

全民健康保險 第二期規劃報告



衛生福利部

全民健康保險 第二期規劃報告



衛生福利部

揭序 全民健康保險的誕生與成長

全民健康保險於民國 84 年 3 月 1 日正式開辦，這個政策最初是在民國 75 年由當時行政院院長俞國華提出，之後歷經李煥、郝柏村與連戰等三位行政院院長，經過長達七年的規劃與討論後所做出的重大決策。

行政院經濟建設委員會於民國 77 年 7 月開始規劃健保制度，我於民國 79 年 6 月接掌行政院衛生署後，即於是年 7 月 1 日奉行政院指示接手後續第二期規劃工作，於第一期的規劃方向上，做更詳實的規劃與整合以及相關法案研擬，乃至其後的立法，持續推動到全民健保開辦。

感謝衛生福利部的同仁在百忙之中，撥冗整理當初規劃時期的相關資料，完成這本「全民健康保險第二期規劃報告」，記錄全民健康保險規劃過程以及重要大事，並就各面向深入蒐集各分工組的決策過程，不厭其煩地反覆求證、思辨與演算，皆一一在此呈現。

全民健保規劃係整合公勞農保三種不同體系之十三種保險制度的醫療給付，涉及許多行政機關，必須一一化解各單位疑慮，最後才確定由「中央衛生主管機關」為全民健康保險主管機關。確認了專責單位後，健保加保方式也備受爭議，全民一次納入或是分階段納入，各方多所論戰，最後在郝院長考量當時沒有保險的大部分是兒童與老人等依賴人口，且占全人口的近半數，因此裁示一次性納入保險，以保障弱勢者的權益，免除民眾因經濟障礙而無法看病的困難；也就是減少「因病而貧」的現象。

決定全民一次納保後，財務制度設計是全民健保第二期規劃工作中最大的挑戰。內容涵蓋了保險費的徵收方式，政府、雇主與被保險人的分擔比率、保險費率、

被保險人的保險費計算方式以及設計投保金額分級表等，並且立法明定建立獨立自主的財務責任制度。至於費率的訂定，則是以「量出為入」的方式精算總醫療費用，再精算出「量入為出」的保險費率。

為了促使民眾珍惜醫療資源不浪費，在需求面上則採取部分負擔制度，用以提高民眾對醫療成本之意識；在供給面的控制上，則依照第一期規劃建議採取總額預算制度，使醫療提供者共同承擔財務風險責任。另在費率的調整方面，則明訂在安全準備少於一個月或多於三個月時，即應啟動調整機制，以確保健保財務之穩定。

健保二期規劃工作，在財務面有關「平均眷口數」的設計可謂是獨創的關鍵，事關雇主與受僱者的關係，此一設計自然彌平各方疑慮。而整體規劃雖多數取經於各國類似之制度，然因各國國情不同，當時規劃團隊既有使命感也很清楚地看到別人的制度，知道哪些我們可以取法，哪些不合用，在取捨與創新間，最後完成全民健保法的立法通過，隨後並通過相關子法規之訂定。同一時間，在健保局與六個分局的辦公場所的擇定，與毅然決然決定以買代租的政策，在當時可謂是大膽且前瞻。

至今，全民健保實施已二十五年，最近一期的 CEOWORLD 雜誌，把台灣的醫療體系評為世界第一；二〇一四年匯豐銀行發表了一份針對全球一百個國家的外派人員調查，針對於各國醫療服務的品質與價格做比較，結果，從性價比的角度，台灣遙遙領先全世界。足以證明當年的規劃設計是很有道理的。特別值得一提的是，在健保局籌備的階段，因過去並無類似經驗，加上來自各路如公保、勞保、農保、衛生等等不同體系的人馬，要在邊作戰邊培訓中往目標推進，人員的日以繼夜實非一般公務機關之作息可以比擬。此一過程，也創造了非凡的革命情感，讓健保的實施，在當局一聲令下，雖嫌倉促上陣，卻也能在極短時間步上正軌；此外，值得大書特書的事是，當實施初期面對各方反彈，必須立即上各大媒體（包括電視、電台、報紙）及向農、漁、勞團體說明清楚並做必要的宣導，此時科長以上的主管幾乎全都派上戰場，也都在很短的時間內，讓民怨平息。這些戰將正是健保成立至茁壯的骨幹。這些都是十分值得紀錄的大事。

時代巨輪長轉，人口結構、疾病發生的情況包羅萬象，而國家整體財務與產業、經濟之實況也會影響健保改革之進程。整理此一過程做成報告，除了將原設計團隊的心路歷程及集思廣益的結果清楚呈現，也期望後來者在追本溯源中，更可探知其理念，當參數改變或時勢演變至非當初設計時可比擬之情狀，亦容易尋得解決方案，使健保永續之使命可以確保，是所至盼！

監察院院長

張博雅

謹上

2020年2月

部長序 邁向全民均健

世界衛生組織（WHO）多年來呼籲會員國採取行動，達成 Health for all 的目標，臺灣雖非世界衛生組織的會員，卻早在 1995 年全民健保開辦後，就達到人人享有醫療服務的目標，不僅在國內民眾滿意度高達將近九成，在國際間，也屢受讚揚，成為各國研究及參考的模式。

政府開辦全民健保，整併當時的勞工保險、公教人員保險、農民健康保險等十三種與健康保險有關的保險體系，並擴展至全民納保的完整社會性健康保險制度，全體國民從出生起，不分年齡、貧富或職業，人人均享有平等就醫的權利。此外，在臺灣工作或合法居留的外國人均受全民健保的保障，享有相同的醫療服務。

而健保制度的成功，奠基於經建會時期的第一期規劃工作，以及監察院張博雅院長擔任行政院衛生署署長時所推動的全民健保第二期規劃工作。這本「全民健康保險第二期規劃報告」，除了說明全民健康保險第二期規劃的緣起及目標外，針對保險行政體制、保險對象、投保單位、保險給付、保險財務、支付制度、資訊系統、中央健康保險局籌備成立與推動、人才培訓，以及教育宣導等事項，以十五個章節說明全民健康保險制度的設計與規劃，詳實記載當時寶貴的政策規劃與推動的過程及結果。

本書除了作為未來健保改革時的重要參考依據外，也提供各界人士瞭解整個健保制度的設計與架構，尤其在全球化的今日，透過本報告書的經驗分享，臺灣在全民健保上的成就與經驗，可作為他國的借鏡，實踐全民健康的理想目標。

衛生福利部部長

陳時中

目

錄

揭序 ~ 全民健康保險的誕生與成長 / 張博雅	1
部長序 ~ 邁向全民均健 / 陳時中	4
第一章 前言	15
第一節 規劃緣起及規劃目標	18
第二節 規劃組織架構及過程	20
第二章 保險行政體制	27
第一節 前言	29
第二節 背景及問題探討	32
第三節 規劃原則及規劃構想	39
第三章 保險對象及投保單位	47
第一節 前言	49
第二節 既有保險對象分析	49
第三節 全民健康保險保險對象規劃構想	55
第四節 投保單位分析	60
第五節 投保單位功能分析	64
第六節 其他相關措施規劃方向	66
第四章 保險給付	69
第一節 前言	71
第二節 背景分析	72
第三節 規劃構想	77

第五章 保險財務	87
第一節 前言	89
第二節 財務制度內容	91
第三節 醫療給付費用推估	104
第六章 醫療體系	117
第一節 前言	119
第二節 背景分析	119
第三節 規劃構想	129
第四節 全民健康保險實施對民眾利用醫療服務之影響	136
第七章 支付制度規劃	141
第一節 前言	143
第二節 背景分析	143
第三節 論病例計酬支付制度規劃	147
第四節 門診支付制度規劃	153
第五節 全民健康保險支付標準表規劃	159
第六節 藥價基準規劃	168
第七節 總額支付制度規劃	173
第八節 第一期、第二期規劃與後續立法之執行結果	185
第九節 結語	194
第八章 醫療服務及費用審查	195
第一節 前言	197

第二節 背景分析	197
第三節 全民健康保險審查及稽核制度之規劃	200
第四節 檔案分析制度之應用規劃	208
第五節 結語	220
第九章 醫療憑證	221
第一節 前言	223
第二節 背景分析	224
第三節 國外醫療憑證比較分析	239
第四節 第二期規劃構想	241
第五節 結語	248
第十章 全民健康保險資訊系統	249
第一節 前言	251
第二節 規劃目標與原則	252
第三節 系統規劃簡介	254
第四節 系統功能規劃	256
第十一章 全民健康保險法規	277
第一節 前言	279
第二節 全民健康保險法	280
第三節 中央健康保險局組織條例	337
第四節 全民健康保險相關法規	349
第五節 相關法令之配合修訂	464

第十二章 中央健康保險局籌備成立與推動	473
第一節 籌備處成立經過	475
第二節 籌備處暫行組織規程	476
第三節 籌備工作重點目標	478
第四節 規劃中央健康保險局組織體系	481
第五節 規劃中央健康保險局人力配置	488
第六節 規劃辦公房舍及增設聯絡辦公室	489
第十三章 人才培訓	491
第一節 前言	493
第二節 第一期規劃原則	493
第三節 第二期人才培訓	495
第四節 對短期人才培訓之規劃構想	496
第五節 短期人才培訓之執行成果	499
第六節 中央健康保險局籌備階段和開辦初期員工培訓	505
第七節 中長期人才培訓規劃之構想與建議	507
第十四章 教育宣導	509
第一節 前言	511
第二節 規劃緣起	511
第三節 第一期規劃構想與相關建議	513
第四節 第二期規劃之宣導策略、架構與實施計畫綱要	515
第五節 宣導方式與內容	521

第六節 宣導效果之評估 (民意調查)	529
第七節 中央健康保險局籌備階段與開辦初期的業務宣導	538
第十五章 全民健康保險開辦	551
第一節 前言	553
第二節 開辦日期的決定	553
第三節 政府的因應作為	554
後 記	558
全民健康保險第二期規劃小組工作團隊名單	560

表

目

錄

表 1-1	全民健康保險規劃指導委員會組成	22
表 1-2	全民健康保險規劃指導委員會顧問名單	22
表 1-3	全民健康保險規劃時期之重要大事	24
表 2-1	全民健康保險開辦前與健康保險有關的社會保險	31
表 3-1	各類健康保險人口之人數統計	50
表 3-2	各類健康保險人數歷年成長率	51
表 3-3	民國八十三年底榮民榮譽人數	53
表 3-4	民國八十三年底榮民榮譽戶數	53
表 3-5	民國八十三年底榮民按地區分佈情形	54
表 3-6	全國總人口與保險人口及未保險人口年齡分布情形	54
表 4-1	每人平均醫療利用次數—按年齡、保險有無區分	75
表 4-2	部分負擔影響不同所得階層醫療服務利用一覽表	82
表 5-1	保險財務重要內容	90
表 5-2	全民健康保險投保金額分級表	103
表 5-3	被保險人的負擔比率	103
表 5-4	民國七十九年國民健康調查無保險者自付醫療費用	111
表 5-5	民國八十一年臺灣地區無保險者自付醫療費用	111
表 5-6	勞保年齡別、性別每人平均門診及住院費用	112
表 5-7	調整後民國七十九年勞保年齡別、性別每人平均門診及住院醫療費用	112
表 5-8	民國七十九年年齡別、性別每人平均門診及住院醫療費用	113
表 5-9	醫療給付費用假設及推估結果	113
表 5-10	第一期與第二期規劃報告費用推估變數假設之差異說明	114

表 6-1	醫療網計畫目標	122
表 6-2	民國八十一年臺灣地區醫院與診所之數量與分布	123
表 7-1	全民健康保險三階段藥價調整方案	171
表 7-2	第一期及第二期支付制度規劃之比較	186
表 8-1	醫療院所門診檔案分析異常狀況及抽樣率	202
表 8-2	門診預估抽樣件數依檔案分析項數推估	202
表 8-3	住院案件依檔案分析異常狀況之抽樣率規劃	203
表 8-4	各層級醫院住院抽樣件數依檔案分析項目推估	204
表 9-1	公保、勞保醫療憑證原始設計功能與實際功能	238
表 10-1	承保系統功能說明表	257
表 10-2	醫療給付系統功能說明表	260
表 10-3	醫務管理系統功能說明表	265
表 10-4	財務管理系統功能說明表	267
表 10-5	人事管理子系統功能說明表	269
表 10-6	決策輔助系統功能說明表	270
表 10-7	外界資訊交換系統功能說明表	272
表 10-8	地區團體投保單位承保系統功能說明表	275
表 10-9	安全控管系統功能說明表	276
表 11-1	全民健康保險法立案要點草案	282
表 11-2	全民健康保險法	314
表 11-3	中央健康保險局組織條例	343
表 11-4	全民健康保險監理委員會組織規程	353
表 11-5	全民健康保險監理委員會編制表	355

表 11-6	全民健康保險爭議審議委員會組織規程	358
表 11-7	全民健康保險爭議審議委員會編制表	359
表 11-8	全民健康保險爭議事項審議辦法	361
表 11-9	全民健康保險醫療辦法	376
表 11-10	重大傷病範圍表	392
表 11-11	全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程	405
表 11-12	全民健康保險醫療費用協定委員會編制表	409
表 11-13	全民健康保險法施行細則	436
表 11-14	配合全民健康保險法應修正之法規	468
表 12-1	中央健康保險局總局與分局之業務職掌及分工	487
表 13-1	全民健康保險專業人才近程訓練計畫實施情形	501
表 13-2	全民健康保險專題班辦理情形	504
表 14-1	民國八十二年一月至八十三年十二月全民健康保險媒體宣導執行情形	525
表 14-2	全民健康保險專題班辦理情形	528
表 14-3	各界辦理全民健康保險民意調查部分結果摘要	550
表 15-1	全民健康保險開辦時門診部分負擔規定一覽表	557



圖 1-1	全民健康保險規劃指導委員會及健保規劃小組組織架構	21
圖 2-1	全民健康保險開辦前之社會保險組織體系	38
圖 2-2	全民健康保險整併原有社會保險之醫療給付示意圖	44
圖 2-3	中央衛生主管機關組織架構	45
圖 2-4	全民健康保險體制架構	46
圖 4-1	門診部分負擔制度圖	82
圖 4-2	住院負擔制度圖	83
圖 6-1	醫療區域內醫療機構之轉診流程	139
圖 7-1	門診病人分類架構圖	155
圖 7-2	美國門診病人組群分類	157
圖 7-3	總額預算總體運作流程圖	179
圖 7-4	醫療給付費用總額分配方式	179
圖 8-1	全民健康保險審查流程圖	205
圖 8-2	門診資料審查流程圖	206
圖 8-3	住院案件審查流程圖	207
圖 8-4	門診檔案分析基本架構	217
圖 8-5	住院檔案分析基本架構	218
圖 8-6	病人檔案分析流程圖	219
圖 11-1	公保相關法令位階表	466
圖 11-2	勞保相關法令位階表	467
圖 12-1	中央健康保險局組織體系	484
圖 12-2	中央健康保險局組織規劃 (總局)	485
圖 12-3	中央健康保險局組織規劃 (分局)	486
圖 14-1	教育宣導規劃與執行之整體架構	517

第一章

前言

第一章 前言

行政院在民國八十四年三月一日開辦全民健康保險，這個政策經過長達七年的規劃與討論，歷經四任行政院院長（俞國華院長、李煥院長、郝柏村院長及連戰院長）所作的重大決策，值得將其歷程詳加記載。

民國七十年代，由於我國經濟持續快速發展，平均國民所得提高，政府與全體國民更加體認保障國民身心健康的必要性。行政院俞國華院長於民國七十六年十一月指示行政院經濟建設委員會（以下簡稱經建會）負責規劃全民健康保險制度，並宣示民國八十九年為全民健康保險實施目標年。希望藉由社會保險使所有國民都能獲得適當醫療照護，從而可以收到預防與治療疾病之效果，以確保個人健康的權利。

民國七十八年二月，在民情輿論殷切期望之下，行政院俞院長在立法院施政報告中，將全民健康保險之目標年提前至民國八十四年。民國七十九年六月，郝柏村院長聽取經建會全民健康保險規劃簡報，同時衡酌實際辦理進度後，裁示在「不浪費、不虧損」之原則下，於民國八十三年實施全民健康保險。行政院衛生署（以下簡稱衛生署）旋奉行政院指示，自民國七十九年七月一日接辦全民健康保險第二期規劃工作，接續第一期報告中的規劃原則及構想，作更細密之規劃和法案草擬。

以下本章即分別就全民健康保險第二期規劃之緣起、目標，以及規劃當時的組織任務、功能、組成等部分予以說明，並簡述第二期規劃過程與重要大事。

第一節 規劃緣起及規劃目標

經建會的第一期規劃，已經對全民健康保險描繪出一個架構，接下來的工作就是如何使這個架構更加充實。衛生署於接辦全民健康保險規劃工作後，即報奉行政院核定於民國八十年二月成立「全民健康保險規劃小組」（以下簡稱健保規劃小組），依據當前國家目標及社會需要，參酌各國實施健康保險制度之利弊得失，並羅致各方面之專家學者及有關機關代表參與規劃工作，擬定整體架構。

根據經建會的第一期規劃報告，推動全民健康保險有下列三項基本目標：

- 一、提供全體國民適當的醫療保健服務，增進其身心健康。
- 二、控制醫療費用於合理範圍內。
- 三、有效利用醫療保健資源。

為達成這些目標，在推動策略以及制度設計上，有下列各項的重點：

一、整合公勞農保等十三種保險之醫療給付，發展為照顧全民之單一健康保險制度：

- （一）我國原有之公勞農保等保險因法源不同、管理機關不同、權利義務關係不同，形成一國多制的局面，導致行政成本提高、行政效率難以提昇，同時也違背公平的原則。政府推動全民健康保險，就是希望能使每位國民可在同一制度下，按能力公平分擔保險費，及獲得必要之醫療服務，達到危險分散的效果，充分發揮自助互助之功能，並降低行政成本，提高行政效率。因此，全民健康保險就是把既往的各種制度，經由立法，統合為單一制度，並成立中央健康保險局主政其事。
- （二）公務人員保險（以下簡稱公保）、勞工保險（以下簡稱勞保）現金給付部分，由其主管機關另行精算費率，收支單獨列帳，分別規劃辦理。

二、全體國民皆依強制性、階段性等原則參加健康保險：

強制性原則是社會保險的特色之一，其主要目的是防止「逆選擇」問題，也就是健康的年輕人不加保，加保的都是老弱婦孺，失去了自助互助的精神。因此，全民健康保險必須採取強制性的原則。若干人不贊成這項原則，實在是因為不了解社會保險這種自助互助的精髓，更何況生老病死乃人生必經之路，有了健康保險才能對民眾生活安全上多了一份保障。

在全民健康保險實施前，尚有將近半數國民未納入健康保險體系的照顧，政府原來擔心若一次同時納入，會對政府、雇主之財務負擔，醫療體系及保險行政作業造成大衝擊。因此，規劃採取階段性原則，希望先將公勞農保眷屬納入，再逐步擴及其他國民。但是立法與行政部門對這項原則有不同的看法，而且輿論與民意對於那些患有重病而尚未納入保險的民眾相當的關切。因此，分階段實施的原則無法達成。

三、為達到不浪費原則，應從需求面及供給面兩方面著手：

在需求的節制上，全民健康保險採用了部分負擔制度，也就是病人就診時，須自付部分醫療費用，提高民眾醫療成本之意識。在供給面的控制方面，第一期規劃建議採取總額預算制度，也就是由被保險人、醫療服務提供者及專家學者共同協議醫療費用的年度支出總額，在總額範圍內依照支付標準表決定服務報酬。換言之，上述的作法可使醫療提供者共同承擔財務風險責任，以合理控制醫療費用於預先設定之範圍內。

四、為健全財務，全民健康保險的規劃是建立獨立自主的財務責任制度，以避免因實施全民健康保險而拖垮政府的財政：

- (一) 立法明定要以精算方法推估保險費率，以及費率修訂的條件、程序及財務監督方法。全民健康保險法要清楚的規定：保險費率上限、開辦第一年費率，並且至少每兩年精算一次費率。精算的目的是要以客觀的方法，根據人口年齡結構、傷病發生率、投保金額以及醫療成本等重要因素，計算出一個費率的範圍作為參考，這是健全保險財務最重要的一個基礎。

- (二) 保險財務系統獨立，受超然地位機構之監督。在全民健康保險法中應規定設置全民健康保險監理委員會，由有關機關、被保險人、雇主以及醫事服務機構等代表及專家組成，負責保險預算、結算、決算之審議，保險財務、帳務之稽核等事項。
- (三) 政府財務責任限於法定比率之保險費及行政事務費補助，不負盈虧責任。政府將在這個基礎上，與雇主暨被保險人共同負擔全民健康保險的費用。換言之，支出若增加，將調整保險費率，大家按比例來分擔支出，這樣才可以避免發生國家因健康保險嚴重虧損而拖垮財政的後果。

五、合理規劃保險給付，以防止醫療資源的浪費：

對無關疾病治療，或價格彈性大，易導致浮濫利用等項目則不予給付。同時也針對長期住在急性醫院之病人，以增加部分負擔比例之方式，促其轉到慢性醫院繼續接受治療。這些都可能造成民眾的不便，但卻是維護制度能合理運行的條件。

六、確保被保險人獲得適當之醫療服務：

全民健康保險不只是量與範圍的擴大，也必須是質的提升，必須使人民接受醫療服務時，能夠達到滿意的程度。為提升醫療品質，在醫療體系上，還要繼續推動醫療網計畫，以均衡醫療資源分布，並加強山地離島地區醫療保健服務。此外，適當門診量的規劃以及預防保健措施的推動，都是要保證醫療的品質。

第二節 規劃組織架構及過程

民國七十九年七月由衛生署接辦全民健康保險第二期規劃後，即組成相關規劃單位以進行規劃工作。本節分就規劃過程中重要組織及過程加以說明。

一、規劃組織架構

第二期規劃重要的規劃組織為行政院全民健康保險推動小組、全民健康保險規

劃指導委員會（以下簡稱健保規劃指導委員會）及健保規劃小組，分就成立時間先後，依序說明各組織重要任務及組織架構如下。

（一）全民健康保險規劃指導委員會及健保規劃小組

衛生署於民國八十年一月成立健保規劃指導委員會，作為第二期規劃工作的最高決策單位，並設顧問群擔任諮詢工作；另於其下設健保規劃小組，負責全民健康保險之規劃工作，組織架構如圖 1-1。

健保規劃指導委員會的主要任務有二，一為聽取規劃進度報告，決定政策方向，另一為協調解決規劃遭遇之困境，希望藉由健保規劃指導委員會確定全民健康保險規劃的政策，並使全民健康保險在整合原有各種社會保險之健康保險時，獲得充分的討論。在委員會組成方面，衛生署署長擔任主任委員，委員共 25 名，由相關部會副首長、省市政府秘書長及專家學者組成（委員組成詳如表 1-1）。自民國八十年十二月至八十三年十二月為止，健保規劃指導委員會共召開 14 次會議，歷次會議議題詳見附錄一。

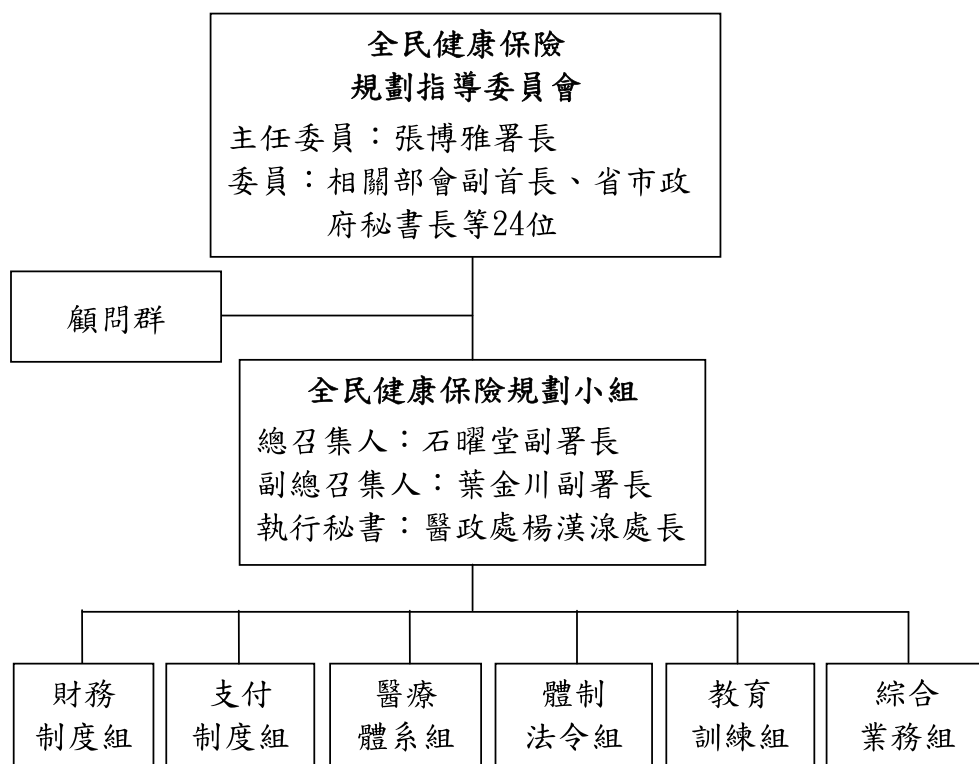


圖 1-1 全民健康保險規劃指導委員會及健保規劃小組組織架構

表 1-1 全民健康保險規劃指導委員會組成

主任委員：行政院衛生署署長

委員：共 25 名

- (一) 各相關部會代表 14 名：銓敘部次長、內政部次長、財政部次長、教育部次長、國防部次長、經建會副主委、退輔會副主委、勞委會副主委、行政院主計處副主計長、行政院人事行政局副局長、行政院研考會副主委、臺灣省政府秘書長、臺北市政府秘書長、高雄市政府秘書長。
- (二) 團體代表 5 名：醫師公會全聯會理事長、牙醫師公會全聯會理事長、中醫師公會全聯會理事長、藥師公會全聯會理事長、醫院行政協會理事長。
- (三) 專家學者 6 名：王金茂顧問、李悌元顧問、魏火曜教授、詹火生教授、蔡墩銘教授、梁國樹教授。

為因應規劃工作專業之需要，設立顧問群擔任全民健康保險規劃之諮詢工作。國外顧問包括蕭慶倫教授、胡德偉教授、Prof. Uwe Reinhardt、Prof. Robert B. Fetter、Prof. Robert Evans、Prof. Karen Davis、張旭成教授、周聯彬教授及陳紫郎教授。國內顧問則邀集 26 位專家學者組成（名單如表 1-2），並視規劃工作的實際需要，由顧問擔任分組召集人或高級研究員，依顧問之專長指揮各分組進行規劃工作。

表 1-2 全民健康保險規劃指導委員會顧問名單

謝深山委員、魏耀乾委員、黃明和顧問、郁慕明委員、洪奇昌委員、謝獻臣顧問、高資敏顧問、林朝京顧問、藍忠孚教授、胡惠德顧問、黃乾全教授、楊思標顧問、羅紀琮教授、林克炤處長、楊志良教授、蕭水林經理、江東亮教授、黃癸楠總經理、林喆教授、王家銓顧問、張苙雲教授、柯木興主任、陳雲中教授、李玉春教授、陳振武教授、吳凱勳教授。

健保規劃小組為負責規劃工作之主要組織，設總召集人、副總召集人及執行秘書各一人，由健保規劃指導委員會主任委員（行政院衛生署署長）就衛生署現職人員遴派之。自民國八十年二月正式成立以來，總召集人先後為李悌元副署長及石曜堂副署長（民國八十年四月起），副總召集人為葉金川副署長，執行秘書為醫政處楊漢淙處長。

健保規劃小組依照規劃工作的需要，分為財務制度組、支付制度組、醫療體系組、體制法令組、教育訓練組及綜合業務組等六個分組，除綜合業務組外，各分組由專家學者出任分組召集人一職，負責各分組之規劃工作。出任召集人之專家學者包括羅紀琮教授、李玉春教授、楊銘欽教授、楊漢淙處長及黃乾全教授（至民國八十一年十一月）。在規劃期間，健保規劃小組於每月第一週及第三週之週四上午，固定召開全民健康保險規劃小組會議，除各組提出規劃工作報告外，並就需討論或溝通的議題進行報告或意見交換。自民國七十九年九月至八十四年三月為止，共召開 142 次會議。健保規劃小組的工作團隊，除衛生署同仁調派外，並有專案約聘人員共同參與（工作團隊名單詳見後附）。

（二）行政院全民健康保險推動小組

依據民國八十二年三月二十四日行政院院長指示「成立跨部會小組」以推動全民健康保險，經妥慎籌劃，行政院於民國八十二年九月二十五日召開「行政院全民健康保險推動小組」首次會議，以跨部會的方式全面推動全民健康保險，主要任務為協調立法院加速審議通過勞保、農民健康保險（以下簡稱農保）修正案及全民健康保險法（草案）；協調及推動中央健康保險局之成立事宜；與原公勞保機關職掌、人事、資產之分割和整合等協調事宜；以及其他推動全民健康保險之政策事項。推動小組召集人為行政院徐立德副院長，副召集人為郭婉容政務委員；並設委員 12 人，包括銓敘部部長、內政部部長、財政部部長、行政院秘書長、主計處主計長、經建會主任委員、行政院勞工委員會（以下簡稱勞委會）主任委員、行政院研究發展考核委員會（以下簡稱研考會）主任委員、行政院衛生署署長、臺灣省省主席、臺北市市長、高雄市市長。相關幕僚工作由衛生署人員兼任。至民國八十三年四月七日為止，共召開 3 次會議。

二、規劃期間之重要大事及過程

從民國七十五年政府宣示將開辦全民健康保險開始，歷經多年制度規劃，而其層面與環節相當複雜，可參閱開辦之初由行政院徐立德副院長於中央日報連載之「全民健康保險面面觀」(附錄二)。由衛生署接續經建會，負責全民健康保險第二期規劃的過程即長達三年多，自規劃過程至全民健康保險法立法完成為止之重要大事彙載如表 1-3，其餘記事則詳見規劃過程中各年之大事記(附錄三)。

表 1-3 全民健康保險規劃時期之重要大事

日 期	重 要 大 事
75 年 2 月	行政院俞前院長宣示民國八十九年實施全民健康保險。
76 年 11 月	行政院指示經建會負責規劃全民健康保險制度。
77 年 7 月	經建會成立專案小組展開規劃作業。
78 年 2 月	行政院俞前院長在立法院施政報告中宣示，將全民健康保險實施之目標年提前至民國八十四年。
79 年 6 月	一、行政院郝前院長聽取經建會全民健康保險規劃簡報，同時衡酌實際辦理進度後裁示，在「不浪費、不虧損」之原則下，於民國八十三年實施全民健康保險。 二、經建會完成全民健康保險制度第一期規劃報告報行政院。
79 年 7 月 1 日	行政院核定由衛生署接辦全民健康保險規劃工作，接續第一期規劃原則及構想，作更細密之規劃。
80 年 2 月	行政院核定成立全民健康保險規劃小組進行規劃工作。
81 年 4 月 28 日	衛生署完成行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程(草案)及中央健康保險局籌設計畫(草案)陳報行政院。
81 年 12 月 28 日	衛生署完成全民健康保險法(草案)及中央健康保險局組織條例(草案)陳報行政院。
82 年 3 月 24 日	連院長聽取衛生署全民健康保險規劃簡報後裁示：政府已宣示於民國八十三年實施全民健康保險，應按預定時程策劃，不宜改變；社會保險之現金給付與醫療給付，宜分別列帳。院長指示成立跨部會小組推動全民健康保險。
82 年 9 月 25 日	行政院召開行政院全民健康保險推動小組首次會議。
82 年 10 月 7 日	行政院院會審議通過全民健康保險法(草案)、中央健康保險局組織條例(草案)及行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程(草案)。

日 期	重 要 大 事
82 年 10 月 15 日	一、行政院核定行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程暨編制表及行政院全民健康保險推動小組設置要點。 二、行政院將中央健康保險局組織條例(草案)函送立法院審議。
82 年 10 月 27 日	行政院將全民健康保險法(草案)函送立法院審議。
82 年 11 月 5 日	衛生署發布行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程暨編制表。
82 年 12 月 29 日	衛生署成立中央健康保險局籌備處，積極籌備公保、勞保、農保業務移轉及全民健康保險開辦相關事宜。
83 年 7 月 19 日	立法院三讀通過全民健康保險法。
83 年 8 月 9 日	總統華總(一)義字第四七〇五號令公布全民健康保險法。
83 年 9 月 16 日	立法院提案修正全民健康保險法，通過強制納保相關條文。
83 年 10 月 3 日	總統公布全民健康保險法修正條文。
83 年 12 月 23 日	立法院三讀通過中央健康保險局組織條例。
83 年 12 月 30 日	總統華總(一)義字第八一五八號令公布中央健康保險局組織條例。
84 年 1 月 1 日	成立中央健康保險局。
84 年 1 月 23 日、24 日、25 日	成立中央健康保險局各分局。
84 年 2 月 25 日	衛生署召開緊急會議，宣布三月一日正式實施全民健康保險。
84 年 2 月 27 日	行政院發布全民健康保險法自民國八十四年三月一日施行。
84 年 3 月 1 日	實施全民健康保險。

第二章

保險行政體制

第二章 保險行政體制

第一節 前言

依據民國八十一年通過中華民國憲法增修條文第十八條第三項（後修訂為第十條第五項）規定，「國家應推行全民健康保險」，而我國從民國三十九年已陸續開辦勞保、公務人員暨其相關保險、農保、台灣省各級民意代表村里鄰長健康保險（以下簡稱民保）及低收入戶健康保險（以下稱福保）等十三種與健康保險有關之保險制度（見表 2-1），各有其行政體制與保障對象。在全民健康保險開辦前，此十三種保險之被保險人數及部分眷屬合計超過 1,000 萬人，約占臺閩地區人口之 57.48%，對推行社會安全，助長經濟發展有不可磨滅之貢獻。

然而，隨著時間經過，這些保險制度逐漸顯現出其缺失，由於保險給付項目、保險費率、保險費負擔比率等皆不一致，造成各保險之被保險人間權利義務有所差異；保險費率偏低、自由就診導致之醫療浪費等，形成保險財務嚴重虧損，又因保險行政分歧，承保機關不同，對醫療機構之特約管理，醫療費用支付標準，醫療費用審查方法寬嚴，費用核付時間，就醫辦法及用藥規定等皆不相同，造成保險醫療機構及投保單位之困擾，也影響被保險人醫療受益，加重保險行政成本；又因主管機關不一，致保險政策之制定執行，保險事業之策劃推動與各種制度之改進發展，難以同步實施，尤以醫療給付之規定為甚，影響國民接受醫療服務之公平性及效率性。

為減少上述缺失，除必須修訂有關法規，制定全民健康保險法，統合多種保險之醫療給付，重新規範保險財務責任，統一醫療費用支付與審查制度外，尚須建立保險行政體制，以使全民健康保險能順利運作。

對保險體制之整合，全民健康保險第一期規劃構想，提出三種整合方式如下：

一、大整合方案：在體制架構上，建立單一體制之全民健康保險，即：

- (一) 法律制度：合併各種健康保險制度及綜合保險中之醫療給付，制定「全民健康保險法」，形成單一之「全民健康保險制度」，適用於全體國民。
- (二) 主管機關：為「社會福利暨衛生部」(暫稱)，下設「社會保險司」或「健康保險司」，主管全民健康保險業務。
- (三) 承保機關：由社會福利暨衛生部成立「中央社會保險局」，統籌辦理全國各種社會保險業務，並為全民健康保險及其他各種社會保險之保險人。

二、折衷整合方案：將全民健康保險區分為二大體制，即：

- (一) 法律制度：合併原公保體系的九種制度為公教人員保險，將公務人員保險法修正為公教人員保險法；另制定國民健康保險法，將勞保、農保醫療給付與其他國民之醫療服務整合成立國民健康保險。
- (二) 主管機關：銓敘部主管公教人員保險，社會福利暨衛生部主管國民健康保險。
- (三) 承保機關：於社會福利暨衛生部下設立中央社會保險局，統籌辦理公教人員保險、國民健康保險及其他各種社會保險業務。

三、小整合方案：囿於現實環境，其組織架構仍以維持現制為原則，但作局部之整合，即：

- (一) 法律制度：維持原有公保、勞保制度，但公保體系的九種制度整合為公教人員保險，農保則將現金給付併入勞保，醫療給付與其餘國民之醫療服務另建立國民健康保險制度。
- (二) 主管機關：公保仍由銓敘部主管，勞保仍由勞委會或改制後之勞動部主管，國民健康保險由社會福利暨衛生部主管。
- (三) 承保機關：國民健康保險連同公保、勞保業務均歸社會福利暨衛生部所成立之中央社會保險局承辦，以利統一訂定或辦理各種保險之醫療費用支付標準，審查及核付業務。

基於所得重分配效果、國民的權利與義務公平性、行政成本及保險財務控制等因素之考量，第一期規劃單位建議應採大整合方案。惟當時有部分相關機關基於維護其原被保險人利益之立場，致未能建立全民健康保險制度設計之共識。

表 2-1 全民健康保險開辦前與健康保險有關的社會保險

保險類別	實施日期	法令依據
勞工保險	39 年 3 月	勞工保險條例
公務人員保險	47 年 9 月	公務人員保險法
退休人員保險	54 年 8 月	退休人員保險辦法
私立學校教職員保險	69 年 10 月	私立學校教職員保險條例
公務人員眷屬疾病保險	71 年 7 月	公務人員眷屬疾病保險條例
退休公務人員疾病保險 ^{註 1}	74 年 7 月	退休公務人員疾病保險辦法
退休公務人員配偶疾病保險 ^{註 1}	74 年 7 月	退休公務人員配偶疾病保險辦法
私立學校退休教職員疾病保險 ^{註 1}	74 年 7 月	銓敘部函
私立學校退休教職員配偶疾病保險 ^{註 1}	74 年 7 月	銓敘部函
農民健康保險	78 年 7 月 (74 年 10 月試辦)	農民健康保險條例 (台灣省農民健康保險暫行試辦要點)
台灣省各級民意代表村里鄰長健康保險	78 年 9 月	台灣省各級地方民意代表村里鄰長健康保險暫行要點
私立學校教職員眷屬疾病保險	79 年 1 月	私立學校教職員眷屬疾病保險辦法
低收入戶健康保險	79 年 7 月	低收入戶健康保險暫行要點

註：

1. 83 年 4 月退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險與私立學校退休教職員配偶疾病保險，整併為退休公教人員及其眷屬疾病保險。
2. 另有軍人保險，其保障範圍未含醫療給付項目，而係由軍方醫療體系提供醫療照顧。

第二節 背景及問題探討

一、**主管機關**：當時十三種與健康保險有關的社會保險，分別由三個主管機關主管，分別如下：

- (一) 公保暨其相關體系，中央主管機關為考試院銓敘部，無地方主管機關。
- (二) 勞保中央主管機關為勞委會，省(市)為省(市)政府。
- (三) 農保中央主管機關為內政部，省(市)為省(市)政府，縣(市)為縣(市)政府。

因此我國社會保險之主管機關不僅跨越二院三部會，且對主管機關層級規定均不相同。

二、**承保機關**：公保體系由中央信託局公務人員保險處(以下簡稱公保處)承保，勞保體系由台閩地區勞工保險局(以下簡稱勞保局)承保，前者為中央公營事業機構，後者則為地方(省)政府之公營事業機構。

三、監理機關

(一) 公保

1. 成員：依公務人員保險法第四條第二項規定，為監督保險業務，由銓敘部會同有關機關組織監理委員會；其組織規程由考試院會同行政院定之。又依公務人員保險監理委員會組織規程第二條規定，其組織由銓敘部會同內政部、財政部、教育部、經濟部、交通部、審計部、主計處、人事行政局、衛生署、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府等機關組成。
2. 職掌：
 - (1) 保險業務及興革事項報告之審議。
 - (2) 保險預算、結算、決算及有關財務之審查。
 - (3) 保險準備金積存運用狀況之審核。
 - (4) 保險會計帳冊之定期檢查。

- (5) 保險醫療機構及業務推進情形之檢查。
- (6) 醫療爭議、現金給付暨其他有關爭議事項之審議。
- (7) 其他有關保險業務監督事項。

3. 組織：

- (1) 基金監督小組。
- (2) 經費稽核小組。
- (3) 醫療改進小組。
- (4) 醫療顧問會議：審議醫療爭議事項。(得設)
- (5) 法律顧問會議：審議現金給付暨其他有關本保險爭議事項。(得設)

(二) 勞保

- 1. 成員：依勞工保險條例(以下簡稱勞保條例)第五條第二項規定，為監督勞保業務及審議保險爭議事項，由有關政府代表、勞資雙方代表及專家各占四分之一為原則，組織勞保監理委員會，隸屬設置勞保局之臺灣省政府。
- 2. 職掌：
 - (1) 保險年度計畫及業務報告之審議。
 - (2) 保險業務之檢查。
 - (3) 保險年度預算、決算之審議。
 - (4) 保險基金保管運用之審核。
 - (5) 保險財務帳務之檢查。
 - (6) 保險爭議事項之審議。
 - (7) 保險法規及業務興革之研究建議。
 - (8) 其他有關事項。
- 3. 組織：
 - (1) 業務監理組。
 - (2) 財務監理組。
 - (3) 爭議審議組。
 - (4) 秘書室。

(三) 農保

1. 成員：依農民健康保險條例（以下簡稱農保條例）第四條第四項規定，隸屬內政部，由專家、農民代表、機關代表（包括內政部、財政部、行政院農業委員會、勞委會、主計處、衛生署、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府）。
2. 職掌：
 - (1) 保險年度計畫及業務報告之審議。
 - (2) 保險業務之檢查。
 - (3) 保險年度預算、決算之審議。
 - (4) 保險基金保管運用之審核。
 - (5) 保險財務帳務之檢查。
 - (6) 保險爭議事項之審議。
 - (7) 保險法規及業務興革之研究建議。
 - (8) 其他有關監督保險業務及審議保險爭議之事項。
3. 組織：
 - (1) 業務財務監理組。
 - (2) 爭議審議組。

依上所述，公保監理機關係由各部會及省市代表所組成，並無被保險人及學者專家等代表，且其位階高於承保機關公保處；勞保監理機關則包含三種代表，位階與勞保局相當；農保之監理機關，亦三種代表均有，惟其業務係委託勞保局辦理；在職掌方面，則三種保險大同小異。

四、醫療費用審查制度

(一) 公保處

1. 審核依據：公務人員保險法、公務人員保險法施行細則、公務人員保險醫療辦法、收費標準及折扣、常備藥品價格及加成率、與各醫院之合約規定與協議門診平均費用、醫療問題專案小組之決議、醫務顧問之裁奪、門診中心地區之收治規定、醫學專業知識與臨床治療常規、各地區駐外

醫師與護理人員之定期訪問報告、主管機關之法令解釋及醫療相關規定。

2. 審核方式：人工逐案逐級審核。
3. 醫療院所送核醫療費用資料種類：
 - (1) 醫療費用清單。
 - (2) 醫療費用總結單。
 - (3) 醫療證明單、急診申請書、處方箋副本及住院醫療費用分戶紀錄。
 - (4) 檢查結果報告單。
 - (5) 門診中心轉介證明單、轉院門診檢查治療證明單。
4. 審查單位：醫療給付第一科、第二科及公保監理委員會。

(二) 勞保局

1. 審核依據：勞保條例、勞保條例施行細則、勞工保險醫療準則、勞工保險特約醫療院所診療費用審查辦法、勞工保險診療費用支付標準表、勞工保險藥品價格表、勞工保險特約醫療院所合約書。
2. 審核方式：抽樣人工審查。
3. 醫療院所送核醫療費用資料種類：
 - (1) 門診診療費用申請表。
 - (2) 門診就診單。
 - (3) 住院診療費用申請表。
 - (4) 住院被保險人個別診療費用明細表。
 - (5) 住院被保險人個別使用藥品明細表。
4. 審查單位：醫療給付部。

五、我國公勞農保之特點

綜合上述，我國三大保險體制具有下列十項特點：

- (一) 公保業務之主管機關為考試院銓敘部，承保機關卻為隸屬財政部之中央信託局；勞保業務之主管機關為勞委會，承保機關為隸屬臺灣省政府之勞保局；農保業務之主管機關為內政部，承保機關亦為勞保局。

- (二) 對主管機關層級之規定不一；其中農保之主管機關為內政部、省（市）政府及縣（市）政府，業務由委由勞保局辦理，而以基層農會為投保單位，故就中央機構而言，涉及內政部、行政院農業委員會（以下簡稱農委會）及勞委會三部會之職權，最為錯綜複雜。
- (三) 三大保險體系，分由兩個機關承保。
- (四) 承保機關雖皆屬公營事業機構，但位階有所差異。
- (五) 監理機關之位階及機構成員各有不同。
- (六) 監理機關同時掌理「監理」與「爭議審議」事宜。
- (七) 承保機構同時掌有「醫療費用支付標準制定權」與「醫療費用審核權」兩種職權。
- (八) 兩個承保機構對醫療費用審核標準及醫療費用支付標準之規定不同，但兩者之業務量均相當龐大。
- (九) 三種屬職業團體保險投保單位辦理之業務，雖規定上有所不同，然性質上大同小異，且均以醫療單之發放、加退保作業、保險費收繳等業務占多數。
- (十) 鄉鎮市區公所辦理低收入戶健康保險（以下稱福保）業務，均屬兼辦性質。

六、我國公勞農保之問題

基於上述十項特點，不難瞭解原有保險體制存在幾項問題：

- (一) 公勞農保之中央主管機關，對承保機關不具人事任免權與行政考核權，導致保險政策難以貫徹，管理監督、行政指導與業務改進績效不易提升。
- (二) 勞保、農保雖有省（市）政府之地方主管機關，然其除補助參加職業工會、漁會、農會被保險人之保險費外，並無其他實際權責，因此地方主管機關可謂有名無實。
- (三) 公保處從屬中央信託局，但公保業務卻屬考試院銓敘部主管；勞保主管機關為勞委會，然而勞保局卻是隸屬於臺灣省政府，而其業務範圍早已涵蓋省、院轄市，所需協調層次較多，又直接受民意機關之監督，所受限制甚多，因此對其行政效能之影響頗巨。

- (四) 公保監理機關位階高於公保處，自可行使監理權，勞保之監理機關與承保機關處於相同位階，其監理功能究有多大？農保雖其監理機關位階高於勞保局，惟其業務係委託辦理性質，監理權之行使，能有多大效果，令人質疑。
- (五) 三種保險之監理委員會，均同時行使「監理」與「爭議審議」兩種職掌，在法理上難做到「公正而不偏袒承保機關」。
- (六) 由於承保機關不同，公保、勞保對於醫療費用支付標準之制定與調整，審查方式、審查標準之寬嚴，審查作業之規定等均不一致，對保險醫療機構行政作業造成極大不便。
- (七) 由於公保、勞保之審查業務量龐大，加上審查人力不足，致行政效率低落，難以落實醫療費用審查之目的。

關於全民健康保險開辦前之社會保險組織體系詳見圖 2-1。



圖 2-1 全民健康保險開辦前之社會保險組織體系

第三節 規劃原則及規劃構想

一、第一期規劃原則

全民健康保險第一期規劃，對保險體制之規劃原則主要如下：

- (一) 全體國民皆能公平受益，合理負擔，其權利義務力求均等一致。
- (二) 消除弱體保險，強化世代互助及所得重分配效果。
- (三) 集中監督，統一事權，以增進管理效率，降低行政成本。
- (四) 攸關全民性的保險，宜統合經營管理；限於特定階層投保者，則可個別建制辦理。
- (五) 建立單一管道，集中管理及合理利用資訊與資源，並對醫療供給者統一核付醫療費用，以提供公平合理的診療報酬，確保醫療服務品質，增進醫療服務效率。
- (六) 達成行政院成立社會福利暨衛生部的目的，增進全體國民健康福祉，健全我國社會安全制度，進而改善原有制度所造成的各種缺失。

基於上述六項原則，第一期規劃提出規劃構想如下：

- (一) 法律制度：制定「國民健康保險法」，合併現有各種保險的醫療給付，建立單一制度，適用於全體國民。
- (二) 主管機關：將衛生署、內政部社會司，及勞委會勞保處合併成立之。該部設「社會保險司」或專設「健康保險司」。
- (三) 承保機關：合併公保處及勞保局二個現有承保機關，於主管機關下成立中央社會保險局，分別承辦健康保險、年金保險、失業保險及職業災害保險。
- (四) 審議機關：全民健康保險實施後，現有監理機關擬仿照日本的作法改制為審議機關，即於社會福利暨衛生部下設「國民健康保險審議委員會」，職司部長交付有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢審議事宜。

- (五) 支酬機關：由醫療服務提供者（包括醫院、醫師、中醫師、藥師等）及醫療費用支付者（包括中央社會保險局、資方、勞方及消費者等）自行推選代表，另由部長遴聘專家學者等三方面人士共同組成「健康保險醫療費用支付委員會」。
- (六) 財務監理機關：由財政部部長為主任委員，社會福利暨衛生部部長、經濟部部長、勞動部部長、行政院主計處主計長為委員，合組「國民健康保險財務監理委員會」。
- (七) 其他機關：主管機關獨立設置爭議審議機關，專司申訴案件審議事宜。
- (八) 投保單位：分為「職業團體投保單位」及「地區團體投保單位」二種，前者同現有制度的投保單位及要保機關，後者為鄉鎮市區公所（軍眷得以國防部各地分支機構，榮民、榮眷得以行政院退除役官兵輔導委員會各地分支機構為投保單位）。
- (九) 適用對象：凡定居臺閩地區六個月以上的我國國民，除軍人外一律參加保險。但應為被保險人者，不得以眷屬身分投保，應以職業團體為投保單位投保者，不得以地區團體為投保單位參加全民健康保險。

二、第二期規劃原則

經過四年的第二期規劃，許多細部構想已較明確，因此第二期之規劃原則與構想已略作修正，茲分述如下：

- (一) 合併原有十三種社會保險之醫療給付為全民健康保險，俾消除原有制度分歧之缺失，期使全體國民之權利義務均等，並加強所得重分配效果。
- (二) 全體國民均能享有相同之醫療服務，但除依所得能力負擔繳納保險費之義務外，尚須自付部分醫療費用，以減少醫療資源之浪費。
- (三) 攸關全民醫療保健之全民健康保險，應由中央衛生主管機關主管，並由單一承保機關承辦全民健康保險有關業務。
- (四) 合併公保處與勞保局有關醫療給付之部門與人員，成為單一承保機關，統一制定醫療費用審查標準並核付醫療費用。

- (五) 醫療費用支付標準制定權與醫療費用成長範圍決定權分離，分由承保機關與「醫療費用協定委員會」掌理。
- (六) 應由中央衛生主管機關促使醫療供給體制之健全與配合，達成醫療照護與保健服務之均衡性，以使全體國民享有適當之醫療服務。
- (七) 依保險對象之性質，分別設置「職業團體」與「地區團體」之投保單位，以利承辦保險對象之投保事務。
- (八) 儘量簡化行政機關之設置與行政手續，以減少政府行政成本及國民、投保單位與醫療院所之不便。

三、基於上述八項原則，第二期規劃提出規劃構想如下：

- (一) 法律制度：依據行政院民國八十年九月二十五日台八十衛第三〇六四五號書函指示：「全民健康保險」應在政府負擔有限、不浪費醫療資源及維持一定醫療品質之原則下，以整合勞保、農保、公保等各項保險之健康保險，至其他部分之保險，仍可分別立法辦理。因此將合併原有各種健康保險制度及綜合保險中之醫療給付，制定「全民健康保險法」，以使全體國民納於相同體制，享有均等之醫療照護（詳圖 2-2）。
- (二) 主管機關：當時行政院組織法仍未定案，行政院組織法研修小組對衛生署之改制，提出三種構想，分別為提升為衛生福利部、提升為衛生部及改制成衛生總署。衛生與福利究應合而為一，或一分为二，向為見仁見智，惟全民健康保險係於全體國民發生生育、疾病及傷害等事故時，給予適當之醫療保障。為謀求醫療供給體制之健全與配合，重視國民醫療需求之滿足與適當性，強調醫療照護與保健服務之均衡性，以及健康保險業務之整合規劃工作，係由衛生署負責，為達成規劃與執行之一貫性，因此，全民健康保險業務，應劃歸中央衛生主管機關，主管機關下設健康保險司主管全民健康保險業務（詳圖 2-3）。
- (三) 承保機關：公保、勞保、農保連同其他國民之醫療給付部分，整合為全民健康保險，統由中央健康保險局承辦。

- (四) 監理機關：由主管部部長遴聘被保險人、資方、醫事服務機構等代表及學者專家組成「監理委員會」，隸屬主管機關，職司有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢事宜。
- (五) 支酬機關：由醫事服務提供者（包括醫院、醫師、中醫師、藥師等）及醫療費用支付者（包括中央健康保險局、資方、勞方及消費者等）自行推選代表，及由部長遴聘專家學者等組成「醫療費用協定委員會」，職司在行政院設定給付支出總額之範圍內，協定全民健康保險之年度預算，並訂定醫療費用支付標準及費用分配原則。
- (六) 爭議審議委員會：為強化全民健康保險之爭議審議功能，以保障國民權益，設爭議審議委員會，由主管機關遴聘學者專家組成，職司有關全民健康保險之保險資格事項、投保金額事項、保險費、滯納金事項、保險給付事項、醫事服務機構醫療費用事項及其他有關保險權益事項之審議事宜，直屬主管機關。
- (七) 醫療費用審查：由於規劃費用支付者仍為保險人，且亦以保險人審查醫療費用為主，加上保險人居於維護保險對象權益之立場，又非利益團體，因此設計由保險人自設並遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家組成醫療服務審查委員會，職司醫療費用審查。

四、配合措施

- (一) 儘速決定並成立主管機關組織。
- (二) 中央衛生主管機關確定為全民健康保險之主管機關後，其職掌與各部會職掌重複之處，應作適度整合，包括：由考試院銓敘部主管之公保暨其相關保險、勞委會主管之勞保，及內政部主管之農保與福保等，因此，內政部社會司保險科部分業務及勞委會勞保處醫療給付科，應歸併全民健康保險之主管機關。
- (三) 原有各保險相關法規應儘速修訂完成，將醫療給付部分劃出，歸由全民健康保險之主管機關掌管。

- (四) 原有公勞農保健康保險業務主管權應於民國八十三年十二月起，逐步轉移至中央衛生主管機關。
- (五) 省及縣市政府，除籌措應補助保險費之財源外，並應配合全民健康保險，加強宣導工作，及修改有關法令，設置辦理地區團體投保業務之投保單位。

關於全民健康保險之體制架構規劃詳圖 2-4。

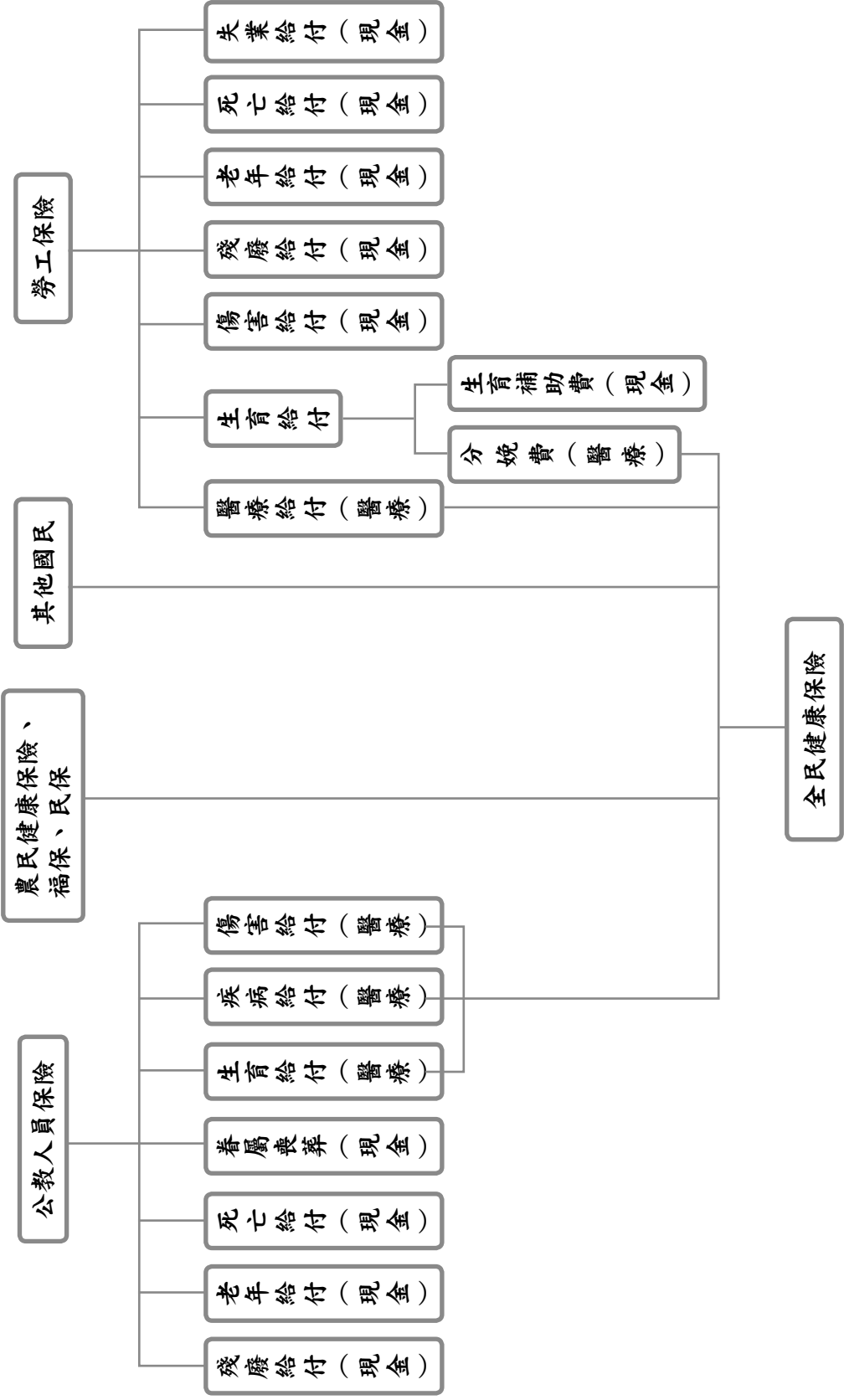


圖 2-2 全民健康保險整併原有社會保險之醫療給付示意圖

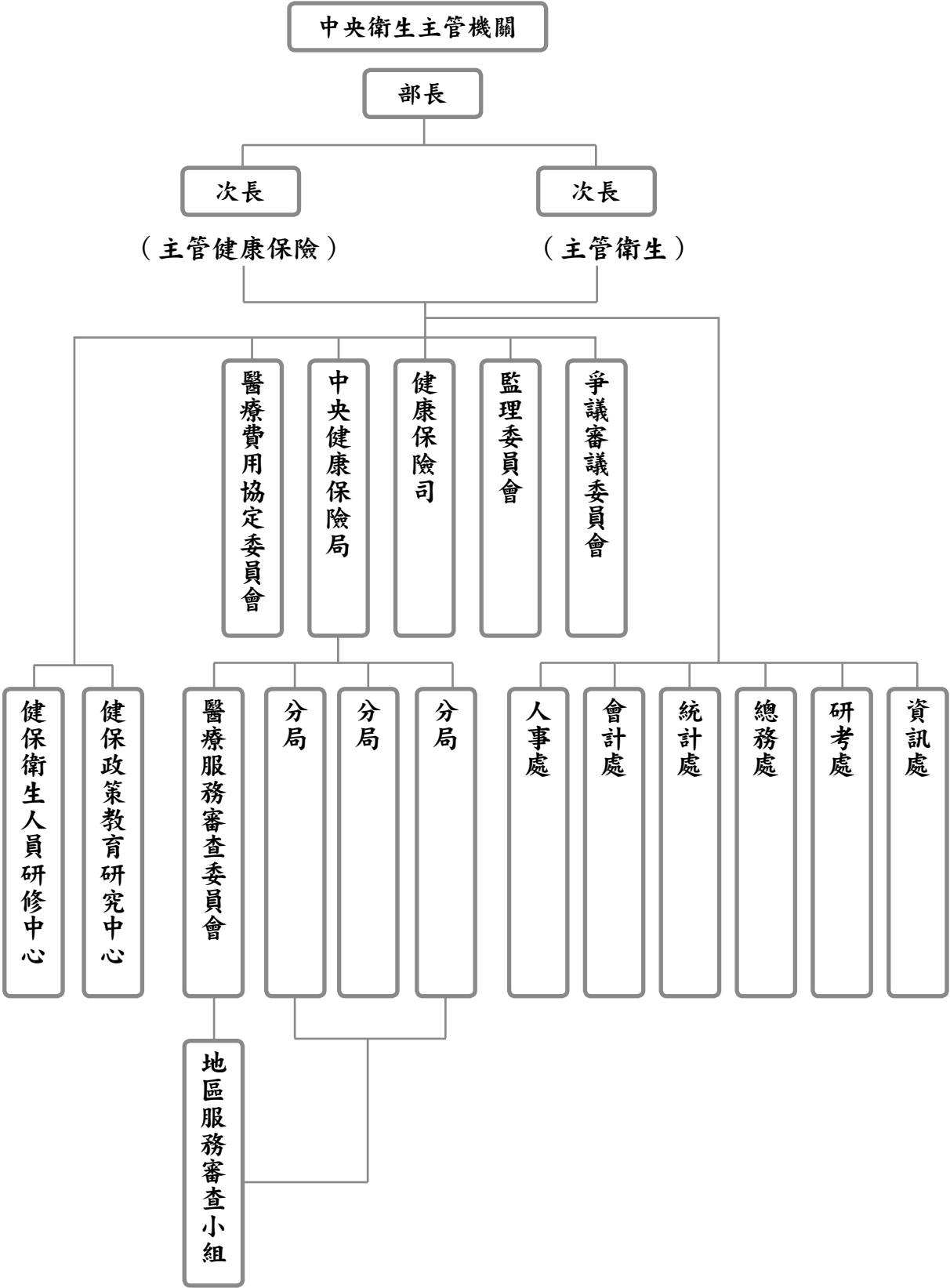


圖 2-3 中央衛生主管機關組織架構

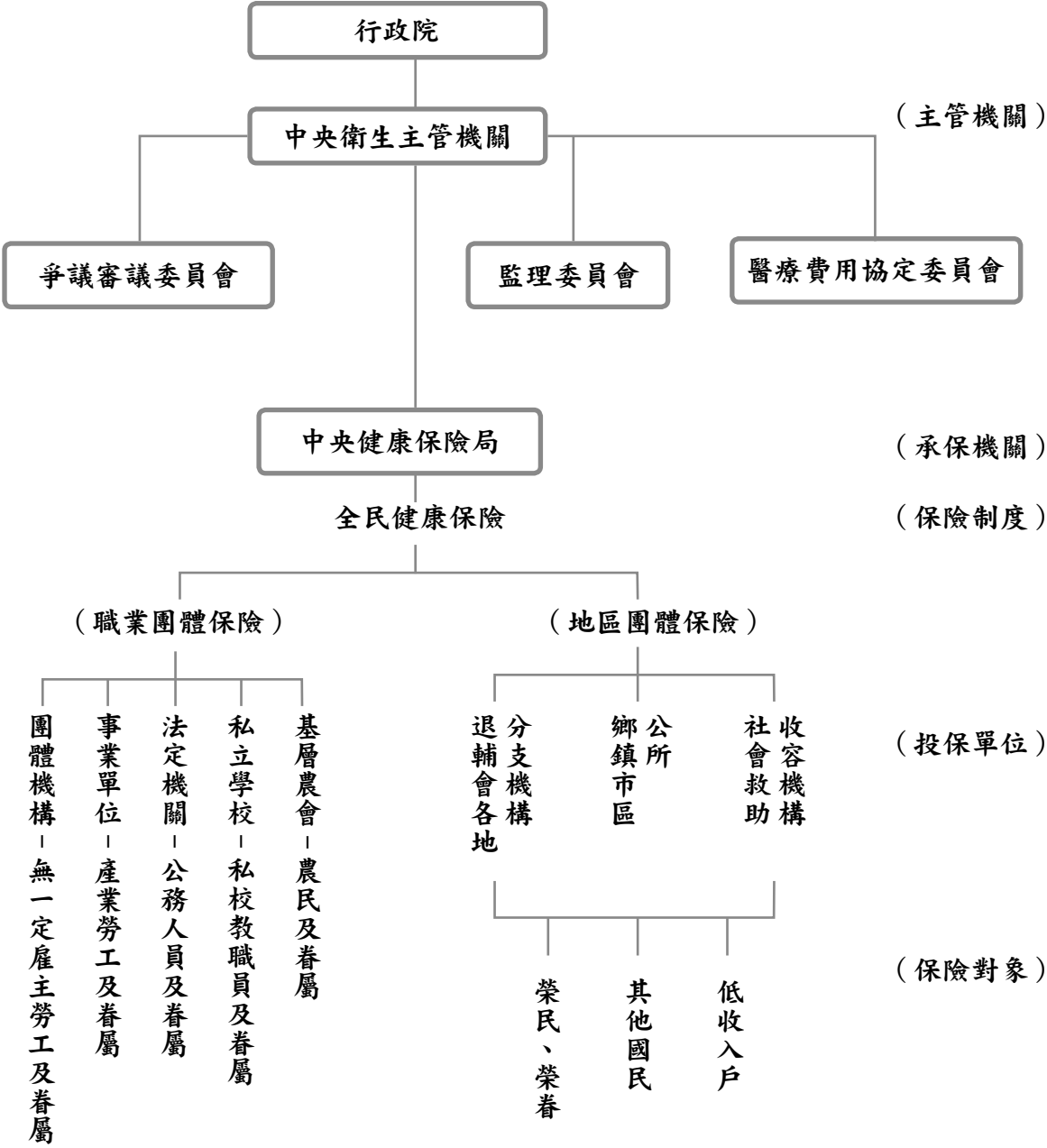


圖 2-4 全民健康保險體制架構

第三章

保險對象及投保單位

第三章 保險對象及投保單位

第一節 前言

我國自民國三十九年起開辦勞保，民國四十七年開辦公保，此後，公保逐步增辦退休人員、私校教職員、眷屬等疾病保險，農保則於民國七十八年開辦，當時我國共有十三種與健康保險有關之制度，其保險對象主要為一般受僱者、在職及退休之公務人員及農民等具備生產能力者，截至民國八十三年十二月底，各種保險之參加人口總數，約達總人口 57.48%，惟仍有將近半數人口尚未納入健康保險，其中以兒童及老人等依賴人口居多，為規劃全民健康保險，對於原已參加十三種包括醫療給付或以健康保險為主之社會保險者，以及尚未納入健康保險之國民，自有詳加分析之必要。

第二節 既有保險對象分析

按民國八十三年底各類健康保險人數與其歷年成長率、榮民榮譽軍眷保險對象人數與其分布情形，及未保險人口分析等，依序分述如下：

一、各類健康保險人數

原十三種提供醫療給付的社會保險制度，其保險對象以從事職業或勞動的本人為主，少數制度係以退休人員或配偶、父母等眷屬為保險對象。受僱於四人以下事業單位的勞工、公教人員的子女、勞工、農民的全部眷屬，以及其他無法參加以上十三種保險的國民，當時均未強制納入保險。

截至民國八十三年十二月底止，十三種社會保險的被保險人，以及由軍醫體系照護的現役軍人，總數達 1,265 萬人，約占總人口數 59.74%，詳如表 3-1 及表 3-2。

表 3-1 各類健康保險人口之人數統計

資料時間：83.12

保險類別		保險人數	占全人口比率
公保體系	公務人員保險	581,047	2.74%
	公務人員眷屬疾病保險	982,642	4.64%
	退休人員保險	2,193	0.01%
	私校教職員保險	42,864	0.20%
	私校教職員眷屬疾病保險	44,038	0.21%
	退休公教人員及其眷屬疾病保險	140,310	0.66%
	小計	1,793,094	8.47%
勞保體系	勞工保險	8,496,883	40.12%
	農民健康保險	1,737,740	8.21%
	地方民意代表等保險	28,451	0.13%
	低收入戶健康保險	116,272	0.55%
	小計	10,379,346	49.01%
投保總人數		12,172,440	57.48%
未投保總人數		9,005,434	42.52%
投保總人數（含軍保）		12,652,440	59.74%
未投保總人數（含軍保）		8,525,434	40.26%
全人口數		21,177,874	100.00%

註：

1. 83 年 4 月退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私校退休教職員疾病保險與私校退休教職員配偶疾病保險，整併為退休公教人員及其眷屬疾病保險。
2. 地方民意代表等保險及低收入戶健康保險為 82 年底資料。
3. 軍人保險之被保險人約 48 萬人，又軍保雖不包括醫療給付項目，但有軍方醫療體系提供照顧。

表 3-2 各類健康保險人數歷年成長率

保險類別		年底別	保險人數	成長率
公務人員保險及其相關保險制度	公務人員保險	75	483,473	—
		76	489,772	1.30
		77	496,175	1.31
		78	515,387	3.87
		79	536,775	4.15
		80	549,615	2.39
		81	560,127	1.91
		82	572,122	2.14
		83	581,047	1.56
	公務人員眷屬疾病保險	75	180,739	—
		76	179,688	-0.58
		77	176,749	-1.64
		78	385,632	118.18
		79	390,239	1.19
		80	388,012	-0.57
		81	950,307	144.92
		82	976,771	2.78
		83	982,642	0.60
	退休人員保險	75	4,222	—
		76	3,632	-13.97
		77	3,352	-7.71
		78	3,155	-5.88
		79	2,921	-7.42
		80	2,747	-5.96
		81	2,579	-6.12
		82	2,409	-6.59
		83	2,193	-8.97
	退休公務人員疾病保險	74	41,406	—
		75	49,976	20.70
		76	68,080	36.23
		77	73,877	8.51
		78	62,332	-15.63
		79	64,913	4.14
		80	68,041	4.82
		81	70,490	3.60
		82	74,085	5.10
		83.3	75,304	1.65
	退休公務人員配偶疾病保險	74	26,087	—
		75	32,241	23.59
		76	45,649	41.59
		77	53,045	16.20
		78	45,973	-13.33
		79	47,490	3.30
		80	49,331	3.88
		81	50,880	3.14
		82	53,389	4.93
		83.3	54,141	1.41

(續)

保險類別		年底別	保險人數	成長率
公務人員 保險及其 相關保險 制度	私校教職員保險	75	26,974	—
		76	27,723	2.78
		77	28,110	1.40
		78	28,529	1.49
		79	31,213	9.41
		80	33,883	8.55
		81	36,075	6.47
		82	39,442	9.33
		83	42,864	8.68
	私校教職員眷屬疾病保險	79	3,954	—
		80	10,529	266.28
		81	35,690	238.97
		82	40,271	12.84
		83	44,038	9.35
	私校退休教職員疾病保險	73	182	—
		74	183	0.55
		75	310	69.40
		76	432	39.35
		77	550	27.31
		78	596	8.36
		79	664	11.41
		80	770	15.96
		81	821	6.62
		82	951	15.83
		83.3	992	4.31
	私校退休教職員配偶疾病保險	75	131	—
		76	203	54.96
		77	240	18.23
		78	249	3.75
		79	280	12.45
		80	308	10.00
		81	332	7.79
		82	403	21.39
		83.3	426	5.71
	退休公教人員及其眷屬疾病保險	83	140,310	—
勞工保險		75	4,711,969	—
		76	5,321,733	12.94
		77	5,980,157	12.37
		78	6,549,661	9.52
		79	6,852,978	4.63
		80	7,281,445	6.25
		81	7,708,868	5.87
		82	8,144,183	5.65
		83	8,496,883	4.33

(續)

保險類別	年底別	保險人數	成長率
農民健康保險	74	100,739	—
	75	113,365	12.53
	76	218,021	92.32
	77	676,461	210.27
	78	1,344,155	98.70
	79	1,571,296	16.90
	80	1,653,676	5.24
	81	1,695,167	2.51
	82	1,708,488	7.86
	83	1,737,740	17.12
台灣省等各級民意代表村里鄰長健康保險	79	27,416	—
	80	28,361	3.33
	81	—	—
	82	28,451	—
低收入戶健康保險	79	102,876	—
	80	104,154	1.23
	81	—	—
	82	116,272	—

二、榮民榮眷軍眷保險對象人數及分析

依據行政院退除役官兵輔導委員會（以下簡稱退輔會）民國八十三年底資料顯示，當時計有榮民 58 萬 5,859 人，榮眷 113 萬 857 人，遺眷 13 萬 3,365 人，另榮民榮眷總戶數為 68 萬 6,253 戶，詳如表 3-3、表 3-4 及表 3-5。

表 3-3 民國八十三年底榮民榮眷人數

區分	榮民				榮眷	總計
	有眷榮民	單身榮民	不詳	小計		
現有榮民	449,143	120,508	16,208	585,859	1,130,857	1,716,716
死亡榮民	85,444	86,109	14,950	186,503	—	—
遺眷	—	—	—	—	133,365	133,365
總計	534,587	206,617	31,158	772,362	1,264,222	1,850,081

表 3-4 民國八十三年底榮民榮眷戶數

區分	榮民戶數	遺眷戶數	不確定	總計
總計	585,859	85,444	14,950	686,253

表 3-5 民國八十三年底榮民按地區分布情形

地 區	人 數	比 率	地 區	人 數	比 率
臺北市	103,599	17.7	南投縣	8,900	1.5
高雄市	43,486	7.4	雲林縣	7,146	1.2
基隆市	10,792	1.8	嘉義縣	7,352	1.3
新竹市	12,770	2.2	臺南縣	20,406	3.5
臺中市	24,424	4.2	高雄縣	35,703	6.1
臺南市	16,749	2.9	屏東縣	23,077	3.9
嘉義市	5,944	1.0	澎湖縣	3,093	0.5
臺北縣	85,319	14.6	花蓮縣	18,125	3.1
桃園縣	63,201	10.8	臺東縣	11,649	2.0
新竹縣	7,956	1.4	金門縣	1,424	0.2
宜蘭縣	8,651	1.5	連江縣	101	0.0
苗栗縣	8,415	1.4			
臺中縣	28,781	4.9	不詳	18,634	3.2
彰化縣	10,162	1.7	總計	585,859	100.0

三、未保險人口分析

民國八十三年底，已投保總人口數為 12,172,440 人；未投保人數為 9,005,434 人，占全人口 42.52%，多數為兒童、老人等依賴人口。依據民國八十一年底保險人口與未保險人口年齡分布情形（詳如表 3-6），顯示在未納入保險人口中有 51.24% 為 14 歲以下的兒童，而 20 歲以下的人口則高達 64.78%，另有 6.31% 為 65 歲以上的老人，其醫療需求較高，而承擔保險費的能力薄弱，或需依賴家中就業人口承擔其保險費。

表 3-6 全國總人口與保險人口及未保險人口年齡分布情形

資料時間：81 年底

年齡別	總人口		保險人口		未保險人口		
	人口數	占總人口數 %	人口數	占被保險總人數 %	人口數	占未保險總人數 %	占同年齡人口數 %
14 歲以下	5,361,347	25.77	467,460	4.15	4,893,887	51.24	91.28
15 ~ 19 歲	1,864,578	8.96	571,555	5.08	1,293,023	13.54	69.35
20 ~ 24 歲	1,859,677	8.94	1,024,766	9.11	834,911	8.74	44.90
25 ~ 29 歲	1,933,959	9.30	1,492,112	13.26	441,847	4.63	22.85

(續)

年齡別	總人口		保險人口		未保險人口		
	人口數	占總人口數 %	人口數	占被保險總人數 %	人口數	占未保險總人數 %	占同年齡人口數 %
30～34 歲	1,924,575	9.25	1,547,253	13.75	377,322	3.95	19.61
35～39 歲	1,749,763	8.41	1,438,483	12.78	311,280	3.26	17.79
40～44 歲	1,415,342	6.80	1,189,378	10.57	225,964	2.37	15.97
45～49 歲	887,387	4.27	751,129	6.68	136,258	1.43	15.36
50～54 歲	882,182	4.24	770,073	6.84	112,109	1.17	12.71
55～59 歲	770,190	3.70	659,090	5.86	111,100	1.16	14.43
60～64 歲	737,489	3.55	527,246	4.69	210,243	2.20	28.51
65 歲以上	1,416,133	6.81	813,948	7.23	602,185	6.31	42.52
總計	20,802,622	100.00	11,252,493	100.00	9,550,129	100.00	—

說明：

1. 未保險人口中，包括約有 48 萬名軍人享有軍方醫療體系之免費醫療照護。
2. 未扣除重複投保人口。

第三節 全民健康保險保險對象規劃構想

一、第一期規劃原則

依據經建會全民健康保險第一期規劃報告，有關保險對象之規劃原則為：

(一) 階段性

因有半數以上的國民尚未納入健康保險，且多數為孩童、老人等依賴人口，無一定雇主的就業人口及低收入或殘障等弱勢團體，其醫療需求較高，承擔保險費的能力薄弱或需依賴家中就業人口承擔其保險費，若一次納入保險，則必對醫療體系，政府、雇主及勞工的財務負擔及保險行政體制，造成過鉅的衝擊而無從適應，故宜分批分階段納入保險。

(二) 優先性

1. 對弱勢國民，如低收入戶及殘障者應以社會救助的精神，健康保險的

方式，將其優先納入。亦即由政府全額或高額補助保險費，以保險醫療給付取代社會救助式的免費醫療，以提高弱勢國民就醫的方便性及尊嚴性，並由較具專業性的健康保險機構取代社政機構，以監督醫療品質及減少浪費。

2. 應優先擴大職業團體適用對象，再實施地區團體保險。其目的在減少政府財務負擔，並在確定了職業團體的對象及人數後，可儘量避免其移轉至地區團體而產生弱體保險。

（三）強制性

全民健康保險為社會保險的一種，承保機關不得拒絕國民投保，故為避免逆選擇，以期發揮最大互助及保護作用，故必需採行強制投保，方能達成「全民」健康保險。因此凡定居於臺閩地區六個月以上的中華民國國民及其新生嬰兒，除軍人以外，一律強制投保。

（四）團體性

全民健康保險區分為職業團體保險及地區團體保險二類。採行團體保險的原因是可以聯合收繳保費，便於勞資雙方及保險人的作業，同時可以節省事務經費。更重要的是因絕大多數國民直接或間接屬於職業團體保險，少數雖非屬於職業團體，至少亦屬於地區團體，故以團體保險方式辦理才能達成強制性。

（五）限制性

為避免發生逆選擇及健全保險財務，對於投保的選擇，須為下列限制：

1. 保險對象區分為被保險人及眷屬，凡應為被保險人者，不得以眷屬名義參加保險。其目的在求有承擔保險費義務的被保險人極大化，以健全保險財務。
2. 凡應為職業團體保險被保險人者，不得為地區團體保險被保險人。
3. 退休被保險人及其眷屬，能以眷屬身分（即家戶成員中有人為就業人口）或以任意續保被保險人身分，參加職業團體保險者，應優先參加職業團體保險。

二、第二期規劃原則

前述階段性及優先性等二原則，經考量有徒增行政作業繁複之困擾，故本期規劃不再採納，並改以一次性將全體國民同時納入全民健康保險之方式辦理，至於第一期規劃報告之其餘原則仍繼續援用，作為本期保險對象之規劃原則。

（一）投保資格

基於前揭現況分析及規劃原則，為能將全體國民一併納入全民健康保險之保障範圍，同時達成避免逆選擇、貫徹強制納保及健全全民健康保險財務等效果，爰規範全民健康保險保險對象之投保資格如下：

1. 積極要件：凡在臺閩地區設籍六個月以上之中華民國國民（新生嬰兒不受設籍滿六個月之限制）以及外籍勞工，一律強制納入保險。
2. 消極要件：被保險人或眷屬有下列情形之一者，喪失其被保險人或眷屬資格：
 - (1) 喪失國籍。
 - (2) 因案囚禁服刑。
 - (3) 現役軍人或依法徵服兵役。
 - (4) 失蹤。
 - (5) 死亡。

（二）權利與義務

民眾一旦符合法律規範之投保資格，即屬全民健康保險之保險對象，依法享有一定權利並須負擔相當義務，茲詳述如下：

1. 權利：保險對象若依規定投保，則享有法定各項保險給付，即於發生生育、疾病及傷害事故時，有至保險醫療機構就醫的權利，但若因緊急傷病，應立即治療而至非特約的醫療機構就醫時，應先行自付醫療費用，並於規定期限內，檢具醫療證明及費用憑證，交由投保單位專案向保險人申請核退。

2. 義務：

- (1) 繳納保險費：職業團體保險以被保險人為單位計繳保險費，亦即每一個有職業的被保險人，不論其眷口多寡，都必須分擔所需保險成本，以增進社會互助、所得重分配及社會公平性。地區團體保險則以戶為單位，同時考慮其眷口、收入及財產等因素，作為課繳保險費的基礎。
- (2) 自付掛號費及部分負擔：保險對象在就醫時，必須依規定自行負擔掛號費及負擔部分醫療費用。
- (3) 依規定轉診就醫：為有效利用醫療資源，保險對象均須遵照分級醫療及轉診制度的有關規定就醫。

(三) 保險對象類別

為配合財務規劃之量能負擔原則，使保險對象均能按其能力負擔相應保險費，並得與原有諸多社會保險制度順利接軌，爰以有無職業為基本區分標準，再按各社會保險制度之保險對象分類、社會之職業型態及特殊身分（如榮民）等。

經全民健康保險法研議小組、健保規劃指導委員會及健保規劃小組等多次會議討論及研議，為求法律條文撰擬之簡便，爰將受僱性質、投保單位、所得穩定性與來源、保費分擔比率等性質相近之保險對象類目予以整併，擬具全民健康保險法草案陳報行政院，復由行政院函送立法院並獲審議通過後，各類被保險人及眷屬之定義如下：

1. 被保險人定義

第一類：(1) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。

(2) 公、民營事業、機構之受僱者。

(3) 前二目被保險人以外有一定雇主之受僱者。

(4) 雇主或自營作業者。

(5) 專門職業及技術人員自行執業者。

第二類：(1) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。

(2) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。

第三類：(1) 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。

(2) 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。

第四類：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家庭代表。

第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。

第六類：(1) 榮民、榮民遺眷之家庭代表及退輔會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。

(2) 第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家庭戶長或代表。

2. 各類被保險人之眷屬定義

(1) 第一類至第三類被保險人之眷屬：

① 被保險人之配偶，且無職業者。

② 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

③ 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

(2) 第四類被保險人之眷屬：

① 同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。

② 同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。

③ 同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

(3) 第五類被保險人之共同生活親屬。

(4) 第六類被保險人之眷屬：

① 被保險人之配偶，且無職業者。

② 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。

③ 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

第四節 投保單位分析

原公保、勞保、農保、民保及福保之投保單位及承辦保險事務情況，分述如下：

一、公保 (含相關保險)：

(一) 要保機關之性質及類別：

截至民國八十三年底，公保有 6,690 個要保機關。依據公務人員保險法施行細則第六條規定：「本保險之要保機關，指左列各機關：1. 總統府及所屬機關；2. 五院及所屬機關；3. 國民大會及各級民意機關；4. 地方行政機關；5. 公立學校及教育文化機關；6. 衛生及公立醫療機關；7. 公營事業機關；8. 其他依法組織之機關。但退休公務人員疾病保險，除以退休時原服務機關為要保機關外，另規定住於設有公保聯合門診中心地區之被保險人，如其要保機關遷至其他縣市，或被保險人由其他縣市遷往設有公保聯合門診中心地區 (均以戶籍為準)，得洽請當地公保聯合門診中心為要保機關。」

(二) 承辦保險事務

1. 屬承保作業者

- (1) 填具要保名冊及保險卡。
- (2) 被保險人離職或死亡之日，要保機關應收回保險證，並填具「退保通知」。
- (3) 被保險人停保或復保時，要保機關應填具「停保通知」或「復保通知」送承保機關。
- (4) 被保險人之姓名、年齡或籍貫、受益人、保險俸給、調服兵役或派駐國外、親屬之增減等事項如有變更時，要保機關應填具「變更通知」送承保機關。

2. 屬保險給付作業者

- (1) 填發「醫療證明單」、「住院證明單」或「急診申請書」被保險人因傷病或難產情勢緊急，不克即時送往特約醫療院所就醫時，得由要保機關為其申請核退醫療費用。
- (2) 向保險人請領補發門診就診單或住院申請書。
- (3) 代被保險人申請各項現金給付。

3. 屬保險費收繳作業者

- (1) 收繳保險費。
- (2) 填具「繳納保險費清單」。

4. 其他作業

- (1) 被保險人保險證遺失或記載錯誤時，由要保機關轉送承保機關換發或更正。
- (2) 被保險人調職於公保之其他要保機關時，新服務機關應為其辦理續保手續。

二、勞保

(一) 投保單位之性質及類別：

截至民國八十三年底止，共有 400,137 個投保單位，區分為九大類，包括：

1. 農、林、漁、牧、狩獵業，如稻作栽培業、造林業等屬之。
2. 礦業及土石採取業，如煤礦業、鐵礦業等屬之。
3. 製造業，如乳品製造業、脫水食品製造業、碾米業等屬之。
4. 水電、燃氣業，如電力供應業、煤氣供應業、自來水供應業等屬之。
5. 營造業，如一般土木工程業、房屋建築業、電路及管道工程業等屬之。
6. 商業，如百貨公司、進口貿易業、餐飲業等屬之。
7. 運輸、倉儲及通信業，如鐵路運輸業、海洋水運業等屬之。
8. 金融、保險、不動產、服務業，如銀行業、保險業等屬之。
9. 公共社會服務及個人服務業，如政府機關、各級學校、宗教團體、戲劇業、行業團體等屬之。

(二) 承辦保險事務

1. 屬承保作業性質者

- (1) 具備僱用員工或會員名冊(卡)、出勤工作紀錄、薪資表、薪資帳冊及體格檢查表，並自被保險人離職、退會或結(退)訓之日起保存五年。
- (2) 於所屬勞工到職、入會、到訓、離職、退會、結訓、死亡及因審定殘廢不能工作當日填具加退保表寄送保險人。
- (3) 被保險人之姓名、出生年月日、國民身分證統一編號、服務部門或職稱等如有變更或錯誤時，填具被保險人變更事項申請書送交保險人憑辦。

2. 屬保險給付作業性質者

- (1) 為經診斷必須住院治療之被保險人申請住院診療。
- (2) 被保險人因緊急傷病，而於非特約醫療院所住院時，得由投保單位為其申請核退醫療費用。
- (3) 填發門診就診單或住院申請書。
- (4) 被保險人於勞保條例施行區域外遭遇傷病，必須於當地門診或住院診療者，得檢具相關證明文件，由所屬投保單位為其請領門診或住院診療費用。
- (5) 向保險人請領補發門診就診單或住院申請書。
- (6) 代被保險人申請各項現金給付。

3. 屬保險費收繳作業性質者

- (1) 按投保薪資分級表規定申報被保險人投保薪資，遇有薪資調整，並應向保險人申報調整投保薪資。
- (2) 繳保險費。

4. 其他作業

- (1) 投保單位之名稱、地址、負責人變更時，填具投保單位變更事項申請書連同有關證件送交保險人憑辦。
- (2) 被保險人在有同一隸屬關係之投保單位調動，由轉出投保單位填具轉保申請書轉出聯，轉入單位填具轉入聯。

三、農保

(一) 投保單位之性質及類別：

民國八十三年底，共有 288 個投保單位，其中市農會有 22 個，區農會有 10 個，鄉農會（包括連江縣農會及連江縣東引鄉農會）有 176 個，鎮農會（包括福建省金門縣農會）有 57 個，地區農會有 23 個。

(二) 承辦保險事務

1. 屬承保作業性質者

- (1) 為其組織區域內合於規定之農民辦理投保手續及其他有關保險事務，並造具名冊。
- (2) 所屬農民投保資格通過加保或喪失資格退保之當日，列表通知保險人。
- (3) 被保險人之姓名、出生年月日、國民身分證統一編號等，如有變更或錯誤時，投保單位應即填具被保險人變更事項申請書送交保險人憑辦。

2. 屬保險給付作業性質者

- (1) 為經診斷必須住院治療之被保險人申請住院診療。
- (2) 被保險人因緊急傷病，而於非特約醫療院所住院時，得由投保單位為其申請核退醫療費用。
- (3) 被保險人於農保條例施行區域外遭遇傷病，必須於當地門診或住院診療者，得檢具相關證明文件，由所屬投保單位為其請領門診或住院診療費用。
- (4) 核發門診就診單及住院申請書。

3. 屬保險費收繳作業性質者：收繳保險費。

4. 其他作業：於投保單位之名稱、地址、理事長、投保單位圖記，及理事長印章等變更時，填具投保單位變更事項申請書連同有關證件送交保險人憑辦。

四、民保：

於民國七十八年九月開辦，其對象為現任省議員、縣（市）議員、鄉（鎮、市）民代表、村（里）長及鄰長，其投保單位分別為省縣市議會、鄉民代表大會及鄉鎮市區公所，保險事務則委由台閩地區勞工保險局辦理。

五、福保

（一）投保單位之性質及類別：

福保於民國七十九年七月開辦，以鄉鎮市區公所為投保單位，民國七十九年底，共有 365 個投保單位，被保險人十萬多人，至民國八十二年底，增加為 434 個投保單位，被保險人為十一萬六千多人。

（二）承辦保險事務

1. 於資格通過或喪失之當日通知保險人，並為其辦理加退保手續及有關保險事務。
2. 填發門診就診單與住院申請書。
3. 向保險人請領補發門診就診單或住院申請書。
4. 向縣市政府收取保險費。
5. 具備被保險人名冊。
6. 被保險人因緊急傷病，而於非特約醫療院所住院時，得由投保單位為其申請核退醫療費用。

第五節

投保單位功能分析

依照全民健康保險第一期規劃報告建議，將投保單位分為「職業團體投保單位」及「地區團體投保單位」兩種。職業團體投保單位為原公保、勞保及農保等社會保險以依職業別，設置各社會保險之投保單位。地區團體係相對於職業團體而言，即無法參加公保、勞保、農保等職業團體保險之國民。

第二期規劃延續一期規劃所制定的原則，職業團體投保單位於全民健康保險開辦後，以原有制度下的投保單位承接業務。地區團體投保單位則以鄉鎮市區公所為其投保單位，至於軍眷則以國防部各地方之機構，榮民榮譽則以退輔會各地分支機構為投保單位。

本節分別針對職業團體及地區團體之投保單位，分析於全民健康保險規劃下，對各投保單位之影響，並述其應具備之功能。

一、職業團體保險投保單位之功能分析

規劃全民健康保險制度下，原公保、勞保、農保投保單位承擔之責任及辦理保險事務項目大致相同，包括辦理保險對象之投保與退保、保險費之收繳、醫療憑證之發放及代為申請緊急傷病醫療費用之核退等項目，惟因保險對象之擴大及被保險人眷屬之加入，投保單位事務量必然大幅增加，但有些作業項目似可簡化，例如以卡式就醫憑證取代醫療書單時，則醫療書單之填發與補領業務可予刪減；有些作業項目可能會減少，如申請醫療費用之核退（因勞保生育給付中之分娩費改採醫療給付及特約醫療院所增加）；有些業務量則可能會增加，如被保險人及其眷屬之異動、區域外就醫之醫療費用核退，部分負擔超過上限之核退等，而保險費計繳方式若改變成為勞保模式，由保險人計算其保險費，則原公保之投保單位不須承擔保險費之計繳工作。

二、地區團體投保單位之功能分析

地區團體係相對於職業團體而言，即無法參加公保、勞保、農保等職業團體保險之國民。通常，屬地區團體者，工作較不穩定、薪資較不固定，或屬低收入者，人數分布亦較為分散，各項資料不易掌握，因此，於全民健康保險第一期規劃時，便建議以鄉鎮市區公所作為地區團體之投保單位。因鄉鎮市區公所遍佈各地，便於民眾辦理全民健康保險相關事務，且鄉鎮市區公所辦理之事務，亦掌握或方便查核轄區民眾之各項資料。此外，鄉鎮市區公所為基層之法定自治機關，由其辦理全民健康保險相關事務，無須增設行政機關，可節省行政成本。

由於鄉鎮市區公所原已辦理福保相關業務，主要工作為發放及補領醫療單及承辦加退保作業，福保之保險相關事務尚不繁重，但全民健康保險開辦後，鄉鎮市區公所之事務可能有所改變，例如查核被保險人之投保資格、辦理被保險人之投保相關事宜及催繳保險費等，事務量必然大增。

第六節

其他相關措施規劃方向

一、職業團體保險方面

- (一) 政府應盡量拉平對各類保險對象之保險費補助比率，一方面較具公平性，一方面可避免各類保險對象之取巧移轉，藉以減少投保單位及承保機構處理異動事宜。
- (二) 依據有關調查，多數投保單位表示對原公勞農保醫療憑證之發放不滿意，建議全民健康保險實施時，能取消以醫療單來控制醫療費用之作法，而改採其他醫療憑證形式，如 IC 卡、光卡或手冊等。
- (三) 醫療費用之核退，直接由保險人匯入被保險人指定之帳戶，毋須由投保單位轉交。
- (四) 若醫療書單仍予維持時，可以電話或信函申請補發，不須親自至辦事處請領。
- (五) 允許投保單位採年繳或半年繳保險費，再由保險人於年底結算。
- (六) 為因應未來全民健康保險小型投保單位劇增，宜研究建立專業代理人制度之可行性（類似我國代書或日本勞務士制度），可為小型或有需要之投保單位代辦投保事務，以減少其困擾或錯誤，避免發生承保機構與投保單位間之爭議。
- (七) 屬於人民團體之投保單位，因財務問題，致辦理全民健康保險業務有困難者，可向政府申請補助行政經費。

二、地區團體保險方面

- (一) 雖然行政院暨所屬各機關正實施組織及員額精簡計畫，建議行政院專案增加承辦地區團體保險之人力。
- (二) 全民健康保險擬以鄉鎮市區公所為投保單位，故應儘量配置足夠之人力，且應依工作量設定員額設置標準，並由政府編列預算，以支應辦理地區團體保險所需經費。
- (三) 在增加人員方面，有地方政府建議給予總員額，再授權其依行政區業務量多寡自行調配。
- (四) 為設置鄉鎮市區公所為地區團體保險之投保單位，應將「臺灣省鄉鎮縣轄市公所組織規程準則」加以修正，列入辦理全民健康保險投保業務之職掌。
- (五) 建議各鄉鎮市區原則上應增加三位承辦人員（但視投保人數及鄉鎮人口數與面積調整），即全國約需增加一千人，應於民國八十三年底前舉辦社會保險（或健康保險）人員特考，錄用後集中舉辦職前專業訓練，以應地區團體保險投保單位增置承辦人之需。或舉辦全民健康保險投保單位承辦人員講習訓練，對象包括鄉鎮市區公所及退輔會各地分支機構承辦全民健康保險事務人員，使其能儘速熟悉投保事務。
- (六) 投保單位於金融機構（包括郵局）開設專戶，以方便被保險人自行繳納保險費，不須投保單位承辦人員逕向被保險人收取，以減少不便。
- (七) 對於保險費收繳率達到一定標準的投保單位，酌予獎勵。
- (八) 進一步研究設置特殊單位，如孤兒院、養老院、安養院等機構作為投保單位之可能性。

第四章

保險對象及投保單位

第四章 保險給付

第一節 前言

保險給付係指被保險人於發生保險事故時所享有的經濟利益，由保險人交付現金和 / 或提供實際的服務。

根據第一期規劃報告，全民健康保險旨在提供醫療給付，並不提供現金給付保障所得安全，亦即當國民發生生育、疾病、傷害事故時，提供適當的醫療保健服務，以維護其身心健康。

世界各國之中，無論其醫療服務是採用公共服務、社會保險或民營保險等任何一種之第三者付費制度提供，醫療費用的急速攀升已是各國共同的趨勢。其主要原因是當醫療費用由病人直接支付改為經由第三者來支付時，可能誘導民眾增加不是真正需要 (need) 的醫療需求 (demand)。

為使醫療費用控制在合理的範圍內，同時，使醫療資源的配置與利用能更合理、有效率，世界各國採取的措施，可分為兩部分，一是從醫療供給面著手，即增加醫療提供者控制費用之責任，或限制醫療資源之過量投資，如總額預算制度之採行、醫師支付制度之改變、醫院新擴建計畫之事前審查、高科技醫療之評估制度等；二是從醫療需求面著手，即增加病人對於自己健康之責任，減少對醫療資源的過度使用甚或濫用，如加強預防保健、分級轉診、部分負擔等。¹

1 摘自行政院研究發展考核委員會 83 年 2 月第十八卷第一期（第 179 期）研考雙月刊

第二節 背景分析

一、給付方式

健康保險的給付方式，隨其體制與保險對象而異，尤其醫療給付對被保險人及眷屬的受益規定不盡相同。過去我國公保係採被保險人（含眷屬）發生生育、疾病、傷害事故時，一律享受醫療服務。勞保則對被保險人發生（眷屬未納入）疾病、傷害事故時，提供醫療給付及現金給付，但對於生育事故，則一律只提供現金給付。

二、給付型態

就給付型態而言，公保係提供直接與間接服務，兼採醫療費用核退方式，由保險人自設六個門診中心直接提供服務，並特約醫療機構提供被保險人醫療服務；勞保保險人單純以特約醫療機構方式提供被保險人服務，並輔以核退制度。

三、給付項目

（一）相同之給付項目

公保、勞保所提供的醫療給付大致相同，皆含傷害、疾病的必要門診與住院服務，項目包括診察、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理及住院的病房、膳食等。

（二）相異之給付項目

1. 生育：公保對於生育係提供產前產後檢查、住院分娩及新生兒食宿護理等醫療服務；勞保係以「分娩費」名義提供現金給付。
2. 健康檢查：公保針對特定被保險人群體主動提供健康檢查；勞保除職業病預防外，一般性預防保健服務未列入給付範圍。
3. 區域外就醫：公保因鑑於區域外（大陸及國外）就醫診療收據的真實性無從查證，並未給付（惟已計畫於公務人員保險法施行細則修正時，配合修改，將區域外之緊急醫療納入給付項目）；勞保可檢具門診或住院證明文件申請費用核退。

4. 法定傳染病、麻瘋病：公保規定此類患者，經保險醫療機構診斷後，轉送承保機關委託之特約醫院免費醫療；勞保不予給付。
5. 因不正當行為而致傷病：公保依據公務人員保險法第十三條第五項第三款規定，因不正當行為而致傷病者，承保機關不負擔其醫療費用；勞保無此規定。
6. 義肢：公保不給付；勞保則由被保險人個別申請，核可後逕赴台大、成大、榮總等醫院安裝，但為定額給付。
7. 核磁共振掃描儀：公保給付，勞保未納入給付範圍。
8. 牙齒自體移植：勞保給付，公保則否。
9. 喉片類的藥劑：公保因其不具積極性療效，一律不給付，而勞保則部分給付。
10. 居家照護：公保自民國七十八年十一月起試辦「居家照護納入保險給付實驗計畫」，勞保則無此計畫。

（三）公勞保給付項目的檢討

公勞保的醫療給付範圍及水準，與各先進國家相較並不遜色，然尚有下列缺失有待改進：

1. 勞保對於生育事故，採行現金給付，難以充分保障孕婦及嬰兒的健康及得到適當的醫療照護，宜改採醫療給付。
2. 除公務人員保險、退休人員保險及私立學校教職員保險外，其它健康保險都不提供健康檢查，顯然忽視預防保健的重要性。
3. 公保或勞保設定給付項目時，均欠缺客觀公正的成本效益分析資料，可供評估給付的合理性及高科技醫療項目納入給付之適當性。

（四）給付外收費

公保、勞保被保險人於就醫時，針對部分醫療項目，醫療院所通常以保險不予給付為由，向病人收取保險給付外差額，可謂變相的部分負擔，大致可分為二大類：

1. 保險負擔部分以外，病人亦自付部分費用，最為典型的例子為超等病房費。

2. 保險不付，病人須全部自付費用，例如：特殊材料費、血液費、指定醫師費等。

四、受益要件

- (一) 合格期間：公保的醫療給付並無在事故發生前必須已經投保一段期間才能獲得給付的受益合格期間的規定；勞保則規定生育給付的合格期間為正常分娩者 280 日，早產者 181 日，流產者 84 日，以及普通疾病住院診療者為 45 日。
- (二) 等待期間：公保、勞保均無等待期間的規定。
- (三) 給付期間：除公保對生育住院有給付 7 日的期間限制外，公保、勞保對於傷病事故均無給付期間的限制。
- (四) 醫療憑證：公勞保被保險人前往特約醫療院所就醫，無論門診或住院，均需提具「門診就診單」或「住院證明單」等醫療憑證。
- (五) 部分負擔：我國十三種健康保險除要求被保險人自付掛號費之規定外，只有公保體系中的公務人員眷屬疾病保險、退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險、私立學校退休教職員配偶疾病保險及私立學校教職員眷屬疾病保險等六種疾病保險規定被保險人須自付 10% 的門診藥費。

在勞保、農保體系中，被保險人只須自行負擔掛號費、住院 30 日內半數及 30 日以上全額的伙食費，其餘各項醫療服務皆由保險提供全額給付。勞保條例第四十一條及第四十三條規定，被保險人須自付 10% 的門診費用及 5% 的住院費用，惟立法院附帶決議要求勞保局應先行改善其業務及管理績效，方准予施行部分負擔制度，因此，該二條文並未實施。

此外，公保、勞保、農保條例修正草案中，均列有應實施部分負擔之規定，惟公保與勞保、農保對門診及住院部分負擔比率的訂定不盡相同。公保部分負擔比率為門診 10%、住院 5%，勞保、農保為門診 20%、住院 10%。勞保、農保為配合日後轉診制度之施行，亦於修正草案中明訂，門診不經轉診逕赴地區醫院、區域醫院或醫學中心就診者，加重部

表 4-1 每人平均醫療利用次數—按年齡、保險有無區分

年 齡	無保險		有保險		有保險比無保險者 平均醫療利用次數 增加比率
	人數	次數	人數	次數	
• 過去一個月 •					
門 診					
牙醫門診					
0—14 歲	—	—	—	—	
15—24 歲	2,117	0.18	1,263	0.27	
25—34 歲	576	0.20	3,079	0.23	
35—44 歲	461	0.17	2,918	0.25	
45—54 歲	220	0.32	1,631	0.32	
55—64 歲	283	0.23	1,272	0.26	
65 歲以上	557	0.23	1,023	0.22	
合 計	4,214	0.20	11,186	0.25	25%
西醫門診					
0—14 歲	—	—	—	—	
15—24 歲	2,115	0.43	1,262	0.51	
25—34 歲	576	0.42	3,071	0.70	
35—44 歲	460	0.44	2,914	0.77	
45—54 歲	219	0.51	1,628	1.06	
55—64 歲	282	0.98	1,262	1.39	
65 歲以上	547	1.18	1,012	1.64	
合 計	4,199	0.57	11,149	0.91	60%
中醫門診					
0—14 歲	—	—	—	—	
15—24 歲	2,117	0.08	1,262	0.11	
25—34 歲	576	0.05	3,078	0.20	
35—44 歲	459	0.23	2,917	0.25	
45—54 歲	220	0.33	1,631	0.38	
55—64 歲	282	0.22	1,271	0.36	
65 歲以上	555	0.24	1,023	0.39	
合 計	4,209	0.14	11,182	0.27	93%
• 過去一年 •					
住 院					
0—14 歲	—	—	—	—	
15—24 歲	2,116	0.03	1,261	0.09	
25—34 歲	576	0.10	3,075	0.11	
35—44 歲	461	0.04	2,918	0.08	
45—54 歲	220	0.06	1,631	0.10	
55—64 歲	282	0.10	1,270	0.16	
65 歲以上	557	0.16	1,022	0.27	
合 計	4,212	0.06	11,177	0.12	100%
急 診					
0—14 歲	—	—	—	—	
15—24 歲	2,116	0.06	1,261	0.09	
25—34 歲	576	0.06	3,077	0.09	
35—44 歲	461	0.04	2,917	0.07	
45—54 歲	220	0.04	1,632	0.08	
55—64 歲	283	0.05	1,272	0.10	
65 歲以上	556	0.11	1,026	0.16	
合 計	4,212	0.06	11,185	0.09	50%

資料來源：行政院衛生署八十一年度研究計畫「國民醫療保健支出調查」初步分析報告，民國 81 年 4 月至 82 年 3 月。

分負擔比率為 25%、30% 及 35%，住院不經轉診逕赴區域醫院或醫學中心就診者，加重部分負擔比率為 15% 及 20%，期望藉此達到醫療資源有效利用的目的。

根據衛生署「國民醫療保健支出調查」，自民國八十一年四月至八十二年三月間針對 5,500 戶抽樣戶進行為期一年之追蹤調查所得初步分析報告顯示：前述樣本戶中，有保險者無論其門診、住院或急診的醫療服務利用次數皆普遍高於無保險者 50% 至 100% 之間（見表 4-1）。這說明了保險確有誘發被保險人多利用醫療資源及服務的現象。為使全民健康保險除能達到提供民眾所需的醫療服務外，亦能促使醫療資源做更有效的配置，規劃採醫療費用部分負擔方式加以抑制。

五、就醫規定

（一）公保：

1. 被保險人如罹患法定傳染病、癲瘋病、精神病、肺結核，經保險醫療機構診斷後，應轉送保險人委託的特設醫院診療。
2. 在臺北（兩處）、臺中、臺南、高雄、花蓮等地之被保險人，應先前往公保自設之「聯合門診中心」接受門診治療，其他無聯合門診中心的地區，則可逕赴特約醫療機構接受門診服務。
3. 在設有聯合門診中心地區的被保險人，除急診、產科、癩病、精神病、結核病、手術後的追蹤治療、癌症追蹤治療外，須先至聯合門診中心就診，經醫師診斷確有必要時，再轉至特約醫院門診或住院。惟自民國七十五年起，公保考量地處外圍區域民眾就醫之不便性，乃開放並特約台北、高雄兩市部分行政區之醫療機構，以方便民眾就醫；此外，原有之集中門診制度，為因應被保險人眷屬就醫需要（父母、子女納入眷屬保險），並顧及門診中心有限資源，業於民國八十一年七月一日起，採行部分開放措施，以為改善，規定七十歲以上及十四歲以下之被保險人及眷屬得逕赴該地區特約醫療機構就醫。

（二）勞保：

1. 住院診療的被保險人，經特約醫院診斷認為可出院療養時，應即出院。
2. 被保險人有自由選擇特約醫療機構診療的權利，但有特殊規定者，從其規定；被保險人就診，每次掛號以一科為限；同一傷病非治療上必要，不得於同日在兩處以上特約醫療機構門診。

第三節 規劃構想

一、給付方式

全民健康保險的給付方式係採被保險人與眷屬一律享受醫療服務，再由提供醫療服務的保險醫事服務機構向保險人請領醫療費用。

二、給付型態

經由全面特約合格的醫事服務機構，提供國民醫療保健服務。對於區域外（國外及大陸）的緊急就醫，被保險人及其眷屬得依規定於事後檢具單據，向保險人請求核退醫療費用。另由助產士接生者，亦得請求核退定額助產費用。

被保險人及其眷屬接受門診服務時，得向特約醫療機構索取處方箋，逕交特約藥局調劑，以保障其被告知用藥內容及自由選擇調劑的權利。

被保險人及其眷屬接受醫療給付，須依規定負擔部分醫療費用。

三、給付內容

（一）給付項目

1. 門診：包括診察、檢查、檢驗、會診、手術、藥劑、材料、處置治療、護理。
其中藥劑乙項，僅給付醫師處方藥及限醫師使用藥二類藥品，且用藥品項須經審核通過列入藥價基準者，方予給付。
2. 住院：同門診給付項目外，尚包括病房、加護病房、護理及管灌飲食。
其中病房乙項，由保險主管機關統一規定其設置基準。

3. 牙科診療：除義齒及非外傷治療性的齒列矯正不予給付外，其餘均列入給付範圍。
4. 急診：訂定提供給付的適應症。
5. 復健：訂定常見疾病復健項目及次數參考表，並照表給付。對義肢及支架等復健必需裝具，則提供定額給付。
6. 洗腎：列入給付，但為防杜浮濫，宜加強特約院所的管理，並將病人利用情形納入資訊管理。
7. 生育：為確保孕產婦及嬰兒的安全與健康，全民健康保險對生育一律提供醫療給付，包括產前產後檢查、住院分娩、新生兒奶水（其住院護理已包括於一般住院項目）；此外，基於保護母體，對自然流產及施行符合優生保健法第九條第一項第一至第五款「條文」的人工流產者，予以給付。至於產前產後檢查內容、次數及住院分娩日數，則另行訂定之。

（二）擬限制給付項目

1. 區域外（國外、大陸）就醫：參酌先進國家的實施經驗，全民健康保險對區域外就醫，僅限給付緊急醫療，並區分為國外就醫及大陸就醫二類，前者依照醫學中心的平均醫療費用，後者依照地區醫院的平均醫療費用，予以限額給付。
2. 血液：為配合無償供血制度的建立，全民健康保險僅對捐血中心供應血液的材料及技術費予以給付，血液本身不給付。
3. 中醫藥：由於部分國人對於中醫藥確有其需求，全民健康保險將予以給付；惟在中醫藥的療效及品質保證、中醫醫療照護體系的建立及經濟效益的嚴謹評估能確保之前，擬比照公保原有辦法，僅提供基本醫療的門診服務，且藥品依給藥天數定額給付。給付範圍包括診察、處置、治療與中藥；至於檢驗，除非中醫師同時具有西醫師資格，否則不予給付。
4. 預防保健：基於預防保健可以減少疾病發生，或降低疾病嚴重程度，有利於撙節醫療費用，全民健康保險將提供以下成本效益顯著的預防保健服務：

- (1) 孕婦產前檢查：提供孕婦妊娠未滿 17 週 2 次；17 週至未滿 29 週 2 次；29 週以後 6 次之免費產前檢查服務。
- (2) 兒童預防保健服務：未滿 1 歲給付 4 次；1 歲以上至未滿 3 歲給付 1 次；3 歲以上至未滿 4 歲給付 1 次。
- (3) 婦女子宮頸抹片檢查：30 歲以上每年給付 1 次，連續 3 年檢查陰性者，每 3 年給付 1 次。
- (4) 成人預防保健服務：40 歲以上至未滿 65 歲，每 3 年給付 1 次；65 歲以上者每年給付 1 次。
- (5) 居家照護服務：病人病情穩定，只能維持有限之自我照護能力，即清醒時間超過百分之五十以上活動限制在床上或椅子上，且有明顯之醫療與護理服務項目需要服務者。以 4 個月為一期，護理人員居家護理照護業務每月以 2 次為限，至於醫師居家訪視，則以 2 個月 1 次為限。
5. 高科技醫療項目：由於費用昂貴及成本效益尚待評估，全民健康保險將限制其給付。
6. 義肢、背架：考慮義肢、背架對部分被保險人有其治療及復健上之實際需要，並有助於功能之恢復，擬予以給付，惟避免浮濫利用，給付範圍將加以限制。

(三) 不給付項目

基於下列原則訂定不予給付的項目：

1. 基於法令或衛生政策，應由政府編列預算，而由防疫系統專責辦理執行者，如部分預防接種、部分法定傳染病。
2. 與疾病治療無關者，如美容外科、家庭計畫結紮及恢復手術。
3. 雖與疾病治療或促進健康有關，但其價格彈性大，易導致利用浮濫者，如義齒、非外傷治療性齒列矯正、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖等非具積極治療性的裝具等。
4. 屬於個人特別需求，而非必要之服務，如特別護士、指定醫師、證明文件、病房費差額。

5. 基於法令或醫學倫理，應為無償者，例如器官費用。
6. 在醫學倫理上有待商榷者，如人工生殖技術、變性手術。
7. 在醫學上對於其醫療效果尚未確定，須由衛生主管機關施以特別監督管理者，例如人體試驗。
8. 需就整體醫療體系加以檢討或經試辦評估其經濟效益者，例如中醫住院、居家照護、長期療養機構療養、日間住院等。
9. 成藥及指示用藥：非醫師處方藥(O.T.C.)，如維生素、胃乳片、感冒藥等，由於其用途僅在治療輕微病症，可由保險對象自行負擔，以符合保險分擔較大風險的原則；再則其藥性安全，使用方便，易致浮濫，故實施健康保險的國家，如德國、法國等，都將此類藥品排除在給付項目之外。至於指示用藥的範圍，係依衛生主管機關之分類標準另訂之。
10. 一般住院膳食：因不論生病與否，個人在日常生活中均需進用膳食，且費用負擔有限，保險對象應可自行負擔，此有助於改善住院日數過長的現象，故全民健康保險除治療性飲食（如管灌飲食等）外，一般膳食不予給付。
11. 屬於社會救助或福利服務應支付費用者，如育幼院、安老院、植物人中心之費用。

四、受益要件

- (一) **合格期間**：由於全民健康保險的保險對象為除軍人以外的全體國民，故已無必要設立旨在防止被保險人或其眷屬取巧加退保，繳付短期保費以享受給付的合格期間。
- (二) **等待期間**：全民健康保險在於提供醫療給付，依學理及參照各國做法，並無設定等待期間的必要。
- (三) **給付期間**：比照公勞保規定，對於傷病事故的醫療服務，包括門診及住院治療，均不限制其給付期間，惟得設不同之部分負擔比率。至於生育事故的正常分娩住院，依現代產科醫學的專業論定，將其給付期間，由公保規定的7日改為5日，以促進醫療資源的有效利用。

(四) 醫療憑證：一般患者採用「全民健康保險卡」；特殊對象採用「兒童健康保險手冊」及「孕婦健康保險手冊」，對於慢性病患採用「慢性病醫療卡」及「慢性病領藥卡」等醫療憑證。

(五) 部分負擔：依第一期規劃之原則及重點，第二期進行更細部之規劃，構想如下：

1. 設計原則

醫療費用部分負擔制度的採行，是希望從需求面降低醫療資源不當利用的情形，以減輕財務負擔，基於上述理念之考量，我國醫療費用部分負擔制度的設計，係以下列為原則：

- (1) 以減少醫療浪費為目的，對於不會造成濫用的項目，則不需部分負擔，如：分娩、洗腎、放射治療等。
- (2) 不能造成民眾就醫時之經濟障礙。因此，部分負擔的比率不宜過高，對於無能力負擔部分負擔費用者，如：低收入戶，免除其部分負擔。
- (3) 有助分級醫療與轉診制度的實施。藉由越級就醫加重部分負擔的設計，改善民眾偏好到大醫院就醫，造成門診大量集中於大醫院的情形，或藉由久住急性病床加重部分負擔的設計，加速慢性病患轉出急性病房之速率，以促進醫療資源的有效利用。
- (4) 行政作業要簡便。否則為了計算或收取部分負擔費用，增加許多行政費用，將失去實施部分負擔制度之意義。

2. 實施方式

全民健康保險規劃所設計之部分負擔方式為：

(1) 門診之部分負擔制度

經轉診之病患應負擔門診或急診費用 20%。對於不依轉診規定逕赴地區醫院、區域醫院或醫學中心就醫之民眾，分別按 25%、30% 及 35% 收取費用 (詳圖 4-1)。

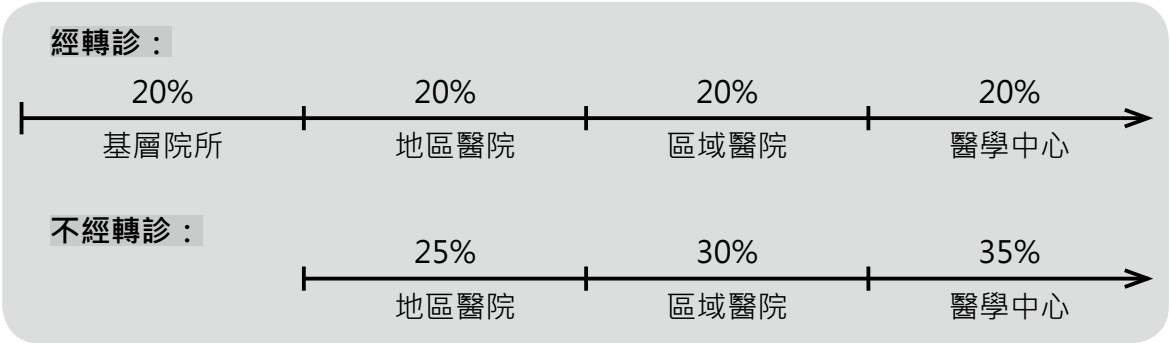


圖 4-1 門診部分負擔制度圖

門診部分負擔比例設在 20% 至 35% 之間的理由如下：

根據 Rand Corporation 於 1981 年及 1988 年分別做的有關部分負擔影響民眾需求醫療服務利用的實證研究顯示，不同的部分負擔比率對於高、中、低所得者的影響，如表 4-2。

從表 4-2 得知，在門診方面，對於中、低所得者，25% 的部分負擔比率，可降低 10% 至 13% 的門診服務利用率，50% 的部分負擔比率約可降低 16% 至 18% 的門診服務利用率，而 90% 的部分負擔比率則可降低 19% 至 30% 的門診服務利用率。三者相較之下，25% 的部分負擔比率，在降低門診服務的利用上，效果最為顯著。而對於高所得者，25% 與 50% 的部分負擔比率，在效果上並無明顯差異，95% 的部分負擔比率效果雖較為顯著，但因病患負擔過重，已失去辦理健康保險的意義。

表 4-2 部分負擔影響不同所得階層醫療服務利用一覽表

部分負擔比率	醫療服務利用率		
	低所得者	中所得者	高所得者
25%	↓13% (13%)	↓10% (10%)	↓3.5% (3.5%)
50%	↓18% (26%)	↓16% (20%)	↓2% (7%)
95%	↓30% (49.4%)	↓19% (38%)	↓16% (13.3%)

註：() 表示若按部分負擔比率遞增的倍數來看，所應減少的醫療服務利用率。
資料來源：Health Insurance and the Demand for Medical Care, Evidence from a Randomized Experiment. Health Insurance Experiment Series. Rand Corporation. 1988.

(2) 住院之部分負擔制度

在住院方面，民眾每次住院均負擔各層級醫療院所住院平均醫療費用的 10%，但為加強急、慢性病房的有效利用，同一疾病在急性病房住院 30 日內部分負擔比率為 10%，且適用部分負擔最高金額的規定；31 日至 60 日內加重部分負擔比率至 20%；61 日以上加重至 30%。同一疾病在急性病房住院超過 30 日以上者，不適用部分負擔最高金額的規定。轉至慢性病房住院者，在 30 日內需自付 5%，31 日至 90 日內自付 10%，91 日至 180 日內自付 20%，181 日以上者自付 30%(詳圖 4-2)。

此外，由於部分病患在急性醫院住院有超過百日以上的情形出現，顯示慢性病患佔用急性病床的不當利用情形。依據羅紀琮教授所做「七十九年勞工保險特約醫院勞保病患平均住院天數分析表」顯示，醫學中心勞保病患平均住院天數在 30 日以下之比率約為 91.3%，30 日至 59 日之比率為 6.5%，兩者累計平均住院日數在 60 日以內的比率為 97.8%。由以上數據得知，91.3% 的勞保住院病患皆可在 30 日內出院，約只有 8.7% 的勞保病患住院超過 30 日以上。為使醫療資源做更有效的配置與利用，同時，使得需用急性病床的病患不因慢性病患佔用急性病床而導致延誤病情的後果發生，方有針對病患在急性醫院住院，依其住院期間長短之不同給予不同比率部分負擔之設計。

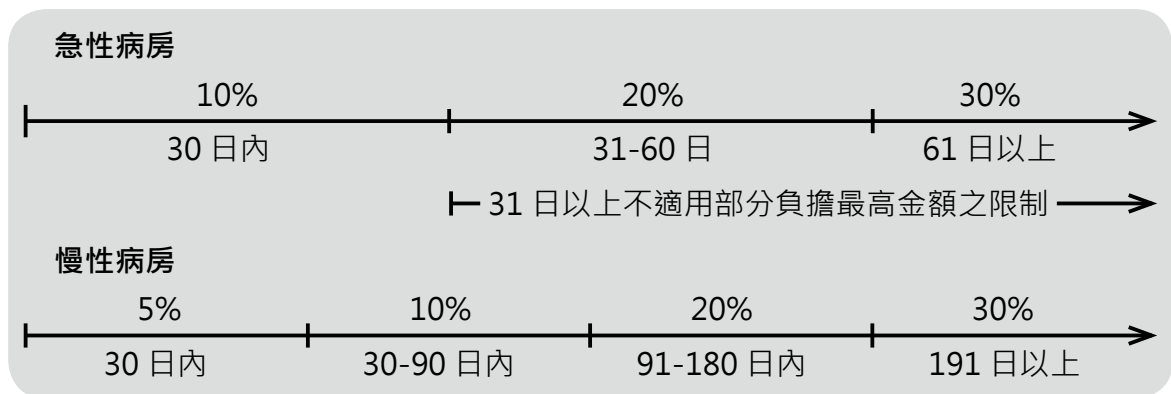


圖 4-2 住院負擔制度圖

(3) 免除部分負擔之規定

部分負擔設計，對於確有醫療需要及不會造成醫療資源浪費之疾病，如分娩及經中央衛生主管機關核定之重大傷病與預防保健服務項目，訂有免除部分負擔的規定。至於低收入戶及其眷屬之部分負擔費用，則由中央社政主管機關編列預算補助。惟低收入戶及其眷屬若不依轉診規定就醫時，其部分負擔仍與一般民眾相同。

(4) 部分負擔最高負擔金額之設計

由於部分負擔制度的主要目的在於課以消費者一部分的成本負擔責任，以抑制醫療資源的濫用，而不希望造成民眾就醫時的財務障礙，因此，制度設計中對於部分負擔的金額設有最高負擔金額。惟此項規定只針對住院部分設定部分負擔上限，並未含括門診，這是由於門診費用較低、給付件數量大，若需設定門診部分負擔最高負擔額，則行政處理上會相當繁複，大量增加行政成本。惟，門診費用高之疾病項目如洗腎、放射線治療等，已含括於免除部分負擔的疾病項目內，應不會造成患者過重負擔。

此外，住院部分負擔上限的訂定係以民國八十一年平均國民所得的 10% 訂定每人每年最高負擔金額。但不依轉診規定者，不適用部分負擔最高負擔金額之規定。

五、保險給付的限制 (給付之除外規定)

- (一) 拒繳或滯納保險費者，暫行拒絕保險給付。
- (二) 故意之犯罪行為，或故意造成保險事故者。
- (三) 因酗酒、鬥毆，或明顯的不正當行為而發生保險事故者。
- (四) 被拘禁或留置於監獄或拘留所時，不予保險給付。
- (五) 重大疫情、戰爭變亂及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災，經主管機關認定不在給付範圍之內者，由政府專款補助之。

- (六) 保險對象未依規定繳納應自付的部分負擔費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。
- (七) 保險醫事服務機構對保險對象的醫療服務不符合全民健康保險法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。
- (八) 保險對象因情況緊急，必須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，可以檢具相關的證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用，而醫療費用的核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。
- (九) 全民健康保險的保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。
- (十) 保險對象受領核退現金的權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。

第五章

保險財務

第五章 保險財務

第一節 前言

從經建會成立健保規劃小組展開全民健康保險規劃，到全民健康保險法在立法院三讀通過，歷經六年的時間。第一期規劃工作的內容主要為總體政策的方向與大致的藍圖，民國七十九年七月經建會發表的規劃報告中，對保險財務有清楚的分析及明確的建議，概述如下：

- 一、建立精算責任制度，明定政府、雇主、被保險人保險費負擔比率，以及自動調整機制，設定 25 年精算評估期，評估期內再分數期，各期精算費率和法定費率的相差幅度以不超過 10% 為精算平衡標準。
- 二、以保險費收入為主要財源，以薪資稅為保險費徵收基礎，並以隨收隨付為財務處理原則。若為地區團體被保險人，可考慮以其他所得為徵收基礎。
- 三、以被保險人為職業團體保險費徵收對象，考慮以論戶為地區團體的保險費徵收方式。
- 四、保險費分攤比率儘量一致，雇主負擔比率降為 65%，農保政府補助比率維持 70%。
- 五、財務獨立，政府不宜負盈虧責任，政府責任僅以補助預定比率之保險費為限。

第二期規劃基本上承襲前期的規劃方向，同時做更進一步的闡述及制度化其實質內容。雖然原則如此，在考慮執行層面時，仍做了一些修正的建議，在法令審議的過程中保險費分攤比率也做了相當的調整。表 5-1 綱要性地列舉了在這三個階段中相關制度的變遷情況。

由於推行全民健康保險政策，政府所需投注的資金異常龐大，同時其年年上漲迅速，若不謹慎為之，極易拖跨國家財政，因此行政院於民國八十二年十二月成立了全民健康保險財務精算諮詢小組，對全民健康保險財務規劃進行整體評估，為第二期規劃之重要參考資料，其評估重點摘要列於附錄四。

表 5-1 保險財務重要內容

規劃建議		第一期規劃	第二期規劃	全民健康保險法
壹、保險財務				
一、主要財源	保險費	同左	同左	同左
二、保險費徵收基礎	職業團體：薪資稅 地區團體：考慮經由基本資料調查後，再決定以所得、戶口數、財產或其他項目為基礎	同左	職業團體：同左 地區團體：以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之	
三、投保金額分級表	現金保險與醫療保險分開設定 未明確訂定醫療保險之分級表上限	現金保險與醫療保險分開設定 醫療保險投保金額上限人數占率以 3% 為限	同左	
四、眷屬計費方式 （徵收單位）	職業團體論被保險人 地區團體可考慮論戶	保險對象論口 雇主論被保險人	同左	
五、保險費分擔比率	受僱者及農民均自付 35%，雇主（政府）補助 65% ；無固定雇主及其他人口自付 50%	有固定雇主之受僱者自付 40%，雇主負擔 60% ；無固定雇主及其他人口自付 60%，政府補助 40%	受僱勞工自付 30%，雇主負擔 60%，政府補助 10%；農民自付 30%；無固定雇主及其他人口自付 60%，政府補助 40%	
貳、保險精算				
一、精算頻率	每年	同左	至少兩年一次	
二、精算期程	25 年	同左	同左	
三、精算平衡區	25 年內精算費率和法定費率間的相差幅度不超過 10%	5 年內精算費率和當年費率間的相差幅度不超過 5%	同左	
參、財務制度				
一、政府責任	法定比率的保險費補助	法定比率的保險費補助 行政事務費 3.5%	同左	
二、給付調整	重新精算	同左	同左	
三、財務穩健	設立保險安全基金（1-3 個月給付總額） 財務公開透明 超過平衡區時，精算費率在彈性範圍內自動調整	設立保險安全準備（1-3 個月給付總額）	同左	

資料來源：1. 第一期規劃：全民健康保險制度規劃報告；2. 第二期規劃：全民健康保險法草案；3. 全民健康保險法：立法院三讀通過之全民健康保險法。

第二節 財務制度內容

依據第一期規劃報告，全民健康保險的財源主要來自保險費，依被保險人投保金額之一定比率計算收繳。第一期規劃的建議方案，經過時勢變遷及法案審議時的政治考量，以致落實在全民健康保險法已有相當差異。茲將制度設計當時考量的因素及改變的原因，包括第二期規劃及全民健康保險法中有關保險財務內容相異處，或原來未曾明確建議部分，逐點簡介如次：

一、地區團體保險費計算方式

我國健康保險的實施，始於民國四十五年的勞保住院給付，其後公務人員保險、退休人員保險、私立學校教職員保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校退休教職員保險、退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險、私立學校退休教職員配偶疾病保險、農保、民保以及福保等陸續開辦，截至民國八十三年底止健康保險涵蓋對象已占全人口的 57.48%。

既有的健康保險是依職業特性而有不同的制度，全民健康保險乃是將原公保、勞保、農保、民保等被保險人先擴至眷屬，再將尚未涵蓋的其他人口納入體系。由於前者涵蓋工作者本人及其眷屬，因而被稱為「職業團體」保險對象，後者則被稱為「地區團體」保險對象。

由於「地區團體」是「職業團體」外的其他人口，健保規劃小組對該群體的人口特性、經濟能力都不清楚，因此第一期規劃建議，仿照日本、韓國地域保險的作法，考慮經由基本資料調查後，再決定以所得、財產、戶數或其他項目為保險費計算基礎。

依照原來的規劃，職業團體保險對象係由被保險人逐步擴大到涵蓋其所有眷屬後，地區團體保險對象就能夠逐步浮現，屆時規劃單位可對該群體做詳細的調查分析，同時設計合宜的制度來徵收該群體的保險費。

由於勞保、農保的修正條例在立法院久不獲審議通過，除公保外之職業團體眷屬無法依預定期程納入保險體系，致地區團體保險對象的調查工作遲遲不能進行，然而保險費的設計方案卻不能遲遲懸宕不決。為彌補此缺失，健保規劃小組於民國八十二年七月利用了所有的社會保險被保險人基本資料，和財政部民國八十年的綜合所得稅核定資料，以及財產歸戶資料，形成了職業團體及其眷屬的資料檔，以及可能的地區團體保險對象資料檔，並根據保險資料和財稅資料的串連檔，詳細分析了地區團體保險對象的經濟能力。

雖然全民健康保險保險費的設計，是基於「量能負擔」而非「受益付費」的公平原則，然而由於地區團體保險對象的所得，不像職業團體保險對象的所得那麼穩定，完全依職業團體以所得課徵保險費的方式，會使保險財務產生巨幅波動。所以，實施社會保險的日本、韓國，在其地區團體保險費的設計中，皆未完全採行量能付費的方式，而是以綜合了能力以及受益付費精神的綜合指標來課徵保險費。量能與量益負擔二者的比重，在日本是各占二分之一，韓國則是四比六。量能負擔部分是以所得、財產為課徵基礎，受益付費部分則是以戶數和人數為課徵基礎。依能力負擔這部分的保險費，日本有二種作法，一是所得占八成，資產二成；一是完全只考慮所得而不考慮資產。韓國的作法則複雜得多，先將所得與財產分別設定等級（當時共分十五級），再計算每一等級應徵收的保險費。

受益付費部分的保險費，亦可稱為基本保險費，日本有二種作法，一是完全由人數來負擔；一是人數、戶數分占 70% 及 30%。韓國的作法則是戶數占 25%，人數占 75%。

在規劃初期，健保規劃小組也曾考慮仿照日本、韓國的方式計算地區團體的保險費，同時擬定了多種可能的組合，並模擬保險費的負擔。

在採用保險資料和財稅資料的串連檔，詳細分析了可能的地區團體保險對象其經濟能力後，發現此群體的所得及財產的中位數與平均數差異極大，所得的中位數較低收入戶的認定標準差距僅約 50%，多屬中低收入者；對財產課徵保險費又必須考慮其價值的衡量，變現的能力，以及對課徵財產稅的影響等易起爭論的問題。另

一方面，還得兼顧中央健康保險局的行政負擔，因而簡化其保險費計算方式，改為建議僅依人口數徵收定額保險費。亦即「地區團體保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之」；其保險費分擔比率為政府負擔 40%，自己負擔 60%，開辦當時每人每月自付保險費 555 元。

二、投保金額

全民健康保險的財源主要來自保險費，在職業團體中，保險費是依投保金額（薪資）的固定比率來徵收，若以計算式來表示，三者的關係為：保險費＝投保金額×保險費率。

由於保險的最高經營準則為收支平衡，在醫療給付確定，亦即保險費金額確定的情形下，投保金額的多寡直接影響保險費率的高低。而在固定保險費率的前題下，投保金額的高低，直接影響保險費的多寡。亦即投保金額的訂定，不但影響保險財務，尚且影響個人的保險費負擔。因此，保險財源籌措所需考慮的公平性、效率性等基本原則，在選擇投保金額時即應充分納入考量。

（一）投保金額的訂定

為了充分達到社會保險財源籌措量能負擔的公平性，投保金額的訂定，在所有以薪資稅徵收保險費的國家裡，都是以全部薪資為基礎，然而在臺灣地區，各種陸續開辦的社會保險，對投保金額皆有不同的訂定方式。

公務人員的薪資內涵包括本俸（全國公教人員待遇標準支給月俸額）、專業加給、主管津貼等，其中本俸約占薪資的一半左右。自民國四十七年公保創立以來，保險費僅依本俸計算，並無投保金額分級表之訂定。私立學校教職員保險開辦於民國五十九年，因其與公保屬於同一體系，其投保金額由學校參照公立同級同類學校教職員薪級表內各職稱薪級之規定統一釐定，也無投保金額分級表的規範。公教人員於全民健康保險之投保金額，第二期規劃係直接比照公教人員保險，以其保險俸給為準，但須配合投保金額分級表等級金額申報。

勞保是以月投保薪資當做保險費的計算基礎。月投保薪資係指由投保單位按被保險人的月薪資總額，依勞委會公布之勞保投保薪資分級表之規定，向

保險人申報投保薪資。被保險人薪資以件計算者，其月投保薪資，由投保單位比照同一工作等級勞工之月薪資總額，按分級表之規定申報。至於無固定雇主的職業工會會員，其投保薪資由分級表第六級起申報（全民健康保險開辦時為 17,400 元）。

易言之，勞保的投保薪資原則上是其全部薪資，然而，此項薪資受限於勞保投保薪資分級表。在分級表上限以上的薪資，以上限為投保薪資；在分級表下限以下的薪資，除了童工、或受訓員工可依較低的投保薪資申報外，其他被保險人需以分級表下限為投保薪資。勞工於全民健康保險之投保金額，第二期規劃原則上均沿用上述勞保的相關規定。

由於勞保條例規範五人以上的企業需為員工投保，但是條例中對雇主本人則沒有強制加入的約束，以致許多企業雇主、自行執業的專技人員、以及未（不能）參加職業工會的自營作業者，都尚未涵蓋在勞保的保障範圍之內。自願加入勞保的企業主，其投保薪資依規定為分級表上限金額，同時保險費百分之百自付。

全民健康保險基本上亦沿用勞保的作法，將雇主之投保金額訂為分級表最高一級，然而若所得確實未達到全民健康保險投保金額分級表最高一級（全民健康保險開辦時為 53,000 元）者，得自行舉證申報，但最低不得低於勞保投保薪資分級表最高一級（當時為 33,300 元）。

自行執業者之執行業務所得，雇主及自營作業者之營利所得的定義及認定，原則上比照財政部的認定方式。但因為受僱者的薪資所得為稅前薪資，為公平起見，執行業務所得及營利所得也應為稅前所得。全民健康保險法第二十二條爰規定，投保金額的訂定，受僱者為其薪資所得，雇主及自營作業者為其營利所得，自行執業者為其執行業務所得。

至於農保，因其被保險人，除雇農外，幾無任何有紀錄的工作收入，因此，農保條例中規定，投保金額按勞保前一年度實際投保薪資之加權平均金額擬訂。雖然規定如此，然而由於政治因素的考量，從民國七十八年農保全面開

辦以來，實際投保金額即無法依法行事，五年來投保金額皆是以 10,200 元這種極度偏低，同時不分貧農、富農齊頭平等的方式徵收保險費。

由於一般認為「農民屬於經濟弱勢群體，再加上農民農業所得免稅，因此綜合所得稅申報資料中農民的資訊應極為缺乏」。為證實前述的推斷屬實，健保規劃小組曾詳細分析了農保被保險人在綜合所得稅及財產歸戶資料中之各類所得及財產，結果發現，雖然有超過一半的農保被保險人完全沒有需要申報的所得，也沒有任何財產，然而所有被保險人之中，仍有許多人經濟能力奇佳，同時也有許多受僱勞工。

由於全民健康保險法（第十二條）中訂有各類被保險人的投保順位，未來受僱農民將轉為第一類被保險人身分加保。其他農民的投保金額，以定額為原則訂定，視經濟能力（所得及財產多寡）再做適當調整，應屬公平、合理。

在民國八十四年三月一日全民健康保險開辦以前，各種職業群體，依其特性而有不同制度的保險運作方式，因群體中同質性高，爭議少，公平性較易達成。由於全民健康保險是將既有公保、勞保、農保制度中的醫療給付抽離，再將尚未涵蓋在健康保險保障內的其他人口納入體系，因此，全民健康保險的開辦，對現有制度固然是一大衝擊，對新成立的體系衝擊更大。公、勞保投保薪資的訂定及認定，除了原有群體中的公平性仍需維持外，更要兼顧群體間之公平性。公務人員用本俸，勞工用全部薪資計算保險費，造成了中高收入勞工的不滿，立法院審議全民健康保險法時，也因而做了一個附帶決議，即「本法實施一年後，除第五類保險對象（低收入戶）外，其餘被保險人之投保金額，應以實際所得申報」。

（二）投保金額分級表

理論上而言，取消投保金額分級，改以實際所得課繳保險費，較符合社會保險所強調的所得重分配及量能付費原則，當屬可行且該行的措施。然而，由於我國財稅系統對於薪資與所得未能完全掌握，實施全民健康保險初期，驟然取消分級表，反而會對整體財務產生負面影響。

另一方面，涵蓋八百多萬被保險人的勞保現金給付仍然採行分級表，維持分級表的實施，僅將醫療給付適用的分級表上限予以提高，行政上及執行上的可行性皆高。

1. 分級表上下限設定方式及其影響

分級表下限一般設定為基本工資，隱含所得高於下限者才符合參與自助互助、權利共享、責任分擔的社會保險資格。分級表上限的設定方式常用的有二種，一種為下限的倍數，如英國的 7.5 倍；一種為人數占率，如日本的 3%。日本現金保險給付的分級表上下限倍數為 6.63 倍，醫療保險給付的分級表上下限倍數為 12.25 倍。前者分為 30 級，下限為八萬日元，上限為五十三萬日元；後者分為 42 級，上限為九十八萬日元。醫療給付分級表之前 30 級與現金給付的分級表相同，二表皆於 1992 年 10 月修正。英國年金制度之投保金額分級表上下限倍數為 7.5 倍。美國社會安全體系中之醫療保險部分，也於幾年前取消了投保金額（可稅所得）的上限。

勞保分級表上限的訂定方式，長久以來皆無明確的軌跡可尋。現金給付的財務壓力，使得勞保主管機關不願冒然調高上限，以致截至第二期規劃時期，上下限倍數仍然只有 2.6 倍左右，較先進國家動輒超過 7 倍的分級表上下限倍數有極大差距。

由於醫療保險的給付不隨保險費繳交的多寡而有差異，上限愈高，所得重分配功能愈強，量能付費的公平性也愈高；全民健康保險於規劃時，專家因而都建議採行日本的做法：醫療給付的上限較現金給付的上限為高。而在現金給付上限以下，二表一致。因此在第一期規劃時，即確立現金給付與醫療給付兩表分立的原則。而在第二期規劃時，醫療給付分級表上限人數也參考日本做法，以被保險人人數的 3% 之原則來訂定。

由於醫療費用成長幅度一般超過所得上漲幅度，使得健康保險費率每年皆需往上調整，方能平衡保險財務，因此在健康保險費率維持不變下，近幾年來國際的趨勢是將投保金額上限大幅提高，或根本取消。

全民健康保險開辦前，開辦了三、四十年的公保、勞保以及民國七十八年全面開辦的農保，都有相當幅度的虧損，保險收支之間完全失去了關聯，以致民眾對社會保險的認知不正確。在給付不增加的前提下，驟然將上限大幅上調，反彈的聲浪可能不弱。另一方面，若上限大幅上揚，適用此級距者，特別是保險費需百分之百自付之自營業主、專門執業者，其保險費負擔也可能不輕。

2. 分級表上限金額訂定建議

分級表上限調高，不但更符合社會保險量能負擔、所得重分配精神，同時對保險財務有絕對正面的貢獻。然而由於全民健康保險是我國繼公保、勞保、農保之後第一個在法中明定且確定要執行虧損由調高保險費來因應的社會保險，民眾的負擔已較以往為高，漸進式改革的可接受性較高，因而試擬了甲、乙、丙三個方案，呈請行政院裁定。

甲案：分級表上限調至 49,800 元，此時上限人數占率（上限人數占率是依民國八十一年勞保被保險人綜合所得稅核定檔中之實際薪資分布推算。）為 3.84%。

乙案：分級表上限調至 52,800 元（衛生署送至經建會的分級表是依五種組距，各組五級的方式建議，經建會委員會將最後的組距改為 2,400 元，因而上限變為 53,000 元，而非乙案的 52,800 元。），此時上限人數占率為 3.11%。

丙案：分級表上限調至 55,800 元，此時上限人數占率為 2.62%。

行政院經建會經詳細考量，同時制度化未來調整方式後，送交經建會委員會議，最後決議通過的分級表詳如表 5-2。

三、眷屬保險費計算方式

公教人員保險體系是我國第一個包含眷屬的公辦健康保險制度，眷屬保險費是依眷口數的多寡計算，即每多一眷屬納入保險體系，被保險人需多繳交其本俸之 3.8% 為該眷屬的保險費。為避免眷口多的被保險人負擔沉重，超過五眷口者僅以五眷口計費。

勞保、農保修正條例中有關眷屬的保險費，是採一般社會保險國家通用的作法，由保險體系內全部被保險人共同依能力分擔。換言之，工作者不論有無眷屬，皆要負擔體系內眷屬的保險費。此種作法一般稱為「論被保險人計費」，公保採行的作法則被稱為「論口計費」。

全民健康保險第一期規劃報告中建議，眷屬計費採「論被保險人」方式，因其既符合社會保險所得重分配的公平性，又符合行政簡化的效率性。然而，臺灣地區就業市場中 97% 以上為中小企業（經濟部中小企業處，民國八十三年），企業主及被保險人對政策的因應彈性極大，若採「論被保險人」方式計費，由於眷屬可免繳保險費，將導致極多的被保險人轉換身分成為眷屬加保，以規避保險費；此時付費的人越來越少，致負擔集中在少數無法逃漏者身上，不但形成民怨，同時費率也將提高，致稽徵困難，對保險財務有不利的影響。

由於臺灣地區的稅制並不健全，許多自營作業者逃漏稅賦，因為極難證明其有工作的事實。另一方面，財稅體系和保險體系並未相通，致有不肖業主為規避保險責任，拒為其員工加保，導致員工自力救濟，以職業工人身分加保。勞保中無固定雇主勞工人數由民國七十年的 32 萬人，一路上升至民國八十三年的 265 萬人，其占被保險人數的比率亦由 11% 上升至 31%，是一個明顯的例證。

第二期規劃時公保資料顯示，無眷人口占 30%。依據臺灣地區就業人口的婚姻狀況，未婚人口約也占 30%。若論被保險人計費，單身工作人口負擔會大幅增加。以每月薪資 20,000 元的單身被保險人為例，在當時所規劃的被保險人負擔比率为 40% 前提下，其每月負擔 (360 元) 將比論被保險人計費 (828 元) 明顯較低，僅及 43%。惟對低所得者而言，每一眷口也要負擔一樣的保險費，可能會負擔過重。所

以採行了公保原定的計費眷口數上限，以 5 口為限。

以上純粹是從被保險人的立場來觀察。若從雇主角度，且採行「論口計費」方式，多眷口勞工在就業市場易受歧視。因此，雇主負擔是延續第一期規劃之「論被保險人」方式計費，以職業團體眷屬總人數除上職業團體的被保險人總人數，即可得到該團體的「平均眷屬人數」，也就是一個工作者平均要負擔的眷屬人數。而這些眷屬不一定是雇主自己員工的眷屬，而是整個職業團體的眷屬人數換算成的「平均眷屬人數」。亦即雇主不論所屬勞工為有眷或單身，皆按就業者平均撫養人數來繳付保險費。第二期規劃因而建議：被保險人本人的眷屬「論口計費」，可規定上限眷口數，而雇主對其員工的眷屬則論被保險人計費，且依比率共同分攤。詳細的分析內容及二種計費方式之優缺點比較，請參閱「職業團體眷屬保險費計算方式之探討」（羅紀琮、尤素娟，自由中國之工業第八十卷第二期，民國八十二年）。

由於全民健康保險開辦初期無法得知職業團體中確實之眷屬人數，立法時，因而採用主計處民國八十年個人所得分配調查報告（民國八十三年起更名為家庭收支調查報告）中的平均扶養比 1.36，作為全民健康保險實施前半年的平均眷屬人數；同時與雇主團體達成共識：半年後再視實際眷屬人數來調整需公告的平均眷屬人數。換言之，開辦初期雇主每僱用一個勞工，即需負擔 2.36 個人的保險費。

四、保險費率

一般所謂的保險精算，即在詳細推估可能的醫療給付支出，同時在收支平衡且平均投保金額已知的情形下，依據「保險費＝投保金額×保險費率」之公式推算保險費率，並將保險費率的範圍明訂於法令中，以保障保險財務之健全性。全民健康保險的費用精算基本上依循該模式。

全民健康保險係以公保、勞保、農保為基礎之全新整合制度，需考量之處與以往較小規模及分歧之制度不同，每年所需之醫療給付費用，亦無前例可循。當初全民健康保險法草案中建議費率為 4.5%，係由健保規劃小組按照保險對象分類推估所需經費之結果，即每個人平均一年所需要的醫療費用換算為投保金額的比率（即費率）為 4.5%。

民進黨沈富雄及洪奇昌二位立法委員認為 4.5% 費率係屬高估，應向下調整成 4.25%。林喆博士及健保規劃小組在同時考量醫療供給面及需求面後，認為 4.5% 費率較為安全，若日後支付標準合理化的速度減緩，4.25% 也可達到財務平衡的目標。經執政黨及在野黨委員們的數度協商，最後訂定全民健康保險開辦第一年的保險費率為 4.25%，並以 6% 為上限。惟為避免費率可能偏低而產生虧損，委員們協議在全民健康保險法中另外增加，開辦後前兩年的虧損由中央政府負擔之規定，而非依照保險財務責任制的精神由調漲保險費率因應。

此外，由於醫療費用的推估並不是由立法院主導，所以立法委員要求參與保險精算，不讓費率的決定權完全操在執行機關的手中。雖然財務責任制度的基本精神是行政部門可以在法定的彈性費率範圍內調升費率，但立法委員要求在彈性範圍內的決定，也要有參與的權利，因此在保險費率決定的法條中加入成立精算小組審查保險人精算報告，其成員除精算師、保險財務專家、經濟學者之外，另加入社會公正人士，後者係為讓立法委員或其他民意代表加入之設計。

五、保險費分擔比率

保險費在政府、雇主及被保險人三個群體中該如何分擔，不但是一個經濟問題，尚且是一個政治問題。

任何資源的使用皆有其機會成本。政府所支付的保險費主要來自一般稅收，此項經費若不是用來補助保險費，則可用於其他政事支出。若用於其他經常性支出，受益對象可能有所差異，然而其整體效果會與醫療支出效果相同。若用於資本性支出，不但支出當年所得水準會提升，其後數年總體經濟仍將蒙受其利。

雇主的保險費負擔可能來自企業的盈餘，亦可能來自員工的加薪準備。前者可能是股東（或業主）的紅利，也可能是企業再投資的自有資本；後者則是保留的薪資。一般而言，對企業盈餘課以保險費，會減少企業的經營活力，降低業主的經營興趣，此產業若可在國外尋求好的經營環境，外移的機會會因而增加。

第一期規劃階段之社會保險共有十三種，除福保性質較特殊由政府 100% 負擔外，其他各保險間之政府及雇主的分擔比率有相當的差異。政府不負擔勞保受僱勞

工之保險費，而是由雇主負擔 8 成，被保險人負擔 2 成；職業工會會員，政府負擔 4 成，被保險人負擔 6 成；農保則是政府負擔 7 成，被保險人負擔 3 成；公保本人負擔 35%，政府負擔 65%；公務人員眷屬保險，政府負擔 50%，被保險人負擔 50%（張博雅、羅紀琮、劉素芬、楊漢淙，專業奇蹟 VS. 民眾迷思，民國八十六年）。為使全民健康保險更具公平性，及避免被保險人因受補助的比率不同，而在保險類目中移轉，保險費補助應力求一致化。推估保險財務時，是以既有保險費補助規定及補助眷屬 50% 為前提，並規劃政府補助無一定雇主勞工的比率將調高為 50%。然而政府財務日漸困窘，財政部擔心全民健康保險實施將造成財務負擔驟增，希望改為政府或雇主負擔五成，被保險人負擔五成；勞委會則認為原受僱勞工自付比率僅 20%，全民健康保險改為 40%，勞工一定抗議。

由於沒有理論可以導出政府、雇主的最適分擔比率，國外一般的作法為受僱者自付 50%，雇主付 50%，自營作業者本身為雇員兼雇主，因而自付 100%。若我們是創立一個全新的制度，則雇主、受僱者各半，自營作業者百分之百的負擔比率應是可以師法的對象。然而全民健康保險是由原有公保、勞保、農保逐步擴大至眷屬，再擴及其他民眾而成，現有制度的分擔比率雖不盡合理，卻也不得不納入考慮，同時從可行性的觀點而言，規劃亦應盡量消除新制度所帶來的衝擊和反彈。

從全民健康保險實施前的分擔比率中（參閱表 5-3），可以清楚看到公務人員本人自付比率雖為 35%，然而其眷屬自付比率為 50%，二者用體系內之被保險人人數加權後，整體公務人員的負擔比率為 44%。私校教職員眷屬人數相對於本人（即扶養比）較公務人員的比率為低，因而其整體負擔率也較低，為 42%。勞農保因無眷屬人數可用以計算整體負擔比率，因而採用主計處民國八十年個人所得分配調查報告中，每戶平均人數與每戶平均工作人數來計算全臺灣地區的平均扶養比，再代入公保、勞保、農保重新計算整體負擔。

經臺灣地區平均扶養比調整後，公保、私校教職員之整體負擔率皆為 44%，有固定雇主勞工負擔率上升為 38%，農民負擔率升為 42%。至於無固定雇主勞工，當時自付 60%，餘下的 40% 由政府負擔。由於社會保險中向無眷屬自付比率低於被保險本人者，所以我們未用相同的方法計算無固定雇主勞工的整體負擔比率。

從上面的數字可以清楚了解，各類被保險人的平均負擔比率約在四成左右，健保規劃小組因而建議，所有職業團體保險對象自付 40% 的保險費，另外的 60% 則由雇主負擔。至於無固定工作、或無工作的地區團體保險對象，自付 60% 的保險費，另外的 40% 由政府補助。這個建議案是參考了先進國家的作法，融合了我國的既有制度，消除了移轉誘因，兼顧了公平性的最佳選擇。

然而在立法院的審議過程中，維持雇主負擔 60%、自付 40% 的建議方案非常困難。由於分擔比率數字具體，又有廣大勞工的關切，因此委員們對此議題極為重視，審議當天，各種方案林林總總，資方、勞方、政府的負擔比率有 6:3:1 及 6:2:2 等，每一種負擔比率的適用對象，除受僱勞工外，是否包括農、漁、榮民等又有不同。當時的規劃原則是希望所有受僱者的負擔比率相同，當勞工與農漁民負擔比率下降時，公務人員的負擔比率也應該同幅下降，但並未獲得共識。立法委員們一致認為只要調低勞工及農漁民負擔比率，藉以顯示政府照顧他們的心意即可。由於意見過於分歧，執政黨為儘速通過立法，當時由立法院劉松藩院長敲定統一版本，軍公教人員的負擔比率仍然維持自付 40%，雇主負擔 60%。受僱勞工及農漁民自付 30%，雇主負擔維持草案建議之 60%，其餘 10% 由政府負擔。

六、安全準備

由於保險費必須在事前收取，必須事前知道要花多少錢，才能貫徹保險收支平衡的經營原則。然而保險對象人數眾多且醫療利用不確定性大的情況下，財務計算很難精確，由於年中不太可能調整保險費率，因此必須要有安全準備做挹注。

全民健康保險法所定的安全準備涵蓋保險費年度收支的結餘或不足，前者有實質金額存入，後者則有實質金額的提出。此外全民健康保險法中規定必須由每年保險費收入的 5% 範圍內另提撥安全準備。朝野協商時另外增加兩項，開徵菸酒社會健康保險附加捐及社會福利彩券收益的一定比例。由於想進入世界貿易組織 WTO，菸酒公賣保護措施等貿易障礙面臨很大挑戰，從公賣制度變成菸酒稅中間的過程非常耗時；另外地方政府社會福利彩券的辦法也還沒有開始實施，所以這兩項財源於開辦時尚無法發揮實際功效。

表 5-2 全民健康保險投保金額分級表

組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)
第一組級距 600 元	1	14,010	14,010 以下
	2	14,400	14,011-14,400
	3	15,000	14,401-15,000
	4	15,600	15,001-15,600
第二組級距 900 元	5	16,500	15,601-16,500
	6	17,400	16,501-17,400
	7	18,300	17,401-18,300
	8	19,200	18,301-19,200
	9	20,100	19,201-20,100
	10	21,000	20,101-21,000
	11	21,900	21,001-21,900
	12	22,800	21,901-22,800
第三組級距 1,200 元	13	24,000	22,801-24,000
	14	25,200	24,001-25,200
	15	26,400	25,201-26,400
	16	27,600	26,401-27,600
	17	28,800	27,601-28,800
第四組級距 1,500 元	18	30,300	28,801-30,300
	19	31,800	30,301-31,800
	20	33,300	31,801-33,300
	21	34,800	33,301-34,800
	22	36,300	34,801-36,300
第五組級距 1,900 元	23	38,200	36,301-38,200
	24	40,100	38,201-40,100
	25	42,000	40,101-42,000
	26	43,900	42,001-43,900
	27	45,800	43,901-45,800
第六組級距 2,400 元	28	48,200	45,801-48,200
	29	50,600	48,201-50,600
	30	53,000	50,601 以上

表 5-3 被保險人的負擔比率

	全民健康保險 實施前	第一期 規劃建議	第二期 規劃建議	全民健康 保險法
公務人員	35	35	40	40
眷屬	50		40	40
私校教職	35	35	40	40
眷屬	50		40	40
無固定雇主	60	50	60	60
眷屬			60	60
固定雇主	20	35	40	30
眷屬			40	30
農民	30	35	40	30
農眷			40	30
軍眷	--	50	40	40
低收入戶	0	0	0	0
榮民	--	0	0	0
榮眷	--	50	40	30
其他人口	--	50	60	60

第三節 醫療給付費用推估

為了解全民健康保險所需經費，以為財源籌措以及相關單位編製預算的參考，爰以民國七十九年資料為推估基礎，按年齡別、性別分別列計門診及住院醫療費用；同時，依照各類人口納入保險預定進度，以逐步加保方式推算未來五年健康保險醫療費用。

欲合理推估未來的醫療費用，首要確立的是基期年年齡別、性別、醫療費用及未來成長趨勢。

一、基期年醫療費用

（一）資料來源

在全民健康保險第一期規劃時，由於臺灣地區有關醫療費用的研究文獻及基礎資料皆極端缺乏，故當時是以民國七十七年勞保全年在保者的年齡別、性別、門診及住院費用為總保險費之計算基礎。民國七十九年時，衛生署委託台大公共衛生研究所進行「國民健康調查之試驗與規劃」，該調查共計完訪無保險者 2,120 人。此次重估全民健康保險醫療費用，原擬採用該調查資料為推估基礎，然而因該調查無保險者之分齡樣本數太小，同時費用資料不盡合理，因而未予採用（表 5-4）。民國八十一年衛生署進行「國民醫療保健支出調查」，共計完訪無保險者 9,278 人（表 5-5）。該調查因分齡樣本數未盡理想，再加上牙科費用受矯正及假牙支出之影響，使得費用資料亦不合理，調查重點及結果則摘要性地列於附錄五。因此，本期規劃我們仍使用勞保全年在保者的年齡別、性別、門診及住院費用為基礎，只將基期年挪至民國七十九年。

理論上而言，勞保被保險人多為工作人口，其健康狀況較佳，所以醫療費用可能偏低。但是，就勞保當時實際情形分析，由於職業工會會員之資格認定寬鬆，使得許多無工作人口已透過此一管道加入勞保。根據統計，勞保民國七十九年年底被保險人人數中，無固定雇主勞工（職業工會會員及漁會甲類會

員)即占約30%，達二百餘萬人，同時此一群體中65歲以上老人之比率較其他類勞工為高。因此，現行勞保每人平均醫療費用已相當程度反映未就業人口每人平均醫療費用。

(二) 資料處理

由於民國七十九年時勞保被保險人有六百多萬，其醫療利用資料數量龐大，同時其加退保數量也多，若僅部分時間在保，醫療費用難有代表性，我們因而從被保險人基本資料檔中抽樣五分之一，取其中全年在保者為分析基礎，並將其醫療利用(門診、住院費用)與主檔結合，並按年齡別、性別列表。如此計算出來的資料詳見表5-6。

表5-6的每人平均醫療費用與勞保統計每人平均醫療費用(民國七十九年應付醫療給付／民國七十九年平均被保險人數)有將近3.2%的差距，所以我們首先將表5-6各年齡層費用上調3.2%(調整後資料詳見表5-7)。另一方面，勞保的生育給付當時是採現金給付，未來全民健康保險將改為醫療給付，因而折算公保民國七十九年平均每件生育給付費用(民國七十九年公保總生育費用／公保生育住院總人次)，復依據15～44歲各年齡層女性生育率，計算勞保女性15～44歲各年齡層平均生育費用，再加入表5-7中15～44歲各年齡層女性每人平均醫療費用。含生育費用之每人平均醫療費用亦列於表5-7。

經過上述處理，所得資料仍不足以涵蓋全部年齡及性別，尚缺年幼人口(15歲以下)及老年人口(75歲以上)的醫療費用。由於表5-6中75歲以上人口樣本數過少，且其醫療費用明顯偏低，故未予採用。可能的替代方案是採用公保、農保的75歲以上老人醫療費用。然而，一方面因為公保的醫療利用資料尚未完全電腦化，無法利用退休人員保險之年齡別、性別醫療費用(僅能得知總費用)；另一方面，農保年齡別、性別每人平均醫療費用皆比勞保為低，僅將75歲以上農保醫療費用納入，也不合理。

至於15歲以下依賴人口的醫療費用，除了福保、公務人員殘障子女保險、各類調查資料及少數壽險公司因有以附加方式辦理的醫療險而有部分資料，然

而因其涵蓋人口過少，同時給付水準不同，因而也未予採用。

職是之故，所有 15 歲以下及 75 歲以上人口的醫療費用，皆參酌 1989 年日本每人平均醫療費用資料，以外插方式計算。計算方法為依日本 0～4 歲，5～9 歲，10～14 歲人口與 35～39 歲人口醫療支出的比值（分別為 0.80，0.56，0.38），應用於勞保 35～39 歲人口的醫療支出。其間因勞保 15～70 歲各年齡層與 35～39 歲醫療支出的比值都較日本同年齡層的比值為高，而且日本 10～14 歲與 15～19 歲差異並不大（後者比值為 0.39），故將日本 15 歲以下的比值分別上調，使各比值得應用於勞保資料。經調整後，0～4 歲比值為 0.82，5～9 歲為 0.65，10～14 歲為 0.52。至於 75 歲以上老人的醫療費用，則依日本 70 歲以上人口對 35～39 歲人口的醫療支出的比值 5.33，再按全部人口 70～74 歲及 75 歲以上人口加權計算，求得 75 歲以上之比值為 6.73。

（三）年齡別、性別醫療費用

依上述處理過程得出之基期年年齡別、性別、門診、住院醫療費用資料詳見表 5-8。

全民健康保險開辦後，現有因帶病投保而被拒於保險給付外的病患，將全部納入健康保險照顧中，屆時醫療費用勢必上漲。因此，先假設各年齡層每人平均醫療費用將有 10% 之漲幅，調整後基期年之每人平均醫療費用為 6,794 元（表 5-8）。

理論上，平均醫療費用是價格與醫療利用量的乘積，因此確定價格與利用量是推算費用的基礎。由於當時勞保以勞保單為計酬憑據，使得醫療提供者常常透過多收勞保單以確保期望收入，造成勞保醫療利用量有偏高現象。民國七十九年勞保平均每人門診次數達 10.6 次，遠較其他國家為高（1989 年時每人年門診次數英國為 5.7 次，美國為 5.3 次）。因此，尚無法確切得知實際醫療利用量之多寡。採用價格與利用量乘積所顯現的每人平均醫療費用可能會比分開估計更為合理。

二、費用推估方式

(一) 推估假設：

1. 物價上漲率：民國八十年為 3.62%，民國八十一年為 4.46%，民國八十二年為 3.5%，民國八十三年以後假設為 3.5%(經建會長期經建預估值)。
2. GDP 實質成長率：民國八十年為 7.23%，民國八十一年為 6.88%，民國八十二為 7.18%，民國八十三年至八十六年實質成長率為 6.5%(經建會長期經建預估值)。
3. 醫療費用所得彈性：以過去(民國六十年至八十年)勞保每人平均醫療費用對每人平均實質國內生產毛額之彈性值為基礎，推估未來每人平均醫療費用所得彈性。假設民國八十三年至八十四年醫療費用所得彈性為 1.16。
4. 甲、乙、丙表實施使醫療費用增加的比率：勞保於民國七十八年十一月、民國七十九年七月及十月陸續修正或實施甲乙丙表，依據勞委會當時推算，因甲乙丙表的實施，將使醫療費用增加約 20%。但是，依民國七十九年底勞保被保險人醫療利用資料分析，醫療費用上漲未如預期，然而民國八十年的醫療費用卻有迅速上漲趨勢，本期因而假設甲乙丙表實施使民國八十年醫療費用上漲 10%。
5. 部分負擔的比率：門診為 20%，住院為 10%，由於分娩、重大傷病可免除部分負擔，因而假設民國八十四年實施部分負擔制度，會使民國八十四年醫療費用減少 12.5%。
6. 慢性病、復健等納入給付：隨著老年人口對慢性病醫療需求的日增，醫療費用自然而然也會隨之上升，而慢性病所需的高價醫療方式，更會加速醫療費用的上漲速度。全民健康保險給付若涵蓋此類醫療服務，自民國八十四年以後，醫療費用每年將有 5% 的新增成長率。
7. 高科技醫療的逐步納入：高科技醫療若納入全民健康保險的給付範圍內，將會刺激民眾對此類醫療服務的需求，由於其收費標準較高，直接會導

致醫療費用的上升。假設自民國八十四年以後，醫療費用因此項因素多上漲 3%。

8. 假設醫療品質提升使費用增加的比率：國外於實施健康保險初期，醫療品質普遍提升，造成醫療費用持續上揚。我們假設此種上漲效應 (shock effect) 將隨著我國保險範圍之擴大而漸漸凸顯，其上漲率約為 13%；各年分攤的比率民國八十二年為 3%，民國八十三年及民國八十四年為各 5%。
9. 人口老化率：依基期年各年齡層男性、女性每人平均醫療費用，按各年年齡別人數加權計算每人每年之平均醫療費用。隨著老年人口之增加，每人平均醫療費用逐年提高，每年增加比率即是該年人口老化率。各年老化率民國八十年為 0.36%，民國八十一年為 0.89%，民國八十二年為 0.43%，民國八十三年為 1.50%，民國八十四年為 1.05%。
10. 安全準備提撥率：以相當於三個月的保險給付金額為提撥標準，每年提撥 5%，持續至達到標準金額為止。
11. 行政費用：建議自民國八十三年起，按總醫療費用的 3.5% 編列保險行政費用。

(二) 近程及中程費用預估公式

每人年平均醫療給付費用 $_{ijkt}$ (不含安全準備)

$$\begin{aligned}
 &= \text{醫療費用}_{ijkt-1} (\text{不含安全準備}) \times (1 + \text{物價上漲率}_t) \\
 &\times (1 + \text{GDP 實質成長率}_t \times \text{醫療支出所得彈性} \\
 &+ \text{甲、乙、丙表實施後醫療給付費用增加比率}_t \\
 &- \text{部分負擔使醫療給付費用減少比率}_t \\
 &+ \text{慢性病、復健等納入給付後醫療給付費用增加比率}_t \\
 &+ \text{高科技醫療逐步納入後醫療給付費用增加比率}_t \\
 &+ \text{醫療品質提升使醫療給付費用增加比率}_t + \text{人口老化率}_t)
 \end{aligned}$$

每人年平均醫療給付費用 $_{ijkt}$ (含安全準備)

$$\begin{aligned}
 &= \text{每人年平均醫療給付費用}_{ijkt} (\text{不含安全準備}) \\
 &\times (1 + \text{安全準備提撥率}_t)
 \end{aligned}$$

$$\text{總醫療給付費用}_{kt} = \sum_i \sum_j \text{每人年平均醫療給付費用}_{ijkt}$$

其中 i 為性別 ($i=1$ 代表男性, $i=2$ 代表女性)

j 為年齡 ($j=1$ 代表 0 ~ 4 歲, $j=2$ 代表 5 ~ 9 歲 ...)

k 為醫療類型 ($k=1$ 代表門診, $k=2$ 代表住院)

t 代表年份

$$\text{保險行政費用} = \text{總醫療給付費用} \times 3.5\%$$

（三）費用預估

依據前述的推估假設及預估公式，可推估全民健康保險開辦初期每人每年的醫療給付費用，推估結果列於表 5-9。從表中可以清楚了解，若勞保被保險人的醫療利用可以相當程度的代表同年齡的其他人口的醫療利用，民國八十三年時每人年保險醫療給付費用將為 12,000 元左右。

（四）與第一期規劃結果之差異

以民國七十七年勞保被保險人醫療利用資料為基礎，應用前述的推估模型所推估出來的醫療給付費用總額，詳見第一期規劃報告第六章（經建會，民國七十九年），其與以民國七十九年資料為基礎的費用總額預估值有極大差距。其中最重要的原因是，根據第一期規劃，醫療給付費用從民國七十七年到七十九年會有超過 30% 的成長率，其中所得的影響超過 20%，另外還有甲乙丙表實施所造成的 10% 影響。然而事實上，自第一期規劃報告完成後，勞保被保險人的醫療給付費用並未如預期般快速上漲，反而維持在幾乎相同的水準上。若考慮物價的因素，每人平均給付費用反而呈現下跌的態勢。

由於近年來，勞保局對費用的抑制極為努力，勞保單不當利用，如一人保險全家看病，勞保單換日用品等問題日益減少，致勞保醫療給付費用日趨合理。

在現況帶病投保不予給付的前題下，基期年每人年平均給付費用可能偏低，我們因而將其調高 10%。

經此調整，第一期規劃的費用推估和第二期的費用推估從民國七十九年起仍有 20% 的差距。二次費用推估的差異原因，完全是所用假設的不同，為讓讀者充分了解各個原因的相對重要性，表 5-10 列出了詳細的差異說明，以供參考。

（五）費率公式

$$\text{保險費率} = \frac{\text{總醫療給付費用}}{\text{總投保金額}} \times 100$$

表 5-4 民國七十九年國民健康調查無保險者自付醫療費用

單位：元

年齡別	住院			門診			門住診合計			比值
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	
0-4	617	800	702	5,176	2,634	3,987	5,793	3,434	4,689	0.57
5-9	482	113	295	2,924	2,075	2,494	3,406	2,188	2,789	0.34
10-14	491	181	337	5,573	10,284	7,907	6,064	10,465	8,244	1.00
15-19	2,199	92	1,149	7,008	2,723	4,873	9,207	2,815	6,022	0.73
20-24	234	506	367	1,850	2,322	2,085	2,084	2,828	2,452	0.30
25-29	0	2,085	1,065	1,457	3,863	2,686	1,457	5,948	3,751	0.46
30-34	0	963	508	3,656	5,367	4,549	3,656	6,330	5,057	0.61
35-39	3,303	0	1,717	8,602	4,269	6,522	11,905	4,269	8,239	1.00
40-44	0	0	0	3,840	5,322	4,633	3,840	5,322	4,633	0.56
45-49	2	0	1	923	81,600	33,927	925	81,600	33,928	4.12
50-54	0	1,100	759	0	33,672	23,222	0	34,772	23,981	2.91
55-59	0	5,882	3,448	1,760	19,555	12,192	1,760	25,437	15,640	1.90
60-64	11,929	788	4,106	8,643	4,910	6,022	20,572	5,698	10,128	1.23
65-69	7,222	273	3,400	10,997	10,849	10,914	18,219	11,122	14,314	1.74
70-74	9,778	231	4,136	3,254	11,546	8,154	13,032	11,777	12,290	1.49
75+	0	2,921	1,850	67,855	42,271	51,651	67,855	45,192	53,501	6.49
合 計	1,107	533	815	5,349	6,920	6,148	6,456	7,453	6,963	

註：門診含牙、西、中醫及急診；樣本數共 2,120。

資料來源：民國七十九年國民健康調查之規劃與試驗，行政院衛生署。

表 5-5 民國八十一年臺灣地區無保險者自付醫療費用

單位：元

年齡別	門診			住院			門住診合計			比值
	男	女	合計	男	女	合計	男	女	合計	
0-4	6,399	5,597	6,041	2,238	1,436	1,874	8,637	7,033	7,915	2.19
5-9	5,132	4,326	4,729	451	601	524	5,583	4,927	5,253	1.46
10-14	2,984	3,255	3,113	584	229	413	3,568	3,484	3,526	0.98
15-19	2,265	4,836	3,545	483	1,538	1,008	2,748	6,374	4,553	1.26
20-24	2,029	3,541	2,828	1,431	1,195	1,307	3,460	4,736	4,135	1.15
25-29	1,614	4,428	3,069	1,120	3,567	2,376	2,734	7,995	5,445	1.51
30-34	994	3,370	2,407	1,655	1,679	1,669	2,649	5,049	4,076	1.13
35-39	1,493	3,303	2,560	90	1,689	1,046	1,583	4,992	3,606	1.00
40-44	1,632	6,540	4,531	213	1,863	1,187	1,845	8,403	5,718	1.59
45-49	9,633	2,544	5,079	15,600	236	5,723	25,233	2,780	10,802	3.00
50-54	12,963	10,740	11,401	0	5,811	4,035	12,963	16,551	15,436	4.28
55-59	2,052	4,416	3,636	8,686	2,746	4,745	10,738	7,162	8,381	2.32
60-64	1,680	9,740	5,452	87	2,485	1,219	1,767	12,225	6,671	1.85
65-69	4,215	8,858	6,046	1,752	1,585	1,685	5,967	10,443	7,731	2.14
70-74	2,452	5,861	3,831	3,041	9,882	5,956	5,493	15,743	9,787	2.71
75+	5,982	7,142	6,676	3,685	5,037	4,530	9,667	12,179	11,206	3.11
合 計	3,781	4,593	4,187	1,177	1,413	1,295	4,958	6,006	5,482	

註：門診含牙、西、中醫及急診；樣本數為 9,278。

資料來源：民國八十一年國民醫療保健支出調查，行政院衛生署。

表 5-6 勞保年齡別、性別每人平均門診及住院費用

單位：元

年齡別	每人平均門診費用		每人平均住院費用		每人平均醫療費用		
	男性	女性	男性	女性	男性	女性	合計
0-4							
5-9							
10-14							
15-19	1,892	2,322	1,683	852	3,575	3,174	3,379
20-24	2,251	2,984	1,800	1,200	4,051	4,184	4,116
25-29	2,180	3,217	1,297	1,640	3,477	4,857	4,150
30-34	2,520	3,307	1,387	1,560	3,907	4,867	4,376
35-39	2,931	3,548	1,506	1,425	4,437	4,973	4,699
40-44	3,185	4,081	1,978	1,740	5,163	5,821	5,484
45-49	3,739	4,754	2,486	2,160	6,225	6,914	6,564
50-54	4,405	5,557	2,981	2,655	7,386	8,212	7,797
55-59	5,572	6,746	3,817	3,463	9,389	10,209	9,778
60-64	6,505	8,867	4,267	4,669	10,772	13,536	11,931
65-69	8,080	10,432	6,198	6,591	14,278	17,023	15,453
70-74	12,093	9,498	8,237	8,385	20,330	17,883	19,211
75+	8,529	5,745	10,915	6,156	19,444	11,901	
以人口數加權之勞保每人平均醫療費用							5,249

表 5-7 調整後民國七十九年勞保年齡別、性別每人平均門診及住院醫療費用

單位：元

年齡別	調整後每人平均醫療費用			調整後每人平均醫療費用 (含生育費用)		
	男 性	女 性	平 均	男 性	女 性	平 均
0-4						
5-9						
10-14						
15-19	3,689	3,276	3,487	3,689	3,542	3,618
20-24	4,181	4,318	4,248	4,181	5,951	5,044
25-29	3,588	5,012	4,283	3,588	7,429	5,461
30-34	4,029	5,023	4,514	4,029	6,039	5,011
35-39	4,579	5,132	4,850	4,579	5,365	4,964
40-44	5,328	6,007	5,660	5,328	6,041	5,676
45-49	6,424	7,135	6,774	6,424	7,135	6,774
50-54	7,622	8,475	8,047	7,622	8,475	8,047
55-59	9,689	10,536	10,091	9,689	10,536	10,091
60-64	11,117	13,969	12,313	11,117	13,969	12,313
65-69	14,735	17,568	15,948	14,735	17,568	15,948
70-74	20,981	18,455	19,826	20,981	18,455	19,826
75+						

說明：因表 5-6 之費用與民國七十九年勞保統計上之平均醫療費用相差 3.2%，故將費用上調 3.2%。再參照公保生育給付（採醫療給付）實際支付金額加算 15～44 歲女性生育醫療給付費用。

表 5-8 民國七十九年年齡別、性別每人平均門診及住院醫療費用

單位：元

年齡別	每人平均醫療費用（含生育費用）			調整後每人平均醫療費用		
	男性	女性	平均	男性	女性	平均
0-4	3,754	4,208	3,973	4,130	4,629	4,370
5-9	2,976	3,335	3,151	3,274	3,669	3,466
10-14	2,381	2,669	2,521	2,619	2,936	2,773
15-19	3,689	3,542	3,618	4,058	3,896	3,979
20-24	4,181	5,951	5,044	4,599	6,546	5,548
25-29	3,588	7,429	5,461	3,947	8,172	6,007
30-34	4,029	6,039	5,011	4,432	6,643	5,512
35-39	4,579	5,365	4,964	5,037	5,902	5,460
40-44	5,328	6,041	5,676	5,861	6,645	6,244
45-49	6,424	7,135	6,774	7,067	7,849	7,451
50-54	7,622	8,475	8,047	8,385	9,322	8,851
55-59	9,689	10,536	10,091	10,658	11,589	11,100
60-64	11,117	13,969	12,313	12,228	15,366	13,544
65-69	14,735	17,568	15,948	16,208	19,325	17,543
70-74	20,981	18,455	19,826	23,079	20,301	21,808
75+	30,817	34,539	32,771	33,898	37,993	36,049
以人口數加權平均			6,176			6,794

說明：未來因對被保險人加保前之疾病皆一律給付，勢必造成總醫療費用增加，故將費用上調 10%。

表 5-9 醫療給付費用假設及推估結果

單位：%

基期年（民國七十九年）每人平均醫療給付費用：6,794 元					
假設變數	八十年	八十一年	八十二年	八十三年	八十四年
物價上漲率	3.62	4.46	3.5	3.5	3.5
實質所得上漲率	7.76	5.96	6.5	6.5	6.5
甲乙丙表實施使醫療費用上漲率	10				
實施部分負擔使醫療費用減少比率					12.5
給付內容調整					3
醫療品質改善			3	5	3
人口結構改變	0.36	0.89	0.43	1.5	1.05
安全準備	0	0	0	5	5
每人平均醫療給付費用（元）	8,316	9,281	10,560	12,464	13,170
安全準備（元）				623	659
每人平均醫療給付費用 + 安全準備（元）				13,163	13,829
總保險人口					20,786,000
總保險費（億元）					2,874.5

註：1. 上述變數假設是從需求面對醫療費用之影響為主，因醫療提供量增加而造成之費用上漲，應已反映在其中。

2. 醫療支出所得彈性是依民國六十年至八十年勞保每人平均醫療給付費用相對於每人平均實質國內生產毛額之彈性值計算，其值為 1.16。

表 5-10 第一期與第二期規劃報告費用推估變數假設之差異說明

變數	第一期假設	第二期假設	說明
基期年	77 年	79 年	
基期年費用	6,188 元	6,794 元	依據勞保全年在保之被保險人醫療利用資料估算每人平均醫療費用。第二期各年齡層每人平均醫療費用已外加 10% 因帶病投保者增加而預期醫療費用之提高比率。
醫療費用上漲率	77-78 年：11.01% 78-79 年：9.16% 79-80 年：10.54% 80-81 年：10.58% 81-82 年：10.63% 82-83 年：10.67%	79-80 年：10.85% 80-81 年：11.30% 81-82 年：10.0% 82-83 年：10.0% 83-84 年：10.0%	79-80 年、80-81 年上漲率由主計處提供。81 年以後假設上漲率為 10%。
醫療支出所得彈性	-	1.16	第二期依民國 60 年至 80 年勞保每人平均醫療費用對每人平均實質國內生產毛額之彈性值計算而來。
甲乙丙表實施使醫療費用上漲率	78-79 年：10% 79-80 年：10%	79-80 年：10%	勞保甲乙丙表 78-79 年未肇致醫療費用明顯上漲，但依專家討論會 (81.6.25) 決議，仍應保留 79-80 年 10% 之上漲率。
醫療品質提升使醫療費用增加比率	81 年：2% 82 年：3% 83 年：3% 84 年：2% 合計：10%	81 年：0% 82 年：3% 83 年：5% 84 年：5% 合計：13%	參考國外實施健康保險之經驗，第二期調高本變數比率。
被保險人數及眷屬納入全民健康保險之時間表	以民國 79 年為基期，推估未來 5 年身分別人口結構。 眷屬納入時間表： 公保子女：81 年 7 月 私校父母：80 年 7 月 私校子女：81 年 7 月 勞保配偶：80 年 7 月 勞保父母：81 年 7 月 勞保子女：83 年 7 月 榮民：82 年 7 月 榮眷：82 年 7 月 軍眷：82 年 7 月 地區團體其他人口：82 年 7 月	以民國 80 年 12 月底資料為基期，推估未來 3 年身分別人口結構。 修正部分眷屬納入時間表： 私校父母：80 年 11 月 私校子女：81 年 8 月 勞保配偶：83 年 7 月 勞保父母：83 年 7 月 勞保子女：83 年 12 月 農眷：83 年 7 月 榮民、榮眷：83 年 12 月 軍眷：83 年 12 月 地區團體其他人口：83 年 12 月	因實際進度延宕了 4 至 18 個月不等，第二期修正部分眷屬納入時間。

(續)

變數	第一期假設	第二期假設	說明
人口老化 1. 人口老化率	77-78 年：1.03% 78-79 年：1.03% 79-80 年：1.19% 80-81 年：1.17% 81-82 年：1.21% 82-83 年：1.18%	79-80 年：0.36% 80-81 年：0.89% 81-82 年：0.43% 82-83 年：1.50% 83-84 年：1.05%	1. 依基期年各年齡層男性、女性每人平均醫療費用，按各年人口年齡層人數加權計算每人每年之平均醫療費用。隨著老年人口之增加，每人平均醫療費用逐年提高，每年增加比率即是該年人口老化率。 2. 由於第二期規劃 65 歲以上人口之醫療費用比第一期為低，人口老化率因而較低。
2. 計算基礎	各年齡層每人平均醫療費用（元）： 男 女 0-14 2,874 1,979 15-44 4,805 4,667 45-64 10,236 10,928 65+ 20,016 25,649	各年齡層每人平均醫療費用（元）： 男 女 0-14 3,287 3,680 15-44 4,562 6,321 45-64 9,526 10,646 65+ 22,750 25,818	
實施部分負擔 使醫療費用減少比率	79-80 年：12.5%	83-84 年：12.5%	全民健康保險實施後才實施部分負擔，故部分負擔效果延宕至 83-84 年。
給付內容調整	-	83-84 年：3%	第一期假設費用未受給付內容調整影響；第二期將慢性病、復健、高科技醫療納入。
安全基金提撥率	79-80 年：2.5% 80-81 年：2.5% 81-82 年：2.5% 82-83 年：2.5%	79-80 年：0% 80-81 年：0% 82-83 年：5% 84-85 年：5%	以相當於三個月月的保險給付金額為提撥標準，自民國 83 年起每年提撥固定比率，持續至達到標準金額為止。
行政費用	總保險費之 5.5%	總保險費之 3.5%	第一期規劃建議全民健康保險行政費用由政府、雇主及被保險人共同負擔。由於全民健康保險執行機構為中央機關，第二期規劃乃建議自民國 83 年起行政費用由中央政府全額負擔。

(續)

變數	第一期假設			第二期假設			說明	
分擔比率 (單位%)		政府	雇主	被保險人		政府	雇主	被保險人
公務人員眷屬	65			35		50		50
退公疾	50			50		50		50
退公配疾	50			50		50		50
私校教職員眷屬	32.5		32.5	35		25	25	50
私校退疾	25		25	50		25	25	50
私校退配	25		25	50		25	25	50
有一定雇主勞工 (政府)			80	20		50		50
眷屬	50			50			50	
有一定雇主勞工 (民間)			80	20		50		50
眷屬							50	
無一定雇主	50		50	50		50		50
眷屬	50			50		50		50
農民	70			30		50		50
農眷	50			50		50		50
低收入戶	100			0		100		0
榮民	100			0		100		0
榮眷	50			50		50		50
軍眷	50			50		50		50
其他人口	50			50		50		50

資料來源：1.77、79年勞保被保險人醫療利用資料檔，勞保局。
2.「77年勞工保險被保險人眷屬健康檢查調查」資料檔，勞保局，79年。
3.80年榮民資料檔，行政院退輔會，81年。
4.80年軍眷基本資料檔，國防部聯勤總部，81年。

第六章

醫療體系

第六章 醫療體系

第一節 前言

實施全民健康保險的目的，在於提供全體國民適切的醫療保健照護，以增進國民健康。要達到這項目標，需要有健全的健康照護體系配合。所謂健全的體系，指的是要有適量、分布合理及一定品質的醫療保健資源，提供完整性、連續性的照護，以滿足國民對醫療保健的需求。

因著全民健康保險的開辦，強制納保，特約醫療院所及部分負擔等措施，將影響民眾對醫療服務之利用。

第二節 背景分析

一、民眾對醫療服務之利用

從保險身分對醫療服務利用之影響、年齡組成對醫療服務利用之影響及跨區住院等三方面加以說明。

（一）保險身分對醫療服務利用之影響

利用「台閩地區勞工保險統計」、「公務人員保險統計」及衛生署統計資料，結果顯示：臺灣地區人口從民國七十五年的 1,945 餘萬人，增加到民國八十一年年的 2,080 餘萬人，其中有保險者從總人口的 27% 增為 54%。以民國八十年為例，有保險者住院天數為 1,220 餘萬人天，占該年全部人口住院天數 1,741 餘萬人天的 70%，其中尤以勞保被保險人所占的百分比為最高，約為

40%。若以平均每次住院天數來看，臺灣地區民眾平均每次住院天數為 7.9 天，有保險者為 11.3 天，無保險者則為 4.6 天。至於平均每人每年住院次數的分布，不論是有保險者或是無保險者均約為 0.11 次。

門診方面也有類似的結果，有保險者較無保險者有較高的門診利用情形，其中有保險者也因保險類別不同，門診利用也不盡相同，就以民國八十一年統計資料顯示，公保平均每人每年門診 15 次、勞保 16 次、農保 23 次。

另依衛生署民國八十一年「國民醫療保健支出調查」分析報告顯示：每人每月平均利用醫療服務次數，依次為西醫門診 0.85 次、牙醫門診 0.22 次、中醫門診 0.19 次、住院 0.09 次及急診 0.08 次，有保險者利用各類醫療服務的平均次數皆比無保險者高，其中尤以住院及中醫門診相差最大(住院:0.12 次、0.06 次，中醫門診 0.27 次、0.14 次)，有保險者利用次數約為無保險者的 2 倍。

(二) 年齡組成對醫療服務利用之影響

不同的年齡對於醫療服務的利用方面，依國內「國民醫療保健支出調查」資料顯示，平均每月西醫門診利用在 15 歲以下者為每人 0.10 次、15 ~ 64 歲為 0.17 次、65 歲以上者為 0.34 次；在急診方面也有類似的結果，分別依次為 0.07 次、0.08 次及 0.15 次等，均有隨年齡增加的趨勢。

(三) 跨區住院

根據歷年來「臺灣地區公私立醫院診所診治傷病調查」的資料，雖然各區域民眾住院比率不因醫療資源多寡而有不同，且跨區就醫的情形在醫療網實施後已有顯著改善，但民國八十年雲林、南投、屏東及澎湖等四個區域跨越至外區住院的民眾仍高達 35% 以上，甚至高達 80% 左右。

臺北醫療區的病患大部分 (96.9%) 都在其居住當地就醫，基隆、桃園、新竹醫療區的病患，約有 14% 至 26.7% 會到臺北醫療區就醫，其中新竹醫療區另有 4% 的病患會到鄰近的桃園醫療區就醫。至於宜蘭醫療區方面，有 90.7% 的病患在當地就醫，跨區到臺北就醫者，僅占 6.3%。

中部地區方面，臺中醫療區約有 93.6% 的病患在其居住當地就醫，而其他地區，像苗栗、彰化、南投、雲林等醫療區，病人就醫之地區較為分散，其中以跨區至臺中醫療區為主。而跨區情形最為嚴重的南投及雲林醫療區的病患，約有半數跨區就醫，顯示醫療資源愈為匱乏的地區，跨區情形愈為嚴重。

就南部地區來看，病患除了在其居住當地就醫以外，便是在高雄醫療區就醫，尤以醫療資源較為匱乏的屏東及澎湖醫療區，跨區到高雄醫療區就醫的情形最為嚴重，分別為 30% 及 62%。

至於花蓮及臺東醫療區的病患，大都在其居住當地住院，這種情形或許與其對外交通不便有關。

二、醫療服務體系

（一）醫事人力之數量與分布

歷年來執業醫師數不斷的增加，從民國五十九年的 5,092 人，增加到民國八十一年底的 22,365 人。醫師的分布與許多已開發的國家一樣，都有地理分布不均的現象。通常醫師人數多集中在都市化程度較高的地區。根據民國七十三年資料顯示，每萬人口醫師數以臺北醫療區之 9.6 人最高，雲林 3.3 人最低，二者之間相差 2.9 倍。在醫療網計畫實施後，各醫療區域醫師數均增加。到民國八十一年時，臺北與雲林等醫療區每萬人口醫師數之差距已降為 2.6 倍。若以增加率來看，增加百分比較高的有澎湖、花蓮、高雄、雲林、臺東、南投等區域。而就每位醫師服務人口數而言，從民國七十三年底每位醫師服務 1,470 人，降為民國八十年底的 1,026 人，預計民國八十九年後，每位醫師服務 750 人。由此可知，執業醫師人數增加了，但整體而言，仍略顯不足，詳見表 6-1。

基層醫療人力方面，民國七十一年有 54.6% 的醫師從事基層醫療工作，平均每位基層醫師服務 2,598 人。民國八十一年，基層醫師人數降至 37.8%，平均每位基層醫師服務 2,677 人，顯示基層醫療人力有萎縮之現象。

有執業之中醫師人數，從民國五十九年的 1,384 人，增至民國八十一年 2,616 人，其增加之速度，比起其他醫事人力之增加而言可說極緩。

表 6-1 醫療網計畫目標

項目 \ 期程 (民國)	計畫前 73 年底	第一期目標 (79 年底)	81 年底	第二期目標 (85 年底)	全程目標 (89 年底)
每一醫師服務人口數 (每萬人口醫師數)	1,470 (6.8)	1,000 (10)	928 (10.8)	860 (11.6)	750 (13.3)
每萬人口急性病床數	23.9	31.6	34.3	37	40
每萬人口慢性病床數	8	10	9	12.5	15
區域差距	3.2	2.5	2.6	2.25	2.0

至於執業牙醫師人數方面，從民國五十九年的 819 人，增加到民國八十一年年的 6,448 人，增加速度十分快速。有關牙醫人力供需之研究相當多，許多研究如：藍忠孚、李玉春 (1981)；陳坤智 (1988)；江東亮 (1992)；邱清華 (1992)；盧美玲 (1991) 等均指出牙醫師人力之供給，在量的方面已呈足夠，但分布不均仍為嚴重問題。邱清華 (1992) 指出，牙醫分布不均，在高密度縣市每位牙醫師平均照顧 1,850 人，中密度縣市每位牙醫師照顧 5,020 人，低密度縣市每位牙醫師照顧 9,790 人。此外，當民眾受保險給付改變及其他因素之影響，而養成預防牙疾的習慣後，可能因牙疾減少，使牙醫師人力過剩。

而就執業護理人力方面，從事實與研究報告 (陳月枝；1990) 均指出，護理人力預估在民國八十四年之需求為 57,884 人，而供給量僅有 46,950 人，短缺 10,934 人，顯見護理人力嚴重不足。此外，研究也指出護理人力分布不均且流失率高。

至於藥事人力方面，民國八十年底執業藥師及藥劑生共有 19,158 人，推估民國八十四年及八十九年藥師及藥劑生之供給，將比需求分別多出 5,731 人與 3,721 人。

就醫檢人力方面，近年來醫檢師的人力需求每年約為 400 人，但每年核定招收醫技學生 930 人，顯示醫檢教育培育人才過多。至於醫檢生人力則因高職停辦，未來增加有限。

而就物理及職能復健人力方面，民國八十一年三月物理治療學會之會員與佐理會員合計 557 人，推估民國八十四年與八十九年物理治療人員供需結果，分別尚缺 913 人與 84 人。至於職能治療人員方面，至民國八十一年三月共有 74 人，推估民國八十九年供需結果，短缺 383 人。詳細之醫事人力，如附錄六。

(二) 醫院、診所之數量與分布

民國八十一年底資料顯示，臺灣地區醫院共有 822 家，診所共有 13,646 家。其中以南部與北部地區的醫院數最多，分別為 295 及 289 家，而東部及中部地區分別是 23 家與 215 家。診所數則以北部地區最多 6,044 家，其次才依序是南部、中部、東部地區，分別是 3,731 家、3,578 家、293 家，詳見表 6-2。

表 6-2 民國八十一年臺灣地區醫院與診所之數量與分布

醫療區域別	醫院數	診所數	醫師數	每萬人口 醫師數	急性病床數	每萬人口 急性病床數	慢性病床數	每萬人口 慢性病床數
臺灣地區	822	13,646	22,365	10.8	61,545	29.7	18,699	9.0
北部地區	289	6,044	10,874	12.3	28,670	32.5	6,541	7.4
基隆醫療區域	21	300	456	9.4	1,496	30.9	128	2.6
臺北醫療區域	187	4,294	8,352	14.3	21,689	37.2	4,647	8.0
宜蘭醫療區域	18	204	398	8.7	1,601	35.0	824	18.0
桃園醫療區域	36	809	1,076	8.2	2,250	17.1	472	3.6
新竹醫療區域	27	437	592	8.2	1,634	22.7	470	6.5
中部地區	215	3,578	4,591	8.8	12,002	23.0	2,037	3.9
苗栗醫療區域	25	284	377	6.8	1,399	25.3	50	0.9
臺中醫療區域	86	1,952	2,460	11.6	5,716	27.1	490	2.3
南投醫療區域	22	292	392	7.2	1,020	18.8	1,210	22.3
彰化醫療區域	57	699	904	7.1	2,658	21.0	222	1.7
雲林醫療區域	25	351	458	6.1	1,209	16.0	65	0.9
南部地區	295	3,731	6,243	10.2	18,540	30.4	4,123	6.7
嘉義醫療區域	28	494	664	8.1	1,845	22.6	826	10.1
臺南醫療區域	76	1,105	1,633	9.4	4,598	26.5	1,193	6.8
高雄醫療區域	147	1,635	3,211	12.6	9,808	38.4	1,675	6.6
屏東醫療區域	38	464	651	7.2	1,973	21.9	379	4.2
澎湖醫療區域	6	33	84	8.8	316	33.2	50	5.2
東部地區	23	293	657	10.7	2,333	38.2	5,998	98.2
臺東醫療區域	10	112	186	7.3	780	30.5	-	-
花蓮醫療區域	13	181	471	13.2	1,553	43.7	5,998	168.0

註：1.「醫師」是指西醫師，不含中醫師、牙醫師。

2. 急性病床包括：一般病床、加護病床、燒傷病床等。

3. 慢性病床包括：精神病床、其他慢性病床。

(三) 病床之數量與分布

急性病床方面，包括一般病床、加護病床與燒傷病床等。民國八十一年底臺灣地區共有 61,545 張急性病床，平均每萬人口急性病床數為 29.7 床。若以地理分布來看，每萬人口急性病床數以花蓮、高雄、臺北等醫療區為最高，分別是 43.7 床、38.4 床、37.2 床，而以雲林、桃園及南投等醫療區為最低，分別是 16.0 床、17.1 床、18.8 床，詳見表 6-2。楊銘欽等 (1993) 之研究，推估民國八十六年臺灣地區急性病床之供需，顯示未來急性病床之供需約在 7 萬多床，供需將趨平衡。

在慢性病床方面，其包括精神病床及其他慢性病床。民國八十一年底臺灣地區共有 18,699 張慢性病床，平均每萬人口慢性病床數為 9 床。若按地裡分布來看時，每萬人口慢性病床數以花蓮、宜蘭、嘉義為最高，分別是 168 床、18 床、10 床，而以雲林、苗栗、彰化為最低，分別是 0.9 床、0.9 床、1.7 床，詳見表 6-2。其中就精神病床而言，民國八十一年底有 11,928 張精神病床，推估民國八十六年精神病床需求高達 29,124 床，供給 14,937 床，供需尚缺 14,187 床。至於其他慢性病床方面，民國八十一年底共有 6,771 床，推估民國八十六年其他慢性病床供給為 10,472 床，需求高達 12,678 床，供需之間相差 2,206 床。未來 (民國八十六年) 慢性病床供給將嚴重不足，每萬人口僅有 11.8 床，距醫療網計畫第二期之目標 (民國八十五年底)，預計達到每萬人口 15 張慢性病床，仍有一段差距。

整體而言，在當時慢性病床除了有供給不足的情形外，急、慢性病床同時也將面臨分布不均的現象，可藉由衛生署所辦理之醫療發展基金，獎勵民間在醫療資源缺乏地區設立醫療機構，予以補助醫療設備費用或興建醫院費用洽供貸款或補助。同時，將臺灣地區依每萬人口一般病床數 10 床以下者，列為第一優先獎勵區；每萬人口一般病床在 10-20 床者，為第二優先獎勵區。此一措施將有助於民間在醫療資源缺乏地區設置診所或醫院，對於急、慢性病床之供給，將可減緩病床不足及分布不均之情形。

(四) 公保、勞保的狀況

針對公務人員保險法與勞保條例中，對於特約及管理的規定，分別從特約醫療機構數、特約條件、促使醫療資源合理分布、轉診措施及部分負擔等方面，簡述如下。

1. 公保

(1) 特約醫療機構數

至民國八十一年底，公保自設 6 家聯合門診中心，分布於臺北市 (2 家)、臺中市、高雄市、臺南市與花蓮市。聯合門診中心所在地區之公保被保險人因疾病傷害須門診就醫者，均須先至聯合門診中心就醫。

至民國八十一年底，臺灣地區公保特約醫療院所 1,394 家，其中醫院 546 家、診所 848 家，占全臺灣地區醫療院所總數的 9%。

就偏遠地區部分，以核給醫師津貼辦理巡迴醫療提供公保被保險人醫療服務。

(2) 特約條件

- ①特約之醫療機構以公立醫院診所為主，如公立醫院診所不足應付當地醫療需要時，得特約私立醫療機構。
- ②私立醫院之特約，須具備當地合法登記證件，並開業滿 6 個月以上，信譽良好者。
- ③設有內科、外科、婦產科、牙科、眼科、耳鼻喉科、皮泌科等若干科以上 (院轄市地區私立醫院任 4 科，省轄市地區私立醫院任 3 科，縣屬鄉鎮市地區之私立醫院任 2 科)。各科設備應符合衛生署頒布之「醫療機構設置標準」之規定。
- ④各科均須有專任之主治醫師；病房及門診護理人員應有合格護士若干人以上 (院轄市地區私立醫院 10 人，省轄市地區私立醫院 7 人，縣屬鄉鎮市地區之私立醫院 4 人)，並有合格之藥師 (或藥劑生) 及 X 光、檢驗等技術人員。

⑤設有病床若干床以上(院轄市地區私立醫院 30 床，省轄市地區私立醫院 20 床，縣屬鄉鎮市地區之私立醫院 10 床)。

⑥機關附設之醫療機構得視實際需要特約之。

(3) 促使醫療資源合理分布

①偏僻地區私立醫療機構僅須具備特約條件②及符合「醫療機構設置標準」之規定。

②偏僻地區之機關附設醫務所室，得儘量先特約之。

(4) 轉診措施

公保聯合門診中心所在地區之公保被保險人因疾病、傷害須門診醫療者均須先至聯合門診中心就醫，對無法在聯合門診中心治療的病人才轉送至其他特約醫院診治。

(5) 部分負擔

公保體系各項保險制度，皆規定被保險人負擔掛號費和住院 30 日內半數及 30 日以上全額伙食費。而公務人員眷屬疾病保險、退休公務人員疾病保險、退休公務人員配偶疾病保險、私立學校退休教職員疾病保險、私立學校退休教職員配偶疾病保險及私立學校教職員眷屬疾病保險等 6 種疾病保險，規定被保險人須自付 10% 的門診藥費。除以上規定，並無實施其他部分負擔。

2. 勞保

(1) 特約醫療機構數

勞保無自設之醫療機構，但特約醫療院所共有 10,159 家，其中醫院有 647 家，診所有 9,512 家，共占臺灣地區醫療院所總數的 68%。

(2) 特約條件

①公立醫療院所符合醫療機構設置標準者均應申請為勞保特約醫療院所。

②凡在同一院轄市、省轄市或縣轄市開業 6 個月以上，或在鄉、鎮開業之私立醫療院所，得申請特約門診醫療業務。

③凡經中央衛生主管機關醫院評鑑核定之醫學中心、區域醫院、地區醫院或當次醫院評鑑後設立之醫院，得申請特約住診醫療業務。

(3) 促使醫療資源合理分布

勞保放寬鄉鎮私立醫療院所之特約條件，不必開業六個月以上即可特約。

(4) 醫療品質保證

依勞保特約醫療院所特約及管理辦法規定，凡經中央衛生主管機關醫院評鑑核定之醫學中心、區域醫院、地區醫院或當次醫院評鑑後設立之醫院，得申請特約住診醫療業務。此外，並規定基層醫療單位之負責醫師，每年應接受至少 24 小時之繼續教育，始得續約，以保障被保險人所獲得醫療服務品質。

(5) 轉診措施

①特約住診醫院得兼辦門診醫療業務，但應以收治經轉診之被保險人為主；如收治非經轉診之被保險人，其診療費用由勞保局另訂免審金額支付之。

②特約醫療院所因限於醫療設備及醫師專長，無法確定被保險人之病因或提供完整治療時，應建議轉診。接受轉診之醫院對已無繼續在該院治療但仍需追蹤治療之被保險人，應轉回原轉介之醫療院所。

(6) 部分負擔

勞保條例雖已規定被保險人須自付 10% 的門診費用及 5% 的住院費用，但至民國八十二年底尚未施行。在勞保、農保體系中，被保險人只須自行負擔掛號費、住院 30 日內半數及 30 日以上全額伙食費，其餘各項醫療服務皆為免費醫療。

3. 公勞保特約醫療院所面臨之問題

(1) 特約醫療院所分布不均

我國之醫療體系過去是自由市場為導向，除公立醫療院所尚顧及醫療資源之均衡分布外，私立醫療院所方面較缺乏整體之規劃與適度之規範。因此，在經濟起飛，各團體紛紛參與醫療資源的投資經營後，便導致整體醫療資源分布不均，都市與鄉鎮地區的醫療水準及醫療資源相差懸殊。另外，公保特約醫療院所因以公立醫療院所為主，所以對公保被保險人更產生下列問題：

①公保各地區特約診所數差異極大

由於公保以特約公立醫院診所為主，因各地區公立診所數差異極大，以致各地區特約診所數差異也極大。

②公保被保險人較缺乏基層醫療照護之可近性

由於臺灣地區大部分之私立醫療院所，尤其是私立診所，未列入公保特約範圍，以致公保被保險人較缺乏基層醫療照護之可近性。

(2) 特約醫療院所日益增多，缺乏有效管理方法

特約醫療院所日益增多，而各特約醫療院所大多尚未建立成本會計制度，保險機關對此部分特約醫療院所的管理與輔導尚乏有效方法。

(3) 分級轉診功能不彰

各級醫療院所分級轉診功能不彰，許多可在基層醫療單位獲得妥善處理的病患，亦到醫學中心、區域醫院就醫，不僅造成醫療資源的浪費，並使真正重症病患無法及時獲得良好的醫療照護。

(4) 公勞保間的管理辦法、診療費用支付標準互不相同，增加特約醫療院所之困擾。

公勞保間的管理辦法及診療費用支付標準互不相同，不但增加特約醫療院所之行政費用及困擾，並降低行政效率。全民健康保險將採一致之管理辦法及診療費用支付標準，以提高特約醫療院所之效率。

第三節 規劃構想

一、醫事服務機構之特約與管理

醫事服務機構的特約及有效管理，對保險人及保險對象影響至鉅，我國早在公保、勞保時代已有醫事服務機構之特約及管理制度，惟此一制度是否仍適用於全民健康保險時代，須深入探討。

（一）醫事服務機構特約的目的

保險人對醫事服務機構執行特約的目的，乃是運用特約的方法，以保障被保險人所獲得之醫療服務。其主要目的可歸納為下列三項：

1. 促使醫療資源合理分布，提供被保險人適當之醫療服務

為使各地被保險人均能獲得適當之醫療服務，因此除運用各種保險支付制度外，亦可以醫事服務機構特約辦法的明確規定，來達到促使醫療資源合理分布，各地被保險人有保險有醫療的目的。

2. 保障醫療服務品質

獲得具有適當品質的醫療服務是被保險人的權利，因此將保障被保險人所接受之醫療服務品質，明確規定於醫事服務機構特約辦法中。

3. 提高醫事效率，配合醫療費用控制

為提高醫事效率，全民健康保險醫事服務機構以特約為主，並對貴重儀器與高科技醫療項目，於保險醫事服務機構中有所規範。此外，將於特約辦法中逐步要求醫療院所實施成本會計制度，以配合支付制度的實施。

（二）特約的型式

醫事服務機構特約的型式，大致可分為限制特約與全面特約二種方式。其中全面特約更可進一步分為無條件式全面特約與有條件式全面特約。三種特約方式依均衡醫療資源、保障醫療服務品質及保險人行政負擔三方面簡述如下：

1. 限制特約

(1) 均衡醫療資源方面

在醫療資源豐富區限制特約名額，將有助於引導未受特約之醫療院所於醫療資源缺乏區爭取特約，而促使醫療資源的合理分布。此外，除符合已規定之特約標準外，並可進一步擇優特約。

(2) 保障醫療服務品質方面

於特約相關辦法中，訂定與醫療服務品質相關之措施，違者將予以懲處，以保障被保險人所接受之醫療服務品質。

(3) 保險人行政負擔方面

限制特約名額，除已規定的特約標準外，另又針對當地所需名額進一步審核，增加大量保險行政手續。而且地方開業醫為爭取本身的工作權與生存權，除提高本身醫療服務品質外，並將進行相關的遊說。此外，若不在特約名額之列，必然有不斷的申訴與請願，增加保險行政的困擾。

2. 有條件式全面特約

(1) 均衡醫療資源方面

均衡醫療資源須有其他相關措施的配合，例如提高醫療資源缺乏區之支付標準，或規定在醫療資源豐富區開業須有在醫療資源缺乏區執業若干時間之經歷限制，或特約特定醫院負責特定醫療資源缺乏區的醫療照護等措施。

(2) 保障醫療服務品質方面

與限制特約同，可於特約相關辦法中，訂定與醫療服務品質相關之措施，違者將予以懲處，以保障被保險人所接受之醫療服務品質。

(3) 保險人行政負擔方面

保險行政手續簡化，同時可顧及地方開業醫之工作權與生存權，減少不必要的保險行政的困擾。

3. 無條件式全面特約

無條件式全面特約，除保險行政手續簡化，開業醫擁有執業自由外，有關均衡醫療資源、保障醫療服務品質等方面均較難達到。

我國公保之特約型式，依公務人員保險特約醫療機構辦法的規定，係屬限制特約。我國勞保之特約型式，依民國八十年九月十三日修訂後的勞保特約醫療院所特約及管理辦法，在修訂以前係屬限制特約，修訂後則屬有條件式全面特約。

二、部分負擔及轉診制度

全民健康保險針對部分負擔的設計，採門診與住院有不同的部分負擔比率。保險對象以同一疾病於急性病房住院 30 日以下或於慢性病房住院 180 日以下應自行負擔之費用，其最高金額由主管機關定之。

門診部分：保險對象應自行負擔門診或急診費用 20%，但因生育及重大傷病就醫者免收部分負擔費用。不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔 25%；逕赴區域醫院門診者，應負擔 30%；逕赴醫學中心門診者，應負擔 35%。

住院部分：保險對象應自行負擔住院費用：

(一) 急性病房：30 日以內，10%；第 31 日至第 60 日，20%；
第 61 日以後，30%。

(二) 慢性病房：30 日以內，5%；第 31 日至第 90 日，10%；
第 91 日至第 180 日，20%；第 181 日以後，30%。

三、保險對象權益保障

就醫療品質而言，民國七十五年醫療法公布後，使醫療品質的課題推向政策面。醫療品質保證措施可經由醫療服務結構、醫療過程和醫療結果等三個層面來加以努力。

（一）醫療服務結構面

是指人員與設施之質與量是否符合機構設置標準，機構之組織是否健全。這部分較易評估，是體系中較為穩定的部分。醫院評鑑制度的建立，可說是我國醫療品質保證各種措施中最重要的一項工作。對於未參加評鑑或評鑑不合格之醫院，取消承辦健康保險住診業務的資格，對於醫院而言，為了成為保險特約住診醫院，會要求其品質達一定水準。

（二）醫療過程

指病人與醫師接觸後，醫師為診斷病人而給予醫療服務的技術及人際關係。這部分的評估包括：醫療服務是否符合現代科學知識、醫療服務是否符合醫院評鑑標準之要求、是否未濫用相關服務與醫療服務是否適當、完整、有效、持續等。在現階段之規劃，有關醫療過程之評估，主要藉由審核制度（如：利用率審查）與檔案資料之分析。

（三）醫療結果

醫療結果是指病人接受醫療服務後，健康狀況改善情形或滿意度。醫療結果的評估包括病患是否遵照醫囑、病患是否因相同傷病多次入院、病患與家屬對整個服務的各層面是否滿意。未來全民健康保險承保機關將定期抽樣調查使用過醫療服務之民眾，以瞭解其對醫療服務之滿意度。

全民健康保險規劃對於保障保險對象權益有下列規定：保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，不得自立名目向保險對象收取費用。保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要再行轉診。

四、保險病床比率規定

申請辦理住院診療業務之醫院，須提供一定比率之保險病床數。

保險病床係指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病房費差額之病床。公

保、勞保並未規範其特約醫院須提供一定比率之保險病床，惟因全民健康保險保險對象擴及全體國民，保險病床比率之訂定有其必要性。保險病床比率之訂定須考慮醫院評鑑等級及權屬別而有不同。

惟特約醫院因硬體設施無法立即改善，須提出硬體設施改善計畫，由保險人依改善計畫另行核定其比率。

五、負責醫事人員繼續教育

醫事服務機構之負責醫事人員，須接受一定時數之繼續教育。

為提升醫療品質，醫院申請特約辦理住院診療業務，須經中央衛生主管機關醫院評鑑合格，惟對於診所、藥局、醫事檢驗機構，並無提升醫療品質之具體措施，品質參差不齊。因此，為提升醫療品質，除應訂有相關設置標準規範硬體設施外（診所部分已有診所設置標準），並應強制規定負責醫事人員須接受一定時數之繼續教育，方能符合特約條件。

至於特約期滿續約條件部分，特約醫院仍須經中央衛生主管機關醫院評鑑合格；而特約診所、特約藥局、指定醫事檢驗機構部分，則仍須接受一定時數之繼續教育，方能續約。為使繼續教育措施落實執行，應對繼續教育辦理機構、講員資格、課程內容等有所規範，以提升整體基層醫療服務品質。

六、醫療資源缺乏區特約條件放寬

配合醫療網計畫之推動，對於醫療資源缺乏區不符特約條件之醫療機構，應予適度放寬，並對於相關支援行為予以支付，以提供醫療資源缺乏區保險對象更多醫療保健服務。

七、醫事服務機構管理措施

- （一）應規範保險醫事服務機構之全民健康保險醫事服務機構標誌，懸掛於明顯處。
- （二）為提高行政管理效率，應規範保險醫事服務機構採行電子資料申報作業。
- （三）特約診所申請辦理全民健康保險分娩業務，應經當地主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室，不得實施剖腹產手術。

- (四) 醫事服務機構申請辦理居家照護業務，應經衛生主管機關核准，設有居家護理服務業務項目。
- (五) 應規範特約醫院或診所，不得擅自派醫師至投保單位為保險對象提供門診診療，或假藉義診名義招攬病人。
- (六) 應規範病歷記載清晰、詳實、完整。
- (七) 應規範保險醫事服務機構對保險對象收取其應自行負擔之費用，並應掣給醫療費用收費明細表及收據。
- (八) 特約醫院及診所不得無故拒絕收治保險對象，並不得向保險對象收取保證金。
- (九) 應規範保險醫事服務機構不得囑保險對象自購藥劑、治療材料或自費檢查及收取費用；並不得應保險對象之要求而予處方、用藥、檢查及申報費用。
- (十) 應規範保險醫事服務機構提供保險醫療保健服務之有關帳冊、簿據之保存年限。
- (十一) 應明訂保險醫事服務機構特約期限及續約條件。
- (十二) 應明訂保險醫事服務機構違規事項及處罰方式。
- (十三) 應規範保險醫事服務機構若不服保險人所為之處罰時之因應措施。

八、違規事項及處罰方式

全民健康保險保險對象擴及全體國民，保險醫事服務機構一旦被停止特約或終止特約，將因而影響保險對象醫療服務之獲得，嚴重者更危及生命，因此違規事項及處罰方式之擬訂，顯得非常重要。保險人應對違規事項之輕重，處以糾正、罰鍰、停止特約及終止特約等四類。

九、自設聯合門診中心

全民健康保險保險對象可自由選擇適當之醫院、診所就醫，而原屬公保之全民健康保險保險對象，將不須先至公保聯合門診中心就醫，因此公保聯合門診中心之業務量必受到影響。此外，公保聯合門診中心應診醫師是由各特約醫院主治級以上醫師兼任，按醫師職別按次支給應診費，全民健康保險若要維持原有醫療品質及業

務量，須由各大醫院醫師繼續兼任應診。

惟為考量公保聯合門診中心在整體醫療體系上所具有之功能、部分病患仍習慣至公保聯合門診中心就醫，若裁撤則面臨全體醫事人員移轉等問題，故公保聯合門診中心仍有繼續營運之需要，惟因全民健康保險開辦，公保醫療給付部分併入全民健康保險來提供，為繼續提供高品質醫療服務，增升保險對象就醫之可近性，公保聯合門診中心可改為隸屬保險人，成為全民健康保險自設醫事服務機構。惟應維持或縮減已有之規模，醫事人員可按意願適度轉任行政人員，而硬體設備及產權方面，經多次與中信局洽商，決議產權仍屬中信局，建物以租用方式向中信局租用，儀器、設備、藥品及材料均由中信局撥貸，俟開辦一段時間後再行評估。

公保聯合門診中心在整體醫療體系之功能：

- (一) 落實執行轉診制度：由於公保聯合門診中心應診醫師是由特約醫院主治級以上之醫師兼任，所以公保聯合門診中心可直接篩檢僅需門診之病患，並使需要二、三級醫療照護之病患也順利轉診。
- (二) 提供高品質醫療服務：公保聯合門診中心屬群體醫療執業型態，且其應診醫師是由特約醫院主治級以上醫師兼任，又有專屬之其他醫事服務人員，因此門診醫療品質將比一般開業醫為高。
- (三) 達到醫療費用控制的目的：公保聯合門診中心因設備有效利用、藥品材料大量採購，故成本可大為降低，而達到控制醫療費用的目的。

十、具體建議

(一) 對衛生主管機關之建議

1. 醫院、診所、藥局、醫事檢驗機構等均訂有相關設置標準，宜加強訪查、輔導與管理。
2. 加強山地離島地區醫療服務提供，以避免有保險無醫療情況的發生。
3. 藉保險制度的實施，請保險人協助將相關品質保證措施列入管理範圍。

（二）對保險人之建議

1. 應加強與衛生主管機關之溝通協調。
2. 對於違反醫療管理相關法規，經衛生主管機關停業或撤銷開業執照處分之醫事服務機構，保險人應嚴格執行終止特約之處罰。
3. 應加強稽核輔導與管理，並對於全民健康保險相關規定應加強宣導。

（三）對醫事服務機構之建議

1. 主動瞭解全民健康保險相關法規規定，以避免違規事情之發生。
2. 應推行業務電腦化，以提高行政管理效率。

第四節

全民健康保險實施 對民眾利用醫療服務之影響

一、就醫公平性

（一）全民健康保險開辦前，臺灣地區只有 57.48% 的民眾具有公保、勞保、農保等保險資格，並享有醫療給付，其餘約半數的民眾則須自費就醫，而且這些沒有保險的民眾大多為兒童及老人，這些人口也是社會中需要照顧及關心的一群。他們因為無保險資格，可能因付不起醫療費用而導致其在醫療服務的獲得上較其他有保險者為低。

（二）此外，又因保險類別的不同，享有的權利義務也不盡相同，除了公保體系是全家有保外，其餘的勞保、農保體系則仍只有被保險人本人享有醫療給付。至於沒有醫療給付的人口中，絕大部分是 14 歲以下之兒童及 65 歲以上之老年人口，這些人口對醫療服務需求也較其他年齡層為高，然而卻需自費就醫，可能因付不起醫療費用而延誤就醫。

針對特定人群，又因政府特殊照護而享有與其他人群不同的福利，如軍

眷、榮民榮眷，分別由國防部及退輔會來照護，所需之醫療服務分別由軍方醫院診所及榮民醫療院所來提供。

(三) 全民健康保險實施後，全體國民將強制投保，經濟弱勢的民眾將不再因付不起醫療費用而無法及時就醫。

為了避免投保單位未依規定為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續，規劃將以追繳保險費及滯納金等方式外，並按應繳納之保險費，處以四倍之罰鍰。至於民眾方面，若不依規定參加全民健康保險，除處新臺幣三千元以上一萬五千元以罰鍰外，並不予保險給付，以達全民投保，風險分擔，減少財務障礙及就醫公平性等目的。此外，承保機關尚可依法對應繳滯納金卻逾期不繳之投保單位或被保險人，移送司法機關強制執行。

二、就醫方便性

(一) 公保：

有自設聯合門診中心，並規定聯合門診中心所在地之公保被保險人因疾病、傷害須門診醫療者，均須至聯合門診中心就醫。惟至民國七十五年起，公保為考量地處外圍區域民眾就醫的不便，乃開放臺北、高雄兩市部分行政區之被保險人，得逕赴該地區特約醫療機構就醫；此外，因公保眷屬擴至父母、子女之後，為因應被保險人眷屬就醫需要，並顧及門診中心有限資源，業於民國八十二年十月起開放 70 歲以上及 18 歲以下之被保險人，得逕赴該地區有限之特約醫療機構就醫。

(二) 勞保：

雖規定被保險人得自由選擇特約醫療機構就醫，但因醫療機構非全面特約，對於被保險人就醫的方便性而言仍有影響。

(三) 全民健康保險：

1. 全民健康保險為提高保險對象就醫之方便性，只要符合保險醫事服務機

構特約及管理辦法內所規定之條件者，便可申請特約成為全民健康保險特約醫事服務機構，屆時保險醫事服務機構數將擴大至幾乎所有醫療院所，將增加被保險人就醫之方便性。而隨著就醫方便性提高，民眾更能適時獲得必要之醫療服務。

2. 針對一些山地離島等醫療資源缺乏區，全民健康保險將藉支付制度的設計，利用總額支付制度及較高的支付標準等方式，鼓勵醫療服務提供者到資源缺乏區執業，衛生主管單位也從政策面鼓勵醫師下鄉服務，例如：培育公費醫師、山地醫師養成計畫等；另外在經濟層面也藉著醫療發展基金補助貸款利息的方式，鼓勵醫師下鄉服務。全民健康保險開辦前，省衛生處曾擬以提高省市立醫院醫師不開業獎金等方式，減少資源缺乏區醫師之流失，以增加被保險人就醫之方便性。
3. 衛生署於醫療網計畫中推動的分級轉診制度，也可配合全民健康保險的實施。在區域內之醫療機構，依功能分為基層醫療單位、地區醫院、區域醫院及醫學中心等三個層次，分別擔任第一線醫療、一般住院及專科門診、教學研究訓練及高難度作業服務等任務。在人口 100 萬以上的都會區可設醫學中心；人口 40 萬以上之區域，每 40 萬人至少要有一所區域醫院；地區醫院則至少每 10 萬人口一所。醫療區域內醫療機構之分工及病人轉診之流程如圖 6-1。
4. 在保險憑證方面，不管是公保或勞保的被保險人於就醫時，均須攜帶保險憑證；勞保單，一張僅能使用 1 次，增加被保險人困擾，同時也增加承保單位及投保單位許多行政業務程序，降低行政效率。全民健康保險實施後，採用全民健康保險卡，一張 6 格，可降低保險對象頻於換卡之困擾，同時也減少承保單位及投保單位許多行政作業程序。另外全民健康保險卡之使用，也便於保險人稽核保險醫事服務機構申報醫療費用之用。
5. 全民健康保險除了特約「醫院」、「診所」外，還將特約「藥局」、「居家照護機構」，以及「指定醫事檢驗機構」。而且，保險給付項目大大

的提高，針對保險對象的需求，提供不同的服務項目。病情穩定之慢性病患者，可藉開立慢性病連續處方箋之方式，減少就醫次數；持慢性病連續處方箋的病人，可不限定於就醫之特約醫院、診所調劑，特約藥局也可依醫師所開之處方箋調劑藥品給病人。

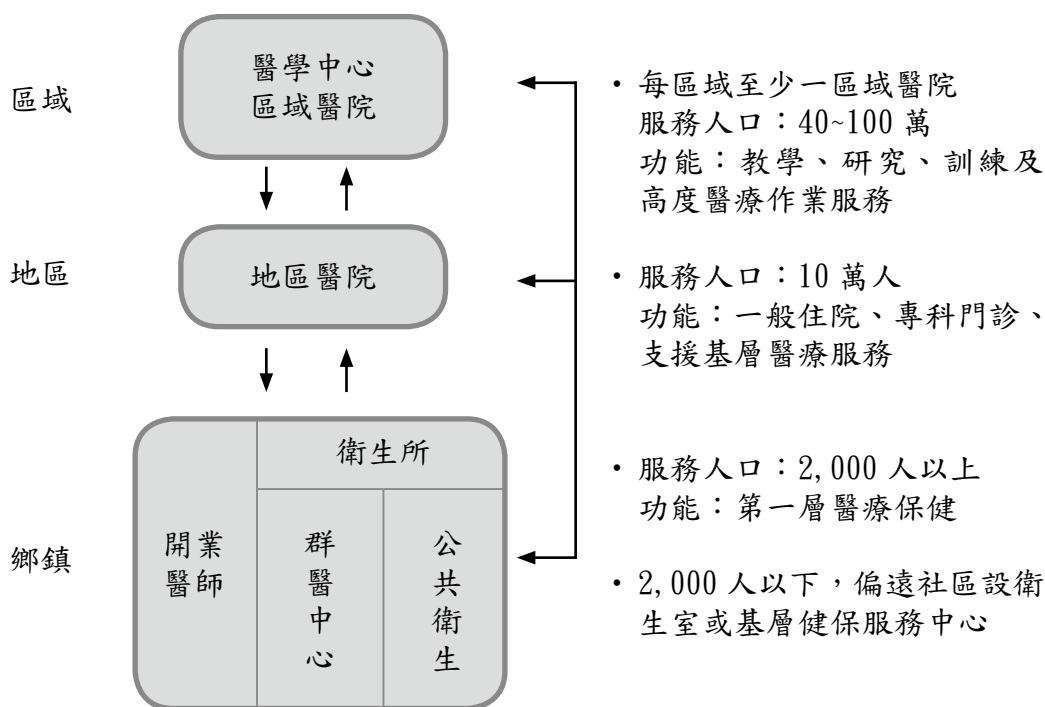


圖 6-1 醫療區域內醫療機構之轉診流程

三、醫療品質及效率

全民健康保險開辦前，醫療服務品質僅靠醫院評鑑制度、院內感染控制、醫療結果評估及醫療服務提供者本身對醫療品質的重視程度等因素，來評估並維持醫療服務品質。但對民眾來說，無法得到很好的保障，而且醫療市場本來就是一個資訊不對等的市場，民眾無法獲得充足的資訊，以便理性的作出跟本身健康有關的決定，僅能靠醫師本身的品德來保障其所獲得之醫療服務。

全民健康保險對於保障保險對象權益應有下列規定：保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，不得自立名目向保險對象收取費用，於保險對象發生保險事

故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。

此外，對於申請辦理住院診療業務之醫院，應規定須經中央衛生主管機關醫院評鑑合格，屆時若不參加評鑑或評鑑不合格時，將取消承辦全民健康保險住院診療業務之資格；保險醫事服務機構不得容留未具醫事人員資格之人員為保險對象提供醫療保健服務；對於保險醫事服務機構之申報費用，將藉由審查制度與檔案資料之分析，以減少保險醫事服務機構違規申報情事之發生。

全民健康保險為提升保險對象所獲得醫療服務的品質，除規範醫事服務機構申請特約或指定時，須經衛生主管機關核准設立外，對於申請辦理住院診療業務者，更須經醫院評鑑合格；保險醫事服務機構負責醫事人員，須於特約期間接受一定時數之繼續教育方能續約。另為保障保險對象住院治療之權益，特規定特約醫院須提供一定比率之保險病床數，及必須符合急性、慢性病房設置標準。至於藥局、醫事檢驗機構，亦須符合特約藥局特約要點及醫事檢驗機構指定作業要點之規定。

另在就醫程序上也加以監督或規範，以保障保險對象所獲得醫療服務品質，如訂定標準診療程序、檔案分析、行政及專業審查等。為提升行政作業品質及效率，全民健康保險將規範保險醫事服務機構採用媒體或離線申報醫療費用，並鼓勵保險醫事服務機構行政作業電腦化。

可預見的是，全民健康保險實施，將使不法或品質欠佳之醫事服務機構，因無法特約或指定而逐漸減少；經營欠佳之醫院將改變經營方式，如採群體執業、連鎖經營、設備共用等方式減低營運成本；保險醫事服務機構將全面推動作業電腦化，以增加行政效率。對保險對象而言，將因全民健康保險之實施，獲得更好的醫療服務品質。

全民健康保險不僅對保險醫事服務機構的經營有所影響，對全體保險對象所獲得的醫療服務品質、就醫方便性及可近性，也有很大的影響。但是，一個新政策實施是否成功，須有賴全體的配合；待實施一段時間再行評估、改進，以建立一個適合全體國民的全民健康保險制度。

第七章

支付制度規劃

第七章 支付制度規畫

第一節 前言

支付制度對醫療費用、醫療服務之效率與醫療品質、醫療資源之分布以及行政效率皆有很大的影響，故一個完善的支付制度要能解決幾項問題，即適度控制醫療費用的上漲、運用財務機轉影響醫療資源之分布（平衡醫事人力及病床供給量）、並尋求醫事人員收入之合理分配，提升醫療服務之效率與醫療品質、以及行政效率，爰此，全民健康保險之支付制度規劃實為我國保險支付制度之改革。

第二節 背景分析

在全民健康保險之前，我國社會保險（含醫療給付者）與健康保險種類繁多，但其支付制度可歸屬為公保、勞保兩大類，簡要分述如下：

一、勞保支付制度

基本上採論服務量計酬，其所採用的支付標準（又稱甲乙丙表）共有 3,012 項目，對各級醫療機構採分級醫療原則（給付項目因醫院層級而異），但為鼓勵分級醫療，對品質差異較小的技術部分項目卻又採同工同酬之支付原則。

甲乙丙表中對藥品支付，係按進價支付並另給予藥事服務費，為鼓勵減少不必要之用藥，若醫師未開立處方簽，仍支付藥事服務費。

在審核方面，勞保實施免審範圍和專案申報，門診平均申報費用未超過免審範圍之醫療院所得不經審查，而住院免審範圍則針對內部管理制度健全，平均診療費用穩定合理的特約醫院實施。免審範圍作業下，對部分成本較高之診療項目，如特

殊檢查、特殊治療及急診則得以專案申報，其適用範圍由台閩地區勞工保險局另外訂定。

二、公保支付制度

主要也以論服務量計酬為支付基準，民國七十九年一月調整支付標準後亦採分級醫療給付方式，不同層級之醫療機構每點支付不同之金額，如在收費項目 4-15 章中，區域醫院每點支付 1.5 元，地區醫院每點支付 1.3 元，診所每點支付 1.1 元。不過台大、榮總、省市立醫院及大型私立醫院等，均按其自訂收費標準表送公保處核定後實施。

藥品之支付採用按進價加成，不另支付藥事服務費，但分普通藥、高價藥及材料等個別訂出不同之加成率，普通藥（每單位進價小於 15 元）加成 19%，高價藥（每單位進價大於 15 元）和材料均加成 9.5%。

在審核方面，公保在門診部分配合採用「門診平均費用」，即將掛號費、診察費、注射費、藥費、治療處置費等五項目加總，除以其門診人次，所得到的「平均費用」，用以當做審核之參考。此項規定與勞保的門診免審範圍相當但意義不同，勞保的免審範圍兼有規定每人次平均門診最高支付金額及簡化作業的雙重意義，且對在免審範圍內的醫療費用案件不予審查，但公保對平均費用以內的案件仍加以審查。

三、公保、勞保支付制度的優缺點分析

（一）優點方面：

1. 以服務項目作為支付基準分類之單位，與醫療機構提供服務項目一致，使醫療提供者利用方便。
2. 設定免審範圍與平均費用有助於加速審核作業，並可限制每次門診費用之成長。
3. 限制不同等級醫院之診療項目，具有分級醫療之觀念。
4. 勞保技術酬勞採同工同酬，力求公平且有助鼓勵分級醫療。
5. 與其他支付制度相較，較不影響醫療品質及醫療可近性。
6. 醫療服務提供者具有充分之自主性。

(二) 缺點方面：

1. 支付制度本身的問題：

- (1) 以論量計酬制為支付基準，醫療服務者較無誘因採用較具成本效益的服務項目，易以增加服務量來增加收入。
- (2) 控制價格但無法抑制量的成長，保險主管機構與醫療團體缺乏適當機制以建立共識：保險主管唯恐大幅調整支付標準後，醫界仍維持過去的高服務量，故醫界雖屢次抱怨支付標準過低，導致醫療行為扭曲，但雙方如陷泥沼，無法做大幅之變動。免審範圍雖限制一次門診費用，但醫療院所易以多收就診單或要求多次複診，獲取更高的利潤。

2. 支付標準的問題：

- (1) 支付標準缺乏合理的成本分析基礎，無法反應服務項目的醫療資源實際耗用量，如：基本診療支付標準偏低而特定診療項目有些利潤過高，故為彌補基本診療之成本，醫院常多用藥、檢驗、放射線等服務以增加收入。其次，科別間支付不平衡，各科的盈虧差距頗大，當愈來愈多的醫院實施醫師獎勵金制度時，更造成不同科別醫師間勞逸不均，支付不公的問題益形嚴重。
 - (2) 非單一支付制度，公勞保各自訂定支付標準表，因無法確實掌握醫療院所的收入，而不利醫療費用的控制。
3. 免審範圍的訂定係依醫院層級而訂定，非以病人之病例組合，其有鼓勵醫院大型化的誘因，再加上，以專案申報的案件在大醫院審核標準較鬆，致醫院專案申報比率驟增，使審核作業緩慢。另一方面，基層醫療卻受到層層限制，可申報之專案比例偏低，基層醫師提供必要的服務內容受到限制，相對失去競爭力，不但不利基層醫療發展，更易使病人湧向醫院尋求服務，對整體醫療費用控制未必有利。
4. 藥品支付之問題：公保採按進價加成鼓勵高價藥之使用，勞保按進價支付，鼓勵使用假發票（虛報價格，未報贈品）或以低價藥報高價藥，復因藥品的支付非單一價格，在住院方面或門診專案並無免審範圍，故缺乏誘因鼓勵醫院積極議價或使用同等療效之低價藥品。

5. 教學成本係依教學醫院核付費用總額之 3% 支付，而未考慮實際教學強度 (Teaching Intensity)，造成醫療院所競相爭取教學醫院資格以獲取教學成本支付，但部分醫療院所卻無實質教學行動。

有鑑於公保、勞保支付制度所產生的問題，全民健康保險支付制度的改革目標即著重於：

一、短程目標以建立合理公平之支付制度為主。

二、長程目標則設定：

- (一) 在不影響醫療品質與醫療可近性的情況下，控制醫療費用於合理範圍內。
- (二) 促進醫療資源的合理分布。
- (三) 以適當的經濟誘因，鼓勵醫療服務業者提升服務效率。
- (四) 控制行政費用。

為達成上述目標，全民健康保險支付制度之改革策略可分為宏觀和微觀面之策略，在宏觀面以「調控式競爭」(Regulated Competition) 為原則，藉由總額支付制度控制整體醫療支出之成長；在微觀面，則藉由支付基準以及審核制度之改革，促使醫療院所提升效率、重視醫療品質。全民健康保險支付制度之規劃策略如下：

- 一、運用總額支付制度控制健康保險年度之預算，並促進醫療資源合理分布。
- 二、由醫療提供者、付費者及學者專家共同決定全民健康保險之總額支付，以兼顧醫療品質及付費者能力。
- 三、以成本分析為基礎訂定全民健康保險支付標準表，在論量計酬之基準下，使醫療費用之支付更公平合理。
- 四、長期逐步引進門診論次計酬，及住院以診斷關聯群 (DRGs) 為基準之支付方式，以提升醫療服務之效率。
- 五、訂定藥品收載原則，並逐步訂定藥品單一參考價格，以確保用藥品質，控制藥品費用支出。
- 六、建立合理之醫療服務審核制度，並推廣醫療費用之電腦媒體申報制度，以確保醫療服務品質，降低行政成本，並合理控制費用。

第三節 論病例計酬支付制度規劃

全民健康保險住院支付制度之改革，主要目的在以經濟誘因提高醫療服務之效率，由醫療院所分擔控制費用之責任，加強醫療院所成本意識，從而主動控制住院日或減少不必要醫療資源之使用，最後達到控制費用上漲之目的。全民健康保險遂規劃以推動「論病例計酬」進行住院支付制度之改革，其改革之次目標與策略如下：

- 一、全民健康保險開辦初期，選擇單純而同質性高之個案試辦論病例計酬，如陸續試辦自然生產、剖腹產、白內障切除術等論病例計酬項目。
- 二、以四年時間發展本土化的診斷關聯群分類系統，預計於 1997 年完成「中華民國版診斷關聯群系統」(ROC-DRGs)。
- 三、逐步推動以中華民國版診斷關聯群為論病例計酬之支付基準(1997 年之後)。

所謂「論病例計酬」主要是依病例(case)分類訂定支付標準。病例之分類方法眾多，如以疾病階段(Disease Staging)、病人管理分類(Patient Management Categories)、病人疾病嚴重度指標(Patient Severity Index 或 Acuity)，以及診斷關聯群(Diagnosis Related Groups, DRGs)等方法分類，其中診斷關聯群自 1983 年起為美國老人與殘障醫療保險(Medicare)採用，作為住院病人前瞻性付費制度(Prospective Payment System)之支付基準。

診斷關聯群分類的特點，在於考慮病人的特質而非醫院的成本來定義病例(case)；病人特質包括：年齡、性別、主要診斷、次要診斷、處置等項目為主。其主要的精神在於結合病例分類及醫療資源的耗用量，發展出臨床性質與成本皆相近之組別。由於此制度可鼓勵醫療提供者以更有效率的方式來提供服務，且可用於醫療服務利用之審核、支付費用與確保品質，故值得我國在規劃全民健康保險住院支付制度之時做為借鏡。

一、全民健康保險論病例計酬支付制度之規劃：

(一) 定義及目的：

論病例計酬制係依病人之病例組合 (Case-Mix) 訂定支付標準，未來全民健康保險將以診斷關聯群 DRGs 做為論病例計酬之支付基準。病例組合的運用相當廣泛，可用於醫療機構成本的控制、品質的確保、醫療服務利用的審核，以及保險的支付制度等。

(二) 論病例計酬選擇病例之標準：

1. 治療模式較為單純且差異小。
2. 病程短且合併症少。
3. 病例數多。
4. 平均住院日數及平均費用差異小。
5. 科別分佈平均，避免集中於某些科。
6. 涵蓋各年齡層。
7. 大部分普遍可適用於大、中、小型醫療院所。
8. 剔除癌症病例。

(三) 論病例計酬支付原則：

依據論病例計酬之支付標準付費，若為合理之除外 (outlier) 個案，則其超出除外臨界點之部分仍然支付邊際成本 (Marginal Cost)。

1. 支付標準之訂定：

論病例計酬之費用，仍依據支付標準表所定之金額支付，只是支付標準之項目係以病例 (DRGs) 分類，而非以服務項目分類。為考慮不同病人間之治療模式及疾病嚴重度之差異，若費用或住院日超過除外臨界點，且經審核為合理者，稱為除外個案，個案之支付另行訂定。

2. 除外臨界點之訂定應考慮下列因素：

- (1) 為避免醫院浮濫申報除外者 (如門診之專案)，應對超過除外臨界值個案之比例訂定上限 (如美國訂為 5%)。

(2) 若不分級支付，為考慮不同等級醫院病人嚴重度之差異，可允許大醫院有較高比例之除外申報。

(3) 以費用（或住院日）之幾何平均數加兩個標準差當做醫療費用（或住院日）除外之上限臨界點，除外值下限臨界點分別訂在住院日及費用的 5% 百分位數。

3. 支付方式：

(1) 費用在上下除外臨界點內者，按支付標準金額給付。

(2) 住院日及費用均高於除外臨界點上限者，超過部分按下述兩者較低者給付。

①住院日超出上限臨界點，超出部分之每日費用以日邊際成本支付。

②總金額若超出上限臨界點，超出部分之費用以 60% 核算。

(3) 費用高於除外臨界點上限者（住院日未超出），超過部分按 60% 給付。

(4) 費用低於平均費用或住院日除外臨界點下限者，按實際發生費用給付。

(5) 如病患在一週內因同一病因，重回該院住院者，第二次費用得視病情打折支付，若因同一病因至其他醫院住院者，如經查證原診治醫院有處置不當之責任時，其第一次住院之費用僅支付 1/3。

4. 邊際成本之計算：

日邊際成本 = (某病例支付標準 / 該病例之標準住院日數) × 60%

標準住院日之訂定係參考勞保（分類所需資料較齊全）民國八十二年各類住院病例住院日之中位數或平均數等統計資料，考慮保險及自費病人住院日之差異，訂定合理標準住院日數。

（四）論病例計酬審查原則：

論病例計酬因係以定額方式支付，故費用之審核已非重要之考量，而較著重於醫療品質及醫療適當性之審核。

1. 基本治療程序未執行者，從支付費用中扣除該項費用不予支付。基本治療程序之建立是為了避免論病例計酬造成醫療院所減少必要之服務，故針對省略不提供，可能會危害醫療適當性或品質之項目，訂為基本治療程序，

藉以保障醫療適當性，因此強調的是基本應做到之診療照護，並非標準作業程序，故亦不應以此計算醫療費用支付標準。

2. 其他醫療服務經審查屬不適當者，不以論病例計酬支付，以論量計酬方式支付，但支付金額不得超過該病例之論病例計酬支付標準。
3. 每月統計醫療院所未符合基本治療程序、再住院 (Readmission) 或不適當醫療之比例，情節嚴重者予以警告，屢犯者予以解約。

二、預期影響

(一) 對被保險人之影響：

1. 病人就醫可近性：以 DRGs 為論病例計酬支付基準，若支付標準設計不當，可能造成醫院不敷成本，減低了治療病人之意願，進而影響病人就醫可近性。
2. 病人就醫品質及治療效果：以 DRGs 為支付基準之論病例計酬制度必需要有完善的品質監測計畫，才能避免醫療品質受影響，而影響醫療服務之效果。基本診療程序 (Minimun Requirment) 之建立，即在確保病人品質不受損害。但品質的監控與確保技術仍須更多之研究發展才能做得更好。

(二) 對醫療體系之影響：

1. 加重醫師成本控制之責任：實施論病例計酬之後，在醫院管理上，如何降低每一病例之單位成本，有賴於醫師行為之合理化，醫師之診療行為必須考慮醫療之必要性、治療效果以及成本效益（例如縮短住院日、減少不必要的常規及輔助性醫療服務等）否則會使醫院虧本，故若可確實執行，將可真正降低成本，但醫院亦可能減少必要之服務而使品質受損。
2. 提升醫院管理效率並促成醫院建立醫療利用審核制度：實施論病例計酬之後，醫院應評估影響醫師之醫療行為，使醫療資源之應用更具效率，並應整合醫院的財務資訊與臨床資訊體系，做醫院內部各醫師之診療型態分析、病人住院日分析等，並將相關資料與同儕醫師或醫院之比較資料回饋醫師，促使其提高成本意識。

3. 由於 DRGs 可明確定義醫院住院服務之產品 (Product)，利用醫師檔案分析 (Physician Profile)，醫院得以比較不同醫師診療型態與成本之差異，提升醫療服務之效率與效果，從而運用醫療服務利用之評估 (Utilization Review) 方式使診療行為合理化，減少不必要的服務與住院日數，進而降低成本之差異。
4. 提升病歷紀錄之品質與完整性：以診斷關聯群為支付基礎需要正確而完整的病歷記錄及疾病分類為基礎，可改善以往論量計酬醫師較不重視疾病分類及病歷書寫品質之問題，從而提升醫療品質。
5. 促成各層級醫院之公平競爭以及醫院之轉型：論病例計酬係以同病 (同一病例組合) 同酬為支付概念；故醫院可公平競爭，對於沒有效率的醫院可自動減少不必要的病床和設備、轉提供其他服務，或逐漸轉成診所型態經營，可節省昂貴的醫療建築、設備之投資或使用。
6. 促成門診手術與出院後續性醫療服務之發展：論病例計酬將使醫院縮短住院日數，故後續性照護如居家照護、日間照護、護理之家、安養中心等需求將增加，或將手術甚或住院前檢查轉至門診，而促成其大量成長。因此門診若無相對之管制措施，費用將大幅成長。長期而言仍須將門診和住院皆納入總額支付制度之規範，促使醫院真正控制成本，提升效率，而非靠成本轉移或規避論病例計酬之規範而生存。
7. 重視院內感染之控制：院內感染常延長病人住院日數，增加醫療服務之成本，若醫院不重視院內感染之控制很容易虧損，故醫院願意投入更多人力加強院內感染之控制。

(三) 對保險人之影響：

1. 醫療費用可有效控制：以診斷關聯群為支付基準之論病例計酬可讓醫院與醫師共同參與分擔財務風險，從而改變醫師診療行為，若能全面實施將可有效控制費用之上漲。
2. 醫療服務審核重點之改變：以 DRGs 為支付基準之論病例計酬制，會誘發醫療提供者減少必需之醫療服務，以增加其利潤，故傳統論量計酬制

下之審核工作著重在醫療費用之審查，實施論病例計酬，將轉而重視醫療品質之審查，以確保醫療品質不因實施論病例計酬而受到損害，基於品質之審查不易，故在審核或品質確保方法學上需更多的研究發展。

3. 審核之適當性與效率的提升：由於論病例計酬病例之分類已考慮成本與臨床特質，故論病例計酬之單位可比較不同醫院同一病例病人資源之使用情況（即可比較性增加），審核之適當性與效率皆可因而提升。

三、配套措施

為讓醫療院所逐步適應論病例計酬支付方式，同時逐步加強醫院管理，減少不必要的服務，或在提供醫療服務時選擇更具成本效益之服務以控制成本，所需配套措施如下：

- （一）基本診療要求之建立：其內容係針對醫療服務各階段（如術前、術中、術後）具體可能影響品質之服務加以規範，以作為執業指引與案件審核時之參考。
- （二）建立個案管理制度：使過度使用醫療服務之病人能得到適當之服務，減少不必要之浪費。
- （三）發展品質指標定期評估醫療品質：長遠之目標希望透過定期建立的品質指標（如院內感染率、死亡率、再住院率等），監控醫療品質，以發現問題，尋求解決方案，並使醫療院所自律。

四、醫療品質之確保

- （一）由於論病例計酬有較大的誘因減少服務，為避免危害醫療品質，宜對論病例計酬服務項目建立基本診療指引。
- （二）醫院內部品質確保與連續性、整體性的品質管理或改善制度之建立，以提升醫療服務之適當性與品質。
- （三）發展執業指引或訂定醫療準則，確保醫療之適當性。
- （四）外在品質指標之建立：定期分析各醫院病人之再住院率、治療結果、院內感染率、醫療訴訟、死亡率…等指標，以發現問題並進一步輔導醫院改善品質。

(五) 申訴管道之建立：各保險分局建立電話專線與郵政信箱等供病人申訴，使病人在醫療品質明顯受損或被醫院拒收時等，有管道協助其處理。

(六) 病人滿意度調查：定期調查病人之滿意度，做為評估支付制度以及管理醫院之參考。

五、小結

實施以診斷關聯群為支付基準之論病例計酬支付制度，是全民健康保險未來之趨勢。論病例計酬的實施，需仰賴各界共同思考如何讓有限的醫療資源做最妥當的分配，使民眾得到最合理的醫療服務，進而讓臺灣的醫療模式成為其他國家競相模仿的對象。

第四節 門診支付制度規劃

勞保於民國七十八年公告全國統一的支付標準表(甲乙丙表)，雖有助於減少大小醫院支付之差距，但在門診方面仍採論量計酬，加上免審範圍與專案申報及大小醫院審核標準不一，有鼓勵病人到大醫院看病，致基層醫療診所之競爭力漸形薄弱之情形，門診費用之成長快速，已達醫療費用之 65% 以上。另外，門診案件之疾病嚴重度的變異性很大，再加上難有明確的診斷，造成門診案件在分類上的困擾，亦是門診支付制度規劃必須克服的主要課題。

一、門診支付制度之改革目標與策略：

全民健康保險門診支付制度規劃的基本目標為費用合理化與保障就醫可近性，進而提升醫療品質與服務的效率。

(一) 目標：

1. 減少醫院大型化的誘因，提高基層醫療院所競爭力。
2. 簡化門診支付制度，提高醫療服務之效率。
3. 提高審核效率。

4. 促進門診醫療費用合理化。
5. 實施總額預算制，以控制醫療費用。

（二）策略：

1. 將門診病人的病例組合 (case-mix) 列入考慮，針對門診病人組群加以分類作為審核之依據（而非完全依照醫院層級訂定免審範圍來支付），減少醫院大型化的誘因，提高基層醫療院所的競爭力。
2. 訂定平均費用，以利控制每次門診之平均費用，發展門診病人組群分類，進一步訂定以門診病人組群為基礎之支付基準；進而簡化門診支付制度，提高醫療服務之效率。
3. 進行同類病例醫療服務與醫療費用之檔案分析，分析結果作為專業審核之參考；並配合抽樣之設計，有效減低門診審核的工作量，在不影響審核效度的情形下，將審核人力作最有效率的運用，集中審核必要的審核案件，以提升審核的效率。
4. 規範調整門診服務的型態，改善以往專案案件浮濫的現象，藉以促進門診醫療費用的合理支出，控制醫療費用的不合理成長。
5. 運用總額支付制的同儕制約機制，提升醫療品質與控制醫療費用；並透過醫療費用協定委員會，由保險人、被保險人與醫療服務機構協商總額。

二、門診支付制度規劃：

以門診支付制度研究之結果作為修改之基礎，針對公勞保之免審（平均費用）與專案制度加以改革。如一般案件與各專案（慢性病、手術、特殊檢查及治療）皆可訂定平均費用，當做審核之參考值，並逐步採同病同酬之原則，拉近各層級醫療院所支付之差距。

全民健康保險門診支付制度的架構是依全民健康保險門診病人分類的基礎建立（見圖 7-1），按每次門診所消耗的主要資源，並以既有的勞保門診支付制度，來分類門診病人。此分類法兼具考慮制度的轉移，與未來論病例計酬制度的銜接等雙重好處。

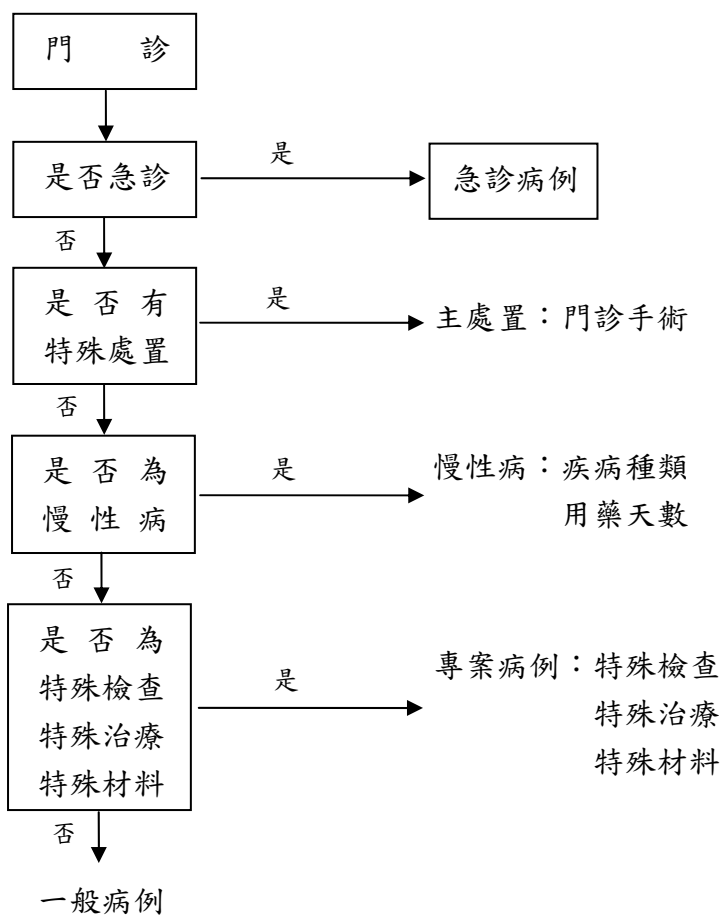


圖 7-1 門診病人分類架構圖

門診病人之分類及審核之方法說明如下：

(一) 門診病人分類：

- 1. 急診案件：急診案件因費用較高且差異性較大，故此類專案審核不適用於門診其他分類。
- 2. 非急診案件：分為慢性病病例、特殊處置病例、附加特殊處置病例及一般病例等四類。
 - (1) 慢性病：依據疾病種類與用藥天數分類。
 - (2) 特殊處置：如門診手術，依手術類別分類。
 - (3) 附加特殊處置特殊檢查：
 - ①依照檢查項目分類。(如 X 光檢查、超音波檢查、特殊造影檢查、內視鏡檢查、耳鼻喉科檢查)。

②特殊治療：依照治療與疾病類型分類。(如腫瘤治療、血液透析及腹膜透析、復健治療、鐳射治療、高壓氧治療、血友病治療、癌症化學治療)。

③特殊材料：依照材料種類分類。(如骨骼外固定器)

④其他成本較高之門診。

(4)一般病例：一般性非屬於上述之門診病例。

此分類長期將可參考美國之門診病人組群 (Ambulatory Patient Groups, APGs) 之概念，依據疾病診斷、特殊處置及特殊輔助服務之有無分為：門診手術病人組群 (Specific Procedure APGs)；內科系病人組群 (Medical APGs)；特殊輔助服務病人組群 (Specific Ancillary Service APGs) (見圖 7-2)。但是 APGs 之疾病分類採用 ICD-9-CM，與我國門診採用之基礎分類不同，加上臺灣、美國之門診診療型態有所差異，因此建議本土化後推出完整的中華民國版門診病人組群，做為支付之基準。

(二) 平均費用：

計算平均費用，並設定平均費用之參考值，以篩選異常個案的比例，以決定抽樣比例的高低。

1. 平均費用之計算：針對上述之分類，分別計算每個醫療院所 (或每位醫師) 每一門診病人組群之平均費用及標準差，並與同儕團體之參考值做比較，做為審核之參考。
2. 同儕團體之參考值：針對前述門診病人之分類，以前一年同季或當年當季同類門診病人之申報資料為基礎，計算平均費用與標準差，做為同儕比較之基準。
3. 異常個案：若醫療院所 (或醫師) 某類門診病人之平均費用落在同儕團體平均值加減兩個標準差以外的個案，則稱為異常個案。平均值加減三個標準差以外之個案為極端異常之個案。
4. 決定抽樣比例之參考：依據異常比例之高低，決定抽樣比例之大小。亦即異常比例愈高，專業審核抽樣之比例愈高。

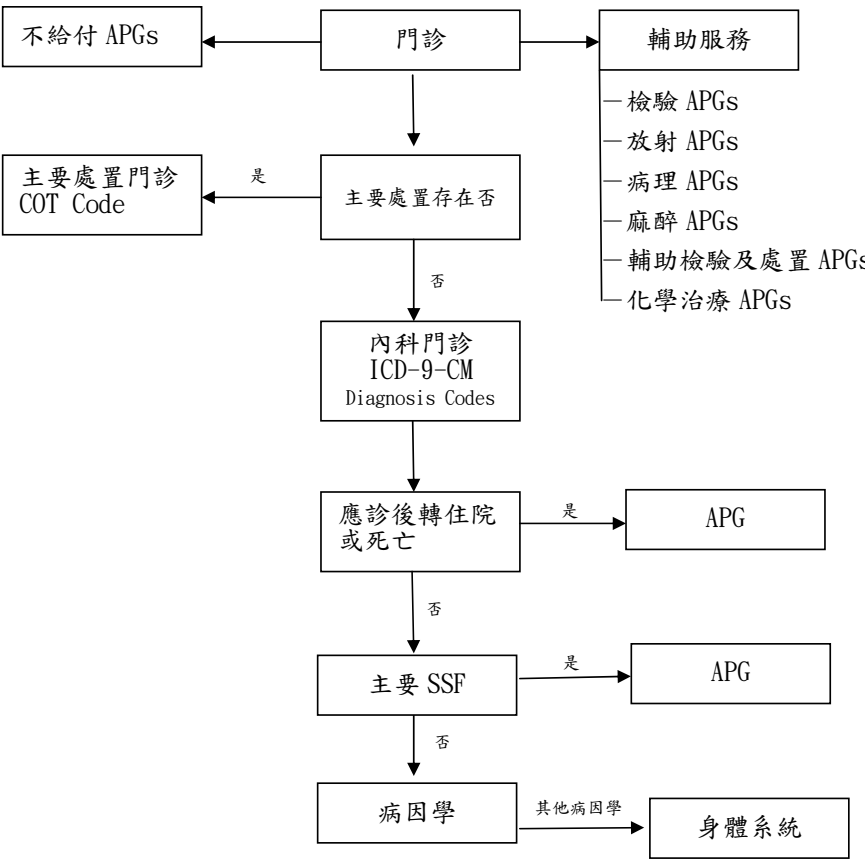


圖 7-2 美國門診病人組群分類

資料來源：Averill R.F.,Goldfield N.I. and McGuire T.E. et. al. Design and Evaluation of a Prospective Payment System for Ambulatory Care. 3M Health Information System,1982

(三) 審核方法：

審核方法係先以行政審核篩選一般條件與計算核對；再以電腦檔案分析的方法 (Profile Analysis) 與平均費用的概念，進行診療型態的異常分析；根據診療型態的異常比例決定抽樣比率後抽樣，再由審核醫師進行醫療專業審核：

1. 行政審核：係分一般性行政審核與特殊限制審核兩類。

(1) 一般性行政審核：

- ①醫療院所資格審核。
- ②醫療院所檢附資料及填載審核。
- ③點數計算之正確性。
- ④其他一般性行政審核。

(2) 特殊限制審核：

①給付範圍審核。

②其它特殊限制審核，如費用異常偏高，重複申報次數偏高者。

2. 電腦檔案分析 (Profile Analysis) 與平均費用：

檔案分析係運用統計之原理，對同類醫師（醫療院所）或病人之診療型態 (Treatment Patterns) 或醫療服務利用型態進行分析，以找出「診療型態」異常之醫療院所或經常就醫之病人，加以加重抽樣審核，以提升專業審核之適當性與效率。

(1) 檔案分析的單位：可採用病人為分析單位，稱為病人檔案分析 (Patient Profile)；亦可以醫師或醫院為分析單位，稱為醫師檔案分析 (Physician Profile) 或醫療院所檔案分析 (Provider Profile)。由電腦針對申報資料分析每位醫師（或每位病人）看診（或就醫）次數、每次門診平均費用、每次平均藥費及各類案件數（如特殊檢查與治療）占總件數之百分比等指標。

(2) 分層單位：檔案分析在於比較同儕團體之診療或就醫型態，故醫療院所將以評鑑等級來分層，同時考慮就科別或病例加以分組，於同質的條件下，進行分層或分組後資料之檔案分析。分層分組之目的，在增加醫療院所（或醫師）或病人之可比較性。

(3) 異常值判定：經檔案分析的結果，若落在參考值的兩個標準差以外的地方，則稱做異常值。

3. 醫療專業審核：

(1) 抽樣方式：

①基本抽樣率：依門診病人分類系統訂定不同基本抽樣比例。

②加重抽樣率：依電腦檔案分析之結果（各醫療院所異常之狀況）參考過去之核減率，以決定各醫療院所之抽樣比例，加重抽樣比例隨檔案分析異常比例或過去核減率之增加而增加。

- (2) 審核方式：抽樣後，由專業人員參考電腦檔案分析結果以及醫療準則或辦法之相關規定，以評估醫療服務及費用之合理性。論病例計酬項目並須符合基本診療指引之規定，以確保服務之品質。

三、建議：

(一) 醫療院所必須因應之準備：

1. 逐步電腦化，將申報資料化為媒體資料型式或以連線方式申報。
2. 針對醫藥分業，醫師應有處方外流的作業準備，以及與社區藥局互動之模式。
3. 必須合理化看診量與提高服務品質，避免以量制價，以求最大經濟效益。

(二) 保險人的準備工作：

1. 為配合檔案分析，必須處理龐大的申報資料，電腦容量與作業系統是考驗的重點。
2. 為改變舊有保險單位核付速度過遲的現象，核付之處理流程與時效需改進。
3. 經過檔案分析的篩選，須審查醫師處理之案件數，預計會減少，但審查醫師之管理、審查的績效與品質仍是重要議題。
4. 對 Case-mix 的推動，須強化內科系疾病之疾病分類，以利門診病人之分類。

第五節

全民健康保險支付標準表規劃

支付標準表乃保險人或付費者為償付醫院或醫師提供之服務，針對不同服務項目訂定不同的支付標準以為支付之依據。其訂定牽涉合理醫療成本、醫療提供者之質與量的保證、全民健康保險財務的平衡及醫療資源的有效運用，重要性不容忽視。

一、公勞保支付標準表簡介

勞保於民國四十九年首次制訂診療費用支付標準，惟台大、榮總等大型醫院及省立醫院則以個別洽定方式辦理，由於支付水準不一，公平性頗受質疑。其後為配合醫療網計畫，便利分級醫療及轉診制度實施，自民國七十一年起，規劃統合種類繁多之支付標準，於民國七十九年十一月全面實施勞保診療費用支付標準表（俗稱甲乙丙表），但仍保留個別洽定範圍。

甲乙丙表雖消除個別洽定之缺失與弊端，然因支付標準之訂定缺乏客觀之成本分析基礎與一套合理的調整模式，無法全面反映各專科別疾病之難易度與醫療資源之耗用量。故實施以後勞保局即常面對醫療院所以不符成本為由，要求增加支付點數的壓力。此外，勞保支付標準表擬訂時之原意乃將點數固定不變，而僅調整每點單價，惟每次修訂時，均因牽涉到診療行為的增減和費用結構的改變，而重新修訂點數，未能充分發揮相對點數表之長處。

公保於民國四十七年開辦時，其支付標準均參考縣市醫師公會所訂之標準與特約醫療院所個別洽定的方式。民國七十九年，公保大幅調整其「收費項目價格表」，其中不論診療行為項目或支付點數均作修正，並將原有的醫療機構依據衛生署評鑑結果，區分為醫學中心、區域醫院、地區醫院、其他未評鑑之醫院及診所等四類，但仍保留個別洽定，如台大、榮總、省市立醫院及大型私立醫院等，均按其自定收費標準表送公保處核定後實施；其他中小型特約醫療院所則適用公保收費項目價格表，計有十餘種支付標準；而中醫則另使用不同收費價格表。由於公保的收費項目價格表，未對不同級醫療機構的診療行為項目作限制，不但無法達到分級醫療的功能，亦易引發爭議。

二、各國支付標準表之訂定

支付標準之訂定是一複雜之互動過程，實施健康保險的國家因其不同的政治、經濟、文化背景而展現不同的協商模式及決策方法，同一國家在不同時間，也會因當時之特殊情境而有特別的處理方式。依照世界各國之經驗，支付標準的訂定，主要可分為以下三種模式：

- (一) 由政府或保險人單方制定價格。
- (二) 由保險人與醫療服務提供者共同協商支付價格。
- (三) 由市場機轉決定醫療服務價格。

三、全民健康保險支付標準表之規劃

(一) 目標

1. 建立一個公平合理的支付標準表架構

公勞保各訂有支付標準，兩者支付標準間之差異，不但增加醫療院所申報作業之困擾，且因其修訂時機不一，導致支付標準競相逐高之缺失，故亟需建立統一且合理的支付標準表，以為支付之基準，在受益者合理負擔與財務平衡的原則下，使醫療提供者能獲得合理的報酬。

勞保支付標準表歷經多年修訂後，基本診療已漸趨合理，但病房費之支付仍不敷成本，醫院以收取差額及多做檢驗等特定診療之項目來彌補其支付之不足，這種基本診療與特定診療間的不平衡，長期以來使得支付架構呈現扭曲不合理的狀況而頻遭指責；復因各醫療團體關心與訴求程度差異極大，亦造成支付標準表各科別之支付標準寬緊尺度不一，形成不同科別之間資源分配的不合理，影響醫療團體之生態甚鉅，故建立一個合理的支付架構益顯重要。

2. 適當反應各診療項目之成本，並兼顧保險財務的平衡與醫療品質的確保

長久以來，國內健康保險所採用支付醫療費用的標準表，由於缺乏客觀的實際成本分析，價格之訂定並不統一，不但無法有效的控制醫療費用，反而造成醫院與保險單位之對立；未來應在保險財務許可情形下，以成本分析為依據，訂定各診療項目之支付價格，使保險單位及醫療院所間能良性運作。

3. 設計合理的給付項目，反映病人之實際需要

本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，應該給與保險給付。除了法律明訂不在本保險給付範圍之項目外，凡是具有治療性之醫療，全屬全民健康保險之給付內容。但是醫療科技日新

月異，醫療內容也複雜，當要落實到保險合理應給付的項目，設計合理的給付項目，將是確保全民健康保險提供全民一個合理醫療服務的重要設計。

4. 配合分級醫療的精神，鼓勵有效的運用資源

區隔不同級醫院，可申報之服務項目及範圍，以落實轉診制度。另對於品質差異較小之項目，在不同層級醫院間，可參採最低層級之給付，訂定相同支付標準，以鼓勵醫療資源之有效利用。

(二) 支付標準表訂定之組織與運作方式

參考國外及勞保協商之經驗，第二期規劃試圖建立集體協商模式，亦即由學者專家、衛生主管機關代表、醫療團體、付費者代表及保險機構代表共同組成專案研究小組，全民健康保險法通過前，有關支付標準之討論，便透過此小組來進行。

全民健康保險法在民國八十三年七月於立法院通過，與支付標準有關之第五十一條第一項於修正後通過之條文為：「醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定」，有關全民健康保險支付標準表之研擬，於全民健康保險法通過公布後即移轉至中央健康保險局，由其與保險醫事服務機構代表繼續討論。

(三) 支付標準表架構與品項收載原則

因勞保支付標準表，已有系統的與各科專科醫學會討論，資料較具完整性，故全民健康保險支付標準表將以公保、勞保支付標準表分類架構為基礎，另增加了居家照護及預防保健服務，其中基本診療，係提供病人普遍性與一般性之診斷與照護，如門診診察費與住院病房費。特定診療則為基本診療之外屬於特定對象或科別所施行之檢查、治療、處置與手術等項目。

1. 支付基準 (Unit of Payment)

全民健康保險未全面實施論病例計酬支付制度之前，主要仍以論量計酬 (fee for service) 為主。

2. 全民健康保險支付標準（草案）架構

全民健康保險支付標準，雖延續勞保支付標準之架構，但基於全民健康保險係提供較大範圍的服務，故規劃增列慢性病房住院照護費、管灌飲食、居家照護、嬰幼兒處置及治療性先天殘缺手術及論病例計酬等勞保未給付或未特別列項之項目。

3. 品項收載之原則

全民健康保險醫療支付品項的收載乃以原有的保險或醫院已提供的項目為主；在延續舊有的支付標準表中的品項，需考慮到原有項目的適用性，其次為醫院臨床已提供多年而未被收載在一般支付標準表的項目，例如內視鏡手術。除此之外，對於新科技的項目，尤其是高科技項目是否納入為保險之給付更是一個重要議題，品項的收載應有週全且完整的方式來運作。

（四）支付點數之擬定

1. 支付點數擬定原則

支付點數之訂定會影響醫療資源利用的方向，支付點數過高，間接鼓勵醫療服務之過度使用；支付點數過低者，可能影響基本醫療品質，此二種情況均會導致醫療資源使用之扭曲。為使支付點數不對醫療資源之利用有不良影響，全民健康保險對於支付標準訂定將採如下方法：

- (1) 希望以相對點數反映各支付項目之資源投入，以減少不良誘因。
- (2) 每點金額則依物價或薪資指數加以調整；或配合總額支付制度，依據服務量決定每點金額之高低。
- (3) 另為協助落實分級醫療，支付標準表除將不同級醫院適合提供之服務項目予以界定之外，對跨層級可施行且醫療品質相近之項目，則依據最具效率層級醫療機構之成本，以同項同酬之原則訂定支付標準，以鼓勵醫療資源之有效利用；另部分服務項目因醫院間的確存在顯著差異，將依醫院評鑑等級訂定不同支付點數。

2. 相對值的訂定

相對值修訂之第一步是選擇應修訂相對值的項目，從勞保支付標準表中各章節（或各科）項目之間的相對性是否合理開始著手。另參考「醫院成本實證研究」二百多項的點數，原則上根據該小組所做的成本分析結果，再斟酌醫院的收費情況，以訂定相對值。

上開項目可做為各章節的基準點，然後採用 RBRVS 的相對值做為其他相關項目外推的架構。對於沒有成本分析，也無法適用外推的項目，則採取訪價的方式（主要以九大家醫學中心為訪價對象），並將成本分析資料與各家醫院的收費標準以統計的方式（迴歸模式分析）分析兩者相關性，擬定費用調整的方法，據以訂定相對值。

3. 相對值修訂時面臨之問題

(1) 醫療服務項目之定義認同不一致

由於醫事人員對每個醫療單項的內容及範圍認定不盡相同，加上勞保支付標準表中的項目定義模糊不清，內容亦未詳細說明，使得支付項目無法達到統一的認定。

(2) 支付項目的組成單位測量之問題

相對值的訂定，著重在反映各醫療服務項目資源耗用的相對關係，而非絕對的點數。醫療資源的耗用，一般包括人力成本（技術、專業）、設備及材料成本、作業成本，以及行政管理費。由於醫療專業的技術行為，會因病人的狀況、疾病特性及專業人員之訓練程度等因素而有差異，所以測量醫療服務資源耗用會有極大的差異。此外，不同醫療服務項目在不同科別間，更存在著無法直接比較的困境，例如內科之內診，與外科之手術，兩者無法拿來直接比較。

(3) 不同層級醫院的醫療品質

同項同酬雖是全民健康保險支付醫療費用的原則，但因醫院層級不同，品質的要求不一致，以致明顯影響到所提供之醫療項目成本，故訂定支付點數時，亦面臨應依何種層級之醫院所提供的服務為訂定的標準的難題。

(4) 部分處置項目應包含於病房費中

部分如拭浴、熱敷等處置項目，於病房中的發生頻率頗高。為簡化保險申報作業，此類處置應包含於病房費中不需另行支付。

(五) 支付標準表之修訂原則

1. 基本診療費之訂定

(1) 門診診察費

門診診察費訂定之目標，在於能反映門診執業型態之基本成本及社會願意支付醫師專業報酬之水準。因此，從宏觀角度來看，需視總門診量及診察費對保險財務之影響；從微觀角度，則應分析門診診療之成本為何，其重點包括護理人力之探討、西醫師每日門診量之推估、可另外計價申報之儀器衛材成本應予剔除、醫療糾紛慰問金透過市價調查調整某些成本數據等，並將成本分為變動成本與固定成本。

(2) 住院費用

不論是保險人、醫療院所或學者專家均認為勞保住院病房費之價格偏低，醫療院所多依賴特定診療之提供來增加住院服務之收入。因此全民健康保險未來調整住院病房費時，需考慮價格調整對整體保險財務之影響，及決定資源如何分配。全民健康保險為鼓勵分級醫療，支付標準之訂定應朝鼓勵醫院提供良好住院服務方向努力，使其支付應能反映基本成本。至於病房費之所以採同級同酬，主要依據在於考量醫院評鑑標準對不同層級醫院有不同之要求。

(3) 藥事服務費

勞保甲乙丙表實施後，其藥品依進價成本，再加定額之藥事服務費支付；公保則按進價加成（個別洽定加成數）支付藥品及藥事服務費。全民健康保險之藥事服務費則依據不同醫療機構（如群醫中心、私人開業醫及醫院門診部門）的實際成本（包括調劑、耗損、包裝、倉儲管理等費用）計算。

①藥事服務費支付範圍：

- ✓ 一般藥品調劑：包括處方確認、處方審核、藥品之調配、藥品之交付與服藥指導、藥歷管理及特殊行政作業，為一完整之調劑流程，並據以支付。
- ✓ 特殊藥品調劑（限住院）：指非成品調劑、全靜脈給養（TPN）調劑、靜脈注射與灌注液之調劑，及癌症化學治療藥品調劑分項支付。
- ✓ 臨床藥師作業（限住院）：不良反應追蹤、治療藥品監測（TDM）、藥物動力學之測定與劑量調整及特殊藥品之製備分項支付。

②藥事服務費支付原則：

- ✓ 支付標準應參考「藥事服務費成本分析（含動作及工時測定）研究」中各類調劑作業之頻率及時間成本訂定。
- ✓ 門診部分除成品之調劑外，只支付一般藥品之調劑，特殊藥品調劑與臨床藥師服務僅限於住院病人。
- ✓ 門診部分，於醫藥分業尚未全面施行之前，為反應實際成本，應按醫療院所之等級分級訂定支付標準，社區藥局之支付標準應與地區醫院相近。醫藥分業之試辦地區或全面施行醫藥分業後，應訂定單一支付標準，一方面鼓勵病人流向基層醫療單位，另一方面誘導處方箋流向社區藥局，幫助落實轉診制度，並提高門診服務之效率。
- ✓ 住院部分，應依醫療院所之等級分級支付，以反映其實際成本及服務品質。
- ✓ 特殊藥品之調劑，應依實際成本加成支付。
- ✓ 為鼓勵臨床藥師作業之推行，除實際提供單劑量之處方調劑服務者，適度提高其支付額外，臨床藥師作業項目應納入支付標準表之特殊診療項目支付。

2. 其他原則

（1）未列項比照的方式

新醫療科技採未列項比照方式，可能無法完全反映實際醫療需求，亦

無法對這些項目進行審查，但需定期檢討支付標準支付項目，並建立一套系統的新項目收載流程，以減少未列項比照所產生的問題。

(2) 支付項目分層級適用

分層級適用應考量不給付不符合經濟效益之醫療服務，或易流於浮濫的支付項目或適應症，即保險人應不針對支付項目訂定適用層級，而是由醫療特性自然區別支付項目的適用層級。

(3) 手術的支付項目

勞保支付標準中的手術項目過於繁雜，同時國內臨床施行手術與他國未竟一致，所以不合適完全引用他國的支付標準（如美國的 CPT），而經分析國內各家醫院的收費標準，也未見有一合理的手術分類（某些醫院的收費標準也與實際施行的手術脫節），所以若能由各專科醫學會針對手術項目之分類進一步以同樣的標準進行檢討，建構一套合適的分類標準，且能被各家醫院所接受使用，則手術的支付項目才可能不會產生上述的問題。

(4) 兒科之支付標準

將參考公勞保支付標準，小孩與大人相同的醫療項目，若其成本差異不大，則以加成或折扣方式支付。兒科特有而新增的項目，則參考 RBRVS 相對值及市價來訂定支付點數。

(5) 檢驗項目修訂原則

對於檢查累計項次數折扣方式，建議修正為「臨床上常用的檢驗項目，以檢驗組合方式表列及申報」，除可實際反映臨床情況，亦不致於造成懲罰治療重度病人的醫療院所。

(6) 居家照護

為鼓勵居家照護的發展，配合我國長期照護的政策，全民健康保險將居家照護納入給付範圍。初步以公保試辦計畫收案條件為架構，收案以三個月為一期，其支付原則將參考日本支付方式採論次計酬，分為居家照護訪視費及醫師居家照護訪視費，特殊材料、藥費及檢驗費另計，對於每月申報訪視次數將予以管制，特殊案例則另外申請核准。

第六節 藥價基準規劃

藥品的支付，必須考慮到兩方面，一為製造商及大盤商的購入成本，另一方面是藥劑師和其他藥事人員的藥事調劑服務費及藥品的儲存成本的兩大部分，故藥品支付除包含前文所述之藥事服務費外，如何訂定藥價基準，依藥品實際購入價格支付保險醫事服務機構之規劃，更為重要。

一、藥品支付制度之規劃

（一）藥價基準之定義

藥價基準係保險單位或醫療團體將藥品給付品目，依藥品之成份別或廠牌別等分類方式列價，以為保險單位支付藥品之實際支付價格或參考價格。

（二）藥品收載與支付原則

1. 支付範圍：藥品支付包含藥品成本、包裝材料費、行政管理費與倉儲耗損等費用。
2. 支付方式：依照保險單位核可之醫療院所購入價格為支付基準，但不得超過藥價基準所訂之上限價格。
3. 藥價基準之收載與分類原則：
 - (1) 全民健康保險實施初期，藥品品項收載方式，將延續勞保藥價基準之分類方式。
 - (2) 對於上市年代較久，其成分於原產國專利期限已過之學名藥品，建立依成分別收載藥價之架構，將原有之產品，依成分、劑型、劑量予以分類。
 - (3) 未來逐步由廠牌別之藥品收載方式轉移為以學名成分為藥品收載之原則；但具有研究發展性之產品，及專利保護期間內或具實質市場獨占之單一品牌產品，仍得採廠牌別訂價。

4. 價格之訂定：

- (1) 進行藥價調查，將各類藥品依當時市場價格訂定單一支付或參考價格，其市場價格差異過大之類別，依實際價格分佈情形，以統計方法建立次分類，分別訂定支付或參考價格，以避免國內產品品質共識未建立前，單一支付或參考價格導致劣幣驅逐良幣之現象。
- (2) 對於醫療上必須使用之藥品，為保障其供應與品質，得訂定下限價格。這類藥品主要包括國內用量稀少之孤兒藥品 (Orphan Drug) 以及少數因過度競爭使市場價格已無誘因生產之產品，如盤尼西林。

二、藥品品項與價格表

無論為支付參考價格或實際支付價格，均須建立系統性之藥品收載架構，定期更新收載之藥品品目、調整價格之資料。藥品品項之收載，由中央健康保險局組成審議委員會，定期審議增減品項；新藥價格由中央健康保險局與藥品供應者直接議定；藥價調查則由相關公會負責蒐集資料刊載，政府僅居於督導或審核公會所提資料之地位。

三、藥價基準之訂價原則

訂定藥品之單一之付價格、公告藥價基準、並逐步增加以學名為基礎，將藥品依成份別或療效歸類 (grouping) 後，訂定藥品價格之百分比。

(一) 三階段調價方案

全民健康保險開辦前，衛生署與醫界對藥品價格之訂定，達成三階段調整藥價之共識，該藥價調整方案以 2 年為期，分為「開辦前」、「開辦第一年」及「開辦第二年」三個階段，訂定引導藥品價格合理化之階段性策略，針對複方藥、特殊規格之藥品及單方藥中之廠牌藥、研發學名藥及其他學名藥，分階段調整其價格，其調整原則，係參考衛生署原有之「公立醫療」用藥單位、「公保、勞保」用藥價格、全民健康保險醫療院所申報價格及國外保險用藥價格，見表 7-1。

(二) 主要原則

1. 對國人自行開發或引進國內之具研究發展性質之藥品，給予一段時間之保障或鼓勵外，對專利過期或上市已久之藥品，仍以使用學名藥品為原則。
2. 全面檢討原有藥品購入成本制度，將藥品區分為：
 - (1) 研究導向藥品：研究導向藥品，係指尚在專利權保護中，或符合政府鼓勵研究開發之改良的藥品。其訂價的原則為參考國際價格及已上市且具替代效果藥品的價格，統一與藥商協商訂定之。
 - (2) 學名藥：學名藥的種類繁多，品質及成本均不相同，宜先將藥品依市場價格與品質分類，分別計算各類藥品購入成本，設立參考價格，作為支付基準，並注重品質保證。
3. 藥品價格的設定有參考價格 (Reference price) 及支付價格 (Payment price) 二種形式，其訂定方式，須考慮我國的製藥工業環境及產品專利制度，將逐漸產生實質保障智慧財產權之效果，以及中美貿易諮商，美方已要求我方對於產品專利保護正式生效前，對於所謂「pipeline」產品，亦以行政措施給予市場獨占權。因此，建議採用參考價格方式設定支付率。
4. 統一執行藥品的管理及審核工作，即建立一個完整合理，全國統一的審核制度，以提高藥品品質，並減少舞弊的現象。故建議成立藥品審核委員會，其主要功能在於透過審慎的審核機制，決定保險藥品名目，並提升藥品品質。
5. 全民健康保險之藥價訂定，應保障有心從事研究開發之新藥與醫療必需性藥品之價格，而對於價格偏高之進口學名藥品（俗稱黑羊藥）與無特殊意義的複方（如綜合維他命，保肝劑），以及療效不明確之藥品，應使其價格回歸合理的支付標準，並減少因過高之利潤導致藥品濫用的情形。

表 7-1 全民健康保險三階段藥價調整方案

	特殊規格與 複方藥、黑羊藥	單方藥		
		A	B	C
		原開發廠牌藥	具研發性質 學名藥品	其他學名 藥品
第一階段 (健保開辦)	優先調整對象	依據衛生署原有價格資料合理調整		
第二階段 (開辦第一年)	同上	與國外比價	與原開發廠牌 比價	依療效或成份 歸類訂價*
第三階段 (開辦第二年)	同上	與國外比價或 歸類訂價*	依療效或成份 歸類訂價*	依療效或成份 歸類訂價*

註：1.* 須先達成共識

2. 黑羊藥指進口之高價學名藥。

(三) 中藥支付原則

中藥均屬於傳統中藥材之複方，因此概念上係屬學名藥品，無真正的新藥。根據統計，常用之中藥方約 200 種（估計約占市場年消費量之 90%），但各種處方市售廠牌眾多，處方依據與產品規格不一，衛生署已著手訂定中藥標準方 200 種，可協助解決處方、規格不一所產生價格紛亂的情形。

1. 中藥之支付品目限於處方用藥，且不含生藥飲片。
2. 門診之藥品給付宜於論次計酬之原則下，採藥品獨立列帳。
3. 中藥藥品品項收載應以常用處方為基礎，建立全民健康保險中藥藥品品項表。
4. 中藥價格之訂定，宜於品質及規格相同的原則下，對相同處方訂定單一支付價格。品質與規格應以中藥標準方為基礎，並考慮藉由指標成分之定性與定量之檢驗，做為區分具研究發展性質藥品與一般學名藥品之參考。尚未訂定標準方之處方，可將類似處方之產品參考其處方、規格、用量等因素加以分類，分別訂定支付價格。
5. 中藥價格之訂定可採兩種方式，依市場價格訂定或依藥材與製造成本訂定。

（四）中藥實施方案與配合措施

1. 建立中醫門診每次門診之平均藥品成本，以為支付之依據。
2. 訂定中藥之藥事服務費。
3. 於全民健康保險藥品審核委員會中設立中藥小組，負責全民健康保險中藥藥品品項之收載與設定中藥價格所需之藥品規格。
4. 進行中藥藥價調查或進行中藥製劑之藥材與製造成本之分析，以為藥費訂定之參考。
5. 進行中藥之藥品再分類，並擴大中藥標準方之訂定。

四、小結

全民健康保險藥價基準因涉及藥業經營環境及其運作，衛生署與藥業團體之間雖對藥價基準之原則尚有共識；惟對藥價基準作業的時程之認知，有相當的差距，故仍待繼續協商。無論如何，藥價基準之訂定，須對長久以來藥品支付價格與醫療機構的申報價格、藥商實際交易價格間，價差之合理範圍有所控制。

醫療機構向保險機構申報之藥品價格，因涉及醫療機構結構之不同，與藥價基準表所刊載價格有所差距，乃是普遍情形。藥商因醫療機構之規模大小或採構數量，給予適度之優惠價格，無可厚非；醫療機構自藥品所賺取之價差，如係來自以廠商所贈藥品樣品申報給付，或使用價格較低之廠牌藥品而以原核定之高價廠牌藥品申報費用，則涉及違規之情事。此違規情事之防制，有賴於保險人建立完整資訊體系，以彙整特定醫療機構所申報之特定廠牌的數量與金額，並將此資料提供廠商參考，必要時亦可供稅捐機關核定營業稅之參考。藥價基準表所列藥品價格，因採構數量而來之價差，在國外由保險機關逕予刪減，或固定減以一定比率之金額，其合理範圍仍須建立在制度化的藥價調查措施上。

第七節 總額支付制度規劃

先進國家在實施健康保險後，保險財務之沉重壓力，常影響政府其他部門之發展及本國產品之競爭力。因此，健康保險總額支出制遂為先進國家維持保險財務穩定之一項重要改革策略。英國自 1948 年即採行預先設定國家衛生總支出方式。德國及加拿大魁北克省之門診部分及加拿大各省之住院部分，早在 1970 年代即已實施總額支付制度；法國、荷蘭、瑞典及芬蘭也因醫療費用的高漲，紛紛於 1980 年代跟進。故依據國際經濟合作發展組織 (OECD) 國家之資料指出，實施總額預算之國家平均可節約 13% 之費用，可見總額支付制度之效果。美國雖未實施總額支付制度，但在 1992 年起實施的醫師支付制度改革方案中，對醫師費用之支出也開始試行醫療服務量標準制度 (Volume Performance Standard, VPS)，以防止醫師費用之高漲；其最近之醫療照護體系改革計畫中，亦有多數計畫主張配合總額支付制度之改革，可見總額支付制度之發展實為世界之潮流。

一、總額支付制度之意義

總額支付制度係指健康保險相關團體（或政府）預先對某類醫療服務（如醫院服務、門診服務或總體醫療支出）以協商方式訂定年度預算，以涵蓋該部門一年內所提供醫療服務之費用，再以上而下 (top down) 的方式分配費用以確保保險財務平衡的一種制度，一般可分為兩種類型：

（一）設定支出目標 (Expenditure Target)：

預先設定醫療服務支付價格及醫療服務利用量可容許之上漲率，當醫療服務利用量低於預先設定之目標值時，醫療支出將少於支出目標，即有剩餘。但實際利用量超過目標值時，超出部分將打折支付，或於次年降低支付標準之調整幅度，以適度反應醫療服務變動成本之支出，因此實際支出可能超出原先設定的目標值。例如德國住院部門配合論日計酬採支出目標之做法，加拿大亦有數省採行此方式支付醫師費用。

（二）設定支出上限 (Expenditure Cap)：

預先依據醫療服務成本以及服務量之成長設定健康保險支出之年度預算，醫療服務之支出以相對點數反映各項服務之成本，但每點支付金額(Conversion factor)採回溯性由總預算除以實際之總服務量(以點數計算)，當服務量超出原先協議之預算時，每點支付金額將降低，反之則增加。由於固定預算而不固定每點支付金額，故可精確控制預算。

二、實施總額支付制度之目的

一個完善的支付制度能適度控制醫療費用上漲，運用財務機轉影響各種醫療資源之分配，平衡醫事人力及病床的供給量及分布，尋求醫事人員收入之合理分配，以健全醫療團隊之有效運作等。而總額支付制度則是一總體支付策略，配合支付標準與審查制度，控制醫療費用於合理範圍，經由分配機轉，促進醫療資源合理分布；更可經由協商過程及支付方式，使醫療服務提供者具成本意識，分擔財務風險，提供具有成本效益之醫療服務，並發揮同儕制約之效果，使醫療服務提供更趨合理。故實施總額支付制度可達下列之目的：

- （一）控制醫療費用支出於合理範圍。
- （二）促進醫療資源合理分布。
- （三）使醫療服務提供者發揮同儕制約之效果，使醫療服務之提供更趨合理。

三、總額支付制度之規劃

（一）第一期規劃方案：

1. 成立醫療費用支付委員會：由利益團體代表、醫療費用支付者代表、以及學者專家組成，預先設定每年合理的支付總額及支付率，而政府機關保留核定權。其功能在於協商達成預算總額公式與預算總額、審查特約醫事機關成本申報及分配總預算等等。並於其下成立幕僚工作小組，收集分析資料。
2. 設定預算總額：採用特定公式預先設定醫療費用總預算(支出上限制)，該公式應考慮醫療成本之上漲、被保險人口之增加、人口老化、醫療服

務品質與醫療利用率、以及生產效率等因素。總額僅計算包括病床及硬體設備投資的折舊及利息支出的營運成本。至於教學研究成本，因非屬提供醫療服務的直接成本，應不包含於總預算內。此外，資本投資應由其他機構統籌，亦不含括於內。如醫療費用支付委員會對於次年預算無法達成協議時，則依據醫療服務的年增率，以公式計算預算總額。

3. 分配部門：總預算決定後，再依部門分為住院、門診、中醫藥、以及藥品（含注射劑）等部門預算。分配比率係由委員會依公式計算，基本上與總預算之公式雷同，唯分別考量專業人員數、病床數、或藥品（含注射劑）的因素，並於各部門分設小組，訂定支付標準及專業審查。

（二）第二期規劃策略：

1. 由醫療服務提供者、付費者及學者專家共同參與保險體系之運作。
2. 預先設定保險年度支出預算，並採事後結算方式，依據服務量決定每點支付金額，以穩定保險財務並保障醫療品質。
3. 設定醫療費用總額在門診及住院費用之分配比例，以區隔不同層級之醫療，鼓勵基層醫療。
4. 訂定門診費用地區別分配比例，以促進資源合理分布及增加同儕制約之效果。
5. 依據醫療體系之特性，將門診總額分為西醫、中醫、牙醫及藥品四部分，以保障各類專業醫療人員及民眾之權益，發揮各專業同儕制約之力量，增進服務品質。
6. 不限制被保險人越區就醫。
7. 採階段改革方式逐步實施上述策略，以減少制度之改革對醫療體系及民眾就醫之影響。

（三）運作方式

1. 建立總額預算之組織及其功能

在主管機關下設置「醫療費用協定委員會」，使各相關團體皆能實

際參與醫療保險體系之決策過程，並加強消費者及醫療服務提供者之成本意識，平衡醫事人員之所得分配。

(1) 組織

「醫療費用協定委員會」之人員組成及聘用方式說明如下：

①委員之類別、人數及產生方式

分成醫療費用付費者代表（包括保險人與付費之政府代表、被保險人及雇主）、醫療服務提供者代表及學者專家三類，基於均等代表原則，其人數各占三分之一。因被保險人代表的產生不像雇主或醫療提供者等團體有常態、較易整合及具醫療專業知識等特性，因此需有學者專家扮演較客觀及協調的角色。為顧及會議之效率及運作，委員會人數以不超過三十五人為原則。建議委員會人數為二十一人、二十七人或三十三人。主任委員與各類委員人數分配及產生方式如下：

- A. 醫療費用付費者：以各類付費者保險費用分攤比率為委員人數之分配原則，由相關公會或公益團體、政府及保險人推舉代表參加。其中保險人因承辦全民健康保險業務，支付制度相關措施改變需考量保險人之配合度，因此保險人亦應指派代表參與。
- B. 醫療服務提供者：以全民健康保險直接特約之醫事服務機構及醫事人員推派代表，包括醫院、西醫師、中醫師、牙醫師及藥師團體，其代表由公會或協會推舉。
- C. 專家學者：由主管機關首長視協商需要任用醫療、經濟及財務、衛生政策及醫院管理等專家學者擔任。
- D. 主任委員：雖然很多國家之主任委員由學者專家擔任，但因學者專家由主管機關聘任，為避免其公正性為其他代表團體質疑，且專家學者也可能由另二類代表團體中遴聘，因此，主任委員由全體委員以投票方式互選之。

②委員之任期及改聘方式

委員之任期為兩年，但由於委員之協商經驗與協商效率有密切之關係，為增進協議之達成，故得連任。此外，由於委員中途更換將增加協商的困難度，因此建議委員於任期內，非經死亡或禁治產不得更換。

③組織功能

- A. 在行政院限定範圍內協定年度醫療支出預算總額。
- B. 協商住院、西醫門診、中醫門診、牙醫門診及前述門診服務中之藥品等部門之分配比例：因醫療費用分配結果，可能影響國民就醫權益，因此有必要由各方代表參與費用之分配，而非僅由醫療服務提供者決定。
- C. 裁決幕僚工作小組所提各類服務之支付基準。

④議題決議原則

委員會對討論之各項議題宜以協商為原則，即有一委員對議題持反對意見時，該議題即予否決，以保障各參與團體之權益。又法定日期內無法達成共識時，主管機關首長可逕行裁定，以此機轉促進協商的達成。

⑤幕僚工作

委員會下設幕僚工作小組負責協商議題相關資料之蒐集分析，各部門支付基準之修訂得邀集各類醫事團體代表參與，使無代表參與協定委員會之醫事團體亦能藉此表達其意見。

2. 設定總額支付之考量因素及總體運作流程

醫療費用總額之設定應依據前一年之醫療費用，參考被保險人口、人口之組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，國內生產毛額，以及醫療給付範圍之改變加以設定。此保險年度預算只涵蓋營運成本，資本投資、教學費用；重大疫情或災害之界定及費用來源將另行考量。

保險人應依據上述因素之變化，計算下年保險費率範圍，並送行政院核定。醫療費用協定委員會需在行政院核定範圍內，於年度開始的三個月前達成協定出下一年度之醫療費用總額（圖 7-3），否則主管機關將按被保險人口、人口組成及醫療服務成本之變化設定此年度預算，以此促使協商團體達成協議。

3. 總額支付制度分配之服務類別

總額支付制度依服務類別分配（如圖 7-4）之原因如下：

(1) 促進醫療資源之合理運用

醫學中心或區域醫院處理的疾病中，有不少是基層醫療機構可以處理的；也有一些手術不必住院處置，而可以在門診進行，如果能改進這些現象，將可節省醫療支出，亦可減少病人就醫之交通及候診時間，降低機會成本。

(2) 保障各類醫事人員及病人之權益

被保險人必須定期繳交保險費以支付醫療費用，因此被保險人生病時，自然希望能獲得適當的醫療服務，而提供服務之醫事人員也能獲得合理的支付。所以，將支出預算按被保險人之需要及醫療服務之特性加以分配後，某類醫事人員濫用醫療資源時，不會影響另一類醫事人員之權益，同時也保障病人之權益。

(3) 各專業充份發揮同儕制約之力量

由於醫療服務具有高度專業性，因此，適度將支出預算按服務特性加以分配後，各專業團體可自我管理，同業的制約效果將較保險人或其他團體之管理更具說服力，使少數診療不合理之醫事人員有所警惕，進而提升專業形象。

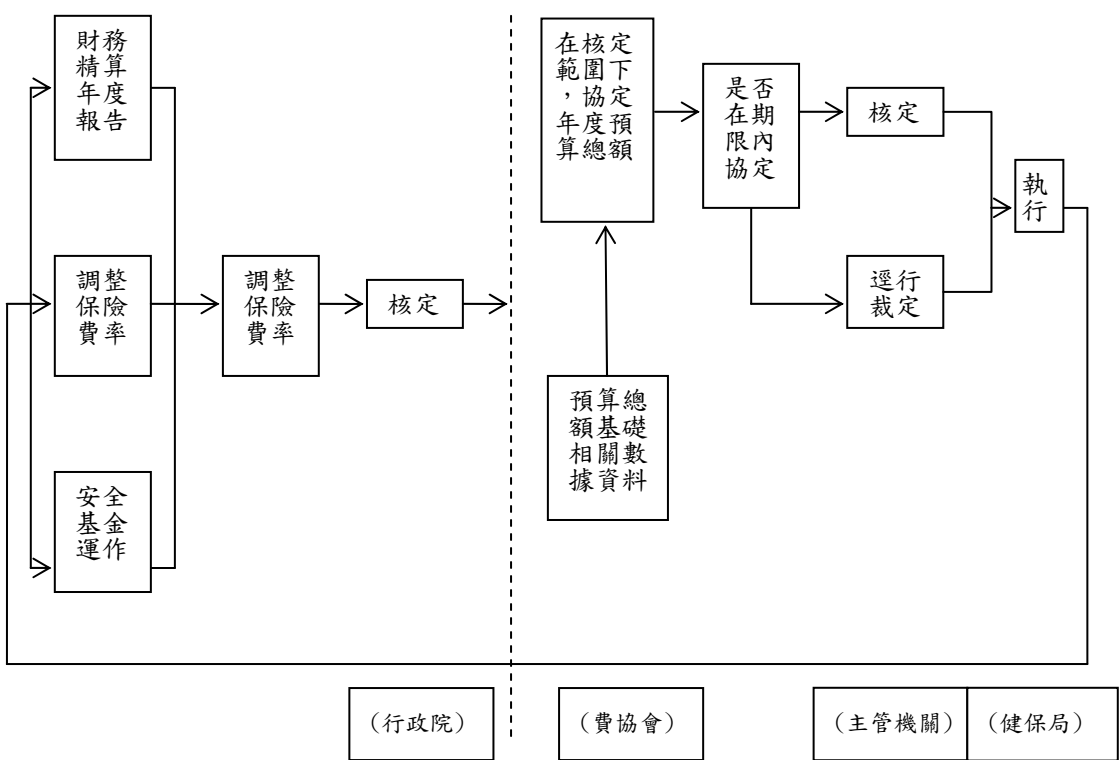


圖 7-3 總額預算總體運作流程圖

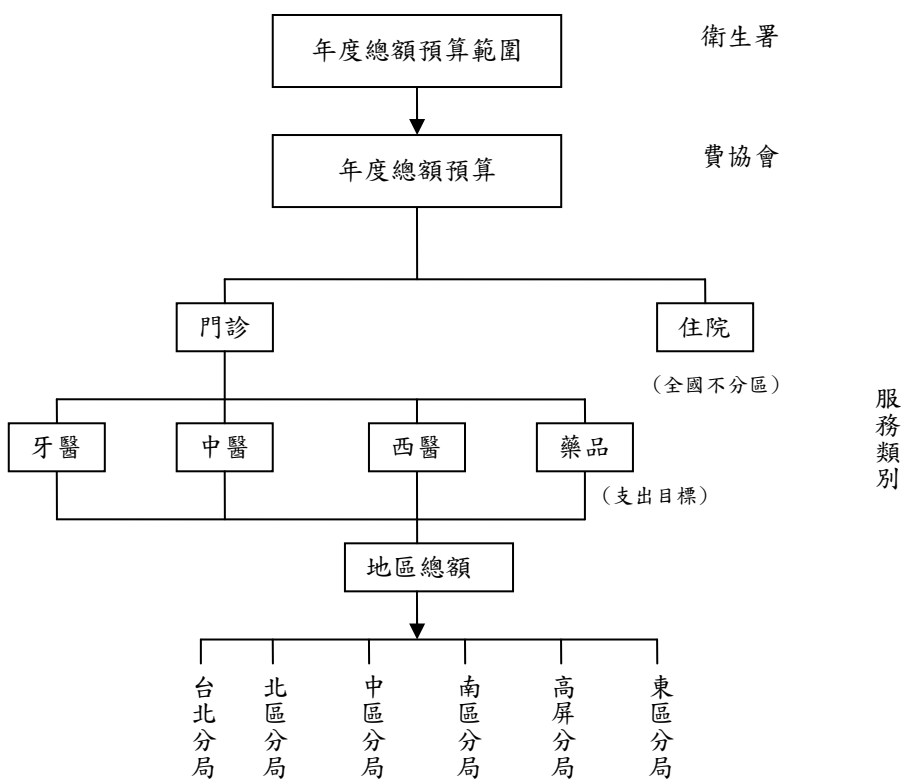


圖 7-4 醫療給付費用總額分配方式

對於如何決定總額預算分配之服務類別，應考量下列因素：

- ①各部門服務範圍（保險事故範圍）的明確性：應避免部門間服務重疊性太高，造成權責不明，影響病人就醫權益。
- ②醫療提供者承擔風險之大小：若醫療服務部門劃分太細，將使某些部門因承擔過高的財務風險，無法合理運作，甚而影響醫療品質或民眾就醫權益。
- ③團體或服務的同質性：同質團體成員之問題與利益 (interest) 相似，依據團體理論 (Group theory)，較易建立共識，形成集體行動 (collective action) 以解決問題，創造團體福利。若為異質團體，易發生吃大鍋飯的心理或搭便車之效應 (free rider)，不但同儕制約的力量無法真正發揮，恐發生擠兌效應。

依據前述，從鼓勵基層醫療及區隔不同層次醫療照護的觀點來看，應分為住院及門診兩部分。基於醫療專業之特質及我國醫療服務體系之特性，門診醫療費用總額下至少應分西醫、中醫及牙醫門診三部分；對於藥品部分，為避免給醫師過大之經濟誘因，導致藥的申報量及品質過於不合理，結果反使病人受害，因此，藥品除必需獨立列帳外，在門診西醫、中醫及牙醫總額分配時亦須獨立設定分配比例。

爰此，在全民健康保險規劃總額預算有關預算分配設計如下：總額預算（大總額）下，得依服務性質劃分適當小總額（得分地區；分部門分配預算，如門、住診，門診下得分中醫、西醫、牙醫及藥費）。但因總額支付制度在我國為新的制度，考慮其可行性，故除規定得漸進實施外，在預算的分配方面皆採「得」，以為政策之執行保留最大之彈性。

4. 地區別門診支出預算之分配

為保障民眾付費者受益之權益，節省就醫之交通等社會成本，促進醫療資源之平衡分布，且因劃分區域後較易發揮同儕制約的效果及落實區域醫療服務之概念，因此門診費用之分配將以民眾之需要（如考慮人口

數及年齡結構等因素決定各地區費用分配之比例)為費用分配之基準。另外，由於費用分配時係依據民眾之需要，可鼓勵醫療團體組成類似健康維護組織(HMO)，提供更多預防性服務，以促進民眾之健康。至於住院部分因醫療機構之分布及品質差異過大，又住院人次遠低於門診人次，利用審查方式防弊，故不分地區別住院支出總額。

(1) 地區之劃分

由於保險人分局之設立標準已考慮醫療網之分區及人口數等因素，且以此為地區預算分配範圍時民眾因工作或遷移而更動就醫地區登記之機會較小、醫療資源可自給自足、對資源較多地區醫事人員收入之衝擊較小及較易與其他行政作業配合，因此建議地區範圍可配合保險人分局加以劃分。

(2) 各地區各類醫療服務總額之分配方式

地區支出預算係以登記至該地就醫之人口結構為分配依據，其計算方式，係以全國各性別年齡層之各類醫療費用為主，調整該地之人口特質所得之醫療費用，以此求出各地區各類醫療服務支出之分配比率，乘上協定之各類醫療服務總額，即為各地區各類醫療服務總額。由於醫療資源不足區民眾之實際需求(effective demand)較醫療資源較豐富地區來得低，因此在地區預算固定下，資源不足區之每點支付金額將較高，藉此經濟誘因以吸引醫師至該地執業。

(3) 越區就醫服務之歸屬

雖然費用之分配係以地區為單位，但為避免影響民眾就醫之習慣，因此，被保險人越區就醫服務雖由醫療院所所屬地區審核，但費用仍由民眾原登記就醫地區支付。惟為簡化行政手續及達成平衡資源分布之目的，保險人對於越區就醫之服務，將以外地醫師前一季之每點支付金額支付之。保險人將至外地就醫之費用扣除後，再除以本地醫師對本地病人診療之總點數，所得即為本季每點支付金額。此設計雖然可能造成醫療院所對越區就醫之病人提供過多之醫療服

務，以獲取其他地區之支付，但因有醫師檔案分析制度，故仍可適度規範醫師之行為，而地區內之醫師亦將努力維持病人在本地就醫。

5. 總額支付制度下各服務類別之支付基準

總額支付制度下必須配合適當之支付基準，方能評估醫療利用之合理性，以提升效率，減少浪費。在全民健康保險之規劃中，基本上均採用相對點數以反應其成本差異，故均能配合以回溯性決定每點支付價格之總額預算制。

6. 每單位支付金額之計算

就每點支付金額而言，各部門費用之分配係參考季節變動，於年度開始時即分四季作適度分配，每三個月結算一次，依據該季醫療服務總點數，回溯計算該季之每點支付金額。

7. 各部門費用之撥付方式（暫付率）

為使醫事單位能正常營運，因此每月保險人應在醫療院所申報費用後，先按申報點數暫付部分款項，其每點支付金額以上年度同一時期之金額計算，其暫付率範圍由 90% 至 100% 不等。保險人可以暫付率的高低，作為推動各項相關制度之獎勵措施。

（四）預期影響

1. 醫療費用之控制

誠如前文所言，總額支付制度之實施可合理控制預算使醫療費用上漲之幅度在保險財務可負擔的範圍內，不致造成保險財務之危機。

2. 醫療服務及價格之合理化

總額支付制度下由於預算固定，醫療服務之價格受到總服務量影響，故有較強的壓力使醫療團體內之成員互相制約（同儕制約），藉以達成醫療服務量合理的目的，但同儕制約必須與審核制度配合，後者將審核作業地區化，並提供各醫療院所診療型態之統計資料，使醫療院所充分參與審核作業，將可減少虛報、浮報之現象，醫療服務之價格亦可因不當醫療之減少而合理化。

3. 醫療品質及民衆就醫可近性

總額支付制度只控制總預算，費用之申報仍依據支付標準表，故成本高者仍有較高之支付點數，醫療院所無誘因不提供必要的醫療。此外，總額支付制度係由群體共同分擔風險，故除非集體壟斷，否則對各別醫師而言，較少誘因減少醫療服務量，故對醫療品質影響較小。又因醫院並無保證收入，仍需以品質競爭病人，故不會發生預算用完，或病人長時間等候之問題。由國際比較，實施總額支付制度之國家，其民眾對醫療服務滿意度甚高，如德國、加拿大，可見該制度之負面影響應甚小。

4. 醫療團體之參與

總額支付制度使醫療團體有機會參與協商，保險體制之運作將更為中立，付費者可透過醫療費用協定委員會平衡各團體之利益，使保險體制之運作更為合理，減少保險人球員兼裁判之譏。

5. 增加醫療院所經營之不確定性

由於每點支付金額係回溯性計算，醫療院所較難掌握盈虧，但對醫院而言，平均成本原本即隨醫療服務量而變動，故僅是經營方式之改變。雖然總額支付下，服務量之增加未必每家醫院皆有同等之貢獻（大多為大醫院貢獻較多，故大醫院成本亦下降較多），要每家醫院分擔責任未必公平，但大凡訂定單一支付標準即對不同醫院有不等之影響（故因醫院有經濟規模，大都對量大之醫療院所有利），此非總額支付制度造成之問題。

（五）總額支付制度推動方案與預定時辰

本規劃報告依據經建會第一期規劃建議實施，於民國八十二年完成上開總額預算規劃報告，並於民國八十三年全民健康保險法通過（第四十七條至第五十條及第五十四條）。

為落實本規劃內容，衛生署原自民國八十三年開始欲推動總額支付制度試辦計畫，一度擬選擇新竹縣試辦，但因同時涉及中醫、西醫、牙醫、藥費及門、住診等過於複雜，且各方意見紛歧，不易形成共識，而未能執行。

考量總額支付制度要能成功運作，除在設計適當的誘因，使醫療團體能發揮同儕的力量，重新配置醫療資源，使錢用在刀口上，並進而提升品質外，更需利用授權與分攤責任機制 (decentralization of power & responsibility)，將總額預算適度分割，使各團體皆能各自發揮同儕的力量，分擔財務責任外並分享集體合作的成果。爰此，由於牙醫及中醫門診服務較為獨立及單純，其相關團體配合態度積極，衛生署乃自民國八十四年起，邀請牙醫界團體，成立牙醫總額支付制度推動小組，共同擬定方案；並規劃按下列順序，逐一研擬其總額支付制度推動方案，逐年落實：

1. 牙醫門診總額支付制度試辦計畫（支出上限）。
2. 中醫門診總額支付制度試辦計畫（支出上限）。
3. 西醫基層門診試辦總額支付制度。
4. 試辦醫院門住診總額支付制度。
5. 訂定健保各分局轄區之目標預算，鼓勵各分局建立財務責任制度提升效率、品質及滿意度。
6. 訂定藥品費用之支出目標。

除上述各部門總額支付制度之規劃外，業著手規劃「醫療費用協定委員會」組織之成立，其屬獨立機關，但為提升行政效率與人員精簡，人事與會計同屬衛生署。

新制度之推動，除了周延的前置作業，因涉及觀念改變及面對不確定性的風險則人，最困難的乃在接受挑戰的醫事團體內部共識與困難的克服，其需有良好的團隊精神，大家齊心努力，方能達成。

第八節

第一期、第二期規劃與
後續立法之執行結果

本章節之規劃係以第一期規劃為基礎，配合當時公勞保支付制度之修改，以及透過各類研究計畫，進行細部之規劃。鑑於公勞保支付制度所衍生的問題，健保支付制度改革策略，可分為宏觀和微觀面之策略，在宏觀面，延續第一期之規劃目標，以「調控式的競爭」為原則，藉由總額支付制度控制整體醫療支出的成長；在微觀面，除延續第一期規劃方向，作更細緻之執行面規劃外，尚增加各類研究結果，作為策略規劃之依據，期能使第二期規劃，更能符合民眾需求，並醫療體系運作之效能。

第一期與第二期規劃比較表，如表 7-2。

表 7-2 第一期及第二期支付制度規劃之比較

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83 年 7 月 19 日制定)
宏 觀 面	一、建立單一管道之支付制度(Single Pipe System)：整合公勞保二套支付管道以及支付標準，提升行政效率。 二、預設預算總額： (一) 組織：成立「醫療費用支付委員會」 - 組成：由利益團體代表、醫療費用支付者代表、以及學者專家組成，預先設定每年合理的支付總額及支付率，而政府機關保留核定權。委員會下成立幕僚工作小組，收集分析資料。 - 功能：在於協商達成預算總額公式與預算總額、審查特約醫事機關成本申報及分配總預算等。 (二) 設定預算總額：採用特定公式預先設定醫療費用總預算(支出上限制)，該公式應考慮醫療成本之上漲、被保險人口之增加、人口老化、醫療服務品質與醫療利用率、以及生產效率等因素。總額僅計算包括病床及硬體設備投資的折舊及利息支出的營運成本。至於教學研究成本，因非屬提供醫療服務的直接成本，應不包含於總預算內。此外，資本投資應由其他機構統籌，亦不含括於內。如醫療費用支付委員會對於次年預算無法達成協議時，則依據醫療服務	一、建立合理公平之支付制度：訂定以成本分析為基礎之支付標準；逐步引進包裹式支付費方式；逐步訂定藥品單一參考價格；建立合理之醫療服務審查制度。 二、總額預算制度： (一) 組織：成立「醫療費用協定委員會」 - 組成：於主管機關下設立，由醫療服務提供者、付費者及學者專家共同組成。委員會下設幕僚工作小組。 - 功能：在行政院限定範圍內協定年度醫療支出預算總額及協商住院、西醫門診、中醫門診、牙醫門診及前述門診服務中藥品等部門之分配比例，與裁決幕僚工作小組所提各類服務之支付基準。 (二) 總額預算之設定： - 依據前一年之醫療費用，參考被保險人口、人口之組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，國內生產毛額，以及醫療給付範圍之改變加以設定。 - 年度預算只涵蓋營運成本，資本投資、教學費用；重大疫情或災害之界定及費用來源將另行考量。	一、總額預算制度之運作： (一) 明訂健保之有限責任： 第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。 (二) 為考量國家之財務負擔，明定應由主管機關訂定醫療給付費用總額之範圍。 第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。 (三) 明定醫療費用協定委員會之組成及任務；辦理本保險之醫療給付費用總額及其分配所需相關資訊之蒐集分析，供醫療費用協定委員協定總額之參考。相關主管機關包括保險人代表。 第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由下列人員各占三分之一組成；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之： - 醫事服務提供者代表。 - 保險付費者代表及專家學者。 - 相關主管機關代表。

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
宏觀面	的年增率，以公式計算預算總額。 (三) 分配部門：總預算決定後，再依部門分為住院、門診、中醫藥、以及藥品(含注射劑)等部門預算。分配比率係由委員會依公式計算，基本上與總預算之公式雷同，唯分別考量專業人員數、病床數、或藥品(含注射劑)的因素，並於各部門分設小組，訂定支付標準及專業審查。	(三) 部門分配及地區分配之原則 1. 設定醫療費用總額在門診及住院費用之分配比例，以區隔不同層級之醫療，鼓勵基層醫療。 2. 依據醫療體系之特性，將門診總額分為西醫、中醫、牙醫及藥品四部分，以保障各類專業醫療人員及民眾之權益，發揮各專業同儕制約之力量，增進服務品質。 3. 綜上：年度總額預算，分為門診、住院；門診費用下，分為西醫、中醫及牙醫門診；藥品除獨立列帳外，另門診藥費另設分配比例。 4. 另訂定門診費用地區別分配比例，以促進資源合理分布及增加同儕制約之效果。但不限制被保險人越區就醫。 (四) 預先設定保險年度支出預算，並採事後結算方式，依據服務量決定每點支付金額，以穩定保險財務並保障醫療品質。 (五) 採階段改革方式逐步實施上述策略，以減少制度之改革對醫療體系及民眾就醫之影響。	(四) 年度總額協定程序及其內容規劃重點如下： 1. 醫療費用協定委員應參考保險對象組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，及保險給付範圍等因素，在核定之醫療給付費用總額範圍內，協定醫療給付費用總額。 2. 為順利推展次年之保險業務，若醫療費用協定委員會無法於期限內達成其任務時，由主管機關就無法達成協議之事項逕行核定。 3. 醫療費用協定委員會得按季或按六個月檢討及調整各項醫療費用分配比例，報請主管機關核定。 4. 為區隔不同層次之照護，故得訂定門診及住院醫療給付費用總額之分配比例。 5. 為加速醫療資源之合理分布，保障保險付費者受益之權益，及發揮同儕制約之效果，醫療費用協定委員會得按地區人口組成等需要因素，訂定地區醫療給付費用之分配比例。 6. 為保障各類醫療服務提供者及民眾獲得該類醫療服務之權益，並使各專業可充分發揮同儕制約之力量，得對不同醫療服務設定醫療給付費用分配比例。

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
宏觀面			第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條 行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。 前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、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，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。 第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。 二、醫療院所申報費用之依據，總額支付制度下，醫療服務費用及門診藥品費用之計算： (一) 明定總額支付制度中之支付基準，及費用核付方式。 (二) 藥品處方權利為醫師所有，且精算保險藥品支出時，已考量相關支出上漲因素，因此未撙節保險藥品支出，醫師應遵守承擔藥品超出預先設定之藥品費用總額之責任。

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
宏 觀 面			第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。 保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。門診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，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。 前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。 三、明定循序漸進實施總額支付制度。 第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
微觀面 (一) 支付基準及支付標準	一、住院費用：自民國八十三年起，採用 DRG 做為醫院服務項目之支付基準。 採行 DRG 所須具備條件： (一) 統一醫院成本會計制度及病歷分類方法：實施初期，可先以最常健的醫療項目適用於 DRG 分類，再逐步擴大實施。 (二) 設立中華民國版「資源基準相對價值表」(Resource-Based Relative Value Scale) 為基準。 二、門診費用：採論次計酬。 論次計酬下，分為： (一) 平均門診診療費： 1. 分為醫院及診所二類；另針對醫院部門，依醫師年資分為住院醫師及主治醫師二級；診所醫師診療費則視其是否完成住院訓練及其服務經驗年數，比照醫院門診醫師分級方式。 2. 分為醫師診察費及門診行政費用(含人事費用、材料費、設施折舊及利息支出等)。 (二) 藥品(含注射劑)：按實際成本，採論量計酬方式。 三、藥品費用：包含藥品購入成本及藥事服務費。因住院 DRG 已包括前述	一、以推動「論病例計酬」進行住院支付制度之改革： (一) 全民健康保險開辦初期，選擇單純而同質性高之個案試辦論病例計酬，如陸續試辦自然生產、剖腹產、白內障切除術等論病例計酬項目。 (二) 以四年時間發展本土化的診斷關聯群分類系統，預計於民國八十六年完成「中華民國版診斷關聯群系統」(ROC-DRGs)。 (三) 逐步推動以中華民國版診斷關聯群為論病例計酬之支付基準(民國八十六年之後)。 二、推動「費用合理化、保障就醫可近性，提升品質與效率」之門診支付制度： (一) 依全民健保門診病人分類為基礎，按每次門診所消耗的主要資源，並以既有的勞保門診支付制度，來分類門診病人，計算其平均費用。 (二) 門診病人分類可分為急診及非急診案件。非急診案件可下分：慢性病、特殊處置、附加特殊處置特殊檢查、一般病例。 (三) 平均費用：計算平均費用並設定平均費用之參考值，以篩選異常個案比例，決定抽樣比例之高低。	明定醫療費用支付基準之訂定程序與內涵、保險人應邀集相關團體修訂醫療費用支付標準及藥價基準，並諮詢醫療服務協定委員會之意見。 第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。 前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83 年 7 月 19 日制定)
微觀面（支付基準及支付標準）	費用，故本藥品僅著重門診藥品服務。 (一) 藥品購入成本：區分為新藥、療效相同之學名藥以及化學成分相同之學名藥三類，分別計算各類藥品之購入成本、設立參考價格(Reference Price)，作為支付標準，並注重品質保證。在選擇藥品價格之設定，需考慮我國製藥工業環境。 (二) 藥事服務費：依據不同醫療機構(如群醫中心、私人開業醫及醫院門診部門)的實際成本(包括調劑、耗損、包裝、倉儲、管理等費用)計算藥事服務費。該項費用可按調劑的實際成本計算，如依據藥師每小時之調配處方數、庫存成本、及藥師獨力經營藥局的合理收入等計算出調配每張處方箋之成本，作為藥事服務費。	(四) 審核方式：以行政審核篩選一般條件與計算核對，再以電腦檔案分析的方法(Profile Analysis)與平均費用的概念，進行診療型態的異常分析；根據診療型態的異常比例決定抽樣比率後抽樣比率後抽樣，再由審核醫師進行醫療專業審核。 三、建立一公平合理的支付標準表，適當反映各診療項目之成本，兼顧保險財務平衡與醫療品質；合理的給付項目，適度反映病人實際需求；配合分級醫療的精神，鼓勵有效的運用資源等。其主要規劃內容，有： (一) 支付標準表訂定之組織與運作方式 (二) 支付標準表架構與品項收載原則 (三) 支付點數之擬定與修訂原則 四、藥品支付制度之規劃，包含有： (一) 藥價基準之定義 (二) 藥品收載與支付原則： 1. 支付範圍：包含藥品成本、包裝材料費、行政管理費與倉儲耗損費用等。 2. 支付方式：依據保險單位核可之醫療院所購入價格為支付基準，但不得超過藥價基準所訂之上限價格。	

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
		3. 藥價基準之收載與分類方式：上市年代久遠，且專利過期之學名藥，建立依成分別定價，但具有研發性及專利期內或據實直市場獨佔之單一品牌產品，得採廠牌別訂價。 4. 進行藥價調查，依市場價格訂定單一支付或參考價格。若市場價格差異過大的類別，可依實際價格分佈情形，以統計方法建立次分類，分別訂定支付或參考價格。另對於醫療上必須使用之藥品，為保障其供應與品質，得訂定下限價格。 5. 成立藥品審核委員會，建立一完整合理之藥品審核制度：透過審慎的審核機制，決定保險藥品名目，並提升藥品品質。	
審 查 面	一、建立醫病檔案分析 (Physician-Patient Profile Analysis)：即以每位醫師個別建檔，檔案中紀錄按病人證號歸類的門診次數及處方用藥。	一、論病例計酬制度下，因以定額方式支付，故費用之審核已非重要之考量，而較著重於醫療品質及醫療適當性之審核，並提升醫院管理效率以及促成醫院建立醫療利用審核制度。 二、電腦檔案分析 (Profile Analysis) 與平均費用之運用：檔案分析係運用統計之原理，對同類醫師（醫療院所）或病人之診療型態 (Treatment Patterns) 或醫療服務利用型態進行分析，以找出「診療型態」異常之醫療院所或經常就醫之病人，加以加重抽樣審核	一、明定保險醫事服務機構不依本法提供醫療服務者，不予支持費用。 第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。 二、明定保險人應設醫療服務審查委員會及該會之組成及其任務。 第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及品質，應遴聘具有臨床或實際經驗

(續)

面向	第一期規劃	第二期規劃	健保法之立法結果 (83年7月19日制定)
審 查 面		，以提升專業審核之適當性與效率。	之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。 三、明定醫療服務經審查不給付費用之責任歸屬。 第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。

第九節 結語

支付制度的健全與否，為全民健康保險成敗的關鍵，從宏觀面而言，全民健康保險支付制度的規劃朝向提升服務效率、控制醫療費用上漲、確保醫療服務適當性和品質以及促進醫療資源合理分布；從微觀面而言，支付制度的規劃亦有突破性的改革，支付基準方面的設計由論量計酬制，逐步改為論病例計酬制度，並以前瞻性支付方式，控制醫療費用之成長，醫療費用的控制方面採用總額預算制度，由上而下的方式分配費用，由於預知總預算，醫療院所較無誘因以量制價，加上同儕與審核規範，可使醫療服務漸趨於合理。審核制度方面，則著重事前審核及同步審核、並強化審核方法，以提升審核之效率。

理想的全民健康保險規劃固然重要，健全運作更是計畫執行可長可久之根本。支付制度預期仍會持續面臨各項公平性或效率性之爭議，希望未來支付制度的改革不能局限於單一部門，能建立合理的協商模式，由主管機關、醫事團體、保險對象以及學者共同組成小組，支付項目的調整是根據醫療院所營運狀況資料及預算，先決定支付標準可動用之預算，以前瞻性的設定支付標準調整之優先順序及幅度，使醫療費用的訂定依據有關之統計數字來訂定，可使支付標準更趨合理，導正醫療生態之平衡。

為求規劃一個根基深厚，組織完善的全民健康保險支付制度，未來我們必須考慮國人對醫療需求的期望，高度醫療科技的引進及發展，及醫療照護結構上的革新等因素，其對醫療費用造成之影響，將使醫療費用加速上漲。

第八章

醫療服務及費用審查

第八章 醫療服務及費用審查

第一節 前言

審查為保險機構之樞紐，一般而言，醫療服務與費用審查有「控制醫療成本支出」、「維護醫療品質」及「規範保險診療行為」三大功能，其設計，必須周延並顧及單純化與效率化兩大原則，否則無法達成預期的效果。

公保、勞保、農保之醫療費用，醫療院所主要以書面申報，且審查採中央集中人工審查，審查作業常拖延甚久，影響行政效率，其公平性與適當性也容易遭到質疑。全民健康保險將全體國民納保，推估門診的申報案件，每月可能高達 2,000 萬件以上。為使醫療審查及費用核付的制度順利運作，除應獎勵醫療院電腦申報、將審查作業分區（各分局）處理，以因地制宜、疏解作業瓶頸外，有必要改變審查方法以提高審查之效率和一致性，因此檔案分析的運用應時而生。

檔案分析制度係運用統計分析的原理，挾電腦快速運算功能的優勢，針對醫療院所診療型態，進行同質性中的異常個案分析，然後將珍貴的審查人力集中於診療型態異常的醫療院所。所以檔案分析的特點在有效運用資源於重點問題所在，提高審查效率，進而加速費用核付的速度。

第二節 背景分析

一、我國公保、勞保審查狀況

我國公保、勞保之審查工作（詳見附錄七「公勞保審查組織、審查方法與作業方式」），除依據醫療費用支付標準、醫療給付（診療費用）審查辦法等相關規定，

進行行政及專業審查外，在門診部分訂有免審範圍（平均費用），以為審查之參考標準，分述如下：

- （一）勞保免審範圍：依勞保診療費用審查辦法第六條規定，特約醫療院所申報診療費用未超過一定金額者，得不經審查。如民國八十二年基層醫療院所免審範圍為 220 元，醫學中心為 380 元，免審金額因醫院層次而增加。
- （二）公保平均費用：公保於實施收費價格表的同時，並採用「門診平均費用」的規定，所謂門診平均費用，指掛號費、診察費、注射費、藥費及治療處置費等之總合，除以其門診人次，用以核付門診費用。但未超過平均費用者，仍需接受審查。
- （三）專案：對部分支付點數較高之診療項目（如手術、慢性病、特殊檢查、治療等）規定得以專案申報，不受免審或平均費用之金額限制。

審查之標準，不管免審範圍或平均費用之設定，皆可提升審查效率，控制每次門診費用，但因無法有效限制專案之數量及費用之成長，造成審查時效緩慢；復因免審範圍未考量病例組合，而係依據醫院層級而定，造成不公平與醫療資源利用效益不彰。由於大型醫院獲得較高的免審範圍並可申報專案，加上病人認為大型醫院可以提供較好的醫療照護，使病人大量集中於大型醫院。大型醫院在門診量過多的情形下，醫師平均看診時間減短，可能降低醫療品質，且嚴重影響教學研究的功能，除造成醫療資源的不當使用外，亦使基層醫療單位競爭力愈弱，並造成醫院規模愈來愈大型化。

除上述審查標準之問題外，在專業審查部分係以逐案審查方式 (case by case) 評估每一病人治療之合理性，因不同審查委員間缺乏一致之標準，審查結果很難預期，容易導致醫療院所的反彈。

二、各國審查制度及其可借鏡之處

以下分就美國、日本及德國的審查制度，其包含組織及審查方法介紹（詳附錄八）。

美國為多元保險，審查組織與方法依保險人不同而不同，針對聯邦老人保險的審查組織的沿革，依序有「專業標準審查組織 (Professional Standards Review Organization, PSROs)」、「同儕審查組織 (Peer Review Organizations, PROs)」及「品質改善組織 (Quality Improvement Organizations, QIOs)」。PSROs 由醫院醫師自行組成，審查重點在確保醫療服務的必要性、符合醫療專業標準，且在最適當的醫療機構被提供。基於其醫療費用控制不彰，組織被過度控制，故由聯邦政府在各州（小州可合併）成立統一的 PROs 取代，主要針對醫療品質、適當性、費用與專業標準遵從度進行審查，特別針對診斷關聯群 (DRG) 住院及除外 (outlier) 個案必要性的審查。審查方法包括事前（如住院前）審查、同步審查、檔案分析、訪查等。為進一步帶動醫院落實品質改善，由 QIOs 取代，以確保醫療服務的有效性、效率、經濟與品質。

日本係多元保險，故醫療費用之審查統一由第三者的「社會保險診療報酬支付基金」在各都道府縣設分支機構辦理。針對事務性資料正確性與醫療服務適當性加以審查。雖然核減率不高（約 1.5%），但針對多數採書面申報的資料，能快速完成審查，顯示其效率與紀律服從特性。另外日本保險人會通知被保險人其所花費的費用，可防止醫療機構作假外，也讓被保險人意識到保費與醫療費用的關聯性。

德國實施總額支付制度，故醫療服務審查（稱為經濟監控）由強力使用各地區總額部門自行審查，以發揮同儕制約的效果。審查方法主要先藉由電腦檔案分析 (profile analysis)，將個別醫師執業型態與同儕做比較，對異常者再由審查醫師進行專業評估，較個案逐一審查，效率與適當性較高。但醫師常因審查時未適當調整病人的病例組合，被拿來與不合適的族群做比較，而被核減費用。此外因審查重點著重「超出平均值者」的審查，導致平均值逐漸上升，而破壞了當初設計此審查制度的目的。

由以上三國的審查制度可知，事前與同步審查可預防或減少醫療資源之不當使用，檔案分析可提升審查效率，增加審查可比較性與適當性。而醫療服務的必要性、申報的合理性與品質的確保提升，更是 DRGs 論病例計酬實施後審查之重點。以上經驗皆可提供我國規劃審查與稽核制度參考。

第三節 全民健康保險審查及稽核制度之規劃

一、審查組織與職責

保險人應設立「醫療服務審查委員會」(以下簡稱審委會)與保險人的行政人員配合進行審查工作。前者負責專業之審查,後者負責行政之審查。為提高審查之效率,依六個分局成立六個「地區醫療服務審查委員會」(以下簡稱區審委會),由保險人延攬各地區各層級之醫藥專家,負責專業審查,以避免中央集權(集中於單一之機構審查)造成審查業務時效低落且無法兼顧各地區醫療特性之問題。

審委會負責審查相關法規業務方針、作業原則之研究與擬訂,並負責區審委會之督導考核與高額及特殊案件之審查。審委會得抽查區審委會之審查結果,以確保各地區審查之品質和適當性。區審委會則實際負責醫療服務項目、數量與品質之審查與實地訪查工作。兩委員會之事務工作則由保險人的行政人員負責。

二、醫療服務審查辦法

(一) 審查標準與方法

1. 醫療準則

詳細訂定醫療服務提供之規範(如抗生素之使用限制、高科技醫療使用之適應症、限制等)使醫療院所有所遵循,減少與審核委員認知之差距,以及對審查結果之紛爭。

2. 病人分類方法

審查標準之擬訂首重病人之適當分類以提高同儕比較之適當性,在分類病人之後,即可比較同類病人各項醫療服務提供之適當性、品質以及醫療費用之合理性。

門診病人之分類在全民健康保險將區分為急診病例、一般病例以及特殊病例。一般病例可進一步分科,特殊病例則依門診手術類別、慢性病類別、特殊檢查及治療類別等加以分類。其中慢性病更可以進一步依據疾病種類與用藥天數更精確的分類。最終希望發展完整的門診病人組

群 (Ambulatory Patient Groups, APGs) 支付費用。在支付制度未改變前，可依 APGs 分類病人，故醫療費用申報雖依論量計酬，但審查標準可依同病 (同病例組合) 同酬概念審查，即審查標準係依據病人之病例組合而非僅依據醫院層級訂定 (勞保免審範圍即依據醫院層次訂定)，可提高醫療院所可比較性，拉近大小醫院支付之差距，促進分級醫療與基層醫療之發展。

住院病人部分，長期將採 DRGs 支付制度，但在支付基準改變前，亦可藉 DRGs (或計算病例組合指數，case-mix index) 作為審查時病人之分類方法或校正病人疾病嚴重度方法，提高醫療院所之可比較性。支付標準應以「同病同酬」為原則，但同病同酬對論量計酬而言並不適用，只適用於論病例計酬，對論量計酬之部分同病同酬僅能當做審查時之參考。

3. 檔案分析 (Profile Analysis)

檔案分析之原理在將目標群體分為同質團體 (Homogeneous Groups) 後，比較某一群體之統計值與母群體之間的差異程度。例如一般門診平均藥費 90 元，某醫師之病人平均藥費為 200 元，此即異常之個案，值得加強審查。故檔案分析的架構十分彈性，可因應不同情境，使用不同的分層分類的組合，或依不同的需求來設計架構，而不失客觀性。檔案分析的內容，則依原始資料項目的多寡，決定由簡易到繁複的分析內容。

4. 審查之抽樣

由於個案審查耗時耗力，有必要進行抽樣，抽樣之目的在將有限之人力做最好之運用，針對樣本進行專業審查，其審查結果若需核減費用，則依抽樣率回推至母群體。抽樣方法可依據審查能量、檔案分析正 (異) 常之比例、醫療院所過去被核減費用之狀況和其他相關條件訂定之。

(1) 門診部門

① 抽樣原則：

- A. 基本抽樣：一般案件隨機抽樣 1%，小於三件者以三件計。專案及慢性病案件隨機抽樣 1%，小於三件者以三件計。

B. 加重抽樣率：一般案件按前三個月平均核減率之四十分之一加重抽樣。專案及慢性病案件按前三個月平均核減率之五分之一加重抽樣。醫療院所檔案分析異常狀況加重抽樣百分比及加重抽樣率之規劃如表 8-1。

② 回推母體方式：依上述抽樣原則分別換算抽樣比例，審核後核減金額分別按比例回推母體。

③ 預估抽樣件數：

假設：A. 檔案分析數值呈常態分配。B. 每月門診總申報件數為 2,000 萬件。C. 平均核減率為 5%。D. 各層級醫院申報總件數比和勞農保一致。E. 檔案分析分 20 項或 30 項。則預估抽樣數如表 8-2：

表 8-1 醫療院所門診檔案分析異常狀況及抽樣率

醫療院所檔案分析異常狀況百分比 (%)	抽樣率 (%)		
	一般案件	慢性病	專案案件
< 25	0.20	1.00	2.00
≥ 25, < 50	1.00	5.00	10.00
≥ 50, < 75	20.00	50.00	50.00
≥ 75	50.00	80.00	80.00

表 8-2 門診預估抽樣件數依檔案分析項數推估

	一般案件	慢性病案件	專案案件	總計
預估抽樣件數 20 項檔案分析				
總抽樣件數	66,553.25	56,879.96	32,341.56	155,774.77
分區抽樣件數	11,092.21	9,479.99	5,390.26	25,962.46
預估抽樣件數 30 項檔案分析				
總抽樣件數	70,012.65	58,919.66	34,137.61	163,069.92
分區抽樣件數	11,668.77	9,819.94	5,689.60	27,178.32

(2) 住院部門

① 抽樣原則：

- A. 全審項目：特殊疾病如心臟移植等；論病例計酬如因同一疾病再住院者；其他特殊規定之全審項目。
- B. 抽樣項目：基本抽樣：一般案件隨機抽樣 3%，小於三件者以三件計。加重抽樣率：按前三個月平均核減率加重抽樣。醫療院所檔案分析異常狀況加重抽樣：依醫療院所檔案分析異常狀況百分比加重抽樣率如表 8-3。

醫療院所檔案分析異常狀況百分比係指醫療院所檔案分析結果介於二～三（含）個標準差之分析項目占總分析項目之百分比。例如：醫療院所檔案分析共 20 項，其中有 5 項分析結果介於二～三（含）個標準差，則其百分比為 $5/20=25\%$ 。

② 回推母體方式：依上述抽樣原則換算抽樣比例，審核後核減金額按比例回推母體。

③ 預估抽樣件數：

假設：A. 檔案分析數值呈常態分配。B. 每月住院總申報件數為 20 萬件。C. 平均核減率為 5%。D. 各層級醫院申報總件數比和勞農保一致。E. 檔案分析共 20 項及 30 項。則預估抽樣數如表 8-4。

表 8-3 住院案件依檔案分析異常狀況之抽樣率規劃

醫療院所檔案分析 異常狀況百分比 (%)	抽樣率 (%)
< 20	10
$\geq 20, < 40$	20
$\geq 40, < 60$	30
$\geq 60, < 80$	50
≥ 80	100
或任一檔案分析結果超出 三個標準差	

表 8-4 各層級醫院住院抽樣件數依檔案分析項目推估

醫院層級	20 項檔案分析	30 項檔案分析
醫學中心	5,021	5,582
區域醫院	8,325	8,799
地區醫院	18,451	19,741
合計	31,797	34,122

(二) 審查之分工

1. 行政審查

內容包括保險給付範圍，特約醫事服務機構或特殊服務醫事人員資格之核對，申報項目及點數之正確性、檢附資料之齊全性以及論病例計酬案件基本診療程序等之初步審查。

2. 專業審查

由審查委員依據相關法令規章、醫學原理、病人之病情、嚴重程度、特約機構之能力、服務行為等對醫療服務之適當性、品質及費用加以審查。並對有極高可能性作假之醫院，提報保險人進行訪查與稽核。

(三) 審查之時程

1. 事前審查

對危險性高(如心臟移植)易被不當或過度使用(如某些高科技醫療、手術)之服務或高價藥品或材料要求在提供前必需先經過審查。

2. 同步審查

在服務尚未結束前即進行訪查，以防止假住院、輕病住院以及長期住院等狀況發生。

3. 事後審查

即傳統之審查方法，於服務結束後進行一般及專業審查，特別著重特殊個案之訪查與稽核，以防止作假、舞弊等。

(四) 審查之結果

區審委會以及保險人分局對醫療服務費用或品質不當者得核減其費用，嚴重者將予以警告，甚至撤消其特約。

三、審查流程

詳見圖 8-1 至圖 8-3。

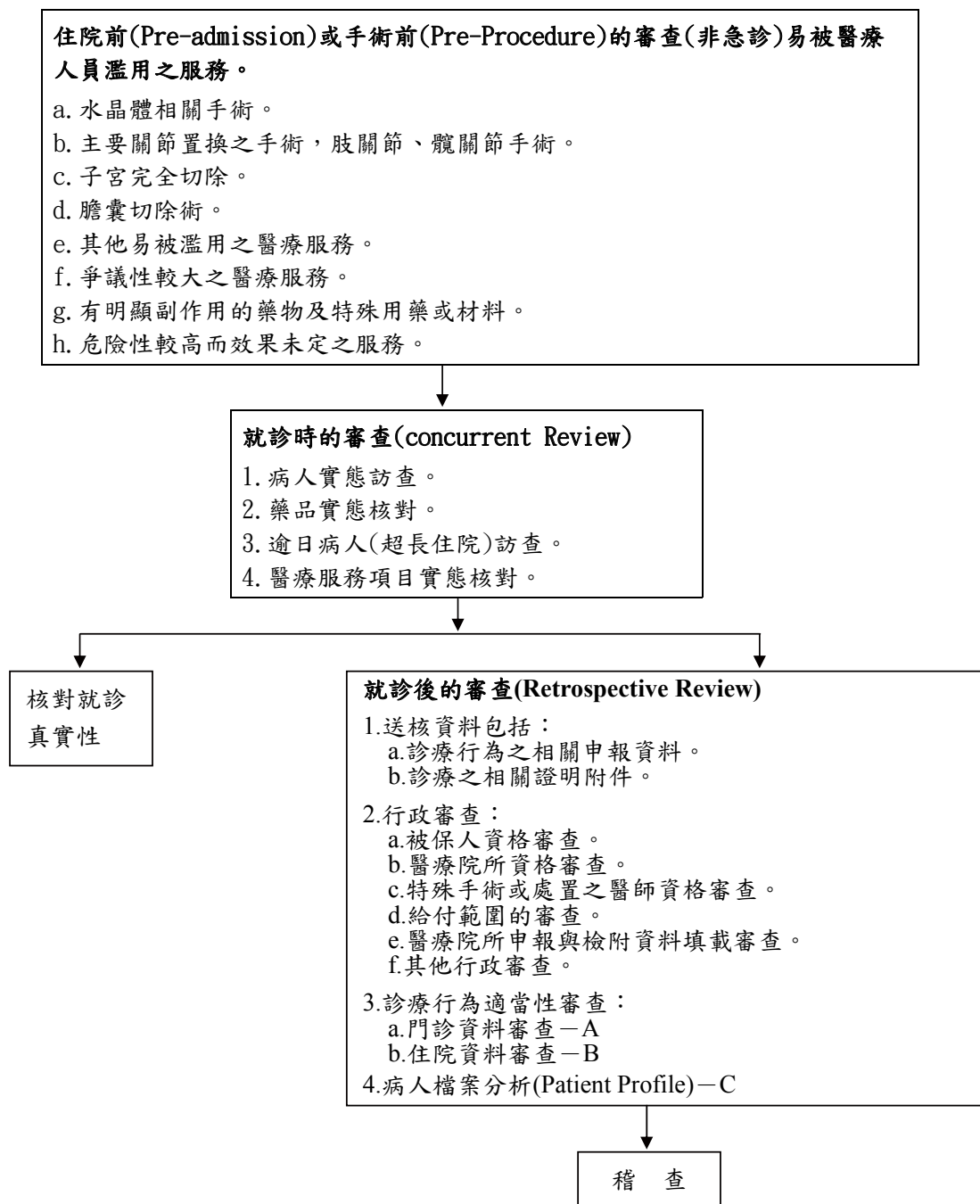


圖 8-1 全民健康保險審查流程圖

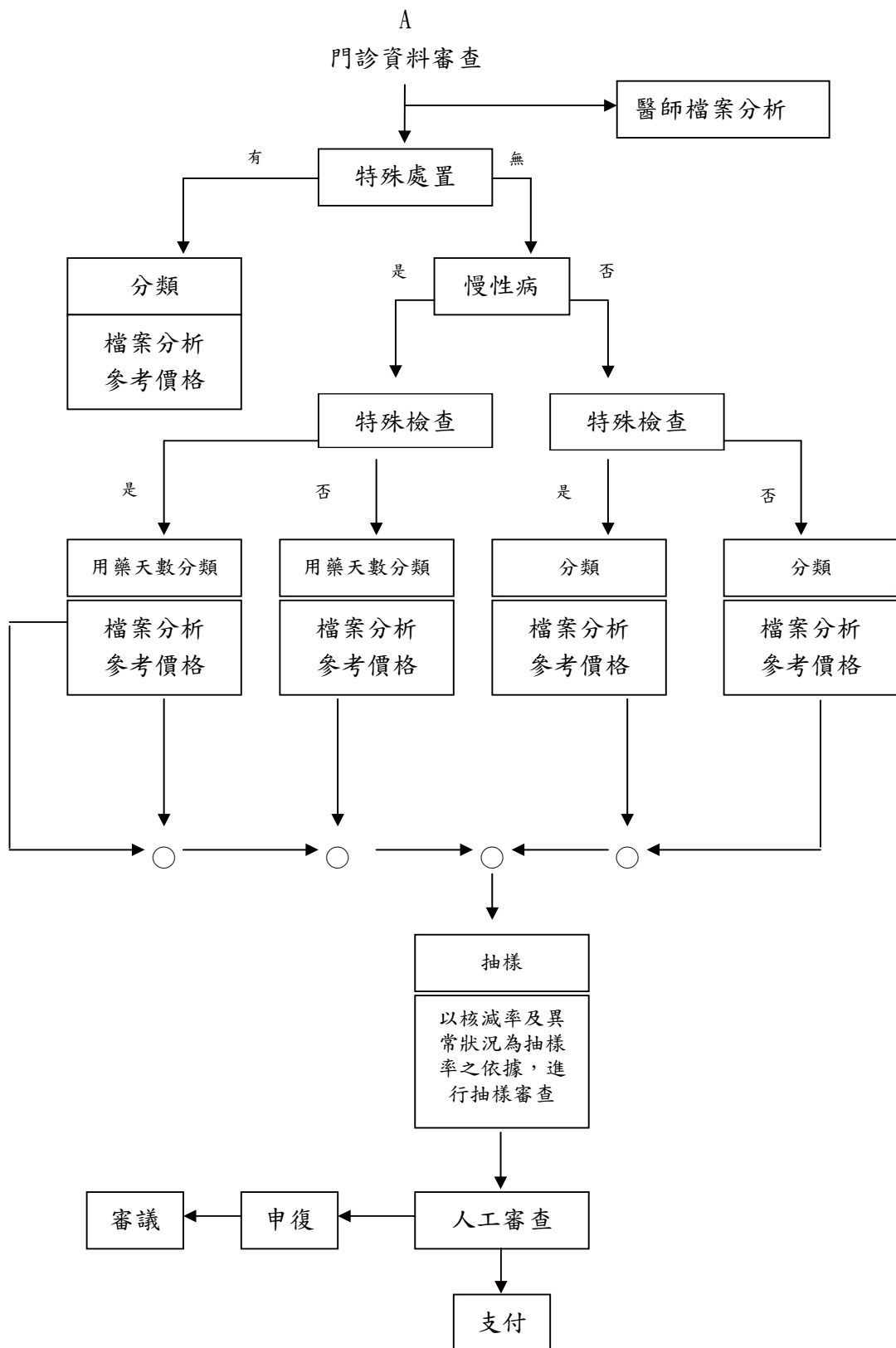


圖 8-2 門診資料審查流程圖

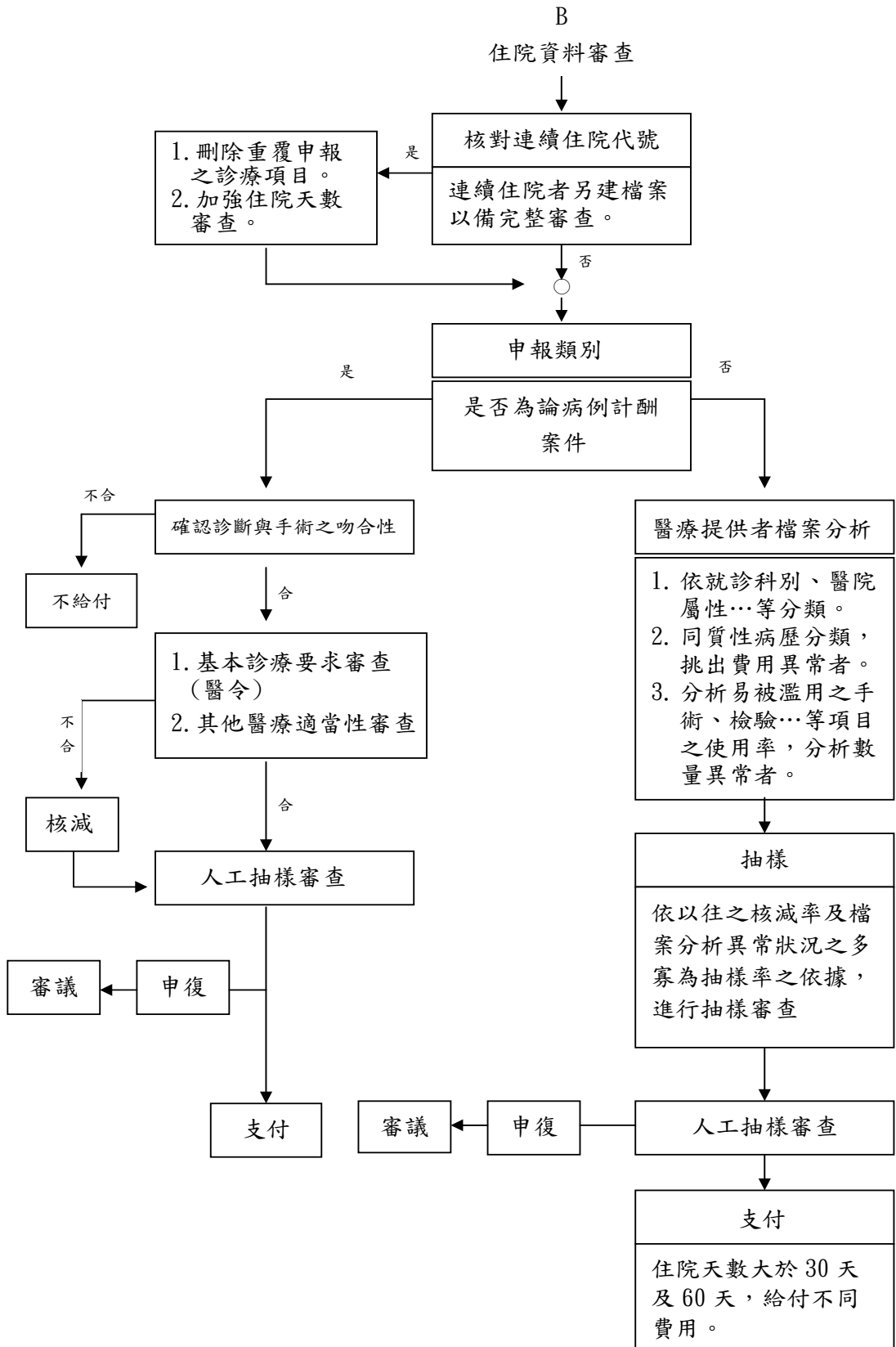


圖 8-3 住院案件審查流程圖

四、預期影響

- (一) 事前審查及同步審查制度之規劃，可減少不必要醫療服務之使用，降低醫療支出。
- (二) 審查方法之強化，包括病人之適當分類、檔案分析、抽樣方法、以及醫療準則之訂定等可促使審查作業標準化，減少人為之判斷造成審查結果之差異，提升審查之效率，增加病人之可比較性，提高審查之適當性與一致性，減少與醫療院所之糾紛，並防止作假。
- (三) 診療型態資訊的電腦化與檔案分析，可使審查委員有更客觀的資訊做費用審查之參考，並能投注更多的關注在醫療服務之適當性和品質。但應配套獎勵醫療院所以電腦申報，才能發揮更高效果。
- (四) 審查作業區域化，可廣泛邀請地區團體參與，除較能顧及地區診療型態之差異，減少黑箱作業之機會，並為同儕制約奠定基礎，但應預防同地區醫療團體「醫醫相護」，反而無法達成確保服務適當性與品質之目標。未來可進行跨區交換審查避免醫醫相護。

第四節 檔案分析制度之應用規劃

本節將簡介檔案分析在全民健康保險服務審查之應用。預期檔案分析的引介，可從龐大的案件申報量中，運用統計原理，配合電腦的快速與固定邏輯的特性，在短時間內，找出異常案件和提供審查醫師審查的重點，最終希望能減少不當的醫療服務，提高審查作業之效率與一致性，減少人為判斷造成個別之差異，簡化全民健康保險審查作業與費用核付的人力需求與流程。

一、檔案分析制度之原理

檔案分析的原理是將分析的對象，依同質性的程度分為數個同質性團體 (Homogeneous Groups) 後，比較分析對象之統計值與其所屬之同質性團體之統計值，

分析其異常的程度，以決定該分析對象是否需要進一步專業審核。例如一般門診平均藥費 90 元，某醫師之病人平均藥費為 200 元，此即異常之個案，值得特別注意並加強審查，檔案分析的架構十分具有彈性，可因應不同情境，使用不同的分層分類的組合，即不同角度的同質性來分類，或依不同的需求來設計分析架構，使審查的結果更具客觀性。決定檔案分析的內容的繁簡，可依原始申報項目的多寡來決定；原始申報資料的項目愈多，則檔案分析的功能愈強。

檔案分析起源於流行病學的研究方法，對醫療提供者之服務量、醫療照護的成本（費用）、醫療服務之利用率與品質等層面，比較醫療提供者的執業型態與被保險人的就醫型態。故檔案分析除可用於醫療服務之審核外，亦可應用於醫療品質的改進、績效評估與醫療利用率的比較。從被保險人的角度來看，檔案分析則有助於了解被保險人就醫的行為模式，以找出濫用或使用不足的醫療服務之被保險人，並嘗試建立適當之個案管理計畫，以導入正確的就醫模式（如減少不當之就醫行為）。雖然檔案分析並不能提供明確的因果關係判定，或者是明確釐清每個案件的醫療行為是否適當，但卻可以描繪出大體的輪廓圖與提供指標值，協助界定問題的範圍，再投入專業審查醫師人力，進行個案之醫療品質與利用率等之內容分析，以確定問題所在。

二、檔案分析制度在醫療審查之應用

（一）檔案分析的原則與前提：

檔案分析最重要的是同質性團體內之比較，故如何將病人依其臨床同質性與耗用醫療資源特性加以分類，使各類病人成為可比較之同質性團體，為檔案分析之發展重點。為提高病人之可比較性，可將門診病人依 APGs，住院病人依 DRGs 加以分類，並據以支付。但在上述系統未建立前，可分醫院層級，再依病人類別比較醫師或醫院診療型態之差異；至於病人則可依年齡、性別分層，說明如下：

1. 分層原則：

依照全民健康保險的規劃，全國將分為六區（台北、北區、中區、

南區、高屏、東區)，每區設分局；而審查亦採分權制，由各地區負責審查。故檔案分析將配合整體規劃，以分局為區，每一分區中再就醫院評鑑等級對醫院進行分層分析，以提高病人之可比較性。

2. 分類原則：

(1) 門診部門：

門診病人依其耗用醫療資源的多寡可分為：一般病例和特殊病例。其中特殊病例可細分為：

① 急診病例：

② 門診手術病例：可依手術類別分類。

③ 慢性病例：可依疾病分類及用藥天數分類。

A. 內科：高血壓、糖尿病、心臟病、慢性肝炎、癌症藥物追蹤治療、臟器移植後追蹤治療、腦血管病變、慢性腎臟炎、甲狀腺機能障礙、癲癇、巴金森氏症、哮喘、痛風、消化性潰瘍、關節炎、結核病、慢性膽道炎、高血脂症、肺氣腫、慢性支氣管炎、慢性阻塞性肺炎、支氣管擴張症、胃腸機能性障礙（含慢性胰臟炎、各種腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症）、紅斑性狼瘡、肝硬化、雷諾氏症。

B. 骨科：骨質疏鬆症。

C. 皮膚科：乾癬、甲癬、天皰瘡、皮肌炎、全身性濕疹。

D. 眼科：青光眼、乾眼症、視網膜變性、黃斑部變性、葡萄膜炎、玻璃體出血、角膜變性。

E. 血液科：慢性貧血（含缺鐵性貧血、溶血性貧血、再生不良性貧血）、紫斑症。

F. 婦產科：子宮內膜異位症、泌乳素過高症。

G. 耳鼻喉科：內耳前庭病變、慢性鼻竇炎、慢性中耳。

H. 精神科：精神病。

I. 神經科：威爾遜氏症、肌僵直萎縮症、多發性肌炎、重症肌無力。

④ 特殊檢查；

⑤ 特殊治療：如牙科病例大都為處置，故亦可獨立分類。

⑥ 其他病例：可依科別加以分類。

(2) 住院部門：

依申報案件特性分為二類：「論病例計酬」病例與論量計酬案件，並依醫院分層分析，其中「論量計酬」部分，在台灣版 DRGs 支付制度實施前，仍可運用 DRGs 或選擇較常見之 DRGs 對個案加以分類，其他案件，則依照科別分類進行檔案分析。

3. 分析對象分類：

(1) 門診部門：

由於醫療行為牽涉到醫師、醫院與病人等三方面，所以進行診療型態與就醫行為分析時，可就分析對象的不同，而分類成醫師檔案分析、醫院檔案分析與病人檔案分析等不同的檔案分析。至於常見的醫師因兼職可能申報之醫療服務散見各醫院診所，在未來可以透過檔案分析歸戶後，瞭解該醫師所有病人的資料，更有利於掌握看病人數及費用等資料。

(2) 住院部門：

由於住院診療行為牽涉到醫師之組成較為複雜，因此住院檔案分析的對象，原則以醫院及病人為主，依診療型態及就醫行為，可以分類成醫院檔案分析與病人檔案分析等類型。

(二) 檔案分析的方法與項目

在檔案分析的原則與前提釐清後，再就檔案分析方法與分析項目來討論。

1. 檔案分析方法：

(1) 門診部門：

檔案分析乃是依統計學原理，計算分析對象（如某一醫師某一分類之病人）之各項統計值，包括病人數、平均值、標準差、極大值、極小值與差距等統計值。上述之統計可以與同質性團體比較（同一區同層

級醫療院所同類病人之統計值)，以了解其分布之異常程度。在常態分布的假設下，若分析對象之平均值超過同質性團體之平均值的兩個或三個標準差則稱為異常；除了與同質性團體比較外，亦可與預先設定之正常值或理想值比較（例如醫師每日看診人數不得超過 200 人）；或直接判讀各項統計值的長期趨勢；或者與本身的歷史資料做比較。上述的分析結果若有異常狀況時，專業審查人員有必要花更多的心力針對異常狀況進行內容審查，故檔案分析的功能在篩檢異常之醫師或醫院（或病人）的案件做為專業審查、稽核或輔導醫療提供者與病人的依據。

(2) 住院部門：

① 總結資料分析：以全國性彙整資料進行下列兩類的分析：

- 以醫院為分析單位：依檔案分析分類原則分析每一分類下之總服務量、平均服務量、總住院日、平均住院日、總費用、平均費用及各分析醫院間之變異。
- 以病人為分析單位：以每季（半年或一年）為資料串聯週期，分析病人住院次數（重複住院、同一疾病再住院等）、住院日等。

② 基本分析：

- 「論病例計酬」病例：分析每一同質醫院相同病例超出費用或住院日除外臨界值(Day outlier or Cost outlier)之比例及服務量。
- 論量計酬案件：
 - A. 利用 DRGs 分類，選擇較常見之 DRGs 病例，分析每一同質醫院相同 DRGs 病例之平均申報費用、平均住院日及服務量。
 - B. 其他案件依科別分類，分析每一同質醫院之病例平均申報費用、平均住院日及服務量。

- ③ 特殊選項分析：選擇性分類項目，如分項費用（如勞保之十三項費用等）、特殊處置及手術（ICD-9-CM）等，分析每一同質醫院之服務量、平均費用及費用比例或住院日等。如果申報資料中有更詳細的醫令資料，可進一步選擇診療項目進行分析。

2. 檔案分析的項目：

檔案分析的項目取決於檔案分析的目的與原始申報資料的項目種類，包括被保險人基本資料、醫事服務機構基本資料、醫療服務的申報項目種類、案件申報的類別與醫院層級等，以進行下列的分析：

(1) 門診部門：

① 服務量或利用率分析：

- 以醫師或醫院為分析單位：每位醫師每月平均看診次數與成長百分比、每位醫師（每家醫院）平均每病人的用藥天數與用藥種類。
- 以病人為分析單位：每病人每月平均就診次數、每病人每月用藥總天數與每病人每月特殊檢驗與處置次數；或洗腎病人、居家照護病人等每月平均透析或居家照護利用次數。

② 費用分析：

每醫師每月平均每件門診申報費用、每一慢性病平均費用及其費用的成長趨勢、每醫師每月各類服務項目的單項費用及費用的成長趨勢（如藥費、檢驗費等）。

③ 申報類別之頻率或比率：

每位醫師（每家醫院）平均每病人使用各項特殊檢查（如超音波、X光、特殊造影、核醫、病理組織、內視鏡等檢查）與處置或治療（如注射、血液透析病人 EPO 使用及緊急輸血、抗生素、根管治療、牙結石清除等）之比率。每位醫師（各醫院）申報各類病例比例（門診手術、慢性病、特殊檢查），以及病人轉診（轉入轉出）之比例。

(2) 住院部門：

檔案分析的項目取決於檔案分析的目的與電腦檔案中申報資料的項目。資料內容包括：基本資料（被保險人資料、醫事服務機構資料等）、就診資料（分項費用、科別、住院天數等）及醫令資料（診療細項）。

（三）檔案分析之應用：

經檔案分析處理後，所獲得各項檔案分析異常情形，可應用於下列各方面：

1. 抽樣依據：

根據異常的嚴重度，決定專業醫師審查的抽樣率大小。嚴重度愈高者，抽樣率愈高。異常之嚴重度可依據抽樣異常的程度（超過平均值一個標準差、二個或三個標準差）以及異常的百分比（如分析十項有五項異常）加以評分，以決定抽樣之比例。

2. 審查與稽核之參考：

檔案分析的結果，可提供審查醫師作為審查參考，使其在眾多複雜案件中，能迅速抓住審查重點，使審查效率提高。此外檔案分析極端異常者（如服務量高得不尋常），該資料亦可送稽核單位辦理，以使作假之醫療院所無所遁形；但檔案分析僅為參考資料，其異常者未必表示醫院或醫師真的有不當的醫療或作假行為，必須進一步查核驗證。

3. 建立診療型態參考：

檔案分析的結果，可作為一般診療型態的參考，協助建立「論病例計酬」病例的分類標準，或修訂支付標準表的參考依據。

4. 建立資訊布告：

配合總額預算的實施，可將部分資訊（如同儕團體之統計資料）公開，使資訊透明化，提供給醫療提供者參考，促使醫療提供者間產生良性競爭，亦供醫事自治團體或公會組織建立內部自我約制的標準。或將檔案分析結果中，超過二個標準差以上分析項目占一定百分比之前十名醫師或醫院的名單及其異常項目、異常情形加以公布，使醫療院所知所警惕，進而影響其診療行為，使診療行為逐漸趨於常態。

5. 審查豁免：

若一段時間連續核減率均為零（如三個月），且當月份申報之醫療費用經檔案分析結果為合理者，即各分析項目之平均數均小於一個標準差者，則該醫事服務機構當月份之醫療費用得不經專業審查直接核付。如此可提高審查及核付費用之效率。

6. 個案管理制度 (Case Management)：

對於門診利用率、用藥或檢驗使用率高之病人，將來可限制病人就醫地點、建立個案管理制度，以協助病人建立良好之醫病關係或就醫型態，提高其療效，並可減少不必要的醫療浪費。

（四）檔案分析的架構：

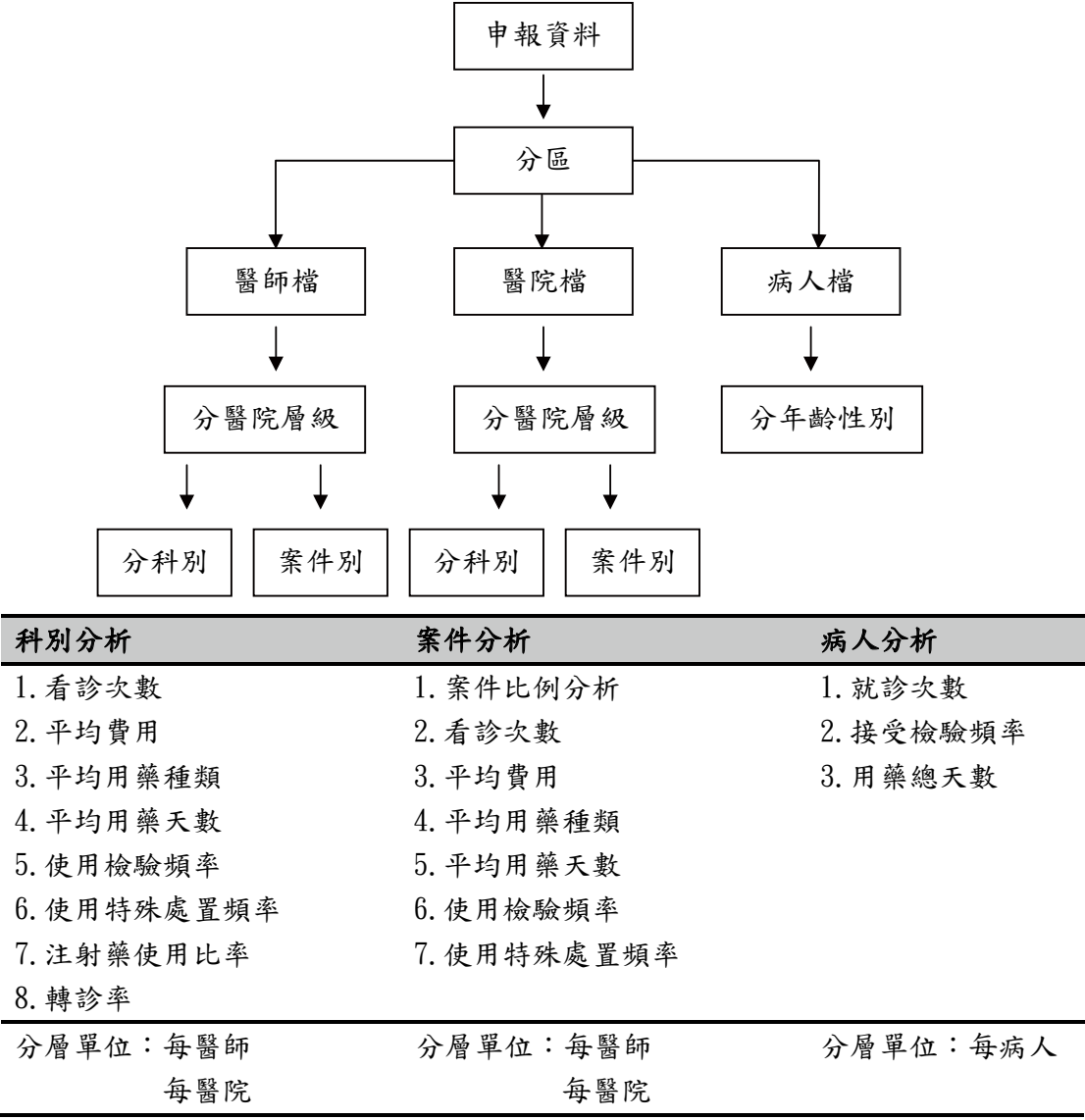
檔案分析的架構設計綜合整理如圖 8-4 及圖 8-5。以下以圖 8-4 為例，說明其架構：首先把每月的門診申報案件依保險人分局區分，採分區分析。其次，將檔案區分為三大類，包含醫師檔、醫院檔與病人檔。為使檔案內部同質性提高，先依醫院層級分層，再就各醫院層級分科別或分申報案件類別分析個別單一項目。

在醫師檔與醫院檔中，分科別部分分析：看診次數、平均費用、平均用藥種類、平均用藥天數、使用檢驗頻率、使用特殊處置頻率等。在分案件別部分分析：案件比例分析、看診次數、平均費用、平均用藥種類、平均用藥天數、使用檢驗頻率、使用特殊處置頻率等。分析單位則分每醫師與每醫院的平均數或總數。由上述的結果，可以瞭解每醫師或每醫院每月的門診量與整體的平均值的差別，是否有特別多的看診次數；醫師或醫院是否偏好多開藥、開藥天數偏短或偏長、多檢驗或者偏好特定的處置行為與檢驗項目。以確實掌握醫療供給者診療型態的動向。

在病人檔部分分析：就診次數、接受檢驗頻率與用藥總天數等。分析單位則為每病人平均數或總數。可藉此將病人的就醫行為紀錄下來，分析病人是否有連續就醫的現象，以及每月用藥總天數是否超過三十天，以及是否經常使用特殊檢驗的情形。

以上的分析項目分別計算整體平均值、標準差、最大值與最小值；或者以前一年同期三個月或前六個月平均值為參考值，再與個別分析單位比較，並標記其異常情形，做為檔案分析的結果。在全民健康保險開辦初期，以公保、勞保申報資料為基準，或以預設基準值為參考值。

以上屬於全民健康保險規劃部分的基本分析，如果進一步蒐集得到醫療院所申報醫令資料，則可分析診斷別的診療型態，分析相同疾病或相同診斷的個別醫師診療行為的差異；也可依此資料建立醫療準則，提供審查參考，或作為修正醫療辦法、修改支付標準表等之依據。



註：1. 分區：依保險人分局區分。
2. 科別：依勞保科別分類。
3. 案件別：分一般病例、急診病例、門診手術病例、慢性病例、特殊檢查及特殊治療等。

圖 8-4 門診檔案分析基本架構

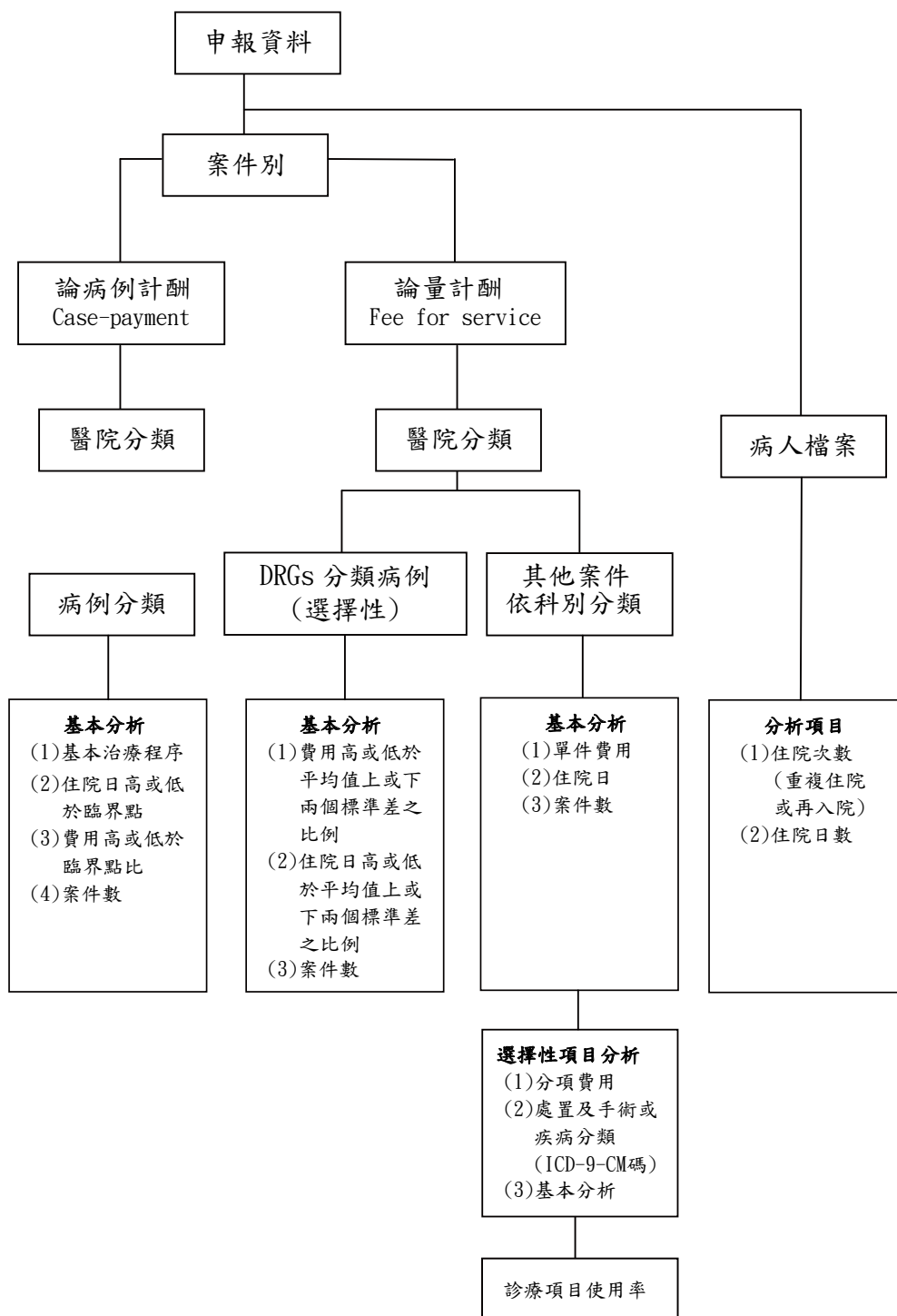


圖 8-5 住院檔案分析基本架構

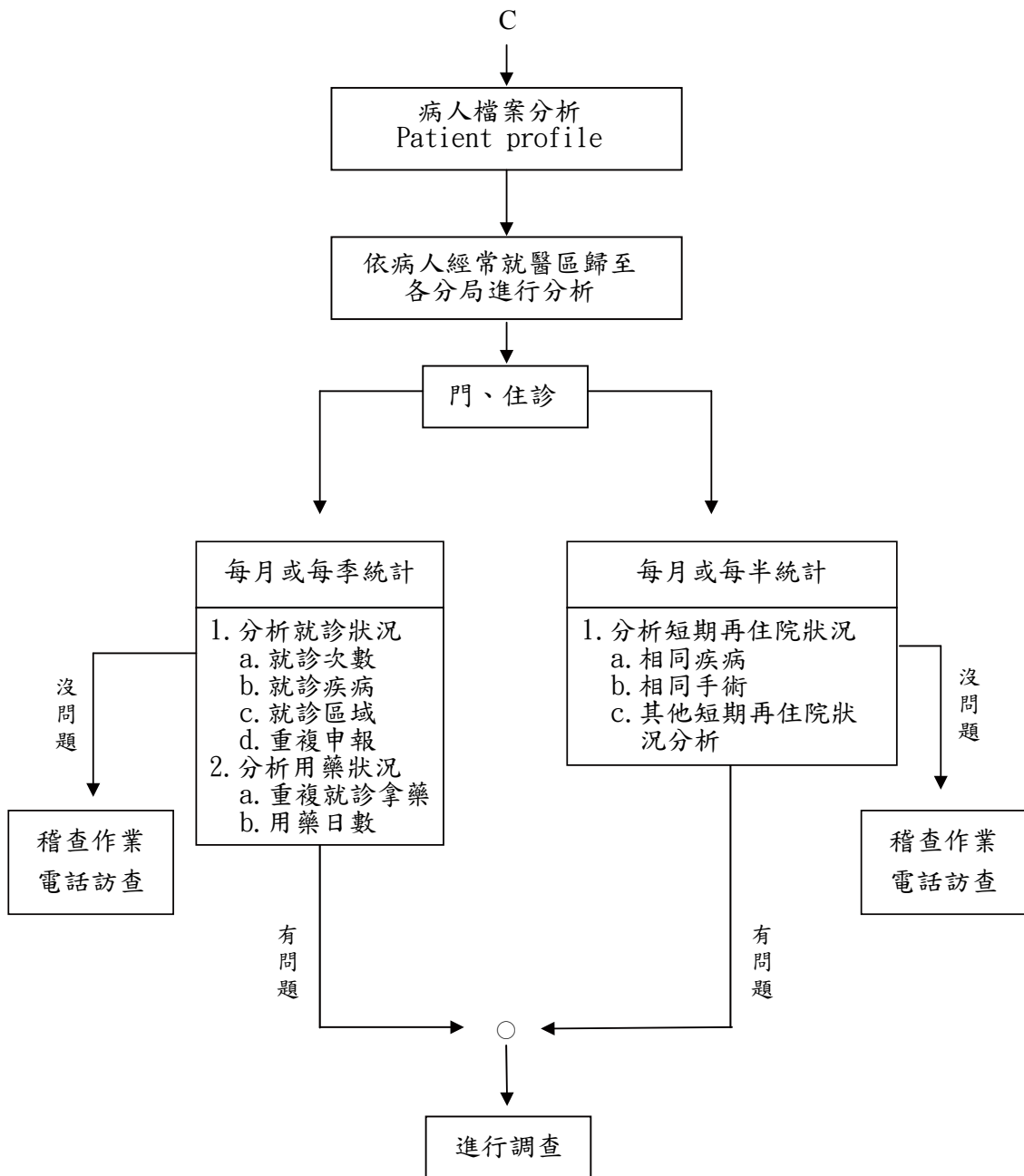


圖 8-6 病人檔案分析流程圖

第五節 結語

由於電腦科技的發達，使人類愈來愈能掌握大量資料的分析。檔案分析的適用範圍，也因此而擴大。全民健康保險應用檔案分析的方法來輔助審查作業，不僅可以節省大量的行政人力，還可以提高專業審查的效率與一致性，減少人為因素之影響。當然，要發揮檔案分析的預期效果，還得對申報格式加以修正，並採用連線申報或媒體申報，配合醫療院所的電腦化，才能使資料在短時間內完成檔案分析，儘速完成預付工作與後續專業審查及核付。

進行檔案分析時，須審慎考慮同質性。因為在同質的狀態下分析的結果才有比較意義。而檔案分析的功能與應用範圍要發展到何種程度，端看運用檔案分析的制度是否靈活，與蒐集資料的項目多寡。如果制度的靈活性高的話，可以彈性變換分析方向，彌補部分集體濫用的缺失；而資料項目蒐集愈多愈細愈有結構，則可分析的角度愈多，分析的內容愈複雜，使審查工作確實而迅速。正常的醫療院所按規定申報即可獲得應有的支付；而濫用或作假的醫療院所則直接被鎖定為重點審查對象，使其無法遁形；進而鼓勵誠實申報，而使支付制度趨於公平合理。

檔案分析除應用於全民健康保險之審查外，亦可用於醫院之管理，未來醫療院所應逐漸建立醫院（診所）之醫療服務利用之審查，運用檔案分析，可直接影響院內醫師之診療行為，減少被核減之機會，增加醫院之效率。此外檔案分析亦可用於不同醫師病人服務品質之比較，藉此提高醫療之效果，使病人得到更好之服務，故其運用相當廣泛。

檔案分析制度是審查與管理的有效輔助工具，具有迅速、量化與品管等優點；然而檔案分析制度也非萬能的，因它無法明確地界定醫療適當性，此一缺點需要專業審查醫師來彌補配合，才能使審查的工作完善；故審查之工作仍無法全面由電腦分析取代。

第九章

醫療憑證

第九章 醫療憑證

第一節 前言

世界各國實施健康保險，因制度設計不同，被保險人就醫，除持保險證或身分證明文件外，亦有規定必須另繳其他就診書單等憑證。一般採取事後檢據申請核退醫療費用的國家，皆無此規定，如北歐各國、法國等；凡非採核退制之國家，復有兩種情形：一為持保險證即可，無需另繳其他醫療憑證，如日本、韓國等；另一為不分門診、住院或轉診，均須某種醫療憑證，始得享受醫療給付，如德國、瑞士及奧地利等國。

我國公保、勞保制度施行三、四十年來，即有醫療憑證之規定；惟實施以來是否能達到原始設計之目的及其利弊得失，均仍有周詳考慮之必要。全民健康保險第一期規劃之原則，對醫療憑證部分，建議為證明保險對象之身分及履行繳納保險費之義務，應定期換發保險證，以便保險對象行使其就醫的權利，並考量若國民身分證能夠容納保險基本資料，則可用以取代保險證；同時應積極研究以「IC 卡」替代保險證的可行性。

在全民健康保險第二期規劃之構想，基於保險身分證明、保險費催收、保險就醫紀錄查核、就診率控制等功能之需求，全民健康保險仍有採用醫療憑證之必要，惟基本上將不會維持原有醫療憑證之方式，而係改用能兼顧保險證及就診單功能之其他形式醫療憑證。至於第一期規劃建議之「IC 卡」，雖可記錄個人基本健康資料，使用功能較廣，但因使用「IC 卡」須先建立整體之保險及醫療資訊系統，且牽涉之層面較廣泛，短期間內難以實行，可留供長期規劃。

第二節 背景分析

一、公勞保醫療憑證沿革

我國公勞保制度均有醫療憑證之規定，但在其形式及使用規定，則略有差異。本節先針對我國公勞保醫療憑證之沿革作一回顧，描述其歷次修改情形。

(一) 公務人員保險醫療憑證沿革

1. 開辦時實施單式一聯：

公保於民國四十七年九月開辦，即依「公務人員保險法施行細則」第三十七條之規定，被保險人就診時，須持「保險證」及承保機關印製核發要保機關之「診病證明單」掛號就診。門診部分之「診病證明單」為單式一聯，有效期限為一個月。

2. 民國四十八年「診病證明單」改爲一式三聯：

民國四十八年底，由於輿情反映：被保險人或因就醫次數頻繁，或為慢性病患而須時常就醫，所以必須反覆往返於要保單位與醫院之間，浪費病人時間與精力甚鉅，因此將診病單改爲一式三聯（見銓敘部第三司，民國四十九年公保免費醫療業務考察報告）。

此種一式三聯之診病證明單使用方式，依民國四十九年中央信託局訂定之「公務人員保險特約醫療機構辦理免費醫療注意事項」規定如下：

- (1) 每張診病證明單，計有診病聯三聯，及證明聯一聯，各診病聯皆附掛號費收據一紙，供醫療機構裁開交病患收執。亦即被保險人請領一張診病證明單，可連續就醫三次。
- (2) 每聯以診病一次為限，會診則限兩科共用一聯。
- (3) 掛號時，由醫療機構在診病證明單背面各聯加蓋騎縫章後，裁存第一聯（其餘第二、第三聯交還持證人），其第一聯反面由醫療機構記錄該項醫療費用總額，以為結算及申報之憑證。醫療機構必需詳細檢查證明單有關各欄，病患是否填齊，否則應拒絕掛號。

- (4) 複診之就醫掛號手續與上述同，但醫療機構須注意其第二聯或第三聯所蓋之騎縫章，如非在同一機構複診者，應拒絕接受，否則該項醫療費用，承保單位不予核付。
- (5) 保險證在掛號時，由掛號人員收存，暫附於病歷之上，以備醫護人員隨時核對就醫者是否與照片相符，以防冒名頂替。必要時，尚須核對身分證或職員證。
- (6) 當被保險人之診病證明單用至第三聯時，特約醫療機構應將證明聯交還持證人，持證人得持證明聯續向要保機關換領使用。
- (7) 被保險人持用之診病證明單各聯，均自填發之日起至翌月同日止，一個月內有效，逾期尚未使用之部分應即向要保機關繳銷。若於有效期間內，需換他院就醫，可將未經使用之各聯，連同證明聯向要保機關換領新單使用。

一式三聯之證明單使用之後，由於一次發給三聯，或基於不用白不用之心理，對於未使用之診病證明單，或被不肖醫療機構收買，或雖然無病，但認為繳還可惜，而無病複診等。因此當時咸認一式三聯之就診方便性，為造成就診率偏高之主因（依當年公保統計資料顯示，公務人員就診率高達 90% 以上，一年約為 190 萬人次）。

民國四十九年九月，公保主管機關銓敘部函邀立法院內政、法制兩委員會進行業務考察後，提出考察報告。其中針對診病證明單之弊端，建議改為：

- (1) 普通診病證明單：適用於普通病患及初診者，一律改為一次一聯之原有格式。
- (2) 特種診病證明單：適用於服務處所距離要保機關較遠，請領證明單往返困難者，如：山地或離島員警，或慢性病患者，仍維持一式三聯單式。

3. 民國四十九年十一月改爲一式兩聯：

因顧慮格式改爲一式一聯，對被保險人就醫衝擊太大，因此暫行一式兩聯；但試行結果，就診率並未顯著降低。

民國五十年五月，參酌兩年公保醫療實施經驗，並依據公務人員保險法及施行細則訂定「公務人員保險醫療辦法」，對門診、住院、處方用藥及就診手續等，均有詳細規定。

4. 民國五十年八月正式將診病證明單格式改爲單張一聯：

一聯式診病證明單之特點，在於必須在填發當月內使用，其主要功用有：

- (1) 可以防止離職被保險人利用在職期間領取診病證明單，離職後仍享受免費醫療。
- (2) 可以便利統計查考。

診病證明單自民國五十年八月修改後，至民國五十一年七月修正公務人員保險法施行細則時，始改稱為「醫療證明單」。此後公保雖陸續開辦退休人員保險等其他八種保險，但其格式皆沒有多大改變。各保險類別間，僅以紙張顏色區分保險證及醫療證明單，俾便於管理。其間，為因應各類保險之被保險人實際需要，並配合客觀環境改變，對於醫療憑證之使用期限暨就醫手續多所調整。

民國七十一年三月起，被保險人至聯合門診中心掛號一律持保險證即可，不需醫療證明單。惟特約醫療機構仍需同時持用兩者，方能就醫掛號。民國八十年三月起，醫療證明單使用期限自一個月延長為三個月。

(二) 勞保醫療憑證沿革

勞保自民國三十九年開辦，初期保險給付並不包括醫療給付在內，民國四十五年七月一日起增辦疾病給付，最初僅限住院一項。民國四十九年四月十六日勞保條例正式施行，民國五十九年一月一日起，增辦門診給付。

勞保被保險人在罹患傷病前往特約醫療院所門診或住院診療時，需分別持用門診就診單或住院申請書。茲就其規定沿革及改進情形說明如下：

1. 就診書單分別設計、印製使用：

- (1) 勞保醫療給付（原稱疾病給付）之開辦，雖可溯自民國四十五年開始，但當時僅有住院診療，門診則付之闕如。由於住院申請書之使用始自醫療給付開辦之時，且其文書作業及檔案管理已自成一格，效率亦佳，因此民國五十九年增辦門診給付時，不便輕言廢止，而與門診就診單合併使用。
- (2) 民國五十九年開辦門診給付後，由於被保險人數增多，每月門診就診量相當可觀，為兼顧被保險人使用方便，及撙節印製、寄發等費用，其紙張大小、填寫項目及內容格式，自不宜沿用住院申請書，乃創十六開大小之新格式，稱為門診就診單。
- (3) 由於勞保條例規定門診就診資料及要件，與住院診療有別，例如：申領殘廢給付後不得以同一傷病再申請住院診療，而普通傷病申請住院診療給付前投保需屆滿三個月，門診則無上述限制。故住院申請書不宜比照門診就診單過分予以簡化或統一，以免使用上發生辨識不易與不便之困擾。
- (4) 門診費用較低，而件數龐大，難以個別處理；反之，住院案件較少，費用較高，且涉及住院期間可免繳保險費，住院期間長短又與傷病現金給付有關，故宜個別及早處理。兩者作業方式及審核重點既然不同，其印製不同可便於分別處理。
- (5) 特約醫療院所受理被保險人住院申請書或門診就診單後，應填轉勞保局之時限不同，醫院接受住院申請書於三日內填轉勞保局審核，而門診就診單則於次月申請診療費用時，才一併彙送勞保局審核。

2. 就診書單缺失檢討：

自民國四十五年開辦住院診療，及民國五十九年開始門診診療製發門診就診單迄今，其間雖經數次修正格式，但住院申請書及門診就診單一直為勞保規定之醫療憑證。勞保開辦之初，由於被保險人數較少，平均每月門診僅 20 餘萬人次，因此門診就診單寄發作業及倉儲空間尚不發生問題，但當被保險人數急遽增加，及農保等託辦業務的陸續開辦，門診給付案件大量增加，致每月門診就診單高達 900 萬張以上，在人力運用及倉儲空間皆不勝負荷。因此，對門診就診單加以檢討，其格式太大，不利寄發作業及攜帶，且每寄發一個月之門診就診單及住院申請書予投保單位，需耗費大量人力、財力，未符經濟效益，故亟須加以簡化。經檢討分析，發現勞保就診書單有如下之缺點：

- (1) 門診就診單分三聯，長達三十九公分，被保險人攜帶時多層摺疊，除紙張易於破裂，亦容易造成已填資料模糊，不便使用。
- (2) 門診就診單格式太大，對於被保險人數眾多之投保單位，需耗費大量空間存置備用之門診就診單。
- (3) 特約醫療院所需複寫處方箋內容，增加作業時間，尤其農保門診就診單紙張太厚，複寫不易，字跡不清，重寫耗時費力，且留存備查處方箋需佔用醫療院所不少倉儲空間，增加成本。
- (4) 由於紙張太長，勞保局需花費較寬敞空間處理寄發門診就診單作業，也造成在裝封寄件時作業之不便；又因其數量龐大，需以大量人力來處理，不利寄發。
- (5) 就成本而言，紙張較大其印刷費較高，且需耗費大量之寄件郵資、信封及貨運車資等，殊不經濟。

民國八十年十月，基於上述檢討事項，決定修改項目格式如下：

(1) 門診就診單部分：

- ① 尺寸由十六開縮小為三十二開：紙幅大小節省二分之一，可節省購紙費、印工費、郵資費、倉儲空間、人力、運費（含進出貨）等。

②各類保險均採白底五十磅模造紙：原農保採綠色紙、民保採紅色紙、福保採黃色紙，因製造過程中需染色，易造成污染，並為配合環保而全部改採白底。

③為配合簡化作業，就診單欄位內容予以調整。

(2) 住院申請書部分：

①住院申請書原分為正本、副本(一)、副本(二)共三張，修改為第一聯一張、第二聯及第三聯合併為一張，共二張；原副本(二)僅由投保單位填寫，被保險人是否確實住院，投保單位無法知悉，故修改第三聯為回執聯，由醫院填寫被保險人姓名、住院日期、加蓋醫院戳章交被保險人繳回，以利投保單位查證被保險人住院日期及所住醫院名稱。

②住院申請書第一聯紙張由原八十磅改為六十磅，以減少印刷成本，將第二、三聯之磅數改為五十磅，以利醫療院所撕取第三聯。

③住院申請書均改以白底套色印刷，與門診就診單相同，勞保為白底套黑色字、農保為綠色字、民保為藍色字、福保為褐色字。

勞保就診書單自民國八十年十月改革後，確實在成本及作業人力方面降低許多負擔；又由於門診就診單縮小一半，並正計畫未來一次寄發三個月之門診就診單，如此便更有效率，並可避免有些投保單位未能及時收到就診書單，而影響被保險人就醫權益。

二、公勞保醫療憑證功能分析

廣義之醫療憑證，應包括保險證或身分證明文件及就診書單。本節針對公勞保各種醫療憑證之原始設計功能，分別說明如下：

(一) 公務人員保險醫療憑證功能分析

公務人員保險等九種相關制度之保險業務，皆由公保處掌理，因統一使用相同格式之保險證與醫療證明單，僅以表單顏色之不同作為區分，而使用方法及程序完全相同，故一併討論之。

1. 保險證

公務人員加入公保之後均領有公務人員保險證，若有門、住診之需要，前往公保處自辦之聯合門診中心就醫，得僅憑保險證直接掛號就醫；若於特約醫療機構就醫時，則除保險證外，尚須向投保單位索取醫療證明單後，連同保險證一併持往就醫。公務人員因離職或退休而退保或參加退休公務人員疾病保險後，應將公保證繳回或換證使用。

由上所述，可知公務人員保險證具有身分證明及在保證明兩項功能。

2. 醫療證明單

依據公務人員保險法施行細則第三十六條規定：「被保險人因生育或傷病時，應先向保險醫療機構門診部就診，並繳驗左列證件掛號：一、保險證。二、要保機關核發之『醫療證明單』。門診部對上項證件有疑問時，得查驗國民身分證或職員證，否則拒絕應診。」

此外，要保機關應在醫療證明單上填具其代號、保險證號碼及蓋主管職章。因此，醫療證明單除具有身分證明及在保證明兩大功能之外，尚具有下列幾項功能：

(1) 申報費用功能

被保險人於特約醫療機構就醫時，繳交醫療證明單，醫療機構於被保險人掛號時，應先查核被保險人保險證，並查明醫療證明單各欄已否填載齊全，而於列報醫療費用時，須於「醫療證明單」上註明其診斷及金額，並將處方副本及診斷檢查等有關資料，彙送承保機關查核。

(2) 審核功能

依據公務人員醫療辦法第三十九條規定：「本保險醫療機構辦理保險醫療業務，有下列情形之一者，承保機關除得予剔除費用或追償損失外，並得以解約：1. 虛報醫療費用者。2. 出具不實之診斷證明書。3. 病歷記載不實者。4. 處方不實者。5. 違背特約之附約或其他不法行為者。」

由此可知，承保機關據以查核弊端根據之一，便是醫療證明單。因為醫療機構須憑醫療證明單列報費用，而列報費用是否真實，可憑醫療證明單來查核。例如：中部某公立醫院之被保險人有到私人醫院看病之案例，經查核醫療證明單上之要保機關名稱，而引起懷疑：為何此間醫院之員工不在其服務單位就診？經過調查始發現該私人醫院有憑公保單換取維他命之情況，經查明屬實後予以處分，故醫療證明單具有查核弊端之功能。

(3) 催收保險費功能

依據公務人員保險法施行細則第十八條規定：「被保險人月付之保險費，由要保機關於每月發薪時扣收，連同補助部分之保險費，於當月十五日前彙繳承保機關，如遇星期日及例假日順延之。逾期末繳者，承保機關得俟其繳清後，始予辦理各項給付。其因而致使被保險人或其受益人蒙受損失時，由要保機關負責。」所以，一旦要保機關或被保險人遲納保險費時，承保機關得暫緩發給當月份醫療證明單，以求保險費能如期收繳。

(4) 控制就診率功能

依公保醫療證明單領發須知之規定：要保機關每月二十日以前領用醫療證明單時，除須繳交未領用之醫療證明單外，尚須繳交醫療證明單簽收登記表一份。被保險人領用醫療證明單時，須在簽收登記表內詳實填明並簽章。承保機關得以憑此瞭解各要保機關醫療證明單領用狀況，若有異常狀況，承保機關得以追蹤調查，防止醫療證明單之濫用，以控制就診率。此外，將醫療證明單依機關人數之不同，按百分比核實發給，若不敷使用，須另行申請。如此亦可控制醫療證明單之領用，以降低就診率。

除上述功能之外，醫療證明單亦具有統計分析之功能。承保機關可以透過醫療證明單之領用狀況，費用支出或疾病型態等資料，提供保險決策、業務改進，或公共衛生、醫院管理等專家進行統計分析之用。

（二）勞保醫療憑證功能分析

我國勞保制度發展至今，成為投保人數最多的社會保險，除了勞保業務外，尚代辦農保、民保及福保等三種保險。故此四種保險之醫療憑證與就醫程序之規定皆為相同，即就診時須持身分證明文件、門診就診單或住院申請書，方能就醫。

勞保另有保險證及保險卡，前者為投保單位參加勞保之憑證，後者記載被保險人加保生效日期、投保金額、投保年資及職業異動等資料，在申領各種給付時供作參考。為使投保單位掌握上述資料，規定如有遺失或毀損時，可向勞保局申請補發，但無法作為就醫憑證。

1. 國民身分證（或身分證明文件）

依勞保條例施行細則第七十一條及第七十二條規定：「被保險人申請門診診療時，應提具門診就診單及國民身分證；如未提具者，保險人自設或特約醫療院所應拒絕其以被保險人身分掛號診療」。此外，依據「台閩地區勞工保險特約醫療院所辦事須知」第十五項規定，被保險人之國民身分證應隨同診療單及病歷表轉送醫師，醫護人員應先驗明所持身分證上相片是否為其本人後，始予醫療處方；是以身分證明主要在防止冒名就診。

2. 門診診療單

依「台閩地區勞工保險門診診療單及住院申請書領發使用須知」第八項規定，被保險人罹患傷病應由所屬之投保單位負責查明其保險是否有效。確認在保後，再填發門診診療單，就「投保單位證明欄」依式核實填明，加蓋印章，連同其本人國民身分證，持往門診院所掛號就診。因此，與公保之醫療證明單相同，亦具有身分證明與在保證明之兩項功能。此外，門診診療單尚具有下列五項功能：

（1）記錄功能

勞保門診就診單原始設計為三聯，第一聯為就診單證明聯，掛號後由掛號人員撕下後交由被保險人收執，第二聯及第三聯即分別為投

保單位證明欄、處方箋。第三聯處方箋向前摺疊與第二聯處方箋一同交醫師看診時複寫，第二聯用以申報醫療費用，第三聯由醫療院所留存備查。醫師應診後須詳實填寫處方箋各欄，註明病患姓名、病歷號碼及科別代號或專案類別、傷病或主要症狀，並填寫處置內容與處方，且核算各項費用以為申報之用。

(2) 申報費用功能

如同公保醫療證明單一樣，勞保門診就診單亦作為醫療機構申報醫療費用之用。醫療機構於每月申報費用時，須將門診就診單依序排列並製作清單，連同相關資料送交承保機關審查。若係免審範圍內之案件，得不經審查逕予核付。非免審案件，經審查結束後，依審查結果予以核付醫療費用。

(3) 審核功能

勞保局設有診療費用審查委員會，在審查門診就診單之記載時，若有下列情事之一者，應予刪減之：

- ①用藥、治療方法與病情診斷不適當者。
- ②顯為不適當之檢查或檢驗者。
- ③處置與手術或其他之治療不適當者。
- ④用藥種類及份量不適當或有重複者。
- ⑤藥價不符規定標準者。
- ⑥治療材料之使用不適當者。
- ⑦虛報、浮報診療費用及其他不實情事者。

因此，門診就診單上記載事項，可供承保機關審核診療行為是否有弊端。

(4) 催收保費功能

依勞保條例第十七條規定，投保單位對應繳納之保險費須於次月底繳納，未依規定期限繳納者，得寬限十五日；如在寬限期間內仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵應納費

額百分之零點二滯納金，加徵滯納金十五日後仍未繳納者，保險人應依法訴追。而保險人於訴追之日起，在保險費及滯納金未繳清前，得暫行拒絕給付。因此，於積欠保險費之再次月仍未繳清者，保險單位得不寄發門診就診單，拒絕給付，所以門診就診單具有催收保險費之功能。

(5) 控制就診率功能

勞保局於每月月底將次月門診診療單及住院申請書按下列規定，寄達各投保單位，以備次月使用：

- ①門診就診單按投保人數百分之六十至百分之一百發給，但離島或偏遠地區之投保單位不在此限，由保險人視交通實況酌情發給。多年以來，均按最高額發給。
- ②住院申請書視投保單位業別及傷病率按投保人數千分之四至千分之八發給。勞保住院申請書奉勞委會函示，自民國七十八年八月起按千分之十，農保住院申請書則奉內政部函示，自民國七十八年八月起按千分之十五發給。

換言之，藉就診書單之領發程序來抑制其濫發，以控制就診率。

3. 住院申請書：

依據「台閩地區勞工保險門診診療單及住院申請書領發使用須知」第十項規定，被保險人罹患傷病經診斷必須住院診療者，投保單位應先查明其投保年資後，再憑勞保醫療院所出具之住院診療診斷書填發住院申請書，就「投保單位證明欄」依式詳細填明並加蓋印章，連同住院診療診斷書交被保險人持同國民身分證前往勞保住診醫院申請住院。住院申請書一式二張三聯，第一聯由特約住診醫院寄送勞保局，第二聯由特約住診醫院留存，第三聯由被保險人就醫後繳回所屬投保單位。

此外，住院申請書與門診就診單相同，亦具有申報費用、審核、催收保險費及控制就診率等功能，唯一不同者，即住院申請書雖不具記錄診療情形之功能，但其中欄位亦註明被保險人之傷病事故、傷病名稱及主要症候等內容，故亦有提供統計分析及申報費用等功能存在。

三、公勞保醫療憑證功能探討

上述公勞保醫療憑證，自實施以來，其功能如何，曾以問卷方法調查專家學者及公勞保承保機關人員，其調查結果如下：

(一) 公保

1. 保險證

專家學者與公保處受查者對公保保險證功能之看法相當一致。即保險證之身分證明功能 100% 認為仍然存在，在保證明功能多數認為仍然存在（專家學者 81.8%，公保處受查者 75%，以下同）；但對於記錄診療、申報費用、審核弊端、統計分析、催收保費及控制就診率等，卻很少人認為具有其功能。

2. 醫療證明單

專家學者及公保處受查者認為醫療證明單之身分證明 (63.6%，62.5%)、在保證明 (90.9%，79.2%)、記錄診療 (81.8%，58.3%)、申報費用 (90.9%，83.3%) 等功能仍存在；對於催收保險費功能 (18.2%，41.7%)，僅少數認為仍存在；惟統計分析功能專家學者有 54.5%，公保處受查者只有 45.8% 認為仍存在；控制就診率功能，公保處受查者有 75%，專家學者只有 27.2% 認為仍存在，兩者看法較有差異。

(二) 勞保

1. 門診就診單

專家學者及勞保局受查者認為門診就診單之身分證明 (72.7%，90%)、在保證明 (63.6%，90%)、記錄診療情形 (90.9%，100%)、申報費用 (81.8%，100%)、統計分析 (63.6%，100%) 等功能仍存在；但均不認為催收保險費功能仍存在（勞保局受查者僅 20% 認為此功能仍存在）；對審核弊端功能之看法，兩者並不一致 (45.4%，70%)。

2. 住院申請書

專家學者及勞保局受查者認為住院申請書之身分證明 (63.6%，90%)、在保證明 (72.7%，90%)、記錄診療情形 (63.6%，60%)、申報

費用 (54.5%，70%) 等功能仍然存在；僅少數人認為審核弊端 (27.2%，40%) 及催收保險費功能 (9.09%，20%) 仍然存在；勞保局受查者對於統計分析 (70%) 及控制就診率功能 (50%)，認為仍然存在，但專家學者則認為不存在。

綜上所述，專家學者與承保機關受查者對於公勞保醫療憑證之身分證明及在保證明功能均認為仍然存在，且對公保保險證功能之看法完全一致；至於對其他憑證功能之看法則有分歧，尤其對於控制就診率功能這一項，問卷調查結果顯示，承保機關受查者皆認為功能仍然存在，專家學者則認為不存在。其問卷調查結果比較情形，詳見表 9-1。

四、公勞保醫療憑證成本分析

(一) 公務人員保險醫療憑證成本分析

公務人員保險等九種制度醫療憑證－保險證及醫療證明單，兩類之成本，分析如下：

1. 保險證：

保險證之成本，主要發生在製作成本上；公保要保名冊，除退休公務人員疾病保險及私立學校退休教職員疾病保險之被保險人係沿用原保險證號外，其餘均應就其姓名及身分證統一編號利用電腦資料檔，先行查詢是否曾參加其他保險，以確定其應否按新加保處理及製發保險證，經確定為新加保之被保險人後，將其基本資料鍵入電腦（包括姓名、年齡、身分證統一編號、性別、受益人等），依照被保險人冊列順序，編列保險證號，眷保被保險人則以相關公保被保險人之證號附加證號（父為 1，母為 2，夫為 3，妻為 4，長子為 5，長女為 6，次子為 7，次女為 8……），然後以電腦列印保險證，貼妥相片、膠合護貝、蓋鋼印、修剪後，備文發送各要保機關，故其直接成本為紙張及膠膜（供護貝用），紙張平均單價每張為 0.5 元，膠膜成本為每張 1.5 元至 2.3 元間，故每一張保險證之直接成本為 2 元至 2.8 元之間。至於其他間接成本費用，如：發送之工讀生、電腦、郵寄等費用之分攤部分，由於估算困難，無法詳細計算。

2. 醫療證明單：

九種保險之間，以公務人員眷保耗用醫療證明單之數量最多，每月印製數量高達 70 萬張，其單張印製費用，雖由於數量折扣而每張最低單價僅 0.305 元，然每月仍需花費 213,500 元，全年需耗用 2,562,000 元，占整體印製費用 39%。其次為公務人員保險，平約單價為 0.305 元，每月花費 172,700 元，全年耗用 2,072,400 元，占全年經費之 32%。最少者為私校教職員配偶疾病保險，每月印製數量為 1,200 張，平均單價最高每張 2.26 元，每月的經費 2,712 元，全年需費 32,540 元，僅占 0.5%。

公保醫療證明單經費，根據公保民國七十九年十一月至八十年二月平均投保人數 1,097,692 人估計，每月成本 937,980 元，全年需耗用 11,255,760 元，若以每月平均印製總張數 1,606,200 張計算，則每張平均成本為 0.58 元。其中印製費用占所有經費中之比例高達 67%，人事費用次之，占 20%，但因人員工作並非專職負責醫療證明單之印製，有時尚須兼辦其他業務，故若依實際工作量分攤之後，成本可能較低。再次為郵資費占 12%（寄發作業由工友以手推車推往郵局，故未計貨運車資），倉儲費每月約 20,000 元。

（二）勞保醫療憑證成本分析

勞保局所承辦之保險，計有勞保、農保、民保、福保等四種，在民國八十年十月份（格式修改）前，每月需印勞保門診就診單 1,200 萬張，每張印製單價為 0.274 元，每月印製費用約為 3,288,000 元；另農保門診就診單每月印製單價為 0.30 元（由於數量較少及染色之關係），每月印 260 萬張，印製費用約 780,000 元，勞保、農保合計門診就診單每月印 1,460 萬張，所需經費達 407 萬元。

自民國八十年十月診療單修改格式後，成本負擔降低很多，修改後，每月總成本節省 26,293,392 元，而每張平均成本由 0.5 元，修改後降為 0.36 元。

表 9-1 公保、勞保醫療憑證原始設計功能與實際功能

	公保						勞保					
	保險證			醫療證明單			門診就診單			住院申請書		
	原設計 功能	實際功能		原設計 功能	實際功能		原設計 功能	實際功能		原設計 功能	實際功能	
		專家學者	承保機關		專家學者	承保機關		專家學者	承保機關		專家學者	承保機關
身分證明	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++
在保證明	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++
記錄診療情形	×	+	+	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	×	+++++	+++++
申報費用	×	+	+	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++	0	+++++	+++++
審核弊端	×	+	++	0	+++	+++++	0	+++	+++++	0	+++	+++++
統計分析	×	+	-	0	++++	+++++	0	++++	+++++	0	+++	+++++
催收保費	×	+	+	0	++	++++	0	+	++	0	+	++
控制就診率	×	++	+	0	+++	+++++	0	+++	+++++	0	+++	+++++

說明：「0」表示原設計有該項功能，「×」表示原設計無該項功能，每一「+」表示10%受查者認為有該項功能，每一「-」表示5%受查者認為有該項功能。

第三節 國外醫療憑證比較分析

被保險人就醫時，除持保險證以資證明其身分外，是否另須提繳其他醫療憑證，端視各國健康保險制度而異。以社會服務 (Social Service or Public Service) 方式保障國民健康之制度，如英國、東歐等實施公醫制度或國營醫療之國家，一般國民只須納稅或負擔少額之部分醫療費用，即可享受充分之醫療，故除轉診於專科醫師或辦理住院手續外，無需另繳任何形式之憑證。以公共救助 (Public Assistance) 方式辦理貧民施醫，或老人、殘廢者等醫療救助之國家，均規定受助者先取得當地政府之醫療許可證明 (我國稱為低收入戶就醫證明，日本稱為醫療券)，始可前往特約醫療機構接受免費醫療，同時後者即憑此向政府或救助機關請付費用。以社會保險方式保障國民健康者，凡屬事後檢據申請核退醫療費用之國家，如北歐各國、法國等，皆無醫療憑證之規定；凡非實施核退制之國家，復分為無需其他醫療憑證，但持保險證即可享受醫療服務，或不分門診、轉診或住院，均須某種就診憑證，始得享受保險醫療二類。前者可舉日本為例，後者則以德國為典型，而瑞士、奧地利等鄰國多效行之。

一、日本之被保險者證

日本健康保險、船員保險之「被保險者證」，各種共濟組合之「組合員證」，國民健康保險之「受診證」，以及船員保險之「受扶養證」等，在醫療保險上即具有醫療受益證明之效用，其格式內容彼此大致相仿。根據日本「保險醫療機關及保險醫療擔當規則」規定：「被保險人前往保險醫療機構就診時，必須提繳保險證辦理掛號，俾供醫療機構確定就診者具備享受醫療給付之有效資格。在被保險人傷病醫療期間，保險證一直交由醫療機構保管，及至傷病治癒為止；如患者申訴正當理由，要求索還保險證時，醫療機構應依規定記載有關治療事項於保險證內頁，交還患者，不得留難；此一規定，無異在自由選擇醫療機構就診之原則下，亦有意限制被保險人串診。惟所謂患者申訴正當理由要求索還保險證者，係指於繼續治療期間，患者基於正當理由，要求轉診其他醫療機構而言。故原保險醫療機構即應記明治療

摘要，提供其他醫療機構接診之參考，同時預防患者或醫療機構重診投藥，濫支給付。依上所述，即知日本乃端藉就醫時，須將保險交由醫療機構保管之規定，來限制被保險人恣意就診；若能適當配合實施就醫預約制度 (Appointment System)，相信可以達到減少無病就醫，防止濫診串診之目的。

依理言，濫診等不當費用之請求，雖可由社會保險診療報酬支付基金加以審查剔除，但如病歷與費用請求明細表上各項記載完全符合時，縱令虛診也難以發現。故有識人士曾經建議使用「官發請求書」(類似我國公保之醫療證明單)，以防止弊端發生。然而全國一個月使用 3,000 萬張明細表，如發行三倍張數備用，則一個月須達一億張，一年累計下來，不僅數量龐大，增加印刷費支出，而且將造成混亂與許多困擾。

另外有人建議與「官發請求書」同具效果，而不必改變原本請求規定之方法，即將保險證改為信用卡 (Credit Card) 方式，再略加修改，作成保險證，則不僅不影響就診，而且可以免除醫院申報費用之頻繁，但能否杜絕診療報酬之虛構浮報，以及患者到處串診之弊，則頗堪懷疑。

二、德國之就診單

德國疾病保險則與我國公勞保相似，是由保險人製發供作醫療證明、記錄治療，以及請付費用等多種功用之就診單 (Treatment Form)；此種單證每三個月換發一次，交由各投保單位轉發被保險人使用。惟農業或地域性疾病保險須由被保險人逕向保險人領用；若在偏僻地區未設承保分支機構者，即委託鄉鎮公所代發。其形式共分一般被保險人用與年金受益者用二種，並各以顏色區分一般醫科及牙科之別。自 1967 年起，保險人為應被保險人之要求，並為簡化本身事務處理起見，乃由單聯式改為六聯式，復於 1970 年再改為十聯式，均於每期初配發備用，用畢可憑末聯申請增發。一般規定被保險人赴普通醫師處初診時，須繳就診單及保險證，其中投保單位名稱、保險字號及被保險人姓名，是用輕質韌性之強鋁合金 (Duralumin) 鑄成，以強力膠附貼其上，應診醫師將就診單置於強鋁片上往復磨刷，使其文字數碼浮現於指定空欄上，否則無法請求醫療費用，事後保險證即交還被保險人自存。就診單自投保單位填發日起二週內使用，逾期無效；又跨期 (一期三個月) 就診者，一律

須另繳次期新單一枚。

德國雖有預約制度之設計，但病患如在時間內求診，即令因未預約或隨身未帶就診單，保險醫師依然允予掛號應診，惟應於初診之日起十日內補繳就診單，否則全部醫療費用須由患者本人負擔。被保險人所患疾病，如非為應診醫師所專長，或有請其他醫師會診之必要者，得由保險醫師開具「委託應診單」，交給患者持往專科醫師或特約醫療機構轉診。倘保險醫師有濫發委託應診單（形同急診）超過平均數 30% 至 50% 時，將受到保險醫師公會之警告、罰鍰，或停診三個月等處分。德國此種就診單及委託應診單之應用，使得患者難以申診，醫師也少有重複請求費用之現象。因為保險醫師須憑就診單作為請付費用之明細表，每次診療內容如診察、檢查、注射、處置、手術等，均須一一載入個人病歷及就診單。多數醫師為節省精力，乃僱用打字員，將病歷記錄打字在就診單上，至期末（三月底、六月底、九月底及十二月底）再將三個月來全部就診單加以分類整理，依限於翌月十二日前呈報保險醫師公會，請求核付醫療費用。德國疾病保險所以採行三個月為一期之給付制度（年金制度亦復如此），旨在簡化請付及審核醫療費用之手續，但最為重要者，即認為一般病例如非特殊（慢性疾病或期末初發病症），概可於三個月內治癒，則診療記錄之集中，頗利於審核人員對病案之通盤瞭解及審核作業，若有舞弊或浮報等情事，也易於查明；此種優點，為每月一報制度所無。

第四節 第二期規劃構想

一、全民健康保險醫療憑證應有功能探討

全民健康保險實施時，需要何種形式與具有何種功能之醫療憑證，必須從多項層面去考量。本節就原有醫療憑證之各項功能，對於全民健康保險之適用性與需要性，逐一探討如下：

（一）原有功能之適當性

1. 身分證明：

- (1) 醫療憑證身分證明之功能，係為防止他人冒用，未來全民均納入保險範圍，就此項功能而言，國民身分證即足供使用。
- (2) 若要區別被保險人類別及眷屬關係，則可能需用戶口名簿或其他憑證，如手冊、磁卡、IC 卡、光卡等。

2. 在保證明與催收保險費：

- (1) 被保險人按期繳納保險費，其保險資格始屬有效，或始能享受保險權益，則須憑繳費紀錄以資證明，或俟其繳費後，再核發就醫憑證，惟國民身分證及戶口名簿不具此項功能。
- (2) 如採用手冊、磁卡、IC 卡、光卡等形式之憑證，雖具有此項功能，但須定期更新或鍵入繳費紀錄。
- (3) 若未來全民健康保險決定不使用任何醫療憑證，則可以傳送暫停給付之被保險人名單給醫事機構，來查核其在保證明，同樣須定期更新或鍵入繳費紀錄。

3. 記錄診療情形與統計分析：

- (1) 公保醫療證明單上記載項目，只有被保險人簡要之基本資料及醫療費用總額，能提供之統計分析功能十分有限。勞保方面，其門診就診單上則記載了被保險人之詳細基本資料、診療及費用資料，較之公保之醫療證明單提供較多之資訊，可供較詳細之統計分析。未來醫療憑證無論採用何種形式，其應記載之內容項目，因牽涉範圍廣而複雜，且與保險資訊系統有很大之關聯，尚須再深入研究。
- (2) 若僅為被保險人之就診紀錄，則手冊應足供使用。
- (3) 若包括記錄被保險人之主要病歷內容，則手冊及磁卡因受限於容量，無法提供此項功能，IC 卡容量雖較磁卡大，但亦僅能保留最近期間之診療紀錄，光卡之容量則足以記錄一個人一生所需病歷。

4. 申報費用與審核弊端：

- (1) 此項功能之存廢，與未來全民健康保險支付制度有很大之關聯。舉例而言，若仍採論量計酬制，則醫療憑證對醫療院所而言，是藉以申報費用之憑據；在保險人方面，則是審核費用及查核弊端之原始單據之一，這也是醫療憑證被視為有價證券之主要原因。
- (2) 但此項功能因電腦化日漸普遍，醫療院所多朝向採媒體方式申報（承保機關核發之就診書單上不另記載診療內容），且因採免審範圍核付醫療費用，除專案申報部分，承保機關利用所附之原始憑證審查外，就診書單在申報費用及審核弊端方面之功能已大為降低。
- (3) 可仿效國外做法，由承保機關定期寄發被保險人及其眷屬就醫清單給投保單位，再由投保單位轉交被保險人，以便查對醫療院所申報是否確實。

5. 控制就診率：

投保單位核發就診書單之人員，常無法判斷領取書單者是否真正需要就醫，故利用核發就診書單之張數，以控制就診率，容易造成被保險人就醫之不便利，且會對真正需要醫療之被保險人造成不應有之阻礙。

（二）增加其他功能之需要性

未來全民健康保險在供給面與財務面相關制度，或有賴醫療憑證功能設計之相互配合，故除醫療憑證原有必要之功能外，是否賦予其他功能，亦有一併加以探討之必要：

1. 提升醫療服務品質

- (1) 採用書單方式，因數量龐大而無暇顧及醫療品質之審查，縱採事後查核弊端，其對於提升醫療服務品質之效果亦不大。
- (2) 若醫療憑證能記載患者主要病歷內容，即可成為醫師可靠資訊，用以急救病人，以及應診時會考慮其診療行為之適當性與連續性。

2. 防止醫藥浪費

若醫療憑證能提供完整之診病紀錄，則可成為醫師之間良好之溝通媒介，避免重複或不必要之檢驗及用藥，擷節醫療費用支出。

二、全民健康保險醫療憑證替代方案探討

不論專家學者或公勞保承保機關，均認為醫療憑證有其存在之功能。且未來全民健康保險全面實施時，若不再採用任何形式之醫療憑證，對醫療費用之控制及求醫行為之合理性，是否將產生影響，值得加以考慮。

全民健康保險醫療憑證形式之選擇，最好能夠保留原有醫療憑證之優點，而祛除其缺點，使被保險人便於領用，醫療機構樂於記錄，具備確實資料可供審核。

究應採用何種形式，須配合全民健康保險相關制度之設計而定，茲就其可行方案，分別探討如下：

（一）不使用醫療憑證：

假設未來全國已高度資訊化，則亦可考慮不使用任何醫療憑證，而由保險資訊中心傳送暫停給付之被保險人名單給醫事機構，來查核被保險人保險資格是否有效。假設每分局管轄 300 萬被保險人，其中 20% 暫停給付，共需傳送 60 萬筆資料（每筆資料 40 個字元，共需 2,400 萬個字元資料），茲依資料傳送方式，分述如下：

1. 以批次 (Batch) 連線傳送方式，其資料儲存於醫事機構電腦中，此種方式必須提高更新頻率才能提高資料時效。
2. 以即時 (On-line) 連線傳送方式，醫事機構不存資料，發送端必須擁有足夠作業能力，確保查詢時效於能忍受範圍內，此種傳送方式之優點為醫事機構資料能與發送端資料一致，但所需成本較高。
3. 以寄發磁片方式，再轉錄到醫事機構電腦中，此種方式同樣必須提高更新頻率才能提高資料時效。

（二）就診書單：

過去公勞保承保機關每月需耗費大量人力、物力來處理就診書單（主要為門診單）之印製、核發，殊不經濟。將來若需維持，則可考慮由保險人訂定統一格式，交由醫療院所自行印製，供被保險人就醫時填用（類似金融機構之取款憑證，係由各機構自行印製）。如此可節省承保機關處理就診書單印製、核

發之人力與經費；更因其取得方便，可避免醫療憑證被視為有價證券所產生之弊病，但在實施初期，很可能導致醫療費用之異常上漲。

（三）卡片式醫療憑證：

依經建會全民健康保險制度第一期規劃報告，建議採行 IC 卡來替代以往之醫療憑證，主要理由在於：若依勞保作法，以 700 萬投保人數平均每月寄發勞保單約 1,100 餘萬份，即已成為沉重之負擔，日後全民近 2,000 萬投保人數，則其書單供應及寄發皆會成為嚴重問題。若卡式醫療憑證能與國民身分證、金融卡等功能合而為一，則能為民眾提供更完善之服務，醫療服務品質也可以大幅提高。除 IC 卡之外，其他擬議取代之醫療憑證尚包括磁卡、光卡等，以下就三種卡式，簡單比較如下：

1. 磁卡：

- (1) 其最大優點為價格低，現使用相當廣泛之信用卡、金融卡均屬之。
- (2) 缺點則是容量小，只有 72 個字元，而且容易受磁性影響而改變資料內容，限制了使用範圍。

2. IC 卡：

- (1) 其容量較磁卡大，約為 8,000 至 16,000 個字元，雖可儲存較大量資料，但仍有其極限（例如只能保留最近期間之診療紀錄）。
- (2) 其缺點為易受靜電影響而發生錯誤。
- (3) 世界各國多運用在捐血、識別證、急救治療、給藥處方等方面；在國內，則有成功大學會同公保在進行有關「健康 IC 卡在醫療資訊網路之應用」實驗計畫。

3. 光卡：

光卡之容量可達到 2MB(相當於 A4 規格 800 頁)，其與前二種卡式差異如下：

- (1) 光卡可以儲存圖形及影像，如 X 光片、心電圖、超音波影像等，更可記錄個人照片、指紋、聲音等不同型式的資料，藉此達到防偽及多重安全防護的功能。而磁卡與 IC 卡卻只能儲存數字與文字。

- (2) 光卡上的資料，一旦寫入即無法再更改，可防止篡改紀錄內容，因此，具有永久保存資料的功能。
- (3) 存放資料不受磁場及靜電影響而破壞，安全性及穩定性均較磁卡及 IC 卡高。

(四) 紙卡：

依民國八十二年三月十八日召開之「國民身分證與全民健保卡合併一卡之可行性」會議之決議：實施全民健康保險之初，卡式憑證配合條件未臻成熟之過渡時期，將採用被保險人就醫手冊（紙張形式），長期則宜使用可配合電腦化之卡式醫療憑證；另於民國八十二年四月一日全民健康保險規劃小組第七十四次會議討論，決議如下：在未採磁卡、IC 卡或光卡前，可參考日本被保險者證，設計全民健康保險之就醫憑證，惟應同時考慮如何降低就醫浪費或作假。

三、相關問題及配合措施探討

醫療憑證之替代方案若採卡片方式，在發卡、管理、作業及控制上，難免將面臨下列問題：

- (一) 首批 2,000 萬張卡片，如何能如期製作完成，交付使用？

卡片有其理論上之使用期限，在使用期限內，如何針對不當使用、遺失等耗損進行換發，而仍能保有其原存資料？且使用期限屆滿，有關卡片之回收、換發，皆屬一項龐大之作業。

- (二) 卡片、讀寫設備及相關應用系統所需經費龐大，其費用應由何者負擔？

醫療院所或投保單位若無法或不願配合，是否可以強制實施？若初期採雙軌作業，對執行單位之行政及財務負擔將有重大影響。

- (三) 病人之隱私權應如何保護？醫療費用申報應如何規劃？

卡片記載內容為何，方能配合其儲存容量限制，並發揮功能？被保險人在保身分，如何查核？如果採線上查詢方式，龐大的查詢作業如何解決？

國內醫療與保險環境，尚難配合卡式醫療憑證之應用，必須儘速推行相關配合措施，以建立一個適合卡式醫療憑證應用之環境，茲分述如下：

（一）修定相關法令

1. 有關就診書單核發與使用之規定

在卡式醫療憑證使用後，有關就診書單必須廢除，且應對卡式醫療憑證使用之注意事項加以規定。

2. 有關醫療費用申報之規定

若以媒體作為醫療費用申報之工具，則原有許多表單可免填送，故應配合修正有關法令，且應對媒體內容及種類加以規範。

（二）制訂對患者隱私權保護之規範

應於相關醫療或保險法規及作業程序中，增列對於使用卡式醫療憑證之患者隱私權之保護規定，及其罰則。

（三）相關軟、硬體設備之研究開發

1. 應加速推動製造技術之引進及開發，期使相關設備達到本土化製造，以供應市場需求，並降低價格。
2. 為了使未來卡式醫療憑證系統能與醫療院所的電腦系統相容，應加速研究開發軟硬體介面，使原有設備能應用在卡式醫療憑證系統上，避免全面更新造成浪費與損失。
3. 開發卡式醫療憑證及媒體申報費用之軟體，以供投保單位及特約醫療院所使用，並利保險資訊之收集與應用。

第五節 結語

我國醫療憑證使用，存在若干缺失，全民健康保險約 2,000 萬投保人口，其就診書單供應及寄發更會成為嚴重問題，故對醫療憑證之使用，均有取消就診書單之共識；但不論是專家學者或公勞承保機關人員均認為其部分功能仍應存在，因此，須考慮以其他形式取代。

至於採用何種方式，為避免原有醫療憑證之缺失，並能保留必要的功能，應經過試驗，以評估其效果：

- 一、可指定某一地區，試辦完全不使用醫療憑證的方式，評估其對就診率及醫療費用之影響，試辦之結果，可作為未來醫療憑證存廢決策之參考。
- 二、另指定某一地區採用卡式醫療憑證，其中 IC 卡及光卡屬同類型之卡式憑證，所需之配合措施較多，例如：對資訊化程度要求較高、軟硬體購置經費較高、因操作較繁複須較多時間訓練使用者，故在上述條件未成熟之前，短期內以磁卡較為可行。採用磁卡，因其操作相較 IC 卡及光卡簡易，對醫療院所及一般民眾而言，接受度較高，且磁卡已可達到保險之基本目的，方便確認被保險人身分及掛號批診，待前述配合條件成熟後，視實驗結果，由 IC 卡及光卡中擇一使用。

第十章

全民健康保險資訊系統

第十章 全民健康保險資訊系統

第一節

前言

全民健康保險規劃過程，為加強資訊處理效率與服務競爭力，訂定了全面電子化作業的目標，然而，資訊系統的規劃需配合體制設計及考量原有的公保、勞保及農保資訊系統，並無前例可供依循，為及早展開資訊系統規劃工作，自民國八十年二月著手研議，並委託「財團法人資訊工業策進會」分二階段進行資訊系統規劃作業。

第一階段先著手調查、分析原有健康保險業務與相關電腦化作業，其規劃目標包括：一、調查分析原有健康保險作業及電腦作業概況，以利規劃建立未來全民健康保險資訊系統。二、分析健康保險原有問題與資訊需求，研擬未來全民健康保險功能架構，作為規劃作業後續階段之基礎。第二階段則配合全民健康保險目標、政策、可用資源與所處環境，擬定電腦化整體功能範圍、架構、所需資源與管理推動計畫，以作為未來發展、執行、推動及考核之依據後續則待全民健康保險體制更形具體，再擬訂整體資訊系統架構及管理推動計畫，其規劃目標包括：一、提供符合全民健康保險目標與成本效益之資訊系統架構。二、提供資源需求計畫，使資訊系統發展過程中，能適切取得所需資源。三、提供經費計畫，作為編列預算之參考。四、提供全民健康保險資訊系統發展全程之階段時程計畫、資訊組織人力計畫、系統轉換建置計畫等管理推動計畫，作為未來系統發展之藍圖。五、經由規劃過程，建立相關單位對資訊系統發展之共識與支持，奠定日後推行電腦化的良好環境。

經過二階段的規劃作業，於民國八十一年十月將「全民健康保險資訊系統建置計畫」陳報行政院，並奉行政院於民國八十二年四月同意，在有關法規、制度及組織尚未定案前，先行進行資訊系統規劃及設計，並保留彈性，以因應法規政策定案後調整的空間。自此，全民健康保險資訊系統的規劃建置工作明確展開。

第二節 規劃目標與原則

全民健康保險為國家推動之重大社會福利政策，為順利推動全民健康保險之實施，增進保險行政作業之效率，有賴良好資訊系統之建立，故在民國八十二年，健保規劃小組即著手規劃全民健康保險資訊系統之建立。

一、規劃目標

（一）增進保險行政作業效率

全民健康保險範圍涵蓋全體國民，被保險人暨其眷屬透過投保單位，辦理各種承保異動、繳交保險費，其資料量十分龐大且異動頻繁，為提高保險行政作業之效率，端賴資訊系統功能之發揮，因此，全民健康保險資訊系統一開始即朝此一目標規劃。

（二）提高保費收繳成效

保險人每月需接收、查核 40 萬個以上投保單位之保險費，惟有經由電子轉帳收繳保費，方能節省此方面行政人力，投保單位亦可簡化每月繳費之工作，提高保費收繳之成效。

（三）提升醫療服務作業成效

全民健康保險實施後，醫療服務申報件數將非常龐大，若能以資訊系統協助處理，將可節省醫療院所及保險機構許多人力，同時也可減少錯誤，加快核付作業，有助於提升整體作業效率。

（四）掌握及時、正確、完整之健康保險有關資訊，以輔助決策制訂。

全民健康保險決策支援系統之設計，主要以保險人內部資料庫為基礎，連結衛生署衛生統計資料、主計處人口及社會資料、經濟部之經濟成長資料等外部資料，經過系統性整理、統計、分析以提供具決策參考之數據，達到管理及預測健康保險業務之進行及決策擬定之目的。其功能上，一方面希望能提供保

險人作為擬定管理策略時參考，另一方面能於全民健康保險重要政策制定時，提供保險人、衛生署、全民健康保險監理單位、行政院以及立法院等健康保險政策制定相關機關參考。

（五）與其他資訊系統連線，免除資料重複輸入，促進資訊交換。

全民健康保險納保範圍包括全體國民，被保險人暨其眷屬透過投保單位，辦理各種承保異動、繳交保險費之手續，而由特約醫事服務機構提供醫療服務，醫事服務機構則定期向保險人申報醫療費用，其他與保險人作業相關機構尚有金融機構、衛生署、財稅單位、其他社會保險承保機關等。

經由全國醫療資訊網擷取醫事機構、醫事人力、藥品等醫療資源相關資料；另提供費用申報案件審核進度之相關資料給醫療機構查詢。經由與金資中心連線，自動轉收投保單位應繳保費及轉付醫事機構醫療服務費用。與財稅中心交換薪資所得資料，查核被保險人投保金額；另可提供財稅單位承保機關每月核付醫事機構醫療費用金額。與戶政機構交換資料，以查核未加保國民，落實全民健康保險為強制性保險性質。

二、規劃原則

為使全民健康保險順利實施，必須有效整合各項公保、勞保、農保相關資料，充分運用資訊科技，俾提高保險行政作業效率、降低人力需求，並提供管理決策階層正確、完整之保險資訊，以達到「全民健康保險制度」所揭櫫之提供國民適當醫療服務、減少國民就醫之財務障礙、有效利用醫療資源及促進國民健康等目標，因此，整個全民健康保險資訊系統即依循下列各項原則著手規劃：

- （一）配合全民健康保險政策目標及開辦時程。
- （二）有效運用資訊科技，提升作業效率及服務品質。
- （三）有效利用現成資訊資源，避免重複投資。
- （四）逐步推動健康保險相關單位電腦化，俾掌握迅速、正確、完整之保險資訊。
- （五）經由加值網路系統交換保險相關資料，促進資訊資源共享。

第三節 系統規劃簡介

為輔助全民健康保險作業，資訊應用系統分承保、醫療給付、醫務管理、保險財務管理、行政支援、決策輔助、外界資訊交換、地區團體投保單位承保及安全控管等九個系統。另顧及全民健康保險開辦，再依業務需求之急迫性，將其分為三類，第一類為配合開辦前置作業所需之應用系統，第二類為開辦時所需之應用系統，第三類屬統計、控管相關之應用系統。

一、承保系統：

承保系統分承保作業、承保統計及投保金額查核三大部分，承保作業又分為投保單位管理、保險對象管理、保費核計作業、醫療憑證管理等四個子系統，為配合承保業務之開辦，列為第一類子系統優先開發；承保業務統計子系統為提供統計、月報、年報給各級主管參考，列為第二類系統；至於投保金額查核子系統係稽查各投保單位是否誠實申報投保金額，列為第三類系統，開發時一併完成。

二、醫療給付系統：

醫療給付系統涵蓋事前審查作業、費用申報、門住診行政審查、申報及申複案件處理、自墊核退、醫療服務統計等十二個子系統。事前審查作業等子系統，為建立完整事前審核制度而設計，其目的在加強被保險人醫療服務及防範醫療浪費。

費用申報、案件受理子系統，係為提供便捷申報制度而設計，其目的在加強對醫療院所之服務，減少管理作業時間，並建立完整申報資料。

門住診行政審核子系統，係為減少人工審查時間，加強稽核而設計，以提高審查效率，進而防範醫療院所虛報、浮報等情事。

申報案件核定子系統，是針對提供快速核計核付金額制度而設計，以加強其給付金額正確性，並加速核付時效。

醫療服務統計系統之設計，可了解醫療資源分布狀況及醫療利用範圍，進而利用其統計各種數據，俾作為後續醫療費用審核之依據。

三、醫務管理系統

保險人為提供被保險人適當之醫療保健服務，有關保險醫務管理系統涵蓋醫事服務機構特約申請之受理、審查、簽約等作業均為其首要。其中之醫療費用支付標準及藥價基準，係各特約保險醫事機構醫療服務費用申報之依據，另有關特約保險醫事機構之藥品特材進價處理亦為重點工作。醫務管理系統即針對上述醫管業務需求設計，並採階段性開發。第一階段開發之子系統計有特約醫事機構管理、特約醫事人員管理二子系統。第二階段開發之子系統計有支付標準、保險藥品、保險衛材管理等子系統。

四、財務管理系統

財務管理系統係針對保險人財務業務（總局部分為財務調度、財源籌措、財務收支平衡、資金運用管理；分局為執行保費收繳、帳務核校、沖轉、欠費催繳訴追、醫療費用暫付、付款核定、出納作業代扣轉帳作業及一般會計總帳作業）需求設計而成，以滿足財務單位基本業務運作，進而達成財務調度管理功能。本系統採階段性開發，第一階段開發之子系統計有保費收催繳、醫療費用支付、會計作業子系統；第二階段開發之子系統計有安全準備基金管理、罰鍰作業等子系統。

五、行政支援系統

行政支援系統第一階段開發之子系統為人事管理系統，保險人成立之後，即陸續有公保、勞保局人員轉入服務，以及新進人員的報到、人員的管理及薪資計算與發放等繁瑣工作，人事管理子系統即針對人事及出納之業務、作業功能需求而設計開發。

六、決策輔助系統

決策輔助系統包含管理資訊查詢、保費收入預估輔助作業、醫療費用預估輔助作業、保險費率精算輔助作業及總額預算輔助作業。保險人利用資訊科技來處理龐大的業務資料，期以提升各項作業效率、進而提升其服務品質，除可提供管理決策階層整合且正確的資訊，以便加強組織協調管理任務之執行，進而提出兼顧組織宗旨及目標的決策輔助資訊系統。

七、外界資訊交換

保險人業務與外界諸多單位有資訊交換之密切關係，諸如與特約醫事機構有醫療費用申報（透過全國醫療資訊網）資訊交換，與投保單位有承保異動資訊交換，與往來銀行有代收代付保險費及醫療費用之資訊交換，與財稅單位有查核承保薪資資訊交換需要；另為取得最新醫事人員異動資料與全國各衛生單位等均有資訊交換之需要，本系統乃針對不同資訊種類而設計之處理系統。

八、地區團體投保單位承保系統

地區團體投保單位承保系統包含保險對象管理、保險費收催、醫療憑證管理及系統管理等四個子系統，提供地區團體投保單位（即鄉鎮市區公所）應用軟體工具，以方便辦理第五、六類被保險人之全民健康保險投保事宜。

九、安全控管系統

安全控管系統主要係針對使用者權限作業選擇，提供一應用系統，完整而一致之作業控管方式，以確保電腦系統執行之安全性及方便性，包含了使用者控管與選單控管二項作業。

第四節 系統功能規劃

一、全民健康保險資訊系統為輔助全民健康保險制度目標，具備有下列各項功能：

- （一）建立投保單位、被保險人及其眷屬等相關資料，提高保費計算、收繳成效及查核就診資格。
- （二）建立保險醫療資源相關資料，以有效管理醫療資源。
- （三）受理醫療費用電子文件申報（含媒體、連線），減少大量資料登錄人力。
- （四）建立醫療費用輔助審核系統，以縮短費用審核時間。

- (五) 統計被保險人／醫事機構及醫事人員之就醫／醫療服務記錄 (PRO-FILE)，檢視醫療資源使用狀況、特性、醫療量及費用結構等，以有效運用醫療資源、提升醫療服務品質並控制醫療費用。
- (六) 建立欠費資料，經由暫停醫療給付及罰鍰等方法，提高保費收繳成效。
- (七) 精算保險費率，輔助財務責任制之建立及財務收支之控制。
- (八) 行政作業電腦化，增進行政作業效率。
- (九) 充分掌握保險有關資訊，提供各項統計分析資料，以輔助決策。

二、系統功能簡介

(一) 承保系統

承保系統分下列六個子系統，其功能說明詳見表 10-1：

1. 投保單位管理
2. 保險對象管理
3. 保費核計作業
4. 投保金額查核
5. 醫療憑證管理
6. 承保業務統計

表 10-1 承保系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		1.1 投保單位管理	
✓	✓ ✓ ✓ ✓	1.1.1. 投保單位異動作業 • 資格審查 • 資料異動處理 • 未通過審核案件處理 • 資料建立	異動種類包括加、退保及基本資料變更等。
✓	✓ ✓	1.1.2 投保單位查詢 • 跨區查詢 • 查詢當地投保單位基本、異動及其承保相關資料	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		1.2 保險對象管理	
✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	1.2.1 被保險人異動作業 • 資格審查 • 資料異動處理 • 眷保身分變更查核 • 未通過審核案件處理 • 資料建立	• 保險對象擬分六類被保險人及其眷屬且其保險類別有強制之優先順序 • 被保險人異動包括加保、退保、薪調、基本資料變更、投保身分異動等，且需同時查核其眷屬是否隨其異動
✓	✓ ✓	1.2.2 被保險人查詢作業 • 當地查詢 • 跨局查詢	
✓	✓ ✓ ✓ ✓	1.2.3 眷屬異動作業 • 資格審查 • 資料異動處理 • 未通過審核案件處理 • 資料建立	• 眷屬加保時需特別審核是否應以被保險人身分加保 • 眷屬異動原因如：因被保險人異動而產生之異動、死亡、基本資料變更、轉成被保險人身分、與被保險人關係改變（如離婚）... 等
✓	✓ ✓	1.2.4 眷屬查詢作業 • 當地查詢 • 跨局查詢	
作業類別		1.3 保費核計作業	
✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	1.3.1 保費計算作業 • 計算個別投保單位應繳保費，並計算被保險人個人、單位、政府應分擔金額 • 計算各級政府單位應分擔保費 • 計算第三類被保險人之投保金額 • 計算第五、六類被保險人之保費	
	✓ ✓	1.3.2 保費更正作業 • 更正錯誤之應繳保費資料 • 過去短、溢繳保費金額之計算	
	✓	1.3.3 保費通知作業 • 通知投保單位應繳納之保險費、滯納金	規劃傾向由投保單位自行計算應繳保費後繳納之，日後可能僅於催收保費及滯納金時，方由中央健康保險局製發繳費通知
✓ ✓	✓ ✓	1.3.4 投保金額分級表維護 • 建立投保金額分級表 • 設定投保金額分級表之級數調整原則，並依據相關因素，調整級距或上下限投保金額。例如：最高級數之人數超過總人數3%且持續十二個月，則調高一級數；或依據其他調整因素拉長級距	含偵測投保金額上限調整時機

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		1.4 投保金額查核	
✓	✓	1.4.1 投保金額統計 • 統計各類別投保單位平均投保金額等交叉分析資料	
✓	✓ ✓ ✓	1.4.2 投保金額查核作業 • 查核投保金額是否以多報少 • 投保金額偏低者糾正作業 • 計算投保金額以多報少者之罰鍰	比對財稅資料及同行業平均投保金額資料
✓	✓ ✓	1.4.3 逕行調整投保金額作業 • 依據查核結果及調整原則，逕行調整投保金額，並通知投保單位 • 處理投保單位申復事項	當投保金額上、下限調整時，自動更改有關之被保險人資料庫並通知投保單位；第二階段再加入依投保金額查核結果逕行調整
作業類別		1.5 醫療憑證管理	
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	1.5.1 一般醫療憑證核補換發作業 • 醫療憑證核發作業 • 醫療憑證補發作業 • 醫療憑證換發作業 • 醫療憑證回收作業 • 每年定期換發醫療憑證作業	一般醫療憑證擬採紙卡型式，預計效期為一年
	✓ ✓ ✓ ✓	1.5.2 慢性病醫療憑證核補換發作業 • 依據保險對象領用醫療憑證情形及核發原則，核發醫療憑證，並建立核發資料 • 醫療憑證補發作業 • 醫療憑證換發作業 • 醫療憑證回收作業	
	✓ ✓	1.5.3 醫療憑證領用異常稽查作業 • 註記領用醫療憑證超過預設標準之保險對象 • 個案管理醫療憑證領用過多之保險對象	規劃傾向規定領用異常之保險對象於特定之醫療院所就診
作業類別		1.6 承保業務統計	
✓ ✓	✓ ✓	1.6.1 按投保單位屬性，被保險人暨其眷屬特性及保費作交叉統計分析 • 統計投保單位數量、行業別、平均投保人數、異動量、平均投保金額等基本資料 • 統計各類被保險人人數、眷屬人數、平均投保金額等基本資料及交叉分析資料	• 分局統計轄區內資料，再交由總局彙總統計全國資料 • 可參考公保、勞保統計年刊

(二) 醫療給付系統

醫療給付系統計有醫療給付預審作業、醫療費用申報案件受理等十二個子系統，其功能說明詳見表 10-2：

1. 醫療給付預審作業
2. 醫療費用申報案件受理
3. 門診申報案件審核－行政審核
4. 門診申報案件審核－輔助專業審核
5. 住診申報案件審核－行政審核
6. 住診申報案件審核－輔助專業審核
7. 申報案件核定
8. 申報案件管制作業
9. 申復案件處理
10. 自墊醫療費用案件處理
11. 醫療服務統計 (1)
12. 醫療服務統計 (2)

表 10-2 醫療給付系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		2.1 醫療給付預審系統	
	✓ ✓ ✓	2.1.1 門診專案預審作業 • 查詢相關案件 • 查詢就診資格 • 對於需事前申請之特殊疾病或特殊處置之醫療案件經核可後，建立其預審資料，以供費用申報時審核之依據	
	✓ ✓ ✓	2.1.2 住診專案預審作業 • 查詢相關案件 • 查詢就診資格 • 對於需事前申請之特殊疾病或特殊處置之醫療案件經核可後，建立其預審資料，以供費用申報時審核之依據	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
	✓ ✓ ✓	2.1.3 特殊藥材預審作業 • 查詢相關案件 • 查詢就診資格 • 對於需事前申請之特殊藥材使用案件經核可後，建立其預審資料，以供費用申報時審核之依據	
作業類別		2.2 醫療費用申報案件受理	
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	2.2.1 醫療費用申報案件受理 • 申報案件受理 • 資料不符、不全者退件及追蹤處理 • 建立申報資料檔 • 申報資料邏輯檢查 • 註記重複申報案件	• 醫療費用申報可分一般文件申報、媒體申報(磁帶或磁片)、電子資料連線申報 • 包含第一次申報及補報案件 • 申報案件類別含門診、住診及藥費
	✓ ✓	2.2.2 補報案件審核 • 醫療院所申請補報之審核作業 • 維護核可補報之申請案件	
作業類別		2.3 門診申報案件審核(一)：行政審核	
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	2.3.1 門診行政事務審核作業 • 查核就診人之就診資格 • 查核醫事機構特約資格 • 查核醫事人員看診資格 • 查核申報總件數、總金額是否與個案彙總之件數、金額符合 • 查核需事前申請核可之醫療給付案件，是否已預先核准 • 對醫療費用申報案件申請給付項目中之不給付項目部分予以刪除或註記 • 利用前一季或去年同期之特約醫事機構服務統計資料與醫事人員服務統計資料，比較申報月與過去歷史資料或同類醫事機構歷史資料之差異，並註記異常狀況 • 註記具特殊處置、檢查、檢驗或病例之申報案件 • 查核用藥是否為保險用藥與符合藥價基準 • 查核明顯不合理之案件 • 註記重複申報案件	包含申復及自墊醫療費用申請核退案件
	✓ ✓	2.3.2 門診抽樣作業 • 設定抽樣準則及審核案件分配原則 • 參考醫事機構過去核減率，申報檔案分析異常狀況及申報之疾病或處置等資料，依據抽樣準則及分案原則，設定抽樣比率及審核醫師	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		2.4 門診申報案件審核(二)：輔助專業審核	
	✓	2.4.1 門診申報案件輔助審核 • 輔助醫師線上審核之相關系統，須具有高度使用者親和性，如 ■ 線上查閱異常之申報個案，並可設定不同條件查詢 ■ 線上查閱支付標準表、藥價基準表等給付標準相關資料 ■ 線上查閱醫事機構服務統計資料、醫事人員服務統計資料等輔助審核之參考指標資料 ■ 線上核付或核減	
作業類別		2.5 住診申報案件審核(一)：行政審核	
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	2.5.1 住診行政事務審核作業 • 查核就診人之就診資格 • 查核醫事機構特約資格 • 查核醫事人員看診資格 • 查核申報總件數、總金額是否與個案彙總之件數、金額符合 • 查核需事前申請核可之醫療給付案件，是否已預先核准 • 對醫療費用申報案件申請給付項目中不給付項目部分予以刪除或註記 • 比較申報月與過去歷史資料之差異，註記異常狀況 • 註記具特殊處置、檢查、檢驗或病例之申報案件 • 查核用藥是否為保險用藥與符合藥價基準 • 查核明顯不合理之案件 • 註記重複申報案件 • 註記長期住院案件住院日重複申報案	由中央健康保險局提供有性別及年齡限制之應查核項目。例如男性生產即為明顯不合理之案件
	✓ ✓	2.5.2 住診抽樣作業 • 設定抽樣準則及審核案件分配原則 • 依據醫事機構過去核減率、申報檔案分析異常狀況及申報之疾病或處置等資料，依據抽樣準則及分案原則，設定抽樣比率及審核醫師	
作業類別		2.6 住診申報案件審核(二)：輔助專業審核	
	✓	2.6.1 住診申報案件輔助審核 • 輔助醫師線上審核之相關系統，須具有高度使用者親和性，如 ■ 線上查閱異常之申報個案，並可設定不同條件查詢 ■ 線上查閱支付標準表、藥價基準表等給付標準相關資料 ■ 線上查閱醫事機構服務統計資料、醫事人員服務統計資料等輔助審核之參考指標資料 ■ 線上核付或核減	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		2.7 申報案件核定	
	✓ ✓ ✓	2.7.1 門診醫療費用核減作業 • 依據審核結果，建立費用核減資料 • 依據抽樣比率及核減資料，更正每筆門診申報案件核付金額 • 教學成本分攤作業	給付類別：初核給付、調查給付、改准給付、不給付、部分給付、先行暫付等類別
	✓ ✓ ✓	2.7.2 住診醫療費用核減作業 • 依據審核結果，建立費用核減資料 • 依據抽樣比率及核減資料，更正每筆門診申報案件核付金額 • 教學成本分攤作業	
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	2.7.3 醫療費用核計 • 預付醫療費用核定 • 依支付標準，按醫事機構別計算申報月核定金額，再計算補付／補扣醫療費用 • 事故案件改准給付金額計算 • 自墊醫療費用核退款計算 • 申復改准給付，應補付金額計算 • 計算核付特約醫事機構之金額	每月核付醫事機構款項如下： — 當月預付款 — 當月核定補／扣付款（前期核定醫療費用總額－前期已預付款－部分負擔金額） — 申復核定補／扣付款 — 另案給付補付金額
作業類別		2.8 申報案件管制作業	
✓	✓ ✓	2.8.1 門診申報案件流程管制 • 追蹤門診醫療費用申報案件之處理情形 • 稽查申報案件處理延遲之原因	包含申復及自墊醫療費用案件
✓	✓ ✓	2.8.2 住診申報案件流程管制 • 追蹤住診醫療費用申報案件之處理情形 • 稽查申報案件處理延遲之原因	
	✓ ✓	2.8.3 事後浮濫申報案件查核 • 稽核保險對象浮濫就醫作業 • 稽核醫事機構浮濫申報作業：如虛報、住院期間重疊之申報案件查核、利用醫療憑證紀錄與申報案件交互勾稽	規劃擬於申報資料中增加就診人就醫序號之資料欄位，俾利用就醫序號與就診日期查核虛報案件
	✓	2.8.4 異常申報案件追蹤管制 • 對於異常申報案件之追蹤、管制、處理情形	
	✓	2.8.5 長期住院申報個案管理 • 對於住院期間過長而分次申報之案件管理	
作業類別		2.9 申復案件處理	
✓	✓ ✓ ✓ ✓	2.9.1 申復案件處理作業 • 受理申復案件資料 • 調閱申復案件資料 • 建立申復案件審核結果 • 更新申復案件相關資料	申復案件相關資料包括醫療費用申報案件原始申報及核定資料、特約醫事機構統計資料檔、醫事人員服務資料檔及就診人就診資料檔等資料

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		2.10 自墊醫療費用案件處理	
✓	✓ ✓ ✓ ✓	2.10.1 自墊醫療費用案件處理作業 • 受理自墊醫療費用案件 • 維護自墊醫療費用給付標準 • 建立自墊醫療費用案件審核結果 • 核定醫療費用退費金額	
✓	✓	2.10.2 部分負擔核退作業 • 依據醫療費用申報資料，計算保險對象部分負擔金額 • 核定超出部分負擔制度規定之退費金額	以同一疾病於急性病房住院 30 日以下或於慢性病房住院 180 日以下之部分負擔金額有上限
作業類別		2.11 醫療服務統計 (一)	
✓	✓	2.11.1 醫療給付業務統計 • 按特約醫事機構屬性、就診人特性、投保單位屬性作彙總、交叉分析、時間序列等統計分析醫療給付資料	• 各類統計資料皆需先於分局統計後，再送至總局作全國性統計 • 可參考公保、勞保統計年刊
✓ ✓	✓ ✓	2.11.2 特約醫事機構服務資料統計 (PROVIDER PROFILE) • 統計個別醫事機構之醫療服務量及診療型態 (例如：平均每日診次、平均每人住院天數、平均每人門診費用 ... 等) • 統計同性質醫事機構之醫療服務量及診療型態	• 全國性住診統計資料需再傳回各分局，以利住診審核作業 • 同質性可為同地區同評鑑等級、同評鑑等級
✓	✓	2.11.3 醫事人員服務資料統計 (PHYSICIAN PROFILE) • 統計個別醫事人員之醫療服務量及診療型態 (例如：平均每日診次、平均每人住院天數、平均每人門診費用 ... 等)	
作業類別		2.12 醫療服務統計 (二)	
✓	✓	2.12.1 保險對象就診資料統計 (PATIENT PROFILE) • 依據醫療費用申報及核付資料，計算核付金額、就診次數、住院天數...等，並建立個別保險對象就診資料	跨區就診保險對象就診資料 (即醫療費用申報個案)，於核付後，需歸回所屬分局，再統計保險對象就診資料
✓	✓	2.12.2 社區醫療利用統計 • 依據醫療費用申報及核付資料，計算個別社區之平均每月核付金額、平均每月就診次數、平均每人住院天數...等	跨區就診保險對象就診資料，於核付後，需歸回所屬分局後，再統計社區醫療服務統計資料

(三) 醫務管理系統

醫務管理系統計有下列五個子系統，其功能說明詳見表 10-3：

1. 特約醫事機構管理
2. 特約醫事人員管理
3. 支付標準管理
4. 保險藥品管理
5. 保險衛材管理

表 10-3 醫務管理系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		3.1 特約醫事機構管理	
✓ ✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓ ✓	3.1.1 醫事機構異動作業 • 定期由醫療資訊網取得醫事機構相關資料 • 審核醫事機構基本／異動文件 • 依據審核通過之特約申請文件，建立醫事機構特約基本資料 • 依據審核通過之異動申請文件，建立醫事機構異動資料	
✓	✓ ✓	3.1.2 醫事機構特約、解約作業 • 製作醫事機構續約清單 • 辦理醫事機構特約時之資格審核及簽、解約事宜	應配合衛生主管機關之醫事機構評鑑作業分局負責審核資料，總局具特約、解約權
✓	✓	3.1.3 醫事機構資料查詢 • 查詢醫事機構之病床數、評鑑等級、醫療服務統計資料檔、違約紀錄等資料。	
✓	✓	3.1.4 醫事機構資料統計 • 統計各級醫事機構之數量、地理分佈情形、平均服務人口數等資料，作為醫療資源管理及規劃之基礎	
✓	✓	3.1.5 醫事機構違約案件稽查管理 • 建立違約案件資料	
作業類別		3.2 特約醫事人員管理	
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	3.2.1 醫事人員異動作業 • 定期由醫療資訊網取得醫事人員相關資料 • 建立特約醫事服務機構內之醫事人員基本資料 • 記錄醫事人員異動資料	全民健康保險開辦時，尚未直接向醫事人員特約；本系統所稱特約醫事人員乃指服務於特約醫事機構內之醫事人員

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
✓	✓	3.2.2 醫事人員資料查詢 • 查詢醫事人員之專科別、醫療服務統計資料檔、違規紀錄等資料	
✓ ✓	✓ ✓	3.2.3 醫事人員異常案件稽查管理 • 建立申報違規案件資料 • 查核申報案件上之醫事人員資料與衛生主管機關登記事項不符者。	
✓	✓	3.2.4 醫事人員資料統計 • 統計各類醫事人員之數量、地理分佈情形、平均服務人口數等資料，作為醫療資源管理及規劃之基礎	
作業類別		3.3 支付標準管理	
✓ ✓	✓ ✓	3.3.1 支付標準維護 • 建立及更新支付標準 • 線上查詢支付標準	
✓	✓	3.3.2 支付項目分析 • 統計個別支付項目核付次數、金額及與保險對象性別、年齡間關係	
作業類別		3.4 保險藥品管理	
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	3.4.1 保險藥品資料維護 • 建立藥品基本資料 • 記錄藥品異動資料 • 線上查詢藥品資料	
✓	✓ ✓ ✓	3.4.2 特約醫事機構保險用藥管理 • 受理特約醫事機構保險用藥之申報 • 維護特約醫事機構保險用藥之進價 • 比較同成份各廠牌之藥品進價	
作業類別		3.5 保險衛材管理	
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	3.5.1 保險衛材資料維護 • 建立保險衛材基本資料 • 記錄保險衛材異動資料 • 線上查詢保險衛材資料	
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	3.5.2 高科技設備資料建立 • 建立健康保險體系納入給付之高科技設備基本資料 • 記錄高科技設備異動資料 • 線上查詢高科技設備資料	

(四) 財務管理系統

財務管理系統規劃有安全準備管理等五個子系統，其功能說明詳見表 10-4：

1. 安全準備管理
2. 保費收催繳
3. 罰鍰作業
4. 醫療費用支付
5. 會計作業

表 10-4 財務管理系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		4.1 安全準備管理	
✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓		4.1.1 安全準備管理 • 預估年度保險費收入總額 • 維護安全準備提列紀錄 • 維護安全準備撥用明細 • 維護安全準備運用狀況 • 查詢保險費滯納金收入 • 查詢年度收支結餘 • 查詢安全準備之法定金額範圍	保險年度收支發生短絀時，由安全準備先行填補。未有安全準備前先向銀行貸款。
作業類別		4.2 保費收催繳	
✓	✓	4.2.1 保費收繳作業 • 受理並建立保費收繳資料	• 保費收繳方式含電子自動轉帳及郵匯 • 分局負責收繳、沖轉保費，由總局統籌調度財務
	✓ ✓ ✓ ✓	4.2.2 保費核校沖轉作業 • 核對應收保費（含滯納金）與暫收保費是否相符，相符者沖轉暫收款為應收已收款；不符者註記不符原因（如短繳、溢繳） • 短繳保費者依規定催收 • 溢繳保費部分，轉入下月沖轉 • 來源不清之已收保費追查作業	保費收繳過程應收未收、暫收（已入銀行帳戶但尚未查核沖轉）、應收已收、預收（所收款項與應收款項不符或來源不清）、呆帳等五類，每一類下尚需分年度、分局別、保險身分別等
	✓ ✓ ✓ ✓ ✓ ✓	4.2.3 欠費處理作業 • 依保險費收繳資料，查核欠費投保單位，製作欠費清單；再依催繳手續催繳保費 • 滯納金之計算、開單 • 如未於法定期間內補繳保費者依法提出訴追 • 欠費逾法定時間時，依法暫行拒絕醫療給付，於補繳保費及滯納金後恢復給付 • 對依法定程序訴追後仍無法收回之款項依法呈報呆帳 • 管制追蹤保費催繳時程、催繳成本	• 保費滯納金亦在欠費範圍內 • 欠費單位含政府、投保單位及被保險人 • 欠費處理亦處理經審核裁定須向僱主或被保險人追討者 • 被保險人證明已按時繳納保費者得請領給付

（續）

總局	分局	功 能 說 明	備 註
✓	✓	4.2.4 保費收催繳作統計 • 每月統計應收、實收、短溢收、滯納金及呆帳等金額 • 按月統計已收繳之保費收入，並依各往來金融單位分列，俾利與金融單位間對帳。	
作業類別		4.3 罰鍰作業	
✓	✓	4.3.1 罰鍰計算、開單 4.3.2 罰鍰通知作業 4.3.3 罰鍰收繳、沖轉 4.3.4 罰鍰收催繳作業 4.3.5 罰鍰收催繳統計	
作業類別		4.4 醫療費用支付	
✓	✓	4.4.1 醫療費用預付作業 • 依預付原則預付醫療費用	醫療費用支付含通知醫療院所付款清單，方式有二：用信函（或 FAX）或電子郵件（E-MAIL）
✓	✓	4.4.2 醫療費用撥付作業 • 查核核定之醫療給付費用金額，補／扣繳特約醫事機構醫療費用 • 核退保險對象自墊醫療費用 • 核退保險對象超過上限之部分負擔金額 • 製作撥付清單、付款通知書 • 支付金額轉入醫事機構之銀行帳戶，或寄發郵政匯票 • 醫事機構申請改匯或轉帳作業 • 醫療費用撥付失敗處理	分局負責審核、計算預付及應付醫療費用，總局負責實際撥付作業
✓	✓	4.4.3 醫事機構扣繳憑單作業 • 醫事機構扣繳憑單開列金額以實付數為準，另加註代辦費用（如輸血費、伙食費）	
✓		4.4.4 醫事機構分戶帳作業 • 建立支付個別醫事機構醫療費用資料，以利與其對帳，及開列扣繳憑單，但需注意因申復期過長而產生之相關帳務處理（如申復案件改准給付，須按原抽樣比率，核算應補付金額）	醫療費用支付帳戶分預付、應付已付（審核後核定之金額已支付）、其他應付（如另案給付、申復補付、補付）、其他應收（如溢付收回）、不給付先行暫付（不給付原因非歸責於醫事機構者，如職災事故、強制汽車責任險事故等）
✓		4.4.5 醫療費用支付統計 • 按月統計醫療費用支付分付帳總額，並依各往來金融單位分列，俾利與金融單位間對帳	
作業類別		4.5 會計作業	
✓	✓	4.5.1 營業會計總帳作業 • 依據憑證處理帳務之登錄、過帳、試算、結轉、結清等總帳會計作業	經營健康保險有關保險費收繳、醫療費用支付等相關之會計總帳作業

（續）

總局	分局	功 能 說 明	備 註
✓	✓	4.5.2 行政會計總帳作業 • 依據憑證處理帳務之登錄、過帳、試算、結轉、結清等總帳會計作業	為辦理健康保險所需之人事及行政管理經費收支相關之會計總帳作業
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	4.5.3 行政經費收支作業 • 維護行政經費收支明細 • 維護銀行往來明細 • 維護零用金紀錄	
✓	✓	4.5.4 財務分析報表統計 • 編列各項財務報表	財務報表包括資產負債表、損益表、現金流量表等報表
✓ ✓ ✓	✓ ✓ ✓	4.5.5 預決算作業 • 編列年度預決算表 • 維護年度預決算資料 • 維護預算執行情形	

(五) 行政支援系統

行政支援系統僅開發人事管理子系統，其功能說明詳見表 10-5：

表 10-5 人事管理子系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備註
作業類別		5.1 人事管理	
✓ ✓	✓ ✓	5.1.1 人事作業 • 維護人事資料，含個人基本資料、獎懲紀錄、學經歷等資料 • 維護出缺勤紀錄 • 考績晉級及升等處理	
✓	✓ ✓ ✓ ✓ ✓	5.1.2 員工薪金作業 • 維護員工基本薪金 • 計算員工薪金 • 發放員工薪金作業 • 所得稅扣繳憑單處理 • 月退休人員薪金處理	
✓	✓	5.1.3 人事薪金統計 • 人員出缺勤、異動、薪金發放等相關統計	

(六) 決策輔助系統

決策輔助系統計開發五個子系統，其功能說明詳見表 10-6：

1. 管理資訊查詢
2. 保費收入預估輔助作業
3. 醫療費用預估輔助作業
4. 保險費率精算輔助作業
5. 總額預算輔助作業

表 10-6 決策輔助系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		6.1 管理資訊查詢	
✓	✓	6.1.1 承保管理資訊查詢 • 查詢投保單位、保險對象之分佈、結構及異動頻率之統計資料	保險對象結構包括年齡、居住地區、投保身分別等
✓	✓	6.1.2 醫療給付管理資訊查詢 • 查詢各分局、全國之醫療服務量、就診率、支出費用結構之統計資料	
✓	✓	6.1.3 醫務管理資訊查詢 • 查詢各分局、全國之保險特約醫療院所、醫事人力、醫療設備之數量、地理分佈、服務人口數、利用率等醫療服務結構統計資料	
✓	✓	• 查詢社區醫療服務統計資料檔	
✓	✓	6.1.4 財務管理資訊查詢 • 查詢醫療費用結構分析資料	
✓	✓	• 查詢各類保險對象、投保金額人口結構之統計資料	
✓	✓	• 查詢醫療費用支出、部分負擔之成長趨勢	
✓	✓	• 查詢保費收繳與醫療費用支出之統計資料	
作業類別		6.2 保費收入預估輔助作業	
✓		6.2.1 保費預估 • 依被保險人投保金額、人數、過去保費收繳狀況等預估保費收入	本系統開發前，應先完成保費收入預估模式
✓		• 定期統計分析建立保費收入預估所需資料	
✓		6.2.2 費率變動分析作業 • 以預估模式模擬費率變動對保費收入之影響，並預估保費收入及政府、投保單位與被保險人分擔金額	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		6.3 醫療費用預估輔助作業	
✓		6.3.1 醫療費用預估 • 依人口結構特性、醫療資源利用情形、醫療費用結構、成長趨勢等預估醫療費用	本系統開發前，應先完成醫療費用預估模式
✓		• 定期統計、分析建立醫療費用支出預估所需資料及部分負擔	
✓		• 預估因給付項目、支付點數或支付金額調整，醫療費用變動之情形	
✓		6.3.2 給付項目長期成本預估 • 統計保險給付項目之醫療費用支出金額、比率及成長趨勢，並以模式估算給付項目長期成本	本系統開發前，應先完成給付項目長期成本估算模式
作業類別		6.4 保險費率精算輔助作業	
✓		6.4.1 費率精算輔助作業 • 依據費用預估模式並設定條件／變數，預估醫療費用及部分負擔金額	本系統開發前，應先完成保險費率精算模式或所需資訊
✓		• 依據保費收入預估模式並定條件／變數，預估總投保金額、保費收入	
✓		• 依據預估之醫療費用，計算不同投保金額結構下之保險費率	
✓		• 預估各類保險別、保費收入，估算政府、投保單位及被保險人之分擔金額	
作業類別		6.5 總額預算輔助作業	
✓	✓	6.5.1 總額預算基礎資訊設定 • 查詢各區各項醫療費用支出之統計資料	本系統開發前，應先界定實施總額預算所需資料
✓	✓	• 查詢各區保險對象年齡結構、成長趨勢之統計資料	
✓	✓	• 查詢各區醫療服務量、利用率及費用等資料	
✓	✓	• 建立、維護薪資指數、物價指數等分配總額預算之輔助基礎資料	
✓	✓	• 建立、維護醫事機構之執業成本調查資料	
✓		6.5.2 總額預算分配輔助作業 • 統計並建立各區之藥品、中醫、牙醫及西醫門、住診之醫療費用結構	

(七) 外界資訊交換系統

外界資訊交換系統共分八個子系統，其功能說明詳見表 10-7：

1. 外界查詢服務
2. 資訊交換作業
3. 醫療費用連線
4. 醫療費用支付轉帳
5. 醫事機構資料
6. 醫事人員資料
7. 承保業務資料
8. 財稅資料交換

表 10-7 外界資訊交換系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		7.1 外界查詢服務	
	✓ ✓	7.1.1 醫療給付業務查詢 • 醫事機構查詢醫療費用受理、審核及核付進度 • 醫事機構查詢申復案件處理進度	為鼓勵以電子資料交換申報醫療費用，可能需增列經電子郵件通知醫事機構補／退件、預／核付等訊息
作業類別		7.2 資訊交換作業	
	✓ ✓	7.2.1 醫療費用電子資料申報作業 • 接收由醫療資訊網檔案傳送而至之門住診保險醫療費用申報案件資料 • 受理採用媒體申報之醫療費用申報案件	• 可與衛生署、內政部、醫事機構、投保單位、金融機構及財稅機構等單位交換資訊 • 訂立資訊交換方式、頻率、作業程序 • 訂立交換資訊之格式與代碼 • 建立通訊及應用系統介面
	✓	7.2.2 醫療費用支付轉帳作業 • 經由金融機構，自動轉帳支付醫療費用預、核付金額	
	✓	7.2.3 醫事機構電子資料交換作業 • 經由醫療資訊網，定期交換醫事機構資料	
	✓	7.2.4 醫事人員電子資料交換作業 • 經由醫療資訊網，定期交換醫事人員資料	
	✓ ✓ ✓	7.2.5 承保業務電子資料申報作業 • 與勞保局交換承保資料 • 與中信局交換承保資料 • 與鄉鎮市區公所交換地區團體投保資料	
	✓	7.2.6 財稅資料交換作業 • 定期向財稅中心轉換薪資、所得資料	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		7.3 醫療費用連線	
	✓ ✓	7.3.1 醫療費用連線作業 • 經由醫療資訊網，醫事機構定期傳送門、住診保險醫療費用申報案件資料至保險人 • 申報資料含總表、清單及醫令資料	
作業類別		7.4 醫療費用支付轉帳	
	✓ ✓	7.4.1 醫療費用支付轉帳作業 • 經由金融機構連線作業，自動轉帳支付醫療費用預付、核付金額 • 相關轉帳資料將做為後續銷帳使用	
作業類別		7.5 醫事機構資料	
✓ ✓		7.5.1 醫事機構資料傳送作業 • 經由醫療資訊網，定期由衛生署傳送新異動的醫事機構資料至保險人 • 依據申報之異動資料可保持即時而完整之醫事機構檔	
作業類別		7.6 醫事人員資料	
✓ ✓		7.6.1 醫事機構資料傳送作業 • 經由醫療資訊網，定期由衛生署傳送新異動的醫事人員資料至保險人 • 依據申報之異動資料可保持即時而完整之醫事人員檔	
作業類別		7.7 承保業務資料	
✓ ✓ ✓		7.7.1 戶政檔資料轉入作業 • 定期從內政部戶政單位將每個設籍在中華民國人民資料轉入，作為所有系統的基準 • 不定時從內政部戶政單位將姓名變更檔、姓名更正檔、統一編號變更檔、統一編號更正檔、出生日期更正檔轉入更新資料 • 每季從內政部戶政單位轉入非現住人口檔、遷入登記檔、初設戶籍檔、地址變更檔、村里門牌變更檔，作為更新異動戶政檔的基準	
✓ ✓		7.7.2 出生及死亡登記資料轉入作業 • 每週從衛生署轉入出生登記資料 (RC)，作為輔導新生兒納保用 • 每週從衛生署轉入死亡登記資料 (RC)，作為IC卡控卡用	
✓		7.7.3 原住民輔導納保系統轉入作業 • 從原住民委員會提供資料轉入，作為輔導原住民納保用	
✓		7.7.4 獄政系統資料檔轉入作業 • 每年從內政部獄政單位轉入服刑人員資料，作為排除納保用	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
✓		7.7.5 勞保資料轉入作業 • 不定期從勞保局轉入勞保單位與被保險人檔，作為勞保與健保投保金額比對	
✓		7.7.6 退輔會榮民資料轉入作業 • 不定期從退輔會轉入榮民資料，作為輔導納保用	
✓		7.7.7 外籍人士資料檔轉入作業 • 每季從移民署轉入大陸港澳人士等外籍人士資料，作為大陸港澳配偶及外籍配偶輔導納保用	
✓		7.7.8 轉出作業 • 不定時提供內政部、警政署、稅捐單位、退輔會、財稅中心、銓敘部、內政部相關查詢資料轉出	
作業類別		7.8 財稅資料交換	
✓ ✓ ✓ ✓		7.8.1 財稅資料交換 • 財稅資料檔轉入作業 • 每年從財稅中心轉入財稅資料、綜合所得稅資料，作為財稅與健保比對用 • 財產資料檔轉入作業 • 每年從財政部轉入財產資料，作為催繳時比對用	

(八) 地區團體投保單位承保系統

地區團體投保單位承保系統共分四個子系統，其功能說明詳見表 10-8：

1. 保險對象管理
2. 保險費收繳暨催收
3. 醫療憑證管理
4. 系統管理

表 10-8 地區團體投保單位承保系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		8.1 保險對象管理	
	✓	8.1.1 保險對象資料維護作業 • 鄉鎮市區公所依據民眾各類異動申請表進行資料維護	本系統未來將實際建置於各鄉鎮市區公所
	✓	• 包含保險對象基本資料維護、基本資料異動及保險對象補中斷作業	
	✓	8.1.2 保險對象資料查詢作業 • 包含保險對象基本資料查詢、中斷紀錄查詢、歷史異動紀錄查詢、批頁序號查詢	
作業類別		8.2 保費收繳暨催收	
	✓	8.2.1 當月保費計算表 • 產製保險對象之當月保費繳款單及相關明細表	
	✓	8.2.2 追溯明細表查詢 • 保險對象可依據實際之加退保異動狀況，辦理保險異動之追溯	
	✓ ✓	8.2.3 欠費查詢及繳款單列印 • 提供保險對象過去之欠費總額及明細查詢 • 可列印欠費繳款單	
作業類別		8.3 醫療憑證管理	
	✓ ✓ ✓	8.3.1 統計申請及報表下載 • 保險對象統計申請及報表下載 • 異動作業統計申請及報表下載 • 繳款單列印及統計表	
作業類別		8.4 系統管理	
✓ ✓ ✓		8.4.1 安全控管作業 • 功能權限維護 • 控管公所作業人員，透過桌面捷徑只能連線至 Area 系統 • 控管使用者介面 (Microsoft IE 瀏覽器) 的工具列預設隱藏	

(續)

總局	分局	功 能 說 明	備 註
✓		8.4.2 訊息公告作業 • 含跑馬燈、公告訊息維護	
✓		8.4.3 程式自動下載更新作業	

(九) 安全控管系統

安全控管系統包括二個子系統，其功能說明詳見表 10-9：

1. 安全控管執行
2. 安全控管作業維護

表 10-9 安全控管系統功能說明表

總局	分局	功 能 說 明	備 註
作業類別		9.1 安全控管系統	
✓	✓	9.1.1 安全控管執行 • 依使用者權限對執行各項應用系統進行控管	
作業類別		9.2 安全控管作業維護	
✓	✓	9.2.1 安全控管作業維護 • 維護使用者帳號及設定各項應用系統之使用權限	

第十一章

全民健康保險法規

第十一章 全民健康保險法規

第一節

前言

憲法增修條文第十八條第三項前段規定：「國家應推行全民健康保險」，為使即將實施之全民健康保險有其法律依據，爰制定「全民健康保險法」，以遵守依法行政原則；此外，第二期規劃由主管機關設中央健康保險局，統籌辦理全民健康保險之業務執行，並為規範該局組織、人員、業務職掌等事項，爰制定「中央健康保險局組織條例」，俾符法制。因此，「全民健康保險法」及「中央健康保險局組織條例」兩法之制定通過，是全民健康保險如期實施的重要關鍵。

在規劃全民健康保險的過程中，已經預先構想相關的配套制度或措施，但鑑於這些配套制度或措施，無法在「全民健康保險法」中詳盡訂定程序性、細節性等規定，所以另外有許多授權的規定，由主管機關視實務需要訂定相關命令，以求法制之完備；此外，因辦理全民健康保險相關服務事宜，主管機關亦有基於職權，訂定相關命令之必要，以符合業務上所需。

全民健康保險係整合公保、勞保、農保、民保及福保等各類社會保險中之醫療給付而成，因此當全民健康保險法制定完成後，原有十三種社會保險中有關健康保險部分之法規亦應配合修正。

第二節 全民健康保險法

一、立法過程

全民健康保險法立法過程，可分為衛生署署內研議、行政院審查及立法院審議三個階段，以下將分階段說明：

（一）署內研議階段

為使法案逐步成形，先由健保規劃小組負責研擬「全民健康保險法立案要點」草案，於民國八十年八月五日全民健康保險規劃小組第十七次會議進行第一次討論。

民國八十年十一月一日全民健康保險規劃小組第二十三次會議，就「全民健康保險法立案要點」草案，進行第二次討論，決議「『全民健康保險法立案要點』草案，尚有爭議性之條文『如榮民榮譽加保事宜、總額預算、財務監理委員會等』請各組仔細研究，提供修正意見或另召開會議，請相關學者專家共同討論。」

另於全民健康保險規劃指導委員會民國八十年十二月十六日第一次會議決議，訂定全民健康保險法，整合公保、勞保、農保等健康保險案，但關於健康保險法名稱，由於各委員意見尚未一致，留供健保規劃小組參考。

民國八十一年六月十八日及二十六日全民健康保險規劃小組第四十五次會議，就「全民健康保險法立案要點」草案進行討論確認。

為研擬全民健康保險法，衛生署於民國八十一年六月二十六日召開「全民健康保險法研議小組」第一次會議，邀請銓敘部、內政部、國防部、財政部、勞委會、退輔會、農委會、經建會、主計處、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府、公保處、勞保局、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國全國工業總會、中華民國商業總會、中華民國總工會及

專家學者，就「全民健康保險法立案要點草案」中之法律名稱、宗旨、主管機關、保險人、保險對象、投保單位、投保金額、保險費負擔比率、保險費徵收方式及計算原則、保險費率、保險安全基金、保險給付、部分負擔、支付制度、醫事服務機構、諮議委員會、財務監理委員會、醫療費用協定委員會、醫療服務審查委員會、爭議審議案件處理、政府財政責任、開辦費及罰則等事項逐一討論，並由幕僚人員依每次討論結果修改，前後經過七次會議，三次反覆討論，於民國八十一年九月十四日完成「全民健康保險法立案要點」草案之討論。

民國八十一年九月十七日全民健康保險規劃小組第五十六次會議及民國八十一年九月二十四日全民健康保險規劃小組第五十七次會議討論，作成決議：「全民健康保險法（草案），請儘快作業，俾提研議小組討論，並可於本（八十一）年十二月底前報行政院。」

另民國八十一年十月五日、二十三日全民健康保險規劃指導委員會第五、六次會議亦就「全民健康保險法立案要點」草案進行討論（如表 11-1），會後決議參照與會人員意見修改，以供訂定全民健康保險法（草案）之依據。

表 11-1 全民健康保險法立案要點草案

(整理自民國 81 年 10 月 5 日及 81 年 10 月 23 日全民健康保險規劃指導委員會討論資料)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
一	法律名稱	全民健康保險法	憲法增修條文第十八條第三項提及：國家應推行全民健康保險。
二	規劃原則	(一) 提供國民適當醫療服務； (二) 有效利用醫療資源； (三) 減少就醫財務障礙； (四) 合理控制醫療費用。	
三	主管機關	中央衛生主管機關。	視行政院組織法定案。
四	保險人	主管機關設置之中央健康保險局。	視行政院組織法定案。
五	保險對象	(一) 凡在臺灣地區戶籍遷入登記六個月以上之中華民國國民，均具投保資格，並一律強制納入本保險，但其新生嬰兒及第一類第一款、第二款被保險人及其眷屬不受設籍六個月之限制。 (二) 保險對象區分為被保險人及眷屬。 (三) 被保險人分為下列五類： 第一類被保險人：為下列人員： 1. 各機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。 2. 公、民營事業、機構之受僱者。 3. 前二款被保險人以外有一定雇主之受僱者。 4. 雇主或自行執業或自營作業者。 第二類被保險人：為下列人員： 1. 無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員或參加職業工會為會員者。 2. 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。 第三類被保險人：為農會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作之農民。 第四類被保險人：為合於社會救助法規之低收入戶戶長。 第五類被保險人：為下列人員： 甲案： 1. 榮民、行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之韓戰來歸反共義士及滯留大陸台籍前國軍返台人員。 2. 第一類至第四類被保險人與其眷屬以外之家戶戶長，或推定一人為代表。	(一) 在職外國籍員工係指非中華民國國民，但依有關法令，應參加公勞保者。 (二) 職業團體被保險人：為第一類至第三類被保險人。 * 第三類被保險人可考慮歸屬地區團體。 (三) 地區團體被保險人：為第四類及第五類被保險人。 (四) 眷屬認定因有若干特殊情形，將於細則或相關法規訂定。 (五) 因案囚禁服刑者，因無法自由就醫，若參加本保險，僅有盡義務，不能享權利，故予以排除於保險對象，以保障其權益。

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		乙案： 1. 榮民、行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之韓戰來歸反共義士及滯留大陸台籍前國軍返台人員。 2. 軍人眷屬，推一人為被保險人。 3. 第一類至第四類被保險人與其眷屬以外之家戶戶長。 (四) 第一類第一款至第三款被保險人，包括在職外國籍員工，但第三款之在職外國籍員工及其眷屬應以居留六個月以上為投保要件。 (五) 甲案： 眷屬： 1. 為第一類至第三類被保險人(在職外國籍員工須為隨在任所)之配偶、父母、子女及專受其扶養之祖父母、孫子女、外祖父母、外孫子女。 2. 第四類及第五類被保險人之共同生活之親屬。 乙案： 眷屬為第一類至第五類被保險人之下列眷屬： 1. 配偶。 2. 二親等內直系尊親屬，年滿六十歲，無謀生能力，受被保險人扶養者。 3. 二親等內直系卑親屬，未滿二十歲，或滿二十歲以上而因在校就學、身心殘障或因無謀生能力，受被保險人扶養者。 前二款(乙案為前三款)之眷屬，均以未從事工作者為限，並應隨同被保險人投保及退保。 (六) 應為第一類被保險人者，不得為第二類及第三類被保險人。 (七) 應為第一類至第三類被保險人者，除不得以眷屬身分參加保險外，並不得為第四類及第五類被保險人。 (八) 同時為第一類至第三類二類以上被保險人者，應依主要從業身分參加本保險。 (九) 同時為第一類至第三類二類以上被保險人之眷屬者，得擇一加保，但加保後除隨被保險人身分異動外，不得任意變更。	

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(十) 被保險人或眷屬有下列情形之一者，應辦理退保手續，退保原因消失時，應申請恢復保險資格： 1. 喪失中華民國國籍。 2. 參加軍人保險。 3. 因案囚禁服刑。 4. 失蹤六個月以上。 5. 外國籍員工被解僱或離職。 6. 死亡。 被保險人或眷屬預計或已離境六個月以上者，得申請退保，退保原因消失時，應申請恢復保險資格。	
六	投保單位	(一) 第一類及第二類被保險人以其服務機關、學校、機構、雇主或所屬團體為投保單位。 (二) 第三類被保險人以其所屬或戶籍所在地之基層農會為投保單位。 (三) 第四類及第五類被保險人以戶籍所在地之鄉鎮市區公所為投保單位，但安置於公私立社會福利服務機構之人員，得以該機構為投保單位。	(一) 第三類被保險人若歸屬地區團體，其投保單位同第四類及第五類被保險人。 (二) 第五類被保險人服務於寺廟、教會等宗教團體者，得以該團體為投保單位。
七	投保金額	(一) 第一類及第二類被保險人： 1. 主管機關應訂定「投保金額分級表」，並每年按行政院主計處公布之「各行業受僱員工每月平均薪資指數」調整。 2. 被保險人以其工作所得為投保金額，被保險人若無固定工作所得，可依「投保金額分級表」規定之投保金額自行申報，由保險人再作查核。 3. 最高一級投保金額適用之被保險人數超過被保險人總數百分之三，並持續十二個月時，應於次月調整分級表加高等級。 (二) 第三類被保險人： 甲案：以上一年第一類及第二類被保險人之平均投保金額為其投保金額。 乙案：同第四類及第五類被保險人之規定。	(一) 健康保險與其他社會保險之投保金額分級表分別設定。 (二) 工作所得：受僱者為薪資，自僱者和自營作業者為營利所得，領有專業證照未僱用員工之執業人員為執行業務所得。營利所得為依所得稅法第二章第十四條第一類，執行業務所得為同條第二項之規定。

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(三) 第四類及第五類被保險人： 甲案：依本要點第九項「保險費徵收方式及計算原則」規定辦理。 乙案：依投保金額分級表規定之投保金額自行申報，再由保險人查核（依所得與財產狀況予以查核）。	
八	保險費負擔比率	甲案： (一) 第一類被保險人，除自行執業或自營作業者自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之五十，投保單位負擔百分之五十。 (二) 第二類被保險人自付百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。 (三) 第三類被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之三十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 (四) 第四類被保險人，在省轄區域由中央政府補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣市政府補助百分之六十五；在直轄市區，中央不補助，由直轄市政府全額補助。 (五) 第五類第一款被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 (六) 第五類第二款被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 [對應第五項乙案] (五) 第五類第一款之被保險人自付百分之五十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之五十。 (六) 第五類第二款之被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 (七) 第五類第三款之被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 乙案： (一) 第一類被保險人，除自行執業或自營作業者自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。 (二) 第二類被保險人自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。	上列甲、乙、丙案各級政府之分擔比率係參考現行比率所訂，惟地方政府表示：政府以雇主身分所為之保險費補助，均由被保險人任職之政府分別負擔，其餘保險對象，政府補助保險費部分，均由中央政府負擔，財政部則建議，政府補助之保險費，除以雇主身分負擔者，由各被保險人任職之政府分別負擔外，其餘部分則按中央負擔百分之三十，省百分之十五，縣市百分之五，直轄市百分之二十之一定比率共同分擔。

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(三) 第三類被保險人自付百分之四十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 (四) 第四類被保險人，在省轄區域由中央政府補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣市政府補助百分之六十五；在直轄市區，中央不補助，由直轄市政府全額補助。 (五) 第五類第一款被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。 (六) 第五類第二款被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。 [對應第五項乙案] (五) 第五類第一款之被保險人自付百分之四十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之六十。 (六) 第五類第二款之被保險人自付百分之四十，中央政府補助百分之六十。 (七) 第五類第三款之被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。 丙案： (一) 第一類被保險人，除自行執業或自營作業者自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之三十五，投保單位負擔百分之六十五。 (二) 第二類被保險人自付百分之六十五，省（市）政府補助百分之三十五。 (三) 第三類被保險人自付百分之三十五，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十五，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 (四) 第四類被保險人，在省轄區域由中央政府補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣市政府補助百分之六十五；在直轄市區，中央不補助，由直轄市政府全額補助。 (五) 第五類第一款被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。 (六) 第五類第二款被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。	

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		[對應第五項乙案] (五) 第五類第一款之被保險人自付百分之三十五，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之六十五。 (六) 第五類第二款之被保險人自付百分之三十五，中央政府補助百分之六十五。 (七) 第五類第三款之被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。	
九	保險費徵收方式及計算原則	(一) 第一類及第二類被保險人： 1. 以「論被保險人」方式計費，保險費徵收以投保金額為基礎。 2. 投保單位須於符合第一類至第二類被保險人資格者，到職、入會、或取得其身分之當日，為其本人及眷屬辦理加保。投保單位不依規定辦理致被保險人或其眷屬權益受損時，由投保單位賠償之。 3. 保險費計算方式：按月計繳，加保當月繳納全月保險費，退保當月毋須繳納保險費；不足一個月以一個月計。 4. 保險費收取方式及時間： (1) 薪資所得者，由投保單位於發放薪資時，扣繳被保險人應繳納之保險費。非薪資所得者，由投保單位負責向被保險人收繳。 (2) 投保單位應於次月五日前，連同投保單位補助部分之保險費，一併向保險人繳納。 (3) 投保單位應繳納之保險費，以上月底該投保單位之在保人數為計算基準。 (4) 未依前項規定繳納者，得寬限十日，如在寬限期內仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但其加徵之滯納金額，以至應納費額一倍為限。 (5) 加徵滯納金三十日，經催告後仍未繳納者，保險人得移送法院強制執行，並暫行拒絕給付。 (二) 第三類被保險人： 甲案：同第一類及第二類被保險人。 乙案：同第四類及第五類被保險人。	地區團體（第四類及第五類被保險人）總保險費＝基本負擔額（戶基本負擔額＋人口基本負擔額）＋能力負擔額（依全戶之所得與財產多寡決定之）。 示例： 1. 假設地區團體應收總保險費為1000元，基本負擔額占80%，其中戶基本負擔額占30%，人口基本負擔額占50%；能力負擔額占20%（所得占15%，財產占5%），則： 總基本負擔額＝800元 戶基本負擔額＝300元 人口基本負擔額＝500元 總能力負擔額＝200元 所得負擔額＝150元 財產負擔額＝50元

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(三) 第四類及第五類被保險人： 1. 以「論戶」方式計費。其保險費分為兩部分，一為「基本負擔額」，即依戶及人口數計算分擔金額，二為「能力負擔額」，即依所得與財產計算分擔金額。 地區團體應收總保險費，基本負擔額占百分之八十，總能力負擔額占百分之二十。 2. 投保單位應於第四類被保險人符合低收入戶資格，第五類被保險人遷入戶籍之當日，為其本人及眷屬辦理加保。投保單位不依規定辦理致被保險人或其眷屬權益受損時，由投保單位賠償之。 3. 保險費計算方式： 同第一類及第二類被保險人。 4. 甲案： 保險費收取方式及時間： 第四類被保險人由應負擔保險費之政府，每六個月預先撥付保險人。 第五類被保險人由保險人每年寄發一次被保險人全年各月繳費通知單至投保單位轉交，由投保單位負責向被保險人收繳保險費。 被保險人得向保險人指定之金融機構或透過轉帳方式，於次月五日前向投保單位繳交。 乙案： 本保險保險費依下列規定，按月繳納： 第五類被保險人應付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前負責彙繳保險人，或被保險人得於次月五日前，逕向保險人指定之金融機構或以轉帳方式繳納保險費。 5. 未依前項規定繳納者，寬限期與至納金之規定，同第一類至第二類被保險人。 建議增列：第五類被保險人若因故無力繳納保險費，或繳納保險費後符合社會救助法之低收入戶資格者，得檢具相關證明向戶籍所在地之社政主管機關提出申請保險費補助。	2. 個別保險費之算法如下： 每戶基本負擔額＝ 戶總基本負擔額／總戶數 每人基本負擔額＝ 人口總基本負擔額／總人數 個別所得負擔費率＝ 總所得負擔額／總所得額

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
十	保險費率	(一) 保險費率應採二十五年之評估期精算之，並根據精算費率訂定法定保險費率之上下限。 (二) 每年度結束，應依前項原則精算保險費率。 (三) 設定精算平衡區：在二十五年評估期內，以精算費率平均值與法定平準費率相差幅度不超過正負百分之五為精算平衡區。 (四) 保險財務超出精算平衡區時，在法定保險費率範圍內，由主管機關提請行政院修訂應收保險費率；若超過法定保險費率範圍，則行政院應向立法院提出修訂法定保險費率法案。	
十一	保險安全基金	(一) 基金來源： 1. 每年在總保險費百分之五範圍內提存基金，其提存率由主管機關定之。 2. 當年度保險費及其孳息收入與保險給付支出之結餘。 3. 保險費滯納金。 4. 基金運用之收益。 (二) 每年底基金累積總額以相當於當年度三個月之保險給付總額為限。 (三) 規定基金之運用範圍及動用基金之程序。 (四) 基金管理辦法由主管機關定之。	
十二	保險給付	(一) 保險對象於發生生育、疾病及傷害事故時，由保險人提供醫療給付。 (二) 給付項目： 1. 門診：包括診察、處方、護理、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務。 2. 住院：包括診察、護理、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務、管灌飲食、病房。其中病房分為急性病房及慢性病房，由主管機關統一規定其設置標準。 3. 藥品：包括醫師處方藥及限醫師使用藥。 (三) 預防保健：其項目及實施辦法由保險人擬訂，報請主管機關核定後實施之。	(一) 給付內容與現制公、勞保給付內容之比較詳見比較表(略)。 (二) 偏遠地區由助產士接生之保險對象，可檢據申請核退接生費用。 (三) 預防保健，原則上為成本效益高，且公共衛生不提供之服務，如子宮頸抹片檢查、嬰幼兒健兒門診。

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(四) 限制給付項目： 1. 因緊急傷病於本保險施行區域外就醫，比照國內支付標準核退醫療費用，其實施辦法由主管機關另定之。 2. 為建立無償供血制度，僅給付血液之材料及技術費，血液本身不給付。 3. 費用昂貴及成本效益尚待評估者，如高科技醫療項目。 (五) 不給付項目： 1. 預防接種。 2. 基於法令或衛生政策，已由政府編列預算執行者，如法定傳染病。 3. 非屬疾病治療者，如美容外科、預防性手術、運送、掛號費等。 4. 雖與疾病治療或促進健康有關，但其價格彈性大，易導致利用浮濫者，如非醫師處方藥品、義齒、非外傷治療性齒列矯正、義眼、眼鏡、助聽器、及輪椅、拐杖等非具積極治療性之裝具等。 5. 屬於個人特別需求者，如特別護士、指定醫師、證明文件、病房費差額。 6. 基於法令或醫學倫理，應為無償者，如器官費用。 7. 在醫學倫理上有待商榷者，如人工生殖技術、變性手術。 8. 在醫學上對於其醫療效果尚未確定者，如人體試驗。 9. 屬於個人經常支出之生活費用者，如住院一般膳食。 10. 屬於社會救助或福利服務應支付之費用者（醫療費用除外），如育幼院、安養院、植物人中心之費用。 11. 依據其他法令，如職業災害保險、汽車第三人責任保險，應提供之醫療給付。 (六) 需就整體醫療體系加以檢討或經過試辦評估其經濟效益者，如中醫住院、居家照護、日間住院，暫不列入給付。 (七) 重大疫情、戰爭變亂及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災，經行政院宣布者，不在本保險給付範圍，由政府專款補助。	

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(八) 本保險在增減給付項目及給付內容時，須精算其對保險財務之影響，並提送中央主管機關審議，作為調整保險費率之依據。	
十三	部分負擔	(一) 門診費用之百分之二十；不經轉診逕赴地區醫院診療，須負擔百分之二十五；不經轉診逕赴區域醫院診療，須負擔百分之三十；不經轉診逕赴醫學中心診療，須負擔百分之三十五。 (二) 住院費用： 甲案： 住院費用之百分之十；不經轉診逕赴區域醫院診療，須負擔百分之十五；不經轉診逕赴醫學中心診療，須負擔百分之二十。 乙案： 1. 急性病房： (1) 三十日以內百分之十。 (2) 第三十一日至第六十日百分之二十，第六十一日以上百分之三十，均不適用第(六)項規定。 2. 慢性病房：三十日以內不須部分負擔，第三十一日至第九十日百分之十，第九十一日至第一百八十日百分之二十，第一百八十一日以上百分之三十。第一百八十一日以上不適用第(六)項規定。 (三) 主管機關為簡化行政手續，對門診之部分負擔，得採分級定額方式收取。 (四) 低收入戶及未滿六足歲之兒童，依分級轉診就醫者，免除部分負擔，但越級就醫者仍與一般人相同。 (五) 生育、重大疾病及預防保健給付免除部分負擔。重大疾病種類，由主管機關訂定之。重大疾病個案接受醫療之適當性，由地區服務審查小組認定之。 (六) 住院部分負擔，每給付期最高金額按上一年平均每人國民所得百分之十設定。	此為勞、農保保險條例修正案之規定。 甲案為勞、農保保險條例修正案之規定。 八十年平均每人國民所得為二十三萬五千六百九十九元。
十四	支付制度	(一) 保險支付制度以漸進方式採總額預算制；保險給付支出應設定年度醫療給付預算總額，且實際支出不應超出該預算總額；前項預算總額只涵蓋營運成本。	(一) 協定委員會對總額預算上限、醫療費用分配原則及支付基準設定

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(二) 年度預算由「醫療費用協定委員會」在行政院設定範圍內，依據前一年之醫療費用，參考被保險人口、人口之組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，以及保險給付範圍等因素之改變加以設定。但委員會若無法於年度開始之三個月前達成協議，得由主管機關依據被保險人口及醫療服務成本之變化逕行核定。 (三) 年度醫療給付預算總額應訂定住院和門診之分配比例。 為促進醫療資源之合理分佈，得依據地區被保險人之需要，考量人口數、人口組成等因素，決定各地區預算之分配比例，門診並得依據被保險人之需要，決定中醫、西醫及牙醫分配比例，各項中之藥品並應獨立設定分配比例。 (四) 為分配住院及門診之費用，應以「醫療費用支付標準表(含藥品價格表)」相對點數反應各項醫療服務成本，以為門診及住院費用支付之依據。 前項醫療費用支付標準表應由醫療費用協定委員會訂定，必要時，得委由醫事團體訂定，報請主管機關核定。 為提昇醫療服務之效率，得採用論件或論人方式計算支付點數，以為住院或門診之支付依據。 (五) 醫療費用之支付應採回溯方式，每三個月結算一次，依據該季醫療服務之總點數，計算得該季之「每點支付額」。為使醫事服務機構能正常運作，保險單位得依據上年度同一季之每點支付額對醫事服務機構申報之服務暫付百分之九十之費用，該暫付率得視需要，於年度開始前調整；藥品之支付亦同。 (六) 藥品、檢驗、檢查之處方不當時，由開立處方之醫事服務機構自行承擔該項藥品、檢驗、檢查之費用。 (七) 論件計酬等制度得以漸進方式實施，其辦法由主管機關訂定之。	截止期限若為曆年制，則定為十月一日，若為會計年度，則為四月一日。 (二) 門診部分訂定地區別醫療費用之考量因素如：人口數、人口組成及地區執業成本等應再加研究，其主要目的在利用支付機轉促進醫療資源之合理分佈(如以人口數及人口組成平均醫療費用來訂定地區別門診費用上限，則地區醫師人口比低之地區每位醫師平均收入較高，可藉此達成資源之均衡分佈)。 (三) 醫療服務審查宜設於分局為之。雖然在總額之限制下，不會有費用超額之現象發生，但為確保服務品質及提供同儕制約之資訊，醫療服務審查機構應聘用醫藥及統計專業人員進行資料分析，並視需要提供分析結果。
十五	醫療服務審查	(一) 為審核醫事服務機構申報之費用，並確保醫療品質，由保險人自設並遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成「醫療服務審查委員會」，職司醫療服務及費用之複審。	由於目前及未來費用支付者仍為保險人，加上按目前對組織裁併及資訊之設計形式亦以保險人審查醫療費用為主，

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		(二)「醫療服務審查委員會」下設「地區醫療服務審查小組」，職司醫療服務及費用之初審。 (三)「醫療服務審查委員會」組織規程及「醫療服務審查辦法」由主管機關訂定之。	因此宜以保險人為醫療費用申報及審查機構。
十六	醫事服務機構	(一)保險人得視需要特約下列醫事服務機構： 第一類：醫院及診所。 第二類：藥局。 第三類：經主管機關認定之其他醫事服務機構。 (二)保險人得視需要，委託或自設機構，以瞭解醫療營運成本，規劃並推動預防保健工作，其委託辦法或組織設置規程，由主管機關另定之。 (三)醫事服務機構之特約及管理辦法由主管機關訂定之。 (四)保險人特約之醫事服務機構經評估符合保險人所訂之獎勵標準者，保險人得予以獎勵之，其獎勵標準及辦法由保險人報請主管機關核定。 (五)醫事服務機構應定期提供醫療費用成本相關報表及資料。 (六)保險人為業務需要，得請特約之醫事服務機構提供說明，或派員查詢或借調病歷紀錄、帳冊、簿據及有關文件，特約醫事服務機構應詳實說明並提供有關文件及資料，不得藉故拒絕。 前項規定之執行人員應出示公函或訪查身分證明文件，否則特約醫事服務機構得予拒絕。 (七)主管機關得視實際業務需要，派員訪查特約醫事服務機構，並就其應行改進事項轉交保險人處理。	(一)第一類醫事服務機構係指依法得直接對保險對象提供保險人規定之給付項目者。 (二)第二類醫事服務機構係指依法得根據保險對象由第一類醫事服務機構取得之醫師處方箋或醫令，對保險對象提供特定醫療服務者。
十七	諮議委員會	(一)直屬主管機關。 (二)機構組織：由相關主管機關、被保險人、資方、醫事服務機構等代表及學者專家組成。 (三)職司有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢事宜，如評議主管機關所定政策，審議計畫方案，評估制度實施績效，及諮詢有關業務改進事項，並應每年提出諮議報告。	

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
十八	醫療費用 協定委員會	(一) 機構組織：由醫事服務提供者代表、保險付費者代表及相關主管機關(含學者專家)各三分之一組成，主任委員由委員互選。 (二) 職掌：在行政院設定之範圍內，協定全民健康保險之年度醫療給付預算總額，並訂定醫療費用支付標準及費用分配原則。	
十九	爭議審議 委員會	(一) 直屬主管機關。 (二) 機構組織：由主管機關遴聘學者專家及相關主管機關代表組成。 (三) 職司保險對象、投保單位及醫事服務機構申訴事項審議事宜。	
二十	財務監督	保險費率、保險給付支出總額範圍、精算報告，及每年度保險財務報表，由主管機關報請行政院核定。	
二十一	虧損責任	本保險如有短絀，應依本要點第十項「保險費率」第(四)項規定，調整保險費率挹注。	
二十二	行政事務 費與週轉 金	(一) 行政事務費： 甲案： 由保險人以當年度應收總保險費百分之五點五為上限編列公務預算，報請主管機關撥付之。 乙案： 由應收總保險費百分之五點五內支應。 (二) 週轉金：由國庫墊付(或賒借)相當兩個月給付總額之金額，作為開辦初期支付醫療費用週轉之需。 (三) 保險人之一次投資由政府編列公務預算支應。	
二十三	罰則	(一) 保險對象違反下列事項處以罰鍰： 1. 應為第一類至第三類被保險人者，而眷屬身分或為第四類及第五類被保險人參加本保險者。 2. 不辦理加保手續者。 3. 被保險人無故不於規定期限繳交保險費者，並得暫行拒絕給付。 4. 以詐欺或不正當行為領取保險給付或為虛偽之證明、報告、陳述者，其涉及刑責者，移送司法機關辦理。 5. 無故不繳納部分負擔費用者，並得移送司法機關強制執行。 6. 無故不提供或提供虛偽加保所需資料者。	

(續)

項次	項目	要 點 內 容	說 明
		7. 被保險人所納之保險費若經查定有短報、漏報情事，除依規定補繳差額外，並得視情節輕重，課以應納保險費十倍以上，二十倍以下之罰鍰。 (二) 投保單位違反下列事項處以罰鍰： 1. 保險對象資料異動，而不依規定申報或作虛偽之申報者。 2. 將被保險人投保金額以多報少者。 3. 保險人查對被保險人之名冊、出勤工作紀錄、薪資帳冊或其他有關資料時，拒不出示者。 4. 投保單位所納之保險費若經查定有短報、漏報情事，除依規定補繳差額外，並得視情節輕重，課以應納保險費十倍以上，二十倍以下之罰鍰。 5. 不為第一類被保險人辦理加保者。 (三) 醫事服務機構 1. 以詐欺或不正當行為或虛偽之證明、報告、陳述，以領取醫事服務費用者，應終止合約，並按其領取之醫事服務費用處以二倍至四倍罰鍰，並依民法請求損害賠償，其涉及刑責者，移送司法機關辦理。 2. 無故不出示或出示虛偽之診療報告、紀錄、帳冊、簿據及其他有關文件。	

「全民健康保險法研議小組」自民國八十一年十月二日至八十二年十二月十二日期間，召開第八次至第十七次會議，完成「全民健康保險法(草案)」之討論(全民健康保險法研議小組第一次至第十七次會議紀錄詳附錄九)。

民國八十一年十二月三日全民健康保險規劃小組第六十三次會議，就「全民健康保險法(草案)有關財務制度之條文」進行討論，相關決議為「應於全民健康保險法(草案)中註明本保險之給付不含第三責任險。」、「請財務制度組羅紀琮召集人提供多個假設(含薪資結構及被保險人與眷口比例等)，供林博士(喆)擬數個費率方案。」

民國八十一年十二月十四日全民健康保險規劃指導委員會第八次會議，就「全民健康保險法(草案)」進行討論，會後決議如下：

1. 第二章保險人、保險對象及投保單位第十條、第十三條，及第三章保險費第二十一條，均依與會人員意見修改如下。

修改後條文	原列條文
第十條 被保險人之眷屬，係指符合左列情形之一者： 一、第一類至第三類被保險人之配偶及受被保險人扶養之二親等內直系血親，並未從事工作或在校就學且無職業者。 二、第四類被保險人家戶中，領有軍眷補給證或軍眷身分證，並未從事工作或在校就學且無職業者。 三、第五類被保險人之共同生活親屬。 四、第六類被保險人之配偶且未從事工作者，及受被保險人扶養之二親等內直系親屬，並無謀生能力或在校就學且無職業者。 五、在職外國籍員工之眷屬，除前項規定外，並以隨在任所者為限。 註：第六類被保險人眷屬之定義，將視本法第二十六條採取何種方案，再斟酌調整。	第十條 被保險人之眷屬，係指符合左列情形之一者： 一、第一類至第三類被保險人之配偶及受被保險人扶養之二親等內直系血親，並未從事工作或在校就學且無職業者。 二、第四類被保險人家戶中，領有軍眷補給證或軍眷身分證，並未從事工作或在校就學且無職業者。 三、第五類及第六類被保險人共同生活之親屬，並無謀生能力或在校就學且無職業者。 四、在職外國籍員工之眷屬，除前項規定外，並以隨在任所者為限。
第十三條 有左列情形之一者，不得參加本保險，已參加者應予退保： 一、軍人、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。 二、中華民國國民未在臺灣地區設籍或設籍未滿六個月者。 三、喪失中華民國國籍者。 四、因案囚禁服刑者。 五、失蹤滿六個月者。 六、在職外國籍員工及其眷屬，在臺灣地區居留未滿六個月者。 七、外國籍員工被解僱或離職。 八、被保險人或其眷屬預計或離境六個月以上者，得予退保。 前二項退保原因消失時，應即投保。 以眷屬身分參加本保險之新生嬰兒，及合於第九條第一項第一款第(一)目及第(二)目規定之被保險人及其眷屬不受第一項第二款設籍期間及第六款居留期間之限制。	第十三條 有左列情形之一者，不得參加本保險，已參加者應予退保： 一、軍人、軍校學生及軍事機關之編制內領有補給證之聘雇人員。 二、中華民國國民未在臺灣地區設籍或設籍未滿六個月者。 三、喪失中華民國國籍者。 四、因案囚禁服刑者。 五、失蹤滿六個月者。 六、在職外國籍員工及其眷屬，在臺灣地區居留未滿六個月者。 七、外國籍員工被解僱或離職。 八、被保險人或其眷屬預計或離境六個月以上者，得予退保。 前二項退保原因消失時，應即投保。 以眷屬身分參加本保險之新生嬰兒，及合於第九條第一項第一款第(一)目及第(二)目規定之被保險人及其眷屬不受第一項第二款設籍期間及第六款居留期間之限制。
第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬定分級表，報請行政院核定。 前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。 第一項投保金額分級表，其最高一級投保金額適用之被保險人數超過被保險人總數百分之三，並持續十二個月時，應自次月調整分級表加高等級。	第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬定分級表，報請行政院核定。 前項投保金額分級表之下限與行政院勞工委員會公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。 第一項投保金額分級表，其最高一級投保金額適用之被保險人數超過被保險人總數百分之三，並持續十二個月時，應自次月調整分級表加高等級。

2. 第三章保險費第二十二條、第二十三條及第二十四條等條文，暫時保留，俟文字修正後，再行討論。
3. 第三章保險費第十九條有關保險費率上、下限之訂定原則，以開辦當年起算，二十五年精算費率中前五年之精算費率平均值為下限，二十五年精算費率中之最高費率為上限，較有彈性；惟請提送精算費率資料，以供決策參考。
4. 第三章保險費第二十六條可考慮採行乙案，以求簡化；惟依據何種指標自行申報，宜再明訂。

乙案：第六類被保險人依投保金額分級表規定之投保金額自行申報，再由保險人查核。

民國八十一年十二月十七日全民健康保險規劃小組第六十四次會議，就「全民健康保險法（草案）中未確定之項目」進行討論。

民國八十一年十二月十八日全民健康保險規劃指導委員會第九次會議，就「全民健康保險法（草案）」進行討論，會後決議如下：

1. 第二十三條、第二十七條、第二十八條、第三十七條、第三十九條、第四十二條、第四十三條、第五十二條、第五十八條等條文，依與會人員意見修改。
2. 由於區域外緊急傷病之就醫，仍將納入給付，故於第四章保險給付增列醫療費用核退相關條文。
3. 第三十條及第六十一條之說明欄依與會人員意見修改。
4. 第三章保險費中第二十六條採丙案。
5. 全案討論定案，修正後之條文，將於近期內報請行政院核定。

◎依與會人員意見修改之條文

修改後條文	原列條文
第三章 保險費	
第二十三條 第三類被保險人之投保金額，以第一類及第三類被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。	第二十三條 第三類被保險人之投保金額，以第一類及第三類被保險人平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，訂定較高之投保金額等級。
第二十七條 保險保險費之負擔，依左列規定計算之： 甲案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之五十，投保單位負擔百分之五十。 二、第二類被保險人自付百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。 三、第三類被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之三十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之五十，國防部補助百分之五十。 五、第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之五十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之五十。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 乙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。 二、第二類被保險人自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。 三、第三類被保險人自付百分之四十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。	第二十七條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之： 甲案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之五十，投保單位負擔百分之五十。 二、第二類被保險人自付百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。 三、第三類被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之三十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之五十，國防部補助百分之五十。 五、第五類被保險人，在省轄區域由內政部補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之五十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之五十。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 乙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。 二、第二類被保險人自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。 三、第三類被保險人自付百分之四十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。

(續)

修改後條文	原列條文
四、第四類被保險人自付百分之四十，國防部補助百分之六十。 五、第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之四十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之六十。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。 丙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之三十五，投保單位負擔百分之六十五。 二、第二類被保險人自付百分之六十五，省（市）政府補助百分之三十五。 三、第三類被保險人自付百分之三十五，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之三十五，國防部補助百分之六十五。 五、第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之三十五，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之六十五。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。	四、第四類被保險人自付百分之四十，國防部補助百分之六十。 五、第五類被保險人，在省轄區域由內政部補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之四十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之六十。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。 丙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之三十五，投保單位負擔百分之六十五。 二、第二類被保險人自付百分之六十五，省（市）政府補助百分之三十五。 三、第三類被保險人自付百分之三十五，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之三十五，國防部補助百分之六十五。 五、第五類被保險人，在省轄區域由內政部補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其本人基本負擔額由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，其餘由被保險人自付百分之三十五，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助補助百分之六十五。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。

(續)

修改後條文	原列條文
第二十八條 本保險保險費依左列規定，按月繳納： 一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收款，並須於次月五日前，連同投保單位應補助部分，一併向保險人繳納。 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人。 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。 四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。	第二十八條 本保險保險費依左列規定，按月繳納： 一、第一類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收款，並須於次月五日前，連同投保單位應補助部分，一併向保險人繳納。 二、第二類至第四類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人。 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 四、第六類被保險人之保險費，由保險人每年寄發一次其全年各月繳費通知單至投保單位轉發，被保險人應憑單按月向投保單位繳納保險費，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人，但被保險人得於次月五日前，逕向保險人指定之金融機構或以轉帳方式繳納。 五、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。
第四章 保險給付	
第三十七條 左列項目不在本保險給付範圍： 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務費用。 二、預防接種。 三、藥癮、美容外科、預防性手術、人工生殖技術、變性手術。 四、成藥、醫師指示用藥。 五、指定醫師、特別護士及護理師。 六、器官及血液。 七、人體試驗。 八、中醫住院。 九、日間住院，但精神病照護不在此限。 十、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 - 十一、病人交通、掛號費、證明文件。 - 十二、義齒、非外傷治療性齒列矯正、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 - 十三、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥物。	第三十七條 左列項目不在本保險給付範圍： 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務費用。 二、預防接種。 三、藥癮、美容外科、預防性手術、人工生殖技術、變性手術。 四、成藥、醫師指示用藥。 五、指定醫師、特別護士。 六、器官及血液。 七、人體試驗。 八、中醫住院。 九、日間住院，但精神病照護不在此限。 十、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 - 十一、病人交通、掛號費、證明文件。 - 十二、義齒、非外傷治療性齒列矯正、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 - 十三、本保險施行區域外之就醫。 - 十四、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥物。

(續)

修改後條文	原列條文
第三十九條 保險對象有左列情形之一者，不予保險給付： 一、違反本保險法令規定者。 二、因酗酒、鬥毆或其他明顯之不正當行為而致傷害者。 三、因犯罪行為或故意造成之傷害者。 四、依其他法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。 五、住院診療經診斷通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。 六、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥物。	第三十九條 保險對象有左列情形之一者，不予保險給付： 一、違反本保險法令規定者。 二、因明顯之不正當行為而致傷害者。 三、因犯罪行為、酗酒、鬥毆，或故意造成之傷害者。 四、依其他法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。 五、住院診療經診斷通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。 六、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥物。
第五章 醫療費用支付	
第四十二條 本保險每年醫療給付支出總額，由主管機關於年度開始六個月前擬定其範圍，報請行政院核定。	第四十二條 本保險每年醫療給付支出總額，由主管機關於前一年六個月底擬定其範圍，報請行政院核定。
第四十三條 醫療費用協定委員會於年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付支出總額範圍內，協定本保險之醫療給付支出總額及各項醫療費用分配比例，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會若無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁定。 前項所稱醫療費用協定委員會，由左列人員各占三分之一組成；其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定： 一、醫事服務提供者代表。 二、保險付費者代表。 三、相關主管機關代表與專家學者。	第四十三條 醫療費用協定委員會於前一年十月一日前，在前條行政院核定之醫療給付支出總額範圍內，協定本保險之醫療給付支出總額及各項醫療費用分配比例，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會若無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁定。 前項所稱醫療費用協定委員會，由醫事服務提供者代表、保險付費者代表、相關主管機關代表與專家學者各占三分之一組成；其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定。
第六章 保險醫事服務機構	
第五十二條 特約醫院設置保險病房應符合設置標準，保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。	第五十二條 特約醫院應設置保險病房，其設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。
第七章 保險安全基金及經費	
第五十八條 保險為平衡保險財務，應設置保險安全基金（以下簡稱本基金），其來源如左： 一、每年度總保費收入百分之五範圍內提存準備，其提存率由主管機關定之。 二、每年度本保險收支之結餘。 三、保險費滯納金。 四、基金運用之效益。 本保險之保險財務發生短絀時，應由本基金先行填補，並依第二十條規定程序調整保險費率。	第五十八條 保險為平衡保險財務，應設置保險安全基金（以下簡稱本基金），其來源如左： 一、每年度於總保費百分之五範圍內提存，其提存率由主管機關定之。 二、當年度保險費與保險給付支出之結餘。 三、保險費滯納金。 四、基金運用之效益。

◎說明欄依與會人員意見修改之條文

第四章 保險給付 第三十條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構根據本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務及藥品。 前項醫療辦法由主管機關擬訂，報請行政院核定。	
修改後說明	原列說明
一、明定本保險應訂定醫療辦法，提供保險對象各項醫療服務。 二、醫療辦法將包括保險醫事服務機構提供之醫療及藥事服務項目、標準、保險用藥，及保險對象就醫程序及手續等。 三、所稱生育包括門診及住院服務。	一、明定本保險應訂定醫療辦法，提供保險對象各項醫療服務。 二、醫療辦法將包括保險醫事服務機構提供之醫療服務項目與標準、保險用藥及保險對象就醫程序及手續等。
第七章 保險安全基金及經費 第六十四條（原列第六十一條） 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費。 甲案：以當年應收保險費百分之五點五為上限編列預算，報請主管機關撥付。 乙案：由應收總保費百分之五點五內支應。 保險人為辦理本保險所需之設備及週轉金，由中央政府撥付。	
修改後說明	原列說明
甲、乙案之優點如左： 甲案： - 顯示政府照顧全體國民之意義。 - 專款專用，不受保險財務狀況之影響。 乙案： - 保險財務獨立，不受政府財政狀況之影響。 - 符合保險財務獨立自主之原則。 - 政府財力可集中於保險費補助，專心照顧中、低收入民眾。	一、第一項甲、乙案之優點如左： 甲案： - 顯示政府照顧全體國民之意義。 - 專款專用，不受保險財務狀況之影響。 乙案： - 保險財務獨立，不受政府財政狀況之影響。 - 符合保險財務獨立自主之原則。 - 政府財力可集中於保險費補助，專心照顧中、低收入民眾。 二、第二項之設備及週轉金相當於國營事業之資本，爰明定由中央政府撥付。 三、設備費係指保險人資本支出；週轉金則為開辦初期保險人支付醫療費用周轉之需。

「全民健康保險法（草案）」經健保規劃小組內部多次討論，及與各有關部會進行研商外，並經「全民健康保險法研議小組」邀集公保、勞保及農保之主管機關、承保機關、有關單位及各醫事團體等代表參與研商，經十七次會議完成全部條文之討論，並提健保規劃指導委員會前後五次會議審查，於民國八十一年十二月十八日第九次會議通過，於民國八十一年十二月二十八日陳報行政院審查，共列九章計八十一條。

(二) 行政院審查過程

「全民健康保險法(草案)」經衛生署陳報行政院審查，由高銘輝政務委員於民國八十二年二月一日及二月十日審查二次，續由郭婉容政務委員於同年三月二十五日、四月十五日及四月二十一日審查三次後完成，經提行政院於同年十月七日第二三五一次會議決議：「修正通過，送請立法院審議」，並於同年十月二十七日函請立法院審議，全案共列九章計八十五條(以下簡稱行政院版)。

在行政院審查過程中，除作文字修正外，重要的修正之處如下(條次以行政院版為準)：

1. 將全民健康保險諮議委員會修正為監理委員會(第四條)。
2. 增訂「被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。」之規定(第五條)。
3. 增訂「中央健康保險局之組織，以法律定之。」之規定(第六條)。
4. 增訂「實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法」由中央農業主管機關會同主管機關訂定之授權規定(第八條)。
5. 增訂「實際從事漁業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法」由中央農業主管機關會同主管機關訂定之授權規定(第八條)。
6. 決定保險費率由主管機關按被保險人當月之投保金額百分之四點五至百分之六點五擬訂，報請行政院核定之；並增訂第二項「眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。」(第二十條)。
7. 保險費負擔採乙案(第二十八條；甲、乙、丙案之異同，請詳見表 11-2)。
8. 增訂「急性病房及慢性病房設置標準」由主管機關訂定之授權規定(第三十五條)。
9. 刪除「本基金之收支、保管及運用辦法，由主管機關定之」之規定(第六十四條)。
10. 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，採甲案，以當年度保

險費收入預算數總額百分之五點五為上限，編列預算辦理（第六十六條）。

11. 增訂「投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬定，報請主管機關核定。」（第七十八條）。
12. 增訂「本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。」（第八十二條）。

（三）立法院審議過程

1. 提案版本介紹

在行政院版全民健康保險法草案送請立法院審議之前，立法院厚生會於民國八十年十一月邀集學者專家成立「全民健康保險法草案研擬小組」，自民國八十年十一月十五日至八十一年十一月二十五日止，共歷經立案要點研討十四次、草案研討八次，完成「全民健康保險法草案」（以下簡稱厚生會版），由立法委員楊敏盛、洪冬桂等二十五人提案，於民國八十二年一月七日經立法院第一屆第九十會期第十九次會議一讀通過，交該院內政、財政兩委員會審查。

立法委員沈富雄等七十人為因應開辦全民健康保險，爰以配合本國國情、結合自由及計劃經濟、健全財務、簡化行政作業及全國國民同時加保等原則下，擬具了「全民健康保險法草案」（以下簡稱沈富雄委員版），於民國八十二年三月十九日經立法院第二屆第一會期第八次會議一讀通過，交該院內政、財政兩委員會，與厚生會版併案審查。

行政院版全民健康保險法草案，於民國八十二年十月二十七日送請立法院審議，民國八十二年十一月十九日經立法院第二屆第二會期第十四次會議一讀通過，交該院內政、財政兩委員會與相關提案併案審查。

嗣後立法委員吳東昇等二十九人、林正杰等十八人及陳哲男等四十一人分別擬具「全民健康保險法草案」，分別先後於民國八十二年十二月三日經立法院第二屆第二會期第十七次會議、民國八十二年十二月二十三日經立法院第二屆第二會期第二十五次會議及民國八十三年五

月三十一日經立法院第二屆第三會期第二十五次會議一讀通過，與相關提案併案審查(以下分別簡稱「吳東昇委員版」、「林正杰委員版」及「陳哲男委員版」)。(內容要點整理如附錄十)

2. 審議過程

立法院內政、財政委員會於民國八十二年三月二十四日召開第二屆第一會期第一次聯席會議併案審查「厚生會版」及「沈富雄委員版」全民健康保險法草案。

立法院內政及邊政、財政委員會於民國八十二年十二月八日召開第二屆第二會期第二次聯席會議併案審查「厚生會版」、「沈富雄委員版」及「行政院版」全民健康保險法草案。

立法院內政及邊政、財政委員會於民國八十三年三月二十一日召開第二屆第三會期第三次聯席會議併案審查「厚生會版」、「沈富雄委員版」、「行政院版」、「吳東昇委員版」及「林正杰委員版」全民健康保險法草案。

立法院內政及邊政、財政委員會於民國八十三年五月二十六日召開第二屆第三會期第四次聯席會議併案審查「厚生會版」、「沈富雄委員版」、「行政院版」、「吳東昇委員版」及「林正杰委員版」全民健康保險法草案。

立法院內政及邊政、財政委員會於民國八十三年六月二十三日召開第二屆第三會期第五次聯席會議併案審查「厚生會版」、「沈富雄委員版」、「行政院版」、「吳東昇委員版」、「林正杰委員版」及「陳哲男委員版」全民健康保險法草案。

立法院於民國八十三年五月至七月審查全民健康保險法(草案)期間，為使法案順利通過，前後歷經十二次協商會議。(歷次協商會議結論摘要如附錄十一)

在立法院討論法案時，除行政院版本外，立法委員自行提案的版本也不少，並且各有堅持，所以在審查法案時，執政黨及行政院都大力動

員，有許多關鍵性的條文必須動用表決，而且也有相當多的利益團體在運作，在立法院外面也有團體在抗爭，如：為了部分負擔的條文規定，基層醫師代表輪流在立法院場內旁聽席全程觀察，並適時與立法委員溝通，將本身的訴求透過立委來表達，基層診所固然希望不經轉診逕赴醫院就診要收高額部分負擔，然而醫學中心也聯名反映該方案對醫院的負面影響，使得其他立委瞭解到這個問題的嚴重性，再進行協商調整，最後通過的條文就是將不經轉診逕赴醫學中心的部分負擔比率，由 70% 調降為 50%；又如全國總工會抗議勞工保險費負擔比率為四六比，要求調降勞工負擔比率，在立法院場外大聲抗議，將全民「健保」改為全民「賤保」，以凸顯不滿。在喊價的過程中，勞工減少的負擔最方便的辦法就是加在政府身上，所以最後通過的負擔比率就變成雇主負擔 60%，勞工負擔 30%，政府補助 10%。

從民國八十三年五月法案排入議程討論，到三讀通過這段期間，各黨派幾乎是徹夜不眠地角力將近 1 個多月，由於行政機關並不能參與法案表決，但可以進行遊說、溝通與協調，所以當利益團體提出訴求時，整個晚上就是一連串的溝通、協調與妥協，對每個人來說都非常辛苦，最後終於在民國八十三年七月十九日凌晨 1 點多，立法院三讀通過「全民健康保險法」，終告拍板定案。

3. 通過版本

民國八十三年七月十九日立法院審查通過全民健康保險法，並於民國八十三年八月九日經總統華總（一）義字第四七〇五號令公布，三讀通過之條文與原先行政院送審之法案有所差異，其重要修正內容如下：

- (1) 投保資格原規定須在臺灣地區設有戶籍滿六個月，修正為滿四個月（第十條）。
- (2) 行政院送請立法院審議之條文第十二條「符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。」未獲審議通過（後經立法院於八十三年九月十六日三讀通過全民健康保險法增訂第十一條之一

- 及第六十九條之一並修正第八十七條條文，仍採全民強制投保)。
- (3) 保險費率原訂為百分之四點五至百分之六點五，修正為百分之四點二五至百分之六，並增訂由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查保險費率(第二十條)。
 - (4) 第六類保險對象之保險費負擔，原規定「二分之一由保險對象之總戶數平均分擔，二分之一由保險對象之總人數平均分擔」，修正為以「每人平均保險費」計算(第二十六條)。
 - (5) 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人(民間受僱者)及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十，修正為自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。未經轉診越級者就醫之部分負擔比率部分，分別由原先百分之二十五、百分之三十及百分之三十五，調整為百分之三十、百分四十及百分之五十；並增訂轉診比例及其實施時間之授權規定(第三十三條)。
 - (6) 增訂實施自負額制度之規定(第三十四條)。
 - (7) 刪除原列為不給付範圍之中醫住院；刪除因酗酒、鬥毆或其他非屬正當防衛行為而致傷害及為犯罪行為而致傷害或故意自傷者不予保險給付之規定(第三十九條)。
 - (8) 增訂藥事人員藥事服務及藥品費用，亦得分別設定總額預算之分配比例及醫藥分帳制度及藥品與計價藥材依成本給付之規定(第四十九條)。
 - (9) 增訂醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂之規定(第五十一條)。
 - (10) 保險醫事服務機構範圍增列「保險指定醫事檢驗機構」(第五十五條)。
 - (11) 增訂菸酒社會健康保險捐收入提列為安全準備之規定(第六十四條)。
 - (12) 增訂社會福利彩券收益之一定比例提列為安全準備之規定(第六十五條)。

- (13) 行政經費原規定為「以當年度保險費收入預算數總額百分之五點五為上限」，修正為「以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限」(第六十八條)。
- (14) 增訂「主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。」之規定(第八十五條)。
- (15) 增訂「本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效」之落日條款規定(第八十九條)。

另立法院於完成全民健康保險法三讀時，亦同時通過七項附帶決議如下：

- (1) 中醫住院納入全民健康保險給付，使得傳統醫學的發展進一步受到鼓勵；同時醫療消費者之選擇權益亦受到尊重。但鑑於國內中醫住院制度並不普遍，為避免失序發展或形成醫療浪費，主管官署及中央健康保險局宜妥善規劃，建立健全中醫住院制度，選擇合理項目及擬定給付標準。
- (2) 本法實施一年後，除第五類保險對象外，其餘被保險人之投保金額，應以實際所得申報。各類被保險人因前項規定而致增交保費時，應調降保險費率因應之。
- (3) 全民健康保險之被保險人及眷屬，即全體醫療消費者，在民眾與醫事服務機構之間，資訊極不對稱。為保障醫療消費者權益，未來主管官署及中央健康保險局應專案規劃，推動「病歷中文化」之實施。
- (4) 鑑於本法第十一條未將在監所受刑人及保安處分、管訓處分者納入全民健康保險，在未來全民健康保險法修法時應予以補救。在此期間，行政院應責成法務部妥編醫療預算，醫事人員名額，予以照顧。
- (5) 兒童醫療費用中對特定醫療項目支付點數應給予加成。
- (6) 偏遠、山地、南投及澎湖、金馬等離島地區基層醫療資源嚴重缺乏，主管機關應積極改善充實，並應將直升機緊急救護，列入醫療給付項目。

- (7) 為防杜醫療浪費，查稽違規弊端，檢調單位應協助加強弊端查核，以免醫療資源浪費。

值得一提的是立法院三讀通過的法案中因為委員的提案連署，附加了自由投保的條文，這打破了原來法案中強制投保的精神。因為整個草案是在強制投保的精神下規劃的，但最後立法院表決通過的法案卻加了自由投保的條文，在當時引起了軒然大波，輿論及學者都認為自由投保會造成很多問題，這個條文若不修改，整個全民健康保險制度將難以合理運作，可能會造成民眾平時不投保，以規避繳交保險費，等到發生疾病、傷害等保險事故時，才來辦理投保手續，藉以享受保險給付，而產生保險逆選擇情形，將嚴重衝擊保險財務的健全，導致保險無法穩健實施。因此，在全民健康保險實施前，立法院旋即於民國八十三年十月三日刪除自由投保的條文，增訂強制納保（第十一條之一）及未依規定參加全民健康保險的處罰規定（第六十九條之一），創下了法案尚未實施即先修正條文的特例。

二、立法原則

（一）由主管機關設中央健康保險局，統籌辦理全民健康保險業務：

1. 我國相關健康保險制度，計有勞保、公保、農保等十三種制度，自成體系，並分別委由勞保局及中央信託局承辦，各項保險對醫療給付水準、保險費率、保險費分擔比率、申報作業等規定，均不相同，造成被保險人間權利義務不相等；且尚有半數國民未納入健康保險，其中以兒童及老年人口居多。
2. 為使每位國民可在同一制度下，公平分擔保險費及獲得必要之醫療服務，以達危險分散效果，充分發揮國民互助功能，並降低行政成本，提高管理效率，將原有各類健康保險制度加以整合，並將尚未納入健康保險者全部納入，由主管機關設中央健康保險局，統籌辦理全民健康保險業務。

（二）全體國民皆依強制性、限制性等原則參加健康保險：

1. 凡在臺灣地區設有戶籍四個月以上之中華民國國民，均應參加本保險，

但現役軍官、士官、士兵等，因已由政府提供免費醫療服務，因此不納入全民健康保險。

2. 保險對象區分為被保險人及眷屬。
3. 被保險人依就業情況、保險費負擔比率，及投保單位等不同，區分為六類。
4. 優先擴大職業團體保險適用對象，再實施地區團體保險，以避免職業團體保險對象移轉到地區團體保險，因而增加政府之財務負擔。
5. 應為被保險人者，不得以眷屬名義參加保險；應為職業團體之被保險人，不得為地區團體之被保險人。

（三）課以病人及醫療提供者共同節制醫療費用之責任：

1. 醫療給付採行部分負擔制度，即病人於就診時，須自付部分醫療費用，以提高節用醫療資源及控制醫療成本之意識。另為落實分級醫療，建立轉診制度，及促使慢性病患轉往療養機構就醫，凡不經轉診逕赴大型醫院診療，及長期住於急性病房者，須負擔較高比率之費用。但為重病患者、低收入戶、分娩或預防保健之診療，則免除部分負擔，並為避免形成保險對象之財務重大負擔，設定住院部分負擔之金額上限。
2. 醫療費用逐步採行總額支付制度，即以協商方式，由醫事服務提供者、保險付費者代表與專家學者及相關主管機關代表等共同協議醫療費用之年度支出總額，醫事服務機構依其所提供之醫療服務量，在總額範圍內，依照支付標準決定服務點數，使醫療提供者共同承擔財務風險責任，以合理控制醫療費用於預先設定之範圍內。

（四）建立獨立自主兼具公平性、效率性及減少經濟負面效果之財務責任制度：

1. 立法明定以精算方法推估全體國民適用之保險費率，同時訂定費率修訂條件、程序及財務監督方法。
2. 保險財務系統獨立，政府財務責任限於法定比率之保險費及行政事務費補助，不負盈虧責任。
3. 新增或修改給付項目時，須精算其長期成本。

4. 設立保險安全準備，平衡不同時期之傷病風險，調節景氣循環造成之短期波動。

(五) 合理規劃保險給付，提供綜合性醫療服務：

1. 國民於發生疾病、傷害及生育事故時，提供必要之門診及住院醫療給付，並由主管機關訂定辦法，提供預防保健服務。
2. 對於無關疾病治療，或價格彈性大，易導致利用浮濫，或在醫學倫理上有待商榷，以及屬於個人經常性支出等項目，保險不予給付。

(六) 醫事服務機構仍採特約制度：

為增進國民就醫之可近性，原則上所有醫療院所均應為保險醫事服務機構，但為加強管理及提升保險醫療品質，對醫事服務機構仍採特約方式辦理。

三、法案內容

全民健康保險法分為九章，全文共八十九條，其要點如下：

- (一) **第一章總則：**明定全民健康保險之立法宗旨、保險事故範圍、主管機關、監理委員會及爭議審議委員會之設置規定（第一條至第五條）。
- (二) **第二章保險人、保險對象及投保單位：**明定全民健康保險之承保機關、保險對象、加退保程序、投保單位、保險效力始終、投保單位職責，及保險對象與投保單位提供資料之義務（第六條至第十七條）。
- (三) **第三章保險財務：**明定各類保險對象保險費計算方式、保險費率上下限、保險費率之調整及程序、投保金額分級表調整要件、投保金額核定基準、投保金額調整時間、保險費負擔比率、保險費收繳期間及程序、保險費遲繳之寬限期、滯納金計算方式及追繳程序（第十八條至第三十條）。
- (四) **第四章保險給付：**
 1. 明定主管機關應訂定醫療辦法，提供保險對象各項醫療服務（第三十一條）。

2. 明定主管機關應訂定辦法，提供保險對象預防保健服務（第三十二條）。
3. 明定門診費用之部分負擔比率（第三十三條）。
4. 明定全民健康保險法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度（第三十四條）。
5. 明定住院費用依病房類別及住院天數，訂定不同部分負擔比率，並為保障保險對象就醫權益，明定其部分負擔之最高負擔金額由主管機關定之（第三十五條）。
6. 明定免除部分負擔之適用項目（第三十六條）。
7. 明定低收入戶之部分負擔，應由中央社政主管機關編列預算支應（第三十七條）。
8. 明定部分負擔之收取及催繳程序（第三十八條）。
9. 明定不屬本保險給付範圍之項目、事故及事項（第三十九條至第四十一條）。
10. 明定保險醫事服務機構不依本法規定提供診療服務，不予支付費用（第四十二條）。
11. 明定申請核退醫療費用之條件、程序及期限（第四十三條）。
12. 明定本保險不得因同一事故重複受領核退現金（第四十四條）。
13. 明定不得參加本保險而仍參加者，不予保險給付，已受領保險給付者應予退還，所繳保險費則不予退還（第四十五條）。
14. 明定保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保（第四十六條）。

（五）第五章醫療費用支付：

1. 明定本保險醫療給付費用總額之訂定程序（第四十七條）。
2. 明定醫療費用協定委員會之組成及任務（第四十八條、第四十九條）。
3. 明定總額支付制度支付基準之依據及費用之核付方式（第五十條）。
4. 明定醫療費用支付標準及藥價基準之訂定程序（第五十一條）。
5. 明定醫療服務審查委員會之組成及任務（第五十二條）。

6. 明定醫療服務經審查不給付費用之責任歸屬（第五十三條）。

7. 明定總額支付制度循序漸進之實施辦法（第五十四條）。

（六）第六章保險醫事服務機構：明定保險醫事服務機構類別、特約醫院設置保險病房之基準、保險醫事服務機構不得自立名目收費、轉診程序及提供資料之義務（第五十五條至第六十二條）。

（七）第七章安全準備及行政經費：明定安全準備之來源、運用範圍、提存額度、政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備、政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備及本保險行政事務費來源（第六十三條至第六十八條）。

（八）第八章罰則：對於保險對象、投保單位及保險醫事服務機構違反本法規定者，明定處罰內容及執行處罰之機關（第六十九條至第七十八條）。

（九）第九章附則：明定為鼓勵投保單位及保險對象採行預防保健措施，保險人得訂定辦法予以獎勵；保險對象因職業災害發生之傷病事故，應由職業災害保險支付；保險人得對強制汽車責任保險取得代位求償；本保險之財務收支，應以營業基金方式列入年度預算辦理；本保險之一切帳冊、單據及業務收支免課稅捐；並授權主管機關訂定本法之施行細則，及本法施行日期，由行政院以命令定之（第七十九條至第八十九條）。

四、附表

茲將衛生署陳報行政院、行政院送立法院及立法院三讀通過之全民健康保險法，整理如表 11-2。

表 11-2 全民健康保險法

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第一章 總則	第一章 總則	第一章 總則
第一條 為辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），提供國民適當醫療服務，減少國民就醫之財務障礙，合理控制醫療費用，有效利用醫療資源，以增進國民健康，特制定本法；本法未規定事項，適用其他有關法律。	第一條 為辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），特制定本法。	第一條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。
第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。	第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。	第二條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。
第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。	第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。	第三條 本保險之主管機關為中央衛生主管機關。
第四條 主管機關為審議本保險業務，及提供保險政策興革諮詢事宜，應設諮議委員會。 前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之。其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第四條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。 前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第四條 為監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜，應設全民健康保險監理委員會。 前項委員會，由有關機關、被保險人、雇主、保險醫事服務機構等代表及專家組成之；其組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
第五條 主管機關為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設爭議審議委員會。 前項委員會之組織規程及爭議事項審議辦法由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第五條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。 前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。 被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。	第五條 為審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定之案件發生爭議事項，應設全民健康保險爭議審議委員會。 前項委員會，由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成之；其組織規程及爭議事項審議辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。 被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二章 保險人、保險對象及投保單位	第二章 保險人、保險對象及投保單位	第二章 保險人、保險對象及投保單位
第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。	第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。 中央健康保險局之組織，以法律定之。	第六條 本保險由主管機關設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。 中央健康保險局之組織，以法律定之。
第七條 中華民國國民在臺灣地區設籍六個月以上者，均為本保險之保險對象。	第十二條 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，應一律參加本保險。	
第八條 本保險之保險對象分為被保險人及眷屬。	第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。	第七條 本保險之保險對象分為被保險人及其眷屬。
第九條 被保險人分為左列六類： 一、第一類被保險人： （一）各機關、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）雇主或自營作業者。 （五）專門職業及技術人員自行執業者。 二、第二類被保險人： （一）無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。 （二）無一定雇主或自營作業而參加漁會為甲類會員者。 （三）參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。 三、第三類被保險人為農會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。 四、第四類被保險人為志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五、第五類被保險人為合於社會救助法規定之低收入戶戶長。	第八條 被保險人分為左列六類： 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）雇主或自營作業者。 （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：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。	第八條 被保險人分為左列六類： 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）雇主或自營作業者。 （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：志願役軍官、士官及士兵之眷屬領有軍眷補給證或軍眷身分證之家戶代表。 五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
六、第六類被保險人： (一) 榮民、行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之韓戰來歸反共義士及滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。 (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庭戶長或代表。 (三) 前項第一款第(一)目至第(三)目被保險人，包括在職外國籍員工。	六、第六類： (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。 (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庭戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。	六、第六類： (一) 榮民、榮民遺眷之家戶代表及行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之滯留大陸臺籍前國軍返臺人員。 (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庭戶長或代表。 前項第三款第一目實際從事農業工作者及第二目實際從事漁業工作者，其認定標準及資格審查辦法，由中央農業主管機關會同主管機關定之。
第十條 被保險人之眷屬，係指符合左列情形之一者： 一、第一類至第三類被保險人之眷屬： (一) 被保險人之配偶及受被保險人扶養之二親等內直系尊親屬，且未從事工作者。 (二) 被保險人二親等內直系卑親屬未滿二十歲且未從事工作者，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。 二、第四類被保險人之眷屬： (一) 同戶中領有軍眷補給證或軍眷身分證，且未從事工作或在學就讀且無職業者。 (二) 同戶中志願役軍官、士官及士兵扶養之二親等內直系尊親屬且未從事工作者。 三、第五類被保險人之共同生活親屬。 四、第六類被保險人之眷屬：	第九條 各類被保險人之眷屬，規定如左： 一、第一類至第三類被保險人之眷屬： (一) 被保險人之配偶，且無職業者。 (二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。 二、第四類被保險人之眷屬： (一) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。 (二) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。	第九條 各類被保險人之眷屬，規定如左： 一、第一類至第三類被保險人之眷屬： (一) 被保險人之配偶，且無職業者。 (二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。 二、第四類被保險人之眷屬： (一) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之配偶，且無職業者。 (二) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 同戶中志願役軍官、士官及士兵之二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
(一) 被保險人之配偶，且未從事工作者。 (二) 受被保險人扶養之二親等內直系尊親屬，且無謀生能力者。 (三) 被保險人二親等內直系卑親屬未滿二十歲且未從事工作者，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。 在職外國籍員工之眷屬，除前項規定外，並以隨在任所者為限。	三、第五類被保險人之共同生活親屬。 四、第六類被保險人之眷屬： (一) 被保險人之配偶，且無職業者。 (二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。	三、第五類被保險人之共同生活親屬。 四、第六類被保險人之眷屬： (一) 被保險人之配偶，且無職業者。 (二) 被保險人之直系血親尊親屬，且無職業者。 (三) 被保險人二親等內直系血親卑親屬未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。
	第十條 具有中華民國國籍者，應符合左列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象： 一、在臺灣地區設有戶籍滿六個月者。 二、在臺灣地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者。 三、在臺灣地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。 凡具有外國國籍，在臺灣地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。	第十條 具有中華民國國籍者，應符合左列各款規定資格之一，始得參加本保險為保險對象： 一、在臺閩地區設有戶籍滿四個月者。 二、在臺閩地區設有戶籍，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定具有被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者。 三、在臺閩地區辦理戶籍出生登記，並符合第九條所定被保險人眷屬資格之新生嬰兒。 凡具有外國國籍，在臺閩地區領有外僑居留證，並符合第八條第一項第一款第一目至第三目與第四款所定被保險人及其符合第九條第一款、第二款所定眷屬資格者，始得參加本保險為保險對象。
第十一條 被保險人之眷屬應隨同被保險人辦理投保及退保。	第十四條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。	第十三條 被保險人之眷屬，應隨同被保險人辦理投保及退保。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人，第二類被保險人不得為第三類被保險人，第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人並不得以眷屬身分投保。	第十三條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人，第二類被保險人不得為第三類被保險人，第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。 具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。	第十二條 第一類被保險人不得為第二類及第三類被保險人；第二類被保險人不得為第三類被保險人；第一類至第三類被保險人不得為第四類至第六類被保險人。 具有被保險人資格者，並不得以眷屬身分投保。
第十三條 有左列情形之一者，不得參加本保險，已參加者應予退保： 一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。 二、中華民國國民未在臺灣地區設籍或設籍未滿六個月者。 三、喪失中華民國國籍者。 四、因案囚禁服刑者。 五、失蹤滿六個月者。 六、在職外國籍員工及其眷屬，在臺灣地區居留未滿六個月者。 七、外國籍員工被解僱或離職。 被保險人或其眷屬預計或離境六個月以上者，得予退保。 以眷屬身分參加本保險之新生嬰兒，及合於第九條第一項第一款第（一）目及第（二）目規定之被保險人及其眷屬，不受第一項第二款設籍期間及第六款居留期間之限制。	第十一條 有左列情形者之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保： 一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生，及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。 二、在監、所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，在二個月以下者，不在此限。 三、失蹤滿六個月者。 四、喪失前條所定資格者。	第十一條 有左列情形者之一者，不得參加本保險，已參加者，應予退保： 一、現役軍官、士官、士兵、軍校學生及軍事機關編制內領有補給證之聘雇人員。 二、在監、所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，在二個月以下者，不在此限。 三、失蹤滿六個月者。 四、喪失前條所定資格者。
第十四條 各類被保險人之投保單位如左： 一、第一類及第二類被保險人以其服務機關、學校、機構、雇主或所屬團體為投保單位。 二、第三類被保險人以其所屬或戶籍所在地之基層農會為投保單位。 三、第四類被保險人以國防部指定之單位為投保單位。	第十五條 各類被保險人之投保單位如左： 一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。 二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會或漁會為投保單位。 三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。	第十四條 各類被保險人之投保單位如左： 一、第一類及第二類被保險人，以其服務機關、學校、事業、機構、雇主或所屬團體為投保單位。 二、第三類被保險人，以其所屬或戶籍所在地之基層農會、水利會或漁會為投保單位。 三、第四類被保險人，以國防部指定之單位為投保單位。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
四、第五類及第六類被保險人以其戶籍所在地之鄉鎮市區公所為投保單位，但安置於公私立社會福利服務機構之人員，得以該機構為投保單位。 第九條第一項第六款第（二）目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位，但其保險費應依第二十六條規定分別計算。 第一項第四款規定之鄉鎮市區公所，應設專責單位或專人辦理本保險有關保險事宜。	四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。 第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十七條規定分別計算。 第一項第四款規定之投保單位，應設專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。	四、第五類及第六類被保險人，以其戶籍所在地之鄉（鎮、市、區）公所為投保單位。但安置於公私立社會福利服務機構之被保險人，得以該機構為投保單位。 第八條第一項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得徵得其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位同意後，以其為投保單位。但其保險費應依第二十六條規定分別計算。 第一項第四款規定之投保單位，應設專責單位或置專人，辦理本保險有關事宜。
第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第七條及第十三條所定條件或原因發生之日起算。	第十六條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。	第十五條 保險效力之開始或終止，自合於第十條及第十一條所定條件或原因發生之日起算。
第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內向保險人辦理投保；應於保險對象離職、退會、喪失低收入戶資格、戶籍遷移、死亡及其他退保原因發生之日起三日內向保險人辦理退保。	第十七條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。	第十六條 投保單位應於保險對象合於投保條件之日起三日內，向保險人辦理投保；並於退保原因發生之日起三日內，向保險人辦理退保。
第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得作虛偽之證明、報告或陳述。	第十八條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。	第十七條 保險對象及投保單位於辦理各項保險手續，應提供所需之資料或文件；對主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，不得規避、拒絕、妨礙或作虛偽之證明、報告或陳述。
第三章 保險費	第三章 保險財務	第三章 保險財務
第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及保險費率計算之。	第十九條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。	第十八條 第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費，依被保險人之投保金額及其保險費率計算之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第十九條 第一類至第四類被保險人之保險費率，由主管機關依精算結果，按其當月投保金額百分之□至百分之□擬定，報請行政院核定之。	第二十條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率，由主管機關按被保險人當月之投保金額百分之四點五至百分之六點五擬訂，報請行政院核定之。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。	第十九條 前條被保險人及其每一眷屬之保險費率以百分之六為上限；開辦第一年以百分之四・二五計繳保險費；第二年起，依第二十條規定重新評估保險費率；如需調整，由主管機關報請行政院核定之。 本保險實施後，前二年盈虧，由中央撥補之。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。
第二十條 保險人應每年精算保險費率一次，每次精算二十五年。精算費率前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五，或本保險安全基金降至最低限額時，主管機關應擬訂調整之保險費率，報請行政院核定之。 本保險增減給付項目、給付內容或給付標準時，保險人應精算其對保險財務之影響；若因此需調整保險費率，主管機關應即擬訂調整之保險費率，報請行政院核定之。	第二十一條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。 保險費率經精算結果，有左列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之： 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。 二、本保險之安全準備降至最低限額者。 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。	第二十條 本保險之保險費率，由保險人至少每兩年精算一次，每次精算二十五年。 前項保險費率，由主管機關聘請精算師、保險財務專家、經濟學者及社會公正人士十五至二十一人組成精算小組審查之。 保險費率經精算結果，有左列情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之： 一、精算之保險費率，其前五年之平均值與當年保險費率相差幅度超過正負百分之五者。 二、本保險之安全準備降至最低限額者。 三、本保險增減給付項目、給付內容或給付標準，致影響保險財務者。
第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定。 前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。 第一項投保金額分級表，其最高一級投保金額適用之被保險人數超過被保險人總數百分之三，並持續十二個月時，應自次月調整分級表加高等級。	第二十二條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。 前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時，該下限亦調整之。 適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。	第二十一條 第一類至第四類被保險人之投保金額，由主管機關擬訂分級表，報請行政院核定之。 前項投保金額分級表之下限與中央勞工主管機關公布之基本工資相同；基本工資調整時該下限亦調整之。 適用第一項投保金額分級表最高一級投保金額之被保險人，其人數超過被保險人總人數之百分之三，並持續十二個月時，主管機關應自次月調整投保金額分級表，加高其等級。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，受僱者為其薪資所得，雇主及自營作業者為其營利所得，自行執業者為其執行業務所得。第四類被保險人以其家戶內軍人之薪資所得為其投保金額。 前項被保險人為無固定所得者，依投保金額分級表規定之投保金額自行申報，再由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。	第二十三條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依左列各款定之： 一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。 二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。 三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。 第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。 第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。	第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依左列各款定之： 一、受僱者：以其薪資所得為投保金額。 二、雇主及自營作業者：以其營利所得為投保金額。 三、專門職業及技術人員自行執業者：以其執行業務所得為投保金額。 第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。 第一類及第二類被保險人為無固定所得者，其投保金額，由該被保險人依投保金額分級表所定數額自行申報，並由保險人查核；如申報不實，保險人得逕予調整。
第二十三條 第三類被保險人之投保金額，以第一類及第二類被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。	第二十四條 第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。	第二十三條 第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
第二十四條 第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整均自通知之次月一日生效。	第二十五條 第一類、第二類及第四類被保險人依第二十三條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日生效。	第二十四條 第一類、第二類及第四類被保險人依第二十二條規定之所得，如於當年二月至七月調整時，投保單位應於當年八月底前將調整後之投保金額通知保險人；如於當年八月至次年一月調整時，應於次年二月底前通知保險人。投保金額之調整，均自通知之次月一日生效。
第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。	第二十六條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。	第二十五條 第五類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二十六條 第六類保險對象以其總人數及精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算其保險費總額，並以戶為單位計繳。 前項保險費總額，二分之一由保險對象之總戶數平均分擔，二分之一由保險對象之總人數平均分擔。同戶保險對象超過五人者以五人計。	第二十七條 第六類保險對象之保險費，以其總人數及精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算其保險費總額。 前項保險費總額，二分之一由保險對象之總戶數平均分擔，二分之一由保險對象之總人數平均分擔。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。	第二十六條 第六類保險對象之保險費，以精算結果之全體保險對象每人平均保險費計算之。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計。
第二十七條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之： 甲案 - 第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之五十，投保單位負擔百分之五十。 - 第二類被保險人自付百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。 - 第三類被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之三十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 - 第四類被保險人自付百分之五十，國防部補助百分之五十。 - 第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 - 第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之五十，行政院國軍	第二十八條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之： - 第一類被保險人，除第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費外，其餘被保險人及眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教、職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央與省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。 - 第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。 - 第三類被保險人及其眷屬自付百分之四十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之十五，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。 - 第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。 - 第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。	第二十七條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之： - 第一類被保險人： - 第八條第一項第一款第一目被保險人及其眷屬自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。但私立學校教職員之保險費，由被保險人及其眷屬自付百分之四十，學校負擔百分之三十，中央或省（市）主管教育行政機關補助百分之三十。 - 第八條第一項第一款第二目及第三目被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之六十，各級政府補助百分之十。 - 第八條第一項第一款第四目及第五目被保險人及其眷屬自付全額保險費。 - 第二類被保險人及其眷屬自付百分之六十，省（市）政府補助百分之四十。 - 第三類被保險人及其眷屬自付百分之三十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之十。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
退除役官兵輔導委員會補助百分之五十。 七、第九條第一項第六款第(二)目之被保險人自付百分之五十，中央政府補助百分之五十。 乙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第(四)目及第(五)目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之四十，投保單位負擔百分之六十。 二、第二類被保險人自付百分之六十，省(市)政府補助百分之四十。 三、第三類被保險人自付百分之四十，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十，省政府補助百分之十五，縣(市)政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之四十，國防部補助百分之六十。 五、第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣(市)政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第(一)目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之四十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之六十。 七、第九條第一項第六款第(二)目之被保險人自付百分之六十，中央政府補助百分之四十。	六、第八條第一項第六類第一目之被保險人，其戶及被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之四十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之六十。 七、第八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。	四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之四十，國防部補助百分之六十。 五、第五類被保險人，在省轄區域，由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣(市)政府補助百分之六十五；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。 六、第八條第一項第六款第一目之被保險人所應付之保險費，由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助；眷屬之保險費自付百分之三十，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之七十。 七、第八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。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
丙案 一、第一類被保險人，除第九條第一項第一款第（四）目及第（五）目被保險人自付全額保險費外，其餘被保險人自付百分之三十五，投保單位負擔百分之六十五。 二、第二類被保險人自付百分之六十五，省（市）政府補助百分之三十五。 三、第三類被保險人自付百分之三十五，中央政府補助百分之四十，直轄市政府補助百分之二十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之五。 四、第四類被保險人自付百分之三十五，國防部補助百分之六十五。 五、第五類被保險人，在省轄區域由中央社政主管機關補助百分之十五，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十五；在直轄市區域由直轄市政府全額補助。 六、第九條第一項第六類第（一）目之被保險人，其戶及本人所應付之保險費由行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助，眷屬之保險費自付百分之三十五，行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助百分之六十五。 七、第九條第一項第六款第（二）目之被保險人自付百分之六十五，中央政府補助百分之三十五。		
	第二十九條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。	第二十八條 第一類至第四類被保險人所屬之投保單位或政府應負擔之眷屬人數，依第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二十八條 本保險保險費依左列規定，按月繳納： 一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月五日前，連同投保單位應補助部分，一併向保險人繳納。 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人。 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。 四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。	第三十條 本保險保險費依左列規定，按月繳納： 一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月五日前，連同投保單位應補助部分，一併向保險人繳納。 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人。 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。 四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。	第二十九條 本保險保險費依左列規定，按月繳納： 一、第一類及第四類被保險人應自付之保險費，由投保單位負責扣、收繳，並須於次月五日前，連同投保單位應補助部分，一併向保險人繳納。 二、第二類、第三類及第六類被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位應於次月五日前，負責彙繳保險人。 三、第五類被保險人之保險費，由應補助保險費之各級政府，於當月五日前撥付保險人。 四、第二類至第四類及第六類被保險人之保險費，應由各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會補助部分，每半年一次於一月底及七月底前預撥保險人，於年底時結算。 本保險之保險費，應於被保險人投保當月繳納全月保險費，退保當月免繳保險費。
第二十九條 投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日，逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額一倍為限。 保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法強制執行。 保險人於移送法院強制執行之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付；但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。	第三十一條 投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額一倍為限。 保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。 保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。	第三十條 投保單位或被保險人未依前條規定期限繳納保險費者，得寬限十日；逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿之翌日起至完納前一日止，每逾一日加徵其應納費額百分之零點五滯納金。但加徵之滯納金額，以至應納費額一倍為限。 保險人對前項投保單位或被保險人經通知其應繳滯納金逾三十日仍未繳納者，得依法訴求。 保險人於起訴之日起，在投保單位或被保險人未繳清保險費及滯納金前，暫行拒絕給付。但被保險人應繳部分之保險費已扣繳或繳納於投保單位者，不在此限。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第四章 保險給付	第四章 保險給付	第四章 保險給付
第三十條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構根據本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務及藥品。 前項醫療辦法由主管機關擬定，報請行政院核定。	第三十二條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務及藥品。 前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第三十一條 保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依本保險醫療辦法，給予門診或住院診療服務；醫師並得交付處方箋予保險對象至藥局調劑。 前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。 第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。
第三十一條 本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。	第三十三條 本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。	第三十二條 本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂定項目及實施辦法，辦理預防保健服務。
第三十二條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。 不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之二十五；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之三十五。但急診及基層醫療院所不足地區之門診者不在此限。 前二項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前二項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。	第三十四條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者，應負擔百分之二十五；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之三十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之三十五。	第三十三條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。但不經轉診，而逕赴地區醫院門診者應負擔百分之三十；逕赴區域醫院門診者，應負擔百分之四十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之五十。 前項保險對象應自行負擔之費用，主管機關於必要時，得依各級醫療院、所前一年平均門診費用及前項所定比率，規定以定額方式收取，並每年公告其金額。 第一項轉診比例及其實施時間，由中央衛生主管機關另定之。
		第三十四條 本法實施後連續二年如全國平均每人每年門診次數超過十二次，即應採行自負額制度；其實施辦法，由中央主管機關另定之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第三十三條 保險對象應自行負擔之住院費用如左： 一、急性病房：三十日以內百分之十；第三十一日至第六十日百分之二十；第六十一日以後百分之三十。 二、慢性病房：三十日以內百分之五；第三十一日至第九十日百分之十；第九十一日至第一百八十日百分之二十；第一百八十一日以後百分之三十。 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日內、慢性病房住院一百八十日內應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關按前一年每人平均國民所得百分之十設定之。	第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如左： 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。 二、慢性病房：三十日以內，百分之五；第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。 急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。	第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下： 一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之二十；第六十一日以後，百分之三十。 二、慢性病房：三十日以內，百分之五，第三十一日至第九十日，百分之十；第九十一日至第一百八十日，百分之二十；第一百八十一日以後，百分之三十。 保險對象以同一疾病於急性病房住院三十日以下或於慢性病房住院一百八十日以下應自行負擔之費用，其最高金額，由主管機關定之。 急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。
第三十四條 保險對象有左列情形之一者，免依第三十二條及前條應自行負擔之費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、依第三十一條所定之預防保健項目。 前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。	第三十六條 保險對象有左列情形之一者，免依第三十四條及前條規定自行負擔費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、接受第三十三條所訂之預防保健服務。 前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。	第三十六條 保險對象有左列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用： 一、重大傷病。 二、分娩。 三、接受第三十二條所定之預防保健服務。 前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。
第三十五條 第五類被保險人及其眷屬就醫時，依第三十二條及第三十三條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十二條規定轉診就醫者，不在此限。	第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十四條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十四條規定轉診就醫者，不在此限。	第三十七條 第五類保險對象就醫時，依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關編列預算支應。但不依第三十三條規定轉診就醫者，不在此限。
第三十六條 保險對象依第三十二條及第三十三條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。	第三十八條 保險對象依第三十四條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。	第三十八條 保險對象依第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，應向保險醫事服務機構繳納。 保險對象未依前項規定繳納費用，經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者，得通知保險人；保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第三十七條 左列項目不在本保險給付範圍： 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。 二、預防接種。 三、藥癮、美容外科、預防性手術、人工生殖技術、變性手術。 四、成藥、醫師指示用藥。 五、指定醫師、特別護士及護理師。 六、器官及血液。 七、人體試驗。 八、中醫住院。 九、日間住院。但精神病照護不在此限。 十、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 十一、病人交通、掛號費、證明文件。 十二、義齒、非外傷治療性齒列矯正、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 十三、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。	第三十九條 左列項目之費用不在本保險給付範圍： 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。 二、預防接種及其他由政府負擔之醫療服務項目。 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。 四、成藥、醫師指示用藥。 五、指定醫師、特別護士及護理師。 六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。 七、人體試驗。 八、中醫住院。 九、日間住院。但精神病照護不在此限。 十、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 十一、病人交通、掛號費、證明文件。 十二、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 十三、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。	第三十九條 左列項目之費用不在本保險給付範圍： 一、依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目。 二、預防接種及其他由政府負擔費用之醫療服務項目。 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、預防性手術、人工協助生殖技術、變性手術。 四、成藥、醫師指示用藥。 五、指定醫師、特別護士及護理師。 六、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。 七、人體試驗。 八、日間住院。但精神病照護不在此限。 九、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 十、病人交通、掛號、證明文件。 十一、義齒、義眼、眼鏡、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。
第三十八條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。	第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。	第四十條 因戰爭變亂，或經行政院認定並由政府專款補助之重大疫情及嚴重之地震、風災、水災、火災等天災所致之保險事故，不適用本保險。
第三十九條 保險對象有左列情形之一者，不予保險給付： 一、違反本保險法令規定者。 二、因酗酒、鬥毆或其他明顯之不正當行為而致傷害者。 三、因犯罪行為或故意造成之傷害者。	第四十一條 保險對象有左列情形之一者，不予保險給付： 一、違反本法規定者。 二、因酗酒、鬥毆或其他非屬正當防衛行為而致傷害者。 三、為犯罪行為而致傷害或故意自傷者。 四、依其他法令領取殘廢給	第四十一條 保險對象有左列情形之一者，不予保險給付： 一、依其他社會保險法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。 二、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。 三、經保險人事前審查，非

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
四、依其他法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者。 五、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。 六、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥物。	付後，以同一傷病申請住院診療者。 五、住院診療經診斷並通知出院而不出院者，其繼續住院之費用。 六、經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥品。	屬醫療必需之診療服務及藥品。 四、違反本法有關規定者。
第四十條 保險醫事服務機構對保險對象之診療不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。	第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。	第四十二條 保險醫事服務機構對保險對象之醫療服務，經醫療服務審查委員會審查認定不符合本法規定者，其費用應由該保險醫事服務機構自行負責。
第四十一條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療院、所立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。 前項醫療費用之核退，應於治療結束後六個月內提出申請，逾期不予受理。	第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。 前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。	第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療機構立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法，由主管機關定之。 前項醫療費用之核退，應於治療結束或分娩後六個月內提出申請，逾期不予受理。
第四十二條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。	第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。	第四十四條 本保險之保險給付，不得因同一事故重複受領核退現金。
第四十三條 保險對象依第十三條第一項規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應予返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費不予退還。	第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費，不予退還。	第四十五條 保險對象依第十一條規定應退保者，自應退保之日起，不予保險給付；已受領保險給付者，應返還保險人所支付之醫療費用；其所繳之保險費，不予退還。
第四十四條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。	第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。	第四十六條 保險對象受領核退現金之權利，不得讓與、抵銷、扣押或供擔保。
第五章 醫療費用支付	第五章 醫療費用支付	第五章 醫療費用支付
第四十五條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬定其範圍，報請行政院核定。	第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬定其範圍，報請行政院核定。	第四十七條 本保險每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，報請行政院核定。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第四十六條 醫療費用協定委員會於年度開始三個月前，在前條行政院核定之醫療給付支出總額範圍內，協定本保險之醫療給付支出總額及各項醫療費用分配比例，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會若無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁定。 前項所稱醫療費用協定委員會，由左列人員各占三分之一組成；其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定： 一、醫事服務提供者代表。 二、保險付費者代表。 三、相關主管機關代表與專家學者。	第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由左列人員各占三分之一組成；其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之： 一、醫事服務提供者代表。 二、保險付費者代表與專家學者。 三、相關主管機關代表。	第四十八條 為協定及分配醫療給付費用，應設醫療費用協定委員會，由左列人員各占三分之一組成其組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之： 一、醫事服務提供者代表。 二、保險付費者代表與專家學者。 三、相關主管機關代表。
第四十七條 前條醫療給付支出總額得由醫療費用協定委員會分地區訂定門診及住院醫療給付支出總額之分配比例。 前項門診醫療給付支出總額得依醫師、中醫師、牙醫師開立之醫療服務及藥品費用分別設定分配比例。 第一項所稱地區之範圍，由主管機關定之。	第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。 前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、中醫師、牙醫師開立之門診診療服務及藥品費用，分別設定分配比例。 第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。	第四十九條 醫療費用協定委員會應於年度開始三個月前，在第四十七條行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報請主管機關核定。醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。 前項醫療給付費用總額，得分地區訂定門診及住院費用之分配比例。 前項門診醫療給付費用總額，得依醫師、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，分別設定分配比例及醫藥分帳制度。藥品及計價藥材依成本給付。 第二項所稱地區之範圍，由主管機關定之。
第四十八條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。	第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。	第五十條 保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準及藥價基準，向保險人申報其所提供醫療服務之點數及藥品費用。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
保險人應依前條分配後之醫療給付支出總額，及保險醫事服務機構申報並經審核後之醫療服務總點數，核算每點費用，及就各保險醫事服務機構申報並經審核後之點數，核付其費用。 門診藥品經審核後核付其費用，其支出超出前條預先設定之藥品支出總額時，超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付支出總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。 前項扣除比例由醫療費用協定委員會訂之，醫療費用協定委員會若無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁定。	保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。 門診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，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。 前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之，醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。	保險人應依前條分配後之醫療給付費用總額經其審查後之醫療服務總點數，核算每點費用；並按各保險醫事服務機構經審查後之點數，核付其費用。 門診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，超出前條預先設定之藥品費用總額時，其超出部分之一定比例應自當季之門診醫療給付費用總額中扣除，並於下年度調整藥價基準。 前項扣除比例，由醫療費用協定委員會定之；醫療費用協定委員會無法於限期內達成協定，應由主管機關逕行裁決。
第四十九條 醫療費用支付標準表及藥價基準由保險人擬訂，報請主管機關核定。 前項所稱醫療費用支付標準表，應以相對點數反應各項醫療服務之成本。	第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人擬訂，報請主管機關核定。 前項所稱醫療費用支付標準，應以相對點數反應各項醫療服務之成本。	第五十一條 醫療費用支付標準及藥價基準，由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定。 前項所稱醫療費用支付標準，應以同病同酬原則，並以相對點數反應各項醫療服務之成本。同病同酬之給付應以疾病分類標準為依據。
第五十條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及其品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會，其審查辦法由主管機關定之。	第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及其品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。	第五十二條 保險人為審查保險醫事服務機構辦理本保險之醫療服務項目、數量及其品質，應遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家，組成醫療服務審查委員會；其審查辦法，由主管機關定之。
第五十一條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療院、所自行負責。	第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。	第五十三條 醫師所開立處方係由其他保險醫事服務機構提供藥品、檢驗或檢查服務，經保險人依前條審查辦法審查核定不予給付，且應歸責於醫師不當處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療機構自行負責。
第五十二條 第四十五條至第四十八條之規定得分階段實施，其實施日期由主管機關定之。未實施前，醫療費用支付標準表之每點支付金額由主管機關定之。	第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期由主管機關定之。未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。	第五十四條 第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期，由主管機關定之；未施行前，醫療費用支付標準之每點支付金額，由主管機關定之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第六章 保險醫事服務機構	第六章 保險醫事服務機構	第六章 保險醫事服務機構
第五十三條 保險醫事服務機構如左： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。 前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法由主管機關定之。	第五十五條 保險醫事服務機構如左： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。 前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。	第五十五條 保險醫事服務機構如下： 一、特約醫院及診所。 二、特約藥局。 三、保險指定醫事檢驗機構。 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。 前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之。
第五十四條 保險人於必要時經主管機關核定，得自設醫事服務機構。	第五十六條 保險人於必要時，得報經主管機關核定，自設醫事服務機構。	第五十六條 現有之公保聯合門診中心，不得再增加，以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則，並應於全民健康保險開辦一年半後重新評估。
第五十五條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。	第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。	第五十七條 特約醫院設置病房，應符合保險病房設置基準；保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之。
第五十六條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。	第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。	第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療給付，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。
第五十七條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用，已領取醫療費用者，應予追還。	第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用，已領取醫療費用者，應予追還。	第五十九條 保險醫事服務機構應於保險對象就醫時，查核其保險資格；未經查核者，保險人得不予支付醫療費用，已領取醫療費用者，應予追還。
第五十八條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。	第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。	第六十條 保險醫事服務機構於保險對象發生保險事故時，應依專長及設備提供適當醫療服務，不得無故拒絕。
第五十九條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要再行轉診。	第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要再行轉診。	第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除應依醫療法規定辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。
第六十條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢，及借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得拒絕。	第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕、妨礙。	第六十二條 保險醫事服務機構對於主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢、借調病歷、診療紀錄、帳冊、簿據或醫療費用成本等有關資料，不得規避、拒絕、妨礙。

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第七章 保險安全基金及經費	第七章 安全準備及行政經費	第七章 安全準備及行政經費
第六十一條 本保險為平衡保險財務，應設置保險安全基金（以下簡稱本基金），其來源如左： 一、每年度總保險費收入百分之五範圍內提存基金，其提存率由主管機關定之。 二、每年度本保險收支之結餘。 三、保險費滯納金。 四、本基金運用之收益。 本保險財務發生短絀時，應由本基金先行撥補，並依第二十條規定程序調整保險費率。	第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如左： 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。 二、本保險每年度收支之結餘。 三、保險費滯納金。 四、本保險安全準備所運用之收益。 本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。	第六十三條 本保險為平衡保險財務，應提列安全準備，其來源如下： 一、由每年度保險費收入總額百分之五範圍內提撥；其提撥率，由主管機關定之。 二、本保險每年度收支之結餘。 三、保險費滯納金。 四、本保險安全準備所運用之收益。 本保險年度收支發生短絀時，應由本保險安全準備先行填補。
		第六十四條 政府得開徵菸酒社會健康保險附加捐，將收入提列為安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關係文規定之限制。
		第六十五條 政府應提撥社會福利彩券收益之一定比例，提列為本保險安全準備。 前項實施辦法，由主管機關會同中央財政主管機關定之，並不受財政收支劃分法有關係文規定之限制。
第六十二條 本基金得為左列之運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本基金收入之投資。 本基金之收支、保管及運用辦法，由主管機關定之。	第六十四條 本保險之資金，得以下列方式運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。	第六十六條 本保險之資金，得以下列方式運用： 一、公債、庫券及公司債之投資。 二、存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。 三、特約醫院建物整修及擴建之貸款。 四、其他經主管機關核准有利於本保險之投資。
第六十三條 本基金之總額，於超過當年精算相當於三個月保險給付總額或低於一個月保險給付總額時，應調整保險費率或本基金提存率。	第六十五條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。	第六十七條 本保險安全準備總額，以相當於最近精算一個月至三個月之保險給付總額為原則；超過三個月或低於一個月者，應調整保險費率或安全準備提撥率。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第六十四條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費， 甲案： 以當年應收保險費百分之五點五為上限編列預算，報請主管機關撥付。 乙案： 由應收總保險費百分之五點五內支應。 保險人為辦理本保險所需之設備及週轉金，由中央政府撥付。	第六十六條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度保險費收入預算數總額百分之五點五為上限，編列預算辦理。 保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。	第六十八條 保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費，以當年度醫療費用總額百分之三點五為上限，編列預算辦理。 保險人為辦理本保險所需之設備費用及週轉金，由中央政府撥付。
第八章 罰則	第八章 罰則	第八章 罰則
第六十五條 第一類及第二類被保險人所屬之投保單位，未依第十六條規定，為其本人或眷屬辦理投保手續者，除依第二十九條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處四倍罰鍰。 第三類至第六類被保險人所屬之投保單位，未依第十六條規定，為其本人或眷屬辦理投保手續者，除依第二十九條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處一倍罰鍰。 前二項情形非歸責於投保單位者，不適用之。	第六十七條 投保單位未依第十七條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除依第三十一條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處以四倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。	第六十九條 投保單位未依第十六條規定，為所屬被保險人或其眷屬辦理投保手續者，除依第三十條規定，追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費，處以四倍之罰鍰。 前項情形非可歸責於投保單位者，不適用之。
第六十六條 被保險人不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並不予保險給付；其經通知限期辦理投保手續，仍拒不辦理者，按次處罰之。	第六十八條 被保險人不依本法規定參加本保險者，處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰，並不予保險給付；其經通知限期辦理投保手續，仍拒不辦理者，按次處罰之。	
第六十七條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。	第六十九條 保險對象違反第十三條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。	第七十條 保險對象違反第十二條規定參加保險者，除追繳短繳之保險費外，並處新臺幣三千元以上一萬五千元以下罰鍰。 前項追繳短繳之保險費，以最近五年內之保險費為限。
第六十八條 違反第十七條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。	第七十條 違反第十八條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。	第七十一條 違反第十七條、第六十條或第六十一條規定者，處新臺幣二千元以上一萬元以下罰鍰。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第六十九條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用之三倍追還之；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。 前項應向醫事服務機構追還之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。	第七十一條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。 為防杜前項不法情事，有關稽查及獎勵檢舉辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定之。	第七十二條 以不正當行為或以虛偽之證明、報告、陳述而領取保險給付或申報醫療費用者，按其領取之保險給付或醫療費用處以二倍罰鍰；其涉及刑責者，移送司法機關辦理。保險醫事服務機構因此領取之醫療費用，得在其申報應領費用內扣除。
第七十條 有左列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處二倍至四倍之罰鍰： 一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。 二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。	第七十二條 有左列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰： 一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。 二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。	第七十三條 有左列情形之一者，除追繳短繳之保險費外，並按其短繳之保險費金額處以二倍至四倍之罰鍰： 一、第一類被保險人之投保單位，將被保險人投保金額以多報少者。 二、第二類、第三類及第六類被保險人，將其投保金額以多報少者。
第七十一條 特約醫院之保險病房未達第五十五條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善，逾期未改善者，按次處罰之。	第七十三條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰之。	第七十四條 特約醫院之保險病房未達第五十七條所定設置基準或應占總病床之比率者，處新臺幣二萬元以上十萬元以下罰鍰，並責令限期改善；逾期未改善者，按次處罰之。
第七十二條 違反第五十六條規定者，應退還收取之費用，並按收取之費用處五倍罰鍰。	第七十四條 違反第五十八條規定者，應退還所收取之費用，並按收取之費用處以五倍之罰鍰。	第七十五條 違反第五十八條之規定者，應退還所收取之費用，並按所收取之費用處以五倍之罰鍰。
第七十三條 違反第六十條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。	第七十五條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。	第七十六條 違反第六十二條規定者，處新臺幣一萬元以上五萬元以下罰鍰。
第七十四條 依本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。	第七十六條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。	第七十七條 本法所定之罰鍰，由保險人處罰之。
第七十五條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期催繳後逾期仍未繳納者，得移送法院強制執行。	第七十七條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納後屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。	第七十八條 依本法所處之罰鍰，經書面通知限期繳納，屆期仍未繳納者，移送法院強制執行。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第九章 附則	第九章 附則	第九章 附則
	第七十八條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。	第七十九條 投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效者，保險人得予以獎勵；其獎勵辦法，由保險人擬訂，報請主管機關核定。
第七十六條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審核醫療給付，得向投保單位、財稅機關或其他有關機關查詢或洽取保險對象與保險有關之文件資料。	第七十九條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢或洽取保險對象與保險有關之文件資料。	第八十條 主管機關為審議保險爭議事項，或保險人辦理承保業務及審查醫療給付，得向財稅機關或其他有關機關查詢，洽取保險對象與保險有關之文件資料。
第七十七條 保險對象參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。	第八十條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。	第八十一條 被保險人參加職業災害保險者，其因職業災害事故所發生之醫療費用，由職業災害保險償付。
第七十八條 保險對象因汽車交通事故，應向強制汽車責任保險之保險人請求醫療給付賠償；若該保險對象先向本保險請求給付者，本保險之保險人得向強制汽車責任險之保險人代位請求該項給付。	第八十一條 保險對象因汽車交通事故，應向強制汽車責任保險之保險人請求醫療給付賠償；該保險對象先向本保險請求，並經給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。	第八十二條 保險對象因汽車交通事故，經本保險提供醫療給付者，本保險之保險人，得向強制汽車責任保險之保險人代位請求該項給付。
	第八十二條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。	第八十三條 本保險之財務收支，由保險人以營業基金方式列入年度預算辦理。
第七十九條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。	第八十三條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。	第八十四條 本保險之一切帳冊、單據及業務收支，均免課稅捐。
		第八十五條 主管機關應於本保險實施二年內，提出執行評估及全民健康保險改制方案；改制方案應包括各項財源、被保險人負擔方式及保險人組織等建議。
第八十條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第八十四條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。	第八十六條 本法施行細則，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。
		第八十七條 本法第六十九條對第六類第二目被保險人於本保險實施一年後，開始適用。
第八十一條 本法施行日期，由行政院以命令定之。	第八十五條 本法施行日期，由行政院以命令定之。	第八十八條 本法施行日期，由行政院以命令定之。
		第八十九條 本法實施滿二年後，行政院應於半年內修正本法，逾期本法失效。

第三節 中央健康保險局組織條例

一、研擬過程

(一) 署內研議

1. 民國八十年一月五日邀集公保、勞保相關單位及專家學者，召開「全民健康保險規劃—中央社會保險局規劃資料蒐集事宜座談會」。
2. 成立「中央社會保險局規劃專案小組」，由有關機關代表、學者專家及衛生署代表組成，以進行有關中央社會保險局之規劃與籌備事宜，歷次會議時間及重要決議如下：
 - (1) 民國八十年五月二十一日召開第一次專案小組會議，針對「中央社會保險局立案要點」及「中央社會保險局籌備事宜」討論，會議決議關於中央社會保險局之定位，以下列方案作進一步分析討論：
 - ①整合公保、勞保體系及相關社會保險（大整合），由單一機構負責。
 - ②只整合所有之健康保險並設立單一主管機構，但承保事務則仍由現有機構負責。
 - ③整合所有之健康保險，並由單一機構同時兼理主管及承保事務。
 - ④由單一承保機構辦理所有之健康保險。
 - ⑤由單一機構主管所有之健康保險，並開放給民間團體或私人機構承保健康保險業務。
 - (2) 民國八十年八月一日召開第二次專案小組會議，針對「保險整合之可行性方案」及「中央社會（健康）保險局組織架構草案」討論，與會者大多認為先不談保險整合問題，僅就全民健康保險之承保機構及主管機關定位進行討論，會議決議除依與會人員意見及討論結果再予修正資料外，針對中央社會保險局與中央健康保險局兩案應再作明確之分析比較。

- (3)民國八十年十一月七日召開第三次專案小組會議，討論「中央社會（健康）保險局組織架構草案」，與會者多數贊同採兩案併陳方式報院，並決議依與會人員意見及討論結果修正資料。
- 3.民國八十年十二月十六日全民健康保險規劃指導委員會第一次會議討論有關全民健康保險未來承保機構之組織架構案，會中以中央社會保險局專案小組討論後擬定之甲乙兩案提會討論（甲案成立「中央社會保險局」、乙案成立「中央健康保險局」），會議決議：與會者大多數是贊成成立「中央健康保險局」，現金給付部分另行處理；至於農保的現金給付部分可考慮委託「中央健康保險局」辦理。
- 4.民國八十一年六月十一日全民健康保險規劃小組會議，討論「中央健康保險局組織條例（草案）」，會議決議依與會人員意見修正，修正重點如下：
- (1)增列中央健康保險局設全民健康保險基金管理委員會，職司保險基金之運用、管理事宜，其組織由○○部定之。
- (2)將中央健康保險局職位列等，從比照「財政部所屬國營金融保險事業機構職位列等辦法」之規定辦理，改為「由○○部定之」。
- 5.民國八十一年七月一日邀集相關部會及署內有關單位，召開研商「中央健康保險局組織條例（草案）」會議，會中針對條文內容進行逐條討論確定，修正重點如下：
- (1)為避免政府機關間內部單位名稱之混淆，參採研考會及人事行政局之建議，將中央健康保險局下設置之各單位名稱由原擬的「部」改為「處」。
- (2)為突顯基金運用、管理之重要，維持原擬於法條明列設基金管理委員會，惟刪除「其組織由○○部定之」之文字。
- (3)參採人事行政局建議，於總局及分局均增列設置「政風室」之相關條文。
- (4)參採人事行政局建議，將各職位之列等辦法，由原擬「由○○部定之」修正為「由○○部會同有關機關定之」。

6. 民國八十一年七月十四日全民健康保險規劃指導委員會第三次會議討論「中央健康保險局組織條例(草案)」，針對條文內容進行逐條討論通過，並決議本案將俟全民健康保險法(草案)提本指導委員會審議通過後呈報行政院核定。會議討論重點如下：
 - (1) 確立全民健康保險基金管理委員會係功能性任務編組。
 - (2) 修正中央健康保險局因業務需要得設之各種委員會，需報經○○部核准。
7. 民國八十一年十二月二十八日將「中央健康保險局組織條例(草案)」陳報行政院。

(二) 行政院審查

1. 民國八十二年四月十四日及二十八日由行政院郭婉容政務委員主持，召開「中央健康保險局組織條例(草案)」審查會議，通過草案。
2. 民國八十二年九月二十五日行政院全民健康保險推動小組第一次會議，討論全民健康保險承保機構究應以「國營金融事業機構」、「財團法人機構」或「民營機構」規劃時，經考量距離實施全民健康保險之時間迫促，且以國營金融事業機構仍有其優點，譬如原有公保、勞保機構人員轉任問題較小，有利於執行政府公權力等，乃決定照政務委員審查通過之條文(即衛生署所提「公營金融保險事業機構」方案)提院會討論。
3. 民國八十二年十月七日行政院第二三五一次會議通過，送請立法院審議。
4. 民國八十二年十月十五日行政院函送中央健康保險局組織條例草案至立法院審議。

(三) 立法院審議

1. 中央健康保險局組織條例草案於立法院審議時，曾有沈富雄委員等提出「全民健康保險基金會組織條例草案」，將全民健康保險承保機構之體制設為「全民健康保險基金會」，並定位為「財團法人」，期藉由「各界參與，全面監督」之體制設計，達成全民健康保險「健康、效率、永

續經營」之目標，惟是案於立法院法制、內政及邊政兩委員會併案審查時，鑑於全民健康保險法業已公布，且係以公辦公營為基本架構，已無併案審查之必要，爰經原提案委員予以撤回不予審議。

2. 又本組織條例草案於民國八十三年九月二十一日、九月二十二日、十月三日及十月十二日經立法院第二屆第四會期法制、內政及邊政兩委員會召開四次聯席審查會議完成審查，提經民國八十三年十二月二十三日院會三讀通過，並附帶決議如下：

- (1) 中央健康保險局組織條例所定人事制度比照公營金融保險事業機構人事制度辦理，實施二年後重新檢討。本保險主管機關應會同銓敘部、人事行政局，於兩年內設計社會保險行政人員之職組、職系、待遇等人事制度，俾為修法之依據。
- (2) 全民健康保險法正式施行後，公保處及勞保局原承辦醫療給付之人員，得隨其業務移撥中央健康保險局，但以於民國八十二年十二月二十九日中央健康保險局籌備處（以下簡稱健保局籌備處）成立前已進用之合格人員為限。其後該兩機構所進用辦理醫療給付之人員，應由中央信託局、勞保局自行辦理。中央健康保險局人員缺額，應依法任用及公開招考。
- (3) 衛生署應於全民健康保險開辦後六個月內，對本院提出評估全民健康保險制度實施所面對之問題及其因應措施報告。
- (4) 中度、重度及極重度殘障者，其保費由中央政府在社會福利項下編列預算予以補助。其自行部分負擔之醫療費，由政府另訂辦法補助之。
- (5) 七十歲以上國民之保險費，由中央政府予以補助，其經費在社會福利項下支應，但亦得自行繳納保險費。
- (6) 全民健康保險實施後，本院應由朝野組成「全民健康保險監督及評估小組」，監督中央健康保險局業務之執行，並檢討全民健康保險法相關規定，包含費率、分擔比率等，並應於六個月內提出檢討評估報告。
- (7) 中央健康保險局應於全民健康保險實施後，每三個月向立法院報告實施情形、遭遇之困難及解決改進方案。

- (8) 前列第四、五項，應於民國八十四年三月底前完成修法。
- (9) 關於公務人員保險法、農保條例、勞保條例等三法之修正案，同意於本(四)會期內通過。若上述三法通過後，自民國八十四年元月一日至全民健康保險施行前，未能納保人口，其患重大傷病之住院費用，其經費由中央政府補助，並由行政院訂定辦法辦理。

二、立法說明

依據全民健康保險法草案第六條規定，應設立「中央健康保險局」為保險人，統合辦理全民健康保險業務。

為使中央健康保險局組織設置有其基準，爰以公保處及勞保局為基礎，研擬制定中央健康保險局組織條例，隸屬於中央衛生主管機關。並在體制上沿用公營金融保險事業機構體制，以保持經營彈性及利於人員之轉任。

三、法案內容

民國八十三年十二月三十日總統華總(一)義字第八一五八號令公布之中央健康保險局組織條例，其重點如下：

- (一) 明定中央健康保險局之任務及隸屬關係(第一條)。
- (二) 明定總經理、副總經理之職掌(第二條)。
- (三) 明定業務單位名稱(第三條)。
- (四) 明定承保處、財務處、醫務管理處、企劃處、資訊處、稽核室及秘書室之職掌(第四條至第十條)。
- (五) 設立保險安全準備管理委員會，以辦理安全準備金之運用管理，並明定委員會之性質、委員資格、人數、任期、續聘次數及設置辦法之訂定等(第十一條)。
- (六) 設立醫療服務審查委員會，以避免造成醫療資源浪費，並明定委員會之性質、委員資格、人數、任期、續聘次數及設置辦法之訂定等。又醫療服務審查業務量龐大，為使委員會有效運作，明定委員會得視業務需要，聘請醫事人員執行審查事項，均為無給職(第十二條)。
- (七) 明定中央健康保險局之編制職稱及主管員額(第十三條)。

- (八) 分別明定設人事室、會計室及政風室及其職掌(第十四條至第十六條)。
- (九) 明定視醫療保險業務需要，得依聘用人員聘用條例規定聘用各類醫事人員(第十七條)。
- (十) 為提高處理全民健康保險各類事務之效率，爰明定應設分局，並明定分局經理、副經理之職掌(第十八條)。
- (十一) 明定分局業務單位之名稱及職掌(第十九條)。
- (十二) 明定分局之編制職稱及主管員額(第二十條)。
- (十三) 分別明定分局設人事室、會計室、政風室及其職掌(第二十一條至第二十三條)。
- (十四) 明定分局得視其規模及業務需要，簡併部分組、室，分別辦理相關事項(第二十四條)。
- (十五) 明定總員額(第二十五條)。
- (十六) 明定中央健康保險局接辦六所公保聯合門診中心及其員額(第二十六條)。
- (十七) 為利於原有工作人員之轉任及保持營運之彈性，明定其人員編制及人事管理，比照公營金融保險事業機構辦理(第二十七條)。
- (十八) 明定辦事細則之擬訂及核定機關(第二十八條)。
- (十九) 明定本條例之施行日期(第二十九條)。

四、附表

茲將衛生署報行政院、行政院送立法院及立法院三讀通過之中央健康保險局組織條例，整理如表 11-3。

表 11-3 中央健康保險局組織條例

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第一條 為辦理全民健康保險業務，設中央健康保險局（以下簡稱本局），受○○部之監督。	第一條 為辦理全民健康保險業務，設中央健康保險局（以下簡稱本局），受中央衛生主管機關之監督。	第一條 為辦理全民健康保險業務，依全民健康保險法第六條規定設中央健康保險局（以下簡稱本局），受中央衛生主管機關之監督。
第二條 本局置總經理，承○○部之命，綜理局務；置副總經理三人，輔助總經理處理局務。	第二條 本局置總經理，承中央衛生主管機關之命，綜理局務；置副總經理三人，輔助總經理處理局務。	第二條 本局置總經理，承中央衛生主管機關之命，綜理局務；置副總經理三人，輔助總經理處理局務。
第三條 本局設左列單位： 一、承保處。 二、財務處。 三、醫務管理處。 四、綜合計劃處。 五、資訊處。 六、總務室。 七、稽核室。	第三條 本局設左列單位： 一、承保處。 二、財務處。 三、醫務管理處。 四、綜合計畫處。 五、資訊處。 六、稽核室。 七、秘書室。	第三條 本局設左列單位： 一、承保處。 二、財務處。 三、醫務管理處。 四、企劃處。 五、資訊處。 六、稽核室。 七、秘書室。
第四條 承保處之職掌如左： 一、承保業務之規劃事項。 二、承保作業規章之研擬事項。 三、承保作業書表之設計、修訂事項。 四、承保資料之查核事項。 五、其他有關承保業務事項。	第四條 承保處之職掌如左： 一、承保業務之規劃事項。 二、承保作業規章之研擬事項。 三、承保作業書表之設計及修訂事項。 四、承保資料之查核事項。 五、其他有關承保業務事項。	第四條 承保處之職掌如下： 一、承保業務之規劃事項。 二、承保作業規章之研擬事項。 三、承保作業書表之設計及修訂事項。 四、承保資料之查核事項。 五、其他有關承保業務事項。
第五條 財務處之職掌如左： 一、保險財務作業之規劃事項。 二、保險費率之精算事項。 三、保險費之收繳事項。 四、保險安全基金之保管事項。 五、醫療費用之支付事項。 六、代辦其它社會保險現金給付之核付事項。 七、其他有關財務管理事項。	第五條 財務處之職掌如左： 一、保險財務作業之規劃事項。 二、保險費率之精算事項。 三、保險費之收繳事項。 四、保險安全準備之保管及運用事項。 五、醫療費用之支付事項。 六、代辦其它社會保險現金給付之核付事項。 七、其他有關財務管理事項。	第五條 財務處之職掌如下： 一、保險財務作業之規劃事項。 二、保險費率之精算事項。 三、保險費之收繳事項。 四、保險安全準備之保管及運用事項。 五、醫療費用之支付事項。 六、其他有關財務管理事項。
第六條 醫務管理處之職掌如左： 一、醫療給付業務及標準之規劃、研擬事項。	第六條 醫務管理處之職掌如左： 一、醫療給付業務及標準之規劃、研擬事項。	第六條 醫務管理處之職掌如下： 一、醫療給付業務及標準之規劃、研擬事項。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
二、醫療支付標準及規章之研擬事項。 三、醫事服務機構之特約、輔導及管理事項。 四、醫療費用之評估、分析事項。 五、其他有關醫務管理事項。	二、醫療支付標準及規章之研擬事項。 三、醫事服務機構之特約、輔導及管理事項。 四、醫療費用之評估、分析事項。 五、自設醫事服務機構之規劃及管理事項。 六、其他有關醫務管理事項。	二、醫療支付標準及規章之研擬事項。 三、醫事服務機構之特約、輔導及管理事項。 四、醫療費用之評估、分析事項。 五、其他有關醫務管理事項。
第七條 綜合計劃處之職掌如左： 一、保險綜合業務及組織之研究、發展及規劃事項。 二、本局業務之管制、考核事項。 三、保險業務人員之教育、培訓事項。 四、綜合業務資料之統計、分析事項。 五、教育宣導事項。 六、法律事務事項。 七、其他有關綜合業務事項。	第七條 綜合計畫處之職掌如左： 一、保險綜合業務之研究及規劃事項。 二、本局業務之管制、考核事項。 三、保險業務人員之教育、培訓事項。 四、綜合業務資料之收集、分析事項。 五、教育宣導事項。 六、法律事務事項。 七、其他有關綜合業務事項。	第七條 企劃處之職掌如下： 一、社會保險醫療制度之研究及規劃事項。 二、本局業務之管制、考核事項。 三、人員之教育、培訓事項。 四、宣導事項。 五、申訴及法律事項。 六、其他有關醫療保險業務事項。
第八條 資訊處之職掌如左： 一、保險資訊作業之規劃、管理事項。 二、資訊系統硬體之維護、管理事項。 三、應用程式之分析、設計及執行事項。 四、網路系統、資料庫及媒體之管理事項。 五、其他有關資訊業務事項。	第八條 資訊處之職掌如左： 一、全民健康保險資訊作業之整體規劃、發展、推動及管理事項。 二、全民健康保險資訊作業共通規範之研訂及推動事項。 三、全民健康保險資訊作業之研究發展、教育訓練及推廣事項。 四、本局電腦軟硬體設施之維護及管理事項。 五、本局與所屬機構辦公室自動化之整體規劃及推動事項。 六、本局所屬機構資訊作業之輔導及績效評估事項。 七、其他有關資訊處理事項。	第八條 資訊處之職掌如下： 一、資訊作業之整體規劃、研究發展及管理事項。 二、資訊作業共通規範之研訂及推動事項。 三、資訊作業之教育訓練及推廣事項。 四、資訊設施之維護及管理事項。 五、本局與所屬機構辦公室自動化之整體規劃及推動事項。 六、本局所屬機構資訊作業之輔導及績效評估事項。 七、其他有關資訊處理事項。
第九條 總務室之職掌如左： 一、印信典守事項。 二、文書、收發及檔案管理事項。 三、出納及庶務管理事項。 四、工員管理事項。 五、其他不屬於各處、室之事項。	第十條 秘書室之職掌如左： 一、印信典守事項。 二、文書、收發及檔案管理事項。 三、出納及庶務管理事項。 四、工員管理事項。 五、議事及公共關係事項。 六、其他不屬於各處、室之事項。	第十條 秘書室之職掌如下： 一、印信典守事項。 二、文書、收發及檔案管理事項。 三、出納及庶務管理事項。 四、工員管理事項。 五、議事及公共關係事項。 六、其他不屬於各處、室之事項。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第十條 稽核室之職掌如左： 一、保險業務之考評事項。 二、財務、帳務之稽查事項。 三、其他有關業務稽核事項。	第九條 稽核室之職掌如左： 一、保險業務之稽核事項。 二、保險財務及帳務之稽核事項。 三、其他有關業務稽核事項。	第九條 稽核室之職掌如下： 一、保險業務之稽核事項。 二、保險財務及帳務之稽核事項。 三、其他有關業務稽核事項。
第十一條 本局設全民健康保險安全基金管理委員會，職司保險安全基金之運用、管理事宜。	第十一條 本局設全民健康保險安全準備管理委員會，監理保險安全準備之運用及管理事項；所需工作人員，由本條例所定之法定員額及總預算員額內派充之。	第十一條 本局設保險安全準備管理委員會，由總經理兼主任委員，聘請金融、保險或財務管理專家六人為委員，均為無給職，聘期二年，得續聘一次，監理本保險安全準備之運用及管理事項。 前項委員會設置辦法，由主管機關定之。
第十二條 本局設醫療服務審查委員會，職司醫療服務及醫療費用之審核事宜，其組織與員額由○○部定之。	第十二條 本局設醫療服務審查委員會，置委員若干人，掌理醫療品質及醫療費用之審核事項；所需工作人員，由本條例所定之法定員額及總預算員額內派充之。	第十二條 本局設醫療服務審查委員會，聘請具有教學、臨床或實際經驗之醫藥專家二十六至三十一人為委員組成之，審議本保險醫療服務項目、數量及其品質事項。委員均為無給職，聘期二年，得續聘一次。 委員會得視業務需要提報本局聘請醫事人員，執行審查事項，均為無給職。 第一項委員會之設置辦法，由主管機關定之。
第十三條 本局因業務需要，得報經○○部核准，設各種委員會。	第十三條 本局因業務需要，得報經中央衛生主管機關核准，設各種委員會；所需工作人員，由本條例所定之法定員額及總預算員額內派充之。	
第十四條 本局置主任秘書一人，經理五人，主任二人，副經理十人，副主任二人，科長二十五人至三十五人；置研究員、專門委員、襄理、一等專員、秘書、稽核、高級分析師、二等專員、三等專員、分析師、四等專員、設計師、管理師、科員、辦事員及雇員若干人，並得聘用各類醫事人員，其人數以預算員額定之。	第十四條 本局置主任秘書一人，經理五人，主任二人，副經理十人，副主任二人，科長二十五人至三十五人；置研究員、專門委員、襄理、一等專員、秘書、稽核、高級分析師、二等專員、三等專員、分析師、四等專員、設計師、管理師、科員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之。	第十三條 本局置主任秘書一人，經理五人，主任二人，研究員四人至六人，副經理八人至十人，副主任二人，專門委員四人至六人，襄理四人至六人，一等專員十人至十二人，秘書三人至五人，一等稽核八人至十人，高級分析師四人至六人，科長三十一人至三十七人，二等專員十一人至十三人，三等專員三十八人至四十四人，分析師九人至十五人；置四等專員、設計師、管理師、科員、辦事員及雇員各若干人。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第十五條 本局設會計室，置會計主任一人，科長三人至五人；置一等專員、二等專員、三等專員、四等專員、科員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理歲計、會計並兼辦統計事項。	第十五條 本局設會計室，置會計主任一人，副主任一人，科長三人至五人；置一等專員、二等專員、三等專員、四等專員、科員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理歲計、會計，並兼辦統計事項。	第十五條 本局設會計室，置會計主任一人，依法辦理歲計、會計事項，並兼辦統計事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。
第十六條 本局設人事室，置主任一人，科長三人至五人；置一等專員、二等專員、三等專員、四等專員、科員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理人事管理事項。	第十六條 本局設人事室，置主任一人，科長三人至五人；置一等專員、二等專員、三等專員、四等專員、科員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理人事管理事項。	第十四條 本局設人事室，置主任一人，依法辦理人事管理事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。
第十七條 本局設政風室，置主任一人；置專員、科員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理政風事項。	第十七條 本局設政風室，置主任一人；置專員、科員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理政風事項。	第十六條 本局設政風室，置主任一人，依法辦理政風事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。
	第十八條 本局視醫療服務審查業務需要，得聘用各類醫事人員。	第十七條 本局視醫療保險業務需要，得依聘用人員聘用條例之規定，聘用各類醫事人員二十人至三十人。
	第十九條 本局於必要時，得報經主管機關核定，自設醫事服務機構；該機構置主任、副主任、組長、副組長、科主任、領組、組員、藥師、檢驗師、醫用放射線技術師、護理師、護士長、護士、技士、技術員、辦事員及雇員。	
第十八條 本局設若干分局；分局得視業務需要設聯絡處。分局依被保險人數及業務量分為三等級。	第二十條 本局設若干分局；分局得視業務需要，設聯絡處。	第十八條 本局視業務需要得設若干分局；分局置經理一人，承本局總經理之命，綜理分局業務；置副經理一人或二人，輔助經理處理分局業務。
第十九條 分局置經理，承總經理之命綜理分局業務；置副經理一人至二人，輔助經理處理分局業務。	第二十一條 分局置經理，承本局總經理之命，綜理分局業務；置副經理一人或二人，輔助經理處理分局業務。	

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二十條 分局設左列單位，分別掌理有關事項： 一、承保組：被保險人之加保、退保、投保資格及薪資查核、保險費核計、保險費收繳、欠費處理、資料建檔及異動管理等事項。 二、醫務管理組：醫事服務機構之資格認定、輔導、考核、資料建檔及異動管理等事項。 三、門診費用組：門診醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及門診費用核計等事項。 四、住院費用組：住院醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及住院費用核計等事項。 五、資訊室：資訊作業管理、硬體維護、程式設計、資料鍵入、資料庫管理、媒體管理及網路管理等事項。 六、總務室：印信、文書、出納、庶務、工員管理及其他不屬於各組室事項。	第二十二條 分局設各組、室，分別掌理左列事項： 一、承保組：被保險人之加保、退保、投保資格及薪資查核、保險費核計、保險費收繳、欠費處理、資料建檔及異動管理等事項。 二、醫務管理組：醫事服務機構之資格認定、輔導、考核、資料建檔及異動管理等事項。 三、門診費用組：門診醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及門診費用核計等事項。 四、住院費用組：住院醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及住院費用核計等事項。 五、資訊室：資訊作業管理、硬體維護、程式設計、資料鍵入、資料庫管理、媒體管理及網路管理等事項。 六、秘書室：印信、文書、出納、庶務、工員管理及其他不屬於各組、室事項。	第十九條 分局設各組、室，分別掌理下列事項： 一、承保組：被保險人之加保、退保、投保資格及薪資查核、保險費核計、資料建檔及異動管理等事項。 二、財務組：保險費收繳、欠費處理、醫療費用支付及有關財務管理事項。 三、醫務管理組：醫事服務機構之資格認定、輔導、考核、資料建檔及異動管理等事項。 四、門診費用組：門診醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及門診費用核計等事項。 五、住院費用組：住院醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及住院費用核計等事項。 六、資訊室：資訊作業管理、硬體維護、程式設計、資料鍵入、資料庫管理、媒體管理及網路管理等事項。 七、秘書室：印信、文書、出納、庶務、工員管理及其他不屬於各組、室事項。
第二十一條 分局置組長四人，室主任二人；置一等專員、秘書、二等專員、課長、三等專員、四等專員、設計師、管理師、課員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之。	第二十三條 分局置組長四人，室主任二人；置一等專員、秘書、二等專員、課長、三等專員、四等專員、設計師、管理師、課員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；聯絡處人員，由分局員額派充之。	第二十條 分局共置組長二十八人至三十人，室主任十二人，一等專員十六至二十人，秘書六人，二等專員三十人至三十六人，課長一百一十人至一百三十二人，三等專員九十人至一百零六人；置四等專員、設計師、管理師、課員、辦事員及雇員各若干人。
第二十二條 分局設會計室，置會計主任一人；置課長、四等專員、課員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理歲計、會計並兼辦統計事項。	第二十四條 分局設會計室，置會計主任一人；置課長、四等專員、課員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理歲計、會計，並兼辦統計事項。	第二十二條 分局設會計室，置會計主任一人，依法辦理歲計、會計事項，並兼辦統計事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院送立法院條文	立法院三讀通過條文
第二十三條 分局設人事室，置主任一人；置課長、四等專員、課員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理人事管理事項。	第二十五條 分局設人事室，置主任一人；置課長、四等專員、課員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理人事管理事項。	第二十一條 分局設人事室，置主任一人或置人事管理員一人，依法辦理人事管理事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。
第二十四條 分局設政風室，置主任一人；置三等專員、四等專員、課員、辦事員及雇員若干人，其人數以預算員額定之；依法辦理政風事項。	第二十六條 分局設政風室，置主任一人；置三等專員、四等專員、課員、辦事員及雇員，其人數以預算員額定之；依法辦理政風事項。	第二十三條 分局得設政風室，置主任一人，依法辦理政風事項；其餘所需工作人員，就本條例所定員額內派充之。
		第二十四條 分局得視其規模及業務需要，簡併部分組、室，分別辦理相關事項。
		第二十五條 本局及分局所列各職稱之員額，其總數為二千三百五十五人至二千五百九十一人，另以預算員額定之。 前項人數總額不包括本局接辦六所公保聯合門診中心之員額。
		第二十六條 本局接辦現有六所公保聯合門診中心，其員額不得超過一千零九十七人，另以預算員額定之。
第二十五條 本局及分局各職位之列等辦法，由○○部會同有關機關定之。	第二十七條 本局及分局之人員編制及人事管理，比照公營金融保險事業機構辦理。	第二十七條 本局及分局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。
	第二十八條 本局及分局之辦事細則，由本局擬訂，報請中央衛生主管機關核定。	第二十八條 本局及分局之辦事細則，由本局擬訂，報請中央衛生主管機關核定。
第二十六條 本條例自公布日施行。	第二十九條 本條例自公布日施行。	第二十九條 本條例自公布日施行。

第四節 全民健康保險相關法規

在第二期規劃中，為順利推行全民健康保險，必須有相關的配套措施或組織，在全民健康保險法及中央健康保險局組織條例中，即有相關的授權規定，分列如下（相關條次以立法院三讀通過條文之條次為準）：

- 一、全民健康保險監理委員會組織規程（第四條）。
- 二、全民健康保險爭議審議委員會組織規程（第五條）。
- 三、全民健康保險爭議事項審議辦法（第五條）。
- 四、全民健康保險投保金額分級表（第二十一條）。
- 五、全民健康保險第三類被保險人之投保金額（第二十三條）
- 六、全民健康保險醫療辦法（第三十一條）。
- 七、全民健康保險預防保健服務實施辦法（第三十二條）。
- 八、全民健康保險重大傷病範圍（第三十六條）。
- 九、全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法（第四十三條）。
- 十、全民健康保險費用協定委員會組織規程（第四十八條）。
- 十一、全民健康保險醫療費用支付標準（第五十一條）。
- 十二、全民健康保險藥價基準（第五十一條）。
- 十三、全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法（第五十二條）。
- 十四、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（第五十五條）。
- 十五、保險病房設置基準及應占總病床比率（第五十七條）。
- 十六、全民健康保險法施行細則（第八十六條）。
- 十七、中央健康保險局安全準備管理委員會設置辦法（組織條例第十一條）。
- 十八、中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法（組織條例第十二條）。

全民健康保險法在行政院審查的過程中，行政院亦參照相關部會之意見，增訂了相關的授權規定，分列如下：

- 一、實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法（第八條）。
- 二、實際從事漁業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法（第八條）。
- 三、急性病房及慢性病房設置標準（第三十五條）。
- 四、保險人訂定投保單位及保險對象實施具體預防保健措施著有績效獎勵辦法（第七十九條；保險人訂定，非第二期規劃範圍）。

全民健康保險法在立法院審議的過程中，亦因立法委員提案而增訂了相關的授權規定，但這些規定並非在第二期規劃的範圍之內，謹分列予以註記如下：

- 一、轉診比例及其實施時間（第三十三條）。
- 二、自負額實施辦法（第三十四條）。
- 三、菸酒社會健康保險捐實施辦法（第六十四條）。
- 四、提撥社會福利彩券收益實施辦法（第六十五條）。

另亦有基於職權或授權命令訂定之規定，如全民健康保險特約藥局特約要點、全民健康保險醫事檢驗機構指定作業要點及全民健康保險特約藥局藥事人員繼續教育認定要點。

以下分就第二期規劃期間研擬之全民健康保險相關法規，逐一說明：

※ 全民健康保險監理委員會組織規程

一、法令依據

全民健康保險法第四條第二項。

二、立案原則

根據第一期規劃之構想，全民健康保險實施後，為使主管機關得以樹立應有的監督職權，強化行政指導功能，監理機關擬仿照日本的作法改制為審議機關，即於主管機關下設「國民健康保險審議委員會」，禮聘醫界、保險界、企業界、勞工界及學術界等德高望重人士共同組成，職司有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢審議事宜，如評議主管機關所定政策，審議計畫方針，評估制度實施績效，及諮詢有關業務改進事項等。

在第二期規劃討論過程中，認為此委員會之設計應先考慮其功能，其次才是名稱，而在考慮功能時，分別從「監督」、「諮詢」或「審議」三方面斟酌，考量本保險屬多重監督功能，主管機關無法避免其監督責任，又以公保、勞保、農保之監理委員會組織架構而言，具有兩種功能，其一是諮詢審議功能，其二是爭議審議功能，全民健康保險已規劃將後者獨立出來，其餘的部分在日本稱做審議，故參考日本審議委員會的運作模式，訂名為諮議委員會，以與公保、勞保、農保之監理委員會有所區隔，並期能發揮其功能，審議與提供有關保險政策、制度改革等事宜。

據此，衛生署陳報行政院之「全民健康保險法」草案中，乃規劃由主管機關設「諮議委員會」，以審議本保險業務及提供保險政策興革諮詢事宜，並於條文中授權該委員會之組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布。

前開草案於行政院審查時，將委員會名稱由「諮議委員會」修改為「全民健康保險監理委員會」，並將設立目的由「審議本保險業務，及提供保險政策興革諮詢事宜」修改為「監理本保險業務，並提供保險政策、法規之研究及諮詢事宜。」

三、研訂過程

* 依據全民健康保險法草案，主管機關需擬訂全民健康保險監理委員會組織規程，報請行政院核定，爰經參考公保、勞保、農保監理委員會組織規程，著手研擬條文草案，經以下會議討論或審查：

- (一) 民國八十三年二月三日邀請公保、勞保、農保等機關開會研商組織規程草案。
 - (二) 民國八十三年二月十七日全民健康保險規劃小組第一〇六次會議討論組織規程草案。
 - (三) 民國八十三年七月二十一日、二十八日全民健康保險規劃小組第一一八次、第一一九次會議均討論委員會組成。
 - (四) 民國八十三年九月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議修正後通過。
 - (五) 民國八十三年十一月十四日併同「全民健康保險爭議審議委員會組織規程(草案)」暨其編制表(草案)，陳報行政院。
 - (六) 民國八十三年十二月十三日行政院召開草案及編制表審查會。
 - (七) 民國八十四年一月五日行政院第二四一四次會議通過。
- * 行政院爰於民國八十四年一月十二日核定全民健康保險監理委員會組織規程暨編制表，經衛生署於同年一月二十八日以衛署健保字第八四〇〇一八〇八號令發布。

四、內容介紹

本規程全文共十三條，其要點如下：

- (一) 明定本規程之法源依據(第一條)。
- (二) 明定本會之任務(第二條)。
- (三) 明定本會之隸屬關係、委員產生方式與員額數(第三條)。
- (四) 明定本會委員之任期(第四條)。
- (五) 明定本會之委員及兼任人員均為無給職(第五條)。
- (六) 明定本會之組織(第六條)。
- (七) 明定本會之編制名稱(第七條)。
- (八) 明定本會各職稱之官等及員額，另以編制表定之(第八條)。
- (九) 明定本會因業務需要，得聘用研究員五人(第九條)。
- (十) 明定本會召開會議之方式(第十條)。

(十一) 明定本會開會時得請中央健康保險局及相關機關人員列席(第十一條)。

(十二) 明定本會辦事細則之訂定機關(第十二條)。

(十三) 明定本規程之施行日期(第十三條)。

五、附表

茲將衛生署陳報行政院及行政院核定之全民健康保險監理委員會組織規程暨其編制表，整理如表 11-4 及表 11-5。

表 11-4 全民健康保險監理委員會組織規程

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第四條規定訂定之。	第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第四條第二項規定訂定之。
第二條 全民健康保險監理委員會(以下簡稱本會)隸屬行政院衛生署(以下簡稱本署)，置主任委員一人，由衛生署署長兼任，綜理會務，委員三十六人。 前項委員，除主任委員外，其名額分配如左： 一、專家六人。 二、被保險人代表五人。 三、雇主代表五人。 四、保險醫事服務機構代表五人。 五、政府代表十五人。 前項專家委員由本署遴聘，其餘分別洽請有關機關團體推薦，再由本署聘任。	第三條 本會隸屬行政院衛生署(以下簡稱本署)，置主任委員一人，由本署副署長兼任，綜理會務，委員二十八人。 前項委員，除主任委員外，其名額分配如下： 一、專家五人。 二、被保險人代表五人。 三、雇主代表五人。 四、保險醫事服務機構代表五人。 五、政府代表八人。 前項第一款專家委員由本署遴聘，其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼。
第三條 本會之任務如左： 一、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 二、保險預算、結算、決算之審議事項。 三、保險業務之檢查事項。 四、保險財務帳務之稽核事項。 五、保險法規及業務興革之研究建議事項。 六、其他有關保險業務監督事項。	第二條 全民健康保險監理委員會(以下簡稱本會)之任務如下： 一、保險政策之提供事項。 二、保險年度計畫及業務報告之審議事項。 三、保險預算、結算、決算之審議事項。 四、保險業務之檢查事項。 五、保險財務、帳務之稽核事項。 六、保險法規及業務興革之研究建議事項。 七、其他有關保險業務之監督事項。
第四條 本會委員任期二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。	第四條 本會委員任期二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。
第五條 本會委員及兼任人員均為無給職。但得依規定支給研究費。	第五條 本會委員及兼任人員均為無給職。但得依規定支給研究費。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第六條 本會設左列各組： 一、業務監理組。 二、財務監理組。 三、秘書組。	第六條 本會設左列各組。 一、業務監理組。 二、財務監理組。 三、秘書組。
第七條 本會置執行秘書、副執行秘書、組主任、專門委員、研究員、視察、專員、科員、助理員、書記。	第七條 本會置副主任委員、主任秘書、組長、專門委員、視察、專員、科員、助理員、書記。
第八條 本規程所列各職稱之官等及員額，另以編制表定之。 前項各職稱之職等，依職務列等表之規定。	第八條 本規程所列各職稱之官等及員額，另以編制表定之。 各職稱之職等，依職務列等表之規定。
	第九條 本會因業務需要，經報請行政院核准，得聘用研究員五人。
第九條 本會每月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席。主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。 本會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行之。有關議案須事前審查者，得奉行審查會審查之。	第十條 本會每月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。 本會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行之。
第十條 本會開會時得函請中央健康保險局主管人員列席。	第十一條 本會開會時，得請中央健康保險局及相關機關人員列席。
第十一條 本會辦事細則由本署訂定之。	第十二條 本會分層負責明細表，由本署定之。
第十二條 本規程自本法施行日起施行。	第十三條 本規程自本法施行之日施行。

※ 全民健康保險爭議審議委員會組織規程

一、法令依據

全民健康保險法第五條第二項。

二、立案原則

根據第一期規劃構想，主管機關獨立設置爭議審議機關，專司申訴案件審議事宜。

民國八十一年間全民健康保險法研議小組在討論過程中，原擬參考立法院厚生會所擬之立案要點，為使保險對象能儘速獲得行政救濟，以保障其權益，將爭議審議案件改由主管機關之訴願委員會辦理，惟經討論後發現此一規劃在作業上有其困難，爰決定設兩階段之行政救濟程序，如同公保、勞保的情形一般，只是將它從監理委員會中獨立出來，並定位為訴願的前階段，並未取代訴願。

據此，衛生署陳報行政院之「全民健康保險法」草案中，乃規劃由主管機關設「爭議審議委員會」，負責審議本保險被保險人、投保單位及保險醫事服務機構對保險人核定案件之爭議事項，並授權該委員會之組織規程由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布。

前開草案於行政院審查時，將委員會名稱由「爭議審議委員會」修改為「全民健康保險爭議審議委員會」，並增訂該委員會由主管機關代表、法學、醫藥及保險專家組成，及被保險人及投保單位對爭議案件之審議不服時，得依法提起訴願及行政訴訟之規定。

三、研訂過程

* 依據全民健康保險法草案，主管機關需擬訂全民健康保險爭議審議委員會組織規程，報請行政院核定，爰經參考公保、勞保、農保監理委員會組織規程及勞保爭議審議委員會組成，著手研擬條文草案，經以下會議討論或審查：

(一) 民國八十三年七月七日邀請公保、勞保、農保等機關開會研商組織規程草案。

(二) 民國八十三年七月二十一日、二十八日全民健康保險規劃小組第一一八次、一一九次會議討論委員會組成。

(三) 民國八十三年九月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議通過。

(四) 民國八十三年十一月十四日併同「全民健康保險監理委員會組織規程(草案)」暨其編制表(草案)，陳報行政院。

(五) 民國八十三年十二月十三日行政院召開審查會。

(六) 民國八十四年一月五日行政院第二四一四次會議通過。

* 行政院爰於民國八十四年一月十二日核定全民健康保險爭議審議委員會組織規程，經衛生署於同年一月二十八日以衛署健保字第八四〇〇一八〇八號令發布。

四、內容介紹

本規程全文共十條，其要點如下：

(一) 明定本規程之法源依據(第一條)。

(二) 明定本會受理之爭議審議事項(第二條)。

(三) 明定本會之隸屬關係及委員之產生方式與員額數(第三條)。

(四) 明定本會之編制職稱與員額(第四條)。

(五) 明定本會召開會議之方式及委員與兼任人員均為無給職(第五條)。

(六) 明定委員出席會議之權責(第六條)。

(七) 由於部分爭議事項審查非一般行政人員可以擔任，爰明定必要時得委託有關機關、機構先行鑑定，並得邀請有關人員列席諮商(第七條)。

(八) 明定本會召開會議時，得視需要邀請列席人員(第八條)。

(九) 明定本會辦事細則之訂定機關(第九條)。

(十) 明定本規程之施行日期(第十條)。

五、附表

茲將衛生署陳報行政院及行政院核定之全民健康保險爭議審議委員會組織規程整理如表 11-6；至於編制表部分，因規劃構想是由全民健康保險監理委員會工作人員派兼，應無訂定編制表之必要，故行政院並未核復編制表，爰僅將衛生署陳報行政院之全民健康保險爭議審議委員會編制表，整理如表 11-7。

表 11-6 全民健康保險爭議審議委員會組織規程

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第五條第二項規定訂定之。	第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第五條第二項規定訂定之。
第二條 全民健康保險爭議審議委員會(以下簡稱本會)隸屬行政院衛生署(以下簡稱本署),置主任委員一人,由本署副署長兼任,委員十四人,由署長聘兼之,聘期二年,並得續聘連任。 前項委員,除主任委員外,其名額分配如下: 一、保險專家二人。 二、法學專家四人。 三、醫藥專家六人。 四、相關主管機關代表二人擔任。	第三條 本會隸屬行政院衛生署(以下簡稱本署),置主任委員一人,委員十四人,由署長聘兼之;聘期二年,並得續聘連任。 前項委員,除主任委員外,其名額分配如下: 一、保險專家二人。 二、法學專家四人。 三、醫藥專家六人。 四、本署代表二人。
第三條 本會之任務如下: 一、關於被保險對象資格及投保手續之爭議審議事項。 二、關於被保險人投保金額之爭議審議事項。 三、關於保險費、滯納金及罰鍰之爭議審議事項。 四、關於保險給付之爭議審議事項。 五、關於保險醫事服務機構特約管理之爭議事項。 六、關於保險醫事服務機構醫療費用之爭議審議事項。 七、其他有關保險權益之爭議審議事項。	第二條 全民健康保險爭議審議委員會(以下簡稱本會)之任務如下: 一、關於保險對象資格及投保手續之爭議審議事項。 二、關於被保險人投保金額之爭議審議事項。 三、關於保險費、滯納金及罰鍰之爭議審議事項。 四、關於保險給付之爭議審議事項。 五、關於保險醫事服務機構特約管理之爭議審議事項。 六、關於保險醫事服務機構醫療費用之爭議審議事項。 七、其他有關保險權益之爭議審議事項。 本會得分組辦理前項事項。
第四條 本會置執行秘書、組主任、視察、專員、科員、書記均由有關機關人員調兼之。	第四條 本會置執行秘書、組長、視察、專員、科員、書記,均由有關機關人員調兼之。
第五條 本會每個月開會一次,必要時得舉行臨時會議,由主任委員召集,並為主席,主任委員未能出席時,得指定委員一人為主席。 本會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行之。 本會委員及兼任人員均為無給職,但得依規定支給研究費。	第五條 本會每個月開會一次,必要時得舉行臨時會議,由主任委員召集,並為主席;主席委員未能出席時,得指定委員一人為主席。 本會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行之。 本會委員及兼任人員均為無給職,但得依規定支給研究費。
第六條 本會開會時,審議委員須親自出席,如不克親自出席,得提出書面意見,由主席於開會時代為報告,但不得代為表決。	第六條 本會開會時,審議委員須親自出席;如不克親自出席,得提出書面意見,由主席於開會時代為報告,但不得代為表決。
第七條 本會審議之爭議事項,得指定委員或委託相關專家先行初審,再送委員會審議,必要時得委託有關機關及學術機構先行調查鑑定,並得邀請有關機關或專家學者列席諮商。	第七條 本會審議之爭議事項,得指定委員或委託相關專家先行初審,再送委員會審議;有關醫療費用之爭議事項,並得聘請相關專科之醫師或專家,協助提供初審意見。必要時得委託有關機關及學術機構先行鑑定,並於審議時邀請有關機關及學術機構人員列席諮商。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第八條 本會審議醫療費用之爭議事項，得聘請相關專科之醫師或專家，協助提供初審意見。	
第九條 本會開會時得請中央健康保險局派員列席，必要時得通知申請人及相關人員列席說明。	第八條 本會開會時，得請中央健康保險局派員列席；必要時得通知申請人及相關人員列席說明。
第十條 本會辦事細則由本署定之。	第九條 本會分層負責明細表，由本署定之。
第十一條 本規程自本法施行之日施行。	第十條 本規程自本法施行之日施行。

表 11-7 全民健康保險爭議審議委員會編制表

衛生署報行政院之編制表			
職稱	官等	員額	備考
執行秘書	簡派	一	本職稱之職等，在「甲、中央機關職務列等表之十一」未規定前，暫以簡派第十二職等辦理。
組主任	簡派	二	
視察	薦派	五	
專員	薦派	十	
科員	委派	十二	其中五人得列薦派
書記	委派	五	
合計		三五	
備註：			
一、本編制表各職稱之職等，應適用「甲、中央機關職務列等表之十一」之規定；該職務列等表修正時亦同。			
二、所列員額由有關機關人員派兼。			

註：因規劃構想是由全民健康保險監理委員會工作人員派兼，應無訂定編制表之必要，故行政院並未核定編制表。

※ 全民健康保險爭議事項審議辦法

一、法令依據

全民健康保險法第五條第二項。

二、立案原則

全民健康保險之被保險人、投保單位及保險醫事服務機構，一旦對於保險人核定之案件發生爭議，須有具體明確之依循規範，俾能據以向全民健康保險爭議審議委員會提出審議申請，進而保障渠等權益，爰訂定本辦法，針對申請審議之適用範圍、時效限制及應檢附之文件等詳予明定。

三、研訂過程

- * 全民健康保險爭議事項審議辦法(草案)於民國八十三年八月十一日經全民健康保險規劃小組第一二一次會議討論，並於同年九月十七日提經全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議，復於同年十一月十九日函報行政院。
- * 行政院於民國八十四年二月九日核定全民健康保險爭議事項審議辦法，經衛生署於同年二月二十四日以衛署健保字第八四〇〇八〇五三號令發布。

四、內容介紹

本辦法全文共十三條，其要點如下：

- (一) 明定本辦法之法源依據(第一條)。
- (二) 明定對保險人核定案件發生爭議，得申請審議之適用範圍(第二條)。
- (三) 明定申請審議之時效限制及應檢附之文件(第三條)。
- (四) 明定被保險人之眷屬，對爭議事項申請審議，應以被保險人為申請人；投保單位得為其所屬被保險人申請(第四條)。
- (五) 明定爭議事項於審議決定前，得申請撤回，但撤回後不得再行申請審議之限制(第五條)。
- (六) 明定申請書程序不符規定者，應行通知補正之程序及其時限；及保險人或主管機關對保險人原核定事項，得予以變更或撤銷之條件(第六條)。
- (七) 明定審議會受理爭議案件之申請，應通知保險人提出意見之程序；以及保險人對爭議審議案件之處理作業規定(第七條)。

- (八) 明定審議會受理爭議案件應行完成之期限 (第八條)。
- (九) 明定暫停進行審議之條件與程序 (第九條)。
- (十) 明定審議會得於必要時指定醫院或醫師複檢保險對象之傷病程度，及其費用負擔之歸屬 (第十條)。
- (十一) 明定爭議審議之結果，應作成審定書及送達之程序 (第十一條)。
- (十二) 明定本辦法書表格式之訂定 (第十二條)。
- (十三) 明定本辦法之施行日期 (第十三條)。

五、附表

茲將衛生署報行政院及行政院核定之全民健康保險爭議事項審議辦法，整理如表 11-8。

表 11-8 全民健康保險爭議事項審議辦法

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第一條 本辦法依全民健康保險法 (以下簡稱本法) 第五條第二項規定訂定之。	第一條 本辦法依全民健康保險法 (以上簡稱本法) 第五條第二項規定訂定之。
第二條 被保險人、投保單位及保險醫事服務機構 (以下均稱申請人) 對保險人左列事項之核定案件發生爭議時，得依本辦法規定申請審議： 一、關於保險對象之資格及投保手續事項。 二、關於被保險人投保金額事項。 三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。 四、關於保險給付事項。 五、關於保險醫事服務機構特約管理事項。 六、關於保險醫事服務機構醫療費用事項。 七、關於有關保險權益事項。	第二條 被保險人、投保單位及保險醫事服務機構 (以下均稱申請人) 對保險人左列事項之核定案件發生爭議時，應先依本辦法規定申請審議： 一、關於保險對象之資格及投保手續事項。 二、關於被保險人投保金額事項。 三、關於保險費、滯納金及罰鍰事項。 四、關於保險給付事項。 五、關於保險醫事服務機構特約管理事項。 六、關於保險醫事服務機構醫療費用事項。 七、其他關於保險權益事項。
第三條 申請人依前條規定申請審議時，應於接到保險人核定通知文件之日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書 (以下簡稱申請書) 一式二份，並檢附原核定通知文件 (影本) 及有關證件，向全民健康保險爭議審議委員會 (以下簡稱審議會) 申請審議，逾期不予受理。郵遞申請以郵戳為憑。其因不可歸責於申請人之事由致遲誤期間者，申請人應自其原因消滅之日起三十日內以書面敘明遲誤原因，申請審議。 申請審議事件因遲誤前項期間不予受理時，如原核定確屬違法或不當者，保險人或其主管機關得依職權變更或撤銷之。	第三條 申請人依前條規定申請審議時，應於接到保險人核定通知文件之日起六十日內，填具全民健康保險爭議審議申請書 (以下簡稱申請書) 一式三份，並檢附原核定通知文件 (影本) 及有關文件資料，向全民健康保險爭議審議委員會 (以下簡稱審議會) 申請審議；逾期申請者，為不受理之決定。郵遞申請，以申請書到達審議會之郵戳為憑。其因不可歸責於申請人之事由致遲誤期間者，申請人應自其原因消滅之日起十五日內以書面敘明遲誤原因，申請審議。 申請審議事件因遲誤前項期間不予受理時，如原核定確屬違法或不當者，保險人或其主管機關得依職權變更或撤銷之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第四條 被保險人眷屬發生爭議事項時，應以被保險人為申請人。 申請人為無行為能力人或限制行為能力人，其申請應由法定代理人代理之。 投保單位得依請求為其所屬被保險人辦理申請手續，但不得違背被保險人之意思。	第四條 被保險人眷屬發生爭議事項時，應以被保險人為申請人申請審議。 投保單位得依其所屬被保險人之請求，代為辦理前項之申請。
第五條 申請人申請審議後，於審議決定前得撤回之。但撤回後，不得就同一爭議之事實再申請審議。	第五條 申請人申請審議後，於審議決定前得撤回之。但撤回後，不得就同一爭議之事實再申請審議。
第六條 審議會收到申請書後，認為程序不符規定者，應通知申請人於十五日內補正，逾期不為補正者，不予受理。 前項補正如有正當理由得於期間屆滿前請求延期。 第一項不予受理之申請審議事件，如原核定確屬違法或不當者，保險人或主管機關得予變更或撤銷之。	第六條 審議會認申請書不合程式，而其情形可補正者，應通知申請人於十五日內補正；屆期不補正者，為不受理之決定。 前項補正如有正當理由，得於十五日內屆滿前，申請延期。 第一項不予受理之申請審議事件，如原核定確屬違法或不當者，保險人或主管機關得予變更或撤銷之。
第七條 審議會收到申請書後，除第三條及第六條規定不予受理者外，應將一份函送保險人；保險人應於收文之翌日起二十日內提出意見書連同必要資料一併檢送審議會。但保險人如認為申請審議為有理由時，得依申請事項重新核定，逕行通知申請人並副知審議會。	第七條 審議會收到申請書後，除第三條及第六條規定不予受理者外，應將申請書一份函送保險人；保險人應於收文之翌日起二十日內提出意見書，連同必要資料一併檢送審議會。但保險人認為申請審議為有理由時，得依申請事項重新核定，逕行通知申請人，並副知審議會。
第八條 審議會應自收到申請書之翌日起，三個月內完成審議；必要時得延長一次，但不得逾二個月，並應通知申請人。 前項審議時間，其申請書經通知補正者，應自補正之翌日起算。	第八條 審議會應自收到申請書之翌日起，三個月內完成審議；必要時得延長一次，但不得逾二個月；其延長並應通知申請人。 前項審議時間，其申請書經通知補正者，應自補正之翌日起算。
第九條 審議之決定須以其他法律關係是否成立為準據者，於該法律關係尚未確定前，審議會得依職權或申請人之申請暫停審議程序之進行，並通知申請人。	第九條 審議之決定須以其他法律關係是否成立為準據者，於該法律關係尚未確定前，審議會得依職權或申請人之申請暫停審議程序之進行，並通知申請人。
第十條 審議會對於審議事件，認為有複檢保險對象傷病程度之必要時，得指定醫療機構或醫師予以複檢。保險對象如無正當理由不得拒絕複檢。 前項複檢所需費用，由保險人負擔。	第十條 審議會對於審議事件，認為有複檢保險對象傷病程度之必要時，得指定醫療機構或醫師予以複檢。保險對象如無正當理由，不得拒絕複檢。 前項複檢所需費用，由保險人負擔。
第十一條 審議會應將審議結果作成審定書，分別送達申請人及保險人，必要時並副知相關投保單位及保險醫事服務機構。 保險人對於前項審定結果應於審定書送達後十五日內執行之。	第十一條 審議會應將審議結果作成審定書，分別送達申請人及保險人；必要時，並副知相關投保單位及保險醫事服務機構。 保險人對於前項審定結果，應於審定書送達之日起十五日內執行之。
第十二條 本辦法所定書表格式由審議會定之。	第十二條 本辦法所定書表格式，由審議會定之。
第十三條 本辦法自本法施行之日施行。	第十三條 本辦法自本法施行之日施行。

※ 實際從事農業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法

一、法令依據

全民健康保險法第八條第二項。

二、立案原則

依農會法規定，凡中華民國國民，年滿二十歲，居住農會組織區域內，實際從事農業，並合於自耕農、佃農及雇農等資格之一者，經審查合格後，得加入該組織區域之基層農會為會員，其他實際從事農業工作者，並無法取得其會員資格；又農民健康保險之被保險人已明定包括農會會員及年滿十五歲以上從事農業工作之農民，全民健康保險法亦將之同時規範為第三類被保險人，而為認定非具農會會員資格之保險對象是否實際從事農業工作，得以第三類被保險人身分參加全民健康保險，爰有訂定本辦法之必要，針對實際從事農業之條件、申請方式及審查程序等予以明確規範。

另農民健康保險復為認定農會會員及年滿十五歲以上從事農業工作者，已訂有「台灣省各基層農會會員資格審查及認定要點」及「從事農業工作農民認定標準及資格審查辦法」，故本辦法之內容經農委會邀集相關單位召開會議決定，「年滿十五歲以上實際從事農業工作者」之認定標準應力求一致。

三、研訂過程

- * 農委會於民國八十三年十月六日邀集經建會、勞委會、主計處、內政部、臺灣省政府農林廳、勞保局、臺北市建設局、高雄市政府建設局、臺灣省農會、基層農會代表、健保局籌備處及衛生署等有關單位，召開研商實際從事農業工作者據以參加農民健康保險之「從事農業工作農民認定標準及資格審查辦法」修正事宜會議，作為農委會與衛生署訂定參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法之參據。
- * 經參酌前揭會議研商結論，由農委會及衛生署於民國八十四年一月二十一日以農輔字第三〇六〇六〇三 A 號、衛署健保字第八四〇〇五三四一號令會銜發布。

四、內容介紹

本辦法全文共九條，其要點如下：

- (一) 年滿十五歲以上實際從事農業工作者(以下簡稱農業工作者)申請參加全民健康保險為第三類被保險人之投保資格別分為自耕農、佃農及雇農三種，農業工作者除需符合自耕農、佃農或雇農資格條件外，尚須符合年滿十五歲以上、每年實際從事農業工作時間合計達九十日以上以及無農業以外之專任職業者等加保要件(第二條)。
- (二) 農會審查農業工作者資格由該農會理事長、常務監事、總幹事、會務股長、推廣股長、信用部主任及保險部主任等七人組成審查小組為之(第四條)。
- (三) 審查小組審查農業工作者資格，每月至少開會一次，必要時得加開之(第五條)。
- (四) 農業工作者申請參加全民健康保險，經審查小組審定後，農會應將結果書面通知申請人，申請人如有異議，得於七日內申請複審，但以一次為限(第七條)。
- (五) 農業工作者應於第二條所定資格條件異動或喪失時，向戶籍所在地之基層農會申報(第八條)。

※ 實際從事漁業工作者申請參加全民健康保險認定標準及資格審查辦法

一、法令依據

全民健康保險法第八條第二項。

二、立案原則

依漁會法之規定，凡中華民國國民，年滿二十歲，居住漁會組織區域內，合於遠洋、近海、沿岸及淺海漁民等資格之一者，經審查合格後，得加入該組織區域之區漁會為甲類會員，其他實際從事漁業工作者，並無法取得其會員資格，惟全民健康保險法已規範年滿十五歲以上實際從事漁業工作者，亦為第三類被保險人，而為認定非具漁會甲類會員資格之保險對象是否實際從事漁業工作，得以第三類被保險人身分參加全民健康保險，爰有訂定本辦法之必要，針對實際從事漁業之條件、申請方式及審查程序等予以明確規範。

三、研訂過程

- * 參酌「漁會法」、「台灣省基層漁會會員資格審查及認定要點」、「漁會理、監事候選人實際從事漁業之資格」等有關規定，並考量臺灣地區各級漁會之實際負擔能力，經下列兩次會議與相關單位充分討論溝通獲致共識，再次以書面徵詢各相關單位意見後，完成本辦法之訂定。
- * 民國八十三年八月一日農委會開會研商，並決定由該會漁業處參照「台灣省基層漁會會員資格審查及認定要點」中有關甲類會員之資格條件訂定實際從事漁業工作者之「認定標準」，據以訂定「資格審查辦法」並彙整成「實際從事漁業工作者認定標準及資格審查辦法草案」後，再另行擇期召開會議討論。
- * 民國八十三年八月二十六日農委會邀集內政部、勞委會、勞保局、臺灣省政府農林廳漁業局、高雄市政府建設局漁業處、臺灣省漁會、基層漁會代表、基隆市政府、高雄縣政府、臺北縣政府、屏東縣政府及衛生署等有關單位召開研訂實際從事漁業工作者認定標準及資格審查辦法草案會議。
- * 經參酌前揭會議研商結論及各相關單位意見，復由農委會及衛生署於民國八十四年一月二十一日以農漁字第三〇四〇九八四 A 號、衛署健保字第八四〇〇五三四二號令會銜發布。

四、內容介紹

本辦法全文共九條，其要點如下：

- (一) 參照「漁會理、監事候選人實際從事漁業之資格標準」、「漁會會員資格審查及認定要點」等有關規定，並按漁會法對從事漁業分類種類之不同，分別明定遠洋、近海、沿岸、淺海養殖、漁塭養殖及河沼漁民之加保要件（第二條）。
- (二) 規定漁業工作者申請參加全民健康保險應檢附之必要表件，並親向所屬或戶籍所在地之漁會申請（第三條）。
- (三) 明定漁會審查漁業工作者加保資格時，應由該會理事長、常務監事、總幹事、會務課（股）長、推廣課（股）長、魚市場主任及信用部主任等七人組成小組為之。但漁會未分課（股）事或員工人數未達七人者，得酌予降低小組人數（第四條）。
- (四) 規定審查小組每月應召開審查會次數及會議審議程序（第五條、第六條）。
- (五) 規定漁會對申請案件，經審查小組審定後，應將結果以書面通知申請人；申請人如有異議，得於七日內申請複審，但以一次為限（第七條）。
- (六) 規定漁業工作者應於第二條所訂資格條件異動或喪失時，向所屬或戶籍所在地漁會申報（第八條）。

※ 全民健康保險投保金額分級表

一、法令依據

全民健康保險法第二十一條第一項。

二、立案原則

延續第一期規劃精神，訂定投保金額分級表，以健全保險財務，並確立醫療給付保險與現金給付保險投保金額分級表分立之原則。

三、研訂過程

- *民國八十一年六月十八日全民健康保險規劃小組第四十五次會議討論全民健康保險法立案要點草案第七項「投保金額」，規定主管機關應訂定「最低投保金額」並定期調整，其說明欄為「健康保險與其他社會保險之投保金額分級表分別設定」。
- *民國八十一年九月十七日全民健康保險規劃小組第五十六次會議討論全民健康保險法立案要點草案第七項「投保金額」之甲案，明確規範下列事項：
 - (一)主管機關應訂定「投保金額分級表」，並每年按主計處公布之「各行業受僱員工每月平均薪資指數」調整。
 - (二)被保險人若無固定所得，可依「投保金額分級表」規定之金額自行申報，保險人於年底再作查核。
 - (三)最高一級投保金額適用之被保險人數超過被保險人總數百分之三，並持續十二個月時，應於次月調整投保金額分級表加高等級。
- *民國八十一年十二月三日全民健康保險規劃小組第六十三次會議討論全民健康保險法條文草案，其中第十九條，即依前開立案要點內容訂定。
- *民國八十三年八月二十四日全民健康保險規劃小組第一二二次會議討論「全民健康保險投保金額分級表」及「上限訂定建議案」，其中有關全民健康保險投保金額分級表之訂定，原則上以勞保投保薪資分級表為架構，再將上限予以調整。至上限設定之建議，分擬三案，甲案為四九八〇〇元，乙案為五二八〇〇元，丙案為五五八〇〇元。會議決議：請照案提全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議。

- * 行政院第六組於民國八十二年十月七日、十一月十日及十一月十一日三度邀集衛生署會商全民健康保險規劃業務。在財務制度方面，有關投保金額分級表之重要結論為：公保、勞保及全民健康保險應採相同級距之投保金額分級表，惟薪級表之上限仍依各該保險法之規定處理。
- * 民國八十三年九月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議「全民健康保險投保金額分級表」及「上限訂定建議案」，會中決議，以乙案上限五二八〇〇元提報行政院。
- * 衛生署於民國八十三年十月二十九日函送「全民健康保險投保金額分級表」至行政院審議，案經行政院民國八十四年一月四日函復准予修正（修正重點為：上限由五二八〇〇元修正為五三〇〇〇元；第五組級距由二一〇〇元修正為一九〇〇元；第六組級距由三〇〇〇元修正為二四〇〇元；各組均以各級級距上限為投保金額）核定。衛生署旋即於同年二月七日以衛署健保字第八四〇〇〇三三五號公告實施。

四、內容介紹

有關投保金額分級表內容介紹，請參閱第五章第二節之二（二）投保金額分級表之說明。

※ 全民健康保險第三類被保險人之投保金額

一、法令依據

全民健康保險法第二十三條。

二、立案原則

確立農會及水利會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者及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投保金額之計算基準。

三、研訂過程

- * 早期討論全民健康保險法立案要點時，農、漁民參加全民健康保險之規劃方向，是將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規劃在第二類，其投保金額若為受雇者為薪資所得，為雇主及自營作者為營利所得，為自行執業者為執行業務所得。另農民則規劃為第三類，其投保金額以該被保險人及其眷屬所持有之房屋及土地總價訂定。
- * 民國八十一年十月二十三日全民健康保險規劃指導委員會第六次會議，與會者建議，第一、二類被保險人即公保、勞保之被保險人，其投保金額以薪資為準，第三類被保險人，其投保金額乃以勞保平均投保薪資加權後所得之金額為基準，惟農民之所得、財產與薪資並不相同，如同以一固定金額為保費徵收基礎，不免偏頗，故擬甲、乙兩案以供選擇。甲案以農保原本保費之計算方式扣繳，乙案則比照地區團體被保險人，除考慮戶數及家戶人口數因素外，另以所得及財產（包括土地及房屋）為基礎。
- * 民國八十一年十二月三日全民健康保險規劃小組第六十三次會議就第三類被保險人之投保金額，有甲、乙兩案，甲案以第一類及第二類被保險人前一年度之平均投保金額為投保金額，乙案則以其總人數推算醫療給付支出總額為其保險費總額，並以戶為單位計繳保險費。
- * 民國八十一年十二月十七日全民健康保險規劃小組第六十四次會議建議，第三類被保險人之投保金額以該被保險人及其眷屬所持有之房屋及土地總價，訂定

其適用之投保金額等級。前項所稱房屋及土地總價，依房屋稅之房屋課稅現值及土地申報地價計算。

- * 民國八十一年十二月十八日全民健康保險規劃指導委員會第九次會議決議，第三類被保險人之投保金額，以第一類及第二類被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
- * 民國八十二年四月十五日全民健康保險規劃小組第七十五次會議討論「全民健康保險法」(草案)條文中，已將農、漁民規劃於第三類，其投保金額，以第一類及第二類被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
- * 民國八十三年一月六日全民健康保險規劃小組第一〇一次會議討論有關農、漁民平均投保薪資如何訂定時，因省、市政府刻正編列八十四年度保費補助之概算，農、漁民的平均投保薪資，請其暫以2萬元為基準；另請試以財稅資料模擬農民所得，以估算其所能夠繳交之保險費額度，再訂定其平均投保薪資之上、下限。
- * 民國八十三年六月三十日全民健康保險規劃小組第一一六次會議討論農、漁民之投保金額，以受雇者及公職人員、無一定雇主或自營作業而參加職業工會，及參加海員總工會或船長公會會員之外僱船員之平均投保金額計算之。但保險人得視該目被保險人及其眷屬之經濟能力調整投保金額等級。
- * 民國八十三年七月二十一日全民健康保險規劃小組第一一八次會議，報告全民健康保險法立法院通過之條文，其中第三類被保險人之投保金額，三讀通過之條文為：第三類被保險人之投保金額，以第八條第一項第一款第二目、第三目及第二款所定被保險人之平均投保金額計算之。但保險人得視該類被保險人及其眷屬之經濟能力，調整投保金額等級。
- * 民國八十三年八月四日全民健康保險規劃小組第一二〇次會議討論農保被保險人投保金額訂定乙案，請財務組羅紀琮召集人按農民之所得或財產適度分級，並建議適用之投保金額等級。

- *民國八十三年八月二十四日全民健康保險規劃小組第一二二次會議初步決議農民之投保金額採第五級，以一六,五〇〇為基準。
- *民國八十三年九月二十九日全民健康保險規劃小組第一二五次會議討論第三類被保險人(農、漁民)之投保金額，第三類被保險人工作所得高於基本工資者將以全民健康保險法第十二條來規範，使其以第一類或第二類被保險人身分加保，不須另行規定；第三類被保險人投保金額仍以不分級為原則。
- *民國八十三年十月八日研商訂定全民健康保險雇主、職業工人及農漁民投保金額事宜會議，有關第三類被保險人(農、漁民)之投保金額決議：第三類被保險人投保金額定為一六,五〇〇元，暫不分級。
- *民國八十四年二月六日以衛署健保字第八四〇〇五八九六號公告「全民健康保險第三類被保險人之投保金額為一六,五〇〇元。」

※ 全民健康保險醫療辦法

一、法令依據

全民健康保險法第三十一條第二項。

二、立案原則

保險對象發生疾病、傷害或生育事故時，由保險醫事服務機構依規定給予診療服務，爰訂定本辦法，規範保險醫事服務機構提供之醫療及藥事服務項目、標準、保險用藥，及保險對象就醫程序與手續等。

三、研訂過程

- * 全民健康保險醫療辦法由全民健康保險規劃小組先行研擬草案後，移由健保局籌備處繼續研擬。該處於民國八十三年六月二十二日提出修正版本報衛生署後，經健保規劃小組彙整確定對外研修之版本。
- * 民國八十二年十月七日全民健康保險規劃小組第九十三次會議決議：「為實施全民健康保險，除制定全民健康保險法及中央健康保險局組織條例外，亦須配合訂定相關子法規。」爰由健保規劃小組先行研擬，其中包括全民健康保險醫療辦法。
- * 民國八十三年一月二十日全民健康保險規劃小組第一〇三次會議決議，將草案移列健保局籌備處繼續研擬。
- * 健保局籌備處於民國八十三年六月二十二日提出修正版本報署後，經健保規劃小組彙整確定對外研修之版本。
- * 民國八十三年七月二十九日衛生署邀集相關公協會及政府相關單位等，召開「初審全民健康保險醫療辦法（草案）」會議，就草案進行逐條討論。
- * 民國八十三年八月十二日保健處邀集醫事處、健保規劃小組及健保局籌備處，召開研商全民健康保險醫療辦法第四章居家照護條文內容（草案）會議，會議決議重點如下：
 - （一）居家照護收案條件不訂在全民健康保險醫療辦法之內，而由保險人訂定公告之。

- (二) 居家照護服務之提供者，為保險醫事服務機構之醫師及護理人員。
- (三) 接受需居家照護之保險對象，其居所建議不限僅在「住家」而已。
- (四) 建議將衛生單位核准設立之護理之家機構，視為與「慢性病床」相關之類別對其機構內病患所提供醫療服務應予以給付。

*民國八十三年八月二十四日全民健康保險規劃小組第一二二次會議討論「護理之家是否應納入全民健康保險給付」事項，會議決議重點如下：

- (一) 由於保險財務精算並未將護理之家納入，且開辦初期保費之收繳率無法掌握，驟然開放新增項目，恐將增加保險財務嚴重負擔。
- (二) 規範提供居家照護服務之機構，及提供居家照護服務所需之交通費非本保險給付範圍。

*民國八十三年九月五日及三十日衛生署邀集相關公協會與醫學會、消費者團體及政府相關單位等，審議「全民健康保險醫療辦法(草案)保留條文暨免自行負擔費用之重大傷病範圍草案」二次會議，會議決議重點如下：

- (一) 增列「逕赴特約醫院門診而經診斷為嚴重疾病需由醫院繼續治療者，亦列為得由醫院發給繼續治療單之對象」。
- (二) 同意衛生署取消需要長期就醫疾病發給特殊醫療卡之規定，改增列持重大傷病證明接受之治療，應以該證明所填之疾病為限。
- (三) 增列「保險醫事服務機構申報醫療費用，經保險人核減時，保險對象應自行負擔之費用，不予重行核算」。
- (四) 醫院急診之服務項目，原則同意將會診列入，惟會診之適用範圍由保險人另予規範。
- (五) 未來中醫門診若採用平均費用方式支付醫療院所，則第二十五條有關中醫醫院門診服務項目之條文應增列：「中醫醫院經衛生主管機關核准設有檢驗單位者，得提供門診檢驗服務」，惟檢驗費用應包含在診療費用中。
- (六) 有關義肢之給付範圍及次數，由「主管機關定之」，修正為「由保險人定之」。

(七) 增列「慢性疾病範圍由保險人定之」之規範。

(八) 同意衛生署所擬居家照護服務所服務之項目、提供居家照護服務之機構，及提供居家照護服務所需之交通費非本保險給付範圍等三條條文。

(九) 同意衛生署所擬調劑處方之流程步驟。

* 民國八十三年十一月二日全民健康保險規劃指導委員會第十二次會議討論修正通過，會議決議重點如下：

(一) 將慢性病連續處方箋之有效期間不得超過三個月，改為「不得超過一個月，並得分二至四次調劑。」

(二) 刪除「保險醫事服務機構申報醫療費用，經保險人核減時，保險對象應自行負擔之費用，不予重行核算」。

* 民國八十三年十二月六日全民健康保險醫療辦法(草案)陳報行政院，行政院於民國八十四年二月四日修正核定，尚有以下重要修正，並經衛生署於同年二月二十四日以衛署健保字第八四〇〇四二一〇號令發布：

(一) 將第六條「保險對象若有不可抗拒或可歸因保險人或投保單位之因素」部分修正為「因不可歸責於保險對象之事由」：並增列保險對象未及提出保險憑證，準用本法第四十三條之規定。

(二) 將中醫診所、中醫醫院門診及中醫門診得提供之服務項目，合併規範。

(三) 藥劑容器或包裝增列性別、藥局地點、名稱、調劑者姓名及調劑年月日等資料。

四、內容介紹

本辦法分為六章，全文共四十七條，其要點如下：

(一) 第一章總則：明定立法依據及適用範圍(第一條及第二條)。

(二) 第二章就醫程序：明定保險對象就醫應繳驗之證件及未及提出保險憑證之處理；轉診、轉檢之規定及轉診之處理程序；繼續治療單及重大傷病證明之取得、使用或效期規定；保險醫事服務機構辦理保險對象住院診療之作業規範；保險對象住、出院之規範；處方箋及慢性病連續處方箋之適用範圍、取得及有效期限以及保險對象就醫應遵行事項(第三條至第十九條)。

- (三) 第三章醫療服務：明定診所、牙醫診所、中醫診所、醫院門診、中醫醫院門診、醫院、急診、急性住院、慢性住院等之服務項目，法定傳染病或嚴重精神病之醫療費用之規定；輸血、義肢及高科技診療項目之使用限制，病房給付等級與住非保險病房應徵得保險對象同意；住院日數之計算方式及保險藥品之用量與限制（第二十條至第三十六條）。
- (四) 第四章居家照護：明定居家照護服務項目、提供機構以及所需交通費非屬本保險給付範圍（第三十七條至第三十九條）。
- (五) 第五章藥事服務：明定保險對象可至藥局調劑藥品及應繳驗證件；處方箋之時效、調劑流程規定與替代之規定及藥劑容器或包裝應載明之事項（第四十條至第四十五條）。
- (六) 第六章附則：明定本辦法書表等格式訂定之權責單位及本辦法施行日期（第四十六條及第四十七條）。

五、附表

茲將衛生署陳報行政院及行政院核定之全民健康保險醫療辦法，整理如表 11-9。

表 11-9 全民健康保險醫療辦法

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第一章 總則	第一章 總則
第一條 本辦法依全民健康保險法(以下簡稱本法)第三十一條規定訂定之。	第一條 本辦法依全民健康保險法(以下簡稱本法)第三十一條第二項規定訂定之。
第二條 全民健康保險(以下簡稱本保險)保險對象之就醫程序及保險醫事服務機構承辦醫療有關之業務,依本辦法規定辦理;本辦法未規定者,依其他相關法令之規定辦理。	第二條 全民健康保險(以下簡稱本保險)保險對象之就醫程序及保險醫事服務機構之醫療業務,依本辦法之規定;本辦法未規定者,依其他相關法令之規定。
第二章 就醫程序	第二章 就醫程序
第三條 保險對象至保險特約醫院、診所就醫,應繳驗下列文件: 一、保險憑證。 二、國民身分證或其他足以證明身分之證件。前項保險憑證由保險人製發。	第三條 保險對象至保險醫事服務機構就醫,應繳驗下列文件: 一、保險憑證。 二、國民身分證或其他足以證明身分之文件。前項保險憑證,由保險人製發。
第四條 保險對象至保險特約地區醫院、區域醫院或醫學中心門診,除繳驗前條所定文件外,應再繳交(驗)下列文件之一: 一、轉診單。 二、繼續治療單。 未繳交(驗)前項文件或文件已逾有效期限者,應依本法相關規定,加重其自行負擔之費用,但急診及本法施行細則另有規定者不在此限。	第四條 保險對象至保險特約地區醫院、區域醫院或醫學中心門診,除繳驗前條所定文件外,應再繳交(驗)下列文件之一: 一、轉診單。 二、繼續治療單。 未繳交(驗)前項文件或文件已逾有效期限者,應依本法自行負擔費用之相關規定辦理。但急診及本法施行細則另有規定者,不在此限。
第五條 保險對象因尚未領到保險憑證或分娩、緊急傷病就醫,未能及時繳驗保險憑證或身分證件者,保險醫事服務機構應先行提供醫療服務,收取保險醫療費用,並掣給保險醫療費用項目明細表及收據;保險對象於就醫日起七日內(不含例假日)補送保險憑證時,保險醫事服務機構應於保險憑證上補蓋戳記,並將所收保險醫療費用退還。	第五條 保險對象因尚未領到保險憑證或分娩、緊急傷病就醫,未能及時繳驗保險憑證或身分證件者,保險醫事服務機構應先行提供醫療服務,收取保險醫療費用,並掣給保險醫療費用項目明細表及收據;保險對象於就醫日起七日內(不含例假日)補送保險憑證或身分證件時,保險醫事服務機構應於保險憑證上補蓋戳記,並將所收保險醫療費用退還。
第六條 保險對象若有不可抗拒或可歸因保險人或投保單位之因素,而未及依前條規定於就醫日起七日內補送保險憑證時,得檢附保險醫事服務機構開具之單據明細,向保險人申請核退保險醫療費用。	第六條 因不可歸責於保險對象之事由,致保險對象未能依前條規定於就醫之日起七日內補送保險憑證或身分證件時,得檢附保險醫事服務機構開具之保險醫療費用項目明細表及收據,準用本法第四十三條之規定,向保險人申請核退保險醫療費用。
第七條 保險特約醫院、診所因限於設備及專長,無法確定保險對象之病因或提供完整治療,或無法提供所需之檢查時,應填具轉診病歷摘要及交付轉診單,建議其轉診。如係危急者,應先作適當之急救處置,始可轉診。並視需要,先行通知接受轉診之醫院預作準備。	

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第八條 保險特約醫院、診所對於需轉檢之保險對象，應交付轉檢單，供保險對象至其他保險特約醫院、診所之檢驗（查）單位或保險指定之醫事檢驗機構接受服務。	第七條 保險特約醫院、診所對於需轉檢之保險對象，應交付轉檢單，供保險對象至其他保險特約醫院、診所或保險指定之醫事檢驗機構接受檢驗（查）。
第九條 保險特約醫院、診所於接受轉診保險對象後，應依醫療法之規定，門診於三日內，住院於十四日內，將處理情形及建議事項通知原轉介之保險特約醫院、診所。若因病情需要，須繼續在接受轉診之醫院接受治療，亦應一併告知。對於已無需繼續在該醫院治療但仍需追蹤治療之保險對象，應轉回原轉介之保險特約醫院、診所。	第八條 保險特約醫院、診所於接受轉診保險對象後，應依醫療法之規定，門診於三日內，住院於十四日內，將處理情形及建議事項通知原轉介之保險特約醫院、診所。因病情需要，須繼續在接受轉診之醫院、診所接受治療，應一併告知。對於無須繼續在該醫院、診所治療而仍需追蹤治療之保險對象，應轉回原轉介之保險特約醫院、診所。
第十條 保險特約醫院對於該醫院出院、門診手術、急診或經轉診之保險對象須進行繼續治療時，或保險對象經診斷患有主管機關公告之疾病者，得由保險特約醫院發給繼續治療單。 繼續治療單之有效期限，由醫師依病情需要定之，但以不超過一個月為原則；惟病情需要須延長繼續治療時，應定期造冊向保險人報備。	第九條 保險特約醫院對於該醫院出院、門診手術、急診或經轉診之保險對象須進行繼續治療時，或保險對象經診斷患有主管機關公告之疾病者，得由保險特約醫院發給繼續治療單。 繼續治療單之有效期限，由醫師依病情需要定之，最長不得超過一個月。但病情需要，須延長治療期間時，得酌予延長，並定期造冊向保險人報備。
第十一條 保險對象經診斷確定為重大傷病，得檢具保險特約醫院、診所開立之診斷證明書，報經保險人核可後，發給重大傷病證明。 保險對象持重大傷病證明接受治療，應免除其自行負擔費用，但其免除範圍以重大傷病證明所載之傷病為限。	第十條 保險對象經診斷確定為重大傷病，得檢具保險特約醫院、診所開立之診斷證明書，報經保險人核可後，發給重大傷病證明。 保險對象持重大傷病證明接受治療，依本法第三十六條免除其自行負擔費用之範圍，以重大傷病證明所載之傷病為限。
第十二條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核保險對象繳交之保險憑證及身分證件等文件是否相符，並於保險憑證上加蓋戳記，如有不符時，保險醫事服務機構應拒絕其以保險對象身分就醫。	第十一條 保險醫事服務機構接受保險對象就醫時，應查核保險對象繳交之保險憑證及身分證件等文件是否相符，並於保險憑證上加蓋戳記，如有不符時，保險醫事服務機構應拒絕其以保險對象身分就醫。
第十三條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應核對並收繳其保險憑證，俟其出院時發還。並於辦理保險對象住院後次日內檢具全民健康保險住院通知表送保險人備查。	第十二條 特約醫院於保險對象辦理住院手續時，應核對並收繳其保險憑證，俟其出院時發還；並於保險對象住院後次日內，檢具全民健康保險住院通知表，送保險人備查。
第十四條 保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院： 一、可門診診療之傷病。 二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。	第十三條 保險對象有下列情形之一者，特約醫院不得允其住院或繼續住院： 一、可門診診療之傷病。 二、保險對象所患傷病，經適當治療後已無住院必要。
第十五條 特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。	第十四條 特約醫院對於住院治療之保險對象經診斷認為可出院療養時，應即通知保險對象。保險對象拒不出院者，有關費用應由保險對象自行負擔。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第十六條 住院患者不得離院，若因特殊事故必須請假離院親自處理時，應徵求主治醫師同意，並於病歷上載明原因及請假時數後，方得請假外出，且晚間不得外宿。 未經請假即離院者，視同自動出院。	第十五條 保險對象住院後，不得擅自離院。因特殊事故必須離院時，應徵求主治醫師同意，並於病歷上載明原因及請假時數後，始得請假外出；晚間不得外宿。 未經請假即離院者，視同自動出院。
第十七條 醫師診治保險對象得交付處方箋，並得依病情需要，給予保險對象慢性病連續處方箋。 前項慢性病連續處方箋之適用疾病範圍由保險人定之，其有效期間不得超過一個月，並得分二至四次調劑。	第十六條 醫師診治保險對象得交付處方箋；其屬慢性病時，得給予保險對象慢性病連續處方箋。 前項慢性病連續處方箋之適用疾病範圍，由保險人定之；其有效期間不得超過一個月，並得分二至四次調劑。
第十八條 保險醫事服務機構診療保險對象有本法第三十九條或第四十一條規定不給付項目者，應事先告知保險對象。	第十七條 保險醫事服務機構診療保險對象有本法第三十九條或第四十一條規定不給付項目者，應事先告知保險對象。
第十九條 保險對象完成診療程序後，保險醫事服務機構應依本法規定向保險對象收取其應自行負擔之費用，並掣給保險醫療費用項目明細表及收據。 保險對象未依前項規定繳納費用，保險醫事服務機構應通知於十日內繳納，保險對象仍未繳納時，保險醫事服務機構應於繳納期間屆滿之日起三日內以書面通知保險人。	第十八條 保險對象完成診療程序後，保險醫事服務機構應依本法規定向保險對象收取其應自行負擔之費用，並掣給保險醫療費用項目明細表及收據。 保險對象未依前項規定繳納費用，保險醫事服務機構應通知於十日內繳納；保險對象屆期仍未繳納時，保險醫事服務機構應於繳納期間屆滿之日起三日內以書面通知保險人。
第二十條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項： 一、遵守本保險一切規定。 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。 三、不得任意要求檢查、處方用藥或住院。 四、住院者，經特約醫院通知出院時，應即辦理出院。 五、依規定繳交自行負擔費用。	第十九條 保險對象至保險醫事服務機構就醫時，應遵行下列事項： 一、遵守本保險一切規定。 二、遵從醫事人員有關醫療上之囑咐。 三、不得任意要求檢查（驗）、處方用藥或住院。 四、住院者，經特約醫院通知出院時，應即出院。 五、依規定繳交應自行負擔之費用。
第三章 醫療服務	第三章 醫療服務
第二十一條 診所得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查（驗）。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、一般治療處置、復健治療、精神科治療。 六、門診手術。 七、產前、產後檢查、分娩、新生兒照護。 八、血液透析。 九、輸血。	第二十條 診所得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查（驗）。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、一般治療處置、復健治療、精神科治療。 六、門診手術。 七、產前、產後檢查、分娩、新生兒照護。 八、血液透析。 九、輸血。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第二十二條 牙醫診所得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、牙科處置。 六、牙科門診手術。	第二十一條 牙醫診所得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、牙科治療處置。 六、牙科門診手術。
第二十三條 中醫診所得提供下列服務項目： 一、診察。 二、中藥濃縮製劑之給予。 三、治療材料之給予。 四、中醫一般治療處置、針灸治療及傷科處置。	第二十二條 中醫診所、中醫醫院門診及醫院中醫門診得提供下列服務項目： 一、診察。 二、中藥濃縮製劑之給予。 三、治療材料之給予。 四、中醫一般治療處置、針灸治療及傷科處置。 中醫住院服務項目及給付標準，由主管機關另定之。
第二十四條 醫院門診得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查（驗）。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科處置。 六、門診手術。 七、產前、產後檢查。 八、血液透析。 九、輸血。	第二十三條 醫院門診得提供下列服務項目： 一、診察。 二、檢查（驗）。 三、處方藥或處方箋之給予。 四、治療材料之給予。 五、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科治療處置。 六、門診手術。 七、產前、產後檢查。 八、血液透析。 九、輸血。
第二十五條 中醫醫院門診得提供下列服務項目： 一、診察。 二、中藥濃縮製劑之給予。 三、治療材料之給予。 四、中醫一般治療處置、針灸治療及傷科處置。 中醫住院服務項目及給付標準由主管機關另定之。	
第二十六條 醫院急診得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及急診處暫留床之提供。 三、檢查（驗）。 四、處方藥或處方箋之給予。 五、治療材料之給予。 六、一般治療處置、放射線治療、精神科治療、牙科處置。 七、手術。 八、血液透析。 九、輸血。	第二十四條 醫院急診得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及急診處暫留床之提供。 三、檢查（驗）。 四、處方藥或處方箋之給予。 五、治療材料之給予。 六、一般治療處置、放射線治療、精神科治療、牙科治療處置。 七、手術。 八、血液透析。 九、輸血。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第二十七條 急性住院得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及病房之提供。 三、管灌飲食。 四、檢查（驗）。 五、處方藥之給予。 六、治療材料之給予。 七、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科處置。 八、手術。 九、分娩、新生兒照護。 十、血液透析。 - 十一、輸血。	第二十五條 急性住院得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及病房之提供。 三、管灌飲食。 四、檢查（驗）。 五、處方藥之給予。 六、治療材料之給予。 七、一般治療處置、放射線治療、復健治療、精神科治療、牙科治療處置。 八、手術。 九、分娩、新生兒照護。 十、血液透析。 - 十一、輸血。
第二十八條 慢性住院得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及病房之提供。 三、管灌飲食。 四、檢查（驗）。 五、處方藥之給予。 六、治療材料之給予。 七、一般治療處置、復健治療、精神科治療。 八、血液透析。 前項慢性住院之最高日數限制由保險人定之。	第二十六條 慢性住院得提供下列服務項目： 一、診察、會診。 二、護理及病房之提供。 三、管灌飲食。 四、檢查（驗）。 五、處方藥之給予。 六、治療材料之給予。 七、一般治療處置、復健治療、精神科治療。 八、血液透析。 前項慢性住院之最高日數限制，由保險人定之。
第二十九條 保險對象所患疾病，經保險特約醫院、診所診斷後報由中央衛生主管機關確定為法定傳染病並應由政府負擔醫療費用者，其確定前之醫療費用，由保險人支付。其確定後之醫療費用，則由保險特約醫院、診所向衛生主管機關申請醫療費用。	第二十七條 保險對象所患疾病，經確定為法定傳染病並應由政府負擔醫療費用者，其確定前之醫療費用，由保險人支付；其確定後之醫療費用，由衛生主管機關支付。 前項法定傳染病，應由保險特約醫院、診所診斷，報請中央衛生主管機關確定後，據以向該管衛生主管機關申請醫療費用。
第三十條 保險對象經精神科專科醫師診斷確定為嚴重精神病患須強制住院者，其送醫及強制住院期間之醫療費用，應由特約醫院依精神衛生法向中央衛生主管機關申請之。	第二十八條 保險對象經精神科專科醫師診斷確定為嚴重精神病人須強制住院者，其送醫及強制住院期間之醫療費用，由特約醫院依精神衛生法向中央衛生主管機關申請。
第三十一條 保險對象需要輸血時應優先使用捐血機構供應之血液，所需工本材料費由保險特約醫院、診所併入送核醫療費用逕向保險人列報，不得向保險對象收費。 因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，而捐血機構無存血供應時，得向評鑑合格醫院之血庫調用非屬捐血機構供應之血液，惟特約醫院、診所必須出具證明書，註明供血人姓名、身分證統一編號、詳細住址、血型及供血數量等，並由保險對象或其關係人及供血人簽章證明。	第二十九條 保險對象需要輸血時，應優先使用捐血機構供應之血液，所需工本材料費，由保險特約醫院、診所併入送核醫療費用，逕向保險人列報，不得向保險對象收費。 因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，而捐血機構無存血供應時，保險特約醫院、診所得向評鑑合格醫院之血庫調用血液。 保險特約醫院、診所向保險人申請費用時，應出具證明書，註明供血人姓名、身分證統一編號、詳細住址、血型及供血數量等資料，並由保險對象或其關係人及供血人簽章證明。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第三十二條 保險對象裝配義肢，應用國產品，如自願裝配外國產品者其超過部分之費用應由其自行負擔。 前項義肢之給付範圍及次數，由保險人定之。	第三十條 保險對象裝配義肢，應用國產品；自願裝配外國產品者，其超過部分之費用，由其自行負擔。 前項義肢之給付範圍及次數，由保險人定之。
第三十三條 特約醫院執行費用昂貴之高科技診療項目，須報經保險人事前審查同意後，方得實施。 前項高科技診療項目及審查辦法由保險人定之。	第三十一條 特約醫院執行高科技診療項目，應事前報經保險人審查同意後，始得為之。 前項高科技診療項目及審查程序，由保險人定之。
第三十四條 保險對象住院以保險病房為準。如無保險病房須暫住非保險病房者，應徵得保險對象同意，其超過保險病房給付標準之病房費用差額，由保險對象自行負擔。保險特約醫院並應優先向保險對象說明須自付病房費用金額。如未獲保險對象同意，則應為其辦理轉院或安排等待入住保險病房。	第三十二條 保險對象住院，以保險病房為準。住在非保險病房者，其超過保險病房給付標準之病房費用差額，由保險對象自行負擔；保險特約醫院應事前告知保險對象其自付病房費用金額。保險對象不同意時，應為其辦理轉院或等待另行通知入住保險病房。
第三十五條 本保險病房費之計算，以保險對象入院之日起計，出院之日不計。	第三十三條 本保險病房費用，自保險對象住院之日起算，出院之日不計。
第三十六條 本保險給付之藥品，以收載於藥價基準者為限。	第三十四條 本保險給付之藥品，以記載於藥價基準者為限。
第三十七條 本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量。慢性疾病得按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。 前項慢性疾病範圍由保險人定之。	第三十五條 本保險處方用藥，每次以不超過三日份用量為原則，外用藥一次得給予五日份用量；偏遠地區，得視病情需要，給予最高七日份用量；對於慢性病人，按病情需要，一次得給予三十日以內之用藥量。 前項慢性疾病範圍，由保險人定之。
第三十八條 注射藥品及抗生素、維他命、荷爾蒙、白蛋白製劑等類藥物，其使用範圍及原則由保險人定之。 注射藥品除保險人另有規定外，不得給予病患持回。	第三十六條 注射藥品及抗生素、維他命、荷爾蒙、白蛋白製劑等類藥物，其使用範圍及原則，由保險人定之。 注射藥品除保險人另有規定外，不得由病患持回。
第四章 居家照護	第四章 居家照護
第三十九條 居家照護服務包括由保險醫事服務機構之醫師、護理人員提供之下列服務項目： 一、訪視、診察。 二、治療材料之給予。 三、一般治療處置。 四、呼吸、消化及泌尿系統各式導管與造口之護理。 五、代採檢體送檢。 六、有關病人護理指導及服務事宜。 前項居家照護之收案條件、服務地點，及服務最高次數之限制由保險人定之。	第三十七條 居家照護服務，由保險醫事服務機構之醫師、護理人員提供下列服務項目： 一、訪視、診察。 二、治療材料之給予。 三、一般治療處置。 四、呼吸、消化及泌尿系統各式導管與造口之護理。 五、代採檢體送檢。 六、有關病人護理指導及服務事宜。 前項居家照護之收案條件、服務地點及服務最高次數之限制，由保險人定之。
第四十條 提供居家照護服務之機構，以經衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療或護理機構為限。	第三十八條 提供居家照護服務之機構，以經衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療或護理機構為限。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第四十一條 提供居家照護服務所需之交通費非屬本保險給付範圍。	第三十九條 提供居家照護服務所需之交通費，非屬本保險給付範圍。
第五章 藥事服務	第五章 藥事服務
第四十二條 保險對象得持保險特約醫院、診所開立之處方箋或慢性病連續處方箋前往藥局調劑藥品。	第四十條 保險對象得持保險特約醫院、診所開立之處方箋或慢性病連續處方箋，前往藥局調劑藥品。
第四十三條 保險對象至保險特約藥局調劑藥品，應繳驗下列文件： 一、保險憑證。 二、保險特約醫院、診所醫師開立之處方箋或慢性病連續處方箋。	第四十一條 保險對象至保險特約藥局調劑藥品，應繳驗下列文件： 一、保險憑證。 二、保險特約醫院、診所醫師開立之處方箋或慢性病連續處方箋。
第四十四條 本保險處方限自處方開立之日起三日內有效，逾期者，藥局不得調劑，亦不得申報此項藥費。	第四十二條 本保險處方箋有效期間為三日，自處方開立之日起算；逾期，藥局不得調劑，亦不得申報此項藥費。
第四十五條 調劑處方之流程，應包含下列步驟： 一、處方確認：包括病患姓名、性別、年齡、保險資格、處方醫師之姓名、住址、電話及證照號碼、開立處方日期等事項。 二、處方查核：包括疾病名稱、藥品名稱、用法、用量、天數、劑型、劑量、配伍禁忌等事項。 三、藥品調配：包括書寫藥袋、標籤，依處方內容調配。 四、核對藥品及交付藥劑：包括核對藥品、用法、用量、給藥途徑、使用指示等事項，及交付藥劑予保險對象。 五、用藥指導：指導保險對象服用方法並說明藥品之副作用、注意事項、儲存方法等事項。 處方調劑完成後，應於處方箋簽註調劑日期及簽名，並依規定保存。	第四十三條 調劑處方之流程，應包含下列步驟： 一、處方確認：包括病人姓名、性別、年齡、保險資格、處方醫師之姓名、住址、電話、醫師證書與執業執照號碼及開立處方日期等事項。 二、處方查核：包括疾病名稱、藥品名稱、用法、用量、天數、劑型、劑量、配伍禁忌等事項。 三、藥品調配：包括書寫藥袋、標籤，並依處方內容調配。 四、核對藥品及交付藥劑：包括核對藥品、用法、用量、給藥途徑、使用指示等事項，並交付藥劑予保險對象。 五、用藥指導：指導保險對象服用方法、儲存方法、藥品之副作用及應行注意事項。 處方調劑完成後，應於處方箋簽註調劑日期及簽名，並依規定保存。
第四十六條 藥品之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以價格不高於原處方藥品之同成分、同劑型、同劑量任何廠牌替代。	第四十四條 藥品之處方，醫師如未註明不可替代，藥師（藥劑生）得以相同價格或低於原處方藥品價格之同成分、同劑型、同劑量其他廠牌替代。
第四十七條 為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、藥品名稱、數量、天數、劑量及服用方法等資料。	第四十五條 為保障保險對象用藥安全，藥劑之容器或包裝上應載明保險對象姓名、性別、藥品名稱、數量、天數、劑量、服用方法、藥局地點、名稱、調劑者姓名及調劑年、月、日等資料。
第六章 附則	第六章 附則
第四十八條 本辦法規定之各種書表等格式，由保險人定之。	第四十六條 本辦法所定書表格式，由保險人定之。
第四十九條 本辦法自本法施行之日起施行。	第四十七條 本辦法自本法施行之日起施行。

※ 全民健康保險預防保健服務實施辦法

一、法令依據

全民健康保險法第三十二條規定。

二、立案原則

為減少疾病發生，或降低疾病嚴重程度，以利撙節醫療費用，一期規劃即確立全民健康保險將提供具成本效益顯著的預防保健服務。於全民健康保險法研議過程，進一步定義由全民健康保險給付之預防保健屬個人責任，並由保險人主動提供，將公共衛生不提供且成本效益高者列入給付項目。其納入原則除需考慮接受之對象、頻率及提供之機構外，對於醫院可能會增加需求與使用量的項目，均不予給付，並對費用及執行面予以規範。

三、研訂過程

- *民國八十二年五月二十七日全民健康保險規劃小組第八十次會議，就預防保健項目作原則性指示，並決議成立專案小組，針對本辦法之原則、實施項目、實施架構、費用概估等方向統籌規劃。
- *民國八十三年一月十三日全民健康保險規劃小組第一〇二次會議決議，將包括本辦法之部分子法規草案，移列健保局籌備處繼續研擬。
- *民國八十三年一月二十六日將研擬之本辦法草案及相關資料，正式函送健保局籌備處繼續研擬。
- *民國八十三年八月二十日健保局籌備處函送擬訂之全民健康保險預防保健實施辦法草案至衛生署，共列十三條，主要內容如下：
 - (一) 本辦法之法源(第一條)。
 - (二) 實施對象及辦理時程(第二條)。
 - (三) 各類實施對象之預防保健服務項目(第三條)。
 - (四) 服務地點(第四條)。
 - (五) 兒童預防保健服務手冊之發放(第五條)。
 - (六) 孕婦接受產前檢查應持之憑證及手冊之發放(第六條)。

(七) 成人預防保健服務及婦女子宮頸抹片檢查之方式 (第七條)。

(八) 重複檢查或超次應自行負擔費用 (第八條)。

(九) 檢查結果之通知 (第九條)。

(十) 各項醫療服務之支付 (第十條)。

(十一) 申報預防保健服務費用之相關事項 (第十一條)。

(十二) 檢查結果應彙報主管機關 (第十二條)。

(十三) 本辦法施行日期 (第十三條)。

*民國八十三年九月二十三日衛生署邀請相關部會、省縣市政府衛生處局、醫事團體及署內有關單位等，召開研商全民健康保險預防保健實施辦法草案事宜會議，經會中逐條討論修正，共列十一條，主要重點為：

(一) 原第五條至第七條之兒童手冊、孕婦健康手冊、成人預防保健服務檢查單及婦女子宮頸抹片檢查之檢查單發放方式，合併為第五條。

(二) 將各項服務項目之支付標準原採論個案計酬方式辦理，改為採論次計酬。

*民國八十三年十二月一日全民健康保險規劃小組第一三二次會議，會中進行逐條討論，僅作文字修正。

*民國八十三年十二月二十日全民健康保險規劃指導委員會第十四次會議，會中進行逐條討論，並對部分條文作文字修正。

*衛生署於民國八十四年一月二十七日以衛署健保字第八四〇〇五五八九號令訂定發布「全民健康保險預防保健實施辦法」。

四、內容介紹

本辦法全文共十一條，說明如下：

(一) 明定本辦法之依據 (第一條)。

(二) 明定本辦法之實施對象及辦理時程 (第二條)。

(三) 明定各類實施對象之預防保健服務項目 (第三條)。

(四) 明定辦理本辦法所定預防保健服務之保險醫事服務機構 (第四條)。

(五) 明定兒童手冊、孕婦健康手冊、成人預防保健服務檢查單及婦女子宮頸抹片檢查之檢查單發放方式 (第五條)。

- (六) 明定保險對象重複或超次接受預防保健服務應自行負擔費用(第六條)。
- (七) 明定預防保健檢查結果之處理方式(第七條)。
- (八) 明定各項預防保健服務項目之支付標準(第八條)。
- (九) 明定申報預防保健服務費用之相關事項(第九條)。
- (十) 明定本辦法辦理結果應彙報主管機關及監理機關(第十條)。
- (十一) 明定本辦法施行日期(第十一條)。

五、條文內容

第 一 條 本辦法依全民健康保險法(以下簡稱本法)第三十二條規定訂定之。

第 二 條 全民健康保險(以下簡稱本保險)預防保健實施對象及提供保險給付時程分列如下：

一、兒童預防保健服務：

- (一) 未滿一歲給付四次，每次間隔二至三個月。
- (二) 一歲以上至未滿三歲給付乙次。
- (三) 三歲以上至未滿四歲給付乙次。

二、成人預防保健服務：

- (一) 四十歲以上至未滿六十五歲，每三年給付乙次。
- (二) 六十五歲以上，每年給付乙次。

三、婦女子宮頸抹片檢查：

- (一) 三十歲以上，每年給付乙次。
- (二) 連續三年陰性者，每三年給付乙次。

四、孕婦產前檢查：

- (一) 妊娠第一期：於妊娠未滿十七週，給付二次。
- (二) 妊娠第二期：於妊娠十七週至未滿廿九週，給付二次。
- (三) 妊娠第三期：於妊娠廿九週以後，給付六次。

前項實施對象及提供保險給付時程，保險人得視實際需要調整之。

第 三 條 各類實施對象預防保健服務項目如下：

一、兒童預防保健服務：

- (一) 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、生長發育評估等。
- (二) 健康諮詢：預防接種史查詢、營養、事故傷害預防及口腔保健等。

二、成人預防保健服務：

- (一) 身體檢查：個人及家族病史查詢、身高、體重、聽力、視力、口腔檢查、血壓等。
- (二) 健康諮詢：營養、戒菸、戒檳榔、安全性行為、適度運動、事故傷害預防、心理調適等。
- (三) 血液及尿液檢驗。

三、婦女子宮頸抹片檢查：

- (一) 子宮頸抹片採樣。
- (二) 骨盆腔檢查。
- (三) 細胞病理檢驗。

四、孕婦產前檢查：

- (一) 身體檢查：個人及家族病史、個人孕產史查詢、身高、體重、血壓、胸部、腹部檢查等。
- (二) 血液及尿液檢驗。
- (三) 超音波檢查。
- (四) 健康諮詢：營養、戒菸、飲酒、藥物使用、生產徵兆等。

前項各款預防保健服務項目，保險人得視實際需要增減之。

第 四 條 各項預防保健服務，保險人應視保險對象分布情形，依各類實施對象，分別由適當之保險醫事服務機構提出申請，或由保險人自設之聯合門診中心辦理。

第 五 條 兒童健康手冊由保險人印製，經加蓋投保單位戳章並填寫兒童姓名與身分證統一編號後生效。其發放方式如下：

一、本辦法實施前已符合實施對象規定之兒童，由保險人交由投保單位轉發。

二、本辦法實施後，於保險醫事服務機構出生之嬰兒，由該保險醫事服務機構發給；非於保險醫事服務機構出生者，由投保單位填具申報表連同辦妥保險對象戶籍登記之戶口名簿影本，向保險人申請發給。

孕婦健康手冊由保險人印製，交由保險醫事服務機構於確定保險對象懷孕後發給。

成人預防保健服務及婦女子宮頸抹片檢查之檢查單，由保險人印製，交由投保單位轉發各保險對象於指定期間內至保險醫事服務機構接受服務。

第 六 條 各類預防保健實施對象，有重複施行、超次或不符本辦法規定接受預防保健服務者，其費用應由保險對象自行負擔。

第 七 條 辦理預防保健服務之保險醫事服務機構，應將檢查結果通知保險對象；發現需要追蹤治療之病症，並應通知保險對象接受治療或轉介至適當醫療機構治療。

第 八 條 各項預防保健服務之支付採論次計酬方式辦理，其支付標準由保險人擬訂報主管機關核定之。

第 九 條 辦理預防保健服務之保險醫事服務機構，應按月檢附手冊發放清單及費用明細暨規定項目檢查結果統計表，併同門診費用申請總表，向保險人申報費用。

前項書表格式由保險人另定之。

第 十 條 保險人應將保險對象接受預防保健服務辦理結果，每年彙報
 主管機關及全民健康保險監理委員會備查。

第 十 一 條 本辦法自本法施行之日施行。

※ 急性病房及慢性病房設置標準 (含保險病房之設置標準及應占總病床比率)

一、法令依據

全民健康保險法第三十五條第三項及第五十七條。

二、立案原則

為確立保險對象住院時之最基本病房設置條件，明定保險病房含保險急性病房與保險慢性病房，及其最低設置標準。高於此標準之病房亦得列為保險病房，但為避免醫院提升病房等級，以收取差額等不當情況，規範醫院應有一定之保險病房比率。

三、研訂過程

- * 健保局籌備處於民國八十三年七月時草擬「保險病房設置標準(草案)」及「保險病床佔總病床比率準則」。前者規範病房分類依照「公私立醫療機構現況表編製說明」，並分別訂定「保險急性病房設置標準」及「保險慢性病房設置標準」，其設置標準應符合「醫療機構設置標準」。
- * 民國八十四年一月十七日進行「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」發布時，為明確定義並規範急性病房、慢性病房及保險病房之設置，將其設置標準、基準併入該辦法中。

四、內容介紹

詳見全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法。

※ 全民健康保險重大傷病範圍

一、法令依據

全民健康保險法第三十六條第二項。

二、立案原則

延續第一期規劃所設計之部分負擔制度，對於特定疾病應予免除部分負擔，爰須配合訂定重大傷病範圍，並採無濫用之虞，且須長期持續醫療，總醫療費用昂貴為擇訂傷病項目之原則。若保險對象之傷病符合重大傷病範圍，則無須自行負擔該項傷病就醫之部分醫療費用，以避免保險對象因財務負擔過重而影響就醫，與開辦全民健保之目的相違。

三、研訂過程

*民國八十三年五月二十三日健保局籌備處函請十八個專科醫學會提供重大傷病項目及定義。

*民國八十三年八月十二日衛生署邀請省市政府衛生處局、相關醫事團體、公勞保主管單位及署內有關單位等，召開初審全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法草案暨研議免自行負擔費用之重大傷病範圍會議，除將明列法源依據及定義重大傷病二項內容納入外，另決定重大傷病範圍訂定方向之原則，共列十六項，包括：

- (一) 須實施放射線治療或化學治療之癌症患者。
- (二) 血友病。
- (三) 重型地中海型貧血。
- (四) 慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者。
- (五) 紅斑性狼瘡。
- (六) 需終身治療之全身性自體免疫症候群。
- (七) 慢性精神病。
- (八) 先天性新陳代謝疾病。
- (九) 多發性先天性畸型。

(十) 二度燒燙傷面積大於全身百分之二十；或三度燒燙傷，燒燙傷面積大於全身百分之十。

(十一) 接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療。

(十二) 病患因傷病致生命徵象不穩定、行動不良、意識不清或永久喪失器官功能者。

(十三) 多發性器官衰竭。

(十四) 因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者。

(十五) 需長期靜脈超營養治療者。

(十六) 其他經醫療服務審查委員會認定後，由主管機關公告之傷病。

*民國八十三年十月二十四日衛生署邀請省市政府衛生處局、相關醫事團體、公勞保主管單位及署內有關單位等，召開審議重大傷病範圍草案暨嚴重疾病範圍草案第一次會議，訂定重大傷病之基本範圍，刪除第十三項「多發性器官衰竭」乙項，修正為十五項。

*民國八十三年十一月五日健保局籌備處召開研商重大傷病範圍草案及繼續治療單適用之疾病範圍草案會議，籌備處業參酌相關單位及醫界之建議，訂定重大傷病之詳細項目，於本次會議中進行逐條討論修正，將原第五項「紅斑性狼瘡」合併至第六項「需終身治療之全身性自體免疫症候」，修正後草案共列十四大項，每一大項並含若干細項。

*民國八十三年十一月十六日健保局籌備處函送研擬之全民健康保險保險對象免自行負擔費用之重大傷病範圍草案至衛生署。所送重大傷病範圍草案，共列十五大項，增列「小兒麻痺、脊髓病變、腦性麻痺所引起之神經、肌肉、骨骼之併發症者（其障礙等級在中度以上者）」。

*民國八十三年十二月五日衛生署邀請省市政府衛生處局、相關醫事團體、公勞保主管單位及署內有關單位等，召開審議全民健康保險重大傷病範圍草案及繼續治療單適用疾病範圍草案第二次會議，會中對重大傷病範圍草案達成初步共識，共列十五大項，並決議請健保局籌備處再與各相關醫學會及基層醫師代表協商後定案。

*民國八十三年十二月十二日健保局籌備處邀集相關醫學會、醫療團體及基層醫師代表研議定案，並於民國八十三年十二月二十九日將「全民健康保險保險對象免自行負擔費用之重大傷病範圍草案」報署，增列「因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者」乙項，共列十六大項，其中除第十二項、第十三項、第十四項及第十六項係規定原則外，每一大項均含若干細目。

*衛生署於民國八十四年一月二十五日以衛署健保字第八三〇七八四九七號公告「全民健康保險重大傷病範圍」。

四、內容介紹

重大傷病範圍共十六項，內容詳見表 11-10。

表 11-10 重大傷病範圍表

一、須積極或長期治療之癌症。	
140-208	惡性腫瘤 MALIGNANT NEOPLASM
二、先天性凝血因子異常。	
286.0	先天性第八凝血因子異常(A型血友病) CONGENITAL FACTOR VIII DISORDER
286.1	先天性第九凝血因子異常(B型血友病) CONGENITAL FACTOR IX DISORDER
286.2	先天性第十一凝血因子異常(C型血友病) CONGENITAL FACTOR XI DEFICIENCY
286.3	其他凝血因子先天性缺乏症 CONGENITAL DEFICIENCY OF OTHER CLOTTING FACTORS
三、嚴重溶血性及再生不良性貧血。 (未經治療，成人血紅素經常低於8gm/dl以下，新生兒血紅素經常低於12gm/dl以下者)。	
282	遺傳性溶血性貧血 HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIAS
283	後天性溶血性貧血 ACQUIRED HEMOLYTIC ANEMIAS
284	再生不良性貧血 APLASTIC ANEMIAS
四、慢性腎衰竭(尿毒症)，必須接受定期透析治療者。	
585	慢性腎衰竭 CHRONIC RENAL FAILURE

(續)

五、需終身治療之全身性自體免疫症候群。	
710.0	紅斑性狼瘡 SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS
710.1	全身性硬化症 SYSTEMIC SCLEROSIS
714.0	類風濕關節炎 (符合 1987 美國風濕病學院修訂之診斷標準，含青年型類風濕關節炎) RHEUMATOID ARTHRITIS
六、慢性精神病（符合以下診斷，而病情已經慢性化者）。	
290	老年期及初老年期器質性精神病態 SENILE AND PRESENILE ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS
293.1	亞急性譫妄 SUBACUTE DELIRIUM
294	其他器質性精神病態 OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS
295	精神分裂症 SCHIZOPHRENIC DISORDERS
296	情感性精神病 AFFECTIVE PSYCHOSES
297	妄想狀態 PARANOID STATES
299	源自兒童期之精神病 PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD
七、先天性新陳代謝疾病。	
243	先天性甲狀腺功能不足症 CONGENITAL HYPOTHYROIDISM
255.2	先天性腎上腺泌尿道症候羣 ADRENOGENITAL SYNDROME
270.1	苯酮尿症 PHENYLKETONURIA
270.4	含硫氨基酸代謝障礙 DISTURBANCES OF SULPHUR-BEARING AMINO-ACID METABOLISM
270.9	有機酸尿疾病 ORGANIC ACIDURIA
271.0	肝醣貯積症 GLYCOGEN STORAGE DISEASE
271.1	半乳糖血症 GALACTOSAEMIA
272.7	脂肪代謝障礙 LIPIDOSES
277.5	粘多糖症 MUCOPOLYSACCHARIDOSIS

(續)

八、心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸型及染色體異常。	
740	無腦症及類似畸型 ANENCEPHALUS AND SIMILAR ANOMALIES
741	脊椎裂 SPINA BIFIDA
742	神經系統之其他先天性畸型 OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF NERVOUS SYSTEM
745	先天性心球（胚胎）及心臟中隔閉合之畸形 BULBUS CORDIS ANOMALIES AND ANOMALIES OF CARDIAC SEPTAL CLOSURE
746	心臟之其他先天性畸型 OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF HEART
747	循環系統之其他先天性畸型 OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF CIRCULATORY SYSTEM
748.4	先天性肺囊腫 CONGENITAL CYSTIC LUNG
748.5	肺缺乏症形成不全及形成異常 AGENESIS, HYPOPLASIA AND DYSPLASIA OF LUNG
748.6	肺之其他畸型 OTHER ANOMALIES OF LUNG
751	消化系統之其他先天性畸型 OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF DIGESTIVE SYSTEM
753.0	腎缺乏症及形成異常 RENAL AGENESIS AND DYSGENESIS
753.1	囊腫性腎病 CYSTIC KIDNEY DISEASE
753.2	腎盂及輸尿管之阻塞性缺陷 OBSTRUCTIVE DEFECTS OF RENAL PELVIS AND URETER
753.3	腎之其他明示畸型 OTHER SPECIFIED ANOMALIES OF KIDNEY
756.4	軟骨形成異常 CHONDRODYSTROPHY
758	染色體異常 CHROMOSOMAL ANOMALIES
九、二度燒燙傷面積大於全身百分之二十；三度燒燙傷面積大於全身百分之十；或顏面燒燙傷合併五官功能障礙者。 （一）二度燒傷者應註明燒燙面積 （二）三度燒傷	
948.1	體表面積 10-19% 之燒傷之三度燒傷（948.10 除外） BURN OF 10-19% OF BODY SURFACE
948.2	體表面積 20-29% 之燒傷之三度燒傷（948.20 除外） BURN OF 20-29% OF BODY SURFACE

（續）

948.3	體表面積 30-39% 之燒傷之三度燒傷 (948.30 除外) BURN OF 30-39% OF BODY SURFACE
948.4	體表面積 40-49% 之燒傷之三度燒傷 (948.40 除外) BURN OF 40-49% OF BODY SURFACE
948.5	體表面積 50-59% 之燒傷之三度燒傷 (948.50 除外) BURN OF 50-59% OF BODY SURFACE
948.6	體表面積 60-69% 之燒傷之三度燒傷 (948.60 除外) BURN OF 60-69% OF BODY SURFACE
948.7	體表面積 70-79% 之燒傷之三度燒傷 (948.70 除外) BURN OF 70-79% OF BODY SURFACE
948.8	體表面積 80-89% 之燒傷之三度燒傷 (948.80 除外) BURN OF 80-89% OF BODY SURFACE
948.9	體表面積 90-99% 之燒傷之三度燒傷 (948.90 除外) BURN OF 90-99% OF BODY SURFACE
(三) 顏面燒燙傷	
940	眼及其附屬器官之燒傷 BURN CONFINED TO EYE AND ADNEXA
941.5	臉及頭之燒傷，深部組織壞死 (深三度)，伴有身體部位損害 BURN OF FACE AND HEAD, DEEP NECROSIS OF UNDERLYING TISSUE (DEEP THIRD DEGREE) WITH LOSS OF A BODY PART
十、接受心臟、腎臟及骨髓移植後之追蹤治療。	
V42.0	器官或組織之移植術後，腎臟 KIDNEY OR TISSUE REPLACED BY TRANSPLANT
V42.1	器官或組織之移植術後，心臟 HEART OR TISSUE REPLACED BY TRANSPLANT
V42.8	器官或組織之移植術後，其他明示之器官或組織 (骨髓) OTHER SPECIFIED ORGAN OR TISSUE REPLACED BY TRANSPLANT
996.81	腎臟移植併發症 COMPLICATIONS OF TRANSPLANTED KIDNEY
996.83	心臟移植併發症 COMPLICATIONS OF TRANSPLANTED HEART
996.85	骨髓移植併發症 COMPLICATIONS OF TRANSPLANTED BONE MARROW
十一、小兒麻痺、脊髓損傷或病變、腦性麻痺、早產兒所引起之神經、肌肉、骨骼、肺臟等之併發症者 (其殘障等級在中度以上者)。	
045.1	急性脊髓灰白質炎併有其他麻痺者 ACUTE POLIOMYELITIS WITH OTHER PARALYSIS
343	嬰兒腦性麻痺 INFANTILE CEREBRAL PALSY
344	其他麻痺性徵候羣 OTHER PARALYTIC SYNDROMES
806	脊柱骨折，伴有脊髓傷害 FRACTURE OF VERTEBRAL COLUMN WITH SPINAL CORD INJURY

(續)

952	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害 SPINAL CORD INJURY WITHOUT EVIDENCE OF SPINAL BONE INJURY
786.09	呼吸窘迫症候羣 DYSPNEA AND REPIRATORY ABNORMALITIS,OTHER
431	腦內出血 INTRACEREBRAL HEMORRHAGE
772.2	胎兒和新生兒蛛網膜下出血 FETAL AND NEONATAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE
十二、重大創傷且其嚴重程度到達創傷嚴重程度分數十六分以上者。 (INJURY SEVERITY SCORE $\geq$ 16)	
十三、因呼吸衰竭需長期使用呼吸器者。 (使用正壓或負壓呼吸器至少三十天，每天依賴呼吸器至少六小時，且雖經一段時間治療，但造成呼吸衰竭之原因尚未排除，或臨床上及生理方面仍未達穩定狀態。)	
十四、因腸道大量切除或失去功能，或其它慢性疾病引起嚴重營養不良者，給予全靜脈營養已超過三十天，口攝飲食仍無法提供足量營養者，而需要長期靜脈營養治療者。	
十五、因潛水、或減壓不當引起之嚴重型減壓病或空氣栓塞症，伴有呼吸、循環或神經系統之併發症且需長期治療者。	
993.3	減壓病 DECOMPRESSION SICKNESS
958.0	空氣栓塞症 AIR EMBOLISM
十六、其他經保險人認定後，由主管機關公告之傷病。	

※ 全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法

一、法令依據

全民健康保險法第四十三條第一項。

二、立案原則

健保規劃小組原延續第一期規劃原則，將境外核退視為保險給付限制項目，第二期規劃針對區域外（國外及大陸）的緊急就醫，被保險人及其眷屬得依規定於事後檢具單據，向保險人請求核退醫療費用。另國內由助產士接生者，亦得請求核退定額助產費用。

研擬全民健康保險法立案要點草案時，據此原則於保險給付之限制給付項目中，初擬核退規範內容，並提「全民健康保險法研議小組」第一次至第七次會議（民國八十一年六月二十六日至八十一年九月十四日）討論建議：「因緊急傷病於本保險施行區域外就醫，比照國內支付標準核退醫療費用，其實施辦法由主管機關另定之」。

研擬全民健康保險法草案時，條文初擬為「保險對象因緊急傷病，須在本保險施行區域外立即治療者，得於治療結束後，檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用，其核退標準由主管機關另訂之。」，經提「全民健康保險法研議小組」第八次至第十七次會議討論（民國八十一年十月二日至八十一年十二月十二日），建議以下規範重點：

- （一）核退條件由區域外之緊急傷病，放寬為情況緊急，不限區域外。
- （二）核退相關標準及程序等由主管機關訂定核退辦法規範。
- （三）核退申請期限應於治療結束後六個月內提出申請。
- （四）建議條文如下：

第四十二條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療院、所立即診療或分娩者，得檢具相關證明文件，由投保單位向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法由主管機關定之。

前項醫療費用之核退，應於治療結束後六個月內提出申請，逾期不予受理。

「全民健康保險法研議小組」提出之全民健康保險法草案建議，經提民國八十一年十二月十八日全民健康保險規劃指導委員會第九次會議審議通過，確定增列醫療費用核退之相關條文。

民國八十二年十月二十七日行政院函報立法院審查之全民健康保險法草案，針對核退部分之條文，文字略作修正。

民國八十三年八月九日公布施行之全民健康保險法，針對核退部分之條文及條次，均同行政院所擬之草案。

三、研訂過程

*民國八十二年十月七日全民健康保險規劃小組第九十三次會議決議，先行研擬相關子法規草案，其中包括「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」。

*健保規劃小組乃參考公務人員醫療保險辦法、公務人員保險申請核退自墊醫療費用須知及勞保相關規定擬定核退辦法草案，後於民國八十三年一月二十日經全民健康保險規劃小組第一〇三次會議決議，將包括「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」之部分子法規草案，移列健保局籌備處繼續研擬。健保規劃小組乃於民國八十三年一月二十六日將擬具十一條條文之草案，正式函送健保局籌備處辦理，主要條文說明如下：

- (一) 明定緊急傷病之適用情形 (第二條)。
- (二) 明定駐外機構單位人員之除外規定 (第三條)。
- (三) 明定辦理費用核退有效期間 (第四條)。
- (四) 明定緊急傷病適用範圍 (第五條)。
- (五) 明定區域內外之費用核退醫療費用標準 (第六條)。
- (六) 明定施行區域外核退之外幣兌換匯率基準日 (第七條)。
- (七) 明定核退所需申請文件 (第八條)。
- (八) 明定核退給付方式 (第九條)。
- (九) 明定保險人稽核責任 (第十條)。

- * 健保局籌備處於民國八十三年七月十五日提出修正版本報署後，經健保規劃小組彙整確定對外研修之版本。
- * 民國八十三年八月十二日衛生署召開「初審『全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法(草案)』暨研議免自行負擔費用之『重大傷病範圍』」會議，邀集醫界相關團體及政府相關單位研商，主要結論如下：
 - (一) 明定本辦法核退情形區分為施行區域內緊急傷病就醫或情況緊急分娩，必須前往非保險醫療機構就醫或分娩；施行區域外發生不可預期之傷病或分娩，必須於當地合法醫療機構就醫或分娩者(第二條)。
 - (二) 明訂緊急傷病醫療範圍(第三條)。
 - (三) 明定施行區域內之核退標準為由保險人依本保險醫療費用審查及支付相關規定辦理，區域外則由保險人核實給付，惟申請費用超過本保險特約醫學中心之平均費用標準者，超過部分不予給付(第七條)。
- * 前開會議修正之「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」草案，經提民國八十三年九月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議審議通過，並增列牙痛為緊急傷病適用範圍，以及將區域外核退標準，由特約醫學中心改為區域醫院之平均費用標準。
- * 因中華民國急救加護醫學會來函建議將「應立即處理之法定傳染病」及「春節連續假日之任何突發性病痛或創傷」增列於第三條緊急傷病適用範圍，經提民國八十三年十二月二十日全民健康保險規劃指導委員會第十四次會議審議，同意增列前開二項，並將「春節連續假日之任何突發性病痛或創傷」修正為「二天以上連續假日期間發生之突發性病痛或創傷」。
- * 衛生署於民國八十四年一月二十三日以衛署健保字第八四〇〇五四三七號令訂定發布「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法」。

四、內容介紹：

全文共十一條，說明如下：

- (一) 明定本辦法之依據 (第一條)。
- (二) 明定緊急傷病自墊醫療費用核退範圍 (第二條)。
- (三) 明定緊急傷病醫療之定義及適用範圍 (第三條)。
- (四) 明定已由政府為其投保醫療保險並領取保險給付者，不得重複請領 (第四條)。
- (五) 明定申請核退自墊醫療費用之期限 (第五條)。
- (六) 明定申請核退之單位、應檢具之證件及保險人受理之單位 (第六條)。
- (七) 明定核退自墊醫療費用之標準 (第七條)。
- (八) 明定核退施行區域外該外幣之兌換基準 (第八條)。
- (九) 明定給付通知之對象 (第九條)。
- (十) 明定保險人得向有關機關查證及對不實情形移送法辦之規定 (第十條)。
- (十一) 明定本辦法施行日期 (第十一條)。

五、條文內容

第 一 條 本辦法依全民健康保險法 (以下簡稱本法) 第四十三條規定訂定之。

第 二 條 全民健康保險 (以下簡稱本保險) 保險對象有下列情形之一者，得依本辦法規定申請核退醫療費用：

- 一、本保險施行區域內，因緊急傷病不克前往本保險特約醫院、診所就醫，必須於附近非保險醫療機構急救者。
- 二、本保險施行區域內，因情況緊急不克前往本保險特約醫院、診所分娩，必須於非保險醫療機構分娩，或延請合格醫師或助產士接生者。
- 三、本保險施行區域外 (包括國外及大陸地區) 發生不可預期之傷病或緊急分娩，必須於當地合法醫療機構就醫或分娩者。

第 三 條 前條第一款所稱之緊急傷病醫療範圍如下：

- 一、急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- 二、急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰脇痛）、關節痛或牙痛，須要緊急處理以辨明病因者。
- 三、吐血、便血、咳血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- 四、急性中毒或急性過敏反應者。
- 五、體溫不穩定，在一小時內曾高燒達攝氏三十九度以上或體溫過低者。
- 六、呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺起因於心、肺、腎功能衰竭、失調或血液、血中氣體異常者。
- 七、意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- 八、眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- 九、精神病患者有危及他人或自己之安全，或呈現精神疾病症狀須緊急處置者。
- 十、重大意外導致之急性傷害。
- 十一、生命癥象不穩定或其他可能造生命危急症狀者。
- 十二、應立即處理之法定傳染病。
- 十三、二天以上連續假日期間發生之突發性病痛或創傷。

第 四 條 派駐國外機構（單位）之保險對象已參加政府提供駐外醫療保險並已領取該項保險給付者，不適用本辦法。

第 五 條 保險對象申請核退醫療費用，應自急診、門診治療當日或出院之日起六個月內辦理，逾期不予核退。

第 六 條 保險對象於申請核退醫療費用時，應檢具下列書據由投保單位向其所在地之中央健康保險局分局申請：

- 一、醫療費用核退申請書。
- 二、醫療費用收據正本及費用明細。

三、診斷書或證明文件，如為外文文件時，應檢附中文翻譯。

四、保險對象於本保險施行區域外遭遇傷病或分娩，應出具當次出入境文件影本或服務機關出具之證明。

第 七 條 合於第二條規定之醫療費，依下列標準予以核退，其超過部分不予給付：

一、保險對象於本保險施行區域內因緊急傷病或分娩者，由保險人依本保險醫療費用審查、支付及自行負擔費用等有關規定辦理核退。

二、保險對象於本保險施行區域外遭遇傷病或分娩者，由保險人核實給付。但申請費用高於其急診、門診治療當日或出院之日起前三個月本保險給付特約區域醫院門診每人次、住院每人日平均費用標準者，其超過部分不予給付。

第 八 條 計算核退本保險施行區域外遭遇傷病或分娩之醫療費用時，有關外幣兌換匯率基準日，以申請日之該外幣平均兌換匯率計之。

第 九 條 符合本辦法費用核退之申請者，其費用一經核定，保險人即以正本通知保險對象或其法定代理人，副本送投保單位。

第 十 條 保險人為辦理醫療費用核退業務，對各項證件得向有關機關查證，如發現有不實情形，除不予給付外，並得依法移送有關機關辦理。

第 十 一 條 本辦法自本法施行之日施行。

※ 全民健康保險費用協定委員會組織規程

一、法令依據

全民健康保險法第四十八條。

二、立案原則

根據第一期規劃構想，為協議全民健康保險醫療費用總額預算設定公式及計算基礎，年度預算總額及住院、門診、中醫、藥品等費用分配比率，並審查醫院、診所及藥局成本會計制度，於主管機關下設「健康保險醫療費用支付委員會」，由醫療服務提供者（包括醫院、醫師、中醫師、藥師等）及醫療費用支付者（包括中央社會保險局、資方、勞方及消費者）自行推選代表，另遴聘專家學者等三方面人士共同組成。該會為維持客觀超然的特性，宜由學者專家出任主任委員。委員會下設醫院小組、醫師小組、藥師小組等，分別由醫院團體、醫師團體及藥師團體等選派代表組成之；各小組的召集委員，為委員會的當然委員。各小組職司有關醫院、醫師及藥師支酬標準的訂定等。

討論過程中，關於此委員會之設置有幾項概念：

- （一）主管機關應參與，如此委員會之決議方能執行，若完全由專家學者協調，即無法執行。
- （二）除付費者與醫療服務提供者外，應有中立之代表。
- （三）原先設定的精神是強迫協商，及希望大家都得到一致的決議。
- （四）委員會無法達成協議時，由主管機關根據精算報告等資料裁定。

據此，衛生署陳報行政院之「全民健康保險法」草案中，乃規劃設「醫療費用協定委員會」，其任務係在行政院核定之醫療給付支出總額範圍內，協定本保險之醫療給付支出總額及各項醫療費用分配比例，並授權該委員會之組織規程，由主管機關擬訂，報請行政院核定。亦明定其組成，由醫事服務提供者代表、保險付費者代表、相關主管機關代表與專家學者各占三分之一組成。草案中亦考量總額支付制度將循序漸進實施，故明定相關條文之實施日期由主管機關定之。

根據草案說明，醫療費用協定委員會下設置專業幕僚小組，對本保險之醫療給付支出總額及費用分配之相關資訊蒐集分析，供醫療費用協定委員協定總額之參考，又該會應參考保險對象組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務生產效率，及保險給付範圍等因素，在主管機關設定之醫療給付支出總額範圍內，協定醫療給付支出總額。

前開草案於行政院審查時，將其組成調整為醫事服務提供者代表、保險付費者代表與專家學者、相關主管機關代表各占三分之一組成。

三、研訂過程

- *茲因依據全民健康保險法草案第五十四條規定，第四十七條至第五十條之規定得分階段實施，其施行日期由主管機關定之，以便配合總額支付制度之實施循序漸進。故該草案第四十八條關於擬訂醫療費用協定委員會之組織規程，亦需配合總額推動時程辦理，於全民健康保險實施初期暫不訂定，故第二期規劃時未進行組織規程之研擬及討論，擬待未來配合總額支付制度之推動時程再行辦理。
- *全民健康保險開辦後，基於早日為總額支付制度預為準備，衛生署於民國八十四年六月六日首次將全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程草案陳報行政院，原本規劃其工作人員均由有關機關人員調兼之，期間經衛生署重行檢討修正改以編制人員辦理，經行政院民國八十五年九月二十一日核定，衛生署於同年十月九日以衛署健保字第八五〇五四九一七號令發布。

四、內容介紹

本規程全文共十七條，其要點如下：

- (一) 本規程之職掌及分組辦事(第二條及第三條)。
- (二) 本會委員之產生方式、分配員額及任期(第四條及第五條)。
- (三) 明定所置人員之職稱，其官等及員額另以編制表定之(表內計列專任人員十二人)；為因應業務需要，本會亦得聘用研究人員一人至五人(第七條及第八條)。

(四) 本會之會計、統計及人事業務，均由本署會計室、統計室及人事室分別派員兼辦(第十條及第十一條)。

(五) 本會召開會議之方式及採協商方式達成協定；並明定未能達成協定時之處理程序(第十二條及第十四條)。

五、附表

茲將衛生署陳報行政院之全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程及行政院核定之組織規程暨其編制表，整理如表 11-11 及表 11-12。

表 11-11 全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程

衛生署報行政院條文		行政院核定條文
八十四年六月六日陳報	八十四年八月二十八日 再次陳報	
第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第四十八條規定訂定之。	第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第四十八條規定訂定之。	第一條 本規程依全民健康保險法(以下簡稱本法)第四十八條規定訂定之。
第二條 全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱本會)之任務如下： 一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額。 二、協定各地區住院、門診費用之分配比例。 三、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。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之總額時，應自門診醫療給付費用總額中扣除之比例。 五、其他經主管機關交議有關之醫療費用協定事宜。	第二條 全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱本會)之任務如下： 一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額。 二、協定各地區住院、門診費用之分配比例。 三、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。 四、協定門診藥品費用超出預先設定之總額時，其超出部分應自門診醫療給付費用總額中扣除之比例。 五、其他經主管機關交議之醫療費用協定事宜。	第二條 全民健康保險醫療費用協定委員會(以下簡稱本會)掌理下列事項： 一、在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協定全民健康保險之醫療給付費用總額及其分配方式。 二、協定各地區門診及住院費用之分配比例。 三、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。 四、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。 五、其他經主管機關交議之醫療費用審議事宜。
		第三條 本會設二組，分別掌理前條所列事項。

(續)

衛生署報行政院條文		行政院核定條文
八十四年六月六日陳報	八十四年八月二十八日 再次陳報	
第三條 本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員二十七人，其中一名為主任委員。 前項委員名額分配如下： 一、醫事服務提供者代表九人：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會代表各一人。 二、保險付費者代表與學者專家九人：中華民國工業總會、中華民國商業總會、中華民國工商協進會、中華民國總工會、消費者代表、臺灣省農會、臺灣省漁會代表各一人；專家學者二人。 三、相關主管機關九人：銓敘部、內政部、財政部、行政院勞委會、行政院主計處、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府、衛生署代表各一人。 第一項主任委員及第二項第二款學者專家委員由本署遴聘，第二項第一款醫學中心代表由醫學中心互選之；區域醫院與地區醫院代表由中華民國醫院行政協會協調推薦之；基層診所代表由中華民國醫師公會全國聯合會協調推薦之；第二項第二款之消費者代表由行政院消費者保護委員會推薦之；第二項其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼之。	第三條 本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員二十七人，其中一名為主任委員。其委員名額分配如下： 一、醫事服務提供者代表九人：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會代表各一人。 二、保險付費者代表與專家學者九人：中華民國工業總會、中華民國商業總會、中華民國工商協進會、中華民國總工會、消費者代表、臺灣省農會、臺灣省漁會代表各一人；專家學者二人。 三、相關主管機關代表九人：銓敘部、內政部、財政部、行政院勞工委員會、行政院主計處、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府、本署代表各一人。 主任委員及前項第二款專家學者委員由本署遴聘，前項第一款醫學中心代表由醫學中心互選之；區域醫院與地區醫院代表由中華民國醫院行政協會協調推薦之；基層診所代表由中華民國醫師公會全國聯合會協調推薦之；前項第二款之消費者代表由行政院消費者保護委員會推薦之；前項其餘各款委員分別洽請有關機關、團體推薦後，由本署聘兼之。	第四條 本會隸屬行政院衛生署（以下簡稱本署），置委員二十七人，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九人：醫學中心、區域醫院、地區醫院、基層診所、中華民國醫師公會全國聯合會、中華民國中醫師公會全國聯合會、中華民國牙醫師公會全國聯合會、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國護理師護士公會全國聯合會代表各一人。 二、保險付費者代表與專家學者九人：中華民國工業總會、中華民國商業總會、中華民國工商協進會、消費者代表、臺灣省農會、臺灣省漁會代表各一人；中華民國全國總工會代表二人；專家學者一人。 三、相關主管機關代表九人：銓敘部、內政部、財政部、行政院勞工委員會、行政院主計處、臺灣省政府、臺北市政府、高雄市政府、本署代表各一人。 主任委員及前項第二款專家學者委員，由本署署長遴聘；前項第一款醫學中心代表，由醫學中心互選之；區域醫院與地區醫院代表，由中華民國醫院行政協會協調推薦之；基層診所代表，由中華民國醫師公會全國聯合會協調推薦之；前項第二款之消費者代表，由行政院消費者保護委員會推薦之；前項其餘各款委員，由本署分別洽請有關機關、團體推薦後聘兼之。

(續)

衛生署報行政院條文		行政院核定條文
八十四年六月六日陳報	八十四年八月二十八日 再次陳報	
第四條 本會委員任期為二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。	第四條 本會委員任期為二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。	第五條 本會委員任期為二年，期滿得續聘之。但代表機關或團體出任者，應隨其本職進退。
第五條 本會委員及兼任人員均為無給職。但得依規定支給兼職酬勞。	第五條 本會委員均為無給職，但得依規定支給兼職酬勞。	第六條 本會委員均為無給職。但得依規定支給兼職酬勞。
第六條 本會置執行秘書、秘書、幹事，均由有關機關人員調兼之，負責蒐集分析醫療給付費用總額及其分配所需之相關資訊。必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調整、研究、或分析。	第六條 本會置執行秘書、秘書、專員、科員、技士。	第七條 本會置執行秘書、組長、視察、技正、專員、科員、技士。
	第七條 各職稱之官等及員額，另以編制表定之。 各職稱之職等，依職務列等表之規定。	第八條 本規程所列各職稱之官等及員額，另以編制表定之。 各職稱之職等，依職務列等表之規定。
	第八條 本會因業務需要，經報請行政院核准，得聘用研究員三人、副研究員四人及助理研究員三人。必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調查、研究或分析。	第九條 本會因業務需要，得依聘用人員聘用條例聘用研究人員一人至五人。必要時得委託學術團體或有關機關協助進行相關資料之調整、研究或分析。
	第九條 本會之歲計、會計及統計業務，由本署會計室兼辦。	第十條 本會之歲計、會計及統計事項，由本署會計室、統計室分別派員兼辦。
	第十條 本會之人事管理及人事查核業務由本署人事室兼辦。	第十一條 本會之人事管理，由本署人事室派員兼辦。
第七條 本會每二個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。	第十一條 本會每二個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。	第十二條 本會每二個月開會一次，必要時得舉行臨時會議，會議由主任委員召集，並為主席；主任委員未能出席時，得指定委員一人為主席。
第八條 本會開會須有二分之一以上委員出席，有關醫療費用決議事項，由出席人員以協商方式達成協定行之。	第十二條 本會開會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行之。	第十三條 本會開會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行之。

(續)

衛生署報行政院條文		行政院核定條文
八十四年六月六日陳報	八十四年八月二十八日 再次陳報	
第九條 第二條規定之任務，本會無法於本法第四十九條及第五十條規定日期內達成協定者，應由本署逕行裁決。	第十三條 第二條規定之任務，本會無法於本法第四十九條及第五十條規定日期內達成協定者，應由本署逕行裁決。	第十四條 本會對於第二條規定之掌理事項，未能於本法第四十九條第一項及第五十條第四項所定期限內達成協定時，由主管機關逕行裁決。
第十條 本會開會時，中央健康保險局應派員列席，必要時並得邀請有關機關及學術機構人員列席。	第十四條 本會開會時，中央健康保險局應派員列席；必要時，並得邀請有關機關及專家學者列席。	第十五條 本會開會時，應請中央健康保險局派員列席；必要時，並得邀請有關機關及專家、學者列席。
第十一條 本會分層負責明細表由本署定之。	第十五條 本會分層負責明細表，由本署定之。	第十六條 本會分層負責明細表，由本署定之。
第十二條 本規程自本法施行之日施行。	第十六條 本規程自本法施行之日施行。	第十七條 本規程自發布日施行。

表 11-12 全民健康保險醫療費用協定委員會編制表

衛生署八十四年八月二十八日報行政院之編制表				行政院核定之編制表			
職稱	官等	員額	備考	職稱	官等	員額	備考
				主任委員		(一)	
執行秘書	簡任	一		執行秘書	簡任	一	本職稱之在「甲、中央機關職務列等表之十二」前，暫以簡任職等辦理。
				組長	薦任至簡任	二	本職稱之在「甲、中央機關職務列等表之十二」前，暫以薦任職等辦理。
秘書	薦任	一		視察	薦任	一	
				技正	薦任	一	
專員	薦任	二		專員	薦任	一	
科員	委任	三	其中一人得列薦任。	科員	委任	三	其中一人得列薦任。
技士	委任	三	其中一人得列薦任。	技士	委任	三	其中一人得列薦任。
合計		十		合計		十二(一)	
備註： 本編制表各職稱之職等，應適用「甲、中央機關職務列等表之十二」之規定；該職務列等表修正時亦同。				附註： 本編制表各職稱之職等，應適用「甲、中央機關職務列等表之十二」之規定；該職務列等表修正時亦同。			

※ 全民健康保險醫療費用支付標準

一、法令依據

全民健康保險法第五十一條第一項。

二、立案原則

全民健康保險支付標準表之規劃原則係為建立一個公平及合理的支付標準表架構；適當反應各診療項目之成本，並兼顧保險財務的平衡與醫療品質的確保；設計合理的給付項目，反映病人之實際需要；配合分級醫療精神，鼓勵有效運用資源。

支付標準表之架構，則以公保、勞保支付標準表分類架構為基礎，另加入全民健保增加的服務範圍，如居家照護及預防保健服務等；品項收載以原有的保險或醫院已提供的項目為主，並考慮適用性、新科技的項目是否納入等議題。

支付點數之擬定，以相對點數反映各支付項目之資源投入為原則；為協助落實分級醫療，界定不同層級醫院適合提供之服務項目，而對於跨層級可施行且品質相近之項目，除因評鑑等級不同而存在成本顯著差異項目外，其餘以同項同酬之原則訂定支付標準。

三、研訂過程

- *民國八十年十月，衛生署成立「全民健康保險醫療費用支付標準表專案研究小組」，由洪啟仁教授擔任召集人，成員包括學者專家、衛生主管機關代表、醫療團體、付費者代表、保險機構代表等，並於不同階段邀請公勞保之審查醫師參與提供意見；健保規劃小組負責幕僚工作。
- *專案研究小組自民國八十年十一月十三日至八十三年五月二日間，計召開十次會議。探討之議題包括：支付表架構、品項收載原則、擬定支付點數（含相對值表）等。
- *另由專家組成「醫院成本分析研議小組」，並由中國醫藥學院醫務管理研究所張所長錦文主持「醫院成本實證研究」計畫，實地調查醫院成本，以提供訂定支付標準之參考。

- *民國八十三年七月全民健康保險法公布後，依據該法第五十一條第一項，醫療費用支付標準表之研擬，移轉至健保局籌備處，由其與保險醫事服務機構代表繼續討論。
- *民國八十三年十月，健保局籌備處成立「全民健康保險支付標準表研訂小組」，加速進行全民健康保險支付標準表之研訂。自民國八十三年十月十七日起至八十四年七月底，與醫界共協商二十二次，除新增項目及特殊科別外，僅先依據勞保支付標準表修訂基本診療章，特定診療則沿用勞保之支付標準並於開辦六個月內檢討。
- *衛生署於民國八十四年二月二十七日以衛署健保字第八四〇一〇七四三號公告「全民健康保險醫療費用支付標準」。

四、內容介紹

本支付標準共分八部，其要點如下：

- (一)總則(第一部)。
- (二)西醫(第二部)：包含基本診療(門診診察費、急性病房住院診察費、急性病房費、精神科慢性病房住院照護費與日間住院治療費、管灌飲食費及調劑共六節)、特定診療(檢查、放射線診療、注射、復健治療、精神醫療治療費、治療處置、手術、輸血及骨髓移植、石膏繃帶、麻醉費共十節)共二章。
- (三)牙醫(第三部)：包含門診診察費、牙科放射線診療、牙科處置及手術、牙科麻醉費共四章。
- (四)中醫(第四部)：包含門診診察費、藥費、藥品調劑費、針灸治療、傷科治療、脫臼整復治療處置等六章。
- (五)居家照護及精神疾病患者社區復健：包含居家照護、精神疾病患者社區復健等二章。
- (六)預防保健服務(第六部)：包含兒童預防保健服務、成人預防保健服務、婦女子宮頸抹片檢查、孕婦產前檢查服務、結核病防治等五章。
- (七)論病例計酬(第七部)：包含產科、婦科、一般外科、泌尿科、骨科、眼科、耳鼻喉科、內科、心臟血管外科共九章。

(八)特殊材料(第八部)：包含通則、特殊材料分類代碼編訂原則、特材品名適應症及使用規範、品名代碼一覽表、廠牌名稱對照表、特殊材料品項表等六章。

※ 全民健康保險藥價基準

一、法令依據

全民健康保險法第五十一條。

二、立案原則

藥劑的支付，必須考慮到兩方面，一為製造商及大盤商的購入成本，另一方面是藥劑師和其他藥事人員的藥事調劑服務費及藥品的儲存成本的兩大部分，故藥品支付除包含全民健康保險醫療費用支付標準所支付之藥事服務費外，如何訂定藥價基準，依藥品實際購入價格支付保險醫事服務機構之規劃更為重要。藥價基準係將藥品給付之項目依藥品成份別或廠牌別等分類方式明列全民健康保險藥品支付品項，並訂定全民健康保險支付價格，以為特約醫事服務機構申報其所提供醫療服務之藥品費用。

三、研訂過程

- *民國八十年四月二十七日，健保規劃小組邀集學者專家及相關單位研商訂定中藥及西藥藥價基準及藥事服務費之細部研究計畫。
- *民國八十年六月二十一日，厚生會召開藥價政策研討會，會中針對藥價政策、藥價基準品項收載原則及價格訂定進行討論。
- *民國八十一年四月三十日，與臺灣省製藥工業同業公會及臺北市西藥代理商業同業公會，就總額預算下之藥品支付制度與藥品價格表之收載原則、價格定位等問題進行討論。
- *民國八十二年十一月二十八日，為進行中藥藥價調查及藥價基準、中藥支付之規劃設計，健保規劃小組乃邀集藥政處、藥檢局與中醫藥委員會就相關問題進行討論。
- *民國八十三年四月二十五日，衛生署召開「全民健保制度有關藥品支付標準之相關事宜會議」，邀請台灣區製藥工業同業公會、台北市西藥代理商業同業公會、中華民國開發性製藥研究協會、中華民國藥品行銷暨管理協會、中華民國

製藥發展協會（以下稱五大藥聯）參加，討論訂價方式及給付範圍。

- *民國八十三年六月二十八日，衛生署召開「全民健保藥價基準協商會」，邀請五大藥聯參加，討論訂價方式及藥品審查作業。
- *民國八十三年七月十三日，衛生署召開「全民健康保險藥價基準協調會」，邀請五大藥聯參加，討論藥價基準之品項與價格公告的準備工作內容與時程。
- *民國八十三年八月二十七日，衛生署召開「全民健康保險藥價基準協商會議」，邀請五大藥聯參加，討論藥品項收載原則及公告時程。
- *民國八十三年十一月二十八日，衛生署召開「協商全民健康保險藥價基準訂定原則」會議，邀請臺灣省政府衛生處、臺北市政府衛生局，及醫界公協會代表參加，討論必要及孤兒藥品之清單、藥價調整方式及醫療院所藥品申報作業與指示用藥相關議題。
- *民國八十三年十二月二十七日，衛生署召開「全民健康保險藥價基準工作小組會議」，邀請藥界公協會代表參加。討論議題包括本工作小組之工作範圍及項目、現階段之藥價核定方式。
- *衛生署自民國八十三年八月三日至全民健康保險開辦後，陸續召開「藥價基準技術小組會議」，就藥價基準相關內容作內部討論，至民國八十四年七月十一日止，共計召開四十五次會議。

《附註》

- ✓中央健康保險局於民國八十四年三月九日以健保醫字第八四〇〇一二二九號公告「全民健康保險用藥品項表」。
- ✓中央健康保險局於民國八十四年八月二十一日以健保醫字第八四〇一二九三三號公告「全民健康保險用藥品項表勘誤補遺集」。
- ✓民國八十五年十月十一日，衛生署以衛署健保字第八五〇五五三五三號函核定「全民健康保險核價原則」，自民國八十五年十一月一日起實施。

- ✓ 衛生署於民國八十八年三月三十日以衛署健保字第八八〇一〇七三〇號公告「全民健康保險藥價基準」。
- ✓ 衛生署於民國八十八年四月二十八日以衛署健保字第八八〇二一八六六號公告「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」。

四、內容介紹

(一) 藥品收載與支付原則

1. 支付範圍：藥品支付包含藥品成本、包裝材料費、行政管理費與倉儲耗損等費用。
2. 支付方式：依照保險單位核可之醫療院所購入價格為支付基準，但不得超過藥價基準所訂之上限價格。
3. 藥價基準之收載與分類原則：
 - (1) 全民健康保險實施初期，藥品品項收載方式，將延續勞保藥價基準之分類方式。
 - (2) 對於上市年代較久，其成分於原產國專利期限已過之學名藥品，建立依成分別收載藥價之架構，將原有之產品，依成分、劑型、劑量予以分類。
 - (3) 未來逐步由廠牌別之藥品收載方式轉移為以學名成分為藥品收載之原則；但具有研究發展性之產品及專利保護期間內或具實質市場獨占之單一品牌產品，仍得採廠牌別訂價。
4. 價格之訂定：
 - (1) 進行藥價調查，將各類藥品依當時市場價格訂定單一支付或參考價格，其市場價格差異過大之類別，依實際價格分佈情形，以統計方法建立次分類，分別訂定支付或參考價格，以避免國內產品品質共識未建立前，單一支付或參考價格導致劣幣驅逐良幣之現象。
 - (2) 對於醫療上必須使用之藥品，為保障其供應與品質得訂定下限價格。這類藥品主要包括國內用量稀少之孤兒藥品 (Orphan Drug) 以及少數因過度競爭使市場價格已無誘因生產之產品，如盤尼西林。

- (3) 訂定藥品之單一支付價格、公告藥價基準、並逐步增加以學名為基礎，將藥品依成份別或療效歸類 (grouping) 後訂定藥品價格之百分比。

(二) 藥品品項與價格表

無論為支付參考價格或實際支付價格，均須建立系統性之藥品收載架構，定期更新收載之藥品品目、調整價格之資料。藥品品項之收載，建議由中央健康保險局組成審議委員會定期審議增減品項；新藥價格由中央健康保險局與藥品供應者直接議定；藥價調查則由相關公會負責蒐集資料刊載，政府僅居於督導或審核公會所提資料之地位。

※ 全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法

一、法令依據

全民健康保險法第五十二條。

二、立案原則

醫療保險有四大行政權，即醫療院所特約權、醫療報酬支付標準制定權、醫療行為審查權及醫療費用核付權，訂定「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」即為實踐後二項行政權之法律依據，故訂定本辦法之目的為醫療費用的審查及醫療品質的確保。

秉持合理與嚴謹之原則，保險人須依此規定組成醫療服務審查委員會執行審查業務，並據以辦理審查及核付費用。其規範醫療服務審查之方式分為行政審查與專業審查二類，內容明列行政審查事項之範圍、專業審查之原則、複審之規定及期限等。

三、研訂過程

- * 依據全民健康保險法規定，主管機關需擬訂保險醫事服務機構醫療服務審查辦法，爰經考量實際業務執行之方式，著手研擬條文草案。
- * 民國八十一年十一月六日全民健康保險法研議小組第十三次會議，討論醫療服務審查辦法之屬性，及醫療服務審查應由誰執行較為客觀，最後決定由保險人（即中央健康保險局）負責執行保險醫事服務機構之醫療服務審查，其執行細節訂於子法，並由主管機關訂定之。
- * 民國八十二年十月七日全民健康保險規劃小組第九十三次會議，由健保規劃小組報告本辦法草擬之初稿。
- * 民國八十二年十一月四日全民健康保險規劃小組第九十六次會議討論，草案研擬完成。
- * 民國八十三年十二月二十日全民健康保險規劃指導委員會議討論通過本草案。

*衛生署於民國八十四年一月二十三日以衛署健保字第八四〇〇五四四六號令訂定發布「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」。

四、內容介紹

本辦法全文共十二條，逐條說明如下：

- (一) 明定本辦法訂定之依據 (第一條)。
- (二) 明定醫療服務審查之單位及依據 (第二條)。
- (三) 明定醫療服務之審查分行政審查與專業審查 (第三條)。
- (四) 明定行政審查事項之範圍 (第四條)。
- (五) 明定審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員進行專業審查之原則 (第五條)。
- (六) 明定專業審查及醫療費用核減之規定 (第六條)。
- (七) 明定審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員審查案件時迴避原則 (第七條)。
- (八) 明定醫療服務案件得採抽樣審查之規定 (第八條)。
- (九) 明定檔案分析之原則 (第九條)。
- (十) 明定審查醫師、藥師等醫事人員應於期限內審竣及醫療費用核付期限 (第十條)。
- (十一) 明定複審相關規定及複審應核定之期限 (第十一條)。
- (十二) 明定施行日期 (第十二條)。

五、條文內容

第 一 條 本辦法依全民健康保險法 (以下簡稱本法) 第五十二條規定訂定之。

第 二 條 中央健康保險局 (以下簡稱健保局) 為審查保險醫事服務機構辦理全民健康保險 (以下簡稱本保險) 醫療服務項目、數量及品質，由健保局組成醫療服務審查委員會 (以下簡稱審查委員會) 依本辦法規定審查。

第 三 條 保險醫事服務機構醫療服務之審查，分為行政審查與專業審查。

第 四 條 行政審查事項如下：

- 一、保險對象之資格。
- 二、保險醫事服務機構之資格。
- 三、保險給付範圍之核對。
- 四、申報項目及點數正確性之核對。
- 五、資料填載之完整性。
- 六、檢附資料之齊全性。
- 七、特殊醫療服務之醫事人員資格。
- 八、論病例計酬案件之基本診療程序之初審。
- 九、事前審查案件之核對。
- 十、其他行政審查事項。

保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，經前項審查發現有違反本保險相關法令規定者，應核減其費用。

第一項第九款應事前審查之項目，應檢附文件及核定期限，由健保局另定之。

第 五 條 專業審查由審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員依相關法令規定辦理，並基於醫學原理、病情需要、治療緩急、醫療能力及服務行為進行之。

前項專業審查，審查醫師、藥師等醫事人員審查醫療服務案件，如有醫療適當性或品質等疑義，得會同相關專長之其他醫師、藥師等醫事人員審查，必要時得提審查會議審查。

第 六 條 保險醫事服務機構申報醫療服務案件經專業審查有下列情形之一者，應刪減不當部分之服務，並將刪減內容及理由詳加註明：

- 一、用藥、治療方法與病情診斷不符。
- 二、非必要之檢查或檢驗。

- 三、處置、手術或其他治療與病情不符。
- 四、用藥種類及份量與病情不符或有重複
- 五、治療材料之使用與病情不符。
- 六、非必要之住院或住院日數不適當。
- 七、治療內容與本保險支付標準規定不符。
- 八、其他違反相關法令或醫療品質不符專業標準。

保險醫事服務機構有第一項所列之情事，且其情節重大者，應提相關審查會議審議後送健保局依法處理。

第七條 審查委員會審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員對審查其本人或配偶所服務之保險醫事服務機構及其三親等內血親、姻親所設立之保險醫事服務機構醫療服務案件時，應予迴避。

第八條 保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，得採抽樣審查，其抽樣方法、比率，及核減金額計算方法，由健保局另定之。

第九條 健保局對保險醫事服務機構申報資料，分級分類進行檔案分析，對於就診人次，平均費用、住院日數，及各類案件之件數佔其總件數之百分比等有異常之保險醫事服務機構及個案，移供專業審查之參考，或作為加重抽樣審查之依據。

第十條 保險醫事服務機構當月份醫療服務案件，應於次月二十日以前檢附應備書據，向健保局申報醫療費用。

前項依規定期限申報醫療費用者，健保局應辦理暫付事宜，其醫療費用暫付作業要點由健保局另定之。

保險醫事服務機構申報之醫療服務案件，審查醫師、藥師等醫事人員應於健保局規定期限審查完竣。保險醫事服務機構如期申報之醫療費用，健保局應於收到申請文件之日起六十日內核付。

前項申報之案件，須補件或更正資料者，其核付日期之計算以補件或更正資料之日起算。

第 十 一 條 保險醫事服務機構對醫療服務案件審查結果有異議時，得於健保局通知到達之日起六十日內，列舉理由申請複審，健保局應於收到複審申請文件之日起六十日內核定。

前項核定日期之計算，需要保險醫事服務機構提供個案病歷、檢查、檢驗紀錄、X光照片等資料者，以保險醫事服務機構將相關資料送達健保局之日起算。

第一項之複審案件不得交由原審查醫師、藥師等醫事人員複查，必要時得會同原審查醫師、藥師等醫事人員審查。

複審案件，必要時得召開相關審查會議處理，並得通知該醫事服務機構負責醫師或主治醫師列席說明。

保險醫事服務機構對複審結果仍有異議者，得依全民健康保險爭議事項審議辦法規定，向全民健康保險爭議審議委員會申請審議。

第 十 二 條 本辦法自本法施行之日起施行。

※ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法

一、法令依據

全民健康保險法第五十五條第二項。

二、立案原則

依全民健康保險法第五十五條規定，保險醫事服務機構包含特約醫院及診所、特約藥局、保險指定醫事檢驗機構以及其他經主管機關指定之特約醫事服務機構，其中保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關定之，爰明定本辦法，保險人據以特約醫事服務機構為保險醫事服務機構，並訂定規範保險醫事服務機構於特約期間應遵守之事項，以提供保險對象適當之醫療保健服務。

另全民健康保險法第三十五條第三項「急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。」及同法第五十七條中「保險病房設置基準及應占總病床比率，由主管機關定之」之規定，為簡化行政作業、增進管理效率，均併入本辦法規範。

三、研訂過程

- * 民國八十三年三月十日健保規劃小組將研擬之本辦法草案及相關資料移送健保局籌備處繼續研擬。
- * 民國八十三年七月十三日健保局籌備處函送本辦法建議條文。
- * 健保規劃小組參考前述之建議條文，重新擬具本辦法條文草案，並於民國八十三年八月六日、八月三十一日及同年九月十七日邀請各醫事人員公會團體代表、衛生機關、消費者代表及公保、勞保主管單位等，進行三次對外研議會議。
- * 民國八十三年十月二十日全民健康保險規劃小組第一二七次會議，針對草案中仍有爭議條文進行討論，其中有關保險病床比率及保險病房設置基準部分，請健保局籌備處依下列意見修改：
 - (一) 保險病床比率之計算應以「總病床」為之，並應將急性病床總數、慢性病床總數分別計算。
 - (二) 特殊病床均應全部列為保險病床。

(三) 醫院因硬體設施無法立即改善而向保險人提出改善計畫，應有期限之規定。

(四) 保險病房設置基準請健保局籌備處修改。

(五) 保險醫事服務機構合約(草案)，其內容因涉及相關子法規，請退回健保局籌備處配合修改。

* 民國八十三年十一月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十三次會議，逐條討論，並對部分條文進行文字修正。

* 健保規劃小組於民國八十四年一月十七日進行本辦法發布作業時，為明確定義並規範急性病房、慢性病房及保險病房之設置，於本辦法中規定只要符合醫療機構設置標準即可。

* 衛生署於民國八十四年一月二十七日以衛署健保字第八四〇〇五六六三號令訂定發布「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」。

四、內容介紹

本辦法全文共四十一條，其重點如下：

(一) 明定本辦法訂定之依據及目的(第一條及第二條)。

(二) 明定保險醫事服務機構申請特約之資格(第三條)。

(三) 明定新設立未及參加評鑑之醫院，其特約類別認定之規定(第四條)。

(四) 明定醫院診所外之保險醫事服務機構之特約辦法(第五條)。

(五) 明定醫事服務機構不予特約之條件(第六條)。

(六) 明定醫事服務機構申請特約時應檢具之文件及處理流程(第七條及第八條)。

(七) 明定特約醫院之分院或門診部之特約辦法(第九條)。

(八) 明定急性病房及慢性病房之設置標準依醫療機構設置標準之規定(第十條及第十一條)。

(九) 明定特約醫院之病床應經當地衛生主管機關核准登記設置(第十二條)。

(十) 明定保險病房之定義及其基準範圍、病床數應占總病床比率之規定(第十三條及第十四條)。

(十一) 明定保險醫事服務機構應懸掛標誌(第十五條)。

- (十二) 明定保險醫事服務機構申請本保險醫療費用之規定 (第十六條)。
- (十三) 明定特約醫院及診所申請辦理本保險血液透析業務、預防保健服務、居家照護業務之規定 (第十七條、第十八條及第二十條)。
- (十四) 明定特約診所申請辦理本保險分娩業務之規定 (第十九條)。
- (十五) 明定特約醫院及診所，不得假藉義診名義招攬病人 (第二十一條)。
- (十六) 明定病歷記載及管理、內容要求 (第二十二條及第二十三條)。
- (十七) 明定保險醫事服務機構應開給醫療費用項目明細表及收據 (第二十四條)。
- (十八) 明定保險醫事服務機構不得無故拒絕收治保險對象、不得收取保證金及不得要求保險對象自費就醫 (第二十五條及第二十六條)。
- (十九) 明定保險醫事服務機構有關帳冊、簿據之記載及保存期限 (第二十七條)。
- (二十) 明定保險醫事服務機構異動應向保險人報備之義務 (第二十八條)。
- (二十一) 明定保險醫事服務機構申請特約時所提供之文件內容有變動時應辦理之事項 (第二十九條)。
- (二十二) 明定醫院評鑑合格有效期間屆滿時之處理方式 (第三十條)。
- (二十三) 明定保險醫事服務機構特約期間及續約條件 (第三十一條)。
- (二十四) 明定對保險醫事服務機構應予糾正、扣罰其二倍醫療費用、停止特約醫療業務一至三個月及終止特約之規範 (第三十二條至第三十五條)。
- (二十五) 明定對受停止特約或終止特約之保險醫事服務機構，其負有行為責任之醫事人員於規定期限內，不得提供本保險醫事服務 (第三十六條)。
- (二十六) 明定保險醫事服務機構申請複核及保險人應予處理之規定 (第三十七條)。
- (二十七) 明定醫事服務機構辦理轉診相關事宜 (第三十八條)。
- (二十八) 明定保險醫事服務機構違反本法及本辦法之處理方式 (第三十九條)。
- (二十九) 明定保險人得視需要派員實地訪查保險醫事服務機構 (第四十條)。
- (三十) 明定本辦法施行日期 (第四十一條)。

五、條文內容

- 第 一 條 本辦法依全民健康保險法（以下簡稱本法）第五十五條第二項規定訂定之。
- 第 二 條 中央健康保險局（以下稱保險人）為辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）業務，依本辦法特約或指定下列保險醫事服務機構，以提供保險對象適當之醫療保健服務：
- 一、特約醫院及診所。
 - 二、特約藥局。
 - 三、保險指定醫事檢驗機構。
 - 四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。
- 第 三 條 依醫療法規定經核准設立之醫院、診所，得申請為本保險之門診特約醫院、診所。但同時申請住院診療者，應經中央衛生主管機關醫院評鑑合格。
- 第 四 條 新設立未及參加評鑑之醫院，由保險人依醫院評鑑標準專案認定之；但於中央衛生主管機關辦理醫院評鑑時，應即參加評鑑。屆時未參加評鑑或經評鑑不合格者，應終止其辦理住院診療業務。
- 第 五 條 特約藥局、保險指定醫事檢驗機構及其他經主管機關指定之特約醫事服務機構之特約或指定要件，另依主管機關規定辦理。
- 第 六 條 醫事服務機構，有下列情形之一者，不予特約：
- 一、違反醫療管理相關法規，受停業處分期限尚未屆滿，或受罰鍰處分尚未繳清罰鍰者。
 - 二、違反本保險相關法規，受停止特約或終止特約期限尚未屆滿，或受罰鍰處分尚未繳清罰鍰者。
- 第 七 條 醫事服務機構申請特約，應檢具下列文件：
- 一、申請書。
 - 二、申請特約辦理住院診療業務之醫院，除新設立者外，應檢附評鑑等級證明文件。

三、其他經保險人指定之文件。

前項第一款申請書內之醫事服務機構基本資料表，應經當地衛生主管機關查驗核章。

第 八 條 保險人對於醫事服務機構特約之申請，經審查合格者，應依其申請核定其特約類別，據以特約。

經審查合格之醫事服務機構應與保險人辦理簽約手續。

第 九 條 特約醫院經衛生主管機關核准設立之分院或門診部，應依本辦法規定，另行特約。

第 十 條 本法第三十五條所稱急性病房，指設一般病床、特殊病床及急性精神病床之病房；其設置標準，依醫療機構設置標準之規定。

第 十 一 條 本法第三十五條所稱慢性病房，指設一般慢性病床、結核病床、癩病病床及慢性精神病床之病房；其設置標準，依醫療機構設置標準之規定。

第 十 二 條 特約醫院之病床，應經當地衛生主管機關核准登記設置。

第 十 三 條 本法第五十七條所稱保險病房，指特約醫院提供保險對象住院診療未收取病房費差額之病房。

急性病房、慢性病房除下列病床得收取病房費差額外，其餘病床及本保險給付病房費範圍內之特殊病床，均不得收取病房費差額；

一、急性病房：每病室設二床以下之病床。

二、慢性病房：每病室設一床之病床。

第 十 四 條 特約醫院保險病房之病床數，應占其總病床之比率如下：

一、醫學中心：公立醫院應占百分之六十五以上；私立醫院應占百分之五十以上。

二、區域醫院：公立醫院應占百分之七十以上；私立醫院應占百分之五十五以上。

三、地區醫院：公立醫院應占百分之七十五以上；私立醫院應占百分之六十以上。

非屬前項之公立醫院或私立醫院者，其比率適用私立醫院之規定。

第一項所定之比率，按其急性病房、慢性病房之總病床分別計算。急性病房總病床數之計算，包括一般病床、加護病床、燒傷病床及急性精神病床；慢性病房總病床數之計算，包括一般慢性病床、慢性精神病床、結核病床及癩病病床。

特約醫院保險病房不符第一項規定之比率者，其病房係在本法施行前設置，且屬因硬體設施無法立即改善之情形，得向保險人提出硬體設施改善計畫，由保險人依其改善計畫另行核定其比率。

第十五條 保險醫事服務機構，應將全民健康保險醫事服務機構標誌，懸掛於明顯處。

第十六條 保險醫事服務機構，申請本保險醫療費用，應依保險人所規定之階段性時程，採行電子資料申報作業。

第十七條 特約醫院及診所，申請辦理本保險血液透析業務，應依保險人規定之時程，設置相關電腦設備。

第十八條 特約醫院及診所，申請辦理本保險預防保健服務，應有保險人規定之醫事人員及其相關設備。
前項醫事人員，應經當地衛生主管機關核准登記。

第十九條 特約診所，申請辦理本保險分娩業務，應經當地衛生主管機關核准設置門診手術室、產房、嬰兒室及觀察病床；未設置門診手術室者，不得實施剖腹產手術。

第二十條 醫事服務機構，申請辦理本保險居家照護業務，應經衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目。

第二十一條 特約醫院及診所，不得擅自派醫師至投保單位為保險對象提供門診診療，或假藉義診名義招攬病人。

- 第二十二條 病歷記載應清晰、詳實、完整。特約醫院病歷管理，應製作各種索引及統計分析。
- 第二十三條 特約醫院及診所，對保險對象門診及住院診療之症狀與病情變化之診斷、醫事檢驗、病理檢查、手術所見及處方等，應於病歷詳細記載；傷害事故，並應載明病人主訴之發生原因及時間。
- 第二十四條 保險醫事服務機構，對保險對象收取其應自行負擔之費用，應掣給醫療費用項目明細表及收據。
- 第二十五條 特約醫院及診所，不得無故拒絕收治保險對象，並不得向保險對象收取保證金。
- 第二十六條 保險醫事服務機構，於本保險給付範圍內，所需之藥劑、治療材料及其他屬於保險給付項目，除保險人規定之特定治療材料外，不得囑保險對象自購藥劑、治療材料或自費檢查及收取費用，並不得應保險對象之要求，而予處方、用藥、檢查及申報費用。
- 第二十七條 保險醫事服務機構，依本保險提供醫療保健服務之有關帳冊、簿據所載，應與向保險人申報者相符，並應保存五年。
- 第二十八條 保險醫事服務機構，因停業，或負責醫事人員因故不能執行業務三十日以上者，應於事實發生之日起十日內，報請保險人備查。
- 第二十九條 保險醫事服務機構，依第七條所提供文件，若內容有變動，應於三十日內憑當地衛生主管機關核准變更登記證明向保險人備查。
- 保險醫事服務機構，其醫療設施或醫事人員減少至足以影響其特約類別者，保險人得查明事實，重新核定其特約類別。
- 第三十條 特約醫院之醫院評鑑合格有效期間屆滿時，保險人應依重新評鑑結果，自生效日起另行核定其特約類別。

第三十一條 保險醫事服務機構特約期間為三年；期滿符合下列條件之一者，得依本辦法規定續約之：

- 一、特約期間未受糾正者。
- 二、特約期間曾受糾正，經審查確已改善者。
- 三、特約期間曾受停止特約，期滿後經審查確已改善者。
- 四、依本法規定受罰鍰處分，其罰鍰業經繳清者。
- 五、未有第六條所定情事之一者。

特約診所及特約藥局之負責醫事人員，應於特約期間接受七十二小時之繼續教育，始得續約。

第三十二條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應予糾正：

- 一、未依醫療法或本保險相關法規辦理轉診業務者。
- 二、違反第十四條至第十七條、第二十一條至第二十八條或第二十九條第一項規定者。
- 三、未依本保險醫療辦法規定，核對保險對象就醫文件者。
- 四、保險對象因尚未領到保險憑證，或分娩、緊急傷病就醫未及攜帶保險憑證，經自費就醫後，於七日內補送保險憑證時，未依本保險醫療辦法規定，將所收之保險醫療費用退還，且於保險憑證上補蓋戳記者。
- 五、未依本保險醫療辦法規定，收繳住院保險對象之保險憑證，或未於保險對象住院次日內檢具全民健康保險住院通知表送保險人備查者。
- 六、未依本保險醫療辦法規定，辦理保險對象之住院及住院期間之請假、離院者。
- 七、其他經保險人通知應改善而未改善者。

第三十三條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，保險人應扣罰其二倍之醫療費用：

- 一、未依照處方箋給藥者。
- 二、未依醫師診斷逕行給藥者。

三、處方箋之處方與病歷記載不符者。

四、未記載病歷，申報醫療費用者。

第三十四條 保險醫事服務機構，於特約期間有下列情事之一者，保險人應予停止特約一至三個月，或就其違反規定部分之診療科別或服務項目停止特約一至三個月：

一、違反本法第五十八條、第六十二條規定，經保險人分別處罰三次後，再有違反者。

二、依第三十二條規定受糾正三次後，再有同條規定情事之一者。

三、經扣罰醫療費用三次後，再有前條規定情事之一者。

四、為招攬病人，而未依本法之規定向保險對象收取其應自行負擔之費用者。

五、收治非保險對象，而以保險對象之名義，申報醫療費用者。

六、簽註保險對象保險憑證，換給非對症之藥品、營養品或其他物品，經保險人予以糾正後，再有違反者。

七、以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述，申報醫療費用，且情節重大者。

八、拒絕對保險對象提供適當醫療服務，且情節重大者。

九、未配合辦理保險人或衛生主管機關為提升醫療服務品質所定之相關規定及計畫，且情節重大者。

第三十五條 保險醫事服務機構，有下列情事之一者，應予終止特約：

一、依前條規定受停止特約，再有前條規定情事之一者。

二、依本法第七十二條規定，經移送司法機關判決確定有罪者。

三、因違反醫療管理相關法規，經衛生主管機關停業或撤銷開業執照處分者。

四、容留未具醫師資格人員為保險對象診療或處方者。

五、容留未具藥事人員或醫事檢驗人員資格之人員為保險對象調劑或檢驗者。

六、因歇業註銷開業執照者。

依前項第一款至第五款規定，受終止特約者，自終止特約之日起一年內，不得申請特約。

第三十六條 受停止特約或依前條第一項第一款至第五款規定，受終止特約之保險醫事服務機構，其負有行為責任之醫事人員，於停止特約期間或終止特約之日起一年內，至其他保險醫事服務機構，對保險對象提供之醫療保健服務，不予給付。

第三十七條 保險醫事服務機構，依本辦法規定申請特約或續約，不服保險人不予特約或續約；或不服保險人依本辦法所為之糾正、停止特約或終止特約者，得於收受通知後十日內，以書面提出異議，申請複核，但以一次為限。

保險人應於接到前項異議書後三十日內重行審核，認為有理由者，應變更或撤銷原通知。

第三十八條 特約醫院及診所，辦理保險對象轉診事宜，應符合醫療需要；其接受轉入或辦理轉出之業務，涉及不正當行為者，依醫事相關法令規定辦理。

第三十九條 保險醫事服務機構，違反本法或本辦法規定者，除分別依規定處理外，其涉有違反醫事法規者，保險人應移請當地衛生主管機關處理。

第四十條 保險人對保險醫事服務機構之特約及管理，得派員實地訪查。

第四十一條 本辦法自本法施行之日施行。

※ 全民健康保險法施行細則

一、法令依據

全民健康保險法第八十六條。

二、立案原則

民國八十二年十月七日行政院院會審查通過「全民健康保險法(草案)」，是以全民健康保險之各項規劃原則已較確定，應儘速配合研訂全民健康保險法施行細則等相關子法規初稿，以補充全民健康保險法規範不足之處與執行細節，使全民健康保險施行時能有各種法規做為辦理準據。

三、研訂過程

- * 衛生署於民國八十三年三月十七日、五月二十三日及六月二十四日邀請公保、勞保、農保及健保局籌備處等，召開研商全民健康保險法施行細則(草案)第一次至第三次會議，就初擬之條文草案進行逐條討論；健保局籌備處並於同年五月二十七日針對衛生署所擬全民健康保險法施行細則草案，提具建議草案送署；衛生署復於同年八月十日、八月十一日及八月十五日續行召開第四次至第六次會議，並加邀署內有關單位與會共同討論，完成草案之初稿。
- * 民國八十三年九月六日邀集相關部會、省市政府、醫事團體、付費者團體及署內有關單位等，召開研商全民健康保險法施行細則(草案)第一次會議，進行逐條討論。
- * 民國八十三年九月八日全民健康保險規劃小組第一二三次會議，針對草案中仍有爭議條文進行討論，重點包括：
 - (一) 第一款第一目至第三目之受雇者退休後無職業者，是否得以第六類被保險人身份加保。
 - (二) 移轉投保單位或改變保險身分類別，是否為退保。
 - (三) 是否保留自營作業者之定義。
 - (四) 保險對象原有投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾三個月者，得以原投保資格繼續投保之規定，是否限縮於被保險人之眷屬且仍在學就讀者。

(五) 是否增訂有關轉診條文。

*民國八十三年九月二十七日、九月二十九日、十月十二日、十月十七日及十月二十四日續行召開研商全民健康保險法施行細則(草案)第二次至第六次會議，進行逐條討論完畢。

*民國八十三年十一月二日全民健康保險規劃指導委員會第十二次會議討論通過，其修正重點如下：

(一) 增列無職業鄰長，得準用第四條第二項公職人員規定參加本保險。

(二) 將應屆畢業學生及服兵役退伍者得以眷屬身分參加本保險之期限，從六個月修改為一年。

(三) 增列出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費之規定。

(四) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員，由海員總工會投保者，其投保金額由適用勞保投保薪資分級表最高一級，修改為按勞保投保薪資分級表最高三級申報。

(五) 明確訂出中央政府及省(市)政府補助之保險費比率，均為百分之五。

(六) 增訂第二類及第三類被保險人之投保單位，經徵得會員代表大會同意得預收保險費，並增列其預收之保險費於未彙繳保險人以前，應設專戶儲存保管，所生孳息並以運用於本保險業務為限。

(七) 刪除保險對象至特約藥局或偏遠地區其他特約醫院、衛生所調劑者，應自行負擔藥事費用百分之二十之規定。

(八) 決定保險對象接受本保險居家照護之應自行負擔費用比率，按百分之十計算。

(九) 增訂第六類第一目被保險人之應自行負擔費用，由保險人向行政院國軍退除役官兵輔導委員會定期申請撥付。

(十) 刪除保險人依規定對保險對象暫行拒絕保險給付，得於保險醫事服務機構依法訴求，自起訴之日起為之。

*民國八十三年十一月十七日全民健康保險規劃指導委員會第十三次會議，討論全民健康保險法施行細則草案第五十九條及第七十一條：

(一) 第五十九條關於醫院員工於本醫院門診者，其應自行負擔門診費用比率按百分之二十計算之規定是否刪除，經討論決議維持按百分之二十計算之規定。

(二) 第七十一條增列投保單位辦理本保險所用之帳冊契據，免徵印花稅。

* 民國八十三年十一月十九日「全民健康保險法施行細則(草案)」陳報行政院。

* 行政院於民國八十四年一月九日核定全民健康保險法施行細則，經衛生署於同年一月二十八日以衛署健保字第八四〇〇五七〇五號令發布。

四、內容介紹

本施行細則分為六章，全文共七十二條，其要點如下：

- (一) 第一章總則：明定本細則之立法依據、保險人應陳報主管機關及全民健康保險監理委員會之書表及財務報告(第一條至第三條)。
- (二) 第二章保險對象及投保單位：明定各類被保險人之定義、投保順序、應歸屬之投保單位、投保單位申報成立時應提供之資料、保險對象投保、退保、停保、復保之原因與投保單位應為其辦理之手續、失蹤之定義及投保單位應辦理變更或註銷之原因與手續(第四條至第四十條)。
- (三) 第三章保險財務：明定各類保險對象投保金額定義、平均眷屬人數及保險費之公告期間、保險費繳納之程序、投保單位收繳保險費之方式與作業規定、投保單位或保險對象欠繳保險費之規定、保險對象重複投保之規定、投保單位有歇業、解散、破產宣告或積欠保險費等情事之規定(第四十一條至第五十六條)。
- (四) 第四章保險給付：明定保險對象持慢性病連續處方箋者無法至原處方醫院或診所調劑時之規定、轉診之定義、保險對象應自行負擔門診費用按百分之二十計算之情形、保險對象接受本保險之居家照護部分負擔之比率、保險對象未於轉診單有效期間內就診應加重部分負擔、保險對象未經轉診逕至醫院之牙醫、中醫部門或中醫醫院就醫者應負擔之門診費用、對辦理家庭醫學科門診及員工本人於本醫院門診之管理、住院日數之計算及住院費用應自行負擔最高金額之訂定原則、低收入戶及榮民部

分負擔費用撥付方式、保險對象暫住於非保險病房時，不得要求補償或補助差額，以及於山地離島地區就診之保險對象，其門診部分負擔之規定（第五十七條至第六十七條）。

（五）第五章罰則：明定保險對象未參加本保險，非可歸責投保單位之情形及保險對象受罰鍰處分與滯納金，由保險人通知投保單位轉知保險對象（第六十八條及第六十九條）。

（六）第六章附則：明定主管機關或保險人派員調查有關本保險事項時，應出示之證件。本保險免課稅捐之項目及本細則施行日期（第七十條至第七十二條）。

五、附表

茲將衛生署陳報行政院及行政院核定之全民健康保險法施行細則，整理如表 11-13。

表 11-13 全民健康保險法施行細則

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第一章 總則	第一章 總則
第一條 本細則依全民健康保險法(以下簡稱本法)第八十六條規定訂定之。	第一條 本細則依全民健康保險法(以下簡稱本法)第八十六條規定訂定之。
第二條 保險人應於每年年終編具總報告,並按月將下列書表陳報主管機關及分送全民健康保險監理委員會備查: 一、投保單位、投保人數及投保金額統計表。 二、醫療給付統計表。 三、保險醫事服務機構增減表。 四、保險收支會計報表。 五、安全準備運用概況表。	第二條 保險人應按月將下列書表及於年終時編具總報告,陳報主管機關,並分送全民健康保險監理委員會備查: 一、投保單位、投保人數及投保金額統計表。 二、醫療給付統計表。 三、保險醫事服務機構增減表。 四、保險收支會計報表。 五、安全準備運用概況表。
第三條 保險人應依本保險業務計畫及安全準備運用狀況,編列年度預算,及半年之結算與年終之決算總報告,提經全民健康保險監理委員會審議後,陳報主管機關。	第三條 保險人應依本保險業務計畫及安全準備運用狀況,編列年度預算,及半年之結算與年終之決算總報告,提經全民健康保險監理委員會審議後,陳報主管機關。
第二章 保險對象及投保單位	第二章 保險對象及投保單位
第四條 本法第八條第一項第一款第一目所稱專任有給人員,指政府機關、公私立學校具有公教人員保險被保險人資格者。 本法第八條第一項第一款第一目所稱公職人員,指公職人員選舉罷免法所列公職人員。 無職業之鄰長,得準用前項公職人員規定參加本保險。	第四條 本法第八條第一項第一款第一目所稱專任有給人員,指政府機關、公私立學校具有公教人員保險被保險人資格者。 本法第八條第一項第一款第一目所稱公職人員,指公職人員選舉罷免法所列公職人員。 無職業之鄰長,得準用前項公職人員規定參加全民健康保險(以下簡稱本保險)。
第五條 本法第八條第一項第一款第四目所稱雇主,指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人。	第五條 本法第八條第一項第一款第四目所稱雇主,指僱用員工之民營事業事業主或事業經營之負責人。
第六條 本法第八條第一項第二款第一目所稱自營作業,指獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬,且未僱用有酬人員幫同工作者。	第六條 本法第八條第一項第二款第一目所稱自營作業,指獨立從事勞動或技藝工作獲致報酬,且未僱用有酬人員幫同工作者。
第七條 本法第八條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者,指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主,其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。	第七條 本法第八條第一項第二款第一目及第三款第二目所稱無一定雇主者,指經常於三個月內受僱於非屬同條項第一款第一目至第三目規定之二個以上不同雇主,其工作機會、工作時間、工作量、工作場所、工作報酬不固定者。
第八條 本法第八條第一項第一款第五目所稱專門職業及技術人員,指依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員。	第八條 本法第八條第一項第一款第五目所稱專門職業及技術人員,指依專門職業及技術人員考試法或其他法規取得執業資格之人員。
第九條 本法第八條所定之第四類被保險人包括軍事機關編制內領有補給證聘雇人員之眷屬家戶代表。	第九條 本法第八條所定之第四類被保險人包括軍事機關編制內領有補給證聘雇人員之眷屬家戶代表。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第十條 本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有行政院國軍退除役官兵輔導委員會核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。 本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，規定如下： 一、榮民之配偶，且無職業者。 二、榮民之直系血親尊親屬，且無職業者。 三、榮民之子女，未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。	第十條 本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民，指領有行政院國軍退除役官兵輔導委員會核發之中華民國榮譽國民證或義士證之人員。 本法第八條第一項第六款第一目所稱榮民遺眷之家戶代表，規定如下： 一、榮民之配偶，且無職業者。 二、榮民之直系血親尊親屬，且無職業者。 三、榮民之子女，未滿二十歲且無職業，或年滿二十歲無謀生能力或仍在學就讀且無職業者。
第十一條 本法第九條所稱無謀生能力，指符合下列情形之一者： 一、受禁治產宣告尚未撤銷。 二、領有殘障手冊且不能自謀生活。 三、符合本法第三十六條所稱重大傷病且不能自謀生活。	第十一條 本法第九條所稱無謀生能力，指符合下列情形之一者： 一、受禁治產宣告尚未撤銷。 二、領有殘障手冊且不能自謀生活。 三、符合本法第三十六條所稱重大傷病且不能自謀生活。
第十二條 本法第九條所稱在學就讀，指就讀於公立學校或各級主管教育行政機關核准立案之私立學校。	第十二條 本法第九條所稱在學就讀，指就讀於公立學校或各級主管教育行政機關核准立案之私立學校。
第十三條 本法第九條第二款所稱第四類被保險人之眷屬，包括無依軍眷及在卹遺眷。	第十三條 本法第九條第二款所稱第四類被保險人之眷屬，包括無依軍眷及在卹遺眷。
第十四條 本法第九條第二款所稱同戶，指同一眷戶。	第十四條 本法第九條第二款所稱同戶，指同一眷戶。
第十五條 本法第九條第三款所稱共同生活親屬，指符合下列規定之一者： 一、被保險人之配偶。 二、被保險人之直系血親。 三、與被保險人同一戶籍或共同生活之旁系血親及有互負扶養義務之親屬。	第十五條 本法第九條第三款所稱共同生活親屬，指符合下列規定之一者： 一、被保險人之配偶。 二、被保險人之直系血親。 三、與被保險人同一戶籍或共同生活之旁系血親及有互負扶養義務之親屬。
第十六條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目及第四款所定被保險人之眷屬，如具有外國國籍，在台閩地區領有外僑居留證，並符合本法第九條第一款及第二款所定眷屬資格者，得參加全民健康保險（以下簡稱本保險）。	第十六條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目及第四款所定被保險人之眷屬，如具有外國國籍，在台閩地區領有外僑居留證，並符合本法第九條第一款及第二款所定眷屬資格者，得參加本保險。
第十七條 符合本法第八條所定之第五類被保險人資格，其以第一類至第四類被保險人身分參加本保險者，其眷屬得以第五類保險對象參加本保險。	第十七條 符合本法第八條所定之第五類被保險人資格，其以第一類至第四類被保險人身分參加本保險者，其眷屬得以第五類保險對象參加本保險。
第十八條 符合本法第八條規定，同一類具有二種以上被保險人資格者，應以其主要工作之身分參加本保險。 農會或漁會會員兼具水利會會員身分者，應以農會或漁會會員身分參加本保險。	第十八條 符合本法第八條規定，同一類具有二種以上被保險人資格者，應以其主要工作之身分參加本保險。 農會或漁會會員兼具水利會會員身分者，應以農會或漁會會員身分參加本保險。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第十九條 為二位以上被保險人之眷屬者，應擇一投保；其選擇以直系血親眷屬身分投保者，應隨親等最近或負扶養義務之被保險人投保。 同為配偶與一親等直系血親之眷屬者，應擇一投保。	第十九條 為二位以上被保險人之眷屬者，應擇一投保；其選擇以直系血親眷屬身分投保者，應隨親等最近或負扶養義務之被保險人投保。 同為配偶與一親等直系血親之眷屬者，應擇一投保。
第二十條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，退休後無職業而仍繼續領有退休金者，得以同條項第六款第二目被保險人身分參加本保險。	第二十條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，退休後無職業者，得以同條項第六款第二目被保險人身分參加本保險。
第二十一條 退休人員符合本法第八條第一項第六款第二目被保險人資格者，經徵得原投保單位之同意，得以原投保單位為投保單位。但其保險費應依本法第二十六條及第二十七條第七款規定分別計算。	第二十一條 退休人員符合本法第八條第一項第六款第二目被保險人資格者，經徵得原投保單位之同意，得以原投保單位為投保單位。但其保險費仍應依本法第二十六條及第二十七條第七款規定分別計算。
第二十二條 本法第八條第一項第六款第二目所定被保險人，設籍於政府登記立案之宗教機構者，得以該宗教機構或所屬當地宗教團體為投保單位。	第二十二條 本法第八條第一項第六款第二目所定被保險人，依戶籍法規定設籍於政府登記立案之宗教機構者，得以該宗教機構或所屬當地宗教團體為投保單位。
第二十三條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，因故留職停薪者，經徵得原投保單位之同意，得由原投保單位以原投保金額等級繼續投保，被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位連同其應負擔部分彙繳保險人。 前項留職停薪期間以二年為限。	第二十三條 本法第八條第一項第一款第一目至第三目之被保險人，因故留職停薪者，經徵得原投保單位之同意，得由原投保單位以原投保金額等級繼續投保；被保險人應自付之保險費，按月向其投保單位繳納，投保單位連同其應負擔部分彙繳保險人。 前項投保金額等級，不得低於投保金額分級表最低一級。 第一項留職停薪期間以二年為限。
第二十四條 本法第十四條第一項第一款以所屬團體為投保單位之規定，於專門職業及技術人員自行執業者，指其所屬之公會。	第二十四條 本法第十四條第一項第一款以所屬團體為投保單位之規定，於專門職業及技術人員自行執業者，指其所屬之公會。
第二十五條 依本法第十四條第二項規定投保之保險對象，其保險費應由其共同生活之其他類被保險人代為繳納。	第二十五條 依本法第十四條第二項規定投保之保險對象，其保險費應由其共同生活之其他類被保險人代為繳納。
第二十六條 在政府登記有案之職業訓練機構接受訓練，並由該機構參加勞工保險者，得以該訓練機構為投保單位。	第二十六條 在政府登記有案之職業訓練機構接受訓練，並由該機構參加勞工保險者，得以該訓練機構為投保單位。 第五類及第六類保險對象於保險人認定之政府考試訓練機關接受訓練時，得以該考試訓練機關為投保單位。但其保險費仍應依本法第二十六條及第二十七條第七款規定計算。
第二十七條 保險對象原有之投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾三個月者，得以原投保資格繼續投保。	第二十七條 保險對象原有之投保資格尚未喪失，其從事短期性工作未逾三個月者，得以原投保資格繼續投保。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第二十八條 依本法第十四條規定申報為投保單位時，應填具投保單位成立申報表及保險對象投保申報表各一份送交保險人。 投保單位除政府機關、公立學校、農田水利會及公營事業外，應檢附負責人身分證明文件影本及下列相關證件影本： 一、工廠應檢附工廠登記證。 二、礦場應檢附礦場登記證。 三、鹽場、農場、牧場、林場、茶場應檢附登記證書。 四、交通事業應檢附運輸業許可證或有關證明文件。 五、民營公用事業應檢附事業執照或有關證明文件。 六、公司、行號應檢附公司執照、營利事業登記證或營業登記證。 七、私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業及各業人民團體應檢附立案或登記證明書。 八、本法第八條第一項第一款第三目之雇主，應檢附僱用契約書或證明書。 九、第一款至前款以外之投保單位，應檢附目的事業主管機關核發之許可或登記證明文件。	第二十八條 依本法第十四條規定申報為投保單位時，應填具投保單位成立申報表及保險對象投保申報表各一份送交保險人。 投保單位除政府機關、公立學校、農田水利會及公營事業外，應檢附負責人身分證明文件影本及下列相關證件影本： 一、工廠應檢附工廠登記證。 二、礦場應檢附礦場登記證。 三、鹽場、農場、牧場、林場、茶場應檢附登記證書。 四、交通事業應檢附運輸業許可證或有關證明文件。 五、民營公用事業應檢附事業執照或有關證明文件。 六、公司、行號應檢附公司執照、營利事業登記證或營業登記證。 七、私立學校、新聞事業、文化事業、公益事業、合作事業、農業、漁業及各業人民團體應檢附立案或登記證明文件。 八、本法第八條第一項第一款第三目之雇主，應檢附僱用契約書或證明文件。 九、第一款至前款以外之投保單位，應檢附目的事業主管機關核發之許可或登記證明文件。
第二十九條 投保單位應備下列文件，以供主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢： 一、第一類及第二類被保險人之投保單位，應備僱用員工或會員名冊(卡)、出勤工作紀錄、薪資表、薪資帳冊。 二、第三類被保險人之投保單位，應備被保險人及眷屬名冊(卡)，記載被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住址及投保資格審核通過之年、月、日。 前項第一款員工或會員名冊(卡)，應分別記載下列事項： 一、被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及住址。 二、被保險人到職或入會之年、月、日。 三、被保險人工作類別、時間及薪資或收入。 四、被保險人留職停薪期間。 前二項表冊，投保單位應自被保險人離職、退會或退保之日起保存五年。 第一項及第二項有關國民身分證之規定，適用第十六條及本法第十條第二項規定之保險對象，以外僑居留證行之。	第二十九條 投保單位應備下列資料，以供主管機關或保險人因業務需要所為之訪查或查詢： 一、第一類及第二類被保險人之投保單位，應備僱用員工或會員名冊(卡)、出勤工作紀錄、薪資表、薪資資料。 二、第三類被保險人之投保單位，應備被保險人及眷屬名冊(卡)，記載被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號、住址及投保資格審核通過之年、月、日。 前項第一款員工或會員名冊(卡)，應分別記載下列事項： 一、被保險人及其眷屬姓名、性別、出生年月日、國民身分證統一編號及住址。 二、被保險人到職或入會之年、月、日。 三、被保險人工作類別、時間及薪資或收入。 四、被保險人留職停薪期間。 前二項資料，投保單位應自被保險人離職、退會或退保之日起保存五年。 第一項及第二項有關國民身分證之規定，於第十六條及本法第十條第二項規定之保險對象，以外僑居留證行之。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第三十條 保險對象有下列情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象投保申報表一份，送交保險人辦理投保手續： 一、合於本法第十一條之一規定者。 二、轉換投保單位。 三、改變投保身分。	第三十條 保險對象有下列情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象投保申報表一份，送交保險人辦理投保手續： 一、合於本法第十一條之一規定者。 二、轉換投保單位。 三、改變投保身分。
第三十一條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲無謀生能力，或在學就讀且無職業者，投保單位應於其年滿二十歲當月底，填具續保申報表一份送交保險人辦理續保。	第三十一條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲無謀生能力，或在學就讀且無職業者，投保單位應於其年滿二十歲當月底，填具續保申報表一份送交保險人辦理續保。
第三十二條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險： 一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。 二、服兵役退伍者，自退伍之日起一年內。	第三十二條 被保險人二親等內直系血親卑親屬年滿二十歲且無職業，合於下列情形之一者，得以眷屬身分參加本保險： 一、應屆畢業學生自當學年度終了之日起一年內。 二、服兵役退伍者，自退伍之日起一年內。
第三十三條 本法第十六條所稱退保原因，包括下列情形之一者： 一、移轉投保單位。 二、改變投保身分。 三、死亡。 四、合於本法第十一條所定條件或原因。	第三十三條 本法第十六條所稱退保原因，包括下列情形之一者： 一、轉換投保單位。 二、改變投保身分。 三、死亡。 四、合於本法第十一條所定條件或原因。
第三十四條 保險對象有前條所定情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象退保申報表一份，送交保險人辦理退保手續。 保險對象因前條第一款及第二款情形辦理退保手續時，原投保單位應複印退保申報表一份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續，新投保單位應注意銜接投保。	第三十四條 保險對象有前條所定情形之一者，投保單位應於三日內填具保險對象退保申報表一份，送交保險人辦理退保手續。 保險對象因前條第一款及第二款情形辦理退保手續時，原投保單位應複印退保申報表一份交保險對象持往新投保單位辦理投保手續，新投保單位應注意銜接投保。
第三十五條 本法第十一條所稱失蹤，指戶籍登記簿註記失蹤或行方不明。 保險對象因遭遇災難失蹤，得自該災難發生之日退保。	第三十五條 本法第十一條所稱失蹤，指戶籍登記簿註記失蹤或行方不明。 保險對象因遭遇災難失蹤，得自該災難發生之日退保。
第三十六條 保險對象有下列情形之一者，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停繳納保險費： 一、失蹤未滿六個月者。 二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。	第三十六條 保險對象有下列情形之一者，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停繳納保險費： 一、失蹤未滿六個月者。 二、預定出國六個月以上者。但遠洋漁船船員除外。
第三十七條 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。	第三十七條 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。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第三十八條 保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理： 一、失蹤者於六個月內尋獲時，應註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之月起終止保險，辦理退保手續。 二、出國六個月以上者，自返國之日辦理複保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。 前項保險對象辦理復保時，投保單位應填具復保申報表一份送交保險人。	第三十八條 保險對象於停保原因消失後，依下列規定辦理： 一、失蹤者於六個月內尋獲時，應註銷停保，並補繳保險費。逾六個月未尋獲者，應溯自停保之月起終止保險，辦理退保手續。 二、出國六個月以上者，自返國之日辦理複保。但出國期間未滿六個月返國者，應註銷停保，並補繳保險費。 前項保險對象辦理復保時，投保單位應填具復保申報表一份送交保險人。
第三十九條 投保單位之名稱、負責人、地址或其通訊地址變更時，應於十五日內填具投保單位變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。	第三十九條 投保單位之名稱、負責人、地址或其通訊地址變更時，應於十五日內填具投保單位變更事項申報表一份，連同有關證件送交保險人。
第四十條 投保單位有歇業、解散或裁撤情事時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理註銷投保單位。	第四十條 投保單位有歇業、解散或裁撤情事時，應於十五日內以書面通知保險人，並檢附相關證件，辦理註銷投保單位。
第三章 保險財務	第三章 保險財務
第四十一條 下列被保險人之投保金額，依下列規定並配合投保金額分級表等級金額，向保險人申報： 一、具有公教人員保險被保險人資格者，以其保險俸（薪）給為準。 二、具有志願役軍人眷屬身分者，以相關志願役軍人參加軍人保險之保險基數為準。 三、無給職公職人員： （一）國大代表、省（市）議員，按投保金額分級表最高一級申報。 （二）縣（市）議員按勞工保險投保薪資分級表最高一級申報。 （三）鄉（鎮、市）民代表及村里鄰長，按第三類被保險人之投保金額申報。 四、僱用被保險人數二十人以上之事業負責人，及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，按投保金額分級表最高一級申報。 五、前款以外之事業負責人、專門職業技術人員自行執業者、屬於第一類被保險人之自營作業者，以及前款被保險人所得未達投保金額分級表最高一級或僱用人數減至二十人以下者，得自行舉證申報其投保金額，但最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。 六、無一定雇主或自營作業而參加職業工會及依第二十六條規定參加本保險者，按投保金額分級表第六級起申報。	第四十一條 下列被保險人之投保金額，依下列規定並配合投保金額分級表等級金額，向保險人申報： 一、具有公教人員保險被保險人資格者，以其保險俸（薪）給為準。 二、具有志願役軍人眷屬身分者，以相關志願役軍人參加軍人保險之保險基數為準。 三、無給職公職人員： （一）國民大會代表、省（市）議會議員，按投保金額分級表最高一級申報。 （二）縣（市）議會議員按勞工保險投保薪資分級表最高一級申報。 （三）鄉（鎮、市）民代表會代表、村（里）長及鄰長，按第三類被保險人之投保金額申報。 四、僱用被保險人數二十人以上之事業負責人及會計師、律師、建築師、醫師、牙醫師、中醫師自行執業者，按投保金額分級表最高一級申報。 五、前款以外之事業負責人、專門職業技術人員自行執業者、屬於第一類被保險人之自營作業者，及前款被保險人所得未達投保金額分級表最高一級或僱用人數減至二十人以下者，得自行舉證申報其投保金額，但最低不得低於勞工保險投保薪資分級表最高一級。 六、無一定雇主或自營作業而參加職業工會及依第二十六條規定參加本保險者，按投保金額分級表第六級起申報。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
七、參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，適用投保金額分級表最高一級；由海員總工會投保者，按勞工保險投保薪資分級表最高三級申報。	七、參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員由船長公會投保者，適用投保金額分級表最高一級；由海員總工會投保者，按勞工保險投保薪資分級表最高三級申報。
第四十二條 第一類及第二類被保險人具有勞工保險資格者，其申報之投保金額不得低於其勞工保險之投保薪資。	第四十二條 第一類及第二類被保險人具有勞工保險資格者，其申報之投保金額不得低於其勞工保險之投保薪資。
第四十三條 本法第二十八條所定之眷屬人數，保險人應於前一年九月底前公告。 前項眷屬人數，本保險開辦第一年以行政院主計處公布民國八十年「個人所得分配調查報告」之每戶人數與所得人數計算之。	第四十三條 本法第二十八條所定之眷屬人數，保險人應於前一年九月底前公告。 前項眷屬人數，本保險開辦第一年以行政院主計處發布民國八十年「個人所得分配調查報告」之每戶人數與所得人數計算之。
第四十四條 本法第二十七條第一款第二目所定各級政府補助之保險費，由中央政府補助百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。	第四十四條 本法第二十七條第一款第二目所定各級政府補助之保險費，由中央政府補助百分之五十，省（市）政府補助百分之五十。
第四十五條 依本法第二十九條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發投保單位繳納。 投保單位於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於五日內以書面通知保險人補寄，並於寬限期間內繳納。 投保單位對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第四類被保險人之投保單位應先照額繳納，第二類、第三類及第六類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。	第四十五條 依本法第二十九條規定應按月繳納之保險費，由保險人繕具保險費計算表及繳款單，於次月底前寄發投保單位繳納。 投保單位於次月底仍未收到前項保險費計算表及繳款單時，應於五日內以書面通知保險人補寄，並於寬限期間內繳納。 投保單位對於保險費計算表及繳款單所載金額如有異議，第一類及第四類被保險人之投保單位應先照額繳納，第二類、第三類及第六類被保險人之投保單位應先彙繳實際收繳之保險費後，再向保險人提出異議理由，經保險人查明錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。
第四十六條 依本法第二十九條第一項第三款規定各級政府應補助之保險費，由保險人按月開具保險費計算表及繳款單，於前月底前送請各級政府撥付。 前項政府應補助之保險費，經保險人查明有差額時，應於核計下次保險費時一併結算。	第四十六條 依本法第二十九條第一項第三款規定各級政府應補助之保險費，由保險人按月開具保險費計算表及繳款單，於前月底前送請各級政府撥付。 前項政府應補助之保險費，經保險人查明有差額時，應於核計下次保險費時一併結算。
第四十七條 各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會依本法第二十九條第一項第四款規定每半年一次預撥應補助之保險費，其預撥數由保險人核計，並應分別於每年一月十五日及七月十五日前通知預撥。 前項預撥數有溢繳或不足者，保險人應於核計下次之預撥保險費時，一併結算。	第四十七條 各級政府、國防部或行政院國軍退除役官兵輔導委員會依本法第二十九條第一項第四款規定每半年一次預撥應補助之保險費，其預撥數由保險人核計，並應分別於每年一月十五日及七月十五日前通知。 前項預撥數有溢繳或不足者，保險人應於核計下次之預撥保險費時，一併結算。
第四十八條 第三類被保險人之投保金額及第五類、第六類保險對象適用之全體保險對象每人平均保險費，保險人應於前一年九月底前公告。但本保險開辦第一年於前一年十一月底公告。	第四十八條 第三類被保險人之投保金額及第五類、第六類保險對象適用之全體保險對象每人平均保險費，保險人應於前一年九月底前公告。但本保險開辦第一年，不在此限。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第四十九條 投保單位得於金融機構設立「全民健康保險」專戶，並轉知被保險人以轉帳或代收方式繳納保險費。 第二類及第三類被保險人之投保單位，得徵得被保險人或會員代表大會同意後，一次預收三個月或六個月保險費，並掣發收據，按月彙繳保險人；其預收之保險費於未彙繳保險人以前，應設專戶儲存保管，所生孳息並以運用於本保險業務為限。 前項採行預收保險費之投保單位，得為承辦業務人員辦理員工誠實信用保證保險。	第四十九條 投保單位得於金融機構設立「全民健康保險」專戶，並轉知被保險人以轉帳或代收方式繳納保險費。 第二類及第三類被保險人之投保單位，得徵得被保險人或會員代表大會同意後，一次預收三個月或六個月保險費，並掣發收據，按月彙繳保險人；其預收之保險費於未彙繳保險人以前，應設專戶儲存保管，所生孳息並以運用於本保險業務為限。 前項採行預收保險費之投保單位，得為承辦業務人員辦理員工誠實信用保證保險。
第五十條 保險費之繳納，以元為單位，角以下四捨五入。	第五十條 保險費之繳納，以元為單位，角以下四捨五入。
第五十一條 投保單位依本法第二十九條第一項第一款或第二款規定扣繳或收繳被保險人及其眷屬負擔之保險費時，應於被保險人之薪資單（袋）註明或掣發收據。	第五十一條 投保單位依本法第二十九條第一項第一款或第二款規定扣繳或收繳被保險人及其眷屬負擔之保險費時，應於被保險人之薪資單（袋）註明或掣發收據。
第五十二條 第一類及第四類被保險人之投保單位因故不及於本法第二十九條規定期限扣、收繳保險費時，應先行墊繳。 第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第二十九條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。	第五十二條 第一類及第四類被保險人之投保單位因故不及於本法第二十九條規定期限扣、收繳保險費時，應先行墊繳。 第二類及第三類被保險人應自付之保險費，未依本法第二十九條規定期限繳納者，投保單位應通知被保險人繳納欠繳之保險費，並於彙繳保險費時，一併向保險人提送被保險人欠費清單。
第五十三條 投保單位或被保險人依本法第三十條第一項規定應繳納滯納金者，由保險人核計應加徵之金額，通知其向指定金融機構繳納。	第五十三條 投保單位或被保險人依本法第三十條第一項規定應繳納滯納金者，由保險人核計應加徵之金額，通知其向指定金融機構繳納。
第五十四條 投保單位或被保險人因欠繳保險費及滯納金，經保險人依本法第三十條第三項規定暫行拒絕保險給付者，暫行拒絕給付期間內之保險費仍應計算，保險對象應有之保險給付，俟欠費繳清後再申請核退醫療費用。	第五十四條 投保單位或被保險人因欠繳保險費及滯納金，經保險人依本法第三十條第三項規定暫行拒絕保險給付者，暫行拒絕給付期間內之保險費仍應計算，保險對象應有之保險給付，俟欠費繳清後再申請核退醫療費用。
第五十五條 保險對象重複投保者，應依第十八條、第十九條及本法第十二條規定計繳保險費。其重複繳納之保險費，得由投保單位於發生重複繳納保險費之日起三個月內申請退還，經保險人審查屬實後，於計算次月保險費時，一併結算。	第五十五條 保險對象重複投保者，應依第十八條、第十九條及本法第十二條規定計繳保險費。其重複繳納之保險費，投保單位得於發生重複繳納保險費之日起三個月內申請退還，逾期不予受理。 前項申請退還重複繳納之保險費，經保險人審查屬實後，於計算次月保險費時，一併結算。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第五十六條 投保單位有歇業、解散、破產宣告情事，或積欠保險費及滯納金經依法強制執行無效果者，保險人得以書面通知或公告註銷該投保單位。其應繳保險費及應加徵滯納金之計算，以事實發生日為準；事實發生日不明者，以保險人查定之日為準。 前項投保單位所屬之保險對象，應即以適當身分改至其他投保單位參加本保險。	第五十六條 投保單位有歇業、解散、破產宣告情事者，或積欠保險費及滯納金經依法強制執行無效果者，保險人得註銷該投保單位。其應繳保險費及應加徵滯納金之計算，以事實發生日為準；事實發生日不明者，以保險人查定之日為準。 前項投保單位所屬之保險對象，應即以適當身分改至其他投保單位參加本保險。
第四章 保險給付	第四章 保險給付
第五十七條 保險對象持特約醫院或診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。但持慢性病連續處方箋者，因處在偏遠地區而無法至原處方醫院、診所調劑且所在地無特約藥局時，得依保險人規定，至當地其他特約醫院或衛生所調劑。	第五十七條 保險對象持特約醫院或診所醫師交付之處方箋，應在該特約醫院、診所或至特約藥局調劑。但持慢性病連續處方箋者，因處在偏遠地區而無法至原處方醫院、診所調劑且所在地無特約藥局時，得依保險人規定，至其他特約醫院或衛生所調劑。
第五十八條 本法第三十三條所稱轉診，指經醫院或診所轉診者。	第五十八條 本法第三十三條所稱轉診，指經醫院或診所轉診者。
第五十九條 保險對象至特約醫院就醫，有下列情形之一者，其應自行負擔門診費用比率按百分之二十計算： 一、經醫院或診所轉診者。 二、領有繼續治療單者。 三、領有殘障手冊者。 四、至中央衛生主管機關認可之家庭醫學科專科醫師訓練醫院家庭醫學科門診者。 五、醫院員工於本醫院門診者。 前項第四款家庭醫學科門診，其診數及每日門診人次上限，由保險人定之。	第五十九條 保險對象至特約醫院就醫，有下列情形之一者，其應自行負擔門診費用比率按百分之二十計算： 一、經醫院或診所轉診者。 二、領有繼續治療單者。 三、領有殘障手冊者。 四、至中央衛生主管機關認可之家庭醫學科專科醫師訓練醫院家庭醫學科門診者。 五、醫院員工於本醫院門診者。 前項第四款家庭醫學科門診，其診數及每日門診人次上限，由保險人定之。
第六十條 保險對象接受本保險之居家照護者，其應自行負擔費用比率按百分之十計算。	第六十條 保險對象接受本保險之居家照護者，其應自行負擔費用比率按百分之十計算。
第六十一條 保險對象未於轉診單有效期間內轉診就醫者，其應自行負擔之費用比率，依本法第三十三條未經轉診規定辦理。 醫院、診所因限於設備及專長，無法確定保險對象之病因或未能提供完整治療時，應建議其轉診，或保險對象得要求轉診。 前項轉診，醫院、診所應填具病歷摘要，交予保險對象，不得無故拖延或拒絕。	第六十一條 保險對象未於轉診單有效期間內轉診就醫者，其應自行負擔之費用比率，依本法第三十三條未經轉診規定辦理。 醫院、診所因限於設備及專長，無法確定保險對象之病因或未能提供完整治療時，應建議其轉診，或保險對象得要求轉診。 前項轉診，醫院、診所應填具病歷摘要，交予保險對象，不得無故拖延或拒絕。
第六十二條 中央衛生主管機關未辦理牙醫、中醫評鑑前，保險對象未經轉診逕至醫院之牙醫、中醫部門或中醫醫院就醫者，其應自行負擔門診費用比率按百分之三十計算。	第六十二條 中央衛生主管機關未辦理牙醫、中醫評鑑前，保險對象未經轉診逕至醫院之牙醫、中醫部門或中醫醫院就醫者，其應自行負擔門診費用比率按百分之三十計算。但保險對象至未辦理住院診療之特約中醫醫院門診者，其應自行負擔門診費用之比率，比照特約診所規定辦理。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第六十三條 特約醫院依第五十九條規定辦理家庭醫學科門診及員工本人於本醫院門診業務，經查有異常情況並經糾正仍不改善者，保險人得停止適用其規定。	第六十三條 特約醫院依第五十九條規定辦理家庭醫學科門診及員工本人於本醫院門診業務，經查有異常情況並經糾正仍不改善者，保險人得停止該特約醫院適用第五十九條之規定。
第六十四條 本法第三十五條第一項及第二項所定住院日數，指當次住院日數，當次住院日數同類病房應合併計算；以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數並應合併計算。 本法第三十五條第二項所稱之最高金額，由主管機關參考最近一年每人平均國民所得之百分之六定之。 前項所稱每人平均國民所得，以行政院主計處依照當年市價計算並公告者為準。	第六十四條 本法第三十五條第一項及第二項所定住院日數，指當次住院日數；當次住急性病房或慢性病房不同類病房之日數，應分別計算；以相同疾病於同一醫院出院後十四日內再次住院者，其住院日數並應合併計算。 本法第三十五條第二項所定保險對象應自行負擔住院費用之最高金額，每次住院為每人平均國民所得之百分之六；無論是否同一疾病，每年為每人平均國民所得之百分之十。 前項所稱每人平均國民所得，由主管機關參考行政院主計處發布之最近一年每人平均國民所得定之。
第六十五條 第五類保險對象依本法第三十七條規定應自行負擔之費用，由保險人向中央社政主管機關定期申請撥付。 第六類第一目被保險人依本法第三十三條規定就診或轉診及依本法第三十五條規定應自行負擔之費用，由保險人向行政院國軍退除役官兵輔導委員會定期申請撥付。	第六十五條 第五類保險對象依本法第三十三條及第三十五條規定應自行負擔之費用，由中央社政主管機關依本法第三十七條，定期撥付保險人。 本法第八條第一項第六款第一目被保險人依本法第三十三條前段及第三十五條規定應自行負擔之費用，得由行政院國軍退除役官兵輔導委員會定期撥付保險人。
第六十六條 保險對象住院診療，以保險病房為準。其因暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。	第六十六條 保險對象住院診療，以保險病房為準。其因暫住之病房等級低於保險病房時，不得要求補償差額；暫住之病房等級高於保險病房時，亦不得要求補助差額。
第六十七條 保險對象於山地離島地區門診或急診者，其應自行負擔之門診或急診費用規定如下： 一、於第四級離島門診或急診者，免依本法第三十三條規定應自行負擔之門診或急診費用。 二、於前款以外之山地離島地區基層醫療院所門診或急診者，免依本法第三十三條規定應自行負擔之門診或急診費用。但於醫院門診或急診者，應自行負擔門診或急診費用百分之二十。	第六十七條 保險對象於山地離島地區門診或急診者，其應自行負擔之門診或急診費用規定如下： 一、於第四級離島門診或急診者，免依本法第三十三條規定自行負擔門診或急診費用。 二、於前款以外山地離島地區未經中央衛生主管機關評鑑之基層醫療機構門診或急診者，免依本法第三十三條規定自行負擔門診或急診費用。但於中央衛生主管機關評鑑之醫院門診或急診者，應自行負擔門診或急診費用百分之二十。

(續)

衛生署報行政院條文	行政院核定條文
第五章 罰則	第五章 罰則
第六十八條 本法第六十九條所稱非可歸責於投保單位者，指下列情形之一者： 一、經投保單位二次以書面通知應投保之被保險人辦理投保手續，被保險人仍拒不辦理，並通知保險人者。 二、應投保之眷屬，被保險人未向其投保單位申報者。 三、第三類或第六類保險對象未向其投保單位申報者。	第六十八條 本法第六十九條所稱非可歸責於投保單位者，指下列情形之一： 一、經投保單位二次以書面通知應投保之被保險人辦理投保手續，被保險人仍拒不辦理，並通知保險人者。 二、應投保之眷屬，被保險人未向其投保單位申報者。 三、第三類或第六類保險對象未向其投保單位申報者。
第六十九條 保險對象所受罰鍰處分及滯納金，由保險人通知投保單位轉知保險對象繳納。	第六十九條 保險對象所受罰鍰處分及滯納金，由保險人通知其投保單位轉知保險對象繳納。
第六章 附則	第六章 附則
第七十條 主管機關或保險人依本法第十七條及第六十二條規定，派員調查有關本保險事項時，應出示服務機關之公文及其身分證明文件。	第七十條 主管機關或保險人依本法第十七條及第六十二條規定，派員調查有關本保險事項時，應出示服務機關之公文及其身分證明文件。
第七十一條 依本法第八十四條規定免課之稅捐如下： 一、保險人及投保單位辦理本保險所用之帳冊契據，免徵印花稅。 二、保險人辦理本保險所收保險費、保險費滯納金，及因此所承受強制執行標的物之收入，保險資金運用之收益、其他收入，免納營業稅及所得稅。	第七十一條 依本法第八十四條規定免課之稅捐如下： 一、保險人及投保單位辦理本保險所用之帳冊契據，免徵印花稅。 二、保險人辦理本保險所收保險費、保險費滯納金及因此所承受強制執行標的物之收入，保險資金運用之收益、其他收入，免納營業稅及所得稅。
第七十二條 本細則自本法施行之日施行。	第七十二條 本細則自本法施行之日施行。

※ 中央健康保險局安全準備管理委員會設置辦法

一、法令依據

中央健康保險局組織條例第十一條第二項。

二、立案原則

為妥善監督管理安全準備之運用，善盡監理之職掌，並適時提出重大政策與方針之建議，另在兼顧安全性、流動性與收益性原則下，實質增加財務收益，故有必要成立保險安全準備管理委員會，並訂定設置辦法。主要係規定委員會組織架構、運作模式、任務、委員之遴聘及審議案件規範。

三、研訂過程

- * 健保局籌備處於民國八十三年十一月八日以衛中健財字第三〇九八號函請衛生署核定「中央健康保險局保險安全準備管理委員會設置辦法」草案，前項草案經民國八十三年十一月十七日全民健康保險規劃小組第一三〇次會議討論，並提健保規劃指導委員會討論。
- * 民國八十三年十二月二十日全民健康保險規劃指導委員會第十四次會議，當時因「中央健康保險局組織條例」尚未經立法院三讀通過，故暫緩本項議案。
- * 民國八十四年三月九日全民健康保險規劃小組第一四〇次會議決議，由於全民健康保險業已開辦，遂依立法院三讀通過之「中央健康保險局組織條例」修訂該草案，經衛生署於民國八十四年四月十日以衛署健保字第八四〇一六九七九號令訂定發布。

四、內容介紹

本辦法全文共七條，其要點如下：

- (一) 明定本辦法之依據 (第一條)。
- (二) 委員會置主任委員一人，由中央健康保險局總經理兼任，綜理會務；委員六人，由總經理遴聘金融、保險或財務管理專家擔任。前項委員聘期為二年，期滿得續聘一次 (第二條)。

- (三) 明定委員會之任務為有關安全準備預算及決算之審核事項、調整安全準備提撥率之建議事項、安全準備運用計畫之審議事項、安全準備業務之檢討改進事項、其他有關安全準備之監督管理事項(第三條)。
- (四) 委員會置執行秘書一人，由中央健康保險局財務處經理兼任；置工作人員若干人，由本局相關人員調兼之(第四條)。
- (五) 委員會以每月開會一次為原則，必要時得召開臨時會議，均由主任委員召集，並為主席。主任委員未能出席時，得指定委員一人或由委員互推一人為主席。開會須由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行之(第五條)。
- (六) 規定委員會之委員為無給職，但得依規定支領交通費(第六條)。
- (七) 明定本辦法施行日期(第七條)。

五、條文內容

- 第 一 條 本辦法依中央健康保險局組織條例第十一條規定訂定之。
- 第 二 條 中央健康保險局安全準備管理委員會(以下簡稱本會)，置主任委員一人，由中央健康保險局總經理兼任，綜理會務；委員六人，由總經理遴聘金融、保險或財務管理專家擔任。
前項委員聘期為二年，期滿得續聘一次。
- 第 三 條 本會之任務如下：
一、有關安全準備預算及決算之審核事項。
二、有關調整安全準備提撥率之建議事項。
三、有關安全準備運用計畫之審議事項。
四、有關安全準備業務之檢討改進事項。
五、其他有關安全準備之監督管理事項。
- 第 四 條 本會置執行秘書一人，由中央健康保險局財務處經理兼任；置工作人員若干人，由本局相關人員調兼之。
- 第 五 條 本會每月開會一次，必要時得召開臨時會議，由主任委員召集，並為主席。主任委員未能出席時，得指定委員一人或由委員互推一人為主席。

本會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行之。

第 六 條 本會委員為無給職。但得依規定支領交通費。

第 七 條 本辦法自發布日施行。

※ 中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法

一、法令依據

中央健康保險局組織條例第十二條。

二、立案原則

設置醫療服務審查委員會主要在於審核醫療品質與醫療費用是否適當，而非為醫事服務機構之管理。委員會職司醫療服務及費用之複審，委員會下再設地區醫療服務審查小組，職司醫療服務及費用之初審。

醫療服務審查委員會設置於保險機關之內的主要目的，係因未來全民健康保險的支付制度將採總額預算制，意即醫療機構與醫療人員將承擔控制醫療費用的責任，故保險人應擔任被保險人「經理人」之角色，以負責監督被保險人是否獲得適當之醫療服務。

醫療服務審查項目涵蓋醫療使用之合理性及醫療品質之控制等，有別於處理對申報案件收集、整理之給付單位規劃指導，故宜由保險人設置醫療服務審查委員會。

審查委員需具有專業臨床或實際經驗，如醫師、護理人員、藥師等，以勝任處理醫事服務審查工作；另年限應加以規範，不可長期固定以相同委員進行相同之審查工作；為使委員會運作順利，故明確規範各醫療項目之執行程序與範圍。

三、研訂過程

* 由於全民健康保險法草案第五十條中敘明，為審核醫事服務機構申報之用並確保醫療品質，由保險人自設並遴聘具有臨床或實際經驗的醫藥專家，組成「醫療服務審查委員會」，故民國八十一年七月一日研商中央健康保險局組織條例（草案）相關會議中，針對由中央健康保險局設立審查委員會執行審查業務，權力是否過於集中，進行討論。會議中考量未來支付制度將實施總額預算，醫療費用由將由醫界自行協商，審核由中央健康保險局執行可收制衡之效，因此維持由保險人設立該委員會。

* 民國八十一年七月十八日全民健康保險法研議小組第三次會議討論，就訂定本辦法之目的、委員資格、委員職權、及保險機關下設立本委員會之適當性進行

討論。本次會議確定了設置醫療服務審查委員會之功能與目的，並決定仍由保險人負責，故於中央健康保險局組織條例中明定設置依據。

* 此後歷經四次全民健康保險規劃指導委員會會議討論，於民國八十三年十二月二十日第十四次委員會議通過草案，民國八十四年一月十六日健保規劃小組再依據民國八十三年十二月三十日總統華總（一）義字第八一五八號令公布之「中央健康保險局組織條例」第十二條修改條文內容後，由衛生署於民國八十四年一月二十三日以衛署健保字第八四〇〇五四四六號令訂定發布。

四、內容介紹

本辦法全文共十五條，逐條說明如下：

- （一）明定本辦法訂定之依據（第一條）。
- （二）明定審查會設立目的（第二條）。
- （三）明定審查委員會設審查小組及地區審查分組（第三條）。
- （四）明定審查委員會、審查小組及地區審查分組之任務（第四條至第六條）。
- （五）明定審查會委員之資格、任期及遴聘（第七條）。
- （六）明定審查小組及地區審查分組成員之資格、任期及遴聘（第八條）。
- （七）明定審查委員會、審查小組、地區審查分組事務性工作之人員派充（第九條）。
- （八）明定審查委員會召開會議之相關規定（第十條）。
- （九）明定審查相關人員應保密原則（第十一條）。
- （十）明定審查小組對地區審查分組督導之規定（第十二條）。
- （十一）明定審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員之解聘規定（第十三條）。
- （十二）明定審查委員、審查醫師、藥師等醫事人員之報酬支給（第十四條）。
- （十三）明定施行日期（第十五條）。

五、條文內容

第 一 條 本辦法依中央健康保險局組織條例第十二條規定訂定之。

第 二 條 中央健康保險局（以下簡稱健保局）為審查保險醫事服務機構辦理全民健康保險（以下簡稱本保險）醫療服務項目、數量及品質，應設醫療服務審查委員會（以下簡稱審查委員會）。

第 三 條 審查委員會設審查小組及地區審查分組。

第 四 條 審查委員會之任務如下：

- 一、研訂審查業務方針、審查規範及審查作業原則。
- 二、督導考核審查業務。
- 三、研究建議審查相關法規及業務興革事宜。
- 四、其他有關醫療服務審查業務。

第 五 條 審查小組之任務如下：

- 一、審查高額及特定醫療案件。
- 二、審查特殊事前審查案件。
- 三、抽審地區審查分組審查之案件。
- 四、審查第一款及第二款之申複案件。
- 五、其他經審查委員會交付之審查案件。

前項第一款所稱高額及特定醫療案件之額度及項目，由健保局另定之。

第 六 條 地區審查分組之任務如下：

- 一、審查一般醫療服務案件。
- 二、審查一般事前審查案件。
- 三、審查申複案件。
- 四、其他經審查委員會交付之審查案件。

第 七 條 審查委員會由健保局遴聘具五年以上教學、臨床或實際經驗且經認定對臨床與保險著有貢獻之醫藥專家二十六至三十一人為委員組成，並指定總召集人及副總召集人各一人。委員任期二年，期滿得續聘一次。

審查委員會委員，健保局得洽請全國性相關醫事團體推薦符合前項規定資格之人選遴聘之。

第 八 條 審查委員會為醫療服務審查需要，得提報健保局遴聘具五年以上教學、臨床或實際經驗之醫師、藥師等醫事人員組成審查小組及地區審查分組執行審查業務，並各指定召集人一人及副召集人若干人。

審查醫師、藥師等醫事人員任期二年，期滿得續聘；其員額，得視審查業務量、保險醫事服務機構及科別需要，由健保局定之。

審查醫師、藥師等醫事人員，健保局得洽請全國性或各該地區相關醫事團體推薦符合前項規定資格之人選遴聘之。

第 九 條 審查委員會、審查小組及地區審查分組事務工作所需人員，由健保局預算員額內派充之。

第 十 條 審查委員會之委員會議每三個月召開一次會議，必要時得召開臨時會議。

審查委員會委員會議召開時審查小組及地區審查分組召集人為當然出席人員，並得請相關審查醫師、藥師等醫事人員列席。

第 十 一 條 審查有關人員對審查內容或因審查而知悉之公務，應保守秘密，不得洩漏。審查醫師、藥師等醫事人員並不得將各類審查案件攜出審查場所。

第 十 二 條 審查小組得對地區審查分組每月審畢之案件進行抽審，若發現審查結果有偏差者，應通知該地區審查分組及審查醫師、藥師等醫事人員改善，若多次抽審並通知改善而未改善者，應以書面送健保局處理。

前項抽審之作業要點，由健保局另訂之。

第 十 三 條 審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員於聘期內有左列情事之一者，健保局得解聘之：

- 一、未能依全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法及委員聘用相關規定有效執行審查業務。
- 二、無故不出席審查會議，累計達三次以上。

三、無故不執行審查案件，累計達三次以上。

四、違反前條規定。

五、違反本保險或相關法令之規定。

第 十 四 條 審查委員及審查醫師、藥師等醫事人員均為無給職，但得支給出席費或審查費。

前項報酬之支給標準由健保局另訂之。

第 十 五 條 本辦法自全民健康保險法施行日起施行。

※ 全民健康保險特約藥局特約要點

一、法令依據

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五條。

二、立案原則

依全民健康保險法第五十五條規定，特約藥局為全民健康保險之保險醫事服務機構之一，為確保特約藥局服務品質，規範特約藥局之資格、條件、設置標準及辦理全民健康保險藥事服務事宜，爰訂定本要點。

三、研訂過程

- *民國八十三年三月十日健保規劃小組將研擬之相關資料移送健保局籌備處繼續研擬。
- *健保局籌備處於民國八十三年九月八日邀集衛生署藥政處、健保規劃小組及中華民國藥師公會全國聯合會等單位研議。
- *民國八十三年十月二十日全民健康保險規劃小組第一二七次會議，會中參酌中華民國藥師公會全國聯合會及藥政處意見後，對於特約藥局申請資格及條件予以修正。
- *民國八十三年十月二十六日健保局籌備處函送草案至衛生署。
- *民國八十三年十二月八日全民健康保險規劃小組第一三三次會議，同意健保局籌備處再提之修正意見，為兼顧醫療品質，及考量執業藥事人員之權益，將特約藥局申請資格「開業二年」修正為「執業二年」，並明確定義「執業」為「藥品調劑相關工作」。
- *衛生署於民國八十四年二月九日以衛署健保字第八三〇七八二〇六號令訂定發布。

四、內容介紹

本要點全文共八點，其重點如下：

- (一) 明定本要點訂定之依據 (第一點)。
- (二) 明定特約藥局辦理事項 (第二點)。

- (三) 明定申請為特約藥局之資格及條件 (第三點)。
- (四) 明定特約藥局之設置標準 (第四點)。
- (五) 明定藥品調劑應符合優良藥品調劑作業規範 (第五點)。
- (六) 明定特約藥局應備置適當常備藥品品項 (第六點)。
- (七) 明定特約藥局申請特約應檢具之文件 (第七點)。

五、條文內容

- 第 一 點 為特約藥局辦理全民健康保險藥事服務事宜，特訂定本要點。
- 第 二 點 特約藥局辦理事宜如下：
- 一、受理特約醫院及診所處方之調劑作業。
 - 二、受理特約醫院及診所慢性病連續處方之調劑作業。
 - 三、其他經中央健康保險局指定之相關業務。
- 第 三 點 申請為特約藥局之資格及條件：
- 一、應符合藥事法規定經核准設立，由藥師或藥劑生親自主持。
 - 二、主持藥師或藥劑生具有下列條件之一者：
 - (一) 執業滿二年以上，且曾接受中央衛生主管機關認可之繼續教育四十小時以上。
 - (二) 於最近五年內，在教學醫院執業滿二年以上。
- 前項所稱執業，以從事藥品調劑相關工作為限。
- 第 四 點 特約藥局設置標準：
- 一、應與公共場所及住家有明顯區隔。
 - 二、應有獨立之調劑室，其地坪面積應有六平方公尺以上。
 - 三、處方藥應置於調劑室妥善保管。
 - 四、管制藥品應專設櫥櫃加鎖儲藏。
 - 五、應設洗滌、乾燥、滅火及其他安全設備。
 - 六、備有媒體或連線申報藥事費用之相關電腦設備。

- 第 五 點 特約藥局之藥品調劑，應符合優良藥品調劑作業規範之規定。
- 第 六 點 特約藥局應按全民健康保險「藥價基準」所載，備置適當常備藥品品項。
- 第 七 點 申請特約時應檢具下列文件：
- 一、申請書。
 - 二、繼續教育證明文件或教學醫院執業證明文件。
 - 三、其他經健保局指定之文件。
- 前項申請書內之基本資料表應經當地衛生主管機關查驗核章。
- 第 八 點 其他相關規定依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」辦理。

※ 全民健康保險醫事檢驗機構指定作業要點

一、法令依據

全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五條。

二、立案原則

依全民健康保險法第五十五條規定，保險指定醫事檢驗機構為全民健康保險之保險醫事服務機構之一，為確保醫事檢驗機構服務品質，規範申請為指定醫事檢驗機構之資格、條件及受理全民健康保險醫事檢驗服務事宜，爰訂定本要點。

三、研訂過程

- * 健保局籌備處於民國八十三年十月十九日邀集衛生署醫政處、健保規劃小組、衛生局、醫事檢驗師（生）公會代表及醫院代表等單位研議全民健康保險醫事檢驗機構指定作業要點草案，並於同年十月二十八日函送衛生署。
- * 民國八十三年十二月一日全民健康保險規劃小組第一三二次會議討論前述修正草案確認。
- * 衛生署於民國八十四年二月十四日以衛署健保字第八四〇一〇一七四號訂定公告。

四、內容介紹

本要點全文共九點，其重點如下：

- （一）明定本要點訂定之目的及依據（第一點）。
- （二）明定申請為保險指定醫事檢驗機構之資格（第二點）。
- （三）明定保險指定醫事檢驗機構之辦理事項（第三點）。
- （四）明定保險指定醫事檢驗機構應具有之醫事檢驗項目能力（第四點）。
- （五）明定保險指定醫事檢驗機構應符合之設施規定（第五點）。
- （六）明定保險指定醫事檢驗機構之作業應符合之規定（第六點）。
- （七）明定醫事檢驗機構申請保險指定應檢具之文件（第七點）。
- （八）明定保險指定醫事檢驗機構指定期效及申請繼續指定之條件（第八點）。

五、條文內容

- 第一點 為指定醫事檢驗機構受理全民健康保險醫事檢驗服務事宜，特依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第五條規定，訂定本要點。
- 第二點 經衛生主管機關核准設立之醫事檢驗機構，且其負責醫事檢驗師符合下列條件之一者，得申請為保險指定醫事檢驗機構：
- 一、執業滿二年以上，且曾接受中央衛生主管機關認可之繼續教育四十小時以上者。
 - 二、於最近五年內，在教學醫院執業滿二年以上者。
- 第三點 保險指定醫事檢驗機構辦理事項如下：
- 一、受理特約醫院及診所轉檢之醫事檢驗事項。
 - 二、其他經中央健康保險局（以下簡稱健保局）指定之相關業務。
- 第四點 保險指定醫事檢驗機構應具執行一般臨床檢驗、生化檢驗、血清檢驗、血液檢驗、簡易微生物檢驗之醫事檢驗項目能力。
- 第五點 保險指定醫事檢驗機構，其設施應符合下列規定：
- 一、應有獨立之醫事檢驗室，並與公共場所及住家有明顯之區隔。
 - 二、醫事檢驗室之面積，應有二十平方公尺以上。
 - 三、應有執行第四點醫事檢驗項目之必要設備。
 - 四、應有適當之消防設備及安全設施。
- 第六點 保險指定醫事檢驗機構，其作業應符合下列規定：
- 一、負責醫事檢驗師應親自主持，且應督導所屬醫事檢驗人員依規定執行業務。
 - 二、具備各項檢驗項目之作業手冊，並定期修訂。
 - 三、具危險性之檢驗試劑，應置於封閉式櫥櫃等設備內保存。
 - 四、應備有出具各項檢驗結果所需之報告單，並備有各項檢驗結果之紀錄及儀器維修紀錄。
 - 五、實施醫事檢驗品管措施，並備有紀錄。

第 七 點 醫事檢驗機構申請保險指定，應檢具下列文件：

- 一、申請書。
- 二、繼續教育證明文件或地區級以上教學醫院執業滿二年以上之證明文件。
- 三、具備之醫事檢驗設備及執行之醫事檢驗項目表。
- 四、其他經保險人指定之文件。

前項第一款申請書內之基本資料表，應經當地衛生主管機關查驗核章。

第 八 點 保險指定醫事檢驗機構指定期間為三年，期滿符合下到條件，始得申請繼續指定：

- 一、負責醫事檢驗師於指定期間內，接受七十二小時之繼續教育。
- 二、參加衛生主管機關或健保局認可之醫事檢驗品管計畫，其品管措施符合規定者。

第 九 點 其他相關規定依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法辦理。

※ 全民健康保險特約藥局藥事人員繼續教育認定要點

一、法令依據

全民健康保險特約藥局特約要點第三點。

二、立案原則

為確保特約藥局之服務品質，除應訂有相關設置標準規範硬體設施外，並應規定藥事人員須接受一定時數之繼續教育，爰配合規範全民健康保險特約藥局藥事人員接受繼續教育之認定，訂定本要點。

三、研訂過程

＊本要點由衛生署藥政處草擬後，邀請相關單位代表研議。

＊衛生署於民國八十四年二月二十日以衛署藥字第八四〇一〇三四七號訂定公告。

四、內容介紹

本要點全文共八點，其重點如下：

- (一) 明定本要點訂定之目的 (第一點)。
- (二) 明定委託相關藥學會辦理之事項 (第二點)。
- (三) 明定可辦理繼續教育之機構 (第三點)。
- (四) 明定繼續教育之課程內容及時數 (第四點)。
- (五) 明定繼續教育調劑實習課程之場所 (第五點)。
- (六) 明定擔任繼續教育之講師資格 (第六點)。
- (七) 明定繼續教育辦理機構之作業程序 (第七點)。
- (八) 明定本要點訂定前已辦理之社區藥局藥事人員繼續教育之補行報備手續 (第八點)。

五、條文內容

第一點 為配合全民健康保險特約藥局藥事人員接受繼續教育之認定，訂定本要點。

第 二 點 全民健康保險特約藥局藥事人員接受繼續教育(以下簡稱本繼續教育)，由中央衛生主管機關委託相關藥學會辦理下列事項：

- 一、受理辦理機構舉辦本繼續教育之核備事宜。
- 二、審查藥事人員接受本繼續教育合於本要點之規定者發給證明文件。
- 三、定期將發給證明文件人員名冊送請中央衛生主管機關備查。

第 三 點 本繼續教育得由下列機構辦理：

- 一、藥學會。
- 二、準醫學中心以上藥劑部門。
- 三、大專院校藥學科系所。
- 四、中華民國藥師公會全國聯合會、中華民國藥劑生公會全國聯合會。

第 四 點 本繼續教育之課程內容及時數，包括專業課程二十八小時及調劑實習十二小時，共計四十小時。

- 一、專業課程二十八小時。
 - (一)優良藥品調劑作業。
 - (二)正確用藥觀念。
 - (三)藥事作業相關法規。
 - (四)各類疾病之藥物治療、處方研讀、調劑及用藥諮詢。
 - (五)特殊病人群(老人、嬰幼兒、孕婦)調劑及用藥諮詢。
 - (六)調劑藥品管理(含藥品管理、藥歷管理及處方管理)。
 - (七)溝通技巧。

其中第一日至第三日之課程上課時數不得少於四小時，第四日至第七日之課程上課時數不得少於二十四小時。

二、調劑實習課程(含調劑訓練與討論)十二小時。

第 五 點 本繼續教育調劑實習課程應於區域以上教學醫院藥劑部門接受調劑訓練與討論。

第 六 點 擔任本繼續教育之講師應具有左列資格之一：

- 一、具有教育部承認之國內外大學藥學系學士以上學歷，並擔任區域以上教學醫院之藥劑部門主管工作二年以上者。
- 二、具有教育部承認之國內外大學藥學系學士以上學歷，並從事區域以上教學醫院藥劑部門或社區藥局執業四年以上者。
- 三、擔任國內外大專院校藥學科系所之臨床藥學相關課程講師以上職務者。
- 四、擔任區域以上教學醫院主治醫師以上職務者。
- 五、曾接受臨床藥學專業訓練六個月以上，並於區域以上教學醫院藥劑部門執業者。
- 六、具有教育部承認之碩士以上學歷，並於區域以上教學醫院藥劑部門執業者。

第 七 點 繼續教育辦理機構之作業程序：

- 一、各辦理機構應於舉辦本繼續教育前，將辦理計畫（含課程、時數、師資及評估教學成效方法），並於舉辦後將辦理本繼續教育之成效評估，送請受委託藥學會核備。
- 二、各辦理機構於舉辦本繼續教育後，發給時數證明。

第 八 點 本要點訂定前已辦理之社區藥局藥事人員繼續教育，由辦理機構依本要點規定補行報備手續。

第五節 相關法令之配合修訂

一、社會保險法令位階

原有社會保險法令位階高低不同，即除勞保、公務人員保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校教職員保險、農民健康保險等五種，分別以「法」或「條例」制定頒布外，其餘八種保險係發布「辦法」或「暫行要點」，甚至憑主管機構的指示函令施行。其位階圖詳圖 11-1 及圖 11-2。

二、修訂原則

全民健康保險尚未法制化之前，原有保險制度的醫療給付，應配合行政院核定的全民健康保險規劃報告內容繼續辦理。

全民健康保險法制定後，原有保險制度的醫療給付應予合併實施。

原有保險制度依法律施行者，其醫療給付於納入全民健康保險法時，法律應即配合修改；依命令規定施行者，合併後其制度及命令自動廢止。

全民健康保險法及相關法令應同時進行制定及修訂工作；其中屬於法律者，併送立法院依修法程序辦理；屬於行政命令者，應予彙整修訂，依規定報請核定。

三、應配合全民健康保險修訂之法令

應配合全民健康保險之實施，應修定之法令多達七十一種，其中包括公保、勞保、農保、私校教職員保險條例暨其施行細則，對特約醫療院所特約與觀理，被保險人就醫等之規範，及軍眷、榮民、榮眷納入全民健康保險後，有關法令之修訂等，茲分述如下：

（一）有關制度之法令：

包括公務人員保險法及其施行細則，勞保條例及其施行細則，農保條例及其施行細則等五種法（條例），五種施行細則，七種辦法及一種暫行要點，共十八種法規。

(二) 有關機構之法令：

包括公保、勞保、農保之承保機構，中央信託局組織規程及勞保局組織規程，監理機構，如農民健康保險監理委員會組織規程，及有關軍眷或榮民榮眷就醫之主管機關，退輔會組織條例等共十一種法令。

(三) 有關醫療院所之管理法規：

包括勞工保險特約醫療院所診療費用審查辦法、台閩地區勞工保險醫療準則等六種法規。

(四) 有關醫療院所之特約法規：

包括勞工保險特約醫療院所特約及管理辦法、勞工保險特約醫療院所合約書、公務人員保險特約醫療機構辦法及公務人員保險特約醫療機構合約等六種法令。

(五) 有關醫療給付管理相關法規：

包括台閩地區勞工保險義肢給付辦法、台閩地區勞工保險辦理結核病診療要點、公務人員保險醫療辦法等七種法令。

(六) 有關爭議審議事項法規：

台閩地區勞工保險爭議事項審議辦法、農民健康保險爭議事項審議辦法等二種辦法。

(七) 其他相關法規：

包括台閩地區勞工保險門診診療單及住院申請書頒發使用須知、台閩地區勞工保險醫療費用不給付案件處理要點、公保醫療證明單領發須知等二十一種法令（有關應配合全民健康保險修訂之法規如表 11-14）。

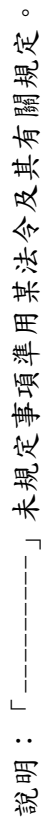


圖 11-1 公保相關法令位階表

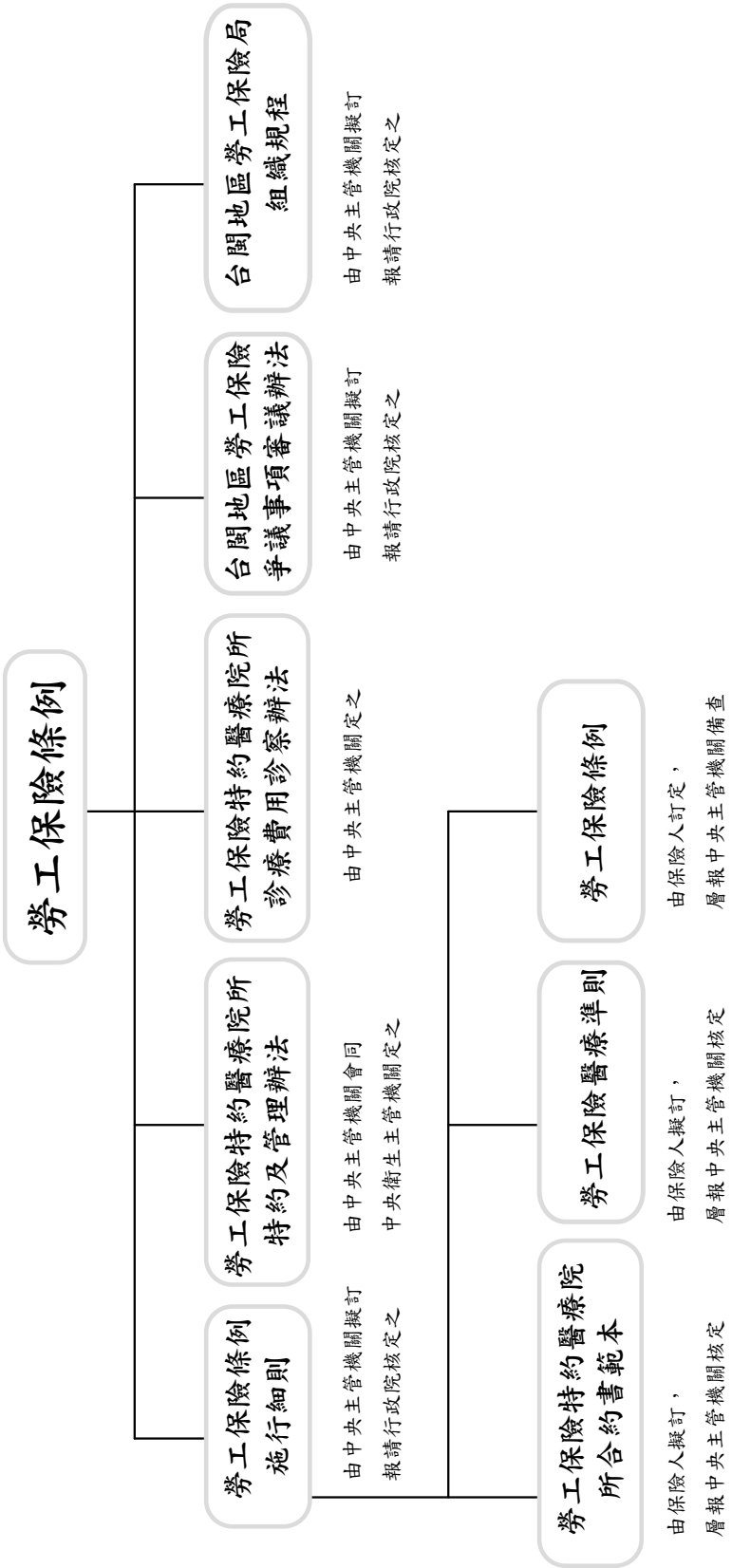


圖 11-2 勞保相關法令位階表

表 11-14 配合全民健康保險法應修正之法規

類別	法規名稱	應修正條文	相關機關
制度相關法規	公務人員保險法	第三條、第八條、第九條、第十一條至第十三條。	考試院、行政院
	公務人員保險法施行細則	第三條、第二十三條、第二十四條、第二十五條、第二十八條至第三十條、第三十二條至第五十二條、第六十六條、第七十三條。	考試院、行政院
	私立學校教職員保險條例	第十條。	銓敘部
	私立學校教職員保險條例施行細則	第十九條。	銓敘部、教育部
	公務人員眷屬疾病保險條例	廢止	銓敘部
	公務人員眷屬疾病保險條例施行細則	廢止	考試院、行政院
	退休人員保險辦法	廢止	考試院、行政院
	退休公務人員疾病保險辦法	廢止	考試院、行政院
	退休公務人員配偶疾病保險辦法	廢止	考試院、行政院
	私立學校教職員眷屬疾病保險辦法	廢止	考試院、行政院
	私立學校退休教職員疾病保險辦法	廢止	銓敘部
	私立學校退休教職員配偶疾病保險辦法	廢止	銓敘部
	勞工保險條例	第二條、第十三條、第十五條、第二十條、第二十五條、第二十八條、第三十一條、第三十二條、第三十九條至第五十四條、第七十條。	行政院勞委會
	勞工保險條例施行細則	第二條、第四條、第八條、第五十三條、第六十一條至第六十三條、第六十五條至第六十七條、第六十九條至第八十八條、第九十條、第一百零八條。	行政院勞委會
	農民健康保險條例	第二條、第四條、第十五條、第十七條、第二十條、第二十一條、第二十六條至第三十五條、第四十二條、第四十三條、第四十五條。	內政部
	農民健康保險條例施行細則	第三條、第三十一條、第四十一條至第六十條、第六十九條。	內政部
	台灣省各級地方民意代表村里長及鄰長健康保險暫行要點	廢止	省政府
	低收入戶健康保險暫行辦法	廢止	內政部

(續)

類別	法規名稱	應修正條文	相關機關
機構相關法規	中央信託局組織規程	第十九條、第二十一條、第三十六條。	財政部
	公務人員保險委員監理委員會組織規程	第三條、第四條、第六條。	考試院、行政院
	公務人員保險監理委員會辦事細則	第七條、第九條、第十二條、第十四條。	銓敘部
	中央信託局公務人員保險處聯合門診中心組織規程	廢止	財政部
	台閩地區勞工保險局組織規程	第三條、第四條、第九條。	省政府
	農民健康保險監理委員會組織規程	廢止	內政部
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會組織條例	第二條、第六條。	行政院退輔會
	行政院國軍退除役官兵輔導委員會辦事細則	第九條。	行政院退輔會
	國軍退除役官兵輔導條例	第十四條、第十五條、第二十六條至第二十八條、第三十一條。	行政院退輔會
	國軍退除役官兵輔導條例施行細則	第三條、第十二條。	行政院退輔會
醫療院所管理相關法規	行政院國軍退除役官兵輔導委員會榮譽國民之家組織規程	第三條。	行政院退輔會
	勞工保險特約醫療院所診療費用審查辦法	廢止	行政院勞委會
	台閩地區勞工保險醫療準則	廢止	省政府
	台閩地區勞工保險局輔導特約醫療院所暨投保單位加強醫療服務實施要點	廢止	內政部、省政府
	台閩地區勞工保險特約醫療院所辦事須知	廢止	省政府
	勞工保險藥品價格表	廢止	行政院勞委會、衛生署
	勞工保險診療費用支付標準表	廢止	行政院勞委會、衛生署
醫療院所特約相關法規	勞工保險特約醫療院所特約及管理辦法	廢止	行政院勞委會、衛生署
	勞工保險特約醫療院所合約書	廢止	行政院勞委會
	勞工保險特約中醫傷科試辦門診醫療院所合約書	廢止	行政院勞委會
	勞工保險擴大試辦中醫醫療特約醫院合約書	廢止	行政院勞委會
	公務人員保險特約醫療機構辦法	廢止	銓敘部
	公務人員保險特約醫療機構合約	廢止	中央信託局

(續)

類別	法規名稱	應修正條文	相關機關
醫療給付管理相關法規	台閩地區勞工保險義肢給付辦法	廢止	行政院勞委會、省政府
	台閩地區勞工保險辦理結核病診療要點	廢止	內政部
	勞工保險預防職業病健康檢查辦法	廢止	省政府
	勞工保險及農民健康保險被保險人申請中醫門診診療注意事項	廢止	台閩地區勞工保險局
	勞工保險被保險人罹患慢性病轉院醫療簡則	廢止	內政部
	被保險人因緊急傷病入住非特約醫院之診療費用給付標準	廢止	內政部
	公務人員保險醫療辦法	廢止	銓敘部
爭議事項相關法規	台閩地區勞工保險爭議事項審議辦法	第二條、第八條。	行政院勞委會
	農民健康保險爭議事項審議辦法	廢止	內政部
其他相關法規	台閩地區勞工保險門診診療單及住院申請書頒發使用須知	廢止	內政部、省政府
	台閩地區勞工保險醫療費用不給付案件處理要點	廢止	省政府、勞保監理會
	公保醫療證明單領發須知	廢止	中央信託局公保處
	公保申請核退自墊醫療費用須知	廢止	中央信託局公保處
	辦理退休人員應行注意事項	廢止	銓敘部
	辦理退休公務人員暨其配偶	廢止	銓敘部
	疾病保險應行注意事項		
	中央信託局公務人員保險處暨聯合門診中心醫務工作人員管理要點	廢止	財政部、中央信託局
	中央信託局公務人員保險處暨聯合門診中心醫務工作人員升遷準則	廢止	中央信託局
	國軍退除役官兵就醫辦法	廢止	行政院退輔會
	行政院退除役官兵輔導委員會優待退除役官兵眷屬就醫實施要點	廢止	行政院退輔會
	國軍退除役官兵生活指導管理辦法	第八條	行政院退輔會
	輔導會所屬單位退除役官兵住院寄醫留缺期限及繳費標準表	廢止	行政院退輔會
	退除役官兵住院繳費標準	廢止	行政院退輔會
	志願役軍人家屬就醫優待辦法	廢止	國防部
	國軍軍眷就醫軍醫院作業規定	廢止	國防部

(續)

類別	法規名稱	應修正條文	相關機關
其他相關法規	軍眷住特約公私立醫院醫藥費用補助核發標準表	廢止	國防部
	國軍衛生單位門(急)診住院作業規定	第五條、第十八條、第二十一條、第二十五條。	國防部
	國軍支援退除役官兵(眷屬)醫療作業規定	廢止	國防部
	國軍在台軍眷業務處理辦法	第三十二條至第六十九條。	國防部
	國軍地區聯合醫療責任制度作業規定	有關軍眷就醫規定。	國防部
	臺灣省鄉鎮轄市公所組織規程準則	增列辦理「全民健康保險」事務	省政府

第十二章

中央健康保險局 籌備成立與推動

第十二章 中央健康保險局籌備成立與推動

第一節 籌備處成立經過

有鑑於全民健康保險對國人健康有重大影響，故在郝柏村先生擔任行政院院長時期，將第二期規劃任務轉交衛生署接手，有意加快全民健康保險推動的腳步。民國八十二年初，連戰先生就任行政院院長，當時的社會經濟環境都不錯，社會上要求實施全民健康保險的聲音不斷，衛生署一方面研擬全民健康保險法及相關子法規，一方面積極籌設成立中央健康保險局籌備處，負責為開辦全民健康保險全力衝刺。

民國八十二年十月二十七日行政院將「全民健康保險法」草案送立法院審議，依全民健康保險法草案第六條規定，為辦理全民健康保險業務，由主管機關設中央健康保險局為保險人，民國八十二年十月十五日行政院核定「行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程」，經衛生署於民國八十二年十一月五日訂定發布，並於同年十二月二十九日正式成立中央健康保險局籌備處，由衛生署副署長葉金川調任健保局籌備處處長，二位副處長則分別由來自公保處的蕭水林副局長兼經理及勞委會的劉見祥處長調任。為了建置未來全民健康保險承保及保險費收繳的作業制度，健保局籌備處葉金川處長特地商請中央信託局公保處及勞保局協助，提供有經驗的專業人員負責全民健康保險承保、保險費收繳等實務作業制度之規劃，及全民健康保險法中有關收入面相關子法規草案之擬訂，加上衛生署部分規劃人員，共同調派約 70 人組成健保局籌備處，負責未來全民健康保險承保、保險費收繳及醫療給付等子法規研擬、資訊系統，以及相關實務作業的規範，積極辦理各項全民健康保險正式運作前的籌備工作。

健保局籌備處處長人事安排方面，原計畫以衛生署副署長兼任籌備處處長職務，後因行政院認為必須專任才能全力籌備工作，以展示開辦全民健康保險的決心

與誠意，葉金川在此情境下接下這任務。(參考葉金川所著「全民健保傳奇」乙書)

健保局籌備處成立之時，衛生署已協調公保處騰出信義路三段公保大樓的三樓做為籌備處辦公室，當時在空曠的樓層臨時拼湊了一些桌椅及話機，70位由衛生署、公保處及勞保局調度來的工作同仁，共同擔負起臺灣50年來最巨大的社會建造工程的籌辦工作。

第二節 籌備處暫行組織規程

依「行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程」第二條規定，本處設各組、室，分別掌理下列事項：

一、承保業務組：

- (一) 被保險人之加保、退保及資格查核等作業之規劃設計。
- (二) 投保薪資查核、保險費收繳及欠費處理等作業之規劃設計。
- (三) 被保險人資料之建檔、管理等作業之設計及執行。
- (四) 保險證、就醫憑證等之設計及核發作業之規劃。
- (五) 相關作業規定及報表格式等之設計。
- (六) 現有健康保險承保機構承保業務檔案及資料之交接事項。

二、醫務管理組：

- (一) 門診與住院醫療給付案件之受理、審核、診療費用核計、支付、申復及爭議審議等作業之規劃設計。
- (二) 醫療費用及醫療品質審核制度之規劃設計。
- (三) 醫事服務機構特約標準及辦法之擬訂。
- (四) 醫事服務機構之特約、解約、輔導、考核及基本資料異動管理等業務流程之設計。
- (五) 相關作業規定及報表格式等之設計。

(六) 現有健康保險承保機構醫療作業檔案及資料之交接事項。

三、綜合業務組：

- (一) 財務作業及管理制度之建立。
- (二) 籌設計畫進度之管制。
- (三) 分局之籌設事項。
- (四) 人事管理制度之建立。
- (五) 人員之遴用及訓練。
- (六) 現有健康保險承保機構業務相關人員之轉任事項。
- (七) 其他業務檔案及資料等之交接。
- (八) 其他綜合性業務。

四、資訊組：

- (一) 資訊系統硬體需求之規劃及採購。
- (二) 作業系統之分析及應用程式之設計。
- (三) 作業管理及安全維護之規劃。
- (四) 網路系統與資料庫等之規劃及管理。
- (五) 連線及媒體申報作業之規劃。
- (六) 現有健康保險承保機構資訊系統及資料之轉移等事項。

五、秘書室：

- (一) 辦公場所與設施之規劃及整修。
- (二) 辦公用事務性設備之採購。
- (三) 文書作業。
- (四) 庶務工作。
- (五) 其他不屬各組之事項。

依「行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程」第三條規定，本處置處長一人，綜理處務；置副處長三人，襄理處務。第四條規定，本處置主任秘書、組長、室主任、研究員、分析師、秘書、專員、副研究員、設計師、科員、助理研

究員、辦事員及雇員。並依第五條規定，設人事室，置主任、科員；第六條規定，設會計室，置會計主任、科員；第七條規定，設政風室，置主任一人。此外，依第八條規定，本處得視未來中央健康保險局所需人員，聘請相關機構人員為本處兼任人員。本規程所列各職稱之官等及員額、各職稱之職等，另以編制表和職務列等表定之。

第三節 籌備工作重點目標

為能有效執行全民健康保險各項規劃事宜，以期順利如期實施全民健康保險，主管機關衛生署及健保局籌備處應執行之工作項目如下：

一、研擬相關法規

為實施全民健康保險，除制定「全民健康保險法」及「中央健康保險局組織條例」外，亦須配合訂定下列相關子法規，以為執行之依據：

- (一) 全民健康保險法施行細則。
- (二) 全民健康保險監理委員會組織規程。
- (三) 全民健康保險爭議審議委員會組織規程。
- (四) 全民健康保險醫療費用協定委員會組織規程。
- (五) 全民健康保險爭議事項審議辦法。
- (六) 全民健康保險醫療辦法。
- (七) 全民健康保險預防保健服務實施辦法。
- (八) 全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法。
- (九) 醫療服務審查辦法。
- (十) 保險醫事服務機構合約書。
- (十一) 中央健康保險局(總局及分局)辦事細則及其他業務規章。

二、籌設中央健康保險局辦理全民健康保險業務

- (一) 籌設中央健康保險局及各地分局辦公房舍與設施。
- (二) 組織設計與建立制度。
- (三) 建立人事管理制度。
- (四) 移轉作業。
- (五) 建立健康保險資訊系統。
- (六) 設計全民健康保險相關作業流程。
- (七) 設計全民健康保險業務相關書表。

三、辦理投保作業

- (一) 職業團體保險對象(含軍眷)資料轉錄及調查建檔。
- (二) 地區團體保險對象(含榮民、榮眷)資料蒐集及建檔。
- (三) 低收入戶保險對象資料轉錄。
- (四) 保險對象辦理保險手續。
- (五) 研究建立保險資料與戶政資料交流網絡。

四、全民健康保險財務作業

- (一) 訂定投保金額分級表。
- (二) 建立精算資料及費用推估模型。
- (三) 精算保險費率。
- (四) 建立保險資料與財稅資料交流網絡。
- (五) 建立財務責任制度。
- (六) 編列漁民及地區團體保險對象保險費補助之預算。

五、保險醫事服務機構之特約及管理

- (一) 訂定保險病床設置基準與比率。
- (二) 訂定保險藥局設置標準與特約原則。
- (三) 辦理醫事服務機構之申請、審查及特約事宜。
- (四) 建立保險醫事服務機構之人員、設施資料。

- (五) 保險醫事服務機構之輔導管理。
- (六) 公保聯合門診中心組織、功能、設施及人員之調整。

六、全民健康保險醫療費用支付作業

- (一) 訂定醫療費用支付標準表。
- (二) 訂定藥價基準。
- (三) 規劃實施總額支付制度。
- (四) 發展中華民國診斷關聯群。
- (五) 規劃實施論件計酬支付方式。

七、建立醫療服務利用及品質審查制度

- (一) 建立醫療服務供給者與病人檔案分析制度。
- (二) 建立基本診療作業規範。
- (三) 規劃醫療服務審查制度。

八、醫療保健體系配合措施

- (一) 加強醫療資源均衡分布。
- (二) 加強基層醫療保健功能。
- (三) 規劃長期醫療照護。
- (四) 規劃精神醫療照護。
- (五) 加強緊急醫療救護服務。
- (六) 加強公立醫院經營管理。

九、全民健康保險宣導與教育訓練

- (一) 加強與各相關機關及民意代表之溝通。
- (二) 全民健康保險大眾宣導。
- (三) 全民健康保險教育訓練。
- (四) 定期辦理全民健康保險大眾宣導與教育訓練之成效評估。

另關於全民健康保險各項保險作業系統的設計與建置規劃，詳見附錄十二。

第四節 規劃中央健康保險局組織體系

中央健康保險局隸屬中央衛生主管機關，係以公保處及勞保局為基礎，逐步整合擴大為單一健康保險承保機構，為利當時承辦健康保險之公保處及勞保局人員得以順利轉任，暨為使全民健康保險業務能順遂運作，並保持經營彈性，因此中央健康保險局之組織編制，即沿用公保處及勞保局公營金融保險事業機構之組織編制，於中央健康保險局組織條例第二十七條明定中央健康保險局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。同時公保聯合門診中心改隸中央健康保險局，為保險人自設之醫事服務機構，除繼續秉持高品質之醫療服務水準之外，並將服務對象擴大至全體國民。

未來全民健康保險之業務量極為龐大，考量運作效益及業務量分配等因素，不宜集中辦理所有業務，宜採分局作業之方式，除設立總局外，並依人口地理分布及區域特性，分設六個分局。關於中央健康保險局組織規劃詳圖 12-1 至圖 12-3；中央健康保險局總局與分局之業務職掌及分工詳表 12-1。

一、總局

總局設五處（承保處、醫務管理處、財務處、企劃處、資訊處）五室（稽核室、秘書室、會計室、人事室、政風室）及二會（醫療服務審查委員會、保險安全準備管理委員會），分設 31 科，負責業務規劃與督導，其職掌如下：

- （一）營運政策、營運目標之訂定。
- （二）訂立作業規章、流程、表件，統一各分局作業程序。
- （三）資訊軟體統一設計。
- （四）財務統一管理與運用。
- （五）統一辦理教育訓練。
- （六）加強稽核作業。
- （七）辦理績效評估。

二、分局

分局設五組(承保組、醫務管理組、財務組、門診費用組、住院費用組)五室(資訊室、秘書室、會計室、人事室、政風室)。因各轄區分局範圍內之保險對象及醫事服務機構數量各不相同，故其設置規模不同，分設課數亦有不同，其中臺北分局設 29 課，北區分局設 22 課，中區、南區、高屏分局設 23 課，東區分局因規模較小，簡併為三組(承保組、醫務管理組、醫療費用組)三室(資訊室、秘書室、會計室)，且不設課。

分局之設置經考量區域特性等因素，其設置地點及服務區域如下：

- (一) 臺北分局：設於臺北市，負責臺北、宜蘭、基隆及金門、馬祖地區的保險業務。
- (二) 北區分局：設於桃園縣桃園市，負責桃園、新竹、苗栗地區的保險業務。
- (三) 中區分局：設於臺中市，負責臺中、彰化、南投地區的保險業務。
- (四) 南區分局：設於臺南市，負責雲林、嘉義、臺南地區的保險業務。
- (五) 高屏分局：設於高雄市，負責高雄、屏東、澎湖地區的保險業務。
- (六) 東區分局：設於花蓮縣花蓮市，負責花蓮、臺東地區的保險業務。

分局係負責第一線保險業務之執行，其職掌如下：

- (一) 承保案件受理與核定。
- (二) 保險費收繳。
- (三) 醫療費用給付案件受理、審核、支付。

三、聯絡辦公室

因中央健康保險局各分局轄區範圍廣泛，服務投保單位及保險對象眾多，為提高服務效率，便利保險對象換領全民健康保險卡，以及對醫事服務機構提供服務所需，遂於民國八十四年四月起在分局所在地以外各縣市設立聯絡辦公室。至民國八十四年十二月底止，分別於金門縣、連江縣、基隆市(2 處)、臺北縣(3 處)、宜蘭縣(2 處)、新竹縣、苗栗縣、南投縣、彰化縣、臺中縣、雲林縣、嘉義縣、臺南縣、屏東縣、澎湖縣及臺東縣等地共設立 20 處聯絡辦公室。聯絡辦公室於開辦初期，

負責辦理全民健康保險卡換發，及提供有關承保作業、醫療給付及醫務管理表單，並視業務需要繼續增辦其他服務項目。

此外，接辦六個公保聯合門診中心（臺北市、臺北市第二、臺中市、臺南市、高雄市、花蓮市聯合門診中心），繼續提供醫療服務。

聯合門診中心辦理醫療服務，並提供保險人各項醫療服務成本分析與施行資料，設6科（保健科、藥劑科、放射線科、護理科、復健科、檢驗科）、3組（總務組、會計組、安全衛生管理組），其中臺中、臺南、高雄、花蓮門診中心均不設安全衛生管理組，其主要職掌如下：

- （一）維持全科門診。
- （二）加強預防保健服務。
- （三）辦理居家照護。
- （四）辦理個案輔導。

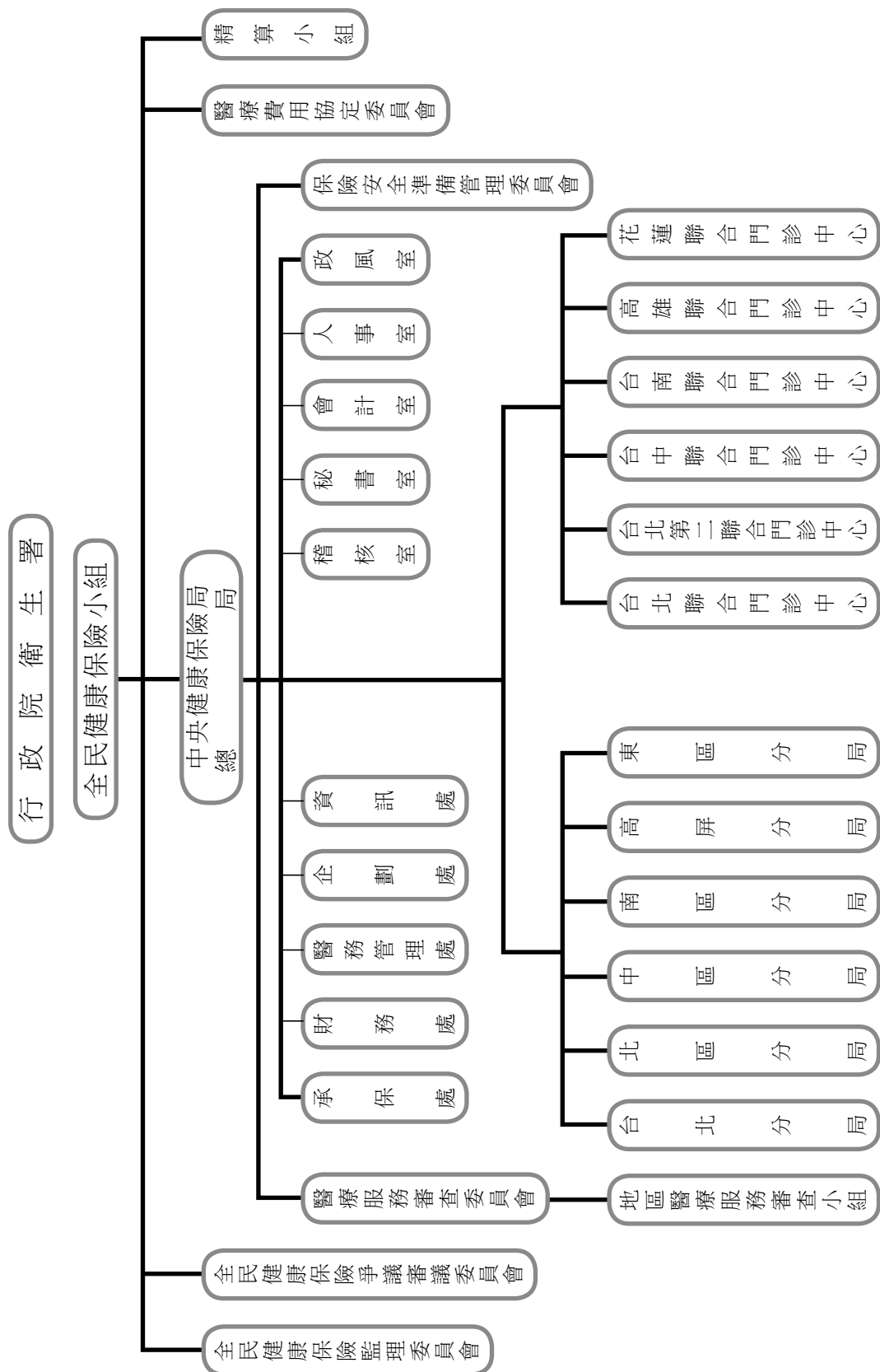


圖 12-1 中央健康保險局組織體系

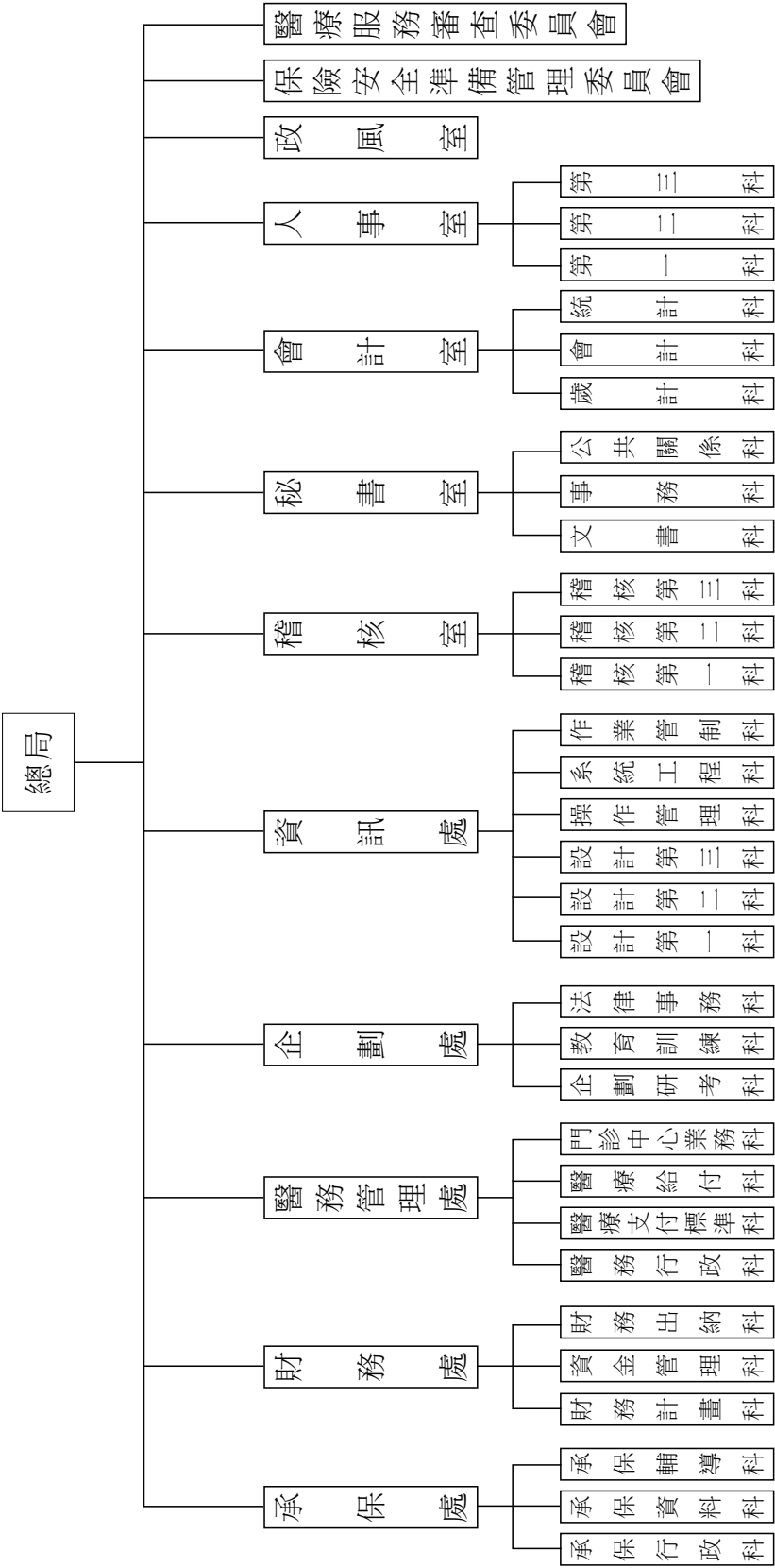
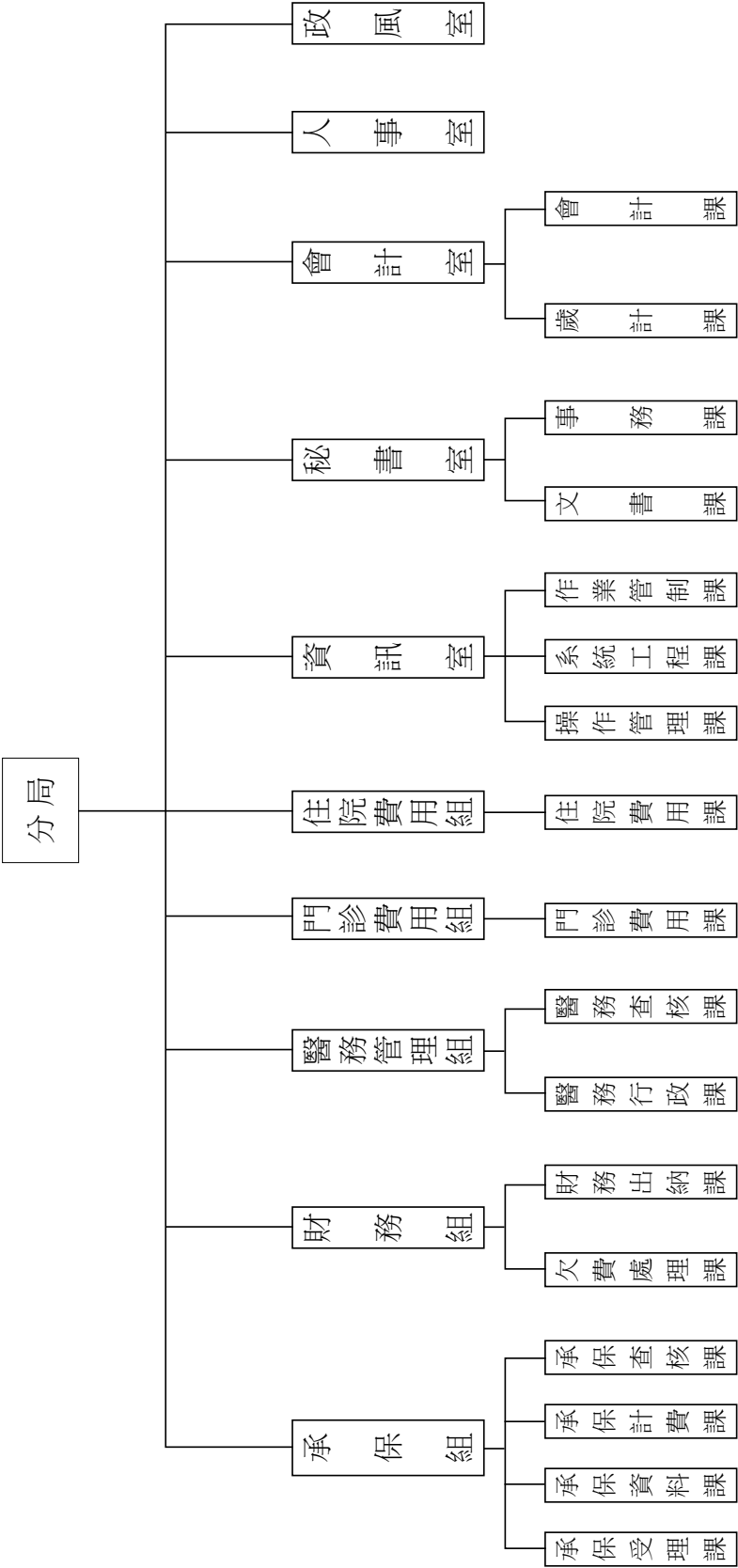


圖 12-2 中央健康保險局組織規劃(總局)



註：
1. 承保受理課：依分局規模台北分局設三課，北區、中區、南區、高屏分局設二課、東區分局不設課。
2. 承保資料課：依分局規模台北分局設三課，北區分局設一課、中區、南區、高屏分局設二課、東區分局不設課。
3. 門診費用課：依分局規模台北分局設五課，北區、中區、南區、高屏分局設三課、東區分局不設課。
4. 住院費用課：依分局規模台北分局設五課，北區、中區、南區、高屏分局設三課、東區分局不設課。
5. 分局人事室、政風室不設課。

圖 12-3 中央健康保險局組織規劃（分局）

表 12-1 中央健康保險局總局與分局之業務職掌及分工

總局

單位	職掌
醫療服務審查委員會	醫療費用及醫療品質之審核標準訂定、醫療服務審查小組審查醫事人員之遴選、各分局醫療費用及醫療品質之審核結果抽樣複審、各分局審核狀況(如核減率、核減備註…等)及申復處理等事項。
保險安全準備管理委員會	管理本保險安全準備之運用及管理事項。
承保處	承保業務之規劃、承保作業規定之研擬、承保作業書表之設計及修訂、承保資料之查核等事項。
醫務管理處	醫療給付業務及標準之規劃、醫事服務機構之特約管理、醫療費用之評估分析、醫療支付標準之規劃等事項。
財務處	保險費收繳、保險費率之精算、醫療費用之支付、保險安全準備之保管及運用、保險財務作業之規劃等事項。
企劃處	保險醫療制度之研究及規劃、健保局總局業務之管制考核、人員之教育、培訓、教育宣導、申訴及法律事務等事項。
資訊處	資訊作業之整體規劃、發展、推動及管理、資訊作業共通規範之研訂及推動、健保局總局電腦軟硬體設施之維護及管理、所屬機構資訊作業之輔導及績效評估等事項。
稽核室	保險業務之稽核以及保險財務及帳務之稽查等事項。
秘書室	機關印信、公文收發與時效管制、文書總務、議事、檔卷管理、行政事務費出納、公共關係、以及不屬其他處室之事項。
會計室	辦理健保局總局之歲計、會計，以及分局會計作業之督導及會計人員之運用，以及兼辦統計等事項。
人事室	辦理健保局總局之人事管理、考核，以及分局人事管理之督導，以及人事人員之運用等。
政風室	辦理政風業務。

分局

單位	職掌
承保組	被保險人之加保、退保、投保資格及薪資查核、保險費核計、資料建檔及異動管理等事項。
財務組	保險費收繳、欠費處理、醫療費用支付及有關財務管理事項。
醫務管理組	醫事服務機構之資格認定、輔導、考核、資料建檔及異動管理等事項。
門診費用組	門診醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及門診費用核計等事項。
住院費用組	住院醫療費用申報案件之受理、資格審核、申報資料初審及住院費用核計等事項。
資訊室	資訊作業管理、硬體維護、程式設計、資料鍵入、資料庫管理、媒體管理及網路管理等事項。
秘書室	分局印信、文書、出納、庶務、工員管理及其他不屬於各組、室事項。
會計室	辦理分局之歲計、會計，並兼辦統計等事項。
人事室	辦理分局之人事管理及考核事項。
政風室	辦理政風業務。

第五節 規劃中央健康保險局人力配置

全民健康保險整合既有之社會保險醫療給付，齊一支付標準，並擴及全體國民，以獲得平等醫療權益，因此整合原有公勞保之醫療業務及人力，係屬必然，至於公勞保之現金給付業務仍存續，有保留承保業務人力之需要，所以，為求簡政便民及節省行政經費考量，原有委託公保處及勞保局辦理職域團體承保業務，中央健康保險局自辦地區團體承保之擬議，規劃中央健康保險局醫療人力 2,150 人，承保人力 205 人，合計 2,355 人。其中總局配置 390 人，臺北分局 568 人，北區分局 251 人，中區分局 397 人，南區分局 313 人，高屏分局 367 人，東區分局 69 人。聯合門診中心依其原有規模之人力為 1,456 人。

嗣因與公保處、勞保局協調委辦承保業務未能獲致共識，原規劃承保人力 205 人不足支應承辦全民健康保險承保業務，評估需再增加 845 人，併醫療人力 2,150 人合計 3,200 人。配置總局 448 人，臺北分局 816 人，北區分局 362 人，中區分局 535 人，南區分局 430 人，高屏分局 510 人，東區分局 99 人。另聯合門診中心則縮減營業規模，精簡人力為 1,151 人，其中臺北市聯合門診中心 331 人、臺北市第二聯合門診中心 245 人、臺中市聯合門診中心 192 人、臺南市聯合門診中心 144 人、高雄市聯合門診中心 175 人、花蓮市聯合門診中心 64 人。

中央健康保險局預算員額計 2,355 名，至民國八十五年二月二十九日止，總局與各分局合計進用正式員工 1,754 名，占預算員額 74%，另為因應業務需要，進用臨時人員 1,636 名，總計 3,390 名。其中，承保部門計有正式員工 432 名，臨時人員 708 名，共 1,140 名，占總員工數 34%；醫療管理與給付部門計有正式員工 684 名，臨時人員 410 名，共 1,094 名，占總員工數 32%；資訊部門計有正式員工 93 名，臨時人員 76 名，共 169 名，占總員工數 5%；其他行政輔助部門計有正式員工 545 名，臨時人員 442 名，共 987 名，占總員工數 29%。

在人員進補移撥過程，公勞保醫療業務部門人員及公保聯合門診中心人員以全數移轉為原則，而公保處原辦理公務人員眷屬等疾病保險之承保人力亦需隨同業務

移轉，由於公勞保人員均大多在臺北市辦公，中央健康保險局則分別在總局與分局各個地點辦公，因此，考量移轉人員權益，辦理移轉人員工作地點意願調查，妥為安置分派服務單位。另因聯合門診中心縮減門診規模精簡之人力，同意其人員得依意願轉任總局或分局。公保處及聯合門診中心移轉 808 人，勞保局移轉 455 人。

原本擔心這分別來自公保處及勞保局，會有不同組織文化的磨合期而影響到承保規劃進度，但同仁對於有機緣參與全民健康保險制度並為相關制度之規劃者及建立者，有強烈的責任感與成就感，因此都極為珍惜這個千載難逢的機緣。

第六節

規劃辦公房舍及增設聯絡辦公室

為規劃中央健康保險局總局與六個分局辦公場地，於民國八十三年五月十八日成立七個籌設小組，並洽請公保聯合門診中心派員共同作業，研擬由公保聯合門診中心縮減門診規模，騰出部分樓層以配合需要之場地分配和重整事宜。惟臺北市及臺中市聯合門診中心騰出樓層有限，不敷臺北分局及中區分局所需，又北區分局轄區無公保聯合門診中心，均需另覓辦公房舍。各局點設置如下：

- 一、總局：設於臺北市信義路 140 號（臺北市第二聯合門診中心原址）。
- 二、臺北分局：第一辦公室設於臺北市公園路 15 之 1 號（臺北市聯合門診中心原址），第二辦公室設於臺北市忠孝東路五段 222 號（租用退輔會榮光大樓 14-17 樓）。
- 三、北區分局：設於桃園縣桃園市中正路 1309 號（租用民房天立華廈全棟 1-8 樓）。
- 四、中區分局：設於臺中市港路二段 9 號（租用民房永豐棧廣金融廣場 5-10 樓）。
- 五、南區分局：設於臺南市公園路 96 號（臺南市聯合門診中心原址）。
- 六、高屏分局：設於高雄市中正四路 259 號（高雄市聯合門診中心原址）。
- 七、東區分局：設於花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號（花蓮市聯合門診中心原址）。

民國八十三年十二月二十三日立法院三讀通過中央健康保險局組織條例，同年十二月三十日總統公布，於民國八十四年一月一日正式成立中央健康保險局（同日裁撤健保局籌備處），接續籌辦全民健康保險業務。民國八十四年一月二十三日臺北分局、北區分局及東區分局成立，同年一月二十四日中區分局、高屏分局成立，同年一月二十五日南區分局成立。民國八十四年三月一日開辦全民健康保險，原公保六個聯合門診中心同日改隸中央健康保險局。

因各分局轄區範圍廣闊，服務保險對象及投保單位眾多，為提高服務績效，便利保險對象換領全民健康保險卡、提供投保單位與醫事服務機構各類承保、醫療給付及醫療管理表單，特洽各縣市衛生局及省立醫院提供場地，於民國八十四年三月分別在金門縣（衛生局）、連江縣（衛生局）、基隆市（衛生局）、宜蘭縣（羅東衛生所）、新竹縣（衛生局）、苗栗縣（衛生局）、臺中縣（省立豐原醫院）、彰化縣（省立彰化醫院）、南投縣（省立南投醫院）、雲林縣（省立雲林醫院）、嘉義市（衛生局）、臺南縣（衛生局）、屏東縣（衛生局）、澎湖縣（衛生局）、臺東縣（省立臺東醫院）設立聯絡辦公室，由分局派駐人員辦理業務。

第十三章

人才培訓

第十三章 人才培訓

第一節 前言

配合全民健康保險實施，人才培訓之主要目標，是培育適任人力，俾有效增進全民健康保險規劃、決策及行政品質。依據全民健康保險第一期規劃分析，全民健康保險相關人力資源的培育，應包括社會保險、公共衛生、衛生經濟、財務精算、政策分析、醫務管理、醫事法律、資訊系統科學、教育宣導及各類醫事人員。

第二期規劃除針對醫療供給面的醫事人力加以規劃外，其餘專業人才，亟需謀求妥善的規劃、培養與任用。而人才的開發來源主要有師資培養、學校教育、國家考試、職前及在職訓練及國內外研究進修等五大方向。茲分別對第一期規劃原則及其對於第二期之規劃構想，說明如下。

第二節 第一期規劃原則

- 一、合理分配人力，適應業務發展需要，並提高工作人員素質。
- 二、以整體考慮進行規劃，用人單位包括主管機關、承保機關、投保單位及醫院管理部門，但人力規劃不包括醫療機構提供醫療服務的醫事人員在內。
- 三、初期為配合全民健康保險的全面實施，用人殷切，故用人質量兼顧；俟全民健康保險建制完成後，則宜重質為上。
- 四、人力發展計畫，包括：養成、考用、訓練、進修及研究等，以符提高人員素質的目的。

五、今後不僅謀求專業人員的培訓晉用，而且更應重視機構間人才交流，以培植中高級行政主管人才。

六、在全民健康保險規劃籌辦期間，基於其工作上的要求，須採應急措施，於短期內培養足敷需要的專業人才，以提高規劃品質，並期順利完成。

七、第一期規劃對於第二期規劃之建議

（一）決策人員研討會

由於第二期規劃工作，時常需要高級主管人員對政策有關事項予以裁決，而決策當時須考量行政運作及技術層面，因此有必要優先而儘速舉辦「決策人員研討會」，期使政府各部會及相關機關的決策人員，能擷取先進國家的經驗，對全民健康保險制度有更明確的全貌認識，而利於政策裁定。

培訓決策人員之單位及職級，建議應包括衛生署、勞委會、研考會、財政部國庫署及賦稅署、內政部社會司及經建會之正或副首長與業務相關一級主管，以及立法院內政委員會委員。研討會宜至國外舉行，除邀請各先進國家之專家學者授課外，並可實地考察該國相關部會活動。

（二）第二期規劃急需人才之培訓

1. 所需人才：為因應全民健康保險各項特殊規劃任務，當前國內迫切需要與規劃工作有關的專業人才，包括：社會保險財務制度、社會保險精算、地區團體保險調查分析（包括日韓二國成敗事例）、保費收繳、保險立法、醫院（務）管理、高度醫療科技評估、醫院病床等硬體設備規劃及管理、醫療費用審查、醫院診所成本會計制度、病歷制度、DRG 制度、總額預算制度、衛生統計、國民健康與醫療消費調查（包括求證資料的準確性）等。
2. 培訓方式：(1) 邀請國外具實務經驗之專家學者，實際指導相關項目之規劃工作；(2) 甄選與規劃項目有關業務且頗具實務經驗之優秀人員，經派赴國外有關機構，或與國外知名學府合辦，短期進修四至六個月後，直接參與該項業務之規劃工作。

（三）中長程人才的培訓

依師資培養、學校教育、機關考用、人員訓練及進修研究等五方面，提出中長程人才需求培訓之規劃構想。

第三節 第二期人才培訓

第二期人才培訓之規劃與執行，基本上即依循上述規劃建議，惟考慮全民健康保險全面實施在即，人才培訓的重心，落在與制度措施直接相關的學門與重點；實際規劃與執行之人才培訓計畫，以短期為主，中長期人才培訓亦在規劃之列。規劃與執行之原則與策略如下：

- 一、人才培訓規劃與執行，區分為短期與中長期計畫兩部分。
- 二、短期人才培訓之重點，在於因應現階段規劃及實施全民健康保險所面臨之迫切人才需求。
- 三、短期人才培訓對象之選擇，在健康保險從業人員方面，以健康保險相關機構及健保規劃小組人員為優先；其他方面，則以衛生部門及醫療機構之相關業務主管為主。
- 四、短期人才培訓訓練目的及主題，因受訓對象不同有所差異，但皆列入全民健康保險教育宣導人力儲備庫，定期追蹤，並擇優賦予教育宣導任務。
- 五、中長期人才培訓，以分析大專院校開設健康保險相關課程之情形為基礎，規劃如何透過學校教育與國家考試等方式，長期培養專業人才及師資。

第四節 對短期人才培訓之規劃構想

除依第一期規劃建議辦理之決策人員研討會，及第二期急需人才之培訓外，為建立教育宣導之人力儲備庫，尚規劃舉辦專題講員訓練及各類人員之專題班訓練。

一、決策人員研討會

- (一) **規劃目的：**提供全民健康保險制度明確之認識，俾利於高級主管人員政策之裁定。
- (二) **參與人員：**衛生署署長、副署長、各處處長、勞委會副主委、勞保處處長、研考會副主委、財政部國庫署署長、賦稅署署長、社會司司長、經建會主管審核相關法案的業務處處長、立法院內政委員會（含厚生會）立法委員。
- (三) **規劃方式：**於國外舉行，邀請各先進國家之專家學者授課，實地考察各國有關部會活動。

二、第二期規劃所需人才培訓

- (一) **培訓目的：**訓練相關人才，協助第二期規劃工作。
- (二) **專長領域：**
 - 1. 財務制度：社會保險財務制度、社會保險精算。
 - 2. 體制法令：地區團體保險調查分析、保費收繳、保險立法。
 - 3. 醫療體系：醫院管理、高度醫療科技評估、醫院病床等硬體設備規劃及管理、衛生統計、國民健康與醫療消費調查。
 - 4. 支付制度：醫療費用審查、醫院診所成本會計制度、病歷制度、DRG 制度、總額預算制度。
 - 5. 教育宣導：健康保險教育宣導、人才培訓。

（三）訓練方式：

1. 邀請國外具實務經驗的專家學者，實際從事規劃工作之指導。
2. 甄選與規劃項目有關業務且具實務經驗之優秀人才，赴國外進修四至六個月，直接參與該項規劃工作。

三、專題講員訓練計畫

（一）計畫目的：全民健康保險宣導工作龐大，包含決策人員教育、醫事人員教育、社會教育及學校教育等實施範圍，然而教育宣導人員嚴重缺乏，難以負荷如此廣泛之工作，恐將阻礙教育宣導全面推廣，故需培養儲備全民健康保險專題講員，充實各場教育宣導講座師資，切實執行教育宣導工作。

（二）課程設計：

1. 健康保險基本理念，包含全民健康保險的意義、範圍、對象與特性，以及社會保險與社會福利之區別。
2. 全民健康保險制度的規劃，包括財務制度、支付制度、醫療體系、體制法令與教育宣導之規劃原則、構想及進度，並簡介國內外情況。
3. 教學方法，包括團體動力、宣導要領及帶領討論方式。
4. 教案編列，包含編列要領及實地觀摩。
5. 實習。

（三）後續規劃：陸續舉辦類似訓練，擴大訓練對象，如各大學相關科系研究生等。為奠定未來各期訓練計畫之成效，確保訓練講員的品質水準，並以第一期訓練計畫為實驗，研擬訓練成效評量之方式及標準，供未來各期使用。

四、全民健康保險專題班

（一）實施目的：針對受訓人員提供有關全民健康保險之專業課程，藉此訓練及溝通管道，使受訓者對全民健康保險制度之規劃理念，及實施後對其所屬單位造成之影響及因應之道，有概括性的瞭解。

（二）課程內容：

1. 健康保險基本概念及制度發展趨勢。
2. 我國公保、勞保醫療給付制度。
3. 全民健康保險制度規劃中之體制法令、醫療供給、財務規劃、支付制度、醫藥分業及教育宣導等。

為顧及受訓對象之個別需求，於受訓人員報名時及結業前，蒐集其研修意見；開班前邀集授課人員舉行課程研討會，交換有關課程安排及教學事宜。

（三）受訓對象：每梯次專題班挑選之受訓對象具有以下共同特點：一為熟悉健康保險業務，或相關業務之決策事宜者；二為同質性高，職位階層及辦理業務類似者。為加強學習效果，以及宣導與溝通，強調下列兩項措施：

1. 受訓人員報名時，明確告知課程大綱，並蒐集其意見，以提高參與感及學習意願。
2. 由於受訓人員同質性高，故在教學過程中，宜增加討論時間；課程最後安排之座談會，亦提供受訓人員之間及與主辦單位溝通之機會。

（四）成果評估：專題班執行成效之評估，以受訓人員對課程安排、講員表現，以及受訓人員間互動情形的主觀意見為主，評估資料的來源，為受訓人員填寫之結訓報告及問卷。

第五節 短期人才培訓之執行成果

第二期規劃構想中各項方案，因接近開辦全民健康保險時期，人才培訓工作必須立即推動，惟部分方案無法配合辦理，如決策人員研討會，因同時將眾多部會首長及立法委員邀集至國外之可行性不大，故無法舉行；專題講員訓練亦僅辦理一期。以下僅說明部分方案之執行成果。

一、短期人才培訓之全民健康保險專業人才近程訓練計畫

由於全民健康保險制度之規劃已進入最後階段，必須仰賴熟稔制度細部措施及執行技術之規劃人員，方能克竟其功；再者，全民健康保險制度全面實施之方式，仍以原有社會保險（公保、勞保及農保等）為基礎而逐步擴大完成，相關機構人員屆時是否有足夠的專業知識及技能，以配合全民健康保險制度的規定，更是此制度日後有效經營運作的重要因素。衛生署乃訂定相關短期人才培訓計畫草案，報請行政院審查，並於民國八十一年十一月二日經行政院核定實施「全民健康保險專業人才近程訓練計畫」（見附錄十三），以作為第二期重要之人才培訓任務，及時提供適切的專業訓練。

- （一）**實施目的：**針對國內當前為推行全民健康保險制度所面臨的人才迫切需求，提供短期專業訓練，藉以提升國內健康保險相關人員素質，儲備專業人力，以期有助於全民健康保險制度的規劃與執行。
- （二）**實施期間：**民國八十一年七月至八十三年六月底止，計兩年兩梯次。實際訓練時間每年每梯次為三個月。
- （三）**受訓人員：**每梯次由公保、勞保、農保主管及承保單位、全民健康保險相關行政機關及區域級以上公私立醫院等機構推薦 100 位受訓人員，於國內接受為期約一個月的訓練。於訓練結束後，從中擇優遴選 20 名派赴國外接受實務訓練。兩梯次預計訓練 200 位人員，其中 40 名將具有國外之實務訓練之專業經驗，並應於結訓後一年內，繼續擔任與健康保險有關職務，及接受衛生署安排，擔任有關訓練或活動之講員。

（四）課程設計及執行情形：

1. 課程內容，以介紹健康保險基本概念，加強受訓人員執行健康保險相關制度及措施的技術能力為主要重點。行政院核定計畫設計分二梯次三階段，第一梯次第一階段為國內專業知識講習、第二階段為國外實習及第三階段為國內綜合研討。
2. 第一梯次實施後，民國八十二年八月二十七日召開第二梯次籌備會議，主要決議以下事項：
 - (1) 訓練目標：應較第一梯次更重於「執行」層面，並以「解決問題為取向」。
 - (2) 訓練之人才：應遴選與「健康保險業務有關者」為宜；訓練人才要廣泛，勿僅限於少數人；並應增加「高階人員」訓練機會，以獲得共識。
 - (3) 課程內容：除包括健康保險之理論外，建議介紹國內全民健康保險規劃情況；加強保險單位對於費用控制方面之課程訓練，如住院審查等；高級主管訓練課程之安排，以專題討論為主。
 - (4) 訓練之時間：第一階段之課程時間（三週）可再濃縮，並可考慮分成三個部分，每一部分以一週為原則，使送訓單位之影響最小，且可提高學員之學習效率；高級主管訓練課程之安排，時間勿太長（以三天為原則）。
 - (5) 其他：對於健康保險之實務操作人員，可經由「全民健康保險專題班」，給予一系列課程訓練，使健康保險業務順利推行。
3. 第二梯次訓練依籌備會議決議修正為四階段，將原第一梯次第一階段國內專業知識講習予以細分二階段，第二梯次第一階段為國內專業知識講習、第二階段為國內專業知識分科講習，第三階段為國外實習及第四階段為國內綜合研討。二梯次之規劃及執行情形詳如表 13-1。

表 13-1 全民健康保險專業人才近程訓練計畫實施情形

階段	第一梯次訓練	第二梯次訓練
國內專業知識講習	第一階段於 82 年 3 月 15 日至 4 月 2 日實施，為期三週，人數 92 名，主要內容為： 一、社會保險與健康保險基本概念。 二、各國特定專題之比較： (一) 醫療費用支付制度。 (二) 費用及品質審查。 (三) 高科技醫療管理。 (四) 保險財務管理。 (五) 地區團體保險制度。	第一階段於 82 年 12 月 6 日至 12 月 17 日實施，為期二週，人數 119 名，主要內容為： 一、臺灣地區健康保險制度之現況檢討與展望。 二、健康保險基本概念及運作方式。 三、下列特定專題之國際比較： (一) 醫療費用支付制度。 (二) 費用及品質審查。 (三) 科技醫療管理。 (四) 保險財務管理。 (五) 地區團體保險制度。
國內專業知識分科講習		第二階段於 83 年 1 月 10 日至 1 月 14 日實施，為期一週，分為三組，各組人數約 40 至 50 名，內容如下： 第一組：財務管理、資源規劃、資訊系統規劃、成本節制、給付範圍設計。 第二組：醫院管理、成本分析、醫療品質保證。 第三組：支付制度、藥品給付、專用申報審查。
國外實習	第二階段於 82 年 4 月 26 日至 6 月 26 日實施，為期兩個月，人數為 20 名，由參加第一階段人員篩選而出，受訓人員依選擇的專業領域或相關制度，至相關國家進行為期兩個月的實際工作實習，分赴美國、加拿大，實習不同之專業領域： 一、醫療費用支付制度(6 名) 包括總額預算制度，住院費用支付制度，如 DRG；門診費用支付制度，藥品費用支付制度，及醫院成本會計制度。 二、醫療費用及醫療品質的審查(4 名) 分為保險機構與醫院兩類。 三、高科技醫療管理(2 名) 四、保險財務管理(4 名) 包括社會保險會計制度、保險費精算及管理。 五、地區團體保險制度(4 名) 包括承保及財務等業務。	第三階段於 83 年 3 月 5 日至 4 月 30 日實施，為期兩個月，人數為 20 名，由參加第一、二階段人員篩選而出，分赴美國、加拿大、德國或日本等地，分別實習下列不同之專業領域： 一、醫療費用支付制度(6 名) 包括總額預算制度，住院費用支付制度，如 DRG；門診費用支付制度，藥品費用支付制度及醫院成本會計制度。 二、醫療費用及醫療品質的審查(4 名) 分為保險機構與醫院兩類。 三、高科技醫療管理(2 名) 四、保險財務管理(4 名) 包括社會保險會計制度、保險費精算及管理。 五、地區團體保險制度(4 名) 包括承保及財務等業務。

(續)

階段	第一梯次訓練	第二梯次訓練
綜合研討	第三階段於 82 年 7 月 28 日至 8 月 7 日實施，為期一週，以參加第一階段講習人員為受訓對象，主要內容為： 一、國外實習專題報告。 二、綜合研討。	第四階段於 83 年 5 月 16 日至 5 月 20 日實施，為期一週，以參加第一、二階段之所有人員為受訓對象，主要內容為： 一、國外實習專題報告。 二、綜合研討。

二、短期人才培訓之高級主管研討會

為加強高階主管對於全民健康保險制度明確之認識，俾利決策，分別辦理 2 次高級主管研討會：

- (一)「全民健康保險第一次高級主管專題研討會」於民國八十二年十二月十日、十一日、十六日召開，本次對象為各相關部會及公勞農保承保機關之主管(一等專員或簡任職等以上為對象)，預期對我國與美國及加拿大健康保險制度有進一步之瞭解與溝通。
- (二)「全民健康保險第二次主管專題研討會」於民國八十三年一月十四日至十五日召開，本次對象為各衛生主管單位及醫院主管人員，預期對醫院財務管理與營運能有進一步瞭解與溝通。

三、專題講員訓練計畫

因第一期訓練對象將為嗣後對各基層工作人員各項訓練工作之講師，故原定第一期學員為健保規劃小組成員 12 人，另增加公保、勞保、農保相關單位人員，並於民國八十年六月三日開辦。原報名參加人數共 30 人，但因業務繁忙及其他因素，部分成員無法全程參加。

訓練方式分以下兩種，並就計畫目的及訓練內容擬訂評量表，了解訓練成效：

- (一) **密集訓練**：每日半天課程，每堂課 3 小時。
- (二) **長期訓練**：隨時增加相關之書面資料，供各宣導講員自行參考、閱讀。

由於第二期計畫係為作為後續教宣人才之培訓，故經於學員課程評估問卷調查結果檢討認為，本次訓練缺乏全民健康保險內容之課程，對外所需宣導項目不明確，且訓練對象組成複雜，學員對訓練目標期待不一。後期計畫宜採以下步驟進行：

- (一) **確定宣導內容：**從調查結果及諮詢第一期訓練學員、專家等多方意見，訂定宣導範圍及先後內容。
- (二) **編寫教案：**組成編寫小組，教案並須經審定。
- (三) **訂定訓練計畫：**分階段訓練不同性質之學員，澄清訓練目的，溝通彼此期待，調整課程及授課方式。
- (四) **增訂評估量表：**現已有對授課講師及學員之實習評估量表，尚無聽眾對全民健康保險概念評量表。

四、全民健康保險專題班

自民國八十一年度起，連續三年針對不同機關及團體，辦理全民健康保險之專業課程，藉此訓練及溝通管道，使受訓者對全民健康保險制度之規劃理念，及實施後對其所屬單位造成之影響及因應之道，有概括性的瞭解，並作為儲備宣導人力之用，各年度實施對象詳表 13-2。

表 13-2 全民健康保險專題班辦理情形

辦理年別	實施對象
第一年 (81 年度)	一、各級衛生單位人員，共 26 人，於 80 年 11 月 4 日至 8 日辦理。 二、健康保險相關機構在職人員，共 30 人，於 81 年 4 月 20 日辦理。 三、行政院國軍退除役官兵輔導委員會及其相關醫療院所人員，共 30 人，於 81 年 4 月 27 日辦理。 四、病床數 200 床以上之私立醫院行政管理階層人員，共 30 人，於 81 年 5 月 11 日至 15 日辦理。
第二年 (82 年度)	一、健康保險相關機構人員部分：共 120 名，分兩梯次。由國內之健康保險相關機構各推派全民健康保險業務有關之工作人員參加。受訓機構包括銓敘部、內政部、行政院勞工委員會、中央信託局公務人員保險處、台灣地區勞工保險局、公保監理委員會、勞保監理委員會、農保監理委員會等。 二、衛生署及直屬單位人員部分：共 120 名，分兩梯次。本年度由衛生署及直屬單位科長級以上之人員報名參加。受訓機構包括衛生署各單位、檢疫總所、預防醫學研究所、藥物食品檢驗局及麻醉藥品經理處等。 三、公私立醫院管理階層人員部分：共 90 名，分兩梯次。公私立醫院管理階層人員（行政副院長、部、科、室主管或相當職務者）參加。受訓機構：本年度選擇經醫院評鑑合格為地區教學醫院以上之醫院。 四、專業公會團體代表部分：30 名。包括醫師、牙醫師、藥師、中醫師、護理人員等公會團體代表。受訓機構：本年度選擇上述類別人員之全國公會聯合會及省（市）公會。 五、鄉鎮市區公所與農會人員部分：90 名，分三梯次。由鄉鎮市區公所與農會（承辦相關業務）人員參加。受訓機構：本年度選擇鄉鎮市區公所與農會。
第三年 (83 年度)	一、衛生單位人員：共 60 名，分兩梯次。由臺北市、高雄市及臺灣省各縣市衛生局之醫政、衛生教育、企劃業務承辦人參加。 二、基層衛生單位人員：共 90 名，分三梯次，由臺北市、高雄市及臺灣省各縣市衛生局之公共衛生護士、衛生教育指導員、保健指導員參加。 三、鄉鎮市區公所人員：共 60 名，分二梯次。由臺北市、高雄市及臺灣省之各鄉鎮市區公所業務主管人員參加。 四、衛生署及直屬單位人員：共 120 名，分二梯次。由衛生署處室、檢疫總所、預防醫學研究所、藥物食品檢驗局、麻醉藥品經理處科長級以上人員優先參加。 五、社會行政及社會工作人員：共 60 名，僅一梯次，由臺北市、高雄市及臺灣省各縣市社會局之社會科及社工室主管人員參加。 六、醫院社會工作人員：共 120 名，分二梯次。由 200 床以上之公、私立醫院之社會服務部、社會工作室主管人員參加。

第六節

中央健康保險局籌備階段 和開辦初期員工培訓

民國八十三年七月，健保局籌備處增設教育訓練組，職司人員教育訓練及服務對象宣導，其中一項重要任務是強化機關內員工對全民健康保險新制內容及重點的瞭解，整合原公勞保等各機關移撥人員工作士氣，提升專業技能。

為使員工熟悉業務內容、提升專業技能、服務品質及工作士氣，中央健康保險局舉辦各種員工訓練活動。初期之訓練，因配合業務新設立，內容多著重相關規定之講習、電腦操作訓練等，並陸續提供知性及感性演講，開辦各類社團活動，使員工身心得以調適。並逐步以專題班方式，增進不同業務所需之專業知識，進行方式包含辦理全民健康保險業務講習與職前訓練等。

在全面展開全民健康保險宣導之前，中央健康保險局需配合衛生署規劃，加強機關內同仁對全民健康保險立法內容之瞭解，以利宣導計劃執行。參與對象包括民國八十四年一月全民健康保險正式開辦前，陸續對原健保局籌備處人員、公勞保預定移轉人員 1,562 人及民國八十三年度新進高普考人員 130 人，進行全民健康保險規劃業務講習與有關承保、財務、醫務管理、門診支付、住院支付等之職前訓練，以提升其對全民健康保險業務的認知及行政效率。

一、中央健康保險局內所有同仁皆需參加以下課程，期許動員所有員工擔任宣導人力，同時貫徹企業理念，提升業務推廣執行力。

- (一)「健保法重點」、「健保權利與義務」、「保險費收取方式」課程講習。
- (二)電腦文書軟體課程(含 OFFICE 工具及電子郵件等)。
- (三)辦理公文講習，加強承辦人員公文寫作能力。

二、從民國八十三年三月至八十四年十二月止，已進行之訓練類型及場次如下：

- (一) 為提升總局與各分局正式人員其對全民健康保險業務之認知與技能，所舉辦相關訓練活動，共計 208 場，另辦理兩次「醫療費用行政審查研討會」。
- (二) 邀請各領域專家演講生活上實用之知識，共辦理 5 場次知性系列演講。
- (三) 強調娛樂性、休閒性等知識及體驗交流，辦理真善美系列演講 2 場次。
- (四) 開辦「Call in 訓練班」系列知性講座。
- (五) 加強承辦人員公文寫作能力，舉辦 7 梯次公文講習，共計 1,000 人參加。
- (六) 為使 IC 卡實驗計畫之使用者瞭解健保 IC 金融卡之使用方式及注意事項，舉行 4 場講習會。

為強化中央健康保險局（含籌備期和開辦初期）臨時人員訓練，確保服務品質，自民國八十三年十月起至八十四年十二月止，中央健康保險局陸續設置免費諮詢服務電話 70 線，由 120 名電話服務人員提供民眾一對一解答。前述電話服務首先設置 080-212-369 免費諮詢電話服務中心（後改為 0800-030-598，並採依發話地轉入各分局駐點話務人員洽辦）。為提高服務品質，針對一線服務專線人員持續進行各項訓練：

- 一、於每日上午 7 時至 9 時 30 分，分批舉辦晨課時間，由各相關業務單位承辦人員介紹業務內容及回答較複雜案例，隨時提供最新資料，以利掌握最新業務規定，解決民眾疑惑。
- 二、舉辦暫僱人員職前訓練，包括全民健康保險業務認知、公文講習、採購程序、人事管理、禮儀與應對技巧等。
- 三、聘請專業禮儀講座，舉辦「口語溝通藝術」演講會。
- 四、定期、不定期對人員服務內容與業務熟悉度與應對禮儀進行測試。
- 五、民國八十四年三月至十二月約計 110 萬餘通免費諮詢電話，此等服務量對照當時 2,100 萬保險對象明顯不足，為使服務更具現代化、效率化，訂有「080 免費電話諮詢服務改善計畫」，逐步發展電腦化答詢系統與語音諮詢服務。

第七節 中長期人才培訓規劃之構想與建議

全民健康保險第一期的規劃中，曾針對健康保險學校教育部分進行分析，當時國內大專院校開設健康保險相關課程的情況，顯示量未能普及，質亦未深入，規劃建議主要是以原有高等教育體系為基礎，然後逐步擴展實施的深度與廣度。

第二期中長期人才培訓，乃接續第一期之重要規劃，著手分析大專院校健康保險相關課程實施之情形，以作為相關人才培育之規劃參考。

依據大專院校健康保險相關課程開設調查之分析結果（摘要見附錄十四），健保規劃小組曾多次透過會議及書面方式建議教育部增設相關科系，並增加公費留學考試相關學門。以下針對在大專院校課程安排、科系設置、人力培育、研究發展等方面，提出規劃建議，以供有關單位參考。

一、課程安排

（一）擴展健康保險課程實施領域

1. 於各大專院校相關科系所中，普遍開設健康保險或與其有主要相關之課程，避免如現階段多集中於保險和公共衛生類科之情形。
2. 將健康保險課程列為大學通識教育科目，一則避免此類課程多集中於特定科系，再則避免此類課程多集中於專科及研究所。

（二）增加健康保險課程講授深度

1. 加重已開設或未來擬開設之健康保險課程學分數或講授時數，以使課程講授能更深入詳盡。
2. 將健康保險課程列為各主要相關科系所之必修課或核心課程，俾能有系統地規劃講授內容。

二、科系設置

- (一) 於大學中設置以「健康保險」或「社會保險」為主要教育內容之專門學系，以別於健康保險在保險科系中之配合角色。
- (二) 為培養健康保險理論研究人才，可比照上述作法，設置專門之「健康保險」或「社會保險」研究所。

三、人力培育

- (一) 在公費留考類科中，增設健康保險學門，並視情形酌增錄取名額，以配合政策實施培育所需人力。
- (二) 配合行政院國家科學委員會「重點學門進修」或政府機關之在職進修，選擇具潛力之研究、在職人員，前往制度實施之相關國家修習健康保險相關學位。

四、研究發展

(一) 鼓勵專業之學術研究

- 1. 提供各類獎助，鼓勵碩、博士班研究生，從事與健康保險相關議題之學術論文研究。
- 2. 將健康保險相關議題之研究，列為各相關政府機構年度優先委託研究計畫之一，並提供充裕之研究經費與資源。

(二) 推廣健康保險社會教育

- 1. 獎勵各大學設置以健康保險為專門研究主題之研究教育中心，除可進行健康保險相關議題研究及建議外，亦能配合政府機關在職訓練課程，提供健康保險社會推廣教育。
- 2. 定期於各大學開闢健康保險系列專題講座，除可補充正式課程之不足外，亦能提供各類學生及市民前往聽講，以擴大教育層面。

第十四章

教育宣導

第十四章 教育宣導

第一節 前言

為確保全民健康保險制度實施得以達到預期之目標，不僅制度要妥為規劃，如何讓民眾有正確的觀念與態度，也是極為重要的。為此，加強教育宣導實刻不容緩。

第二期規劃為配合制度規劃與實施之整體目標，教育民眾對健康保險的正確認識，並能支持政策的規劃，配合制度的措施，從而善用健康保險資源與服務，釐訂下列四項教育宣導之基本目標：

- 一、加強國民的成本意識，避免資源的濫用與財務虧損。
- 二、建立國民正確的健康保險知識，善用健康保險服務。
- 三、強化民眾對制度措施的配合意願與支持態度。
- 四、培育適任的宣導人力，協助宣導工作。

第二節 規劃緣起

一、教育宣導性質與實施策略（政策觀點）

根據過去國人對全民健康保險認知與利用醫療服務情形之相關研究指出，實施健康保險可能產生以下負面效果：

- （一）對健康保險本質認識不清，加以我國社會福利制度未臻完善，每易使部分國民誤認社會保險是免費的社會福利，缺乏成本意識與權利義務的相對觀念。

(二) 在部分負擔沒有實施或是負擔相當輕微的情況下，參加保險的部分民眾常傾向於多利用醫療服務來減少損失，造成醫療資源的浪費。

(三) 健康保險強調疾病治療，致易使部分民眾忽略疾病預防之重要，過度依賴健康保險醫療服務，造成醫療資源與保險財務的沉重負擔。

可見，為減少全民健康保險實施後可能產生的負面效果，實有必要透過衛生教育，加強導正民眾錯誤的就醫用藥常識，並能具有積極的預防保健觀念。

此外，由於健康保險不僅與醫療服務有密切關連，尚涉及諸多社會、經濟、政治層面議題與制度，因此，除衛生教育外，亦須透過社會教育、學校教育全面且長期的實施，方能有效達成既定目標。

為配合教育宣導之基本目標，主要實施策略有三：

(一) 在宣導對象方面，屬一般民眾的部分，除配合全民健康保險逐期預定納入之各類人口，並根據研究結果，選擇亟待加強之重點對象。屬特定民眾部分，主要是針對與健康保險實施有密切配合者，如醫事服務提供者、企業雇主及相關單位與團體。

(二) 在宣導內容方面，除加強健康保險基本觀念之正確認識，引介重要制度措施外，也適時宣導原有各類社會保險（健康保險）實施借鏡及未來整合情形。

(三) 在宣導方式方面，除透過大眾傳播、學校教育外，也重視個人對個人，團體對團體的面對面宣導。

二、民眾認知現況與問題分析（社會觀點）

在第二期規劃之前，即有多個行政單位、學術團體及醫療機構，針對各類民眾對全民健康保險制度之基本認識及配合措施的認知、態度與行為，從事相關研究。雖然這些研究，各有其研究對象、期間、地區及方法，研究結果較難有共同比較的基礎，但是作為教育宣導規劃與執行之參考，仍能適時澄清各類民眾可能出現的認知、態度與行為，並能據此從事問題診斷與教育宣導策略分析。

綜合這些研究結果，第二期教育宣導亟待努力之處，主要有以下幾方面：

- (一) 正確認知全民健康保險開辦時間之民眾仍未普及，即使是與此極為相關的醫事執業人員，仍然多是如此。
- (二) 多數民眾皆能體認到，保險費是由雇主、被保險人及政府共同負擔。但是，對於醫療費用部分負擔制度則較不了解，配合意願也較低。
- (三) 一般民眾仍然未能清楚，全民健康保險是採取全體國民皆投保的強制性方式。
- (四) 關於分級醫療與轉診制度，民眾仍然未能有正確的認識，亦未顯示強烈的支持態度。
- (五) 雖然多數民眾了解全民健康保險是全體國民的權利與義務，以及具有風險分擔、自助互助的基本性質，仍然還有部分民眾認為，全民健康保險是社會救助的一環，或是一種免費的社會福利。
- (六) 在訊息的傳播管道上，主要是集中在有聲媒體，尤其是電視與廣播。從醫事人員那兒獲知的比率，則相當有限。
- (七) 學校教育幾乎都是透過「健康教育」的課程宣導與講授健康保險的觀念，其他相關課程則較少提及。
- (八) 不論是教師或家長，曾經與學生談論過全民健康保險的比率，顯然是相當有限。

第三節 第一期規劃構想與相關建議

經建會全民健康保險第一期規劃時，即將教育宣導列為配合重點，並曾邀集多位衛生教育、大眾傳播、衛生保健學者專家與行政人員，共同研討及擬定有關全民健康保險教育宣導計畫，其中主要的規劃構想有以下幾方面：

- 一、邀集大眾傳播、衛生教育、健康保險及行為科學的專家學者，新聞及衛生主管機關的有關主管人員，成立全民健康保險教育宣導小組。
- 二、研訂教育宣導要點：包括對全民健康保險的認識、對正確使用醫療服務的認知、自我健康的照護等項。
- 三、進一步實施教育診斷，調查民眾對各宣導要點的認知，以為教育宣導的依據。
- 四、訂定教育宣導目標，確實評估教育宣導效果。
- 五、教育宣導對象應包含（一）公職人員、民意代表及民間領袖；（二）教師、學生及家長；（三）社會大眾；（四）病人等。
- 六、教育宣導方式應多元化，主要包含（一）大眾傳播媒體；（二）團體衛生教育；（三）學校教育。
- 七、提撥一定比率的保險經費供教育宣導之用，並結合社會資源全面推廣宣導教育。

另外，在第二期規劃之初，健保規劃小組亦曾廣泛邀請與健康保險教育宣導相關之行政單位、民間團體、學者專家等舉行座談，並獲致以下重要建議：

- 一、教育宣導對象應依其特性，分層分群訂定不同之宣導目標與宣導方法。
- 二、擴展宣導途徑，加強運用立法委員、宗教團體、地方有力人士、學校保健室、婦女會、社區藥師、專科醫學會、公益團體、企業行號、農會、醫學雜誌、醫院候診室等。
- 三、宣導內容應包括保險費分擔比率、醫療品質、給付項目、部分負擔、分級轉診、權利義務及使用者付費等觀念與內容。
- 四、宣導時機應依照規劃時程而有不同階段，並使用不同的方式進行。
- 五、宣導資料可考慮由中央單位統一製作（如衛生署、新聞局、教育部），以求宣導內容一致及正確。
- 六、具體規劃及編列義務教育及師範院校教材，並分期調訓學校教師從事在職訓練。
- 七、加強教育宣導成本分析之觀念，力求宣導成果具有最高效益。

第四節

第二期規劃之宣導策略、架構 與實施計畫綱要

一、宣導策略

在第二期的規劃工作中，教育宣導除了與全民健康保險各項制度一同被列為規劃重點之外，同時也被賦予執行的角色。據此，教育宣導在第二期規劃中的規劃策略，必須依規劃時程，執行當期之宣導重點，並針對後續宣導研擬相關計畫：

規劃初期：健康保險基本觀念與性質。

規劃中期：健康保險重要作法與未來可能實施之配合措施。

規劃後期：預定實施之制度內容與原有社會保險整合之情形。

（一）執行當期宣導重點：

由於全民健康保險制度尚未全面實施，諸多政策與制度內容亦尚在規劃擬議，因此，為兼顧於當前執行教育宣導之必需性，以及為避免不當的宣導而引起困擾，規劃初期之宣導主題，主要有以下幾類：

1. 全民健康保險的基本性質與義務：如自助互助、風險分擔、非免費的社會福利等。
2. 被保險人之權利與義務：如按規定繳納保險費，並享有生育、疾病、傷害之醫療給付。
3. 全民健康保險未來應避免之問題：如保險財務虧損、濫用醫療資源等。
4. 未來被保險人應配合之措施：如遵行分級醫療與轉診制度、醫療費用部分負擔、正確的就醫用藥常識等。

規劃中期及後期各項制度之重要作法及具體實施內容等，則視規劃進度與規劃內容的成熟性，再適時從事宣導。

（二）研擬後續宣導計畫

全民健康保險教育宣導工作，旨在建立全體國民對健康保險具有正確的觀念、支持的態度，以及配合的行為。欲同時達到教育宣導在認知、態度、

行為三層次上的既定目標，絕非朝夕可成。因此，全民健康保險教育宣導是一長期性工作，為使日後之教育宣導，能夠確實發揮其預期功能，達成既定目標，亦有需要週密規劃一套有完整性、系統性、效益性之宣導計畫，以作為後續宣導之重要參考。

規劃重點主要有以下幾方面：

1. 分析宣導對象：如界定宣導對象種類、選擇宣導重點、了解對象之認知、態度與行為。
2. 製作宣導資料：配合各類宣導對象、宣導場所、宣導內容、宣導效益、宣導管道之特性，分別規劃製作各類適用之宣導資料。
3. 建立宣導管道：針對各類宣導目標群體特性，綜合各類可運用之資源，評估其實施效益，據此研擬後續長期之宣導管道。
4. 策劃宣導活動：針對各級宣導對象特性，選擇適當的宣導主題，結合民間團體資源，策辦多元化的宣導活動方式。

二、規劃架構

依據前述規劃緣起中，各種對教育宣導之觀點與建議，第二期教育宣導規劃與執行之整體架構如圖 14-1。

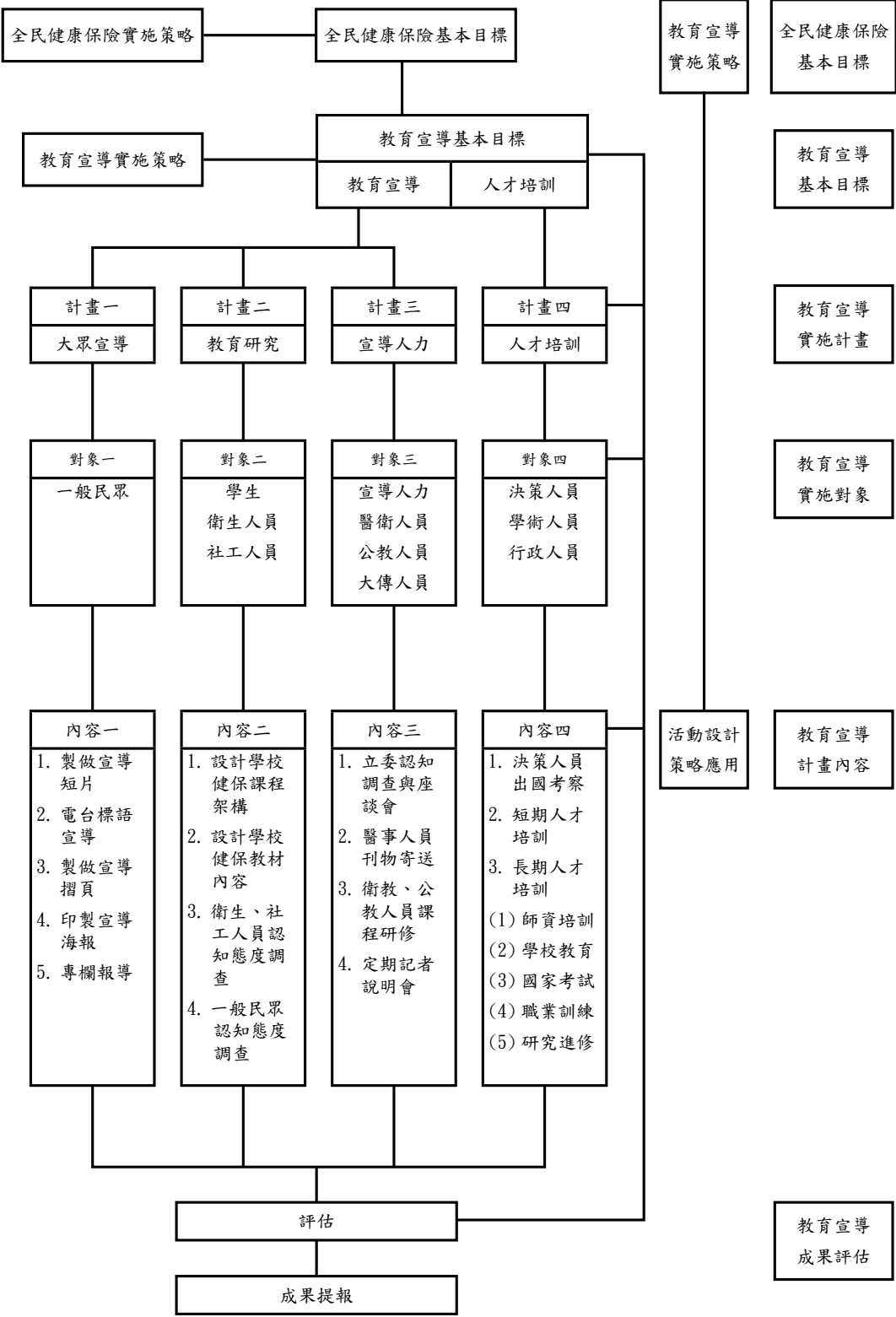


圖 14-1 教育宣導規劃與執行之整體架構

這樣的整體架構，主要是建立在運用教育宣導的配合功能，以輔助達成全民健康保險之基本目標。主要的重點與內容說明如下：

(一) 全民健康保險的基本目標，以及教育宣導之基本目標與實施策略，均於前所述。基本上，教育宣導基本目標的擬定與策略應用，乃係源自全民健康保險的基本目標，並適度運用配合措施。

(二) 教育宣導的實施計畫，主要包含三方面：

1. 運用大眾傳播，進行大眾宣導。
2. 進行相關研究，並建立從事教育宣導的基礎資料。
3. 培育適任的宣導人力，協助教育民眾建立正確觀念。

(三) 依據實施計畫，並考慮可能運用的管道，區分並選擇教育宣導對象，其中宣導對象依資訊傳播過程與影響功能，可分成三類：

1. 第一級對象：指資訊最終接收者，亦即接受全民健康保險保障、受制度影響或能影響制度之所有個人及團體，此類對象為教育效果預期所及之最終目標，如一般民眾、學生、公教人員等。
2. 第二級對象：為資訊轉播者，指職務或身分利於進行教育宣導者，且對於全民健康保險資訊之獲取較為積極，亦往往扮演意見領袖之角色，具有消化、詮釋資訊，進而轉達資訊之功能，如衛生人員、醫療人員、健康保險相關機構人員、大眾傳播人員、立法、決策人員等。
3. 第三級對象：為教育宣導者，指擔負教育宣導任務者，此類對象亦具備教育專業人員之能力，如教育宣導講員、學術人員等。

(四) 計畫內容主要包含大眾傳播宣導、教育宣導研究、宣導人力培育等三大項，配合整體規劃時程及內容層次，加以擬定實施項目。

(五) 配合實施之計畫內容，設計活動方式及運用策略執行，最後再對計畫執行從事整體評估，以適時適度修正全盤計畫過程與內容。

根據上述整體宣導架構之理念，分別針對大眾傳播宣導、教育宣導研究、教育宣導人力培育三項，擬定了「實施計畫綱要」。

(一) 大眾傳播宣導 (計畫綱要如附錄十五)

1. 計畫目標：透過各種大眾傳播媒體宣導，有效增進國人對全民健康保險之正確認識與態度，並能正確使用醫療服務，支持及配合政府施政，以促使全民健康保險能順利推展。
2. 計畫期間：自民國八十年一月至八十一年六月。
3. 宣導重點：根據第一期規劃建議及調查研究結果，第二期擬定之宣導要點包括：
 - (1) 全民健康保險的正確觀念、意義及基本性質。
 - (2) 達成全民健康保險的必要過程。
 - (3) 實施全民健康保險的目的。
 - (4) 實施全民健康保險的基本原則。
 - (5) 全民健康保險的照護項目。
 - (6) 全民健康保險的實施效果。
 - (7) 全民健康保險的辦理方式。
 - (8) 原有健康保險的實施借鏡。
4. 計畫內容：

計畫項目	實施構想
標語設計	一、就健康保險相關議題分類製作標語。 二、製作標語幻燈片，於電視及電台播放。
海報設計	一、以分類標語為主題，舉行海報設計比賽。 二、印製海報發送相關單位。
專欄報導	在衛生相關雜誌開闢系列專題報導。
報紙宣導	一、適時登宣導廣告。 二、定時提供宣導內容。
電視宣導	一、製播宣導短片及相關節目。 二、安排短片於適當場所播出。
廣播宣導	一、製播廣播節目。 二、安排廣播專訪。
編印宣導品	一、製作及發送摺頁。 二、製作及發送小冊。

(二) 教育宣導研究

1. 計畫目標：為規劃教育宣導所需相關研究，以利全民健康保險教育宣導工作之進行。
2. 計畫期間：自民國八十年一月至八十一年六月。
3. 研究重點：
 - (1) 課程架構。
 - (2) 教材設計。
 - (3) 重點對象認知調查。
 - (4) 推廣研究。
4. 計畫內容：

計畫項目	實施構想
課程架構	研究學校健康保險教育課程架構之發展。
教材設計	一、編寫教學資源手冊。 二、設計單元教學教案。
認知調查	一、衛生人員認知調查研究。 二、社會工作人員認知調查研究。
推廣研究	研究於各地區推廣宣導可行性之研究。

(三) 宣導人力培育

1. 計畫目標：
 - (1) 訓練全民健康保險專題講員，充實教育宣導人力。
 - (2) 加強衛生與醫事行政人員對全民健康保險的認識，配合業務從事宣導。
 - (3) 給予大眾傳播人員相關訊息，以利傳遞社會大眾正確之觀念。
2. 計畫期間：自民國八十年一月至八十一年六月。
3. 計畫重點：
 - (1) 開設專題班。
 - (2) 舉辦訓練會。
 - (3) 召開記者會。

4. 計畫內容：

培育對象	實施構想
醫事人員	開設全民健康保險專題研修班
衛生人員	開設全民健康保險專題研修班
大專學生	舉辦全民健康保險宣導活動訓練說明會
傳播人員	定期召開全民健康保險專題記者說明會

第五節 宣導方式與內容

全民健康保險開辦前，著重觀念上的宣導，亦即辦理全民健康保險的原因與目的、全民健康保險的精神等，多採用廣電媒體以接觸較廣大的民眾，例如電視廣告。愈接近開辦日，宣導的重點在說明如何投保與就醫，除了廣電媒體外，亦開始採用說明會、演講會及平面媒體如雜誌廣告、專題報導等方式作為較深入及詳細的說明。

而在宣導方式與內容的選擇上，亦應選擇最適說明實例的作法，宜善用廣電媒體與平面媒體特性之不同。

廣電媒體是利用廣電媒體具聲、影的特性，以戲劇表演、單一訴求的方式，呈現民眾常遇到的情境與問題，以使觀眾產生認同感，也亦有過目不忘的效果；同時，內容應針對播映時段的觀眾群而設計，例如下午時段的觀眾以家庭主婦與老年人較多，而晚間時段以青、壯年人較多。

平面媒體則因缺少聲、影的刺激，較難引起閱讀者的注意力，但可深入說明則是它的優點，較適合中上教育程度的讀者，因此應以此目標群體關心的問題為訴求點，例如免費健康檢查的享受與項目；表現手法上，可在文字以外，輔以四格漫畫之類的圖畫，呈現一個實際的情境，來引起讀者的注意力與認同感。

一、規劃原則

由於宣導工作是以一般民眾為對象設計策略與方法，因此在規劃宣導方式上，儘量以多樣化的方式為原則，以提高接觸到目標對象的機會，例如除了大眾媒體外，亦大規模舉辦說明會、舉辦漫畫徵選比賽、徵文比賽，以及製作各式文宣品，透過

公司行號或衛生單位發送等，都是一些接觸具體對象的管道，可彌補運用大眾媒體的缺失。

除了衛生署會定期製作宣導品外，宣導活動原則是與其他政府及民間單位合作辦理，或只配合提供講員，一方面可彌補衛生署人力有限的情形，更重要的是提供了特定的對象，其需求亦具體化，可發揮不少事半功倍的效果。

二、規劃內容與執行成果

規劃的宣導方式有大眾媒體、小眾媒體與專題研究三大類，分述如下（全民健康保險媒體宣導執行情形，詳表 14-1）：

（一）大眾媒體

1. 廣電媒體

（1）電視：

- ①委託新聞局製作宣導短片，於三家電視台公視時段播映，或自行購買時段播映。
- ②安排衛生署主管人員於新聞性電視節目中受訪，探討全民健康保險相關問題。
- ③將已製作之宣導短片，請各縣市衛生局洽請各地合法有線電台播映。

（2）電影：製作 40 秒宣導短片於電影院播映。

（3）錄影帶：

- ①將已製播之宣導短片拷貝成錄影帶，另配台、客語，分送衛生單位與學校播放。
- ②將已製播之宣導短片拷貝於錄影帶節目。
- ③針對小學兒童與一般民眾製作二部 30 分鐘教學錄影帶，並配上國、台客語分送學校、各地衛生局所及軍方單位播映。

（4）廣播：

- ①安排衛生署人員至廣播節目接受國、台語訪問與回答民眾問題。
- ②安排 ICRT 電台專訪介紹全民健康保險。

2. 平面媒體

(1) 雜誌：

- ①補助雜誌社製作全民健康保險系列專題報導。
- ②刊登全民健康保險雜誌系列廣告，並舉辦有獎問答活動。
- ③衛生署衛生報導製作系列「全民健康保險專欄」及專論。

(2) 報紙：

- ①刊登報紙系列廣告。
- ②開闢全民健康保險專欄，回答民眾問題。

(3) 宣導單張：

- ①針對不同保險對象製作十餘種單張，如公保、勞保、農保被保險人、殘障朋友、低收入戶、小朋友等。
- ②以全民健康保險內容，製作單一主題單張十餘種，如為何實施全民健康保險、就醫方式有何不同、保險費如何計算、轉診制度、部分負擔等。

(4) 問答集：

- ①彙整民眾常遇到的問題，編印「全民健保與我」問答集，提供衛生局所人員、全民健康保險承辦人員參閱，或於說明會場提供一般民眾。
- ②與行政院新聞局合作編印「全民健保一百問」，彙整各類被保險人常遇到的問題；並分期刊登於時報週刊。

(5) 專書：與新聞局、幼獅文化合作出版「散播健康散播愛」，以短篇小說方式，輕鬆地解說全民健康保險。

(6) 「全民健保手冊」：編印類似臺北市民手冊之全民健康保險手冊，除包含投保就醫的注意事項外，亦將醫院資料及其它相關事項編入，每戶發送一冊，做為隨時可參閱之資料。

(7) 直接信函：於開辦前，以直接信函的方式，對民眾說明全民健康保險，並請其確認投保金額。

3. 戶外媒體

- (1) 高速公路休息站大型電視：於高速公路臺灣汽車客運 12 個休息站大型電視播放 40 秒宣導短片。
- (2) 火車站電視牆：於火車站電視牆播放 40 秒宣導短片。

4. 多媒體：觸控式電腦輔助教學系統，製作觸摸式電腦動畫查詢系統，供定點展示。

5. 活動

- (1) 有獎問答：舉辦有獎問答活動，以了解民眾對全民健康保險的認識程度。
- (2) 漫畫比賽：吸引民眾了解全民健康保險，再以幽默的漫畫方式表現出來；將得獎作品於全省巡迴展覽並編印專輯，分送至全省圖書館、國中小學及衛生單位。
- (3) 徵文比賽：與新聞局、聯合報合辦全民健康保險徵文比賽，以高中以上民眾為對象，兼收宣導與廣納民意之效。
- (4) 演講比賽：配合美商大都會人壽保險公司「保險與人生」演講比賽，將全民健康保險列為主題之一，本國籍與外國籍人士均可參加。
- (5) 園遊會：參與新聞局、女青年會舉辦之園遊會，設攤宣導全民健康保險。
- (6) 大專服務隊：於民國八十年至八十三年補助大專院校學生服務隊，於寒暑假期間至偏遠地區進行宣導，並報告結果與建議事項（八十二年度及八十三年度補助大專院校學生社團服務隊辦理全民健康保險宣導活動計畫，如附錄十六及十七）。

（二）小眾傳播

1. 說明會

- (1) 與各界合辦宣導說明會及提供講員、資料，以鼓勵各界推動宣導活動。
- (2) 補助縣市衛生局加強對各職業工會、農、漁會等會員、村里長、村里幹事、各醫事團體人員、學校教師及一般民眾宣導。

2. 衛生人員及相關人員教育

(1) 專題班：培訓衛生局師資人員，俾利基層宣導工作；並針對不同機關及團體辦理全民健康保險專業課程，以對全民健康保險制度之規劃理念及實施後對其所屬單位造成之影響及因應之道有概括性瞭解（全民健康保險專題班辦理情形詳表 14-2）。

(2) 公衛護士自學教材：編寫自學教材供公衛護士自修，以利基層宣導。

3. 制定全民健康保險法溝通討論會議

(1) 與國民黨黨部工作同仁及黨籍立法委員進行黨政協調。

(2) 積極拜會立法委員，辦理立法院記者全民健康保險說明會等立法院溝通活動。

(3) 與雇主團體、相關醫學會、醫事法律學會、衛生局及大學進行溝通說明。

4. 部會溝通

(1) 與行政院、經建會、財政部、勞委會、內政部、國防部、退輔會、教育部等行政院相關部會，溝通保險費分擔、計算方式、部分負擔設計、醫療議題等。

(2) 與高雄市政府及臺灣省政府針對保費分擔、地區團體被保險人投保問題、如何加強基層醫療保健設施及服務等議題進行討論。

（三）專題研究

委託中華民國公共衛生學會分四季辦理全民健康保險系列意見調查，以了解不同時期民眾的意見，做為政策之參考²。

表 14-1 民國八十二年一月至八十三年十二月全民健康保險媒體宣導執行情形³

計畫項目	執行情形
一、製播電視宣導短片	(一) 製作電視宣導短片四部，並自 83 年 4 月起至 7 月止，安排於三家電視台各時段密集播出，共播出八十次。 (二) 短片內容及長度分別是：「全民健康保險參加對象」六十秒；「避免浪費健康保險醫療資源」六十秒；「全民健康保險給付內容」四十秒；「全民健康保險權利與義務」三十秒。

（續）

2 相關結果請見第六節宣導效果之評估。

3 摘自行政院新聞局 83 年 9 月 12 日 (83) 強內二字 16399 號函附件二「82 年 1 月至 83 年 8 月全民健保宣導執行情形表」及全民健康保險二期規劃大事記。

計畫項目	執行情形
二、製播電視靜態短片	配合衛生署製作八部電視靜態宣導短片，送請三台於 83 年 6 月 4 日至 7 月 4 日密集播出。八部短片內容及秒數如下： (一) 人口篇：儘早實施全民健康保險，將其餘 900 萬人口納入。(20 秒) (二) 互助篇：全民健康保險是自助互助，不是免費救助。(20 秒) (三) 部分負擔篇：門診及住院部分負擔比率及釋例。(30 秒) (四) 繳費篇：全民健康保險不是免費救助，每個人都須繳保費及釋例。(30 秒) (五) 健保卡篇：全民健康保險之新措施，包括健保卡、預防保健服務等。(30 秒) (六) 眷屬篇：全體國民均能加保及眷屬範圍。(20 秒) (七) 承保機關篇：說明健康保險及現金保險分開辦理及承保機關。(20 秒) (八) 調查表篇：勞保、農保眷屬資料調查，請儘速填寫、寄回。(20 秒)
三、製播電視節目專輯	(一) 於 83 年 3 月 6 日台視頻道電視節目「跨世紀的驕傲」中，邀請吳東昇立委、沈富雄立委、中央健康保險局籌備處葉金川處長及台大公衛所江東亮教授談「全民健康保險」。 (二) 82 年 10 月 24 日上午十一時至十二時，於台視播出之「有話要問」節目，邀請衛生署張博雅署長及洪冬桂立委討論「全民健康保險」。 (三) 83 年 11 月 29 日晚上九時至九時三十分於華視「從今天到明天」節目中，邀請衛生署張博雅署長、新聞局吳中立副局長、沈富雄立委談「全民健康保險」。 (四) 83 年 4 月 18 日晚上九時至九時三十分，於台視頻道播出之「街頭巷尾」第 42 集「禍不單行」節目中，以農保為主題。 (五) 83 年 6 月 2 日晚上九時至九時三十分於台視播出之「國是論壇」節目中，邀請衛生署石曜堂副署長談「全民健康保險」。 (六) 83 年 7 月 17 日上午九時三十分至十時於華視頻道播出「問題與對策」節目第 229 集談「全民健康保險」，由衛生署張博雅署長及政大財稅所陳聰安教授座談。 (七) 83 年 7 月 24 日上午十一時至十二時於台視頻道播出「有話要問」節目第 101 集「全民健康保險」單元，邀請衛生署張博雅署長、中央健康保險局籌備處葉金川處長及新聞局吳中立副局長座談。
四、運用廣播全國聯播節目宣導	(一) 83 年 2 月 22 日邀請葉金川處長在新聞局委製「全國聯播」廣播節目中「首長熱線」單元，與民眾直接對談「全民健康保險」有關問題。 (二) 83 年 5 月 31 日運用聯播節目及洲際公司電腦語音舉辦「全民健康保險民眾意見調查」，並請張博雅署長至節目現場接受訪問。 (三) 83 年 7 月 1 日再度邀請葉金川處長至聯播節目接受訪問及回答聽眾問題。 (四) 83 年 7 月 6 日立法院審「全民健康保險法」期間，再度邀請張博雅署長至聯播節目談全民健康保險。
五、運用警廣、漢聲、台北電台現場 call-in 節目宣導	(一) 83 年 5 月 18 日於新聞局委製節目警廣高雄台「空中問答」中，邀請衛生署全民健康保險規劃小組戴桂英簡任技正與高雄市衛生局蕭界宏科長，至節目現場與聽眾直接對談「全民健康保險」等相關問題。 (二) 83 年 6 月 18 日於新聞局委製節目台北電台「家在台北」邀請中央健康保險局籌備處葉金川處長至現場與聽眾直接對談。 (三) 83 年 7 月依新聞局委製節目警廣電台「警廣熱線」節目中，邀請葉金川處長回答聽眾對「全民健康保險」提出之疑問。 (四) 83 年 7 月 7 日新聞局委製節目漢聲台北台「溫馨快遞」節目中，邀請戴桂英簡任技正至現場與聽眾直接溝通「全民健康保險」。 (五) 83 年 7 月 21 日新聞局委製節目警廣高雄台「空中問答」、「張敏時間」二節目，邀請戴桂英簡任技正與聽眾直接對談「全民健康保險」。

(續)

計畫項目	執行情形
六、戶外媒體宣導	委託興僑及富登麗公司製作LED電子看板之文字與電腦動畫，宣導播出「全民健康保險」及「社會福利」議題。自82年7月至83年8月連續播出十三個月。
七、舉辦座談並編印專書	(一) 82年12月與聯合報共同舉辦「社會福利政策」座談會，並將內容編印為「國是問題研析」系列四十七「提升台灣經驗，邁向祥和社會」專書。 (二) 83年7月與中華日報共同舉辦「全民健康保險」座談會，並將之編印「國是問題研析」系列五十五專書。 (三) 83年7月編印「全民健康保險施政說明」說帖，並送立法委員參考，俾利該法之順利通過。
八、舉辦七場「全民健康保險」背景說明會	於立法院審查「全民健康保險法」期間，以新聞界為對象，舉辦七場「全民健康保險背景說明會」。分別是： 7月7日：自付保額問題。 7月8日：保費是否合理？ 7月9日：政府是不是真的沒有效率？ 7月11日：勞資負擔比例問題。 7月14日：醫療體系配合問題。 8月26日：全民健康保險是責任共享，也是權利分攤。 8月26日：全民健康保險、健康有保。
九、運用聯合報民意論壇宣導	83年7月10日撰寫短文刊登於聯合報民意論壇，告知民眾若有全民健康保險疑問，除了利用免費電話洽詢外，也可寄到新聞局民意信箱。
十、廣播節目宣導	(一) 83年9月7日起六個月，警廣一周寧時間（國語），每週三上午九點至九點半開放民眾電話詢問，由吳凱動顧問及戴桂英專門委員輪流答詢。服務範圍為大台北、桃園、新竹等地區。 (二) 83年10月13日起至12月，中廣「閩南語全國聯播」開播「全民健保熱線」，每週四早上七點二十五分至七點五十五分播出，由楊漢淙執行祕書、楊銘欽召集人及戴桂英專門委員輪流答詢。服務範圍為全台灣地區。 (三) 83年10月6日起至12月，中廣新竹台--客語天地「全民健保熱線」開播，每週四晚間六點半至七點播出，由歐紫苑參事及宋瑞蛟副研究員現場答詢。服務範圍為新竹地區。
十一、其他宣導	(一) 83年1月7日安排衛生署徵選「全民健保標誌及標語」插播稿，於三台及各電台適時播出。 (二) 83年1月20日安排「榮民參加全民健保相關資料調查」插播稿，於各電台及三台適時播出。籲請榮民切實填報表格相關資料後，寄回中央健康保險局籌備處供參。 (三) 83年6月27日函送新聞局委製公共服務廣播節目電台及主持人「勞農保眷屬調查新聞稿」乙份，籲請勞保、農保投保人儘速將眷屬資料寄回投保單位，以免喪失權益。 (四) 83年6月11日、7月6日函送「全民健康保險」相關資料予新聞局委製公共服務廣播節目，供主持人在節目中參考運用。

表 14-2 全民健康保險專題班辦理情形

日 期	受訓對象
七十九年九月	衛生單位人員
八十年十一月	衛生單位人員
八十一年四月	健康保險相關機構人員
四月	退輔會暨相關醫院人員
五月	私立醫療院所管理階層人員
十月	鄉鎮市區公所與農會人員
十一月	公、私立醫院管理階層人員
十一月	健康保險相關機構人員
十二月	衛生單位人員
八十二年一月	健康保險相關機構人員
二月	鄉鎮市區公所與農會人員
二月	衛生單位人員
三月	衛生署及直屬單位人員
四月	專業公會團體代表(醫、牙、護理)
五月	衛生署及直屬單位人員
五月	鄉鎮市區公所與農會人員
六月	公、私立醫院管理階層人員
九月	衛生單位人員
十月	基層衛生單位人員
十一月	基層衛生單位人員
十二月	基層衛生單位人員
十二月	鄉鎮市區公所人員
八十三年一月	鄉鎮市區公所人員
二月	衛生署及直屬單位人員
三月	衛生署及直屬單位人員
三月	社會行政及社工人員
四月	醫院社工人員
六月	藥事人員全民健康保險專題班
九月	地方衛生機關全民健康保險教育宣導講員培訓

第六節 宣導效果之評估（民意調查）

一、規劃原則

在進入第二期規劃階段時，正屆全民健康保險開辦前的宣導重要階段，更需要隨時抓住民意的趨勢，以作為擬定政策時之重要參考，並據以推動與修正宣導工作的方向，因此，藉由大型民意調查來達成上述目標便是第二期評估宣導效果之重點工作。

採用民意調查的目的在於：可藉由訪員的說明進行宣導、瞭解民眾的想法、分析出宣導效果較好的媒體等；透過系列民意調查，瞭解每個階段宣導工作目標是否達成，需加強宣導的內容及對象，並列入下階段工作計畫之參考

二、規劃內容

（一）辦理系列民意調查

委託中華民國公共衛生學會於八十三年度、八十四年度進行四次民意調查，以了解民眾對全民健康保險重要議題之認知、態度與可能行為，以針對民眾最關心之課題進行宣導。

（二）參考其他團體進行之民意調查與研究

由不同團體辦理的調查與研究，以補足系列性民調所缺乏的部分，包括：

1. 衛生署八十一年度委託中國醫藥學院「台灣地區衛生人員對全民健康保險政策之認知與態度研究」研究計畫。
2. 民國八十二年五月二十八日研考會委託柏克市場研究顧問有限公司進行「民眾對『全民健康保險』的看法」民意調查。

三、系列民意調查結果

（一）調查目的：

1. 了解民眾對全民健康保險的一般認知情形。

2. 了解民眾對全民健康保險內容中較具爭議性項目的認知與態度。
3. 分析民眾在認知與態度上的差異與其人口特徵（如地區、性別、年齡、教育程度、收入、職業等）的相關情形。
4. 作為行政機關制定與未來修正全民健康保險政策及策劃教育宣導活動時之參考。
5. 作為立法機關審議法案之參考。

（二）調查日期

本調查選定以全民健康保險法審議前後以及開辦前後各調查一次。由於全民健康保險法預定在民國八十三年六月底完成立法，同年十二月一日開辦，因此本系列調查原定調查期間為民國八十三年四月、七月、十月與八十四年一月。惟因完成立法時間為民國八十三年七月十九日，而開辦時間為民國八十四年三月一日，實際調查時間配合修正如下。

第一次：民國八十三年五月二十九日至六月一日（全民健康保險法審議之前）。

第二次：民國八十三年八月二十六日至二十九日（全民健康保險法公布之後）。

第三次：民國八十四年三月十九日至二十三日（全民健康保險開辦後二十天）。

第四次：民國八十四年五月十九日至二十五日（全民健康保險開辦後兩個月）。

（三）調查對象

本調查之對象為居住於臺灣地區，家中有電話之二十歲以上民眾，每次完成約 1,200 份有效問卷。

（四）抽樣方法

根據以往民意調查之經驗，假設完訪率為 40%，故本調查於各次調查前，以等距方式自臺灣地區所有電話簿住宅部分，隨機系統抽出 4,000 個電話號碼。惟因部分用戶之電話號碼未及刊登或自願不刊登於電話簿，本計畫將再於中選號碼尾數加一，作為樣本號碼，以突破利用電話簿之限制。

（五）調查項目

依據調查目的，調查項目包括下列各項：

1. 民眾對全民健康保險方案的訊息接觸情形；
2. 民眾對計費方式和保險費應如何繳納的看法；
3. 民眾對部分負擔的看法；
4. 民眾對開辦時間的看法；
5. 民眾對醫療資源的使用情形；
6. 民眾就醫時之付費情形；
7. 民眾對全民健康保險制度的滿意情形；
8. 民眾對全民健康保險實施成效的預期；
9. 受訪者之人口特徵，包括性別、年齡、居住地區（鄉鎮市）、教育程度、職業、家庭收入、保險類別、眷屬人數等。

（六）調查結果

1. 第一次調查結果（調查期間民國八十三年五月二十九日至六月一日）

本次調查重點在於了解在立法院審議全民健康保險法前，民眾對於全民健康保險的意見以及對於規劃重點之態度，重要結果摘述如下：

- (1) 受訪者有 87.3% 曾聽過有關「全民健康保險」的消息。消息主要來源在電視 (30.4%)、報紙 (15.9%)、收音機 (2.3%)。
- (2) 受訪者中有 85% 贊成辦理全民健康保險。
- (3) 受訪者中有 74% 贊成八十三年底實施全民健康保險。
- (4) 30.6% 的受訪者贊成全民健康保險由財務自主的公辦民營機構來辦理，33.5% 不贊成。
- (5) 65.5% 贊成全民健康保險實施後，病人看病時要負擔部分醫療費用，18.4% 不贊成。贊成者中，認為付 10% 以下較為適當者占 9.9%，10-20% 為 16.0%，20-30% 者為 21.9%，30% 以上者為 15.5%，其他 36.7% 則認為很難說或不知道。
- (6) 受訪者對於以一年 5,000 元的自負額，換取減免 1/3 保險費的方案，表示贊成者 (37.5%) 與不贊成者 (40.1%) 相差不大，其他表示很難說、無意見或不知道約 22.3%。

(7) 受訪者對於以一年 18,000 元的自負額，換取免繳保險費方案，表示贊成者為 27.9%，表示不贊成者為 54.3%，其他表示很難說、無意見或不知道約 17.8%。

2. 第二次調查結果 (調查期間民國八十三年八月二十六日至二十九日)

本次調查重點在於了解民眾對於立法院審議通過之全民健康保險法的意見，以及對於調查重點之態度，重要結果摘述如下：

- (1) 受訪者中有 85.8% 曾看過或聽過有關「全民健康保險」的消息。消息主要來源在電視 (68.6%)、報紙 (43.7%)、雜誌 (6.2%) 以及收音機 (3.8%)，由工作場所獲得資訊者高達 22.2%。
- (2) 受訪者中有 78.3% 知道全民健康保險實施後，看病時自己要負擔一部分診療費用。
- (3) 全民健康保險實施後，若受訪者有親友住院時，有 12.6% 會希望讓他住保險病房，有 27.3% 是願意多付點錢讓他住單人或雙人的病房，32.5% 認為看情形，其他 27.6% 的受訪者則表示拒答或無意見。
- (4) 對於用何種方法提供全民健康保險資料最有效，以每戶發說明書或手冊 (42.1%)、在電視上播放特別節目 (39.1%)、利用免費電話提供電腦語音回答 (12.9%)、登在報紙或雜誌上 (11.5%)、開說明會 (7.1%) 以及收音機播放特別節目 (6.1%) 等方式，為最重要的前幾項方法。
- (5) 約有 14% 的受訪者在稍微不舒服時 (例如感冒)，通常會先找醫院的醫師診治；這些受訪者中有 33.4% 自認為即使越級加重部分負擔為 30% 至 50%，也不可能改到診所就醫 (22.7%)，其主要理由為醫療品質較可信 (66.7%)、比較方便 (22.7%) 以及習慣問題 (3.0%)。

3. 第三次調查結果 (調查期間民國八十四年三月十九日至二十三日)⁴

本次調查重點在於了解民眾對於全民健康保險在三月一日實施後立即的反應，以及對於規劃重點之態度，重要結果摘述如下：

⁴ 為完整呈現全民健康保險開辦前後民眾之意見，爰同時呈現全民健康保險開辦後進行之第三次及第四次調查結果。

- (1) 受訪者中有 79.0% 曾看過或聽過有關「全民健康保險」的消息。消息主要來源在電視 (70.5%)、報紙 (51.5%)、收音機 (8.1%) 以及雜誌 (6.6%)。
- (2) 受訪者中有 78.5% 知道全民健康保險實施後，看病時自己要負擔一部分診療費用。
- (3) 對於全民健康保險制度，受訪者覺得最想知道的項目主要為：保險費計算 (13.0%)、部分負擔 (11.5%)、就醫規定 (9.3%)、投保手續 (6.2%)，但是有 17.7% 的受訪者表示幾乎完全不了解，因此想知道所有相關規定，另外還有 13.2% 受訪者表示都不想知道。
- (4) 受訪者覺得最有效的宣導方式主要為印發說明書或手冊給每戶 (50.6%)、在電視上播放 (8.7%)、利用免費查詢電話 (6.6%)、登在報紙或雜誌上 (6.5%)、舉辦說明會 (5.3%)、在收音機播放 (4.5%) 及利用電腦語音提供資料 (3.1%) 等。
- (5) 受訪者中有 95.2 % 知道全民健康保險已在三月一日開辦。
- (6) 對於政府選在三月一日開辦全民健康保險，有 4.3% 受訪者認為太慢，有 40.9% 認為太趕，25.7% 認為差不多，22.7% 為無意見或拒答。
- (7) 受訪者中有 80.2% 已辦理投保手續，17.3% 尚未辦妥，2.5% 不知道是否已辦妥。未辦妥全民健康保險手續之主要原因為不知道應該如何辦理 (39.5%)、沒時間 (25.2%)、本身已有其他保險 (11.9%)、所屬團體拒絕辦理 (3.8%) 以及條件不符合 (2.9%)。對於已辦妥全民健康保險手續之身分類別，屬第一類者占 38.5%，第二類為 12.2%，第三類為 8.0%，第四類為 1.2%，第五類為 0.2%，第六類為 4.4%，另 35.1% 不知道所屬類別。
- (8) 從全民健康保險實施日到受訪日，有 16.6% 受訪者曾用全民健康保險身分看過門診，其中 80.8% 在就醫時未遇到困難。有遇到之困難或問題主要為不知道該如何辦理掛號手續 (8.4%)、醫院或診所之工作人員不清楚掛號手續 (3.4%) 等。

- (9) 全民健康保險實施之後，對受訪者或其家人的健康，認為有更多保障者占 36.1%，認為沒有差別者占 20.0%，但亦有 10.4% 認為更不方便。
- (10) 全民健康保險實施之前，有 12.5% 的受訪者在稍微不舒服時（如感冒），會先到各級醫院就醫，其中有 48.1% 表示在四月一日實施越級加重部分負擔（地區醫院 80 元，區域醫院 150 元，醫學中心為 210 元）之後，仍然會直接到醫院看門診；30.6% 會改到診所就診；15.6% 表示不一定。

4. 第四次調查結果（調查期間民國八十四年五月十九日至二十五日）

本次調查重點在於了解民眾對於全民健康保險實施後兩個月的意見，重要結果摘述如下：

- (1) 受訪者中有 92.1% 已辦理投保手續，6.53% 尚未辦妥。尚未辦妥全民健康保險手續之理由，以不知道應該如何辦理或應該到何處辦理（21.3%）、沒有時間（17.5%）、不需要（11.3%）等三者最多。
- (2) 在全民健康保險實施前，受訪者或家人如果用「保險」身分看感冒，掛號費平均為 52.5 元（眾數及中位數皆為 50 元），部分負擔平均為 14.8 元（眾數及中位數皆為 0 元），其他費用平均為 12.0 元（眾數及中位數皆為 0 元）。
- (3) 在全民健康保險實施前，受訪者或家人如果用「自費」身分看感冒，平均一次為 274.6 元（眾數及中位數皆為 250 元）。
- (4) 受訪者或家人如果稍微不舒服，有 62.1% 通常會到診所就醫，有 12.6% 會到小醫院，另有 17.5% 會到大醫院。
- (5) 有 19% 的受訪者或家人到診所看病時，曾掛到 51 號以後的號碼，其中有 7.5% 的受訪者就診診所曾以保險人給的太少而向其另外收錢，平均收 171.4 元（眾數及中位數皆為 150 元）。
- (6) 全民健康保險實施後，受訪者或家人到最常去的診所看病，平均每次看病總共需要自付 121.9 元（眾數及中位數皆為 100 元），其中掛號費平均為 67.1 元（眾數及中位數皆為 50 元），部分負擔平均為 51.5 元（眾

數及中位數皆為 50 元)，另有一部分受訪者有被收取其他費用之經驗，平均值為 14.2 元（眾數及中位數皆為 0 元），其中 13.1% 係為打針，10.1% 係為全民健康保險不給付項目。

- (7) 有 30.8% 的受訪者認為全民健康保險實施之後，對其本人或家人的健康有更多保障，認為沒有差別者占 32.1%，因為本來已有保險，另有 12.9% 認為更不方便。

四、其他團體進行的調查與研究

- (一) 衛生署八十一年度委託中國醫藥學院「台灣地區衛生人員對全民健康保險政策之認知與態度研究」研究報告

1. 研究目的：探討各類公共衛生人員對全民健康保險的認知與態度
2. 研究日期：民國八十年七月至八十一年六月
3. 研究對象：研究之母群體為衛生署、衛生處、衛生局、衛生所、衛生室、基層保健中心、大眾門診部、保健站之所有編制內之衛生人員共 8,105 人為母群體進行抽樣，採抽取率與單位大小成比例方式進行，共抽取 2,002 人，由訪員親訪並當場施測問卷及回收，回收問卷 1701 份，回收率 85%。
4. 研究結果：
 - (1) 衛生人員對全民健康保險政策內容認知平均得分為 67.85 分（滿分為 100 分），其中衛生人員較不清楚應列為優先教育的概念內容：
 - ✓ 應為被保險人者不以眷屬名義參加保險
 - ✓ 台灣地區以外就醫給付限急診給付
 - ✓ 門診部分負擔金額沒有設上限
 - ✓ 全民健康保險的實施時間為民國八十三年
 - ✓ 應為職業團體保險被保險人者不得為地區團體保險被保險人
 - ✓ 低收入戶是否先繳交部分負擔金額再事後核退
 - ✓ 全民健康保險與醫療機構的關係以特約為主
 - ✓ 全民健康保險是否取消醫療憑證

- ✓ 支付委員會的成員類別
- ✓ 住院的支付基準
- ✓ 論量計酬的優缺點
- ✓ 論被保險人而非論眷口繳交保險費
- ✓ 全民健康保險開辦時的保險費總額
- ✓ 全民健康保險是否維持原有體系加以整合

(2) 衛生人員對全民健康保險政策內容的態度平均得分 (支持程度) 為 63.24 分 (滿分為 100 分)，其中衛生人員較傾向不贊成，需要規劃單位再進一步考量，或於政策確定後對衛生人員優先加強宣導的概念：

- ✓ 長期療養與中醫住院是否納入給付範圍
- ✓ 是否為弱體國民優先單獨開辦保險
- ✓ 低收入戶部分負擔是否自付後再核退
- ✓ 政府對全民健康保險責任是否僅限於法定比率補助而不負盈虧責任
- ✓ 全民健康保險收支不平衡是否即應提高保費

(二) 研考會民國八十二年五月二十八日委託柏克市場研究顧問有限公司「民眾對『全民健康保險』的看法」民意調查報告

1. 調查目的：以電話訪問方式，了解民眾對「全民健康保險」的看法，以作為施政之參考。
2. 調查日期：民國八十二年五月十三日至十六日。
3. 調查對象：20 歲以上之成年人，成功訪問為 1,067 人。
4. 調查結果：
 - (1) 受訪者中有 78.8% 的人表示知道政府將要實施「全民健康保險」，而有 21.2% 的人表示不知道。在知道政府要實施全民健康保險的人當中，84.2% 的人表示支持，認為有必要辦理，6.4% 的人認為沒有必要辦理，9.4% 的人無意見或不知道。
 - (2) 未參加公保、勞保、農保者，但知道「全民健康保險」者之中，大多數 (84.3%) 希望參加全民健康保險。

- (3) 有參加公保、勞保、農保者如果全民健康保險的費用比原本保險費還高時，有 52.3% 的人願意參加全民健康保險，不願意參加的人則占 21.2%，而 26.5% 人表示無意見或不知道。
- (4) 對全民健康保險不持反對意見之受訪者，贊成強制投保者占 28%，贊成自由投保者占 56.3%。這些受訪者中，贊成門診、住院皆保者占 75%，贊成只保門診者僅占 2.2%，贊成只保住院者占 12.3%。
- (5) 對全民健康保險不持反對意見之受訪者，有 8.6% 表示不能接受當保險財務產生虧損而必須調高保險費來維持保險財務收支平衡，22.2% 的民眾表示可調高 5% 以內，8.3% 的民眾表示可調高 6% 至 10%，有 56% 的民眾表示無意見或不知道。
- (6) 對全民健康保險不持反對意見之受訪者，有 62.9% 的民眾贊成病人就診時應自付 10% 至 20% 的醫療費用，20.7% 表示不贊成此項作法。而在這些受訪者中，有 67.7% 贊成全民健康保險實施之後，小病必須到診所就醫，大病才由大醫院治療，有 26.3% 的民眾不贊成。
- (7) 全部的受訪者中，有 41% 的民眾贊成由醫師診斷開立藥方後，如果費用不變，可由病人自行拿藥方到外面藥局配藥，45% 表示不贊成。
- (8) 全部的受訪者中，有 67% 的民眾認為自己或親友需要就醫時可以在附近找到合適的醫療院所，22.9% 的民眾認為不可以。而這些全部的受訪者有 44.7% 的民眾對於基層醫療院所的醫療服務品質表示滿意，32.1% 的民眾表示不滿意，23.2% 的民眾表示無意見或不知道。

第七節

中央健康保險局籌備階段與 開辦初期的業務宣導

全民健康保險是我國第一個涵蓋全體國民的社會保險制度，除了衛生署在健保規劃小組成立之初，特設教育宣導組，不斷向社會大眾展開宣導之外，民國八十三年七月起，健保局籌備處增設教育訓練組，加強提升社會大眾對全民健康保險新制內容重點、實施步驟，以及本身的權利義務關係的瞭解，增加各界對於全民健康保險政策的信念與支持，俾利全民健康保險順利推動實施，訓練與宣導策略如下：

- 一、強化民眾與醫療院所對全民健康保險之價值認知。
- 二、積極回應各界質疑，平衡負面及增加正面新聞。
- 三、採分眾概念，以民眾及醫療院所重視之主軸議題，以淺顯易懂之方式切入，運用適合媒體管道，分別就其關心之議題加強說明。

至全民健康保險開辦初期，不論投保單位、被保險人或醫療院所，都因未能完全了解相關規定，而衍生諸多不便，造成不少困擾。為因應此一過渡時期難以調適的現象，減少因就醫制度的轉型對民眾及醫療院所造成的衝擊，採取立即有效及多方面的積極文宣工作。因此，衛生署動員相關處室，掌握可利用的各類媒體，同時主動與各機關團體及投保單位聯繫，期在短時間內活絡所有社會資源；同時遵照行政院連戰院長之指示，全面動員各部會及民間團體，共同推動全民健康保險宣導工作，而於民國八十四年四月舉行「研商各部會及民間團體配合全民健康保險宣導計畫」會議，根據與會單位代表的意見，訂定「各部會及民間團體密集配合宣導全民健康保險計畫」，藉由不同年齡層、不同族群、不同團體，以其所能瞭解的各種資訊媒介，傳達正確與適當的社會保險觀念，俾有效協助民眾就醫，讓全民健康保險的推動更加順利。

一、宣導主軸

(一) 第一階段：民國八十三年一月至八十四月九月

1. 「在生命的每一天，全民健保關心您」，以全民健康保險與民眾生活密不可分，是生活安定的支柱為宣導核心。
2. 以「健保價值」、「照顧弱勢」、「開源節流」及「合理財務收支」四大面向，展開 4 項宣導議題如下：
 - (1) 健保價值與精神
 - ① 3H：Health、Happy、Hope。
 - ② 全民共創關懷、信賴、品質與效率之「健保核心價值」。
 - (2) 照顧弱勢
涵蓋「權利與義務」、「保障弱勢群體權益(有保險、有醫療)」、「減輕就醫部分負擔」議題。
 - (3) 開源節流
包含「減少醫療浪費」及「使用者付費」等議題。
 - (4) 合理財務收支
包含「成立監理委員會與費用協定委員會」、「建立財務管理機制」、「穩定健保財源」等議題。

(二) 第二階段：民國八十四年十月起

為因應開辦過渡時期一時難以調適之現象，減少制度轉型對保險對象和醫事服務機構造成之衝擊，衛生署多次與內政部、教育部、行政院新聞局、中央健康保險局、衛生處(局)及各相關民間團體，研商如何提升教育宣導效果，並分別積極辦理宣導活動。此時由第一階段的強調瞭解全民健康保險的各項規定轉移至尊重生命、關懷全民的訴求，同時參與各種社會公益活動，推動健康生活、全民健康的理念，持續傳達全民健康保險核心價值與精神。

二、辦理業務宣導講習種子師資培訓

衛生署訂定「全民健康保險宣導人員培訓計畫」，於機關內選派種子人員參與

機關自辦大眾宣導，及收入（如承保與財務）與支出（醫務管理與藥品及醫療費用審查）業務講習種子師資培訓；受訓人員達 1,386 人，前往各縣市、深入各鄉鎮，利用各種場合進行宣導。

中央健康保險局內收入面及支出面之權責處室依各業管職掌，邀請各分局、外部機關（構）及團體，辦理政策溝通與業務研討會。

民國八十三年六月起，針對 25 個縣市衛生局（所）衛生工作人員，辦理全民健康保險宣導種子訓練，前後培訓全民健康保險宣導人員計 1,400 餘人。受訓人員於訓練結束後，即由各衛生局辦理當地的全民健康保險宣導說明會，或利用各種場合，加強對各職業工會、農會、漁會等會員、村里長、村里幹事、各醫事團體人員、學校教師及一般民眾等，進行宣導。

為普及宣導工作，加強成效，與青輔會、救國團等共同辦理全民健康保險宣導活動，以補助各大專院校學生服務隊，於寒暑假期間到各偏遠離島地區對居民進行宣導。至民國八十四年十二月止，共訓練 30 餘個大專院校及跨校組織之社團，共 200 多個隊次之大專服務隊學生。

三、業務宣導

（一）宣導方式：分眾行銷

由機關內各單位依業務分工，全體員工投入、全力配合，展開各項宣導計畫。

主要分別針對政府機關（構）、衛生機關（構）、其他機關（構）、地方政府、全民健康保險特約醫事服務機構、海外僑民、投保單位（含雇主與全民健康保險承辦人、員工）、勞工、工商、農民、漁民、社福等團體、民間非政府組織、一般社會大眾等，分別擬定宣導重點、方式及時程。

（二）宣導管道

在媒體運用方面，除平面媒體，首開機關首長及主管參與廣播與電視媒體，直接面對民眾說明政策施行重點之先例，並接受民眾 Call-in。也利用網路登載中英文全民健康保險法規等資料，使外籍保險對象即時取得最新資訊。

除此之外，當時最有用也最即時的是運用電信傳真與回復功能，迅速提供各界所需業務表單與問答資料。

為能面對面向民眾說明，同仁走遍全臺辦理說明會，包括針對收入面及支出面的業務操作、對投保單位及各大工（公）會團體講授加退保申報、保險費計算等實務操作，以及對特約醫事服務機構講授全民健康保險醫務行政及醫療費用申報等實務操作。另外，也針對民眾說明「健保價值」與「民眾權利與義務」。

（三）宣導活動與數量

衛生署自規劃階段起與中央健康保險局自籌備階段起，為全面推動全民健康保險，即投下了大量的人力與物力從事教育宣導工作，主要內容可分為教育宣導及宣導資料、發行健保速訊、加入醫療熱訊網(BBS)，以及設置免費服務電話與檢舉信箱等，藉由不同的傳播媒體，對各界進行宣導，務使全民健康保險的觀念能深入全國每一處。茲將教育宣導活動之執行與宣導資料之製作、健保速訊、醫療熱訊網電子佈告欄系統、全面推動全民健康保險宣導、檢舉專用信箱及教育宣導工作之檢討等分述如下：

1. 一般民衆

（1）電視媒體宣導：

就「保費繳交須知」、「保費催繳」、「健保投保確認表回收」、「健保檢舉信箱」、「健保便民措施」、「保險對象資料申報」等主題，製作廣告圖卡，於三家電視台公共時段播放宣導短片，並隨時插播，另亦洽請有線電視臺於適當時段插播。

為了使民眾更瞭解全民健康保險預防保健的實施內容及建立正確的就醫觀念，衛生署及中央健康保險局分別就兒童預防保健、婦女子宮頸抹片檢查及正確就醫觀念等，製作宣導短片；中央健康保險局亦就爭議性議題，如保險費計算方式、就醫程序等製作各種宣導短片；同時為加強全民健康保險關懷全體國民之企業形象，中央健康保險局亦已製作感性系列之形象廣告：健保卡篇、受惠兒童篇、老人篇、敬老篇、團圓篇、醫師篇等計 20 篇，密集於三臺電視及全國電影院播放。

與廣電基金合作製作「從今天到明天」節目七集，於公共電視時段播出，另亦洽請無線及有線電視臺於適當公益時段插播。

隨時派員接受電視不定期節目訪問與現場問答。

(2) 廣播宣導：

主動接洽各廣播，派員接受廣播節目現場 Call-in 或新聞訪問，包括中廣、警廣、漢聲、臺北電臺、臺北市政、臺灣之聲等。並於各地方電(視)臺以各種語言播放短片或錄音帶，介紹全民健康保險，並解答民眾對全民健康保險各項規定的疑惑。例如警廣「周寧時間」自民國八十三年九月起，固定每週三上午 9 時至 9 時 30 分為健保熱線時段；中廣「閩南語全國聯播」節目自民國八十三年十月起，每週四上午 7 時 25 分至 7 時 55 分，以及中廣新竹臺「客語天地」節目每週四晚間 6 時 30 分至 7 時，均新闢健保熱線時段。另於中廣聯播熱線宣導民眾反映之全民健康保險問題，並製作 30 秒廣播廣告宣導帶，於中廣 10 個頻道播出。

(3) 平面媒體宣導：

由中央健康保險局收入及支出面處室自製投保單位與特約醫事服務機構承辦人使用之業務操作手冊。

中央健康保險局配合法規及各類業務規則修定，針對投保單位印製簡易教材彩色投影片、幻燈片，分送各分局於其轄區舉辦承保說明會時使用。另編印「全民健康保險醫療相關法規彙編」、「全民健康保險醫療院所三月份辦理醫療業務須知」、「全民健康保險醫療院所四月份辦理醫療業務須知」、「全民健康保險醫療院所六月份辦理醫療業務須知」及「全民健康保險特約醫事服務機構辦理醫療作業須知」，寄送全國 2 萬家保險特約醫事機構。

中央健康保險局自籌備處時期即研擬宣導文稿及素材，再轉製作成以民眾為對象，簡單易懂之單張、海報、簡報、漫畫、Q & A 集等宣導資料：

- ①「全民健康保險手冊」：印製 450 萬冊，由各投保單位、各縣市文化中心等單位分送民眾。
- ②簡易說帖：「大家的全民健康保險」、「全民健保 人人有保」、「保險費的真心話」、「給殘障者及低收入的朋友」、「給偏遠地區的朋友」共印製 200 萬冊經由各廣播公司、救國團等單位分送民眾。
- ③宣導小冊：
 - A.「全民健保一百問」：蒐集民眾詢問率較高之問題，彙整分類後編印成小冊，經全省各大火車站分送民眾。
 - B.編印「圖解全民健保」宣導小冊，以單幅漫畫方式介紹全民健康保險，印製 200 萬冊，透過全民健康保險說明會分送民眾。
 - C.「全民健康保險業務手冊」：以國人家中多有農民曆、各類操作手冊之構想，製作全民健康保險業務手冊，民國八十四年三月第一次印製 100 萬冊寄發給各投保單位，五月時更新內容再印製 10 萬冊，寄發給 20 人以上保險對象之投保單位。
 - D.印製「三月份民眾注意事項」、「四月份民眾注意事項」、「全民健康保險就醫須知」等單張分送民眾。
 - E.配合母親節與重陽節等節慶，製作「慈母心、社會情」等簡易說帖，於各式園遊會中發送。
- ④報紙：
 - A.刊登「健保精神」平面廣告於工商時報、商業週刊及人事月刊。
 - B.開闢報紙專欄如「健保信箱」、「全民健保大會診」等，並提供記者相關資訊於媒體發布。
 - C.配合宣導全民健康保險制度之階段性實施，刊登報紙廣告以爭取宣導之時效性與普遍性。補助雜誌社製作全民健康保險專題報導，以及刊登雜誌廣告。
- ⑤全民健康保險簡介：

製作全民健康保險中英文簡介，介紹全民健康保險整體制度，供一般民眾及外賓瞭解。

(4) 免費諮詢服務：

- ①自民國八十四年三月二十日起至十二月止，設置健保傳真熱線 Q&A，共回復約 4,800 通傳真信函。
- ②前述免費諮詢專線 70 線，電務人員 120 人，其服務量平均每日 5,000 通。另為達到提升服務品質的目的，訂定「服務電話改善計畫」，每日安排相關業務單位承辦人員，講解業務內容及如何回答複雜個案處理，並定期對服務人員進行測試，查驗其對全民健康保險業務的認知程度。
- ③於中央健康保險局及各分局設置服務櫃檯，解答民眾問題。

2. 投保單位之宣導

- (1) 自民國八十三年十月至十二月，陸續針對投保單位承辦人員舉辦健康保險業務說明會 60 場；民國八十四年一月至十二月，洽商各地區職業工（公）會、農會、漁會及 50 人以上投保單位，共辦理 3,723 場業務說明會。
- (2) 接受機關團體邀請訪問，自民國八十四年三月至十二月共辦理 2,673 場。

3. 特約醫事服務機構之宣導

全民健康保險教育宣導的另一項重點工作為增加醫療院所對全民健康保險制度的瞭解，其主要工作項目包括定期印製特約醫療院所辦理醫療業務須知、舉辦醫療院所說明會等。民國八十四年三月至十二月針對特約醫事服務機構、醫師公會及藥師公會，共辦理講習 910 場。

4. 開展積極文宣計畫

- (1) 配合行政院「積極文宣計畫」，利用新聞局之傳播管道，有系統地加強重點宣導，內容包括：就醫憑證、轉診制度、部分負擔，針對不同年齡層、不同族群、不同團體之民眾，主動、積極宣導，以加強全民之認知。

- (2)「各部會及民間團體配合全民健康保險宣導實施計畫」由中央健康保險局邀集新聞局、內政部等相關部會研商配合宣導全民健康保險計畫，以結合各種可利用資源協助推展宣導工作。

5. 補助衛生局、工會及大專院校暑期服務等團體

每年度均編列有補助款，固定補助各縣市衛生局，進行對基層民眾之宣導；八十三年度、八十四年度及八十五年度補助 30 所大專院校服務隊計 150 隊次，針對偏遠地區加強全民健康保險的真諦；另視各工會需要，補助其舉辦各類之宣導活動。

6. 健保速訊及電信傳真回復 FOD 系統

- (1)自民國八十四年四月一日起，由中央健康保險局負責定期編輯與發行「健保速訊」刊物，以每星期發行二至三次之方式，以電信局傳真存轉系統發行至投保單位、衛生局(所)、醫療院所、醫事團體及新聞媒體，再由其轉知一般民眾。至八十四年十二月底「健保速訊」發行對象 9,500 餘個投保單位，傳遞成功率約為 92%。

- (2)另為提供民眾自動索取「健保速訊」的管道，自民國八十四年五月一日起，中央健康保險局委託臺北市電腦公會建立電信傳真回復(FOD)系統，放置有各期速訊、中央健康保險局公告、投保及醫療單位用表格等資料，供各界利用傳真機主動索取；此系統設有 24 線，全天 24 小時開放使用，至八十四年十二月累計傳真回復 FOD 查詢達 8 萬餘通。

7. 醫療熱訊網電子佈告欄系統(BBS)

- (1)民國八十四年五月份起，利用衛生署委託中華民國醫院行政協會於衛生署全球資訊網建置之「醫療熱訊網」，開闢健保速訊「全民健保專區」供各界查詢，收載內容有業務公告、法規、健保速訊及健保 Q&A 四大類，各類內容再依照被保險人、法規、投保單位、特約醫療院所、給付與支付等性質細分出 10 種主題，以利使用者查詢。

- (2)該熱訊網自民國八十三年八月一日正式對外開放使用以來至八十四年十二月止，註冊人數有 2,900 多人、使用人次達 31,900 餘次；使用對

象大部分為醫療院所與醫療從業人員，另包括衛生行政單位、醫療器材商、資訊業者、學生與一般民眾等。

8. 公益與大型活動

(1) 中央健康保險局配合各大團體辦理各項大型宣導展覽活動：

- ①進行重陽敬老活動，安排園遊會及家庭訪視，向全國 370 餘名百歲人瑞致敬。
- ②贊助董氏基金會推動婦女戒菸活動。
- ③配合臺灣醫學會於醫師節活動中展出全民健康保險專區。

(2) 另為配合國際醫療器材暨藥品展、資訊月等活動，設置專區，展示全民健康保險相關內容及健保卡相關軟體設計，此外亦配合全民健康保險靜態文宣海報、動態影片、及受益者來函等展示內容。

(3) 與報社合作辦理有獎徵答活動，寓育於樂。

(4) 積極參加「臺北老人消費暨教育展」、「八十四年全國童軍展」、「母親節園遊會」、「社區展」、「大專聯考考場健保服務站」與村里民大會等民間團體活動，以設置「健保諮詢站」方式，提供民眾正確全民健康保險資訊。

9. 其他宣導活動：以全民參與方式，凝聚社會對國家政策之共識。

(1) 民國八十三年五月健保局籌備處辦理「全民健保制度 LOGO 徵選活動」，同時舉辦徵選活動記者會，向國人宣示我國將進入社會保險國家新紀元，並闡明全民健康保險核心價值。

(2) 民國八十四年開辦後，辦理「健康快樂獎」，透過電子與平面媒體強力號召全民參與，訴求「健保保障民眾就醫權益，全民珍惜醫療資源」，健保卡抽獎活動，共計 360 萬名民眾參加。

(3) 製作紀念品：函請交通部郵政總局製作全民健康保險開辦紀念郵票及首日封，委託電信總局製作紀念電話卡，並委託中央信託局製作全民健康保險開辦紀念金銀章，以宣傳並紀念我國社會安全制度新紀元的開創。

10. 中央健康保險局實施首年宣導業務摘要統計

(1) 執行方式統計

執行方式		數量
1	大型活動	132 次
2	宣導說明會	337,549 人次
3	大眾媒體廣告	3,913 則
4	廣播電視節目	905 場
5	文宣材料用品 (手冊、摺頁與紀念品等)	15,246,000 冊

(2) 全民健康保險製作、發送之相關文宣品種類及數量

種類		數量
1	宣導手冊	995.5 萬冊
2	書籍	12 萬冊
3	宣導單張	2,183 萬張
	(1) 全民健保簡介 (5 種)	
	(2) 認識全民健保系列 (7 種)	
	(3) 就醫、部分負擔 (2 種)	
	(4) 保險費負擔表 (6 種)	
	(5) 投保及民眾注意事項 (5 種)	
	(6) 彩虹系列 (24 種) 內容為各類保險對象加保、就醫與給付範圍等	
4	錄音帶 (3 種)	2.5 萬卷
5	廣告影片	9,000 卷
6	業務說明錄影帶 (3 種)	900 卷
7	人才訓練教材 (7 種)	227.7 萬冊
8	紀念品	55.5 萬份

四、蒐集民意，檢討政策執行

自健保局籌備處時期開始，配合法案制定與政策議題推動，除積極蒐集各類資訊外，委託中華民國公共衛生學會、中華民國民意測驗協會與聯合報民意調查中心等第三機構，定期辦理民眾對全民健康保險認知及滿意度調查，同時為積極回應社會各界疑義，中央健康保險局建立意見反映系統及時處理程序，以修正政策方針與宣導參考，並解決民眾疑惑。

綜合上述資料可看出全民健康保險實施，雖已在衛生署及中央健康保險局盡所能掌握之人力與物力之下，利用各種媒體從事教育宣導工作，以達到接觸全國民眾的目的，但就社會實際反映結果分析，卻仍認為宣導不夠，其原因有以下幾項：

一、政策修正

全民健康保險在民國八十四年三月一日開辦後，仍有若干制度採階段性實施，或須經常檢討修正，以達行政院指示福民、利民、便民之原則，致使宣導資料內容常需修正，而民眾亦需在短期內學習與適應新規定。

二、外界之反宣導

全民健康保險為整合公勞農保分歧的體系，並將全體國民納保，必然對既有的社會保險體制做大幅調整，因此於規劃、籌備期間，即已引發諸多爭議，在民眾心中形成了對實施全民健康保險的疑慮與抗拒；至全民健康保險正式開辦，民眾因尚未適應新制度而起的怨言此起彼落，以及各種團體為爭取本身權益之訴求，使得宣導工作的成效事倍功半。

三、宣導措施多為單向傳播，缺乏雙向溝通之管道

由於全民健康保險係強制納保，每位被保險人都非常重視自身的權益，若遇到非宣導資料所能解答之問題時，常主動向主管機關尋求解答，以平均一天 5,000 多通免費服務電話的諮詢量來看，民眾對此類一對一雙向溝通管道的需求是非常龐大的。但綜觀宣導工作中，只有 70 線免費服務電話、一線傳真詢問專線及各分局民眾服務櫃臺等雙向溝通之管道，以此數量對應全國 2,100 萬人之比例來說，是不足的，更易因電話打不通而引發中央健康保險局服務態度差的怨言；因此，對於單向、雙向溝通管道的建立，應該兩者並重，才能充分滿足民眾的需求。

四、工作人員在職教育訓練不足

因時間匆促，部分工作人員訓練不足，對於民眾問題經常無法給予適當、正確的說明，讓民眾有投訴無門之感，甚至造成誤會或誤解，讓民眾增加不滿情緒。

從各階段民意調查結果顯示：首先，民眾的加保率及對全民健康保險的滿意度都在持續上升中，表示民眾在經過全民健康保險開辦初期的衝擊後，已經逐漸適應，全民健康保險的實施成效也開始呈現。惟仍有約三分之二的民眾對全民健康保險仍表示「不滿意」，「不滿意」的原因以「繳勞保費還要繳健保費」與「繳了保險費之外還要部分負擔」為主，皆與財務有關。為了提升民眾對全民健康保險辦理情形的滿意度，有必要繼續宣導各項相關制度，及研究更有效能的健保費制度，落實醫院診所督導及稽核功能，使全國民眾能平等享用基本的醫療服務。

再者，自民國八十三年至八十四年十二月底止，衛生署及中央健康保險局大量投入人力及物力，積極推展全民健康保險宣導，民眾對全民健康保險的滿意程度，由各團體進行的民意調查結果得知，表示滿意之比率，已由民國八十四年四月開辦初期的30%，提升至八十四年十月的51%，顯見民眾已逐漸適應全民健康保險制度，滿意度逐次提升（相關調查資料彙整詳表 14-3）。

全民健康保險開辦初期，為因應民眾急於查詢各項業務規定之需求，中央健康保險局共設置 70 線免費服務電話，提供一對一解答。自民國八十四年三月起至八十四年十二月底，免費諮詢電話共計 110 萬餘通，健保傳真 Q&A 合計收到民眾傳真信函 1 萬餘件。全民健康保險業務已日趨穩定，民眾詢問範圍也較明確，此時中央健康保險局已擬定「080 免費電話諮詢服務改善計畫」，著手逐步發展電腦化答詢系統及語音諮詢服務系統，促使未來諮詢服務更具現代化、效率化。

表 14-3 各界辦理全民健康保險之調查部分結果摘要

[illegible]

資料日期：八十五年二月七日

第十五章

全民健康保險開辦

第十五章 全民健康保險開辦

第一節 前言

全民健康保險在立法院、政府相關部門、資方、勞方及各界人士的支持下，於民國八十四年三月一日正式開辦，自此全體國民都享有健康保險的保障，看病不再區分是否有公保、勞保、農保、民保或福保，民眾享有就醫的公平性，不再有人因為繳交不起醫療費用而須傾家蕩產，這是我國邁向衛生大國的重要里程碑。

然因制度涉及層面甚廣，自全民健康保險籌備實施階段，各界對於開辦日期就有各種聲浪；而至全民健康保險開辦初期，制度的變化及民眾就醫行為的調整，也不時引發各界討論，對於爭議較多及實施初期遭遇困難的部分，也在制度運行中逐步調整，行政作業層面可改進的地方，立即採行各項因應措施，讓全民健康保險列車可以穩定且堅定的繼續向前邁進。

第二節 開辦日期的決定

民國八十三年七月十九日立法院三讀通過全民健康保險法後，相關子法規及執行措施隨即緊密的研擬籌備中，全民健康保險成了全國火紅話題，各大媒體競相邀請上節目談論，也是各民意代表最為關切的議題之一，無健康保險的民眾當然也希望能夠趕緊上路，享有就醫保障，對全民健康保險的關注，儼然成為全民運動。

民國八十四年二月間，勞保、農保條例中有關醫療給付部分之條文修正，尚擱置在立法院未完成修訂；與全民健康保險業務相關的配套措施，如資訊處理、健保卡的製作發放、承保表單、特約規定、支付標準等實務問題亦尚未完全準備就緒。

當時張博雅署長於二月二十五日週六上午，率幕僚赴行政院向連戰院長請示，獲得指示全民健康保險須在三月一日實施。

確認此項政策開辦日期後，張署長立即於同（二月二十五）日下午邀集醫界會商，宣布全民健康保險於三月一日如期開辦，並與各醫學中心院長、醫院協會理事長及醫師、牙醫師、藥師、護理等公會全聯會理事長們協調制度過渡期間的因應措施，並得到醫界承諾全力配合。衛生署隨即於二月二十七日正式函報行政院，建議全民健康保險法自民國八十四年三月一日起施行，惟鑑於時間緊迫，為使民眾、醫療院所及投保單位等，能因應實施全民健康保險之相關規定及作業措施之改變，經與醫界會商獲致結論，以三月一日至三月三十一日為實施全民健康保險之過渡期，並採取若干配合權宜措施；另中央健康保險局亦訂妥執行上之因應措施。案經行政院同意准予照辦，並同（二月二十七）日發布「全民健康保險法定自本（八十四）年三月一日施行」令，自此臺灣邁入全民有保的重要里程碑。

第三節 政府的因應作為

全民健康保險開辦之初，不論民眾、醫療院所或投保單位均面臨制度轉換的重大改變，民眾就醫方式也產生影響，執行面出現相當多需要妥協與調整適應的問題，為使新制度能順利運行，政府乃就行政層面可調整的部分，積極因應作為，包括：

一、彈性處理醫療費用支付標準

全民健康保險確定開辦日期時，與醫療給付息息相關的 3,000 多項醫療費用支付標準，尚未與醫界逐項達成共識；後端的電腦計價程式與資訊作業系統也尚無法配合建置完成，為了及早使全體民眾均能獲得醫療保險的保障，恐難等待制度全面整備完成方才實施，故採彈性作為，決定在全民健康保險實施初期，醫療費用支付全部採用勞保甲乙丙表標準支付申報，而勞保甲乙丙表未訂定的項目，例如小兒科及產科等，則採用公保申報標準支付，若公保、勞保均未明訂的項目，則由中央健

康保險局與醫界會商後決定。

同時，衛生署也承諾醫界，一定在全民健康保險實施 3 個月內，與醫界完成基本診療項目支付標準的協定，6 個月內完成特殊診療項目支付標準的協定。彈性的處理與明確的承諾，讓醫界同意配合使制度順利上路。

二、權宜放寬就醫憑證

中央健康保險局於民國八十四年一月四日行文各投保單位開始寄發健保卡，因需列印 A 卡約 1,700 多萬張，分批列印後陸續寄發，約一個月才寄發完。健保卡的發放方式是先從中央政府、省市政府、公民營事業單位至各職業團體，各單位被保險人再以身分證字號排序。至於第五類及第六類保險對象的加保及發卡作業則尚在排程中。

當政府宣布於民國八十四年三月一日實施全民健康保險時，許多民眾尚未領到健保卡，中央健康保險局立即啟動應變機制，於民國八十四年二月二十八日發出公告，凡已完成全民健康保險加保而八十四年三月份尚未領到健保紙卡者，可攜帶公保證（或眷保證）、榮民證、軍眷補給證就醫；有勞保、農保、福保者，可拿八十四年三月份勞、農、福保的門診單或就診單以全民健康保險身分就醫。此外，更進一步宣布，全民健康保險開辦第 1 個月，所有民眾只要憑身分證或戶籍謄本即可就醫，這項權宜措施，穩住了所有人的就醫疑慮。

各公所自民國八十四年二月十六日起受理第六類保險對象加保，籲請未參加公保、勞保、農保或非為公保、勞保、農保被保險人之眷屬者，攜帶戶口名簿、私章；如為榮民加帶榮民證到戶籍地之鄉、鎮、市、區公所辦理參加全民健康保險，辦妥加保後，即可取得健保卡，順利使民眾在全民健康保險開辦 1 個月後均持有保險憑證就醫。

三、轉診與部分負擔規定的調整

全民健康保險規劃時，是希望民眾如有醫療需求，可以先到基層診所就醫，如有進一步需要再藉由轉診進入大醫院，不要一窩蜂往大醫院跑，故在全民健康保險法草案中加入了未經轉診逕赴各層級醫院就醫，應負擔較高的部分負擔的規定，此

規定於立法院審查時，立法委員更拉高未經轉診的部分負擔比率最高至 50%，必要時得以定額方式收取。八十四年三月為全民健康保險開辦過渡期，部分負擔收取採過渡措施，其中門診部分負擔金額暫採二級制，即不分轉診與否，往醫學中心及區域醫院就醫者部分負擔 80 元，赴地區醫院、診所、中醫及牙醫部分負擔 50 元；八十四年四月起部分負擔即回歸四級定額制，依轉診與否課以不同之金額。

惟民眾就醫習慣並非一朝一夕可改變，部分負擔規定對民眾造成很大的困擾，許多民眾反應不清楚醫院之層級或依既有的就醫習慣，想不經轉診直接去大醫院看病，卻又不想付太高的部分負擔等等，導致實施初期民怨沸騰，爭議聲四起，行政院連戰院長於是派出行政院六位政務委員組成訪查小組視察，分區聽取民意、舉辦說明會，讓民眾瞭解複雜的部分負擔制度，也藉此與民眾面對面溝通，掌握民怨所在。

六位政務委員訪查行程結束後，中央健康保險局針對六區回報的建議歸納出兩大重點：一個是調整轉診定率部分負擔過大的差距、另外一個則是為避免換卡的麻煩，鼓勵往健保 IC 卡單一電子卡的方向研究發展。

行政院隨即召開會議研討因應作為，很快的決定自五月一日起，將一般門診的部分負擔簡化為二級定額制，並暫時取消需經轉診的制度。關於全民健康保險開辦時門診部分負擔之規定詳見表 15-1。

四、紙本健保卡換領規定的調整

全民健康保險實施初期，除部分負擔引起爭議外，尚有紙本健保卡的使用也造成民怨，規劃時設計健保卡單張六格，每次就醫 1 次，醫療院所就會在空格上蓋 1 個戳章，6 個空格蓋滿才可以更換 B 卡、C 卡…藉此限制民眾使用的方便性，避免過度使用醫療資源而使財務失控；全民健康保險實施後，許多民眾反映換卡不便，尤其是老年人多重疾病者或行動不便者，中央健康保險局於是順應民意，加強增設換卡據點，並簡化健保卡發放作業，包括預發一定比例健保卡於投保單位、於聯合門診中心與榮民醫院試辦換卡、70 歲以上保險對象或身障者可一次領有二張健保卡（未用完前即得先申請備用卡）等。此外，行政院六位政務委員下鄉視察後，回饋給

行政院的重點之一，就是民眾希望改變健保卡的使用方式，中央健康保險局乃依照行政院「研議全民健保卡一卡用到底」的指示，自民國八十四年九月起於澎湖進行「全民健保 IC 金融卡實驗計畫」，開啟了全民健康保險 IC 卡的先驅試驗。

此外，辦理多項加強宣導措施及建立快速的溝通聯繫管道，如：辦理說明會，並於電視、廣播、報紙媒體等宣導，提供民眾解答，並釐清全民健康保險觀念，指導民眾如何正確就醫、設置民眾檢舉信箱、免付費服務電話及傳真回復系統、建立「健保速訊」分送系統等；至於事涉法律規定而非行政作業層面所能解決者，亦研擬具體修法建議，期待使各項制度與作業能不斷精進，落實政府因應社會需求照顧民眾福祉的良法美意，並藉全民共同努力，建立一個全民共享，永續經營的全民健康保險制度。

表 15-1 全民健康保險開辦時門診部分負擔規定一覽表

實施起日	部分負擔項目		基層診所	地區醫院	區域醫院	醫學中心
84 年 3 月	西 醫		50		80	
	牙 醫、中 醫		50			
84 年 4 月	西 醫	未轉診	50	80	150	210
		轉診	-	50	80	
	急診		150		210	420
	牙 醫、中 醫		50	80		
	慢性病	未轉診	110	190	350	510
		轉診	-	130	180	210
	檢查檢驗門診手術		110	180	250	300
84 年 5 月	西 醫		50		100	
	急診		150		210	420
	牙 醫、中 醫		50			

後 記

行政院衛生署（現改制為衛生福利部）於民國七十九年七月接辦全民健康保險第二期規劃後，歷經四年之規劃，全民健康保險終於在民國八十四年三月順利開辦。惟因新制度之規劃與開辦相關工作之繁重，第二期規劃報告延宕至今，仍未能集結成冊，完成規劃過程之紀錄。為使第二期規劃之歷程及結果得以重現，故行政院衛生署全民健康保險小組（現組織調整為衛生福利部社會保險司）擬具重現第二期規劃報告之建議方案，於民國九十七年一月二十二日全民健康保險小組第一二一次週會中提案報告，希望能由已存的資料與檔案，將第二期規劃報告之重要成果整理後，重現第二期規劃報告。於會中陳時中前副署長（當時兼任全民健康保險小組召集人現為衛生福利部部長）指示：「全民健康保險第二期規劃報告之重現是值得且應該做的。另可考量配合公共衛生發展史之撰寫，整併納入衛生署在全民健康保險實施後的重要政策規劃思維與歷程。」

爰此，全民健康保險小組於該次會議後，開始著手重現第二期規劃報告之工作，成立「重現二期規劃報告工作小組」，由曲同光前副召集人擔任工作小組召集人，每月召開一次討論會，自民國九十七年一月三十一日至九十八年五月十四日為止，共召開十一次工作會議。於工作會議中討論確定編輯方向與進度，並確認各章節修訂、增補之方向及原則。之後，就由各負責組分頭就其所負責的章節，進行內容的確認與增刪；各組亦可視需要，邀請當年參與第二期規劃之同仁參與討論及增補內容。初稿完成後，於工作會議中，進行各章節修正內容之細部討論，經參考與會人員意見再次修正後，再提工作會議討論後定稿。

經整理與蒐集第二期規劃報告相關資料，民國八十四年版第二期規劃報告草稿內容共有十四章，經初步檢視，計有四章內容較完整，暫不重行調整或修改，另有三章出現資料缺漏或無任何檔案留存的問題，其餘七章則需進行文字增刪。部分缺漏的章節，以民國八十一年版規劃報告草稿及現存可找到的規劃時期資料改寫補充，儘量呈現規劃當時之原貌；對於完全無法找出當時規劃資料的部分，則予以刪除。篇幅過長的章節亦作適度刪減，以求各章節比重之平衡，至於其他文字或說明之相關問題，則以原有內容為骨幹，進行文字潤飾及修正。第二期規劃報告第一次

定稿版共十三章約七百頁，其中包含第二期規劃期間重要參考資料之附錄近三百頁。報告定稿後曾邀請當時參與規劃之學者、同仁提供增補刪改之意見，以期更進一步還原全民健康保險第二期規劃之真正面貌，然由於資料之蒐集、考據、釐清當時實況誠屬不易，且負責主筆同仁幾乎均未實際參與第二期規劃工作，初步完成之報告稿件相當不易閱讀，而整撰第二期規劃報告之本意一為全民健康保險第二期規劃工作保留可靠之歷史紀錄，並可供未來查考一已初步達成，因當時全力推動二代健保，相關工作暫告結束。

民國一百零五年間，監察院張博雅院長（為全民健康保險第二期規劃時期之行政院衛生署署長）提出，希望能將全民健康保險第二期規劃過程撰整彙編為書面文獻留存，以保留珍貴歷史紀錄，經戴桂英教授（為全民健康保險第二期規劃時期之重要成員之一）出面召集曾參與第二期規劃工作之各分組召集人，包括羅紀琮召集人、李玉春召集人、楊銘欽召集人、中央健康保險署沈茂庭前主任秘書（為中央健康保險局籌備處之重要成員之一）及衛生福利部社會保險司討論後決定，著手撰整彙編全民健康保險第二期規劃報告之工作，以民國九十七年撰整之第二期規劃報告定稿版為基礎，按章節分別請曾參與相關規劃之三位召集人、沈茂庭前主任秘書、戴桂英教授及曲同光前司長協助回溯當時規劃情形，釐清歷史脈絡，提供具體修正文字，並請沈茂庭前主任秘書協助增補中央健康保險局籌備至成立之重要過程，使本報告內容能更切合規劃當時原貌，更具歷史考據價值。

民國一百零八年間，考量此報告所記載內容，實為臺灣公共衛生史的重要進程，雖係事後整理而成，仍有其考據價值及重大歷史意義，特商請楊漢源前副署長（為全民健康保險第二期規劃時期統籌負責整體規劃事務之要角）協助將整份報告（含附錄）做整體審查後，印製出版，為全民健康保險第二期規劃過程畫下完美句點。

此外，對於全民健康保險第二期規劃至開辦過程之重大事件、重要轉折或折衝經過等歷史過程，亦另委託專業文字記者林芝安小姐透過採訪方式，訪談當時參與規劃及開辦過程之十餘位重要成員，出版「超越醫療天塹～全民健保二期規劃紀實」專書，提供關心全民健康保險之各界人士，瞭解健保規劃及制度建立的歷史脈絡，並作為未來持續推動健保改革之借鏡。

全民健康保險第二期規劃小組工作團隊名單

一、全民健康保險規劃小組召集人及工作人員名單

全民健康保險規劃小組總召集人：先後為李悌元副署長、石曜堂副署長(民國八十年四月起)

全民健康保險規劃小組副召集人：葉金川副署長

全民健康保險規劃小組執行秘書：楊漢淙處長

全民健康保險規劃小組高級研究員：吳凱勳顧問

組別	分組召集人	姓名(依姓氏筆畫排列)
財務制度組	羅紀琮研究員	尤素娟、牛開蕾、吳正儀、林桂君、張釗政、陳炫碩、陳茱麗、陳淑華、陳綺洋、蔡敏珠
支付制度組	李玉春副教授	尤之毅、朱文敏、吳翠芳、林蕙卿、梁淑政、許玫玲、游秋月、黃信忠、黃偉堯、蘇春蘭
醫療體系組 / 教育宣導組	黃乾全教授 * 楊銘欽副教授	江弘基、吳昭原、呂孟穎、李彩萍、林文德、林秀雲、林佩瑾、許博雄、曾淑芬、趙郁平、盧美玲、盧胤雯、鍾瑞芬
體制法令組 / 綜合業務組	楊漢淙處長	戴桂英簡任技正(綜理核稿) 曲同光、宋瑞蛟、沈茂庭、邱瑜瑩、孫碧雲、徐熙台、黃肇明、楊寶玉、廖哲慧、賴麗瑩

* 黃乾全教授於民國八十年一月至八十一年十一月兼任教育宣導組召集人，其不再兼任後，教育宣導組與醫療體系組整併，由楊銘欽副教授統籌帶領。

二、行政院衛生署內其他參與的人員

張鴻仁技監、藥政處蕭美玲處長、保健處賴美淑副處長、藥物食品檢驗局黃文鴻局長、秘書室吳憲明主任、法規會吳忠立副主任委員、醫政處徐永年副處長、保健處江永盛專門委員、保健處柯桂女科長、醫政處尤之浩科長、醫政處詹德旺科長、醫政處王怡人視察、醫政處鄭聰明視察、藥政處戴雪詠技士



國家圖書館出版品預行編目(CIP)資料

全民健康保險第二期規劃報告 / 商東福總編輯.

-- 臺北市 : 衛生福利部, 民 110.06

面 ; 公分

ISBN 978-986-5469-27-6(全套 : 精裝)

1. 全民健康保險

412.56

110007500

全民健康保險第二期規劃報告(含附錄)

發行人：陳時中

總編輯：商東福

副總編輯：盧胤雯

編輯顧問：尤素娟、王怡人、石曜堂、曲同光、吳正儀、李玉春、
沈茂庭、黃偉堯、楊漢淙、楊銘欽、楊寶玉、盧美玲、
戴桂英、羅紀琮(為曾經協助審查人員，依姓氏筆畫排序)

編輯群：衛生福利部社會保險司(含改制前之行政院衛生署全民健康保險小組)、衛生福利部中央健康保險署

總校閱：楊漢淙、戴桂英、盧胤雯

校閱：陳淑華、黃泰平、林秋碧、蔡季君、許珮萱、張謝庭、
阮子凌、張桂津

出版機關：衛生福利部

機關地址：115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

機關電話：02-8590-6666

機關網址：<https://www.mohw.gov.tw/>

設計印刷：承印實業股份有限公司

地址：新北市中和區中正路 988 巷 15 號

電話：02-2222-7689

出版年月：中華民國 110 年 6 月

定價：新臺幣 1,400 元(全套 2 冊)

G P N : 1011000597

I S B N : 978-986-5469-27-6

著作管理資訊：

衛生福利部保留對本書依法所享之所有著作權。欲重製、改作、編輯或公開口述本書全部或部分內容者，須先徵得著作財產管理機關之同意或授權。



衛生福利部

115204 臺北市南港區忠孝東路 6 段 488 號

電話：(02)8950-6666

網址：www.mohw.gov.tw



全民健康保險第二期
規劃報告電子書下載

ISBN: 978-986-5469-27-6



9 789865 469276 01400

GPN : 1011000597