀念，但是薪資所屬期間與發放時點往往有落差，例如 6 月份發放 5 月份的薪資，而須與 6 月份的投保金額取差額計算保險費。

4. 按月計算並繳納保險費不符成本效益：

(1) 部分投保單位薪資給付與投保金額之間幾無差異，應繳納之補充保險費金額甚少，卻仍須按月申報繳納，不敷行政成本，建議訂定繳費下限金額或是採用年度結算方式處理。

(2) 薪資定義既然與財稅資料一致，配合年度所得稅扣繳資料處理，可避免個別疏漏，亦可減輕投保單位之行政成本。

5.雇主保險費責任非僅限全職受僱員工：

外界有人認為，健保法第 34 條之立法原意應為，雇主就員工未納入投保金額之薪資部分，負擔補充保險費；但目前的解釋卻是全部薪資給付，減除受僱員工之投保金額總額後，皆需納入計費基礎。亦即只要有薪資給付，無論對象是否為受僱之員工，皆應對該薪資給付負擔保險費。因此，對這樣的做法，認為有疑義。

(二) 健保署執行上之困難

部分投保單位雖有支付薪資，卻未有員工於該單位加保，無法適用投保單位應負擔補充保險費之規定：按健保法第 34 條規定，第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，每月支付之薪資所得總額逾其受僱者當月投保金額總額時，應按其差額及 2% 之補充保險費率計算應負擔之補充保險費，按月繳納。若投保單位雖有僱用員工（全職或兼職），或雇主自行支薪，但未於該單位辦理員工加保，致無第一類第一目至第三目被保險人，而無法適用前開規定，易成為企業規避健保費之管道。

(三) 已採行措施

1.社福團體因執行政府委託或補助計畫而新增補充保險費負擔，由政府提供協助：考量社福團體係分擔政府辦理社會福利事業之責任，為確保由其執行之業務得以順利推展，政府決定提供協助，並向行政院申請動支第二預備金支應。行政院已於 102 年 4 月 30 日核復，社福團體如因接受政府委託或補助計畫而增加保險費負擔，由各機關於年度預算調整支應，倘預算執行經費確有不敷，再由各機關循程序報請動支第二預備金；未來年度則納入經費需求考量。

2.透過實務認定方式解決：

- (1)若企業有給薪月份與投保金額月份不一致，而向健保署提出異議時，可由健保署依所定標準自行就個案予以認定處理。
- (2)以總機構與分支機構型態經營之企業，如果薪資所得由機構內非健保投保單位發放時，應與機構內之健保投保單位合併計算投保單位應負擔之補充保險費（健保法第34條），並按該薪資之所得屬性，分別歸入健保法第20條之投保金額、第31條之獎金或非所屬投保單位給付之薪資所得，以計算保險對象之一般健保費或是補充保險費。同一企業有2個以上扣費義務人並分別成立投保單位時，總機構如果事前向健保署申請獲准，可以比照前項規定辦理，於機構內一體適用。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、可先研議結算機制之可行性

補充保險費採取就源扣費且不結算之制度，雖然具有扣繳簡便之優點，但卻也衍生執行面問題。若能在現行計費基礎下納入年度結算機制，將可解決多數目前面臨之問題。惟各種政策皆有其利弊，目前既已採用簡化流程之方式，短期內再度大幅變動之負面效果，亦必須加以考量。

（一）保險對象方面

1.結算之優點：

（1）可避免拆單、拆筆之問題：

健保法中一定金額免予扣取之規定，係基於小額扣

費不符成本的考量，然此美意卻成為民眾避費之管道，不僅有損財源，更使扣費義務人之作業成本大增。若改為年度結算，則民眾刻意拆單、拆筆之所得，最多只能免除給付時之就源扣費，年度各項所得加總歸戶後，若達到應計費之標準，仍須補繳保險費，拆單拆筆已無意義。

(2)可使所得相同者負擔更趨近：

在單筆給付上、下限之規範下，負擔金額可能會受給付筆數之影響，導致所得相同者保險費負擔不同；另因不同類目者而有不同免計補充保險費之規定(如職業工會會員之薪資所得與執行業務收入免計收補充保險費)，未來透過結算制度可以解決這個問題，使各類目間補充保險費之計算基礎趨於一致。

(3)可節省行政成本：

搭配結算制度，不僅可使須扣費筆數大幅減少，且因採用總數概念計算補充保險費，扣費義務人須申報之資料將大幅減少；若因故未能及時扣繳，亦可於年度結算時補繳，可解決扣費義務人扣繳成本過高之問題。

2.結算之方式：

為避免與一般保險費重複計算，保險對象應負擔之補充保險費於年度結算時，應將已計入投保金額之相關所得扣除；但一般保險費主要是以勞務所得為投保金額，無勞務所得身分者則直接以平均保險費計收。由於後者之所得項目與投保金額並無直接關聯，因此，結算時是否可允許按其已計入投保金額(含以平均保險費回推之投保金額)之部分全數扣除，抑或僅得就勞務所得部分予以扣除，執行上有二種方

式可以考慮：一為全部計費所得均可扣除投保金額；一為僅就勞務所得扣除投保金額，其他股利、利息及租金皆不能扣除。

無論採行前述何種結算方式，第三類被保險人，依第一至第三類保險對象平均保險費計費之第四類與第六類被保險人，及所有以眷屬身分依附被保險人加保者（保險費同被保險人），皆至少可於薪資所得之部分，享有相當於投保金額（或回推之投保金額）總額之免計收補充保險費額度。在此情況下，當前社會關注之爭議，如兼職薪資所得對低薪打工族負擔過重、眷屬及第六類被保險人之保險費負擔是雙重剝削等，皆可大幅改善。

另現制下，因係單筆就源扣繳補充保險費，且考量行政效率及社會保險屬性，爰有免計費之上、下限規範。未來若改採結算方式計收補充保險費，在計費所得均可扣除投保金額的前提下，除參考所得稅法之規定設計小額免退補外，似無再行另訂免計費下限之必要；至於上限部分，因近一、二十年來，薪資所得平均成長率約 1.6%，遠低於平均經濟成長率及平均每人 GDP 成長率（平均皆超過 3%）。亦即長期以來，所得分配惡化，貧富差距擴大，且現行單次超過 1 千萬元之扣費基礎，亦多數來自非勞務之股利所得。故未來若改採結算制度，在量能付費之原則下，亦應取消上限之規定。惟若須兼顧現制有上、下限之規範，以及社會對此有期待之前提下，亦可考量維持現行上、下限之設計，但須配合結算與逐筆計費之差異，另訂適度之免計費上、下限金額。

3.其他應配合事項：

(1)酌修相關所得（收入）之定義：

現行 6 項應計收補充保險費之所得或收入項目，分屬所得稅法之 5 項所得(獎金與兼職薪資所得皆屬薪資所得)，為配合就源扣費且不結算之現行保險費收繳方式，計費基礎有其限制。未來，若透過修法程序，將結算機制納入補充保險費之收繳，即可同時將獎金調整為薪資，股利所得修正為營利所得、租金及執行業務「收入」則調整為所得，以減少計費基礎認定上之爭議。

(2)訂定更明確責任及適當罰則：

補充保險費因係採就源扣繳，主要是課予扣費義務人責任，對保險對象無相關罰則，當二者間有爭議時，往往難以解決；另一方面，在結算機制下，非所有補充保險費皆由扣費義務人扣取。因此，未來若採結算機制，應同時修法，針對非屬就源扣繳之應計費所得及不可歸責於扣費義務人之部分，課予保險對象明確之保險費負擔與繳納義務及適當的罰則，以減少爭議，並使保險費之收繳更為順利。

在扣費義務人方面，目前健保法僅針對未依規定扣繳保險對象應負擔之補充保險費訂有罰則，但未要求其申報扣費明細資料；扣繳辦法雖有補充規範，惟並無相關罰則。若扣費義務人不願配合，健保署僅能採取輔導的作法，無實質約束力，此部分可再予強化，使收繳查核作業更為落實。

4.結算可能面臨之問題：

補充保險費若納入年度結算機制，固然對於目前按筆計費所衍生之實務問題及公平性爭議有幫助，然亦可能遭遇其他面向之問題。首先，扣費義務人皆已依現行扣繳制度投入

資源、建置系統，且逐漸熟稔相關業務，民眾亦多已了解、並習慣相關規定；若僅實施年餘，即變更計費方式與作業流程，未必符合社會期待；且可能發生目前單筆給付偏低致免就源扣繳之所得，會因結算而須繳費之情形。因此，結算雖可解決拆單、拆筆之保險費規避問題，但卻也可能影響到某些所得較低之弱勢民眾。

此外，結算機制下，實際應負擔之補充保險費並非於給付時點認定，勢必再度涉及所得確認時點落後、保險費退補流程繁瑣等過去推動家戶總所得制度曾遭質疑的問題。因此，規劃時應有嚴謹的評估與問題因應策略。

（二）投保單位方面

1.結算之優點：

將現行由投保單位每月自行依當月支付薪資所得總額與受僱者當月投保金額總額之差額計算與繳納補充保險費之方式，改成全年結算之方式計費，不僅可避免每月承保資料異動（追溯加、退保）所造成的保險費差異處理，且若企業每月之投保金額中已包含獎金，年度結算後，不會再有發放獎金之月份薪資總數遠高於投保金額，而非發放月份則遠低於投保金額之現象；員工薪資所屬期間與獎金發放時點，只要是在同一年度內，都不會有時間落差之爭議。此外，計費基礎與年度所得稅資料一致，亦有助投保單位更簡便地處理年度明細申報作業。

2.結算適用對象之評估：

依被保險人薪資之給付單位，我們可將其分為三類，已成立投保單位並有加保員工、已成立投保單位但無加保員工以及未成立投保單位，依序分析如下：（見表 2-6-2）

(1)已成立投保單位並有加保員工

現制下，需負擔投保單位補充保險費之前提為「成立投保單位並有員工加保者」，以 100 年之綜合所得稅資料為例，該條件下之薪資總額為 42,442 億元，扣除已納入投保金額之薪資 31,146 億元之後，補充保險費之費基為 11,296 億元；其中有 3,277 億元（29.0%）是支付予非加保員工（人數約為 253 萬人，占 25.0%）。依補充保險費率 2% 將其換算成健保保險費，影響金額約 66 億元，此項金額即是部分投保單位訴求不應由其負擔之保險費。惟不論從員工權益保障、企業間負擔公平及健保財務等面向考量，對未納入投保金額的薪資課以補充保險費，應屬合宜。

(2)已成立投保單位但無加保員工

100 年有給付薪資之投保單位共 55 萬餘家，其中有 8 萬餘家，占 14.9% 未有加保員工，但給付薪資的總額卻高達 306 億元；其中給付雇主達 104 億元，給付非加保員工 202 億元（平均每人約給付 18 萬餘元）。目前雖受制於法令規定，未能就此部分薪資計收補充保險費，然建議修法將其納入，預估每年因此可增加 6 億餘元之保險費收入。

(3)未成立投保單位

未成立投保單位但支付薪資者為 14.5 萬餘家，占率為 20.6%，給付人數為 53.3 萬餘人，給付金額為 743 億元，平均每人給付薪資近 14 萬元。這些單位不屬於健保投保單位，因此其所支付之薪資也未成為保險費的計費基礎。若未來修法規定，已成立投保單位但無加保

員工之企業，亦須就其支付之薪資計繳補充保險費，則未成立投保單位卻有薪資支付者，亦無排除之理由；若予納入，每年將可增加約 15 億元之保險費收入。

表 2-6-2 投保單位薪資支付對象之分析

單位：人，億元

	家數	支付薪資之人數依是否員工區分 ^{註2}		支付員工之薪資總數			支付非員工之薪資總數
		員工	非員工	已納入員工投保金額	未納入員工投保金額	支付雇主本身	
已成立投保單位並有加保員工	476,083	7,578,307	2,529,488	31,146	7,044	975	3,277
已成立投保單位，但無加保員工	83,288		112,908			104	202
未成立投保單位	145,079		533,196				743
合計	704,450	7,578,307	3,175,592	31,146	7,044	1,079	4,222

註：1.依據 100 年財稅與承保資料。 2.支付薪資人數統計未包含雇主。

3.修正重點：

(1)不以有員工加保為保險費負擔前提：

部分人士認為投保單位之責任應僅限於全職受僱員工。然依目前就業趨勢觀察，兼職工作已愈趨普遍；企業亦往往透過兼職制度擴大其產值；勞工保險因此規定自勞工到職之日起，雇主應為其加保，不論其工作時數或是否為全職員工。故企業秉持社會責任，以負擔健保費之方式，照顧為其創造產值之員工，應屬合宜。且全民健保財務係由被保險人、雇主及政府三方共同負擔，而在二代健保制度下，被保險人透過補充保險費增加了其負擔義務，政府之負擔下限亦由年度保險經費扣除

法定收入後之 34% 增加為 36% ，爰雇主負擔亦應適度調整。除衡平三方之負擔外，亦避免因僱用制度不同，而產生保險費負擔差異。另法國之強制性疾病保險，雇主係按薪資支出（無上限）之一定比率負擔責任，爰企業依薪資支出負擔保險費以支持國家之健保制度，並非我國特有之作法，且較公平。

惟現制存在無員工加保之投保單位，不論是否有薪資或獎金支出，皆無須負擔投保單位補充保險費之不公平現象。若修正健保法第 34 條，將應負擔補充保險費投保單位，由第一類第一目至第三目被保險人之投保單位，擴大為全體第一類之投保單位，則投保單位應負擔之補充保險費，即不會因為是否有僱用全職員工而有不同。

(2)簡化繳納與計算方式：

健保法第 34 條規定，投保單位須按月依所支付之薪資總額與其受僱員工當月投保金額總額之差額，計繳補充保險費，致衍生出全年薪資小於全年投保金額，卻須於部分月份另行負擔補充保險費之情況。若透過修法，將計算保險費的期間由每月改成每年，不僅可避免此種爭議，且因計費期間與所得稅資料一致，藉由所得稅資料之運用，可考慮減少投保單位需自行繳納之次數，並可節省作業成本。

二、未來努力方向

（一）持續研議更健全之財務制度以確保健保永續

任何重大公共政策之推動，難度都很高，而健保與民眾生

活息息相關，更成為各界關心之所在。二代健保原規劃之家戶總所得制度，將保險費收繳制度做了結構性改變，但也產生許多新的問題，以及保險費收繳的不確定性，致未能在立法院審議通過。在改革契機稍縱即逝的形勢下，行政部門乃同意立法院提出之補充保險費制度做為折衷。

就財源之角度而言，二代健保於 102 年 1 月 1 日實施後，一般保險費雖因保險費率由 5.17%調降為 4.91%而短收 200 餘億元，但每年可新增 300 餘億元之補充保險費收入。此外，健保法規定政府負擔保險費之整體比率不得低於 36%（較過去增加 2%以上），每年亦可額外挹注收入。依健保署估算，新制實施後，即使維持現行費率不調整，仍可於 105 年以前維持財務平衡。然而，在人口結構日趨老化之情況下，預期醫療費用將持續快速成長，如何研議更穩健、有效且可長可久之財務制度，實屬當務之急。

在負擔公平與合理性方面，雖然補充保險費制度已使二代健保「擴大計費基礎、提升負擔公平」之目標得以有一定程度的落實；執行上遭遇之困難，多數亦可透過結算機制獲得解決；惟該制度乃是權衡現實環境及改革必要性後之結果，一般將其視為過渡性之作法。在補充保險費實施及制度改革之基礎及經驗下，針對整體計費架構之合理性，未來應重新再次全面檢視與修正，俾便因應老化及經濟成長趨緩的社會現實。

（二）保險對象保險費制度之可能改革方向

1.依職業別分類目之計費機制仍保留

（1）短期內可考慮維持現行保險費雙軌制度但強化補充保險費費基：

我國現行稅制尚無法完全反映民眾之實際所得，辦

理綜合所得稅申報之家戶不到 6 成，換言之，約有 4 成之民眾無任何所得資料；若完全仰賴所得稅稅基計收健保保險費，不僅財源受到限制，且計費制度亦將會重蹈現行稅制之問題，使立意良好之制度改革，不但無法達到預期效益，反而增加了不公平。若無法克服這個問題，維持現行依職業別分類目之計費制度，另輔以補充保險費制度調整，不失為可行之改革方向。

未來在作法上可將補充保險費之計費基礎擴大，使其不再侷限於目前可以就源扣費的所得項目，只要是掌握的所得，均逐步納入。由於變動幅度較小，且可採逐步納入方式處理，推動過程可能遭遇之阻力相對較小；惟因係現行制度之延伸，各類目負擔比率不同、一般保險費率及補充保險費率無法齊一之情況依然會繼續存在。然而，就當前政府對國人所得能力掌握程度而言，該等差異是否絕對不公平，可能是個見仁見智的問題。

(2) 另可考量以個人總所得方式計費，但以一般保險費額度為基本保險費責任：

在作法上，可將列入計費項目之個人總所得加總，乘上費率後得出之金額，若超過其已繳納之一般保險費金額，差額即為其應負擔之補充保險費；若得出之金額少於其應負擔之一般保險費金額，因一般保險費金額為其個人之基本保險費責任，故亦不退費。此種制度雖然亦維持依職業別分類目之投保身分，但除基本保險費責任因類目而有別外，整體計費基礎與費率並無差異。

2.打破現行依職業別分類目之計費方式

概念上可以簡化行政作業、訂定統一之保險費率，建立齊一的保險費負擔比率，但實質上卻已完全改變了現行的計費架構，可能導致薪資所得者需負擔更重的財務責任。此外，仍須決定計費單位，以個人或以家戶為基礎，後者又牽涉到家戶之定義模糊、成員組成可能變動、眷屬是否計費及是否有人數上限等問題，且因已打破雇主照顧員工的連結，勢必針對雇主另訂獨立之保險費負擔方式，若改以整體保險角度規範，責任範圍已涵蓋非受僱人口，甚至非工作人口，雇主負擔保險費之意願是否受到影響，亦需納入考量。此舉複雜性相對為高，有待未來更審慎、周全的規劃。

3.擴大計費所得項目並調高上限標準

綜合而言，補充保險費的實施，雖然已將計費基礎從過去之經常性薪資所得，擴大至總薪資所得、執行業務收入、股利所得、利息所得、租金收入等（涵蓋綜合所得之 9 成以上），然而，因有免計費額度與計費上限，使費基之實質涵蓋度有所降低。因此，計費上限應予上調。此舉不但有利於保險財務、符合量能負擔精神及一般民眾對於富人應提高負擔上限的期待，而且和國際趨勢一致。以美國為例，雖然年金制度還保有保險費負擔上限，但健保之保險費已無此限制。因此，無論最終選擇何種計費制度，長期面之改革方向，均應朝進一步擴大計費基礎努力。

此外，依所得稅法規定，共有 10 項所得應列入綜合所得稅申報，但目前須計算一般保險費或補充保險費的所得項目亦共只有 5 項。無論是基於公平性考量或是財源的擴增，皆應再將其他幾項所得納入補充保險費；甚至非屬綜合所得

之項目，都應考慮納入計費基礎。例如，未納入計費之分離課稅所得、海外所得等可以掌握的所得。

（三）雇主之保險費制度應朝負擔方式一元化改革

雇主負擔方式之爭議，主要在於責任範圍之界定，由於一般保險費係依僱傭關係認定，導致雇主不需替兼職員工負擔一般保險費，此舉衍生出許多規避保險費之情況。補充保險費制度實施後，將雇主責任擴大至機構或事業之全部薪資，然而二種保險費間的費率並不一致，也產生爭議。似可朝擴大計費範圍並使負擔單一化之方向努力，未來可研議將雇主支付之薪資所得，皆以一般保險費之方式收取，以杜絕現制爭議。

伍、結語

補充保險費係基於擴大費基、量能負擔之精神，在既有制度下進行微幅調整，使其成為改革幅度較小且收入較穩健之財務制度。短期內保險財務雖尚稱穩健，然未來在人口快速老化及政府財政惡化而民眾卻期待政府負擔最後財務責任之情況下，現行制度將難以因應，主管機關實應未雨綢繆，儘早規劃新一代健保制度。

二代健保一方面減輕一般保險費負擔，另一方面則將未納入一般保險費投保金額之多項所得計入補充保險費的扣取基礎，對強化保險費之量能負擔有所助益。然因補充保險費中有部分計費所得與一般保險費項目相同，且因保險費率不同，是否會誘使投保單位與保險對象利用制度間的差異，以規避或減輕保險費負擔，還需未來繼續追蹤分析及做必要的調整。在此之前，各界對於補充保險費採逐筆就源扣費且不結算之方式，所引發的公平性及扣繳成本過高等效率性的質疑，建議透過修法納入結算機制，並酌修計費基礎與計費方式，相關問題多數即可獲得解決；惟結算亦有其限制及問題，規劃時應有嚴謹的評估

與因應策略。

補充保險費制度在解決現行相關問題之後，應即進一步擴大計費基礎，將可以掌握之所得儘可能納入，並設法改善實質負擔率不一致之問題。但即便如此，計費單位仍屬於個別保險對象層次，無論計費基礎如何擴大都無法解決論口計費使多眷口家庭負擔重之問題，這也是家戶總所得制度迄今仍不斷被提起的主要原因。然而，當前之社會結構及財稅體制存有諸多複雜因素，致使家戶總所得制度有其潛藏且無法克服之問題，依原設計之內容再度推動，恐仍難以獲得社會共識，且執行有極高的困難度。故如何在現制與家戶總所得制度間取得平衡，或設計更合理的計費制度，是未來可以努力的方向。但無論選擇哪一種改革方案，現行補充保險費的實施經驗，都是極具價值的資訊和經驗，應可作為研議下一階段健保制度之重要參考。

第三篇 支出面

第七章：提升醫療品質與抑制資源不當耗用

摘要

一、議題現況

人口老化、醫療科技日新月異、民眾就醫自由以及健康保險等因素，造成醫療利用增加，也衍生醫療資源使用合理性的問題。國人對醫療浪費的印象，包括：看病次數多、拿藥多、檢查多等三多，以及不適當檢查、手術、治療、用藥，或潛在不適當用藥以及無效醫療等。主要影響因素很多，例如保險給付以論量計酬為主的支付制度、基層使用簡表申報、供給誘發需求、重大傷病免部分負擔、以及社會性住院等問題。

在國際，世界衛生組織（WHO）在 2010 年提出「醫療十大無效率與解決之道」，呼籲改革給付與支付制度、減少無效醫療等；近年各國也藉論質支付，提倡有效的醫療服務，以及關注資源配置等問題。

為提升效率與抑制資源不當耗用，二代健保修法明定得依據醫療科技評估結果，決定新藥新科技之給付，推動多元支付制度改革，以及提升醫療效率與品質。健保署除持續推動支付制度等各項改革措施外，並依法實施「抑制資源不當耗用之改善方案」，期能提升醫療服務效率，減少醫療浪費。本章的目的即在針對常被國人詬病的醫療無效率與浪費的相關問題以及保險人相關管理經費的投入，進行檢討與提出建議。

二、檢討結果

臺灣目前醫療服務主要支付制度為論項（量）計酬，但為提升服務效率，減少醫療浪費，全民健保自實施以來，即不斷致力支付制度

之改革，包括總額支付、診斷關聯群（Diagnosis-Related Groups，以下稱 DRGs）、資源耗用相對值表（Resource-based Relative Value Scales，以下稱 RBRVS）、論質、論人計酬，推動家庭醫師與整合性照護制度，以及執行各項費用管控措施，在費用控制已具有一定成效，透過總額支付制度，醫療費用年成長由最高時的 11%，降至目前的 5% 以內。但面對未來人口急速老化，醫療費用將急遽上升，對於給付面、支付面，以及管理面，更應要有所突破，以提升醫療效率與健保價值。檢視現行制度，仍有如下之問題：

（一）部分醫療資源過度供給，造成健保總額之壓力：

在健保總額有限的資源下，大型（特殊專科）醫院的新擴建或特殊病床與高貴儀器之增設，雖增加就醫可近性，但也誘發非必要的醫療需求，造成醫院競爭、總額點值下降，已對整體醫療體系的發展產生負面影響，亦造成對健保財務嚴重的衝擊。

（二）給付支付效率及品質有待提升：

1. 資源有限慾望無窮，健保給付廣泛，有增無減，長期無以為繼。雖已開始運用醫療科技評估（Health Technology Assessment，以下稱 HTA）於新藥給付之評估，但較少用於新手術、治療之評估，尚未運用在健保現行給付項目之檢討，也較少運用在診療指引之訂定以改善審查制度，無效醫療界定不易，外界頗多詬病。
2. 僅著重住院支付制度改革（導入 DRGs 制度），對於門診支付制度，仍以論量計酬為主，未能有效解決門診就醫次數過高以及不適當的檢驗、檢查、用藥、治療等醫療浪費的問題。
3. 已推動論質計酬、家庭醫師制度、整合性門診、論人計酬等

，部分計畫已具成效；但計畫各自為政、缺乏整合，所定指標能否適切引導有效醫療，仍待檢討。另論質方案有的計畫雖已證明有效，但鼓勵選擇病人，涵蓋面仍有限。

（三）藥品、診療服務及醫療利用之管理：藥費管控以藥價管控為主，除審查之外，較少針對藥品使用量進行管理，重複用藥與不適當用藥問題仍存在。利潤高的檢驗、檢查、復健、治療、超長住院與臨終之無效醫療等之管理，尚待加強。

（四）民眾自我健康管理責任：過度醫療化、病人健康知能與自我照護管理尚待加強。部分負擔制度，改革不易，門診以定額收取，且未逐年隨醫療費用增加而調整，平均部分負擔率僅 8%，與法定比率差距越來越大；藥品雖另收取部分負擔，但其他診療費（如檢驗、檢查、治療、手術）並未比照；重大傷病免部分負擔制度，是部分無效醫療增加的原因之一，亦造成不同疾病病人間負擔之不公平。

（五）健保總額點值，缺乏停損機制：健保總額支付制度雖控制醫療費用成長在一定的範圍之內，但因支付基準改革過慢，醫療服務點數高於年度總額，造成某些部門某些季別點值過低。雖有點值監控機制，但未建立點值過低時之停損機制，恐影響醫療服務之提供與品質。

（六）保險人管理經費嚴重不足，將影響提升醫療效率與品質業務的推動：二代健保實施之後，除補充保險費的收繳將增加行政投入外，亦賦予保險人更多的管理責任，但在健保管理經費，逐年齊頭式減列，例行業務經費自 85 年度 33.31 億元，至 103 年度，遞減為 15.4 億元，已嚴重影響健保例行業務，二代健保所增加的責任與任務，保險人更難以負

荷。

三、政策建議

(一) 有效管控醫療資源，減少供給誘發需求：

由醫政與健保主管單位會同檢討各醫療區域各類醫療資源之提供並訂定目標值，避免部分醫療資源（如特定病床）過度增設，減少供給誘發需求之風險，造成健保總額之壓力。

(二) 提升給付效益及品質，合理配置資源：

1. 善用醫療科技評估工具或先進國家已具共識之臨床醫學或經濟效益評估證據，作為評估給付項目之增刪、定義有效與無效醫療、修訂不予支付指標與審查注意事項之參考，並定期檢討修正，以逐步減少低效益、引進高效益的給付項目，減少醫療服務或藥物浪費，提升醫療給付效益與品質。
2. 整合與全人照護有關的論質、家庭醫師、醫院整合性門診與論人計酬等醫療給付改善計畫，依據證據醫學，訂定有效與無效醫療指標；並檢討獎勵措施，將現行依個別病人照護品質獎勵的部分（如論質），全面改為依各醫療院所病人整體照護品質設計獎勵制度，讓更多病人能獲得有效醫療照護，減少收案對象選擇偏差，全方位提升醫療品質與照護效果。

(三) 提升支付效率，合理使用資源：

1. 對現行已推動之多元支付制度與抑制資源不當耗用方案等相關措施，應採滾動式檢討，逐步落實。
2. 持續進行支付基準改革：持續導入住院 DRGs 制度，提升住院服務效率與品質；審慎檢討推動急性後期照護方案並

連結長期照護體系，善用健保與長照資源，減少社會性住院；推動門診前瞻性支付制度，利用包裹式支付設計，減少就醫次數與不必要的診療、用藥，鼓勵病情穩定之慢性病人在基層就醫。

3. 落實各部門總額監控機制，並建立點值停損處理流程與措施，避免影響醫療品質。

（四）強化醫療利用、藥品與各診療服務之管理：

1. 在兼顧保障病人隱私權的前提下，健全藥歷檔與健康雲之建置與運用，強化藥費管制措施，減少重複用藥、檢查與不適當用藥。可先建立慢性病老人用藥檢查快速查詢系統，並逐步推廣。
2. 依據醫學證據或 HTA 訂定不予支付指標及專業審查制度。
3. 持續推動高診次就醫輔導方案。

（五）強化病人健康知能，提升資源使用之公平性與責任：

1. 藉論質、家醫、論人等整合性照護與支付的推動，提升病患健康知能，強化病人自我照護管理。
2. 獎勵醫護人員，勸導臨終病人放棄無效醫療與急救，倡導正確臨終醫療觀念，減少醫療浪費。
3. 逐步改革重大傷病免部分負擔制度，並研議相關配套措施，分年分階段導入，提升部分負擔政策之公平性。
4. 定期檢討調整門診定額部分負擔，並研議將超過一定金額之診療費用另行計算部分負擔。長期配合重大傷病制度改革，評估門診採定率部分負擔之可行性。

（六）提撥保險人提升醫療效率與品質、保護病患權益之必要管理經費：

保險管理經費逐年遞減，造成管理經費之不足，建議由醫療費用總額及菸品健康福利捐提撥一定比率之經費，作為提升醫療效率與品質、保障病患權益之用。

壹、前言

我國健保自 84 年 3 月實施迄今，已邁入第 19 年，目前納保人數超過 99.5%，醫療院所特約率也達 92%，並獲國際的肯定。健保在面對人口老化、醫療科技日新月異、供給誘發需求、民眾就醫自由等因素，造成醫療利用增加，並也衍生醫療資源使用合理性的問題，社會各界紛紛要求健保應要有相關改善措施。

國人對醫療浪費的印象，不外乎是：看病次數多、拿藥多、檢查多（三多），以及不適當檢查、手術、治療、用藥，或潛在不適當用藥以及無效醫療等問題。主要影響因素包括廣泛的醫療給付、以論量計酬為主的支付制度、基層使用簡表申報、重大傷病免部分負擔以及社會性住院等問題，而醫療資源過度供給，例如精神病床、透析病床與呼吸照護病床的成長，導致供給誘發需求，亦是重要影響因素。

醫療無效率及浪費，舉世皆然。世界衛生組織（World Health Organization，以下稱 WHO）2010 年的報告指出：估計有 20%至 40%的醫療是浪費或無效率的。另美國也認為該國一年 2 兆美元的醫療支出，有一半以上浪費（PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute, 2009）。Thomson-Reuters 的研究，美國一年有 6,000-8,500 億為醫療浪費（Thomson-Reuters, 2009）。在歐洲方面，每年醫療總支出的 5.3 兆美元中有 6%（3,000 億美元）可歸因於醫療疏失或作假（EU Health Care Fraud and Corruption, 2010）。WHO 在該報告也提出「醫療十大無效率與解決之道」，主要的面向有：藥品不當的使用、健康產品、服務與設備的過度提供、健康照護人力的不當配置或超長住院、不適規模的醫院、醫療疏忽與低醫療品質、健康體系滲漏（浪費、虛報、作假）與無效率的健康介入（無效率組合或不當的策略）。

針對上述問題，WHO 對提升醫療效率，購買更多的健康，提出

應優先導正財務誘因，例如因地制宜，設計最適之多元支付制度組合，強化財務誘因【如診斷關聯群（Diagnosis Related Groups，以下稱 DRGs）、論人制度】。引進論質支付（Pay for Performance）鼓勵有效醫療，策略性購買服務，整合零散、疊床架屋的保險與服務體系等。

此外美國內科醫學基金會（American Board of Internal Medicine Foundation，以下稱 ABIM 基金會）”聰明選擇倡議（Choosing Wisely Initiative）”提出醫師或病人不要使用的低價值服務（low value care）項目（Cassel, 2012），英國國家健康與健康照護卓越研究院（National Institute for Health and Care Excellence，以下稱 NICE）建議不應執行（do not do recommendation）的服務項目（NICE, 2014），以及加拿大藥品與科技健康評估中心（Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health，以下稱 CADTH）健康科技評估提出的建議（CADTH, 2014），皆直接依據證據醫學提出低價值、不適當的醫療服務項目建議，可作為我國定義無效醫療之參考。

監察院於 100 年 1 月出版的「我國全民健康保險總體檢報告」調查報告，除肯定健保的價值外，亦指出健保多項浪費，要求政府部門改善，並於 100 年至 101 年期間，由監察委員及學者共同舉辦 3 場「第三波健保改革研討會」，從醫療體系失衡、四大科的萎縮、醫療浮濫、無效醫療等項問題，探討醫療資源分配正義，並提出洗腎、呼吸器治療、葉克膜等三個經典案例，讓社會大眾從資源配置角度，重新思考醫療服務之適切使用。

有鑑於此，二代健保修法時，特別增訂第 72 條規定「為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。」除此

之外，二代健保尚有下列改革，讓健保發揮更高的價值：

- 一、總體財務面：建立收支連動機制（健保法第 5 條）。
- 二、給付面：導入醫療科技評估制度（健保法第 41 條）。
- 三、支付制度面：建立採以論人計酬之家庭責任醫師制度（健保法第 44 條），並導入論病例、論品質、論人或論日等多元支付基準（健保法第 42 條）等。
- 四、藥價管理方面：建立剛逾專利期藥品支付價格調整機制（健保法第 46 條）、保險醫事服務機構與藥商簽訂藥品採購契約等（健保法第 75 條）。
- 五、資訊之公開透明：增加保險醫事服務機構財務公開（健保法第 73 條）與品質資訊公開等機制（健保法第 74 條）等。

本章將以二代健保之改革，包括健保署所擬之「抑制資源不當耗用之改善方案」為基礎，分別從供給面與需求面，檢視我國醫療無效率與浪費背後的因素，並提出改革建議，供衛福部作未來健保改革政策擬訂之參考。具體目的如下：

- 一、回顧國際在提升醫療效率、減少醫療浪費之策略，供我國參考。
- 二、回顧臺灣全民健保提升醫療效率、減少浪費改革措施、執行成效、遭遇之困難與因應之道。
- 三、參考國際經驗及國內執行情形，提出提升醫療效率、抑制資源不當耗用之具體建議。

貳、實施現況與重要成果

一、國際經驗

（一）無效率之醫療

WHO 在 2010 年提出「醫療十大無效率與解決之道」(詳表 3-7-1

)，主要的無效率，整理如下：

1. 藥品不當的使用，例如學名藥使用率偏低、使用劣藥或假藥、藥品不適當或無效的使用，藥價偏高。
2. 健康產品、服務與設備的過度提供，例如過度提供或使用醫療設備、檢查及處置等。
3. 健康照護人力的不當配置，例如不當或太昂貴的人力組合等。
4. 健康照護服務效率有待提升，例如不當或超長住院、不適規模的醫院、醫療疏忽與低醫療品質等。
5. 健康體系滲漏（浪費、虛報、作假）與無效醫療的健康介入（無效率組合或不當的策略）。

表 3-7-1 WHO 提出醫療十大無效率與解決之道

無效率之來源	解決之道
1.藥品：學名藥使用比率偏低，藥價偏高	提供學名藥替代誘因，改善處方指引、資訊、訓練、與行為，控制藥價差，監控藥價
2.藥品：使用劣藥或假藥	藥品管制與採購系統不當
3.藥品：不適當或無效的使用	醫藥分業，規範藥品促銷，改善處方指引、資訊、訓練、與行為，資訊揭露
4.健康產品與服務：過度提供或使用設備、檢查與處置	改革支付誘因與結構（DRGs，論質）發展與推動指引
5.健康照護人力的配置：不當或太昂貴的人力組合，缺乏高動機的工作人員	啟動需要為基準的評估訓練，修改薪資酬償制，建立彈性合約/績效制度，改變人力配置，因才施用
6.健康照護服務效率有待提升：不當與超長住院	提供替代照護（如日間），改變醫院支付誘因，提升對住院效率的認知
7.健康照護服務：不適當規模的醫院（低度使用基礎建設）	醫院規劃要同時考量投入與產出，配合醫院規模配置管理人力，降低住院日同時減少過剩的醫院或病床，以提升占床率

無效率之來源	解決之道
8.健康照護服務：醫療疏失與低品質醫療	改善醫院衛生，提供連續性照護，加強臨床稽核，監控醫院績效
9.健康體系滲漏：浪費，貪汙，做假	改善管理與規範，強化懲處機制，評估透明化/虛報傾向，執行公共支出追蹤調查，倡導行為守則
10.健康介入：無效率的組合/不當的策略	定期評估並將介入、科技、藥品與政策選擇之成本效益證據納入政策制定參考

WHO 對提升醫療效率，購買更多的健康，提出應優先導正財務誘因，例如：

1. 因地制宜，設計最適之多元支付制度組合，強化財務誘因：如 DRGs、論人制度。
2. 引進論質支付（Pay for Performance），鼓勵有效醫療。
3. 策略性購買服務：提升保費運用價值，乃為各國保險政策的目標。因此，政策制度者在增加保險給付及支付方面，皆須建立常規與法制面的程序，以購買有效益及公平的服務，並促進醫療體系整體的效率。
4. 整合零散、疊床架屋的保險與服務體系，提升服務體系運作效能，減少浪費。

針對無效或低價值醫療服務之定義，ABIM 基金會”聰明選擇倡議（Choosing Wisely Initiative）”提出醫師或病人不要使用的低價值服務（low value care）項目（Cassel, 2012），NICE 建議不應執行(do not do recommendation)的服務項目（NICE, 2014），以及 CADTH 健康科技評估提出的建議（CADTH, 2014），皆直接依據證據醫學提出低價值、不適當的醫療服務項目建議，可作為我國定義無效醫療之參考。

（二）有效醫療：

除了減少無效醫療外，近年各國也提倡有效率或有效果的服務，以美國國家品質確保委員會（National Committee for Quality Assurance，以下稱 NCQA）而言，運用其所建立的標準化的品質績效指標 - 健康照護醫療有效性指標系統（The Healthcare Effectiveness Data and Information Set，以下稱 HEDIS），每年公告比較超過 1,000 個保險計畫的醫療品質、消費者滿意度與資源使用狀況，藉資訊之揭露，強化保險公司的盡責度，減少民眾資訊之不對等，協助其選擇最適合自己的保險計畫，促使有效提升醫療品質。

NCQA 每年公告各參與的保險公司的多項指標，有些保險公司也配合論質計酬制度，鼓勵醫療院所提升醫療品質及效果。在 NCQA 2012 年的報告指出，美國病人僅有 55% 的機會，在求醫時可以獲得適當或符合醫學證據的醫療；另每年約有 91,000 人，因未獲得適當醫療而死亡；每年約有超過 10 萬人，因不當醫療受傷害，以及有超過 150 萬件的醫療疏失。因此有必要透過 HEDIS 指標的揭露，提升醫療服務的效果。由於 NCQA 的努力，促成醫療品質的提升，故過去十年，有 53,000 條人命被挽救，特別是在高血壓、糖尿病與心臟血管疾病等治療方面。

HEDIS 是依據證據醫學所建立的一套指標，2014 年指標共有 5 個範疇，即：照護效果指標（有效醫療指標）、照護可近性/可用性指標、病人照護經驗評估、以及醫療利用與相對資源使用評估等，合計 81 項指標項目（詳附錄 3-7-1，NCQA, 2014），其中：

1. 照護效果（有效醫療）指標（Effectiveness of Care）：共 49 項指標，包括：

(1) 初級預防與疾病篩檢：如兒童及青少年疫苗接種與咽喉炎檢查；老人流感、肺炎疫苗接種、青光眼檢查等，體

重評估、營養與體能活動諮詢，主要癌症篩檢、戒菸服務等。

(2)慢性病患者管理：依據證據醫學，提供適當的治療、用藥、監測與管理之指標，包括對呼吸系統、心血管系統、糖尿病、骨骼肌肉系統疾病、精神疾病、慢性肺阻塞、類風濕性關節炎、憂鬱症、下背痛等之適當診斷或治療；藥品使用管理與監控，包括潛在不適當用藥之管理。

(3)老人照護：包括跌倒的預防、尿失禁之管理、體能活動等。

2.照護可近性/可用性 (Access/Availability of Care) 指標：共 6 項指標。讓病人在適當的時間及地點，得到適當的服務，包含成人預防保健/門診服務、兒童與青少年初級照護、牙醫年度檢查、產前與產後照護及電話答覆時效性、酒精與藥物成癮治療等。

3.病人照護經驗 (Experience of Care)：以消費者評估問卷 (Consumer Assessment of Health Plan, CAHPS)，調查就醫者對醫療提供者及醫療體系的滿意度，含有成人版、兒童版及兒童慢性病患版等 3 項指標。

4.醫療利用與相對資源使用 (Utilization & Relative Resource Use)：17 項指標。包含門住診、急診、精神健康照護及計畫所衍生之再住院情形，產前照護頻率、健兒門診；另亦含括藥物使用情形，如抗生素之使用、酒精與其他藥物之鑑別服務等；並包含糖尿病、心血管疾病、高血壓、慢性阻塞性肺疾病以及氣喘等病人之相對資源使用。

(三) 歸納各國給付與支付制度的改革趨勢，主要有：

- 1.建立醫療科技評估制度，改革給付範圍或給付條件，提升資源配置效率：如英國 NICE。
 - 2.改革支付制度，加強供給者財務責任（case/bundled payment, partial capitation）：引進論病例計酬或以 DRG 為基礎的預算（DRG-based budgeting）：如美國、澳洲、奧地利、比利時、加拿大、丹麥、法國、芬蘭、德國、匈牙利、義大利、韓國、墨西哥、愛爾蘭、紐西蘭、挪威、葡萄牙、西班牙、瑞士、瑞典及英國。
 - 3.重視全人照護，強化守門人制，提高基層醫療品質與醫療體系效率，強化家庭醫師制度與疾病管理制度。例如：
 - (1)美國推動基層診所以病人為中心的醫療宅（Patient-Centered Medical Home），將醫療服務之支付由以服務量（Volume）為基礎，轉換為以價值（Value）為基礎的照護模式，鼓勵品質與效率，其支付包括疾病管理的費用，以促進照護的協調與整合。
 - (2)推動可靠（盡責）照護組織（Accountable Care Organization，以下稱 ACO），如美國老人保險共享利潤計畫（Medicare Shared Savings Program），由 ACO 承擔服務的品質與財務風險，若達成目標，可分享利潤，但其醫師多數為論量計酬。
 - 4.試辦論質計酬支付制度，依據證據醫學建立指標，鼓勵有效醫療，提升品質及療效：如英國依照護理結果支付，鼓勵提升護理品質及效果（Pay by Result）。
 - 5.建立電子病歷促進各層級醫療提供合作，減少浪費。
 - 6.改革藥品支付制度。
- （四）部分負擔：

依據研究，2000 年至 2010 年間，法國、德國、日本、英國及美國這些高所得國家，為減少醫療費用支出，皆以調升部分負擔制度為主要策略之一，且以藥品部分負擔調升最多。但會同時考量弱勢民眾之保障，且不論調整部分負擔的金額多寡，最後自付額占整體醫療費用支出的比率仍維持不變（Hosseini, 2013）。

歐盟國家有關部分負擔之收取方式（林霖，2011），因一般醫師、專科醫師、住院、處方箋以及牙醫而不同，有採定額（多數用於住院部門）以及定率（多數用於門診、處方箋及牙醫）。而我國部分負擔，在門診與藥品採定額制，與德國及英國藥品部分負擔制度相似；我國住院之部分負擔係採定率制，與日本之政策相似。多數先進國家在門診有守門人（轉診）制度，我國並未建立強制性轉診且醫院亦可看門診，因此部分負擔設計之原則可能與其他國家不同。

多數國家不論其採行的是定額制、定率制或自負額制等制度，皆為保護特定對象而訂有部分負擔上限制度或免部分負擔。最常見被列為應免除部分負擔的對象，包括慢性病患者、兒童、老人、低收入者及孕婦等族群或接受公共衛生相關的預防保健等服務（Hosseini, 2013），但並未如我國針對「重大傷病」免部分負擔。

1.門診部分負擔：

前述的國家，門診部分負擔約在 30% 左右。

在法國，其門診及住診部分負擔採定率制搭配定額制，一般科別醫師及專科醫師之門診部分負擔定率原為 30%，但自 2006 年起，每次門診除 30% 之部分負擔外，並收取 18 歐元的定額部分負擔。另自 2005 年起，每次就醫、生

物檢查或放射線科診療每項收取 1 歐元，而每天以 4 歐元為上限；每年上限為 50 歐元。就整體門診部分負擔（包括醫師、其他醫事機構及檢驗機構）訂有上限。若部分負擔超過 91 歐元，可免除部分負擔。

在德國，門診部分負擔採定額制。2004 年的改革，推出每一季第一次門診需負擔 10 歐元的部分負擔，若病患同一季未經轉診而自行找其他醫師就診，亦須自付相同的費用，以鼓勵轉診。

日本門診部分負擔採定率制，其占率從 2000 年的 20%，於 2010 年調升為 30%，並訂有部分負擔減免制度，例如：3 歲以下兒童部分負擔為 10%；74 歲以上且低收入者為 10%；74 歲以上且高收入者，則為 20%。另針對腎臟透析患者，其每月門診部分負擔上限約為 127 美元。

2. 藥品部分負擔：

在法國，藥品部分負擔採定額制。自 2008 年 1 月起，每項藥品採定額部分負擔 0.5 歐元，並搭配每年部分負擔上限為 50 歐元。其部分負擔增加約 15-35%，另就無法替代或昂貴之藥品，則採全額給付。其免部分負擔規定，大致與門診相同，惟罹患 30 種慢性疾病患者，亦免藥品部分負擔。

在德國，藥品部分負擔採定額制。從 2000 年的 3 歐元，於 2010 年為 5-10 歐元。在 2004 年的改革中，德國調升藥品部分負擔至 5-10% 的參考價，至 2008 年，凡藥價介於 50 歐元至 100 歐元之藥品，每處方收取最低 5 歐元及最高 10 歐元。藥價低於參考價 30% 之藥品，得免收取部分負擔。除 18 歲以下者、低收入戶或慢性疾病患者，可免除

藥品部分負擔外，另訂有自負額上限，即慢性病患者自負額上限為 1% 的全年家戶總所得，一般（無慢性病）民眾自負額上限為 2% 的全年家戶總所得。

日本的藥品部分負擔，係採定額制。除一般門診部分負擔（30%）外，藥品部分負擔之費用，則合併考量定額部分負擔及醫囑之藥品品項數。例如口服藥品項數達 6 項（含）以上時，部分負擔為 0.85 美元；若為局部用藥，1 項為 0.4 美元，3 項為 1.2 美元。另亦實施每月藥品部分負擔上限制，即高所得者每月上限為 1,903 美元；低所得者每月上限為 449 美元；當自付金額超過每月上限後，超出部分僅需付 1% 之藥品部分負擔。若為特定之低所得者，得完全免除部分負擔。

3. 住院部分負擔：

法國的住院部分負擔，係採定率制搭配定額制。2000 年至 2010 年期間，法國住院部分負擔之定率維持於 20%，但部分負擔之定額自 2000 年的 10.67 歐元，至 2010 年為 16 至 20 歐元。另自 2006 年起，針對昂貴的醫療項目，民眾須付 18 歐元，例如：核磁共振攝影（Magnetic Resonance Imaging，以下稱 MRI）。任何部分負擔高於 91 歐元（任何相對權值高於盲腸切除手術之處置項目）之處置項目，則免部分負擔。另罹患特定 30 種慢性疾病其中一種之病患，或非內含於前述 30 種疾病之罕見疾病患者；當次住院超過第 31 天的部分；孕期最後四個月；產後 12 天，皆可免住院部分負擔。

德國的住院部分負擔，採定額制。於 2000 年，德國每日住診部分負擔為 3 元，於 2010 年調升至每日 10 歐元。

除孕婦、18 歲以下或低收入戶外，當次住院若超過第 28 天以上的部分，可免住院部分負擔。另針對衛生主管機關認定之慢性病罹病者，則減輕其住院部分負擔。又若罹患嚴重慢性病之患者，住院自付額上限為 1% 的全年家戶總所得；一般（無慢性病）民眾之住院自付額上限為 2% 的全年家戶總所得。

日本住院部分負擔採定率制，與門診一樣，從 2000 年的 20%，至 2010 年為 30%，其減免方式亦與門診相同，但罹患特定 56 種慢性病者或參加研究實驗者，得完全免除住院部分負擔。

二、我國實施現況與執行成果

（一）人口老化與重大傷病對醫療費用成長的影響

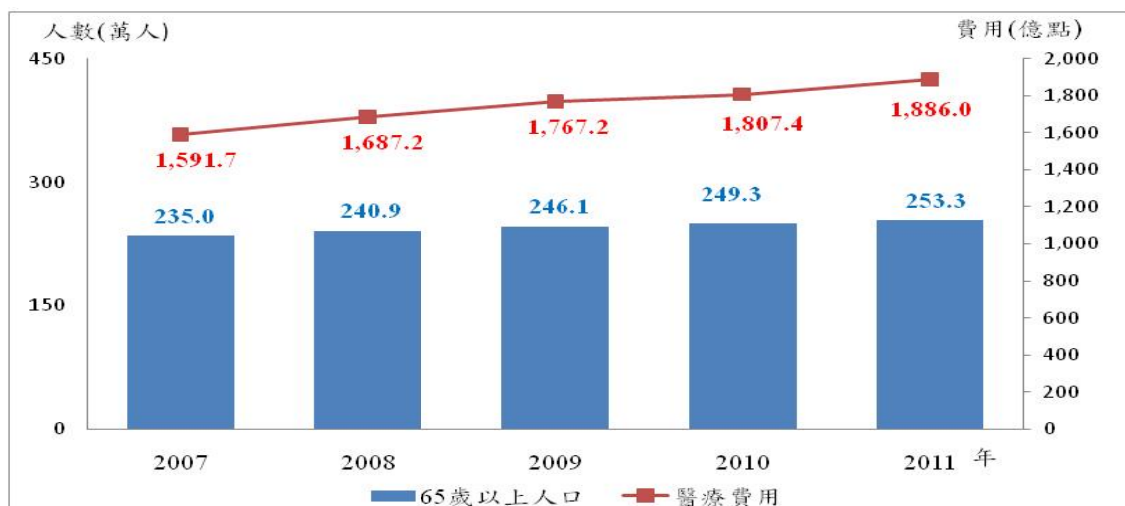
依據 98 年「全民健康保險費率精算報告」，影響健保點數成長因素（詳表 3-7-2），「人口結構與老化」（1.51%）以及「性別年齡對醫療服務強度之影響」（1.57%）為最主要影響因素；其中西醫門診亦同，其受「性別年齡對醫療服務強度之影響」（2.73%）最大，也就是除不可改變的人口老化對費用的影響外，醫療服務強度之影響為當前最需要控制之因素。

表 3-7-2 精算之影響健保點數成長因素之分析（98 年）

服務類別 影響因素	整體	西醫		牙醫	中醫
		住院	門診	門診	門診
總費用點數成長	2.23%	0.18%	3.53%	1.49%	2.25%
--納保人口增加	0.42%	0.42%	0.42%	0.42%	0.42%
--人口結構與老化	1.51%	2.00%	1.50%	-0.25%	0.54%
--醫療價格變動	0.07%	0.11%	0.06%	-0.09%	0.24%
--性別年齡外因素 對利用影響	-1.31%	-2.25%	-1.20%	1.09%	0.52%
--性別年齡對醫療 服務強度之影響	1.57%	-0.06%	2.73%	0.32%	0.51%
--交互影響	-0.03	-0.04%	0.02%	0.00%	0.02%

資料來源：100 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽（健保會，100）

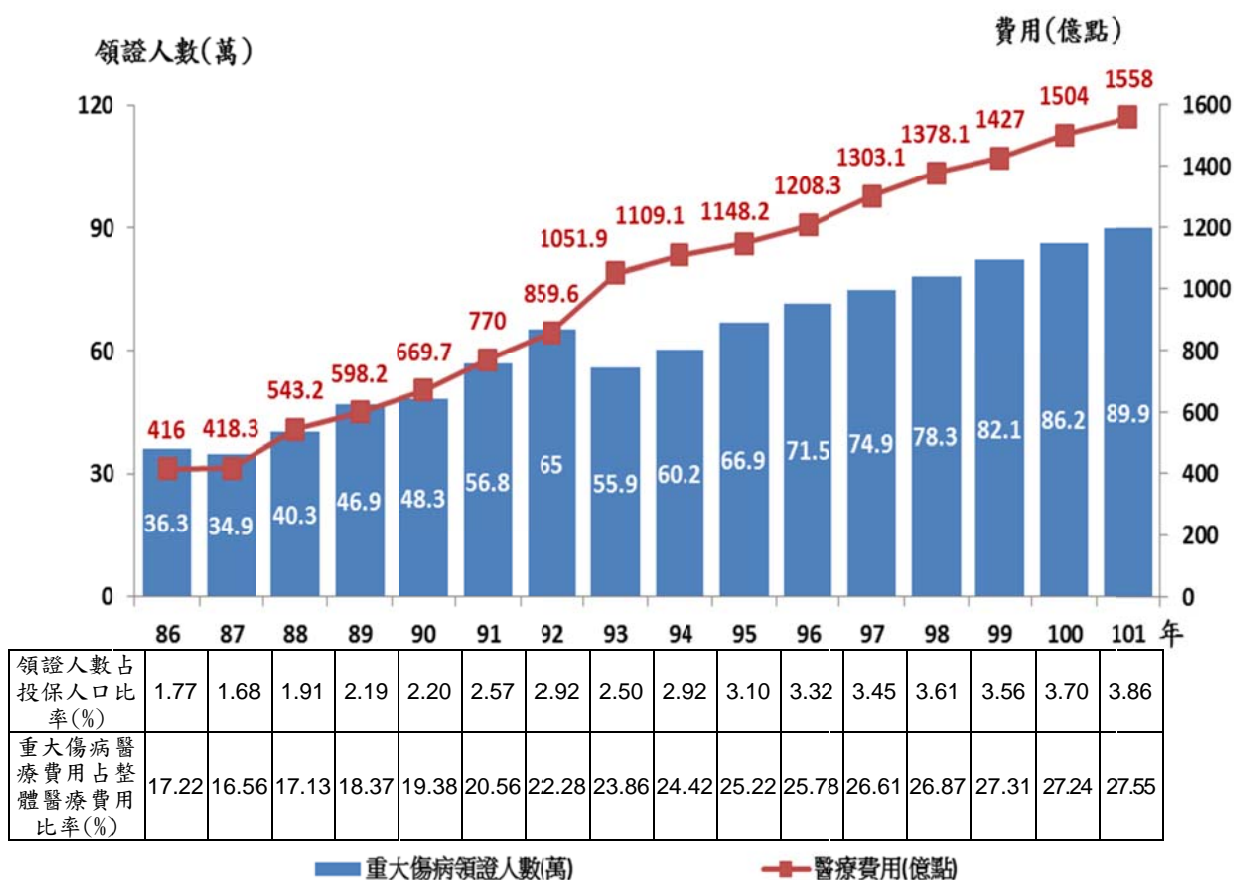
就高利用者健保資源之使用情形來看，以 100 年的資料為例，65 歲以上的老年人口占 11%，但所花費的醫療費用高達 1,886 億元，占了 34%（如圖 3-7-1）；而重大傷病患者快速增加，101 年已達 89.9 萬人（占全人口 3.86%），是 86 年的 2.48 倍，所花的醫療費用高達 1,558 億（占 27.55%）（如圖 3-7-2），是每人平均費用是全國人口的 7.5 倍。另外健保每年新藥新科技項目的增加，約增加 15 億元，若該 15 億元累計 10 年後，費用將高達 23 億元，影響很大。從上述得知，若未能有效改革給付效益與支付效率等，在未來全民健保將無法承受因人口老化所快速增加的醫療費用。其他有關醫療強度增加之影響將分析於後。



老年人口比率(%)	10.24	10.46	10.64	10.76	10.91
老年人口醫療費用占 整體醫療費用比率(%)	34.08	34.44	34.45	34.36	34.16

資料來源：101 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽（健保會，101）

圖 3-7-1 近 5 年老年人口整體就醫情形



領證人數占 投保人口比 率(%)	1.77	1.68	1.91	2.19	2.20	2.57	2.92	2.50	2.92	3.10	3.32	3.45	3.61	3.56	3.70	3.86
重大傷病醫 療費用占整 體醫療費用 比率(%)	17.22	16.56	17.13	18.37	19.38	20.56	22.28	23.86	24.42	25.22	25.78	26.61	26.87	27.31	27.24	27.55

資料來源：健保署

圖 3-7-2 重大傷病患者整體就醫情形

有關醫療服務利用與強度之增加，可能受給付（含部分負擔）、支付制度及醫療費用管控措施之影響，也可能受醫療供給之影響，將分別說明於後。

（二）醫療利用與費用

1.門診利用：

(1)西醫門診每人就醫次數仍維持在 11.05 次至 12.07 次之間，其中西醫基層診所就醫次數最多，約在 7.48 次至 8.24 次之間，約占 68%左右。與國際比較，低於韓國（2011 年，13.2 次）、日本（2010 年，13.1 次），但高於多數西方國家。

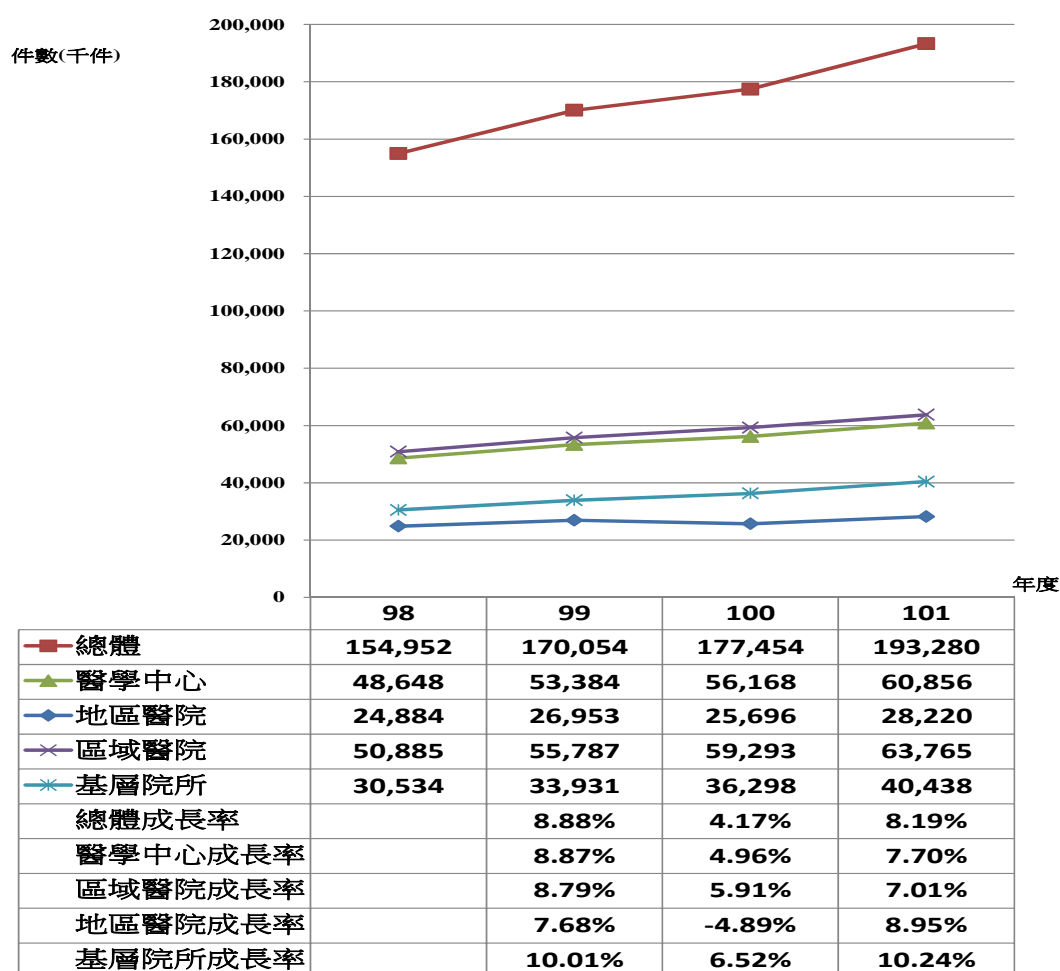
細探西醫基層申報案件，以一般案件（即所謂的簡表）申報件數最多，也就是藥費每日固定價格（日劑藥費），且開藥日數三天以內之案件。94 年以前該類案件約占一半以上，101 年降至 45.9%；但慢性病（含慢性病連續處方箋）以及其他專案項目案件占率增加。簡表因僅涵蓋 3 天的藥品，易增加就診次數。

(2)診療費、檢查、復健治療利用與費用：

在門診部分，診療費（診察費、藥費、藥事服務費等之外之費用）約占 101 年門診點數約 24%，僅略低於門診藥費占率 28%；但相對於藥費控制有藥價調降與部分負擔，健保對於診療費之管控措施僅透過事後審查著手，其餘費用採定額部分負擔，加上部分檢查與治療利潤較高，易造成浮濫使用，尤其是在西醫醫院。診療費在西醫基層僅占 15.63%。

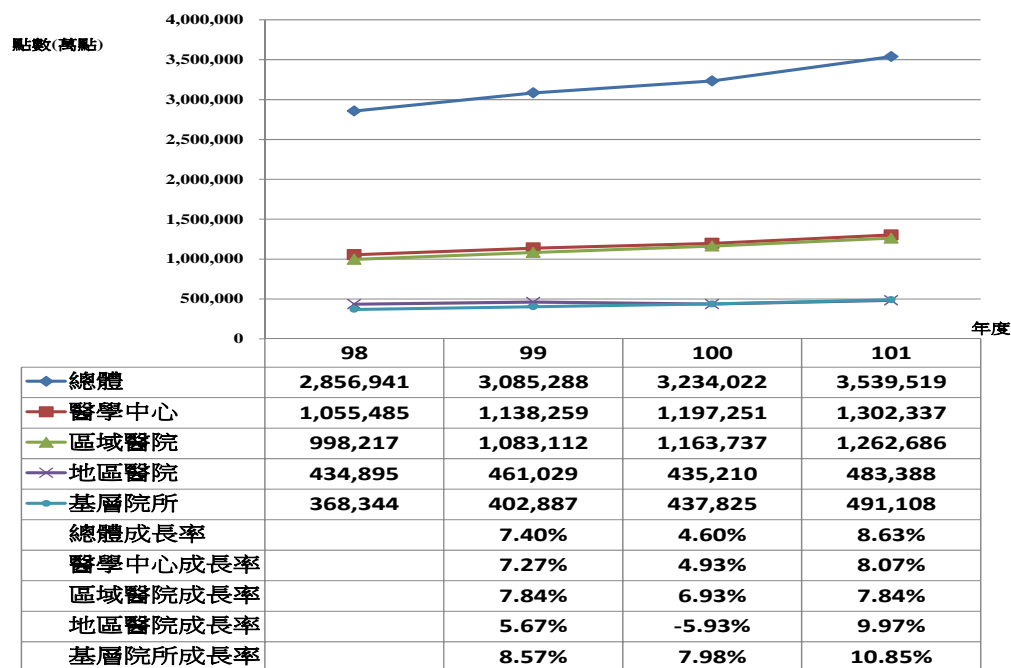
另就診療費之門住診細項的分析：

A.檢查項目（如圖 3-7-3 至圖 3-7-6）：門診檢查項目 1 年申報量，從 98 年的 1.5 億件至 101 年的 1.9 億件，平均成長率約為 7.08%。每年申報點從 98 年的 285 億點至 101 年 353 億點，平均每年成長率約為 6.87%，超過年度總額預算之成長率，應有相關政策抑制門診檢查之高度成長。住院檢查項目相對為低，從 98 年的 0.91 億件至 101 年的 0.95 億件，平均成長率約為 1.26%；申報點從 98 年的 142 億點至 101 年 151 億點，平均每年成長率約為 2.1%。



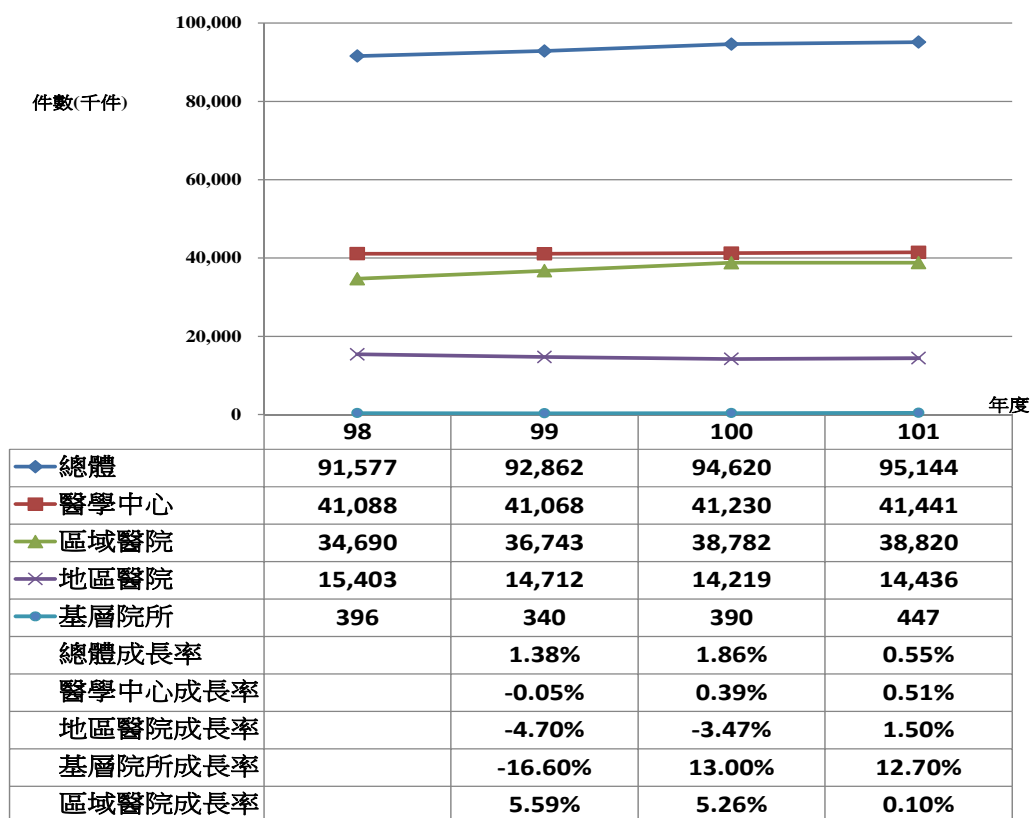
資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-3 門診檢查項目之件數成長趨勢



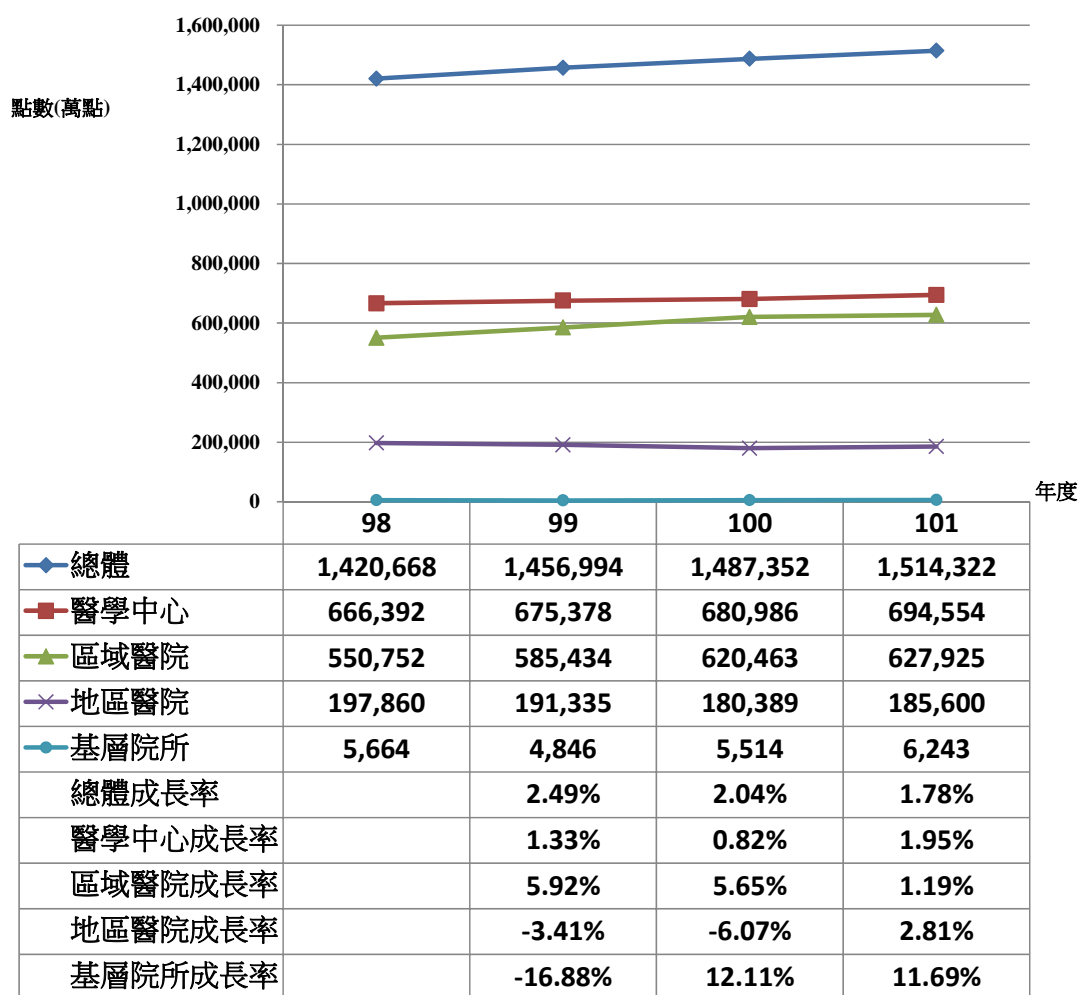
資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-4 門診檢查項目之點數成長率



資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-5 住診檢查項目之件數成長趨勢



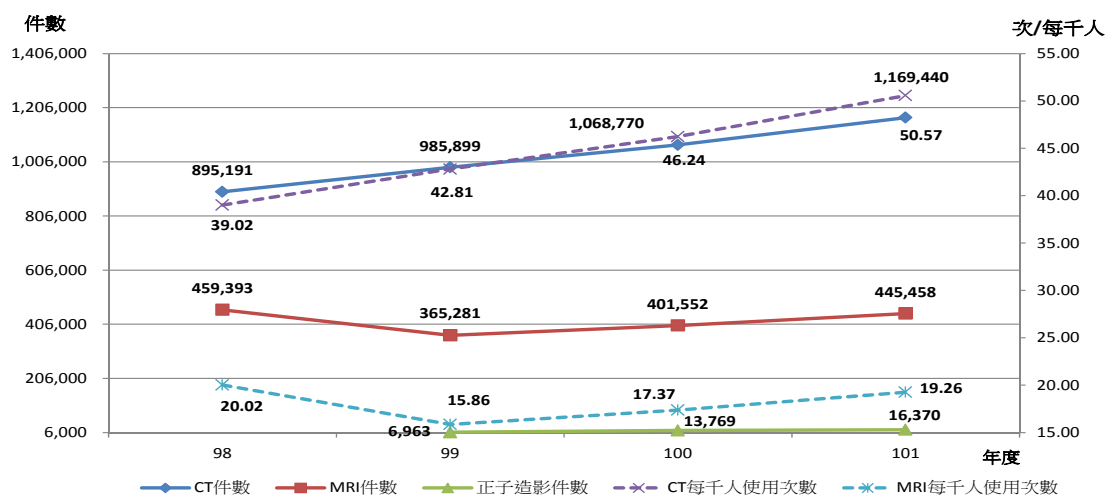
資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-6 住診檢查項目之點數成長趨勢

B. CT、MRI 及正子等昂貴儀器之檢查: (圖 3-7-7)

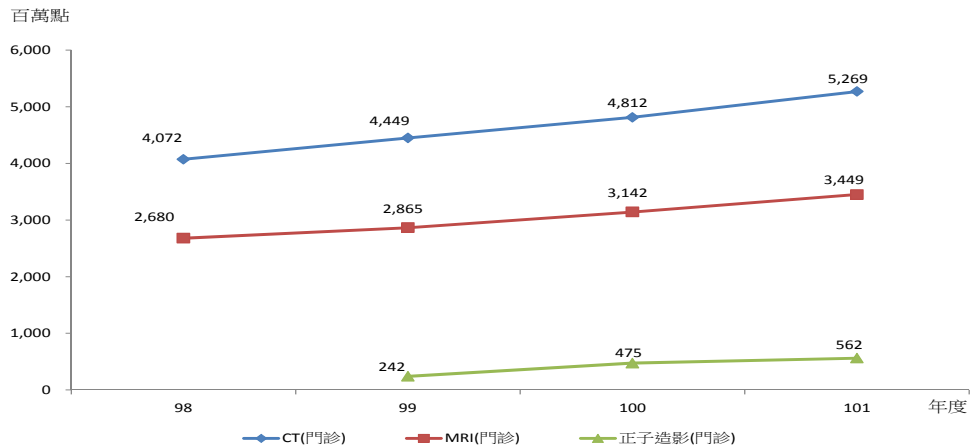
在門診，以 CT 1 年的申報件數最多，從 98 年的 89 萬件至 101 年的 117 萬件，平均成長率約為 7% 至 9% 左右，而 MRI 的申報件數，除 98 年件數為近 46 萬件較高外，99 年則劇降 (-25.76%)，100 年至 101 年則以 9% 至 10% 穩定成長。正子造影自 99 年開始給付，99 年約申報 6,963 件，至 101 年約成長 2.3 倍。若以每千人每年使用量，CT 從 98 年的

39.02 次至 101 年的 50.57 次，平均成長率約為 7 至 8% 左右。MRI 每千人每年使用量，則約在 15.86 次至 20.02 之間。就該三項 101 年門診申報點數，CT 為 52.69 億點、MRI 為 34.49 億點、正子造影為 5.62 億點，年成長率，除正子造影為 15% 以外，其他約在 8% 左右。(詳圖 3-7-8)



資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-7 CT、MRI 及正子造影之件數及使用次數（門診）

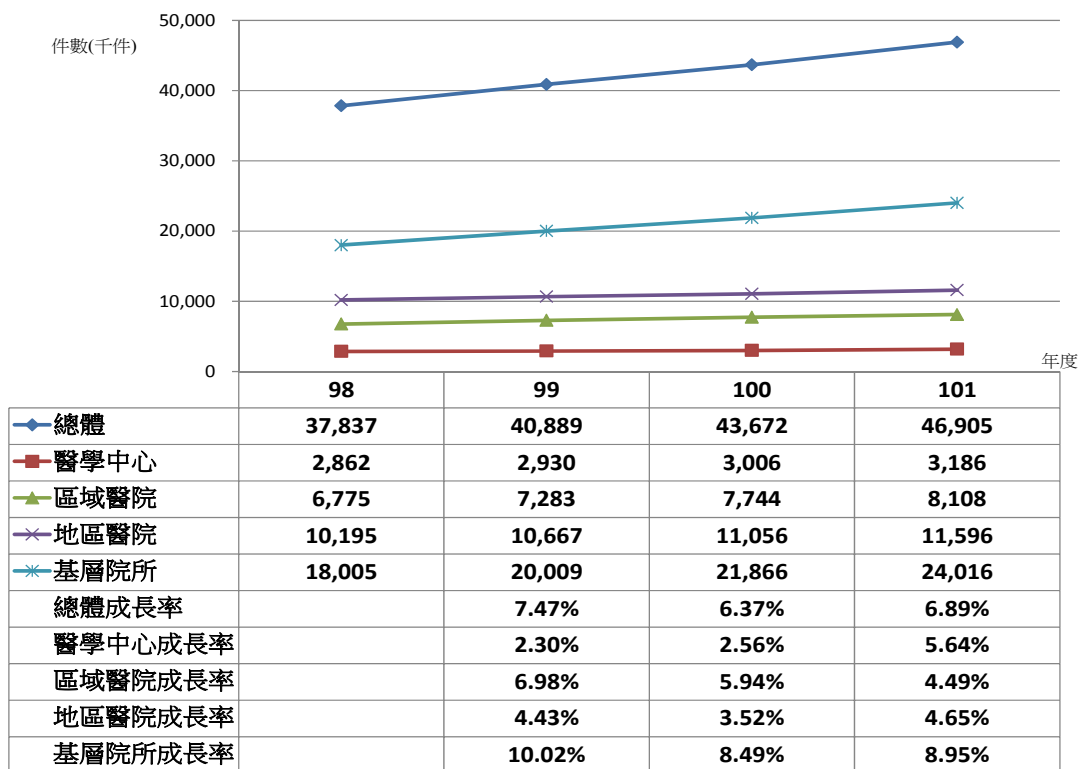


資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-8 CT、MRI 及正子造影之點數（門診）

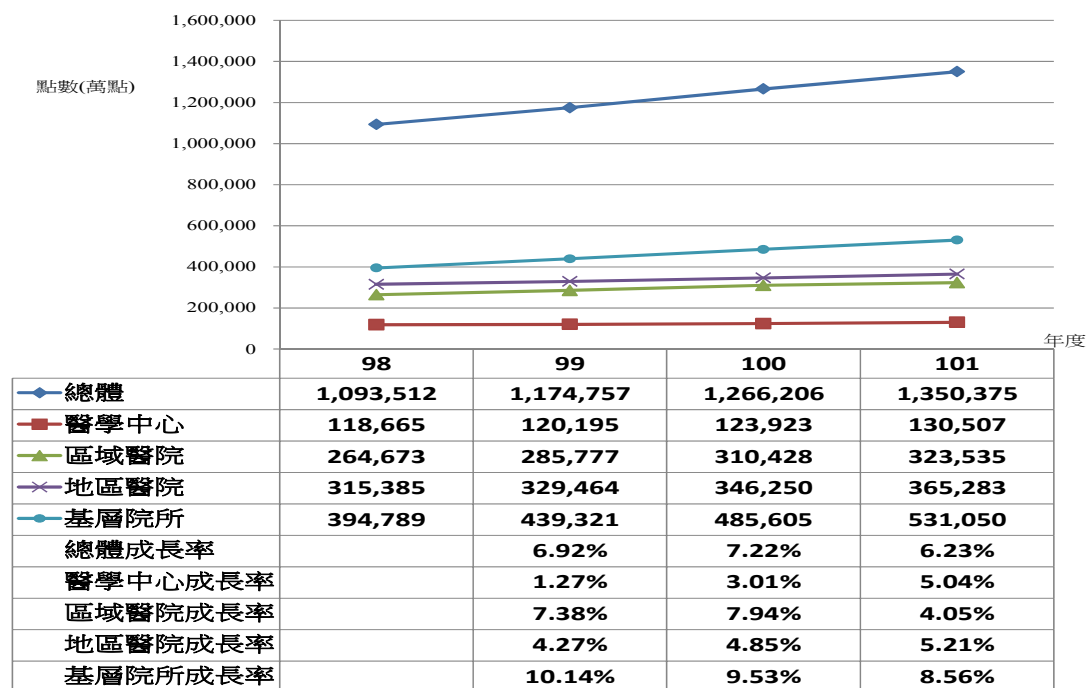
另健保自 93 年 7 月 1 日起，即試辦「全民健康保險特定檢查資源共享試辦計畫」，分析其申報「第二次處方醫院申請特殊造影檢查影像及報告費」比率甚低，其中 CT 占 1.26%；MRI 占 2.49%；正子造影（全身）占 1.85%，正子造影部分（局部）占 0.13%，可見檢查資源共享計畫使用率偏低。

C.復健治療（如圖 3-7-9 至圖 3-7-12）：門診醫令申報量，從 98 年至 101 年，案件數平均成長率約在 6.91%，醫療點數之成長率約在 6.79%。住診部分，從 98 年至 101 年之案件數，平均成長率約在 5.82%；醫令點數平均成長率則在 6.34%。無論門住診，其復健治療點數皆超過年度總額預算成長率。



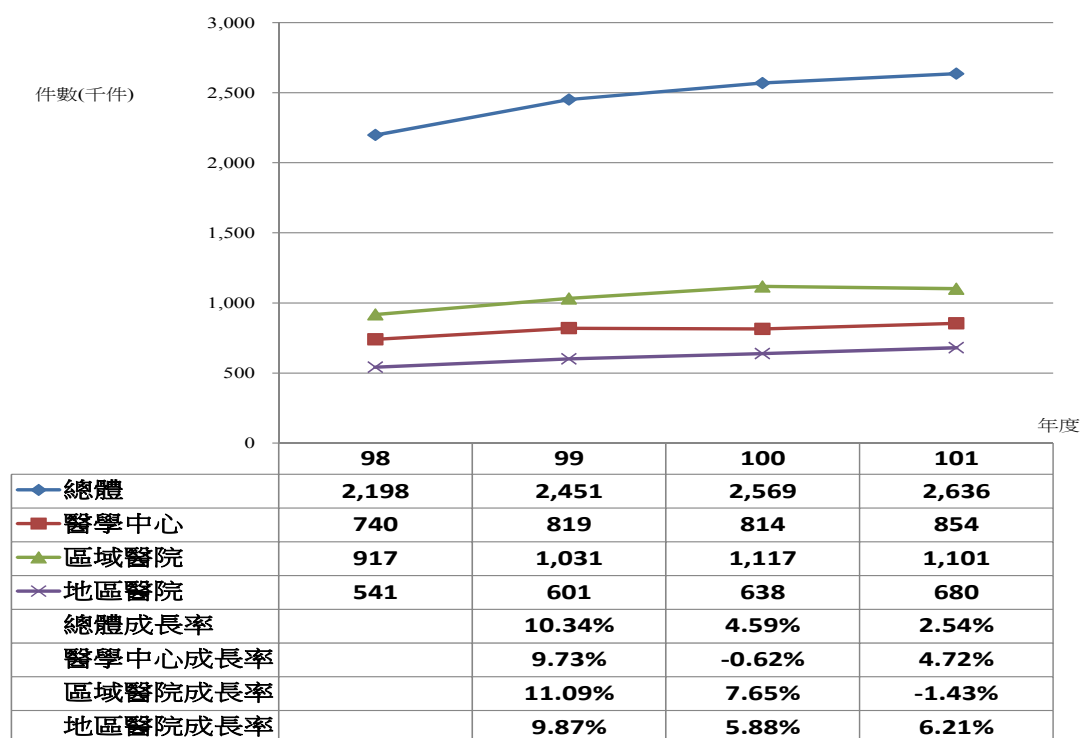
資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-9 復健治療項目之件數成長趨勢（門診）



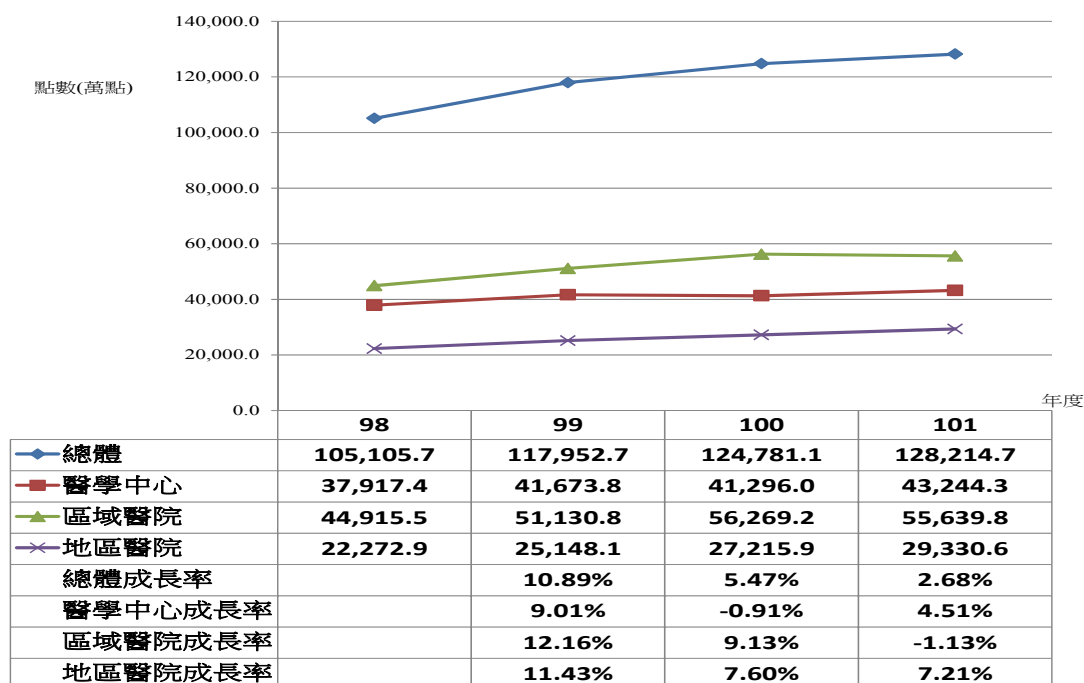
資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-10 復健治療項目之點數成長趨勢（門診）



資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-11 復健治療項目之件數成長趨勢（住診）



資料來源：衛福部全民健康保險政策決策分析系統

圖 3-7-12 復健治療項目之點數成長趨勢（住診）

2.住院利用：

不論是住院件數、住院天數或住院費用的成長，相較於門診，成長幅度不大，約 0.13 至 3.4%之間。

與國際比較，近十年來健保住院日數，平均住院日數維持在 9.9 至 10.0 天間。就國際比較，其與德國（9.3 天）相近，高於美國（6.1 天）、瑞典（5.5 天），低於法國（12.6 天）、韓國（16.4 天）及日本（32 天）（表 3-7-3）。

表 3-7-3 平均住院日數與國際比較

國家	西元年	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
澳大利亞		6.8	6.7	6.5	6.5	6.3	6.5	6.4	6.3	6.3	6.1	6.2	6.2	6.0	5.9	5.8	..
德 國		12.1	11.2	12.3	12.0	11.9	11.6	10.9	10.7	10.2	10.2	10.1	10.1	9.8	9.7	9.5	9.3
法 國		...	6.2	13.4	13.1	13.2	13.3	13.3	13.3	13.3	13.3	13.0	13.0	12.9	12.8	12.7	12.6
荷 蘭		9.4	9.2	13.6	13.1	12.9	12.5	..	..	..	..	10.8	..	..	..	..	..
挪 威		6.5	6.4	9.0	8.7	8.9	8.7	8.4	8.0	8.2	8.0	7.7	7.6	7.3	7.0	6.8	..
瑞 典		6.9	6.7	6.7	6.6	6.5	6.4	6.2	6.1	6.1	6.1	6.1	5.9	5.7	5.5
美 國		5.2	5.1	7.1	7.0	6.8	6.7	6.6	6.5	6.5	6.5	6.4	6.3	6.3	6.3	6.2	6.1
日 本		43.7	42.5	40.8	39.8	39.1	38.7	37.5	36.4	36.3	35.7	34.7	34.1	33.8	33.2	32.5	32.0
韓 國		13.5	...	..	12.6	..	..	14.7	..	..	14.9	..	..	17.5	15.7	15.8	16.4
台 灣 (全民健保)		9.0	8.8	8.8	8.7	8.7	8.9	9.1	9.7	9.7	9.9	9.9	10.0	10.0	9.9	9.9	9.9

資料來源： 1. 各國：OECD HEALTH DATA 2013, June；加拿大牙科未納入健保給付，缺1992年之後每人年牙醫門診次數。

2. 台灣：(1) 平均每人西、牙醫門診次數- 分子：行政院衛生署(現稱衛生福利部)報行政院102年全民健康保險醫療給付費用總額資料(西、牙醫門診件數)；
平均每人西、牙醫門診次數- 分母：全民健保投保人口數。

(2) 平均住院日- 行政院衛生署(現稱衛生福利部)報行政院102年全民健康保險醫療給付費用總額資料(住院日數及住院案件數)。

註：... = not available

(三) 健保給付與支付制度改革歷程：

保險的給付制度、支付誘因與部分負擔之設計，是影響醫療效率，甚至造成醫療浪費的主要原因之一。因此，健保自開辦以來，持續致力於相關制度的改革與管理。期藉由支付制度改革，減少醫療浪費與提升品質，加強個別醫療院所責任，並透過資源重分配、醫療（就醫）行為模式改變、健全專業自律及共同管理機制，以及建立資訊公開機制與獎懲制度，以徹底改變醫療行為，有效運用健保資源，改善民眾健康。相關的目

標及重點計畫，如表 3-7-4：

表 3-7-4 全民健保改革目標及重點計畫

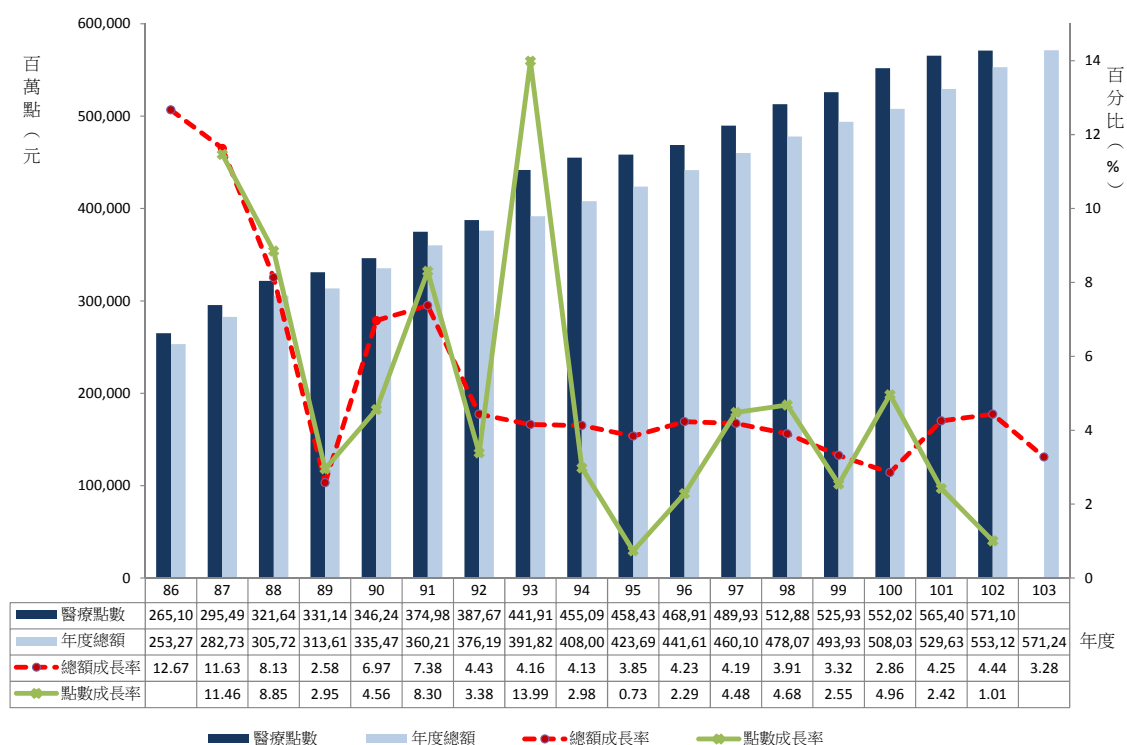
目標	重點計畫
一、控制醫療費用	實施總額支付制度
二、提升支付效率與公平性	1.修改支付標準 2.擴大支付基準 3.改革藥價基準 4.控制藥費支出
三、改革照護模式與提升醫療品質	1.論質支付 2.全人醫療照護 3.品質資訊揭露及改善 4.品質承諾
四、降低醫療浪費	1.善用 IC 卡上傳及登錄系統，減少重複就診、檢驗檢查及用藥。 2.研訂支付條件（給付範圍） 3.醫界自律 4.強化總額管理機制

1.實施總額支付制度，醫療費用成長控制在一定範圍：

健保實施以來，醫療費用一直呈現高度成長，並以 87 年的 11.46%為最高。但自 91 年 7 月起全面實施總額支付制度後，每年總額預算成長率約 3%~4.5%，控制在一定的範圍內。

年度總額預算係透過醫療服務提供者與付費者於年度開始前進行協商，其主要成長因素為投保人口的增加、人口老化、醫療服務成本的改變、新藥新科技給付項目增加，以及支付制度改革所需費用等。平均 1 年約增加 141 億元至 235 億元，成長率介於 2.855%至 4.436%。

但自總額支付制度實施後，醫療服務點數一向高於年度總額。兩者差距除 93 年因 SARS 後期效應，差距較大外，近年來其差距在 271 億點至 445 億點之間，約為年度總額之 6 至 8%。但就成長率而言，有 7 年度總額成長率高於點數成長率，有 5 年則相反（詳圖 3-7-13）。



資料來源：健保署

圖 3-7-13 歷年醫療服務點數與年度總額情形

2.修改支付標準，促進科別支付公平性：分別於 93 年與 102 年導入 RBRVS 調整支付標準。

支付標準之調整，目的在促進支付公平性，導正支付誘因，避免利潤過高或過低，影響醫療服務提供。為彌補基本診療費與重症醫療支付之不足，健保署自開辦以來即持續調整基本診療費（診察費及病房費）。至於特定診療服務包括檢驗、檢查、手術、治療等服務，歷年來亦持續針對支付偏低之項目，如一般外、胸外、心外、婦產科、兒科等，加以調升（健保署：101-102）；僅有少數服務【如電腦斷層攝影（Computed Tomography，以下稱 CT）、MRI、血液透析

等】支付標準曾被調降，其餘支付項目則因價格凍結，很多未加調整。

為能系統化解決支付標準科別支付不公之問題，健保署參考美國蕭慶倫教授的 RBRVS 方法學 (Hsiao, 1988)，經本土化修正後，以各服務項目之資源耗用程度為基礎，建立相對值以反映服務成本，並於 93 年至 94 年導入全民健保支付標準相對值表，調整近 2,000 項，為歷年支付標準結構改變最大的一次，大幅改善支付標準科別支付之失衡，如外科系統支付標準大幅調高 20% 以上，婦產科、小兒科之手術及處置、護理及精神科服務亦大幅調高，但眼科、內視鏡、血液透析及泌尿科處置則微幅調降，部分科別則因學會不同意，未導入 (李玉春，2006)。

為解決內外婦兒四大皆空以及其後發生護理人力嚴重缺乏以及急診壅塞之問題，健保除自 100 年起調高外婦兒科門診診察費支付標準，推動護理、急診品質提升計畫外，亦再次以科學化的數據為基礎，修訂 RBRVS，並邀請內、外、婦、兒及急診科等專家，共同討論支付標準調整優先順序，優先調高急重難症科別支付標準。102 年醫院部門調整內外婦兒急診等科別特定診療支付標準，調升 516 項 (約 30.46 億點) 及其他項目加成等，共計 50.55 億點。

由於 RBRVS 仍為論量計酬，雖有助於提高不同科別服務項目支付之公平性，但無助於抑制醫療浪費，特別是在門診更是如此，更何況對利潤高的項目較少調降，仍提供多使用之誘因。

3. 改革支付基準：自 99 年導入住院以疾病診斷關聯群 DRGs 為基礎的前瞻性論病例計酬支付制度：

健保署在 99 年起，導入住院 DRGs 支付制度，預計五年全面導入，但因自費特材等爭議，至 102 年，仍僅導入第一階段 164 項【涵蓋 11 個主要診斷類別 (Major Diagnostic Categories, 簡稱 MDC)】，占 DRGs 範圍點數的 28.60%，以及占全部住院費用點數的 17.36%。

為監控 DRGs 實施後，病患就醫權益及醫療利用情形的變化，亦啟動醫療效率、費用移轉、病患就醫可近性及成效測量等四個不同面向之監控。依據健保署統計結果，臺灣版住院 DRGs（以下稱 Tw-DRGs）實施後（102 年）相較於實施前（98 年），平均每人住院日數下降（由 4.39 天下降為 4.15 天，減少 0.24 天），另 Tw-DRGs 住院案件的轉出率、3 日內再急診率及 14 日內再住院率等亦均較 Tw-DRGs 實施前下降（-0.06%、-0.06%、-0.24%），顯示 Tw-DRGs 實施後醫療服務效率、醫療品質及病患就醫可近性均較實施前提升，另外健保署委託學界進行研究結果顯示，Tw-DRGs 制度之實施，並未降低病患對醫療照護之滿意程度。

醫院部門整體平均每件住院日數從 97 年之 10.18 天下降至 102 年 10.001 天。其中，第一階段住院 Tw-DRGs 制度之案件平均住院日從 98 年之 4.39 天，持續下降至 102 年之 4.15 天，下降 5.47%。但在超長住院部分，因屬 DRGs 的排除項目，缺乏誘因減少超長住院。

依據鄭守夏針對兩個心臟科的處置評估之研究，Tw-DRGs 第一年的實施，可降低 10% 住院日與照護密集度，但未顯著影響品質（Cheng, 2012）。

另針對 Tw-DRGs 實施三年的評估亦發現，住院日與醫

療點數下降，服務效率顯著提升，而醫療服務轉移，即住院前轉門診服務、居家護理（護理之家）與轉院治療，未顯著增加；醫療品質指標多數無顯著差異；而出院後轉門診治療與超長住院率，則微幅增加（李玉春，2013）。

- 4.改革藥價基準（即藥物給付項目及支付標準），控制藥費支出：多次調降藥價，建立藥品價格調整機制，並自 102 年開始試辦藥品支出目標制。

(1)藥費現況分析

藥費在門住診的分布，以門診占率最多，約 82% 至 83.8%。平均每件西醫門診藥費約在 378 元至 400 元，約占門診費用點數 34%；平均每件住院藥費，逐年下降，從 97 年的 8,394 元降至 101 年的 8,016 元，約占住診費用點數之 14% 左右。

西醫門診每人每年平均藥費，由 97 年 4,107 元增至 101 年 4,731 元，成長 15%，每年成長率亦隨藥價調整起伏不定。西醫基層門診每人每年平均藥費約為 1,038 元至 1,128 元之間，成長 8.7%，其占西醫門診藥費從 97 年的 25.27% 降至 101 年的 22.63%。醫院門診每人每年平均藥費，97 年 3,040 元至 101 年 3,648 元，成長 20%，年化成長率 4.7%。

西醫基層門診因採日劑藥費申報者眾，故其平均每件藥費約在 133 元至 139 元，年化成長率 1.1%。醫院部門，門診每件藥費約 97 年 860 元至 101 年 926 元，年化成長率 1.9%。故醫院門診藥費的管控應視為藥費管控之重點。

(2)藥價調整

自 89 年起，健保每 2-3 年依藥價調查調整（降）藥價，截至 102 年底，業已實施 7 次。每次調降藥價在 5 億至 150 億元之間。

在 102 年 10 月 2 日起，衛福部發布全民健康保險藥品價格調整作業辦法，其中對於「剛逾專利期 5 年以內」藥品分 5 年調整其價格，以及健保收載達 15 年以上者，採成分別訂價，即同成分、同品質的藥品採相同價格（即所謂「三同」），預期將對逾專利期藥品之價格，產生重大之衝擊。

(3)藥品支出目標制

健保署於 102 年 2 月 8 日公告實施「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」（Drug Expenditure Target，以下稱 DET）試辦方案，並自 102 年 1 月 1 日起試辦 2 年。針對西醫藥品設定目標值（即不含中醫），其重點如下：

A. 目標額度＝基期值×（1＋成長率％）

基期值：第一年以前一年度藥費核付金額為基期值，第二年起，採前一年之藥費目標值作為基期（不含中醫門診總額）。

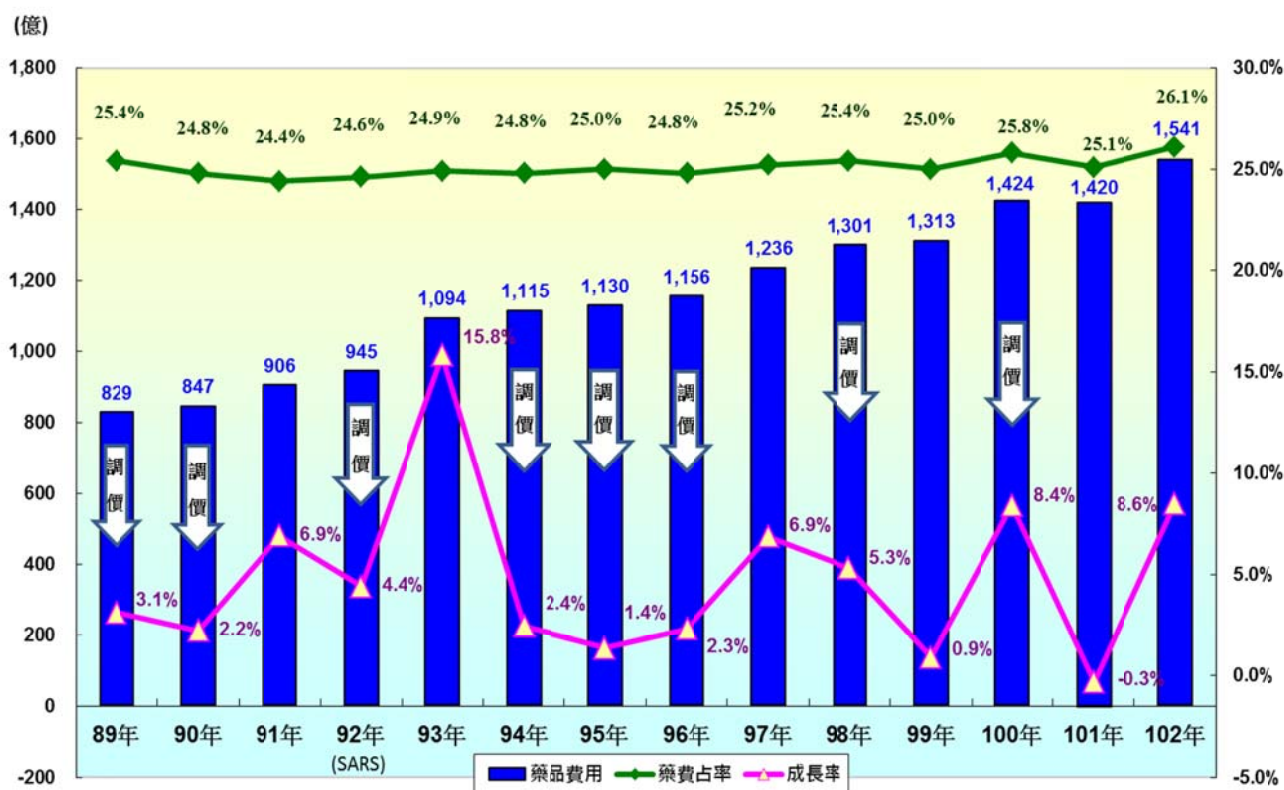
成長率：當年度與前一年所核定總額比較之成長率（不含中醫門診總額）：102 年成長率為 4.528％、103 年為 3.309％。

B. 超出目標額度之處理原則

年度結束時，藥品費用核付金額超出前一年預先設定當年之目標時，於次年度 4 月 1 日起，調整藥物給付項目及支付標準，以降低藥費支出。

(4)改革成效

藥費支出從 89 年的 829 億元，到 102 年的 1,541 億元，增加將近 1.7 倍，但其占醫療服務點數比率，大致維持在 25% 上下。每人每年藥費，從 90 年的 3,915 元增加至 101 年的 6,062 元，年成長率約在 -0.8% 至 8.25%，年化成長率約 4.1%。就每年的成長率，約在 -0.29% 至 8.6%。每年藥費成長率與定期之藥價調整有關，藥價調整後第一年，成長率下降，但第二年又將大幅成長（詳圖 3-7-14）。



資料來源：健保署

圖 3-7-14 歷年藥費支出之成長趨勢

雖然藥費持續成長，但 85-92 年的分析，卻顯示藥價調整仍可顯著降低藥費成長幅度（Lee, 2006）。

另就 102 年開始試辦之 DET 制度，在 103 年應調整藥價約 56 億元，並配合三同的實施，一共將調整 1 萬多個藥品之價格。

（四）推動論質支付與整合性照護計畫，改革照護模式，提升醫療品質

1. 試辦論質支付或醫療給付改善計畫

健保使用資源最多的 10% 的病人，使用健保 60% 的資源（張鴻仁，2002），若能做好使用資源最多的 10% 病人的疾病管理，可使健保價值大幅提升；但這些病人在過去未必獲得良好照護，反而造成資源浪費。以糖尿病而言，因糖尿病未照顧好導致併發症，包括失明、腎病變常須截肢、洗腎、治療心臟病等，總體費用占健保支出的 11%，當時衛生署正推動糖尿病共同照護網，由各縣市醫療院所結合各類專業人員與各科醫師組成，依據當代醫學證據，提供糖尿病人完整照護，可提升醫療品質及療效，預防或延後併發症的發生，改善病人健康。因此健保乃推動論質支付，以加速糖尿病共同照護網的落實。

為提升照護品質，以財務誘因，鼓勵醫療院所依據當代證據醫學提供服務，建立連續性疾病追蹤管理模式，提供整合性照護服務。健保署自 90 年起開始試辦醫療給付改善計畫。截至目前業已推動八項計畫，有糖尿病（101 年 10 月導入支付標準，但經費仍由專款支應）、氣喘、乳癌、結核病（97 年已導入支付標準，但經費不由專款支應）、子宮頸癌（配合子宮頸抹片檢查移為公務預算，95 年 3 月已停辦）；95 年高血壓（102 年已停辦）、99 年精神分裂症以及 B 型肝炎帶原者及 C 型肝炎感染者、初期慢性腎病照護與衛

教等。

健保論質計酬支付之費用，除傳統的論量計酬外，另支付完整照護初診、複診與年度評估費用，內容包括健保過去不給付的疾病管理、自我照護管理衛教費與營養諮詢等費用，95 年更進一步依據照護結果或品質改善程度，決定是否予以加成支付，讓健保給付可以用在刀口上，真正落實購買健康，101 年因成效良好，正式納入支付標準。

論質計酬實施結果成效不一，以糖尿病論質計酬為例，其評估結果顯示可顯著提升醫師對治療指引之遵循度，改善臨床照護結果（如降低血糖控制不良比例）、延緩併發症發生、降低住院率及住院費用（Lee, 2010）。最新研究更發現可節省整體醫療費用（Cheng, 2012），此外氣喘、乳癌、初期腎病等計畫亦具一定成效。論質支付對提升醫療品質，解決人口老化、多元慢性病照護之問題，提出可行的解決方案。但目前論質支付涵蓋率仍很低，且有選擇的偏差，有必要檢討支付的誘因，讓多數病人可獲得有效的醫療照護。

2. 推動全人醫療照護：家庭醫師整合性照護制度計畫、整合性門診計畫以及試辦論人計酬支付制度

(1) 家庭醫師整合性照護制度計畫

為提供民眾周全性、協調性與持續性的醫療照護，並以民眾健康為導向，建立以病人為中心的醫療觀念，提升醫療服務品質，以作為未來推動「家庭責任醫師制度」奠定基礎。

截至 101 年底，共有 367 個計畫數，2,361 家診所參與，參與率 23.79%；並有 2,749 位醫師加入，醫師參與率 19.65%；收案人數約 2,110,866 人，約占 9.11

%。

目前該計畫之收案對象，係由健保署將需照護之忠誠病人名單，交付參與計畫之社區醫療群進行健康管理。社區醫療群得於保險人交付收案數，額外加收 120 名個案數。

在服務內容方面，會員健康資料檔、衛教、轉診、24 小時諮詢專線、社區衛教宣導，以及與合作醫院之共同照護門診、病房巡診、雙方個案研討、醫師繼續教育、醫療資訊分享等。

在支付面，除個案管理費，每人每年 250 元，以 1,000 人為上限外，績效獎勵費用，每人每年 550 元，後者包含健康管理成效鼓勵（70%）及品質提升費用（30%）。評核指標如下：

- A.組織指標（3 項，權重 40%），達成率需 100%：其中包含 a.健康管理與個案衛教；b.個案研討、共同照護門診、社區宣導或病房巡診；c. 24 小時諮詢專線。
- B.品質指標（3 項，權重 30%，每項各 10%）：急診率、疾病住院率以及固定就診率。
- C.會員滿意度調查指標（1 項，權重 10%）。
- D.預防保健達成情形指標（4 項，權重 20%）：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片率、65 歲以上老人流感疫苗注射率，高於應照護族群 60 百分位，糞便潛血檢查率高於全國平均值。

比較有收案會員與未收案會員，發現：收案會員在 101 年與 100 年醫療利用情形，門診與急診人次、急診率與住院率皆減少（分別為-5.35%與-2.31%、-2.31%

與-2.37%)。急診及住院點數雖分別提高5.9%及16%，但較未收案者為低。整體醫療利用成長相較於未收案者亦低，詳表3-7-5。

表 3-7-5 家庭醫師收案族群與應照護族群（未收案）之比較

醫療利用情形	收案會員			應照護族群 (未收案)成長率
	101 年	100 年	成長率	
門診人次	43.79 百萬次	46.27 百萬次	-5.35%	-3.28%
門診費用點數	401.02 億點	395.47 億點	1.40%	2.24%
急診人次	59.62 萬次	61.02 萬次	-2.31%	0.96%
急診費用點數	15.42 億點	14.56 億點	5.90%	7.95%
急診率	28.24%	28.91%	-2.31%	0.96%
住院率	9.41%	9.64%	-2.37%	-3.92%
住院費用點數	148.30 億點	127.76 億點	16.08%	20.08%

資料來源：健保會 102 年「全民健保各部門總額執行成果摘要」

(2)醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫

為提供多重慢性病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複、不當治療用藥或處置，影響病人安全，健保鼓勵醫療院所提供整合式照護服務，促成醫院各專科醫療適當整合，鼓勵醫院盡責，透過專業合作，以達全人照護之理念；並鼓勵醫院互相標竿學習，建立最佳的醫療模式。另對於病情穩定之病人，逐步落實分級醫療、促進層級間之轉診，以提升醫療資源使用效率。

A. 試辦計畫：自 98 年 12 月起試辦，為一中長期計畫，分階段導入，逐年漸進達成目標並視各階段之辦理成效，逐步檢討修正：

(A) 試辦期（現階段）：重點在於院內或團隊對忠誠病人照護之整合。

(B) 推廣期：重點在於跨院間之整合照護。

(C) 成熟期：重點在於與基層醫療院所整合。

B. 照護對象範圍及支付方式：屬多重慢性病患誠病人（連續二年於該醫院門診就醫次數占其總門診就醫次數 50% 以上，有 2 種以上慢性病，且需 2 個以上科別照護者）或多重慢性病人（該院所前一年之西醫門診就醫病人，且有 2 種以上慢性病且需 2 個以上科別照護者），由健保署提供前述病人名單。

經試辦醫院收案後，每照護對象全年最高支付 1,500 元，計畫執行期間未滿 1 年者，按比例計算，並依下列指標達成比率，核付成效評量及執行評核費用（102 年支付方式）：

(A) 成效評量（結果面指標達成）：接受門診整合照護模式就醫之照護對象，依 7 項指標分配經費，每人全年經費最高 1,240 元。

(B) 執行評核費用：參與試辦之醫院先自行評核，並於執行年 9 月底前函送健保署各分區業務組進行複評。每人全年經費最高 260 元。

本試辦計畫執行結果，101 年除平均每人每月門診就醫次數下降外，「平均每人每月醫療費用」及「平均每人每月用藥品項」指標皆較基期值為高。

另參加本試辦計畫之慢性病患增加，慢性病種類變多，月平均就醫次數下降幅度變大，顯示整合照護模式，可增進多重慢性病患的照護品質，降低其重複使用醫療資源的情形（健保會，102）（表 3-7-6）。

表 3-7-6 「醫院以病人為中心門診整合照護試辦計畫」試辦前後之
實施成效之比較--依慢性病數量分析

指標項目	慢性病別	基期 (99.04-100.03)	計畫期間 (101.04-102.03)	成長率
平均每人 每月醫療 費用	無	2,896	2,894	-0.05
	1 種	4,561	4,747	4.10
	2 種	5,588	5,766	3.18
	3 種	6,482	6,669	2.88
	4 種	7,426	7,583	2.12
	5 種以上	8,269	8,304	0.42
平均每人 每月門診 就醫次數	無	1.526	1.494	-2.08
	1 種	1.643	1.613	-1.81
	2 種	2.203	2.106	-4.40
	3 種	2.817	2.665	-5.38
	4 種	3.535	3.308	-6.42
	5 種以上	4.635	4.281	-7.64
平均每人 每月藥品 項數	無	4.443	4.490	1.05
	1 種	5.432	5.662	4.23
	2 種	7.134	7.430	4.14
	3 種	8.912	9.245	3.74
	4 種	10.914	11.291	3.45
	5 種以上	13.768	13.951	1.33

(3)試辦論人計酬制度

計畫目的在透過疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，使民眾獲得更完整的服務，以促進民眾健康；並以全人照護為導向，促進區域醫療體系整合，包括基層院所與醫院之整合，減少醫療浪費。

計畫期間以 3 年為原則，自 100 年 7 月 1 日至 103 年 12 月 31 日止。其實施原則，如下：

A. 計畫涵蓋範圍：包含西醫基層、醫院總額門急診、住院及門診透析項目，排除牙醫、中醫及器官移植

術後追蹤。

B. 民眾就醫權益不變：尊重民眾就醫習慣，不須登記或簽署同意文件，不限制民眾需於固定醫療團隊就診，可自由到區內非試辦醫療團隊及區外醫療院所就診。

C. 醫療團隊費用申報及審查作業不變。

目前各團隊之組成及照護對象，如表 3-7-7：

表 3-7-7 論人計酬試辦計畫團隊與照護對象

試辦模式	區域整合模式				社區醫療群模式	醫院忠誠病人模式		
試辦團隊	臺灣大學醫學院附設醫院金山分院	澄清綜合醫院及 5 家區內衛生所及診所	彰濱秀傳紀念醫院及 6 家區內衛生所及診所	部立金門醫院	樂樹醫療群（芝山診所及 5 家合作診所）	屏東基督教醫院	天主教耕莘醫院	彰化基督教醫院
照護對象	新北市金山區合理現住人口（註）	台中市東區戶籍人口	彰化縣線西鄉戶籍人口	金門縣投保人口	團隊忠誠病人	醫院忠誠病人		
照護人數	15,614	61,923	14,799	49,951	5,976	8,664	20,094	30,014
合計	207,035							

註:1.指金山區鄰近試辦醫院之地區（如金山鄉、萬里鄉、三芝鄉）曾有在當地就醫或領慢性病連續處方箋之人口。

2.部立金門醫院於 102 年 1 月新加入。

3.因應急性後期（中期）照護需求之迫切性，推動「全民健保提升急性後期照護品質試辦計畫」

隨著人口老化，病患在急性醫療後，若未能得到適當的後續照護，容易發展為失能狀態，再加上健保住院實施 DRGs 支付制度，對於急性後期照護（Post Acute Care，以下稱 PAC）的需求，將越來越多。倘能建構急性後期照護模式與病人垂直整合轉銜系統，依個別病人的醫療需求，

在治療黃金期內，立即給予積極性之整合性照護，使其恢復功能，除可減少後續再住院醫療費用、大幅減輕家庭及社會照顧之負擔，亦可強化急性醫療資源配置效率，與長期照護服務無縫接軌。

103 年起第一階段試辦對象為中風病人，係針對「急性後期功能群組」(Function-Related Group，以下稱 FRG) 之 FRG1 及 FRG2 類之病人，訂有相關給付規定，並就其病人改善情形給予獎勵。目前共有 58 個醫院團隊申請，經評選，共 39 個團隊獲選，另 19 家醫學中心均入選擔任上游轉出醫院，詳表 3-7-8。

表 3-7-8 執行急性後期照護品質試辦計畫之團隊與院所

	團隊數	區域醫院 家數	地區醫院 家數	承作醫院 合計家數
全國	39	51	78	129
占率		39.50%	60.50%	100%

依據健保署之推估，101 年申請參加計畫醫院之急性腦中風病人約 33,000 人，依文獻推估有 20% 病人有 PAC 需要，推估受益人數 6,600 人。依國內實證研究，急性後期（中期）照護可降低病人失能程度，免於不必要的急性再住院與反覆住院情形，減少死亡率達 62%，本計畫若推動有成效，失能病人將減少，再住院及後續醫療情形也將減少，對於醫院總額之點值將有所提升。

（五）強化醫療費用管控措施，降低醫療浪費：

1. 建立以檔案分析為主軸之審查制度，增進審查作業之成本效益，並提升醫療服務品質：

- (1)建立「醫療給付檔案分析系統」，開發多項醫療利用及品質檔案分析指標，供審查實務上運用。
 - (2)建立即時資訊回饋機制，提供個別醫院各項品質指標之自身值與同儕值，俾利醫院進行自我品質管理與提升。針對異常的院所請其提報原因說明及管理措施外，也會立意抽調病歷進行專業審查。針對特定醫令設定異常利用閾值並監測，當醫院申報數量高於閾值時，則加強審查，並持續回饋醫院資訊及進行輔導。
- 2.建置二代醫療系統電腦醫令自動化審查系統，已發展約 350 項審查規則，藉由電腦自動化審查勾稽檢核，提高審查效率及避免審查不公。
 - 3.特殊服務專案管理，如 Tw-DRGs 試辦項目費用移轉及品質監測、復健治療閾值管理、長期使用呼吸器照護管理專案、門診診療費申報異常管理、高看診量醫師監控與管理、住院加護病房申報異常管理、IC 卡上傳住院資料異常案件之立意與實地審查、輕病住院監測與實地審查、CT、MRI 利用合理性、體外震波碎石術與腎臟輸尿管相關手術必要性、剖腹產率偏高醫院管理、物理治療同一療程超次管理、急診檢傷分類專審暨轉診作業輔導、慢性病連續處方無後續調劑資料回饋等。
 - 4.藥品利用或高價藥品使用之審查管理
 - (1)進行藥價調降品項醫療利用量之移轉監測。
 - (2)彙整管制藥品用藥偏高病人跨院所資料，建立管制藥品關懷名單並置於健保署健保資訊系統服務網(VPN)，供醫師看診時，線上即時瞭解病患管制藥品利用情形，協助臨床診療，提升用藥品質。

(3)特定藥品之專案管理，如：骨穩注射液審查專案、福善美保骨錠加強審查專案、化療藥事服務費及注射費錯誤申報資料回饋審查、藥師出國期間申報費用異管理審查、住診高成長藥品審查專案、慢性 B 型及 C 型肝炎治療計畫個案適應症審查專案、門診口服用藥天數重複開立之管理與審查等。

5.安養住民醫療利用及整合管理：針對供給面、需求面、個體面及整體面發展整合性決策系統，快速找到管理標的，並針對不同對象，而有不同管理模式，以達到通盤性成效落實以人為本的治療模式，以期讓住民得到完整而持續性醫療照護。

(六) 部分負擔與重大傷病

1.部分負擔

就部分負擔制度之研修，依據健保原規定，保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，居家照護醫療費用之 10%。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其 30%、40%及 50%。自 102 年 1 月 1 日二代健保實施，民眾接受居家照護的部分負擔，由 10%調降為 5%；以及若民眾於醫療資源缺乏地區（共計有 45 個）鄉、鎮、市、區接受門診、急診或居家照護服務，可以減免 20%部分負擔。

就現行的部分負擔，分析如下：

(1)歷年門診部分負擔低於法定比例：

整體而言，門診部分負擔比率，近五年來，從 97 年的 8.34%，逐年下降至 101 年的 7.42%，其與採定額收取方式有關；而住診部分，部分負擔占率亦逐年下降，由 97 年

的 4.25% 降至 101 年的 4.10%，但其下降幅度不及門診。

若就中、西、牙科別之門診部分負擔比率來看，以中醫為高，約占 12.27% 至 12.97%，每年微幅增加；西醫案件部分負擔比率，約在 7.43% 至 8.36%，亦每年增加。惟牙醫部門，部分負擔率最低，在 3.33% 至 3.48% 之間。住診部分負擔占率亦不高（4.1%~4.25%），且逐年下降（詳圖 3-7-15）

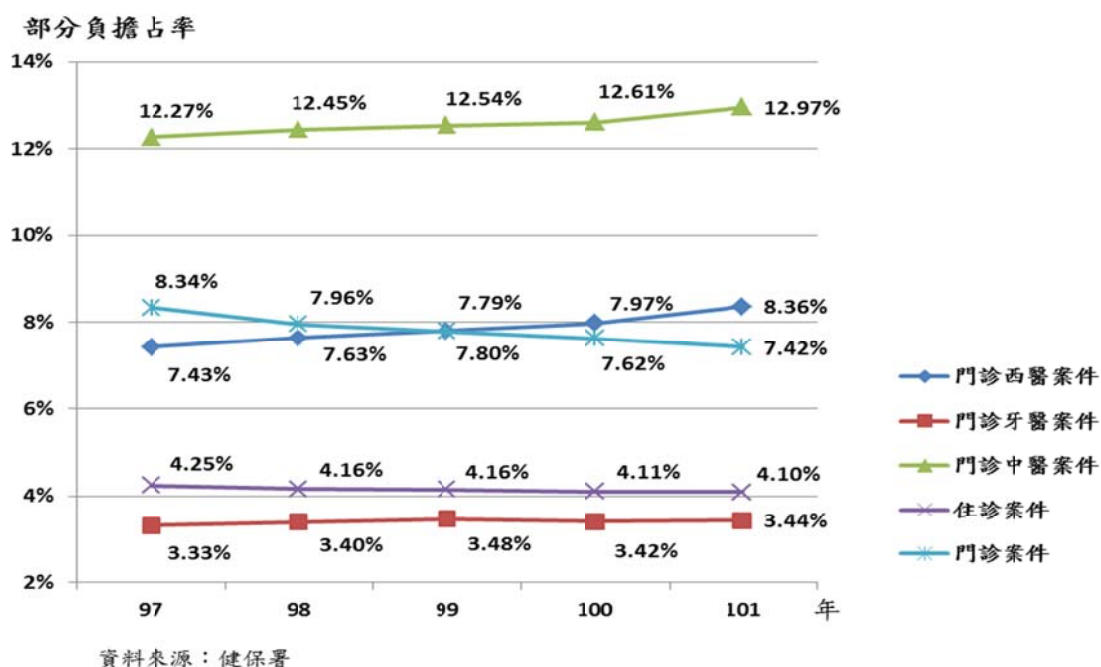


圖 3-7-15 門住診部分負擔費用占率分析

(2)門診有申報部分負擔者：門診高於住診；西醫低於中醫低於牙醫；院所層級愈高，申報比率愈低。

97-101 年，門診有申報部分負擔之案件約為 78.06% 至 79.29%，其中，牙醫近年略增，介於 82.79%-83.51% 間；中醫門診漸降，介於 81.44%-83.82% 間；西醫門診案件最低且微幅下降，介於 77.99%-79.21% 間（詳圖 3-7-16）。

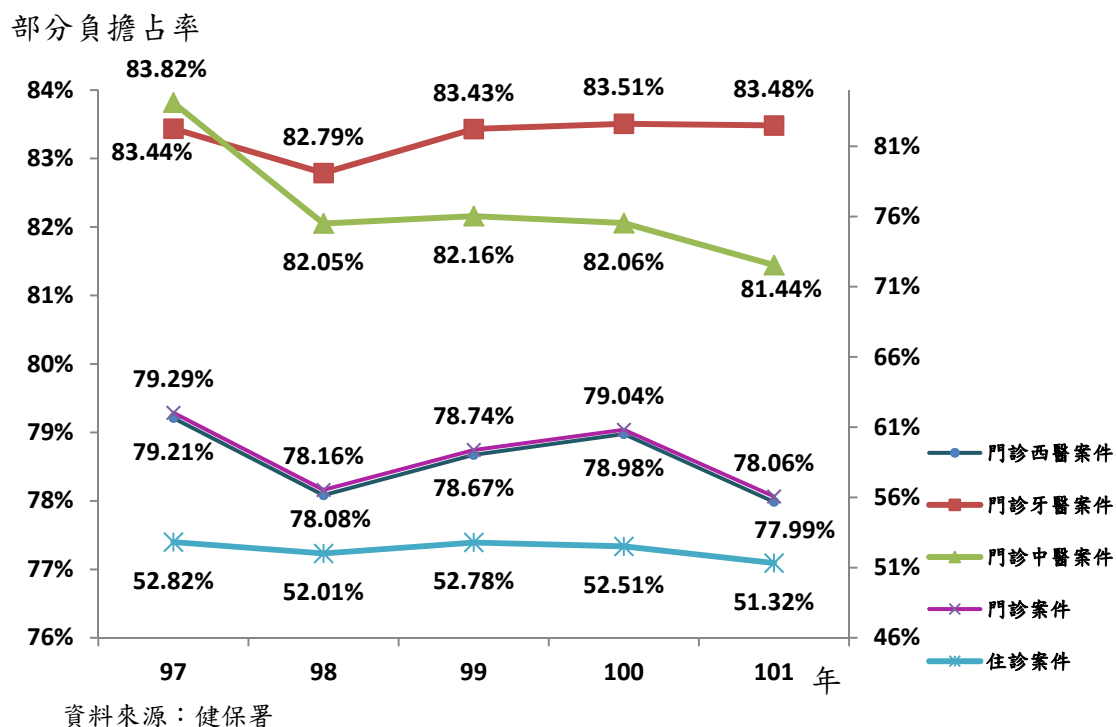


圖 3-7-16 門診與住診有申報部分負擔案件之占率

在西醫門診案件中，除其他機構外，院所層級有申報部分負擔案件者，層級越高，比率愈低，以醫學中心占率最低且逐年下降，約在 50.46%-51.45%間（詳圖 3-7-17）。顯示約有一半於醫學中心就醫之案件，不需付部分負擔。另以歸人檔資料分析，發現醫學中心申報部分負擔比率偏低，主要因重大傷病患者以及領取慢性病連續處方箋者居多有關。

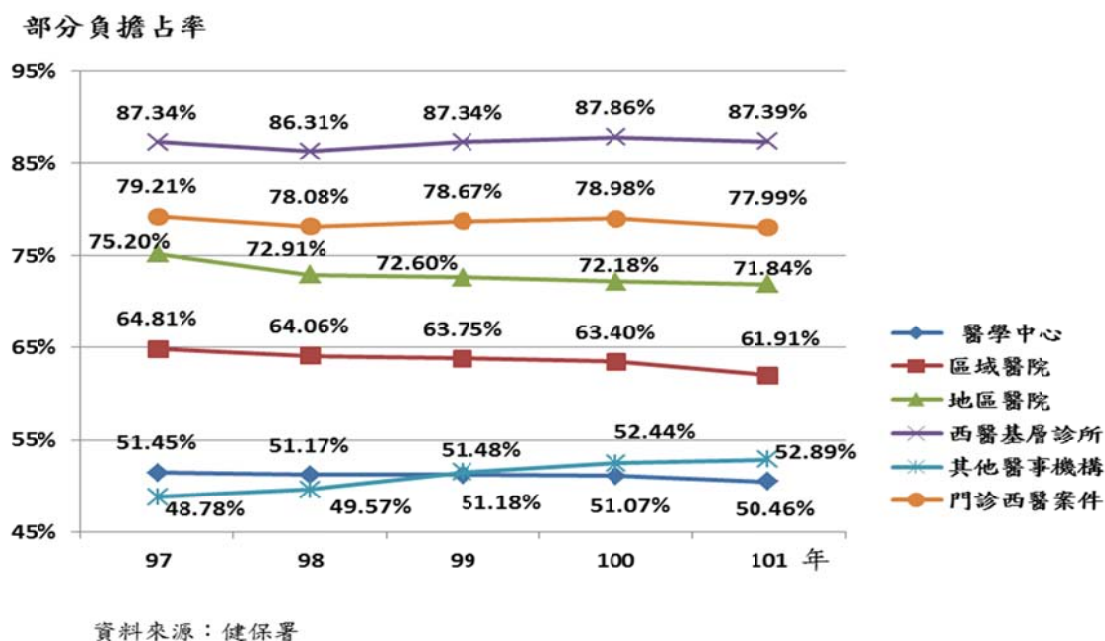


圖 3-7-17 各層級院所西醫門診有申報部分負擔費用案件之占率

(3)有申報部分負擔之門診案件，部分負擔率以地區醫院最低，醫學中心最高：

各層級西醫門診有申報部分負擔之案件，除其他醫事機構外，其部分負擔費用占率以地區醫院最低，約在 9.95% 至 11.54%，以醫學中心最高，約占 17.93%-19.29%（詳圖 3-7-18）。

有申報部分負擔費用之門診案件，其平均部分負擔費用以基層診所最低，約在 58 點至 59 點（詳圖 3-7-19），醫學中心最高，在 353 點-368 點間（詳圖 3-7-18）。

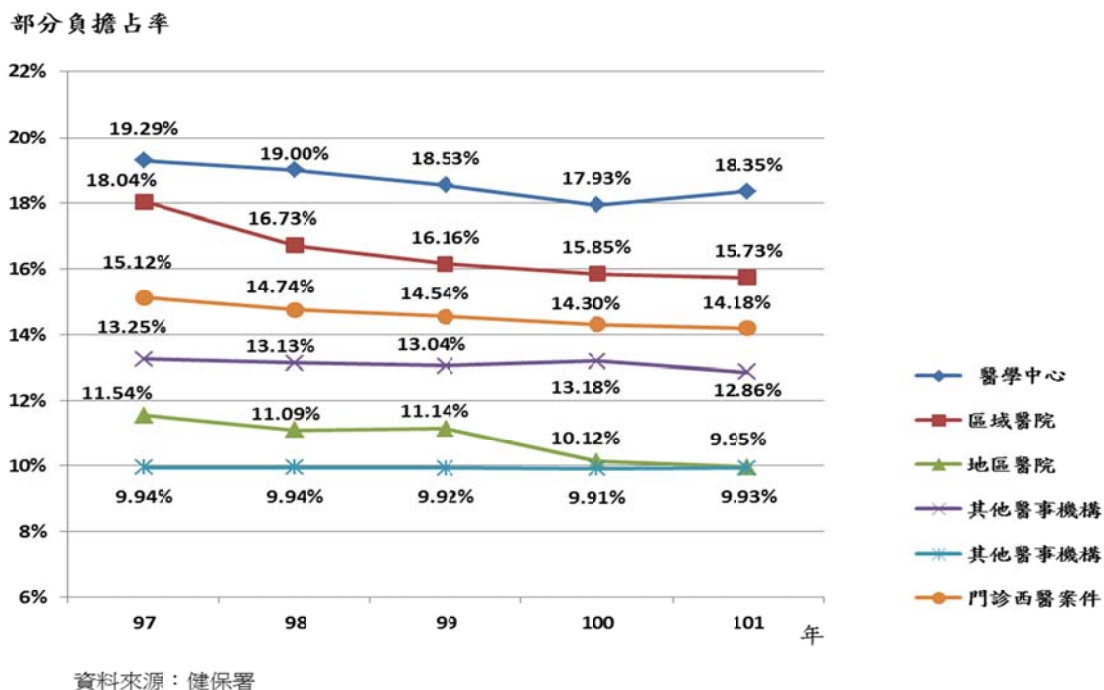


圖 3-7-18 各層級院所西醫門診有申報者其部分負擔之占率

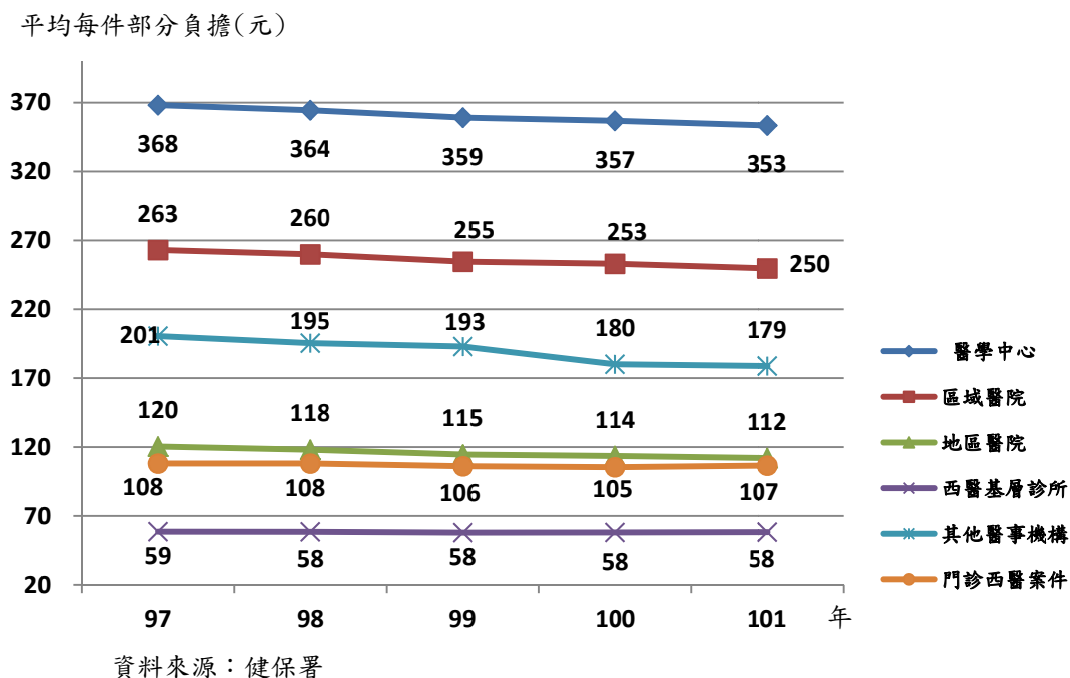


圖 3-7-19 各層級院所西醫門診申報部分負擔之平均每件部分負擔費用

(4)住院有申報部分負擔比率，以區域醫院最高，地區醫院最低，平均部分負擔費用隨層級增加而增加。

住院有部分負擔的申報案件，約占整體住院案件之 52.82%至 51.32%，其中以區域醫院有部分負擔申報案件占該層級申報案件比率為最高，在 55.91%至 56.99%間；地區醫院最低，在 49.24%-51.84%間。醫學中心和地區醫院差不多，約在 49.43%-51.49%間（詳圖 3-7-20）。

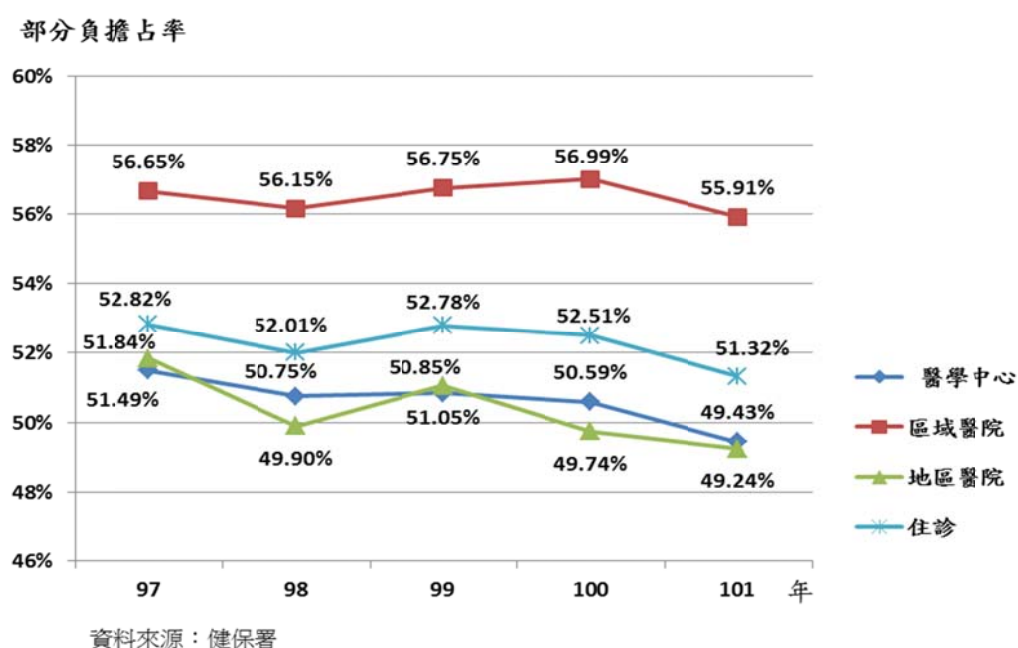
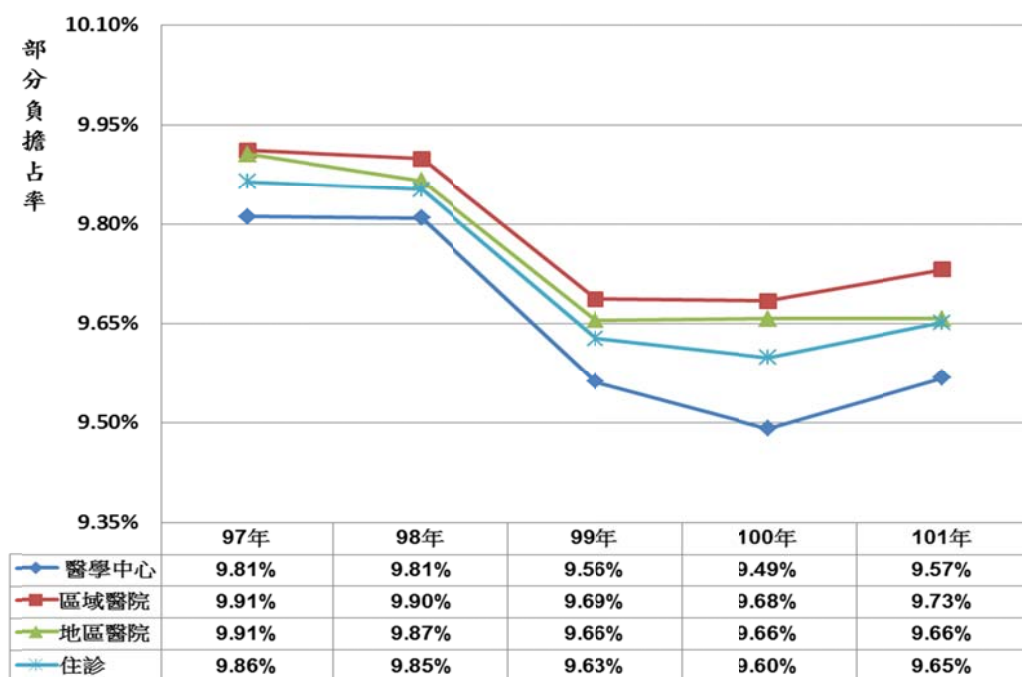


圖 3-7-20 各層級院所住診有申報部分負擔案件之占率

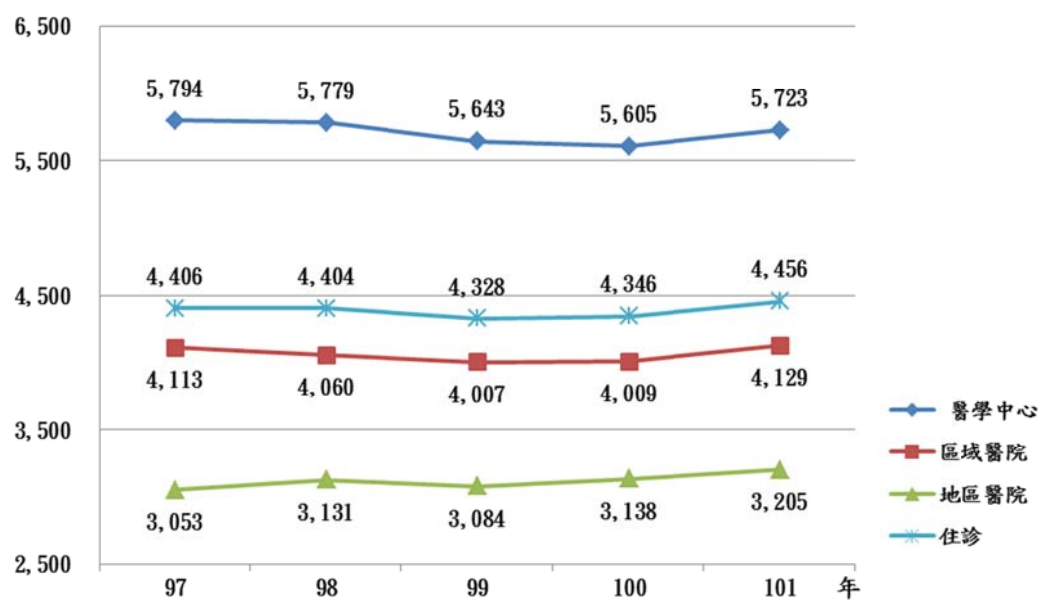
住院部分負擔因屬定率（10%）收取，故各層級院所住診有申報部分負擔案件之部分負擔費用占率接近於 10%（詳圖 3-7-21）。各層級院所住院平均每件金額平均介於 4,404 元至 4,456 元，其中醫學中心較高（5,605 元至 5,794 元）、區域醫院為 4,007 元至 4,129 元、地區醫院為 3,053 元至 3,205 元（詳圖 3-7-22）。



資料來源：健保署

圖 3-7-21 各層級院所住診有申報部分負擔案件之部分負擔費用占率

平均每件部分負擔(元)



資料來源：健保署

圖 3-7-22 各層級院所住院有申報部分負擔案件之平均部分負擔費用

2. 重大傷病

健保對重大傷病免部分負擔，在開辦初期，癌症重大傷病效期係永久有效，惟隨著科技進步及醫療之發達，許多癌症已可治癒，病人透過健保提供之醫療服務，疾病已治癒且獲得良好之生活品質，已與非重大傷病病患無異，基於就醫負擔公平性，經相關專家學者討論建議，衛福部（前衛生署）自 91 年修正公告重大傷病效期，將癌症領證期限改為「5 年換發」。

(1) 重大傷病與慢性病醫療費用及部分負擔之比較：

A. 分析重大傷病之門診醫療利用及其部分負擔：

領證人數持續上升，醫療費用占率 101 年為 27.55%，較 90 年的 19.38%，增加 42%。以領證類別分析，以癌症領證數占率最高 48.2%；次之為慢性精神病，占 21.7%（詳圖 3-7-23）。

B. 全年平均每人門診就醫次數約 35 次，每人門診醫療點數約 13.5 萬點，部分負擔占率 1.46%（平均 1,981 點）；其中屬重大傷病卡疾病之門診就醫次數約占 36.97%，其醫療點數占 76.98%；非屬重大傷病卡疾病就醫之門診部分負擔平均每人全年約 1,933 元（占其非屬重大傷病之疾病就醫醫療點數的 6.34%）（詳表 3-7-9）。

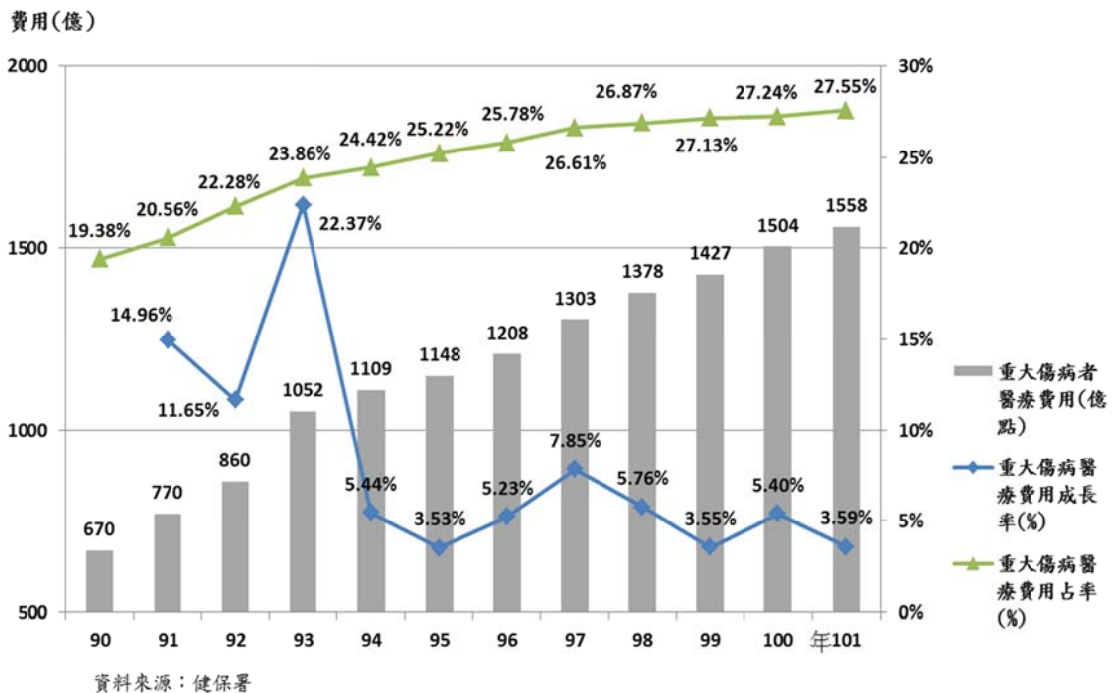


圖 3-7-23 重大傷病醫療費用分析

表 3-7-9 重大傷病之門診醫療利用及其部分負擔分析表

領證情形	101年								以「重大傷病身分」就醫	
	領證人數	領證人數占率	整體平均每 人就醫次數	整體每人平 均醫療點數	整體每人平 均部分負擔	整體平均每 件部分負擔	整體部分負 擔佔率			
									就醫次數比率	醫療費用佔率
單一領證者	751,971	92.33%	34	125,870	1,969	57	1.56%		35.97%	75.83%
多重領證者	二張證明	58,452	7.18%	44	250,435	2,142	49	0.86%	45.78%	83.55%
	三張證明	3,829	0.47%	45	306,057	1,967	43	0.64%	52.57%	85.75%
	四張證明	176	0.02%	47	279,598	2,012	43	0.72%	51.01%	83.15%
	五張證明	6	0.00%	58	474,826	1,692	29	0.36%	68.30%	91.86%
	小計	62,463	7.67%	44	253,948	2,131	49	0.84%	46.23%	83.71%
總計	814,434	100%	35	135,792	1,981	56	1.46%		36.97%	76.98%
總計年成長率	4.85%		10.84%	5.54%	18.30%	6.73%				

資料來源：健保署

(2)重大傷病與慢性病患者門診就醫次數、點數與部分負擔之比較：

以門診抽樣檔資料，將病人歸戶並區分為重大傷病患者、慢性病患者及其他患者，發現：重大傷病患者100 年全年每人平均申報門診件數為 31.43 次，慢性病患者 19.19 次，而其他患者 7.78 次。重大傷病患者平均 1 年門診醫療費用點數約 12.6 萬點，慢性病患者平均門診點數約為 1.65 萬點。就重大傷病全年部分負擔金額分別為 1,631 元，與慢性病患者(1,829 元)相近，但就其負擔比率部分差距甚大，重大傷病為 1.29%，而慢性病患者為 11.12%（詳表 3-7-10）。慢性病患者亦經常就醫，但無法免部分負擔，相對於重大傷病可免部分負擔，似有不公平之處。而重大傷病可免部分負擔是否也有可能增加不必要之就醫。

表 3-7-10 各類病人門診醫療利用及部分負擔分析

code	人數	人數占率	件數	件數占率	每人每年平均件數	每人平均醫療點數	每人年平均部分負擔金額	每件部分負擔	每人平均部分負擔占率
重大傷病	33,340	3.8%	1,047,828	8.4%	31.43	126,133	1,631	52	1.29%
慢性病	415,193	46.9%	7,966,035	64.1%	19.19	16,454	1,829	95	11.12%
其他疾病	437,631	49.4%	3,406,020	27.4%	7.78	3,680	484	62	13.16%
全部	886,164	100.0%	12,419,883	100.0%	14.02	14,272	1,158	83	8.11%

註：本表病人歸戶方式：首先，凡曾屬重大傷病免部分負擔之病人歸為「重大傷病」，再以曾以案件類別為「慢性病」、「慢箋」或特殊治療為「各類慢性病」者，歸為「慢性病」；其餘則為「其他疾病」。

就各類病人其部分負擔之分布（詳表 3-7-11），可發現：重大傷病患者至少有 10% 的人，全年無門診部分負擔；慢性病患者至少有 5% 的人，全年無門診部分負擔。

負擔。重大傷病有繳門診部分負擔者，其全年門診部分負擔金額從 50 元至 3 萬 2 千多元（極大值）不等，全年部分負擔占率介於 0.05% 至 20.42%（極大值）；而慢性病有繳門診部分負擔者，其全年門診部分負擔金額從 200 元至 4 萬 8 千多元（極大值）不等，全年部分負擔占率介於 4.28% 至 48.64%（極大值）。因門診部分負擔並無上限之規定，因此有些慢性病人之負擔可能過重。

表 3-7-11 各類病人門診部分負擔之分布情形

		樣本數	平均值	1%	5%	10%	15%	25%	35%	50%	65%	75%	85%	90%	95%	99%
部分負擔 金額 (元)	重大傷病	33,340	1,631	-	-	-	50	250	470	900	1,560	2,210	3,270	4,150	5,710	9,760
	慢性病	415,193	1,829	-	-	200	330	550	780	1,210	1,800	2,380	3,340	4,160	5,700	9,710
	其他疾病	437,631	484	-	50	50	50	130	200	300	470	640	900	1,120	1,520	2,650
	全部	886,164	1,315	-	17	83	143	310	483	803	1,277	1,743	2,503	3,143	4,310	7,373
每年部分 負擔占率 (%)	重大傷病	33,340	4.13	0	0	0	0.05	0.33	0.87	2.31	4.45	6.35	9.09	10.94	13.86	20.42
	慢性病	415,193	15.17	0	0	4.28	6.49	9.65	11.87	14.34	16.8	19.05	22.63	25.66	31.45	48.64
	其他疾病	437,631	16.2	0	2.73	8.99	11.01	12.14	13.27	14.88	16.5	18.52	21.8	24.58	31.15	54.68
	全部	886,164	11.83	0	0.91	4.42	5.85	7.38	8.67	10.51	12.58	14.64	17.84	20.4	25.49	41.25

註：本表病人歸戶方式：首先，凡曾屬重大傷病免部分負擔之病人歸為「重大傷病」，再以曾以案件類別為「慢性病」、「慢箋」或特殊治療為「各類慢性病」者，歸為「慢性病」；其餘則為「其他疾病」

3.部分負擔制度之檢討

健保署前於 101 年 8 月 3 日及 102 年 5 月 8 日曾邀集各領域代表召開會議研商部分負擔調整之可能性及方案，期落實受益者付費及導引民眾正確就醫程序，避免濫用急診醫療資源等目的。惟為避免影響弱勢民眾之就醫權益，依現行相關規定，原法定免部分負擔及由相關機關編列預算補助之相關民眾（例如：經登記列管結核病患至衛福部公告指定之醫療院所就醫者、多氯聯苯中毒之油症門診患者或代辦愛滋病案件），仍可免除就醫部分負擔，其就醫權益將不受影響。

部分負擔的增加，有可能會減少利用，但是否會降低無效醫療，仍待觀察，才能確定制度設計之目的與達成之成效。

（七）醫療資源供給之管控

1.醫療院所家數之變動

102 年底醫療院所共 21,758 家，其中醫院 495 家、診所 21,263 家（詳表 3-7-12）。

與健保實施前 83 年比較，102 年院所家數增加 38.13%，其中醫院減少 40.22%，而以中醫醫院減少 96 家，減幅 8 成 8 最高；而診所家數增加 42.48%，又以中醫診所增加 1684 家（89.77%）最多，其次為牙醫增加 44.85%，西醫診所增加 42.48%，有助於提升就醫可近性。

表 3-7-12 83 年至 102 年醫療院所家數變動

單位：家、%

年度別	合計	醫院 小計	醫院		診所 小計	診所		
			西醫	中醫		西醫	中醫	牙醫
102 年度	21,758	495	482	13	21,263	11,131	3,560	6,572
101 年度	21,437	502	488	14	20,935	10,997	3,462	6,476
100 年度	21,135	507	491	16	20,628	10,815	3,411	6,402
99 年度	20,691	508	492	16	20,183	10,599	3,289	6,295
85 年度	16,627	770	681	89	15,857	8,998	1,986	4,873
83 年度	15,752	828	719	109	14,924	8,511	1,876	4,537
102vs.85 年 增減率	30.86%	-35.71%	-29.22%	-85.39%	34.09%	23.71%	79.25%	34.87%
102vs.83 年 增減率	38.13%	-40.22%	-32.96%	-88.07%	42.48%	30.78%	89.77%	44.85%

資料來源：1.衛福部統計處「民國 84 年至 101 年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」

2.102 年資料由衛福部醫事司提供

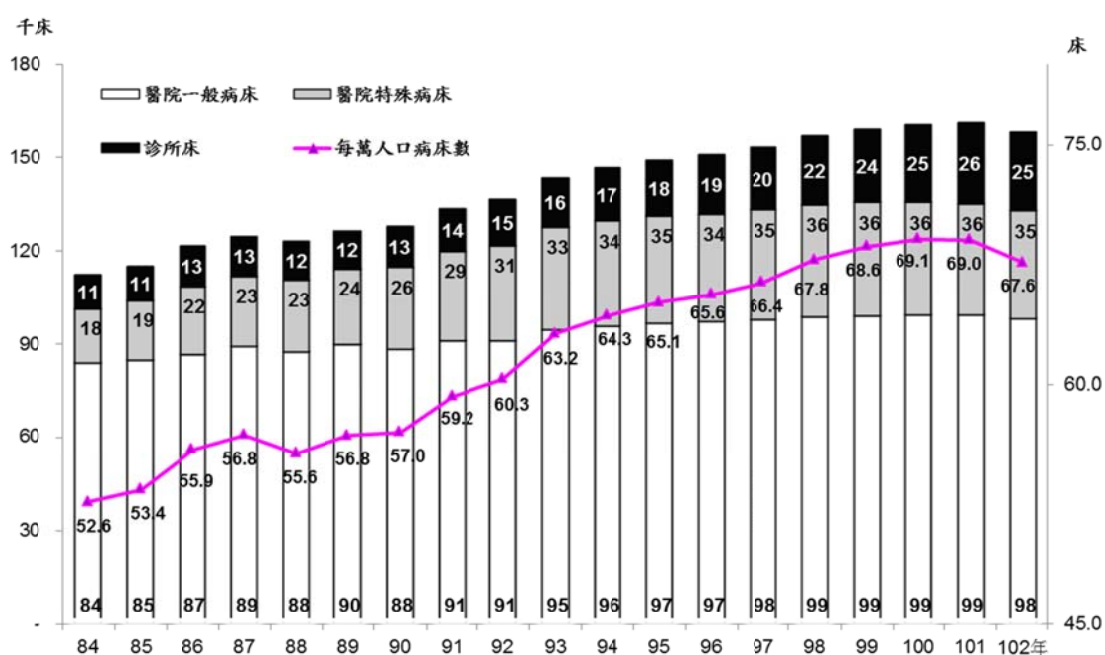
2.病床資源之消長

(1)醫療院所病床數，呈現逐年增加趨勢

102 年底醫療院所病床數計 158,044 床，與 84 年比較，院所病床增加 40.6%，除診所床增加 130.8%外，以醫院特殊病床（加護病床、燒傷病床、嬰兒病床、急診觀察床、安寧病床、呼吸照護病床、呼吸照護中心、急性結核病床、精神科加護病床、手術恢復床、嬰兒床、血液透析床以及其他等），增加 97.6%最多，而醫院一般病床（急性一般病床、急性精神病床、慢性一般

病床、慢性精神病床、慢性結核病床、漢生病病床)，則增幅較小為 16.9%。另除慢性一般病床、慢性結核病床、漢生病病床、燒傷病床、嬰兒病床及嬰兒床外，其餘各類病床都呈增加趨勢。

另就每萬人口病床數言，呈現逐年增加趨勢，由 52.6 床增加至 101 年的 69.0 床，惟 102 年略降（詳圖 3-7-24）。



資料來源：1.衛福部統計處「民國84年至101年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」
2.102年資料由衛福部醫事司提供

圖 3-7-24 歷年醫療院所病床數

(2)一般病床結構中，急性病床占 74.3%

102 年底醫院一般病床數共 98,049 床，一般病床結構中急性病床占 81.6%、慢性占 18.4%，前者急性一般病床 72,657 床占一般病床 74.1%，急性精神病床占 7.5%；而慢性病床中，以慢性精神病床所占比重較

高，為 76.5%。

就 102 年與 84 年比較，歷年每萬人口一般病床數之增加，以急性精神病床與慢性精神病床最高（分別增加 158.56%與 17.78%），持續成長，變動幅度較大（詳表 3-7-13）。

表 3-7-13 每萬人口一般病床之變動情形

年度別	一般病床 合 計	急 性 病 床		慢 性 病 床		
		急性一般 病床	急性精神 病床	慢性一 般病床	慢性精 神病床	其他
102 年	41.95	31.09	3.15	1.69	5.90	0.13
101 年	42.63	31.68	3.08	1.75	5.96	0.15
100 年	42.76	31.90	3.05	1.74	5.92	0.15
99 年	42.82	32.01	2.99	1.63	6.03	0.15
95 年	42.22	31.88	2.65	1.83	5.71	0.15
90 年	39.38	30.27	2.27	2.17	4.44	0.23
84 年	39.27	30.12	1.22	2.38	5.01	0.54
102vs. 95 年 增減率	-0.64%	-2.49%	19.03%	-7.91%	3.34%	-13.33%
102vs. 90 年 增減率	6.52%	2.70%	38.66%	-22.32%	32.86%	-42.78%
102vs. 84 年 增減率	6.82%	3.20%	158.56%	-29.19%	17.78%	-75.93%

註：其他係指慢性結核病床、漢生病病床

資料來源：1.衛福部統計處「民國 84 年至 101 年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」

2.102 年資料由衛福部醫事司提供

與 OECD 國家比較，歷年 OECD 國家每千人口急性病床數中位數，由 1991 年的 4 床降至 2010 年的 3.1 床，而我國平均每千人口急性病床數，則由 2.8 床增加至 2006 年的 3.2 床後，維持不變，除低於亞洲國家的日本（8.1 床）、南韓（5.5 床）外，較加拿大 1.7 床（

2009 年)、美國 2.6 床 (2009 年)、英國 2.4 床 (2010 年) 皆高，且自 2009 年起高於 OECD 國家之中位數。此現象與每萬人口醫師數有明顯的不同 (吳肖琪，2008)。

表 3-7-14 平均每千人口急性病床數

		單位：床							
		1991	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010
中	位 數	4.0	3.8	3.7	3.5	3.3	3.2	3.1	3.1
台	灣	2.8	3.1	3.0	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2
澳	大 利 亞	4.4	3.9	3.5	3.5	..	3.4	..	..
奧	地 利	6.9	6.5	6.1	5.7	5.7	5.6	5.6	5.5
比	利 時	5.2	5.0	4.7	4.3	4.3	4.2	4.2	4.1
加	拿 大	4.0	3.8	3.1	1.8	1.8	1.8	1.7	..
智	利	..	..	..	..	..	1.9	1.8	1.8
捷	克	..	6.6	5.7	5.3	5.2	5.1	5.0	4.9
丹	麥	..	..	3.4	3.1	3.0	2.9	2.9	2.9
愛	沙 尼 亞	9.1	6.1	5.1	3.9	3.8	3.9	3.6	3.5
芬	蘭	..	3.0	2.4	2.1	2.1	1.9	1.8	1.8
法	國	..	..	4.0	3.6	3.6	3.5	3.5	3.5
德	國	7.5	6.7	6.3	5.7	5.7	5.7	5.7	5.7
希	臘	..	3.9	3.8	3.9	4.0	4.0	4.1	..
匈	牙 利	..	6.3	5.6	5.5	4.2	4.1	4.1	4.1
冰	島	4.1	3.7	..	..	..	..	..	..
愛	爾 蘭	3.2	3.0	2.8	2.7	2.7	2.6	2.4	2.3
以	色 列	2.5	2.3	2.2	2.1	2.0	2.0	2.0	1.9
義	大 利	5.8	5.8	4.0	3.2	3.1	3.0	2.9	2.8
日	本	..	11.8	9.3	8.2	8.2	8.2	8.1	8.1
南	韓	2.2	3.1	3.8	4.8	5.1	5.3	5.5	5.5
盧	森 堡	..	..	..	4.5	4.4	4.3	4.2	4.2
墨	西 哥	1.7	1.8	1.7	1.6	1.7	1.7	1.6	1.6
荷	蘭	3.7	3.3	2.9	3.2	3.2	3.1	3.1	3.0
紐	西 蘭	..	..	..	..	..	..	..	..
挪	威	3.5	3.3	3.1	2.9	2.7	2.5	2.4	2.4
波	蘭	6.3	5.7	5.1	4.7	4.6	4.4	4.4	4.4
葡	萄 牙	3.1	3.3	3.0	2.8	2.8	2.8	2.8	2.8
斯	洛 划 克	..	6.2	5.5	4.9	4.9	4.9	4.8	4.7
斯	洛 維 尼 亞	5.0	4.7	4.2	3.8	3.8	3.8	3.7	3.7
西	班 牙	3.3	3.0	2.8	2.5	2.5	2.5	2.5	2.5
瑞	典	3.9	2.8	2.3	2.1	2.1	2.1	2.0	2.0
瑞	士	..	..	4.0	3.5	3.5	3.3	3.3	3.1
土	耳 其	..	..	2.0	2.3	2.4	2.3	2.4	2.4
英	國	..	..	3.1	2.8	2.7	2.7	2.6	2.4
美	國	3.8	3.3	2.9	2.7	2.7	2.6	2.6	..

資料來源：OECD HEALTH DATA 2012

註：我國資料為每千人口急性一般病床數

(3)特殊病床中以血液透析床占 26.0%最多，且成長最多

以每萬人口病床數來看，自 95 年起，整體特殊病床維持在 15.00 床至 15.64 床，但就 102 年相較於 84 年，增加 98%。其中以透析病床成長最高（118%），其次為加護病床（71%）與急診觀察床（36%）；嬰兒病床及嬰兒床，則呈現減少（詳表 3-7-15）。

表 3-7-15 歷年每萬人口各類特殊病床之變動

年度別	合 計	加護病 床	燒傷病 床	嬰兒病 床	急診觀 察床	安寧病 床	呼吸照護 病床	呼吸照護 中心	急性結核 病床	精神科加 護病床	手術恢 復床	嬰兒床	血液透 析床	其他
102 年	14.86	3.04	0.11	0.63	1.75	0.29	2.70	0.41	0.01	0.03	0.57	1.23	3.86	0.23
101 年	15.27	3.09	0.13	0.66	1.83	0.29	2.83	0.40	0.05	0.03	0.57	1.29	3.83	0.29
100 年	15.55	3.17	0.15	0.71	1.93	0.27	2.93	0.36	0.05	0.03	0.59	1.35	3.72	0.30
99 年	15.64	3.18	0.15	0.77	1.94	0.26	2.93	0.34	0.05	0.03	0.58	1.45	3.65	0.31
95 年	15.11	3.13	0.16	0.79	1.82	0.17	2.89	2.89	0.07	...	0.56	1.79	3.39	0.34
90 年	11.78	2.55	0.17	0.77	1.63	0.12	0.73	0.73	...	...	0.52	2.30	2.77	0.22
84 年	7.49	1.81	0.11	...	1.35	...	...	...	...	...	...	2.46	1.76	0.89
102vs. 95 年 增減率	-2%	-3%	-33%	-20%	-4%	73%	-7%	-86%	-88%		1%	-32%	14%	-33%
102vs. 90 年 增減率	26%	19%	-36%	-18%	7%	146%	272%	-43%			8%	-47%	39%	4%
102vs. 84 年 增減率	98%	71%	18%		36%							-48%	118%	-67%

註：89 年開始設置安寧病床、90 年設置呼吸照護病床、呼吸照護中心。

資料來源：1.衛福部統計處「民國 84 年至 101 年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」

2.102 年資料由衛福部醫事司提供

3.健康照護人力的配置：

(1)醫師人數成長 72%較人口成長為高，雖提升可近性，但亦造成醫療費用總額之壓力（表 3-7-16）。

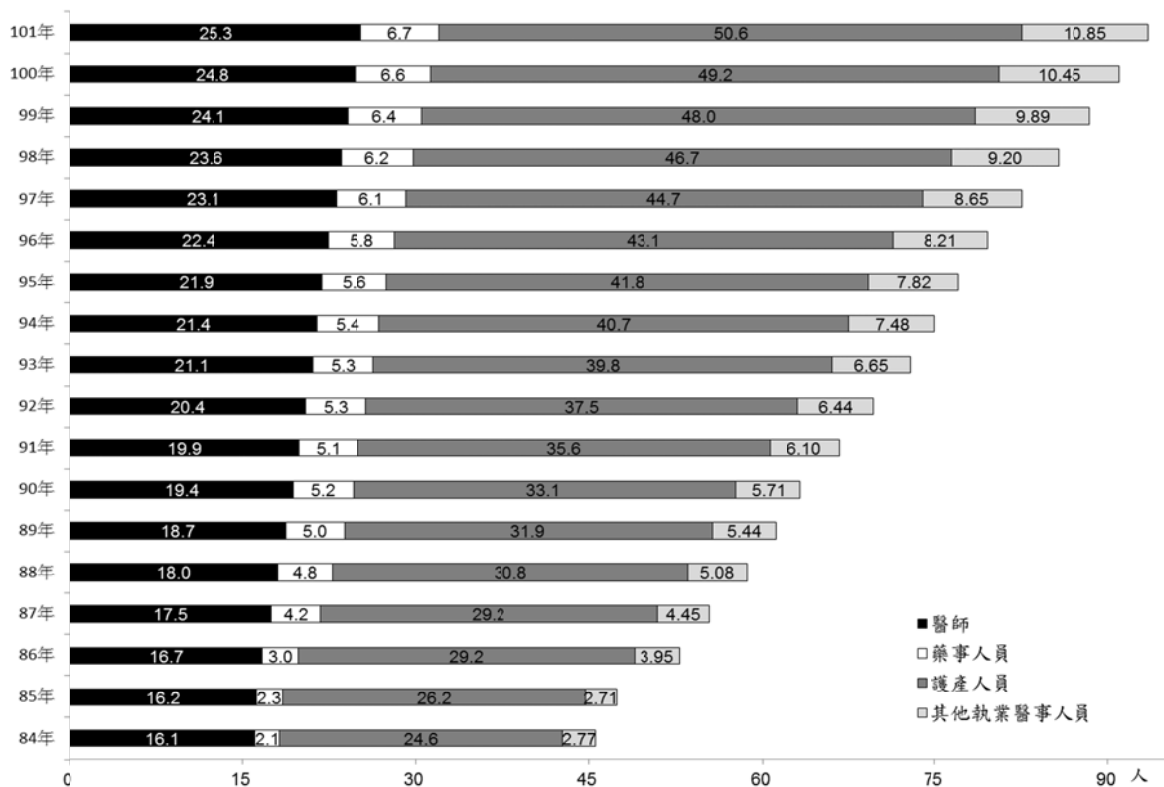
表 3-7-16 醫療院所執業醫事人員數

單位：人								
年底別	合計	醫師	藥事人員	護產人員	醫事放射及 醫事檢驗人員	物理及職能 治療人員	營養師	其他執業 醫事人員
101年	217,781	59,017	15,594	117,879	12,497	8,053	1,440	3,301
100年	211,339	57,508	15,219	114,384	12,122	7,666	1,339	3,101
90年	141,942	43,375	11,706	74,062	8,264	3,603	724	208
84年	97,257	34,311	4,533	52,499	5,613	...	298	3
101 vs 100年 增減%	3.0	2.6	2.5	3.1	3.1	5.0	7.5	6.4
101 vs 90年 增減%	53.4	36.1	33.2	59.2	51.2	123.5	98.9	1487.0
101 vs 84年 增減%	123.9	72.0	244.0	124.5	122.6	...	383.2	109933.3

資料來源：衛福部統計處「民國 84 年至 101 年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」

(2) 與 90 年相較，醫療院所平均每萬人口執業醫事人員數增加 30.1 人，以護產人員增加 17.5 人最多

101 年底醫療院所平均每萬人口執業醫事人員數 93.4 人，較 90 年增加 30.1 人，其中護產人員由 90 年 33.1 人逐年增加至 101 年 50.6 人，增加 17.5 人最多；其次為醫師增加 6.0 人（詳圖 3-7-25）。



資料來源：衛福部統計處「民國 84 年至 101 年醫事機構現況及醫院、護理醫療服務量統計分析」

圖 3-7-25 歷年醫療院所平均每萬人口執業醫事人員數

(3)我國每千人醫師數低於 OECD 國家中位數(表 3-7-17)

OECD 國家與我國平均每千人口醫師數皆呈逐年上升趨勢。

與 OECD 國家比較，歷年我國每千人口醫師數低於 OECD 國家中位數。2010 年我國平均每千人醫師數為 1.7 人，為 OECD 國家中位數（3.0）的 58.6%。

亞洲國家如日本、韓國、我國在每千人病床數皆高於歐美主要國家，但在每千人口醫師數，日本為 2.2 人（2010 年）、南韓 2.0 人（2010 年）及我國的 1.7 人

(2011 年)，皆低於美國 2.4 人 (2010 年)、英國 2.8 人 (2011 年)。

為何亞洲國家醫師人力供給較少，而醫院病床供給反而較多？主要係因臺灣有醫學生總員額之管控，其他國家未必有，而多數先進國家已導入 DRGs 支付制度，病床需要減少，臺灣目前僅實施第一階段，且對社會性住院（如精神疾病、長期使用呼吸器病人）之管控，尚無法嚴格落實，故病床需求仍甚高。

表 3-7-17 OECD 國家每千人口醫師數之比較

		單位：人																			
		1991	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011			1991	1996	2001	2006	2007	2008	2009	2010	2011
中	位	2.6	2.9	2.9	2.9	3.0	3.0	3.3	2.9	3.0	義	大	利	..	..	..	..	..	3.7	..	..
台	灣	1.4	1.5	1.4	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	日	本	..	1.8	..	2.1	..	2.2	..	2.2	..
澳	大	2.3	2.4	2.5	2.8	3.0	3.0	3.1	..	..	南	韓	0.9	1.2	1.4	1.7	1.7	1.9	1.9	2.0	2.0
奧	地	3.1	3.6	4.0	4.5	4.5	4.6	4.7	4.8	..	盧	森	2.0	2.3	2.2	2.6	2.7	2.7	2.7	2.8	3.0
比	利	3.3	3.6	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	2.9	..	墨	西	1.2	1.7	1.5	1.9	2.0	2.0	2.1	2.0	..
加	拿	..	..	..	..	..	..	..	..	..	荷	蘭	..	..	..	..	..	..	..	..	..
智	利	..	..	..	..	..	..	..	..	..	紐	西	..	..	2.2	2.3	2.3	2.5	2.6	2.6	..
捷	克	2.7	3.0	3.4	3.6	3.6	3.5	3.6	3.6	..	挪	威	2.6	3.1	3.5	3.8	3.9	4.0	4.0	4.1	..
丹	麥	2.4	2.7	2.9	3.4	3.4	3.4	3.5	..	..	波	蘭	2.2	2.4	2.3	2.2	2.2	2.2	2.2	2.2	..
愛	沙	3.5	3.2	3.2	3.2	3.3	3.3	3.3	3.2	..	葡	萄	..	..	..	..	..	..	..	..	..
芬	蘭	..	2.3	2.5	2.7	2.7	2.7	..	..	..	斯	洛	..	..	3.2	..	3.0	..	..	..	..
法	國	..	..	..	..	..	..	..	..	3.1	斯	洛	..	..	2.2	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	..
德	國	2.8	3.1	3.3	3.5	3.5	3.6	3.6	3.7	..	西	班	..	2.9	3.1	3.6	3.7	3.5	3.5	3.8	4.1
希	臘	..	..	..	..	..	..	..	..	..	瑞	典	2.7	2.9	3.2	3.6	3.7	3.7	3.8	..	..
匈	牙	3.0	3.0	2.9	3.0	2.8	3.1	3.0	2.9	..	瑞	士	..	..	..	..	..	3.8	3.8	3.8	..
冰	島	2.9	3.1	3.5	3.6	3.6	3.6	3.7	3.6	3.6	土	耳	..	..	..	..	..	..	..	..	..
愛	爾	..	..	..	..	..	..	..	..	..	英	國	1.6	1.8	2.0	2.5	2.5	2.6	2.7	2.7	2.8
以	色	..	3.7	3.1	3.0	3.4	3.4	3.5	3.5	3.0	美	國	..	2.2	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	2.4	..

資料來源：OECD HEALTH DATA 2012

(八) 保險管理經費之投入

健保於 84 年開辦之際，醫療費用支出為 2,143 億元，保險人行政管理經費為 70.57 億元，但其後每年下降，至 103

年，醫療費用成長至 5,288 億元，但保險管理費則僅有 56.84 億元之，僅占醫療支出之 1.07%。與其他社會保險國家之行政成本比較，相對偏低。

健保管理經費中，除人事費約占 50%外，補助公所及工會辦理健保業務費約占 23%，均為固定支出無法減列，其餘 27%，則為繳款單印製、交寄郵資、醫師審查費及賴以維運之資訊系統相關等必要之例行業務經費。

參、遭遇困難與因應措施

一、遭遇困難

參考各國經驗，WHO 在 2010 年提出「醫療十大無效率與解決之道」，除了減少無效醫療外，近年各國也藉論質支付提倡有效的醫療服務。

臺灣自實施健保以來，即不斷致力支付制度之改革，包括總額支付、DRGs、RBRVS、論質、論人計酬，推動家庭醫師與整合性照護制度，以及執行各項費用管控措施，在費用控制已具有一定成效。但面對未來人口急速老化，醫療費用將急遽上升，對於給付、支付面，以及管理面，更應要有所突破，以提升醫療效率與健保價值。檢視現行制度，仍有如下之問題：

（一）醫療資源供給過度增加，對醫療費用造成沉重負擔

1. 健保特約各層級醫院家數與病床數之消長及對費用之影響

誠如前言，102 年較 89 年，各層級醫院病床數增加 23.04%，其中醫學中心、區域醫院與地區醫院分別成長 14.4%、58.7%及-0.3%。其中以特殊病床成長 31.5%為最多，尤其是急性精神病床、呼吸照護、血液透析及加護病房。病

床成長率高於人口之成長率，對醫療費用造成沉重之負擔（詳表 3-7-18）。

表 3-7-18 健保特約各層級醫院家數與病床數

年度	醫學中心		區域醫院		地區醫院		醫院合計		每萬人口 病床比
	家數	床數	家數	床數	家數	床數	家數	床數	
102 年(2013)	22	31,637	83	56,213	370	43,637	475	131,487	56.36
101 年(2012)	22	31,845	83	55,758	373	43,754	478	131,357	56.81
100 年(2011)	22	31,961	83	55,906	374	43,742	479	131,609	56.94
99 年(2010)	23	32,001	81	54,373	378	45,383	482	131,757	57.22
94 年(2005)	21	29,368	73	47,903	417	48,713	511	125,984	56.28
89 年(2000)	22	27,661	71	35,425	484	43,778	577	106,864	50.21
102vs.101 年 增減率	0.0%	-0.7%	0.0%	0.8%	-0.8%	-0.3%	-0.6%	0.10%	-0.79%
102vs.99 年 增減率	-4.3%	-1.1%	2.5%	3.4%	-2.1%	-3.8%	-1.5%	-0.20%	-1.51%
102vs.94 年 增減率	4.8%	7.7%	13.7%	17.3%	-11.3%	-10.4%	-7.0%	4.37%	0.13%
102vs.89 年 增減率	0.0%	14.4%	16.9%	58.7%	-23.6%	-0.3%	-17.7%	23.04%	12.25%

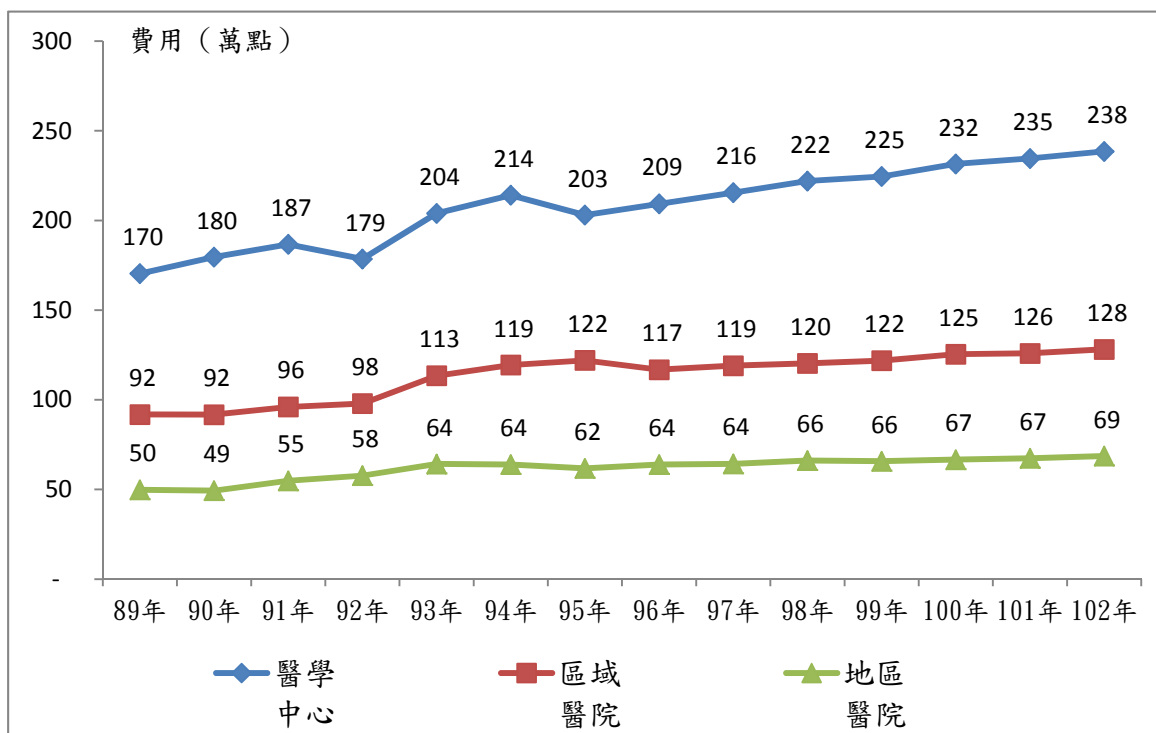
註：1.資料來源為醫務管理系統統計報表

3.本表特約類別係為當年度特約層級狀況

2. 本表各項均為年底資料

4.本表人口數為投保人口數

以每床每年平均費用之成長來看，89 年與 102 年比較醫學中心由 170 萬點增為 238 萬點（成長率 40%），區域醫院由 92 萬點增為 128 萬點（成長率 40%），地區醫院由 50 萬點增為 69 萬點（成長率 38%），可見一般（詳圖 3-7-26）。



註：平均每床年費用=年住診費用點數/床數，本圖未依占床率校正平均每床年費用。

圖 3-7-26 各層級醫院之每床每年申報費用

主管機關在核定新設立醫院或新增病床數時，應要同時考量人口的需要，並應配合支付制度改革（如 DRGs）降低住院日，減少對病床的需求，醫院亦應配合減少過剩的醫院或病床，以提升醫院之營運效率。

2. 各層級醫院醫師數的增加對醫療費用的影響

89 年醫師數 18,390 人，102 年增為 26,652 人，計增加 44.93%；各層級醫師人數皆為增加趨勢，尤以區域醫院增加最多（詳圖 3-7-27）。

另比較 89 年與 102 年之平均每位醫師年申報費用，醫學中心由 1,005 萬點增為 1,354 萬點（成長率 35%），區域醫院由 1,107 萬點增為 1,517 萬點（成長率 37%），地區醫院由 1,163 萬點增為 1,456 萬點（成長率 25%）（圖 3-7-28）。

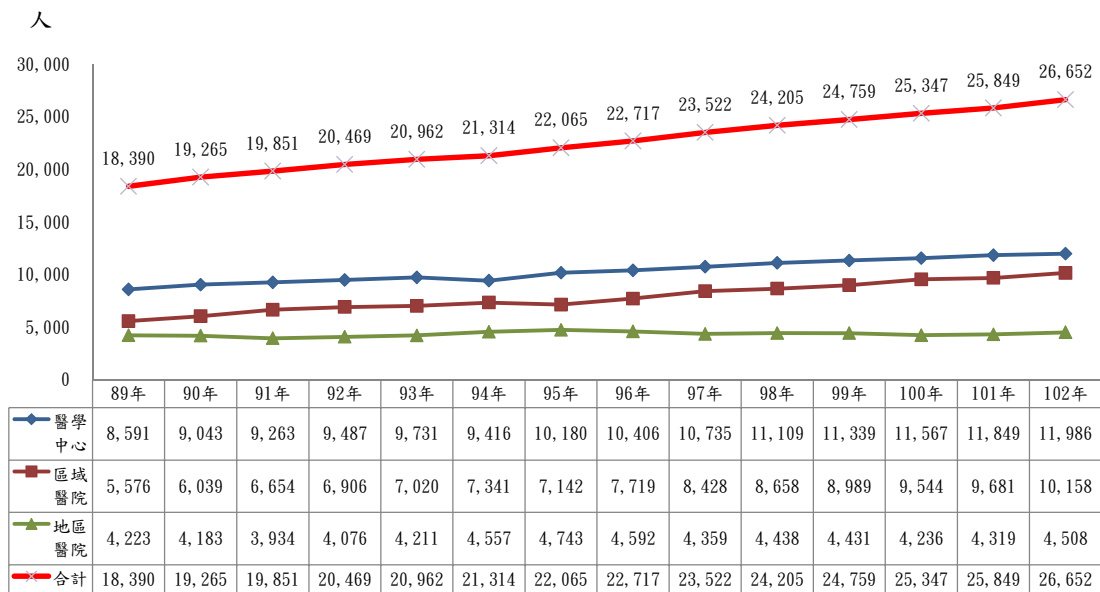


圖 3-7-27 歷年各層級醫院醫師數

單位：(萬點)

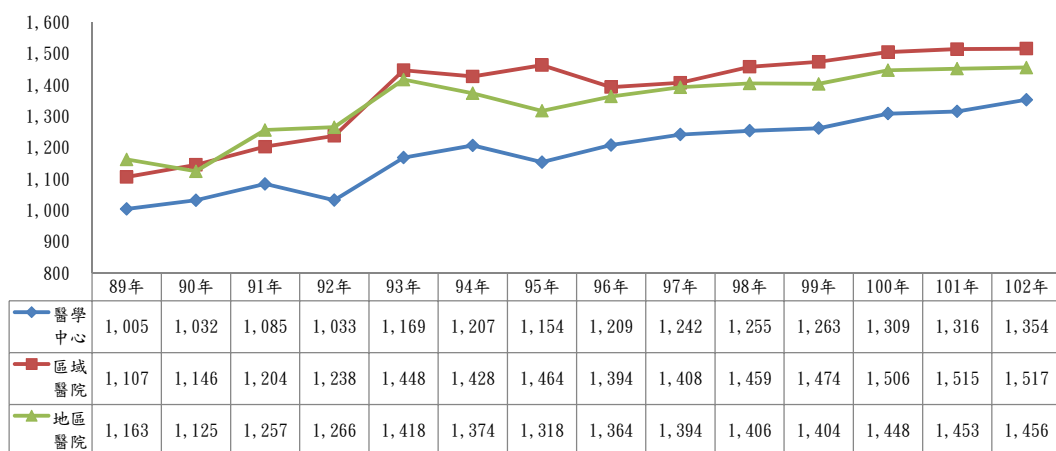


圖 3-7-28 歷年各層級醫院平均每位醫師每年申報點數

(二) 總額支付制度下，點值所衍生的爭議

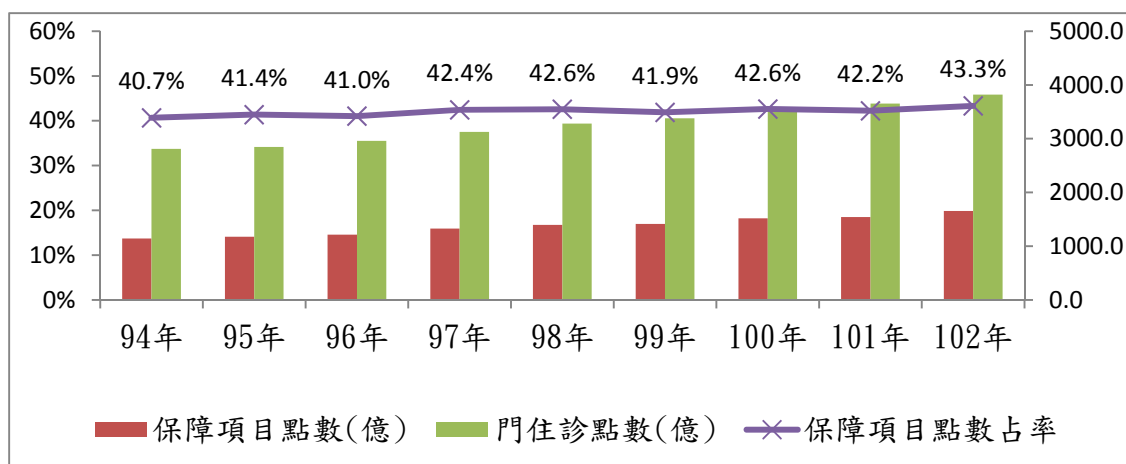
1. 是否應設立點值停損機制？

總額支付制度之運作，迄今已逾十年，各總額部門平均點值，除門診透析外，各總額部門大致維持在 0.9 元以上，

惟各區浮動點值變化較大，以醫院部門 102 年第二季為例，有三區高於 0.9 元以上，三區低於 0.9 元，介於 0.8472 元至 0.9631 元之間。

2. 因藥費非屬浮動點值，致拉大各層級醫院固定點值之占率：

醫院總額固定每點 1 元項目之點數占率，94 年為 40.7%，102 年微幅上升至 43.3%（詳圖 3-7-29）。其中固定點數中，以 102 年為例，以藥品占率為最高 71%，其次為住院手術與麻醉費（16%）。

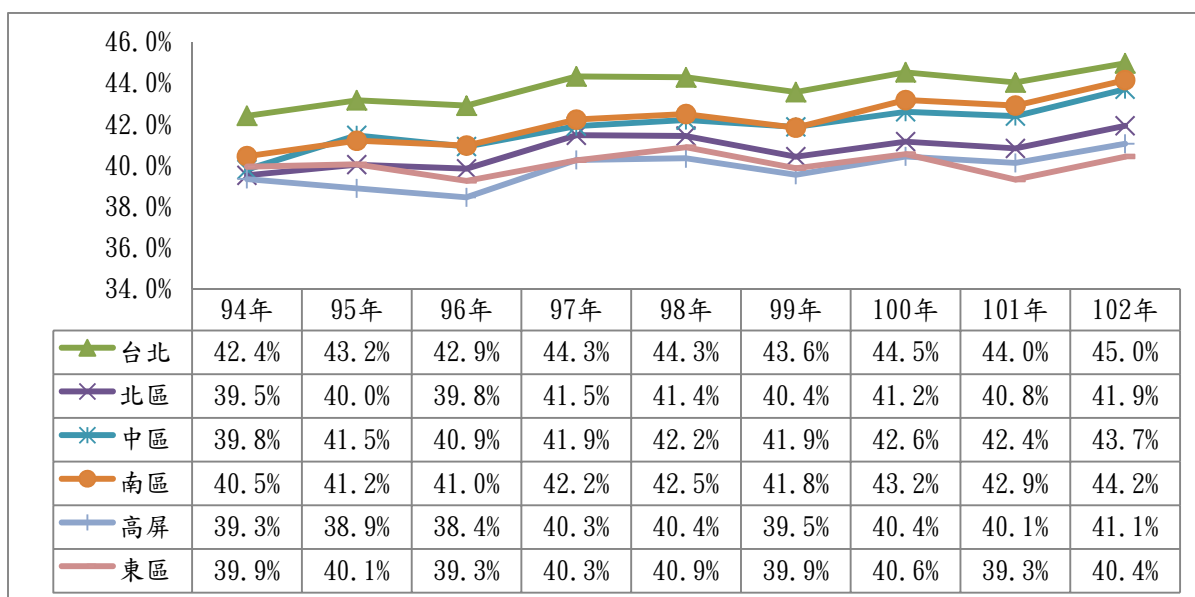


註 1：列入本表醫院總額一般服務保障每點 1 元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註 2：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦

圖 3-7-29 固定每點 1 元項目點數之占率

就各分區固定每點一元點數占率，以台北區最高，介於 42% 至 45% 之間，東區最低（40%）（詳圖 3-7-30）。



註 1：列入本表醫院總額一般服務保障每點 1 元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

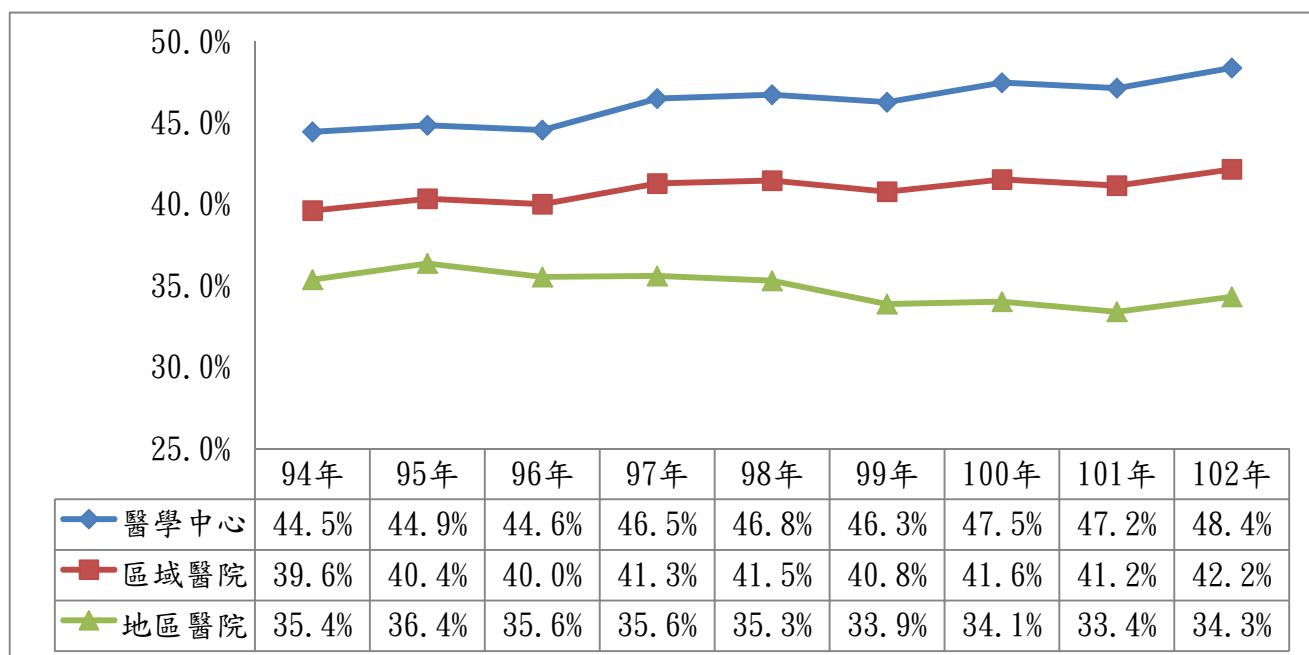
註 2：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。

註 3：占率=固定每點 1 元點數/門住診點數

圖 3-7-30 各分區固定每點 1 元點數之占率

另就各層級固定每點 1 元點數之占率，以醫學中心較高（44.5%~48.4%），區域醫院次之（39.6%~42.2%），地區醫院較低（33.9%~36.4%）（詳圖 3-7-31）。若扣除藥費後，其他固定每點 1 元點數占率，區域醫院為 12.2%~14.3% 最高，其次為醫學中心 12.1~14.1%，地區醫院最低 11.5%~13.4%。

因各層級保障點值比率差異很大，但點值則適用各層級醫院，因此地區醫院難無不平之鳴。為避免點值過低影響醫院之營運，除定期調整藥價以提升點值（因藥品以元為支付單位，藥費成長過高，則稀釋專業服務之點值）外，亦應研議是否設定點值停損機制，避免醫院過度承擔風險，影響醫院營運及品質。



註 1：列入本表醫院總額一般服務保障每點 1 元項目：門住診藥費、門住診藥服費、門診手術案件、門診偏遠急救責任醫院之急診案件、住診手術費、住診麻醉費、血品。分區偏遠認定原則，因只補至較高之平均點值，未列入本表；醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫屬其他部門，亦未列入本表。

註 2：列入本表之門住診點數，含交付機構，不含門診透析與代辦。

註 3：占率=固定每點 1 元點數/門住診點數

圖 3-7-31 各層級固定每點 1 元點數之占率

(三) 健保給付及支付面：

1. 資源有限慾望無窮，健保給付廣泛，有增無減，長期無以為繼。雖已開始運用 HTA 於新藥給付之評估，但較少用於新科技（新手術、處置、特材），更少運用在健保現行給付項目之檢討以及診療指引之訂定，以改善審查制度，故無效醫療界定不易，外界期待甚高。
2. 僅著重住院支付制度改革（導入 DRGs 制度），對於門診支付制度，仍以論量計酬為主，未能有效解決門診就醫次數過高以及不適當的檢驗檢查等醫療浪費的問題。且住院

DRGs 後續導入受阻。

因醫界反映 99 年 1 月導入 Tw-DRGs 第 1 年項目後，凡屬 DRGs 給付範圍均規定不得向民眾收取自費或自負差額，造成醫療實務執行困境，爰要求在特殊材料自費問題未獲得完善之配套措施及第 2 年項目之分類表修訂未獲共識前，暫緩導入第 2 年 DRGs 項目。為期 DRGs 制度順利推動，相關各項執行細節，仍請醫界協助於相關協商平台或會議中，共同研議妥適實施方案，健保署並納入研議之考量，爰研擬相關措施，例如「全民健康保險特約院所收取自費特材費用規範」、「病人使用自費特材在 Tw-DRGs 下之申報方式」及修正「DRGs 導入時程」。

3. 已推動論質計酬、整合性醫療照護、論人計酬等，部分計畫已具成效(詳附錄 3-7-2);但計畫各自為政、缺乏整合，所定指標能否適切引導有效醫療，仍待檢討，論質鼓勵選擇病人，涵蓋面仍有限。

另目前試辦很多計畫，但各專案計畫之執行，應要有嚴謹的成效評估機制，並須排除選擇性偏差，以證實計畫之有效性。經實證研究其效益後，再擴大推展有效的照護模式，才能有助於照護效率及品質的提升，而不應以健保總費用長期用於尚未證實有效計畫之試辦。

對於已證實有效之計畫(如：糖尿病論質方案):除依照照護結果獎勵外，照護過程之評估及獎勵，應以全院所為單位，以鼓勵院所願意將好的疾病完整照護模式擴及多數病人，而非挑選有利病人，試辦結果才不致受到選擇偏差影響。

另有關「提升急性後期照護品質試辦計畫」之推動，

因其為減少失能、再住院及死亡的情形，訂有該類病人照護之內容，以減少後續醫療支出，但應依據急性後期照護之特性，研擬照護指引，避免過度醫療化。

(四) 藥品、診療服務及醫療利用之管理：藥費管控以藥「價」管控為主，除審查之外，較少針對藥品使用進行「量」的管理，重覆用藥與不適當用藥問題仍存在。利潤高的檢驗、檢查、復健、治療、社會性住院、超長住院與臨終之無效醫療等之管理，尚待加強。

(五) 民眾自我健康管理責任：

1. 民眾自我健康管理責任尚待加強：

目前疾病型態以慢性病為主，民眾自我健康管理（如飲食控制、運動、遵醫囑服藥等），對病情的控制影響很大，但除論質計酬、整合照護與論人計酬計畫，有特別強化病人健康知能外，其餘病人之衛教不足，有待加強。

另外對臨終醫療觀念未必正確，常要求醫師不計成本搶救，造成很多無效醫療的浪費，也影響臨終病人之生活品質。

2. 重大傷病相關制度檢討不多

就重大傷病而言，依據健保法第 48 條規定略以，保險對象罹患重大傷病免除自行負擔費用。惟自 86 年以來，健保重大傷病領證數及醫療費用逐年成長（詳圖 3-7-23），其中 86 年至 101 年領證數成長率高達 148%，而醫療費用成長率更高達 279%；98 年 3.6% 的病人使用高達 27% 之資源，故各界不斷提出重大傷病應進行檢討之建議，其中監察院黃委員煌雄更於 102 年之「延續全民健保總體檢」調查意見中，要求衛福部應積極檢討改善重大傷病之核發

機制。

雖目前癌症重大傷病證明有效卡期限係以 5 年為期，屆期換發仍以原核發要件「需積極或長期治療者」為續發條件，核發條件並沒改變，只要主治醫師檢附相關治療評估資料並經專業審查符合規定，民眾依舊可以取得重大傷病證明。另針對未再核發重大傷病證明之患者，所需的檢查、檢驗，健保一樣有給付，保險對象後續追蹤檢查時，僅需繳交基本部分負擔，權益並沒有受損。

相較於同屬高醫療需求之慢性病患者，許多慢性疾病之醫療需求如同重大傷病，需持續性照護，其門診利用每人每年就醫次數 19.19 次，每人門診醫療點數約 16,454 點，部分負擔平均 1,829 點，占率平均為 11.12%，負擔最高的病人，部分負擔占率高達 48.64%；每件平均醫療點數約為 1,547 點；每件平均部分負擔約為 95 元（詳前表 3-7-10）。其每件平均部分負擔與重大傷病者有明顯差距，易產生負擔不公平之現象。此外，現行部分重大傷病如原位癌，預後良好，僅需定期追蹤，醫療需求亦侷限在特定時間，勿必須要長達五年的免部分負擔。故現行以重大傷病決定免部分負擔，似有不公平之處，有改善的空間。

3. 外界對改善無效醫療之期待

監察院自 100 年 1 月完成「我國全民健康保險總體檢報告」調查報告後，在 100 年至 101 年期間由監察委員及學者共同舉辦 3 場「第三波健保改革研討會」，從醫療體系失衡、四大科的萎縮、醫療浮濫、無效醫療等項問題，切入探討醫療資源分配正義；也提出洗腎、呼吸器治療、葉克膜等三個經典案例，讓社會大眾從資源配置角度，重新

思考醫療服務之適切使用，但無效醫療之定義與規範，須以證據醫學或醫療科技評估結果為規範依據，亟待加強。

（六）部分負擔改革不易

為抑制醫療利用並落實轉診制度，健保署於 94 年 7 月對門診部分負擔進行調整。此次調整特色在於部分負擔調整幅度在不同層級院所間有所差別，層級較高的醫學中心與區域醫院調整幅度超過 70%，地區醫院則為 60%，基層診所則無變動。研究結果發現，部分負擔調漲後民眾半年平均門診次數減少約 6.1%，的確如預期的抑制了醫療次數（許績天，2011）。

但部分負擔制度，改革不易，門診以定額收取，且未逐年隨費用增加而調整，平均部分負擔率僅 8%，與法定比率差距越來越大；藥品雖另收取部分負擔，但其他診療費（如檢驗、檢查、治療、手術）並未比照。

健保署為落實受益者付費原則，因大多數民眾並未浪費醫療資源，如此可增進公平性，依優先順序提出部分負擔調整案調整輕症急診部分負擔、加收高門診利用部分負擔，對門診「中度-複雜治療」及「複雜治療」復健物理治療及中醫針灸治療，屬同一療程自第 2 次起，一律收取部分負擔。經於 102 年 7 月 26 日提報至健保會討論，惟付費者代表基於二代健保甫實施半年，而健保署提出該案係為抑制醫療浪費而非財務因素考量，並無急迫性；且對案內所提供之相關數據與理由仍有疑慮，建議暫緩討論，請健保署重新評估後，若認確有調整需要，再擇期提出。

有關健保署提報健保會討論之「調整保險對象應自行

負擔費用」案，調整項目順序及內容如表 3-7-19：

表 3-7-19 健保署研擬之調整保險對象應自行負擔費用案

優先順序	擬調整項目	擬調整內容	推估影響人數	推估增加金額
1	慢性病連續處方箋	比照現行一般處方箋收取藥品部分負擔。	307 萬餘人。	35.25 億元
1	門診高利用	1. 7~64 歲病患門診當年就醫次數超過 31 次者，門診醫療費用（含藥品費用）採定率 20%收取部分負擔，每年元月重新計算次數。 2.65 歲以上者自第 61 次（暫訂）起，採定率 20%收取部分負擔。 3. 重大傷病患者，不受此限。	1.7~64 歲： 159.3 萬人 2.65 歲以上： 19 萬人 3.合計： 178.3 萬人	1.7~64 歲： 72.7 億元 2.65 歲以上： ： 17.8 億元 3.合計： 90.5 億元
2	西醫復健治療	1.「中度-複雜治療」及「複雜治療」，同一療程自第 2 次起收取部分負擔 50 元。 2.考量 0~6 歲早期療育患者，不受此限。	11 萬餘人。	1.56 億元
2	中醫針灸、脫臼整復	同一療程自第 2 次起收取部分負擔 50 元。	107 萬餘人。	5.04 億元
3	急診	醫學中心、區域醫院及地區醫院分別調高 250 元、100 元及 50 元，調整後之部分負擔分別為 700 元、400 元及 200 元。	1.醫學中心： 121.6 萬人 2.區域醫院： 234.2 萬人 3.地區醫院： 101.3 萬人	1.醫學中心： 3.56 億元 2.區域醫院： 2.86 億元 3.地區醫院： 0.61 億元 4.合計： 7.03 億元

(七) 健保管理經費應隨醫療費用成長，但公務預算逐年下降，

現行行政經費嚴重短缺，恐影響醫療效率與品質之提升：

二代健保實施之後，除補充保險費的收繳將增加行政投入外，亦賦予保險人更多的管理責任，例如醫療品質資訊的揭露、醫療科技評估之推動、健保給付與支付的多元參與、多元支付方案的推動、醫療資源不當耗用的管理，各部門總額的專業自主委託等，皆須更多人力的投入與業務的推動。但在健保管理經費，逐年齊頭式減列，例行業務經費自 85 年度 33.31 億元，至 103 年度，遞減為 15.4 億元，已嚴重影響健保例行業務，何況二代健保所增加的責任與任務，保險人更難以負荷。因此，如何改善管理經費之不足，亦為重要的課題。

健保署公務預算遞減，健保管理經費不足，將對下列層面有所影響：

(1)對醫療給付合理性及醫療品質審查之影響

隨著醫療科技日新月異，如何兼顧人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及保險財務下，確保醫療給付之合理性及醫療服務品質，日益困難。例如醫療科技評估可提升給付效益，減少不必要的醫療、用藥，但目前因缺乏預算，僅能對新藥評估，甚為可惜。配合多項政策之推動與執行，亟需有足夠人力與經費，方能確實達到政策推動之目標。

健保管理經費若未能隨醫療費用之增加而有所成長，其相對所需管理業務，例如新藥、新科技給付項目的審查（包括醫療科技之進行）、重大傷病的申請、事前審查、醫療服務案件審查等，保險人將無法負荷，進

而影響保險對象權益以及醫療品質。

(2)對資訊業務之影響

健保資訊經費除需支應日常業務資訊化需求、系統正常維運外，尚需配合各項試辦計畫、政策之推動，惟預算逐年大幅遞減，已嚴重排擠健保資訊業務，甚至發生需縮減維護期程及無經費維護等窘境，亟需增加資訊經費，使健保資訊作業能正常及安全運作，確保健保業務順利推動。

(3)對研究發展業務之影響

研究發展成果是健保政策推展之重要實證基礎，提供健保改革之重要方向，為民眾健康帶來更大保障。但由於我國健保之行政經費不高，使得每年可分配於研究發展計畫之經費僅約 5 千萬，以每年醫療支出高達約 5 千多億來看，研究經費僅暫約 0.01%，比例實在太低。

(4)對健保政策宣導之影響

為有效推廣政策，健保署必需透過電子媒體、平面媒體、廣播、文宣，對 2,300 萬保險對象、2 萬多家保險醫事服務機構、78 萬投保單位及 290 萬扣費義務單位，採分眾、深化之在地宣導活動，提升民眾對健保的瞭解與支持，惟健保署之業務宣導經費，自 89 年 2 億 8,719 萬元，至 103 年度已縮減至 2,095 萬元，大幅減少約 92.71%。

(5)對人才培育之影響

員工是機關的重要資產，有多元化之人才，才能使機關有多角度之發展，特別是跨領域人才之培養，更是現階段各機關所需投入的重要工作。

健保署 103 年度預算員額有 2,958 人，教育訓練費卻僅有 161.6 萬元，平均每位員工 1 年之教育訓練費用僅有 546 元，相較於健保署改制為行政機關當年（99 年），平均每位員工 1 年之教育訓練費用有 2,019 元，已大幅減少約 73%，幅度甚大，對員工專業知能培訓影響甚鉅。

二、目前因應措施

健保署依健保法第 72 條規定，所訂「102 年及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案」（詳附錄 3-7-3），重點摘要如下：

（一）實施目的：降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

（二）相關管控措施規劃之藍圖，如下圖 3-7-32：

分別從醫療服務提供者、民眾就醫情形以及保險人管理面措施，藉由支付制度改革、推動減少無效醫療資源耗用措施、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療、高診次就輔導、加強重複醫療與查核機制、藥費管控以及健保衛生宣導等，執行各項管控措施。

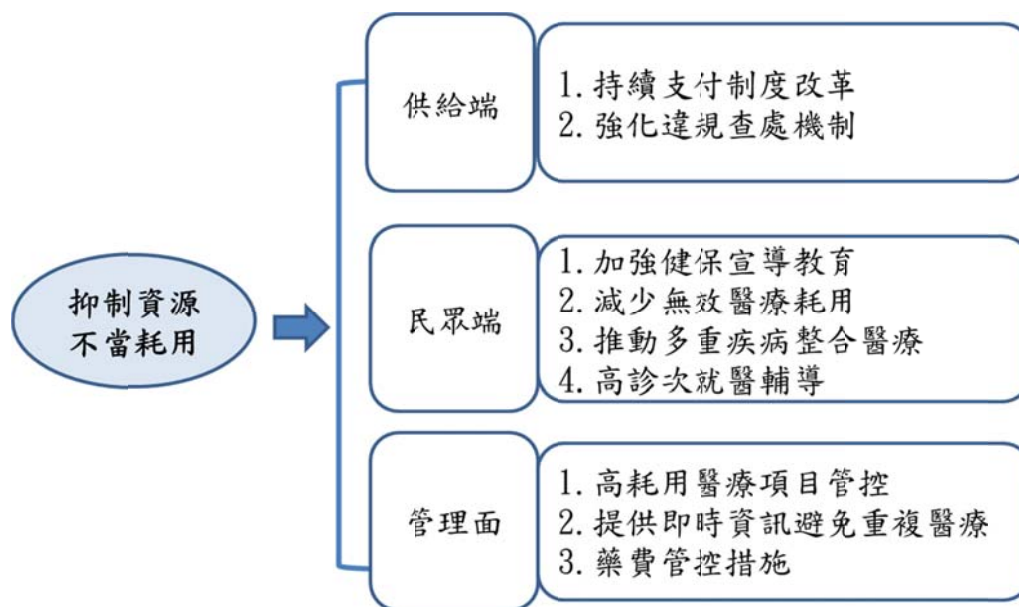


圖 3-7-32 抑制資源不當耗用管控措施

(三)實施策略及方法，若依施行對象可分三大類（供給端、民眾端及管理面），內容包括：加強全民健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等 9 項，主要策略及方法詳如下表 3-7-20：

表 3-7-20 102-103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

項目	策略	方法
一、加強健保教育宣導 (103 年新增)	1.推廣合理就醫行為及正確用藥，提升民眾自我照護知能。 2.建立民眾珍惜全民健保資源，減少醫療浪費的觀念。	協助教育部執行「提升國民中小學教師全民健康保險教學專業能力計畫」；結合地方衛生、教育機關、學校共同推動「全民健保、人人有責」概念。

項目	策略	方法
二、持續支付制度改革	推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。	持續推動論質、論人計酬支付方案及導入 Tw-DRGs 第 2 階段。
三、減少無效醫療耗用	積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 新增「緩和醫療諮詢費」（1,500 點）及「社區安寧照護」支付項目。 2. 制訂呼吸器依賴患者病患權益手冊與衛教單張，使民眾瞭解不可治癒之末期病人，可採緩解性、支持性醫療照護措施。 3. 持續評估安寧療護效益及參採各界建議，作為政策推動及修訂安寧療護支付之參考。
四、高耗用醫療項目管控	降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 電腦斷層及核磁造影檢查：強化資源共享機制。 2. 放射線治療：研擬依不同疾病之類別療程採包裹支付。 3. 從嚴修訂現行震波碎石術之不予支付指標，並針對「超長復健期」與「持續復健治療頻率過高」兩項研擬不予支付指標。 4. 持續加強常規醫療審查業務。
五、多重疾病整合醫療之推動	提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置。	推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」、「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」及「全民健康保險論人計酬試辦計畫」使醫療機構發揮照護能量，民眾獲得更完整的照護。
六、高診次就醫輔導	導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 擴大高診次就醫輔導對象。 2. 高利用輔導流程已列入標準作業程序，對不易接觸（失聯）者以限制全民健康保險憑證（以下稱健保卡）更新地點，取得衛教輔導之機會。針對高診次保險對象，若確有浮濫者，則指定院所就醫；被指定就醫者，至非指定院所就醫，除情況緊急，否則不予給付。

項目	策略	方法
七、提供即時資訊，避免重複醫療	利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊。	1.持續輔導保險醫事服務機構配合健保卡登錄及上傳資料作業。 2.依不同年齡設定不同標準就醫次數之提醒機制，提醒醫師避免重複醫療及輔導正確就醫。
八、藥費管制措施	降低慢性病患不當處方用藥，並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質。	1.整體門診慢性病用藥案件及藥費成長率管控，對異常院所加強管理。 2.高血壓、高血糖、高血脂藥費管控：針對同疾病同院所同病人就醫累計開藥及領藥日數偏高者進行輔導管理。 3.加強門診一般藥品（排除重大傷病及慢性病案件）處方用藥品項數之監控。 4.訂定不予支付指標，並每年持續檢討增修。 5.建置全民健保雲端藥歷系統：利用健保卡上最近3個月之用藥紀錄，提供醫院即時查詢及醫師處方參考，為民眾用藥安全及品質把關。
九、強化違規查處機制（103年新增）	加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。	利用醫務管理系統及費用申報資訊系統，篩選異常資料，同步辦理全國性查核專案。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、有效管控醫療資源，減少供給誘發需求：

由醫政與健保主管單位會同檢討各醫療區域各類醫療資源之提供並訂定目標值，避免部分醫療資源（如特定病床）過度增設，減少供給誘發需求，造成健保總額之壓力。

二、提升給付效率及品質，合理配置資源：

(一) 善用醫療科技評估工具或先進國家已具共識之臨床醫學或經濟效益評估證據，包括對低價值或無效醫療項目之建議，作為評估給付項目之增刪、訂定「抑制醫療資源不當耗用之改善計畫」、修訂不予支付指標與審查注意事項之參考，並定期檢討修正，以逐步減少低效益、引進高效益的給付項目，減少醫療服務或藥物浪費，提升醫療給付效益與品質。

(二) 整合與全人照護有關的論質、家庭醫師、醫院整合性門診與論人計酬等醫療給付改善計畫，依據證據醫學，訂定有效與無效醫療指標；並檢討獎勵措施，將現行依個別病人照護品質獎勵的部分（如論質），全面改為依各醫療院所病人整體照護品質達成目標的程度，設計獎勵制度，讓更多病人能獲得有效醫療照護，減少收案對象選擇偏差，全方位提升醫療品質與照護效果。

三、提升支付效率，合理使用資源：

(一) 針對現行多元支付制度與抑制資源不當耗用方案等相關措施，採滾動式檢討，逐步落實。

(二) 持續進行支付基準改革：如持續導入住院 DRGs 制度，提升住院服務效率與品質；審慎檢討推動 PAC 方案並連結長期照護體系，善用健保與長照資源，減少社會性住院；推動門診前瞻性支付制度，利用包裹式支付設計，減少就醫次數與不必要的診療、用藥，鼓勵穩定慢性病人在基層就醫。

1. 住院方面：持續導入住院 DRGs 制度，並檢討住院 DRGs 制度將超長住院案件納入，以及檢討擴大研擬 PAC 方案，以減少社會性住院，避免過度醫療模式，善用健保與社政資

源。

2. 門診方面：除檢討論人計酬之試辦外，亦可發展以門診病人組群（Ambulatory Patient Groups）為基礎的前瞻性支付制度。

藉門診病人分類如門診手術病人組群、內科門診病人組群以及輔助服務（如放射線診療、病理學、檢驗檢查、其他檢查與處置、化學藥療等）病人組群等，針對不同類病人發展不同的包裹支付模式，有助於規範每次門診費用，可部分抑制門診服務密集度之增加，減少不必要的浪費。

特別是對慢性病人的管理，依據門診病人組群，採定額申報，可鼓勵病人在基層就醫，避免院所要求病人多次就診；亦可規範慢性病人藥費與檢查之成長。另若能與健保署之慢性病人疾病管理制度配合，增加病人就醫之連續性，亦可提高醫師開立長期處方之意願，以及對病人之治療結果負責。

（三）持續以多元支付方案，倡導有效醫療，導入常規支付制度：

1. 持續擴大論質支付之擴大與改革，並應依據國外有實證醫學證據之經驗，如 NCQA 提出之有效醫療指標及模式，或國內過去證明有效之計畫作小規模試辦，研擬「核心照護模式」供推動參考。
2. 在獎勵措施的設計，應以機構整體表現為主，不應著重於個別疾病或病人的品質指標，以減少收案對象的選擇偏差。
3. 除針對忠誠病人設計管理制度外，亦應針對非忠誠病人亦應有所管理與獎勵措施，提升計畫執行之效益。

（四）針對呼吸器及洗腎等屬長期依賴之醫療服務，可參考國際已建立具體實證醫學（Evidence-based medicine，以下稱

EBM) 的指引 (如 NICE)，儘速建立治療指引、健保給付規定或審查注意事項。

(五) 除了推動安寧照護外，亦應鼓勵民眾簽署放棄急救同意書 (Do Not Resuscitate，以下稱 DNR)，獎勵醫護人員，以鼓勵臨終病人 DNR 之簽署與停止無效醫療之勸導，倡導正確臨終醫療觀念。

(六) 落實各部門總額監控機制，並建立點值停損處理流程與措施，避免影響醫療品質。

四、強化醫療利用、藥品與各診療服務之管理：

(一) 在兼顧保障病人隱私權的前提下，健全藥歷檔與健康雲之建置與運用，強化藥費管制措施，減少重覆用藥、檢查與不適當用藥，可先以慢性病老人為對象，建立快速查詢系統，逐步推廣。在醫師端透過電腦警示，事前預防潛在不適當處方 (Potentially Inappropriate Prescription) 與重複之昂貴檢查，並訂有相關獎勵措施，由同院到跨院，皆列入品質指標。短期可從具慢性病的老人為對象，建立快速查詢系統，事前減少不必要的用藥及檢查。

(二) 依據醫學證據或 HTA 訂定不予支付指標及專業審查制度。

(三) 持續推動高診次就醫輔導方案。

五、強化病人健康知能，提升資源使用之公平性與責任：

(一) 藉論質、家醫、論人等整合性照護支付的推動，提升病患健康知能，強化病人自我照護管理。

(二) 鼓勵民眾簽署 DNR，倡導正確臨終醫療觀念，減少醫療浪費。

(三) 逐步改革重大傷病免部分負擔制度，並研議相關配套措施，分年分階段導入，提升部分負擔政策之公平性。

重大傷病免部分負擔制度，目前係以疾病作為重大傷病的定義，而非以金額為原則，爰衍生重大傷病發卡問題。又許多慢性疾病之醫療需求如同重大傷病，需持續性照護；以及現行部分重大傷病，其預後良好，醫療需求亦屬階段性質，故現行以重大傷病決定免部分負擔，似有不公平之處，有改善的空間。因此，建議：

1. 短期：檢討重大傷病種類

(1) 對於已核發者，針對可以根治的重大傷病，可考慮屆期後，不再續發重大傷病卡。

(2) 針對新核發者，因前述重大傷病類別之檢討，將減少重大傷病類別，進而減少領證人數。

2. 長期：按醫療費用金額訂定免部分負擔上限。

本項涉及修法，將重大傷病之定義改以醫療費用（金額）取代疾病診斷。即刪除重大傷病免部分負擔制度，並增訂每人每次門住診應自行負擔費用之最高金額或全年累計應自行負擔費用之上限。

（四）定期檢討調整門診定額部分負擔，並研議將超過一定金額之診療費用另行計算部分負擔。長期配合重大傷病制度改革，評估門診採定率部分負擔之可行性。

1. 短期：

(1) 建立定期調整之機制：例如反映物價指數，每 2 至 3 年檢討一次。

門診採定額收取，隨醫療費用之增加，其所占比率將逐年下降，故應建立定期調整定額部分負擔機制。

(2) 增加部分負擔收取的項目：

除取消慢性病連續處方箋免部分負擔之規定外，

另可仿藥品方式，研議將超過一定金額之診療費用另行計算部分負擔，盡量簡化部分負擔之收取項目，例如增加診療費之部分負擔。

2. 長期：配合前述重大傷病免部分負擔制度之改革，門診部分負擔採定率制，並訂定每年負擔額度上限。

六、提撥保險人提升醫療效率與品質、確保病患權益之必要管理經費：

為提升與確保醫療機構提供之照護效率與品質，保險人擬訂各種品質確保方案，辦理多項醫療給付改善方案、急診品質提升計畫、孕產婦照護品質確保及諮詢服務方案、整合照護計畫、家醫計畫等專案；以及建置健保雲端藥歷系統，以避免醫師重複處方及病人重複用藥，提升用藥品質與安全，並利用數位化審查，投入相當經費於審查軟體設備，此等管理經費之投入對醫療品質及審查效率之提升甚有助益。考量保險人管理經費不足，故建議由醫療費用總額及菸品健康福利捐提撥一定比率之經費，以提升全民健保醫療效率與品質，保障病患權益之用。

伍、結語

健保給付與支付制度涉及人性與行為的改變，改革本非易事且無法一蹴可及，需戰戰兢兢地觀察各項政策的導入及行為的改變，並適時修正，尤其面對具有高度專業的醫療服務。總額支付制度已可控制費用之上漲，因此改革方向應著重醫療效率的提升（藉支付制度改革，減少不必要醫療、用藥）、費用控制合理性（例如：探討費用成長減緩的服務或部門的合理性，以避免不合理的成本控制）、病人就醫的適切性或品質（例如鼓勵需要依照臨床服務程序檢討病人接受服務的合理性）、公平性等的監督。另就品質的提升，亦將結合相關單位，

從「醫療管理」逐步導向「疾病管理」，長期邁向「健康管理」，確實提升醫療品質及國民健康。

資料來源

- Cassel, C.A., & Guest, J.A. (2012). Choosing Wisely– Helping Physicians and Patients Make Smart Decisions About Their Care. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 307 (17), 1801–1802. doi:10.1001/jama.2012.476.
- Cheng, S.H., Chen, C.C., & Tsai, S.L. (2012). The impacts of DRG-based payments on health care provider behaviors under a universal coverage system: A population-based study. *Health Policy*, 107, 202-8.
- Cheng, S.H., Lee, T.T., & Chen, C.C. (2012). A longitudinal examination of a pay-for-performance program for diabetes care: evidence from a natural experiment. *Medical Care*, 50, 109-16.
- European Healthcare Fraud and Corruption Network. (2010). *The financial cost of healthcare fraud*. Retrieved from World Wide Web: http://www.who.int/whr/2010/10_chap04_en.pdf.
- Hosseini, Z., & Gerard, A. (2013) . Trends in cost sharing among selected high income countries– 2000– 2010. *Health Policy*, 112, 35-44. <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.05.020>.
- Hsiao, W.C., Braun, P., Dunn, D., Becker, E.R., DeNicola, M., & Ketcham, T.R. (1988). Result and policy implication of the resource based relative-value study. *The New England Journal of Medicine*, 319(13), 881-8.
- Lee, T.T., Cheng, S.H., Chen, C.C., & Lai, M.S. (2010). A pay-for-performance program for diabetes care in Taiwan: a preliminary assessment. *The American journal of managed*

care ,16, 65-9.

Lee, Y.C., Yang, M.C., Huang Y.T., Liu, C.H., & Chen, S.B. (2006) Impacts of the cost containment strategies on pharmaceutical expenditures of the National Health Insurance in Taiwan, 1997-2003. *Pharmacoeconomics*, 24(9), 891-902.

National Committee for Quality Assurance (2014). *HEDIS Measures 2014*. Retrieved March 19, 2014 from the World Wide Web : <http://www.ncqa.org/HEDISQualityMeasurement/HEDISMeasures/HEDIS2014.aspx>HEDIS.

National Committee for Quality Assurance (2014). *The Healthcare Effectiveness Data and Information Set 2014 Measures*.

PricewaterhouseCoopers' Health Research Institute (2009, December). *Top 10 health industry issues in 2010: Squeezing the juice out of healthcare*.

Thomson Reuters (2009). *Healthcare system wastes up to \$800 billion a year*.

World Health Organization (2010). *World Health Report: Health system financing-the path to universal coverage*.

吳肖琪、朱慧凡、姚素俐、朱育增、吳君誠 (2008)。從國際比較探討台灣醫院病床數。 *台灣衛誌*，27(2)，170-179。

李玉春、黃昱瞳、黃光華、葉玲玲、陳珮青 (2014)。全民健保支付制度改革之回顧與展望。 *台灣醫學*，18，53-66。

李玉春、楊銘欽、黃光華、黃昱瞳、郭年貞 (2013)。 *健保 Tw-DRGs 支付制度之成效評估與改善研究* (衛生福利部中央健康保險署委託研究計畫報告，計畫編號 DOH101-NH-9015)。台北：衛生福利部中央健康保險署。

- 李玉春、葉玲玲、黃光華、黃昱瞳、黃清郁、朱菊新 (2006)。全民健保支付制度未來改革方向之研究 (行政院衛生署委託研究報告)。台北：行政院衛生署。
- 林霖、洪錦墩、李卓倫、紀駿輝、陳文意 (2011)。建構民眾自費對全民健康保險就醫利用影響之評估模式 (行政院衛生署 100 年度委託科技研究計畫，計畫編號 DOH100-TD-S-113-100002(1of 3))。台北：行政院衛生署。
- 張鴻仁、黃信忠、蔣翠蘋 (2002)。全民健保醫療利用集中狀況及高、低使用者特性之探討。台灣衛誌，21，207-13。
- 許績天、韓幸紋、連賢明、羅光達 (2011)。部分負擔調整對醫療利用的衝擊：以 2005 年政策調整為例。台灣衛誌，30(4)，326-336。
- 衛生福利部 (2013，6 月)。民國 101 年醫療機構現況及醫院醫療服務量統計分析。台北：衛生福利部。
- 衛生福利部中央健康保險署 (2014，2 月)。「全民健康保險醫療給付費用醫院總額研商議事會議」會議報告資料。台北：衛生福利部中央健康保險署。
- 衛生福利部全民健康保險會 (2014，4 月)。「醫院總額門住診費用分配合理性及對社區醫院經營與民眾就醫權益之影響」，衛生福利部全民健康保險會第四次會議資料。台北：衛生福利部全民健康保險會。
- 衛生福利部全民健康保險會 (2013，8 月)。102 年全民健保各部門總額執行成果摘要。台北：衛生福利部全民健康保險會。
- 衛生福利部全民健康保險會 (2013，8 月)。102 年全民健康保險總額支付制度協商參考指標要覽。台北：衛生福利部全民健康保險會。

第八章：提升健保藥品給付及支付之效率

摘要

一、議題現況

近年人口老化快速、平均餘命增加、疾病型態逐漸由急性感染症轉為慢性疾病等因素，造成慢性病患者及罹患癌症等重大傷病之人口逐漸增多；除此之外，新藥研發改變了疾病治療型態，很多疾病由高風險手術治療轉為使用新的藥品治療，使得藥品費用隨之產生重大的變化。尤其最近幾年，慢性病及重大傷病的藥費占率已達總藥費的四分之三。長期以來，健保藥品給付與支付面，各界主要關切議題，有藥費成長的速度、民眾用藥品質、使用藥品浪費、院所購藥與支付價之差距（即藥價差）、新藥引進的速度、健保核價與調價的方式、以及製藥產業的發展等。

二、檢討結果

二代健保實施甫滿 1 年，以下提出目前執行檢討的結論：

- （一）擴大參與機制的運作：藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議中，保險醫事服務提供者代表占一半，且團體推派代表之立場，多以所屬總額部門之立場，以及新藥納入給付可能對總額影響為考量，而多持反對新藥納入健保給付之意見。
- （二）新藥收載與核價：新藥收載天數，因配合醫療科技評估及須經共同擬訂會議討論之機制，雖作業天數增加，但與歐盟國家比較尚屬合理。在新藥核價部分，考量國民負擔能力之前提下，依循藥物給付項目及支付標準核價規則，與國際藥價相比，仍有若干差異。另新科技納入健保給付與否，是否能有一種機制，在會議代表普遍認為某項科技(醫療科技、藥品、器材等)仍是不錯時，可提出某種原則，使其得以納入給付，類似像「

價量協議」的程序。

- (三) 藥品價格之調整：對藥品甫逾專利期五年內、藥品費用分配比率目標制及健保收載超過 15 年的藥品實施三同（同成分、同品質、同價格）之藥價調整方式等，都有新規定。但對於專利型式的採認、三同政策（含配套措施）等議題，未有共識。
- (四) 醫療科技評估之運用，在組織面，「國家醫療科技評估籌備辦公室」，其財務來源不穩定；人才培育部分，醫療科技評估為專門的領域，應規劃與學界合作，及建構完整人才培育機制；另為維持其健全的運作，是否可開放接受產業委託評估，應進一步評估。
- (五) 藥品使用的管理：健保署目前已有多項審查規定以監控不合理藥量，但新藥之使用規範是否影響民眾在新藥的可近性，仍待具體評估。

三、政策建議

- (一) 藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議之組成，應考量各方推薦人選的衡平性，再由主管機關依健保法之規定選擇適當者參與。
- (二) 建議進行長期研究新藥納入給付之時效及國際比較，了解臺灣新藥引進及使用規範上，與先進國家之落差。
- (三) 建議衛福部結合藥政（品）管理，召開「全國藥品政策會議」，討論議題可包括藥政（品）管理與健保給付之扣連、健保藥品價格實施三同政策的配套及製藥產業發展與健保給付之政策議題等。
- (四) 鑑於近年來之部分新藥（尤其是生物藥品）的價格與療程費用均較以往之小分子新藥高出甚多，長此以往非健保資源所能承擔，應教育民眾，讓民眾了解健保資源有限，無法全部仰賴健

保給付所有的醫療服務及藥物，同時建立藥品差額負擔的機制，針對特定領域或類別的疾病或治療藥品，以漸進的方式，推動藥品差額負擔的法制化與實施時程。

- (五) 我國現階段的藥物給付項目與支付標準、健保藥價調整作業辦法之規定內容，鉅細靡遺，舉世罕見，其對健保藥品資源的有效管理，以及民眾對創新藥品的可近性，已產生深遠的影響，建議衛福部對此等議題，適時評估其利弊，給予明確的政策方針，以為健保署執行之依據。
- (六) 國家醫療科技評估籌備辦公室現階段應多方蒐集臨床療效、經濟評估文獻（如英國、加拿大、澳洲之 HTA 報告），並且檢視廠商所送經濟評估及預算衝擊資料，並評估其合理性；進而建議藥物給付決策組織之最適規模及組成、建立健保財務影響分析能力及本土成本效益分析模式；未來應訂定我國藥物納入給付之決策考量因素、建置獨立運作組織（有自償能力之財團法人），並擔任藥物給付決策建議單位，且建構人才培育以及促進與學界合作方面，應建立明確的規劃與機制。
- (七) 隨著全民健康保險藥品費用分配比率目標制（Drug Expenditure Target）的試辦（至 103 年底），藥品價格已初步建立定期調整機制，試辦期間期滿後是否續辦，應視當初所定目標之成效、對民眾、醫療服務提供者及保險人之優缺點，並考量此作法是否能有效縮減藥品價差後，再進一步討論。惟在藥品使用量的管理，仍應持續加強。
- (八) 對於國產生技製藥之鼓勵，衛福部宜明訂政策方向，並應另籌財源。其他涉及政策層面的議題（如生物相似性藥品執行 HTA 的必要性與適當性、本土藥廠研發新藥有關 HTA 的要求），亦應有明確的適當規範，以供各方遵循。

壹、前言

為推動健保改革，行政院於 90 年 7 月間成立二代健保規劃小組，歷經數年的策劃，在總結報告中以「提升品質」、「平衡財務」及「擴大參與」為首要目標，並提出四大層面的政策建議，包括：「強化資訊提供以提升醫療品質」、「平衡財務且提高服務購買效率」、「擴大社會多元化參與健保政策」及「建構權責相符的健保組織體制」。衛福部依據該項報告，將「公平」、「品質」、「效率」作為二代健保之核心價值，研提二代健保修法草案，經過歷時多年及各界的努力，健保法修正條文共 104 條，於 100 年 1 月 26 日經總統公布，行政院亦決定自 102 年 1 月 1 日正式實施二代健保。

長期以來，健保藥品支付制度各界主要關切議題如下：

- 一、外商質疑新藥核價過低及收載時程過慢，可能造成民眾等候用藥時間過久或病人自費負擔增加議題。同時也是國際貿易談判及臺灣加入跨太平洋夥伴協定（The Trans-Pacific Partnership，以下稱 TPP）的重要議題。
- 二、醫療院所採購藥品價格與健保支付價之價差，即所謂的「藥價黑洞」或「藥價差」，民眾常以藥價黑洞是造成醫師為賺藥價差而多開藥物的弊端，是健保浪費的根源，因此，如何縮小藥價差是健保支付制度改革的重點。
- 三、延續公勞保時代之廠牌別訂價，造成同成分同規格同含量之健保支付價均不同之價差問題，因此，醫療院所常採購以同成分同規格同含量之較高健保價藥品或能提供較高價差之藥品，因此有行政訂價產生價格差異之扭曲市場的現象。
- 四、製藥產業對於政策的預測性議題：每兩年一次的藥價調查與調整，對個別廠商受影響的程度往往只能在調整結果發布時才能

評估，缺乏可預測性。

五、扶植國內生技產業問題：我國已經實施全民健保，對於國內生技產業的推動有舉足輕重的影響，因此如何利用健保的環境，推動生技產業跨入國際舞台，是臺灣未來重要的議題。

六、有鑑於健保資源有限、醫療技術日新月異及醫療費用持續上漲，如何以最有效率的方式使用健保資源並且造福更多人群，是各國近年來熱烈討論的問題。

二代健保實施之前，健保給付決策由當時的健保署召開藥事小組會議，決定藥品是否列入給付項目、是否限定藥品使用範圍、並訂定藥品給付金額。此決策機制對新藥收載核准及適應症之訂定，已初步建立原則，但在新醫療服務給付部分，則未定期收載調整，也未建立資源配置優先順序機制，適應症之訂定標準不一、民眾參與度低。此外，民眾與醫界（希望自費）對新增給付項目之需要不同，給付項目調整之運作過程未必與健保財務扣連、退場機制（delisting）不明確等問題，都有待解決。

為建構完善的藥品支付制度，二代健保的改革為，擴大民眾參與給付之審議機制、公開給付擬訂過程之資訊、依市場交易情形合理調整藥價及使藥品之交易行為更為公平、合理且透明，並於健保法第41條、第42條、第46條、第62條及第75條及第87條明文規定。除此之外，二代健保擬建立健保財務收支連動機制、確保健保醫療給付之合理性及醫療服務品質，正式將醫療科技評估納入法案內容，明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。且進行醫療科技評估時，應以確實可促進人體健康之診療項目、醫療照護作業不違醫病關係及道德價值判斷等倫常，並具一定之診療效益及保險財務負荷等因素為考量。

本分組將檢視目前藥品相關政策執行狀況，並針對所遇困難提出

分析，以期未來健保藥品政策運作順利並為相關法案的續行提出具體建議。

貳、實施現況與重要成果

一、現行相關法規之變革（見表 3-8-1）

（一）全民健康保險藥物給付項目及支付標準

健保法第 40 條至第 42 條規定，健保所述之藥物給付項目及支付標準，內容包括藥品及特殊醫療材料之給付品項、給付規定、事前審查之規定及各品項之支付標準。為使二代健保實施時，藥品及特殊材料之健保給付及支付，得以與當時全民健康保險藥價基準及全民健康保險醫療費用支付標準第八部特殊材料，以及其衍生之相關規定順利銜接並運作，爰整併該等相關規定，擬具全民健康保險藥價基準修正條文，並將法令名稱修正為全民健康保險藥物給付項目及支付標準，於 101 年 12 月 28 日由衛福部發布，自 102 年 1 月 1 日實施二代健保後生效。

為鼓勵藥廠能針對國人特有疾病投入研究、讓國人可儘早使用適當新藥治療，同時提升國內臨床研究水準，並對於在臺投入臨床試驗並開發完成上市之新藥，以及品質條件異動或品質有疑慮之藥品等，能有更完備的處理原則，衛福部再於 102 年 8 月 29 日修正發布全民健康保險藥物給付項目及支付標準，其主要修正重點如下：

- 1.對於國內外製藥產業在我國進行研發及上市之新藥，訂定具鼓勵性之核價原則。
- 2.對於致力於國人族群特異性療效及安全性之新藥研發，參照藥品查驗登記審查準則第 38 條之 2 規定，增修在國內實施臨床試驗達一定規模者之認定條件及鼓勵原則。
- 3.為確保全民健保給付藥物之品質與安全，增修藥品品質有疑慮

或品質條件異動之相關處理方式。

（二）全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法

為加強公民參與，健保法第 41 條第 2 項規定，藥物給付項目及支付標準，必須由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報衛福部核定發布，該部則於 101 年 11 月 1 日發布「全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法（以下稱共同擬訂辦法）」，並自 102 年 1 月 1 日施行，共同擬訂辦法誕生之後，依該辦法第 2 條及第 4 條規定，共同擬訂會議也隨即成立，其組成代表及產生方式如下：

- 1.主管機關及其所屬藥物管理機關代表各 1 人：由該機關指派。
- 2.專家學者 5 人：由保險人遴選。
- 3.被保險人及雇主代表各 3 人：由保險人洽請相關團體推薦後遴選之。
- 4.保險醫事服務提供者代表：由醫師、中醫師、牙醫師及藥師等公會全國聯合會各 1 人、台灣醫院協會 1 人，醫學中心、區域醫院、社區醫院、基層診所各 2 人，並由相關團體推派。
- 5.藥物提供者得經由相關團體推派代表 3 人，列席會議表達其意見，但無表決權。

為使共同擬訂會議順利運作，希望參與會議之代表，均能以無私、客觀、公正之態度討論，健保署擬具共同擬訂會議議事規則，於 102 年 2 月 27 日召開之第一次共同擬訂會議中提出討論，並於同年 4 月 11 日藥品共同擬訂會議確認。

另外，為使擬訂過程的資訊公開、透明，共同擬訂辦法第 11 條規定，對於共同擬訂會議議程及醫療科技評估報告，應於開會 7 日前對外公開，會議代表之利益揭露聲明書及會議內容實錄，也應予以公

開。

（三）全民健康保險藥品價格調整作業辦法

以往對於藥品支付價格之調整，係依藥價基準規定，調查藥品市場實際交易資料，並依調查結果定期進行每 2 年 1 次之藥價調整。但對於剛逾專利保護期藥品，因市場競爭較激烈，其市場交易價格會大幅調降，為使剛逾專利期藥品的健保支付價，能即時反映市場情形而快速降價，在二代健保修法時，除規定保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格之外，也明定藥品逾專利期第一年起開始調降，於 5 年內依市場交易情形逐步調整至合理價格，使其更接近藥品之市場銷售價格。

為擬訂全民健康保險藥品價格調整作業辦法，健保署於 101 年 11 月至 102 年 4 月間，邀請相關團體就藥價調整原則進行討論，先行彙集各界意見。後續為徵詢公眾意見，衛福部於 102 年 7 月 9 日至 7 月 23 日期間踐行該法之草案預告程序。期間接獲台北市美國商會、歐洲在台商務協會、經濟部經貿談判代表辦公室、美國貿易代表署、國內藥界及醫界等各方意見，經彙整相關建議，主要係針對藥品專利認定、逾專利期之計算方式及逾專利期第一年起調降原則之表達。為審慎瞭解各界所提出意見，衛福部責成健保署於 102 年 8 月 9 日邀集醫界、藥界及相關單位召開預告後之各界意見討論會議，並統整各方意見，妥與各界溝通。

衛福部參考各界意見後，酌修預告草案內容，並於 102 年 10 月 2 日發布全民健康保險藥品價格調整作業辦法，主要的改革重點如下：

1. 建立專利逾期 5 年內藥品之快速調降藥價機制，使健保支付價格能即時反映剛逾專利期藥品之市場競爭交易情形。

- 2.逐步落實 97 年藥品政策全國會議之同成分、同品質、同價格（以下稱三同）核價政策，對於專利逾期藥品，其第 1 個同成分、劑型收載超過 15 年之所有品項，實施三同政策。但現階段為了鼓勵 PIC/S GMP 藥品，將原廠藥品與實施 PIC/S GMP 藥品訂同一價格，非 PIC/S GMP 藥品另訂同一價格。
- 3.建立低規格量藥品支付價格不得高於高規格量藥品支付價格之機制，使同成分不同規格藥品之健保支付價格更為合理。
- 4.配合健保實施藥品費用分配比率目標制，藥價調整金額則連結超出預先設定之目標值之額度，作為最大調降金額。

（四）全民健康保險藥品交易定型化契約應記載及不得記載事項

為使藥品之交易行為更為公平、合理且透明，依據健保法第 75 條規定，於 101 年 12 月 24 日由衛福部會銜公平交易委員會發布藥品交易書面契約之定型化契約範本及其應記載及不得記載事項，自 102 年 1 月 1 日正式實施。又依據同條第 1 項規定，衛福部於同年 12 月 27 日公告全民健康保險醫事服務機構前一年申報之「保險藥品費用逾五千萬元」者，於次年採購時應依據應記載及不得記載事項簽訂書面契約，但緊急採購或特殊藥品採購事項者，不在此限。

另為引導藥品交易雙方書面契約之簽訂，於 102 年 3 月 6 日衛福部會銜公平交易委員會發布訂定「全民健康保險藥品交易定型化契約範本」。

表 3-8-1 藥品相關子法規及修正重點摘要表

健保法（節錄）	藥品相關子法規	修正重點
第 40 條第 1 項 保險對象發生疾病、傷害事故或生育時，保險醫事服務機構提供保險醫療服務，應依第二項訂定之醫療辦法、第四十一條第一項、第二項訂定之醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準之規定辦理。	全民健康保險藥物給付項目及支付標準 (1) 101 年 12 月 28 日修正發布。 (2) 102 年 8 月 29 日修正發布。 (3) 102 年 4 月 14 日修正發布。	(1) 修正藥價基準名稱、彙整現行藥價基準及現有與藥物給付項目及支付標準相關之其他公告內容。 (2) 為鼓勵藥廠能針對國人特有疾病投入研究、讓國人可儘早使用適當新藥治療，同時提升國內臨床研究水準，並對於在臺投入臨床試驗並開發完成上市之新藥，以及品質條件異動或品質有疑慮之藥品等，須有更完備的處理原則。另將新功能類別特殊材料目前已採用之各種訂價方法及原則，彙整明訂於全民健康保險藥物給付項目及支付標準
第 41 條第 2 項 藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。	全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂辦法 101 年 11 月 1 日發布 全民健康保險藥物給付項目及支付標準	(1) 保險人為辦理藥物給付項目及支付標準之擬訂事項，應召開共同擬訂會議，並於必要時召開臨時會。 (2) 共同擬訂會議報告事項如：全民健康保險藥物給付項目與支付標準新品項藥品及既有功能類別特材之初

健保法（節錄）	藥品相關子法規	修正重點
<p>第 41 條第 3 項 前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應於擬訂前公開。</p> <p>第 41 條第 4 項 第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>目及支付標準共同擬訂會議事規則 102 年 4 月由會議代表及健保署共同擬訂。</p>	<p>核情形及其他有關全民健康保險已給付藥物支付標準異動之初核情形。</p> <p>(3) 共同擬訂會議討論事項如：全民健康保險藥物收載原則、全民健康保險藥物支付標準訂定原則、全民健康保險新藥及新功能類別特材給付項目、全民健康保險新藥及新功能類別特材支付標準、其他與全民健康保險藥物給付項目及支付標準之有關事項。</p> <p>(4) 藥物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。</p> <p>(5) 醫療科技評估報告，應於開會 7 日前對外公開。</p>
<p>第 46 條 保險人應依市場交易情形合理調整藥品價格；藥品逾專利期第一年起開始調降，於五年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。 前項調整作業程序及有關事項之辦法，由主管機關定之。</p>	<p>全民健康保險藥品價格調整作業辦法 102 年 10 月 2 日發布</p>	<p>(1) 藥品逾專利期第一年起開始調降，於 5 年內依市場交易情形逐步調整至合理價格。</p> <p>(2) 逐步落實 97 年全國藥品政策會議之同品質同成分同價格政策。</p> <p>(3) 配合藥品費用分配比率目標試辦方</p>

健保法（節錄）	藥品相關子法規	修正重點
<p>第 61 條</p> <p>藥事人員藥事服務及藥品費用，分別設定分配比率及醫藥分帳制度。</p>		案實施之藥價調整方式。
<p>第 62 條</p> <p>藥品費用經保險人審查後，核付各保險醫事服務機構，其支付之費用，超出預先設定之藥品費用分配比率目標時，超出目標之額度，保險人於次一年度修正藥物給付項目及支付標準；其超出部分，應自當季之醫療給付費用總額中扣除，並依支出目標調整核付各保險醫事服務機構之費用。</p>		
<p>第 75 條</p> <p>保險醫事服務機構申報之保險藥品費用逾主管機關公告之金額者，其與藥商間之藥品交易，除為罕見疾病用藥採購或有主管機關公告之特殊情事外，應簽訂書面契約，明定其權利義務關係。</p> <p>主管機關應會同行政院公平交易委員會訂定前項書面契約之定型化契約範本及其應記載及不得記載事項。</p>	<p>全民健康保險藥品交易定型化契約應記載及不得記載事項</p> <p>101 年 12 月 24 日發布</p>	<p>不得記載事項：</p> <p>依據全民健康保險藥價調整後之新核定價，以指定藥價差或按照藥價調整比例方式，自動調整契約單價相關約定。</p>

二、藥品收載與調整現況

(一) 共同擬訂會議運作及藥品收載情形

1.自 102 年 1 月 1 日二代健保實施後，藥物給付項目及支付標準之訂定流程，以及對於共同擬訂會議有共識同意收載案件之處理流程如下：

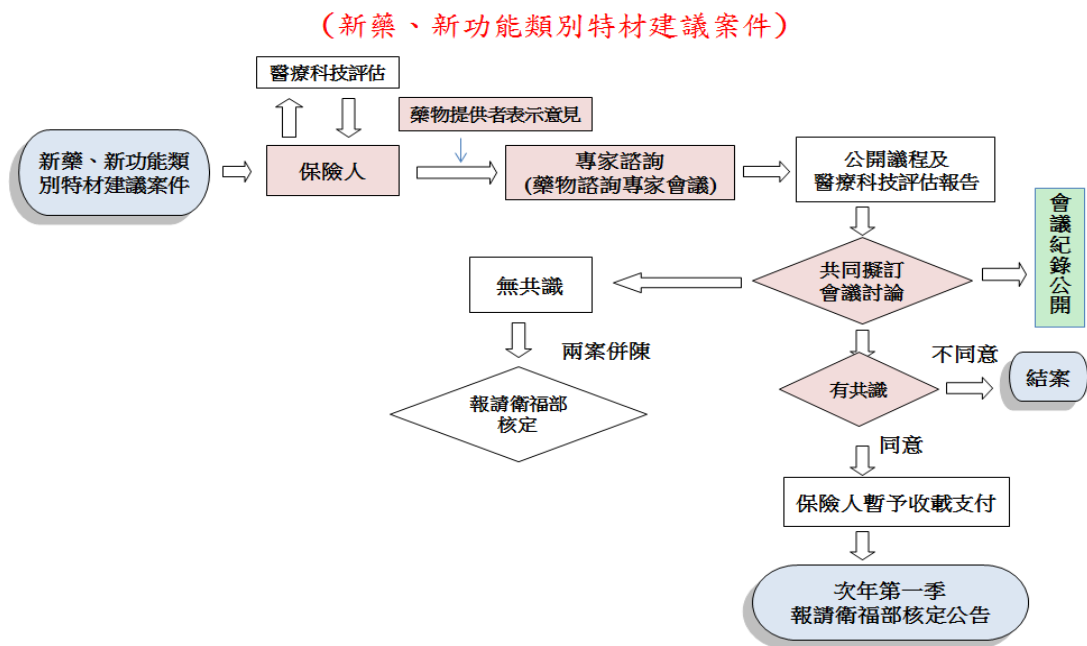


圖 3-8-1 藥物給付項目及支付標準訂定流程圖

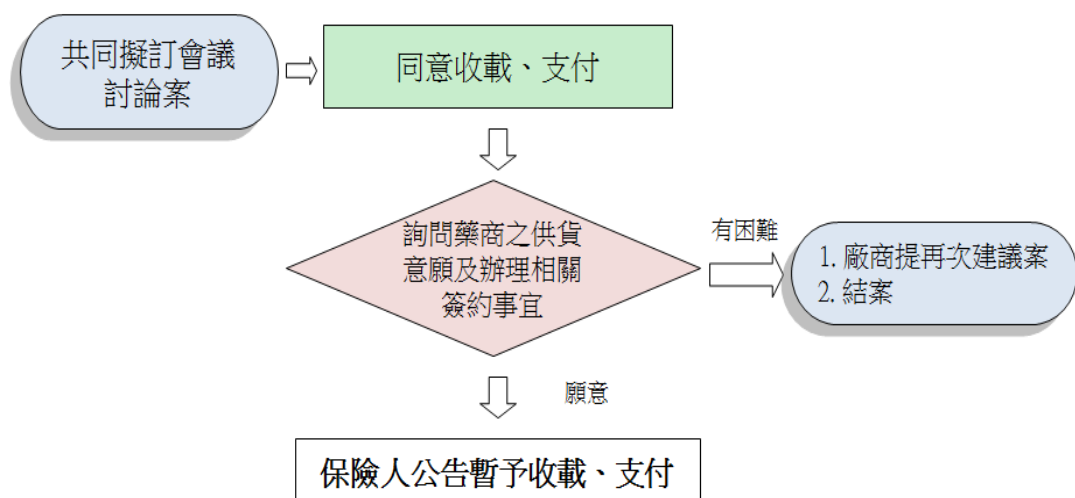


圖 3-8-2 有共識同意收載案件之處理流程

2.102 年度已召開 6 次藥品共同擬訂會議及 1 次臨時會，審議結果如下：

(1)審議之新藥有 62 項次，其中健保署建議收載之新藥有 50 項次，經擬訂會議討論通過收載品項有 39 項，通過收載之比率為 78.0%。而健保署公告生效的品項計 26 項，生效比率為 66.7%。

(2)審議修正之藥品給付規定有 41 則，其中健保署建議修訂或部分修訂之給付規定有 37 則，經擬訂會議討論通過修正有 32 則，通過收載之比率為 86.5%。而健保署公告生效計 29 則，生效比率為 90.6%。

(3)審議已收載同成分、同劑型之新品項及中藥品項共有 2,123 品項，經擬訂會議討論通過收載品項有 2,113 項，通過收載之比率為 99.5%。而健保署公告生效的品項計 2,113 項，生效比率為 100%。

(4)審議價格異動之已收載藥品品項及中藥品項共有 2,030 品項，經擬訂會議討論通過並由健保署公告生效的品項計 2,030 項，擬訂會議通過並生效之比率為 100%。

3.於 102 年召開之共同擬訂會議，從案件申請至新藥收載生效日之作業時程為 277 天。而我國藥價約為國際最低價的 81.7%，國際中位價的 61.9%。

(二) 藥價調查與藥價調整情形

102 年 1 月 1 日二代健保實施初期，健保署仍持續依藥物給付項目及支付標準中有相關規定，通知藥商應定期每季申報藥品市場實際銷售資料，截至 102 年 12 月止，健保署已完成 102 年前三季之藥商銷售資料申報。另外，健保署於 102 年 10 月 23 日公告保險特約

醫事機構申報市場實際交易價格調查資料之特定藥品品項有 821 項，並請 481 家特約醫事服務機構申報 101 年 7 月至 102 年 12 月之藥品採購資料。

為辦理逾專利 5 年內之藥品支付價格調整，健保署依據全民健康保險藥品價格調整作業辦法之規定，於 102 年 11 月 1 日公告 102 年第 1 季至第 3 季專利權期滿之藥品及其同分組品項共有 5 個品項，其中不予調整之藥品計 3 項，有調整之藥品計 2 品項，調整後之新藥價於 102 年 12 月 1 日生效。

其他非屬逾專利期 5 年內藥品之藥價調整，依規定應參考藥價調查資料，每 2 年調整 1 次，但 102 年起實施全民健康保險藥品費用分配比率目標制之試辦方案，則會參照藥價調查資料，並連結每年超出支出目標值之藥費額度進行調整。因此，102 年實際藥費支出如超過支出目標值，超出部分將自 103 年 4 月 1 日生效。

（三）健保藥品費用申報情形

從 94 年至 101 年藥費申報情形來看，由 1,115 億元成長至 1,420 億元，平均年成長率為 3.50%，整體的藥費占率介於 24.8%至 25.8%。102 年 1 月至 9 月藥費成長率為 8.4%，藥費占率為 26.0%。

國內由於人口老化迅速、平均餘命增加、疾病型態逐漸由急性感染症轉為慢性疾病，造成慢性病患者及罹患癌症等重大傷病之人口逐漸增加，加上新藥研發改變治療常態，很多疾病由高風險手術治療轉為使用新的藥品治療，使得藥品費用組成隨之產生重大變化。尤其最近幾年，慢性病及重大傷病人數均呈大幅度之增加，慢性病及重大傷病之藥費，占總藥費四分之三。

健保藥費占率過高是外界質疑藥品浪費的重要數據，但是若無一致的計算基礎進行比較，往往讓結論過於簡略。若以 OECD 的定義，其藥費（分子）不含住院部分，但包含國民自費購買成藥（

over-the-counter drug) 之費用，其醫療費用（分母）則包含公私部門之門住診醫療服務及長期照護（保險及非保險均納入）、醫療資本設備投入、公共衛生及預防保健、民眾自費等部分，較等同於衛福部統計處之國民醫療保健支出費用。若臺灣將健保門診藥費加上國民醫療保健支出之家庭自費西藥及中藥支出，除以國民醫療保健支出費用，則 2011 年的藥費占率約為 17.7%，低於韓國（20.2%）與日本（20.3%），比加拿大（16.6%）稍高。同時也可發現，亞洲國家均偏高，人均所得愈高之國家，藥費占率愈低。

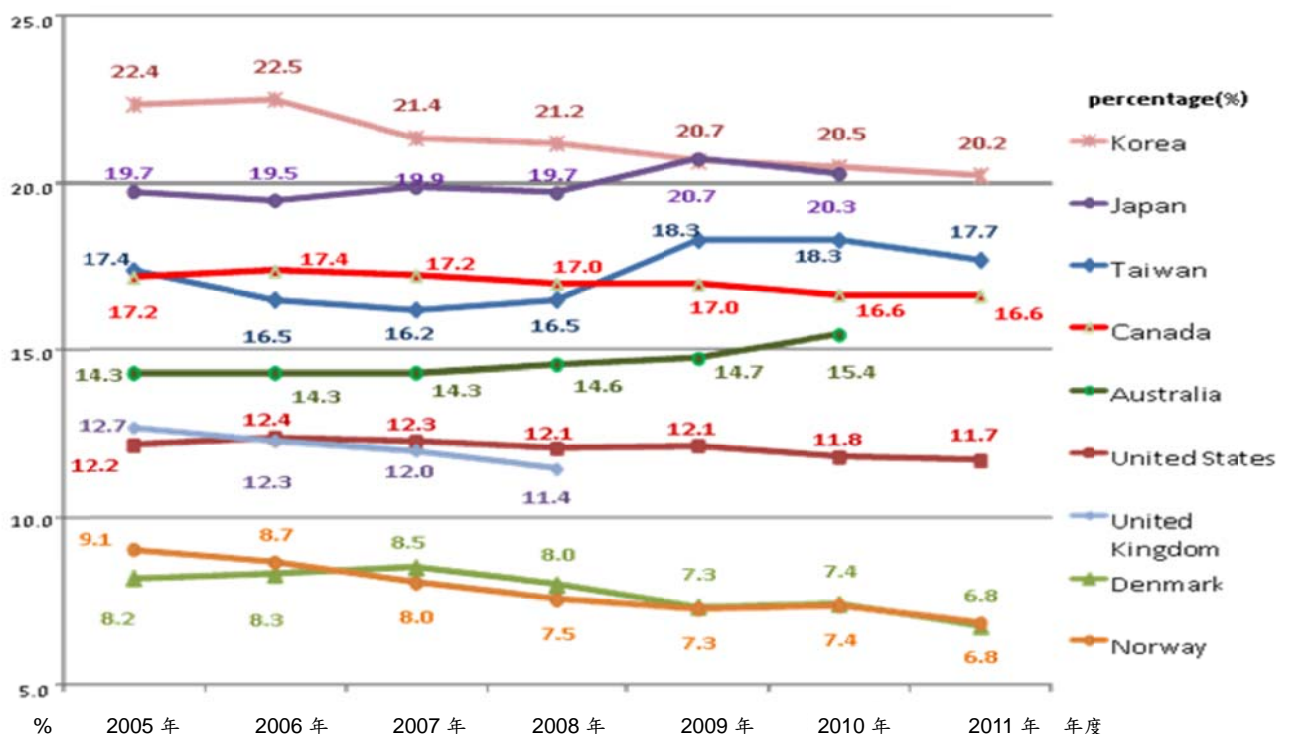


圖 3-8-3 藥費支出占國民保健支出比率

註 1. Source: OECD Health Data: Health expenditure and financing : OECD Health Statistics 及 Economic references.

註 2: 說明：

1. Taiwan = (健保門診藥費 + 國民醫療保健支出之家庭自費西藥及中藥支出) / 國民醫療保健支出費用。
2. OECD 國家此項統計的藥費(分子)不含住院部分，但包含國民自費購買成藥(over-the-counter drug)之費用。
3. OECD 國家此項統計的醫療費用(分母)包含公私部門之門住診醫療服務及長期照護(保險及非保險均納入)、醫療資本設備投入、公共衛生及預防保健、民眾自費等部分，較等同於衛福部統計處之國民醫療保健支出費用

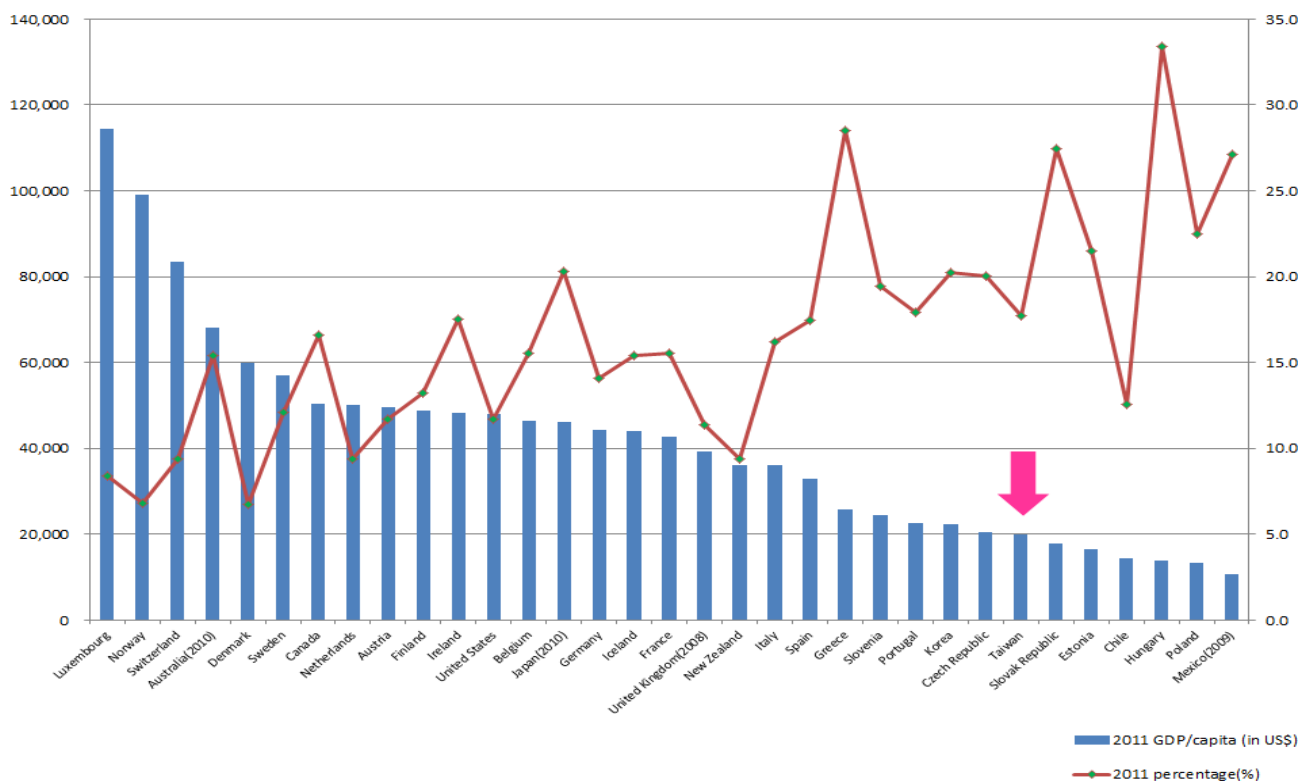


圖 3-8-4 2011 年 OECD 國家人均 GDP 與藥費支出占國民保健支出比率

資料來源：OECD Health Data: Health expenditure and financing : OECD Health Statistics 及 Economic references.

註：

- 1.Taiwan=(健保門診藥費+國民醫療保健支出之家庭自費西藥及中藥支出)/國民醫療保健支出費用。
- 2.OECD 國家此項統計的藥費(分子)不含住院部分，但包含國民自費購買成藥(over-the-counter drug)之費用。
- 3.OECD 國家此項統計的醫療費用(分母)包含公私部門之門住診醫療服務及長期照護(保險及非保險均納入)、醫療資本設備投入、公共衛生及預防保健、民眾自費等部分，較等同於衛福部統計處之

三、全民健康保險藥品費用分配比率目標制

為落實全民健康保險整體藥品費用之管控策略，提升藥價調整制度之透明度與可預期性，健保署依據健保法第 61 條及第 62 條，公告自 102 年 1 月 1 日起試辦「全民健康保險藥品費用分配比率目標制」試辦方案（Drug Expenditure Target，以下稱 DET），試辦期為

兩年。

在試辦第一年，主要是以前一年的核付藥費（不包含中醫）為基礎，而第二年起，則以前一年之藥品費用目標值作為基礎，並給予成長率（102 年醫院、西醫基層及牙醫合併之成長率，合計為 4.528%），預先設定藥費目標值，對於目標值之設定，考量「藥量」及「藥價」之概念，讓藥費維持於穩定及合理範圍。當於年度結束後，如果實際藥費的支出超出預先設定目標值時，於下一年度自動啟動調整藥品支付價格，除控管健保藥費於合理範圍之外，同時也增進藥價調整之可預測性。

隨著 DET 試辦即將到期，藥品價格已初步建立定期調整機制，結束後是否續行試辦，應視當初所定目標之成效、對民眾、醫療服務提供者及保險人之優缺點，並考量此作法否能有效縮減藥品價差後，再進一步討論。

四、醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)

在二代健保實施前，新藥的收載審議流程如圖 3-8-5，在藥商向健保署提出收載申請後，健保署即委託財團法人醫藥品查驗中心（以下稱 CDE）HTA 組進行醫療科技評估，HTA 組需在 42 個日曆天內，蒐集相關證據，完成評估報告，由健保署轉送 2-3 位主審委員，待 1-2 週後主審委員做成書面意見回覆健保署，該意見書將在下一次醫事小組會議中提出討論並作出建議。

為了增加政府與民間溝通管道及時性和資訊透明度，自 2011 年起 CDE/HTA 組撰寫之醫療科技評估報告在藥事小組會議召開前即先行上網公開，以便各界提供相關意見，於藥事小組會議時一併進行討論。

另外在健保已收載的藥品之醫療科技評估方面，健保署自 2011 年起開始以委託研究計畫對外公開招標的方式進行，目前已進行之案

件數仍相當有限，包括糖尿病用藥、消化酵素、類風濕性關節炎生物製劑、阿茲海默氏症用藥、降血脂藥品、骨質疏鬆用藥以及多發性硬化症等。

在評估項目方面，主要包括相對療效、安全性、成本效益和預算衝擊等。

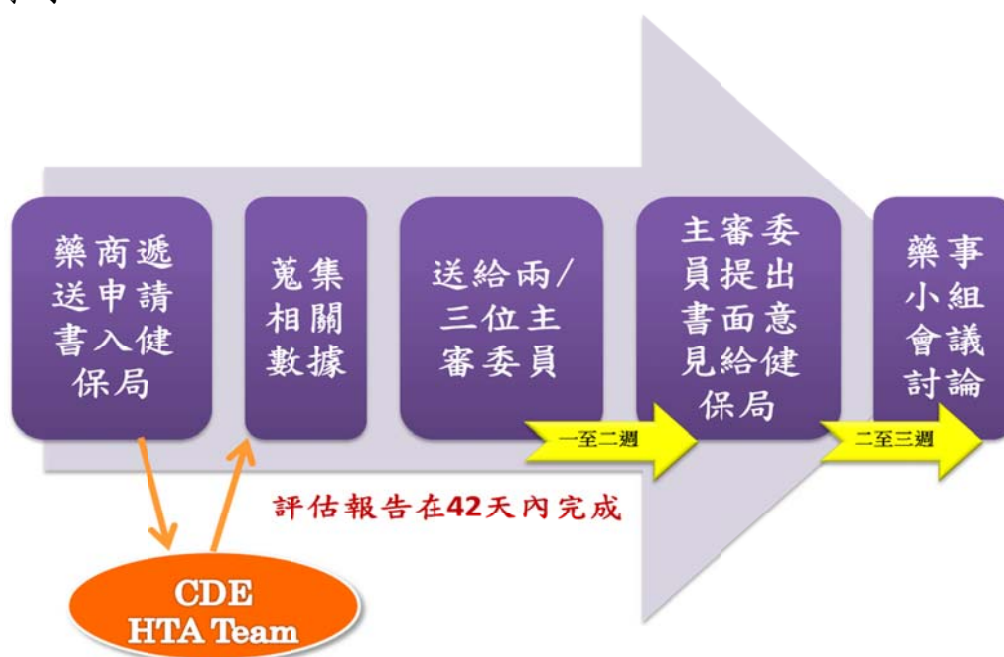


圖 3-8-5 二代健保實施前之新藥收載申請至藥事小組審議流程圖



圖 3-8-6 二代健保實施後之新藥收載申請審議流程圖

二代健保實施後，決策改由「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」做最終決定（圖 3-8-6）。自 102 年 1 月 1 日起，二代健保正式實施，健保法第 41 條第 2 項明文規定藥物給付項目及支付標準，改由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布，代表健保藥物收載的決策機制將由過去的專家決策轉型為多元參與決策。除了決策多元參與的精神外，健保法第 42 條第 2 項亦明定藥物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，又引入了科學實證精神，使健保給付範圍之決策過程成為兼顧科學與正義的機制。醫療科技評估在審議程序過程中的角色，相較於二代健保實施前，最終決策建議權由藥事小組移至擬訂會議，原全民健保藥事小組改稱為專家諮詢會議，在擬訂會議召開前針對申請案提出初步建議，再交由擬訂會議做成最終決策。

特殊材料的收載目前由全民健康保險特殊材料專家小組依「全民健康保險特殊材料支付品項收載及價格訂定作業要點」進行收載決定，決策時一般僅有廠商提供之申請資料，並無第三者進行醫療科技評估報告；自 99 年起開始有少數個案經特殊材料專家小組討論後，認為需有第三者進行醫療科技評估報告，則轉由 HTA 組進行評估，評估完畢後，再將評估結果送交特殊材料專家小組作進一步討論，惟目前已評估之案件數仍相當少。

在評估的時限上，由於程序上該案已由特殊材料專家小組於會議上進行討論，之後才轉由 HTA 組進行評估，因此無 42 天的限制，通常較 42 天略長。流程請見圖 3-8-7，該流程已配合二代健保之實施稍作修正。

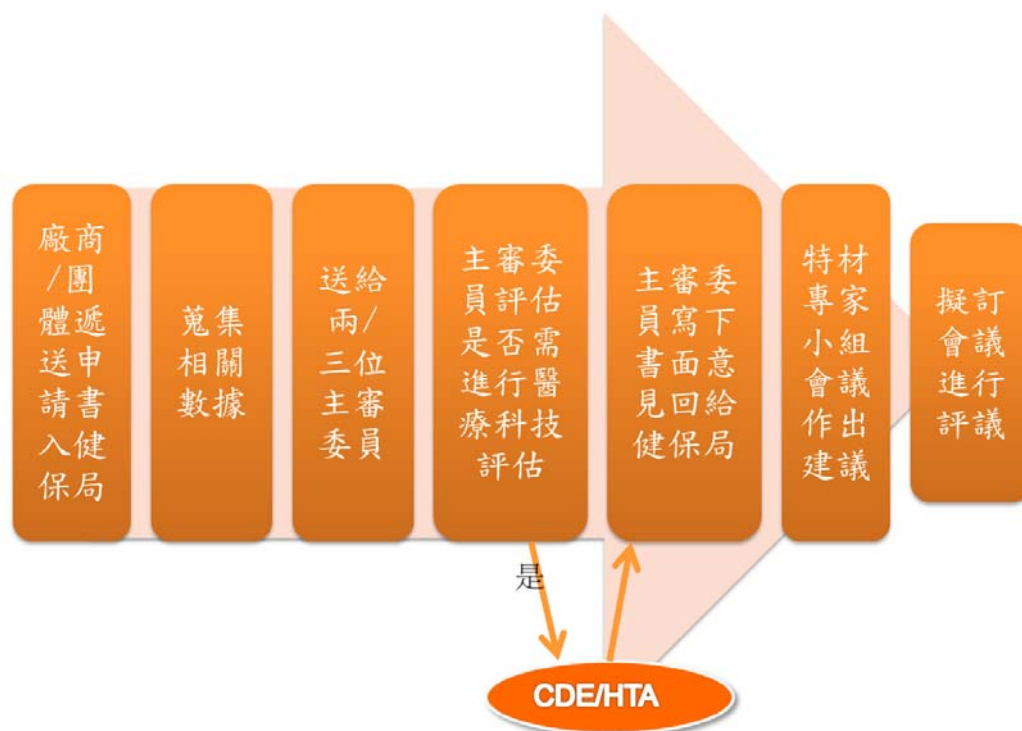


圖 3-8-7 新特殊材料收載申請審議流程圖

在醫療技術方面的收載決策由「全民健康保險醫療給付協議會議」所決定，與會代表來自各部門總額受委託單位代表、醫事團體代表、衛福部、費協會委員及健保署代表等，目前亦無正式的醫藥科技評估給予決策輔助。

醫療技術涵蓋的項目亦非常的廣，而部分醫療技術的費用相當昂貴，以 98 年擴大給付的 23 項重症醫療技術為例，涵蓋項目包括老幼及中度病患所需的檢驗、處置及手術費用，例如食道癌及肺癌的光動力療法、胰臟移植及巴金森氏症晶片移植手術費等，而嚴重糖尿病患須接受胰臟移植者所需要的捐胰摘取費及器官移植手術費合計每名病人高達約 44 萬元，心臟衰竭患者在等待心臟移植前的心室輔助裝置植入（裝上葉克膜體外循環系統）亦高達每人近 14 萬元。對醫療技術進行醫療科技評估時，除了一般醫療科技評估既有的系統性方法，如療效、安全性及成本效益等方面進行評估外，還需對醫界技術

純熟度、醫院設備、醫療輔助人力等狀況作探討。

綜前所述，我國 HTA 的推動階段可概分為二代健保實施前後兩個階段，在執行評估項目可區分為新藥、健保新特殊材料，以及醫療服務三大範疇，其執行 HTA 案件之條件與決策單位如表 3-8-2。

表 3-8-2 二代健保實施前後，新藥、新特殊材料、醫療服務之 HTA 執行條件與決策制定單位

評估範疇	執行 HTA 之條件		決策單位
新藥	前	無設立限制條件	全民健保藥事小組
	後	5 年內新藥 單價>10 元 預估每年費用超過 1 億元者	健保署經召開專家諮詢會議後提出建議案送共同擬訂會議決定
新特殊材料	前	試辦階段 每年約受理 3 案	全民健保特殊材料專家小組
	後	5 年內新特材 單價>10 元 預估每年費用超過 3 千萬元者	健保署經召開專家諮詢會議後提出建議案送共同擬訂會議決定
醫療服務	前	無正式的 HTA 評估	全民健保醫療給付協議會議
	後	尚無正式的 HTA 評估	健保署經召開專家諮詢會議後提出建議案送共同擬訂會議決定

執行 HTA 之條件方面，二代健保實施前，新藥評估並無明確設立 HTA 受理審查條件，二代健保實施後，明確訂定 HTA 受理新藥審查條件，必須符合於國內 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 5 年內任一年全年費用超過 1 億元者。在新特殊材料方面，二代健保實施前，仍在試行階段，僅接受少量的案件，每年約 3 案，且無明確設立 HTA 受

理審查條件，二代健保實施後，明確訂定 HTA 受理新特材審查條件，必須符合於國內 5 年內上市之新功能類別特材，其特材單價大於 10 元，且建議者預估每年費用超過 3 千萬元者。在醫療服務方面，迄今尚無進行正式 HTA 評估，執行 HTA 之條件也仍在規劃中。

決策單位方面，二代健保實施前，新藥收載由全民健保藥事小組制定決策，新特殊材料收載由全民健保特殊材料專家小組制定決策，醫療服務由全民健保醫療給付協議會議制定決策；在二代健保實施後，無論新藥、新特材或醫療服務收載給付，均由健保署經召開專家諮詢會議後提出建議案，再送共同擬訂會議做最終決策。

五、整體藥量管控政策

關於整體面之藥費管理，在「量」的部分，為減少不合理藥量，健保署所進行之相關管理措施如下：

- (一) 訂定藥品給付規定，以為藥品審查給付依據，並規定使用某些昂貴或易浮濫之藥品一定要先通過事前審查。
- (二) 在醫療院所端：除採取事前審查、事後審查、檔案分析審查不予支付等多元化審查管理輔導外，並加強抽樣審查。以 102 年為例，核減藥品費用約 25 億點。
- (三) 推動整合醫療計畫與病人輔導，藉由家醫整合照護計畫、醫院以病人為中心整合照護計畫、高診次就醫輔導、藥師居家關懷訪視等，透過整合性照護與病人輔導，使病人獲得適切之醫療服務，促進民眾健康，降低不必要之藥品使用。
- (四) 以雲端技術整合藥歷：目前病人僅能利用健保卡攜帶有限的重要檢查及藥品資訊，無法讓醫師、藥師及病人獲得完整的用藥資訊，健保署已經初步建置雲端藥歷檔，利用雲端技術，讓處方醫師能線上獲取病人近期的用藥資訊，除可減少重複用藥外

，更可提高用藥安全、提升照護品質，未來若能順利推廣及擴充功能，「帶著藥歷漫步在雲端」將不會只是夢。

參、遭遇困難及因應措施

一、遭遇困難

（一）共同擬訂會議之組成及運作

目前共同擬訂會議之代表，法定人數共有 26 人。有一半的代表為專家學者、被保險人、雇主及相關機關，另外一半的代表則由保險醫事服務提供者所組成，其結構與專責總額協商之健保會相似。但藥物之給付，在於以實證基礎及符合社會需求來決定藥物給付範圍之基礎，而團體代表之立場，大多以所屬組織之立場為考量，對於保險對象之權益有所影響。

探討世界先進國家之作法，以英國、加拿大、澳洲等實施全民健保制度之國家來看，均設有全國性之藥物給付審議會，其組成成員均以專家為主，並納入病人、消費者及醫事服務提供者代表。該等國家之會議代表組成如下：

- 1.英國 NICE 評議委員會（Appraisal Committee）：每 3 年一任，以醫生、護士、健康經濟學者、統計學家等參與會議為主，並納入下列團體之代表：NHS 機構、病人及照護者團體、藥廠及醫材產業界。
- 2.澳洲藥物給付顧問委員會（Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, PBAC）：由澳洲政府指派，組成成員為醫師、衛生醫療專家、健康經濟學者、消費者代表。
- 3.加拿大藥物諮詢委員會（Canadian Drug Expert Committee, CDEC）：由醫師、藥師、經濟學家及 2 位民眾代表共同組成。

（二）藥品收載及訂價

二代健保實施前，藥價基準之原則性規定，係由保險人與保險醫事服務機構共同擬訂，而藥品給付品項之收載及支付價格之訂定，新藥由保險人邀集醫、藥專家所成立之藥事小組，進行審議核定；已收載成分、劑型之新品項則由保險人依藥價基準訂定後，方可納入給付。

二代健保實施後，藥價基準改名為藥物給付項目及支付標準，對於該標準之原則性規定、各給付品項及相關支付規定，均應由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂（即召開共同擬訂會議）後，始納入收載。二代健保實施前後之藥品收載及支付程序，是有很大的差異，以前無須通過共同擬訂會議同意之機制，收載時程相較現今可能快速，但卻缺少了民眾參與、公民審議之機制。

共同擬訂會議召開之後，新藥給付作業天數為 277 天，相較第八屆藥事小組於 98 年 4 月至 100 年 2 月之作業時程 188 天、第九屆藥事小組於 100 年 3 月至 101 年 12 月之作業時程 202 天，多出 75 天至 89 天。依據歐盟對於 20 個會員國的用藥等候指標之調查報告（EFPIA, Patient W.A.I.T. indicator）顯示，歐盟國家於 2008 年之藥品給付作業天數之中位數為 252 天、2009 年為 207 天、2010 年為 206 天、2011 年為 277 天。其中比利時、義大利、法國均高於中位數，甚至有達 300 天以上。因此，二代健保實施後，雖然新藥給付作業天數，較過去增加，但與歐盟國家比較，也並不算慢。

新藥經共同擬訂會議通過並公告生效後，我國藥價約為國際最低價的 81.7%，國際中位價的 61.9%。而於第八屆及第九屆藥事小組時期，我國藥價約為國際最低價的 83.0%至 88.1%，約為國際中位價的 55.0%至 62.7%。由上顯示，二代健保實施前後，我國藥價核價與國際藥價之比較並沒有太大變化。雖然我國藥價低於國外藥價，

但我國之國民平均所得僅為參考國家之 1/2 至 1/3，因此，藥價高低亦應考量國民負擔能力。

（三）醫療科技評估之引進

目前健保的改革尚未完全貫徹引進 HTA，但在支出面而言，目前已全面實施總額預算超過 10 年，由於長期點值偏低，除了 SARS 期間之外，從未達成當年規劃總額預算之理想，即在經過一段時間的運作之後，醫療提供者會設法減少供應量，讓點值升高，以達到賽局理論的預測：參與賽局的各方雙贏的結局。在這樣的背景下，健保主管機關和醫療提供者之立場，從開辦早期初期，醫界一直提出新給付項目，健保署站在守方，轉變為這幾年來是健保署提出新增給付，而醫界代表抗拒的局面。

究其根源，部分原因在於長期以來健保缺乏執行總額預算的決策支持系統(decision support research)。因此，我們不知新藥、新醫材、新技術的引進，對醫療費用的真正衝擊。此外，總額預算的運作，對新醫療科技之引進亦不明確。例如，我們對於新藥的引進如果係採預算制，那麼這個預算如何執行？過去年度引進的新藥其最高藥價通常在兩三年之後，所成長之費用在總額協商如何處理？總額預算成長率中的協商與非協商因素在實際執行時分別代表什麼意義？這些進一步的操作型定義，以及在健保會每年分配預算時如果沒有明確的規範以及多方共識，那麼，醫界代表為了擔心點值而抗拒新醫藥科技之引進是必然的，長期而言，不但影響我國醫療體系之發展，更影響民眾之權益。因此，要討論 HTA，以及相關新醫療科技問題，衛福部應先釐清總額預算施行至今的結構性問題。

（四）藥價調查及調整

自 102 年 10 月 2 日發布全民健康保險藥品價格調整作業辦法後，外界對於該辦法明定專利逾期藥品，其同成分、同劑型之第 1 個

收載超過 15 年之同類藥品，實施同品質、同價格之措施，各方都有不同的看法，有的團體是反對的，有的團體是贊成的。反觀國外對於專利逾期藥品訂價之作法如下：

- 1.澳洲健保（Medicare Australia）自 2010 年起，當原廠藥專利逾期後，有學名藥加入時，藥價降低 16%，同成分同規格藥品，均為單一價格。（原廠藥可設定自付差額，由民眾自行選擇。）
- 2.韓國健保（NHIS）自 2012 年起，當原廠藥專利逾期後，有學名藥加入時，藥價降低 30%，第一個學名藥是原廠藥價調降後的 85 折，12 個月後所有同成分同規格藥品（包括原廠藥），以第一個學名藥價格再打 9 折，為單一價格。
- 3.德國健保（Sickness Fund）歷年來對專利逾期藥品及其學名藥，同成分同規格藥品亦設定單一支付上限價。（藥局販售價若高於上限價，則民眾須自付差額。）

二、因應措施

（一）共同擬訂會議組成及代表

- 1.由於共同擬訂會議之組成並非如同各國之以專家為主的代表，而是以醫療服務團體之代表占 1/2，因此較易以協商醫療費用總額之觀點來思考新藥給付之問題，而非以實證基礎作為決定藥物給付之依據，將造成新藥無法納入健保給付的困境，對保險對象接受新藥新科技醫療的可近性產生明顯障礙，且對於未來面對臺灣加入 TPP 亦將有不利的影響。
- 2.對於共同擬訂會議醫界代表的組成建議審酌以專科醫師為主要組成。

（二）新藥收載條件

- 1.新科技納入健保與否若只考量預算衝擊，就很容易變成全有或

全無，最後是會影響病人權益。應該要保留一個市場機制，若普遍認為某項科技（醫療科技、藥品、器材等）比較好，則要提出某種原則，使其得以納入給付，類似像「價量協議」的程序。

2. 健保總額支付制度實施以來，健保署與醫界對新醫療科技納入健保給付的態度大幅改變；健保署在提高病人對新醫療科技的可近性的政策方向上，努力推動增加新醫療科技的給付項目，但醫界在不影響既有總額分配的思維下，對新醫療科技的引入採保守態度，影響病人對新醫療科技的可近性。此一現象除需透過醫療科技評估提供更有力的科學證據外，也需要強化民眾參與和多元決策，透過社會價值判斷的力量，落實醫療資源分配正義的目標。

（三）醫療科技評估報告呈現內容

1. 健保法規定，藥物給付項目及支付標準之納入程序需經過共同擬訂會議，所以醫療科技評估報告內容的呈現，在健保署內部專家諮詢會議以及共同擬訂會議上應該有不同的樣貌，目前兩會並存的狀況已經維持 1 年，健保署應該能夠逐漸適當分界，幫助兩會成員各司其職。
2. 產業所自行撰寫的 HTA 報告，雖非強制性質，若產業自行提供，對 CDE 的作業是否有所幫助，應有適當的評估，如並無太多的參考價值，應與產業進一步溝通、輔導，以提高資源投入的效率。

（四）醫療科技評估組織

「國家醫療科技評估中心-National Institute of Health Technology Assessment, Taiwan（下稱 NIHTA）」必須要清楚定位組織任務的重要與必要性，並且證明組織有自償能力、可獨立運作，

未來不必依賴公務預算一直支撐，才有可能變成政府捐助成立的財團法人。建議未來執行醫療科技評估案件時應收費(視為使用者付費)，並可利用目前致力於發展國內生技產業的政策與業界投入作適當連結，提供 NIHTA 做更有效率的利用。

(五) 政策配合事項

- 1.經過 18 年的努力，健保在藥品支付制度首度有突破性改革，對於專利逾期，同時已收載超過 15 年的藥品以同成分、同品質，採同價格調整之三同政策，此政策有鼓勵國產學名藥之效果，但亦有質疑學名藥品質之聲音。
- 2.因生技產業為政府推動之重點產業，屢屢要求健保對國產藥品從優核價。

肆、續行研議與改革方向之建議

一、共同擬訂會議組成及代表

- (一)為使藥物給付之討論回歸實證及經濟評估為基礎，並建立共同之社會價值判斷，建議共同擬訂會議之組成，應考量各方推薦人選的衡平性，再由主管機關依健保法之規定選擇適當之人選參與。並應避免負責藥品採購相關人員加入，以避免利益衝突問題。
- (二)二代健保實施後，成立之各種會議，如健保會委員會議，以及健保署的共同擬訂會議，建議衛福部應釐清其權責，避免決策矛盾或疊床架屋，並應避免成員重複，以增加外界參與之廣度。

二、醫療科技評估組織

- (一)健保領域對醫療科技評估，就現階段而言，應多方蒐集臨床療效、經濟評估文獻及英國、加拿大、澳洲之 HTA 報告，並且

檢視廠商所送經濟評估及預算衝擊資料，並評估其合理性；歸納藥物給付決策組織之最適規模及組成。就中期而言，應該建立健保財務影響分析能力以及本土成本效益分析模式。長期而言，訂定我國藥物納入給付之決策考量因素；建置獨立運作組織擔任藥物給付決策建議單位等。

- (二) 未來 NIHTA 的運作除遵循衛福部的政策指引，並符合健保署在藥品及醫療器材支付決策之依據外，在建構人才培育以及促進與學界合作方面，應建立明確的機制。
- (三) 未來將會有更多的案件需要做醫療科技評估，例如健康署、疾管署等都會有計畫委託國家醫療科技評估中心（NIHTA），但 NIHTA 在未來 3 年仍應是以支援健保給付項目相關評估案件為主，建議衛福部在整體科技經費的分配，注意其平衡與適當性。

三、政策配合事項

- (一) 鑑於近年來之部分新藥（尤其是生物藥品）的價格與療程費用均較以往之小分子新藥高出甚多，長此以往非健保資源所能承擔，應教育民眾，讓民眾了解健保資源有限，無法全部仰賴健保給付所有的醫療服務及藥物，同時建立藥品差額負擔的機制，針對特定領域或類別的疾病或治療藥品，以漸進的方式，推動藥品差額負擔的法制化與實施時程。
- (二) 對於國產生技製藥之鼓勵，衛福部宜明訂政策方向，並應另籌財源。
- (三) 新藥核價是否影響藥品引進時效及臨床醫師、民眾新藥之可近性，建議委託學者進行長期追縱研究，以了解臺灣新藥引進與先進國家之落差；對於新藥使用規範，亦委託學界進行探討，確認我國民眾對創新藥品之可近性與國際間的一致性或並無

重大落差。

- (四) 涉及政策層面的議題(例如生物相似性藥品執行 HTA 的必要性與適當性、本土藥廠研發新藥有關 HTA 的要求)，亦應有明確的適當規範，以供各方遵循。

四、其他建議

- (一) 未來可考慮於適當時機，舉辦第 2 次的全國藥品政策會議(第 1 次舉辦時間為 97 年 12 月)。建議討論議題如下：藥政(品)管理與健保給付之扣連、健保藥品價格實施三同政策的配套及製藥產業發展與健保給付之政策議題等。就目前實務上較模糊不清或尚未有共識的議題，廣邀各界共同研商，釐清政策走向或做更清楚的呈現，以為健保署執行的依據。
- (二) 最後，學界(尤其是年輕世代學者)與產業界在醫療科技評的參與，攸關整體資源投入效率及有效落實我國健康科技評估的政策，建議衛福部、健保署與 CDE 正面積極看待這個議題。

伍、結語

全民健康保險藥品給付及支付效率的提升需要持續不斷的檢討改進，相較於一代健保時期的藥品政策，二代健保在擴大民眾參與給付之審議機制、公開給付擬訂過程之資訊、依市場交易情形合理調整藥價及使藥品之交易行為更為公平、合理且透明都有所改善，但相對也有許多需要再檢討進步的地方，未來對於共同擬訂會議的運作效率、新藥核價與先進國家進度比較、藥品三同政策的施行檢討及差額負擔法制化等都是未來仍需要持續關注的議題。

第九章：健保特殊材料差額負擔與自費議題

摘要

一、議題現況

二代健保為因應醫療科技之快速進步、提升給付效益，於健保法第 45 條增訂全民健康保險給付之特殊材料，保險對象得自付差額之規定，保險人並得訂定給付上限、醫療院所收取差額之上限。健保署並依據健保法規定，訂定「全民健康保險自付差額特殊材料作業原則」。

自 99 年 1 月全民健保實施住院診斷關聯群（Tw-DRGs），將材料費用內含於支付點數中，為避免影響新特材之引進及保障病患就醫權益，健保署業訂定「DRGs 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」；惟支付標準內含特材之項目定義未臻明確，逐生爭議。

二、檢討結果

（一）納入差額負擔項目之核定程序冗長：新增特殊材料，除需有醫療科技評估外，尚須經藥事專家會議及藥物共同擬訂會議討論過後，方能納入健保給付。然新增差額負擔項目，按健保法第 45 條第 3 項規定程序，還須提健保會討論，始能報主管機關核定公告，因此，程序實屬冗長，影響民眾使用之權益。又，健保會之討論意見如與共同擬訂會議討論之內容相似，有疊床架屋之疑慮，未能有效展現其實質意義；如意見相左，以何者意見為準，徒生爭議。

（二）有關特材差額負擔相關配套措施，健保署規劃重點包括：納入健保給付並採自付差額負擔項目，收載初期暫不訂定差額上限、研訂差額上限之訂定原則、資訊公開措施等。

- (三) 內含一般材料之支付標準，因科技日新月異，價格高漲，現行支付點數已無法涵蓋，而衍生不符成本之爭議。
- (四) 保險人所訂之「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之規定，未經核價之材料品項，院所不得向民眾收取自費，造成院所作業困難。

三、政策建議

- (一) 在健保資源有限情形下，特材之差額負擔及自費機制應維持，除可增加民眾選擇之機會，亦有助於新興特材之引進。惟相關配套措施，如：醫療科技評估制度之配合、協商代表平衡性及資訊透明化、訂定收取差額上限及納入全額給付之條件與程序等，亦應持續規劃執行。
- (二) 有關新增特材差額負擔項目之程序，健保法第 45 條已有規定，惟為提升效率，可研議合理簡化作法，例如健保會僅就新增之功能類別進行討論，若屬現行已有部分給付項目相同功能類別品項，可免再提健保會討論。
- (三) 因應新醫療術式之執行，以新增支付標準診療項目取代對應現在的手術代碼；研議屬侵入性處置及檢查之特材，應比照手術一般材料費處理。
- (四) 就現行住院診斷關聯群（Tw-DRGs）支付標準，妥適計算材料所占比重，合理反映成本，以利新醫療材料之引進。

壹、前言

一、健保特殊材料概述

行政部門送立法院之二代健保修法案，依司法院釋字第 524 號解釋，為使保險給付規範明確，並讓保險對象對其可得的服務得以預見，修正條文第 40 條至第 42 條，即保險對象發生保險事故時，所有醫療及藥物給付項目均已於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準（以下稱醫療服務給付項目及支付標準）、全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱藥物給付項目及支付標準）中予以明定。另為提升醫療給付效益，在二代健保修正條文中，增訂第 45 條特殊材料得以自付差額，即保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限。

健保給付之治療材料，分為「一般材料」與「特殊材料」。「一般材料」項目之支付價格，已內含於醫療服務給付項目與支付標準之項目中，僅手術項目採加計方式計算，即各項手術所需之「手術一般材料費」均依支付點數之 53% 計算之¹。

另 Tw-DRGs 支付項目使用新增全新功能類別特殊材料之個案，得另依規定加計額外醫療點數²。至「特殊材料」，係指相關診療項目收費外，可向保險人另行申報之項目，均表列於藥物給付項目與支付標準之附件三「本標準之特殊材料給付品項暨支付標準表」，約 8,882

¹第七節手術通則三、各項手術所需之「手術一般材料費」均依本節所定點數之 53% 計算之。包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內。需用及特殊治療材料者，依全民健康保險藥物給付項目及支付標準相關規定申報。通則四、各項所定點數均包括表面麻醉、浸潤麻醉或簡單之傳導麻醉等之費用。如使用特殊藥劑或特殊治療材料或其他麻醉時，得另加算申報。

²第七部第一章通則六之（七）：使用新增全新功能類別特殊材料之個案，除依前述（一）至（三）、（六）項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，得依「DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」（附表 7.4）規定加計額外醫療點數。

項。101 年特殊材料申報點數約 179.75 億點，占全民健保醫療費用申報點數之 3.27 %（詳表 3-9-1）。

表 3-9-1 歷年健保特殊材料品項數及費用申報分析

年度	95	96	97	98	99	100	101
特材品項數	6,947	6,420	6,883	7,310	7,067	8,725	8,882
申報費用(億點)	120.79	130.25	143.58	150.08	159.87	171.51	179.75
費用成長率	3.58%	7.83%	10.23%	4.53%	6.52%	7.28%	4.80%
占醫療費用比率	2.74%	2.84%	2.99%	3.00%	3.12%	3.20%	3.27%

二、特材差額負擔

健保所提供的特材品項不少，且逐年增加，但因新醫療材料發展快速，一直有不少新醫療材料上市，能改善現有品項的某些功能，價格則較原健保給付類似產品之價格昂貴數倍，在健保財源有限的情況下，難以全部納入健保給付。在健保未納入給付的情況下，病患或其家屬如果希望使用，必須完全自費購買使用。健保為減輕病患的負擔及考慮給付的公平性，有「差額負擔」之規劃，亦即對於符合給付規定者，給予部分給付，其差額則由民眾負擔。有不少品項未列入健保給付，則由使用者自費。

（一）現有部分給付收載情形

健保開辦初期，係延續勞保制度，業有義肢（84 年 3 月）、心律調節器（84 年 8 月）等項目，由主管機關公告得以自付差額。續於 95 年及 96 年間，依修正前健保法第 39 條第 12 項規定，分別發布「塗藥血管支架」、「陶瓷人工髖關節」及「特殊功能人工水晶體」為部分給付項目，並於 97 年及 101 年，再分別新增「金屬對金屬介面人工髖關節」與

「特殊塗層血管支架」為部分給付項目(其收載時程及內容，詳表 3-9-2)。

表 3-9-2 二代健保修法前，特殊材料部分給付項目收載之一覽表

項目	實施時間	健保部分給付點數	備註
1.義肢	84 年 3 月 1 日	依裝置部位：4,800 點 ~68,000 點	
2.新增功能類 別人工心律 調節器	84 年 8 月 3 日	93,833 點	部分產品型號已納入全額給付
3.塗藥或特殊 塗層血管支 架	95 年 12 月 1 日	16,293 點	1.特殊塗層血管支架自 101 年 7 月 1 日起納 入自付差額。 2.須符合傳統血管支架 之給付規定，始可列 入自付差額。
4.陶瓷人工髖 關節	96 年 1 月 1 日	依類別由 8,493 點 ~55,313 點。	須符合傳統人工髖關節 之使用規範，始可列入 自付差額。
5.特殊功能人 工水晶體	96 年 10 月 1 日	2,744 點	須符合執行白內障手術 之規範，始可列入自付 差額。
6.金屬對金屬 介面人工髖 關節	97 年 5 月 1 日	依類別：42,513 點、 8,493 點。	須符合傳統人工髖關節 之使用規範，始可列入 自付差額。

註：樹指石膏繃帶於 85 年 12 月 1 日納入部分給付項目，98 年 11 月 1 日納入全額給付項目

(二) 各界對差額負擔之見解

各界對於全民健保實施「差額負擔」政策，歷來有諸多討論。在立法院修正健保法期間，健保署曾舉辦「差額負擔」說明會，廣邀各界討論。其中，支持者認為，部分特殊材料單價較高，實施「差額負擔」可以減輕民眾負擔，在醫療品質的資訊公開、透明情況下，可增加民眾就醫的選擇，並加

速新醫療科技的引進速度。反對或質疑者則認為，應考慮民眾實際就醫時，是否能做理性的選擇，並憂心此政策會造成民眾就醫時，被迫差額負擔。

（三）二代健保改革前後比較

二代健保為因應醫療科技之日新月異、提升全民健保給付效益，除修正健保法第 41 條第 3 項及第 42 條第 2 項明定醫療服務、藥物給付項目與支付標準之擬訂，應依保險對象之醫療需求及醫療給付品質為之，並得辦理醫療科技評估外，也考量醫療成本效益及全民健保財務，於健保法第 45 條增訂全民健保給付之特殊材料，保險對象得以自付差額之規定，並明定其增訂內容與程序。

比較二代健保實施前後，全民健保「差額負擔」制度之差異如下表：

	二代健保實施前	二代健保
審核流程	經保險人審核同意後,依健保法第39條報主管機關核定公告	經保險人審核同意後,提健保會討論,報請主管機關核定公告
訂定給付上限	須訂定	須訂定
訂定差額上限	不訂定	得訂定
院所充分告知及資訊公開	必須	必須

三、健保自費特材之爭議

隨著醫療技術及醫療特殊材料的快速研發，加速醫療科技的發展，有效縮短疾病診治、手術流程及復原期程。然新興醫療技術、材料之使用，往往因為其技術及材料研發的速度及專利期的高價因素，其費用無法立即反應於全民健康保險支付標準之中。醫療院所面對新興

醫療材料或技術，常以部分自費方式，讓保險對象自行負擔新醫療特材費用，但自 99 年 1 月全民健康保險醫院總額實施 Tw-DRGs，醫療費用採行單一給付額，將材料費用（含特材）內含於支付點數之中，然因過去醫療院所並未申報所有特材費用，是故，在 DRGs 支付費用，計算標準給付額（Standardized Payment Rate, SPR）時缺漏部分特材費用，而造成偏低之不合理現象。

醫院或醫師為避免違反全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法而遭醫療費用放大回推追扣之懲處，逐步減少使用新興醫療科技與技術、材料；但在病人知悉有更好材料或技術時往往要求自費使用，又受給付規定限制，造成困擾。

貳、實施現況與重要成果

一、相關法令

（一）在健保法的規定，主要為第 45 條，但因屬藥物給付項目，故仍應依健保法第 41 條及第 42 條之程序辦理。相關條文彙整如下：

第 41 條 醫療服務給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主及保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，報主管機關核定發布。

藥物給付項目及支付標準，由保險人與相關機關、專家學者、被保險人、雇主、保險醫事服務提供者等代表共同擬訂，並得邀請藥物提供者及相關專家、病友等團體代表表示意見，報主管機關核定發布。

前二項標準之擬訂，應依被保險人之醫療需求及醫療給付品質為之；其會議內容實錄及代表利益之自我揭露等相關資訊應予公開。於保險人辦理醫療科技評估時，其結果並應

於擬訂前公開。

第一項及第二項共同擬訂之程序與代表名額、產生方式、任期、利益之揭露及資訊公開等相關事項之辦法，由主管機關定之。

第 42 條 醫療服務給付項目及支付標準之訂定，應以相對點數反應各項服務成本及以同病、同品質同酬為原則，並得以論量、論病例、論品質、論人或論日等方式訂定之。

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

醫療服務及藥物屬高危險、昂貴或有不當使用之虞者，應於使用前報經保險人審查同意。但情況緊急者，不在此限。

前項應於使用前審查之項目、情況緊急之認定與審查方式、基準及其他相關事項，應於醫療服務給付項目及支付標準、藥物給付項目及支付標準中定之。

第 45 條 本保險給付之特殊材料，保險人得訂定給付上限及保險醫事服務機構得收取差額之上限；屬於同功能類別之特殊材料，保險人得支付同一價格。

保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特殊材料，並自付其差額。

前項自付差額之特殊材料品項，應由其許可證持有者向保險人申請，經保險人同意後，併同其實施日期，提健保會討論，報主管機關核定公告。

(二) 全民健康保險藥物給付項目及支付標準之相關條文如下：

第 2 條 全民健康保險支付及給付之藥物，以記載於本標準者為限。

第 3 條 本標準所列特殊材料項目係指於相關診療項目收費外，可向保險人另行申報之項目。

本標準未列項目之支付價格已包含於全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準相關手術材料費、處置費、麻醉費或檢查費項目支付點數內，不另支付。

第 4 條 本標準未收載之品項，由藥物許可證之持有廠商或保險醫事服務機構，向保險人建議收載並經同意後，始得納入支付品項；前述品項保險人應依本標準之收載及支付價格訂定原則，並經全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議（以下稱藥物擬訂會議）擬訂後，暫予收載。

保險人每年將暫予收載結果，報請主管機關公告收載於本標準中。

(三) 全民健康保險辦理自付差額特殊材料作業原則

健保署依據健保法第 45 條規定，擬訂「全民健康保險辦理自付差額特殊材料作業原則」（如附錄 3-9-1）於 101 年 12 月 26 日公告，並自 102 年 1 月 1 日生效，共有 10 點，其重點如下：

- 1.得納為「自付差額特材品項」之原則：新功能類別特材，較已收載類似功能品項具臨床價值，並有「具主要醫療功能外之附加效果」、「較長之使用年限」或「其他可改善醫療或生活品質」等情形之一者。
- 2.「保險對象自付差額」之訂定原則及方式。
- 3.申請列入「自付差額特材品項」之程序。

- 4.保險醫事服務機構提供保險對象「自付差額特材品項」及收取費用之相關規定及罰則。
- 5.保險醫事服務機構及保險人針對「自付差額品項」之資訊公開事宜。
- 6.「自付差額特材品項」納入全額給付之條件及程序。

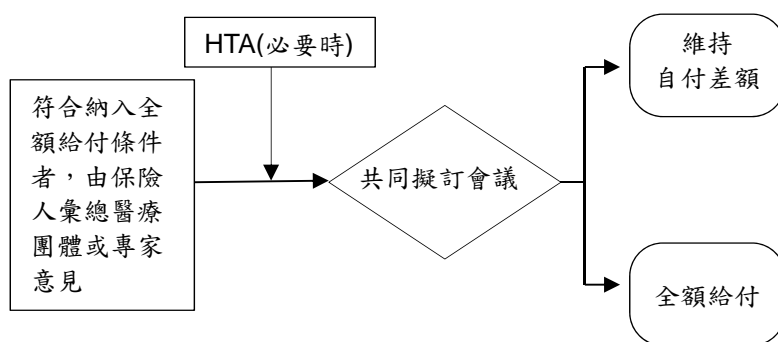
二、自付差額特殊材料之決定程序

依據前述法規及作業原則，彙整「自付差額特殊材料」項目之納入以及全額給付等程序如下：

(一) 自付差額項目納入之程序

- 1.由「醫療器材許可證持有者」於建議各該項特材品項納入健保時，向保險人提出申請。
- 2.保險人得針對該品項先辦理「醫療科技評估」。
- 3.提「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」討論通過後，併同實施日期，再提健保會討論，報主管機關核定公告。

(二) 自付差額改全額給付之流程



三、DRG 自費特材之處理

為使 DRG 支付制度與高科技同時並進，避免影響新特殊材料之引進及保障病患之就醫權益，健保署訂定「DRGs 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案」，並依該方案公告「DRG 制度下得

加計額外點數特殊材料項目」、「DRG 支付制度下暫以論量計酬方式申報之特殊材料項目」及「DRG 支付制度下新增功能類別之特殊材料已包含於 DRG 支付點數，醫院不能向民眾收費項目」。

四、新增特材差額負擔項目執行成果

自 102 年 1 月 1 日迄今，經醫療科技評估及全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議，業通過新增四項差額負擔項目³，惟截至 103 年 2 月底止，僅有「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜」（俗稱牛心瓣膜）及「『聖猷達』翠翡塔組織瓣膜『SJM』Trifecta Valve」等二項，分別經 103 年 1 月 24 日、103 年 2 月 21 日健保會委員會議討論，同意納入。

參、遭遇問題與因應措施

一、相關問題分析

（一）納入差額負擔項目之決定程序冗長

以前述「『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜」（牛心瓣膜）納入差額負擔項目之過程為例，許可證持有廠商自 102 年 4 月建議納入健保給付、同年 6 月申請為「自付差額特材品項」。經健保署 102 年 7 月於「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」特材部分第 3 次會議討論通過後，該署依據健保法 45 條第 3 項之規定，於 102 年 8 月召開之「健保會」委員會議中，提出本項特殊材料自付差額申請案，經該委

³ 1.『愛德華』卡本特-愛德華沛旅旺人工心瓣膜（俗稱牛心瓣膜）、2.『英特加』內植用腦積水引流管組-壓力閥及引流管」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液引流組-壓力閥」、「『美敦力』史卓塔腦脊髓液可調式壓力閥」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位」、「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-引流控制器」及「『美的思』柯特曼霍金斯可調式引流閥系統-可程式活門單位含導入器」、3.『合碩』顱顏骨固定系統-contour CMF Mesh 預成形不等厚及 contour CMF Mesh，預成形『CUSMED』CMF Fixation System」及「『美敦力』鈦密斯顱骨固定系統、4.「聖猷達」翠翡塔組織瓣膜。

員會議討論後，決議緩議，並請健保署提送更新資料後再議⁴。

健保署遂提報「保險對象自付差額特殊材料之規劃」，於健保會 12 月份委員會議報告後，健保署再於 103 年 1 月 24 日健保會 103 年第 1 次委員會議中提出牛心瓣膜之自付差額申請案，終獲通過。

本案自「藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議」通過，至提報健保會討論通過，時間已長達半年，其程序實屬冗長。

（二）健保會付費者關注之焦點

綜整健保會歷次對於差額負擔議題之討論，付費者代表對於差額負擔項目，關注之焦點包括如：價格資訊（如廠商報價、國際價等）、應提供民眾充分資訊瞭解差額負擔品項以免陷入「自費才有效」的迷思、實施一段時間後應提出利用情形或效果分析，另亦有多數委員贊同應訂定年度自付差額品項數的上限或預先檢視財源。因此，差額負擔材料議題提健保會討論，較少從該特材納入差額負擔與否，對病患之醫療效益及財務負擔來表達意見，尚未能呈現實質意義。

（三）自費規定與健保醫療服務給付項目及支付標準規定不明確

1. 健保支付標準規定不明確

（1）內含於「手術一般材料費」之特材項目未明確定義，造成執行上之困擾：全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準第二部第七章「手術一般材料費」，係以手術支付點數加乘 53% 計算，通則僅有大項歸類所謂材料包括：手術中使用之敷料，各類縫合線、刀片、外用消毒藥劑

⁴其理由為：1. 依 CDE 之醫療科技評估，牛心瓣膜相較於健保全額給付之豬心瓣膜，雖部分療效相對較佳，惟整體差異並不大，而廠商之建議價卻高出給付上限數倍，不符比例原則。中央健康保險署尚未依外界期待，規劃制訂「保險對象自付差額上限」及配套措施。

及生理鹽水、開刀巾、一般材料與器械折舊等費用在內，因未明確定義，醫院對於收取差額或讓病人自行負擔的特材品項認知差距頗大。

(2)越來越普遍的微創內視鏡手術因被歸為「處置」，故無材料費用之規定，形成不合理現象。

(3)依健保法規定，採行負向表列不予支付之保險給付範圍，而醫療院所申請醫療服務費用，係以全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準核定，意即未屬支付標準所明列項目不予給付，遂產生定義模糊不清的灰帶範圍的材料品項。

(4)國人普遍僅知健保給付範圍廣泛，凡屬疾病、傷害及生育皆有給付，卻不知悉手術材料費界定的範圍與特殊材料使用規定，產生醫療過程中面對特殊需求或材料成本價格高於健保支付標準時，即使經醫院說明後病人同意並簽自費同意書願自行負擔部分材料費用以完成術式或處置，但其事後又向健保署提出檢舉，健保署往往片面要求醫院須退費，並記點以懲處，增加爭議。

2.保險作業規範缺乏彈性，限制國人就醫選擇權：

(1)健保就醫給付案件，係依全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準規定辦理，但礙於行政作業時限問題，無法即時隨科技發展更新醫療特殊材料及新興科技之引進，法規制訂缺乏彈性，造成國人在被保險人身分下無法使用尚未收錄在健保之新興醫療科技或新特材。

(2)全民健康保險支付標準表列材料，價格偏低者，又不准許醫院收取該品項材料之差額，形成特材之上市雖有許可證字號，但因為未納入健保給付範圍，醫院不得向病

人收費，病人想用不能用，造成空有材料不能使用的矛盾情事。

3.健保署對內含於手術一般材料之定義過於粗略，影響特材廠商申請意願

(1)健保署對內含於手術一般材料之定義過於簡略，影響特材廠商申請意願：自 102 年 1 月起開始接受差額收費特材之申請，申請品項有 2,000 多種，至 9 月中核准可收自費者約有 900 項，其餘多數品項納入內含在一般材料費用內，導致許多特材廠商因健保支付偏低，不願向健保署提出申請。

(2)醫療院所限於「全民健康保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」(附錄 3-9-2) 限制，對於未經向健保署申請核價之材料品項，院所若使用不得向民眾收取自費之規定，已產生實際醫療作業困難。

二、因應措施

(一) 有關自付差額的部分

1.健保會明訂審查相關案件需檢附之資料

針對健保會依健保法第 45 條規定，討論健保署所同意納為自付差額特材品項，健保會幕僚以問卷調查委員對於相關事項之要求，提出應提供之資料如下：

項目	所需提供之資訊
新納入自付差額品項	1.健保署同意列入的理由及支持證據。 2.其他輔助資料：國內外上市日期、價格、其他國家是否列入保險給付、醫療科技評估報告等
自付差額特材檢討改善	1.民眾利用情形(含選用自付差額品項及全額給付相同用途品項) 2.醫事服務機構對自付差額品相的收費情

報告	<p>形。</p> <p>3.有無民眾對自付差額特材的反映事項。</p> <p>4.有無對哪些項目啟動檢討改善機制。</p>
----	--

2.健保署規劃「訂定差額上限」等相關配套措施，並提出「全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則」部分條文修正草案。業於 102 年 12 月份健保會委員會議中報告，相關規劃重點如下：

(1)納入健保給付並採自付差額負擔項目，收載初期暫不訂定差額上限。

由於差額負擔係二代健保實施後之新措施，考量新納入給付項目之國際保險支付價格蒐集不易，如差額上限訂太低，廠商不願供貨，如訂太高，將形成醫療院所均依上限收費之情況，因此，綜合考量，為兼顧民眾權益及廠商供貨意願，並利於新措施之順利執行，宜維持初期暫不訂定差額上限，俟自付差額品項收載後，配合各醫療院所收費價格透明化機制，由保險人就自付差額品項監控其收費情形，再行評估決定訂定差額上限之適當時間點。

(2)差額上限之訂定原則

現行自付差額特殊材料之作業原則，對於自付差額價格異常，保險人得介入訂定差額上限之情況，其中「自付差額明顯高於健保支付點數」1 項，包括「差距倍數」之考量，惟因特材單價差異大，如均以相同倍數作為條件並不恰當，亦即無法訂定一體適用之倍數，因此，應由保險人定期(每年)分析監控資料，有下列情形之一者，保險人得訂定差額上限：

A.同功能自付差額品項，於各院所間自付差額之變異係數(Coefficient of Variation, CV)較大者，優先訂定。

B.同功能自付差額品項，其健保支付點數加上自付差額

之總和高出國際（韓國、日本、美國、澳洲）價格之中位價或平均價者。

(3) 資訊公開措施：

為保障民眾權益，有關保險醫事服務機構說明書之交付及收費情形之說明，分二階段辦理：

A. 第一階段由醫師說明如何選擇特材及是否選擇差額負擔品項並交付說明書，且由醫師及保險對象或家屬共同簽名。

B. 第二階段應於醫師充分告知後由行政人員或護理人員對保險對象或家屬說明收費情形，並共同簽署同意書。

C. 收費部分，由保險醫事服務機構掣發收據並檢附明細表，包括自付差額品項名稱、品項代碼、單價、數量及自費總金額等交予保險對象或家屬收存。

(二) 有關自費之議題：

1. 醫療院所收取自費之相關規定：

按醫療法第 21 條規定「醫療機構收取醫療費用之標準，由直轄市、縣（市）主管機關核定之」，同法第 22 條規定「醫療機構收取醫療費用，應開給載明收費項目及金額之收據。」「醫療機構不得違反收費標準，超額或擅立項目收費」。是以醫療機構收取醫療費用，均應如前述規定報由地方主管機關核定。至各地方主管機關對於核定醫療費用之方式，多以收費範圍或收費上限為之，以免因過高之醫療費用，形成民眾就醫之經濟障礙。

為利地方政府衛生局依法執行醫療機構收取醫療費用之核定權責，衛福部（前衛生署）於 102 年 5 月 6 日函頒「醫療費用收費標準核定作業參考原則」（詳附錄 3-9-3），

明定應衡酌醫用者意見、成本分析、市場行情與醫療設施水準等因素，依審查作業程序據以核定並公告辦理。

另為落實醫療資訊之適當揭露及兼顧民眾需求，無論健保給付之項目或不給付之項目，均應符合資訊公開、事先告知以及開立正式收費單據等三項原則。

2. 研修調整現行健保特材申請核價品項的認定原則

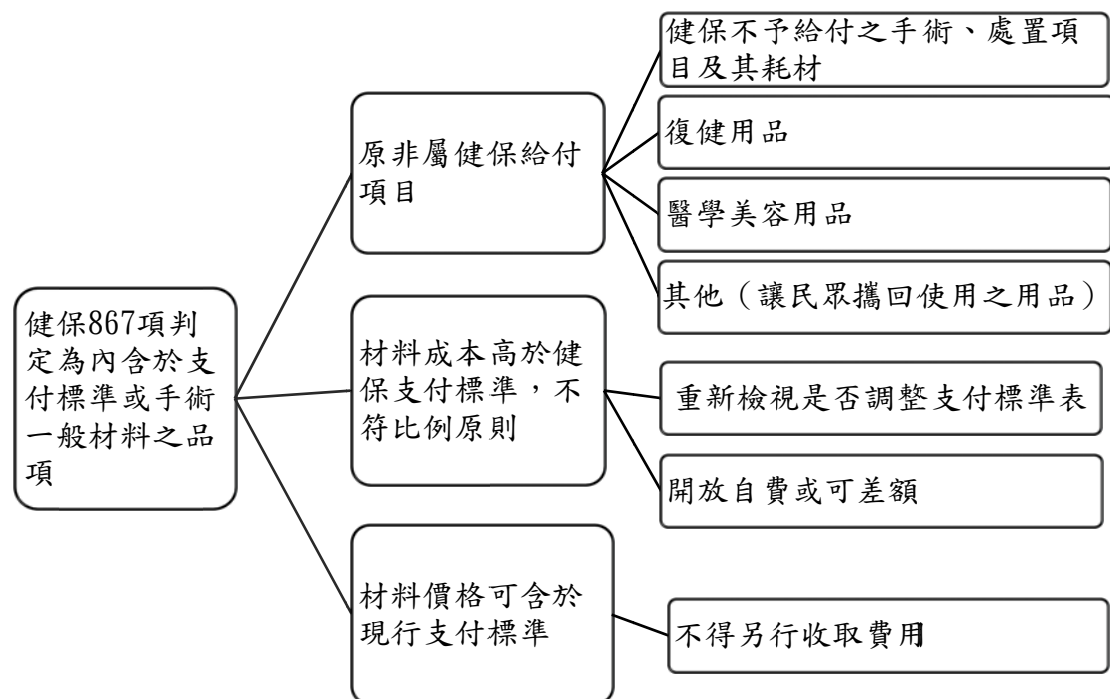
(1) 現行健保署就特材廠商申請健保核價之品項，雖仍粗分為植入物及手術過程中須使用之材料為認定原則，惟植入物部分，已同意業經申請核價程序受理，院所即可自公告日起經事前對保險對象或家屬說明收費情形，並完成簽署自費同意書後收取全額自費。

(2) 針對健保署所公告 867 項「內含於手術及處置之特材」，目前台灣醫院協會已分批完成 482 項之分析，經健保署再次確認完成之 434 項，結果可歸類為：

A. 原即屬健保不予給付之項目，諸如：非屬健保給付之手術、處置範圍暨相關耗材（如：達文西手臂）、復健用品、醫學美容用品及交由病人攜回使用之個人性用品，經討論同意轉為自費項目，醫療院所經充分說明告知並簽具相關同意書後，可收取全額自費。

B. 可歸入健保支付項目之中，但其醫材成本高於健保給付比例之項目，應專案討論，是否重新修正支付標準點數，或可思考開放自費的可行性。

C. 可歸入健保支付項目之中，但其醫材成本不高，可含於現行支付標準，該類品項即為不應再向民眾收取費用之品項。



(3)健保署將就分析結果屬材料成本高於支付標準，不合比例原則之品項，逐項與專科醫學會研議，檢視是否符合調整支付標準，或轉列申請自付差額之特材之要件。

(4)健保署與醫界協商研議後，提出「支付標準以『包裹支付』研商模式過程面使用特材之作業流程」，如圖 3-9-1。

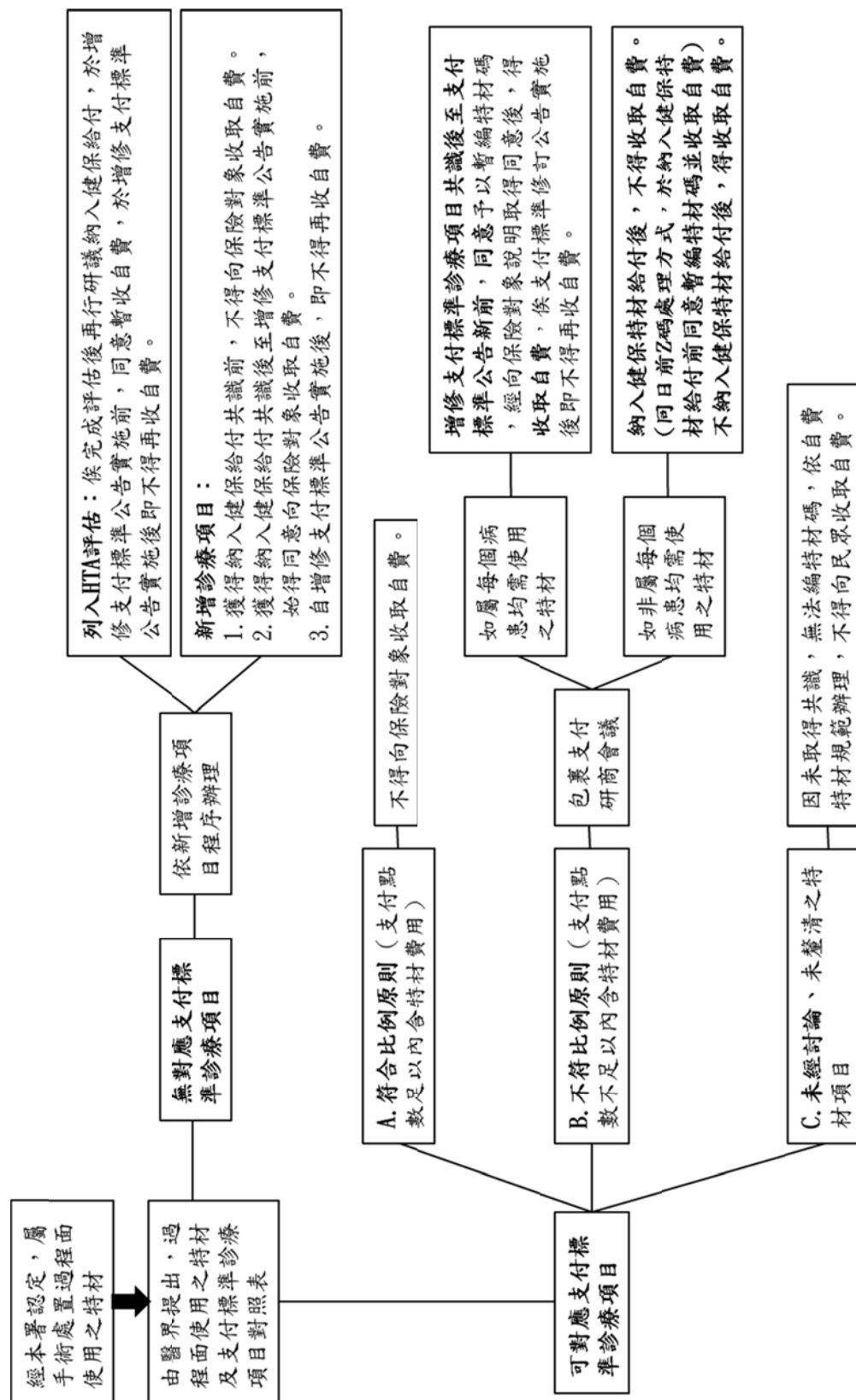


圖 3-9-1 支付標準以「包裹支付」研商模式過程面使用特材之作業流程

肆、續行研議與改革方向之建議

一、特材之差額負擔及自費機制仍應維持

特殊功能或新特材之使用，有其需求，但完全納入保險給付，必造成健保財務壓力，甚至拖垮健保。因此對於部分非必須或較易造成過度使用之特材項目，應尊重病人選擇，採部分給付或自費方式，則醫療院所得以使用新醫療材料，亦有助於醫療科技之進步與研發，尋求最適暨三贏之道。

若經評估納為新增給付項目，則應符合健保法第 26 條規定程序，並於醫療給付費用總額內，編列相對預算，以確保保險財務之平衡及降低對總額部門之衝擊。

二、有關新增特材差額負擔項目之執行

目前依照二代健保辦理新增「特殊材料差額負擔」項目之各相關程序，因屬新制度，尚在磨合期，可持續觀察。俟有更多案件進入程序及討論，相關原則或審查文件等規定更臻明確後，可望漸上軌道。

按健保法第 45 條第 3 項規定，新增自付差額之特殊材料品項，經保險人同意後，須併同其實施日期，提健保會討論，報衛福部核定公告。為提升效率，可研議簡化作法，例如健保會僅就新增之功能類別進行討論，若屬現行已有部分給付項目相同功能類別品項，既已經專家會議共同擬訂會議通過，應可免再提健保會討論。

未來可再搭配「醫療科技評估制度」(HTA)之規劃、提高協商代表平衡性及資訊透明化，並持續規劃及執行相關配套措施(如：差額上限之訂定、差額負擔項目納入全額給付之時程...)等方向努力，並應有對應之財務評估。

三、有關自費特材之規定

(一) 明確規定健保不給付之特材，包含以下三類：

1. 全民健康保險不予支付之醫療服務項目，如：美容類、義肢類、復健用品等交付病人攜回使用之材料，為非健保給付內容及項目。
2. 健保不給付之手術或處置（如：綠光雷射、達文西）所使用之特材，亦應不予給付。
3. 具有選擇性之材料，應適度開放民眾得差額選用效用更好的品項。

(二) 因應新醫療術式之執行，應以新增支付標準診療項目取代對應現行手術代碼：現代醫療科技進步，手術方式推陳出新，過去需要大型手術治療的項目，已逐步由微創手術、內視鏡手術取代，效果良好，病人術後復原快速又縮短病程，亦可有效節省健保支出，但隨其使用件數及特材使用量增加，其醫療費用在健保支付標準表中卻沒有明確規範，造成有使用新術式，其醫療費用申報仍對應傳統手術費用點數。屬侵入性處置及檢查之特材使用，應比照手術一般材料費加成規定辦理。

(三) 依據特材及術式特性（必要性、替代性）決定列為健保核價特材品項，或開放為差額或自費使用之特材，而非僅以植入物或手術過程面使用與否為判定條件（如附圖 3-9-2）。

(四) 應就現行住院診斷關聯群（Tw-DRGs）支付標準，妥適計算材料所占比重，合理反映成本，提升民眾就醫選擇之權益，裨益健保新醫療材料的引進與傳統材料的汰舊換新。

(五) 依特材功能別，將特材品項分類，以利院所及民眾查詢。

四、適度讓民眾投保的商業保險，挹注現行全民健保的財務

參據壽險公會的統計，目前國人平均每人擁有 3.5 張商業性健康保險之保單，而實際理賠率不到 30%，故可考慮適度開放自費及差額負擔，讓商業保險善盡應有之財務責任。

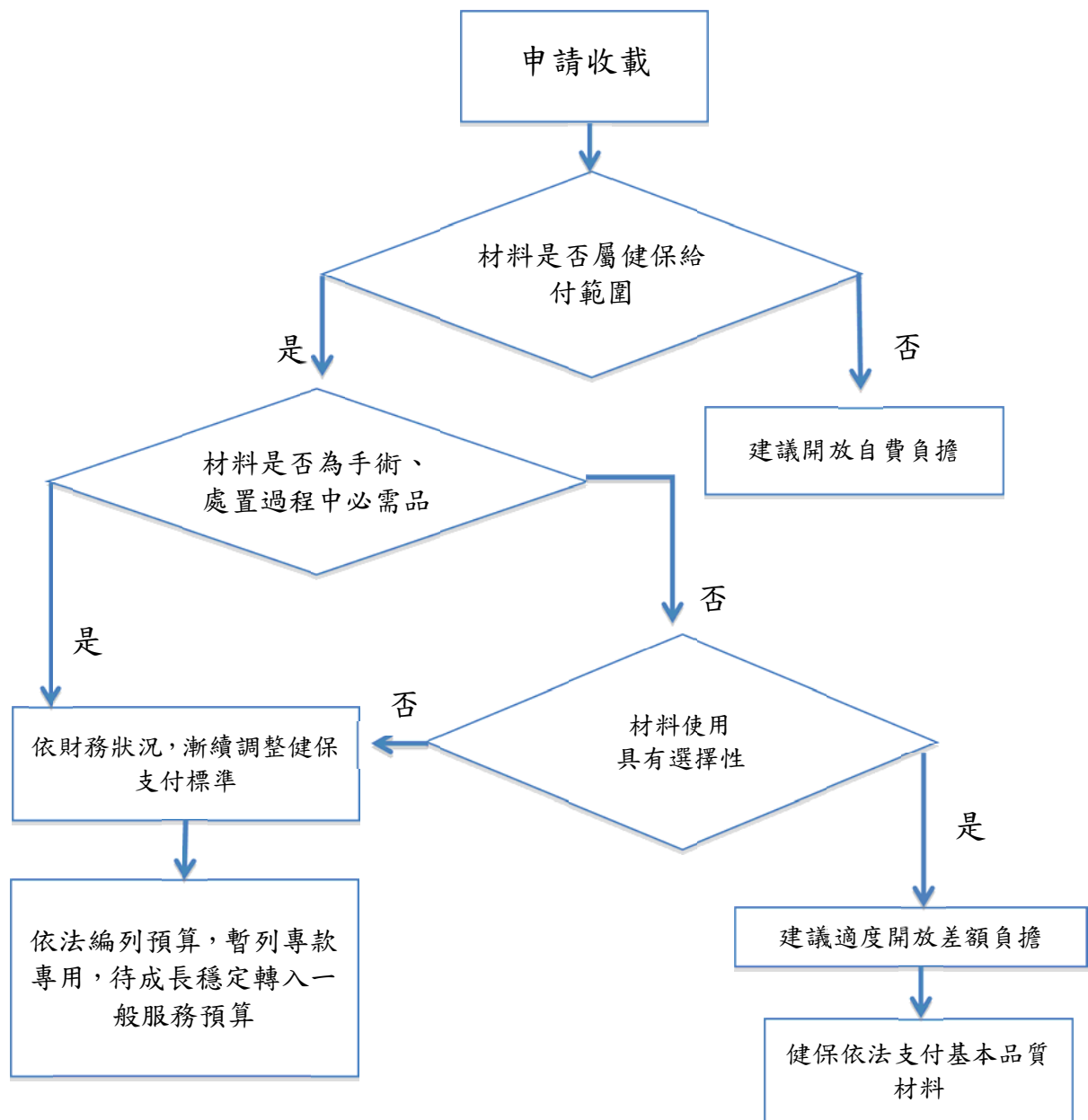


圖 3-9-2 特材採自費、部分給付或完全給付之分類圖

1. 健保財源有限，適度開放自費及差額負擔特材品項使用是必要的措施。
2. 現行健保特材核價爭議，係因僅考量其材料是否為植入物，不符實際，建議重新設定核價原則：
 - (1) 非屬全民健康保險醫療服務內容，符合健保法第 51 條負向表列不予支付之項目暨其材料，開放民眾自費。
 - (2) 非屬現行全民健康保險支付標準表表列之醫療手術、處置之項目暨其材料，在未完成健保核價前，開放民眾自費。
 - (3) 材料之使用為手術、處置過程中必須使用且無可取代之品項，應依健保法第 26 條之規定，編列足額預算，暫列總額預算之專款專用，待材料品項使用成長量趨於穩定後轉入一般服務預算，以避免新核價材料，侵蝕預算分配，造成排擠效應。
 - (4) 非屬手術、處置過程中絕對必要之特材，民眾具有選擇權益之品項，建議應適度開放讓民眾具有選擇考量。

伍、結語

二代健保實施特材差額負擔制度，除增加民眾選擇之機會、減輕民眾負擔，亦有助於加速新興特材之引進。此外，在健保資源有限情形下，適度允許特材之差額負擔與開放部分自費項目，確實有其必要性。

針對健保法第 45 條規定新增特材差額負擔項目之程序，因屬新規定，相關單位或機關逐步建立作業規範，俟有更多案件進入程序及討論，相關原則或審查文件等規定更臻明確後，可望漸上軌道。未來應持續研議相關配套措施，包括「醫療科技評估制度」、提高協商代表衡平性及資訊透明化、差額上限之訂定、差額負擔項目納入全額給付之時程規劃...等，並應有對應之財務評估。

對於手術內含於支付標準之材料費、Tw-DRGs 制度下特材費用支付方案等執行作業面易生爭議部分，應持續進行分析建立共識，以利醫療院所之執行。

參考文獻

- 台灣醫學中心協會 (2013)。867 項內含特殊材料之分析說明。台灣醫學中心協會理監事會報告案，未出版，台北。
- 朱益宏 (2013)。整合全民健保及商業健康保險資源建立合理的自費特材規範。未出版，台北。
- 行政院衛生署中央健康保險局 (2012)。全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範。線上檢索日期:2014 年 02 月 05 日。網址:http://www.nhi.gov.tw/information/BBS_Detail.aspx?menu=9&menu_id=545&page=26&bulletin_id=1633。
- 行政院衛生署中央健康保險局 (2012)。全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則。線上檢索日期：2014 年 02 月 05 日。網址:<http://mohwlaw.mohw.gov.tw/Chi/FLAW/FLAWDAT0202.asp?lsid=FL068656>。
- 衛生福利部署中央健康保險署 (2013)。全民健康保險藥物給付項目及支付標準。線上檢索日期：2014 年 02 月 05 日。網址:http://www.nhi.gov.tw/webdata/webdata.aspx?menu=17&menu_id=660&WD_ID=672&webdata_id=4295。
- 衛生福利部中央健康保險署 (2013)。全民健保藥品及特殊材料支付制度，全民健康保險藥物給付項目及支付標準共同擬訂會議第一次會議報告案一。健保署主辦，未出版，台北。
- 衛生福利部署中央健康保險署 (2013)。醫材收載流程、處理現況及特材自付差額之規劃。健保署主辦，未出版，台北。

總結

健保已經邁入第 20 個年頭，這些年來，健保是社會穩定的力量，讓我們臺灣人民享受了低成本且具品質的醫療服務，但因為人口老化、重大傷病的增加、新醫療科技的引進等種種原因，健保醫療支出的規模，已經由開辦之初的新臺幣 2,000 餘億元，成長至 102 年的 5,000 餘億元，如同世界各國一般，財務問題一直為健保亟需面對解決的問題，也是健保能否永續經營的關鍵所在。

目前臺灣健保還處於「最好的可能（Best Possible）」的給付狀態，治療上給予病人很好的藥物與醫療設備，當健保面臨無法再包山包海的提供所有服務，到時候就必須針對資源配置，建立給付項目的優先順序，甚至只能提供最重要的救命保障。

這種趨勢來的速度會很快，我們應該提早因應，尤其二次大戰後的嬰兒潮，10 年後全部都將進入高齡人口，耗費的健保資源更多，為了避免未來的健保無法永續，政府必須做好決策與準備，考量提供基本的醫療照護服務，以兼顧健保的永續與民眾的福祉。

二代健保的實施已超過 1 年，健保的財務狀況尚稱穩健，在健保費率維持 4.91% 的情形下，推估至 105 年底尚可維持財務平衡，擴大費基的補充保險費，或有些許的效益。但任何新制度的實施成效，至少都應該觀察 2 至 3 年，衛福部應該持續關切各界的反映。本小組之檢討結果與建議，應可作為衛福部未來健保決策及改革策略研議之參考。依據本報告提出之建議，衛福部可成立長期規劃小組，於 105 年底以前作更細部的改革規劃，以確保健保永續經營，提升醫療服務效率。

致謝

檢討過程中，本小組邀請專家學者參加會議，就檢討報告提出意見，感謝以下所有參加會議之專家學者，在此謹致最高謝忱（依姓氏筆劃排列）：

王繼娟助理教授（臺灣大學藥學系）
吳全峰副研究員（中央研究院法律學研究所）
吳肖琪教授（陽明大學衛生福利研究所）
吳宗軒助理教授（臺北醫學大學藥學系）
李卓倫副教授（臺中科技大學老人服務事業管理系）
周賢洋先生（前臺北市國稅局副局長）
周麗芳教授（政治大學財政學系）
林文德副教授（長榮大學醫務管理系）
林香汶副教授（中國醫藥大學藥學系）
林振輝副教授（臺北大學財政學系）
林富滿主任（馬偕醫院）
邱弘毅副校長（臺北醫學大學）
張鴻仁教授（陽明大學公共衛生研究所）
許怡欣副教授（臺北醫學大學醫務管理研究所）
許玫玲副教授（臺北醫學大學醫務管理研究所）
連賢明教授（政治大學財政學系）
郭正全特助（長庚醫院）
郭年真助理教授（臺灣大學健康政策與管理研究所）
陳孝平副教授（中正大學社會福利學系）
陳珮青助理教授（陽明大學衛生福利研究所）

陳明進教授（政治大學會計系）
陳建煒副主任（臺大醫院醫研部）
陳昭姿主任（和信醫院）
陳雪芬高級分析師（臺北榮民總醫院）
陳欽賢教授（臺北大學經濟學系）
陳聽安教授（政治大學財政學系）
黃昱瞳助理教授（高雄醫學大學高齡長期照護碩士學位學程）
黃偉堯副教授（長榮大學醫務管理系）
黃肇明主任（臺北市立聯合醫院院本部醫療事務室）
楊葉承副教授（東吳大學會計系）
葉玲玲副教授（亞洲大學健康產業管理系）
董鈺琪副教授（臺灣大學健康政策與管理研究所）
廖元豪副教授（政治大學法律系）
劉宜君教授（元智大學社會暨政策科學學系）
劉碧珠特助（壠新醫院）
歐鳳姿助理教授（成功大學臨床藥學與藥物科技研究所）
蔡憶文教授（陽明大學衛生福利研究所）
鄧衍森委員（法務部人權工作小組）
鄭守夏教授（臺灣大學健康政策與管理研究所）
鄭靜蘭助理教授（成功大學臨床藥學與藥物科技研究所）
盧瑞芬教授（長庚大學醫務管理系）
蕭美玲顧問（前衛生署副署長）
蕭斐元助理教授（臺灣大學臨床藥學研究所）
賴美淑教授（臺灣大學流行病學與預防醫學研究所）

附錄

附錄 1-1-1 監理會、費協會與健保會之組織比較

項目	監理會	費協會	健保會
設立目的	以監督保險業務及其相關事項為存在目的	以協商及分配全民健保醫療給付費用為設立目的，以決定醫療費用總額以及將該費用支付予醫事服務的分配方式	為辦理全民健康保險費率、給付範圍之審議及醫療給付費用總額之協定分配事項
委員組成	置委員29人，名額分配如下： 前項委員，除主任委員外，其名額分配如下： 一、專家6人。 二、被保險人代表5人。 三、雇主代表5人。 四、保險醫事服務機構代表5人。 五、政府代表8人。	置委員27人，其中一人為主任委員，其委員名額分配如下： 一、醫事服務提供者代表9人。 二、保險付費者代表與專家學者9人。 三、相關主管機關代表9人。 主任委員及前項第二款之專家學者委員，由衛生署署長遴聘之；其餘各款委員，由衛生署分別洽請有關機關（構）、團體推薦後聘兼之。	置委員35人，委員名額分配如下： 一、保險付費者代表。 （一）被保險人代表12人。 （二）雇主代表5人。 （三）行政院主計總處1人。 二、保險醫事服務提供者代表10人。 三、專家學者及公正人士5人。 四、行政院經濟建設委員會及主管機關各1人。 被保險人代表之委員，其中9人，由主管機關就被保險人類別，洽請有關團體推薦後遴聘之；其餘3人，由主管機關以公開徵求方式，遴選依法設立或立案之團體，再洽請該團體推薦後遴聘之。

項目	監理會	費協會	健保會
			<p>雇主代表、行政院主計總處、保險醫事服務提供者代表、行政院經濟建設委員會及主管機關之委員，由主管機關分別洽請有關機關、團體推薦後遴聘（派）之。</p> <p>學者專家及公正人士之委員，由主管機關就國內公共衛生、公共行政、社會福利、社會保險、醫務管理、財務金融、經濟或法律等健康保險相關領域專家學者或社會公正人士遴聘之。</p> <p>保險付費者代表之委員，不得兼具保險醫事服務提供者之身分；被保險人代表之委員，不得兼具雇主身分；專家學者及公正人士之委員，不得兼具保險醫事服務提供者或雇主身分。</p> <p>置主任委員1人，由主管機關首長就專家學者及公正人士之委員中，指定1人兼任。</p>
業務職掌	1. 保險政策之提供事項。 2. 保險年度計畫及	1. 在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定	1. 保險費率之審議。 2. 保險給付範圍之

項目	監理會	費協會	健保會
	業務報告之審議事項。 3. 保險預算、結算、決算之審議事項。 4. 保險業務之檢查事項。 5. 保險財務、帳務之稽核事項。 6. 保險法規及業務興革之研究建議事項。 7. 其他有關保險業務之監督事項。	全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 2. 協定各地區門診及住院費用之分配比例。 3. 協定醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務、藥事人員藥事服務及藥品費用等之分配比例及醫藥分帳制度。 4. 協定門診藥品費用超出預先設定之藥品費用總額時，其超出部分應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除之一定比例。 5. 其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。	審議。 3. 保險醫療給付費用總額之對等協議訂定及分配。 4. 保險政策、法規之研究及諮詢。 5. 其他有關保險業務之監理事項。
任期	1. 委員任期2年，期滿得續聘。 2. 代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。	1. 委員任期為2年，期滿得續聘。 2. 代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。	1. 委員任期為2年。 2. 保險付費者代表及保險醫事服務提供者代表之委員，以連任1次為原則，每一屆並應至少更替五分之一。
出席規定	1. 由主任委員召集，並為主席；主	1. 由主任委員召集，並為主席；主	1. 由主任委員擔任主席，主任委員

項目	監理會	費協會	健保會
	<p>任委員未能出席時，得指定委員1人為主席。</p> <p>2. 開會須有二分之一以上委員出席，決議事項須經出席委員過半數同意。</p>	<p>任委員未能出席時，得指定委員1人為主席。</p> <p>2. 須有二分之一以上委員出席，由出席委員以協商方式達成協定。</p>	<p>因故不能出席時，應指定委員1人為主席。</p> <p>2. 應有二分之一以上委員出席，始得開議。</p>
開會規定	每月開會1次，必要時得舉行臨時會議。	每二個月開會1次，必要時得舉行臨時會議。	每月召開會議1次，必要時得召開臨時會議。

附錄 2-5-1 「全民健康保險提供保險對象收容於矯正機關者醫療服務計畫」102 年度承作醫療團隊名單

群組	矯正機關別	提供醫療服務機構
1	法務部矯正署宜蘭監獄	財團法人天主教靈醫會羅東聖母醫院
2	法務部矯正署基隆監獄 法務部矯正署基隆看守所	衛生福利部基隆醫院
3	法務部矯正署金門監獄	衛生福利部金門醫院
4	法務部矯正署臺北看守所 法務部矯正署臺北女子看守所 法務部矯正署臺北少年觀護所	衛生福利部臺北醫院 中英醫療社團法人中英醫院 康健診所 學府松藥局
5	法務部矯正署新店戒治所	財團法人天主教耕莘醫院 永生牙醫診所
6	法務部矯正署臺北監獄（含桃園分監）	國軍桃園總醫院附設民眾診療服務處 家和牙醫診所
7	法務部矯正署桃園監獄 法務部矯正署桃園女子監獄 法務部矯正署桃園少年輔育院	衛生福利部桃園醫院 天成醫療社團法人天晟醫院 臺北榮民總醫院桃園分院 家和牙醫診所 尚品牙醫診所
8	國防部北部地方軍事法院檢察署 看守所	戒護外醫
9	法務部矯正署新竹監獄 誠正中學 法務部矯正署新竹看守所	國立臺灣大學醫學院附設醫院新竹分院 財團法人馬偕紀念醫院新竹分院 新中興醫院 天主教仁慈醫療財團法人仁慈醫院 新瑞牙醫診所 品傑牙醫診所 黃啟祥牙醫診所 高昇牙醫診所 賴義傑皮膚專科診所 台齡身心診所 南門綜合醫院 朝春牙醫診所 禮正牙醫診所 愛生美皮膚科診所
10	法務部矯正署苗栗看守所	大千綜合醫院
11	法務部矯正署臺中監獄	法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院
12	法務部矯正署臺中女子監獄 法務部矯正署臺中看守所	中國醫藥大學附設醫院 中國醫藥大學附設醫院豐原醫務室

群組	矯正機關別	提供醫療服務機構
	法務部矯正署臺中戒治所	中部科學工業園區員工診所 中國醫藥大學附設醫院台中東區分院 中國醫藥大學附設醫院豐原分院 中國醫藥大學附設醫院草屯分院 惠盛醫院 陽光精神科醫院 法務部矯正署臺中監獄附設培德醫院 大全張牙醫診所
13	法務部矯正署南投看守所	竹山秀傳醫院 許內兒科診所 陳文裕內兒科診所 中心診所 義德診所 廖牙醫診所 德林婦產科診所德林聯合門診 衛生福利部草屯療養院
14	法務部矯正署彰化少年輔育院 法務部矯正署彰化監獄 法務部矯正署彰化看守所	財團法人彰化基督教醫院 秀欣牙醫診所 公所前牙醫診所 長榮牙醫診所 長鴻診所 財團法人彰化基督教醫院二林分院 財團法人彰化基督教醫院鹿基分院 財團法人彰化基督教醫院鹿東分院 員生醫院 南基醫院 衛生福利部彰化醫院
15	法務部矯正署雲林監獄	國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院 明潔牙醫診所
16	法務部矯正署雲林第二監獄	國立成功大學醫學院附設醫院斗六分院 明潔牙醫診所 順美牙醫診所 福康牙醫診所
17	法務部矯正署嘉義監獄 法務部矯正署嘉義看守所	臺中榮民總醫院嘉義分院
18	法務部矯正署臺南監獄（不含明德戒治分監）	台南市立醫院
19	國防部臺南監獄	國軍高雄總醫院附設民眾診療處 行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院

群組	矯正機關別	提供醫療服務機構
		國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處 國軍左營總醫院附設民眾診療服務處 國軍岡山醫院附設民眾診療服務處 國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處
20	法務部矯正署臺南看守所 法務部矯正署臺南少年觀護所 法務部矯正署明德外役監獄 法務部矯正署臺南監獄明德戒治分監	奇美醫療財團法人奇美醫院 高雄榮民總醫院臺南分院 台南市立醫院 奇美醫療財團法人佳里奇美醫院 奇美醫療財團法人柳營奇美醫院
21	法務部矯正署高雄監獄	國軍高雄總醫院附設民眾診療處 行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院 國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處 國軍左營總醫院附設民眾診療服務處 國軍岡山醫院附設民眾診療服務處 國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處 人和藥局
22	法務部矯正署高雄女子監獄	國軍高雄總醫院附設民眾診療處 行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院 國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處 國軍左營總醫院附設民眾診療服務處 國軍岡山醫院附設民眾診療服務處 國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處 人和藥局
23	法務部矯正署高雄第二監獄 明陽中學 法務部矯正署高雄戒治所	國軍高雄總醫院附設民眾診療處 行政院國軍退除役官兵輔導委員會高雄榮民總醫院 國軍高雄門診中心附設民眾診療服務處 國軍左營總醫院附設民眾診療服務處 國軍岡山醫院附設民眾診療服務處 國軍高雄總醫院附設屏東民眾診療服務處 人和藥局
24	國防部南部地方軍事法院檢察署	戒護外醫

群組	矯正機關別	提供醫療服務機構
	看守所	
25	法務部矯正署屏東監獄 法務部矯正署屏東看守所	屏基醫療財團法人屏東基督教醫院 安泰醫療社團法人安泰醫院 安泰醫療社團法人潮州安泰醫院 屏安醫院 屏安醫院附設門診部 寬心診所 龍泉牙醫診所 瑞光藥局 寬懷藥局
26	法務部矯正署澎湖監獄	三軍總醫院澎湖分院附設民眾診療服務處
27	法務部矯正署花蓮監獄	財團法人佛教慈濟綜合醫院
28	法務部矯正署自強外役監獄	行政院國軍退除役官兵輔導委員會鳳林榮民醫院
29	法務部矯正署花蓮看守所	衛生福利部花蓮醫院
30	法務部矯正署臺東戒治所	財團法人佛教慈濟綜合醫院關山分院
31	法務部矯正署臺東監獄	衛生福利部臺東醫院
32	法務部矯正署岩灣技能訓練所	行政院國軍退除役官兵輔導委員會臺東榮民醫院 明正牙醫診所
33	法務部矯正署東成技能訓練所	財團法人台東基督教醫院 大安牙醫診所
34	法務部矯正署綠島監獄	衛生福利部臺東醫院 安康診所
35	法務部矯正署泰源技能訓練所	馬偕紀念醫院台東分院 明正牙醫診所

附錄 3-7-1 HEDIS 2014 年指標

HEDIS 西元 2014 年指標		
Effectiveness of care (照護有效性之指標)	1	Adult BMI Assessment (成人身體質量指數評估)
	2	Weight Assessment and Counseling for Nutrition and Physical Activity for Children/Adolescents (兒童與青少年體重評估、營養及體能活動諮商)
	3	Childhood Immunization Status (兒童疫苗接種狀況)
	4	Immunizations for Adolescents (青少年疫苗接種)
	5	Human Papillomavirus Vaccine for Female Adolescents (青少年女性接種人類乳突狀瘤病毒疫苗)
	6	Lead Screening in Children (兒童血液鉛濃度篩檢)
	7	Breast Cancer Screening (乳癌篩檢)
	8	Cervical Cancer Screening (子宮頸癌篩檢)
	9	Non-Recommended Cervical Cancer Screening in Adolescent Females (不建議青少年女性接受子宮頸癌篩檢)
	10	Colorectal Cancer Screening (大腸直腸癌篩檢)
	11	Chlamydia Screening in Women (女性批衣菌篩檢)
	12	Glaucoma Screening in Older Adults (老年人青光眼篩檢)
	13	Care for Older Adults (老年人照護)
	14	Appropriate Testing for Children With Pharyngitis (兒童咽頭炎適當的檢查)
	15	Appropriate Treatment for Children With Upper Respiratory Infection (兒童上呼吸道感染適當的治療)
	16	Avoidance of Antibiotic Treatment in Adults With Acute Bronchitis (未使用抗生素治療成人急性支氣管炎)
	17	Use of Spirometry Testing in the Assessment and Diagnosis of COPD (使用肺活量測量法評估及診斷慢性肺阻塞性疾病)
	18	Pharmacotherapy Management of COPD Exacerbation (惡化之慢性肺阻塞性疾病之藥物治療)
	19	Use of Appropriate Medications for People With Asthma (氣喘患者之適當用藥)
	20	Medication Management for People With Asthma (氣喘患者之藥物治療管理)
	21	Asthma Medication Ratio (氣喘用藥比率)
	22	Cholesterol Management for Patients With Cardiovascular Conditions (心血管疾患之膽固醇管理)
	23	Controlling High Blood Pressure (高血壓之控制)

Effectiveness of care (照護之成效)	24	Persistence of Beta-Blocker Treatment After a Heart Attack 【心臟病發作（心肌梗塞）後持續使用β型阻斷劑治療】
	25	Comprehensive Diabetes Care (完整的糖尿病照護)
	26	Disease-Modifying Anti-Rheumatic Drug Therapy for Rheumatoid Arthritis (以疾病修飾抗風濕藥物治療類風濕性關節炎)
	27	Osteoporosis Management in Women Who Had a Fracture (曾發生骨折女性之骨質疏鬆管理)
	28	Use of Imaging Studies for Low Back Pain (未使用影像檢查之下背痛治療)
	29	Antidepressant Medication Management (抗憂鬱藥物管理)
	30	Follow-Up Care for Children Prescribed ADHD Medication (注意力不足過動症兒童藥物治療後之追蹤照護)
	31	Follow-Up After Hospitalization for Mental Illness (精神病患出院後之追蹤照護)
	32	Diabetes Screening for People With Schizophrenia or Bipolar Disorder Who Are Using Antipsychotic Medications (使用抗精神病藥物之精神分裂病患或躁鬱症病患之糖尿病篩檢)
	33	Diabetes Monitoring for People With Diabetes and Schizophrenia (糖尿病及精神分裂症患者之糖尿病監測)
	34	Cardiovascular Monitoring for People With Cardiovascular Disease and Schizophrenia (心血管疾病及精神分裂症患者之心血管疾病監測)
	35	Adherence to Antipsychotic Medications for Individuals With Schizophrenia (精神分裂症患者對服用抗精神病藥物之遵從性)
	36	Annual Monitoring for Patients on Persistent Medications (持續使用藥物治療患者之年度監測)
	37	Medication Reconciliation Post-Discharge (出院後使用藥品之調和)
	38	Potentially Harmful Drug-Disease Interactions in the Elderly (老人潛在有害之藥品交互作用)
	39	Use of High-Risk Medications in the Elderly (老人高危險藥品使用)
	40	Medicare Health Outcomes Survey (Medicare 健康結果調查)
	41	Fall Risk Management (跌倒風險管理)
	42	Management of Urinary Incontinence in Older Adults (老人尿失禁管理)
	43	Osteoporosis Testing in Older Women (女性老人之骨質疏鬆篩檢)
	44	Physical Activity in Older Adults (老年人之體能活動)

Effectiveness of care (照護有效性之指標)	45	Aspirin Use and Discussion (阿斯匹靈之使用與諮商)
	46	Flu Vaccinations for Adults Ages 50–64 (50-64 歲成人流感疫苗之接種)
	47	Flu Vaccinations for Older Adults (老人流感疫苗接種)
	48	Medical Assistance With Smoking and Tobacco Use Cessation (戒菸之醫療協助)
	49	Pneumonia Vaccination Status for Older Adult (老人肺炎疫苗接種)
Access/ Availability of Care (照護之可近性/可用性)	1	Adults' Access to Preventive/ Ambulatory Health Services (成人預防保健/門診服務可近性)
	2	Children's and Adolescents' Access to Primary Care Practitioners (兒童及青少年初級照護醫師之可近性)
	3	Annual Dental Visit (年度牙醫門診檢查)
	4	Initiation and Engagement of Alcohol and Other Drug Dependence Treatment (開始與積極參與酒精與其他藥物成癮治療)
	5	Prenatal and Postpartum Care (產前與產後照護)
	6	Call Answer Timeliness (電話答覆之及時性)
Experience of Care (病人照護經驗評估指標)	1	CAHPS Health Plan Survey 5.0, Adult Version 【病人對醫療提供者及系統評估調查 (成人版)】
	2	CAHPS Health Plan Survey 5.0, Child Version 【病人對醫療提供者及系統評估調查 (兒童版)】
	3	Children With Chronic Condition (有慢性疾病之兒童)
Utilization and Relative Resource Use (醫療利用與相對資源使用評估指標)	1	Frequency of Ongoing Prenatal Care (產前檢查之頻率)
	2	Well-Child Visits in the First 15 Months of Life (出生 15 個月內健兒門診之使用率)
	3	Well-Child Visits in the Third, Fourth, Fifth and Sixth Years of Life (出生第 3、4、5 及 6 年之健兒門診使用率)
	4	Adolescent Well-Care Visits (青少年健康照護門診使用率)
	5	Frequency of Selected Procedures (選擇性處置之使用頻率)
	6	Ambulatory Care (門診)
	7	Inpatient Utilization—General Hospital/ Acute Care (一般醫院/急性照護之住院)

Utilization and Relative Resource Use (醫療利用與相對資源使用評估指標)	8	Identification of Alcohol and Other Drug Services (酒精與其他藥物之鑑別服務)
	9	Mental Health Utilization (精神醫療利用率)
	10	Antibiotic Utilization (抗生素之使用率)
	11	Plan All-Cause Readmissions (所有可能原因之計畫性再住院)
	12	Relative Resource Use for People With Diabetes (糖尿病患者相對資源使用)
	13	Relative Resource Use for People With Cardiovascular Conditions (心血管疾病患者相對資源使用)
	14	Relative Resource Use for People With Hypertension (高血壓患者相對資源使用)
	15	Relative Resource Use for People With COPD (慢性阻塞性肺疾病患者相對資源使用)
	16	Relative Resource Use for People With Asthma (氣喘患者相對資源使用)
Health Plan Descriptive Information (健康保險計畫資訊)	1	Board Certification (委員會認證)
	2	Enrollment by Product Line (商業保險)
	3	Enrollment by State (州政府保險)
	4	Language Diversity of Membership (會員語言的多樣性)
	5	Race/Ethnicity Diversity of Membership (會員種族/民族的多樣性)
	6	Weeks of Pregnancy at Time of Enrollment (加保時，懷孕的週數)
	7	Total Membership (會員人數)

附錄 3-7-2 全民健康保險專案計畫內容及執行評估

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
費用支付	<p>收案會員每人給付費用 800 元/年，給付方式包括：</p> <p>1.個案管理費：每人 250 元/年（執行內容包含資料建檔上傳、轉診、個案衛教宣導、24 小時諮詢專線、個案研討及與合作醫院開辦共同照護門診），每位醫師每年上限為 25 萬元（計算個案管理費之會員人數上限為 1,000 名）。</p> <p>2.績效獎勵費用，每人</p>	<p>1.依各項疾病醫療服務改善方案內容，支給疾病管理照護費、個案追蹤管理照護費、乳癌診療組合定額費用、肝癌早期發現費及品質獎勵金等。</p> <p>2.執行結果如超過專款預算，前開各項費用採浮動點值計算。</p> <p>3.獎勵誘因：</p>	<p>101 年計畫施行期間為 101 年 4 月至 102 年 3 月，依下列指標達成比率核給，惟經試辦醫院選定之照護對象，於計畫期間未於該院就診者，本項費用不予核付：</p> <p>1.基本承作費用：新收案照護對象每人 400 元，繼續照護對象則每人核付 150 元。需符合計畫書之執行內容及參與成果分享活動。</p> <p>2.成效評量(比較基期為 99 年 4 月至 100 年 3 月)：依以下 3 項結果面指標達成情形付費，每人 500 元。</p>	<p>1.參與本計畫之院所團隊(醫院)提供之醫療服務，仍依現行支付標準、審查辦法等規定申報及審查。本計畫採一年半結算一次，故各年度結束時，先行預估各團隊可能發生之回饋金，保留至結算時使用。</p> <p>2.回饋金支付方式：</p> <p>(1)結餘點數=虛擬總額-試辦對象實際使用之醫療點數</p> <p>--虛擬總額=照護</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>550 元/年：</p> <p>(1)健康管理成效鼓勵 (70%)：以會員實際申報西醫門診醫療費用(AE)與以風險校正模式預估之西醫門診醫療費用(VC)之差值(VC-AE)計，每人上限 385 元/年。</p> <p>(2)品質提升費用 (30%)：依品質評核指標達成情形計算(特優級 230 元、良好級 165 元、輔導級 100 元，品質指標平均達成率 \leq</p>	<p>(1) 完整性照護醫師診察費 450 點，合併開立慢性病連續處方-連續二次以上調劑且每次給藥 28 天以上者支付 200 點(限地區醫院(含)以上層級申報)</p> <p>(2) 管理照護費：第一階段新收案支付 400 點、追蹤支付 200 點、年度評估支付 800 點；第二階段</p>	<p>(1)照護對象平均每人每月西醫門診醫療費用 \leq 比較基期(每人 200 元)。</p> <p>(2)照護對象平均每人每月西醫門診就醫次數 \leq 比較基期(每人 150 元)。</p> <p>(3)照護對象平均每人每月西醫門診用藥品項數 \leq 比較基期(每人 150 元)。</p> <p>3.民眾就醫權益(比較基期為 100 年 4 月至 101 年 3 月)：平均院內整體每月民眾申訴案件成案數低於 \leq 比較基期，或計畫期間院內整體民眾申訴案件數 ≤ 3(每人 100 元)。</p>	<p>對象前一年平均每人醫療費用點數$\times(1+$照護對象之年齡性別校正後每人醫療費用成長率$+$當年西醫成長率)\times照護對象人數。</p> <p>--當年西醫成長率 = $[($醫院總額成長率$-$投保人口年增率$-$人口結構改變率$)\times$醫院預算占率$]+[($西醫基層總額成長率$-$投保</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>60%，則不予支付)。</p> <p>3.計畫經費經年度結算，若超過預算額度時，則前述之「健康管理成效鼓勵」費用，改採浮動點值計算。</p>	<p>追蹤支付 100 點、年度評估支付 300 點</p> <p>(3) 96 年起依品質指標評核給予品質加成鼓勵。(檢驗檢查項目另得核實申報)</p>		<p>人口年增率-人口結構改變率)\times西醫基層預算占率}。</p> <p>(2)回饋金之計算：</p> <p>--基本回饋金：回饋 60%之「結餘點數」基本回饋金=(結餘點數)\times60%\times每點 1 元。</p> <p>--醫療品質回饋金：回饋 40%之「結餘點數」，但須符合評核指標。醫療品質回饋金=(結餘點</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
				<p>數)$\times 40\% \times \Sigma$ 符合品質指標占率 \times每點 1 元。</p> <p>3.試辦團隊應行負擔財務風險：</p> <p>--風險點數：虛擬總額之醫療點數低於試辦對象實際使用之醫療點數時，兩者之差為「風險點數」。</p> <p>--負擔財務風險=風險點數$\times (1 - \Sigma$ 符合品質指標占率) $\times 50\% \times$每點 1 元。</p>
執行重點	1.成立社區醫療群，以群體力量提供服務：	1. 第一階段照護參與院所須組成照護團隊，並	1.照護對象範圍： (1)由健保署提供忠誠度高	計畫期間以 3 年為原則，自 100 年 7 月 1 日

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>(1)同一地區 5 家以上之西醫診所為單位組成，或聯合診所(具 5 位專任醫師以上)結合該地區其他 3 家西醫診所。</p> <p>(2)與 1-2 家特約醫院合作，開設共同照護門診。</p> <p>(3)建立基層診所醫師間之平行轉診機制，及和合作醫院之轉診與合作計畫。</p> <p>(4)設立會員 24 小時緊急諮詢專線。</p> <p>2.收案對象：由健保署將需照護之名單，交付參與計畫之社區醫療群進行健康管理。社區醫療</p>	<p>經縣市共同照護網認證。第二階段照護則限內、兒、家醫、新陳代謝、內分泌、心臟、腎臟專科醫師及第一階段照護之醫事機構。</p> <p>2.收案對象為最近 90 天曾於該院所，經同一醫師診斷為糖尿病 (ICD-9-CM 前三碼 250)，就醫 2 次(含)以上者。</p> <p>3.重點收案對象：領有重大傷病證明之第 1</p>	<p>且就醫次數多的病患名單：99.10~100.9 期間之醫院門診病患(排除急重症，如癌症、移植後追蹤、精神疾病等，亦不含已參與家庭醫師整合照護、診所以病人為中心整合照護及論人計酬試辦計畫已收案者)，於各醫院/團隊門診就醫次數大於 50%，且按就醫次數高低排列切為十等分位，提供前四分位病人名單，由參加醫院選擇照護對象。</p> <p>(2)試辦醫院於前述名單外，得就院內適當之就醫病患，自由選定照護對象範</p>	<p>至 103 年 12 月 31 日止。</p> <p>1.實施原則：</p> <p>(1)計畫涵蓋範圍：包含西醫基層、醫院總額門急診、住院及門診透析項目，排除牙醫、中醫及器官移植術後追蹤。</p> <p>(2)民眾就醫權益不變：尊重民眾就醫習慣，不須登記或簽署同意文件，不限制民眾需於固定醫療團隊就診，可自由到區內非試辦醫</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>群得於保險人交付收案數額外加收 120 名個案數。</p> <p>3.服務內容：會員健康資料檔、衛教、轉診、24 小時諮詢專線、社區衛教宣導，以及與合作醫院之共同照護門診、病房巡診、雙方個案研討、醫師繼續教育、醫療資訊分享等。</p> <p>4.管理機制：</p> <p>(1)健保署負責執行計畫架構模式與修正，監控各項品質指標達成情形，評估各社區醫療群、診</p>	<p>型糖尿病及曾因糖尿病住院個案，由健保署提供名單請責任醫院收案。</p> <p>4.品質獎勵措施設有門檻指標，符合門檻指標目標值之醫師，可依品質指標之排序結果，核撥獎勵金（品質卓越獎）。99 年起另增設品質進步獎。</p>	<p>圍，惟人數不得超過前述名單內選定照護對象之 30%。</p> <p>(3)各醫院/團隊 100 年已選定之照護對象須持續照護者。</p> <p>2.執行方式：</p> <p>(1)民眾不須登記或簽署同意文件，不限制就醫醫療院所。</p> <p>(2)透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫病患提供整合式門診照護服務，避免重複及不當用藥、重複檢驗檢查、處置等，影響民眾健康及耗用醫療資源。</p>	<p>療團隊及區外醫療院所就診。</p> <p>(3)醫療團隊費用申報及審查作業不變。</p> <p>2.照護對象：不得重複參與其他「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」、「醫院以病人為中心整合式照護計畫」及「診所以病人為中心整合照護計畫」整合計畫。</p> <p>3.三種試辦模式詳附表一。</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>所執行成果及辦理 績效獎勵。</p> <p>(2)健保署各分區業務 組負責輔導轄區社 區醫療群之成立、 審核執行計畫與定 期協調監督轄區社 區醫療群各活動計 畫之執行，並得邀 請醫界代表(如總 額執行單位)參與 協助、輔導及評估 。</p> <p>(3)各社區醫療群應成立 「計畫執行中心」，負 責計畫申請、管理及監 督成員之加入與退出</p>		<p>(3)同一轄區醫院，得與其他 醫事服務機構或醫院合 作，採院際共同整合照 護模式，並推派單一醫 院為主責醫院，負責提 送計畫書、本保險人聯 繫窗口、經費撥付等事 宜。</p>	

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	、運作與協調外，並應協助處理病人轉診、追蹤轉診病人治療結果，及病人轉回後之追蹤治療。			
評核指標	<p>以下列項目作為費用支付評核指標，每項指標占率按指標總數平均計算，如未達指標目標值時以比例核算。</p> <p>1. 組織指標(3 項，權重 40%)，達成率需 100%：</p> <p>(1) 健康管理與個案衛教(10%~20%)：收案完成個案評估(得 10%)，且有連</p>	<p>1. 品質加成指標：病人完整追蹤率、HbA1C<7%比率(HbA1C 控制良好率)、HbA1C>9.5%比率(HbA1C 不良率)及 LDL>130mg/dl 比率(LDL 不良率)。</p>	<p>1. 照護對象院內(或整合團隊)固定就診率：監控門診病人跨院或跨層級流動。</p> <p>2. 照護對象院內住院率：監控照護對象疾病嚴重度變化。</p>	<p>1. 組織指標(20%)：</p> <p>(1) 照護對象於院所團隊(醫院)(區)內固定就診率(10%)。</p> <p>(2) 院所團隊(醫院)自選指標。(指標選定及計算公式設定後需經保險人同意)。</p> <p>2. 臨床指標(50%)：</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>續個案管理或衛教紀錄，得 20%。</p> <p>(2)個案研討、共同照護門診、社區宣導或病房巡診(10%)。</p> <p>(2) 24 小時諮詢專線(10%)：每群全年至少測試 5 次，每次測試均能提供服務。</p> <p>2. 品質指標(3 項，權重 30%，每項各 10%)：</p> <p>(1) 急診率、疾病住院率：低於應照護族群 40 百分</p>	<p>2.第一階段當季病人追蹤率小於 20% 之醫師，經輔導未改善，1 年內不得再申報該方案之相關費用。</p>		<p>(1) 糖尿病品質指標(計 5 項指標，每項各占 8%，共占 40 %)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 糖尿病人加入照護方案比率高於全國平均值 ■ 糖尿病病患糖化血色素(HbA1c)檢查執行率高於全國平均值 ■ 糖尿病病患空腹血脂檢查執行率高於全國平均

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	<p>位、或與去年同期自身比進步率$\geq 20\%$，得 10%；如進步率$\geq 10\%$，得 5%。</p> <p>(2) 固定就診率：高於同儕 60 百分位、或與去年同期自身比進步率$\geq 20\%$；如進步率$\geq 10\%$，得 5%。</p> <p>3. 會員滿意度調查指標(1 項，權重 10%)：滿意度需達 80%以上。</p> <p>4. 預防保健達成情形指標(4 項，權重</p>			<p>值</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 眼底檢查或眼底彩色攝影執行率高於全國平均值 ■ 尿液微量白蛋白檢查執行率高於全國平均值 <p>(2) 院所團隊(醫院)自選指標(10%)。(指標選定及計算公式須經保險人同意)。</p> <p>3. 民眾(忠誠病人)感受指標(10%)：依滿意度</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫
	20%)：成人預防保健檢查率、子宮頸抹片率、65 歲以上老人流感疫苗注射率，高於應照護族群 60 百分位，糞便潛血檢查率高於全國平均值。			<p>問卷調查結果計算</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 得分達 80%(含)以上：10% ■ 得分達 70-79%(含)以上：5% ■ 得分小於 70-79%：未達成。 <p>4. 其他政策鼓勵指標 (20%)：</p> <p>(1) 子宮頸抹片檢查率(不低於全國平均值)：10%。</p> <p>(2) 65 歲以上老人流感疫苗注射率(不低於全國平均</p>

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫										
				值)：10%。										
指標達成情形	<p>1.組織指標達成情形(以群為單位計算)</p> <p>(1)101 年 367 個醫療療群之健康管理比率皆達 100%，較 100 年(98.1%)進步。</p> <p>(2)個案研討、共同照護門診、社區衛教宣導、病房巡診，各醫療群每月需辦理 1 場，達到之醫療群計 365 群，占整體 99.5%，較 100 年(94.9%)進步。</p> <p>(3)24 小時諮詢專線，全年 5 次測試，每次</p>	詳附件二	<p>各層級別院所達成指標情形(試辦前 99.04-100.03 vs 試辦後 101.04-102.03)</p> <p>每人平均就醫次數約 19% 院所未達目標，每人平均就醫點數約有 50%院所未達目標，每人每月用藥品項數約有 73%院所未達目標，顯示指標評量範圍同時包含院內與院外後，整合照護模式仍可降低多重慢性病患之就醫次數，增進其就醫方便性，至於平均用藥項數及就醫點數無明顯下降趨勢。</p>	<p>1.各團隊指定指標達成情形：除固定就診率外，截至 102 年第 1 季指標值來看，臨床指標部分，有 5-6 家團隊達到高於全國平均值之目標。另兩項政策鼓勵指標分別有 3-4 家團隊達到高於全國平均值之目標。</p> <p>截至 102 年第 1 季各團隊指定指標達成率</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>指標類型</th><th>指標名稱</th><th>參與團隊數</th><th>達成團隊數</th><th>達成率</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>組織指標</td><td>照護對象於院所團隊(醫院(區)內固定就診率</td><td>7</td><td>3</td><td>43%</td></tr> </tbody> </table>	指標類型	指標名稱	參與團隊數	達成團隊數	達成率	組織指標	照護對象於院所團隊(醫院(區)內固定就診率	7	3	43%
指標類型	指標名稱	參與團隊數	達成團隊數	達成率										
組織指標	照護對象於院所團隊(醫院(區)內固定就診率	7	3	43%										

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫				醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫				全民健康保險論人計酬 試辦計畫					
	都能提供服務之醫療群計 366 群，其中 電話回答品質 80 分 以上有 345 群，占率 為 94.0%。 2.101 年品質指標達成情形：										臨床指標	糖尿病人加入照護方案比率	7	6	86%
												糖尿病病患糖化血色素 (HbA1c) 檢查執行率	7	5	71%
												糖尿病病患空腹血脂 (Fasting Lipid Profile) 檢查執行率	7	6	86%
												眼底檢查或眼底彩色攝影執行率	7	6	86%
												尿液微量白蛋白檢查執行率	7	6	86%
												其他政策鼓勵指標	子宮頸抹片檢查率	7	3	57%
											65 歲以上老人流感注射率		7	4	57%
											3. 自選指標達成情形：				
											預防保健自選指標須大於該層級別院 75 百分位值，計畫執行				
					平均每人每月醫療費用	醫學中心	18	3	16.67%						
						區域醫院	68	43	63.2%						
							地區醫院	104	53	51.0%					
								合計	190	99	52.1%				
						平均每人每月門診就醫次數	醫學中心	18	13	72.22%					
					區域醫院		68	65	95.6%						
							地區醫院	104	81	77.9%					
					合計			190	159	83.7%					
					平均每	醫學中	18	1	5.56%						

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫																																													
	<table border="1"> <tr> <td>率</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>會員急 診率</td><td>20.29%</td><td>< 20.12%</td><td>191</td><td>52%</td></tr> <tr> <td>疾病住 院率</td><td>9.21%</td><td>< 9.01%</td><td>199</td><td>54%</td></tr> </table>	率					會員急 診率	20.29%	< 20.12%	191	52%	疾病住 院率	9.21%	< 9.01%	199	54%		<table border="1"> <tr> <td rowspan="3">人 每 月 藥 品 次 數</td><td>心 區 域 醫 院</td><td>68</td><td>17</td><td>25.0%</td></tr> <tr> <td>地 區 醫 院</td><td>104</td><td>39</td><td>37.45%</td></tr> <tr> <td>合 計</td><td>190</td><td>57</td><td>30%</td></tr> <tr> <td rowspan="4">平 均 每 人 每 月 申 訴 成 案 件 數</td><td>醫 學 中 心</td><td>18</td><td>17</td><td>94.44%</td></tr> <tr> <td>心 區 域 醫 院</td><td>68</td><td>68</td><td>100.00%</td></tr> <tr> <td>地 區 醫 院</td><td>104</td><td>104</td><td>100.00%</td></tr> <tr> <td>合 計</td><td>190</td><td>189</td><td>99.48%</td></tr> </table>	人 每 月 藥 品 次 數	心 區 域 醫 院	68	17	25.0%	地 區 醫 院	104	39	37.45%	合 計	190	57	30%	平 均 每 人 每 月 申 訴 成 案 件 數	醫 學 中 心	18	17	94.44%	心 區 域 醫 院	68	68	100.00%	地 區 醫 院	104	104	100.00%	合 計	190	189	99.48%	<p>一年半以來，初期慢性腎臟病(CKD)方案照護率、初期慢性腎臟病平均完整追蹤率、初期慢性腎臟篩檢率、預立 DNR 簽立率等 4 項指標，已全數達成目標；餘 3 項預防保健項目尚未達成目標，將鼓勵試辦團隊繼續努力。</p> <p>截至 102 年第 1 季各團隊自選指標達成率</p>
率																																																	
會員急 診率	20.29%	< 20.12%	191	52%																																													
疾病住 院率	9.21%	< 9.01%	199	54%																																													
人 每 月 藥 品 次 數	心 區 域 醫 院	68	17	25.0%																																													
	地 區 醫 院	104	39	37.45%																																													
	合 計	190	57	30%																																													
平 均 每 人 每 月 申 訴 成 案 件 數	醫 學 中 心	18	17	94.44%																																													
	心 區 域 醫 院	68	68	100.00%																																													
	地 區 醫 院	104	104	100.00%																																													
	合 計	190	189	99.48%																																													

計畫名稱 項目	家庭醫師整合性 照護制度計畫	醫療給付改善 方案-糖尿病	醫院以病人為中心門診整合 照護試辦計畫	全民健康保險論人計酬 試辦計畫			
				指標項目	選 取 團 隊 數	達 成 團 隊 數	達成率
				初期慢性腎 臟病方案照 護率	3	3	100%
				照護對象之 慢性腎臟病 平均完整追 蹤率	1	1	100%
				第一、二型 糖尿病民眾 完成初期慢 性腎病篩檢 率	2	2	100%
				50-69 歲民 眾 2 年內接 受大腸癌篩 檢率	3	0	0%
				45-69 歲婦 女乳房攝影 篩檢率（乳 癌篩檢率）	3	0	0%
				成人預防保 健檢查完成 率	2	0	0%
				論人計酬照 護對象三日急 診返診率	1	0	0%
				預立 DNR 簽立率	1	1	100%

全民健康保險論人計酬試辦計畫之試辦模式

試辦模式	區域整合模式 (由上往下整合)	社區醫療群模式 (由下往上整合)	醫院忠誠病人模式 (由上往下整合)
照護團隊	以選定區域之醫院及診所組成院所團隊提供整合性照護	<ul style="list-style-type: none"> ■由參與「全民健保家庭醫師整合性照護計畫」之社區醫療群承辦 ■擴展至合作醫院為院所團隊 ■擴大含住院服務 	<ul style="list-style-type: none"> ■由參與「醫院以病人為中心整合照護計畫」之院所承辦，以其忠誠病人為對象 ■擴大含住院服務
照護對象	以行政區域的戶籍人口民眾為照護對象	除由院所團隊自行納入該團隊之忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單	除由醫院自行納入忠誠病人外，並由保險人提供服務區域內應照護對象名單

醫療給付改善方案之指標達成情形（糖尿病）

- 1.參與方案者之重要檢查項目執行率高於未參與方案者，顯示本方案之治療指引遵循率，顯著高於未參與者，有助於減少未來併發症的產生。

單位：%

年度 檢查項目	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年
HbA1C							
--參與方案	99.3	99.7	99.8	99.7	99.6	99.4	99.2
--未參與方案	47.6	57.7	64.7	64.6	63.0	62.5	61.4
眼底鏡檢							
--參與方案	66.4	64.3	64.4	66.3	68.7	67.6	68.8
--未參與方案	13.1	14.6	15.7	16.9	16.7	15.6	16.0
微量白蛋白							
--參與方案	47.8	54.1	57.5	60.8	63.7	71.0	76.7
--未參與方案	7.8	11.7	14.5	17.3	19.2	21.4	24.3

- 2)連續追蹤 94 年新參與方案者 95-101 年結果面品質指標，顯示方案推動使受照護個案品質指標持續進步，維持在良好狀態，減少後續併發症的發生。

單位：%

年度 項目	94 年	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年
HbA1C<7%(良率)	24.5	32.8	31.8	32.9	32.2	31.9	32.1	31.3
HbA1C>9.5%(不良率)	29.8	15.5	14.0	12.9	12.2	12.1	11.9	12.2
LDL≤130(良率)	65.8	71.7	76.3	79.0	79.5	82.2	83.7	84.3

- (3)追蹤 94~101 年新收之 HbA1C 控制不良(>9.5%)個案，參加方案 1 年後有 66.6%個案獲得改善，更有 17.8%個 HbA1C 降至正常值(<7%)。

初診 HbA1C>9.5%人數	1 年後 HbA1C 值	人數	比率
	<7% (良)	10,383	17.8%

58,303	7%~9.5%	28,481	48.8%
	>9.5% (不良)	19,439	33.3%

(4)連續追蹤 94~101 年符合收案條件之糖尿病人至 101 年底，其後續發生洗腎情形如下表，顯示參與本方案可有效減少個案糖尿病相關合併症的發生。

參加方案與否	糖尿病人數	洗腎人數	洗腎發生率
參加方案者	43,834	264	0.60%
未參加方案者	386,835	19,052	4.93%
曾參加但未連續參加方案者	228,608	9,074	3.97%
合計	659,277	28,390	4.31%

附錄 3-7-3 102 年及 103 年全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案

壹、 依據

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

貳、 說明

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

經分析可能造成醫療浪費之成因，包括：總額支付制度下論量計酬之誘因，致提供過多之醫療照護；生命末期甚多非必要的醫療，造成資源排擠效應；醫療提供者採防禦性之醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療；人口老化多重慢性病缺乏整合性醫療，易造成重複就醫及重複用藥的問題；就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題；醫療分科過細，造成整體就醫屬片斷醫療，就醫次數不易控制等，爰擬訂相關策略，包括：

加強健保教育宣導、持續支付制度改革、減少無效醫療資源耗用、高耗用醫療管控、多重疾病整合醫療推動、高診次就醫輔導、加強重複醫療查核機制、藥費管控、強化違規查處機制等規劃藍圖，並列為每年持續推動改革之策略。

參、實施目的

降低不必要醫療資源使用，促進醫療服務效率與合理使用。

肆、實施期間：

本方案施行期間自公告日起至 103 年 12 月 31 日止，執行期將視方案特性與複雜度之情形，必要時將延長實施年限。

伍、實施策略及方法

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

一、加強全民健保教育宣導 (103年新增)

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

二、持續支付制度改革

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

三、減少無效醫療耗用

- (一)策略:積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
- (二)方法

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

四、高耗用醫療項目管控

(一) 策略:降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。

(二) 方法

1. 電腦斷層及核磁造影檢查:強化資源共享機制，並針對影像品質不佳者加強審查。
2. 放射線治療:將按不同疾病之治療類別，研擬療程包裹支付方式。
3. 震波碎石術:加強異常醫師之管理及醫療利用異常病患之管控。
4. 復健治療:已研議「同一院所超長復健期之門診案件數比例過高」及「同一個案於同一院所各治療類別持續復健治療頻率過高」兩項不予支付指標相關操作型定義及財務影響等事項。
5. 除前述支付標準檢討業務、不予支付指標新增修外，另於常規醫療審查業務，持續加強檔案分析、行政與專業審查。

五、多重疾病整合醫療之推動

(一) 策略:提供多重疾病患者適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複醫療、不當治療用藥或處置。

(二) 方法

1. 推動「醫院以病人為中心整合照護計畫」：透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫之多重慢性病患提供整合式門診照護服務。
2. 推動「全民健康保險家庭醫師整合性照護計畫」:擴大推廣家庭醫師「社區醫療群」照護模式；提供24小時諮詢專線、適當就醫指導，減少急診與不必要就醫。
3. 推動「全民健康保險論人計酬試辦計畫」:依實際需求，提

供區域整合、社區醫療群、醫院忠誠病人等三種模式，使醫療團隊發揮照護能量，民眾獲得更完整的照護。

六、高診次就醫輔導

(一)策略:導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。

(二)方法

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

七、提供即時資訊避免重複醫療

(一)策略:利用健保卡取號即時提醒及輔導，以及提升健保卡登錄及上傳資料之完整性，提供避免重複醫療之即時資訊。

(二)方法

1. 持續輔導保險醫事服務機構配合健保卡登錄及上傳資料作業。
2. 依不同年齡設定不同標準就醫次數之提醒機制，提醒醫師避免重複醫療及輔導正確就醫。

八、藥費管制措施

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

(二)方法

1. 整體門診慢性病用藥案件及藥費成長率管控:統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，對異常院所加強管控。
2. 高血壓、高血糖、高血脂藥費管控:針對同疾病同院所同病人就醫累計開藥及領藥日數偏高者進行管理，即對於醫師年處方開藥日數大於550日之院所，以及領藥日數大於1,000日且遊走3家(含)以上院所就醫之病人，加強抽審及輔導管理。
3. 門診一般藥品(排除重大傷病及慢性病案件)處方用藥品項

數之監控：對於每張處方用藥品項及院所別平均每張處方用藥品項偏高者，一併予以加強審查。

4. 訂定不予支付指標：設定指標數值或比率的上限值，超過部分不予支付，並每年持續檢討增修。
5. 建置全民健保雲端藥歷系統：利用全民健保醫療費用申報資料及健保卡上傳就醫資料之用藥紀錄，建置病人最近3個月用藥資訊系統，提供醫院即時查詢及醫師處方參考。未來將促請特約醫療院所醫師及藥師優先以75歲以上門診病人及65歲以上門診三高處方慢性病連續處方箋之多重慢性病患、健保卡高就診次數警示之病人等列為查詢對象，共同為民眾用藥安全及品質把關。

九、強化違規查處機制(103年新增)

(一)策略：加強查處違規院所，防杜不實醫療申報。

(二)方法：

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

陸、預期效益

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

附錄 3-8-1 醫療科技評估組織變革

一、我國執行醫療科技評估之機構及運作模式

執行醫療科技評估(Health Technology Assessment, HTA)的單位，應是一個合法且合理的機構，有能力進行判斷與分析，而評估的過程與結果必須獲得社會的信任。合法意指資源配置組織的設立需透過法律制定，且有法律上的地位，從而接受法律的規範。合理則是指需符合公平、正義的原則，而機構形成決議的過程與結果是值得社會信任的。簡言之，資源配置的成功首先決定於 HTA 機構在建制上的合法性與適當性。而更重要的是，HTA 在形成決議的過程中，能獲得社會的信任。同時亦需有措施與策略去維繫社會之信任於不墜。

要建立符合我國現況之 HTA 機制，訂定明確的送件資料及內容規範，並且定期檢討上市後新醫藥品之核價準則，成立一專業、專職具客觀的評估單位，有其急迫性和重要性。HTA 評估不僅與健保業務相關，同時牽涉生技產業及科技發展等議題，我國於 96 年 2 月，於 CDE 下成立專責單位，來執行醫藥科技評估工作和建置 HTA 機制，提供實證療效與成本效益參考報告，協助健保局（嗣後的健保署）之新藥收載給付作業。

96 年在 CDE 成立醫藥科技評估組的籌備階段，即協助當時的健保局完成 18 件新藥評估案以及 1 件諮詢案；97 年 4 月 1 日，CDE 醫藥科技評估組（HTA）正式成立，接受當時衛生署委託之中綱計畫（97 年至 102 年）「建立我國醫藥科技評估機制」、「我國醫藥科技評估研究計畫」。前述計畫主要目標為建立我國透明且符合科學性之醫療科技評估制度，以實證基礎為導向，執行主管機關所委託之醫藥科技評估案件，並依據當時健保局『全民健康保險藥價基準』新藥收載流程，強化醫療科技評估機制和作業流程；藉由新藥申請健保給付案

件之審查與專案計畫的執行，對不同類別藥品給付的優先順序與合理性進行政策研究，期在有限的資源下，新醫療科技可以獲得最有效率及合理的使用，達到最大公共衛生效益，造福國人。同時，進行新醫藥品之醫藥科技評估相關研究，強化醫藥科技評估案件之品質，持續辦理醫藥科技評估教育訓練課程，參酌各國執行醫藥科技評估之經驗，促進國內外之合作及交流。

為落實二代健保規定的醫療科技評估與決策多元化參與的精神，並且使健保永續經營、促進我國醫療資源有效運用，衛福部委託 CDE 於 102 年 1 月 16 日成立「國家醫療科技評估中心-National Institute of Health Technology Assessment, Taiwan (NIHTA)」籌備辦公室。參考國際醫療科技評估組織之經驗，如加拿大的 CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health)、英國的 NICE (National Institute for Health and Care Excellence)、及澳洲的 PBAC (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee)等機構，除提供決策者制定健保給付項目及支付標準之科學實證參考外，希望藉此開展國內學研界、產業界、醫療實務界在醫療科技評估的研發合作，使國內醫療科技評估制度更能完備發展。目前階段性任務規劃圖如下（圖 1）：

□ 延攬HTA專家

□ 成立諮詢委員會



圖 1 成立國家醫療科技評估中心各階段示意圖

「國家醫療科技評估中心籌備辦公室」103 至 104 年預計重點規劃在規劃增加醫療服務、政策評估、廣宣公關等專長之人力，例如：持續增加特材與醫療服務的新收載評估經驗，建立標準化流程、持續增加健保已給付項目的通案評估經驗，建立標準化流程、籌備並建立未來合約委外進行評估所需之相關協調控管機制(圖 2)、籌備公民會議或民調中心，並進行相關先驅研究及即時評估機制試營運等。

105 至 106 年預計重點規劃在朝組織獨立運作規劃，招募行政人力，例如：人才招募與種子人員國內外培訓、發展多元參與所需之各項科學證據之方法學、強化公民會議或民調中心功能及強化知識交流推廣相關業務推展。

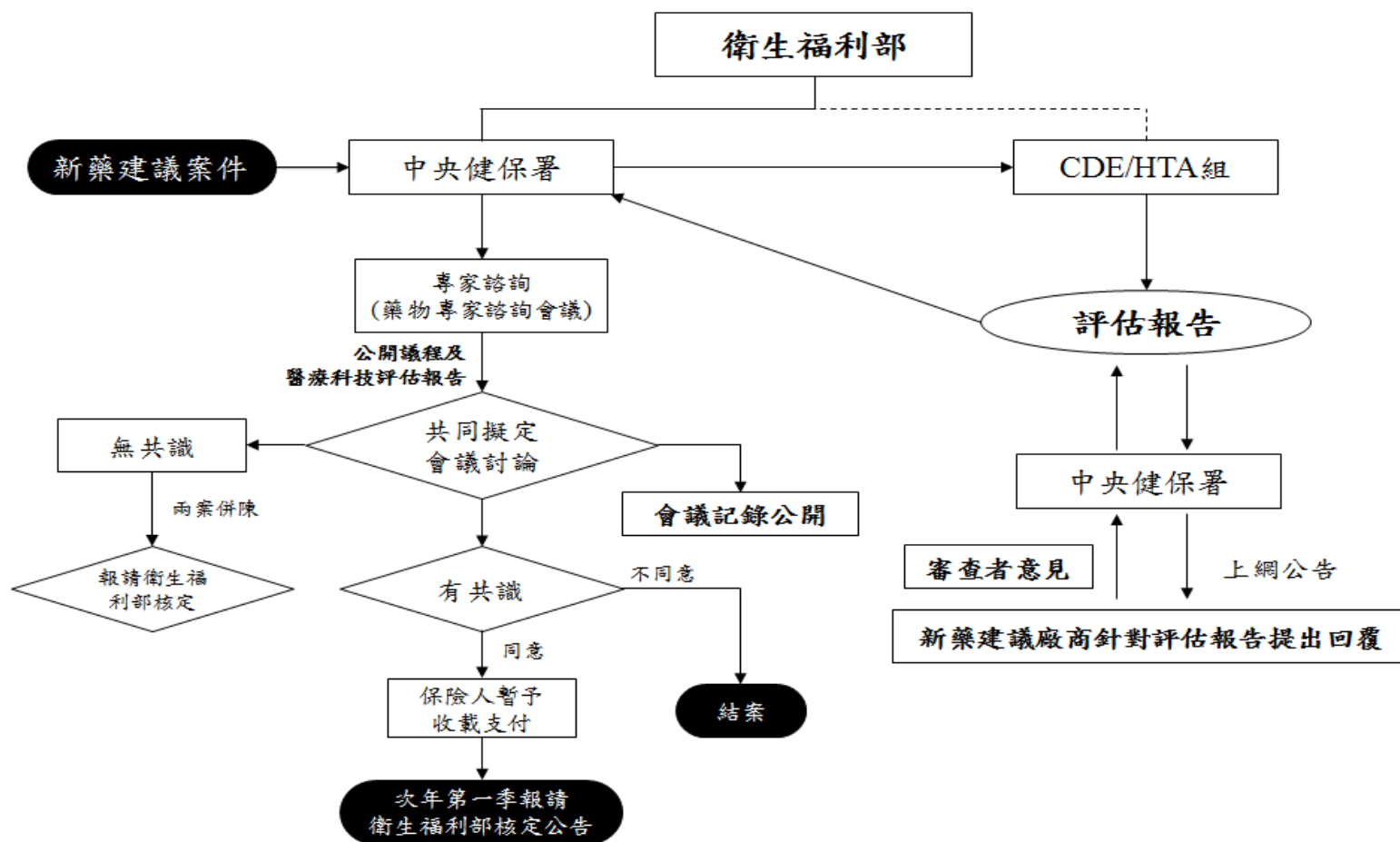


圖 1(續)、執行醫療科技評估組織及流程架構圖

表 1 「財團法人醫藥品查驗中心」的醫藥科技評估組歷年執行醫療科技評估案件統計表

完成總案件數							
年 度	新 藥	委託專案 研究案	諮詢	突破創新 性新藥案	特材	風險分攤	總計
96 年	18	0	1	0	0	0	19
97 年	44	6	2	0	0	0	52
98 年	37	9	6	0	0	0	52
99 年	33	9	13	3	3	1	62
100 年	24	4	33	9	2	0	72
101 年	20	5	17	8	2	0	52
102 年	28	2	36	18	1	0	85
小計	204	35	108	38	8	1	394

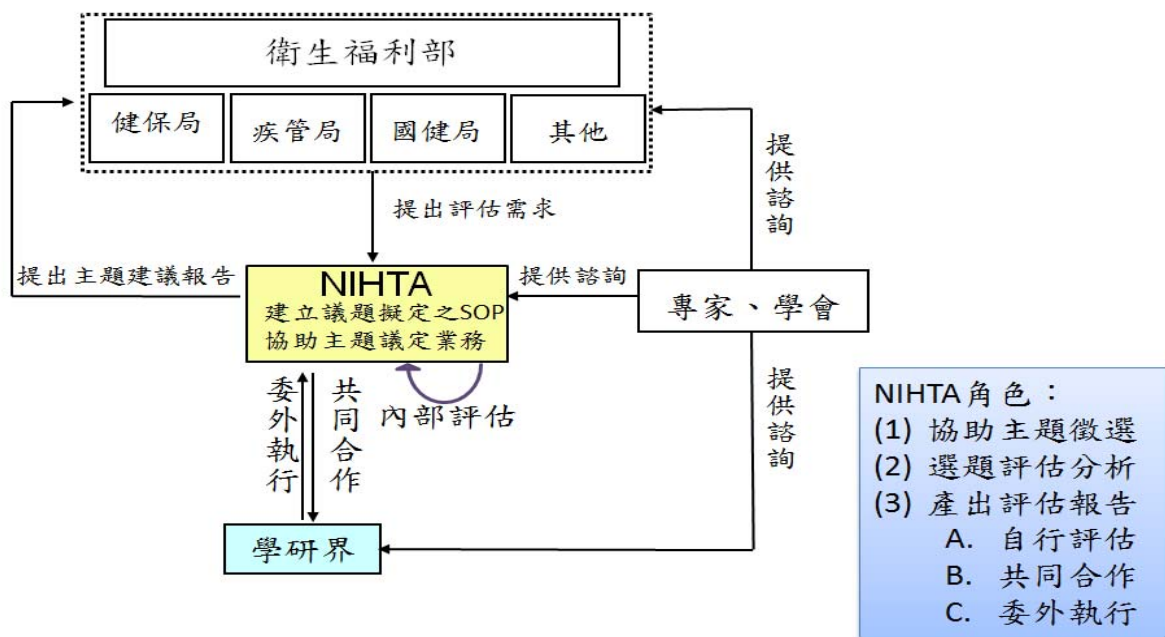


圖 2、醫療科技評估學研合作規劃

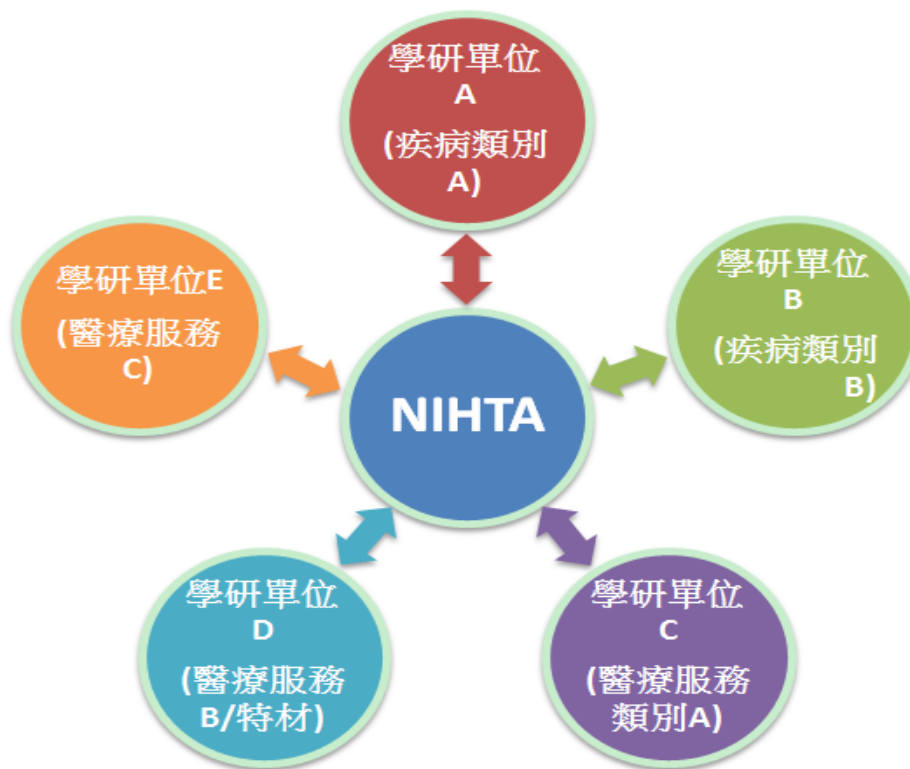


圖 2(續)、醫療科技評估學研合作規劃

二、小結

拜科技發展所賜，高科技醫療產品開發日新月異，醫療產品多樣化與快速更新的結果，帶給醫療執行與保險給付相當大的困擾。為求在資源有限的前提下，提供醫療使用者妥適的照顧與服務，許多國家都設有專門的醫療科技評估組織(Health Technology Assessment, HTA)，進行該國藥品或醫療科技項目使用適當性的分析，除可針對醫療產品進行客觀的實證醫學評估，影響後續醫療人員使用行為外，更可作為我國健保機構在醫療科技項目給付與價格審定決策過程的重要參考。

自 89 年起，當時的衛生署開始推動我國 HTA 制度之的建立，成立臺灣醫療科技評估委員會，制定初步架構與評估指引，同時委託學者探討 HTA 之建立與執行計劃，期間持續對加拿大、澳洲、英國等國之 HTA 制度進行研究，並對臺灣 HTA 制度提出建議與規劃。97 年正式於 CDE 之下成立「醫藥科技評估組」，協助健保局新藥收載決策。

回應民間、醫界所提出「醫療資源分配正義」的訴求，提升相關公共衛生政策的決策品質，減少社會上不必要的歧異，建立一相對客觀的醫療科技評估機制，兼顧程序正義所要求的程序透明、資訊公開、平等參與，以及實體正義所堅持的實證科學進行科技評估，在政府與民間已有高度共識。100 年二代健保修法，新增健保法第 41 條、42 條，正式建立 HTA 法源基礎。

綜觀我國醫療科技評估的各階段發展與其在健保決策過程中所扮演的角色，在 CDE 醫藥科技評估中心成立之前，我國 HTA 發展尚在草創階段，當時臺灣醫療科技評估的主要功能，被設定為協助健保局進行新藥收載的前置評估作業。96 年 8 月成立醫療科技評估工作小組，開始承接健保局新藥案件，96 年底，CDE 董事會通過成立「

醫藥科技評估組」案，報請衛生署核備，醫藥科技評估組正式於 97 年 4 月 1 日成立。這段期間，健保局藥事小組會議中，都會將醫療科技評估小組所完成的新藥評估證據列案討論。

二代健保啟動後，增加了擬訂會議作為醫療科技給付的最終決策機構，原健保藥事小組會議更名為藥品/特材專家諮詢會議，同時也成立了「國家醫療科技評估中心(NIHTA)籌備辦公室」，此階段 HTA 報告同樣會將醫療科技評估小組所完成的新藥評估證據列案討論，並作成具體給付與否建議交付擬訂會議進行討論與決議。

未來，NIHTA 的成立將朝著政府（健保署）與民間（民眾、醫療院所、藥廠）之外的公正第三方獨立機構進行規劃，持續強化服務範圍，HTA 評估領域除既有的藥品審查外，也將擴大涵蓋健保特殊材料以及醫療服務等。

附錄 3-9-1 全民健康保險辦理自付差額特殊材料之作業原則

- 一、為依全民健康保險法第四十五條規定，辦理得自付差額特殊材料（以下簡稱特材）項目之相關作業，特訂定本作業原則。
- 二、保險對象得於經保險醫事服務機構之醫師認定有醫療上需要時，選用保險人定有給付上限之特材，並自付其差額。前開給付上限得依類似功能類別品項健保支付價訂定，該類似功能類別如有二類（含）以上者，得以最高價類別之價格訂定。
- 三、新功能類別特材，較藥物給付項目及支付標準已收載類似功能特材品項具臨床價值，但價格較昂貴，並屬下列情形之一者，得納為自付差額特材品項。
 - （一）具主要醫療功能外之附加效果。
 - （二）有較長之使用年限。
 - （三）其他可改善醫療或生活品質。
- 四、已納為自付差額特材品項者，新申請品項若與其為相同功能類別，亦比照列為自付差額特材品項。
- 五、保險對象自付差額訂定原則及方式：
 - （一）自付差額品項收載後 2 年內暫不訂定差額上限，但自付差額品項有以下情形之一者，保險人得訂定差額上限：
 1. 自付差額與其給付上限相差太大。
 2. 同功能類別品項於各院所間自付差額額度相差太大。
 3. 自付差額品項之價格（給付上限與自付差額之總合）明顯高出國際價格。
 4. 其他民眾反映事項。
 - （二）訂定自付差額上限時，得參考以下資料訂定之：
 1. 國內市場販售情形。
 2. 國際價格。
 3. 各院所公開之自付差額資料。
- 六、特材申請列入自付差額品項之核定程序：
 - （一）由醫療器材許可證持有者於建議各該項特材品項納入健保時向保險人提出申請。
 - （二）保險人得針對申請自付差額之品項先辦理醫療科技評估。

- (三)自付差額品項經提全民健康保險藥物給付項目及支付標準
共同擬訂會議討論並經保險人同意後，併同其實施日期，
再提健保會討論，報主管機關核定公告。

七、保險醫事服務機構提供保險對象經核定公告得自付差額特材品項，
得向保險對象收取費用，並依下列規定辦理：

- (一)收費標準，應先報請所在地之衛生主管機關核定。
(二)自付差額之特材品項及其收費標準、產品特性、副作用、與
本保險已給付品項之療效比較，應公布於該機構網際網路
或明顯之處所。
(三)除緊急情況外，應於手術或處置前二日，將相關說明書交付
予病患或其親屬，同時應向病患或其親屬詳細解說，並由
病患或其親屬填寫自付差額之同意書一式兩份，一份交由
病患收執，一份併同病歷保存。
(四)第3項之說明書應載明使用自付差額品項之費用及其產品
特性、使用原因、應注意之事項、副作用，與本保險已給
付品項之療效比較等。同意書應載明自付差額品項名稱、
品項代碼、醫療院所單價、數量及自付之差額。

八、保險醫事服務機構有下列情事之一者，保險人得依「全民健康保
險醫事服務機構特約及管理辦法」規定，予以違約記點一點：

- (一)違反第七點規定者。
(二)不當向保險對象收取自付差額品項之費用，超過保險人所訂
之差額上限者。

九、保險醫事服務機構應將公布於網際網路之自付差額品項之搜尋路
徑函知保險人，以便保險人連結。保險人將彙總價格資訊，公布
於本局全球資訊網，以供各界查詢。

十、自付差額特材品項若因價格下降等因素，將請相關醫療專業團體
或專家學者提供納入全額給付之評估意見，經保險人彙總相關單
位之意見後，循新品項收載流程，並衡酌健保財務負擔及經濟效
益評估，以決定是否納入全額給付。

附錄 3-9-2 全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範

(101 年 12 月 1 日起實施)

- 一、全民健保尚未收載之特材品項，保險醫事服務機構或特材許可證持有廠商應先向本署建議納入給付，未向本署建議核價之特材，健保不予給付，且不得向保險對象收取自付費用。
- 二、保險醫事服務機構為保險對象提供醫療服務時，應依健保法規定優先使用健保給付之特材品項。
- 三、保險醫事服務機構收取自費特材費用之原則：
 - (一)已向本署提出核價建議並經本署受理，尚在審核中、議價中或議價未完成之品項，在完成核價程序之前，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費，該等品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號將公布於本署全球資訊網。
 - (二)已納入給付品項，但不符合健保給付規定者，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費。
 - (三)經本署審議結果為不納入給付之品項，保險醫事服務機構可向保險對象收取全額自費，該等品項名稱、品項代碼及醫療器材許可證字號，將公布於本署全球資訊網。
 - (四)已導入全民健康保險住院診斷關聯群（Tw-DRGs）項目，有上開（一）、（二）、（三）款所列自費情形者，保險醫事服務機構應依支付標準 Tw-DRGs 支付通則規定辦理。
 - (五)各項手術所需之「手術一般材料費」（依支付標準第二部第二章第七節所定各手術費點數之 53% 計算），及執行各項治療處置、檢驗檢查、注射等所需使用之敷料、外用消毒藥劑...等一般材料，其費用已包含於手術、治療處置、檢驗檢查及注射等支付標準，不可再向保險對象收取該等一般材料費用。
- 四、例外情況：凡緊急情況，無全民健康保險藥物給付項目及支付標準第八十條本標準之特殊材料給付品項暨支付標準表之同功能類別的特材品項可使用，且需使用尚未給付之特材品項，得依保

險對象病情及其意願自費使用。

五、作業程序：

- (一)資訊公開：保險醫事服務機構應依醫療法第 21 條規定，將自費特材品項報請直轄市、縣（市）主管機關核定收取費用之標準，並將該品項及費用、產品特性、副作用、與健保已給付品項之療效比較，公布於院所網際網路或明顯處所。
- (二)事前充分告知並簽立同意書：為保障保險對象權益，保險醫事服務機構應於手術或處置前 2 日為原則(緊急情況除外)，交付自費品項費用及產品特性、使用原因（含不符健保給付規定之原因）、應注意事項、副作用，與健保給付品項之療效比較說明書予保險對象或家屬，同時充分向保險對象或家屬解說，並由保險對象或家屬填寫同意書一式二份，一份交由保險對象保留，另一份則保留於病歷中，另同意書載明事項應包含該等自費品項名稱、品項代碼、醫療器材許可證字號、保險醫事服務機構特材單價、數量及自費金額等。
- (三)保險醫事服務機構向保險對象收取自費特材費用，應摺發收據交予保險對象或家屬收存。

附錄 3-9-3 全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準，第七部全民健康保險住院診斷關聯群(Tw-DRG) 通則

通則二、各 Tw-DRG 之給付，已包含當次住院屬本標準及全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，特約醫療院所不得將屬當次住院範圍之相關費用移轉至門診或急診申報，或採分次住院，或除病患同意使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」規定之特材外，另行向保險對象收取給付範圍費用，違反本項規定者，整筆醫療費用不予支付。

通則十四、DRG 案件使用符合「全民健康保險保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」之自費特材，其保險醫事服務機構收費及健保支付方式：

- (一)病患同意使用符合上述規範之自費特材，保險醫事服務機構得收取該特材之全額自費。
- (二)DRG 支付點數需扣除自費特材替代之原健保給付特材品項之支付點數，替代之特材品項由保險醫事服務機構自行併同醫療費用申報。
- (三)併同醫療費用申報資料：自費特材（含不給付項目及不符適應症之個案）之品項代碼、單價、數量、收取自費總金額；替代之原健保給付特材品項代碼、支付單價、數量及支付點數。
- (四)自費特材收取金額不得計入本通則六所稱實際醫療服務點數計算。

附錄 3-9-4 醫療費用收費標準核定作業參考原則

行政院衛生署 102 年 5 月 6 日衛署醫字第 1020270162 號函頒訂

第一章 訂定目的與適用範圍

- 一、為利直轄市、縣（市）主管機關核定醫療費用收費標準及管理之作業一致，特訂定本參考原則。
- 二、本參考原則醫療費用之範圍，係指醫療機構為執行醫療業務所發生之相關費用。

第二章 核定原則

- 三、醫療費用之收費標準，依下列原則核定：

（一）屬健保給付規定項目者：

1. 健保特約醫療機構：依健保支付標準規定辦理。
2. 非健保特約醫療機構：直轄市、縣（市）主管機關應依健保支付標準（醫學中心等級）2 倍以下之範圍內核定收費。

（二）非屬健保給付規定項目（自費項目）者：直轄市、縣（市）主管機關應衡酌醫用者意見、成本分析、市場行情與醫療設施水準等因素，依審查作業程序據以核定並公告辦理。

- 四、直轄市、縣(市) 主管機關得依本參考原則，擬訂審查作業程序，提送該直轄市、縣（市）醫事審議委員會審議通過，公告周知所轄醫療機構。
- 五、醫事審議委員會審議醫療費用時，至少各應有法學專家及社會人士之委員一人以上出席。必要時，得邀請相關醫用消費者或病友代表、學者專家列席表示意見。

第三章 醫療機構申請自費項目之核定作業程序

- 六、醫療機構如有新增（或調整）自費項目，應檢附成本分析與

市場行情等佐證資料，向直轄市、縣（市）主管機關提出申請。

七、直轄市、縣（市）主管機關受理前項申請資料，應參考醫用者意見、成本分析、市場行情或同等級以上醫療機構之相同項目收費等資訊，據以審查、核定。

前項審查，無法逕予核定者，應研擬初審意見，提送醫事審議委員會審議。

八、醫療機構申請新增（或調整）自費項目經直轄市、縣（市）主管機關核定後，應將核定公告及醫療費用項目等事項以紙本揭示於醫療機構及於所屬網站首頁明顯處 7 日以上，且於櫃檯備置經主管機關核定之紙本收費標準供病人查閱，始得收費，並應持續公開揭示，供民眾就醫選擇參考。

第四章 核定後之主管機關義務

九、前項醫療費用之審議核定結果，各該直轄市、縣（市）主管機關應揭示於所屬網站首頁明顯處，並及時更新，供民眾就醫選擇參考。

十、直轄市、縣（市）主管機關針對醫療機構自費項目收費之查核，除年度定期之督導考核應予加強外，併應強化不定期之主動稽核作業。

附錄 3-9-5 DRG 支付制度下新增全新功能類別特殊材料因應方案

一、目的

全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準(以下稱本標準)第七部，各 DRG 之支付點數已包含當次住院屬本標準、全民健康保險藥物給付項目及支付標準所訂各項相關費用，為使 DRG 支付制度與高科技同時並進，避免影響新特殊材料之引進及保障病患之就醫權益，特訂定本因應方案。

二、全新功能類別特殊材料(以下稱新特殊材料)：係指經保險人「全民健康保險藥物給付項目及支付標準擬訂會議」決議具全新功能類別特殊材料之品項。

三、新特殊材料對 DRG 支付點數影響評估方式：

(一)第一類：使用新特殊材料導致臨床診療型態或手術方式改變(例如傳統手術改變為內視鏡手術)，醫院過去住院申報資料，缺乏相同診療型態或手術方式個案之醫療利用資料，無評估使用新特殊材料之醫療點數影響。

(二)第二類：使用新特殊材料惟手術方式不變。

1.估算使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數：使用原特殊材料個案之醫療服務點數，以新特殊材料校正原特殊材料品項支付點數，計算不同 DRG 落點個案之平均醫療服務點數。

2.選擇觀察 DRG：使用原特殊材料個案有多個不同 DRG 落點時，以特殊材料使用率最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/某 DRG 總人數)、特殊材料使用人數最高 DRG(某 DRG 使用該特殊材料人數/使用該特殊材料總人數)為觀察 DRG。

3.評估新特殊材料是否成為得加計額外點數之項目：使用新特殊材料之每人平均醫療服務點數大於觀察 DRG 之 75 百分位者，為得加計額外點數之項目；小於任一項觀察 DRG 之 75 百分位者，其新特殊材料支付點數應包含於 DRG 支

付點數。

四、個案 DRG 支付點數之計算方式：

(一)使用第一類新特殊材料之個案：此類個案原應屬 DRG 實施期程範圍者，暫以論量計酬方式申報，俟有完整申報資料，經評估後恢復按全民健康保險醫療費用支付標準第七部規定申報。

(二)使用第二類得加計額外點數特殊材料項目之個案：個案按全民健康保險醫療費用支付標準第七部第一章支付通則六之(一)至(三)、(六)項計算 DRG 支付點數及另行核實申報點數外，依下列規定計算加計額外點數。以下所稱定額為權重乘以標準給付額乘以加成項目($RW \times SPR \times (1 + \text{各加成項目})$)。

1.有下列情形之一者，不得加計額外點數，且不得向病患收取費用：

(1)實際醫療服務點數小於下限臨界點。

(2)實際醫療服務點數小於 DRG 定額。

(3)實際醫療服務點數大於 DRG 定額，惟 DRG 定額大於上限臨界點。

2.額外加計算點數以下列情況之一且取低者：

(1)新功能特材總點數之 50%。

(2)以實際醫療服務點數計算額外加計算點數。

A.實際醫療點數大於定額，但小於上限臨界點者，加計定額至實際醫療點數差額之 70%。

B.實際醫療點數大於上限臨界點，且上限臨界點大於定額者，加計定額至上限臨界點差額之 70%。

五、保險人將定期於保險人全球資訊網公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼，及後續新增之同類既有類別品項代碼。當使用新特殊材料項目之醫療型態改變或特殊材料項調整支付價格時，保險人將重新評估新特殊材料對 DRG 支付點數之影響，重新公布得論量計酬或得加計額外點數之特殊材料代碼。