

全民健康保險 第二期規劃報告 附錄



衛生福利部

全民健康保險 第二期規劃報告 附錄



衛生福利部



附錄一	全民健康保險規劃指導委員會歷次會議時間及議題	6
附錄二	全民健康保險面面觀	10
	壹、前言	10
	貳、政府為什麼要推動全民健保	11
	參、全民健保的規劃目標與基本策略	14
	肆、全民健保的立法過程	17
	伍、觀念與爭議	19
	陸、結語	26
附錄三	全民健康保險第二期規劃大事記	30
附錄四	全民健康保險財務精算諮詢報告摘要	104
附錄五	國民醫療保健支出調查報告摘要	116
附錄六	醫事人力	130
附錄七	公勞保審查組織、審查方法及作業方式	146
附錄八	各國審查制度及其可借鏡之處	152
附錄九	全民健康保險法研議小組第一次至第十七次會議紀錄	158
附錄十	立法院各委員之全民健康保險法草案提案對照表	452

附錄十一	八十三年立法院審查全民健康保險法(草案)期間之協商會議結論摘要.....	480
附錄十二	全民健康保險作業系統的設計與建置.....	484
	壹、承保作業	484
	貳、財務管理	519
	參、醫務管理及稽查	529
	肆、支付制度	545
	伍、保險給付	554
	陸、醫療服務及費用審查	567
	柒、健保卡規劃與發行	573
	捌、資訊系統建置	579
附錄十三	全民健康保險專業人才近程訓練計畫.....	590
附錄十四	大專院校健康保險相關課程分析摘要.....	596
附錄十五	全民健康保險大眾傳播宣導計畫綱要.....	600
附錄十六	八十二年度行政院衛生署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.....	604
附錄十七	八十三年度行政院衛生署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.....	608

表

目

錄

表 1	醫療給付費用總額之參考指標	108
表 2	臺灣地區每人平均醫療費用—按年齡、有無保險分	121
表 3	臺灣地區每人平均醫療費用—按年齡、性別分	123
表 4	臺灣地區每人平均醫療利用次數—按年齡、性別分	125
表 5	民國八十一年臺灣地區民眾自付醫療費用—按科別分	127
表 6	民國八十一年臺灣地區民眾自付醫療費用—按年齡別分	127
表 7	民國八十年、八十九年各類醫事人力之供給、需求與供需差距	143
表 8	保險對象及投保單位	485
表 9	民國八十四年四月份各類被保險人及眷屬人數	486
表 10	全民健康保險投保金額分級表	493
表 11	全民健康保險保險費負擔金額表(一)	494
表 12	全民健康保險保險費負擔金額表(二)	495
表 13	全民健康保險保險費負擔金額表(三)	496
表 14	全民健康保險保險費負擔金額表(四)	497
表 15	全民健康保險保險費負擔金額表(五)	498
表 16	全民健康保險保險費負擔金額表(六)	499
表 17	民國八十四年各級政府辦理保險對象健保費補助項目一覽表	505
表 18	全民健康保險保險費負擔比率	505
表 19	投保單位代碼(代號)編碼	507
表 20	各類保險對象及投保單位民國八十四年三月至七月平均每月異動量	510
表 21	全民健康保險醫療院所轉診單	540
表 22	全民健康保險轉診單(離島院所專用)	541

表 23	全民健康保險轉診、代檢、轉檢事宜	542
表 24	全民健康保險繼續治療單	543
表 25	全民健康保險繼續治療單名冊	544
表 26	全民健康保險門診部分負擔金額 (實施初期)	556
表 27	全民健康保險門診部分負擔金額 (民國八十四年五月一日起)	557
表 28	全民健保住院費用部分負擔比率	557
表 29	全民健康保險慢性疾病範圍	559
表 30	全民健康保險重大傷病範圍	561
表 31	全民健康保險專業人才近程訓練計畫 (國內訓練部分)	
	受訓人員名額分配表	592
表 32	全民健康保險專業人才近程訓練計畫 (國外實習部分)	
	受訓人員名額分配表	593

附錄一

全民健康保險 規劃指導委員會 歷次會議時間及議題

全民健康保險規劃指導委員會歷次會議時間及議題

次數	開會日期	會議議題
1	80年12月16日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全民健康保險規劃小組總召集人報告。 ✓ 訂定全民健康保險法，整合公、勞、農保等健康保險案。 ✓ 有關全民健康保險未來承保機構之組織架構案。 ✓ 健全醫療服務體系，加強輔導社區藥局—推動實施醫藥分業。
2	81年4月8日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 討論「中央健康保險局籌設計畫（草案）」。 ✓ 討論「中央健康保險局籌備處暫行組織規程（草案）」。
3	81年7月14日	中央健康保險局籌設計畫（草案）
4	81年9月8日	全民健康保險資訊系統實施方案簡報
5	81年10月5日	全民健康保險法立案要點（草案）
6	81年10月23日	全民健康保險法立案要點（草案）
7	81年11月19日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 醫療費用擬採部分負擔制度，其負擔方式，提請討論。 ✓ 支付制度擬採總額預算制，其可行性如何？提請討論。 ✓ 擬設諮議委員會、醫療服務審查委員會及爭議審議委員會，負責諮詢、醫療服務審查、諮詢及爭議審議等事宜，提請討論。 ✓ 行政事務費與週轉金之編列與墊付（或賒借），提請討論。
8	81年12月14日	全民健康保險法立案要點（草案）
9	81年12月18日	全民健康保險法（草案）

(續)

次數	開會日期	會議議題
10	82年6月18日	全民健康保險執行計畫(草案)
11	83年9月17日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 工作進度報告。 ✓ 全民健康保險監理委員會組織規程(草案)。 ✓ 全民健保險爭議審議委員會組織規程(草案)暨全民健康保險爭議事項審議辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法(草案)。 ✓ 「全民健康保險投保金額分級表」及「上限訂定建議案」 ✓ 民間團體承保事務費。
12	83年11月2日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全民健康保險法施行細則(草案)。 ✓ 全民健康保險醫療辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險醫事服務機構服務審查辦法(草案)暨中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險預防保健實施辦法辦法(草案)。
13	83年11月17日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險醫事服務機構服務審查辦法(草案)暨中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險預防保健實施辦法辦法(草案)。
14	83年12月20日	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 全民健康保險醫事服務機構服務審查辦法(草案)暨中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險預防保健實施辦法辦法(草案)。 ✓ 全民健康保險第五類及第六類保險對象保險費金額。 ✓ 修正「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法(草案)」第三條條文。 ✓ 臨時動議：擬具「全民健康保險門診部分負擔方式及金額(草案)」，提請討論。

附錄二

全民健康保險面面觀

全民健康保險面面觀

行政院徐立德副院長

中央日報八十四年六月二十二日至二十七日

壹 前言

行政院在民國八十四年三月一日正式宣布全民健保全面開辦，這是一項長達七年規劃討論，歷經四任行政院院長所作的重大政策性決定，值得作一番回顧。

全民健保的推動，行政院早在民國七十五年就有所決定。由於我國經濟持續快速的發展，平均國民所得提高，政府與全體國民共同體認到保障國民身心健康的重要，俞前院長國華先生乃於七十五年二月在立法院宣示以民國八十九年為目標年，實施全民健康保險，並責成經建會成立專案小組開始規劃。民國七十八年二月，俞前院長在民意代表暨輿情熱列期盼下，於立法院第八十三會期的施政報告中，將實施全民健保的目標年，提前至民國八十四年。

郝前院長柏村先生於民國七十九年六月聽取全民健保的規劃簡報後，裁示在「不浪費、不虧損」的原則下，再提前至民國八十三年實施，此項決定並在執政黨多次的討論下，得到共識。因此，連院長戰於民國八十二年二月就任行政院院長職務之後，貫徹推動全民健保能在八十三年如期實施，便成為施政上一個很重要的目標。

八十二年三月二十四日，連院長聽取衛生署全民健保的規劃作業報告後，曾經有幾項明確的決定，可以說是開啟了全民健保的行動階段。這幾項決定，因為代表了連院長推動全民健保的基本作法，特別加以摘錄如次：

一、政府已一再宣示將於民國八十三年實施全民健康保險，因此應按預定時程策劃，不宜改變。

- 二、「全民健康保險法草案」與「中央健康保險局組織條例草案」請郭政務委員婉容女士負責審查。至於「勞工保險條例修正草案」與「農民健康保險條例修正草案」仍請相關部門協調請立法院儘速審議，以利勞工、農民眷屬於八十三年以前納入保險。
- 三、現行社會保險之現金給付與醫療給付並未分帳，財務責任難以認定。為求全民健保財務健全，應將現金給付與醫療給付之費率分別計算；而現行社會保險之虧損及養老給付準備金不足問題，應另案處理，不應加於全民健康保險財務中。開辦全民健康保險各級政府應負擔之經費，請財政部及本院主計處妥為安排。
- 四、有關保險費分擔比例問題，應參考與我國國情相近國家之作法以及成功案例來決定，並尊重專家意見。
- 五、為實施全民健康保險，須將公、勞、農保等分階段統合；可先統一費率，以漸近方式逐步加強推動。
- 六、由於「中央健康保險局」之成立及「全民健康保險法」之實施，涉及許多部會，同意成立跨部會小組以推動全民健康保險，請副院長及郭政務委員婉容共同召集。

由這些決定可以看出，連院長決心推動全民健保於八十三年實施，以貫徹政府既定的政策，但是在策略上，他原來認為應先健全現行公勞農保，再順利過渡到全民健保。然而後來因為種種之原因，以致循序漸進的方式無法達成。可是政府在權衡全民整體利益的原則下，仍毅然的將全民健保推向航程。

貳

政府為什麼要推動全民健保

健康保險是社會安全制度中的一環，最早開始於 1883 年的德國。當然，其推動的原因，是由於工業革命帶來社會經濟結構的改變，產生龐大的勞工階層。他們因工資低微，又不時面對疾病、職業傷害、及失業的威脅。許多知識份子本於人類的良知，便積極推動社會安全制度，而健康保險厥為其中重要的一環。繼德國之後，許多歐洲國家相繼跟進，如奧地利、瑞典、丹麥、比利時、義大利、挪威、英國等等。

及至二次大戰之後，各種健康照護制度更如雨後春筍般在世界各地萌芽，蔚為新的潮流。國民的健康照護，已被視為人民的權利與國家的責任。我國八十三年通過的憲法增修條文第九條第三項即規定，「國家應推行全民健康保險。」推動全民健保，消極的意義是要免除人民因疾病所形成的財務威脅；積極的意義，則是要使社會成員能平等地享用基本的醫療服務。因此，到今天為止，實施健康保險的國家，雖然都遭遇到若干的困難，但是在各國社會福利制度的建立上，都把全民健保列為重要的工作。根據美國的統計資料，至 1993 年止，全世界已有一〇二國提供各種型式的醫療照護制度，我國當然也不能例外。

我國的社會保險制度可以說是逐步發展而成的。在民國三十九年的時候，政府為了照顧勞工，開辦了勞保，隨之在民國四十七年開辦公務人員保險，並且逐漸的擴大保險對象以及給付範圍。民國七十四年，政府又著手試辦農民健康保險，並且於七十八年全面實施。政府為了照顧低收入戶，又於民國七十九年開辦低收入戶健康保險。所以在全民健保實施之前，我國已有十三種與健康保險有關的制度，在民國八十一年底時，全國已有 54.1% 的人享有健康保險。可是這些健康保險的制度，基本上都存在以下幾個問題：

一、仍有九百多萬將近半數的人口沒有健康保險的保障

根據統計，我國未保險人口中，以十四歲以下的孩童以及六十歲以上的老人占大多數，這些人也是最需要健康保險的人口。這些人有的貧病無依，也有人因病而傾家蕩產。這在一個講求社會正義與公平的社會中，是一個相當迫切而且必須儘速解決的問題，政府也是基於這樣的立場，要積極推動全民健保。

二、虧損的情形相當嚴重

我國社會保險多採單一費率，其財源主要來自保險費。政府在開辦保險初期，為求減輕被保險人負擔，費率訂定一向偏低，又未依精算原則收費，例如民國七十四年的勞保精算費率應是 13.43%，但實收費率二十年皆維持在 7%；八十一年農保之經驗費率為 13.41%，實收費率僅為 6.8%；八十一年公保之經驗費率為 11.87%，但實收費率僅為 9%。再加上給付內容及服務項目日益增加，導致保險財務產生鉅額虧損。

根據統計資料，公保的累計虧損至八十三年底止，已達 406 億元；農保的虧損更是驚人，從七十五年度至八十四年度，虧損累計達 686 億元，其中政府已撥補 647 億元。至於勞保，雖然帳面上沒有虧損，但應提老年給付準備金至八十三年止應付 2,072 億元，但現有勞保基金僅存 1,147 億元，扣除職業災害之給付約一百餘億元，相差將近一千億元。

這些虧損雖然是由政府來彌補，但無異要由全體納稅人來共同承擔，因為「政府的支出就是人民的負擔」，羊毛終究要出在羊身上。對那些未納入保險的民眾而言，同時要來共同負擔這項不合理的支出，更是極不公平。

三、醫療浪費與濫用時有所聞

醫療資源的浪費有幾種形式。一種是小病看大醫院，使大醫院不能發揮其應有的功能；一種是超次診療，亦即原本可以一次治療的病，卻用一次以上的門診治療；一種是小病當大病醫，例如原可門診治療，卻以住院方式處理，或者原本只需給二種藥，但卻給四種藥；更嚴重的則是醫病勾結，例如以勞保單來換取日用品等等。這些形式的浪費或多或少都存在於現行的公勞農保之中。醫療資源的浪費必然會大幅增加醫療服務的支出，而且將成本轉嫁到其他被保險人身上，並不符合公平的原則。因此，全民健保的政策目標之一，就是追求醫療資源的有效運用。

基於以上的事實，我們可以了解，政府推動全民健保是要針對兩個問題來加以考慮。第一，是要把醫療的照顧，推展到其他未納入任何保險制度的民眾，尤其是那些最需要照顧的老幼婦孺，以符合公平與正義的原則。第二，是要設法消除既往醫療保險上的一些缺失，使新的制度能在較健全的基礎上運行。所以，連院長屢次在施政報告中，都強調一個基本的觀念，那就是要照顧那些需要照顧者。同時，他也強調政府的施政要有重點，當一個社會步入到今天這樣一個階段，全國人民應該有一個共識，那就是經由政府、雇主、與全國人民共同的負擔，來建立一個自助而人助的醫療保險制度，使人民在保健與醫療上無虞匱乏，邁向一個祥和的社會。



全民健保的規劃目標與基本策略

政府推動全民健保是經過長期慎重的規劃。早在民國七十七年七月，經建會就成立了「全民健康保險研究計畫專案小組」，延聘國內外學者專家，對全民健保作通盤的規劃研究。同時，為了聽取國內外各界的意見與經驗，經建會在七十八年七月舉辦公聽會，並於同年十二月與衛生署合辦「全民健康保險國際研討會」，邀請瑞典、英國、德國、義大利、日本等國專家學者，發表他們國家實施健康保險的經驗，提供我們參考。七十九年六月，在歷經二年的研究後，專案小組提出了規劃報告，為我國全民健保描繪出清楚的藍圖；衛生署也就在此一基礎上接手繼續第二期細部規劃以及法案草擬的工作。

根據學者專家的規劃，以及對我國既有各種社會保險制度的檢討，我國推動全民健保有下列五大目標：

- 一、提供全體國民同等之醫療服務
- 二、整合現行各種保險制度，以統一事權，降低行政成本
- 三、有效利用醫療資源，減少浪費
- 四、建立健全之財務制度，以免重蹈公勞農保虧損之覆轍
- 五、提升醫療品質，促使醫療資源合理分布，以增進國民健康

為達成這五大目標，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、行政效率難以提升，同時也違背公平的原則。政府推動全民健保，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，充分發揮自助而互助之功能，並降低行政成本，提高行政效率。因此，全民健保就是把既往的各種制度，經由立法程序，統合為單一制度，亦即制定「全民健康保險法」，並成立「中央健康保險局」主其事。

(二)現有公保、勞保現金給付部分，應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，其主要目的是防止所謂的「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，失去了自助人助的精神。因此，全民健保的規劃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而人助的精髓，更何況生老病死乃人生必經之路，有了健保無異多了一分生活上安全的保障。

由於全民健保實施前，尚有將近半數國民未納入健康保險，政府原來考慮若一次同時納入，必對政府、雇主之財務負擔，醫療體系及保險行政作業造成甚大衝擊。因此，規劃上採取階段性原則，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相當不同的看法，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，又相當的關切。因此，分階段實施的原則無法達成。

三、為達到不浪費原則，專案小組認為應從需求面及供給面兩方面著手：

在需求的節制上，全民健保採用了所謂的部分負擔制度，也就是病人就診時，須自付部分醫療費用，藉以提高民眾醫療成本之意識。在供給面的控制方面，專案小組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，上述的作法是要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，全民健保的規劃是以立法的方式建立獨立自主的財務責任制度，以避免因實施全民健保而拖垮政府的財政，這也是學者專家最關心的問題。在制度設計上，我們是朝下列方向規劃：

(一)立法明訂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。目前的全民健康保險法第十九條及第二十條對此有十分清楚的規定，例如保險費率以百分之六為上限，開辦第一年以百分之四點

二五計算，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，也是談保險制度時，任何人都必須接受的事實。

(二) 保險財務系統獨立，受超然地位機構之監督。在全民健保法第四條即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。目前政府的負擔約占全民健保總支出的三分之一強。有了這種規定，將來政府將在這個基礎上與雇主暨被保險人共同負擔全民健保的費用。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，這樣可以避免其他國家因健保無限制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：

例如對無關疾病治療，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。這些都可能在全民健保實施初期造成民眾的不便，但確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：

全民健保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，在醫療結構上，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。總而言之，全民健保的實施必須要質量並進，才能使民眾真正的得到醫療保障。

這些規劃都是學者專家的心血結晶，處處從全民的整體利益著眼，一方面希望所有的國民都能得到必要的醫療照顧，一方面也希望醫療資源的分配與運用能符合效率與合理的原則。

肆 全民健保的立法過程

民國八十一年十二月，衛生署完成了「全民健康保險法草案」及「中央健康保險局組織條例草案」，報請行政院核定。這兩項法案分別歷經高前政務委員銘輝先生及郭政務委員婉容女士多次的審查，八十二年十月七日行政院院會經討論後，通過全民健康保險法草案，函送立法院審議。至此，規劃的工作已大致完成，接下來便是立法的協調工作。

這是一項相當複雜的工作，在推動立法的過程中，的確也面臨若干爭論，反映出一些見仁見智的看法：

一、分階段實施抑或一次全部納入實施：

執政黨的確有許多的立法委員顧慮到時間的緊迫，不主張立即全面實施，但是也無法說服多數委員修正現有辦法採分階段實施方式來推動。包括民進黨在內，如期地全面實施全民健保已成為普遍的呼聲，更何況涉及到將近九百餘萬未能納入健保民眾的福祉，使得其他角度的考慮顯得軟弱無力。

二、制度設計上的爭論：

實施全民健保，除了行政院提出的法案外，立法院中也有幾個版本，比較重要的有吳東昇委員以自付總額為特色的版本，沈富雄委員「保大不保小」的版本、以及厚生會所提的版本。同時還有林壽山委員積極推動的公辦民營的作法。我們非常感謝許多委員的熱心與努力，為此，大家也曾經挑燈夜戰，舉行多次的會議與討論。但是，很坦白的說，許多很好的主張，都有難以顧全的缺點。基本上，全民健保是在既有的基礎上推動，不能不考慮實施上的困難。所以，政府應該承認，若干決定是基於現實環境的考慮。

但是立法委員多數的意見是要如期全面實施；輿論的反應，也有同樣的壓力。所以在審議過程中，立法與行政部門建立了一個共識，這個制度要在實施後的第二年再予檢討，以決定改進的方向。換言之，就是讓紛歧的現存健保制度先行整合而後再全面檢討改進。因為有這種共識，全民健保的審議才能在立法院展開。

三、不同利益的爭執與調和：

立法院是個合議制的機關，委員來自不同地區與行業，代表不同團體與地區的主張是很自然的現象。在審議過程中，不論是企業與勞工，醫療界與保險人，都發出不同的聲音。企業認為負擔比例太高會影響競爭力，勞工則主張仍按原勞保的分配比例來分擔保費。醫療界與保險人之間也有潛在的矛盾，給付太低怕會降低醫療品質，給付太高又恐增加保費加重被保險人的負擔。站在行政院立場，要同時兼顧企業的承擔能力與勞工的經濟負擔，要確保民眾的醫療服務品質，也要爭取醫療界的支持。可以說，整個推動的過程就是理想與現實的調和的過程，也是各種利益彼此折衝樽俎的過程，而最後的結果，難免與原先的規劃有相當程度的距離，這是民主政治下不能不接受的現象。

為使我國的健康保險制度能夠順利的從公勞農保過渡到全民健保，行政院曾於民國八十年二月及十一月分別將勞農保條例修正草案送立法院審議，希望先分階段擴大納保範圍，再全面實施全民健保。但是立法院對修正案中行政院所提的修正原則以及費率的調整，一直難以建立共識。民國八十三年六月，由於時間緊迫，一次全部納入實施全民健保似乎是唯一的選擇，行政院不得已重擬勞農保新修正案送立法院，並將原送之修正案撤回。

民國八十三年七月，全民健保法在民眾期盼下，終於在立法院修正通過，但卻刪除了強制納保之規定，違背了社會保險的主要精神，行政院不能據而付諸實施。八十三年十月，立法院修正通過強制納保之規定，但中央健康保險局及勞農保條例修正案仍在立法院審議之中，因此，社會上出現了擔心全民健保無法如期實施的聲音。為貫徹如期開辦全民健保的決心，行政部門全力協調斡旋，中央健康保險局組織條例終能在十二月二十三日通過，於八十四年一月一日正式成立。到了這個階段，由於勞農保條例尚未配合修正通過，現金給付與醫療給付無法劃分，全民健保也難以立即開辦。八十四年二月，執政黨委員提案修正勞保條例部分條文以配合全民健保制度，而全民健保也終能在三月一日正式開辦。

從這一段立法過程中，可以看到全民健保是相當政治化的議題，其中部分利益的關切似乎凌駕於社會整體利益之上，同時行政部門與立法部門也因為彼此著重點不同，不斷地在尋求一個折衷可行的方案，全民健保的推動也因此一波三折。

伍 觀念與爭議

全民健保自民國八十四年三月一日實施以來，雖然有許多民眾因為這項制度而受惠，但正如所預期的，新的制度在施行初期，必然要有一段適應的期間。在這一段期間，我們聽到許多的批評，政府當然會加以檢討改進。但是我們必須接受一個根本的論點，那就是全民健保是一項應該推動的制度。基本上，我們不但希望藉此能革除既有制度上的缺點與問題，也希望從而建立一個面對疾病而無虞匱乏的社會。說到這裡，個人覺得要感謝全國的雇主與企業家，他們連同政府共同負擔了三分之二以上的全部健保費用。換言之，全國的被保險人只要負擔三分之一的全部健保費用，就獲得了終生醫療保健的保障，基本上應該是一項值得大家接受的制度。當然，我們了解這是一項高難度的工作，要革除既往的弊端與缺點，再加上讓全國人民納保，無論政府、雇主、與被保人都增加了負擔；為了防止醫療的浪費，有了自負額與轉診的規定，多少增加了人民的不便；再加上醫療界爭取資源，必然會有爭議。但是一個負責任的政府，若因瞻前顧後對一項影響全民利益的政策踟躕不前，也是不應該的事情。所以全民健保推動小組在履次向連院長報告此項制度實施的困難時，他所稟持的原則，就是要以全民最大福祉來考慮，負起我們應該擔負的責任。

仔細審視目前有關全民健保的批評與爭議，很多都是觀念上的問題。全民健保一些制度上的設計，的確與民眾一般的習慣與想法不同，但是政府所面對的，不但是要調和很多不同的現實利益，同時要顧慮到制度的長久性。所以，爭論是不可避免的，政府必須要在宣導上做進一步的努力，以謀求社會的共識。立德也願意藉此短文，對全民健保中一些較具爭議性的看法，作一些觀念上的說明。

一、公平正義原則的實踐

本來全民健康保險的根本精神就是希望社會中的每一個成員，不論老少，不論貧富，不論族群，都能平等的享用基本的醫療照護，而且不會因為疾病的發生致使生活陷入困境。重大疾病的醫療往往需要龐大的費用，如果沒有全民健保，可能會是許多受薪階級所無法負擔的，遑論中低收入戶了。因此，透過保險制度使大家來共同分擔風險，同時，要使高所得的人付較多的保費，以照顧所得較低的人，這也是全民健保的投保薪資上限會高於勞保投保薪資上限的原因之一。自從全民健保開辦後，各大醫院皆表示，婦產科及小兒科的門診人數大幅增加，許多重大疾病患者也都能獲得醫療照顧，這不就是實施全民健保最大的意義嗎！

為符合社會公平正義，我國的全民健保採取了三項原則。第一是強制性原則，在全民健保法第十一條之一中即規定，凡符合該法所列條件者，須一律參加全民健保。一般商業保險的成本是與風險高低相關聯的，因此，高風險的人就須付更多的保費。強制性的全民健康保險，保費的高低並不是由風險的高低來決定。基於這個道理，社會上最需健康保險的人口並不需要付出更多的保費。這是社會保險與商業保險二者根本的差異，也是社會保險具有強制性的道理。目前有些人仍主張自由加保，實在是誤解了社會保險的本質。第二是保費分級原則，亦即保費有高有低，而且是根據所得高低來衡量，希望所得更高的人能夠照顧所得較低的人，此一設計也能達到部分所得重分配的效果。第三項原則是照顧弱勢族群，對於低收入戶及重度殘障者等無法負擔保費的人，由政府編列預算來代繳保費，使社會發揮互助的精神。

二、社會保險抑或福利

任何的醫療服務都有其成本，如果要提供全民醫療保健的服務，全部費用支出一年估計高達新臺幣二千多億元，可以說是非常龐大的支出。各國為了籌措財源，大抵採用兩種制度，一種是福利制度，由政府徵稅來支付所有的醫療支出；一種是社會保險制度，由保險費來支付醫療成本。所謂「保險」，根據最簡單的說法，就是以確定的小額支出（即保費）來預防可能的巨額損失。換言之，保險對每一個人而言，是一種對可能發生事故的保障。平時可免除無保障的惶恐，事故發生時可獲

得幫助，是一種風險分擔、相互幫助的原則。因此，如果參加保險的人愈多，則負擔的保費愈低，因為風險分散的程度較高。至於社會保險，則更是國家基於社會政策，運用強制性的保險技術，對全體或特定階層的國民，考慮他們一旦遭遇事故時，能保障其得到適當照顧的一種制度。從這個角度來看，全民健康保險是由全民來共同分擔風險，在自助互助的精神下，期以最少費用，發揮最大的保障作用。西方國家如德國、法國、荷蘭、義大利、比利時等國，都是採用社會保險制度的國家。

目前也有若干年紀輕的人因為身體狀況較好，覺得只是在繳保費照顧年紀小的幼兒與年紀大的老人。然則試問，誰家沒有小孩？誰人不會變老？誰人能保證自己不會有意外，不會生大病？從這些問題中，大家應該都可以體會到社會保險除了具有「自助人助」、「風險分擔」的精神之外，更有世代照顧的意義存在。

在研究全民健保的過程中，另外也有人主張免繳保費，完全由政府負擔所有的醫療支出。這種主張表面上聽起來似乎有利於勞工或中低收入戶，但實際上將使全民蒙受其害。因為政府要支付所有的醫療支出，除了增稅及舉債之外，沒有第二條路可走。換言之，不論採取何種方式，羊毛最後還是出在羊身上，必須要由人民來支付所有的醫療費用。當然，也有人認為政府可以減少其他的支出，甚至減少浪費，這是另外值得辯論的問題，多少也有政治性煽動的意味在內，因為到底要縮減政府那一部門的支出，馬上就有爭論。我覺得我們要很冷靜的來思考此一問題，不要人云亦云。根據 1987 年美國的統計資料，從醫療給付來看，世界上有六十五國採社會保險的方式，有十七個國家採醫療服務的方式，可見社會保險為世界之主流。從西方國家的經驗來看，採取福利制度最大的弊端是人民的稅負沈重，而且醫療支出將節節上揚。以英國與瑞典為例，英國的國民保健服務的費用是由稅收來支付，他們的總稅負在 1990 年時高達國民所得的 32.8%，結果導致浪費、醫療資源分配不平均、以及醫療品質的下降的現象。英國的 Sir Rhodes Boyson 在 1987 年訪華時指出，英國的國民健康服務是由政府包辦，也無定價政策，在人口快速成長及所得提高下，資源有限而需求無限，一切在免費之原則下，人民需求數量及內容皆高於自己付費的其他類服務。結果，在英國，等待檢查須等候三個月，開刀需等候一年。因此，英國已經開始醞釀要以保險方式來取代國民保健服務。再以實施福利制度最先進的

瑞典為例，由於瑞典的制度透過高稅收及移轉性支付運作，因此其賦稅之高，居全球之冠，1990年時的總稅負佔國民所得的48.1%；而且由於有關服務皆由政府提供，因此造成極端的浪費與效率的低落。因此，來華的瑞典專家建議，最好的社會政策是能保持健全之公共財政，並以市場經濟的原則來運作。他所指出的「如未能顧全大局，過分之善意亦可為害」，更是發人深省。

我們目前所採取的制度是福利與保險兼具的制度，對無力負擔保費的人，政府為其負擔，而政府與雇主也負擔所有人一部分的保費。同時，我們根據社會保險的原則，希望全民健保的支出能夠自給自足，由保費的調整來達到合理運用資源的目的；另一方面也希望全民能了解保險的正確觀念，發揮自助人助的精神。我們為了實施全民健保，各級政府雖也增加了支出，但並未加重人民租稅的負擔。目前我們的租稅負擔是國民所得的百分之十七，與世界其它國家比較，我們的負擔應該是合理的。

三、部分負擔或完全免費

所謂的部分負擔是指被保險人在接受醫療服務時，必須自行支付一部分的醫療費用。這一項設計有兩個最主要的目的，一是希望減少醫療資源的過度使用，一是希望降低醫療費用的支出。雖然有部分人士主張就醫時不用負擔任何的費用，但是從西方國家的經驗可以看出，完全免費的醫療最容易導致需求的增加，結果造成醫療資源的浪費與成本的提高。自付額制度的設計，即是針對這些缺失，希望藉經濟的誘因，也就是提高被保險人的成本意識，來減少醫療資源的浪費。今天的德國、法國、瑞典以及日本等國，也都有部分負擔的設計，而且其出發點都是一樣的，希望減少醫療資源的浪費並降低醫療費用的支出。任何的醫療服務都有其成本，也許有人因為生個小病需自付一、二百元的部分醫療費用而埋怨不已，但不要忘了，如果您的疾病的醫療成本高達五十萬元，甚或一百萬元，那您的自付額將顯得微不足道。換句話說，在不幸罹患重大疾病的時候，可以僅負擔一小部分的龐大醫療服務成本，而得到必要的醫療照護。一、二百元不會造成生活上太大的負擔，我們真正需要保障的是五十萬元，甚或一百萬元以上的高醫療成本。自付額的設計，是希望透過經濟誘因，以有效運用醫療資源，如此可避免醫療支出節節高漲，保費也不用

跟著水漲船高。當然，人人都希望可以免費看病，但不能忘了，天下沒有白吃的午餐。如果免除自付額的部分負擔，則保費一定要提高才能維持財務平衡，而且因為醫療支出不斷的增加，保費更要經常調高，反而對大家都不利。正所謂徒善意不足以助人。因此，不論從財務的觀點，或從醫療資源的運用觀念，部分負擔的自付額設計就是對自己的第二重保障，也可以說是一種安全瓣的設計。根據統計，全民健保實施後，醫療資源的浪費已經減少了百分之十，效益顯著。所以說，「人人免費，人人吃虧，小額自付，大額保障。」

四、大小都保或保大不保小

純粹從商業保險的理論來看，健康保險應該是保大病，不保小病，因為治療大病的費用才會造成生活的沈重負擔。然而社會保險與一般商業保險性質不同，它具有強制性與公益性，所以影響的層面及範圍比較深遠，尤其是國家資源的分配，更要力求其合理性。政府在規劃全民健保時，對這個問題也是經過多方的研究與辯論。根據學者的研究，保大不保小會產生下列的弊病：首先從資源利用的角度來看，保大不保小會使醫療資源自然流向大病的醫療方面，而輕忽了基層醫療服務。但對一般廣大的民眾而言，基層醫療服務的品質與其關係最為密切，反而更應加以重視。第二，從醫療人力的移轉來看，保大不保小會使醫學生傾向選擇做專科醫生，不願從事基層醫療的工作，結果就是基層醫療人力不足。第三個問題則是會導致醫療資源往都市集中，因為都市對住院的需求比鄉村高。總而言之，保大不保小會造成醫療結構的嚴重扭曲，進而降低醫療品質，這又豈是政府推動全民健康保險之本意！當然，任何一項政策也必須考慮其可行性。我國過去公、勞保都是大小病通通保，如果全民健保只保大病，不保小病，可能對民眾的醫療習慣造成太大的衝擊。此外，由於國人尚未建立正確使用保險資源的觀念，如果僅保大病或只提供住院醫療給付，結果可能導致民眾為取得免費醫療，將小病拖成大病，或將可門診治療的疾病申報住院治療。這樣的結果都不是全民健保的本意，也未必能節省社會資源。目前世界的趨勢也是從只保大病走向大小都保。因此，全民健保也依循過去大小病通通保的設計，但同時採用自付額與部分負擔的設計，以減少大小通保的缺失。

不過，我也承認，這個問題仍值得大家進一步的討論。

五、保費增加了？抑或保費更合理了？

我國過去的公、勞保都是現金給付與醫療給付結合在一起的綜合保險。這種設計最大的缺失就是財務責任無法劃分清楚，而且因為保費可相互挪用，使保險的財務難以控制。全民健保的實施，將醫療給付與現金給付分開，為我國未來健全各種社會保險財務制度立下一個良好的基礎。

政府以往開辦任何保險初期，為求減輕被保險人之負擔，從未依精算費率原則收費。因此，鉅額的財務虧損是可以預期的事。這些虧損最後不是由政府彌補，就是大幅調高費率來因應，而且可能造成下一代額外的負擔。換言之，我國過去的公勞農保雖曰保險，但已失去保險的本質，因為大部分的風險是由國家來承擔或者是由未參加保險的人來承擔。因此，政府在規劃全民健保時，即決定「全民健康保險實施，其經費自零開始」，也就是說，既往已矣，已發生的虧損由政府設法彌補，以免因公勞農保過去的虧損而影響全民健保的實施，同時「立法明訂全民健康保險如有虧損，以調整費率因應」。

政府也聘請了精算專家來精算全民健保的費率。換言之，以前的公勞農保被保險人是以極低的代價享受極高的保障，我個人覺得這並不是公平合理的現象。現在我們的國民所得已經超過一萬美元，也已經被視為已開發國家，我想這是我們改正過去不合理現象的最佳時機。從今以後，立法與行政部門都應該信賴專家，依據科學的法則來計算出合理的費率，並依費率來收取保費。目前許多不合理性的政治性決定，個人認為應該是要極力避免的。

過去勞保有一項缺失，就是部分民眾鑽法律漏洞，以達到「一人繳保費，全家皆保障」的效果。這種做法是將自己的負擔轉嫁到別人身上，並不符合公平的原則。我覺得，大家都不應該將過去的不當利益來作為今天抱怨的藉口。部分勞工覺得保費增加了，這是因為眷屬被納入全民健保，家中的每一個人，都可以享受到健康保險的保障，今後不會因家中任何一人的疾病而使整個家庭陷入困境。

實施全民健保，因為把許多無工作的人都納入保險，醫療支出必然會增加，保費自然也會增加。在討論這個問題時，我們也必須考慮究竟誰的負擔增加得最多。但仔細檢視全民健保的財務結構，可以發現個人負擔的部分僅佔全部支出的三分之

一而已，其餘三分之二皆由政府與雇主分擔。根據中央健康保險局估計，全民健保一年的費用是 2,152 億元，其中各級政府負擔 730 億元，雇主負擔 613 億元，其餘 810 億元由被保險人負擔。與世界各國比較，我國人民的負擔尚在合理的範圍內。

再者，老年人的醫療支出比較高，全民健保的精神是代代相助的精神，由生產力較高的年輕人負擔老年人較高的支出，等到年老時，再由下一代來幫助。如果沒有這種體認，人人斤斤計較於其支出，則只有商業保險可以符合個人的要求，但卻失去了全民健康保險「自助人助、代代相助」的精神。

保費的增加，除了前述的費率及分擔比例的調整外，投保薪資的調整也是民眾怪罪的因素。他們認為，勞保的上限是 36,300 元，而全民健保則高達 53,000 元，並不公平。主要的原因是這兩種保險的性質不同；健康保險是短期保險，財務必須逐年達成平衡，因此必須採用實際所得作為投保金額。而勞保在全民健保開辦以後，變成以老年給付為主的長期性保險，由於利息與時間因素的考量，可以降低投保薪資的上限，藉妥善經營來維持一定之給付水準。這也是先進國家對於健康保險和現金保險，分別採用兩套不同的投保金額分級表的原因。

六、公辦公營或公辦民營

全民健康保險究竟應是公辦公營或公辦民營，行政院開始時也是本開放之心態同步進行研究。有人認為民營化可以藉體制改革，增進效率，並可減少政府在財務以及人事上的介入。連院長在就職後也指示研考會就公辦民營之可行性進行研究，並且在民國八十二年十二月提出報告。根據這一份報告，公有民營的確符合世界社會保險實施之趨勢，可以提高行政效率，突破用人及會計制度之瓶頸，並使財務透明化。但由於這是結構性的改變，研考會亦建議視全民健保實施的情形作分析、評估，衡量未來三至五年整個內外環境，再作決定。此外，許多民意代表雖然認為公辦民營是一個理想與目標，但對立即採取公辦民營的方式抱持疑慮，擔心公辦民營的方式會因籌備倉促反而製造更多的問題。同時，也有些人質疑這項主張是刻意逃避民意機關監督的作法，所以，在作決定上非常困難。究其實，當時的想法是因為全民健保攸關民眾福祉，使用的人力、財力、與物力等資源，十分的龐大，在推動初期稍有不慎，可能導致無以為繼，最後仍要由政府來承擔責任的後果。

如今透過中央健康保險局來經營，除可由立法與行政機關來監督其業務外，政府提供人力與行政費用的補助，並可援用既有社會保險經驗。故由中央健康保險局來經營，亦有其益處。再者，目前中央健康保險局的人員，絕大多數是來自原來公勞農保承辦醫療給付單位，並未因此而大量增設人員。若移轉民營，似乎還要在公務員身分與權益保障上多做考慮，所以公辦民營的看法就要從長計議了。

陸 結語

一個健全良好的全民健康保險制度，依據許多學者的看法，應該符合下列八項要求：

- 一、**普遍性原則**：亦即應該將所有人民納入保險；
- 二、**全面給付**：亦即從預防保健、早期診查到治療等等都應該包括；
- 三、**公平的財務制度**：簡單的說，就是要負擔公平；
- 四、**有效的成本控制**：一則減少醫療的支出，一則提高醫療資源使用效率；
- 五、**消費者及醫療提供者都能接受**：如此才能獲得雙方的合作，使制度順利的運行；
- 六、**有效率的行政**：亦即程序不能太複雜，成本不能太高，同時也要達到便民的要求；
- 七、**重整醫療服務結構**：良好的全民健保要能鼓勵醫療照護，提供實驗的方式以改善現有制度的缺失，也要能加強鄉村的醫療服務等等；
- 八、**事前的準備**：如此可將錯誤減至最低。

從這些標準來檢驗我國的全民健保制度，我們不敢自滿，但的確是我們努力的目標，事實上，政府的規劃與推動都是朝這些方向前進。當然，全民健保在我國是一項新的制度，也是一場巨大的社會變革。雖然許多國家都有或多或少類似的經驗，我們的制度也經過長期的規劃，但是究竟會執行到什麼程度，由於涉及因素非常複雜，因此很難十分準確的預測。這也是政府到目前為止，仍然一直保持開放的心態的原因。在全民健保法的最後一條中也規定：「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。」換言之，在這一段期間，政府將不斷的蒐集各種資訊，了解目前的各種缺失，並評估改進的方案。

談到這裡，我不能不說出一些個人的看法。從全民健保的推動過程中，我覺得最難克服的是人性的弱點，當然，包括我本人在內。每個人似乎都有他心中的主張，但很難使他人能冷靜的思考並加以接受，更何況還有個別性利益的看法存在。所以，在一個民主政治的體制裡，尤其是一個合議的議會，要想完成一個完備的立法是相當不容易的事情。若干人以責全的心情來看全民健保，我覺得這是十分困難的。沒有適度妥協，只有把這個制度無限期地拖下去，而讓國家資源在舊制度下不合理的運用。但是在實施後，我們又發現制度推動困難的另一層面，醫療界的配合、政府的效率、以及主其事者所能承受壓力的限度、民主政治下壓力團體的運作，都可能使理論的基礎與現實的情形脫節。所以我認為，我們不能不對全民健保的未來再作更深入的思索。探討的方向，應該是政府是否要同時扮演管理者與執行者的角色，所以公辦民營又是一個值得思考的問題。政府所要做的，是要確保民眾能接受到醫療服務的品質；確實掌握醫療保險的原則；監督並防止醫療及保險系統的缺失，同時透過社會來救助來幫忙那些需要幫助者。除此之外，我認為似乎可以考慮由全民來決定一個政府應該負擔的比例，交由民間自行組織的團體來運作全民健康保險，以自給自足原則來永續經營，避免政治力的干擾。當然，這樣的作法又會產生很多的爭議與問題，但是至少我們所憂慮的一人人都想從政府的口袋裡爭取權益，最後走上許多歐美國家，全民健保支出的負擔壓垮了其他方面的發展的惡例——這對於我們這樣一個需要多方面發展的國家，實在值得大家警惕。

附錄三

全民健康保險 第二期規劃大事記

全民健康保險第二期規劃大事記

七十九年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
七月一日	衛生署奉行政院指示自七十九年七月一日起接辦全民健康保險第二期規劃工作，即日起進行籌組工作。
七月九日	衛生署對於經建會規劃小組成員中願意繼續參加第二期規劃工作者(計7名)，函請該會張副主任委員代為轉致留任之意；依據張副主任委員七月十六日復函表示渠等待命期間暫在該會協助善後工作，八月一日即轉赴衛生署上班。
七月二十日	一、衛生署將「全民健康保險第二期規劃指導委員會暨規劃小組」組織員額、預算報院核定。 二、衛生署預估本項經費約需7,000萬元，其中2,500萬元已向經建會「中美經濟社會發展基金」申請撥付，另4,500萬元則申請動用行政院第二預備金。
八月二十日	經建會七十九年八月二十日財(七九)二七六二號函同意八十年度中美基金補助衛生署新臺幣貳仟伍佰萬元辦理「全民健康保險第二期研究計畫」。
八月二十九日、三十日	衛生署於臺大醫學院舉辦「全民健康保險規劃研討會」，針對經建會全民健康保險第一期規劃成果及未來規劃方向，邀請專家學者及各界人士提供建言。會議首日參加人數約有400人，但因座位不足，部分人員提前離開。第二天適逢亞伯颱風來襲，休假一天，但本研討會仍照常舉行，參加人員亦有180人之多，直至當日下午五時三十分圓滿結束。
九月七日	李悌元副署長召集健保規劃小組各組負責人研商成立事宜，決議請各負責人儘速提出用人計畫，並儘速召開各分組討論會以決定未來工作計畫。
九月十一日	醫療體系組由葉金川副署長召集有關學者專家召開本小組的研討會，對於第二期規劃的主題提出熱切討論，其中醫療區域規劃、生命統計資料、中醫醫療照顧、牙醫醫療照顧、醫療事故補償制度、基層醫療及榮民醫院、軍方醫院管理等，將委託專題研究。
九月二十一日	體制法令組由小組召集人醫政處楊漢淙處長召開座談會，邀請有關學者專家就擴大健康保險對象之進度及後續規劃工作、研商現有健康保險之整合細節與「國民健康保險法」、「中央社會保險局組織條例」之草擬作進一步的研商。

(續)

日期	紀要
九月二十二日	<p>醫療體系組由葉金川副署長召集有關學者及單位，針對「醫療資源政策及區域規劃」專題再行研議未來探討方向及重點。另亦針對「其他醫事人力培育規劃」探討，決議事項為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、委託江東亮教授及楊銘欽講師針對「醫療資源及區域規劃」與「醫事人力規劃」作更進一步之研究。 二、有關軍方體系及榮民體系之保險對象、財務來源、醫院管理等，另行邀集退輔會及國防部、軍醫局等相關單位會商規劃重點及方向。
九月二十五日	<p>醫療體系組由葉金川副署長召集有關學者及單位，針對「健康保險資訊規劃」研討未來規劃重點，決議事項為：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、請楊志良教授及資策會儘速拜會勞保局及公保處瞭解保險資訊體系現況，並研提「全民健保資訊規劃研究」之計畫草案。 二、由衛生署函請勞委會、銓敘部、內政部、省政府同意共同具名委託辦理。 三、有關統一目前各類保險之醫療給付項目與給付標準等，將由體制法令組另行邀集相關單位研議。
九月二十七日	<p>教育訓練組召開第一次小組會議，確定小組名稱、成員及開會時間。</p>
十月四日	<p>教育訓練組召開第二次小組會議，蒐集現有研究資料。</p>
十月八日	<p>醫療體系組由葉金川副署長召集有關學者及單位，針對中醫藥與全民健康保險進行討論，並達成各項結論：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、請中醫藥委員會擬具「中醫藥之發展政策」，包括政策分析、人力規劃與培育、執業範圍等有關項目，經署長核定後可作為衛生署施政方針。 二、請中國醫藥學院公衛系賴俊雄主任協調中醫藥界，針對全民健康保險中醫醫療體系規劃提出研究計畫書，送衛生署審查。
十月十一日	<p>教育訓練組召開第三次小組會議，擬定本小組第一次對外會議議程。</p>
十月十二日	<p>醫療體系組繼續就「基層醫療與全民健康保險」邀請有關學者專家進行討論，並針對基層醫療之醫師人力、品質保證、醫療院所之保險特約、各國基層醫療之形態及一般科醫師、家庭醫師與專科醫師在基層醫療之角色和家庭醫師之推廣作專題報告。決議請中華民國家庭醫學會針對未來全民健康保險制度下基層醫療之執業形態、特約管理等，提出研究方案。</p>

(續)

日期	紀要
十月十六日	<p>醫療體系組與體制法令組聯合請葉金川副署長召開會議，研商「榮民與軍方體系之保險對象及醫療體系與全民健康保險配合」之有關事宜，邀請國防部人力司、總政戰部眷管處、聯勤總部留守業務署及軍方、榮民醫院進行討論，並請各主管單位針對軍眷、榮民榮眷現況與軍醫民診醫療體系及榮民醫療體系現況報告。本次會議並達成下列結論：</p> <p>一、衛生署邀集相關單位，成立三個專案小組：「榮民榮眷納入全民健保專案小組」、「軍眷納入全民健保專案小組」、「軍方及榮方醫療院所納入全民健保專案小組」。</p> <p>二、前述三個小組將依所賦予之特定課題，進行調查及撰寫計畫，並於八十年六月前提出詳細報告，以利如期開辦榮民、榮眷、軍眷之健康保險。</p>
十月十八日	<p>鑑於未來健康保險體制將趨於統一，因此目前有必要將現行公保、勞保、農保等制度逐步改進使趨於一致。惟因各類健康保險體制差異甚大，初期以將診療項目、代碼及申報表格統一為原則，故於十月十八日舉行「統合公、勞保醫療給付標準與項目、支付標準、審查作業等座談會」，邀請醫療機構代表及各保險主管單位參加。會中對統合事項均有共識，決議由衛生署邀請各單位研擬初步草案再開會討論。</p>
十月十九日	<p>教育訓練組召開第四次小組會議，擬定對外會議邀請名單，並至相關單位考察及瞭解實際宣導情形。</p>
十月二十六日	<p>一、內政部召開會議研商殘障者健康保險開辦事宜，決議殘障者健康保險於八十年一月併入公勞保養保辦理。公保部分因有「公務人員眷屬疾病保險條例」可循，應可如期辦理，惟勞保部分「勞工保險條例」則無法及時配合修正，屆時應如何辦理，該部將報行政院裁示。另被保險人資格之認定，以領有殘障手冊者為範圍，保險給付則以醫療給付為原則。</p> <p>二、教育訓練組召開第五次小組會議，修正對外會議議程及出席名單。</p>
十一月一日	<p>教育訓練組召開第六次小組會議，增聘黃松元教授為小組委員，擬闢全民健康保險專刊或全民健康保險常態性專欄。</p>
十一月六日	<p>全民健康保險初期規劃建議實施 DRG 制度，為增進各界對此制度之瞭解，衛生署於十一月六日邀請 DRG 制度原設計者之一：Dr.Robert B.Fetter 蒞署演講：「DRG 最新發展及其問題與展望」，各界參加人士約 200 人。</p>


(續)

日期	紀要
十一月九日	<p>一、為進行中醫藥體系規劃，醫療體系組召集人葉金川副署長於十一月九日安排中醫藥委員會等有關單位向署長簡報有關中醫人力、中醫醫院、中醫藥品等現況，確定衛生署未來發展之方向，並作為委託中國醫藥學院公共衛生學系賴俊雄主任研提之「中醫藥與健康保險」研究計畫之依據。</p> <p>二、教育訓練組召開第七次小組會議，全民健康保險常態性專欄納入衛生報導，確定本組四大內容為教育、訓練、宣導與研究。</p>
十一月十日	醫療體系組召集人葉金川副署長與楊志良教授、資策會叢毓麟處長初步討論委託資策會研提計劃構想。
十一月十三日	行政院由吳伯雄政務委員召開「審查勞工保險條例部分條文修正草案」第二次會議，此次會議已將所有條文審議完畢，將由主辦單位按審查會議之決議，修正部分條文後提院會討論。
十一月十四日	為增進同仁及有關單位人員對全民健康保險財務之認識，於十一月十四日下午邀請美國福華大學經濟研究所黃連福教授來署演講「Health cost containment」及「Deductible&coinsurance」。
十一月十五日	<p>一、為進行全民健康保險財務之規劃，於十一月十五日上午邀請黃連福教授及健保規劃小組財務制度組召集人羅紀琮教授，於衛生署討論未來全民健康保險之財務相關問題，並由葉金川副署長主持討論。</p> <p>二、內政部召開會議研商「殘障者之健康保險辦法」草案，將綜合各有關單位意見修正草案內容報行政院審議，至於該辦法在實施上可能遭遇之問題，內政部將一併陳報。</p> <p>三、醫療體系組召集人葉金川副署長與楊志良教授、勞保局資訊室蔡吉安主任及資策會系統工程處林真真處長研商有關健康保險資訊系統規劃委辦事宜。</p>
十一月十六日	為加強健保規劃小組各分組之業務連繫，於十一月十六日召開第二次健保規劃小組會議，決定於每月之第一個及第三個星期四上午定期舉行小組會議。
十一月二十日	<p>一、內政部十一月二十日函請衛生署推派代表，參加該部擬成立之「中央社會保險局規劃小組」。擬初步草案再開會討論。</p> <p>二、基於未來「中央社會保險局」係統合目前公保、勞保、農保等業務而成立，因此目前不宜單獨為了辦理農保而先行成立「中央社會保險局」，以免業務重疊及增加未來機關合併或改隸之困擾。衛生署另函請行政院對成立「中央社會保險局」之籌備，宜作政策性指示。</p>
十一月二十三日	教育訓練組召開第八次小組會議，固定每月第二週、第四週之週五上午為小組會議時間，對外座談會後，各委員提出年度工作計畫。

(續)

日期	紀要
十一月三十日	教育訓練組召開「全民健康保險規劃—教育訓練座談」，邀集政府相關單位、民間團體及學者專家等，共同商討全民健康保險未來教育宣導方向。
十二月一日	醫療體系組先後召開兩個會議：一、為醫療資源政策、醫療區域規劃及山地、離島、金門地區之醫療保健體系等座談會。二、基層醫療座談會，邀請相關學者專家就上述兩項主題進行研究計劃之細節討論。
十二月三日	醫療體系組召集人葉金川副署長與衛生署藥政處、藥檢局、吳凱勳教授及勞保局、醫師、藥師公會等有關單位，共同研商推動實施「醫藥分業」計畫；決議計畫內容應以消費者立場為出發點。
十二月六日	健保規劃小組由總召集人李悌元副署長主持例行會議，各小組除就兩週來之工作內容於會中報告外，並決議「健保小組公文處理作業要點」，擬呈署長核定後適用。
十二月七日	教育訓練組召開第九次小組會議，增聘新聞局吳中立處長為小組委員，蒐集國小、國中、高中新教材，供學校教育參考。
十二月八日	為逐步進行目前各類健康保險之統合工作，以利全民健康保險之實施，健保規劃小組首先針對目前欠勞保醫療費用申請表格上項目之差異尋求一致化，以建立一致性之基本資料及簡化醫院行政作業。於十二月八日邀請公、勞保主管機關、承辦機關、醫院代表召開會議，並對門診費用申請表格達成統一之決議。
十二月十日	行政院勞工委員會由徐副主任委員學陶主持召開研商「勞工保險被保險人醫療費用部分負擔實施辦法草案」會議，就門診診療、住院診療部分負擔之比率及上限與重大特殊疾病應予免除部分負擔達成協議。
十二月十二日	保險財務組召集人羅紀琮教授與財務組助理前往勞保局，實地了解目前勞保財務收支作業情形，以使日後的規劃能夠落實，而不只是不切實際的藍圖。此行羅教授分別和財務室王天白副主任，出納科曹炳惠科長，基金運用科葉美珠科長，計費科余天來科長，查核科方宜容科長請教、討論有關財務收支及承保查核之作業流程。
十二月十四日	教育訓練組召開第十次小組會議，討論小組年度工作計畫。
十二月十七日	<p>一、由醫療體系組召集人葉金川副署長邀請有關學者專家及公勞保資訊主管討論「全民健康保險資訊系統規劃」研究計畫書，決議請資策會依與會學者意見修改研究計畫。</p> <p>二、為確定未來全民健康保險實施醫藥分業之規劃，十二月十七日由健保規劃小組總召集人李悌元副署長，副總召集人葉金川副署長及衛生署藥檢局、藥政、保健、醫政各處與規劃小組，向署長簡報「加強輔導社區藥局健全醫藥服務體系—推動實施醫藥分業計畫」草案。</p>

日期	紀要
十二月二十日	健保規劃小組由總召集人李悌元副署長主持例行會議，除確定各組預定進度、委託研究計畫外，並就研究計畫審查作業要點進行討論。
十二月二十一日	繼十二月八日對門診費用申請表格達成統一之決議，十二月二十一日健保規劃小組復邀請公保、勞保主管機關、承辦機關、醫院代表召開會議，對住診費用項目達成統一之決議。
十二月二十七日	行政院召開「審查殘障者健康保險辦法草案會議」，原則確定殘障者健康保險將如期於八十年一月一日實施，而無法於八十年一月一日納入保險之殘障者，則先給予醫療補助，其詳細之補助辦法由內政部訂定中。
十二月二十八日	教育訓練組召開第十一次小組會議，小組名稱更改為教育宣導組，並排列年度工作計畫優先順序。
十二月二十九日	衛生署函行政院建議暫緩由內政部規劃中央社會保險局乙節，行政院十二月二十九日函復同意由衛生署統籌規劃，並分函內政部。


八十年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
一月三日	為訂定未來全民健康保險之醫療給付項目，健保規劃小組於一月三日邀集各組召集人及衛生署相關處室主管召開會議，針對經建會第一期規劃建議之給付項目進行討論，會中僅作少部分修正，另有些項目則需收集更詳細資料再討論。
一月五日	財務制度組召集人羅紀琮教授與吳凱勳教授、柯木興教授及陳雲中教授等三位顧問共同研商，確定財務組研究主題及內容。
一月七日	衛生署函聘「全民健康保險規劃指導委員會」委員及顧問。指導委員會委員 25 名，其中各相關部會副首長 14 名、專家學者 6 名、團體代表 5 名；顧問 23 名，其中專家學者 17 名、立法委員 6 名。
一月九日	醫療網推動委員會暨醫事審議委員會聯席會議通過決議，建議勞保機關對於特約醫療院所從事之一般診療均應給予給付。
一月十日	一、勞保局為協助勞委會從事 DRG 之研究，於一月十日召開座談會，請醫學中心及區域醫自今（八十）年四月一日起，以 ICD-9-CM 分類碼申報；決議衛生署協助推動 ICD-9-CM 之疾病分類作業。 二、健保規劃小組召開第五次會議，支付制度組召集人李玉春教授首次出席此項會議；決議確定國外顧問名單，將簽請署長核定後聘任，並對委託研究計畫經費、健保小組公文處理流程等做成多項決議。
一月十一日	教育宣導組召開第十二次小組會議，修改年度工作計畫，審查曾文雄教授、賴俊雄教授兩申請研究案。
一月十二日	醫療體系組於召開「軍方及榮民醫療院所納入全民健保專案小組」第一次會議，討論軍方及榮方醫療體系設施人力、醫療品質及醫療服務利用之情形，公務預算之編列及榮家保健組與軍眷診療所因應方式及可能面臨之困難。
一月十四日	為建立勞保診療費用支付標準表中診療項目之相對難易值，勞委會除委請各醫學會分析研究外，並於一月十四日召開會議，聽取專家學者之意見。
一月十五日	一、內政部為開辦農民眷保特修定「農民健康保險條例」，於一月十五日召開會議，針對保險對象、費率、保費補助之比例、部分負擔等規定之修改進行討論，與會代表意見分歧，對於眷保之開辦、費率之修訂，均認為無此必要或時機並不適宜，因此會中僅廣泛交換意見，未對擬修訂條文有任何決議。

(續)

日期	紀要
	<p>二、為規劃未來成立中央社會保險局，體制法令組由召集人楊漢淙處長召開「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」。由吳凱勳教授報告第一期規劃構想，並由公保處及勞保局分別報告公保、勞保在特約醫療機構管理單位與醫療給付作業單位之組織架構、職掌分工、作業流程及人力配置等現況；同時決議應實地瞭解公保、勞保之作業流程。</p> <p>三、行政院勞工委員會於一月十五日以副本函知衛生署，為使被保險人醫療費用部分負擔制度能順利實施，並為維護社會公平起見，請行政院協調考試院，使各類社會保險同步實施，並由現行各社會保險機構及全民健康保險規劃單位加強宣導，俾日後順利實施。</p>
一月十七日、十九日	<p>支付制度組召集人李玉春教授暨助理，分別於一月十七日、十九日拜會中央信託局公保處陳逸峰副理及勞委會勞保處劉見祥處長，以了解公保、勞保醫療費用支付制度之沿革、現況及未來發展方向。同時對方對於規劃小組未來研究所需資料及相關事宜，均表示願意全力參與與配合。</p>
一月二十二日	<p>體制法令組由召集人楊漢淙處長召開會議，針對未來全民健康保險實施後，職業團體與地區團體保險對象進行討論。</p>
一月二十四日	<p>行政院院會通過「勞工保險條例修正草案」，將勞工眷屬納入保險範圍，並將普通事故保險費率調整為 9.5%-16.5%；一般勞工負擔比率由 20% 調整為 30%，無一定雇主勞工負擔比率也由 60% 調整為 65%。</p>
一月二十五日	<p>教育宣導組召開第十三次小組會議，陳紫郎教授回國指導，立法委員之教育宣導，將先從事簡單意見調查。</p>
一月三十一日	<p>一、健保規劃小組召開第六次會議，就規劃小組國外顧問預算編列原則與聘任方式做成決議，將專案簽核；並自二月份起，視需要每週或隔週召開一次健保規劃小組會議。</p> <p>二、體制法令組由召集人楊漢淙處長邀集有關人員召開會議，就擬委託中央研究院民族所張荳雲教授之研究計畫—「中央社會保險局組織架構的探討」進行討論。</p>
二月一日	<p>支付制度組由召集人李玉春教授邀集有關人員召開「研討支付制度研究方向會議」，重要決議如下：</p> <p>一、第二期規劃者宜遵循第一期規劃之結果與原則繼續規劃。</p> <p>二、DRG 之實施，應採階段漸進式 (Phase in)。由於民國八十三年可能無法全面實施 DRG 制度，為因應民國八十三年實施全民健康保險之需要，宜考慮對現行的支付制度 (如甲、乙、丙表) 加以檢討、修改。</p> <p>三、為規劃支付制度，將詳細準備支付制度研究時間表 (Time Table)、公勞保相關數據、後續擬研究內容、關係圖等資料，擇期充份討論。</p>

(續)

日期	紀要
二月五日	醫療體系組由總召集人李悌元副署長召開「全民健康保險資訊系統規劃」研究計畫複審會議，決議將規劃案分兩階段進行：第一階段著重於公保、勞保資訊系統現況之了解，研究期間自今(八十)年三月起，為時半年；第二階段則將進行系統規劃。
二月四日、八日	內政部繼續於二月四日及二月八日召開會議研商「農民健康保險條例部分條文修正草案」，已於八十年二月二十二日報行政院核議，其中計修正十七條，增訂五條，修正要點包括將農民眷屬納入醫療給付對象，保險費率調為 9%-12%，調整政府保費負擔比例為 50% 或 60%。
二月八日、二十二日	教育宣導組召開兩次組內會議，針對各項教育宣導計畫草案做最後確定，其中大眾傳接宣導計畫之標語改由本組自行設計，再送專家審查；電視宣導亦由本組先行擬訂宣導主題，委託新聞局執行；教學媒體及教材設計研究，委託中華民國學校衛生學會執行。至於蕭慶倫教授所提送員到國外研習乙案，擬改請國外專家至臺授課，第二階段再由國內組團至國外參觀實習。
二月二十三日	健保規劃小組擬公開徵求之研究計畫(計 14 項)，業於八十年二月二十三日以衛署健保字第九三三六六三號函相關之各學校系、所、學術研究單位、學會及基金會等共計 181 個單位；並請於三月三十一日前，將申請計畫書送還衛生署。
二月二十八日	醫療體系組於召開軍榮方醫療院所納入全民健康保險體系第一次會議，討論所設計之軍榮方調查表格，調查表格內容主要包括： 一、軍方及榮民醫療體系之設施、人力與醫療利用現況； 二、公務預算編列原則與範圍界定； 三、榮家保健組及軍眷診療所之因應方式。 決議依各與會人士調查表格提供資料。
三月一日	財務組召集人羅紀琮教授與吳凱勳教授、柯木興教授及陳雲中教授三位顧問就勞保財務作業流程進行討論，會中對研究方向達成共識，並決定修改流程格式及提出改善建議後，再邀請各方人士召開座談會。
三月四日	體制法令組召開「榮民榮眷軍眷納入健康保險研究小組」第一次會議，邀請國防部、財政部、行政院退除役官兵輔導委員會、行政院主計處等單位代表及學者專家討論榮民、榮眷及軍眷人口特性調查之有關事宜。
三月五日、六日	健保規劃小組於三月五日、六日邀請張旭成教授、胡德偉教授、黃連福教授回國討論全民健康保險規劃事宜，分別由各分組與三位教授分組討論，最後再作綜合討論。

(續)

日期	紀要
三月六日	<p>行政院邀集有關機關，由吳伯雄政務委員主持召開「農保、公保有關規定修正事宜」會議，重要結論為：</p> <p>一、農保部分：</p> <p>(一) 內政部函報「農民健康保險條例」部分條文修正草案，將本勞保條例此次修正的精神，擇期審查。</p> <p>(二) 為改善現行農保嚴重虧損情形，請內政部就農民投保資格、保險費率及投保金額之調整作深入檢討並於一個月內提出解決方案到院。</p> <p>二、公保部分：為使全民健康保險順利實施，公保、勞保、農保等體系，在保險費率及醫療費用部分負擔制度之規劃應趨一致，請銓敘部考慮將已送立法院審議之「公務人員保險法」部分條文修正草案撤回，參照勞保條例此次修正精神，重行檢討修正。</p>
三月七日	<p>為進行中央社會保險局之規劃及籌備事宜，已簽奉核可成立「中央社會保險局規劃專案小組」，目前已函請有關單位推派代表，並函請專家學者參加。</p>
三月十一日	<p>一、勞委會為因應勞保條例修正，目前已著手修訂相關法規，並函請衛生署提供意見。已於三月十一日召請相關處室開會研議，並已函復勞委會。</p> <p>二、財務制度組召集人羅紀琮教授於赴美開會時，與蕭慶倫教授、胡德偉教授電話連繫，對財務規劃的重點，蕭教授認為應在國民醫療支出的掌握；胡教授認為在經費預估、費率預估，因而部分負擔的影響應妥為分析。</p>
三月十七日、十八日、十九日	<p>召開「全民健康保險支付制度改革研討會」，會中對「支付制度規劃之策略與目標」、「公、勞、農保支付制度」、「現況之檢討與整合」、「預設費用支付制度之發展及其相關配合措施」、「總額預算制度之規劃與發展」、「門診費用支付制度之改革」、「全民健康保險藥品支付制度之改革」及「中醫藥支付制度之規劃」進行熱烈討論，初步訂出全民健康保險支付制度之改革時間表及其相關之研究發展課題。</p>
三月十八日	<p>署長核可「衛生報導」雜誌開闢「全民健康保險專欄」，於五月刊推出，健保規劃小組各組自三月底起輪流提供稿源。</p>

(續)

日期	紀要
三月二十日	<p>一、行政院由吳伯雄政務委員主持，召開「農民健康保險條例」部分條文修正草案會議，重要結論為：</p> <p>(一) 刪除原條文第四條第二項，即「前項業務委託至八十一年會計年度終了之日為止」乙項；</p> <p>(二) 保險費率調整為 9% 至 12%；</p> <p>(三) 保險費分擔，由被保險人及政府各負擔 50%；</p> <p>(四) 第四十條有關喪葬津貼，依照內政部所擬修正條文。</p> <p>二、企劃室「衛生新訊專業電視節目」，經各組提供資料，共完成「加強民眾對全民健康保險制度之認識」宣導子題七集及加強民眾「看病不一定要打針吃藥」之觀念乙集，預定於五月中旬陸續播出。</p>
三月二十六日	<p>衛生署全民健保規劃顧問蕭慶倫教授來臺與葉金川副署長及規劃小組教育宣導組召集人黃乾全教授洽商人才培訓計劃事宜。蕭教授表示支持派遣國內人員至國外受訓四至六個月之方式，並將於日內提出訓練計畫書。</p>
三月二十七日	<p>為加強全民健康保險之宣導，教育宣導組已擬妥宣導標語 17 則，及八十年 5 集電視宣導主題，擬委託行政院新聞局製播。</p>
四月十五日	<p>一、醫療體系組於召開「軍方及榮民醫療院所納入全民健保專案小組」第三次會議，討論軍醫局與退輔會依醫療體系組設計之調查表格所搜集之資料。決議：由該小組先深入瞭解兩單位所收集之資料，並發掘問題，再分別邀集兩單位討論。</p> <p>二、健保規劃小組向署長進行工作簡報，除就目前工作重點及未來規劃方向提出報告外，並將部分重要議題提請署長裁示；惟較具爭議者，則將提指導委員會會議討論。</p>
四月十九日	<p>健保規劃小組於上午由楊漢涼執行秘書率隊至公保處參觀，參觀項目包括醫療費用審核作業、醫療品質審查作業、特約醫療院所之管理、高科技醫療之給付；另外加保催保作業、保費催收作業、薪資查核作業、保險資訊系統等另定時間前往參觀。</p>
四月二十三日	<p>醫療體系組於召開「中醫醫療需求與供給之整合研究」研究計畫複審會議，該研究為中國醫藥學院公共衛生學系賴俊雄主任所提，旨在研究全民健康保險實施後，中醫醫療的供需能否配合以及如何配合之課題。決議，請賴教授依照與會人員意見修改研究計畫。</p>
四月二十五日	<p>財務制度組召集人羅紀琮教授及規劃小組同仁前往勞保局資訊室，以瞭解勞保局電腦資料檔中，可提供全民健康保險規劃作業，進行分析用之資料。</p>

(續)

日期	紀要
四月二十七日	<p>支付制度組於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，決議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、藥事服務費的範圍界定將由藥師公會、臺大醫院藥劑科賴玉花副主任、長庚藥劑科廖繼洲主任及中國醫藥學院李世滄主任研提架構，並定於五月十一日開會討論。而藥事服務費之成本分析將俟定義架構有初步決議時，再委請長庚醫院莊逸洲主任進行研究。 二、藥價基準的訂定將由藥政處進行調查研究。藥政處與勞保局將於近期內公布西藥藥價基準；下(八十一)年度將進行藥價調查。 三、門診用藥評估將委請省衛生處及中醫藥委員會進行調查。 四、稽查制度應與其他系統作關係架構圖，將通案開會討論。
四月三十日	<p>醫藥分業規劃小組於衛生署十五樓大禮堂報告「考察美、日醫藥分業之情形」，並將於五月四日召開第三次協調會。</p>
五月二日	<ol style="list-style-type: none"> 一、財務制度組召集人羅紀琮教授應立法院內政委員會之邀請，於五月二日下午至立法院群賢樓參加審查會，討論主題為「勞工保險條例」。 二、支付制度組參加勞委會召開之「勞工保險診療費用支付標準表」檢討會議，決議將分別對各專科醫學會提出之修正意見，就結構之修訂及支付點數之調整，擇期開會討論。 三、銓敘部邀集有關單位研商「公務人員保險相關各類疾病保險實施健康檢查辦法草案」，由於牽涉到地方政府及私校之費用負擔問題，決議本案以慎重為宜，暫緩辦理。
五月三日	<p>健保規劃小組繼日前往公保處瞭解醫療費用審核作業後，五月三日再度前往參觀公保作業及資訊系統，以作為全民健康保險規劃之參考。</p>
五月三日、十七日、二十五日	<p>財務制度組於五月三日、五月十七日和五月二十五日召開「省市立醫院財務問題」、「全民健康保險安全基金之設置、運用與管理」及「慢性病療養由保險支付費用之可行性研究」研究計畫複審會議，計畫主持人楊志良教授、吳凱勳教授及藍忠孚教授分別與各複審委員就計劃書進行充分溝通。</p>
五月四日	<ol style="list-style-type: none"> 一、體制法令組邀請吳凱勳教授及張苙雲教授就「山地離島保險對象調查」研究計畫，與計畫主持人淡江大學合作經濟系謝明瑞副教授交換意見，俾使該項研究計畫能更合乎規劃之需求。 二、醫藥分業規劃小組召開第三次會議，決議：明訂醫院、診所及藥局之權利與義務與保險特約藥局設置之標準。評估各醫療區域之客觀條件擇區試辦。並請勞委會與勞保局對鼓勵醫師交付處方箋之支付方案研究其可行性。

(續)

日期	紀要
五月六日	為研商「職業團體投保單位辦理保險業務狀況」之問卷調查內容及對地區團體保險投保單位之瞭解，體制法令組於五月六日由吳凱勳教授召開第一次研究小組會議。
五月七日	勞委會召開會議研商修訂「勞工保險特約醫療院所特約及管理辦法」，決議刪除勞保特約名額之限制，並且除院轄市、省轄市、縣轄市外，申請特約不受開業滿六個月之限制。
五月九日、二十日	體制法令組於五月九日上午拜訪主計處第一、二局，五月二十日拜訪勞保局會計室及人事室，以瞭解行政機構與事業機構在會計制度及會計事務處理程序上之差異，俾作為中央社會保險局組織屬性研究之參考依據。
五月十日、十七日	<p>一、財務制度組協同交通大學管理科學研究所沈華榮講師於五月十日及五月十七日前往行政院國軍退除役官兵輔導委員會及軍醫局，就軍、榮方醫院所肩負之政策責任及財務問題請教有關人員，俾利「軍、榮方醫院財務問題研究計畫」之執行。</p> <p>二、勞委會目前正針對「勞工保險診療費用支付標準表」進行修訂，採分科方式邀請專科醫學會及醫院參加。首先於五月十日及五月十七日已對精神科支付標準修正完成，惟對於因精神科醫院評鑑類別改變後如何適用問題，將另擇期討論。</p>
五月十五日	支付制度組召集人李玉春教授赴勞保局演講「支付制度改革之策略」，並與勞保局同仁就改革方向及可能之問題充份溝通討論。
五月二十日、二十一日	Dr.Fetter 之協同研究員 Ron Bernier 和 John Abeln 於五月二十日、五月二十一日至衛生署與支付制度小組洽談 DRG 研究計畫細節，並與該計畫國內負責人 — 藍忠孚教授交換意見，謀求彼此合作之可行性，臨行並提供六種不同的合作模式供規劃參考。
五月二十一日	<p>一、體制法令組召開「中央社會保險局規劃專案小組」第一次小組會議，邀請專家學者及行政院秘書處、主計處、內政部、銓敘部、行政院勞工委員會、臺灣省政府、中央信託局公務人員保險處、臺閩地區勞工保險局等單位代表研商中央社會保險局之立案要點及籌備事宜。</p> <p>二、行政院勞工委員會為配合勞工保險條例之修正，於五月二十一日邀集有關單位及學者專家，共同研商「勞工保險醫療費用部分負擔實施辦法」草案。針對部分負擔是否以定率之精神採定額之作法，與免除部分負擔之對象及項目等充分交換意見，並將俟主辦單位提供更詳細資料後擇期討論。</p>

(續)

日期	紀要
五月二十二日	健保規劃小組邀請美國范德堡大學經濟系教授 Dr.Frank Sloan 就「醫療糾紛處理的政策問題 (Policy Issues in Medical Malpractice insurance)」作專題演講。
五月二十五日	支付制度組討論「中藥及西藥藥事服務費定義及範圍架構」事宜，藥事專業服務部分將按醫療院所等級及住院門診別加以分級，並將其服務項目依必要的 (core)、視情況的 (option)、及藥師倫理應有的，分為三類，同時給予權數，提下次會議討論。對於倉儲耗損率、醫院及社區藥局之行政管理費如何支付將請公保、勞保及長庚等醫院研提意見。
五月二十七日、六月一日	教育宣導組於五月二十七日及六月一日分函請新聞局協助辦理第二期全民健康保險海報甄選及製作宣導短片五集。
五月二十六日至二十九日	為全民健康保險規劃工作之推展，健保規劃小組於五月二十六日至五月二十九日邀請新加坡衛生部財務長 Mrs.Ho 及 Toa Payoh 醫院總執行長 Mr.Lim 來臺，並演講「保險儲蓄制度」及「公立醫院結構重整」。
六月三日	教育宣導組開辦「專題講員第一期訓練」於六月三日開辦，參加人員為勞保局、公保處、勞委會、銓敘部及健保規劃小組成員。
六月五日	體制法令組邀請專家學者就「山地離島保險對象調查」研究計畫進行複審。
六月七日	勞委會就「勞工保險醫療費用部分負擔實施辦法」草案舉行第二次會議，將擇期繼續討論。
六月九日	葉金川副署長、羅紀琮召集人及李玉春召集人應中華醫學會邀請就全國健康保險制度之規劃、總額預算之成因和重要性及全民健康保險支付制度改革之目標與策略作專題演講，並與與會醫學界人士暨醫療保險相關問題作熱切討論。
六月十日、十二日	六月十日哈佛大學蕭慶倫教授至衛生署與健保規劃小組就「精算模型」、「財務責任制度」、及支付制度等相關研究主題交換意見，並提出全民健康保險短期人才培訓計劃(草案)，六月十二日修正健保規劃小組委託陳孝平博士之「全民健康保險財務責任制度」研究計畫書。
六月十四日	行政院勞委會檢討勞工保險診療費用支付標準表之會議仍繼續進行，已將神經科及泌尿科支付項目檢討完成，預計六月底將完成全部科別之修正，惟部分科別爭議仍大，可能必須延長討論時間。
六月十八日、十九日	加拿大英屬哥倫比亞省衛生部助理副部長 Dr.Henderson 及溫哥華綜合醫院院長 Mr.Flett 應衛生署之邀，於六月十八日、六月十九日兩日拜會衛生署及作專題演講，並與健保規劃小組討論該國有關健康保險相關制度。
六月二十一日	支付制度組召集人李玉春教授參加厚生會召開之藥價政策研討會，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。

(續)

日期	紀要
六月二十一日至二十七日	六月二十一日至二十七日各分組召集人及專兼任研究人員分別向石曜堂副署長報告工作項目及現況，並討論進一步規劃工作及實施進度。
六月二十四日	支付制度組召集人李玉春教授與勞保局彭火明經理及相關人員，對免審範圍及專案申報之現況與問題，作進一步研討。
六月二十五日	召開行政院主管人員座談會健康保險組之預備會，討論和修正將於七月十九日正式會議之題目、現況說明及檢討、研討子題與解決方案等內容。
六月二十八日、七月十一日、二十五日	財務制度組分別於六月二十八日、七月十一日及七月二十五日召開「軍、榮方醫院財務問題」小組會議，討論問卷內容及實地訪問時間。
七月三日、四日、五日、八日	行政院勞委會檢討勞工保險診療費用支付標準表項目增刪之會議仍繼續進行，自七月三日至七月八日止，已就醫事檢驗科、內科、婦產科、神經科支付項目檢討修訂完成。
七月九日	下午召開「地區團體保險投保單位」座談會，針對「全民健康保險投保單位」之規劃方向、可能面臨之問題及研究計畫所擬之問卷等進行討論。
七月十一日	一、財務制度組由葉金川副總召集人主持召開「第一次國民醫療支出調查協調會」，決定「第一次國民醫療支出調查」由統計室主辦，健保規劃小組協辦，該問卷初稿已由財務組擬妥，並業已轉交統計室參考。 二、勞委會召開「勞保條例施行細則修正草案」第一次會議，惟會中尚未討論醫療給付相關條款。
七月十二日	有關將目前醫院申報公、勞保醫療費用之表格加以統合案，經於七月十二日召開第三次會議決議：鑑於目前公、勞保支付架構有所不同，且未來二、三年各類保險變化極大（例如眷屬加入、部分負擔、轉診等），若表格之變化過於頻繁，將增加承保機構及醫療院所之困擾，故表格之統一應配合全民健康保險支付標準、審查制度及作業流程等之規劃而逐步完成。
七月十七日	內政部邀集相關單位研商「低收入戶健康保險暫訂辦法修正草案」，擬將救助收容機構之部分院民納入保險範圍，並明訂無醫療給付等待期、加保前事故不給付等限制；另增訂被保險人住院期間膳食費用保險給付全額支付。
七月十九日、三十一日	衛生署委託資策會主持「全民健康保險資訊規劃」乙案，醫療體系組楊銘欽研究員及財務制度組召集人羅紀琮教授分別於七月十九日、七月三十一日會同資策會林真真處長赴公保處拜會蕭水林經理及勞保局林增吉總經理，請其惠予配合協助本案之進行，並請勞保局推薦一名資深人員為本案顧問，以協助相關調查事宜。

日期	紀要
七月二十二日	為查明勞、農保目前所發生之弊端，行政院勞委會於七月二十二日邀集內政部及衛生署等有關機關，共同研商訪查勞農保醫療給付業務有關事宜。
七月二十二日、二十五日	健保規劃小組至新聞局國內處審查「財務責任制」、「部分負擔」、「保險給付」等宣導短片腳本。除「財務責任制」通過外，其餘二項將再擇期審查。
七月二十三日、二十六日	體制法令組於七月二十三日、七月二十六日召開組內會議，進行「全民健康保險法」立案要點草案，及「中央社會保險局」組織架構草案之討論，並已完成草案初稿，將再提健保規劃小組會議討論。
七月二十七日	支付制度組委託研究案「醫院資本成本支付之研究」、「醫院教學成本支付之研究」二研究計畫完成複審，決議請計畫主持人參考審查委員意見修正計畫內容。
七月二十九日	行政院新聞局國內處舉辦全民健康保險海報甄選會議，共選出第一名 1 件，第二名及第三名各 4 件，佳作 30 件。
七月三十日	審查「中央社會保險局組織屬性之研究」期中報告，公保處、勞保局分別就運作現況提出寶貴建議。
七月三十一日	一、立法委員「全民健保意見調查問卷」已委請立法院助理聯誼會理事長陳忠政協助訪查。 二、財務制度組前往勞保局農保部拜會王宗仁經理，並訪問承辦有關承保、現金給付及保費收繳之工作人員，以確實瞭解目前農保作業流程。
八月一日	一、「中央社會保險局規劃專案小組」召開第二次專案小組會議，討論中央社會保險局之組織架構草案，以期能就中央社會保險局之可行方案達成共識。 二、支付制度組召開「研商全民健保支付標準表訂定事宜」會議，就現行公勞保支付標準表之差異、全民健保支付標準表訂定之方法、參與之人選進行討論。
八月二日	一、財務制度組召開「勞保財務處理流程及財務健全方法」會議，就加保、保費徵收、薪資查核、催保等項目交換意見。 二、教育宣導組召開會議討論全民健康保險海報甄選比賽得獎作品，並從中擇優 6 件，將洽請原製作者，作部分修改，並於簽請核可後印製。
八月二日、二十日	行政院勞委會檢討勞工保險診療費用支付標準表之會議於八月二日、八月二十日進行眼科及骨科費用支付標準表之有關事宜。

(續)

日期	紀要
八月五日	<p>一、勞委會審查「勞工保險診療費用支付標準表影響評估研究」期中報告，邀請專家學者及衛生署、勞保局等相關單位參加。</p> <p>二、健保規劃小組召開第三十七次會議，針對「全民健康保險法」立案要點草案及各組應配合事項進行熱烈討論。</p>
八月六日	<p>為因應未來完成全民健康保險及刻正進行之各項特殊規劃任務，健保規劃小組於八月六日召開「全民健康保險規劃小組短期人才培訓計劃有關會議」，邀請有關單位就全民健康保險第一期規劃總顧問哈佛大學蕭慶倫教授研提之「全民健康保險短期人才培訓計畫(草案)」進行充分溝通。</p>
八月八日	<p>勞保條例施行細則修正案第二次會議於勞委會舉行，其中有關醫療給付之第七十一條之一生育給付部分略作文字修正，特約醫療院所則將藥局包含在內。目前討論至第七十六條。</p>
八月九日	<p>美國哈佛大學公共衛生學院陳孝平研究員至健保規劃小組演講「美國保險財務制度」。</p>
八月二十日	<p>一、勞保局假臺北市民眾團體活動中心舉行「特約醫療院所門診醫療給付媒體申報作業研習會」。</p> <p>二、行政院新聞局邀請相關單位及學者專家就「醫療費用部分負擔」電影宣導短片，召開第二次審查會議。</p>
八月二十三日、二十四日	<p>健保規劃小組分別於八月二十三日、八月二十四日至行政院新聞局審查全民健康保險「保險給付」、「部分負擔」兩集電視宣導短片腳本，及「全民健康保險的性質」、「財源籌措與分擔」、「財務責任制」三集短片毛片。</p>
八月二十六日	<p>醫療體系組召開「牙醫醫療體系規劃之研究」與「臺灣地區牙醫人力現況與供需之研究」研究計畫審查會。決議：</p> <p>一、請「牙醫醫療體系規劃之研究」計畫主持人邱清華副教授執行原計畫，並針對牙醫特約醫療機構以及牙醫人力之供需與流失做深入探討。</p> <p>二、請「臺灣地區牙醫人力現況與供需之研究」計畫主持人姚振華副教授另就全民健康保險中有關牙醫的費用審查與支付制度進行研究，並請支付制度組進一步與姚副教授溝通。</p>
八月二十七日	<p>體制法令組召開「全民健康保險投保單位」研究計畫之組內會議，研究人員於會中充分交換意見。</p>

(續)

日期	紀要
八月二十八日	<p>一、行政院勞委會召開「研商勞保精神醫療院所診療費用申報表別事宜」有關會議，針對「勞保診療費用支付標準表」有關精神科適用表列之規定與「醫院評鑑」或「精神醫療院所(科)評鑑結果」之配合事宜進行討論。</p> <p>二、財務制度組召開「如何查定農民之所得」會議，各單位代表廣泛交換意見並取得初步共識：農民保費擬採分級課徵方式，以耕地面積為初步分級指標，同時適度考量作物與經營形態因素，以達到兼具公平性與效率性的分級原則。有關進一步細節設計擬將再邀集各主管單位與地政機關共同協商。</p>
八月二十九日	教育宣導組委託行政院新聞局辦理全民健康保險宣導標語之幻燈片製作，以及電視與廣播播放事宜。
九月二日	由石曜堂副署長及楊漢淥處長等陪同張博雅署長，拜會銓敘部陳部長，針對全民健康保險規劃中公保健康保險部分如何整合、部分負擔設計、保費之計算方式等課題進行溝通。
九月四日	為「研商公保養保實施至子女之眷保費率訂定事宜」，銓敘部於九月四日邀集有關單位針對「公保養保之保險費應採眷口制或被保險人制」、「公保養保開辦子女疾病保險後費率如何訂定」案，進行討論，決議依法先採眷口制，費率則以 3.5% 及 4% 兩案，併請考試院裁示。
九月五日	<p>一、張博雅署長應邀參加經濟建設委員會會議，就八十一年國家建設計畫「全民健保規劃之工作重點及特色」進行專題報告。</p> <p>二、勞委會召開「研討勞保特約醫院疾病分類申報作業座談會」，就現行醫學中心以 ICD-9-CM 代碼申報所遭遇的問題、解決方法以及如何增加填報的正確性與一致性進行討論。</p>
九月六日	衛生署召開「公勞農保法案協調會議」，邀請各保險主管機關針對公勞農保應分別修訂或整合為全民健康保險法，及公保、勞保、農保是否應同步實施醫療費用部分負擔制度，充分交換意見，並達成初步結論，即公勞農保法目前仍以分別修法為宜，將來再整合為全民健康保險法，並應同步實施醫療費用部分負擔制度。
九月二日至十月二十二日	勞委會於九月二日至十月二十二日期間，安排 17 天之勞保、農保特約及醫療院所辦理醫療給付業務訪查，衛生署由醫政處徐永年副處長代表參與訪查。勞委會並於九月二十日召開「檢討勞農保醫療給付業務訪查事宜」會議。

(續)

日期	紀要
九月十三日	<p>一、行政院勞委會檢討勞工保險診療費用支付標準表，於九月十三日進行牙科及整形外科費用支付標準之有關事宜。</p> <p>二、勞委會與衛生署會銜修正發布「勞工保險特約醫療院所特約及管理辦法」，其中修正要點如下：</p> <p>(一) 增聘勞資代表三人及勞保局代表員額一人；</p> <p>(二) 明定精神科醫療院所之特約分類依中央衛生主管機關評鑑結果辦理；</p> <p>(三) 取消門診特約醫療院所名額之限制，凡符合申請要件者，全面開放特約。</p>
九月十四日	<p>支付制度組拜會洪啟仁教授，就研訂全民健康保險支付標準表相關事宜進行說明與討論。該案所需資料已自九月十七日起分別就勞保門診及住院申報明細資料進行抽樣及譯碼中。</p>
九月十七日	<p>一、張博雅署長於行政院早餐會報中以「確立全民健康保險制度及辦理醫療網之情形」為題，提出報告。</p> <p>二、健保規劃小組委託馬偕醫院顏淑涓主任執行之「公勞保醫療費用審核制度之比較研究」舉行討論會，計畫主持人報告問卷回收情形及初步結果。</p> <p>三、行政院新聞局邀請衛生署、相關單位及學者專家就「醫療費用部分負擔」電影宣導短片乙集，召開審查會議。</p>
九月十九日	<p>健保規劃小組於召開記者說明會，由財務制度組召集人羅紀琮教授就「職業團體保險費徵收方式」為題提出報告，並提供記者相關書面資料。</p>
九月二十日	<p>一、勞保監理委員會與勞保局舉辦「八十年度勞保業務總研討會」。</p> <p>二、勞委會召開由藍忠孚教授主持之「勞保版 DRGs」研究案審查會，決議勞保版 DRGs 與全民健康保險版 DRGs 是否合併並由衛生署與勞委會共同委辦乙節，請由勞保處胡副處長邀集有關單位再協商。</p>
九月二十三日	<p>支付制度組召開「全國版 DRGs 計畫案研討事宜」會議，會議重點如下：</p> <p>一、我方可依據需要，選擇希望 3M 公司提供的服務項目；3M 提供的服務很有彈性，故可充分與藍忠孚教授之計畫配合。</p> <p>二、除公勞保資料分析，應儘速徵求五至十家醫院合作，給予適當的教育訓練。</p> <p>三、ICD-9-CM 疾病分類，只要有適當的軟體協助，醫院應可很快進入狀況。</p> <p>四、DRGs 與總額預算的配合，很多國家目前都在進行中，故應無技術性問題。</p>

(續)

日期	紀要
	<p>五、在設計 DRGs 支付計畫時，將特別考慮小型醫院的問題，以減少因 DRGs 所造成的威脅。</p> <p>六、原先的 DRGs 支付計畫，乃是將醫院與醫師費用合而為一，美國因政治因素導致 DRG 只支付醫院的畸型現象，其它國家(葡萄牙、挪威、愛爾蘭)則以 DRG 為基準，同時支付醫院與醫師。</p>
九月二十五日	為規劃未來全民健康保險實施後之病床供給，健保規劃小組委託中華民國公共衛生學會進行「我國病床供需現況與未來發展之規劃」研究乙案，已完成簽約手續。
九月二十六日	體制法令組召開「全民健康保險投保單位」研究計畫之組內會議，研究人員對本研究期末報告大綱提出修正，並對未來全民健康保險投保單位應辦理之保險事務交換意見。
九月二十七日	教育宣導組召集人黃乾全教授等至行政院新聞局審查「保險給付」、「部分負擔」兩集電視宣導短片毛片。
九月三十日	醫療體系組委託資訊工業策進會主持之「全民健康保險資訊系統規劃第一階段計畫—現行業務調查與分析」研究計畫，業繳交期中報告。
十月一日	為估算全民健康保險費用，並區分雙重投保身份之被保險人數目與醫療利用型態，財務制度組於十月一日取得臺北、臺中及高雄榮總等三家醫院之榮民、榮譽醫療服務資料。
十月四日	<p>一、教育宣導組進行「學校健康保險教育課程架構之發展」與「全民健康保險教材設計之研究」兩項委託研究計畫複審會議，決議請計畫主持人依與會人員意見修改計畫。</p> <p>二、支付制度組由藥檢局黃文鴻局長主持「中藥及西藥藥事服務費定義及範圍架構」第三次會議，決議：</p> <p>(一) 與會人員同意門診及住院藥事專業服務項目的範圍及支付原則。</p> <p>(二) 倉儲耗損率則建議在藥價基準訂定中考量。</p> <p>(三) 藥事行政管理費之分攤或支付基準將進一步開會討論。</p>
十月七日	體制法令組召開「全民健康保險醫療憑證研究」第三次會議，研究人員對醫療憑證之功能及其成本分析等事項交換意見，並對該研究期末報告大綱提出修正。
十月八日	健保規劃小組召開「全民健康保險保費負擔比例」署內會議，針對政府、雇主或被保險人之負擔比例充分交換意見，決議針對不同之負擔方案做詳細推估。

(續)


日期	紀要
十月九日	一、委託加拿大呂文峰處長進行之「加拿大健康保險之支付制度研究」乙案，已於十月九日以快遞函送審查意見及委託計畫合約書。 二、教育宣導組與立法院厚生會及集思會立委之國會助理，討論如何加強與立法委員溝通之相關事宜。
十月五日、十一日	醫療體系組分別於十月五日及十月十一日召開組內會議，討論之內容包括： 一、「醫療設施之規劃」內容大綱； 二、「山地及離島醫療保健現況及其影響因素」之研究內容大綱； 三、「臺灣地區醫院醫療利用量」之分析結果。
十月十一日	一、財務制度組「軍榮方醫院財務問題」工作小組召開會議，再次討論問卷分析與處理工作，並決定於十一月二日、十一月三日兩天第一次訪問榮民醫院。 二、參與勞委會召開之「勞工保險特約醫療院所合約書範本修正草案」研商會議，有關「勞保掛號費」是否以合約書訂定及如何訂定等問題，曾引起會上醫界及勞方代表熱烈討論；該條款將保留至下次開會再議。
十月十八日	一、有關「國民醫療支出調查」工作，經石曜堂副署長主持協商結果，決議由健保規劃小組主辦，並請羅紀琮召集人負責調查工作之規劃與執行，所需經費由健保規劃小組預算下支付；有關調查部分商請臺灣省家庭計畫研究所協助辦理。 二、內政部召開「低收入健康保險暫行辦法修正草案」第二次會議，針對第一次會議決議修正之內容再進行討論。該修正草案之重點為： （一）將救助機構收容之院民納入保險範圍。 （二）將內政部對「低收入戶健康保險」所做之行政釋令納入辦法內。
十月二十三日	醫療體系組邀集公保、勞保相關單位及各組召集人，審查資策會所提出「全民健康保險資訊系統規劃第一階段計畫：現行業務調查與分析」之期中報告。
十月二十八日	行政院勞工委員會檢討勞工保險診療費用支付標準表會議，進行特殊治療材料表之檢討。
十月二十九日	舉行「社會工作人員對全民健康保險的認知、態度、行為之調查研究」複審會議，重要決議如下： 一、研究題目再精確界定。 二、選樣再縮小。 三、問卷在調查前，應先安排討論會，以使問卷更可行。

日期	紀要
十一月一日	行政院勞工委員會開會進行醫療費用支付標準表「特殊治療材料表」部分的檢討，並就各診療項目支付點數之訂定原則及各分科會議時之爭議項目進行檢討。
十一月二日	召開「全民健康保險規劃小組顧問會議」，除進行工作簡報外，並由顧問提供建言。
十一月四日至八日	全國公共衛生人員研修中心於十一月四日至十一月八日舉辦「健康保險專題班」(第四期)，學員共 26 名，來自各級衛生單位。課程內容包括：健康保險概念、現有公保、勞保、農保醫療給付制度、健康保險發展趨勢、全民健康保險簡介及其在醫療體系、體制法令、支付制度、財務制度、醫藥分業等相關事項的解說。學員對訓練主題皆感興趣，討論甚為熱烈。
十一月七日	衛生署「中央社會保險局規劃專案小組」召開第三次專案小組會議，就「中央社會(健康)保險局」組織架構進行討論，決議，將來「中央社會(健康)保險局」組織架構草案報院時，採雙案(中央社會保險局與中央健康保險局)併陳方式。此外，中信局公保處蕭經理代表中信局提議，由該局承辦全民健康保險事宜，惟該案尚待報財政部研議。
十一月八日	勞委會召開研修「勞工保險特約醫療院所合約書範本修正草案」第二次會議，繼續討論條文至第三十條。
十一月十三日	衛生署「全民健保支付標準表專案研究小組」召開第一次會議，就訂定標準表之方法及現行公勞保支付標準差異較大的部分進行討論。
十一月十五日	財務制度組召開「全民健保保險費率精算問題之探討」會議，決議：全民健保費率精算將在現有已確定之政策方向下，分階段逐步進行，建立動態的計量模式，並邀請林喆博士擔任計畫主持人，同時運用中華民國保險精算學會之人力資源。
十一月十八至二十九日	為參考日本實施健康保險之經驗，健保規劃小組於十一月十八日至十一月二十九日由石曜堂總召集人率各組召集人等共 7 人組團赴日考察。
十一月十九日	勞保局召開「研商醫療院所申請特約案件審檢事宜」會議。
十一月四日至二十四日	委請新聞局製作之電視宣導短片「全民健康保險的性質」、「全民健康保險財源籌措與分擔」、「保險財務責任制」、「部分負擔」、「給付項目」等五集，已安排自十一月四日至十一月二十四日於三家電視台播出，教育宣導組並繼續研擬此五集宣導短片於高速公路休息站、火車站、醫院及學校等地播放之計畫。
十一月二十日	一、為瞭解醫用放射線技術人力之執業情形，以作為規劃之參考，醫療體系組正洽請原子能委員會提供執業資料電腦檔。該會並於十一月二十日復函表示同意。 二、財務制度組與財政部財稅資料中心初步聯繫，討論有關財產總歸戶事宜，以研擬未來地區性團體保險運用財產總歸戶資訊之可行性。

日期	紀要
十一月二十一日	<p>一、教育宣導組出席由企劃室召開之「利用超廣體電視媒體於國際機場進行衛教宣導」協調會，初步決議，由健保規劃小組提供「全民健康保險的性質」、「財源籌措與分擔」、「財務責任」、「給付項目」等四部一分鐘宣導片，分別自今(八十)年十二月起，於桃園中正機場和高雄小港機場播放。</p> <p>二、為進行未來全民健康保險藥事人力之規劃，醫療體系組已洽請藥師(生)公會收集會員資料，並於十一月二十一日取得藥師電腦檔。</p>
十一月二十二日	<p>勞保局召開「修定勞工保險診療費用支付標準表及特殊材料表會議」，針對訂定各診療項目支付點數原則、特殊材料表及各次分科特定診療項目中爭議項目之檢討進行討論。</p>
十一月二十八日	<p>銓敘部召開「研商公務人員眷屬疾病保險被保險人長期出境(包括出境國外及出境香港等)可否同意辦理退保」會議，決議以被保險人出入境之事實為加退保之依據，並將出入境之期間訂為三個月以上，以示長期之定義。</p>
十一月二十九日	<p>勞委會召開「研修勞工保險特約醫療院所合約書範本修正草案」第三次會議，除討論三十條以後之所有條文外，並就前次會議保留之條文進行討論，惟有關掛號費規定之第五條，本次會議勞方與醫界代表仍未達成協議，決議仍予保留，將另行召開會議討論。</p>
十一月三十日	<p>醫療體系組將統計室之醫院基本資料與醫院評鑑中醫療業務資料彙整完畢，並製作成「臺灣地區醫院服務概況」一冊。</p>
十二月二日	<p>財務制度組召開「國民醫療支出調查」調查工作協調會議，決議請臺灣省家庭計畫研究所協同主持此次調查計畫，並商請各縣市衛生局支援辦理訪視調查。健保規劃小組擬於近期將本調查計畫提局長會報，請各衛生局配合辦理。</p>
十二月三日	<p>健保規劃小組委託邱清華教授主持之「牙醫醫療體系規劃之研究」乙案，於十二月三日邀請有關學者專家召開專家諮詢會議，以討論該計畫之問卷內容。</p>
十二月七日	<p>一、勞委會邀集有關單位進行「勞工保險診療費用支付標準表」研討修訂第三次會議，針對精神科病人強制住院費用之支付、勞保病人住院病房標準及勞保醫師診察費之標準等進行討論。</p> <p>二、健保規劃小組正著手研擬「中央社會(健康)保險局籌設計畫」草案，將與「中央社會保險局組織架構草案」一併報院。</p>
十二月十日	<p>羅紀琼召集人與林喆博士商談「全民健康保險成本精算研究計畫」相關事宜。</p>

(續)

日期	紀要
十二月十六日至二十一日	<p>一、全民健康保險宣導海報 6 張，已奉署長核定進行印製，訂於本(十二)月十六日至二十一日公告，二十三日開標決定承印廠商。</p> <p>二、教育宣導組擬於八十一年四月及五月開辦「全民健康保險專題班」兩梯次，本案正報請簽核中。兩梯次受訓人員分別為「健康保險相關機構人員」及「私立醫療院所管理階層人員」，原則上每梯次受訓人員為 30 名，課程內容則委請吳顧問凱勳邀集相關授課人員研討設計。</p>
十二月十六日	<p>健保規劃小組召開「全民健康保險規劃指導委員會」會議，除決議全民健康保險未來承保機構之組織架構朝「中央健康保險局」方向規劃進行外，並就「全民健康保險法之訂定」、「推動實施醫藥分業」等議題充分進行討論。</p>
十二月十七日	<p>全民健康保險宣導標語 12 則已製作成幻燈片，行政院新聞局於十二月十七日函請三家電視台，自即日起至八十一年一月十五日止適時插播，並應併月報會知該局。</p>
十二月十九日	<p>健保規劃小組委託中國醫藥學院公共衛生學系主持之「中醫醫療需求與供給之整合」研究，業繳交期中報告，將於審查後，提供意見請其修正。</p>
十二月二十日	<p>行政院國軍退除役官兵輔導委員會召開「榮民榮譽參加全民健康保險執行小組」會議，就衛生署所提有關榮民、榮譽納入全民健康保險體系目前之規劃構想、相關問題以及希望獲得之資料等，充分討論溝通，會後將有關建議攜回，俾作進一步之分析研議。</p>
十二月二十六日	<p>一、財務制度組召開「國民醫療保健支出調查」專家討論會，與會專家針對本次調查之研究方法、抽樣數及問卷內容等問題提出建議，該小組將綜合各項意見，修改計畫書及問卷內容。</p> <p>二、財團法人資訊工業策進會於健保規劃小組第二十七次會議中提出「全民健康保險資訊系統規劃第一階段計劃：現行業務調查與分析」之期末報告，決議請葉金川副總召集人、各組召集人及吳凱勳顧問等，針對期末報告內容，擇期做進一步討論。</p> <p>三、體制法令組進行之「全民健康保險承保機構人力需求預估研究」，已將調查表函請勞保局提供資料及協助研究。</p>
十二月三十日	<p>行政院勞工委員會於十二月三十日召開勞工保險條例施行細則第三次研商會議，修正第七十六條至第一〇九條條文，至此已完成全部施行細則之修正工作，惟其中尚有若干條文予以保留有待討論，並未來可能因應勞保條例之修正，而須再舉行研商會議。</p>


八十一年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
一月三日	一、「軍、榮方醫院財務問題研究小組」前往竹東榮院參觀訪問，對榮院公務預算、作業基金收入之分配及竹東榮院之現況有清楚的了解。 二、邀請陳紫郎顧問就「如何從事大眾傳播宣導評估」及「如何加強與立法委員溝通」等兩案提供諮詢。
一月四日	有關委託中華民國神經學學會主持之「醫療糾紛對醫療成本之影響」一案，交付期中報告。
一月六日	由葉金川副署長邀集有關學者專家、醫院行政協會及衛生署相關單位，開會研訂「醫療服務統計名詞」之定義。
一月六日至九日	「八十一年國家建設研究會」衛生醫療分組以全民健康保險為主題，舉行研討會。與會學者專家最後分別就健全全民健康保險行政體制、健全全民健康保險財務制度、醫療費用支付制度改進方向、醫療體系如何配合全民健康保險之實施，及如何達成共識順利推動全民健康保險等共提出三十餘項建言。
一月九日	由楊漢淙處長主持，邀請周聯彬教授就委託張苙雲教授及黃秉德教授等執行之「全民健康保險承保機構組織架構之探討」研究報告草案進行討論，主要係對未來中央健康保險局之組織體系及功能職掌交換意見，並請研究計畫主持人參考所提意見再進一步研究修正。
一月十一日	由楊漢淙處長主持，並邀請周聯彬教授、胡德偉教授及翁義雄主任等三位學者專家，及臺灣省家庭計畫研究所張明正所長共同討論辦理「國民醫療保健費用調查」事宜。會中對抽樣設計、問卷內審及行政分工各項均深入討論。
一月十三日	邀集公保、勞保及相關單位，審查資策會所提出「全民健康保險資訊系統規劃第一階段計畫：現行業務調查與分析」之期末報告，決議請資策會依照有關意見修正後，提交衛生署。
一月十五日	參加勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第四次會議，就表中第二章特定診療第一部檢查部分，參照各醫療院所建議修正之支付項目及點數進行討論，部分爭議項目請衛生署查閱國外現行作法，提下次會議再行討論。
一月二十一日	召開「全民健康保險之醫療品質保證及醫療費用審查」討論會，由楊漢淙處長主持，並邀請國外顧問周聯彬教授及美國馬里蘭州醫療費用審查委員會翁義雄主任與會。當日下午續由楊處長主持，討論保險對象調查事宜。

(續)

日期	紀要
一月二十三日	參加勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第五次會議，續就表中第二章特定診療第一部檢查部分進行討論，除少數項目有待衛生署與勞保局釐清外，均已修訂完成。
一月二十四日	於全國經濟會議預備會中提出「如何健全全民健康保險財務制度」研究報告，與會人員提供許多建議與修正意見。
一月二十九日	<p>一、勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第六次會議，就表中第二章特定診療第二部放射線診療部分進行討論，決議請衛生署重新整合動靜脈血管造影、脊髓造影與電腦斷層造影之支付方式和支付點數。</p> <p>二、委託仁愛醫院廖素華主任主持之「全民健康保險作業流程研究」，進行期末報告審查。</p>
一月三十日	<p>一、委託資訊工業策進會主持之「全民健康保險資訊系統規劃第二階段計畫書」，提健保規劃小組第三十次會議討論。</p> <p>二、委託中華民國神經學學會陳榮永教授主持之「醫療糾紛處理制度之研究」，交付期中報告。</p>
一月三十一日	與臺灣省家庭計畫研究所就「國民醫療保健支出調查」抽樣設計事宜，再次進行討論，會議由楊處長主持。決議請家庭計畫研究所依每萬人口醫師數為指標，隨機抽取樣本。
二月十日	<p>一、「全國經濟會議」會前會討論「全民健康保險財務制度」。</p> <p>二、邀集學者專家就「全民健康保險醫療費用總額預算制之設計」進行討論，初步建議將「醫療費用支付委員會」改為「醫療費用協商委員會」，委員人數為 21 人至 31 人，其功能在於決定與分配醫療費用總額。</p>
二月十三日	委託陽明醫學院公共衛生研究所藍忠孚教授主持之「慢性病療養由保險支付費用之可行性研究」、高雄醫學院附設中和醫院劉宏文副院長主持之「我國基層醫療品質確信制度建立之研究」，以及中國醫藥學院公共衛生學系賴俊雄教授主持之「中醫醫療需求與供給之整合研究」等研究報告，提健保規劃小組第三十一次會議討論。
二月十七日	參加勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第七次會議，對於表中第二章特定診療第二部放射線診療、第四部注射、第五部復健治療均已完成修訂，有關第六部精神科治療費部分，決議先送請該會之「支付表修訂委員會」裁決是否刪減部分支付項目，再提下次會議中討論刪減後項目之支付點數。
二月十八日	就有關職業團體受僱人員薪資明細表與地區團體被保險人所得、財產資料之取得等問題，與財政部賦稅署進行諮商，該署表示凡為公務執行之必須，原則上同意提供。

日期	紀要
二月十九日	至臺灣省家庭計畫研究所說明「國民醫療保健支出調查」問卷，該所於二月二十日、二月二十一日兩天進行試測工作。將依據試測結果進行問卷修改工作。
二月二十日	委託馬偕醫院顏淑涓主任主持之「公勞保醫療費用審核制度之比較研究」研究報告，提健保規劃小組第三十二次會議討論。
二月二十一日	勞委會邀集衛生署、內政部、臺灣省政府、勞保局、勞保監理委員會研商「勞保慢性病藥事服務費申報有關事宜」，決議： 一、由勞保局邀集相關團體討論可適用於各級醫事機構之慢性病藥事服務費的疾病種類。 二、對於醫院已按 61 種慢性病給藥天數而加倍申報之藥事服務費，若屬前項決議公告之慢性病予以支付，其他則不予支付，但不將抽樣核刪之金額擴及母群體。
二月二十一日、二十二日	一、參加勞委會召開「研討勞工特約醫院以 ICD-9-CM 疾病分類申報作業座談會」，就區域級以上醫院申報 ICD-9-CM 疾病代碼之作業現況、常見問題、解決方法，以及如何提高填報的正確性與一致性，進行討論。 二、赴高雄榮民總醫院及永康、楠梓、龍泉三家榮民醫院訪問，以了解榮民醫院在當地醫療體系之地位及其經營概況，並討論未來全民健康保險實施後，榮院角色轉換與因應之道。
二月二十六日	召開「全民健康保險總額預算制之設計」第二次會議，就「醫療費用協商委員會」委員之人數、組成、任期、改聘方式及主任委員之產生等進行討論。
二月二十七日	進行之「全民健康保險承保機構人力需求預估研究」，繼去(八十)年十二月二十四日函勞保局後，復將調查表函請公保處提供資料及協助研究。
二月二十八日	參加勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第八次會議，就表中第二章特定診療第七部治療處置中第四項泌尿科處置進行討論，決議請衛生署對「腎臟碎石術」進行成本分析，俾以重新訂價。
三月三日	參加行政院勞工委員會召開研修「勞工保險醫療準則修正草案」會議，討論修正慢性病給藥等之相關規定。另外有關該準則之附表：「勞工保險醫療常用抗生藥品名表」、「使用維他命、荷爾蒙及尿蛋白製劑之醫治病症修正表」、「勞保住院病人常見疾病別之住院日參考表」，請衛生署於一週內提供修正意見。

(續)

日期	紀要
三月五日	參加內政部召開研商農保虧損經費撥補及臺灣省政府建議中央自八十二會計年度起收回自辦農保業務事宜之會議，決議：在中央社會保險局未成立之前，農保業務仍以委託臺閩地區勞工保險局辦理為宜，與會人員意見將一併呈報行政院核定。
三月六日	召開「支付標準表專案研究小組」第三次會議，訂定各支付項目之給付原則。
三月七日、九日	參加全國經濟會議，會中研討「如何健全全民健康保險財務制度」，與會人士針對財源來自薪資，以及薪資分級表等問題提供意見。
三月九日	召開「全民健康保險總額預算制之設計」第三次會議，決議將總額預算分配區分為住院、門診兩大部分，其中門診分為西醫、中醫、牙醫及藥品四部分。
三月十三日	<p>一、召開研商「中央健康保險局籌設計畫草案」及「中央健康保險局籌備處暫行組織規程草案」會議，會中各與會代表除就計畫草案內容提出修正意見外，並建議在草案內容中對於健保規劃小組與健保局籌備處未來之分工，應作更明確之規劃與區分。</p> <p>二、參加勞委會召開「復健醫師支付標準」會議，重新釐清專任及支援復健醫師之支付標準。</p> <p>三、委託新聞局製作之「全體國民都應該參加全民健康保險」宣導片，進行腳本審查，對於片中部分內容與主題不合處已要求修改後擇期再審。</p>
三月二十日	<p>一、健保規劃小組委託中華民國家庭醫學會辦理之「基層醫療指數與醫學生、實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」，繳交期中報告。</p> <p>二、參加行政院勞工委員會召開之「甲乙丙表修定第九次會議」，健保規劃小組代該會計算之「腎臟碎石術」成本，經由成本分析模式和八十年實際使用率初步結算，可節省1億餘元。</p>
三月二十七日	<p>一、參加勞委會召開之「甲乙丙表修定第十次會議」，會中該會並委託衛生署為之演算「血液透析之成本」，以為付費修正之用。</p> <p>二、召開研商「山地及離島地區保險對象調查暨醫療資源利用情形調查計畫實施案」會議，原則決定於六月中旬進行訪視員訓練，並自六月下旬至七月中旬正式進行調查。另本調查計畫已於臺東縣蘭嶼鄉、屏東縣三地鄉、花蓮縣秀林鄉、南投縣信義鄉、新竹縣尖石鄉等地進行問卷預試，將整理預試結果修正問卷。</p>

(續)

日期	紀要
四月七日、九日	<p>一、為配合全民健康保險規劃，特邀請美籍財務專家 Dr. James C. Vertrees 來衛生署作兩場演講：</p> <p>(一) 第一場 (四月七日上午九時至十二時於衛生署十五樓大禮堂) 題目：Budgeting and Payment Policy Issues。</p> <p>(二) 第二場 (四月九日下午二時至五時於衛生署十四樓會議室) 題目：DRGs Based Prospective Payment System。</p> <p>二、為瞭解臺灣推廣 DRGs 的可行性，3M 公司三位美籍 DRGs 專家在衛生署人員陪同下，訪問臺大、長庚、仁愛、健全、福全等五家醫院；並於四月九日 DRGs 有關討論會中，將參觀訪問心得與參加會議人士討論，同時提出在臺灣推廣 DRGs 的方案和時間表。</p>
四月七日、八日	<p>委託行政院新聞局製作之電視宣導短片「全體國民都應該參加全民健康保險」、「參加全民健康保險，有定期繳納保費的義務和享受保險給付的權利」、「實施醫療費用部分負擔，避免浪費醫療資源」等三片進行腳本審查。</p>
四月八日	<p>「全民健康保險規劃指導委員會」召開第二次會議，針對「中央健康保險局籌設計畫(草案)」及「中央健康保險局籌備處暫行組織規程(草案)」進行討論，並已參照與會委員意見修改草案內容，簽請報院。</p>
四月八日、九日、十九日、二十日	<p>有關「國民醫療保健支出調查」，於四月八日、四月九日假臺中舉辦訪員訓練，經工作分配後，每位訪員平均約需訪視 50 戶，250 人。並於四月十九日及四月二十日分別於臺北及高雄繼續舉辦訪員訓練。</p>
四月九日、十日	<p>「軍榮方醫院財務問題研究小組」到嘉義、灣橋、埔里三所榮民醫院參觀，以瞭解該院財務狀況及問題。</p>
四月十三日、十四日	<p>「軍方榮民醫療院所納入全民健保專案小組」由醫政處徐永年副處長率健保規劃小組相關同仁訪問三軍總醫院、空軍總醫院、國軍八一七醫院之附設民診處、臺北軍眷門診中心與臺北地區三家眷村診療所，以利規劃軍方醫療院所納入全民健康保險醫療體系之參考。</p>
四月十五日	<p>參加行政院勞委會召開之「甲乙丙表修訂第十一次會議」：</p> <p>一、衛生署正式提出該會委託估算有關「電腦斷層掃描」、「血液透析」、「體外電震波腎臟碎石術」之成本及應給付價格，如為該會接納，可於新年度節省 7 億 5,000 萬元。</p> <p>二、甲乙丙表「特殊診療」部分業已討論完畢，繼續進入「基本診療」之研討。</p>
四月二十日、二十四日	<p>委託全國公共衛生人員研修中心開設「全民健康保險專題班」三梯次，第一梯次受訓學員 30 名，均為健康保險相關機構在職人員。</p>
四月二十七日	<p>成立「全民健康保險法研議小組」案，業已簽奉核定，刻正函請相關機關派員參加。</p>

(續)

日期	紀要
四月二十七日至五月一日	委託臺大醫學院公共衛生人員研修中心辦理之「全民健康保險專題班」，第二梯次課程參加人員為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，共計 30 名。
四月二十八日	一、「中央健康保險局籌設計畫(草案)」及「中央健康保險局籌備處暫行組織規程(草案)」報院。 二、向退輔會各處科長及各榮院院長簡報有關「軍榮方醫院財務問題」之初步分析結果，並請各榮院將八十年度榮民的醫療支出，按未來健康保險給付項目及不給付項目區分為兩部分。
四月二十九日	參加勞委會召開修訂「勞工保險診療費用支付標準表」第十三次會議，就基本診療部分調高支付點數進行討論，若於下年度調高 6.7%，將透支 12 億元，適當調幅仍待下次會議繼續討論。
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。
五月五日	林喆博士來臺，與健保規劃小組洽談有關「全民健康保險成本精算研究」計畫，並辦理簽約事宜。
五月七日	審查「全民健康保險承保機構組織架構之探討」研究計畫期末報告。
五月十一日至十五日	委託臺灣大學醫學院全國公共衛生人員研修中心辦理之「全民健康保險專題班」，第三梯次課程開設，參加人員為病床數 200 床以上之私立醫院行政管理階層人員。
五月十三日	一、為擴大宣導全民健康保險，擬製作之宣導小冊內容業經簽奉核可，移請秘書室辦理委託設計事宜。 二、「勞保中醫醫療利用」研究計畫，召開期末報告審查會，與會之委員、顧問及機關代表均就資料處理、研究結果與建議等方面提供意見。
五月十五日	健保規劃小組拜訪財政部財稅資料中心，瞭解所得與財產資料內容，藉以評估所得與財產作為保險費徵收基礎之可行性。
五月二十一日	一、健保規劃小組就現階段規劃工作向署長簡報，就多項較具爭議之議題進行討論。 二、開會討論全民健康保險法立案要點有關財務制度、支付制度及醫療體系項目。
五月二十六日	一、參加行政院勞工委員會召開之甲乙丙表修正會議，以及甲乙丙表影響評估研究報告審查。

(續)

日期	紀要
	二、參加銓敘部召開「關於民國八十一年實施公務人員子女保險相關事宜座談會」，與會人員就小兒科醫療院所之開放特約幅度以及小兒科特約醫療院所收治被保險人之年齡限制等交換意見，決議由公保處對上述兩問題再加以研究。
五月二十八日	委託財團法人資訊工業策進會之「全民健保資訊系統規劃第二階段計畫」，進行期中報告。
五月二十九日	一、健保規劃小組內部開會討論「全民健康保險法立案要點(草案)」，對多項內容已獲致初步原則，將著手研擬法案條文。 二、參加行政院勞工委員會召開「研討修訂甲乙丙表臨時會議」，就該會委託衛生署代查有關心臟導管手術、角膜組織膠的使用、洗腎成本分析等問題進行討論。
五月三十日	為有效推動全民健康保險教育宣導工作，擬補助各大專院校社會服務團隊，於今(八十一)年暑假或於八十二年寒假，進行全民健康保險宣導活動，已發函各校，預定五月三十日截止申請，隨即展開審查作業及補助事宜。
六月二日、三日	健保規劃小組由吳凱勳顧問率領副研究員7名，應桃園縣衛生局邀請，前往講授「全民健康保險」課程，受訓學員為該縣所屬13所衛生所工作人員，共60名。
六月三日	邀請財政部召開「全民健康保險財源問題探討」會議，與會人員一致同意以保險費為全民健康保險主要財源，惟倘若須以稅捐稽徵系統徵收保費，應有立法配合。
六月十二日、十四日	山地離島保險對象調查案，完成訪視員訓練，隨即進行調查工作。
六月十三日	於澎湖邀請鄉公所及衛生醫療界人士召開全民健康保險座談會，以加強意見交流。
六月十五日至二十日	林喆博士來臺，就衛生署委託之「全民健康保險成本精算研究」，與署內人員進行討論。
六月二十四日	一、行政院勞工委員會召開對甲乙丙表修訂協調會，決議將基本診療章中門診診療費調高原點數之20%、住院診療費調高10%、治療飲食費調高5%、病房費調高5%，基層醫療院所之門診免審金額調至220元，至於其他項目及其他層級醫院之門診免審金額暫不調整，本修訂標準預定八十一年八月一日起實施。 二、陳孝平先生於財務制度組報告「全民健康保險財務責任制度」委託計畫期末報告內容。

(續)

日期	紀要
六月二十四日至七月四日	有關衛生署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，經審核並簽奉核准補助 14 所學校 39 支隊伍，每隊 2 萬元活動費，自六月二十四日至七月四日於各接受補助之大學辦理行前說明會。
六月二十五日	財務制度組邀請專家學者討論「全民健康保險費用預估」，針對費用預估的方法與假設變數等，做了充分的討論。並建議以專家調查的方式選擇最佳的假設變數。
六月二十六日	一、召開「全民健康保險法研議小組」第一次會議，邀請有關機關及學者專家，就衛生署擬定之「全民健康保險法立案要點(草案)」進行討論。 二、「山地及離島地區保險對象調查」正式進行實地訪查工作，預計於七月二十五日完成調查作業。
六月二十九日	張博雅署長至立法院內政委員會就全民健康保險規劃進行報告，並和與會之委員及各相關部會首長交換意見。
六月三十日	立法院厚生會來署，報告其擬定之「國民健康保險法立案要點」，並就與衛生署所擬之「全民健康保險法立案要點(草案)」不同之處交換意見。
七月一日	邀集有關機關及學者專家研議「中央健康保險局組織條例(草案)」，將依據與會人員意見修正草案後，提「全民健保規劃指導委員會」討論。
七月七日、十八日	召開「全民健康保險法研議小組」第二次及第三次會議，就衛生署擬定之「全民健康保險法立案要點(草案)」進行討論，目前已完成第一回討論，修正完畢後，將自八月份起，於每週五上午開會，進行第二回討論。
七月八日	衛生署委託陽明醫學院錢慶文教授主持之「醫院教學成本支付研究」及「以前瞻式支付方式支付醫院資本成本研究」，召開期末報告審查會。
七月九日	前往行政院就「全民健康保險規劃」向郝柏村院長報告，院長於聽取簡報後指示： 一、民國八十三年實施全民健康保險是政府既定政策，因此，應儘快完成公保法及勞保、農保條例的修訂工作。 二、三法的修訂，應提高保險費率以符需要，被保險人、政府或雇主的保費分擔比率要合理，部分負擔一定要做，三法對於部分負擔比率的規定應一致，有關醫療給付的保險費與老年給付等現金給付的保險費應分開計算。 三、全民健康保險只是提供醫療服務的健康保險，而非綜合保險，有關養老、傷殘、死亡等現金給付將由原主管機關另行辦理，不納入全民健康保險體系。

(續)

日期	紀要
	<p>四、相關法規修訂後應整合成全民健康保險法。</p> <p>五、行政院相關部會應積極執行醫療網計畫，以配合全民健康保險之實施。</p>
七月十日	召開「中醫醫療需求與供給之整合研究」及「醫檢人力資源之評估」期末報告審查，兩案將依與會學者專家之意見修改報告內容。
七月十四日	「全民健康保險規劃指導委員會」召開第三次會議，針對「中央健康保險局組織條例(草案)」進行討論，將參照與會委員意見修改草案內容後儘速報院。
七月十五日	林喆博士返臺，就「全民健康保險成本精算研究」有關各項保險資料進行分析。
七月九日至七月二十五日	山地離島地區保險對象調查計畫，於六月二十六日起於臺澎地區三十個山地鄉及八個離島鄉正式展開問卷訪視工作。該計畫相關人員於七月九日起，至花蓮、宜蘭、嘉義、高雄及臺東等地進行調查稽核工作，預訂七月二十五日結束問卷調查工作。
七月二十二日	行政院勞工委員會召開有關委託藍忠孚教授 DRGs 研究期中報告審查會議，該計畫在勞保局配合下，業已收集各醫院勞保申報資料進行分析。
七月二十三日	參加行政院勞工委員會召開「研商擴大中醫勞保特約事宜」會議，原則決議勞保中醫將採逐步擴大特約方式辦理；與會人員另就特約標準採評分式或條件式充分交換意見，並請衛生署中醫藥委員會儘速協調各中醫師公會，提供所屬會員開業年資之統計數據，俾供該會參考。
七月二十四日	<p>一、召開「保險醫療費用申報檔案制定小組第一次會議」，短期內公保、勞保尚難統一保險醫療費用申報檔案。</p> <p>二、參加企劃室召開之「國際及國內機場超廣體電視播放宣導片選片會議」，初步決定由健保規劃小組提供「全民健康保險之性質」、「全體國民都應參加健康保險」兩支宣導短片於國內機場播放。</p>
七月二十九日	與行政院勞工委員會會銜公告甲乙丙表修訂標準，將基本診療章中門診診療費調高原點數之 20%、住院診療費調高原點數之 10%、治療飲食費調高 5%、病房費調高 5%，基層醫療院所之門診免審金額調至 220 元，至於其他項目及其他層級醫院之門診免審金額暫不調整，本修訂標準預定八十一年八月一日起實施。
八月六日	召開「全民健康保險資訊系統實施方案」座談會，決議：請資策會參考醫療資訊網推廣計畫，擬定全民健康保險資訊系統建置計畫，其內容應包括項目、預算及時程等。

(續)

日期	紀要
八月七日	召開「全民健康保險法研議小組」第四次會議，針對已修正之「全民健康保險法立案要點(草案)」進行第二回討論，主要重點為第五項「保險對象」及第十三項「部分負擔」，並請與會人員於八月十一日前將有關意見送健保規劃小組，俾將全民健康保險法立案要點(草案)儘速提健保規劃指導委員會討論。
八月八日	健保規劃小組邀請立法院厚生會有關人員蒞署，就「全民健康保險全省巡迴講座活動」研商相關配合事宜。
八月十二日	參加行政院勞工委員會召開研修「勞工保險特約醫療院所診療費用審查辦法修正草案」會議，修正通過審查委員名額為 95 人至 199 人，並就審查作業相關條文進行討論。
八月十三日	<p>一、進行「門診用藥價格分析」委託研究計畫期末報告審查會，決議請計畫主持人依與會人員意見修改報告內容。</p> <p>二、行政院人事行政局依據行政院秘書處之指示，邀集相關單位，就衛生署專案報院之「全民健康保險短期人才培訓計畫(草案)」進行討論，會中建議衛生署將計畫名稱修改為「全民健康保險專業人才短期訓練計畫」，並於計畫中規定受訓人員應由各相關單位推派，且應列表明訂 100 名及 20 名送訓人員之推薦單位及推薦名額。</p>
八月十四日	召開全民健康保險法研議小組第五次會議，就全民健康保險法立案要點(草案)第一項至第十三項再次討論。
八月十八日	召開「醫療糾紛對醫療成本之影響」及「醫療糾紛處理制度之研究」兩項委託研究計畫期末報告審查會，決議請計畫主持人依與會人員意見修改報告內容。
八月二十日	召開「成功大學健康 IC 卡實驗第二階段第二年計畫試辦成果檢討會議」，邀請趙健明教授報告其實驗成果，並和與會各醫學中心代表就健康 IC 卡在醫療領域之應用及研提實驗計畫方向等事項，進行討論。
八月二十一日	<p>一、美商 3M 公司 Mr.Steve Loes 與該公司在臺人員蒞署，與健保規劃小組洽談有關 DRGs 研究計畫案及其相關版權問題。</p> <p>二、參加臺閩地區勞工保險局召開「勞工保險特約醫療院所合約書第二十二條有關抽樣審查規定作業事宜研商會議」，就抽樣件數、抽樣間距、核減率基準及極端值處理方式等事項進行討論，由於與會醫學中心代表意見分歧，故決議請各醫學中心於一週內將書面意見提送勞保局彙整後再議。</p>

(續)

日期	紀要
八月二十六日	一、財團法人春陽文教基金會舉行「八十三年全民健保 — 慈善社團何去何從」座談會，由戴桂英科長代表出席，說明全民健康保險規劃概況。 二、召開「全民健康保險規劃 — 各級政府保險費負擔比率之探討」會議，提出各級政府保險費負擔之三方案： (一) 維持現狀，各級政府依現行比率分擔； (二) 各級政府以一定的比例共同分擔費用； (三) 由中央政府全額負擔。
八月三十一日	一、召開「醫院成本實證研究」說明會，邀請專家學者與 30 家醫院院長、副院長及會計人員，就衛生署委託進行之醫院成本研究進行說明，並請配合提供相關資料。 二、「山地離島地區保險對象調查」於七月底完成訪視工作，經資料檢誤、複訪，於八月三十一日起開始電腦資料鍵入及資料分析等工作。另為掌握山地及離島鄉農保投保人數資料，業於八月二十日函請各相關地區農會，協助提供鄉別資料。
八月二十七日至九月一日	林喆博士返國就「全民健康保險成本精算研究」提出初步報告，並於八月三十一日拜訪勞保局資訊室，以瞭解勞保最近一年資料取得之情形。
九月七日	「全民健康保險宣導小冊」25 萬份已印製完成，並函送全省各衛生局及 200 床以上醫院，請其協助轉發宣導。
九月八日	一、八十二年度「全民健康保險專題班實施計畫」業奉核定，預計辦理 10 個梯次，受訓人員共計 450 名，其中包括衛生署及直屬單位人員、健康保險相關機構人員、公私立醫院管理階層人員、鄉鎮市區公所、農會及專業工會團體代表等。 二、召開「全民健康保險規劃指導委員會」第四次會議，就全民健康保險資訊系統相關問題進行討論，將依與會人員意見研擬「全民健康保險資訊系統建置計畫書」，並報請行政院核定。
九月十四日	一、召開「全民健康保險法研議小組」第七次會議，就「全民健康保險法立案要點(草案)」討論完畢，將依與會人員意見修改後，近期內提報「全民健康保險規劃指導委員會」討論定案，並儘速進入條文討論。 二、張博雅署長率同健保規劃小組相關成員赴行政院勞工委員會進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對未來勞工保險與全民健康保險制度調整之原則、請配合辦理事項與勞工保險與全民健康保險業務轉移與銜接步驟進行溝通。
九月十五日	召開「牙醫醫療體系規劃之研究」期末報告審查會，決議請計畫主持人依與會人員意見修改報告內容。

(續)

日期	紀要
九月十四日至二十六日	林喆博士返國就「全民健康保險成本精算研究」提出期末報告。
九月二十一日	衛生署贊助立法院厚生會主辦之「我國全民健康保險制度之展望—全省巡迴講座」，已分別於桃園、雲林、彰化、花蓮等地舉行。
九月二十二日	張博雅署長率同健保規劃小組相關成員赴行政院，向秘書長進行全民健康保險規劃簡報，並就保險費分擔比率(含各級政府、雇主與被保險人)、全民健康保險總醫療費用需求、中央健康保險局籌設進度及行政費用由保險費或由政府預算支應等議題進行討論，與會並有行政院主計處、研究發展考核委員會及人事行政局等單位。
九月二十四日	為瞭解公保處現有之各聯合門診中心未來因應方向，健保規劃小組由葉金川副署長帶隊，赴公保處與該處及聯合門診中心代表進行座談溝通。
九月二十五日	銓敘部依行政院郝柏村院長於八十一年七月九日聽取衛生署全民健康保險規劃簡報後之指示事項，就公務人員保險法第十三條有關部分負擔比例部分，召開研擬再修正條文草案會議，決議有關部分負擔比例修正如下：門診醫療費用自行負擔 20%，住院醫療費用自行負擔 10%。
九月二十九日	石曜堂總召集人率同健保規劃小組相關成員赴經建會進行研商，就全民健康保險規劃之保險對象投保進度、投保金額設計、保險費負擔概估、部分負擔設計及財務監理等議題進行討論。
十月一日	補助中興大學企管研究所於十所大專院校辦理「全民健康保險進入大學校園系刊活動」已正式展開，該系列活動除包括報紙、海報、單張等文宣品發送外，並備資料展覽及座談會等活動。
十月二日	參加行政院勞工委員會召開「研商擴大中醫勞保特約標準事宜」會議，決議：在逐步開放特約之原則下，以中醫院所開業年資及負責醫師執業年資設定特約條件，符合特約條件並經實地訪評及格者予以特約；惟對於鄉鎮地區不設定開業年資限制，對兼具中西醫資格者，為鼓勵其從事中醫醫療服務，在院、省轄市開業滿六個月即可申請特約。
十月三日	一、衛生署委託財團法人資訊工業策進會規劃之「全民健康保險資訊系統建置計畫書」，經審查修改後送署，並於十月十四日報請行政院審核。 二、張博雅署長率同健保規劃小組相關成員赴財政部進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對保費分擔比率、財稅資料之配合及公保聯合門診中心配合全民健康保險實施之因應方案等進行溝通。
十月五日、二十三日	召開「全民健康保險規劃指導委員會」第五次及第六次會議，就全民健康保險法立案要點(草案)進行討論，並將於近期內儘速召開會議繼續討論。

(續)

日期	紀要
十月八日	為配合國家建設六年計畫遠景展，健保規劃小組於國父紀念館之展覽會場提供觸控式電腦乙座，以各種動態畫面宣導全民健康保險未來遠景。
十月八日、十六日、二十二日及三十日	召開全民健康保險法研議小組第九次至第十二次會議，就全民健康保險法條文草案第十二條至第三十九條進行討論。
十月九日	召開全民健康保險版支付標準表研議小組第四次會議，就成本分析研議小組設計之成本分析架構進行討論。
十月十一日至十七日	為進行醫院成本分析實證研究，健保規劃小組同仁於十月十一日至十七日赴屏東基督教醫院等十一家醫療院所訪視，以瞭解該院財務報表特性，並指導醫院如何提供成本資料，俾供研訂全民健康保險版支付標準表。
十月十三日	行政院勞工委員會召開「研商勞工保險診療費用支付標準表」委員會會議，邀請相關單位及專家委員共商甲乙丙表特殊診療章之修訂事宜。
十月十四日	參加行政院勞工委員會召開「研商家庭幫傭參加勞工保險事宜」會議，決議：外國籍家庭幫傭以其雇主為投保單位自願加保者，保險費由雇主負擔 80%，勞工負擔 20%，全案將報請行政院核定後實施。
十月十六日	參加臺閩地區勞工保險局召開之「勞工保險特約醫療院所合約書第二十三條有關抽樣審查規定作業事宜研商會議」，就抽樣審查之核減率基準及極端值處理方式等事項進行討論。
十月十九日	派員拜訪民間廠商，以瞭解營利事業所得稅申報與勞保投保薪資報繳情形，並探討未來全民健康保險投保薪資報繳方式，對廠商可能造成的影響和行為改變。
十月二十三日	為加強對全民健康保險之瞭解，八十二年度全民健康保險專題班第一梯次於十月二十三日結訓，共計 34 名來自臺中縣以北 34 所農會之農保業務承辦人員參加。
十月二十八日	召開「保險精算與安全基金相關問題」專家討論會，針對全民健康保險立案要點中有關精算評估期、精算平衡區及安全基金之管理與運用等議題進行討論。
十月三十日	召開「投保金額分級表之訂定」會議，原則決定：以基本工資為投保金額分級表之下限，上限則以固定的人數佔率訂定，級距則參考現行勞保制度向上調整。
十一月二日	健保規劃小組相關成員赴內政部進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對農保條例之調整、農民投保薪資之計算方式、低收入戶健康保險之經費負擔及低收入戶之部分負擔設計等方案進行溝通。
十一月五日	召開「軍、榮方醫院財務問題之研究」期末報告審查會，研究結果將依與會之軍方、榮方醫院主管人員及專家學者建議修正。

(續)

日期	紀要
十一月六日、十三日、二十七日	召開全民健康保險法研議小組第十三次、第十四次及第十五次會議，就全民健康保險法修正條文草案第三十八條至罰則部分進行討論，至此已完成第一遍全部條文之討論。
十一月七日	衛生署委託臺大醫學院陳慶餘教授主持之「基層醫療指數與醫學生實習醫師、住院醫師未來執業方式及其影響因素之調查」研究，召開期末報告審查會，將依與會學者專家意見修改報告。
十一月九日	就衛生署委託加拿大華人文教科技學會呂文峰博士及李博志博士之「加拿大健康保險之支付制度研究」召開審查會，當天下午並請其就該制度進行演講，並與參加之醫院代表共同討論。
十一月十日	一、健保規劃小組相關成員赴國防部進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對軍眷之定義與人數、保險費分擔、軍方醫療院所納入全民健康保險體系等議題進行溝通。 二、召開「健保版 DRGs 計畫案座談會」，邀請學者專家及行政院勞工委員會進行研商，決議： (一)DRGs 計畫案主要為疾病分類研究，至於是否作為支付或預算控制，將再行研究。 (二)聘請 3M 公司為 DRGs 計畫案顧問乙節，宜報請行政院核定。 (三)應儘速成立國內研究小組。
十一月十九日	一、健保規劃小組相關成員赴行政院國軍退除役官兵輔導委員會進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對榮民、榮眷參加全民健康保險之投保單位、投保金額核算方式、榮民就醫部分負擔費用之處理等議題，進行討論。 二、召開「全民健康保險規劃指導委員會第七次會議」，就全民健康保險法立案要點(草案)中重要議題進行討論。
十一月二十日	召開「健康保險承保機構組織屬性之研究」期末報告審查會，研究結果將依與會專家學者建議修正。
十一月二十二日	李玉春召集人應邀赴醫師公會全國聯合會理監事會議，說明「全民健保總額支付制度」，並就相關議題進行溝通。
十一月二十五日	健保規劃小組相關成員赴教育部進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對私立學校教職員保險費分擔問題、學生團體保險給付內容之因應調整、在各級教育單位舉辦宣導活動、增刊健康保險課程及教材等議題進行討論。
十一月三十日	健保規劃小組舉辦之「全民健康保險專題班」第三梯次，假政大公企中心舉行，受訓學員為健康保險相關機構人員約 60 名。
十二月四日、十二日	召開全民健康保險法研議小組會議第十六次、第十七次會議，至此，研議小組已完成全部條文草案內容。

(續)

日期	紀要
十二月七日	銓敘部召開「會商研擬公務人員保險法施行細則部分條文修正草案」會議，討論修正第五十三條增列臺灣地區以外就醫自墊醫療費用核退之規定及第六十七條公保被保險人居住於大陸地區之眷屬死亡可請領眷屬喪葬津貼。
十二月十日、十一日	健保規劃小組相關成員赴高雄市政府及臺灣省政府進行研商，就全民健康保險規劃進行簡報，並針對全民健康保險之保費分擔問題、地區團體被保險人以各地鄉鎮市區公所為投保單住之相關事宜、如何加強基層醫療保健設施及服務，以因應全民健康保險之需要等議題進行討論。
十二月十四日	邀請美國藍十字保險公司董事兼精算師時錦棣先生蒞署演講「醫療利用控制」，介紹多種控制醫療利用之方法與實務執行等各項問題，並和與會人員進行討論。
十二月十四日、十八日	召開「全民健康保險規劃指導委員會第八、九次會議」，就全民健康保險法(草案)進行討論，經二次會議討論定案，將依與會人員意見修改後，報請行政院核定。
十二月二十三日、二十四日	參加行政院勞工委員會舉辦之「我國職業災害保險展望研討會」，就我國職業災害之展望及加拿大勞工補償制度之發展等課題進行研討。
十二月二十八日	將全民健康保險法(草案)及中央健康保險局組織條例(草案)報請行政院核定。

 八十二年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
一月十一日	針對全國及各縣市醫師、牙醫師及中醫師公會理事長與代表進行「全民健康保險總額支付制度說明會」，並就相關議題進行討論。
一月十一日至十五日	健保規劃小組舉辦之「全民健康保險專題班」第四梯次，假政大公企中心舉行，受訓對象為健康保險相關機構人員共 60 名。
一月二十日	邀請法國醫療經濟研究中心主任暨醫療經濟專家協會會長 Mr.Simone Sandier 以 Health Care Expenses in the E.C: Development and control 為題進行專題報告。
二月一日	衛生署報院核定之「全民健康保險法（草案）」於行政院進行第一次審查，共完成九條條文之審查，對會中有爭議之條文，經健保規劃小組討論後，於二月九日赴行政院協商條文修改事宜。
二月十日	一、「全民健康保險法（草案）」於二月十日於行政院進行第二次審查。 二、委託師範大學衛生教育學系黃松元教授主持之「國中、國小健康保險教育課程架構之設計」研究，進行期末報告審查，將依與會人員意見修正。
二月十四日	一、參加高雄醫學院附設中和紀念醫院主辦之屏東區醫療網「全民健康保險制度規劃座談會」，就規劃內容進行說明。 二、參加高雄市醫師公會舉辦之「全民健保法案三版本研討會」，針對衛生署、厚生會、沈富雄立委研擬之三種全民健康保險法草案版本進行討論。
二月十六日	委託陽明醫學院李玉春教授主持之「開業醫師執業成本調查與醫師診療報酬」研究，進行期末報告審查，提供意見請其修正。
二月十七日	消費者文教基金會舉辦「全民健康保險何去何從座談會」，就衛生署、厚生會、沈富雄立委、醫界聯盟對全民健康保險法之不同版本及意見進行討論。
二月二十三日	參加勞委會舉辦之「勞工保險支付標準表增減列項目研商會議」，決議增列 C 型肝炎抗體檢查（250 點）及顱內都卜勒超音波血流儀檢查（2000 點，限神經科專科醫師申報），其餘項目將於下次會議時邀請各相關醫學會研商。
二月二十四日	於中央圖書館舉辦「中日全民健康保險研討會」，約 200 餘人參加。
二月二十五日	一、至新聞局審查宣導短片腳本四集，主題分別為：「參加全民健康保險，定期繳納保險費，發揮自助互助精神」、「保險費是由全體被保險人、雇主和政府共同負擔」、「珍惜醫療資源，實施部分負擔」、「每一份醫療支出，都是來自每一位國民所繳的保費，請珍惜醫療資源（臺語）」。

(續)

日期	紀要
	<p>二、邀請參加「中日全民健康保險研討會」之日本石本忠義教授等四位學者專家至衛生署舉行座談會，與會人員就日本實施全民健康保險之經驗，進行討論。</p> <p>三、委託林喆博士主持之「全民健康保險成本精算」研究，召開期末報告審查會議，除討論未來全民健康保險費率之訂定，並提供意見請其修正。</p>
二月二十六日	<p>一、召開「全民健康保險總額支付制度推動小組」第一次會議，邀集相關團體就試辦計畫進行討論，會中勞委會、勞保局及公保處均表示願意配合，並決議由各相關團體選派代表組成工作小組，就試辦事宜進行進一步討論與準備。</p> <p>二、參加行政院資訊發展推動小組召開之「全民健康保險資訊系統建置計畫協商會議」，決議為考量全民健康保險將於民國八十三年實施，同意先進行資訊系統規劃與設計，惟須保持彈性，以配合決策進行調整。</p>
三月二日	<p>至新聞局審查卡通宣導短片腳本，主題為「全民健康保險為大家的保險，所以全體國民都應參加」。</p>
三月九日	<p>一、召開「全民健康保險執行計畫」會議，邀請相關單位就計畫內容進行討論。</p> <p>二、召開「中華民國診斷關聯群 (DRGs) 研究發展指導委員會」第一次會議，就如何推動 DRGs 研究計畫進行討論。</p>
三月十日	<p>一、勞委會召開「研商有關加保前之疾病如何認定」會議，決議：被保險人如經查證於加保前已診斷確定罹患紅斑性狼瘡及癌症者，經治療達緩解期，於加保後再發病者，視為保險生效後發生之事故，得請領勞保給付；各該疾病之緩解期請相關專科醫學會提供客觀審定標準供勞保局參考。至於加保前罹患尿毒症洗腎者，加保後須連續性治療，難以確認其緩解期，將另案審慎研議。</p> <p>二、為進行地區團體所得與財產分析，以利保險費設計之模擬，至財稅資料中心說明健保規劃小組利用財稅資料之目的及作法，並洽談資料取得相關事宜。</p>
三月十二日	<p>立法院厚生基金會舉行全民健康保險三大法案分析比較說明會，會中王正教授報告由其研擬之「三大全民健康保險法案分析」。</p>
三月十五日至十九日	<p>假公企中心舉辦第六梯次「全民健康保險專題班」，對象為衛生署及所屬單位人員計 60 人。</p>
三月十五日至四月二日	<p>假臺大醫學院舉辦「全民健康保險專業人才近程訓練」，參加人員計 92 人。</p>

(續)

日期	紀要
三月十八日	邀集內政部、公勞保主管機關、承保機關、資策會及學者專家，開會研商「國民身分證與全民健保卡合併一卡之可行性」，與會人士均認為：若國民身分證採用 IC 卡，其儲存空間足以容納全民健康保險所需資料項目，並符合經濟方便等原則時，則以合併發卡為宜。惟公、勞保有關係保險卡之實驗正在進行，對於那些資料項目應包括在卡片中，目前尚未有具體結果，故本會議未做決議。
三月二十四日	<p>一、立法院內政委員會審查厚生會及沈富雄委員提出之「全民健康保險法(草案)」，會中各委員對提出兩版本之沈富雄委員及洪冬桂委員提出各項質詢。</p> <p>二、向院長簡報全民健康保險規劃情形，院長除重申民國八十三年實施全民健康保險之決心外，並指示現行社會保險之虧損應另案處理，不宜加於全民健康保險財務中；而且中央健康保險局之成立及全民健康保險之實施，涉及許多部會，宜成立跨部會小組以推動全民健康保險，請副院長及郭婉容政務委員共同召集。</p>
三月二十五日	<p>一、行政院進行「全民健康保險法草案」第三次審查會，由修正版草案第十三條審查至第三十六條。決議除第二十八條保險費負擔比例，由衛生署召集專家學者會議確定採取方案外，除均依與會人員意見修正通過。</p> <p>二、進行「全民健康保險醫療服務及費用審核方法研究」期中報告，建議該研究應朝建立一套實用之制度著手，不要僅作理論之探討或數字之分析。</p>
三月二十七日	中央研究院經濟研究所舉辦「全民健康保險給付與財源方案之比較」研討會，分別比較衛生署、沈富雄委員及劉遵義院士提出之方案。
四月一日	參加勞委會在南投埔里召開之「勞工保險電子資料卡實驗研究計畫說明會」，參加人員包括公保、勞保承保機關、學者專家、南投縣醫師公會、工會代表及醫院代表等，就電子資料卡實驗計畫有關事宜交換意見。
四月二日、二十日、二十四日	全民健康保險專業人才第一階段國內訓練部分，已於四月二日完成，並由 92 名受訓學員中擇優 20 名，於四月二十日假衛生署舉行行前說明會，就學員實習國家、地區及學習任務等進行分派，學員並於四月二十四日赴美國、加拿大等地進行第二階段國外實習訓練。
四月十三日	<p>一、與郭婉容政務委員、農委會研商有關漁民加保事宜。</p> <p>二、邀請加拿大英屬哥倫比亞省衛生處前處長 Dr.Kit Hendrson 專題演講 Recent Reforms in Health care of B. C. Canada.</p>
四月十四日	行政院第一次審查「中央健康保險局組織條例(草案)」，全案共二十六條，已審查通過十三條。

(續)

日期	紀要
四月十五日	行政院第四次審查「全民健康保險法(草案)」，決議未來全民健康保險保費原則採論口計費方式，但雇主之負擔以論被保險人方式計算；該法案並於四月二十一日完成全部條文之審查，將俟文字修正後，提請行政院院會討論。
四月二十二日	邀請美國紐澤西醫科及牙科大學教授 Dr.Danald W. Light 至衛生署就「美國實施全民健保之可能性及其相關配合條件」進行專題演講。
四月二十三日	召開記者會說明衛生署「全民健康保險法草案」內容，並對費率訂定、費用計算及分擔比率加以說明。
四月二十六日	召開「全民健保總額支付制度工作小組」第一次會議，邀集各相關單位就選擇總額預算試辦區及基礎資料內容需求等議題，進行討論。
四月二十八日	行政院由郭婉容政務委員主持審查會議，完成「中央健康保險局組織條例(草案)」及「中央健康保險局籌備處暫行組織規程(草案)」兩項法案之審查。
五月三日至七日	全民健康保險專題班本年度第八梯次，假政大公企中心舉行，參加對象為衛生署及所屬單位科長級以上人員約 50 餘人。
五月十一日	參加行政院勞工委員會召開研商「心臟移植手術是否納入勞保醫療給付範圍」事宜會議，對於是否納入勞保給付並未作成決議，與會人員就假設同意納入醫療給付，其給付標準如何訂定等議題進行討論，獲初步共識如下：未來若納入勞保給付，考慮訂定給付上限，有關施行此項手術之適應症、禁忌症及醫師條件等，將採行事前審查制度。
五月十三日	參加私立醫療院所協會與民生報合辦之「我們要什麼的全民健保？」座談會，由楊漢淙執行秘書代表，與臺大公共衛生研究所楊志良教授、立法委員沈富雄委員、長庚醫學院吳德朗院長，就衛生署、厚生會版及沈富雄版等三版全民健康保法進行座談，並開放與會人員發問。
五月十七日至二十一日	全民健康保險專題班本年度第九梯次，假臺大醫學院公衛研修中心舉行，參加對象為各縣市農會農保業務承辦人員。
五月二十五日	參加行政院勞工委員會召開研商勞工保險診療費用支付標準表修訂事宜，針對支付標準中勞保局執行有疑義之項目加以討論修訂。
五月二十七日	參加臺灣省政府農林廳召開「研商農民健康保險、勞工保險制度與執行措施問題專案小組會議」，就農保虧損經費之撥補、合理調整農保費率、月投保金額、喪葬津貼標準、加強醫療院所管理及診療費用之審查核付作業等議題進行討論。
五月三十一日	一、召開「全民健保醫療費用支付標準表專案研究小組第五次會議」，除報告「醫院成本實證研究」進行情形與初步結果，並就特殊診療項目之成本分析及小兒科支付標準進行討論。

(續)

日期	紀要
	二、參加行政院勞工委員會召開之「研商心臟移植手術勞保支付標準事宜」會議，就勞保心臟移植手術技術費支付標準進行討論，並對心臟摘取及心臟植入之支付標準加以訂定。
六月三日	行政院徐立德副院長邀請相關部會召開「研商籌辦全民健保相關問題」會議。
六月七日、十八日	一、全民健康保險專題班本年度第十二梯次，假政大公企中心舉行，參加對象為 200 床以下醫院管理階層人員共 60 人。 二、衛生署進行之「臺灣地區國民醫療保健支出調查—每月家庭醫療保健支出紀錄表」假衛生署十五樓大禮堂舉行金幣抽獎活動；該項調查係自八十一年四月至八十二年三月，請每一抽樣家戶將每月有關醫療保健支出填寄問卷；並於六月十八日召開會議討論調查報告。
六月八日	參加行政院勞工委員會召開「現行保險現金給付有關問題」會議，討論有關現行公保、勞保、農保現金給付辦理現況、虧損處理等問題。
六月十一日、二十日	中華民國全國工業總會及中華民國家庭醫學會分別於六月十一日、六月二十日舉辦「全民健康保險法案座談會」，就衛生署、厚生會及立法委員沈富雄所提之三法案，邀請相關人員討論並提出意見。
六月十四日	召開「臺灣地區衛生人員對全民健康保險政策之認知與態度研究」期末報告審查會。
六月二十日	與中國醫藥學院附設醫院及臺中市醫師公會合辦「全民健康保險規劃要點及因應之道」研習會，計約有中部地區醫院行政人員、基層開業醫師 200 餘人參加。
六月二十三日	召開「臺灣地區社會工作人員對全民健康保險的認知、態度、行為之調查研究」期末報告審查會。
六月二十五日	參加經建會召開之「國建六年計畫期中檢討會(社會福利安全類)」，衛生署相關之「全民健康保險規劃」與「全民健康保險」均列第一優先辦理計畫。
六月二十八日	與行政院國軍退除役官兵輔導委員會研商「榮民(眷)納入全民健保基本資料調查」相關事宜，針對調查表內容進行討論，決議將俟該會調查表設計完成後，再行討論。
七月五日	有關立法院審查衛生署八十三年度預算之附帶決議中，認為全民健康保險資訊系統與內政部戶政司系統重疊，其預算應予保留乙節，於內政委員會報告後，業已核准動支。
七月五日、十五日	參加銓敘部召開研商「申請核退自墊醫療費用須知」修正草案會議，就申請核退自墊醫療費用之條件、限制、核退之標準、請領時效及應檢附之各項書據證件等修正條文進行討論。

(續)

日期	紀要
七月九日	參加臺灣省政府農林廳召開研商「農民健康保險、勞工保險制度與執行措施改進」專案小組第二次會議，就前次會議決議事項辦理及行政院對於農保虧損金額撥補之函示事項處理情形進行討論。
七月十六日	與行政院勞工委員會會銜公告「修正勞工保險診療費用支付標準表」特定診療章部分診療項目。本次修正計增加五項，刪除二項，修定點數或名稱共九項。除「心臟摘除」與「心臟植入」溯自本(八十二)年六月一日實施外，其餘自九月一日起實施。
七月二十日	<p>一、召開「全民健保資訊系統招標文件第一次審查會議」，會中重要意見：</p> <p>(一) 應用系統規格應力求詳實、明確，個別系統之上線時間請健保規劃小組再檢討。</p> <p>(二) 機房設置點數及地點宜儘速確定。</p> <p>(三) 轉換公、勞保資料後，漏缺資料之補登，是否刊入招標範圍內，請公保、勞保會後再提意見。</p> <p>(四) 公開招標程序擬委託中央信託局辦理。</p> <p>二、參加行政院勞工委員會召開研修「勞工保險特約中醫門診醫療院所合約書範本修正草案」會議，參照現行西醫合約書範本內容加以修訂。</p>
七月二十二日	<p>楊漢淙執行秘書親赴臺閩地區勞工保險局與該局黃癸楠總經理，就中央健康保險局承保業務委託勞保局辦理之可行性進行討論，達成共識：</p> <p>一、有關中央健康保險局承保業務委託勞保局辦理事宜，請楊處長組一任務小組討論其法令制度、權責劃分等執行層面之可行性、相關問題及配合措施。</p> <p>二、工作小組由楊處長召集，請勞保局劉忠讓副總經理、承保部林經理、資訊室蔡主任及財務室曾主任協助規劃。</p> <p>三、規劃方向以全民健康保險保險對象與勞保被保險人重疊者之承保業務完全委託勞保局辦理為優先；再考慮其他替代方案，如聯合辦公、共設一下屬單位、共用電腦設備等。</p>
七月二十三日	<p>一、召開楊銘欽教授主持之「我國病床供需現況與未來發展之規劃研究」期末報告審查會。</p> <p>二、中華民國醫院行政協會召開「勞工保險電子資料卡之作業規範相關事宜會議」，就埔里地區試辦勞保光卡登錄項目、登錄方式、作業流程及發卡作業相關事宜進行討論。</p>

(續)

日期	紀要
七月二十六日	<p>行政院研考會召開之「成立中央健康保險局相關組織與人員安置問題」會議，會議決議如下：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、有關現金給付與醫療給付劃分之問題，依行政院專案小組討論結果辦理。 二、有關承辦公保、勞保業務(含現金給付部分)人員之移撥方式，由人事行政局會同相關機關會商。 三、有關健保局籌備處設置地點及辦公場所所需面積，與中央信託局公保處財產之移轉事項，由衛生署邀集財政部及中央信託局公保處研提方案。 四、有關實施全民健康保險所需資訊系統與現有公保、勞保資訊系統與設施如何整合運用，由衛生署邀集相關機關研提方案。 五、有關公保門診中心未來角色與定位，由衛生署邀集銓敘部、財政部、人事行政局及中信局公保處等機關研提方案。 六、有關勞保醫療給付移由中央健康保險局辦理之配合措施，請臺灣省政府邀集相關機關研商，並協調省議會同意研提方案。 七、有關中央健康保險局只辦理未參加健康保險之民眾事項乙節，請內政部、財政部、人事行政局、衛生署、經建會、勞委會及主計處，研擬可行措施，分析其利弊送會，以便彙整報院。
七月二十七日	<ol style="list-style-type: none"> 一、召開「全民健保資訊系統招標文件第二次審查會議」，會中重要意見： <ol style="list-style-type: none"> (一) 請資策會在全民健康保險資訊系統評選委員會第三次會議前舉辦研討會，蒐集資訊業者對全民健康保險資訊系統之意見。 (二) 請健保規劃小組協同秘書室、法規委員會及中信局人員先行拜訪審計部第五廳，詢問其對本案可能採行之決標方式之看法後，再簽請署長決定本案之決標方式採用品質單價法或最低底價法。 (三) 請健保規劃小組儘速與勞保局研究委託勞保局辦理與全民健康保險被保險人重疊(含眷屬)部分之承保業務之可行性。 二、藍忠孚教授主持之「全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究」計畫召開第二次會議，針對勞保樣本資料收集所面臨之問題加以討論，並請公保提供相同之資料。
七月二十八日至八月七日	<p>全民健康保險專業人才近程訓練第一梯次第三階段課程，於七月二十八日至八月七日假臺灣大學醫學院舉行，由參加第一階段訓練之 100 名受訓學員共同參與。</p>

(續)

日期	紀要
七月三十日	一、召開委託財團法人長庚紀念醫院藥劑部廖繼洲主任進行之「藥事服務費成本分析」研究期末報告審查會。 二、參加臺灣省政府召開「研商民眾就醫證號單一化、簡化資料管理可行性會議」，就臺灣省政府衛生處擬統一省屬醫療院所掛號證格式及建請公保處同意於醫療證明單上加列身分證字號欄等事項進行討論。
八月五日、十三日、二十三日	「全民健康保險醫療辦法(草案)」由健保規劃小組研擬中，本月份共進行三次整體討論。
八月五日、二十四日	委託藍忠孚教授主持之「全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究」計畫，業於八月五日簽奉核可，刻正辦理簽約相關事宜；該研究並於八月二十四日召開第四次會議，決議：請公保於申報格式中增加 DRG 研究所需項目；並建議將醫院院長座談會主題改以全民健康保險規劃為主，而以 DRG 研究說明及擬請各醫院院長配合之事項為輔。
八月九日	邀請臺閩地區勞工保險局共同研商未來全民健康保險與勞工保險業務重疊部分擬委託勞保局代辦有關事宜，並就業務之差異交換意見。
八月十日	邀請行政院主計處、中信局公保處、勞保局研商編列中央健康保險局八十四年度預算有關事宜，就預算編列表別、項目及金額進行討論。
八月十一日	參加行政院勞工委會召開研商「勞工保險電子資料卡實驗研究計畫」期中報告審查會。
八月十三日	邀請公保處研商編列八十四年度聯合門診中心預算相關事宜，就八十四年度聯合門診中心營運量、各項收入及費用等進行討論。
八月十九日	召開「全民健康保險規劃 — 討論財稅資料之內容及分析步驟」會議，針對「全民健康保險地區團體保險費設計之模擬分析」計畫，除瞭解財稅相關資料之意義與內容外，並討論為達本計畫之目的財稅資料之分析方法。
八月二十日	中華民國醫院行政協會舉辦「勞工保險電子資料卡實驗研究計畫醫療機構說明會」及「勞工保險電子資料卡實驗研究計畫投保單位說明會」。
八月二十一日	邀請行政院勞工委員會、臺灣省政府勞工處及臺閩地區勞工保險局，召開「研商未來全民健康保險承保業務委託勞保局辦理之可行性」第二次會議，就保險費收繳業務之差異交換意見。
八月二十三日	召開「全民健康保險支付與審核制度」座談會，針對醫學中心、公保處、勞保局等單位代表進行溝通，交換意見。

(續)

日期	紀要
八月二十四日	<p>有關全民健康保險所需資訊系統與現有公保、勞保資訊系統與設施如何整合運用案，經衛生署召集相關機關研商，結論如下：</p> <p>一、電腦設備部分：勞保局電腦設備係租用，因此若業務縮減，僅需減租即可；公保處所有之電腦設備均用於處理聯合門診中心業務，未來隨門診中心移轉，仍維持其原有功能，與中央健康保險局之電腦設備用於處理健康保險承保、醫療給付等業務完全不同，二者並無重複之虞。</p> <p>二、應用系統部分：應用系統應配合作業制度，因全民健康保險之作業與現有公保、勞保作業差異頗大，因此所有應用系統無法使用；且公保、勞保之應用系統均在其專屬主機上發展，因此無法移轉。</p> <p>三、資料部分：現有資料均可移轉，因此並不重複。</p>
八月二十五日	<p>召開「全民健康保險總額支付工作小組」第二次會議，決議如下：</p> <p>一、總額支付試辦計畫選新竹為試辦區，將提推動小組確定。</p> <p>二、將試辦作業小組予以分組，以加速推動總額支付試辦作業。</p>
八月二十六日	<p>美國國會議員助理一行 12 人蒞署訪問，瞭解全民健康保險規劃事宜。</p>
八月二十七日	<p>一、召開研商「公保聯合門診中心未來角色與定位」會議，邀集銓敘部、財政部、行政院研考會、行政院人事行政局、中央信託局公務人員保險處等單位，針對公保聯合門診中心未來組織隸屬關係、經營型態及組織員額之改變等事項進行討論。</p> <p>二、召開「全民健康保險專業人才近程訓練第二梯次籌備會議」，出席單位包括內政部、財政部、農委會、公保處、勞委會、勞保局等單位。與會人員分別就第二梯次專業人才訓練之對象、訓練時間與訓練方式等事項初步交換意見，並請與會單位於會後針對課程內容提供書面建議。</p>
八月三十一日	<p>為有關中央健康保險局本局及分局辦公場所問題，前往財政部協商。</p>
九月三日	<p>邀請臺閩地區勞工保險局召開「研商全民健保之承保業務委託勞保局辦理可行性第三次會議」，就保費催繳標準、罰則、公費、以及具有眷屬身份之暑期工讀生、建教合作生及部分工時生應否加保人為被保險人、具眷屬資格之國民無人為其投保等問題進行討論。</p>
九月六日、二十日	<p>本（八十三）年度全民健康保險專題班第一、二梯次，於九月六日、九月二十日假臺大醫學院全國公共衛生人員研修中心舉辦，參加學員為各衛生單位人員。</p>

(續)

日期	紀要
九月十日	<p>召開「全民健康保險資訊系統評選委員會第三次會議」，決議：</p> <p>一、請各委員於七日內提供書面審查意見，送資策會修改需求規格書。</p> <p>二、請資策會在全民健康保險資訊系統評選委員會第四次會議前舉辦說明會，蒐集資訊業者對全民健康保險資訊系統之意見。</p> <p>三、請資策會詳列應用系統之評分項目。</p> <p>四、此次招標不購置發電機，待全民健康保險開辦後，由中央健康保險局依其業務需求決定是否購置。</p> <p>五、評分原則：硬體佔 350 分、應用系統佔 350 分、機房工程佔 50 分、支援維護佔 250 分。在此評分原則下，由資策會研擬各評分項目之配分。</p> <p>六、投標廠商之資本額訂為新臺幣 1 億元以上。</p> <p>七、請健保規劃小組確認需求規格書中之應用系統部分。</p>
九月十三日	<p>內政部警政署召開民防法第九條及第十四條至第十七條條文修正研商會議，決議依「在各類社會保險法（條例）之可給付範圍，參加民防編組人員，應優先請領保險給付。凡保險不給付之部分，或未參加各類保險者，依民防法規定辦理」之原則，修改第九條條文。</p>
九月二十日	<p>一、假臺大醫學院五〇一講堂，舉辦「全民健康保險支付與審查制度」座談會，參加對象為北區地區醫院以上之醫院及各醫事公會代表（包括桃園以北、花東縣市）。</p> <p>二、召開衛生署委託臺大經濟系進行之「全民健保政府最適負擔額度之探討」期末報告審查會，該計畫主要參考 OECD 國家經驗及公勞農保資料，推估未來政府保費負擔金額和占 GDP 之比率。決議請委託單位依與會人員意見修正報告內容。</p>
九月二十二日	<p>召開「全民健康保險診療費用預估支付制度之研究」第五次會議，針對公勞保申報修正結果、疾病分類審查人選及院長座談會是否舉辦等議題進行討論。</p>
九月二十三日	<p>一、內政部召開「研修社會福利政策綱領草案」會議，決議仍將「醫療保健」列入「基本原則」中，並請衛生署提送資料。</p> <p>二、行政院召開「全民健康保險推動小組委員會議」預備會議。</p>
九月二十五日	<p>一、行政院召開「全民健康保險推動小組第一次會議」，決議：</p> <p>（一）設置「行政院全民健康保險推動小組」。</p> <p>（二）健康保險與現金給付要分開考量，在立法上應明訂全民健康保險如有虧損，以調整保費因應。</p> <p>（三）針對全民健康保險業務採公辦民營之構想，決議以後再進一步研究，目前仍依照衛生署所提「以國營金融保險事業機構」辦理全民健康保險業務。</p>

日期	紀要
	<p>(四)「中央健康保險局組織條例」與「中央健康保險局籌備處暫行組織規程」兩項草案已由政務委員邀集相關單位審查通過，將儘速送行政院院會審議。</p> <p>二、邀集八十二年度接受衛生署補助從事全民健康保險宣導活動之各大專院校學生暑期服務隊，於衛生署十五樓大禮堂舉行活動成果檢討座談會，與會人員包括各學校服務隊指導教師及新舊任幹部，共計 11 所學校，27 支服務隊，約 60 餘人參加座談。</p>
十月一日	<p>一、應邀參加臺中區域醫療網協調會，就「全民健康保險規劃現況」進行專題報告。</p> <p>二、參加沈富雄立委召開「中醫勞保全面開放」公聽會。</p>
十月二日	香港立法局議員助理一行 13 人，經由陸委會安排蒞署拜會，以瞭解全民健康保險之規劃。
十月五日	<p>一、召開「全民健康保險總額支付制度推動小組」第二次會議，就總額支付制度試辦地區之選擇及試辦方式進行討論。</p> <p>二、勞委會召開「因應全民健保之實施勞保業務與組織調整研究小組」第一次會議，針對勞保局是否改制為中央勞動保險局，是否設立分局，勞保職災之傷病醫療是否委託中央健康保險局辦理等事項，進行廣泛討論。</p>
十月七日	行政院院會通過「全民健康保險法(草案)」、「中央健康保險局組織條例(草案)」等二項法案及「中央健康保險局籌備處暫行組織規程」。
十月十二日	召開「全民健康保險醫療服務與費用審查方法之研究」期末報告審查會，請計畫主持人依與會人員意見修改報告書。
十月十五日	<p>一、行政院正式核定「行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程」及「行政院全民健康保險推動小組設置要點」，並將「中央健康保險局組織條例(草案)」函送立法院審議。</p> <p>二、中華民國工業總會召開「勞動法案」研商會議，對於衛生署規劃之全民健康保險法案反映：</p> <p>(一) 保費負擔部分，建議雇主及受僱者分別負擔 50%。</p> <p>(二) 應確實實施部分負擔制度。</p>
十月十六日	為增進相關醫事團體對全民健康保險支付制度規劃之瞭解，於中國醫藥學院辦理中區「全民健康保險支付與審查制度」座談會，與會人員包括新竹以南、嘉義以北之地區醫院級以上的醫院代表及各醫事團體代表。
十月十八日	<p>一、召開「醫院成本實證研究」第一期期末報告審查會，決議請計畫主持人依與會人員意見修改報告書。</p> <p>二、十月十八日至十月二十日假臺大公共衛生人員研修中心舉辦全民健康保險專題班，參加人員為北部地區衛生所人員，共 30 名。</p>

(續)

日期	紀要
十月十九日	內政部召開社會救助法修正案第四次會議，衛生署鑑於全民健康保險實施後，低收入戶及近貧戶保費、部分負擔及不給付項目，需要政府編列預算補助，建請內政部於修正社會救助法時列入相關條文。
十月二十日	<p>一、召開「全民健康保險診療費用預估支付制度之研究」第六次會議，針對研究成員分組、舉行醫院院長說明會等進行討論，並預定十二月底前完成期中報告。</p> <p>二、為籌備召開行政院全民健康保險推動小組第二次會議，由石曜堂副署長邀集相關人員討論該會議之議題。</p> <p>三、參加行政院勞工委員會召開「勞保電子資料卡實驗研究計畫」期末報告審查會，由於光卡實驗期間須添購電腦設備，且缺乏有利誘因，加以未來全民健康保險擬採行就醫手冊型式，致埔里地區醫療院所配合意願不高；因此，是否繼續辦理光卡取代勞保就診單之實驗，勞委會將再斟酌。</p>
十月二十一日	<p>參加中國國民黨立法院黨政協調工作會舉辦之「全民健康保險法草案」黨政關係先期協調會，由行政院徐立德副院長率領相關部會首長及代表，與國民黨籍立法委員、黨部工作同仁進行協商，決議：</p> <p>一、全面充實全民健康保險法草案後，送立法院審議。</p> <p>二、擇期再行舉辦協調會，並由政策研究會舉辦公聽會及民意調查。</p> <p>三、由政策會協調成立專案小組，深入探討有關全民健康保險事宜。</p>
十月二十六日	召開「全民健康保險總額支付制度試辦計畫說明會」，邀請總額支付制度試辦區—新竹縣、市之醫事團體及醫院代表參與討論。
十月二十七日	行政院將「全民健康保險法(草案)」函送立法院審議。
十月三十日	為有效遏止日益嚴重的醫療保險詐欺事件，法務部調查局特蒞署，與中央信託局公保處、臺閩地區勞工保險局等相關單位進行防制醫療保險詐欺座談，決議：成立協調會報以結合檢察、調查、衛生、公保、勞保等單位成立執行小組，負責取締醫療保險詐欺工作。
十一月二日	<p>內政部召開農保條例部分條文修正研討會，決議：</p> <p>一、增列農地被徵收或經市地重劃，致土地面積不足之農民，得繼續加保三年。</p> <p>二、增訂被保險人戶籍遷出又遷入或身分變更，可事後檢具證明文件重新審查其資格並追溯其效力。</p>
十一月二日、九日	為核算中央政府八十四年度中，有關全民健康保險之預算，健保規劃小組二度赴行政院主計處，核對各部會提送之資料；主計處並請各單位將八十四年度預算，分全民健康保險實施前後以及醫療和現金給付分項列示，於十一月十一日前送回主計處，俾供彙整。此外，為確認八十四年度中央各部會全民健康保險預算之編列方式，積極與各部會進行溝通。


日期	紀要
十一月三日	八十三度委請行政院新聞局製作之全民健康保險宣導短片四部，業正式函請該局製作，其主題分別為「全民健康保險參加的對象」、「全民健康保險的給付內容」、「參加全民健康保險的權利與義務」及「避免浪費健康保險醫療資源」，皆以卡通方式呈現。
十一月五日	「行政院衛生署中央健康保險局籌備處暫行組織規程」發布施行。
十一月六日	一、為籌設健保局籌備處辦公場所，正式行文中央信託局，洽租該處臺北第二聯合門診中心 350 坪場地。 二、參加高雄醫學院舉辦之「地方醫療衛生及社會福利機構與全民健康保險學術研討會」，就「全民心理衛生與全民健康保險之關係」等議題進行討論。
十一月十日	內政部召開社會救助法修正案第六次會議，針對「醫療補助章」所擬條文及衛生署修正條文加以討論，決議衛生署修正意見將於說明欄併呈行政院。
十一月十一日	一、參加新國會聯合研究室主辦之全民健康保險公聽會——從全民健康保險談財務規劃，由立法委員洪奇昌主持，並邀請沈富雄委員、相關機關代表及學者專家參加，就全民健康保險的財務規劃、勞保、農保、公保等之業務變動及被保險人門診治療自費之可行性等議題進行討論。 二、於高速公路臺灣汽車客運十二個休息站之電視媒體播放全民健康保險宣導短片乙案，正式驗收。
十一月十五日	假臺大公共衛生人員研修中心舉辦全民健康保險專題班，參加人員為中部地區衛生所人員共 30 名。
十一月十六日	邀請公勞保主管機關及承保機構討論「全民健康保險醫療憑證之設計」。
十一月十八日	為進行中藥藥價調查及藥價水準、中藥支付之規劃設計，藥政處、藥檢局與中醫藥委員會就相關問題進行討論。
十一月二十一日	假高雄醫學院舉辦「全民健康保險支付與審查制度」座談會，與會人員包括南部地區地區醫院級以上之各醫院代表及各醫事公會代表，約 180 人。
十一月二十二日	行政院勞工委員會召開「因應全民健康保險實施勞保業務與組織調整研究小組」第二次會議，討論未來將設立之「中央勞動保險局」組織規程。
十一月二十三日	一、召開「全民健康保險診療報酬預估支付制度之研究」第七次會議，就召開醫院院長說明會之議題進行討論。

(續)

日期	紀要
	二、為爭取立法院對全民健康保險法之支持，健保規劃小組邀集相關人員會商，並決議自十二月起積極展開對立法委員之拜會活動，說明全民健康保險法內容，請江參事及公關室劉省作專員安排行程，資料由健保規劃小組負責提供。
十一月二十八日	於省立新竹醫院辦理「全民健康保險總額支付制度試辦計畫」說明會，參加對象為新竹地區中、西、牙醫開業醫師及區域醫院與地區醫院代表。
十二月九日	召開「全民健康保險投保單位之研究」期末報告審查會，邀請學者專家及內政部、北、高兩市民政主管機關提出審查意見，並就未來地區團體以鄉鎮市區作為投保單位表示意見。
十二月十日、十一日、十六日	為增強各相關部會及公勞農保承保機關之主管對我國與美國及加拿大健康保險制度的瞭解與溝通，假中央信託局公務人員保險處舉行「全民健康保險第一次高級主管專題研討會」。
十二月十一日	參加行政院勞工委員會召開「加保前罹患尿毒症洗腎者，加保後需連續性治療期間，可否達緩解期之適用標準」研商會議，決議：加保前罹患尿毒症者，加保後需連續性治療期間，只要病情能維持三個月以上的緩解期，則勞保局都將給付洗腎醫療費用，至於緩解期之標準，由專科醫學會認定之。
十二月十三日	召開「全民健康保險答客問」學者專家討論會，會後將依與會人員意見修正宣導資料，以配合宣導活動運用。
十二月十四日	中國國民黨中央政策研究工作會舉辦「全民健保面面觀」討論會，由黃主文立法委員主持，針對行政院以及立法委員沈富雄、吳東昇等所擬之全民健康保險法(草案)等三版本，邀請學者專家進行討論。
十二月十六日	一、赴中央信託局洽談健保局籌備處辦公場地及其租金有關事宜。 二、行政院台八十二院人政貳字第五零三七七號函核定衛生署葉金川副署長為中央健康保險局籌備處處長。
十二月二十三日	行政院召開「全民健康保險推動小組第二次會議」，就全民健康保險實施後，現行公保、勞保、農保現金與醫療給付業務之調整進行討論。
十二月二十四日	召開「行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問會議」，六位諮詢顧問將業務略作分工。
十二月二十七日 至二十九日	假臺大公共衛生人員研修中心舉辦全民健康保險專題班，參加人員為鄉鎮市區公所保險業務承辦人員，約 30 人。
十二月二十八日	邀請相關團體代表及學者專家召開「檢驗診斷相關組合」座談會，針對未來檢驗診斷項目以組合方式支付之可行性及組合項目進行討論。

(續)

日期	紀要
十二月二十九日	健保局籌備處於下午三時假中央信託局公保處信義大樓十八樓舉行籌備處成立酒會。
十二月三十日	<p>一、考試院召開「退休公教人員及其眷屬疾病保險辦法修正草案及其總說明」審查會，決議將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及和立學校退休教職員配為疾病保險合併成「退休公務人員疾病保險辦法（修正草案）」，並將配偶擴大為眷屬（含父母及子女），該修正草案將函請行政院同意會銜發布。</p> <p>二、勞委會召開勞保條例修正草案研商會議；本次修法旨在配合全民健康保險法做修正，即將醫療給付自勞保條例分離。</p>


八十三年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
一月四日	補助大專院校服務隊八十三年度寒假辦理全民健康保險宣導活動行前訓練，自即日起分八梯次於北、中、南三區各大專院校舉行。
一月五日	銓敘部召開「研商申請核退自墊醫療費用須知」部分條文修正草案，決議增訂「保險對象在緊急就醫時，因證件不齊，而在特約醫療院所就醫自墊醫療費用，得申請核退。」
一月七日	召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第三次會議，決議： 一、請羅紀琮召集人及李玉春召集人於一月十四日第四次會議中就財務制度及支付制度規劃進行報告。 二、為有效控制進度，排定各顧問意見報告時間表。
一月十日至十二日	假臺大公共衛生人員研修中心舉辦全民健康保險專題班(第五期)，受訓學員為鄉鎮市區公所保險業務承辦人員，約 30 名。
一月十日至十四日	第二梯次全民健康保險專業人才訓練第二階段假臺大醫學院舉行，訓練內容主要為財務管理、資訊規劃以及支付制度與醫院管理，共計 100 名人員參訓，並於本階段訓練結束後，遴選 20 名學員赴美國、加拿大等政府及民間健康保險業務相關單位實習。
一月十四日	召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第四次會議，由李玉春召集人就支付制度規劃進行報告，並將財務規劃相關書面資料分送與會顧問。
一月十四日、十五日	為增強各衛生主管單位及醫院主管人員對醫院財務管理與營運能有進一步瞭解與溝通，假衛生署十五樓大禮堂舉行「全民健康保險第二次主管專題研討會」。
一月十八日	參加內政部召開「農民健康保險條例配合全民健保修正」會議。
一月十九日	「全民健康保險報紙系列宣導活動」業公告徵選報社提送企劃案，預定二月三日開規格標，並另聘評審委員決選優良提案。
一月二十一日	召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第五次會議，陳雲中教授及單驥教授分別針對安全準備及醫療給付費用總額提出問題與建言。
一月二十四日	加拿大 Saskatchewan 省衛生處副處長 Mr.Adames 及 Mr.Leeson 應邀請來華訪問四天，並蒞署就「健康照護改革」進行專題報告。
一月二十五日	召開「全民健保費用支付標準表專案研究小組」會議，決議： 一、全民健康保險醫療費用支付標準表之訂定，將以勞保尚未公告之支付標準表修訂草案之項目為基礎，進行討論。 二、小兒科支付標準方面，項目以勞保及公保小兒科項目為基準，支付點數原則上和成人相同，僅成本差異大者，方予加成支付。

(續)

日期	紀要
一月二十八日	<p>一、召開全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第六次會議，由財務制度組羅紀琮召集人就財務規劃的基本構想、方法及當前問題進行報告；此外，由鄭榮治理事長對全民健康保險法(草案)中費率的訂定，提出建言及相關問題。</p> <p>二、行政院勞工委員會召開第六十六次委員會議，討論「配合全民健康保險之開辦，勞工保險條例修正條文草案」，其中有關普通傷病醫療給付之條文，因併入全民健康保險爰予刪除。</p>
二月一日	銓敘部召開研商「公務人員保險健康檢查實施辦法修正草案」。
二月三日	召開研商「全民健康保險監理委員會組織規程(草案)」會議，邀請公保、勞保、農保監理委員會代表參與討論，依與會人員意見修正草案，擬提請全民健康保險規劃指導委員會討論。
二月五日、十七日	為加強宣導全民健康保險，訂本(八十三)年三月至六月為全民健康保險宣導月，乃邀請學者專家及省市衛生處局召開「臺灣地區全民健康保險宣導月實施計畫」協調會，就實施方式與內容交換意見，復於二月十七日邀集各衛生處局相關人員，舉行「臺灣地區全民健康保險宣導工作計畫」研擬作業說明會，並請與會單位儘速於二月底前提報工作計畫送署。
二月二十二日	<p>一、召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第七次會議，由李金桐教授、柯木興教授及單驥教授分別針對「全民健康保險政府財政負擔之探討」、「全民健康保險實施對企業在財務負擔上之影響」及「全民健康保險法中醫療給付費用總額之研究」進行報告，並決議於二月二十五日第八次會議時，邀請林喆博士說明其精算報告。</p> <p>二、召開「全民健康保險醫療費用支付標準表專案研究小組」會議，就全民健康保險支付項目，特別是小兒科支付項目進行討論。</p> <p>三、召開「鄉鎮市區公所辦理地區團體保險相關事宜座談會」，就鄉鎮市區公所辦理地區團體保險事務之員額計算基準交換意見。</p>
二月二十四日	參加經建會召開「研商勞保老年給付不足因應對策」會議。
二月二十五日	召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第八次會議，由林喆博士就其精算報告進行說明，決議在三月三日第九次會議時，提出期中報告初稿。
二月二十六日	<p>一、中國國民黨中央政策會為協助推動全民健康保險，遂請衛生署提供全民健康保險說帖參考資料，俾轉知立委同志配合支持，已完成並送該會參考。</p> <p>二、全民健康保險專業人才短期訓練第二梯次國外送訓學員，啟程赴美國、加拿大各健康保險相關機構實習八週。</p>

(續)

日期	紀要
二月二十七日	為研訂支付標準表，邀請學者專家研議「檢驗診斷組合」，擬訂最常用檢驗組合之細項。
二月二十八日	全民健康保險專題班(第九梯次)假政大公企中心舉行三天，調訓人員為衛生署及所屬單位員工約60人。
三月一日	「臺灣地區全民健康保險宣導活動」自即日起展開，共計有臺北縣等十九個縣市衛生局提出申請計畫，業核准九個衛生局之經費補助。另各縣市衛生局針對所屬工作人員之全民健康保險講習會，亦陸續進行中。
三月三日	一、中國國民黨中央政策會為協助推動全民健康保險，請衛生署提供資料，編印「全民健保面面觀」乙冊，分送國民黨籍立法委員及國民大會代表參考。 二、參加內政部召開研商「簡化殘障者參加健康保險保費補助程序」會議，決議：為便利殘障者申請，健康保險保費補助將改採定額補助制，並由鄉(鎮、市、區)公所轉帳方式撥付申請人。
三月五日	舉辦「八十三年度寒假大專學生服務隊辦理全民健康保險宣導活動」檢討座談會，共有14所學校，22支隊伍代表與會。
三月七日	為研訂支付標準表中小兒科支付項目，特邀請小兒科醫學會及公勞保等相關單位，就全民健康保險兒童醫療項目及其支付加成原則進行溝通，決議：將研擬一完整方案，提全民健康保險支付標準表專案小組複議。
三月十四日	至新聞局審查全民健康保險宣導短片「避免醫療資源浪費」(臺語)、「參加全民健康保險的對象」(國語)等二集之毛片；「全民健康保險的權利與義務」(國語)、「全民健康保險的給付內容」(國語)等二集之腳本，毛片俟修正後，分別安排於國內三家電視台公共電視時間播放，腳本則籌拍毛片，擇期再審。
三月十七日	邀請公、勞保相關單位，就全民健康保險法施行細則(草案)，進行討論。
三月二十一日	立法院內政及邊政、財政委員會就全民健康保險法(草案)進行廣泛討論，決議先進行協商再提會討論。
三月二十二日	邀請行政院主計處、人事行政局、省政府財政、人事及社政單位，研商鄉鎮市區公所辦理地區團體投保業務，所需員額配置問題。
三月二十三日、三十日	張博雅署長率同健保規劃小組相關成員與立法院新政會、民進黨立法院黨團溝通全民健康保險規劃相關事宜，並就較具爭議之各項議題進行。
三月二十四日	於行政院院會中向院長簡報有關「全民健康保險籌備工作情形」。

(續)

日期	紀要
三月二十八日	<p>一、召開「全民健康保險論病例計酬 (Case Payment) 項目座談會」，邀請專科醫學會針對論病例計酬項目及其基本診療需求進行初步討論。</p> <p>二、為即將召開「行政院全民健康保險推動小組第三次委員會議」，向委員會召集人徐立德副院長報告會議資料準備情形。</p>
四月五日	<p>全民健康保險大眾傳播媒體宣導：</p> <p>一、全民健康保險宣導短片：</p> <p>(一)「避免醫療資源浪費」(臺語)。</p> <p>(二)「參加全民健康保險的對象」(國語)。</p> <p>自四月十一日起至五月一日止於國內三家電視台晚間九點至九點零三分輪流播出。</p> <p>二、全民健康保險標語十則，分別擇期播放：</p> <p>(一)電視：四月五日至四月十二日。</p> <p>(二)廣播：四月五日至四月二十日。</p> <p>三、於各節目中適時安插有關全民健康保險之正確觀念宣導：</p> <p>(一)四月十五日漢聲電台「吾愛吾家」(國語)。</p> <p>(二)四月十六日高雄正聲電台「信義之聲」(客語)。</p> <p>(三)四月十六日燕聲電台「生活劇場」(客語)。</p>
四月六日	<p>召開「全民健康保險承保機關組織屬性暨財務負擔座談會」，與會學者專家大多傾向成立單一非營利性質的基金會，惟採行基金會方式辦理，變革甚大，有諸多原則性問題待確定，非短期內可完成。</p>
四月七日	<p>召開「行政院全民健康保險推動小組第三次委員會議」，決議各地方政府應配合編列八十四年度實施全民健康保險所需預算。</p>
四月八日	<p>一、張博雅署長率同健保規劃小組相關成員與立法院新黨立法委員就全民健康保險規劃相關事宜廣泛交換意見，並就較具爭議之各項議題進行討論。</p> <p>二、召開「全民健保醫療費用支付標準表專案研究小組」會議，就兒童醫療項目加成原則及新增項目進行討論。</p> <p>三、經建會召開「研商勞工保險條例再修正案」，決議將雇主、被保險人保險費負擔比率，以 70%、30% 及 60%、40% 二案，併提經建會委員會決議；四月十三日經建會委員會會議決議，配合全民健康保險，將雇主、被保險人保險費負擔比率，以 60%、40% 報請行政院核定。</p>
四月十一日	<p>新竹縣政府舉辦「全民健康保險保險費補助預算編列說明會」，邀請衛生署派員說明。</p>

(續)

日期	紀要
四月十二日	臺北縣勞工局舉辦「全民健保實施與勞保施行相關實務問題座談會」，邀請衛生署派員說明及答詢。與會人員為臺北縣職業工會會員，對全民健康保險實施後，職業工會之作業方式頗為關心。
四月十五日	召開「全民健康保險宣導工作計畫」會議，檢討已辦理與即將進行之宣導工作項目，並訂出近期應加強推動之項目。
四月十八日	召開「全民健保醫療費用支付標準表專案研究小組」會議，就「成本實證研究」第二期研究報告中特定診療項目成本分析方法架構及基本診療點數訂定原則進行討論。
四月二十日	為研議全民健康保險以基金會辦理之可行性，健保規劃小組與健保局籌備處就全民健康保險法(草案)及承保機關組織條例討論因應條文，並於四月二十一日提主管會議討論。
五月一日	由羅紀琮召集人代表衛生署參加中華民國牙醫師公會全國聯合會舉辦之公聽會，主要針對牙醫是否需要轉診、健康保險卡之使用等進行討論；本項活動共將舉行 12 次，分由健保規劃小組與健保局籌備處共同派員參加。
五月一日至六日	每天於三家電視台非公視時段，適時播放全民健康保險卡通宣導短片，主題為「避免浪費醫療資源」與「給付對象」。
五月一日至三十一日	持續辦理「臺灣地區全民健康保險宣導活動計畫」，共舉辦十九場全民健康保險研習會。
五月二日	召開「全民健保支付標準表專案研究小組」會議，就 1. 兒童定診療加成項目、加成適用年齡層及成數；2. 是否訂定檢驗診斷組合 (Lab Panels)；3. 基本診療項目點數訂定方案等議題進行討論。初步決議： 一、四十四項兒童診療加成項目，二歲以下加成 30%，二歲至六歲加成 20%。 二、保留目前勞保所訂定之組合項目，新的組合項目暫不列入支付標準表，即醫療院所可以單項申報。 三、基本診療項目點數訂定方案尚未達成協議，主要癥結在於門診成本計算仍有不同意見。
五月三日	召開「全民健康保險宣導活動計畫第二次會議」，由葉金川副總召集人主持，邀集健保規劃小組、健保局籌備處、企劃室等業務相關人員，針對五月二日總統指示，研商如何儘速加強大眾傳接媒體宣導。
五月五日	國民黨中央政策會舉辦「全民健康保險黨政座談會」。
五月十一日	內政部召開「研商低收入戶健保生育補助費辦理方式」會議，決議仍維持一個月生育現金給付，並併入社會救助中辦理。
五月十二日	行政院邀請國民黨立法委員進行全民健康保險黨政協商會議。

(續)

日期	紀要
五月十三日	召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第十二次會議，針對顧問小組之期末報告進行修正。
五月十六日至十八日	舉行第二梯次「全民健康保險專業人才近程訓練」，發表國外實習成果，並由葉金川處長頒發結業證書。
五月十六日至三十一日	<p>購買臺灣電視公司「午安您好—台視新聞」及「早安您好」廣告時段，播放全民健康保險相關訊息。以每檔二十秒，共十檔之廣告時段，加強宣導。上檔時間：</p> <p>一、早安您好：五月十六日至十九日，二十三日至二十六日，三十日至三十一日每天早上六點五十五分播放。</p> <p>二、午安您好：五月十六日至十九日，二十三日至二十六日，三十日至三十一日每天中午十二點三十分節目開播前播放。</p>
五月二十日	行政院審查社會救助法修正案，有關醫療補助部分尚未討論。
五月二十一日	前瞻政策研究中心及立法委員魏鏞國會辦公室舉辦「體檢全民健保·公辦民營可行嗎？」公聽會。
五月二十三日	<p>一、舉行全民健康保險法施行細則第二次研商會議。</p> <p>二、召開「全民健保醫療費用支付標準表特定診療項目修訂研討會」，檢討特定診療第一部檢查類第一項至第十項。</p>
五月二十四日	立法院厚生會舉辦「全民健保應如期實施或延期實施」公聽會。
五月二十六日	立法院財政、內政及邊政委員會聯席會原預定審查全民健康保險法(草案)條文，復因各委員意見不一致，提前散會，不及審查。
五月二十七日	<p>一、召開行政院全民健康保險財務精算諮詢顧問小組第十三次會議，討論期末報告中各項修正內容，並將於六月底向行政院提出「行政院全民健保財務精算諮詢報告」。</p> <p>二、正寄發「全民健保是權利共享，也是責任分擔」宣導紅布條至全國衛生所及農會配合張掛，加強宣導。</p>
六月一日至三十日	縣市衛生局全民健康保險宣導活動分別於臺北市、桃園縣、南投縣、新竹市、連江縣及金門等地共辦理十場針對衛生局所屬人員或村里長、幹事之研習會。
六月二日	<p>立法院進行「全民健康保險法(草案)」朝野協商。結論：</p> <p>一、關於全民健康保險法(草案)應儘速於本會期延會期前完成立法程序。</p> <p>二、內政暨邊政、財政二委員會應配合儘速審本案，如有爭議，則保留送院會二讀處理。</p>

(續)

日期	紀要
	<p>三、內政、財政聯席審查會下週將邀請行政院全民健保推動小組召集人來聯席會報告。</p> <p>四、朝野各黨派應於六月十五日前各自凝聚內部共識，提出意見後供行政單位參採，行政單位並應於六月二十二日彙整意見。</p>
六月三日	<p>針對全民健康保險法(草案)內容舉行黨政協商，決議：</p> <p>一、對於全民健康保險是否採公辦民營，進行立委意見調查。</p> <p>二、六月六日、六月八日及六月九日下午五點半起，進行全民健康保險法(草案)有關條文協商會。</p>
六月四日	<p>「全民健保是權利共享，也是責任分擔」宣導紅布條全數寄發至全國衛生所及農會配合張掛，加強宣導。</p>
六月六日	<p>「全民健保大型宣導與有獎徵答」活動，陸續刊載於中國時報、聯合報、經濟日報、民眾日報、自由時報、聯合晚報、中時晚報與自立晚報等八家報社。六月二十日截止收件，六月二十八日舉行抽獎活動。</p>
六月六日、八日、九日	<p>全民健康保險法草案黨政協調會議共識：</p> <p>一、全民健康保險法草案為爭取時效，以行政院版本為架構，以公辦民營為原則進行審查。</p> <p>二、依行政院版本第十九條、第二十條中，有關保險費率之計算及調整，請行政部門研擬公式，送立法院審議通過後施行。</p> <p>三、行政院版條文內應增訂更為嚴謹之稽核人員監督條款，以避免現今保險弊端。</p> <p>四、行政院版本第三十二條保險給付項目，中醫住院部分應列入考量。</p> <p>五、行政院版本第三十四條部分負擔部分，請行政部門調整未經轉診越級就醫者之部分負擔比例，提出條文。</p> <p>六、行政院版本第四十九條醫療費用分配，應列入醫師、藥師分帳制度。</p> <p>七、行政院版本第五十四條總額支付制度，應於全民健康保險實施三年後實行。</p> <p>八、行政院版本第六十三條安全準備之額度訂為百分之五。</p> <p>九、行政院版本第六十六條各項人事及行政管理經費，訂定以醫療費用總額百分之四為上限。</p>
六月九日	<p>衛生署於花蓮市勞工育樂中心辦理「花蓮縣、臺東縣山地、離島地區衛生所、室工作人員在職訓練」，該訓練特含括全民健康保險規劃之課程，計 38 人參訓。</p>
六月十日	<p>衛生署委託公共衛生學會舉辦之「全民健康保險系列民意調查」乙案，共分四季進行電話訪問。第一季調查結果已統計完成，並配合全民健康保險宣導，針對本次調查結單召開記者會。</p>

(續)

日期	紀要
六月十一日	高雄市醫師公會舉辦「回首看全民健保規劃過程」座談會，邀請專家學者及衛生署代表出席溝通。
六月十四日至七月三日	全民健康保險卡通宣導短片「全民健康保險的權利與義務」、「全民健康保險的給付內容」於國內三家電視台播放。
六月十五日、十六日	立法院進行「全民健康保險法(草案)」朝野協商。結論： 一、「全民健康保險法(草案)」為爭取時效，如期於年底開辦，朝野同意以行政院版本為架構，以公辦公營為原則進行審查。並應訂定國會暨主管機關之雙重監督制度，並於實施二年內提出公辦民營方案，三年後實施公辦民營之全民健康保險制度。 二、「全民健康保險法(草案)」之財務收支結構，為避免現今保險制度之缺失，簡化徵收保費程序，增進效率，朝野同意以協商乙案版本之精神為架構，委請原提案人暨行政主管機關，於下次會議時提出更為詳盡之分析比較參考資料，以供研討。 三、下次會議訂於六月二十一日中午於議場三樓舉行。
六月十六日	一、行政院審查社會救助法修正條文，有關衛生署對列入近低收入戶參加健康保險保費補助之建議，決議仍以列入全民健康保險法中為宜。 二、召開「全民健康保險藥品支付制度會議」，討論藥價基準與「中華民國醫療用藥價格調查」研究資料之可用性，並決定以許可證字號再加包裝分類，作為藥品的申報碼。
六月十七日、十八日	企劃室協同健保規劃小組辦理全民健康保險宣導活動企劃案，由華懋廣告有限公司在民生報、中國時報、聯合報、臺灣時報及民眾日報等五報全國彩色全十版面刊出第一次宣導廣告：保險費計算。
六月二十日	大專院校社團服務隊辦理全民健康保險宣導活動計畫乙案，經審查共有33隊達到標準，予以補助。並在臺灣大學辦理第一場次訓練活動，共有4支服務隊參加。
六月二十日至二十二日	辦理「藥事人員全民健保專題班」，共40人參加。
六月二十一日	配合加強全民健康保險宣導，提供檢疫總所五千套全民健康保險宣導單張，將於大專聯考期間(八十三年七月一日至七月三日)，由各檢疫分所人員至各考場分發。
六月二十二日	一、「全民健康保險法(草案)」朝野協商結論： (一)行政院版本第四十九條醫藥費用分配，應列入醫師、藥師分帳制度。 (二)行政院版本第六十六條各項人事暨行政管理經費，訂定以醫療費用總額3.5%為上限。

(續)

日期	紀要
	<p>(三)「全民健康保險法(草案)」條文內應列入得就菸酒稅內開徵附加之「菸酒社會保險捐」條文。徵收之款項專款專用。</p> <p>(四)「全民健康保險法(草案)」條文內應列入慢性、年老病患居家照護之有關條款。</p> <p>(五)有關中醫住院問題，同意於全民健康保險開辦後，在附有中醫部門之醫學中心先行試辦二年，費率另訂。(暫保留)</p> <p>(六)現有之公保聯合門診中心，不得再增加。並應於全民健康保險開辦一年半後完成調整。以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。</p> <p>(七)門診給付採不同級同酬，未完成雙向轉診手續者，依全民健康保險支付標準差額自付。</p> <p>(八)住院部分負擔額，依綜合所得稅計，未稅而低收入者，一律以15%計。</p> <p>二、新竹市總工會於該會第三十期勞工教育講習會，特邀衛生署講解全民健康保險規劃情形，並說明勞工眷屬參加全民健康保險調查表之填寫方法，約200人參與。</p> <p>三、醫療網年度檢討會，特含括全民健康保險規劃及各項議題之討論。</p>
六月二十三日	<p>「全民健康保險法(草案)」朝野協商結論：</p> <p>一、財務負擔採修正後之丙案，其可行性及草案條文修正，請主管單位暨相關委員共同研商，一星期內提出。</p> <p>二、今(二十三日)下午之審查會，有關財務部分之條文，同意暫保留，日後協商。其餘已達成協議暨無異議之條文，於今日內完成審查。</p>
六月二十四日	全民健康保險法施行細則第三次會議。
六月二十八日	<p>與五大藥聯協商藥價基準</p> <p>一、協商結果：</p> <p>(一)「在品質未建立共識前，以廠牌別列價為主，成份別列價為輔」之原則已獲共識。</p> <p>(二)全民健康保險實施後，藥品支付之審查作業初期宜延續公勞農保現行制度採內審制。</p> <p>(三)全民健康保險實施時，藥品品項是否公告，保留再協商。</p> <p>(四)全民健康保險實施後，何時公告第一版廠牌藥價表，保留再協商。</p> <p>二、衛生署建議：具公信力之藥價資料之蒐集需時一年，資料建立後個別廠牌價格之統計分析、藥價訂定公式之建立，主管機關與醫藥界代表討論時間至少需一年，共計兩年。</p> <p>三、五大藥聯建議：八十四年七月公告。</p>

日期	紀要
六月三十日	驗收全民健康保險宣傳小冊「屬於您的全民健康保險」二十萬冊。
七月一日	衛生署補助大專院校社團服務隊辦理全民健康保險宣導活動計畫乙案，完成五場次行前訓練。
七月四日	召開「全民健保支付標準表特定診療項目修訂研討會」，針對兒童醫療新增項目、治療性先天殘缺手術、眼科、超音波、內視鏡、婦產科等檢查、處置項目，邀請學者、專家及相關機構研討點數之訂定，其建議將提「支付標準表專案研究小組」決議。
七月五日	下午立法院召開全民健康保險法朝野協商會議，本次會議重點在於討論保險財務及衛生署針對簡化被保險人分類所研擬之修正條文。
七月七日	召開研商「全民健康保險爭議審議委員會組織規程(草案)」會議，邀請公保、勞保業務主管單位中央信託局公保處、臺閩地區勞工保險局及健保局籌備處等，就「全民健康保險爭議審議委員會組織規程(草案)」進行討論，並將依與會人員意見修改。
七月七日至十二日	於行政院新聞局共舉辦五場次全民健康保險記者說明會，分別討論「自負額」、「保險費足否合理」、「經營效率」、「勞資雙方分擔比例」及「醫療資源」。
七月八日	為配合全民健康保險實施，銓敘部邀集相關部會召開「研商修正公務人員保險及私立學校教職員保險相關事宜」會議。
七月九日	一、參加立法院兒童醫療給付公聽會，就全民健康保險兒童醫療加成支付廣泛交換意見。 二、與臺北市衛生局、消化系學會及超音波學會就超音波及內視鏡等項目之支付問題進行溝通。
七月十一日至十五日	為加強宣導，購買十二家報社彩色外頁十全廣告版面，密集刊出「風雨情」、「基層醫療」、「雇主篇」及「基礎篇」。
七月十二日	一、假立法院舉行立法院記者全民健康保險說明會，說明行政院版全民健康保險內容及各項議題探討。 二、完成三十秒宣導圖卡影帶「雇主篇」之製作，並上三台廣告檔。
七月十三日	與五大藥聯協商結果：對藥價基準之品項與價格的公告時間點無法達成共識，故決議共組專案小組進行專案評估討論。
七月十四日至二十日	與中華民國胸腔病學會數次協商有關呼吸機能檢查項目名稱之更新、新項目的收載及指標項目的成本分析。
七月十五日、十九日	與超音波學會二次協商討論超音波檢查項目之重新分類及項目之定義。

(續)

日期	紀要
七月十九日	一、立法院三讀通過「全民健康保險法」，全民健康保險可望於明年元旦實施。 二、勞委會召開「全民健康保險實施後勞保職災醫療給付業務是否委辦」會議，決議全民健康保險實施後，勞保職災醫療給付原則委託中央健康保險局辦理。
七月十九日至三十一日	一、立法院三讀通過「全民健康保險法」後，重新估算各類被保險人每月負擔保險費以及各級政府機關應編刊之預算。 二、立法院三讀通過「全民健康保險法」後，印製更新內容之宣傳小冊五萬本。
七月二十三日	向張博雅署長簡報藥價基準，署長指示： 一、優先搜集私立醫療院所與基督教醫院之藥價資料。 二、依共識原則作業，公告時間依專案小組討論結果再行確定。 三、目前（中央健康保險局組織條例通過前）仍由支付小組協商，健保局籌備處與藥政處給予必要行政支援，由技監統籌技術支援。 四、技術支援部分的人力，由健保局籌備處支援一人全職處理；另二人支援；健保規劃小組支援一人；藥政處、資訊中心提供輔助支援。
七月二十五日至三十一日	衛生署委託陽明醫學院醫管所之「醫療科技評估計劃」，合約已於六月三十日截止，目前正聯繫期末報告之相關事宜。
七月二十九日	一、召開初審「全民健康保險醫療辦法草案」會議，邀請相關機構醫事團體進行討論，會中對若干未達共識或未盡完備之條文已先予保留，再陳請署長或副署長主持第一次審查會議，其餘條文已原則通過。 二、至健保規劃小組實習之第一梯次實習學生結束實習。並舉行實習心得討論會，由楊銘欽召集人主持。
八月一日	一、召開「研商鄉鎮市區公所辦理地區團體保險所需人力及經費事宜」會議，邀請內政部、行政院主計處、行政院人事行政局及省市政府等參與討論。 二、參加銓敘部為配合全民健康保險實施召開「會商研擬修正公務人員保險法及私立學校教職員保險條例合併為公教人員保險法」會議。
八月三日	一、召開藥價基準技術小組第一次會議，決議： (一) 藥品品項：預計八月底公告，目前請藥師審查中。 (二) 藥價資料：安排參觀資訊化群醫中心及私立(教會)醫院。 二、召開「中華民國診斷關聯群研究發展指導委員會」第三次會議，審查「全民健保診療報酬預估支付制度之研究」第一年研究成果，決議對臺灣實施診斷關聯群之環境進行評估，並於近期內開會討論。

(續)

日期	紀要
八月五日	召開「教育宣導工作會議」，討論與健保局籌備處在教育宣導工作上的分工以及待辦工作。
八月七日	中華民國醫療諮詢服務協會假中壢舉辦「全民健康保險第二場說明會」，由衛生署提供所需宣導資料及講師，聽眾約 200 人。
八月九日	一、參加中國廣播公司「與健康有約」節目，現場回答民眾有關全民健康保險疑問之電話。 二、總統華總(一)義字第四七〇五號令公布全民健康保險法。
八月十日	一、高雄市政府衛生局為該市記者舉辦全民健康保險說明及討論會。 二、召開全民健康保險法施行細則第四次內部討論會議。
八月十一日	一、參加彰化縣衛生局與中美製藥公司合辦之全民健康保險講座，約有 300 人參加。 二、召開全民健康保險法施行細則第五次內部討論會議。
八月十二日	一、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」，原則審查通過核退辦法之條文及通過重大傷病範圍訂定方向。 二、召開「全民健康保險特約醫事服務機構醫療服務審查辦法」研商會議，針對醫療服務審查委員會的組成及審查之相關規定，與有關團體進行討論。 三、參加彰化縣勞資關係協進會舉辦之「全民健保宣導會」，約有 500 名之工廠主管幹部及中小企業主參加。 四、拜訪馬偕醫院，就醫院對全民健康保險的意見進行溝通。
八月十三日	新聞局召開會議，委託警察廣播電臺製作全民健康保險民眾問答宣導節目。將自今年九月起播出，每週一次，一次 30 分鐘。
八月十五日	一、召開研商全民健康保險投保薪資分級表之會議，由張博雅署長主持，聽取相關團體之意見，並就投保薪資分級表之設定原則及投保薪資分級表對保險財務的影響進行討論。 二、完成全民健康保險支付標準表草案初稿，預定近日備文交健保局籌備處。 三、召開全民健康保險法施行細則第六次內部討論會議。 四、驗收全民健康保險法通過後修正之宣傳小冊 5 萬冊。
八月十六日	一、於衛生署舉辦「臺灣地區全民健保宣導計畫」檢討會，各縣市衛生局局長及承辦該業務之主管參加。 二、召開「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(草案)」第一次會議。 三、與新聞局合作，製作全民健康保險一百零一問。
八月十七日	參加林正杰立法委員舉辦之有關中醫住院之公聽會。

日期	紀要
八月十八日	拜訪榮民總醫院，就醫院對全民健康保險的意見進行溝通。
八月十九日	補助中華民國護理學會辦理「護理主管研習會」，並由李玉春及楊銘欽兩位召集人介紹全民健康保險對護理人員之影響。
八月二十日	一、楊銘欽召集人參加中華漫畫藝術推廣協會會議，討論漫畫比賽作品全省巡迴展覽日程表。 二、戴桂英專委參加中華民國醫事法律學會舉辦之研討會，主講「全民健康保險法概述」。
八月二十四日	完成全民健康保險第六類被保險人保險費金額之計算。
八月二十五日	中國時報假基隆市立文化中心舉辦「全民健康保險實施對雇主及勞工之影響」說明會，由羅紀琮召集人主講。
八月二十六日	一、參加南亞塑膠纖維廠產業公會為員工舉辦之全民健康保險座談會，除說明全民健康保險內容，並針對如何投保、全民健康保險與現行勞保之差異及廠內自設之醫務室未來如何因應等問題進行討論。 二、參加高市衛生局舉辦之「全民健康保險法的要點與精神」專題演講，由王怡人科長主講。 三、農委會為配合全民健康保險法第八條第二項規定，召開「研商訂定實際從事漁業工作者認定標準及資格審查辦法（草案）會議」，完成漁民參加全民健康保險法資格等之討論。
八月二十六日、二十七日	楊漢源執行秘書率領健保規劃小組及健保局籌備處相關人員拜訪臺大醫學院附設醫院及高雄醫學院附設中和紀念醫院，聽取醫院對全民健康保險之意見。
九月一日	中華民國牙醫師公會全國聯合會舉辦全民健康保險公聽會，由王怡人科長參加。
九月二日	嘉義縣衛生局辦理全民健康保險宣導會，由戴桂英專門委員擔任講員。
九月三日	高雄市總工會辦理「勞保與全民健康保險之比較」說明會，由戴桂英專門委員與健保局籌備處吳憲明主任秘書參加。
九月五日、十六日	召開「全民健康保險醫療辦法（草案）暨重大傷病範圍（草案）」會議，由石曜堂副署長主持。因與會代表討論熱烈，重大傷病範圍（草案）將另行開會討論。
九月六日	衛生署食品衛生處舉辦餐飲業講習，由戴桂英專門委員講解全民健康保險。
九月六日、二十七日、二十九日	召開「全民健康保險法施行細則（草案）」對外討論會議，由石曜堂副署長主持。

(續)

日期	紀要
九月七日	開始警廣全民健康保險宣導熱線，開放民眾電話詢問，本活動將陸續於每週三上午九點至九點半播出，共宣導六個月，由吳凱勳顧問及戴桂英專門委員輪流答詢。
九月九日	南投縣稅捐稽徵處舉辦「全民健康保險」說明會，由陳茱麗副研究員擔任講員。
九月十三日	連院長協同內政部、經建會、新聞局、勞委會及衛生署之首長接見全國總工會代表，溝通全民健康保險、勞保及勞工福利相關事宜。
九月十五日	邀請內政部、行政院主計處、勞委會等機關及相關單位，召開「協商農會、漁會及職業工會辦理全民健康保險承保業務經費事宜」會議。
九月十六日	一、立法院提案修正全民健康保險法，通過強制納保相關條文。 二、行政院勞工委員會召開「研商職業工會勞工保險保險費收繳方式」會議，研商有關職業工會預收保險費事宜。 三、邀請各大醫學中心至衛生署研商全民健康保險相關事宜。
九月十七日	一、召開全民健康保險規劃指導委員會第十一次會議，討論： （一）全民健康保險監理委員會組織規程（草案）。 （二）全民健康保險爭議審議委員會組織規程（草案）暨全民健康保險爭議事項審議辦法（草案）。 （三）全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核退辦法（草案）。 （四）「全民健康保險投保金額分級表」及「上限訂定建議案」。 （五）民間團體承保事務費案。 二、召開「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法（草案）」第三次會議，針對保險人應予糾正、停辦及終止特約之規範達成共識；另決議保留保險病床百分比及居家照護業務等二條文，於其他相關會議中一併討論。
九月二十一日、二十二日	立法院法制委員會與內政及邊政委員會聯席會議審查「中央健康保險局組織條例（草案）」，通過第一條至第十一條條文。
十月至十二月	與新聞局合辦「全民健康保險徵文比賽」。
十月三日	一、總統華總（一）義字第五八六五號令公布全民健康保險法修正條文，增列強制納保之規定。 二、與基層醫療單位代表研商全民健康保險相關事宜，就部分負擔、轉診處方簽及診療費等問題交換意見。
十月三日、十二日	立法院法制委員會與內政及邊政委員會聯席會議完成「中央健康保險局組織條例（草案）」一讀審查程序。

(續)

日期	紀要
十月五日	<p>一、工商時報舉辦「醫療器材與全民健康保險相關問題研討」座談會，衛生署由張鴻仁技監代表，針對醫療器材是否應納入全民健康保險給付範圍進行討論。</p> <p>二、楊漢源執行秘書至成功大學演講「全民健康保險法」。</p> <p>三、戴桂英專門委員參加警廣「楊玉書時間」節目中全民健康保險之簡介，並開放民眾現場電話詢問。</p>
十月六日	<p>一、參加內政部召開之「研商農保條例施行細則修正草案」會議，完成所有條文之研商。</p> <p>二、參加農委會召開之「農民資格認定標準及資格審查辦法」會議。</p> <p>三、行政院繼續審查「船員法」。</p> <p>四、與勞委會、勞保局研商全民健康保險承保作業相關事宜，討論第二類被保險人投保金類之訂定、職業工會為其所屬會員代墊保費之可行性及雇主負擔外籍勞工眷屬保費之合理性，取得初步共識。</p> <p>五、協同健保局籌備處至泌尿科醫學會討論「論病例計酬」支付項目。學會建議選陰囊水腫為試辦項目。</p> <p>六、中廣新竹台客語「全民健保熱線」開播，自十月起至十二月，每週四晚間六點半至七點播出，安排歐紫苑參事及宋瑞蛟副研究員現場答詢。</p>
十月八日	<p>召開「研商全民健康保險雇主、職業工會會員、農漁民及地區團體等保險對象投保金額事宜」會議，初步達到共識，將彙整與會人員意見，併提健保規劃指導委員會審議。</p>
十月十一日	<p>幼獅廣播電台「曹冀魯」時間，現場訪問戴桂英專門委員有關全民健康保險相關問題。</p>
十月十二日、十七及二十四日	<p>召開「全民健康保險法施行細則（草案）」第四次、第五次、第六次研商會議，完成所有條文之初審。</p>
十月十三日	<p>一、中廣「閩南語全國聯播」開播「全民健保熱線」，自十月起至十二月，每週四早上七點二十五分至七點五十五分播出，由楊漢源執行秘書、楊銘欽召集人及戴桂英專門委員輪流答詢。</p> <p>二、安排葉金川副總召集人接受臺視光復節特別節目訪問。</p>
十月十四日	<p>參加勞委會舉辦之「研商簡化醫療費用審核作業」之會議。</p>
十月十五日	<p>復健專科醫學會拜訪張博雅署長，討論有關復健支付之問題。</p>
十月十六日	<p>一、配合女青年會舉辦之園遊會，宣導全民健康保險。</p> <p>二、石曜堂總召集人參加「醫師高峰會議」，演講「全民健保是醫界革新整合、自我提升之契機」。</p> <p>三、省立新竹醫院邀請戴桂英專門委員演講全民健康保險及對醫院行政作業之影響。</p>

(續)

日期	紀要
十月十七日	一、參加健保局籌備處召開之「全民健康保險支付標準座談會」，與醫事服務代表針對支付標準研討方向及原則進行討論。 二、分析全民健康保險支付標準表基本診療與特定診療支付點數之調整，對各層級醫療院所之影響，以利對外協商之用。
十月十七日、十八日及二十一日	澎湖縣衛生局於該縣共辦理六場全民健康保險講習會，對象包括村里幹事及民政人員，由曲同光專員及黃偉堯副研究員主講。
十月十八日	一、召開「研商全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法(草案)」暨「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法(草案)」之會議。 二、考試院審查「公務人員及公私立學校教職人員保險法(草案)」，將該法名稱修改為「公教人員保險法(草案)」。
十月十九日	一、參與健保局籌備處主辦之「全民健保檔案分析設計及施行方式之研商」會議。 二、協同健保局籌備處人員假臺大醫學院附設醫院與醫院行政協會，討論「論病例計酬」之病例選擇及制度設計相關事宜。 三、楊銘欽召集人參加「保險與人生」演講比賽賽前協調會。 四、戴桂英專門委員應邀至臺中中臺醫專講解「全民健康保險法」。
十月二十日	一、「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法(草案)」中，有關保險病床百分比及居家照護二保留條文，已在健保規劃小組會議中提出討論，並針對與會者意見修改，擬提健保規劃指導委員會審議。 二、戴桂英專門委員應邀至新竹科學園區講解全民健康保險。
十月二十一日	一、教育部召開「研商學生團體保險如何因應全民健保實施」第二次會議。 二、審查符合全民健康保險教學錄影帶規格標之八家廠商所提之企劃案。
十月二十二日	一、苗栗縣衛生局舉辦全民健康保險說明會，對象為各工會會員及鄉鎮市區公所民政人員，由宋瑞蛟副研究員主講。 二、戴桂英專門委員參加全民電臺「空中公聽會」全民健康保險座談。
十月二十三日	楊漢源執行秘書等應邀至臺南市醫師公會講解全民健康保險，並座談討論。
十月二十四日	召開「研商重大傷病範圍(草案)及嚴重疾病範圍(草案)」之會議。
十月二十五日	新聞局委託臺北市體育會於臺北市立動物園舉辦之「散播健康散播愛」遊園活動，衛生署提供抽獎獎品，健保局籌備處提供運動衫及面紙，由張博雅署長及葉金川處長親臨參加。

(續)

日期	紀要
十月二十六日	一、與醫院行政協會疾病分類人員討論「論病例計酬」病例之疾病組合事宜。 二、戴桂英專門委員應聯合報邀請主講「全民健保與人事管理」。
十月二十八日	一、「保險與人生」演講比賽召開評審會議。 二、宜蘭區醫療網推動小組舉行「全民健保支付與審查制度」專題演講，由戴桂英專門委員主講。
十月二十九日	一、健保局籌備處以衛署中健字第八三〇六六八五八號函請行政院協助協調相關機關，解決辦理地區團體保險對象之承辦人力事宜。 二、廣電基金會審查醫療保健及全民健康保險節目企劃案。
十一月二日	一、召開「全民健康保險規劃指導委員會第十二次會議」，完成全民健康保險法施行細則(草案)及全民健康保險醫療辦法(草案)之逐條討論，將依決議呈報行政院。 二、由吳凱勳顧問主持，召開「醫療科技評估之規劃研究」期末報告審查會。
十一月三日	向署長簡報藥價基準事宜，裁示： 一、同意三階段藥價調整策略。 二、以公立醫院用藥累計金額 80% 之單方品項及同成份、同劑型、同劑量的他廠牌產品、其他單方藥品、複方藥品或大型輸注液分成三大類，並以分類核價為原則。 三、近期請陳副署長召開「藥價基準協商會議」，針對醫事服務團體，說明未來藥價政策。
十一月四日	勞委會召開「勞工保險條例施行細則」第一次會議。
十一月五日	勞委會召開「研商勞保醫療書單印製事宜」會議，決議： 一、全力做好八十四年一月一日開辦全民健康保險之準備，惟為因應未能如期開辦，八十四年一月份之就診單先行印製。 二、請衛生署研究已印製之書單，可否於全民健康保險開辦後視同憑證繼續使用及書單印製之經費得否核支。
十一月八日	一、中華民國脊髓損傷者協會與沈富雄委員於立法院第一會議室，召開「關心殘障者權益—全民健保法公聽會」。 二、內政部召開「配合全民健保辦理中低收入兒童、少年及老人醫療補助」研商會議。
十一月九日	行政院繼續審查「船員法」。
十一月十一日	勞委會召開「勞工保險條例施行細則」第二次會議。
十一月十二日	體制外勞工舉行遊行，並至衛生署抗議全民健康保險法相關規定。
十一月十八日	勞委會召開「勞保職災保險醫療給付業務委辦協調」會議。

日期	紀要
十二月八日	中華民國開發性製藥研究協會、臺北市西藥代理商公會與中華民國藥品行銷暨管理協會來訪，商談藥價基準事宜及籌組工作小組事項。
十二月九日	中華民國全國總工會遊行抗議全民健康保險法對勞工不利，並至衛生署送交訴求書。
十二月十三日、二十八日	行政院繼續審查「船員法」(草案)。
十二月十四日	一、復健專科醫學會蒞署拜會署長，就復健支付標準表交換意見。 二、參加健保局籌備處與中醫界協商中醫支付標準，決議原則上同意開辦初期仍以概括式支付，但半年後採分項計費。
十二月十六日	參加健保局籌備處召開之「研商全民健康保險加強精神疾病患者社區復健方案(草案)會議」。
十二月二十一日	召開「全民健康保險規劃指導委員會第十四次會議」，討論通過「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦理」(草案)、「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」(草案)及「全民健康保險預防保健實施辦法」(草案)，另修正「全民健康保險緊急傷病自墊醫療費用核對辦法」(草案)第三條條文，並確定門診定額部分負擔之方式及金額。
十二月二十三日	一、銓敘部召開「為配合全民健康保險之實施，再研商修正或廢止退休人員保險辦法」會議，決議仍維持辦理該保險，並由銓敘部補助被保險人參加全民健康保險之保險費。 二、行政院人事行政局召開「辦理全民健康保險第六類保險對象投保單位人力問題」研商會議，決議由縣市政府自應精簡之員額，調撥人力辦理全民健康保險業務。
十二月二十九日	一、行政院院會通過「全民健康保險法施行細則」。 二、「公益彩券發行條例」草案進行朝野協商。
十二月三十日	一、總統公布中央健康保險局組織條例。 二、內政部社會司召開「七十歲以上國民保險費補助及中度、重度、極重度殘障者保險費補助及相關事宜」會議。



八十四年全民健康保險規劃大事記

日期	紀要
一月一日	成立中央健康保險局。
一月二十三日	成立中央健康保險局臺北分局、北區分局、東區分局。
一月二十四日	成立中央健康保險局中區分局、高屏分局。
一月二十五日	成立中央健康保險局南區分局。
二月二十五日	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。
二月二十七日	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。
三月一日	實施全民健康保險。

附錄四

全民健康保險財務 精算諮詢報告摘要

全民健康保險財務精算諮詢報告摘要

全民健康保險財務精算諮詢小組是由行政院全民健康保險推動小組籌組，成員包括臺大教授陳雲中、柯木興，政大教授李金桐、陳聽安，中華民國精算學會理事長鄭榮治，中央大學教授單驥等六人，其主要任務為：

- 一、瞭解衛生署所有精算方法及有關資料
- 二、審查有關精算報告
- 三、提供財務設計建言
- 四、協助全民健康保險小組向各界說明有關全民健康保險財務及精算費率事項

民國八十三年六月份所完成的全民健康保險財務精算諮詢報告中，六位學者專家分別就個人之所長，提出具體建言，其所涉及的內容、建議，以及後來在全民健康保險法中的落實，說明如下：

一、修改全民健康保險法草案第二十一條

全民健康保險法草案第二十一條明訂：「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：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；本保險之安全準備降至最低限額者；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」。

草案中費率的擬定，行政裁量權重於主管機關的權責，如此易蹈現行社會保險虧損皆由政府撥補之覆轍，因此建議：

1. 保險費率之調整應在草案中明訂，授權全民健康保險主管機關，經過精算，與費率監理委員會審定後，自動生效，以建立費率調整之機制，事後報行政院備查。
2. 當全民健康保險之財務失衡，經安全準備挹注後，仍達全部醫療支出之某百分比，或者連續三年發生虧損現象，應即予於次年度起調整保險費率，以維持財務平衡。

3. 安全準備升降至法定水準百分之五十以上或以下時，應即自動調整保險費率，或調整安全準備提撥率。
4. 保險給付項目，內容與標準變動時，保險費率應予一併調整。

全民健康保險法第二十條第三項第三款明訂保險給付項目、給付內容或給付標準改變時，須由主管機關擬訂費率調整之規定。

二、有關保險費之計算與繳納

全民健康保險法草案第十九、二十及二十二至二十五條之規定為：

1. 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。
2. 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。

3. 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。

4. 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：

(1) 受雇者：以其薪資所得為投保金額。

(2) 雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。

(3) 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。

(4) 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。

5. 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。
6. 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。

由上述條文可知，保險費之課徵是以薪資為基礎。由於公、勞保之投保薪資僅及實際所得的五成，因此建議：

1. 修改全民健康保險法草案第十九條至第二十五條，取消投保金額，將第一類與第四類被保險人改以全部薪資計算保險費，採用單一的比例費率制。若為防止保險費負擔過重，可設定一保費上限。並利用財稅資料稽核，以嚇阻低報與逃漏，長期則改以所得為徵收保險費之基礎。
2. 為減輕保險費計算改以全部薪資造成之保險費負擔增加，保險費率應予降低。亦即採取擴大「費」基，降低「費」率之措施，從根本上減少低報逃漏的誘因，此舉亦可節省行政成本。

全民健康保險法在立法院審議的過程中有一附帶決議，亦即「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加保費時，應調降保險費率因應之。

三、有關全民健康保險之給付及部分負擔之訂定

全民健康保險法草案第三十二、三十四及三十五條之規定為：

1. 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。

2. 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。
3. 第三十五條：保險對象應自行負擔之住院費用如下：
 - (1) 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。
 - (2) 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。

建議：控制醫療給付量入為出（量力而為）之大原則應重於量出為入。

1. 過於寬鬆的給付項目及額度，不符保險原則。部分負擔額度的設計須能有效地避免或減少醫療浪費，因此部分負擔比率應大幅提高，且訂定一全年自負總額範圍，授權行政主管機關機動適時調整。同時為落實分級醫療轉診制度，應將醫療資源作合理的分配與管理。
2. 早日確定給付費用總額協商分配辦法，且在現有的醫療項目上擇一部份作實驗，並定出細節。
3. 對各項醫療費用控制措施，應有長時間之估測以反應於費率。

全民健康保險法第三十四條明訂：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。

四、有關全民健康保險醫療給付費用總額之訂定

全民健康保險法草案第四十七條及第五十四條規定：

1. 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。

2. 第五十四條：第四十七條至五十條之規定，得分階段實施，其施行日期由主管機關定之。未施行前，醫療費用支付標準每點支付金額，由主管機關定之。

建議：

1. 修改全民健康保險法草案第四十七條：除維持原條文外，並將醫療給付費用總額之成長率及參考指標，以表 1 中之四種方式，擇一為之，明訂於母法中。
2. 修改全民健康保險法草案第五十四條：將其修正為「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。惟前二年度醫療保健費用總額佔國內生產毛額的平均比率若超過 6% 時，則第四十七條至第五十條之規定即應開始實施。未施行前，醫療費用支付標準每點支付金額，由主管機關定之。」

表 1 醫療給付費用總額之參考指標

	最近三年平均之醫療保健費用總額 佔國內生產毛額的比率	醫療給付費用總額的成長率
方式一	(1) 大於百分之六時 (2) 大於百分之七點五時	(1) 以前一年度製造業與商業的平均薪資上漲率為限 (2) 以前一年度的經濟成長率為限
方式二	同上	(1) 同方式一之 (1) (2) 以前一年度的消費者物價指數上漲率加上前一年度的人口成長率之和為限
方式三	(1) 超過各已開發國家醫療支出佔其國內生產毛額最近三年平均值的 80% (註) (2) 超過各已開發國家醫療支出佔其國內生產毛額最近三年平均值	(1) 同方式一之 (1) (2) 同方式一之 (2)
方式四	同上	(1) 同方式一之 (1) (2) 同方式二之 (2)

註：在全民健康保險法施行細則中，將已開發國家定義為國際經濟合作發展組織 (Organization for Economic Cooperation and Development, OECD) 會員國。

五、有關全民健康保險安全準備與保險資金之運用

全民健康保險法草案第六十三條及第六十四條規定：

1. 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：

- (1) 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。
- (2) 本保險每年度收支之結餘。
- (3) 保險費滯納金。
- (4) 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。

2. 第六十四條：本保險之資金，得以下列方式運用：

- (1) 公債、庫券及公司債之投資。
- (2) 存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
- (3) 特約醫院建物整修及擴建之貸款。
- (4) 其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

建議：

1. 保險資金之收支管理由中央健康保險局辦理，並聘請專家學者組成財務諮詢小組協助擬訂年度計畫，報請中央衛生主管機關審定後實施。中央健康保險局得將本保險資金委託符合一定資格之信託公司、銀行或其他法定可接受委託經營之機構經營管理（簡稱受託機構）。上列財務諮詢小組之成員、名額配置、職掌及受託機構之遴選資格辦法，由中央健康保險局訂定，並經中央衛生主管機關核定後實施。
2. 受託機構對本保險資金之運用績效由中央健康保險局依一定準則按季評估之。本評估準則由中央健康保險局會同本保險財務諮詢小組議定後，報請中央衛生主管機關核定實施。中央健康保險局對各受託機構之基金運用績效，應按年比較獎懲，獎懲規定應於基金委託運用合約內載明之。

3. 保險資金之收支、運用情形及積存款項應按月層報中央衛生主管機關備查，並由中央衛生主管機關按季公告之。必要時得會同中央健康保險局對本基金受託機構之相關業務予以稽核。
4. 保險資金之會計應獨立處理，其會計報告及年度決算，除提中央衛生主管機關審核外，並依有關法令規定辦理。
5. 本保險資金作更有效之運用，其運用範圍作以下之修正：
 - (1) 存款：不必限於公營銀行或主管機關指定之金融機構。但為求安全起見，不妨限定存放於每一金融機構之金額不得超過該資金之一定比率（例如 5% 或 10%）。
 - (2) 購買有價證券：
 - ✓ 公債、庫券、儲蓄券。
 - ✓ 金融債券、可轉讓定期存單、銀行承兌匯票、銀行保證商業本票及其他經主管機關核准本資金購買之有價證券。
 - ✓ 經依法上市之公司股票及公司債，且該發行公司最近三年課稅後之淨利率，平均在百分之六以上者。但應限制其購買每一公司之股票及公司債總額，不得超過該資金之某百分比（例如 1%），亦不得超過該發行公司資本額之某百分比（例如 5%）。
 - ✓ 經依法核准公開發行之證券投資信託基金受益憑證，但不妨限制其投資總額不得超過該資金之某百分比（例如 1%）及每一基金已發行之受益憑證總額之某百分比（例如 3%）。
 - (3) 貸款：
 - ✓ 特約醫院建物整修及擴建之貸款。
 - ✓ 經主管機關核准有利於本資金收入之貸款。
 - ✓ 前項貸款（第 2 款）不妨限制每一單位貸款金額不得超過該資金之某百分比，其貸款總額亦不得超過資金總額之某百分比。
 - ✓ 其他：本資金經中央主管機關核准，得辦理有利於本資金收益之專案運用及公共投資。

六、有關全民健康保險實施與企業之財務負擔

建議：

1. 全民健康保險之財源，除部份來自政府之補助外，企業與被保險人均各佔相當大之比例，故政府在做決策時，須以整體觀點審慎評估勞、資、政三方面之總負擔能力，並事先讓社會大眾對其本身或企業之財務負擔有所了解，俾利制度之推行。
2. 全民健康保險之費率釐訂，須將部分負擔制度之實施，以及投保金額分級表之調整因素列入考慮，並作適當之調整，以減少對企業財務負擔之影響。另對投保金額上限額度之訂定，不宜過高，以避免其他公勞保現金給付制度產生示範效果而比照辦理。至於職業團體之保費負擔比率，仍須兼顧被保險人之既得利益，以免引發勞工界之反彈，徒增制度推行上之阻力。

全民健康保險法費率的訂定，已將部分負擔及投保金額分級表之調整因素列入考慮，而規劃之四六制的分擔比率，已是最接近現況的分擔比率，且三讀通過之全民健康保險法，勞工、農、漁民等被保險人，以及榮譽的負擔比率皆降為三成，另外的一成由政府吸收。

七、有關政府財政負擔

建議：有關新財源的籌措，與預算項目的調整等相關規劃，確須預為籌謀，落實法案的制訂，務必使政府的財政規模，不致無限制的擴大。

全民健康保險法第八十五條規定：「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」；第八十九條明定：「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」。

八、全民健康保險與商業性健康保險之互補經營

建議：

1. 商業性健康保險補充型保單之設計，應針對全民健康保險限制給付及不給付項目，提供「高限額下實支實付」或「綜合醫療保險單」之醫療給付，以擺脫「日額給付型」保單，並應提供各項所得補償保險（包括死亡保險金、殘廢保險金、傷害給付金等），以期發生補充作用。
2. 為補充全民健康保險之不足，商業性健康保險應多開發慢性病長期療養之補充型保單（例如老年慢性病及老年痴呆症療養等），以符實際，並能因應個人所需，從商業性健康保險獲取更週延的保障。
3. 商業性健康保險之補充型保單，不應作為替代全民健康保險之受益者付費（醫療費用部分負擔制）之保險單，而應積極開發不同保險期間、繳費方式、給付項目、給付方法等具有多樣化之商業型健康保險單，使投保民眾有更多選擇之機會，以應實際需要。
4. 政府除對企業或個人投保商業性健康保險採行稅制上之優惠外，並應鼓勵輔助性健康保險之設置，及多邀請民間保險業者參與全民健康保險制度及其配合性相關措施之規劃，提供實際的見解與經驗，使全民健康保險與商業性健康保險之互補經營更加落實，以確實發揮互補性機能。

全民健康保險給付居家照護，而其服務項目明訂於全民健康保險醫療辦法第三十七條：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：訪視、診察；治療材料之給予；一般治療處置；呼吸、消化及泌尿系統各式導管與造口之護理；代採檢體送檢；有關病人護理指導及服務事宜。

九、有關全民健康保險之經營組織及人事

全民健康保險法草案第六條明訂：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。

建議：

1. 修改全民健康保險法草案第六條為「本保險實施初期由政府指定的公益法人組織為保險人，辦理保險業務。該法人組織在人事與預算得不受政府相關人事法規、預算法規之規範，惟其業務推動應受中央衛生主管機關之監督。該法人組織之組織，以法律定之。」並增訂六之一條「本保險在實施之後，得允許事業單位，各區域性或職業團體，在一定的保險人申請下成立其他公益法人組織，辦理保險業務。惟各承辦保險的法人組織，均應接受中央衛生主管機關之監督，以發揮良性互動，提高經營效率之目的。其他法人組織成立之要件，以法律定之。」
2. 全民健康保險開辦初期，可先採單一非營利之基金會，俟時機成熟，再逐步發展為多元基金會。惟應研究基金會的最適規模，鼓勵中小企業聯合組成健保基金會，原則上大企業可自行成立基金會，或由各產業自行組成健保基金會。地區性的基金會可以區域、生活圈，或以縣市為單位組織之。而為防止多元基金會所可能發生逆選擇現象，政府僅對弱勢團體補助保險費，以使其能維持全民健康保險法定之給付水準。
3. 基金會的運作須有強而有力的董監事會，給予相當之權責，並賦予公益法人的資格，代為行使公權力。成員可包括政方代表（可由民意代表及行政機構產生），資方代表（可由全國商業、工業總會產生），勞方代表（可由全國總工會產生）以及社會公正人士（可由專家、學者產生）。
4. 本基金會人事完全獨立，人員晉用均以新單位組織型態出現，如須現任公保與勞保人員轉任，可採目前公營事業民營化的作法，以資遣或退休方式，結束公務生涯，另以民營員工的姿態出現。非必須轉任而又須借重者，可採借調方式，承認年資的繼續。

5. 財務的運作，統由基金會編列預算照計畫執行，盈虧的平衡，可在收入與支出之間自行調整，政府僅負擔法定之保險費。

中央健康保險局組織條例在立法院審議過程中，訂有一附帶決議：「中央健康保險局組織條例所定人事制度，暫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、行政院人事行政局，於兩年內設計社會保險行政人員之職組、職系、職務、待遇等人事制度，俾為修法之依據」。

附錄五

國民醫療保健支出 調查報告摘要

國民醫療保健支出調查報告摘要

一、緣起

國人醫療利用型態、類別、以及醫療保健支出等基本資料，攸關全民健康保險費用之推估。為有效掌握全民健康保險實施前之醫療利用，以作為未來全民健康保險總額預算訂定的重要參考，衛生署全民健康保險規劃小組於民國八十一年四月至八十二年三月進行國民醫療保健支出調查，以蒐集相關之資料。

二、抽樣方式

該項調查係以民國八十一年四月全臺灣地區所有現住戶為母全體，並將臺灣省、臺北市及高雄市視為獨立的選樣地區，依此三區之總一般戶數為比例，以抽取各獨立抽樣區的樣本數，臺灣省 4,224 戶 (76.79%)、臺北市 870 戶 (15.82%) 以及高雄市 406 戶 (7.39%)，共抽出 5,500 戶樣本數。每一獨立選樣區採三段分層抽樣法 (Three-Stage Stratified Method) 抽選樣本，第一階段以系統隨機抽樣法 (Systematic Random Sampling Method) 抽取「樣本鄉鎮市區」；第二階段再以系統隨機抽樣法抽選村里，每層抽選住戶的比率大約為 1/964，最後一階段再從每一樣本村里抽取 10 個一般住戶，作為本調查之樣本戶。

三、調查內容

本研究採問卷調查，以訪員面訪及郵寄兩種方式同時進行。面訪調查分家戶及個人兩種問卷，家戶問卷內容包括基本資料、醫療資源可近性、對醫療照護體系評價，以及經濟狀況；個人問卷內容包括個人基本資料、求醫經驗、個人保健行為、個人求醫行為、醫療品質，以及醫療費用等，郵寄問卷則包含家庭成員之門診支出、住院支出，及藥品和保健支出，由樣本戶每月隨時記帳，並按時寄回。

四、調查結果

以下統計分析以面訪問卷為主，全部完訪 4,994 戶，21,671 位個人，平均每戶約有 4.3 人。全部樣本完訪率為 90.2%，其中臺北市完訪率為 87.74%，高雄市為 86.1%，臺灣省為 91.1%。

(一) 家戶部分

1. 醫療資源可近性

在民眾對中西牙醫及西藥房等醫療資源可近性的訪查裡，有 79.7% 的民眾可在十分鐘之內到達西藥房，其次為西醫之 61.6%、牙醫之 60.3% 及中醫之 56.7%。

2. 對醫療照護體系評價

為瞭解民眾對醫療照護體系的評價，問卷內容涵蓋就醫方便性、居住地醫療品質及醫療費用高低，其中有 83.1% 的受訪戶認為就醫還算方便或很方便，有 74.3% 對居住地醫療品質的評價在尚稱滿意以上，有 44.5% 受訪戶認為醫療費用尚稱便宜或差不多，然而仍有 19.9% 的家戶認為太貴。

3. 醫療費用對受訪戶之影響：

有 47.1% 受訪戶認為醫療支出並未影響家庭經濟，然而仍有 37% 及 11.5% 感覺稍有影響及影響很大。以地區別而言，臺北市的家戶有 61.3% 認為沒影響，其次為臺灣省之 44.7% 及高雄市之 41.9%。至於所得愈高的家庭，醫療支出對家庭經濟的影響愈少。全家一年醫藥總支出占全家總收入之 5% 至 10% 時，則足以影響家庭經濟狀況。

(二) 個人部分

完訪之樣本資料中，男女約各占一半（男 50.2%，女 49.8%）。以年齡層而言，0 至 14 歲占 27.3%、15 至 64 歲占 65.2%，65 歲以上占 7.5%，與母群體比較，小孩及老人所占比率較高。完訪樣本中，15 歲以上者，無保險者占

28.6%，私人健康保險占 2.7%，無工作者（含軍人）占 40.5%，無收入者占 36.1%。有收入者收入大部分集中於一萬至三萬間，占 33.8%，一萬元以下者占 10.8%。以八十一年法定每月基本工資為一萬零四百元而言，此項調查不排除受訪者有低報之可能性。

1. 求醫行爲

15 歲以上完訪樣本中，身體不適卻未就醫者，有保險者高於無保險者，有工作者高於無工作者，女性高於男性。究其原因，以自覺病情不重及工作太忙為最多，此現象可能與有保險者多為工作人口，較沒有時間看病有關。

2. 個人保健行爲

15 歲以上完訪樣本中，對自我健康之評價尚佳，在各年齡層裡，男性之評價皆高於女性，然而隨著年齡的遞增評價愈減。樣本中不抽煙、不喝酒及不吃檳榔者，分占 70.1%、75.6% 及 88.7%，同時女性高於男性。未有運動習慣者，人數高達 62.9%，其中女性每星期之平均運動時數（1.5 小時）低於男性（2.4 小時）。

3. 醫療品質

為明瞭民眾對醫療品質之評價，該調查從醫護人員服務態度、檢驗項目適當性、治療效果、醫療設備、交通時間、候診時間等方面進行訪查，結果發現民眾對醫療品質的一般評價尚佳，對候診時間的評價則較差，其中尤以西醫門診為甚。

4. 醫療費用

本次調查在於瞭解民眾自付醫療費用情形。以有無保險區分，除中醫外，無論牙、西、住、急診上，無保險者皆高於有保險者。有保險者無論在西、牙醫及住院、急診上，皆較無保險者對醫療費用評價為便宜，尤以住院費用為甚，另對無保險者而言，感受西醫費用高於其他之中、牙醫等費用支出（如表 2）。就年齡層而言，0 至 14 歲在西醫及急診之自

付醫療費用高於其他年齡層，而 45 至 54 歲者，在牙、中及西藥房之自付費用最高，65 歲以上者住院之自付醫療費用最高，55 歲以上者，中藥房的花費最高。以中、西、牙醫區分，每人每年平均花費在西醫的費用最高，其次為牙醫及中醫。以性別區分，男性除急診的醫療費用略高於女性外，在其他方面之醫療支出，女性皆高於男性（如表 3）。

至於每人之平均醫療利用次數，西醫門診之利用率最高，為 0.85 次，其次為西藥房之 0.43 次。以性別區分，除急診之利用次數相當外，無論在牙、西、中醫門診、住院，以及中西藥房之平均醫療利用次數，女性皆高於男性。就年齡層而言，45 至 54 歲者，在中、牙醫門診及中西藥房之平均利用次數，皆高於其他年齡層，65 歲以上者住院及急診之平均利用次數最高，而就 15 歲以上完訪樣本中，15 至 24 歲，無論在中西醫門診、急診及中藥房之平均利用次數皆為各年齡最低（如表 4）。

五、臺灣地區民眾自付醫療費用推估

每人每月各項醫療服務自付費用 (Exp) 的推估，在門診及藥房服務上，是依完訪樣本調整後每月利用總次數 (q_i) 及調整後最近一次自付費用，經各層完訪率加權後 (w_i) 相乘，再除以加權後總樣本數，並將此求出之每月各項自付費用乘以 12，即得每人每年各項醫療服務自付費用。至於急診及住院，亦依前述推估方式，所不同的是其為一年之利用資料，求出的是每人每年該項醫療服務自付費用 (Exp)，公式如下：

$$\text{Exp} = \frac{\sum_i [(p_i \times w_i) \times (q_i \times w_i)]}{\sum_i (n_i \times w_i)}$$

以此方式推算所得出的民國八十一年全人口之自付醫療費用（含中西牙醫門診、急診、住院，及中西藥房自付費用）約為 1,303.3 億元，每人年平均自付費用為 6,340 元，其中以花費在西醫門診的費用最高，急診最低。以年齡層而言，15 至 24 歲者之自付費用最低為 4,781 元，65 歲以上者最高，為 10,088 元，約為平均每人費用的 1.6 倍（詳如表 5 及表 6）。

六、未來研究方向

建議未來可利用該項調查進行後續研究：

- (一) 與現有保險申報資料結合：以瞭解醫療院所申報資料與民眾利用資料是否符合。
- (二) 14 歲以下人口醫療費用：該項調查進行期間，公、勞、農保尚未涵蓋子女保險，故對 14 歲以下人口無法分析保險對醫療利用型態及自付費用的影響，將來可利用公保子女保險資料與該項調查資料進行保險介入對醫療費用之影響分析。
- (三) 病人時間成本分析：病人時間成本被視為評估醫療照護體系效率性的重要指標之一，同時亦做為評估部分負擔有效性的指標。
- (四) 醫療提供者對病人醫療需求之影響：由於醫病間資訊之不對稱性，醫療提供者對收入之期望、醫學研究與教學等因素，使得醫療提供者常是誘發病人對醫療需求之重要因素，因此可利用該項調查資料，以瞭解醫療提供者對病人醫療需求之影響，尤其著重不同科別、地區間之差異，同時推估對醫療支出之影響。

表 2 臺灣地區每人平均醫療費用—按年齡、有無保險分

費用單位：元

年齡	無保險		有保險		合計	
	人數	費用	人數	費用	人數	費用
** 過去一個月 **						
牙醫門診						
0-14 歲	-	-	-	-	5,770	74
15-24 歲	2,104	133	1,252	124	3,356	130
25-34 歲	568	104	3,058	83	3,626	86
35-44 歲	455	102	2,883	105	3,338	104
45-54 歲	220	435	1,609	116	1,829	154
55-64 歲	279	150	1,258	112	1,537	119
65 歲以上	549	95	1,014	113	1,563	107
合計	4,175	138	11,074	104	21,019	103
西醫門診						
0-14 歲	-	-	-	-	5,592	257
15-24 歲	2,056	117	1,237	64	3,293	97
25-34 歲	555	101	3,005	75	3,560	79
35-44 歲	442	107	2,856	92	3,298	94
45-54 歲	210	143	1,590	121	1,800	123
55-64 歲	261	195	1,227	160	1,488	166
65 歲以上	479	272	967	188	1,446	216
合計	4,003	139	10,882	105	20,477	153
中醫門診						
0-14 歲	-	-	-	-	5,777	31
15-24 歲	2,106	25	1,258	26	3,364	26
25-34 歲	573	22	3,048	62	3,621	55
35-44 歲	452	74	2,892	64	3,344	65
45-54 歲	219	105	1,614	136	1,833	132
55-64 歲	279	53	1,256	96	1,535	88
65 歲以上	546	95	1,008	110	1,554	105
合計	4,175	45	11,076	77	21,028	58

(續)

年齡	無保險		有保險		合計	
	人數	費用	人數	費用	人數	費用
** 過去一年 **						
住院						
0-14 歲	-	-	-	-	5,790	851
15-24 歲	2,116	1,095	1,260	1,088	3,376	1,092
25-34 歲	575	2,038	3,073	1,641	3,648	1,704
35-44 歲	461	1,107	2,918	568	3,379	642
45-54 歲	220	4,895	1,630	880	1,850	1,357
55-64 歲	282	2,519	1,267	1,353	1,549	1,566
65 歲以上	557	3,880	1,021	2,034	1,578	2,686
合計	4,211	1,887	11,169	1,191	21,170	1,236
急診						
0-14 歲	-	-	-	-	5,750	46
15-24 歲	2,097	30	1,249	28	3,346	29
25-34 歲	569	20	3,059	24	3,628	24
35-44 歲	458	24	2,907	15	3,365	16
45-54 歲	218	2	1,623	17	1,841	16
55-64 歲	280	2	1,263	26	1,543	22
65 歲以上	546	18	1,016	24	1,562	22
合計	4,168	23	11,117	21	21,035	28
** 過去一個月 **						
西藥房						
0-14 歲	-	-	-	-	5,757	37
15-24 歲	-	-	-	-	3,349	37
25-34 歲	-	-	-	-	3,585	61
35-44 歲	-	-	-	-	3,268	82
45-54 歲	-	-	-	-	1,777	98
55-64 歲	-	-	-	-	1,482	93
65 歲以上	-	-	-	-	1,492	93
合計	-	-	-	-	20,710	61
中藥房						
0-14 歲	-	-	-	-	5,779	20
15-24 歲	-	-	-	-	3,370	15
25-34 歲	-	-	-	-	3,630	44
35-44 歲	-	-	-	-	3,342	68
45-54 歲	-	-	-	-	1,835	87
55-64 歲	-	-	-	-	1,532	95
65 歲以上	-	-	-	-	1,568	94
合計	-	-	-	-	21,056	48

資料來源：衛生署國民醫療保健支出調查。

表 3 臺灣地區每人平均醫療費用—按年齡、性別分

費用單位：元

年齡	男		女		合計	
	人數	費用	人數	費用	人數	費用
** 過去一個月 **						
牙醫門診						
0-14 歲	3,021	70	2,749	79	5,770	74
15-24 歲	1,580	57	1,776	195	3,356	130
25-34 歲	1,751	49	1,875	122	3,626	86
35-44 歲	1,697	41	1,641	170	3,338	104
45-54 歲	902	135	927	174	1,829	154
55-64 歲	785	64	752	176	1,537	119
65 歲以上	825	132	738	78	1,563	107
合計	10,561	70	10,458	136	21,019	103
西醫門診						
0-14 歲	2,913	270	2,679	242	5,592	257
15-24 歲	1,550	81	1,743	112	3,293	97
25-34 歲	1,730	52	1,830	106	3,560	79
35-44 歲	1,689	77	1,609	111	3,298	94
45-54 歲	894	105	906	141	1,800	123
55-64 歲	765	118	723	217	1,488	166
65 歲以上	784	147	662	298	1,446	216
合計	10,325	139	10,152	167	20,477	153
中醫門診						
0-14 歲	3,026	40	2,751	21	5,777	31
15-24 歲	1,581	20	1,783	31	3,364	26
25-34 歲	1,744	32	1,877	77	3,621	55
35-44 歲	1,705	44	1,639	87	3,344	65
45-54 歲	904	115	929	149	1,833	132
55-64 歲	784	72	751	105	1,535	88
65 歲以上	816	76	738	136	1,554	105
合計	10,560	48	10,468	69	21,028	58

(續)

年齡	男		女		合計	
	人數	費用	人數	費用	人數	費用
** 過去一年 **						
住院						
0-14 歲	3,032	983	2,758	704	5,790	851
15-24 歲	1,588	705	1,788	1,436	3,376	1,092
25-34 歲	1,760	1,217	1,888	2,158	3,648	1,704
35-44 歲	1,720	402	1,659	891	3,379	642
45-54 歲	913	1,251	937	1,460	1,850	1,357
55-64 歲	790	1,722	759	1,403	1,549	1,566
65 歲以上	831	2,056	747	3,386	1,578	2,686
合計	10,634	1,048	10,536	1,426	21,170	1,236
急診						
0-14 歲	3,009	54	2,741	37	5,750	46
15-24 歲	1,576	25	1,770	32	3,346	29
25-34 歲	1,749	25	1,879	22	3,628	24
35-44 歲	1,712	12	1,653	20	3,365	16
45-54 歲	906	13	935	18	1,841	16
55-64 歲	785	15	758	28	1,543	22
65 歲以上	825	22	737	23	1,562	22
合計	10,562	29	10,473	28	21,035	28
** 過去一個月 **						
西藥房						
0-14 歲	3,018	34	2,739	39	5,757	37
15-24 歲	1,578	33	1,772	40	3,350	37
25-34 歲	1,729	60	1,856	63	3,585	61
35-44 歲	1,674	78	1,594	86	3,268	82
45-54 歲	878	101	899	94	1,777	98
55-64 歲	754	103	728	82	1,482	93
65 歲以上	791	104	701	81	1,492	93
合計	10,422	61	10,289	62	20,711	61
中藥房						
0-14 歲	3,026	19	2,753	21	5,779	20
15-24 歲	1,586	16	1,784	15	3,370	15
25-34 歲	1,751	31	1,879	55	3,630	44
35-44 歲	1,704	53	1,638	83	3,342	68
45-54 歲	902	68	933	105	1,835	87
55-64 歲	780	93	752	97	1,532	95
65 歲以上	828	102	740	85	1,568	94
合計	10,577	42	10,479	53	21,056	48

資料來源：衛生署國民醫療保健支出調查。

表 4 臺灣地區每人平均醫療利用次數—按年齡、性別分

費用單位：元

年齡	男		女		合計	
	人數	次數	人數	次數	人數	次數
** 過去一個月 **						
牙醫門診						
0-14 歲	3,034	0.19	2,758	0.16	5,792	0.18
15-24 歲	1,590	0.15	1,790	0.27	3,380	0.21
25-34 歲	1,761	0.17	1,894	0.27	3,655	0.22
35-44 歲	1,720	0.18	1,659	0.30	3,379	0.24
45-54 歲	913	0.32	938	0.32	1,851	0.32
55-64 歲	791	0.20	764	0.31	1,555	0.25
65 歲以上	832	0.21	748	0.23	1,580	0.22
合計	10,641	0.19	10,551	0.25	21,192	0.22
西醫門診						
0-14 歲	3,029	0.99	2,757	0.88	5,786	0.94
15-24 歲	1,589	0.38	1,788	0.53	3,377	0.46
25-34 歲	1,756	0.44	1,891	0.85	3,647	0.65
35-44 歲	1,719	0.58	1,655	0.86	3,374	0.72
45-54 歲	911	0.91	936	1.06	1,847	0.99
55-64 歲	783	1.18	761	1.45	1,544	1.31
65 歲以上	825	1.28	734	1.70	1,559	1.48
合計	10,612	0.77	10,522	0.93	21,134	0.85
中醫門診						
0-14 歲	3,032	0.11	2,758	0.08	5,790	0.10
15-24 歲	1,590	0.07	1,789	0.11	3,379	0.09
25-34 歲	1,760	0.12	1,894	0.23	3,654	0.18
35-44 歲	1,718	0.20	1,658	0.30	3,376	0.25
45-54 歲	912	0.34	939	0.41	1,851	0.37
55-64 歲	791	0.27	762	0.40	1,553	0.33
65 歲以上	830	0.24	748	0.44	1,578	0.34
合計	10,633	0.16	10,548	0.23	21,181	0.19

(續)

年齡	男		女		合計	
	人數	次數	人數	次數	人數	次數
** 過去一年 **						
住院						
0-14 歲	3,033	0.05	2,758	0.03	5,791	0.04
15-24 歲	1,589	0.04	1,788	0.07	3,377	0.05
25-34 歲	1,760	0.06	1,891	0.15	3,651	0.11
35-44 歲	1,720	0.07	1,659	0.08	3,379	0.07
45-54 歲	913	0.09	938	0.10	1,851	0.10
55-64 歲	790	0.15	762	0.15	1,552	0.15
65 歲以上	832	0.23	747	0.23	1,579	0.23
合計	10,637	0.08	10,543	0.10	21,180	0.09
急診						
0-14 歲	3,031	0.09	2,755	0.06	5,786	0.08
15-24 歲	1,589	0.06	1,788	0.07	3,377	0.07
25-34 歲	1,761	0.08	1,892	0.09	3,653	0.08
35-44 歲	1,720	0.07	1,658	0.07	3,378	0.07
45-54 歲	913	0.07	939	0.07	1,852	0.07
55-64 歲	791	0.09	764	0.09	1,555	0.09
65 歲以上	833	0.15	749	0.14	1,582	0.15
合計	10,638	0.08	10,545	0.08	21,183	0.08
** 過去一個月 **						
西藥房						
0-14 歲	3,033	0.25	2,755	0.28	5,788	0.27
15-24 歲	1,588	0.27	1,787	0.32	3,375	0.30
25-34 歲	1,758	0.41	1,892	0.43	3,650	0.42
35-44 歲	1,719	0.51	1,657	0.61	3,376	0.56
45-54 歲	910	0.69	934	0.65	1,844	0.67
55-64 歲	787	0.68	761	0.63	1,548	0.66
65 歲以上	828	0.61	745	0.60	1,573	0.61
合計	10,623	0.42	10,531	0.45	21,154	0.43
中藥房						
0-14 歲	3,032	0.06	2,756	0.07	5,788	0.06
15-24 歲	1,590	0.06	1,789	0.06	3,379	0.06
25-34 歲	1,761	0.09	1,893	0.15	3,654	0.12
35-44 歲	1,720	0.12	1,659	0.23	3,379	0.17
45-54 歲	911	0.20	938	0.27	1,849	0.24
55-64 歲	791	0.20	761	0.29	1,552	0.24
65 歲以上	834	0.22	749	0.27	1,583	0.24
合計	10,639	0.11	10,545	0.15	21,184	0.13

資料來源：衛生署國民醫療保健支出調查。

表 5 民國八十一年臺灣地區民眾自付醫療費用—按科別分

	每人平均自付費用		全人口*
	每月自付 (元)	每年自付 (元)	每年自付 (億元)
牙醫門診	103	1,236	254.1
西醫門診	153	1,836	377.4
中醫門診	58	696	143.1
西藥房	61	732	150.5
中藥房	48	576	118.4
急診	-	28	5.8
住院	-	1,236	254.1
合計		6,340	1,303.3

註：全國人口數以民國八十年年底人數計算。

資料來源：衛生署國民醫療保健支出調查。

表 6 民國八十一年臺灣地區民眾自付醫療費用—按年齡別分

年齡別	八十年年底 人口數	每人年付 (元)	全人口年付 (億元)
0-14 歲	5,411,928	5,925	320.7
15-24 歲	3,703,292	4,781	177.1
25-34 歲	3,848,608	5,628	216.6
35-44 歲	3,014,294	5,614	169.2
45-54 歲	1,742,506	8,501	148.1
55-64 歲	1,495,426	8,320	124.4
65 歲以上	1,340,792	10,088	135.3
合計	20,556,846	6,340	1,303.3

資料來源：衛生署國民醫療保健支出調查。

附錄六

醫事人力

醫事人力

全民健康保險法草案開宗明義第一條即為：提供國民適當之醫療保健服務。為達到此一宗旨，在品質及數量上均衡分布之醫事人力是必要的。因此醫事人力之規劃是全民健康保險之規劃重點，第一期規劃曾針對醫師、牙醫師、中醫師與護理人力等作深入探討，第二期規劃則將重點放在其他類別之醫事人力，包括藥事人力、醫事檢驗人力、醫用放射線技術人力與復健醫療人力等四類。以下針對此四類醫事人力之執業情況、人才培育、未來供給情形、規劃原則、規劃構想與對其他單位之建議等方面闡述之。

一、執業狀況

以下資料為第二期規劃期間直接與相關單位聯絡，取得原始書面資料，並建檔分析，資料年代均在民國八十年底。

(一) 藥事人力

根據藥師公會會員登記檔及各縣市藥劑生公會會員名冊之資料，民國八十年執業之藥事人力共有 19,158 人，其中分別 11,159 名藥師及 7,999 名藥劑生，就其特性分別說明如下：

1. 藥師

- (1) 男性略多於女性，占 53%；年齡方面，45 歲以下者占 78.3%，顯示藥師年齡頗為年輕。
- (2) 籍貫方面，本省籍占大多數，占 84.4%，其中以籍貫為臺南縣（市）、高雄縣（市）所占的百分比為最多。
- (3) 教育程度方面，研究所畢業者只占 0.6%，大專院校畢業者占 99.4%。
- (4) 執業情形方面，藥師親自開業藥局占多數，占 19.7%，服務於公私立醫院者，占 16.5%，受聘管理藥局者，占 10.3%，受聘經營藥廠者，占 5.9%，從事其他行業者，只占 2.5%。而就執業場所經營類別而言，經

營西藥者較多，占 53.8%，經營中西藥者次之，占 7.9%，只經營中藥者僅占 1.2%，另有 37% 為未知。

(5) 執業地區分布方面，以臺北縣（市）執業者為最多，占 35.4%，其次為高雄縣（市），占 15%，最少者為澎湖縣，只占 0.2%。若以公會所屬縣（市）與居住地所屬縣（市）為不同之縣（市），作為越區執業的定義時，越區執業者占 37.8%。

(6) 居住地所在之醫療區域方面，以居住在臺北醫療區者占多數，占 35.1%，其次為高雄醫療區，占 16%，這與藥師執業地區之分布相似。

2. 藥劑生

(1) 男性也略多於女性，占 55.9%；年齡方面，45 歲以下者占 81.5%，顯示藥劑生較藥師年齡更為年輕。

(2) 籍貫方面，本省籍占大多數，占 84.8%，其中以籍貫為彰化縣（市）所占的百分比為最多。

(3) 教育程度方面，高中高職畢業者，占 89.6%，而接受過大專院校教育者，僅占 10.4%。

(4) 執業情形方面，藥劑生經營藥局者占最多，占 83.8%，其中以親自開業者占 30%，受聘管理藥局者占 25.9%，而有 27.9% 沒有區分是親自開業抑或是受聘管理藥局。

(5) 就執業地區分布方面，在臺北縣（市）執業者占 28.9%，在高雄縣（市）執業者次之，占 13.8%，在澎湖縣執業者為最少，只占 0.3%。

(6) 就居住地所在之醫療區域方面，居住在臺北醫療區者占最多，占 28.2%，高雄醫療區次之，占 13.8%，居住在澎湖醫療區者為最少，占 0.3%。

（二）醫事檢驗人力

根據衛生署統計顯示，民國八十年底執業之醫事檢驗師為 3,320 人，醫事檢驗生為 380 人，兩者合計為 3,700 人。以下執業狀況是以郵寄調查方式取得醫事檢驗師公會與醫事檢驗生公會會員資料分析得知。

1. 醫事檢驗師

- (1) 醫事檢驗師公會會員有 3,405 名，回收 1,633 份，回收率 48%，其中女性略多於男性，占 56.3%。就年齡而言，醫事檢驗師皆相當年輕，45 歲以下即占 99.2%。
- (2) 教育程度方面，專科畢業者占多數，占 82.2%，大學畢業僅占 16.7%。
- (3) 就執業情形而言，絕大多數之醫事檢驗師皆在醫院執業，占 66.9%，檢驗所僅占 12.1%，再其次為衛生機構，占 11.2%。執業醫院之規模都相當大，500 床以上占 38.8%。
- (4) 就工作狀況而言，所從事之工作以臨床生化與一般鏡檢較多，分別占 18% 與 14.8%。一週工作時數 40 小時以下者占極少數，僅 1.8%，以 40 至 45 小時居多，為 57.2%，有 10.6% 的醫事檢驗師工作時間較長，工作 60 小時以上。
- (5) 醫事檢驗師以在北部地區執業者占多數，為 44.3%，其次為南部地區，占 29.3%，東部地區最少，僅占 4.1%。

2. 醫事檢驗生

- (1) 醫事檢驗生公會會員有 237 名，回收 97 份，回收率 41%。其中男性較多於女性，占 65.9%。就年齡而言，醫事檢驗生之年齡較醫事檢驗師為大，46 歲以上即占 43.3%。
- (2) 在教育程度方面，高中高職畢業者占多數，占 73.7%，專科以上畢業者占 15.8%。
- (3) 就執業情形而言，醫事檢驗生在醫院執業者占多數，占 47.4%，其次為檢驗所，占 26.3%，再其次為衛生機構，占 15.8%。所在醫院之規模以 100 至 299 床占多數，占 19.6%。
- (4) 就工作狀況而言，所從事之工作以臨床生化與一般鏡檢較多，皆占 19.1%。一週工作時數 40 小時以下占少數，僅 4.2%，以 40 至 45 小時居多，為 41.1%，有 23.2% 的醫事檢驗生工作時間較長，工作 60 小時以上。

- (5) 醫事檢驗生以在北部地區執業占多數，為 51.6%，其次為中部地區，為 30.8%，東部地區最少，僅占 7.7%。

(三) 醫用放射線技術人力

根據原子能委員會之執業登記檔資料，民國八十年十二月執業之醫用放射線技術師為 1,525 人，醫用放射線技術士為 426 人，兩者合計為 1,951 人。兩者皆區分為診斷組、治療組與同位素組等三組。

1. 醫用放射線技術師

- (1) 1,525 位醫用放射線技術師中，以診斷組占多數，占 90%，其次為治療組，占 5.6%，同位素組最少，占 4.6%。
- (2) 以性別而言，男性略多於女性，男性占 51.9%，女性占 48.1%。就年齡而言，醫用放射線技術師都相當年輕，44 歲以下即占 99.4%。
- (3) 在教育程度方面，本科系畢業者占 93.1%，其中以元培醫專畢業者占多數。有 6.9% 是相關科系畢業受醫用游離幅射防護訓練，由檢覈取得執業資格，其中有 4.6% 是醫學院或專科醫技科及醫檢科畢業。
- (4) 就執業情形而言，絕大多數之醫用放射線技術師皆在醫院執業，占 95.3%，診所則占 4.6%。就所在醫院之評鑑等級而言，以醫學中心占多數達 33.9%，地區醫院次之，約占 28.8%，再其次為區域醫院，占 22.2%。
- (5) 醫用放射線技術師以在臺北區域執業占多數，為 37.2%，其次為高雄區域及臺中區域。少於 1% 在臺東區域、澎湖區域與金門地區執業。

2. 醫用放射線技術士

- (1) 426 位醫用放射線技術士中，仍以診斷組占多數，占 96.5%，治療組占 2.8%，而同位素組只不過三人而已。
- (2) 以性別而言，不同於醫用放射線技術師的是，男性占大多數，為 85.2%。醫用放射線技術士的年齡比醫用放射線技術師之年齡來得大，均在 30 歲以上，年齡以 40 至 49 歲者居多，占 50.3%。

- (3) 在教育程度方面，絕大多數為非本科系畢業，占 98.4%。其中以高中高職非醫檢科者為最多，占 60.6%，有 8.9% 是醫學院、專科或高職醫技科及醫檢科畢業。
- (4) 就執業情形而言，大多數之醫用放射線技術士皆在醫院執業，占 85.4%，診所則占 14.3%。就所在醫院之評鑑等級而言，以地區醫院占一半以上，為 59.3%，區域級以上醫院則占 19.2%。
- (5) 醫用放射線技術士在區域間之分布與醫用放射線技術師相近。

(四) 復健醫療人力

「物理治療師法」與「職能治療師法」在調查時因尚未立法通過（其中物理治療師法於民國八十四年二月三日公告），故執業無須入公會也無須辦理執業登記，其執業情形僅能從學會與醫院調查著手，惟仍不太完整。以下就民國八十一年三月學會資料分析所得。

1. 物理治療人員

- (1) 物理治療學會之會員與準會員合計為 616 人。其中女性占多數，占 68.3%。就年齡而言，物理治療人員皆相當年輕，44 歲以下占了 99.7%。
- (2) 在教育程度方面，本科系畢業者占 80.3%，其中以臺大復健系畢業者占多數，占 55%。
- (3) 就執業情形而言，有執業者占全部之 43.5%，為 320 名。大多在醫院執業，占執業者之 93.4%。就所在醫院之評鑑等級而言，以醫學中心與區域醫院為多，共占 34.6%。
- (4) 所在醫院之地點以臺北區域最多，占 23.5%，其次為臺中與桃園區域。

2. 職能治療人員

- (1) 職能治療學會之會員與準會員合計為 318 人。其中女性占大多數，占 73.6%。就年齡而言，以 30 至 54 歲為多，占 93.8%。
- (2) 在教育程度方面，本科系畢業者占 61.7%，其中以臺大復健系畢業者占多數，占 45.6%。

- (3) 就執業情形而言，有執業者占 80.8%，為 257 名。大多數在醫院執業，占執業者之 96.9%。且以從事心理治療者占多數，占在醫院執業者之 57.4%。其中有許多是在精神科專科醫院執業，因此其在不同評鑑等級醫院之分布，要較物理治療人員平均。
- (4) 所在醫院之地點以在臺北區域最多，占 42.1%，其次為高雄與桃園區域。

二、人才培育情形

(一) 藥事人力

1. 正規教育培育情形

- (1) 有五所醫學院設有藥學系，最早設立者為國防醫學院，於民國二年設立藥學系，其後臺大、高醫、中國及北醫分別在民國四十二年、四十六年、四十七年及四十九年陸續設立藥學系，其中中國更於民國五十四年增設夜間部（五年制）藥學系，北醫也於民國五十二年增設夜間部藥學系，大量培育藥學人才，直至民國八十年平均每年醫學院藥學系招生及畢業總數分別為 476 人及 394 人。
- (2) 專科教育，目前僅有大仁藥專及嘉南藥專提供藥學專科教育，均設立於民國五十五年，其中嘉南藥專於民國五十八年至六十四年增設保健藥學科及在民國五十九年至六十一年增設二年制實用技藝部藥學科，平均每年專科畢業總數為 541 人。
- (3) 仁德醫校、樹人醫校分別於民國五十六年、五十八年年設立藥學科，但也分別於民國七十年、六十九年停招，累計畢業人數為 8,041 人。

2. 考試情形

藥師、藥劑生皆經由專門職業及技術人員檢覈考試及格，而取得證書，藥師係屬高考類，藥劑生則屬普考類，均於民國三十九年開始辦理，至民國八十年藥劑生考試已停止辦理。

（二）醫事檢驗人力

1. 正規教育培育情形

- (1) 9家醫學院中，除國防醫學院未設有醫學技術系外，其他8家皆已設立，其中以臺大設立最早，於民國四十五年設立；北醫與中山分別於民國五十四年與五十五年設立，之後陽明、中國、高醫、長庚與成大陸續設立，每年醫學院醫技系招生名額總計約為450名。
- (2) 專科設有醫事檢驗科或醫事技術科者有4家：元培、中臺、中華醫專與輔英醫護，前三家設立較早，設於民國五十四年至五十七年間，輔英設立較晚，於民國七十七年設立，每年專科醫事檢驗科或醫事技術科招生名額總計約為442名。中臺醫專於民國八十年起設立夜間部二專，專收高職醫檢科畢業生。
- (3) 新生與仁德兩家高職曾分別於民國六十年與六十二年設立醫檢科，但皆於民國七十五年停招，新生醫校畢業732名，仁德醫校畢業714名，共畢業1,446名。

2. 考試情形

醫事檢驗師或醫事檢驗生皆經由專門職業及技術人員檢覈考試及格，而取得證書，醫事檢驗師係屬高考類，而醫事檢驗生則屬普考類，分別於民國六十年與六十一年開始辦理。

（三）醫用放射線技術人力

1. 正規教育培育情形

- (1) 在醫學院設有醫用放射線技術科系者僅有陽明醫學院，其在醫事技術系之下分醫事檢驗組與放射技術組，放射技術組於民國七十九年設立，每年招生名額50名。
- (2) 專科設有放射技術科者有2家：元培醫專與中臺醫專，分別於民國五十五年與五十六年設立。目前2家之容量相近，平均每年畢業人數分別為98與95名。另中華醫專放射技術科曾於民國五十八年至六十年招收三屆學生，之後則停招，共畢業151人。

2. 原子能委員會醫用游離輻射講習班培育情形

根據原子能法施行細則第五十二條及五十三條之規定，專科以上學校有關放射線技術科系或高級中學畢業後，曾受醫用游離輻射防護訓練後有結業證書，並已從事放射線工作 2 年或 5 年以上，經原子能委員會審查合格者，也可經由檢覈取得醫用放射線技術師或技術士資格而執業。原子能委員會於民國六十三年開始辦理這項訓練，截至民國八十年，X 光技術組與同位素技術組合計訓練及格人數已達 3,784 人。訓練班每期 4 天，每期一班，每班以 40 人為原則，參加者結訓時之及格率，X 光技術組與同位素技術組各為 78% 與 80%。

3. 考試情形

- (1) 醫用放射線技術師或醫用放射線技術士皆經由專門職業及技術人員檢覈考試及格，而取得證書，醫用放射線技術師係屬高考類，而醫用放射線技術士則屬普考類。兩種考試皆於民國六十七年開始辦理，醫用放射線技術士檢覈考試於民國七十九年辦理最後一次，之後已停辦。
- (2) 醫用放射線技術士之特考曾於民國六十五年、六十六年與六十八年舉辦 3 次，共及格 712 人。而執業中的醫用放射線技術士約有 89.4% 是經特考及格的。

(四) 復健醫療人力

1. 正規教育培育情形

- (1) 醫學院中以臺大最早設立復健系，物理治療組設立於民國五十六年，職能治療組設立於民國五十九年。一直到民國七十四年中山醫學院才設立復健系物理治療組，職能治療組則於民國七十七年設立。之後醫學院復健系如雨後春筍般地設立，高醫、陽明、成大與中國陸續設立。其中高醫與成大除物理治療組之外，也設立職能治療組，不過成大之職能治療組只招收一年即停招。復健系之物理治療組每年約招生 256 名，職能治療組每年約招生 124 名。

(2) 高職設有復健技術科者有 2 家：樹人醫校與仁德醫校，分別於民國七十年與七十一年設立，其所教授之課程以物理治療為主。樹人醫校平均每年約畢業 105 名，仁德醫校平均每年約畢業 54 名。

2. 醫院訓練之人員：少數具有訓練能力之醫院定期或不定期開班作短期訓練，如榮總、彰基、振興復健中心等。這些訓練為期三至六個月，只有振興復健中心長達一至二年，目前此類訓練已不再舉行。

三、未來供給情形

(一) 藥事人力

1. 未來藥學科系畢業生人數：民國八十一至八十九年預期畢業生人數是以民國八十年各校每年級在學學生人數為推估基礎，且假設各年級在校學生都能如期畢業的情況下推估。預期未來藥學系每年畢業生人數為 513 人，藥學科每年畢業生人數為 338 人，每年總畢業生人數為 851 人。
2. 人才流損情形：至民國八十年，醫學院及專科 24,608 名畢業生中，只有 10,208 人仍在執業，執業率為 41.5%，其中以藥專畢業生之執業率較醫學院畢業生為高，執業率分別為 44.9%、38.8%。醫學院畢業第一年者執業率為 0.4%，第二年為 8.9%，第三至第七年為 17.8%，第八年以上為 40% 左右；藥專方面，依次分別為 0.0%、12.2%、25.9% 及 46.8%，藥劑生執業情形，近年來是以每年 0.9% 在減少。
3. 預估未來之供給：預估民國八十九年藥事人力之供給，藥師有 13,274 名，藥劑生有 7,374 名，故藥事人力之總供給為 20,648 名。
4. 供需之比較：根據衛生署出版之「臺灣地區衛生人力長程規劃」中，對藥事人力需求量之推估是以二名西醫、牙醫師需一名藥事人力為指標，再依江東亮教授所作之「公元二千年臺灣地區醫師、牙醫師人力的供給與地理分布推計」中，民國八十九年醫師、牙醫師人力之供給總計為 33,853 名，估算出八十九年藥事人力之需求為 16,927 名，比較供需之結

果，供給多出 3,721 名，顯示未來藥事人力都有嚴重供過於求的現象（表 7）。

（二）醫事檢驗人力

1. 未來本科系畢業人數：預估未來醫學院醫技系每年畢業 402 名，專科之醫事檢驗科或醫事技術科每年畢業 448 名。
2. 人才流損情形：從民國四十九年至八十年，有關醫技科系畢業人數共計 10,714 人，而執業之醫事檢驗師與醫事檢驗生共計 3,700 人，占所有畢業生之 34.5%。調查在校生之就業意願，醫學院在校生有 66.1% 要繼續升學，僅 20.9% 將從事檢驗工作；專科在校生有 56.5% 要繼續升學，僅 31.4% 將從事檢驗工作，顯示在校生有非常強烈之升學意願。而調查未從事醫檢工作之畢業生，其未從事之原因有 21.4% 是繼續深造，此一趨勢在推估未來供給時必須加以考量。
3. 預估未來之供給：推估醫事檢驗師之供給，民國八十九年可達 6,704 名，至於醫事檢驗生部分為 422 名。故醫事檢驗人力總計至民國八十九年可達 7,126 名。
4. 供需之比較：根據衛生署出版之「臺灣地區衛生人力發展長程規劃」，有關醫事檢驗人力之需求是以每萬人口 3.5 名來估算，惟此標準過高，故修正為每萬人口 3 名，估計民國八十九年需醫事檢驗人力 6,621 名，與供給估計相較，民國八十九年則供給較需求多 505 名，顯示長期而言，將會出現供過於求之現象（表 7）。

（三）醫用放射線技術人力

1. 未來本科系畢業與非本科系訓練及格人數：預估未來陽明醫技之放射技術組與中臺、元培兩家專科學校每年共畢業 229 名。在非本科系的培育方面，原子能委員會醫用游離輻射講習班培育人數，預估未來每年訓練及格之人數為 71 名，X 光技術組為 38 名，同位素技術組為 33 名。

2. 人才流損情形：中臺、元培兩家專科學校畢業生平均而言，第一年執業率為 3%，第二年為 38%，第三年為 64%，第四年及第四年以上約為 72%。至於原子能委員會講習班所培育者之執業率，可能是由於這些非本科系畢業者無法通過檢覈而取得資格，故執業率非常低，第一年至第三年執業率為 0%，第四年及第四年以上，X 光技術組與同位素技術組分別為 16.88% 與 11.42%。
3. 預估未來之供給：推估醫用放射線技術師之供給，民國八十九年可達 2,803 名。至於醫用放射線技術士部分，因檢覈已經取消，故其人數將不會增加，其未來之供給為 373 名。故醫用放射線技術人力總計民國八十九年可達 3,176 名。
4. 供需之比較：根據衛生署出版之「臺灣地區衛生人力發展長程規劃」，有關醫用放射線技術人力之需求是以每 8 名醫師以 1 名醫用放射線技術人力來估算，故估計民國八十九年需醫用放射線技術人力 3,263 名，與供給估計相較，民國八十九年亦缺 87 名。顯示醫用放射線技術人力供給略少於需求 (表 7)。

(四) 復健醫療人力

1. 未來本科系畢業人數：預估未來醫學院復健系物理治療組與職能治療組每年分別畢業 225 名與 109 名。高職復健技術科每年畢業 156 名。
2. 人才流損情形：由於兩家高職畢業生之執業情形，無法取得資料，故僅探討臺大與中山畢業生之執業率。臺大物理治療組與職能治療組所有畢業生執業率平均分別為 21.4% 與 32.9%，民國七十七年至七十九年畢業生之執業率平均皆為 39.1%。中山物理治療組執業率平均為 51.7%。
3. 預估未來之供給：推估未來復健人力之供給，物理治療人員民國八十九年可達 2,123 名；職能治療人員則達 721 名。

4. 供需之比較：根據「臺灣地區衛生人力發展長程規劃」中，有關物理治療人力之需求是以每 10 萬人口需 10 名來估算，故估計民國八十九年需 2,207 名，與供給相較，將短缺 84 名。顯示人力之供需應可逐漸平衡。至於職能治療人力則是以每 10 萬人口需 5 名來估算，估計民國八十九年需 1,104 名，與供給相較，尚不足 383 名。顯示職能治療人力仍顯不足(表 7)。

四、第二期規劃原則

- (一) 力求醫事人力之供需平衡。醫事人力之供需情形，需隨時偵測，並作適當之因應，以求供需之平衡。
- (二) 減少醫事人力過度流失。醫事人力流失之問題普遍存在於各種醫事人力中，應設法加以防止，並研擬使流失之人力回流執業之方案。
- (三) 提高醫事人力之專業水準。為保障保險對象所獲得醫事服務之品質，應從學校教育、執照考試、專業立法與繼續教育等四方面提高醫事人力之專業水準。
- (四) 力求各種醫事人力在地理上及層級上(初級、二級、三級)分布均衡。

五、第二期規劃建議

(一) 對教育主管機關之建議

1. 應與衛生主管機關合作，評估各類醫事人力之供給情形，並考量實際醫療利用量、人口結構、其他醫事人力及病床數等變項，建立需求推估之常模，並定期修定之，以了解人力供需是否平衡，並提早作適當之因應，如增加或減少各校之招生錄取名額。
2. 調查顯示醫技專科與大學在校生繼續升學之意願非常強烈，其他醫事人力可能也有類似之情形，故建議設立醫事技術學院，並於大學中設立專業相關之研究所，以加強各類人力更高層次之教育，也避免這些繼續升學之專業人才因非就讀原專業系所，之後未再從事原專業工作，而造成人才之流失。

3. 由於職能治療人力較為不足，故建議師資充足之醫學院，設立職能治療系或職能治療組，酌量培育職能治療人力。
4. 由於復健醫療係屬醫學相關專業技術，故較不適用於高職教育中培育，可考慮於專科學校中設立復健技術科。並比照醫事檢驗教育，於專科學校中設立二專，招收高職復健技術科畢業者，設法提高其專業水準。
5. 面對藥事人力供給過多的現象，建議教育主管機關應對專科藥學校及夜間部藥學系減少招生名額，以配合藥事人力之需求。
6. 為因應藥學之發展，提升藥學教育水準，應加強大學部及研究所之教學內容，實施分組教學，如臨床藥學、藥學管理等。

(二) 對衛生主管機關之建議

1. 促使「醫事檢驗師法」、「醫事放射師法」及「職能治療師法」儘快立法完成，以制訂專業法律來確定此三類人員專業資格與業務範圍。即由法律明定受過專業教育，並通過執照考試者方能執行醫療業務。同時規範其執行之業務範圍，將「醫事檢驗所」與「醫事放射所」納入管理。
2. 將所有醫事人員納入執業登記檔管理，並將此檔提供給保險人使用。
3. 復健醫療人員目前以醫院執業者為多，對於社區的需求不易滿足，因此應研擬如何開拓物理治療與職能治療於社區中其他機構之服務範圍，如護理之家、居家照護、安養中心與社區精神復健機構等。

(三) 對健康保險主管機關之建議

1. 宜從特約辦法及醫療費用支付制度兩方面，促使醫事人員地理上分布之均衡。
2. 建立督導管理制度，實地訪查醫事服務機構與人員，以提高醫事服務之品質。

(四) 對其他單位之建議

1. 考試主管機關應定期檢討執照考試制度及錄取率之合理與否，並設法加以改進，使具有專業水準者得以通過考試，取得執業之資格。
2. 各醫事人員專業團體（如公會、學會）應定期舉辦繼續教育活動，並設法提升其專業刊物之水準，以提高醫事人員之品質。參與人力供需推估模式之訂定，探討該人力教、考、用三方面所面臨之問題，以提供主管單位訂定政策時之參考。

表 7 民國八十年、八十九年各類醫事人力之供給、需求與供需差距

單位：人

		八十年	八十九年(預估)
藥事人員	供給	19158	20648
	需求	13549	16927
	供需差距	+5609	+3721
醫檢人員	供給	3700	7126
	需求	4111	6621
	供需差距	-411	+505
醫用放射線人員	供給	1915	3176
	需求	2639	3263
	供需差距	-724	-87
物理治療人員	供給	557	2123
	需求	2056	2207
	供需差距	-1499	-84
職能治療人員	供給	274	721
	需求	1028	1104
	供需差距	-754	-383

附錄七

公勞保審查組織、
審查方法及作業方式

公 勞保審查組織、審查方法及作業方式

一、審查組織

(一) 行政體系

1. 公保：公保處未設部室組織，下直設十五科，醫療費用審查業務由醫療給付第一科、醫療費用醫療給付第二科負責。給付一科審查臺中以北醫院之費用，給付二科審查臺中以南（含臺中）醫院費用。其特約醫療機構所發生醫療費用，不分門、住診，同一機構者全由相同科及相同人員審查。
2. 勞保：勞保局有部室組織，設四部七室，醫療費用審查業務由醫療給付部轄下之門診審核科與住院審核科負責。同一醫療機構所發生醫療費用，分由不同科、不同人員審查。

(二) 審查成員

1. 公保

- (1) 醫師：由公保處醫療給付一、二科簽請遴聘具各項專長醫師為兼任人員，以審查特約醫院醫療費用。特約醫院診療費用之審查，由給付一、二科相關人員按醫院特性分配具該專長之醫師擔任，採不定期輪換方式辦理。
- (2) 醫務人員：係專任性質，為具有臨床與實際經驗之護理人員，協辦專業醫務審查工作。
- (3) 經辦人員：係專任性質，協辦專業醫務審查工作及承辦行政事務工作。

2. 勞保

- (1) 醫師與藥師：由勞保局總經理遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家 41 人至 75 人為委員組成診療費用審查委員會（以下簡稱審委會），並指

定召集人及副召集人各一人，以辦理診療費用審查業務。所聘委員（醫師與藥師）有專任與兼任二種性質。特約醫院診療費用之審查，由審委會召集人按各委員專長分科擔任，採隨機分案方式辦理。

(2) 承辦人員：係專任性質，辦理行政事務工作。

(三) 人力配置

1. 公保：醫務審查醫師約 51 人，醫療給付一、二科行政人員約 62 人（含醫務人員與經辦人員）。
2. 勞保：審查醫師 92 人，兼任藥師委員 7 人，專任藥師委員 5 人。

二、我國公勞保審查方法與作業方式

審查方法	公保	勞保
一、採用方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 保險人審查制：醫療費用由保險人負責審查。 2. 全面審查法：門、住診費用每件均交付審查。 3. 書面審查法：保險單位依醫療機構所送書面資料進行審查，並據以核付醫療費用，若有疑問，再請補送更詳細資料或前往實地訪查。 4. 事前審查法：常備藥材、特殊藥材、延長住院期間、特定處方、重大手術及特殊檢查等項目，醫療機構均須事先報經保險單位核備方可使用或施行。 5. 事後審查法：醫療機構於醫療費用發生後，定期將各種診療紀錄資料、單據及費用申請表件送由保險單位審查並據以核付費用。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 同公保，醫療費用由保險人負責審查。 2. 抽樣審查法：醫療費用非採全面性的逐筆審查，而以抽樣法抽取部份案件審查。 3. 同公保。 4. 同公保。 5. 同公保。

(續)

審查方法	公保	勞保
二、費用預付方式	1. 為因應醫療費用無法隨送隨核，因此設立醫療費用預付一制。 2. 醫療醫構每月份醫療費用申報資料，依規定於次月二十日前送達者，由保險單位於未審核前即先行預撥一定成數，其餘款項則俟審查後，再依結果撥付。申報資料未能於期限內送達者，則所有費用均須於審查完竣後才撥付。	醫療機構每月份醫療費用申報資料依規定須於次月十五日送達，保險單位若能於一個月內完成審查，則不先預撥一定成數款項；若未能於一個月內完成審查者，才事先預撥一定款項。
三、審查標準準則 (一) 主要的相關法令規章 (二) 支付標準	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及其他法規。 支付標準未全面統一。 醫學中心絕大多數依自訂標準再折扣。省、市立醫院依省市立醫院收費標準。其餘特約醫院大多使用「公務人員保險特約醫療機構收費項目價格表」，僅極少數使用自訂標準再折扣。	勞工保險條例、勞工保險條例施行細則、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及其他法規。 自七十九年七月起所有特約醫療機構全面採用「勞工保險診療費用支付標準表」，即一般所稱的甲乙丙表。甲表適用於醫學中心及區域醫院。乙表適用於地區綜合醫院及地區專科醫院。丙表適用於基層醫療院所。
四、審查作業方式 (一) 門診費用	採協議實績制（配合每人次平均費用的限制以控制費用） 1. 實施對象：非公保聯合門診中心所在地之特約醫療機構。（門診中心所在地之特約醫療機構，除急診、產檢、精神疾病、癌症、小兒科、轉診等情況外，不得提供一般門診，所以無實績規範）。 2. 協議實績係指每人次平均費用不得超過該實績（各級醫院不同），否則須扣除。本保險強調全面審查，即使每人次平均費用未超過協議實績，處方箋仍須逐張審查，若有不合規定者，仍須扣除。	採免審制（配合每人次平均費用的限制以控制費用）與專案申報審查制。 1. 實施對象：所有特約醫療機構。 2. 免審係指醫療機構申報費用申請表，其項目、點數符合規定，且每人次平均費用未超過規定的免審範圍金額（各級醫院不同）者，得不經審查處方箋而核對所列報費用。

審查方法	公保	勞保																						
(二) 住院 費用	<p>3. 協議實績的平均費用是採除外項目平均法，費用僅涵蓋掛號費、診察費、藥費、注射技術費、治療處置費，而十九種慢性病、牙科及其他個別洽定項目之費用均除外不計。</p> <p>*協議實績（每人次）</p> <table border="0"> <tr> <td>醫學中心（開放小兒科門診）</td> <td>380 元</td> </tr> <tr> <td>（準）區域醫院</td> <td>320 元</td> </tr> <tr> <td>地區教學醫院</td> <td>260 元</td> </tr> <tr> <td>地區非教學醫院</td> <td>240 元</td> </tr> <tr> <td>其他未經評鑑醫療院所</td> <td>220 元</td> </tr> </table>	醫學中心（開放小兒科門診）	380 元	（準）區域醫院	320 元	地區教學醫院	260 元	地區非教學醫院	240 元	其他未經評鑑醫療院所	220 元	<p>3. 免審範圍之金額涵蓋每項費用。</p> <p>*免審範圍金額（每人次）</p> <table border="0"> <tr> <td>醫學中心</td> <td>380 元</td> </tr> <tr> <td>區域醫院</td> <td>320 元</td> </tr> <tr> <td>地區教學醫院</td> <td>260 元</td> </tr> <tr> <td>地區綜合醫院</td> <td>240 元</td> </tr> <tr> <td>地區專科醫院</td> <td>220 元</td> </tr> <tr> <td>基層醫療單位</td> <td>220 元</td> </tr> </table> <p>4. 專案申報審查制係指對部分支付點數較高之診療項目（包括四十七種慢性病、急診、門診手術、血液透析、放射線治療、癌症化學治療、復健治療、血友病治療、牙科特定項目及轉診病患…等），醫療機構得以專案申報，不受免審範圍金額限制。</p>	醫學中心	380 元	區域醫院	320 元	地區教學醫院	260 元	地區綜合醫院	240 元	地區專科醫院	220 元	基層醫療單位	220 元
	醫學中心（開放小兒科門診）	380 元																						
（準）區域醫院	320 元																							
地區教學醫院	260 元																							
地區非教學醫院	240 元																							
其他未經評鑑醫療院所	220 元																							
醫學中心	380 元																							
區域醫院	320 元																							
地區教學醫院	260 元																							
地區綜合醫院	240 元																							
地區專科醫院	220 元																							
基層醫療單位	220 元																							
全面審查制，無平均費用限制。	<p>1. 採抽樣審查制，無平均費用限制。</p> <p>2. 免審制。</p> <p>*實施對象：內部管理制度健全、平均住診費用穩定合理，經簽奉核准之住診醫院。</p> <p>*免審金額：免審範圍無除外項目，金額採個別洽定方式，取其過去半年至一年之平均住診費用，分別計算出每人次與每人日平均費用，以為核付費用之指標。無總費用限制，費用每三個月結算一次，因以指標費用為規範而免審，所以核撥快速且無申複案件。</p>																							

附錄八

各國審查制度及
其可借鏡之處

各國審查制度及其可借鏡之處

一、美國

項目	專業標準審查組織 PSROs	同儕審查組織 PROs	督導同儕審查制度 Super PRO
一、組織	<ol style="list-style-type: none"> 1. 以地區別的 PSROs 取代聯邦政府的審查組織。 2. 成立 195 個 PSROs，以州或城市為單位。 3. 平均每個 PSROs 涵蓋一百萬人口，35 家醫院，2000 至 3000 個醫師。 4. PSROs 之成員，所有醫師均可參加。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 於 1984 年成立 54 個 PRO，一州均有一個 PRO，加上哥倫比亞區，波多黎各、維吉島和太平洋領土。 2. PRO 不只審查一般急性病院，並為 HCFA 審查精神及復健病院。 3. 目的：減少病人入院、減少不必要與不正確的外科手術、確保醫療人員提供必要的服務。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 由加州的聖塔巴巴拉的 Systemetrics 公司承包，來確保 PROs 的效率與功能。 2. 確認 PRO 所評定的入院、出院、DRG 碼的正確性。 3. 確認非醫師的審查人員所使用的入院審查標準的合理性。 4. 確認非醫師審查人員是否正確地把個案轉給醫師審查。 5. 確保 PRO 正視醫療品質的問題。
二、方法	<ol style="list-style-type: none"> 1. 內容：住院、門診審查，醫病檔案分析，醫療技術與品質鑑定，長期照護。 2. 經強調醫療品質的維護。 3. 經檔案分析異常者，嚴加審查。 4. 自訂審查案件比例及標準；但各 PSROs 間並不統一。 	<p>論量計酬的審查方式：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 隨機抽樣審查。 2. 病人住院前 (pre-admission) 和手術前 (pre-procedure) 審查。 3. 住院病人一般醫療品質篩檢。 4. 住院病人出院審查。 5. 住院病人住院審查。 6. 住院病人外科手術審查。 7. 住院病人 DRGs 的效度核對。 8. 住院病人給付審查。 9. 住院病人決定責任豁免的申請。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 一年 13 次巡迴抽樣審查，每一次的巡迴審查，每個 PRO 抽樣 400 件醫療紀錄。 2. 使用與 PRO 一樣的審查標準。 3. 審查護士遇有問題，則將案件轉給醫師，但不直接向醫療提供者索取資料。 4. 不妥的審查案件回轉給 PRO，由其申訴；依以往的經驗，約 25% 可以平反。

(續)

項目	專業標準審查組織 PSROs	同儕審查組織 PROs	督導同儕審查制度 Super PRO
三、評論	<ol style="list-style-type: none"> 1. PSROs 在醫療品質上扮演重要角色。 2. 在醫療費用控制上，成效不彰。 3. 核減費用與消耗成本相當。 4. PSROs 的組織被過度控制，顯得毫無彈性。 	<ol style="list-style-type: none"> 10. 申報資料的處理標準。 11. 處罰。 <p>HMO 與 CMP 的審查：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 由 HMO 與 CMP 兩個醫療服務組織，主動確保內部品質。 2. 鑑定 HMO 與 CMP 的審查計畫與審查方式的合理性。 3. 每季定期抽樣審查。 <ol style="list-style-type: none"> 1. 主要進行服務量審查，非醫療品質的審查。 2. 重點放在除外的醫療提供者；而非一般的醫療提供者。 3. 重點放在住院部份。 4. 給予醫療提供者沉重的責任與負擔。 5. 醫療提供者缺乏正面改變行為的動機。 6. 被認為是消極與處罰的審查方式。 7. 這套以懲法為主導的審查方式，並未達到預期的效果。 8. 資金處理彈性不佳。 9. 與公共或醫院內之審查重複。 10. 目前架構無法審查醫療品質，須加強方法學。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Super PRO 比 PRO 發現更多的醫療品質問題。 2. HCFA 尚未建立準則來評價 Super PRO 與 PRO 審查結果的差異性。 3. 美國尚未採用任何一種可分析醫療品質差異的標準系統。

二、日本

(一) 組織

健康保險的診療報酬由「社會保險診療報酬支付基金」和國保團體連合會負責，兩者在都道府縣(prefecture)皆設有支部，負責當地與跨區醫療服務的審查與費用支付，審查委員會由醫療服務提供者代表、保險人代表及學者專家等組成，前兩類委員由相關組織推派，後者由都道府縣之知事推薦。

(二) 審查方法

保險診療報酬之審查係採回溯性的評估方法，依據醫療服務機構所申報之「診療報酬明細表」(申請表)，以評估診療的適當性及費用之合理性。醫療服務機構應將當月之申請表，於翌月十日前送達審查機構，審查委員會每月十至十五日之間集中所有申請表，進行審查。由於審查制度地區化，審查委員對醫療服務機構之診療型態非常熟悉，可以針對較異常的醫院診所詳加審查。雖然核減率較低，但可發揮哨兵作用，使醫療機構不敢隨意申報。

審查作業主要依據健康保險法、相關法規和診療報酬點數表，評估診療、用藥、注射、手術的必要性，申報點數的合理性，從事審查和核定，其流程如下：申請項目或費用不當時，將被核減，若有偽造等情況，醫療機構可能受行政處分。有問題的案件通常要經委員會討論之後裁決，審查人員必須於審畢後蓋章以示負責，必要時甚至要出庭作證。由於診療價格表支付點數偏低，故基金會一般審查較鬆。支付基金會亦會視病人所屬保險組合之財務狀況而決定刪減率。對常出問題之醫療機構，基金會亦會透過醫師公會加以輔導。

(三) 稽核

1984年起，規定被保險人須分擔部分醫療費用，因被保險人付費，為滿足其對醫療費用知的權力，保險人有義務提供被保險人醫療服務利用的紀錄，由各地區之社會保險事務所負責。社會保險事務所另設醫療給付專門官，負責查核被保險人是否確實就醫。

（四）結論

日本醫療費用之審查乃委託第三者辦理，可避免保險人與醫療院所的衝突，且公信力較高，雖然核減率不高（約 1.5%），但這快速、效率的作法，呈現這套審查制度的完整性與紀律服從特性。另外日本保險單位通知被保險人其所花費的費用，可防止醫療醫構作假外，也成呈現對被保險人的尊重，同時也讓被保險人意識到保費與醫療費用的關聯性。

三、德國

（一）門診審查制度

1. 組織

德國政府在分配醫療費用的政策上，並不扮演重要角色，而是由半私半公的疾病基金會和疾病基金醫師協會來主導。審查工作乃是由疾病基金醫師協會來執行，其受制於地方的疾病基金協會和四位疾病基金醫師協會的代表所組成八人小組的經濟監控委員會（Economic Monitoring Committee）。

2. 方法

審查是以季（三個月）為單元，以醫病檔案（Physician Profile）為審查依據。醫病檔案乃是比較訓練背景相同、聘用員工做診療設備和病人組合的醫師，在不同服務項目（門診、出診、檢驗、放射線、物理治療…等）之服務點數，如點數較同儕為高者，或有特別高費用的病人，將受到特別的審查。

3. 懲罰與申訴

醫師的平均費用超過同儕的 40%，將會被審查單位刪減費用，但在刪減前，醫師會被邀請到經濟監控委員會解說其診療方式，如果其理由被接受，將取消其刪減費用。

(二) 結論

強力使用同儕制約的方法，使醫師都心存戒心，對病人處置格外謹慎，所以大部份彈劾的醫師常因為被審查委員拿來與不合適的族群比較，或是對病例的調整不當所致。但此制度仍有缺點，因為審查重點是放在「超出平均值者」，其平均值可能會漸漸上升，而破壞了當初設計此審查制度的目的。

附錄九

全民健康保險法研議小組 第一次至第十七次 會議紀錄

全民健康保險法研議小組第 1 次至第 17 次會議紀錄



「全民健康保險法研議小組」第 1 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年六月二十六日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號七樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

朱專員華倉（銓敘部）

朱華倉

陳科長琇惠（內政部）

陳琇惠

楚中將慶（國防部）

楚慶

時科長玉珠（財政部）

時玉珠

劉處長見祥（行政院勞工委員會）

劉見祥

行政院退除役官兵輔導委員會

郝向晴 周霞飛 徐陽中

張科員素敏（行政院農業委員會）

張素敏

陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）

陳益昌 蔡淑鈴

柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）

柯木興

吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）

吳坤光

蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）

蕭偉傑

林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）

林宗旦

高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）

高資彬

何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）

郭永雄（代）

邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）

（請假）

馮處長煌松（中華民國總工會）

馮煌松

詹委員火生

詹火生

藍顧問忠孚

（請假）

楊顧問志良

楊志良

江顧問東亮

陳顧問雲中

葉教授俊榮

葉副署長金川

楊處長漢淙

羅召集人紀琮

李召集人玉春

吳顧問凱勳

吳主任憲明

吳副主任委員忠立

戴科長桂英

全民健保小組

江東亮

陳雲中

葉俊榮

葉金川

楊漢淙

羅紀琮

李玉春

吳凱勳

吳憲明

吳忠立

戴桂英

孫碧雲 徐熙台 廖哲慧

陳茱麗 宋瑞蛟 楊寶玉

曲同光 蘇春蘭

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

一、朱華倉專員：未正式討論立法要點以前，首先表達銓敘部原則性意見，全民健保擬納入公保之醫療給付，其中涉及公保保俸、保險費負擔比例等項目之變動，故本部發函至四十一個相關機關，請其就貴署所擬之立案要點草案表示意見，俟彙整後再表示意見。

第一項：法律名稱

一、楊處長漢淙：厚生會所擬的草案，稱為「國民健康保險立案要點(草案)」，惟憲法新增文第十八條已寫明為「全民健康保險」，故配合其規定，採用「全民健康保險立案要點(草案)」。

二、劉處長見祥：可否將憲法第一百五十五條規定亦列入說明欄？

第二項：宗旨

一、楊顧問志良：應將「保健」列入，因全民健康保險不僅提供適當之醫療，且應

包括保健，否則將會落入如德國俾斯麥時期之疾病保險。第二項宗旨「減少就醫財務障礙」太保守，全民健保尚須將教育、就醫等障礙一併消除，故應為「減少就醫障礙」。

二、楊處長漢源：

(一) 以衛生署立場，必然重視保健工作，且公共衛生與健康保險應相輔相成，但保健定義太廣，健康保險不應將之完全納入，只能將幾項成本效益較高之項目納入保險給付，否則將被要求擴大給付內容，反而帶來負面影響。

(二) 全民健康保險僅能減少就醫財務障礙，且為最直接之目的，其他障礙，如地理環境、心理障礙等，全民健保祇能間接去影響，而目前正在推動之醫療網計畫，即在減少就醫障礙，並未忽略楊顧問所提及之障礙。

三、楊顧問志良：「適當」兩字已表明了全民健保並非提供特殊醫療，故「保健」應可放入宗旨，再於說明欄上寫明「與公共衛生相輔相成」即可，否則只提供醫療，不符合現況、需要及時代潮流，不如改成「全民醫療保險」。

四、詹委員火生：宗旨第(四)項具有積極性，建議移至第(二)項。

五、吳理事長坤光：贊成醫療與保健並列。

六、戴科長桂英：全民健保之宗旨，係向全民作宣示，若於宗旨上加上保健，卻僅提供少許幾項保健服務，是否有欺騙大眾之嫌？且目前公共衛生經費係由稅收支應，若列入宗旨，是否會使人產生既然全民健保提供保健服務，就無須政府再編列預算支應公共衛生經費之混淆？

七、劉處長見祥：適當之醫療服務，不僅包含疾病治療，且包括諮詢、復健等服務，若再加上保健，將使範圍更加廣泛，而保健不應完全由全民健保支付，否則將會造成保健與健保混淆，甚至引起爭議。草案文字頗為恰當。

八、江顧問東亮：健康保險係提供個人健康照護 (personal health care)，公共衛生則是提供社區 (community) 保健服務，故保險若提供與保健服務類似之給付

，且能對「適當之醫療服務」作明確之界定时，即可將保健納入宗旨中。

- 九、林理事長宗旦：在學理上同意楊顧問所言，但就實際上而言，若加上保健，將來律師或法院可以自由心證方式擴大給付範圍，故贊成維持原草案。
- 十、葉教授俊榮：法律第一條條文通常為立法目的，衛生署擔心立法目的太大，將來無法做到，但立法目的應強調前瞻性，即使現在無法做到，亦不表示違法，可視資源之多寡，能力之大小，並以「適當」之觀念，以限制保健之範圍，但以「保健」揭櫫前瞻性目的，若能對給付項目作具體規定更可減少顧慮。
- 十一、楊處長漢淙：若「適當之保健」成為全民健保之立法目的，公共衛生所提供之保健是否就不適當？且宗旨所列之醫療服務，並不僅界定於治療尚包含預防性服務，已具有前瞻性。
- 十二、葉副署長金川：廣義之醫療法已將保健涵括在內，且全民健保法條文不會將四項宗旨並列，僅為理念之架構，故毋須再爭論是否將保健列入。

第三項：主管機關

- 一、陳科長琇惠：有無必要規定省（市）等地方機關，因草案內容有涉及其相關事宜之項目。
- 二、楊處長漢淙：全民健保之業務為中央集權，且省（市）政府除以雇主身分補助保險費外，並無公權力之執行，故無地方主管機關之必要。
- 三、葉教授俊榮：是否有地方主管機關，應視有無相應於中央之地方單位，及授予地方政府何種權限而定。
- 四、楊處長漢淙：因行政院組織法尚未確定全民健保之主管機關，故暫作此規定。
- 五、劉處長見祥：地方政府是否須補助保險費？如果是，卻不將其列為主管機關，將來如何編列預算補助保險費？全民健保實施時有無應由地方政府負責執行事項，如有關宣導等配合措施？如有，似宜將其列入。

六、吳副主任委員忠立：目前公、勞、農保對主管機關之規定均不一致，公保中央由考試院銓敘部主管，無地方主管機關；勞保中央主管機關為行政院勞工委員會主管，省（市）為省（市）政府；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，是否有地方機關應視中央與地方單位之業務關係，目前可仿照公保條例之寫法。

第四項：保險人

- 一、陳科長琇惠：中央健康保險局設有分局，本項是否亦應列入分局之規定？
- 二、楊顧問志良：如設立中央健康保險局，將來必會有許多「局」負責辦理其他社會保險業務，如此將會增加國民之不便，例如投保單位須具備多套資料方敷所需。故承保應單一化，而「中央健康保險局」為最差之名稱，建議改稱「中央保險局」，並接受委託辦理其他社會保險業務，甚至使其成為財團法人，以使資源能有效運用。
- 三、詹委員火生：建議改成「中央保險總局」。
- 四、陳顧問雲中：此項迄目前為止爭議性頗大，因涉及行政院組織法之修正，建議維持原條文，但說明欄宜加上「視行政院組織法定案」。
- 五、劉處長見祥：既然法之名稱為「全民健康保險法」，應加上「健康」較為適當。
- 六、楊顧問志良：如此，則應於說明欄加上「得接受委託辦理其他社會保險業務」。

第五項：保險對象

- 一、楚中將慶：
 - （一）軍保之保險對象有二；一為現役軍人，另一為軍中聘雇人員，可否讓後者及服二年義務役者亦能參加全民健保，因其退役、退休後即無免費醫療，若又未能立即參加全民健保，即無法獲得醫療保障。
 - （二）軍眷現為免費醫療，全民健保實施後，須負擔部分醫療費用，將使其權益受損。

二、楊處長漢涼：

- (一) 保險對象分為九類之理由，為受限於現況，但略作調整，以具前瞻性，惟保險對象之分類，與投保單位、投保金額、保險費負擔比例等各項有密切關連。
- (二) 參加軍保者，退休、退役後可立即參加全民健保，因全民健保並無等待期間之規定，故不致使其權益受損。
- (三) 為表示對軍人之尊重，第(七)項第三款刪除。

三、郝科長向晴：希望將韓戰來歸之反共義士及滯留大陸臺籍前國軍返臺人員但不具榮民身分者，能與榮民享有同樣之醫療照護權益。

四、楊處長漢涼：榮民身分應由退輔會認定，不適合由本法規定，若退輔會認為有需要將前述人員歸為榮民，可修改相關法令。

五、徐科長陽中：榮民身分之認定，雖為本會之權責，然其需具備服務軍中十年以上資格，且領有退伍除役令證為其基本條件，反共義士，本會發有義士證，臺籍前國軍因無退伍除役令證，不具榮民身分，本會係受臺灣省政府及臺北市、高雄市政府委託辦理就養及就醫服務，其醫療比照榮民辦理，本會應可編列公費預算支付全民健保有關之醫療給付。

六、劉處長見祥：第一類至第三類被保險人，保險費負擔一致者似可予以歸併簡化，第四類第四款及第五類第四款均為高所得者，應歸為一類，第七類為無工作者，應歸至第九類。

七、楊顧問志良：

- (一) 可將被保險人簡化為三類，第一類為政府負擔一半，被保險人負擔一半保險費者，第二類為雇主負擔一半，被保險人負擔一半保險費者，第三類為地區團體被保險人。
- (二) 被保險人失蹤即失去資格，將造成其眷屬須立即轉變保險身分，是否恰當？

(三) 榮民應單獨成為一類被保險人，且除曾為軍官者應自負一半保險費外，政府應全額補助其保險費。

八、羅召集人紀琮：將榮民榮譽歸至地區團體被保險人，係因有些榮民每月收入可達十萬元以上，不宜由政府全額補助其保險費，若以是否曾為軍官劃分是否自負全額保險費，太複雜，應以負擔能力來決定是否負擔保險費，方符合社會互助與量能負擔原則。但此一構想與退輔會有差距。

九、郝科長向晴：目前尚未完全瞭解保險費計算方式，但希望榮民之基本負擔額能完全由政府補助，而能力負擔額應免除，因軍人對國家安全有很大貢獻，若給與一般民眾同等對待，將會影響從軍意願。

十、張科員素敏：

(一) 若將來開放大陸勞工，其究屬外國籍或本國籍員工？

(二) 眷屬是否亦須設籍六個月，方具有保險對象資格？若是，新生嬰兒是否被排除？

(三) 第五類自營作業之漁民須自付全額保險費，第四類漁會甲類會員自付百分之五十，若是，有一些具漁會甲類會員資格之漁民，則因有無加入漁會為甲類會員，而負擔不同比例之保險費，是否合宜？

十一、楊處長漢淙：大陸勞工之身分由陸委會認定，新生嬰兒為眷屬，不受設籍期間之限制。

十二、柯主任木興：被保險人失蹤或因案服刑，其眷屬仍係眷屬，不應讓其立即轉移至地區團體投保，否則由誰繳納保險費？

十三、陳副理益昌：

(一) 建議將第三類被保險人分別併入第一、二類中。如不併入，則請將第一類被保險人—法定機關編制內有給人員修改為法定機關編制內有給公務人員。

(二) 第七類被保險人於原退休、退職之投保單位投保，依公保處辦理公保之

經驗，因被保險人可能居住地遠離原機關而感覺不方便，故是否讓第七類被保險人歸至地區團體投保？

十四、楊處長漢淙：

- (一) 設籍六個月之規定，考量很多因素，如華僑專程回國治病，卻完全不負擔或負擔少許義務，造成不公平。
- (二) 第七類被保險人若強制其至鄉鎮市區公所投保，可能亦有許多被保險人不滿意。

十五、馮處長煌松：自營作業者若加入職業工會，即成為第四類被保險人，如何予以明確界定？

十六、葉教授俊榮：失蹤者除非被宣告死亡，否則在法律上並未立即終止其權利義務，故不應立即喪失保險對象之資格；因案服刑者居於何種理由被排除？與全民健保規定之權利義務有無違背之處？

十七、陳科長琇惠：第八類被保險人，目前尚包括旁系血親，如兄弟姐妹，故本項之規定可能將之遺漏，其次目前之保險尚有村里鄰長健康保險，將來如何加保？因案服刑者，雖有監獄提供醫療，但重症者仍須自行負擔費用，可否讓其自願加保？

十八、馮處長煌松：監獄提供之醫療有限，若無健保，受刑人如何支付醫療費用？

十九、楊處長漢淙：監獄醫療雖有限，但其有特約醫療機構，並由監獄支付醫療費用。

二十、戴科長桂英：第九類被保險人為「家戶」之戶長，故未將低收入戶其餘家屬遺漏，至於村里鄰長若無其他職業，則歸為第九類保險對象。

第六項：投保單位

一、柯主任木興：第八及第九類被保險人是否須在投保單位領取門診醫療單？如此對偏遠地區被保險人將造成相當大之不方便。

- 二、楊處長漢源：全民健保為團體投保，故須有投保單位，至於門診醫療單考慮以其他形式取代之。
- 三、郝科長向晴：退輔會原希望榮民由退輔會各地分支機構承保，但機構人力不足，且榮民分散各地，每縣市僅有一個投保單位，將對其造成不便，又榮家安養榮民無獨立之戶口，而以榮家為收容單位，故現希望改由鄉鎮市區公所為投保單位，如此亦可使投保單位單純化。
- 四、楊處長漢源：郝科長今日所表示之意見異於往日。退輔會原就在服務與照顧榮民，卻不為其辦理投保事務，是否恰當？且其補助之保險費須由退輔會再轉交鄉鎮市區公所，增加行政手續。
- 五、郝科長向晴：楊處長所言甚是，惟本會承辦單位認為，以退輔會各地分支機構為投保單位，不但未達照顧之目的，反增加承辦人困擾，故作如此之建議。
- 六、徐科長陽中：榮家不宜為投保單位，因榮家安養榮民區分為內住及外住，且人員分布全省各地，承辦健保業務，對榮民、榮家均造成不便，建議由鄉鎮市區公所承保。
- 七、江顧問東亮：第九類以家戶戶長為被保險人，但軍人之家戶何人當戶長？其次眷屬除配偶、父母及子女外，尚有家戶人口，雇主既為被保險人又可為投保單位等規定，須先釐清。
- 八、羅召集人紀琮：須負擔保險費者，稱為被保險人，餘為眷屬。
- 九、張科員素敏：第六類被保險人以農會為投保單位，而本法規定，投保單位對於被保險人資料異動應作申報，否則將會受罰，但有些農民戶籍遷入時，並未告知農會，如此造成農會受罰，相當不公平。
- 十、劉處長見祥：投保單位涉及鄉鎮市區公所，建議於下次會議時，邀請省市政府參與討論。

第七項：投保金額

一、江顧問東亮：第五項保險對象尚未釐清，建議分為兩大類，第一大類為職業團體，第二大類為地區團體，再規定其適用對象，投保單位亦依此原則簡化。

二、陳顧問雲中：

（一）草案中，第（一）項甲案提及投保金額分級表定期調整，但究應如何「定期調整」？是否以適用最高投保金額人數超過總人數之某一百分比或固定期間調整？其次，無固定工作所得者得以分級表最低投保金額申報，將會重蹈勞保投保薪資以多報少之弊，應讓其依適用等級申報。

（二）保險人如何查核申報之薪資所得？是否以稅捐機關之資料查核？

（三）第七類被保險人可否準用甲案？

三、羅召集人紀琮：

（一）第（一）項列甲乙兩案，原含有短、中程之理念，原則上傾向採用乙案，因乙案可擴大稅基，且施行時不致有太大困難，故於此次版本中，刪除幾項調整投保薪資分級表之規定，下次補列。至於投保薪資低報之問題，若勞保局不能解決，全民健保亦無法解決。

（二）保險人係利用財政部提供之綜合所得稅資料，查核被保險人申報之薪資所得。

四、劉處長見祥：

（一）建議將第（一）項甲案投保金額分級表「定期調整」改為「適時調整」，較具彈性。

（二）薪資所得之界定，似宜配合勞基法規定之薪資，以免兩者不一致，增加困擾。

（三）應明定由稅捐機關協助查核薪資所得，以避免目前勞保局因無利用稅捐資料作為查核投保薪資之法源，而難以落實稽核投保薪資之缺失。

五、陳副理益昌：以工作所得為投保金額，在執行上會有困難，因有些受雇者之所得並不固定，以公務人員而言，發放績效獎金或年終獎金時，該月之投保金額

即會提高，造成每月之投保金額均不固定。其次，此種規定對守法之公家機構之受僱者最不利，因無法隱藏所得，但私人機構很多所得並不列入薪資，可藉此規避投保薪資之提高。

目前公保以本俸為投保金額，平均金額已高於勞保平均投保金額，且公務員若所有所得，包括工作獎金、年終獎金均列入投保金額時，無人能算得清其投保金額。以稅捐處之資料查核所得，會有相當長之時差，如何落實查核工作？

六、郭副秘書長永雄：以勞基法規定之所得作為投保金額，將使每月之投保金額變動性加大，因其包含加班費等所得，勞保局規定每年僅能調整二次投保薪資，即在減少行政作業，故贊成定期調整。其次，投保單位之薪資因可列為營利事業所得稅之減項，應會誠實申報，但非薪資階級如何防止低報投保薪資？

七、劉處長見祥：無一定雇主者非無雇主，由政府負擔百分之五十之保險費似有未妥，應再考量，有無其他負擔方式，如日本僱勞動者之保費負擔方式，值得參考。

八、羅召集人紀琮：第六類及第七類被保險人，偏向將其歸於地區團體，因其薪資難查定，若歸於職業團體，可能形成其餘被保險人補貼他們，惟在查核上須財政單位之密切配合，且依目前財稅辦法規定，中小學教師、軍人等不須繳納所得稅，致尚未確定採用乙案。至於公保處陳副理提及查核時差問題，因查核後發現低報投保金額時，可要求其補稅或加以處罰，故仍具有正面意義。

柒、主席結論：非常感謝各位今日之出席，各位所提供之意見，均將列為健保小組之參考，請各位回去後再詳細研究，希望下次會議時能提出更寶貴之建議。

捌、散會



「全民健康保險法研議小組」第 2 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年七月七日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

朱專員華倉（銓敘部）

朱華倉

陳科長琇惠（內政部）

陳琇惠

楚中將慶（國防部）

曲慶浩（代） 李嘯濤

時科長玉珠（財政部）

時玉珠

劉處長見祥（行政院勞工委員會）

胡天榮（代） 曾條昌

行政院退除役官兵輔導委員會

郝向晴 周霞飛 徐陽中

張科員素敏（行政院農業委員會）

張素敏

陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）

陳益昌 蔡淑鈴

柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）

柯木興

吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）

吳坤光 甘莉莉

蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）

蕭偉傑

林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）

林宗旦

高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）

高資彬

何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）

何君毅

邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）

呂芳繁（代）

彭副秘書長光政（中華民國總工會）

彭光政

行政院經濟建設委員會

徐廣正

臺灣省政府

李澤田 王清厚 陳慶鑑

臺北市政府

陳珮嘉

高雄市政府

郭英煒

詹委員火生

詹火生

藍顧問忠孚

藍忠孚

楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	陳雲中
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	葉金川
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	孫碧雲 牛開蕃 廖哲慧 陳炫碩 宋瑞蛟 吳正儀

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第八項：保險費負擔比率

- 一、朱專員華倉：依公務人員保險法規定，公保被保險人自付 35% 保險費，但依本法草案第八項規定，則須自付 50%；此外，依第七項投保金額規定，係以月俸總額為投保金額，如此將使目前公保被保險人之保俸增加一倍，增加公務人員負擔。由於勞保投保薪資分級表設有上下限，且其薪資不易掌握，而公保薪資無法逃漏，如此規定將形成公務員補貼民間大企業、大公司等富有者之保險費，不甚公平合理，宜加檢討改進。
- 二、羅召集人紀琮：一般人認為，全民健保實施後，公務員可能是犧牲者，其實不然，因依目前規劃構想，擬取消投保金額分級表，或取消上限，如此則與公保保俸基礎一致，至於以總薪資為投保金額，雖將使保俸增加一倍，但保險費率將會下降，保險費絕對值並無差異。至於民間企業逃漏所得稅之管道及金額，並不如想像中多。

- 三、時科長玉珠：投保金額以工作所得申報，年終再由保險人利用所得稅資料查核，但目前所得稅中有許多免稅項目，例如軍人、中小學教師、或未達薪資所得標準者，均毋須申報，可能無法達到勾稽之目的，其次，恐尚有取自小店戶、攤販或地下經濟活動之薪資，無法顯示之困難，可能無法發揮所得重分配效果。
- 四、羅召集人紀琮：時科長所提免稅問題，曾與財政部相關單位溝通過，因尚未瞭解財政部課稅流程，故未將本項要點具體化，目前僅先界定應課稅之所得，至於地下經濟問題，以扣繳保險費方式，亦無法解決，因此，希望透過財政部提供之財產資料，查核其資料。
- 五、時科長玉珠：保險對象分成十類，而各級政府補助保險費之比率不一致，且新增保險對象之補助完全由中央政府負擔，似有不公，由於各級政府對全民健保均有其權責，保險費之補助，宜包括「各級政府」。
- 六、羅召集人紀琮：政府補助保險費比率，除第七類及第九類被保險人外，大多比照現況，而此二類被保險人數少且無法確知其分佈情況，且顧及地方財政較為困難，故由中央政府補助保險費。
- 七、時科長玉珠：建議簡化被保險人分類，例如第一至第三類有雇主之被保險人應可合併，以使其權利義務一致，另一類為無一定雇主者，其餘為地區團體被保險人，以使被保險人分類單純化，除可減少保險行政事務，並可減少行政事務費之支出。
- 八、楊處長漢源：時科長之建議，本小組完全同意，實際上本小組已經過討論，將被保險人之分類予以簡化，投保單位亦將同時配合修正。
- 九、詹委員火生：本項第七類被保險人為低收入戶者，各縣市可能依其財政狀況訂定認定標準，寬嚴有所不同，而導致低收入戶人口流動，建議由中央政府補助 50%，省政府補助 25%，縣市政府補助 25%，以減少低收入戶人口流動之現象。

- 十、陳科長琇惠：低收入戶健康保險之保險費，目前並非全由縣市政府負擔，係由中央政府負擔 15%，省政府負擔 20%，縣市政府負擔 65%，中央是否提高補助比例，再行審酌，可否暫時維持現況。
- 十一、時科長玉珠：若將低收入戶視為一般國民，其應自付 50% 保險費部分，應由地方政府補助。
- 十二、詹委員火生：贊成時科長之看法，但其他國民之保險費有由中央政府補助者，對低收入戶卻不補助，顯然不公平，若由中央全額補助恐有困難，但補助 50% 應相當公平合理。
- 十三、陳副理益昌：依公務人員保險法規定：繳費滿三十年後，被保險人得免繳保險費，而由政府全額補助，全民健保若未比照辦理，是否會引起不平？因此，建議將第一類被保險人繳費滿三十年，比照公保法第十二條之規定辦理。因其免繳之部分係由政府負擔，對保險財務並無影響，又能兼顧其權益。其次，第七項投保金額，目前公保投保金額係以本俸乙項為準，因此，一般行政機關之投保金額僅佔全部薪資之一半，單一薪給機關之投保金額僅佔全部薪資之三分之一；而勞保目前即已規定以全部薪資作為投保金額，但公保平均投保金額確高於勞保之平均投保金額，顯見私人企業公司之投保金額以多報少之情形很嚴重，如照目前之規劃，將形成公務員補助私人企業公司之被保險人。另一方面，公保被保險人常為增加現金給付，而要求提高投保金額，現若僅提高醫療給付之投保金額而不提高現金給付之投保金額，必會引起被保險人之不滿。建議投保金額採甲案，且公、勞保被保險人適用之分級表應分離，實施後若勞保投保金額高於公保時，公保應會調高投保金額分級表。
- 十四、胡副處長天榮：第八項之規定，除第四類被保險人外，均增加現行被保險人自付比率，但應考量公平性問題，因參加職業工會之被保險人，勞保條例已修改為自付 65%，全民健保是否應比照，請加考慮。
- 十五、張科員素敏：第五類被保險人中，自營作業者須自付全額保險費，但若加入工會則僅須自付 50%，是否迫使所有漁民必須加入漁會甲類會員？農，漁民

多數為低所得者，且政府加入 GATT(關稅暨貿易總協定)後，對農民之補貼將取消，故請規劃小組務需考量農漁民所得偏低情事。

十六、李副處長澤田：有關政府補助部分，可否均由中央政府負擔，較為單純？

第九項：保險費徵收方式及計算原則

- 一、郝科長向晴：建議榮民、榮眷之基本負擔額，按榮民平均所得計算，能力負擔額免除，理由見本會所發之書面資料。
- 二、詹委員火生：建議本項第(一)款第4點之(3)，「未依前項規定繳納者，得寬限十日」，修正為「未依前項規定繳納者，得寬限十個工作日」，如此規定較為明確。
- 三、胡副處長天榮：本項第(一)款第3點之(1)，規定加保當月毋須繳保險費，將會使投保單位於每月一日晉用人員，至月底申報退保，藉以逃避應繳之保險費，其次，同款第4點，規定被保險人由發薪單位負責扣繳保險費，但有些被保險人係為自營作業者，或為無一定雇主者，故無發薪日，亦無發薪單位，無法適用此一規定。
- 四、陳科長琇惠：現行低收入戶健康保險，係由應負擔補助保險費之各級政府，每半年預先撥付至承保機構，希望列入本項立案要點中考慮。本項第3點之(2)不解其意，請解釋。
- 五、羅召集人紀琮：胡副處長天榮提及雇主規避保險費，有其可能性，將再考量。為何採論退不論進方式計算保險費，乃因目前公、勞保共有近三十萬個投保單位，以開單方式繳交保險費，常造成延誤，行政效率亦不佳，所以以整體方式考量，即為算出不算進，故無法顧及加保當月之保險費。第3點之(2)應予刪除。至於退輔會之意見，第一期規劃時，確實建議由政府全額補助應繳之保險費，但第二期規劃居於公平原則，略作修正，因非所有之榮民均為貧困者，故將保險費分成兩大部分，基本負擔額予以免除，若無所得能力者，亦可免繳能力負擔額。

- 六、徐專員廣正：社會保險之規劃原則，應力求權利義務均等，現規定保險費繳納方式，將造成雇主逃漏保險費之情形，相當不公平，建議以每月十五日為計算基礎較為公平。
- 七、胡副處長天榮：以勞保經驗而言，由保險人通知投保單位繳交保險費，此種方式行政效率欠佳，故修法時擬改由投保單位自行申報繳費，再予抽查，以免耗用太多之人力及財力。加保當月不繳保險費會有問題，應由投保單位自行計算保險費。
- 八、郝科長向晴：本會因顧及政府財務負擔，故將榮民資格，由須於軍中服役滿五年提高至須滿十年。另公平原則應居於立足點而非身分，軍人所犧牲之個人自由及所冒之生命危險，遠超過其他行業，但其待遇微薄，低於一般行業，故政府應多予照顧，方不致使有志從軍者卻步，國家安全受損。
- 九、羅召集人紀琮：就保險而言，雖應力求權利義務均等，亦應顧及效率原則，由投保單位自行繳納保險費，以勞保為例，其錯誤率超過 20%，且查核不易，故不主張採用此種方式，目前對投保金額之規定，較傾向乙案，如此則不論採論進或論出方式計算保險費，理論上均能扣繳得到保險費，不致有逃漏之情況。
- 十、陳科長琇惠：地區團體保險費之計繳採「論戶」方式，書面資料為何將戶長單獨列出？社會救助機構以負責人為共同事業戶戶長，戶長係掛名，可能具有公務人員或其他身分，即具有雙重身分時，是否會有重複計算保險費之情況？應研究如何排除，以免重複計列。
- 十一、陳顧問雲中：
- (一) 立案要點規定，投保單位須於每月五日前繳交當月份保險費，其可行性如何，值得考慮。因許多民間企業係於月底發給薪資，如何於五日前繳交當月保險費？建議改於月底繳交，則不論採論進或論出計費，被保險人月底或月初加退保，均能扣繳得到保險費，如此即可解決公平性之問題。
- (二) 本項第(二)款第 2 點，規定投保單位不依規定辦理致被保險人權益受

損時，由投保單位賠償之，但未規定其賠償標準，應予明列。

(三) 第(二)款第4點，由保險人每年寄發一次繳費通知，若通知之金額與被保險人實際應繳納之保險費有出入時，保險人如何清算保險費？

十二、陳科員慶鑑：依勞保現況，被保險人因投保單位未依規定辦理所致之損失，常須提起訴訟方能獲得賠償，建議被保險人可先向保險人求償，再由保險人向投保單位追償，以保障被保險人之權益。

第十項：保險費率（無修正意見）

第十一項：保險安全基金

一、陳顧問雲中：本項第(二)款為固定提存者，故應列入基金來源之第1項，其次第二十三項開辦費，係開辦時由國庫撥付，故亦應列入基金來源。基金之管理者相當重要，建議設立公法人組織管理，並接受財務監理委員會之監督，以突顯其超然性，並應明定保險安全基金與保險費率間之互動關係。

二、藍顧問忠孚：

- (一) 個人認為，安全基金之金額以六個月較佳。剛開辦全民健保時，無基金來源，如何提存至三個月？
- (二) 基金運用之收益為基金來源之一，但基金係用以彌補財務虧損，因此，可能無法當作基金來源，而基金來源僅列舉三項，可能不夠周延。
- (三) 贊成陳教授建議由公法人管理基金，並應評估與費率間之平衡關係。
- (四) 開辦費不應與基金混為一談。

三、羅召集人紀琮：未提及基金之經營管理者，係因授權由主管機關訂定，故屬行政程序，將於相關法規中規定。至於與費率調整之關係，已於第十項保險費率中，提及精算平衡區，為二十五年之長期平衡，若精算費率高於平準費率5%時，即應調整法定保險費率，未超過時，則由安全基金彌補虧損，而精算保險費率時，已考慮安全基金之提撥，故兩者互動關係已予考量。另安全基金之存量為三個月而非六個月之原因，為三個月保險給付已達八百億元，若以六個月

為標準，不易籌集，且造成保險費之調整會有困難，因此，係考慮許多因素，才決定基金累積總額以三個月之保險給付總額為準。

- 四、楊處長漢源：陳教授與藍教授皆主張由公法人管理基金，在討論中央健康保險局組織時，曾提及基金管理問題，目前勞保基金由財務室一個科管理，故在基金運用上趨向保守，因此，決定組成委員會來管理運用，性質上係介於公法人與勞保管理方式之中間型態。
- 五、藍顧問忠孚：保險費率變動，可能導致基金總額變動，及開辦費是否列為基金來源，請再說明。
- 六、楊處長漢源：開辦費與基金應分別考量，以政府目前財政狀況，對開辦費金額不敢要求太大，但二個月給付總額之開辦費可能不敷所需。基金在全民健保開辦之初並無累積額，僅能希望開辦初期保險財務能平衡，以後慢慢累積。
- 七、羅召集人紀琮：藍教授關心若精算不正確，將導致保險財務虧損，但理論上，全民健保實施之初，因情況尚未穩定，故會收取較高之保險費，因此，保險財務應不致產生重大虧損，開辦費屬保險人所有，與保險費無直接相關，可能用於挹注財務短缺所需，形成類似安全基金。
- 八、吳顧問凱勳：開辦費既由國庫付，即為保險所有，係用於保險給付而非行政經費，故在保險財務運用上不可能予以單獨處理，若開辦費非於保險費中收取，則應納入基金來源。開辦費已有二個月，而基金以三個月為上限，亦即一年多，基金已達滿額，是否恰當應加考量。若基金之管理者為公法人，應於本項加以明定。
- 九、時科長玉珠：以中央財政狀況，八十二年度中央支出，每百元即有二十六點六元係以發行公債支應，故開辦費既屬短期週轉之需，宜核算收取保費仍不足支應醫療費用部分，以賒借融資方式週轉，政府可編列預算貼補利息。
- 十、徐專員廣正：贊成時科長所言，過去勞保之虧損，係由政府撥補，造成財政上沉重負擔，若開辦費一開始即列為保險安全基金，於情理法均不適當，其次，

立案要點中之機構名目繁多，如爭議審議委員會、諮議委員會、財務監理委員會、醫療費用協定委員會等，應予簡化。全民健保為短期保險，財務運用上應為即收即付，故建議由行政機構設立之單位管理即可。

十一、吳顧問凱勳：考慮之重點應為：基金以三個月或六個月為上限，由國庫撥付或墊借，而非應否列為基金來源。以六個月為上限固然理想，但須考慮勞、資雙方之負擔能力，日本原先規定以一年為上限，現修正為三個月。

十二、楊處長漢淙：原先考慮開辦費由政府墊借，但保險費收取須考慮此一部分及安全幅度，才有可能還回國庫，基金才能慢慢累積，否則將形成惡質保險。

第十二項：保險給付

一、李副處長澤田：建議住院、門診包括接生，預防保健包括產前產後檢查，治療材料修改為診療器材。

二、朱專員華倉：建議將居家照護列為給付項目。

三、石副署長曜堂：此項尚須再經評估，不能立即列為給付項目。

四、徐專員廣正：不給付項目應與現行保險配合，如不正當行為所致之傷病，應列為不給付項目，其次，預防保健與保險之經費來源不同，應作明確劃分。另納入給付項目之標準為何？

五、楊處長漢淙：不正當行為，如自殺、犯罪行為，將其排除給付之外，有其好處，但技術面尚待考量。至於預防保健與保險給付之界線，在於保險提供之預防保健係屬個人責任，而非公共衛生服務項目，並為成本效益較高者之項目，且須經特別設計並有別於一般醫療，藉以控制醫療費用。

六、吳理事長坤光：接生應列在住院及門診，如僅列在門診，許多婦產科開業醫無法接生。輸血不給付血液費用，但有些地區無捐血中心，且血牛存在是既存事實，若不給付，可能危及病患生命安全，請再考慮。

七、楊處長漢淙：婦產科診所能否辦裡住院接生，應從醫政管理上作調整。輸血用

血牛之血比率很低，其存在之原因並非捐血中心無法提供，而是有些醫師習慣採用二十四小時內之鮮血，故血牛應可絕跡，且現行捐血中心普及，其提供不足部分應由病患親友捐輸，故此規定相當合理。對本項最感困擾者，為目前公、勞保對慢性病人給予給付，但卻不給付慢性病機構，致勞保住院超過三十日之病人達到總住院天數之百分之四十八，造成保險支付慢性病所有費用，故傾向給付慢性機構，但對長期療養機構究應如何支付較為合理，深感困擾。

八、曾科長條昌：非具積極治療性裝具所指為何？義肢是否給付？

九、吳理事長坤光：現行勞保生育給付採現金方式，即可讓被保險人自由選擇生產地點，現改為醫療給付會產生問題，因許多孕婦習慣於婦產科診所產檢並分娩，但保險並不給付婦產科診所住診費用。

十、蕭醫師偉傑：建議中醫住院應由評估項目改列為給付項目，理由為公、勞保雖開放中醫門診，卻無法整理中醫之優點，有些西醫難以醫治之病患常會要求中西醫會診，鼓勵中醫住院，才能使病人瞭解中醫是否有療效，如有良好療效者可繼續給付，如此化暗為明，才能讓中醫有發展餘地。

十一、吳理事長坤光：反對中醫住院納入給付，因中醫毋須住院，且傳統並無中醫住院，現在亦不應列入給付。

十二、陳副理益昌：本項規定指示用藥不給付，但醫師處方所列之指示用藥是否給付？第（五）項提及保險人得視需要，委託或自設專案組織，是否應將自設專案組織修正為「自設機構」？

十三、楊處長漢淙：公、勞保不論何種藥品均給付，但居於部分負擔之考慮，全民健保不給付指示用藥及成藥，醫師如開成藥之處方，須由保險對象自付。另不贊成亦不主張保險人自設醫療機構，第（五）項之規定，乃著重於「規劃並推動預防保健工作」，亦即指社區醫療保健工作。

十四、陳副理益昌：社區保健是否列入給付項目？

十五、楊處長漢淙：社區保健可能為由專責機構負責推動之特別計畫，而由保險人

予以經費補助。

十六、藍顧問忠孚：是否可提及，不給付或限制給付項目，鼓勵民間商業保險開發補充性健康保險 (supplementary health insurance)，並比照第 (五) 項之寫法。

第十三項：部分負擔

- 一、藍顧問忠孚：贊成部分負擔制度，惟技術上應再考量，全民健保之負擔比率，門診應提高至 30% 以上，方具有抑制濫用之效果，但應加上下限，較為緩和。個人認為以定額與定率兩種方式混合設計較為恰當，而不應完全採定率方式，並應謹慎訂定上下限。
- 二、郝科長向晴：希望榮民前往輔導會各級醫療機構就醫之部分負擔，能由本會編列預算全額補助，但不含越級就醫者。
- 三、吳理事長坤光：贊成部分負擔應提高，但亦應顧及國民之負擔能力，建議第 (三) 項應視疾病種類而定。
- 四、曾科長條昌：第 (三) 項之規定，在日數之訂定與執行上均有困難，建議取消此項規定。
- 五、楊處長漢淙：基本上不是很贊成門診部分負擔採定率方式，因節省效果不大，行政作業又複雜，原希望門診採定額方式，但因勞、農保修正條例均採用定率，係依照第一期全民健保規劃之建議，若勞、農保修正條例尚未通過，即予以改變，恐遭致評議，惟部分負擔之設計，並非長久不變，未來將視實際情況再作修正。至於第 (三) 項天數之設定不致太短，可能訂為六十日，因超過此一期間，病患已毋須急性醫院之照護，故此一規定，可幫助慢性醫療機構發展，並促使慢性病患轉至慢性醫療機構。
- 六、胡副處長天榮：執行上可能有困難，且訂部分負擔時間，是否會變成住院標準，使每一病患均住院至此一期間。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 3 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年七月十八日（星期六）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

朱專員華倉（銓敘部）	朱華倉	
陳科長琇惠（內政部）	何明察（代）	
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）	
時科長玉珠（財政部）	時玉珠	
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	胡天榮（代）	
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴	
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏	
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	紀豔瓊（代）	蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興	
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代）	甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	（請假）	
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	林宗旦	
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬	
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	（請假）	
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	邱兆鑫	
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	王文俊（代）	
行政院經濟建設委員會	徐廣正	
行政院主計處	黃銀千	蕭家旗 陳中玉
臺灣省政府	胡子明	
臺北市政府	陳珮嘉	
高雄市政府	（請假）	
詹委員火生	詹火生	

藍顧問忠孚	(請假)		
楊顧問志良	(請假)		
江顧問東亮	江東亮		
陳顧問雲中	(請假)		
葉教授俊榮	葉俊榮		
葉副署長金川	(請假)		
楊處長漢淙	楊漢淙		
羅召集人紀琮	(請假)		
李召集人玉春	(請假)		
吳顧問凱勳	(請假)		
吳主任憲明	吳憲明		
吳副主任委員忠立	吳忠立		
戴科長桂英	戴桂英		
全民健保小組	孫碧雲	蘇春蘭	李彩萍
	尤素娟	呂孟穎	

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第十四項：支付制度

一、胡副處長天榮：

- (一) 第(一)項「年度預算只涵蓋營運成本」，是否應將行政事務費包含在內？
- (二) 第(四)項「醫療費用支付標準表應由醫療費用協定委員會訂定」，卻未說明藥價基準表由誰訂定。
- (三) 說明欄第(二)項，支付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截止期限，若為曆年制，則定為十月一日，若為會計年度，則為三月一日。但第(五)項規定係按「季」結算，故說明欄第(二)項若為曆年制，應以九月一日為截止日期。

(四)第(五)項「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 90% 之費用」，以勞保局為例，暫付款係不得已之措施，全民健保為新制度新機關，為何仍然規定 90% 之暫付款？

二、戴科長桂英：胡副處長所提意見，將請支付制度組參考。在此作幾點說明：

- (一)第(一)項營運成本，係指醫療院所之成本，而非保險人之運作成本，保險人之運作成本將於第二十二項—行政事務費中規定。
- (二)藥價基準表，目前正由李召集人積極與藥政處、藥檢局及勞保局研究中。
- (三)第(五)項暫付 90% 費用，係因每點支付額須俟每季結算後才確定，因此，預先暫付 90% 之費用，但有些醫療院所要求全額支付，因此，90% 之暫付款是否能滿足醫療院所之需要，尚待討論。
- (四)說明欄第(二)項若為會計年度，應以四月一日為截止日期。

三、楊處長漢源：總額預算之設計，首須預先設定支出總額，總額設定後，再分成住院與門診之分配比率。門診除區分為西醫、中醫、牙醫及藥品外，並依地區別訂定分配比例。地區之大小，可能依縣市或中央健康保險局所在地劃分，且不宜過大或太小，因過大則醫療院所無節制費用之壓力，太小則醫療院所承受之風險太大。其次，第(五)項之規定，係採回溯性支付方式，即申報三個月後，才能確知每點支付額，但不能三個月後才支付予醫事服務提供者，因此，先暫付 90% 之費用，但其資本支出與教學費用不再支付總額範圍內。欲使總額預算制成功，即既能控制醫療費用又不影響醫療品質之關鍵，在於審查制度，否則將形成劣幣驅良幣，因此，對不良之醫療行為應嚴加取締，此為總額預算制度之精神。此外，總額之協商，須有統計資料作為費用分配之依據。

四、林理事長宗旦：第(六)項…得聘請醫藥專家組成「醫療服務審查委員會」，其中「得」應改為「應」，因總額預算制屬「承包式」之醫療服務，可能可控制保險財務，但亦可能降低醫療品質，故將來為減少醫療糾紛，一開始本項即應定為「應」而非「得」。

五、柯主任木興：「總額預算」、「DRG」等，現已成為法條上之名詞，因此，對二者之觀念應多加宣導，否則行政院或立法院可能無法瞭解其意義，其次，第（五）項暫付 90% 之費用，應於作業上表達得更清楚。

六、林秘書長茂泉：第（五）項暫付 90% 費用之規定，與目前勞保局之規定相同，可能不甚恰當，既然法已明定何時付費，就應立即按實際申報費用支付，俟結算後再補或退，因醫療機構已因提供醫療服務而花費了成本。暫付 90% 之費用，非新機構所應為。第（六）項基本上應由專家學者客觀審查，故應為「應」而非「得」。

七、徐專員廣正：

- （一）第（二）項年度預算由「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，以及保險給付範圍等因素之改變加以設定。但教學研究、預防保健等費用是否包含在內？
- （二）第（三）項，門診與住院，根據何種標準設定其分配比例？
- （三）藥品分配比例，係指住院、門診或保險藥局藥品之分配比例？
- （四）第（四）項規定為提昇醫療服務之效率，前項支付標準表得採用「診斷關係群」之支付方式，但 DRG 為支付基準而非支付方式，是否應改為前瞻性付費制度（PPS）？
- （五）醫療費用經審查後，如有結餘或不足，對保險費之徵收有何影響？

八、戴科長桂英：

- （一）第（二）項之規定，並未詳列所有因素，若教學研究及預防保健列入保險給付項目，則其成本與服務量即會列入考慮因素，惟教學成本如何支付，目前尚在規劃中。
- （二）第（三）項門診與住院之分配比例，目前之研擬構想為，住院不分區，門診除區分為西醫、中醫、牙醫及藥品外，並分區訂定分配比例。
- （三）第（七）項規定總額預算、診斷關係群等制度得以漸進方式實施，乃因總額預算需有基本資料（base line data），才能訂出分配比例，相當費時費力，故作此規定。

(四) 第(四)項之用詞是否恰當，將再研究。

(五) 保險費總額與支付總額並不會完全相等，總額之設定於年度開始前，再據以收取保險費，而保險費之收繳率無法達到百分之百，雖希望兩者能相等，但仍需各方面之配合。

九、楊處長漢源：

(一) 醫療給付支出總額應小於保險費收入，因保險費尚包括保險安全基金、行政事務費等。

(二) 教學費用不包含於總額內。

(三) 設定之費用總額不致有結餘或不足，因係根據審核後之醫療服務量，決定每點支付金額，每點支付金額乘以審核後之醫療服務量，即為費用總額。

十、林理事長宗旦：中醫、西醫、牙醫等各有其支付基準，目前所有保險藥品之支付基準，均僅考量藥價而未考慮藥效，除造成藥品浪費外，並使病患重複就診，尤其是中藥，未作品質管制 (quality control)，如何評估病人之費用？建議藥品之支付基準應考慮藥效。

第十五項：醫事服務機構

一、江顧問東亮：第(一)項第二類：保險藥局，不須加「保險」，第三類毋須特別予以劃分。

二、胡副處長天榮：第(五)項之規定，以勞保局之經驗，於修訂診療費用支付標準時，若醫療院所不願合作時即無法修訂，因此，除規定其應提出第(五)項規定之資料外，應再加上其成本資料。

三、林秘書長茂泉：藥價應由保險人統一規定，否則審查醫療服務時，即無法判斷昂貴或便宜之藥品何者較佳？醫療院所亦不致因買到昂貴藥品，而可稍加控制醫療費用之上漲。

四、林理事長宗旦：現在一般人認為，藥價訂定愈低愈佳，是為錯誤之觀念，而藥價之查詢並非難事，如海關進口資料即可查得。建議藥價之訂定應有上下限，如歐美先進國家之規定，並委託專家作抽樣檢驗，評估藥品等級，定其藥價。此外，應將醫事服務費與藥事服務費提高，但降低藥品利潤，如此可減少保險財務之虧損。

五、楊處長漢涼：藥價之查詢並非關鍵，關鍵在於如何設定合理之藥價基準，若有不同之藥價，應如何選擇，而我國並未將藥品國營化，故須再研究如何克服技術上之困難。

六、徐專員廣正：

（一）若公保同意將健保業務移轉至中央健康保險局辦理，全民健保是否有可能自設醫療服務機構？如有可能，是否如勞保條例將特約醫療機構與自設醫療機構予以分別規定。

（二）由第一類醫事服務機構委託其他醫療機構辦理之醫事服務，如復健治療，是否列入總額預算中支付？

（三）由中央健康保險局下設之輔導小組，管理經常性之醫療機構特約，其層次是否偏低？公信力可能不足。

七、楊處長漢涼：

（一）全民健保實施後，所有國民均被納入，因此，必會降低醫療機構之管理程度，而由醫政單位負責大部分之管理工作，故醫事服務機構之特約重要性已不如現行制度，而設置醫療服務審查委員會之目的，主要在於審核醫療品質與費用是否適當，而非醫事服務機構之管理。

（二）機構性質含混難以歸類者，如護理之家、康復之家，是否列為第三類醫事服務機構，尚待研究。

（三）不主張亦不建議保險人應自設醫療機構，至於公保聯合門診中心如何調整，目前列有三種方案，俟擇定後再作考量。

八、林秘書長茂泉：第（二）項「特約及管理辦法」，建議改為「處理辦法」。

第十六項至第二十項

一、葉教授俊榮：對本立案要點第十六項至第二十項，提出整體建議：本要點特色之一，為設立許多委員會，但從各機關制度設計與實際運行之經驗中，在設立委員會之前，須先考量設立此委員會之目的、其組織型態與參與成員、應具有何種功能，及與主管機關之關係等。委員會依其功能，可區分為四類，一為諮詢性質，如對政策提供意見，二為協商性質，如對資源分配之協調，三為裁決性質，四為監督性質。在現行政府機關，立法院即為協商型，監察院則為監督型。以本立案要點而言，諮議委員會就功能及制度上之設計，其參與者應為對政策有深入瞭解者，並能提出政策方向之建議，但本要點所擬之參與者，無法確知能否達到此種目的；又如醫事服務審查委員會，重在醫療品質與費用之審查，不應單純由醫藥專家組成，總之，應避免以往各委員會之弊病，並相互比較，才能有全盤瞭解。

二、楊處長漢涼：

- (一) 原本即不贊成設置過多之委員會，因須增加用人而加重政府負擔，因此，經本小組討論後，已將委員會減少為四個。
- (二) 諮議委員會為諮詢性質，類似民意機關，惟其功能無法如立法院之明確。
- (三) 第十七項財務監理委員會，功能上偏向超部會，為各委員會中層級最高者。第十九項醫療服務審查委員會，為保險人設置之委員會。
- (四) 第十八項醫療費用協定委員會與第十七項財務監理委員會，在功能上具有直接之關聯性，即財務監理委員會須先決定預算總額，再由醫療費用協定委員會分配，至於醫療服務審查委員會，現行保險制度，費用支付者及審查者皆為保險人，各方均認為不合理，但全民健保之財務責任，已轉移至醫事服務提供者，因此，保險人以被保險人經紀人之立場，應監督醫療機構之醫療品質，另審查工作是否嚴謹，審查標準是否合理，都會影響劣幣驅良幣，因此，審查工作相當重要，而此工作非民間或醫事機構短期所能作到，由保險人審查比醫事機構內部審查，更客觀，且更能邀集得到專家學者，故此項工作由保險人擔任較為適宜。

(五)除醫療服務審查委員會之委員會為專任人員外，其餘各委員會之委員，多為兼職人員。

三、江顧問東亮：第十九項與第十四項具有關聯性，且將影響中央健康保險局是否設立分局，故應合併考量。

四、胡副處長天榮：中央健康保險局組織條例，將設立基金管理委員會，管理保險安全基金，但本立案要點未提及其與第十七項財務監理委員會之關係，是否基金管理委員會之決策，須經財務監理委員會之審查？

五、楊處長漢源：基金管理委員會之層級不高，故未列入本要點。勞保局於財務室設科管理，因過於注重安全性，故效果不佳且限制頗多，中央健康保險局設基金管理委員會之目的，在使保險安全基金之運用，能更具彈性及效率，其決策毋須送財務監理委員會審核，因財務監理委員會係決定總體財務面，基金管理委員會如有諮詢事宜，可交由諮議委員會討論。

六、林秘書長茂泉：第十九項之說明欄，…俟第三團體有能力進行保險醫療審核及支付費用時，則得委託辦理，若第三團體現無能力審查，待何時才有能力？其次，建議審查委員應由主管部部長遴聘，以提高該委員會之層級。

七、楊處長漢源：現行醫療費用之審查制度，保險人被批評為球員兼裁判，但未來由於支付制度改變，保險人審核之寬嚴，皆不致影響保險財務，若交由當地醫師公會審查，其非第三者，如能真正做到總額預算制度，由保險人審查，並不會發生球員兼裁判之缺失。

八、戴科長桂英：第十九項之說明欠妥，將作文字修正。醫事服務審查委員會已於中央健康保險局組織條例中規定，是否仍須在本要點重複規定？

九、林理事長宗旦：醫事服務審查委員會係在評估醫療服務機構之醫療服務，屬協商性質之委員會，卻未將全國性消費者代表列入，於立法院審查時，恐不具說服性。

- 十、戴科長桂英：醫療費用協定委員會中，已有消費者代表，而醫事服務審查委員會具有專業性，並由各專業人員，如醫師、護理人員、電腦處理人員等，處理醫事服務審查工作，因此，消費者似不適宜參與此委員會。
- 十一、江顧問東亮：醫事服務審查委員會除審查醫療費用外，尚須注重醫療品質，如滿足感等，故可讓消費者參與。
- 十二、林秘書長茂泉：醫事服務審查委員會之委員，由保險人或主管機關遴聘有何不同？如無不同，應改由主管機關遴聘。
- 十三、楊處長漢淙：醫事服務審查委員會之委員由誰遴聘，應視該委員會之醫藥專家代表，是否定有名額之分配比例，如現行勞保局定有分配比例，且衛生主管機關指派之人員，不能任意拒絕。全民健保實施後，此委員會附屬於保險人，若已定有委員分配比例，則由誰遴聘並不重要，僅係作業程序。
- 十四、林秘書長茂泉：應由主管機關遴聘，以提升其層級與保險人平行地位。
- 十五、楊處長漢淙：由主管機關遴聘醫事服務審查委員會委員，則將與保險人處於平行地位，而於行政上形成雙頭馬車，使指揮系統分歧，故無此必要，且此委員會之功能與現行制度並不相同，僅以保險人立場監督醫療機構之醫療服務。
- 十六、葉教授俊榮：為使全民健保能長遠運作，再就第十六項至第二十項補充幾點意見：
- (一) 諮議委員會若未能善加規劃，將使其形同虛設毫無作用。參考其他國家之作法，為使該委員會能發揮功能，應規定其每年提出政策建議之白皮書，如美國環境品質委員會 (CEQ)，每年須向主管機關報告政策優缺點，未來發展方向等建議，否則僅如本立案要點所擬，職司有關保險政策、事業經營與行政改革等諮詢事宜，可能流於理想化，無法發揮真正作用。
- (二) 財務監理委員會，由相關部會首長組成，再由行政院指派專人擔任主任

委員，此一規定，究竟形式意味或實質意味重？因該委員會之職掌皆可在行政院運作，且各部會首長可能無充分時間於該委員會參與討論，但若鑑於過去仰賴行政院指派政務委員擔任主委，致行政效率不佳，而須設置此委員會時，應由主管部部長而非行政院指派專人擔任主委。

- (三) 醫療服務審查委員會，戴科長認為其具有專業性，民間團體不適合參與，但民間團體如消費者文教基金會，本身具有多項專業人才，若有需要，並可網羅醫藥專家，且醫療品質之審查，不一定侷限於醫藥專家，應儘可能擴大參與層面。至於其位階，應視此委員會要達成何種目的而定，由主管機關或保險人遴聘均無不可。

十七、江顧問東亮：

- (一) 諮議委員會，同意葉教授意見，應每年提出報告，較具實質意義。
- (二) 財務監理委員會，應規定每年幾月前應提報行政院核定保險費率、保險給付支出總額範圍等。
- (三) 醫療服務審查，若由醫療服務提供者擔任，則會產生球員兼裁判之弊，若由保險人負責，則公信力恐不足，建議審查工作分為初審與複審，初審由醫療服務提供者擔任，較有效率，且保險人毋須為審查時效負責，而審查人員之半數由主管機關決定，必要時並可抽查，高額費用或高科技項目再由保險人複審，如此即可達到公平與效率兼顧之目的。

十八、吳主任憲明：第二十項與第十九項有相關，第二十項於健保小組內部討論時，因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部之訴願委員會辦理，惟經進一步瞭解，訴願會僅能處理一般行政處分案件，對於醫療費用之爭議案件，則因屬契約關係，無法受理，因此，第十九項若設有複審程序，則初審不滿時可再提複審，以獲得行政救濟，否則爭議審議委員會仍須保留，以使制度較為完備。

十九、胡副處長天榮：以勞保經驗而言，有關醫療費用之爭議案件相當多，應設置爭議審議委員會。

二十、江顧問東亮：若醫事服務審查設有初審及複審制度，則爭議案件之問題較易解決，因初審由醫療服務機構辦理時，較有效率且爭議案件將會減少。

二十一、葉教授俊榮：行政救濟係針對政府行為失當，最後裁決者為行政法院，但須先經訴願、再訴願之程序，若增加爭議審議委員會，將會多一級程序，為保障國民權益，不應使行政救濟程序膨脹，惟須考量者，為私法如契約行為之爭議案件，應有民事之救濟機會，而非由行政訴訟予以救濟。故救濟方式應視全民健保之何種爭議審議案件最多，既有制度能否解決，再決定是否有設置專門機構處理之必要，但仍不能與訴願委員會之職掌重複，否則即會多一層程序。

二十二、楊處長漢涼：

- (一) 諮議委員會之職責，將予以規定更清楚。
- (二) 財務監理委員會之職掌，由行政院或成立委員會執行，兩者之意見皆列入參考。
- (三) 醫療費用協定委員會，有關地區團體被保險人之代表如何產生之問題，將於細則上再作考量。
- (四) 醫療服務審查工作，因支付制度改變，經多方考慮後，決定由保險人負責。
- (五) 是否成立爭議審議委員會，俟澄清目前保險制度，醫療費用之爭議，是否以行政駁回處理，訴願法之範圍是否包含醫療費用之爭議，再行決定。

第二十一項至第二十三項

一、時科長玉珠：

- (一) 有關政府財政責任，以往強調在於補助保險費，現立案要點多出一項行政事務費。
- (二) 全民健保之保險人為公營事業機構，為彰顯績效，建議第二十二項行政事務費採乙案，但其佔保險費之比率，目前公、勞保法定以 5.5% 為上

限，而在實際運作上，公保未臻 3%，勞保約 4% 已可支應，現立案要點規定為 10%，膨脹過於迅速，是否另有其他方面之用途？應予詳加說明，否則說服力不足。

(三) 有關保險費負擔比率，對政府權責部分之規定，希望能有更精確之數字，如保險費率或各國之參考資料，並能邀請行政院主計處、財政部及有關單位，另再擇期開會研商。

(四) 第二十三項開辦費，原先建議為賒借方式，但全民健保之費用支付在三個月後，而保險費之收取在月初，似無開辦費之必要，如確有需要，應以賒借方式而非由國庫撥付；國庫對國營事業之撥付，應為國營事業管理法第五條、第十一條對該事業之投資，其所需資本經政府核行後，編列預算撥付。

二、蕭專員家旗：原則上支持保險費須能維持自給自足，故第二十二項行政事務費應採乙案，但比率有待商榷，目前公、勞保均未超過 5%，希望全民健保亦能維持 5%，否則將予人行政效率太差之印象，另第二十三項開辦費，其性質類似週轉金，項目名稱似不宜稱為「開辦費」。

三、朱專員華倉：同意主計處之意見，因依公保實際運作，其七十九年度行政費用佔保險費收入為 3%，八十年度約為 2.8%，立案要點所定比率似乎偏高，可能會造成浪費。另對投保金額、保險費率、保險費分擔比率等規定，希望考量公保被保險人與其他被保險人之公平性，不要加重公保被保險人負擔，以維護其現有權益。

四、戴科長桂英：

(一) 財政部、主計處及銓敘部均認為，行政事務費應由保險費支應，惟其比率有待考量，將交由健保小組參考。

(二) 前版立案要點中，行政事務費比率定為 12%，乃因國際精算師林喆博士表示，勞保所定之保險費率為綜合保險費率，但醫療給付之行政費用遠大於現金給付之行政費用，若以件數言，其中 99% 屬醫療給付之業

務，如說明（二），林博士再以外國為例，各國行政費用約佔總支出之 18.75%，但以我國國情而言，不可能規定如此高之比率，故暫訂為 12%，俟將來準備更詳細之資料後，再供參考討論。

（三）與會人員表示，不希望因行政事務費太高，致保險人有浪費之情況，但現行公、勞保是否已作最佳之行政管理？若否，是否需增加行政費用，以加強行政管理？

五、高理事長資彬：第二十二項行政事務費應採甲案，否則所有責任均由全民健保擔負，將比現況更差。

六、徐專員廣正：

（一）就個人所知，美國商業保險之行政費用為 12%，其中包括行銷費用、利潤等。

（二）保險費中若包含預防保健、醫院研究教學等費用，將使被保險人所能獲得之保險給付，僅餘 80%，是否有違本要點之宗旨？

（三）第二十二項採甲、乙兩案，除保險財務應自給自足外，是否尚有其他理念，如政府是否亦須負擔財務責任？但個人仍認為行政事務費之比率偏高。

（四）第二十二項說明（一）中，包含那些國家？行政事務費涵蓋之範圍為何？

七、楊處長漢源：第二十二項列甲、乙兩案，各國大都採甲案，財政部、主計處及銓敘部代表，則主張採乙案，甲、乙兩案各有優缺點。至於比率定為 10% 之理由，乃因林喆博士表示：5.5% 之行政事務費不敷所需，因每個人終其一生，可能僅領取一次現金給付，但卻可能使用多次之醫療給付，而健康保險須查核醫療品質，故醫療行政費將會相當高，但究應列多少比率才適當，俟蒐集更多資料，並邀請有關單位研商後，再加以確定。至於開辦費，用因全民健保強調「不虧損」，故可考慮將其當作週轉金。另第二十四項罰則，因規劃構想尚未完善，俟討論條文時一併考量。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 4 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年八月七日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

朱專員華倉（銓敘部）	朱華倉
陳科長琇惠（內政部）	（請假）
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	劉見祥
行政院退除役官兵輔導委員會	趙秀雄 郝向晴 蔣榮光
張科員素敏（行政院農業委員會）	（請假）
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	吳坤光 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	蕭偉傑
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	林宗旦
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	（請假）
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	呂芳繁（代）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	陳惠美
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	陳珮嘉 黃素津
高雄市政府	郭英煒
詹委員火生	（請假）
藍顧問忠孚	（請假）

楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	江東亮
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	陳英俊(代)
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	孫碧雲 蘇春蘭 楊寶玉 陳茱麗 廖哲慧 宋瑞蛟

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第五項：保險對象

- 一、時科長玉珠：第三類第一款被保險人為僱用若干人以上之雇主，而僱用人員標準以下之雇主，歸於何類？第五類至第七類被保險人，可否歸於地區團體而簡化為一類？
- 二、楊處長漢淙：目前雇主參加勞保，非屬第一類即屬第二類被保險人，本要點對此歸類原則，主要考慮保險費負擔比率，以強調公平原則，將再予明確規定。第五類被保險人已退休，若欲使其於原投保單位繳保險費，恐有困難，但其可能仍有繳費能力，故未將其歸之地區團體，至於總工會書面資料提及孤獨無依之老年人、孤兒、無業遊民等，若非為低收入者，即為第七類被保險人；至於對貧苦國民另訂「全免」條款之問題，「貧苦國民」僅能以低收入戶標準規範之，否則將與社會救助法產生雙重標準，而「全免」亦非免費，而是由政府全額負擔。

三、劉處長見祥：自營作業者，本要點未顯示歸於何類。

四、江顧問東亮：請說明保險對象歸類原則。

五、楊處長漢源：保險對象係依其投保單位、保險費負擔比率等相同者，歸為一類。
。第五項保險對象再予詳細規定。

六、朱專員華倉：經彙整所屬機關意見如下：

（一）將軍人納入全民健保，使其於營外傷病能享有醫療給付。

（二）第五類被保險人應加上「被資遣者」，並刪除「經原投保單位同意」。

（三）眷屬放寬至祖父母及孫子女。

（四）第（七）項同時為第一類至第三類被保險人得擇一加保，應規定加保選擇期限。

（五）第（八）項第三款應予刪除，使保外就醫者，亦能獲醫療照護。

（六）第（九）項，請說明無中華民國國籍者，於喪失保險資格時，如何處理？

七、楊處長漢源：

（一）被資遣者，大多會再尋找工作，否則即成為眷屬或第七類被保險人。

（二）眷屬放寬至祖父母及孫子女，於本小組內部討論時，多數不表贊成，因涉及保險費負擔問題。

（三）軍人及保外就醫者，若參加全民健保，則須繳納全額保險費，但卻僅能於營外或保外就醫時，方能享有醫療給付，可謂權利義務不均等，故予以排除，以保障其權益。如確有需要，可考慮以附加保險方式獲得醫療照護。

八、郝科長向晴：希望第七類被保險人能包括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，以免將其遺漏，因榮民有一定之身分認定條件，而這些人無法具備此條件，且為本會受託照顧者，並享有與榮民相同之待遇。

- 九、楊處長漢源：可考慮將其納入，惟原希望輔導會能修法將其納入並提供基本資料。
- 十、陳副理益昌：本次立案要點將前次第一類至第三類被保險人合而為一，但私立學校教職員，原由政府補助百分之三十二點五之保險費，現規定私校須負擔百分之五十之保險費政府不予補助，是否會引起反彈？其次，立案要點將退保與停保條件分別規定，但以公保實務作業經驗，停保與退保後均可再加保，卻須兩種不同表格與兩套電腦程式，增加承辦人員困擾及手續，故擬將兩者合一，稱之退保，以減少行政作業。
- 十一、楊處長漢源：公、勞保大多為第一或第二類被保險人，其餘各類均為少數，至於保險費負擔，原則上為自付百分之五十，雇主或政府補助百分之五十，私立學校無理由特殊化，如確有財務困難，應另爭取經費補助。

第六項至第十二項

- 一、朱專員華倉：依公保監理委員會第八十五次會議決議，希望在保險費負擔比率及俸結結構方面，維持公保被保險人既有權益，否則推行全民健保時恐有阻力。
- 二、時科長玉珠：第八項有關保險費負擔比率之規定，因涉及各級政府及被保險人之負擔，影響很大，請另擇期與本部、行政院主計處等有關單位再開會研商。
- 三、陳科長惠美：有關第十一項保險安全基金，因其運用與保管與事業並未分離，且為平衡健保收支之需，揆其性質類似存款保險公司之「營業準備」，故應對其會計處理做一詳細說明。
- 四、郝科長向晴：第七項投保單位，原先同意榮民得以輔導會各地分支機構為投保單位，但住在偏遠地區榮民或分支機構人力不足，則以鄉鎮市區公所為投保單位，惟經檢討，輔導會分支機構人員少，每縣市僅一位，無法承擔此一任務，建議刪除此一規定，使榮民亦以鄉鎮市區公所為投保單位。詳見書面意見。

- 五、楊處長漢淙：若榮民於鄉鎮市區公所投保，則輔導會補助之保險費須轉交予鄉鎮公所，不須多此一舉，且輔導會擔心無法收到保險費，鄉鎮公所亦會擔心，輔導會人手不足，鄉鎮公所亦須增加人手，而輔導會既與榮民福利息息相關，卻不願成為投保單位，是否恰當？
- 六、江顧問東亮：輔導會補助之保險費，既可統一直接撥付予保險人，且被保險人亦可自行至金融機構繳納保險費，故建議以輔導會為投保單位即可，毋須由其分支機構當投保單位。
- 七、楊處長漢淙：僅以輔導會為投保單位，可能會有作業上之困難，如發放醫療單等。
- 八、劉處長見祥：第九項「保險費徵收方式及計算原則」第（一）項第4點，適用第一類被保險人，但第二類被保險人並無發薪單位，如何處理？其次，職業工會保險費大多採預繳方式，故常發生承辦人員挪用保險費之情況，如何防弊？應在母法加以考量。
- 九、楊處長漢淙：職業工人確無發薪單位，至於不法行為，超越本法規定範圍，有其他法律可規範。
- 十、羅召集人紀琮：無工作所得或無固定薪資者，係採自由申報投保金額方式，保險人年底再作查核。
- 十一、江顧問東亮：第九項「保險費徵收方式及計算原則」第（一）項第4點，各投保單位之發薪時間並不一致，故僅須規定由投保單位負責扣繳保險費即可，而將「於發薪時」刪除。
- 十二、陳副理益昌：第九項規定投保單位應於每月五日前向保險人繳納保險費，究係繳當月或上月之保險費？若為當月之保險費，將會產生困擾，因公保要保機關目前有於每月十五日發薪者，亦有於月底發薪者，故無法於五日前繳納當月保險費，請考量。

- 十三、羅召集人紀琮：原先設計保險費為預繳制，但因採論出不論進方式計費，對小型投保單位會有困難，故修正為繳納上個月保險費。
- 十四、蔡科長淑鈴：有些類別之被保險人，由政府補助之保險費，應如何收取，並無規定。
- 十五、戴科長桂英：政府補助之保險費，應由各機關編列預算，地區團體則由鄉鎮市區公所透過預算程序向中央政府申請補助。
- 十六、臺灣省政府代表：精神病及癲瘋病是否給付？
- 十七、楊處長漢源：精神病給付，癲瘋病現不給付，但勞工保險修法時將予給付。
- 十八、蔡科長淑鈴：嬰幼兒健兒門診列為預防保健給付項目，但預防接種則不給付，而嬰幼兒健兒門診以預防接種為主，兩者如何區分？其次，公保目前提供之病房為二等病房，而立案要點將病房區分為慢性病房與急性病房，但一般綜合醫院並非如此區分，請說明。
- 十九、楊處長漢源：立案要點規定預防保健實施辦法由主管機關另定之，且此項目係由保險人主動提供，非由被保險人決定，並強調公共衛生仍繼續提供服務，僅將公共衛生不提供且成本效益較高者，列入給付項目。病房原則上仍以提供二等病房為主，但公、勞保未對病房設置標準加以規範，致形成醫院提升病房等級，以收取差額等不當情況，未來將對病房訂定設置標準。
- 二十、朱專員華倉：全民健保整合公保之醫療給付後，希望公保原有之健康檢查及居家照護仍能維持。
- 二十一、石副署長曜堂：居家照護現仍在試辦中，俟評估成本效益後再決定是否給付，並非絕對不給付。
- 二十二、劉處長見祥：嬰幼兒健兒門診及婦女子宮頸抹片檢查，是否經評估後方確定列入預防保健給付項目？四十五歲以上癌症及牙科（包括學齡前兒童）之健康檢查，是否可考慮列入預防保健給付？目前勞保已給付精神病日間

住院，是否亦應列入給付項目？保險給付第（五）項規定，保險人得視需要自設機構，個人認為應利用現有醫療保健資源，亦即應充分利用現有之醫療保健機構，如有不足，應促請衛生主管機關加強設施，保險人不應自設機構，故建議刪除此項規定，否則以保險費維持自設機構將會產生許多問題。

二十三、楊處長漢淙：日間照護目前列為評估項目，理論上相信居家照護或日間住院均能減少住院日數，但根據研究報告卻顯示：兩者成了附加醫療，而未能降低住院日數，原應由家庭負起之照護責任，因有保險給付而轉移至保險責任上，惟全民健保無法提供所有之照護費用。居家照護於試辦時，或許不會產生浪費，但一旦開放後，就可能會有浪費，故目前不宜全面開放。至於自設機構，基本上不主張保險自設機構，惟因可能接受公保聯合門診中心，規劃為特殊檢查用途之用，故作此規定，但非將自設機構當作主要目的。至於預防保健項目，將視需要調整。

二十四、石副署長曜堂：子宮頸抹片檢查及嬰幼兒健兒門診係經本署保健處嚴謹評估後，建議納入給付項目。

二十五、江顧問東亮：建議將預防保健項目……等，刪除「等」字，否則第（五）項即毋須規定。

二十六、蔡科長淑鈴：允許區域外之緊急傷病就醫可核退醫療費用，惟區域內緊急傷病於非特約醫院就醫，是否亦可核退？另如就醫時證件不齊全，無法以被保險人身份就醫，而先行自墊費用，是否亦不予核退？偏遠地區由助產士接生者，因助產士未予特約，是否不予給付？

二十七、楊處長漢淙：原則上除少數不願接受特約者外，所有之醫療院所均予特約，若保險人核退非特約醫療院所就醫者之費用，將會形成另一種制度。至於證件不齊，是否予以給付，應視其是否具有保險資格。以目前之科技，保險人可自動給予保險證件，因此，補交證件之情況可減至最少，不須訂

在母法上。助產士之特約應在醫事服務機構上考慮，基本上城市地區不會特約，但鄉村地區則可考慮予以特約。

二十八、吳理事長坤光：

- (一) 不須為公保病人特設醫療機構，因公保集中於門診中心就診，造成被保險人就醫不便。
- (二) 給付項目未提及是否給付生育費用。希望生育比照勞保現況，採現金給付方式，使被保險人能自由選擇生產地點。且應定出生產住院日數，以三至五日為佳。
- (三) 訂定可核退購買血液費用之緊急情況。

二十九、楊處長漢涼：

- (一) 生育給付，產前產後檢查包含於門診，分娩則包含於住院，故均已含括。
- (二) 捐血中心已可供應百分之九十五之用血，應不須用血牛之血，且用血牛之血，難以確保病患之健康，故血液費用不考慮給付。

三十、趙主任秘書秀雄：保險給付第（三）項第 2 點，與疾病治療有關者是否就給付？

第十三項：部分負擔

- 一、石副署長曜堂：目前擬以財務機轉促使病人由急性病房轉至慢性病房，但居家照護及日間住院並不給付，應如何規劃配合措施？
- 二、楊處長漢涼：慢性病房、慢性醫院與居家護理 (skilled nursing home) 難以區分，現僅有十一家榮民醫院被視為慢性醫院，應給予保險給付以鼓勵民間投資興建慢性病醫院或設置慢性病房。
- 三、蕭醫師偉傑：中醫療效應予肯定，否則無法訂出合理給付政策，目前西醫院附設之中醫部門，可否考慮給予住院給付？純為中醫院建議歸為慢性病房。

- 四、楊處長漢源：根據調查，中國醫藥學院附設醫院近三年中醫住院共七十八人，住院日數為九百九十一日，亦即平均每日住院人數不到一人，故以醫療需要性而言，不需考慮中醫住院給付，若有需要者，應自費。又以門診費用為例，八十年度勞保中醫門診就診數僅占所有門診百分之七點六，但其費用卻超過百分之十，上漲幅度相當高，且多為腰酸背痛等疾病，故無住院之必要。
- 五、蕭醫師偉傑：中醫未能確定療效者，如肝炎等疾病之治療，可由西醫院加以試驗，俟能確定療效後，再訂定合理之給付標準，否則若未能妥善管理，中醫將更形混亂，而又一再開放中醫診所，醫療費用即無法控制。
- 六、吳理事長坤光：反對中醫住院，因無此必要，除非證明中醫具有療效而西醫所無，且西醫為世界公認之醫療標準，而中醫絕大多數不須住院，故無給付之必要。
- 七、楊處長漢源：並非反對中醫，但中醫住院目前不宜給付，門診則因有其需求，若要將之排除給付恐有困難，惟中醫界仍須作好規範，不要造成浪費，例如目前有排長隊作蒸氣治療等情形。
- 八、林理事長宗旦：中醫住院可納入保險給付，惟須有先決條件，即須具有如西醫教學醫院之現代化設備，或相當之設備，遇有重症者，方能以西醫急救，以補中醫之不足。至於藥物，只要能治病，不須區分中藥或西藥。
- 九、劉處長見祥：
- (一) 門診部分負擔方面，診所平均費用之百分之二十，「平均費用」應有明確之時間。
 - (二) 病房名稱應予醫療法中規定，否則新名稱於立法院中審查必遭質疑。
 - (三) 許多國家，未實施住院部分負擔，以照護真正重病者，而目前勞保住院病人，僅百分之五超過三十日，且可能為真正需要醫療之重症者，故本要點既規定重大疾病免除部分負擔，又以日數訂定不同負擔比率，適用人數既少又難以被接受，恐於將於立法院中遭到很大之挑戰，故建議訂

定住院自付若干百分比即可，另規定經醫師診斷應出院而不出院者，應自付醫療費用。

十、楊處長漢源：重視重病病人，故住院前九十日設負擔最高金額之規定，則重病患者，約住院十日即可達上限，不須再負擔費用，既非低收入者，不致阻礙就醫。門診以上一年平均費用訂下一年之負擔金額。

十一、趙主任秘書秀雄：

(一) 門診是否依初診或複診不同，區分部分負擔金額？

(二) 未滿六歲兒童免除基本負擔額，會造成父母將無治癒希望或難以治療之子女，予以遺棄，為醫院帶來很大困擾。

十二、楊處長漢源：初診負擔，複診不負擔部分負擔費用，無法達到鼓勵轉診之目的，且兩者均為可負擔範圍，除非為低收入者，惟須考量者為出院後需追蹤之病患，其繼續接受追蹤者，考慮兩種負擔方式，第一種為免除部分負擔，第二種為將其視同轉診病人。

十三、江顧問東亮：第(一)項門診部分負擔，診所平均費用之百分之二十，但有些介於地區醫院與診所，未標明其性質之醫院無法包括，故建議改為「基層醫療院所平均費用之百分之二十」。至於住院，贊成以醫療品質管理辦法而不要從住院日數控制浪費，因非所有超過住院日數之病患即為浪費，若以日數控制，可能反而喪失照顧重病者之意義，且對醫院而言，並不希望患者長久住院，因將使其本益比下降。目前住院日數長者，大多為公立醫院，故非病人之問題，而為醫院經營效益之問題。

十四、郝科長向晴：榮民醫院，以前有若干長久住院但病情輕微者，因不具入住公費榮家之資格，故住院時長，現情況改變，本會儘可能請輕病者回家療養，或進住專為其成立之自費榮家。因此，基於目前政府對榮民照護之情況及榮民實際財力不足，建議凡至榮民醫療機構就診之榮民，其應繳之部分負擔費用，由輔導會編列公務預算支應，並予明文規定（但不含越級就醫者），否

則榮民若發生財務困難，亦將形成社會問題。事實上目前有許多榮民醫院住院之貧苦榮民，如甚多之癱瘓病人，實無負擔部分負擔之能力。

十五、蔡科長淑鈴：

- (一) 住院以住院日數長短訂定不同部分負擔比率，是否會造成病人先辦出院再住院，以規避較高比率之部分負擔？應規定同一疾病不能出院再住院。
- (二) 實施部分負擔並訂定自負最高金額係為累計之觀念，若累計工作將來由保險人承擔，必會增加許多行政成本及困擾。

十六、羅召集人紀琮：住院個案不多，故累計成本不會太高，對保險人不致造成困擾。將予明確規定同一疾病不得出院再住院。

十七、趙主任秘書秀雄：急性病房三十日以內負擔百分之十，大部分人不須住到三十日，如此規定，是否會鼓勵病人住到三十日？是否再區分二種負擔等級？

十八、劉處長見祥：住院三十日以上不須考慮，因為極少數人，且可能為真正需要照護者，住院者以三十日居多。

十九、楊處長漢淙：急性病房三十日內部分負擔若再區分二種等級，反而不利於重病患者，因所謂平均住院日數，必會有因重病而超過平均天數，故無必要再予細分，但應有自負額 (deductible) 之精神。若住院前幾日部分負擔比率很低，則反而會鼓勵住院，真正重病患者，可能前幾日即已達負擔上限。

二十、江顧問東亮：勞保住院人數六十五萬人，其中不到二千人住院超過九十日，可請專家詳加審核，較以提高部分負擔來控制浪費更加重要，況且這些長期住院者，往往有其醫療需要。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 5 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年八月十四日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號七樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

朱專員華倉（銓敘部）	朱華倉
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代） 游祥祺
時科長玉珠（財政部）	時玉珠 顏春蘭
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	劉見祥 曾條昌
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴 徐陽中
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	吳坤光 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	（請假）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	何君毅
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	（請假）
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	陳珮嘉 鄧明斌 程國敏
高雄市政府	郭英煒
詹委員火生	（請假）
藍顧問忠孚	（請假）

楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	孫碧雲 蘇春蘭 楊寶玉 徐熙台 廖哲慧 宋瑞蛟

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第五項：保險對象

- 一、時科長玉珠：建議第三類被保險人歸至第一類，因其投保單位相同，保險費仍須全額自付，但可避免突顯自付百分之百保險費之被保險人。第五類被保險人已非就業者，為何單獨歸為一類？建議刪除此類被保險人，因其若非第一類至第四類被保險人之眷屬，即應為第七類被保險人，且無薪資所得。
- 二、楊處長漢淙：第三類被保險人與第一類不同之處，在於第三類被保險人為高所得者，為延續第一期規劃構想，突顯高所得者應自付百分之百保險費之精神，且雇主若不隨其受僱員工加保，則政府必須補助其保險費，並不合理，故予獨立一類。第五類與第七類被保險人不同之處，則為第五類被保險人，其投保薪資有依據，即其退休俸，並能延續公保現行退休人員之疾病保險。

- 三、劉處長見祥：依勞保規定，實際從事勞動之雇主，不分僱用人數多寡，均可參加勞保，並由其公司（投保單位）負擔保險費。
- 四、吳顧問凱勳：第五類被保險人不宜併入第七類，以日本為例，將退休人員歸至地區團體，造成保險費收取困難，且公保存在退休人員由原投保單位辦理保險之現況，若刪除此類被保險人，則其須至鄉鎮市公所投保，造成不便，而本要點已規定「須經原投保單位同意」，並非強制，故仍可保留此類被保險人規定。
- 五、羅召集人紀琮：第五類被保險人是否併入第七類，應從實際執行面探討，兩者各有利弊，暫持保留態度。
- 六、時科長玉珠：僱用員工若干人以下之雇主，是否應歸至第一類，否則既由投保單位負擔，又由政府補助其保險費，是否合理？
- 七、吳顧問凱勳：今日應討論者，為第二類第五款及第三類第一款被保險人之區分界線，及雇主若自付百分之百保險費，應由其本人或投保單位付費？
- 八、楊處長漢淙：可加一說明：第五類被保險人為自願投保，並須為第一類至第四類被保險人退休、退職，及經原投保單位同意，否則即為第七類被保險人。第二類第五款被保險人應歸在第一類較公平，但僱用員工多少人，才算大公司？
- 九、柯主任木興：以僱用員工人數區分保險費負擔，會產生問題，例如股份公司，董事長可能持股比率並不高。
- 十、劉處長見祥：目前之企業型態並不完全以僱用員工人數，作為能力區分之標準，故本要點以僱用人數來區分是否恰當，應從各方面加以考量。
- 十一、何秘書長君毅：以僱用人數來區分會有困難，建議刪除此種區分標準，以免造成扭曲。另第一類被保險人中，應以公、民營企業之受雇者占大多數，卻未明確列出，似有未妥，建議加上第三款「前二款以外之受雇者」。

- 十二、楊處長漢源：贊成何秘書長所言，第一類被保險人應以現行參加勞保者居多，且最為明確，惟勞保條例對其被保險人之規定頗為繁複，須加以簡化。第三類被保險人予以獨立一類，雖具有社會公平之觀念，但實際執行上會遭遇困難，因此類被保險人之所得不一定較受僱者高，如開設藥房之藥師，未必比藥廠受僱藥師之收入多。
- 十三、張科員素敏：第四類被保險人包括農會會員及年滿十五歲以上之非農會會員，但漁民加入漁會為甲類會員者屬第二類被保險人，而合乎甲類會員資格但未加入漁會之漁民，屬於何類被保險人？與農民似有不同之規範。
- 十四、吳顧問凱勳：漁民若參加漁會為甲類會員即歸為第二類被保險人，若非甲類會員應歸為第七類被保險人，除非漁會同意為其投保單位，但農會承辦非農會會員之保險業務，對其造成很大困擾，漁會是否亦會遭到同樣問題，值得考慮。
- 十五、張科員素敏：應通盤考量，農民與漁民不應有不同之規範。

第六項：投保單位

- 一、徐科長陽中：建議第（六）項之但書刪除，因榮民分布各地（書面資料），若以榮民服務處為投保單位，榮民服務處實無法負荷，且亦會造成榮民榮譽之不便，若由鄉鎮公所為投保單位則不致增加太大之負擔，且不會造成榮民服務處與鄉鎮公所互推投保責任，權責較統一明確。
- 二、戴科長桂英：第（六）項之但書已考量輔導會之立場，故文字為「得」，亦即榮民原則上仍以鄉鎮公所為投保單位，若有需要方以榮民服務處為投保單位。公私立救助收容機構之收容者，並非全為低收入戶者，其他非低收入戶是否仍須以鄉鎮公所為投保單位？
- 三、郝科長向晴：原則上同意戴科長所言，惟執行上仍有困難，建議住在輔導會安養機構之榮民，得以該機構為投保單位，餘由鄉鎮公所為投保單位，如此規定較為明確，避免兩投保單位互推責任，並能簡化投保單位之分類，且由鄉鎮公

所為投保單位不會有收取保險費之困難，因榮民之保險費，大多由輔導會一次編列預算補助，或由其自行至金融機構劃撥繳交，惟建議免除榮民之能力負擔額。對於拒繳保險費者，則可依罰則規定辦理。

- 四、徐科長陽中：目前居住於十三所榮家之榮民約有一萬六千人，每所榮家之榮民少者七、八百人，多者二千人，若由榮家為投保單位可行性較高，其他不符安養條件之榮民，則可能會有困難，建議住在榮家之榮民以榮家為投保單位，餘由鄉鎮公所為投保單位。
- 五、吳顧問凱勳：第（六）項若將公私立救助收容機構，修改為公私立收容機構，其他非收容機構是否可為投保單位？
- 六、郝科長向晴：公私立救助收容機構，此名稱似有損安置於此類機構榮民之尊嚴。非安養機構之榮民仍以鄉鎮公所為投保單位為佳。
- 七、劉處長見祥：可明確規定未設籍於榮家者，併同一般民眾以鄉鎮公所為投保單位，惟公私立救助收容機構能否包括所有之救助機構？
- 八、陳科長琇惠：公私立救助機構之名稱，係因應福保現況之規定，未來全民健康保險開辦後，第七類自費收容安置機構之被保險人，亦可以其為投保單位，惟現行此種機構種類繁多，名稱不一，俟研究後再提出文字修正。
- 九、吳顧問凱勳：若輔導會認為分支機構不宜為投保單位，則第（六）項之但書應刪除，公私立救助收容機構則配合修正。
- 十、楊處長漢淙：輔導會可能認為投保單位之業務繁雜，但投保單位除收繳保險費、提供資料及身分認定外，其他業務應不致太多，而這些業務均不會對輔導會各服務處造成困擾，因輔導會已有榮民之資料，並可一次撥付補助之保險費，若由鄉鎮公所為投保單位似無多大意義，因其須先通知榮民繳費，繳費後再給收據，增加行政手續，無此必要。輔導會每一縣市雖僅一個服務處，且人力不多，但全民健保希望以有組織方式辦理投保，若由鄉鎮公所投保，等於將榮民分散投保，並無好處。

- 十一、郝科長向晴：就養之榮民，須具有一定資格，且人數會隨時間慢慢減少，其餘榮民半數以上已參加職業團體保險，並將年輕化，另一半則散居各地，但其身分可以榮民證認定，不致產生認定問題，補助之保險費亦可由輔導會編列預算，故仍希望刪除第（六）項之但書規定。
- 十二、徐科長陽中：應讓公務員多作事，使榮民能更方便投保。
- 十三、何秘書長君毅：受某一大樓僱用之榮民，其投保單位為何？是否可以榮民身分享受免費保險？
- 十四、羅召集人紀琮：榮民現雖享有免費就醫之福利，但全民健保原則上只要具有經濟能力，即應承擔社會責任，若既得利益者均要求繼續維持，全民健保即無法推展，而榮民醫院目前家數少，且無太多之醫療服務，故榮民雖須負擔保險費，卻可享有較佳之醫療照護。何秘書長所言之情況，該受僱之榮民仍應繳納保險費。
- 十五、劉處長見祥：除須繳納保險費外，依目前作業，受僱於大樓管理委員會，因其無確定之雇主，得由所屬職業工會加保。
- 十六、楊處長漢源：徐科長所言，應讓公務員多作事，但投保單位最重要之工作為收繳保險費及提供資料，此原即與輔導會有密切關係，故並不會增加太多之工作量，但榮民若至鄉鎮公所投保，僅會增加其麻煩。
- 十七、徐科長陽中：輔導會之服務機構除安養之家外，其餘機構與榮民並無任何往來，而收容機構收容人數有限，且榮民遍布全省各地，雖希望戶籍與家籍能配合，但憲法規定人民有遷徙自由，故榮民之戶籍與家籍多不一致，若以服務處為其辦理全民健保時，須將戶籍遷至安養機構，造成不便。
- 十八、劉處長見祥：全民健保是否會取消門診單，如果是，由那個單位當投保單位均無不可，否則應考慮便民，而以鄉鎮公所為投保單位為宜。

第七項：投保金額

- 一、何秘書長君毅：勞保現行之投保薪資與實際薪資，以多報少或以少報多之比率很高，全民健保之投保金額分級表，是否能達到能力分擔？可否採定額方式繳納保險費，以降低行政成本。
- 二、羅召集人紀琮：何秘書長之建議，曾經考慮過，後認為以定額稅方式收取保險費，將會造成所得重分配惡化之結果。至於低報投保金額之情況，曾與財政部研商，希望透過財稅資料查核所得與投保金額，以杜絕低報，並反映實際所得能力。
- 三、劉處長見祥：全國勞工平均薪資為二萬七千多元，而勞保平均投保薪資僅一萬五千一百元，故以多報少之情況相當嚴重。第一類至第三類被保險人之投保金額贊成採甲案，但對第3點適用之被保險人數超過百分之三，即須加高投保金額分級表等級，比率是否稍低？第四類與第五類投保金額若採甲案，對第五類被保險人可能有適用上之問題，因其為無固定收入者，以第一類至第三類被保險人投保金額之平均值為投保金額，是否恰當？建議併入第六類及第七類被保險人中考量。
- 四、郝科長向晴：第六類與第七類被保險人之投保金額分為基本負擔額與能力負擔額，而部分負擔亦有基本負擔額之名稱，兩者易混淆。其次，應考量能力負擔與徵收之行政成本間之利弊得失，因第七類被保險人之榮民為無業者，若要徵收能力負擔額恐有問題，因其即使有財產，基於人性弱點，必會設法轉移至不須有能力負擔者，不僅徵收不易，且增加行政費用及爭議，建議榮民免除能力負擔額。
- 五、羅召集人紀琮：目前對地區團體被保險人之特性尚未十分明瞭，不能於立法時，即假設其全無負擔保險費之能力。
- 六、時科長玉珠：建議第（二）項採丙案，因可節省行政費用（因第四類為農民），並與地區團體作一致性考量。

七、陳科長琇惠：第四類被保險人應配合第（一）項之規定，第四類被保險人應採何案，若採甲案較明確，但對農民而言，投保金額可能太高，若採乙案則查核較困難，丙案則尚不清楚徵收方式，建議將甲案修正為第幾類第幾款人員之平均投保金額。

第八項：保險費負擔比率

一、陳科長琇惠：各級政府對保險費之補助比率皆不一致，希望能有通盤考慮。農保因恐各縣市政府對農民資格之認定浮濫，故加重其負擔比率，但全民健保係由中央承辦，應多承擔保險費之補助。

二、劉處長見祥：第（一）項投保單位「補助」，建議改為「負擔」。

三、時科長玉珠：第二類被保險人，由省市政府補助百分之五十是否恰當？

四、羅召集人紀琮：地區團體亦由政府補助百分之五十，對第二類被保險人之補助若低於此比率，必會造成其移轉至地區團體。

五、何秘書長君毅：無一定雇主與自營作業者之補助相同，是否合理？建議應加以區分。

六、羅召集人紀琮：須財政部之資料能區分，方能加以區分。

七、時科長玉珠：退休人員或地區團體人員完全由中央政府補助，似偏向由中央負擔，但地方政府亦應照顧其所屬人民，故保險費之補助是否能由各級政府分擔？

第九項：保險費徵收方式及計算原則

一、曲中校慶浩：夫妻同為軍人，小孩一為二歲，一為四歲，誰為戶長？是否將分為兩戶，如此將會增加保險費之負擔。

二、劉處長見祥：第（一）項第4點，保險費滯納金為每日百分之零點五，目前勞、農保僅為百分之零點二，是否太高？應否訂定上限？請考量。

- 三、吳顧問凱勳：應先決定基本負擔額及能力負擔額之分配比率，日本為各占百分之五十，我國以容易查核者占較高比率為宜。若財政部之資料完整，則可考慮各占百分之五十，否則能力負擔額應降低，但亦不應低至百分之二十。
- 四、羅召集人紀琮：目前所得能力額中，也許每二十個人僅能查核到二、三個人，故僅訂百分之二十，以稍加反映能力負擔額。若財政部提供之資料可用，則考慮將基本負擔額降低至百分之六十，而能力負擔額提高至百分之四十。
- 五、時科長玉珠：稅捐稽徵法對財稅資料之查閱規定頗為嚴格，能否取得作為查核、參考研究之用，請洽本部賦稅單位辦理。
- 六、郝科長向晴：安養榮家之榮民，由政府每月補助約七千元之生活費，是否列入所得計繳保險費？一般榮民目前月退休俸六、七千元，若要扣繳能力負擔額，應考量其負擔能力。有財產者已繳稅，若要再扣繳保險費，是否公平合理？
- 七、楊處長漢淙：是否先扣除最低生活費後方才計算能力負擔額？其差額達到某一水準，方才計算其應繳之保險費？若所得能力額所占比率太低，將會造成職業團體者轉移至地區團體。
- 八、羅召集人紀琮：理論上應如楊處長所言，先扣除最低生活費，但各戶之最低生活費不盡相同，若要如此設計，必會太複雜致效率不佳，且計算之基礎 (base) 愈大，每單位之保險費愈小，不致造成貧苦者須多繳保險費。

第十項：保險費率

- 一、徐專員廣正：第三項「不超過百分之十」直接明定為「正負百分之五」。

第十一項：保險安全基金（無修正意見）

第十二項：保險給付

- 一、吳理事長坤光：本項仍未說明生育給付是否包括門診或住院，勞保目前給予二個月生育給付，現改為醫療給付，將低於現金給付，其間差額如何處理？

- 二、楊處長漢淙：勞保生育給付中，分為分娩費與生育補助費，現僅將分娩費改為醫療給付，至於現金部分是否仍保留，由勞保決定，公保因生育產假不予扣薪，故無現金給付，全民健保不提供所得補償，亦即不提供現金給付。生育給付包括門診及住院。
- 三、吳理事長坤光：私人診所不能提供住院生產，產婦將於何處生產？許多產科診所設備較醫院為佳，且產婦通常希望能於產檢處分娩。
- 四、楊處長漢淙：目前我國有部分產婦於私人診所生產，但美國婦產科診所僅能作檢查，分娩還是到醫院。國內應先檢討醫療體系，若允許於產科診所生產，則可考慮規定診所設置之床位稱為「休養床」而不稱為「病床」。
- 五、龔常務理事圻：若婦科診所可以住院分娩，希望仍能依醫藥分業精神，不要自設藥局。
- 六、徐專員廣正：
- (一) 管灌飲食係指特殊腸胃道飲食或一般以鼻胃管進食之飲食？
 - (二) 健兒門診項目不夠明確，應針對特定項目列為預防保健給付項目。
 - (三) 先天性之陰陽人或精神病患無法分辨自身性別者，是否經過審查後列入給付，以消除其精神障礙？
- 七、李召集人玉春：住院一般膳食，希望其為另一種部分負擔方式，真正需要管灌飲食者，須經醫師處方，方予給付。
- 八、楊處長漢淙：管灌飲食原本係規定治療飲食，但範圍太大，其精神在於一般膳食不給付。預防保健須考慮接受之對象、頻率，及提供之機構等，且為由保險人設計，而非病人主動就診，本要點所列二種項目係為舉例，實施辦法另由主管機關訂定。變性手術，須從精神醫學判斷其需要性，並非皆認為是必要之行為，保險僅給付絕對必要之醫療，不鼓勵有此行為。

九、徐專員廣正：一般飲食以管灌方式進食是否給付，應界定更明確。鑑於一般嬰幼兒健兒門診，均僅作基本診察，並非針對特定疾病診察，為避免醫療資源浪費，應針對其好發性疾病作預防。至於變性手術，非病患之意願者，是否應為全民健康保險之責？

第十三項：部分負擔

- 一、劉處長見祥：建議住院部分負擔僅須訂定一般比率即可，根據勞保經驗，住院日數超過九十天者，僅約占百分之五，似乎不須為百分之五之住院者，設計太複雜之部分負擔制度，增加立法上之困難，且一般實施住院部分負擔之國家仍為少數。
- 二、郝科長向晴：榮民醫院之慢性病人，及若干榮家之榮民，住院已有一段時間，全民健保實施後，若須自付百分之五十，不可能收到其應負擔之費用，榮民未蒙其利先受其害，心理必會不平衡，希望制定此制度時，應顧及少數特殊情形，否則將會使其成為低收入戶，建議榮民於榮民醫院住院之醫療費用部分負擔，能由輔導會編列預算補助，並於本法中述明。
- 三、張科員素敏：於慢性病房住院超過三百六十五日者，須自付百分之五十，是否應為同一疾病？是否會有出院再住院之弊端？
- 四、時科長玉珠：支持部分負擔制度，至於輔導會提及，榮民於榮民醫院住院之醫療費用部分負擔，由輔導會編列預算補助，應於輔導會相關法令規定，不宜訂在本法上，以免破壞整個制度。
- 五、郝科長向晴：若訂於輔導會相關法令而與健保法衝突時，究應根據何法？
- 六、劉處長見祥：目前勞、農保條例修正草案中，門、住診部分負擔均有上限，全民健保之門診為何不設上限？
- 七、羅召集人紀琮：門診若設上限，則須對全國二千萬人追蹤門診利用情形，對電腦及行政負荷過重。急性病房三十一日至六十日負擔百分之二十，是否為全部

之費用？若只為避免占用急性病房，住院部分負擔之設計，能否不要如此複雜？否則僅規範到少數人，卻使人感覺負擔很重，且可能收不到部分負擔之費用。而門診部分負擔，經轉診二次以上之病人，其部分負擔可能高於其逕赴醫學中心之部分負擔。

八、楊處長漢源：輔導會之意見，無法負擔部分負擔者，屬於福利事項，應由輔導會自行修法。目前許多榮民將榮民醫院當作榮家，兩者功能應加以界分，否則安養將與醫療混淆，擔心全民健保實施後，榮民從收容、治療至安養之費用，均須由健保支付，健保取代了安養之功能，如此可能促使保險費大幅提高。至於門診部分負擔無上限之規定，但由重大疾病予以排除部分負擔。住院部分負擔，採同一給付期，出院再住院為違規行為。以住院期間之長短，訂定負擔之比率，主要理念，為以部分負擔為機轉，鼓勵病患轉到慢性病房，否則即使醫院一直擴建急性病床數，亦徒勞無功。絕大部分之費用，發生於住院前三十日，超過三十日後，費用即會減少，但因目前醫院以人工方式申報費用，故產生前幾日與超過三百六十五日之每日平均住院費用，相差無幾之錯覺。住院超過三百六十五日者，須負擔百分之五十，雖感覺負擔很重，但因住院費用不高，若不如此，無法使其轉往慢性病房。

九、臺灣省政府代表：植物人因屬社會救助不予給付，但精神病及癲瘋病是否給付？全民健保若不給付，是否由政府編列預算支付，加以照護較適宜。

十、楊處長漢源：植物人照護與一般醫療照護係兩回事，植物人中心非醫療單位，其照護亦非醫療照護，係於殘障福利法訂定其對象，而由內政部主管，但植物人如有一般疾病或症狀，如發燒、褥瘡等之治療，應可由健康保險給付。精神病曾多次考量是否給付，後因精神病初期很難與一般疾病區分，若急性期給付而慢性期不給付，會有困擾，故現已納入給付範圍。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 6 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年九月四日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：葉副署長金川

紀錄：林佩瑾

肆、出席人員及單位：

詹委員火生	詹火生
藍顧問忠孚	藍忠孚
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	陳雲中
葉教授俊榮	(請假)
姚專員培和(銓敘部)	姚培和
陳科長琇惠(內政部)	陳琇惠
楚中將慶(國防部)	(請假)
時科長玉珠(財政部)	時玉珠 顏春蘭
劉處長見祥(行政院勞工委員會)	曾條昌(代)
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴 周霞飛
張科員素敏(行政院農業委員會)	張素敏
陳副理益昌(中央信託局公務人員保險處)	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興(臺閩地區勞工保險局)	柯木興 李少珍
吳理事長坤光(中華民國醫師公會全國聯合會)	吳坤光
蕭醫師偉傑(中華民國中醫師公會全國聯合會)	(請假)
林理事長宗旦(中華民國藥師公會全國聯合會)	林宗旦
高理事長資彬(中華民國牙醫師公會全國聯合會)	高資彬
何秘書長君毅(中華民國全國工業總會)	何君毅
邱秘書長兆鑫(中華民國商業總會)	(請假)
彭秘書長光政(中華民國總工會)	彭光政

行政院主計處	(請假)
行政院經濟建設委員會	徐廣正
臺灣省政府	胡子明 余淑宜 黃年昌
臺北市政府	郭明斌 程國敏
高雄市政府	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	(請假)
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	孫碧雲 吳正儀 廖哲慧 黃信忠 宋瑞蛟 楊寶玉 尤素娟

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第一項：法律名稱（無修正意見）

第二項：宗旨

- 一、徐專員廣正：根據本會所提出之書面資料，建議增列諸如「建立權利義務對等觀念」，「健全保險財務基礎」等文字，以揭示社會保險原則，至於文字方面，於草擬全民健康保險法條文時再視需要作修改。
- 二、楊處長漢淙：我們現在討論的是全民健康保險的宗旨，經建會所提「權利與義務對等觀念」及「健全保險財務基礎」的理念不宜訂在宗旨上。
- 三、藍顧問忠孚：該理念宜列入「說明」欄。
- 四、吳主任憲明：該保險理念可於立法時，列入總則部分，但不宜列入宗旨中。

五、葉副署長金川：經建會之建議，於立法總說明或逐條說明欄中再做適度的表達。

第三項：主管機關（無修正意見）

第四項：保險人（無修正意見）

第五項：保險對象

一、吳副主任委員忠立：第（九）項第 4. 「因案囚禁服刑」是否比照其第 3. 加入確定的期限？

二、葉副署長金川：「因案囚禁服刑」的定義，再請教法務部。文字暫不修改。

三、戴科長桂英：

（一）第三類被保險人是指經國家考試，領有專業執照的人員，如律師、會計師、建築師、藥師及助產士等。這些人必須自付百分之百的保險費。當是否再考量？

（二）第（四）項眷屬：2. 「低收入戶被保險人之其他家戶人口，並隨同被保險人加退保」與原先的條文是「所有的地區團體的其他家戶人口」，兩者間有很大的改變，宜請大家再斟酌。

四、楊處長漢涼：

（一）第三類被保險人是承接第一期規劃的精神，高所得收入者，應繳納百分之百的保險費。至於專業執照的區分與認定，還有待進一步的研究。

（二）漁會的甲類會員該屬第幾類？如果乙類會員是屬第一類，則「甲類」二字就該拿掉。第一類與第二類兩者最大的差別，就在於百分之五十的保費由誰出？第一類的被保險人自行負擔百分之五十保險費，投保單位負擔百分之五十保險費；第二類被保險人則由政府負擔百分之五十的保險費。

五、徐專員廣正：

- (一) 基於公平性的考量，應將「雇主」列入第三類被保險人，由其自行負擔百分之五十的保險費。
- (二) 建議將「經國家考試領有專業證照之執業人員」修正為「自營作業者」，因自行經營業可包括領有專業證照者，為避免遺漏，似宜就名稱修正。

六、曾科長條昌：第五次會議並未將雇主列入第一類。如果依公平起見，應該列入第三類。

七、戴科長桂英：本次會議討論之版本，與第五次會議不同，是否以現有的條文，考慮將自行執業者置於何類被保險人較為合適？

八、高理事長資彬：個人認為應將第三類被保險人歸到第一類。因為醫院，或是某些雇主以其屬第三類被保險人為理由而不付保險費。保險單位即無法充分掌握保險財源。如將第三類被保險人歸到第一類被保險人，自行執業者自行負擔百分之百保險費，該單位就不能以其為第三類被保險人，而全部不負擔，造成不公平。

九、羅召集人紀琮：未加入工會的自營作業者，應歸於何類？

十、藍教授忠孚：

- (一) 保險對象之分類應依據保險費的計算及行政上的考慮。
- (二) 階段性的考量：全民健保是否有過渡期？就現有公勞農保的架構或體制是否有一部分要保留？保險對象分類就要全部打破現制，而重新加以分類。但是目前有許多事項尚未釐清，例如：綜合費率如何拆帳，現有被保險人的投保及退保資料該如何由勞保局、公保處移轉至全民健保，牽涉很廣。
- (三) 簡化行政：在一般先進國家的保險法規，軍隊及監獄部分均屬除外條文。另駐外人員（外交人員）、僑民、長期在外從商者、留學生及遠洋漁

民及離境六個月以上者等尚須詳加考量。換言之，這些人仍為中華民國國民，但因長期居留國外，建議對此再作考量。如此一來，立案要點就很清晰，很有條理。

(四) 第三類被保險人的分類不恰當。因專業證照種類繁多複雜，非以此名詞即可全部涵括，且專業證照，還有層級上的差別。有的領有專業證照者，規定絕對不能再從事其他工作，有的則是要求一定要加入地方上的職業公會。例如：醫師就一定要加入醫師公會。否則，僅有那張專業證照亦無法執業。因此，贊成將第三類被保險人歸到第一類被保險人。

(五) 日本自營作業者，一律稱做自雇者。建議仿照日本，較為單純。

十一、楊處長漢源：醫療機構為公司法所排除，其本身不須繳營業稅，而僅有個人綜合所得稅，雇主之保險費由其個人出帳或公司出帳，其實相同，只是意義上有所不同。是否把第三類被保險人歸到第一類被保險人？另外，第一類被保險人，可再加上自雇者或自營作業者等文字。其與第二類被保險人不同之處在於有無參加職業工會。如參加職業工會，即為第二類被保險人，須自付百分之五十保險費；如無參加職業公會，即為第一類被保險人，則須全額負擔保險費。

十二、詹委員火生：

(一) 「第四類被保險人：為農會會員，及年滿十五歲以上從事農業工作者」，亦即兩者條件須同時存在，是否恰當？若將「，」去掉，則文字邏輯上較嚴謹。

(二) 第七類第 2. 項所指之「第一類至第六類」家戶人口，該涵蓋那些人？

十三、戴科長桂英：

(一) 第四類被保險人條文之擬訂，是為了儘量將現在已加入農保的人列入。

(二) 第七類被保險人的第二項非屬職業團體者，也非榮民家戶亦非低收入家戶者。

十四、張科員素敏：根據農保辦理的經驗，被保險人由某類轉至某類，萬一轉換期

間，該被保險人或其眷屬發生保險事故，就無法得到應得的保障。

十五、詹委員火生：就現實條件而言，低收入戶屬於弱勢人口，現行社會福利已經將其涵蓋在內。全民健保百分之百將其涵蓋，如此更有彈性。

十六、楊處長漢源：低收入戶之保險費負擔應納入社會救助法，由社政單位編列預算支應，而全民健康保險則負責提供對其之醫療照顧。

十七、時科長玉珠：上次曾建議將第五類被保險人歸到地區團體，因其多半是第一至第四類被保險人之眷屬身分。為免既是被保險人又是眷屬混淆不清。上次曾裁決將第五類被保險人得選擇列入為第一至第四類被保險人的眷屬。但此次在條文上並未如此規定，希望能再考量。

第六項：投保單位

一、余股長淑宜：

(一) 低收入戶健康保險是以低收入戶為保險對象。若將保險對象擴及到公私立救助收容所的收容者，但當其進到公私立收容救助機構時，因為不希望其受到雙重的保障，故低收入戶資格就被取消。進住公私立收容救助機構者，有公費支應也有自費負擔。公費收容對象，其低收入戶資格，僅是充分條件，而不是必要條件。

(二) 以目前救助的對象來說，精神病患不一定會到收容機構。若委託精神療養單位，低收入戶的精神病患就無法投保。

二、戴科長桂英：目前在草案中稱社會福利機構，而不稱救助收容機構，是希望把涵蓋的機構範圍擴大。

第七項：投保金額

一、吳理事長坤光：許多行業之所得無適用的薪資級數。並非所謂的低報或匿報。

二、戴科長桂英：投保金額的分級表設定後，若已申報至最高一級，即非低報或匿報。

- 三、吳理事長坤光：是否不要用「低報或匿報」的文字？
- 四、羅召集人紀琮：低報及匿報是專門術語。低報指的是應為薪資分級表上某一級，卻以較低的級數申報。匿報指的是有薪給卻不申報。
- 五、葉副署長金川：甲、乙案有何差別？
- 六、羅召集人紀琮：甲乙兩案之別，在於兩者的考慮基礎不同。甲案：投保金額設上限；乙案則不設上限，直接以被保險人薪資扣繳，可充分發揮所得重分配精神。然而乙案對高所得者之負擔會較甲案為重。
- 七、戴科長桂英：退休、退職人員屬於第五類，其在保費的徵收上，是屬於地區團體，但其投保單位是退休前之服務單位，恐將造成投保單位之麻煩。
- 八、葉副署長金川：這是技術上的問題。（四）的部分刪除。
- 九、詹顧問火生：建議針對甲乙案提出優缺點比較，以供行政院等決策者的參考。
- 十、張科員素敏：如採甲案，以第一類到第三類被保險人的平均投保金額來計算，農民投保金額就會高估。如採乙案，「採自行申報，年底再行查核」，由誰來查核？
- 十一、羅召集人紀琮：一般而言，農民所得較其他身分者之所得為低。農民所得約為一般所得的百分之七十至七十五。如採甲案，投保金額就還要乘以零點七五，實在是沒必要特別為其設計。若要增加一個方案，是否可被接受？
- 十二、張科員素敏：依財政部規定，農業所得申報是以所得的百分之百當作費用扣除，故所得稅是零。因此，農業所得難以查核。而農家所得尚包括非農業所得，如打零工等。如採甲案，是否重覆計算保險費？
- 十三、羅召集人紀琮：按理論來說，如果農民有其他工作，應該屬於前幾類被保險人，而非屬農民。若屬農民這一類，他應該有農業收入或零工收入。至於他的所得如何認定，確是一個問題。若平均而言，其所得約為職業團體被保險人的百分之七十五，我們可以職業團體的百分之七十五作指標來反映其經濟

能力。

十四、葉副署長金川：如果作這樣的假設，則公保也希望援例。根據主計處調查：農民所得是一般國民所得的百分之七十，所以就用第一、二、三類平均打七折。而銓敘部則認為：公務人員的保險俸給是百分之百不能逃漏。也希望作調整。須全盤考慮，不能只解決農民的問題。

十五、姚專員培和：公保目前全國軍公教人員的薪水包括三部分：工作本俸、工作補助、主管加給。目前保險俸給並未包括後兩項，故若未來按薪資總額計算，保費較現行公保保費必然提高，故應維護公教人員權益，避免公教人員反彈。

十六、羅召集人紀琮：銓敘部在這方面幾次都曾提出同樣的意見。因為公務人員之本俸已比勞保的平均薪資要高得多，故有此顧慮。由於目前，勞工保險投保薪資均由雇主申報，當然會造成偏低。所以，我們考慮採取不同方式，希望勞保的平均薪資能提高至與公保保險俸給相同。基本上來說，如果總投保金額愈大，在固定保險費的需求下，保險費率會自然往下降。所以公教人員的保費也不盡然就會加重，不過，這一部分，俟至貴部協調時，將再做詳細的說明。

十七、葉副署長金川：除此之外，公保還有其他的問題，如公保已把眷屬逐漸納入，並採論口計費，其間會產生過渡現象，即是會形成單身者負擔較重，多眷屬者負擔較輕。此一部分尚須與銓敘部溝通。暫將第（四）點刪除，並做分析表，以供行政院討論時做參考。

第八項保險費負擔比率至第十一項保險安全基金：

一、郝科長向晴：對於第（二）項第五類至第七類被保險人，輔導會已書面建議榮民免除能力負擔額，並已於上次會議提出。另建議就養之榮民其零用金不宜課以保險費。

二、葉副署長金川：對於地區團體能力負擔額佔百分之多少，應考慮查緝能力。

三、郝科長向晴：「能力所得」定義何在？

四、楊處長漢源：能力負擔額原佔百分之二十，因為每一百個人投保，僅有二十人查核得到。如此百分之二十的人將會負擔相當重的保費，能力負擔額比率越大，越不公平。住在榮民之家的榮民中，少數有很大的產業，不宜全部免除能力負擔額，是否暫訂基本負擔額為百分之八十，能力負擔額為百分之二十。能力負擔額不宜訂太高，以免查核不易。

五、羅召集人紀琮：地區團體的保費徵收方式，在日本，基本負擔額及能力負擔額分別各占百分之五十；在韓國，則各占為百分之六十，百分之四十。日本的資料完整，故查核較易。查核應兼顧可行性，建議分別訂定為百分之七十，百分之三十。

六、葉副署長金川：暫訂基本負擔額為百分之八十，能力負擔額為百分之二十。

七、陳副理益昌：

(一) 第(一)項第一類至第三類被保險人 4. 保險費收取方式及時間之(4)及(5)執行有困難。

(二) 有關(4)每逾一日加徵其應納費額百分之零點五的滯納金過高，建議降低為百分之零點二。

(三) 有關(5)加徵滯納金十五日後仍未繳納者，建議將十五日修改為「三十日」。

(四) 有關第(二)項第五類至第七類被保險人，將於全民健保實施後，應以團體方式辦理保險。現在由保險人發單繳費，將變成個人保險。假如每縣市僅有三百零三人，但因住址等資料被保險人不易直接掌握，就算保險局有五千人也辦不起來。所以應該由鄉鎮公所催繳，而不是由保險人向保險對象催繳保險費。

八、羅召集人紀琮：若仿照勞保條例訂定，將會造成滯納金太低而無效果。建議可考慮暫停給付。

- 九、曾科長條昌：依勞保條例的規定，寬限為十日；滯納金為百分之零點二。相較於全民健保立法案要點，上限至少增加一倍。若改為暫停給付，則變成自願投保。
- 十、葉副署長金川：加「上限」之規定。
- 十一、戴科長桂英：有關第（二）項第五類至第七類被保險人，建議將保險人改為投保單位，由其轉發通知單給被保險人並由其負追繳保險費的責任。
- 十二、陳副理益昌：若鄉鎮市區公所無追繳責任，再加上無被保險人住址，保險人的工作將會相當繁重。故仍應由鄉鎮市公所負起責任。
- 十三、張科員素敏：漁會甲類會員或合乎甲類會員資格而未入會者，投保單位皆需於其取得身分當日為其辦理加保。但未入會者於戶籍遷入時，投保單位如何得知？為其辦理加保手續？
- 十四、陳教授雲中：
- （一）精算保險費率該定多少，法定保險費率是否為實收費率，應釐清。
 - （二）安全基金以保險費總額百分之五提存有何根據？建議應先設定公式，比率再由主管機關訂定。開始辦理全民健保，沒有基金而只有開辦費，故一開辦一次撥付金額作為基金，對健全保險財務才有幫助。
- 十五、羅召集人紀琮：上次會議中所發資料中：一開辦即精算二十五年費率，在區間內，可定法定費率，如費率變動在此區間內，行政機關有權調整。即係以二十五年為平衡期間，而非逐年運作。因此，費率敏感度不會太高而較穩定。保險費總額百分之五的安全基金應依據負擔能力及多久達到目標而定。
- 十六、陳教授雲中：保險安全基金與費率間的互動應更明確，若未超過幅度，可以安全基金彌補。
- 十七、羅召集人紀琮：安全基金主要是預繳保險費，注重短期失衡之調節。

十八、陳教授雲中：精算上，安全基金主要目的為彌補收支失衡。最少有三個月支出總額，否則，累積一千多億，有何意義？

十九、羅召集人紀琮：日本因沒有長期平衡概念，所以安全基金相當重要。但現在仿效美國、加拿大等國的長期平衡觀念。故安全基金的重要性已降低。

二十、葉副署長金川：長期平衡的雙線為費率及基金。日本僅有一線，即為基金。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 7 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年九月十四日（星期一）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：葉副署長金川

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠 顏春蘭
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	曾條昌（代）
行政院退除役官兵輔導委員會	（請假）
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	蕭偉傑
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	林宗旦
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	李恆惠（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	（請假）
臺灣省政府	胡子明 黃平昌
臺北市政府	陳珮嘉
高雄市政府	郭英煒
詹委員火生	（請假）

藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	蘇春蘭 林佩瑾

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第十二項：保險給付

- 一、姚專員培和：建議居家照護及健康檢查比照公保現行規定列入給付。
- 二、羅召集人紀琮：若將此二項列入給付範圍，而由醫事服務機構提供服務，恐引起保險對象之濫用，且一般預防保健之效益尚在評估中，如公保之健康檢查，目前其對健康有無絕對之助益並無定論。
- 三、柯主任木興：須慎重考慮預防保健之內涵，否則成本太高，保險財務會有問題。此外，始終未見生育、疾病、傷害三種保險事故提供醫療給付之文字，應予標明。
- 四、曾科長條昌：勞保雖未提供一般性健康檢查，但勞保條例列有職業病健康檢查之規定，並已給付義肢、日間住院，全民健保是否應列入給付？

- 五、陳科長琇惠：不給付項目中之第（十）項係指何種費用？若為生活費，當然不給付，但若為醫療費用，依法應可請領保險給付。
- 六、楊處長漢源：第（十）項指一般生活照護等費用，即強調其安養及非屬狹義之醫療費用不給付。日間住院僅考慮精神疾病，其他疾病因無此設施，若列入給付可能會創造需求，導致無法控制保險支出。第（八）項係採逐步開放，開放項目愈多，費用增加愈快。給付項目已於條文中規定包括生育、疾病及傷害。體檢若列入給付，將會誘發不必要之需求。至於職業病健康檢查，應為工業安全衛生之責。
- 七、曾科長條昌：依勞保條例第三十九條規定，職業病健檢為一般之醫療給付項目。預防保健既已明定為嬰幼兒健兒門診及婦女子宮頸抹片檢查，可否亦將職業病健檢列入？
- 八、林秘書長茂泉：預防保健中之中年婦女子宮頸抹片檢查，中年以外之婦女是否就不給付？建議將「中年婦女」之文字刪除。
- 九、羅召集人紀琮：預防保健之給付項目，係根據本署保健處之建議，因中年婦女之子宮頸抹片檢查效益高，故將其列入給付範圍。
- 十、葉副署長金川：
- （一）實施辦法中，將再詳細規定預防保健之保險對象、年齡、給付次數等，立案要點不宜作太詳細之規定。
 - （二）將給付項目明文規定：在保險有效期間，發生生育、疾病及傷害時，給予醫療給付。
 - （三）職業病健檢於預防保健辦法中規定，不須於本項中規定。
 - （四）預防保健與給付項目分別規定，因一為保險人提供，一為保險對象主動就醫。
 - （五）「中年婦女」刪除。
 - （六）居家照護及日間住院暫維持不給付，但請加說明。

- 十一、楊處長漢源：第 10 款可於費用後加上「(醫療費用除外)」。
- 十二、曾科長條昌：應考慮若保險費增加而享有之權利減少，如義肢、職業病健檢等不列入給付，是否會發生問題？
- 十三、葉副署長金川：現況若無法改變，則給付項目必會越來越多。
- 十四、楊處長漢源：義肢為限制給付項目，並未予以排除。
- 十五、陳副理益昌：第(四)項重大疫情及各項嚴重之天災不給付，但火災常係人為造成，能否算是天災？是否應予刪除？
- 十六、楊處長漢源：此處所指嚴重災害，須有二項要件，一為具有相當程度之嚴重性，二為須經政府宣布，且由政府專款補助者，方不列入給付，並非所有之天災均不給付。
- 十七、徐專員廣正：由主管機關宣布可能會發生問題，如颱風來襲，農委會宣布某地為災區，並專案補助農作物之損失時，是否亦不給付醫療給付？
- 十八、葉副署長金川：本項所指之天災，非指個別性，而是全面性，即已非保險所能負擔，而應由政府專款補助者。
- 十九、李召集人玉春：這些嚴重之天災若列入保險給付總額預算中，必使總額預算變動很大，故將其專條列為不給付項目。
- 二十、楊處長漢源：除此之外，尚考慮保險安全基金之因素，若將三、五十年發生一次之重大天災列入給付，則基金須有相當大之額度方能支付，應無此必要，萬一發生時，即為政府之責。
- 二十一、徐專員廣正：依憲法規定，緊急命令權專屬元首，並由元首宣布緊急情況。
- 二十二、張科員素敏：農委會亦為政府，若其宣布農業天然災害災區，是否會使農民誤認醫療給付亦不給付？

二十三、葉副署長金川：不同政府機關各有其職掌，非全民健保主管機關不能代為宣布醫療災區。第（四）項修正為經行政院宣布。

第十三項：部分負擔

一、林秘書長茂泉：醫師公會曾開會討論，希望門診部分負擔幅度加大，即基層自付百分之二十，逕赴地區醫院百分之三十，逕赴區域醫院百分之四十，逕赴醫學中心百分之五十，因門診之部分負擔相當有限。住院則以年為劃分標準，一年以下自付百分之五，一年以上自付百分之十。

二、羅召集人紀琮：

（一）門診採分級定率方式負擔，是否會創造另一個轉診市場？此一市場並未提供醫療服務，僅會耗費資源，若負擔比率加大，誘因更大。

（二）由基層轉診至區域醫院，病患是否須負擔二次費用？如此，可能比逕往區域醫院就醫負擔更重。

（三）慢性病房是否適用第（五）項之規定？若適用，則將因費用累積很快，致對慢性病之規範無效果，又長期療養如居家照護並不給付，其與慢性病房之間如何調整？

三、林秘書長茂泉：採定額方式較便利，且將定額比率加大，即可降低逕赴大型醫院就診之機會。

四、羅召集人紀琮：比率加大，將會創造另一個轉診市場，造成不必要之費用支出，正如提高關稅，反而使走私更猖獗。

五、楊處長漢源：鼓勵轉診確實會增加轉診市場，但比率多少尚待評估。美國在外科手術曾實施第二者意見，雖然使檢驗費用增加，但總醫療費用減少。住院部分負擔方式，須經一段時間，方能評估其成效，現不能憑空想像。目前最感困擾者，為如何劃分慢性病房之住院時限，如時間過長，等於將安養照護列入給付。慢性病房若適用第（五）項規定，即失去使病患轉至慢性病房之誘因。

六、羅召集人紀琮：慢性病房負擔應有給付上限，因其浪費程度可能更嚴重，而急

性醫院可能居於營運觀點讓病人儘速出院。至於上限之計算，可從住院之日起算，但精神病患是否應排除部分負擔？因有住院長達十年以上者。

- 七、徐專員廣正：上次會議曾提出書面資料，建議住院負擔比率比照第一期規劃之規定，理由有二，其一為若以百分之十計，則住院約七十日即可達上限，形成與目前醫政處推行之分級轉診制度脫節；其二為部分負擔規定太複雜，在行政作業上會產生問題，如急、慢性病房係以病人、醫院或病房區分？某些不屬重大疾病，如分段性骨折，須住院三、四個月，即達負擔上限，是否合理等，故希望恢復第一期之規劃構想。
- 八、楊處長漢源：第一期規劃，門診曾考慮採定額方式，住院方面，急、慢性病房可能設於同一家醫院，亦可能不同一家，問題在於如何界定及如何支付。第一期規劃，係假設不特約慢性病房，但如此一來，將會使所有之病房均成為急性病房，是否有此必要？或是應鼓勵須長期住院者，住進慢性病房？美國有些醫院於旁邊另建長期療養醫院，病患於醫院住院幾週後，即轉往該長期療養醫院，必要時，再由醫護人員照護。徐專員提及復健期之骨折病人，即應住慢性病房，因其主要需護理人員照護。至於容易達到上限問題，應視疾病嚴重性而定，重病者可能住院三日即達上限，真正重病者則不須部分負擔，此種部分負擔之設計，目的即在於照顧重病者。
- 九、徐專員廣正：急性病房之支付標準較高，易使醫院均申報急性病房之費用，且可能使病人無慢性病房可住，或須從急性病房轉至慢性病房，增加行政費用，現有總額預算之控制，不須擔心醫院虛報或浮報費用，又急、慢性病房很難界分，以此作為區分部分負擔比率之標準，只會增加作業困擾，希望能再考量。
- 十、楊處長漢源：非以疾病別而以住院時間長短區分急、慢性病房。轉診雖會增加行政費用，但亦應考量成本效益，如臺大、榮總並不主張應設置慢性病房，全民健保一開辦，希望其將長久住院之病患，轉診至慢性病醫院。部分負擔上限若要急、慢性病房合併計算，必須具備病人之就醫檔案資料 (patient profile)，否則以同一疾病期無法管理，因病患可能經常變更住院地點，無法查核。

- 十一、李召集人玉春：因此部分之決定時間較晚，目前擬有幾種模式待決，如論日（per diem）等。個人認為讓病人回家療養是最好之選擇，否則許多病患會停留於慢性病房，因此，慢性病房亦應設有部分負擔。
- 十二、時科長玉珠：定額方式為何能節省行政費用？既設有最高負擔上限，應評估需時多久會達上限，住院部分負擔可能會收不到錢，是否不要高達百分之五十，以免使人產生負擔很重之錯覺。
- 十三、楊處長漢淙：定額方式不須先經批價，而且可以掛號時先收，故可節省行政費用。急性病房三十日以內設有上限，三十日以上則不適用上限，三十日以上設上限已無意義，因嚴重病人住院幾日即達上限。目前無需住院之病人，醫院無法讓其出院，故以住院日數訂定部分負擔之比率。至於幾日可達上限，則各醫院收費差距頗大。至於負擔百分之五十，乃因百分之九十五以上之病患不須於急性病房住至九十日，以此高負擔比率可促使其轉往慢性病房或出院療養。
- 十四、曾科長條昌：門診以定率精神定額方式收取，即失去自動稽核之功能，且病人會要求更多之醫療，以達給付上限，故不贊成採定額方式。住院部分負擔，基於行政簡化之考量，贊成原先所訂方式。
- 十五、楊處長漢淙：門診採定額部分負擔優點比缺點多，至於病人要求較多之醫藥，醫療服務提供者應自我節制，以降低醫療費用，而總額預算制度若能落實，醫療服務提供者必會更自我節制。
- 十六、葉副署長金川：門診仍列兩案，並於第（一）項加上「得採定額方式收取」，住院仍分列甲、乙案，但應評估住院日數之適當性，以使真正有病者能依其所需日數住院，無需住院者能立即出院。
- 十七、張科員素敏：第（二）項第 1 款第 (2) 目，三十日至六十日百分之二十…，是為差額累進方式抑或全額累進方式？另第（五）項未指明時間點，即全年或每次疾病？

- 十八、戴科長桂英：第（二）項第 1 款第（2）目應作文字修正，「第三十日至第六十日百分之二十，第六十一日至第九十日百分之三十，第九十日以上百分之五十」。
- 十九、葉副署長金川：第（五）項因尚有爭議暫時保留。
- 二十、蔡科長淑鈴：第（五）項如按疾病別累計部分負擔金額，其上限不應以國民所得百分比設定，而應由主管機關另行訂定，建議應按「每年」計算。但實務上建議不要以每疾病為計算標準，因疾病分類若難確實，可能造成投機取巧，且重病者可能因無法負擔而放棄就醫，仍應以年為單位累計，不論何種疾病均一齊累計，則其上限金額即可以平均每人國民所得百分比計算。
- 二十一、徐專員廣正：不必要之住院，應從制度上抑制，而非加重其負擔金額，如授權醫院或派員訪查，對應出院而不出院者，停止其受益權。

第十四項：支付制度

- 一、林秘書長茂泉：第（五）項暫付率建議改為全額支付，如有問題可於下次申請費用中扣抵。
- 二、李召集人玉春：暫付百分之九十，是為保險人保留空間，因若有新制度，可藉提高暫付率讓醫療院所配合，並得視其他需要作調整。暫付率並非必須，但因以往醫療費用審查時間過長，而全民健保審核效率如何尚不確知，故仍有暫付率之必要，未來可能針對不同之醫療院所給予不同之暫付率。
- 三、高理事長資彬：勞保暫付率現已調整至百分之九十五。
- 四、葉副署長金川：暫付率之調整方式有二：一為全面性調整，一為視醫療院所實際執行效率調整，現規定為暫付率為百分之九十至一百，並不排除百分之九十五。
- 五、林秘書長茂泉：醫療院所提供服務時，已支付成本，若審核需時二個月，又僅暫付百分之九十，等於醫療院所須先墊付三個月之費用，似不合理，應先全額暫付。

- 六、李召集人玉春：醫療院所申報時已暫付百分之九十，而非三個月後才核付。
- 七、林秘書長茂泉：醫療院所與保險人之關係，非一次支付即已終了，故申報時即先扣百分之十之費用，並不適當，若其申報之費用有問題，可於下次支付時扣回，醫療院所亦不會有意見。
- 八、蔡科長淑鈴：對於暫付款，現行制度為每個月結算一次，全民健保則三個月才結算，有相當大之差異。
- 九、李召集人玉春：暫付與結算不同，暫付款係為維持醫療院所之現金流量 (cash flow)，結算則係依據總額預算、服務量點數，決定給予醫療院所多少費用。暫付率係考量總額預算，百分之九十，則係考慮因刪減服務量或服務量增加，致每點金額下降等情況而預留彈性。暫付款於申請時即已核付，並非三個月後才付。
- 十、楊處長漢淙：暫付率之意義與目前制度不同，總額預算制度下每點每季支付金額不同，故先按上季暫付本季費用，即每季費用不穩定之情況下，可能多付亦可能少付，若先不暫付，醫療院所可能因被積欠許多費用，致增加營運困難。
- 十一、林理事長宗旦：第（五）項藥品之支付亦同，全民健保如欲減少浪費，須由藥品著手，即應提高藥師服務費，但減少藥品利潤，否則利潤偏高，即會造成浪費，但若偏低而又暫付百分之九十，又將造成虧損，故藥品不應列入暫付百分之九十支付，而應按實際申報支付費用。
- 十二、李召集人玉春：藥品因亦須經過審核，且亦為總額預算分配之項目，又無法確知其實際成本，故以回溯方式計算，僅影響其利潤而已。其他醫療服務量增加時，必須打折，係因一般醫療服務成本中，變動成本約僅占三分之一，醫療服務量若增加，理論上僅須支付此三分之一部分，故以回溯性決定每點支付金額，可使各方均蒙其利。
- 十三、林秘書長茂泉：每三個月結算一次，每季每點支付金額不同，何時暫付？
- 十四、李召集人玉春：申報後約五日內即可暫付。

- 十五、曾科長條昌：第（四）項為提昇…採用「診斷關係群」，建議加上「或其他方式」較具彈性。第（五）項藥品之支付依據為何？第（七）項醫療服務審查委員會之位階為何？
- 十六、李召集人玉春：第（四）項係因本署法律專家認為法律文字無如此大之彈性，故僅列診斷關係群。藥品之支付已包括在支付標準表，故未獨立列出。
- 十七、徐專員廣正：以 PPS 之文字較具彈性，因可採用 DRG 或 HMO。
- 十八、李召集人玉春：PPS 之範圍確實較廣，但為完全不同之概念，美國係以 PPS 搭配 DRG 之支付方式，我國則以 DRG 與總額預算搭配，故若要有彈性之規定，應如曾科長之建議，加上「其他支付方式」。
- 十九、葉副署長金川：多數人無法瞭解「診斷關係群」此一名詞，建議改用「論件方式」取代。
- 二十、楊處長漢淙：不論何種支付方式，均為點數之支付標準表，法條上應毋須訂明何種支付方式，如現行勞保甲乙丙表之修訂，不涉及本法，故支付方式應可行政授權。
- 二十一、葉副署長金川：第（四）項文字可作彈性規定，第（七）項移至要點第十九項，第（五）項暫付率請各醫事團體代表向會員解釋，與現制不同處。
- 二十二、蔡科長淑鈴：第（一）項…實際支出不應超出該年度預算，此所謂「年度預算」是否與事業機構之年度預算相同？如果相同，醫療費用協定委員會須於年度開始前三個月協定，在時間上恐無法配合預算編列之時程，如兩者概念不同，名詞上不宜混淆，應有所區別。其次，第（八）項所列全民健保開辦初期，似乎不一定採總額預算制，如此應說明採何種支付制度。
- 二十三、李召集人玉春：第（八）項規定以漸進方式實施總額預算之原因，係因開辦之初，各種情況如保險人口、醫療服務機構特約等許多因素均在改變，總額預算可能很難訂定又分配，故作如此之規定。第（一）項之總額為給

付支出之總額 (cap)，而非年度預算，即不包括行政費用、基金等，文字再作修正。

二十四、葉副署長金川：請提出開辦初期之支付方式。

二十五、李召集人玉春：全民健保開辦之初即實施總額預算制，但非全面實施，且在初期可能係先設 target，再逐漸轉為 cap，如此方能使全民健保有好的開始。

二十六、戴科長桂英：第（一）項至第（七）項均為實施總額預算之規定，但第（八）項之文字卻為「得以漸進方式實施」，易產生混淆，若開始即實施總額預算制，第（八）項之文字應作修正，若僅局部實施，則應說明其他部分採何種支付制度。第（四）項醫療費用協定委員會，既須設定預算總額，又須訂定支付標準表，其權力可謂相當大，對其期望亦相當高，但是否適當，請再考量。

二十七、李召集人玉春：第（八）項規定以漸進方式實施總額預算等制度之原因，為考量不同時程，如藥品之支付考量配合醫藥分業，不可能一開始即全面實施，如此規定，為給主管機關彈性空間，應不致有太大衝突。

二十八、蔡科長淑鈴：全民健保強調不虧損，故預算與總額不應分離，因年度預算包含支出面與收入面，醫療總額預算則為支出面，若要不虧損，則總額不應超出年度預算之收入，若兩者不相同，建議第（一）項修正為「設定之預算總額不能超出年度收入預算」。

二十九、李召集人玉春：在總額預算精神之下，醫療給付總支出非由保險人於年度預算中編列，而由政府給予總額範圍，此即為何須有醫療費用協定委員會之理由。總額之設定，須考量精算報告、政府財政以及被保險人之付費能力，在時間上確難與年度預算區分先後。

三十、葉副署長金川：第（二）項依收支平衡原則修正，第（四）項「診斷關係群」可作更彈性之規定，第（五）項暫付率維持百分之九十，藥品支付標準再

考量，第（七）項移至要點第十九項「醫療服務審查」。

第十五項：醫事服務機構

- 一、曾科長條昌：第（五）項可否加上藥材成本？醫事服務機構提供之服務何時申報費用，是否應明文規定？
- 二、葉副署長金川：醫療費用成本已包含藥材成本，醫事服務機構提供之服務，何時申報費用於條文中規定即可。
- 三、蔡科長淑鈴：第（三）項輔導小組設於醫療服務審查委員會之下，而委員會係由醫藥專家組成，輔導小組如何達成對醫事服務機構之審核、輔導或違規處罰之任務？層次是否太低？另建議保險人應參與該小組。
- 四、葉副署長金川：醫療服務審查委員會與輔導小組，一屬全面性審查，一為個案審查，兩者應可平行，但如此將會增加委員會數目。
- 五、楊處長漢淙：未來之醫療服務審查委員會，其功能較目前為強且獨立，而特約之主要目的僅在於解約，在全民健保可從寬處理。未來醫政管理事項大多為醫政單位之職掌，對輔導小組之需要性並不高。至於醫療品質與醫療服務具有密切相關，故可維持此項規定，不須另設輔導小組。
- 六、時科長玉珠：中央健康保險局組織條例草案第六條，醫務部之職掌已包括醫事服務機構之特約、管理與輔導事項，是否須另設立機關擔任相同工作？
- 七、葉副署長金川：輔導小組任務第二、三、四項與醫政單位之工作類似，不須另設此小組，故先予刪除。

第十六項：諮議委員會

- 一、曾科長條昌：各委員會除醫療費用協定委員會外，均應有相關主管機關代表、勞方、資方及專家學者參與。
- 二、葉副署長金川：第（一）項直屬主管機關，另成一項，機構組織加上「有關主管機關代表」。

第十七項：財務監理（無修正意見）

第十八項：醫療費用協定委員會

- 一、葉副署長金川：本委員會是否應有政府代表參與？
- 二、李召集人玉春：學者專家代表已內含主管機關代表。
- 三、林秘書長茂泉：本委員由付費者及醫療提供者參與即可，政府不應參與，若無法協定時，再由客觀之學者專家協調。
- 四、林理事長宗旦：本項不須有政府機關代表，因諮議委員會已有其代表，且其亦為付費者代表，協調時在人數上將占多數之優勢，有失公平，故不宜參與本委員會，而應為政策上之指導即可。
- 五、李召集人玉春：主管機關應參與，如此委員會之決議方能執行，若完全由學者專家協調，即無法執行，至於其為保險付費者代表或學者專家代表，並無意見，但必須參與。
- 六、楊處長漢淙：「學者專家」之定義太模糊，因其可能同時為其他各類代表之專家，而混淆不清，但除付費者與醫療服務提供者外，應有中立性之代表，建議文字修正為「相關主管機關（含學者專家）」。
- 七、葉副署長金川：依楊處長之建議修正。

第十九項：醫療服務審查

- 一、林秘書長茂泉：醫療服務審查委員會之委員由保險人遴聘，是否具有客觀性？建議修正為「由保險人會同醫事服務機構遴聘」。
- 二、李召集人玉春：雖由保險人遴聘，但委員可能來自各醫事團體之推薦，故不須如此規定。

第二十項：爭議審議委員會

- 一、曾科長條昌：本項委員會純由學者專家組成，其對保險資格、投保金額等事項，可能較不瞭解，是否應有其他成員參與？
- 二、吳主任憲明：原先討論將此委員會取消，改由主管機關之訴願委員會辦理，現恢復此委員會，可能係因擔心主管機關之業務太大及人才不易羅致，但目前行政救濟朝向簡化，因而設此委員會，將使行政救濟程序增加一層，有些行政法學者可能不表同意。若考量主管機關之業務負荷，此非完全無法解決，對於醫療費用之爭議事項，亦因醫療服務審查設有初審及複審而獲解決，是否有必要設此委員會，請再考量。
- 三、楊處長漢源：原先接受厚生會立案要點之規定，爭議案件之審議由主管機關設立之訴願委員會辦理，但其委員多為各政府機關代表，而目前之爭議案件，以醫療費用或保險資格居多，在保險處理上，須有許多專家參與，而在業務量方面，未來給付案件每月可能多達二千萬件，即使以萬分之一計，爭議案件每月將高達二千件，訴願委員會能否負荷？設本委員會雖會增加行政救濟層級，但應考慮業務量問題。
- 四、曾科長條昌：贊成設立爭議審議委員，但應有主管機關代表。
- 五、葉副署長金川：本項之文字，請比照諮議委員會。
- 六、楊處長漢源：委員可加上主管機關之代表。

第二十一項：政府財務責任

- 一、葉副署長金川：本項名稱，易使人誤解政府在推卸財務責任，故應修改為「虧損責任」，內容修正為「保險財務如有虧損，應調整保險費率挹注」。

第二十二項：行政事務費

- 一、曾科長條昌：百分之十之行政事務費太高，目前公、勞保均未達百分之五點五。

二、姚專員培和：八十三年之保險費總額，若以二千七百億計，百分之十之行政費用將高達二百七十億，金額太龐大，公保八十一年度之行政費用僅占總保險費百分之二點八三，建議全民健保行政費用不超過百分之五點五。

三、葉副署長金川：比率再詳估及考量。

第二十三項：開辦費

一、時科長玉珠：本項與一般開辦費之性質是否相同？如屬週轉金性質且為短期，因須週轉之時間及金額有限，建議以賒借融資方式，由國庫貼補利息即可，因中央政府似無墊款之例，若係指國營事業管理辦法之政府對國營事業投資之資本額，建議由政府編列預算，分期撥付。

二、楊處長漢淙：項目名稱可改為「週轉金」，若無由政府賒借之法源，則可由本法加以規定，但一次性投資，應由政府一次編列預算撥付。

三、羅召集人紀琮：全民健保剛開辦所需之開辦費與行政事務費無關，故開辦費仍應保留。

四、葉副署長金川：項目名稱修正為「行政事務費與週轉金」，內容增加開辦費及一次性投資之規定。

第二十四項：罰則

一、曾科長條昌：不付部分負擔費用者，是否亦需有罰則？

二、姚專員培和：公保百分之十之部分負擔，是否擴及適用醫學中心，目前仍在研究中，因公保醫療費用成長較低，故部分負擔規定擬只適用至區域醫院。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 8 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十月二日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：林佩瑾

肆、出席人員及單位：

詹委員火生	(請假)
藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
姚專員培和(銓敘部)	姚培和
陳科長琇惠(內政部)	何明察(代)
楚中將慶(國防部)	曲慶浩(代)
時科長玉珠(財政部)	時玉珠
劉處長見祥(行政院勞工委員會)	劉見祥 曾條昌
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏(行政院農業委員會)	張素敏
陳副理益昌(中央信託局公務人員保險處)	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興(臺閩地區勞工保險局)	李少珍(代) 翁月雪
吳理事長坤光(中華民國醫師公會全國聯合會)	吳坤光 甘莉莉
蕭醫師偉傑(中華民國中醫師公會全國聯合會)	(請假)
林理事長宗旦(中華民國藥師公會全國聯合會)	龔 圻(代)
高理事長資彬(中華民國牙醫師公會全國聯合會)	高資彬
何秘書長君毅(中華民國全國工業總會)	何君毅
邱秘書長兆鑫(中華民國商業總會)	呂芳繁(代)
彭副秘書長光政(中華民國總工會)	郭光雄(代)

行政院主計處	(請假)		
行政院經濟建設委員會	徐廣正		
臺灣省政府	胡子明		
臺北市政府	王銘杰		
高雄市政府	郭英煒		
葉副署長金川	(請假)		
楊處長漢淙	楊漢淙		
羅召集人紀琮	羅紀琮		
李召集人玉春	(出國)		
吳顧問凱勳	吳凱勳		
吳主任憲明	吳憲明		
吳副主任委員忠立	吳忠立		
戴科長桂英	戴桂英		
全民健保小組	蘇春蘭	李彩萍	牛開蕾
	盧美玲	陳茱麗	呂孟穎
	吳正儀	廖哲慧	孫碧雲
	黃信忠	尤之毅	黃偉堯
	曾淑芬	宋瑞蛟	楊寶玉
	江弘基	許博雄	

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第一章：總則（第一條至第四條）

一、吳副主任委員忠立：

(一) 建議在第三條第二款文字中，將「有關政府」改為「有關機關」。「資方」的文字宜再斟酌。

(二) 第四條「為審議本保險爭議事項」此為職掌，「職司保險對象、投保單位及醫事服務機構之申訴審議事宜」亦為一職掌，若依立法技術而論，同一條文中，重覆出現二次有關職掌的文字，實為不妥。建議參考第三

條條文，將述及之二職掌等文字重新考量，合併為一。

二、劉處長見祥：

- (一) 建議於第三條條文中列出諮議委員會所組成的各方團體所占的員額。
- (二) 建議於第四條條文中，將「保險對象」改為「被保險人」。

三、楊處長漢涼：

- (一) 名額之考慮方面，因整個組合複雜化，不似勞保來的單純（勞保在政府與提供者雙方都界定得很清楚）而全民健保於規劃時，除勞、資代表外，尚有其他多種團體，恐不能以勞方來界定名額，相關細節將於組織規程規定。
- (二) 在第七條條文，將保險對象區分為被保險人及眷屬。眷屬並非為被保險人，是因其未直接承擔繳保險費之義務。在此，保險對象類似保險受益人。

四、何編審明寮：第四條條文未於立案要點第十九項設立，經徵詢本部訴願會後，認為有必要成立訴願委員會。訴願事項包含廣泛，以組織規程規定並不恰當。因其人員無法取得正式編制待遇。是否予以法定地位，編列名額。設在主管機關之一個署，各部會、法規會皆無明確名稱，宜以法律定之，予以明定。

五、吳副主任委員忠立：

- (一) 爭議審議事項性質與訴願接近，且訴願委員會亦以規程規定。故爭議審議委員會以組織規程規定並無不可，層級並無不同。建議保留原條文。
- (二) 全國各級行政機關之訴願委員會組織規程統一由行政院定之。

六、陳副理益昌：建議將第三條第二項述及之諮議委員會部分，另行成立單獨條文，不必同列於第三條條文。

七、吳顧問凱勳：

- (一) 根據第一期之規劃，全民健保實施後，行政機關具有充分行政主導權。故諮議委員會不是監督機構。

- (二) 建議將第四條條文中「保險對象」等文字修改為「被保險人」。
- (三) 第四條條文中，爭議審議辦法未規定。若是將來全民健保的爭議審議能取得和訴願同地位，則應以法律來規定爭議審議委員會的組織。
- (四) 贊成陳副理之意見，將第三條第二項單獨成立條文加以規定。

八、劉處長見祥：第四條「職司…事宜」宜刪除，以免遺漏，其職掌再於組織規程規定即可。

九、楊處長漢涼：將爭議審議的職掌列出是為明確規範。若予刪除，一般人可能無法瞭解。單位的組織規程應無問題，問題在於爭議審議是否取代訴願，以致行政救濟拖太久。世界各國於設計行政救濟時，有一個共同目的，就是儘量和諧，不要拖，也不要向法院內針鋒相對。本爭議審議的設計是訴願的前階段，其並未取代訴願。原先我們有爭議審議的構想，但是厚生會堅持不要，後來發現在整個作業上有困難，包括專業程度和案件的複雜以及許多機關內訴願案件都是以機關內的主管組成的為多，少數再請幾個外面的專家，如果以這種設計方式，可以克服這邊的困難，卻克服不了行政機關處理事件。即難以兼顧雙方，而形成訴願委員會相當龐大，而影響其執行。若設兩階，就如現行公、勞保的情形一樣，於監理委員會下設。主要是因其精神上不客觀，因上有監理委員會，除非監理委員全部都通過，否則造成兩邊的衝突。「監督」若要拿掉，則下面就要改為「提供」。

十、何秘書長君毅：全民健康保險可考慮成立一個監督機關，但須詳細考量其功能、定位等問題。

十一、吳顧問凱勳：自第一期規劃起，即已將此列入考量。現行公、勞保皆有監理機構，即在主管機關下設有監理委員會，使民間亦有代表共同監督保險業務。因當前主管機關的成員不是很多，很健全的狀況下，很難作週全的監督之故。惟將來全民健保實施後，是否還需要在主管機關之外另有監督單位？此為第一個應考量者。其次，原先的設計，是將保險行政權予以分散，如財務監督由行政院執行；目前監理委員會的職掌與功能，依全民健康保險的規劃

要點來看，都已被其他機關取代。日本的審議委員會的運作模式值得我們參考並宜朝此方向努力。希望諮議委員會能發揮其功能，審議與提供有關保險政策、制度改革等事宜，則其功能之發揮比監理委員會更好。

十二、楊處長漢淙：涉及到兩個層面，原先設計該委員會是有考慮到現行公、勞、農保現行委員會名稱、功能及組織架構。首先應考慮到的是其功能，其次，才是名稱。在考慮功能時，「監督」、「諮詢」或「審議」可從這三方面斟酌。本保險屬多重監督之功能，而非單純之功能。今日勞保的成敗，沒有人會去責怪監理委員會。如果，監督的功能只是講講話，不負成敗責任，那麼，這樣也太抽象。公保如此，農保亦然。從當今我國政治及行政的現況來看，如果主管機關不監督的話，誰也不會放過他。立法院更不會放過他。若監理委員會是在幫忙主管部長當擋箭牌。若令其有責任而無權，則其監督不了，此為最大問題。又若其有權而無責任，故其他負有責任機關就不服其之監督。原先不想再寫監理委員會的目的，是因為監理委員會如以今日的組織架構而言，是有兩種功能：（一）諮詢審議的功能；（二）爭議審議的功能。現在將公、勞、農保的爭議審議放在監理委員會，大家都覺得不妥當。因為爭議審議委員會討論過的事，還要拿到監理委員會報告。大概監理委員都沒有詳細的資料，所以唸過就算了。若有意見，那就很難處理。爭議一定是兩方面的爭議。判決被保險人沒有道理，或是投保單位沒道理。要如何處理，就形成衝突或對立。因此將爭議審議拆成兩部分，除了爭議審議以外的那一部分，應該稱為什麼。在日本是稱作審議。建議將「監督」改為「審議」，審議或多或少還具有審議的功能。如此，也較符合現況。

十三、何祕書長君毅：站在行政機構立場，干擾機構愈少愈好，以減少行政困擾。諮議委員會如完全為諮議性質，僅須聘請會計師、專門顧問等提供諮詢即可，而無組織委員會之必要。如要成立則應具備實質之功能。

十四、楊處長漢淙：將「監督」改為「審議」，使其兼具審查及監督。

十五、曾科長條昌：條文中的若將「監督」改為「審議」，是否有包括爭議審議事項？

十六、楊處長漢源：爭議是有申訴案件，而在此則較屬於政策性。

十七、徐專員廣正：

- (一) 有關第一條條文內容，仍偏重於醫療行政。本會再度建議將社會保險的意義置於其中。
- (二) 有關第三條諮議委員會，贊成何秘書長之意見。本會也曾提出相關建議：若機關組織太多，反而會妨礙保險業務正常運作，如財務監理可由行政院執行，則不須設置財務監理委員會。另建議將凡有關跨部會並具有監督業務功能的委員會置於總則內。
- (三) 有關第四條條文所提及之「保險對象」，與第七條條文所規定「…保險對象分為被保險人及眷屬。」及第八條、第九條條文分別所提及之「被保險人」與「眷屬」未能相符合，恐造成名詞混淆。

十八、楊處長漢源：

- (一) 有關第三條條文，「監督」改為「審議」；「有關政府」改為「有關機關」；「資方」暫時改為「雇主」。原第二項「為監督…，報請行政院核定之」單獨列條文。
- (二) 有關第四條條文，「保險對象」改為「被保險人」；於「其組織規程」之下增加「及爭議事項及審議辦法」等文字。
- (三) 刪除第七條條文。

十九、時科長玉珠：

- (一) 監督改成審議，是否提升諮議委員會的位階，若保險人要做任何業務上的決策，均須經諮議委員會認可後，才可報到主管機關？
- (二) 是否會造成疊床架屋的現象？即保險人須兼負監督、管理及審議之責任？

二十、楊處長漢淙：

(一) 不是，其實這還涉及以後機構內人員多寡的問題。如果裡面的人員是一群能力很強的人員，則其發揮的功能則強，但其仍屬主管機關之下。

(二) 重要政策還是要讓有關機關團體有表達的機會，即層面這麼大，故還是要有這樣的管道存在。

二十一、劉處長見祥：既然要勞、資雙方代表出席，只是表示意見，但對業務一點影響力都沒有，也就不是設計的目的。運作上應該如何調適好是一件很重要的事。

二十二、吳顧問凱勳：以日本之情形，當重大條文涉及某些機構時，厚生省須經審議委員會審議後才能出去。

二十三、時科長玉珠：其位階為何？

二十四、楊處長漢淙：剛才提到將第三條第二項的單獨列出，若單獨列出一條，即無法明確機構的隸屬關係。爭議審議委員會由主管機構遴聘，其地位崇高超然。惟不願寫明隸屬在中央主管機關之下，但多少還須從中央主管機構之下運作。因此，還是維持原條文，不要單獨列條文。

二十五、何祕書長君毅：爭議審議委員會及諮議委員會隸屬中央衛生主管機關，而中央健康保險局位階為何？

二十六、楊處長漢淙：此二委員會超越保險人組織，屬主管部長的高級幕僚單位，直屬主管部。其實，爭議審議的對象就是保險人，故須超越保險人。亦即該二委員會直接對部長負責，中央健保局、諮議委員會、審議委員會三者平行。

第五條

一、徐專員廣正：建議於中央健康保險局之下增加「為保險人」。

二、楊處長漢淙：修正為：「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（無修正意見）

第七條（無修正意見）

第八條

一、劉處長見祥：

（一）第一項第（三）目「前二目被保險人以外之受雇者。」所指為何？

（二）第一項第（四）目所指之「雇主或自行執業或自營作業者」與第二項第一目所指之「無一定雇主或自營作業者…」應予釐清。

二、楊處長漢源：

（一）第三目所指為受雇者，指非受雇於機關事業等單位，但為領薪階級者。

（二）第一項第（四）目與第二項第一目兩者之別在於後者有參加工會，前者則無。

（三）在勞保作業上，如何界定部分工時？

三、劉處長見祥：部分工時即規範某些人，即所謂定時輪派者。

四、楊處長漢源：第一類被保險人所指之自營作業者原指非受雇於公司者，被保險人受雇於公司原應列於第一類，卻被列於第二類被保險人。如整個公司的員工均由職業工會加保而成為第二類被保險人的情形，也是目前勞保局最感到困擾之處。

五、吳顧問凱勳：第一款第（四）目與第二款第（四）目做如此之區分，最大的影響是在保險費的負擔。如果兩者間沒有什麼差別，可考慮歸在同一類。

六、楊處長漢源：現在最大的問題在於第二類第（一）目被保險人，如果予以刪除，亦即排除約二二三萬的職業工人，可能引起極大的反彈。

七、劉處長見祥：原先想在勞保條例修正草案中修改自營作業者應自付百分之百之保險費，但在草案送立法院審查時，此項規定被刪除。本局正打算改成被保險人自行負擔。如果欲保留第（三）目，則就可刪除第（一）目。最初，是想使

自營作業者自行負擔全額保險費，職業客車駕駛這部分則考量單獨成一目。事實上，勞保條例也只是保留第（一）目及第（三）目。

八、楊處長漢涼：

- （一）本條文應修正的是第二類第（二）目被保險人，因為大家都想擠入該類。以目前之狀況，被保險人至少可減少百分之四十的保險費負擔。在規範第二類被保險人第（一）目時，不宜比現行的被保險人數為多，我們不希望再擴大，所以才訂定第一類被保險人第（四）目。
- （二）若第一類第（四）目被保險人全轉移到第二類第（一）目被保險人，情況將會更糟糕。建議將第二類被保險人第（一）目改為「參加漁會為甲類會員或參加職業工會為會員者」。刪除「無一定雇主或自營作業」等字。

九、劉處長見祥：如此一來，所有的勞工都可參加職業工會。

十、楊處長漢涼：如刪除「無一定雇主」等文字，情形將如何？

十一、劉處長見祥：除非將來能仿效日本有關日雇勞動者（含臨時工）特立保險專章。

十二、時科長玉珠：第二類第（一）目「無一定雇主」為受雇者，「自營作業者」為自雇者。故第二款第（一）目與第一款第（四）目並未重覆。

十三、楊處長漢涼：第一類被保險人中的自營作業者是指未參加工會者，第二類被保險人中的自營作業者為參加工會者。可清楚區分；但就實質運作而言，未參加工會者，亦可自行組織工會。特別是現在人民團體法規定很寬，為其留了一個很大的後門。

十四、時科長玉珠：如果將「無一定雇主」修改於「或」之後，「自營作業而參加漁會為甲類會員或無一定雇主參加職業工會為會員者」，是否就可排除參加職業工會的自雇者，而成為列入第一類第（一）目被保險人。

- 十五、吳顧問凱勳：如此修正並無問題，但主要的爭論點是在勞保條例修正後的變化。
- 十六、楊處長漢淙：在此所指的「無一定雇主」及「自營作業者」都可能參加漁會或參加工會，所以會有四種情況。
- 十七、劉處長見祥：如果維持第二類第（一）目被保險人，則就該刪除第（二）目及第（三）目。
- 十八、楊處長漢淙：是否刪除第二類第（二）目及第（三）目被保險人？
- 十九、劉處長見祥：建議保留第一類第（四）目被保險人即可。
- 二十、楊處長漢淙：第二類被保險人第（二）目及第（三）目，目前共有多少人？
- 二十一、劉處長見祥：漁民約有十七萬人，計程車司機也有幾十萬人。事實上，職業工會中自營作業者僅占少數。
- 二十二、戴科長桂英：參加全民健保的地區團體的被保險人，是否能參加勞保？
- 二十三、劉處長見祥：如果該被保險人屬地區團體，則其為非受僱人員，如果無勞動事實即不能參加保險。因此，勞保與全民健保的資料要配合。
- 二十四、楊處長漢淙：建議第二類被保險人部分分甲、乙兩案。甲案僅有第（一）目及第（四）目被保險人；乙案僅有第（二）目、第（三）目及第（四）目保險人。
- 二十五、郭副祕書長永雄：從各位討論的結果，是要刪除第二款第（一）目，這就牽涉到一個問題，工會所指的是非受雇者的組織，且工會法允許自營作業者參加漁會，既然都是會員，為什麼政府不補助所有受雇者而僅補助部份的人。工會法允許兼具勞資雙重身分者加入工會，自營作業者亦然，如今，貴署卻在全民健保法中創造出「無一定雇主及自營作業者」的名詞。在勞保條例中，加入工會的會員為強制投保，被保險人若為自營作業者，但已加入工會亦屬強制投保，宜再全盤考量這個問題。

- 二十六、楊處長漢源：剛才之討論並未決定要刪除該目，僅提及第（二）目、第（三）目的被保險人可以涵蓋在第（一）目中。其實，考量該問題，是因為現況：許多小公司本來是雇主要負擔保險費，結果卻讓政府負擔，這就是今日勞保職業工會一直增加的原因。
- 二十七、陳副理益昌：第一款第（一）目中，所指的「學校」，容易使人誤為僅專指公立學校，而未包括私立學校在內。而第（二）目也未能將其包括在內，是否將其列在第（三）目？如是，則會產生一些問題，即私立學校有許多外籍教授。就除外規定而言，第一款第（一）、（二）、（三）目所規定之被保險人不受設籍六個月的限制，故如將其歸類在第（三）目，就無法排除不受設籍六個月的限制。建議在第（二）目中，加上「私立學校及其受雇者」等字於「公、民營…」上。
- 二十八、楊處長漢源：「學校」已將公、私立學校兩者均包括在內。
- 二十九、張科員素敏：合乎漁會甲類會員資格之漁民，也可以選擇不參加甲類會員。若將這類漁民歸於第一款第（四）目中的自營作業者，則要全額負擔保險費，政府不予補助，似乎不公平。廣義的農民包括漁民與農民。該二者之所得皆偏低。而在條文中，卻又將該二者分開，形成差別待遇。就事實而言，並非所有農會皆有能力負擔保險費，更何況漁會的財務狀況比農會差。請就漁會負擔保費之事宜，再行考量。
- 三十、楊處長漢源：所謂自營作業者，未必是由投保單位為其負擔保險費。基本上，應特別考慮的是：是否適用勞保現金給付的範圍？我認為全民健保及勞保兩邊應該要一致。如果兩邊不一致的話，不是全民健保發生問題，就是勞保現金保險發生問題。在第一款第（四）目中所指的自營作業者須自行負擔保險費，而不是由投保單位來負擔保險費。

第九條

- 一、吳副主委忠立：建議改「直系二等親血親親屬」為「直系二親等血親親屬」。
- 二、楊處長漢涼：
 - (一) 同意。
 - (二) 「但在職外國籍員工之眷屬，以隨在任所者為限」刪除「但」字，並單獨成項。

第十條（無修正意見）

第十一條

楊處長漢涼：因顧及第八條及第九條條文中提及「被保險人」及「眷屬」等文字，為求條文間之文字邏輯相連結，故宜再恢復原決議刪除之第七條條文。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 9 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十月八日（星期四）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	（請假）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	曾條昌（代） 林素芬
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代）
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	劉素珍（代）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	林宗旦
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	何君毅
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	陳惠美 莊倉江
臺灣省政府	（請假）
臺北市政府	（請假）
高雄市政府	（請假）
詹委員火生	（請假）
藍顧問忠孚	（請假）

楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	(請假)
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	廖哲慧 林佩瑾 楊寶玉

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第十二條

- 一、吳副主任委員忠立：文字修正建議：第一行刪除「規定」，第三款修改為「第四類…以其戶籍…」。
- 二、楊處長漢淙：擔心因家庭結構因素，致同一家庭須分向不同單位辦理投保，建議加一規定，屬地區團體之保險對象，得以其共同生活戶中，為職業團體被保險人之投保單位為投保單位，但文字再作斟酌。

第十三條至第十四條

- 一、吳副主任委員忠立：「所定條件之日」，意義不甚明確，建議仿照第十四條之文字，修正為「所定投保條件成就或投保原因發生之日」，因有些事項之發生為條件，有些則為原因，如此規定較為周延。
- 二、吳顧問凱勳：若「條件」用詞不佳，建議修正為「合於第八條、第九條及第

十一條規定之日」，但未必更適宜。

三、陳科長琇惠：建議比照農保規定，以「資格」取代「條件」。

四、林秘書長茂泉：是否修正為「符合…保險資格」？

五、楊處長漢淙：加上「投保」較佳，使條文更清楚。「所定投保條件」較「投保資格」更明確，因「資格」具有排他性，而第八條第一、二款為須合乎資格者，但未合乎資格者亦會被納入，只是以不同情況加入。至於是「原因」或「要件」，應為「條件」而非「原因」。

六、徐專員廣正：第十三條文所指之保險對象應僅是被保險人，因其眷屬需隨其加退保。

七、楊處長漢淙：被保險人與眷屬各有其投保條件，且有加入之優先順序，故本條文無問題。

八、徐專員廣正：條文第十條已表明被保險人與眷屬之加保時序，即被保險人應先加保，眷屬後加保，但本條似將兩者居於同一時點考量，因保險對象已包含全體國民，如此規定將使兩者無差別，但既已對其下定義，兩者必有不同點。

九、吳顧問凱勳：若將保險對象修改為被保險人，因第九條係規範眷屬，則與本條文有衝突，因並非被保險人合於眷屬條件時，投保單位即須為其辦理投保事宜。保險對象有可能於不同時點加入，如被保險人與其部分之眷屬，已由投保單位辦理投保，但尚有符合第九條規定之眷屬亦須以本條為規範，且非一加保即不會異動，故本條文之文字，易於作不同時點之規定，而眷屬亦有可能異動，且不一定是隨同被保險人加退保，如死亡等情況，若將本條文之保險對象修改為被保險人，如何適用此種情況？

十、陳副理益昌：建議將「投保」全部修正為「加保」較佳。

十一、曾科長條昌：若將「投保」修改為「加保」，是否應將第十一條之文字列入，即本條修正為「投保單位：及第十一條所定恢復保險資格之日：」。

十二、徐專員廣正：本條「…應於其離職、退會…」等條件，均適用於被保險人，而非眷屬，雖加保時點不一致，但其眷屬權利之取得，係基於被保險人之關係，若遷就第八條與第九條之規定，而將兩者關係模糊含括，是否會有問題？

十三、吳顧問凱勳：若將「投保」修改為「加保」，投保單位是否亦改稱為「加保單位」，如此似與現行習慣不符，應考慮「投保」或「加保」何者為宜。

十四、吳副主任委員忠立：「加保」似為原無保險再加入之意。

第十五條至第十六條

一、楊處長漢源：第十五條於公、勞保亦有類似之規定，為避免保險費率之調整受政治干擾，是否於條文上規定，主管機關應每年擬訂適用費率，由行政院公告，以使費率之調整成為常規，而達到保險財務責任制度。

二、羅召集人紀琮：楊處長提及之政治干預問題，第十六條已加以反映。

三、蔡主任淑鈴：第十六條僅說明保險費率不足，即保險財務不良時之處理方式，但未規定保險財務若有結餘時，應如何處理。

四、羅召集人紀琮：保險財務於發生短絀或結餘時，保險費率可向上或向下調整，若實際費率與精算費率相差百分之五時，主管機關可於第十五條規定之費率範圍內調整，但若超過彈性費率時，則須提請立法院修正第十五條所定之費率。

五、蔡主任淑鈴：財務短絀發生時間在前，費率調整時間在後，是否於條文中規定，在費率調整前，短絀可先由保險安全基金予以挹注？

六、吳顧問凱勳：保險安全基金於本條文之前並未顯現，出現於第十六條之原因，係考量費率之調整要件，因第十五條規定之保險費計算方式，乃是投保金額及費率，第一項之費率為法定彈性費率，第二項則為實收費率，若能每年調整，即可減少現行公、勞保虧損情況，因此第十六條建議修正為「…或本保險安全基金超過最高或最低限額時，…第二項保險費率…」。

- 七、羅召集人紀琮：第十六條之規定未十分明確，故蔡科長質疑之問題可能存在。精算費率在先，且已知與第十五條第二項之費率有百分之五之差距，但此時尚未收取保險費，與保險安全基金之餘絀並無絕對之關連，因保險安全基金係於每年保險運作結束，發現有餘絀時再行處置，但第十六條係為依精算收取保險費，若有不足，即應立即調整費率。吳顧問提及保險安全基金不足或超過上限，但實際上不會有超過上限之情況，因精算時，保險安全基金之提撥與否，並非調整費率之因素，亦即費率並非保險安全基金之一部分，故不構成超過之問題，但可保留降至最低限之條件，因須保持保險安全基金之保險安全度。
- 八、吳顧問凱勳：上述文字之修正，係因蔡科長之質疑，與羅召集人之說明似不相符，第十六條對費率修訂之規定，可能提高也可能降低，非僅提高而不降低，且保險費率之調整，須有二項要件：一為實收費率與精算費率相差正負百分之五，且在彈性費率範圍內，由主管機關調整，不須修法；其二為基金超過高限或降至低限，超過高限時，因不能無限度提存，故須降低費率，降至低限時，則須提高費率，否則即無法保持其效用之常衡，故建議文字作此修正。
- 九、羅召集人紀琮：第十五條規定之彈性費率與第十六條之精算費率，兩者基本精神相同，即依據支出費用之總額，換算成保險費率，但未含括保險安全基金，亦即保險安全基金係為外加，建議可保留低限之條款，但不須規定高限，否則彈性費率上下限必須加大，可能很難在立法院獲得通過。將保險安全基金視為外加，如此較易運作。
- 十、楊處長漢淙：第十五條與第十六條應合併考量，第十五條第一項為法定費率，即立法院授權主管機關可於此範圍內調整，第二項可明寫為「實收保險費率」，每年由主管機關擬定，報請行政院核定，行政院應於每年十月底前公告下一年之實收費率，如此，將會影響第十六條，因其與第十五條規定之費率在作比較，但第十五條之費率僅為精神而非固定數字，故以「實收費率」之名稱對第十六條之解釋將會更清楚。實收費率與精算費率相差超過百，才會對保險安全基金產生影響，但不管是否調節保險安全基金，均須調整保險費率，但為避免困擾，不須規定超過高限如何處理，因必會調降保險費率。建議第十六條修正

為「保險人應採精算制度。下年度精算費率平均值與本年度實收保險費率相差幅度超過正負百分之五，或超過本保險保險安全基金最低限額時，主管機關應報請行政院修訂實收保險費率」。至於提立法院修法，則不須在此規定，除非主管機關能忍受虧損，且立法院不一定要通過行政院提出之修法案。

- 十一、柯主任木興：本條係為保險費之計算過程，是否必須有此規定？若要顯示，則第三類至第五類被保險人之保險費，亦須同時顯現。其次，專有名詞，如二十五年評估期，可能許多國民或立法委員無法瞭解。平均費率與精算費率相差百分之五時，即須調整保險費率，但長期必會超過，是否亦須規定？個人認為有關保險費之規定愈單純愈佳。
- 十二、楊處長漢源：第四類及第五類被保險人之保險費計算基礎，是否稱之投保金額？因投保金額為分級表，而地區團體保險費之計算並非採分級表。另本條係因第十七條有投保金額之規定，故須有此條文。
- 十三、吳主任憲明：建議第十五條第二項修正為「每年實收費率，由主管機關依前項規定範圍內擬訂，報請行政院核定」。
- 十四、楊處長漢源：第十五條第一項，第三類被保險人之投保金額若確定採甲案，則修正為「第一類至第三類被保險人…」，第二項修正為「每年實收保險費率，由主管機關於前項範圍內擬定，報請行政院擬定；行政院應於每年十月底前公布下年度之保險費率」。惟每年公布費率並不一定每年調整。
- 十五、曾科長條昌：在執行上不應每年調整費率，因費率之調整須有理由，而每年公布，可能係往下調，反而達不到向上調之目的。
- 十六、戴科長桂英：建議參考勞保條例第十三條第一項之規定，以簡短之文字即將所有程序寫出，並授權主管機關可於規定範圍內調整費率。

第十七條至第二十條

- 一、楊處長漢源：吳顧問提及超過保險安全基金之情況，若保險安全基金已提滿三個月，且精算費率低於實收費率，但未超過百分之五，是否仍繼續收取提存基

金之保險費？若繼續收取，可能使保險安全基金超過三個月，屆時是否應反映於保險費率上？

- 二、羅召集人紀琮：實施健康保險之國家，其精算費率少有低於實收費率者，「正負百分之五」之規定，僅係反映一種精神，若精算費率低於實收費率，此時可反映於費率，但保險安全基金則很少加以反映，各國皆然，因其累積不易，加上保險給付會不斷擴充，即使今年或本月雖已達上限，但明年或下個月可能已不足三個月，其存在之時點可能相當短暫，故不能於超過三個月時立即反映。
- 三、林秘書長茂泉：贊成楊處長所言，應規定每年調整保險費率，因現制似不太爭取保險費之調整，而行政機關亦不會主動調整保險費率。
- 四、陳副理益昌：第十五條第一項之投保金額，未明確規定係一年或一個月之時間，建議修正為「按其當月投保金額」。
- 五、戴科長桂英：建議將第十七條及第十八條對調，因第十八條一開始即明確規定投保金額之意義。
- 六、陳科長琇惠：文字修正，第十七條之條文開頭應加上「第一類及第二類」。
- 七、徐專員廣正：第十七條，投保金額最高一級適用人數超過總人數百分之三…應於次年調整…，從適用人數超過百分之三至分級表之調整，最長時差接近兩年，可能適用人數早已超過百分之三而高達百分之八、九，是否修改為於次月調整或自第十三個月開始調整？
- 八、張科員素敏：對第十九條先保留意見，因採甲案作為農民之投保金額，可能較現行偏高，農保現行之投保金額係依照勞保前一年度加權平均投保薪資，農民已反映偏高，乙案則不清楚如何計算，且百分之三十係依保險對象之房屋及土地總價分擔，擔心將來此一部分會大部分歸由農民負擔，以土地計算保險費是否公平？
- 九、羅召集人紀琮：第四類及第五類被保險人屬地區團體，難以知道其真正所得，故以戶及人口計算保險費，並為兼顧能力，以財產及所得作為調整之指標，日

本此一部分占百分之五十，韓國占百分之四十，原先以為無法查核，僅訂為百分之二十，後財政部認為應予提高，否則此種設計即無意義，故現已提高至百分之四十。房屋及土地可依公告現值適度掌握其價值，而農地之公告現值很低，不致如張小姐所言，百分之三十能力負擔額全由農民負擔，因係以價值而非面積計算保險費，而農地價值之調整，可能不如都市土地快。

十、陳科長琇惠：第十九條究採甲案或乙案，貴署署長曾於指導委員會中指示，朝向甲案作修正，即以甲案之精神，並依據土地面積，訂定幾種等級，讓農民自行申報，目前本部亦希望朝此方向進行，但以往對乙案瞭解有誤，可否帶回研究後再表示意見。

十一、張科員素敏：陳科長所言，以土地面積作為修正計算保險費之指標，亦有待斟酌，因有些精緻農業雖面積不大，但所得很高，有些土地如林地雖大卻無價值。

十二、高理事長資彬：農民所得不定，有高所得亦有低所得者，為求公平，不宜採乙案，而應讓投保金額分級表能落實適用性，即高收入者可適用更高之等級，低收所得者能適用更低之等級，分級表之訂定雖會有困難，按規定有土地者即非低收入戶，但有些確為低收入者，故不宜採乙案，因乙案係按土地面積計算保險費，並不公平，因有些農民雖擁有大片土地卻不值錢，有些則因其土地劃入都市計畫內而成為富有者。

十三、柯主任木興：可否先行試算每人應繳多少保險費？

十四、徐專員廣正：本章係規定保險費，但第十九條卻是規定投保金額，兩者之關聯性似未顯示。

十五、戴科長桂英：第十九條係暫列之條文，故文字不盡周詳，俟第三類被保險人之投保金額確定採甲案或乙案後，即予刪除，相關條文並作修正。

第二十一條

- 一、時科長玉珠：財稅中心現有之財稅資料，房屋價值為房屋稅條例之課稅現值，土地價值則為公告地價，而依土地稅法規定則有核課地價稅之公告地價與核課增值稅之公告土地現值，條文僅規定依土地稅法之規定其資料取得可能會有混淆。
- 二、郝科長向晴：
 - (一) 第二十二條有關保險費之負擔，列有甲、乙、丙三案，而第五類被保險人之保險費負擔中，均出現「基本負擔額」，能否於本條中即明確區分「基本負擔額」與「能力負擔額」，如此，討論其他條文時，即可明瞭地區團體之保險費，除「基本負擔額」外，尚有「能力負擔額」，而不須回頭看本條文。
 - (二) 再次重申，榮民應免除能力負擔額，因可被扣繳之榮民並不多，除低收入戶及榮家安養之榮民外，多數屬職業團體之被保險人，對少數榮民徵收能力負擔額，將會導誤及所有榮民情緒上之反彈，且地區團體之榮民人數將會逐漸減少。
- 三、羅召集人紀琮：將本條區分為「基本負擔額」與「能力負擔額」，可能更清楚。農民有富農亦有貧農，榮民亦同，兩者應有一致性之考量，否則制度無法運作，且榮民若能證明其無所得能力，即不須繳能力負擔額，亦不致形成所有之榮民均須負擔能力負擔額，此點請貴會能與榮民多作溝通與宣導。
- 四、曾科長條昌：本條文中，醫療給付支出總額由誰推估？由誰核定？是否應增列規定？
- 五、姚專員培和：第十八條第二項，無固定所得者，若由其自由申報投保金額，會產生流弊，建議由投保單位為其申報，再由保險人查核，以減少弊端。
- 六、羅召集人紀琮：無固定所得者之投保金額採自由申報，其在作假時必會多方考慮，因可能遭受重罰，若由投保單位為其申報，金額太高必然不會同意，金額

太低則會影響保險財務，似無必要將其責任加諸投保單位，由其自行申報，並告知保險人將作審查，若發覺有低報情形時將予重罰，如此被保險人自會衡量得失。

第二十二條至第二十三條

- 一、何秘書長君毅：第二十二條多次討論，均以甲案為架構，本會並認為被保險人負擔百分之五十之保險費，是為朝向正常發展之負擔方式，現又提出乙、丙案，是否太複雜，且可能衍生更多方案，請維持甲案即可。
- 二、姚專員培和：第二十三條，加保當月即須繳納全月保險費，若被保險人於月底加保，投保一日即須繳納整個月之保險費，可能當時尚未領薪，即使已領薪亦不足以繳納保險費，有損被保險人權益，建議加退保按當月實際加退保日數計費。
- 三、羅召集人紀琮：勞保被保險人因流動性大，並採論日計費方式，結果對保險人造成頗重之行政負擔，故其提出論月計費之建議，且社會保險無法作到各方面均能公平，至於姚專員所言之情況，發生之機率很小，因大部分之被保險人係於月初或月中到職，少有於月底上任者，故論月計費應不致有太大問題。
- 四、柯主任木興：地區團體之保險費有無上限，例如擁有上億元之土地，是否須全部課繳能力負擔額？其保險費是否可能超過職業團體？
- 五、羅召集人紀琮：地區團體為特殊群體，其保險費可考慮有上限，但是否與職業團體相同，尚待研究。
- 六、吳顧問凱勳：百分之三十之能力負擔額，並非由一個人負擔，而由全部須負擔能力負擔額者分攤，金額之大小，視地區團體擁有房地產者有多少，但所應考慮者，為占百分之三十是否恰當？日本能力負擔額中，財產占百分之十，所得占百分之四十，而財政部曾表示，可稽查到之部分，應占較重之比例，否則比例應降低。

- 七、陳科長琇惠：第二十三條，加保當月須繳納全月之保險費，但有些短期工人，如臺糖季節工，可能一個月內多次加退保，如何處理？
- 八、羅召集人紀琮：財政部表示，地價稅以公告地價，增值稅以公告現值課徵，兩者均能反映土地真實價值，若偏低則大家均偏低，百分之三十能力負擔額，係依上述兩種價值之一為課稅標準，而非實際價值，且由所有擁有「財產」者共同負擔，並非如此不公平及可怕。
- 九、戴科長桂英：依現行規定，農地不須繳納田賦，但是否有公告地價？
- 十、張科員素敏：農地雖不須繳納田賦，但有公告現值，亦有公告地價。
- 十一、吳顧問凱勳：課繳保險費之標準，應為公告地價而非現值。
- 十二、張科員素敏：農地免課徵田賦，全民健保小組規劃農民負擔百分之三十之能力負擔額時，是否亦應考慮此一政策之意義？
- 十三、楊處長漢涼：應將財產及土地視為指標而非課繳保險費之標準，因有財產者不一定有所得，而有財產者，日常所得可能與無財產者相同，但因財產不同，故須根據所得及財產課繳保險費，但比例應降低，以免因查核不到而形成懸殊之不公平。上億元之土地，不致完全予以課徵，係由所有人分擔財產總值。
- 十四、張科員素敏：土地增值稅是於土地出售或轉移時始課徵，若未出售，是為未實現 (unrealized) 利益，故以土地作為課繳保險費之依據，應考慮其公平性、可行性及適當性。
- 十五、楊處長漢涼：土地是為能力之指標，並非課稅之依據，汽車亦然。
- 十六、吳顧問凱勳：張小姐如此關心農民，則第十九條應採甲案，但又擔心甲案之投保金額對農民而言可能偏高，故建議以第一類及第二類被保險人之平均投保金額，作為農民之基本投保金額，再向上下各加幾級，讓農民適用，而以房地產之價值、多寡作為適用等級之標準。

十七、陳科長惠美：

- (一) 全民健保法立案要點第二十二項，有關週轉金問題，應從創業資本支應。
- (二) 立案要點第十一項保險安全基金，對超過上限，且未調整保險費率之前，並未規定處理方式，能否與第十六條併同考量，以中油為例，在可維持成本並已達成預算盈餘目標時，若仍未調降油價費率時，可能係考慮國庫稅收，故保險安全基金亦應規定超過上限之處理方式。

十八、時科長玉珠：週轉金或週轉金利息之需，可於核定創業資本額時予以考量。即於中央健康保險局成立之後，不敷支應醫療院所之費用，可於國庫投資之資本中自行運用。

十九、楊處長漢淙：中央健康保險局不能將之視為一般之國營事業機構，故不會持有資本。

二十、陳科長惠美：依相關規定，應由國庫撥付一筆基金，作為創業資本或擴充預算，以為週轉之用。

二十一、吳顧問凱勳：國內對保險事業機構之管理，常沿用社會國營事業之標準，卻又未有良好之適用法規，致本署與行政院主計處代表，觀念上產生如此大之差距。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 10 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十月十六日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	（請假）
楚中將慶（國防部）	楊中榮
時科長玉珠（財政部）	李韻清（代）
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	劉見祥
行政院退除役官兵輔導委員會	呂鳳藻
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	（請假）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	陳惠美 柯光源
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	（請假）
高雄市政府	劉碧隆
詹委員火生	（請假）

藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	陳雲中
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	(請假)
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	廖哲慧 林佩瑾 楊寶玉 沈茂庭

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第一條及第二條(無修正意見)

第三條

- 一、石副署長曜堂：本條第二項似應獨立成為一條。
- 二、林秘書長茂泉：諮議委員會之成員是否為五種代表？原先規定，係將有關機關與專家學者代表合併，故僅有四種代表，現修改為五種，是否會減少醫事服務機構代表之名額？
- 三、吳顧問凱勳：本條文未對各方代表之名額加以規範，故成員代表有幾種並不重要，惟專家並非代表，而由主管機關聘請，不宜與有關機關合併，因期盼其為超然地位，而其餘成員大多為利益團體之代表，若發生利益衝突時，可為之折衝，故不贊成將專家學者與有關機關合併。

- 四、柯主任木興：立案要點對組成成員之規定，係為專家學者，因學者重理論，而專家則重實務，兩者均應列為代表。
- 五、石副署長曜堂：代表加入「學者」。
- 六、楊處長漢涼：本條未分成二條之原因，在於第二項諮議委員會並無隸屬機關，惟考量其係由各機關代表組成，而主管機關為被動接受，其位階可能為主管機關之下，但為隱含中立性，故未標明，若獨立為條文，即須標明隸屬關係，但不希望明列，以保持中立性，故未另成一條。

第四條及第五條（無修正意見）

第六條

- 一、徐專員廣正：中華民國國民須設籍六個月以上，方具保險資格，但受僱於公、民營事業機構之外國籍員工，卻無設籍期間之限制，是否厚外國人薄本國人？請再研究。
- 二、吳顧問凱勳：原先條文僅規定新生嬰兒不受設籍期間之限制，後因公、勞保被保險人合乎保險資格當日即可加保，外籍員工亦同，若全民健保定有設籍期間之限制，將與現行規定有差距，且考慮去國多年而回國服務者，若受設籍期間限制，將會形成六個月無醫療保險或須由雇主提供醫療保障之情況，但根據國際公約，外國勞工應給予本國人待遇，現如此規定，係將其與本國人作同等考量，僅排除離國多年，卻欲一回國即享受醫療照護者，對其餘被保險人不公平，故非厚外國人而薄本國人。
- 三、林秘書長茂泉：可否將六個月設籍期間之規定移至他處，否則易使人誤解，本國人為何要有設籍期間之限制，且第十一條又規定離境六個月要退保。凡中華民國國民均應參加保險。
- 四、戴科長桂英：第十一條之規定，係屬少數須退保之特殊情形，而第六條則為規範一般之情況，即排除離華多年，平時未繳保險費，重病時回國接受醫療給付

者，以免在臺居住之國民因而增加負擔，故設籍六個月之規定留在第六條可能較適宜。

五、陳顧問雲中：個人覺得六個月之期間相當合理，因保險究與救助有所不同，保險應先盡義務，方能享權利，以日本為例，外國人須於日本居留滿一年，才能參加國民健康保險，故以六個月設籍期間規範本國人，應無不妥。

六、林秘書長茂泉：如此，可否將條文文字調整為，凡中華民國國民均應參加本保險，但有下列情形者（如不繳保險費、離開六個月、外國籍）等，不能參加。

七、戴科長桂英：條文文字已作修正，已無「外國籍」之文字。

八、吳顧問凱勳：將林秘書長之意見化為文字，即：「凡在臺閩地區之中華民國國民均應參加本保險，除其新生嬰兒及合於第八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外，均應受設籍六個月以上之限制」，但意義似無不同。

九、劉處長見祥：從實務觀點，本條文之目的，在於預防平時不繳保險費，有病時才回國治病之情況，但若其成為第八條第一項第一款第一目及第二目被保險人之眷屬，即可不受設籍期間之限制，又如返國無業者，若於限制設籍六個月期間生病，即無法得到醫療照護，而其可能為真正想回國服務者，故六個月期間之限制，未能達到預期目的。建議在不會造成社會負擔之情況下，似可考慮刪除此項限制。

十、吳顧問凱勳：各位之意見，可否由規劃小組再作深入探討。

第七條（無修正意見）

第八條

一、姚專員培和：第一類被保險人之資格，建議修正為「編制內之專任人員」。

二、吳顧問凱勳：

（一）第一類第一目之被保險人，為何未加「編制內」之理由，係全民健保實

施後，應解除公、勞保現有之規範，因尚有其他非編制內之員工適用本條款。機關編制外之員工，亦須透過投保單位辦理全民健保之投保事宜，例如本署現雖有參加公、勞保等不同保險者，但全民健保實施後，均須於本署投保，若加上「編制內」，則非本署編制內之員工即無法適用本條款，故未如此規定。

- (二) 第一類第一目被保險人包括公職人員，建議將其單獨列為一目，方不受「有給、專任」等之限制。
- (三) 第(二)目「事業、機構」，建議刪除「、」。
- (四) 第(四)目被保險人，建議單獨列為一類，因其須自付全額之保險費。
- (五) 第二類第(二)目被保險人，現行勞保係規定現任者不能加保，須為被解僱或未於船上工作，而在臺居留者，方能加保，故本目建議加上「曾為外僱」。
- (六) 第四類被保險人為低收入戶者，但低收入戶若被安置於社會福利機構，即被取消低收入戶資格，如此歸於何類？若要歸於第四類被保險人，則須加上「安置於社會福利服務機構者」，但如此規定，將形成所有被安置者均為獨立之繳費單位，增加政府財務負擔，應如何處理？
- (七) 第五類第(一)目，建議將「(含)」刪除，改為「、」，但其餘非行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之反共義士及前國軍返臺人員即無法被包括，其身分相同但待遇不同，是否會有不公平之問題？若所有之反共義士及前國軍返臺人員均能被含括，是否應刪除「行政院國軍退除役官兵輔導委員會受託照顧之」之文字。

三、呂技正鳳藻：韓戰來歸反共義士及滯留大陸前臺籍國軍返臺人員，均無法具備榮民資格，只要能與榮民同等納入全民健保，文字如何修正，無意見。

四、劉處長見祥：第二類第(二)目被保險人，現行勞保規定，僅限於在臺無工作或休假中者，全民健保實施後，若與其餘被保險人之保險費計繳無差異，應可列為地區團體之被保險人。至於榮民，建議刪除括弧內之文字，而於施行細則再作規範。

五、吳副主任委員忠立：

- (一) 第一類第(二)目中「事業、機構」不宜刪除「、」，因若加以刪除，將變成僅有一種定義，而醫院是機構而非事業，本目即無法將其納入。
- (二) 榮民之定義，雖可於施行細則中加以擴大，但若與輔導會之定義有差異，並不妥適，贊成吳顧問之意見，刪除「(含)」，改為「、」，或另成獨立之二目。

六、羅召集人紀琮：第一類第(二)目之被保險人不受設籍期間之限制，而第(三)目之被保險人卻有居留六個月之期間限制，兩者如何區別？目前對公、民營事業機構並無明確之定義，如何防範掛名加保之漏洞？

七、劉處長見祥：在達成全民健保時，排除極少數人，卻無法達到真正之目的，既已為全民健保，應無須在意少數特殊者。

八、羅召集人紀琮：以美國之社會福利為例，許多中國留學生，將其父母送至美國領取救濟金，而其在中國擁有龐大產業，造成美國政府相當大之財政赤字，全民健保應預先防範此種情況。

九、林秘書長茂泉：第八條第(二)目之被保險人，不受設籍期間之限制，易將國外生病之親屬帶回國內治療，故不反對以此規定防堵漏洞，惟可能會使外國人無法理解，為何本國人須有設籍六個月之規定。

十、楊處長漢源：六個月設籍期間之限制，受其阻礙者並不多，僅為一種精神。

第九條

一、陳顧問雲中：眷屬中之子女，是否限制於「專受被保險人扶養」，對保險財務之影響很大，而本條文似未如此限制，個人覺得不妥，應考慮財務負擔，建議子女應以專受扶養者為限。

二、吳顧問凱勳：陳顧問之意見，原考量比照公保現行之規定，後因認為太複雜，故以「未從事工作者」加以限制，亦即無工作之眷屬，被保險人應負扶養義務，如此即能涵蓋多種限制，較為適當。

- 三、陳顧問雲中：如何界定「未從事工作」？如無一定雇主之服務業或晚上擺地攤者，是否為「未從事工作」？解釋上可能會引起爭議。
- 四、劉處長見祥：就實務而言，「未從事工作」會造成投保單位認定之困擾，執行面會有問題。
- 五、吳顧問凱勳：此一問題，應考量兩點：一為子女若能以「專受扶養」及「未從事工作」之雙重限制更佳；二為不宜因全民健保之實施，造成國民戶籍上之困擾，即使以「專受扶養」，亦難以界定，擺地攤之子女，若歸至地區團體亦不適宜，但若為職業團體被保險人之眷屬，又會增加職業團體之負擔，如何使其應為被保險人，而能不逃避責任，應為眷屬者，亦能被納入。
- 六、吳副主任委員忠立：父母、子女已含括在二親等內，是否刪除「父母、子女」修改為「直系血親二親等以內親屬」。
- 七、吳顧問凱勳：父母、子女皆為二親等以內之親屬，「直系血親二親等親屬」可改以列舉式方式規定。
- 八、柯主任木興：眷屬未包括曾祖父母，是否適宜？
- 九、郭副秘書長永雄：建議眷屬定為被保險人負有扶養義務之父母、子女、配偶及直系二親等親屬，若子女已成年或已就業時，被保險人即無扶養義務，而可予以排除。
- 十、吳顧問凱勳：父母可作如此規定，因可能育有多位子女，但未成年子女無不專受父母扶養，故不宜如此規定。
- 十一、陳副理益昌：條文上可以「未成年」設限，細則上再增加受禁治產宣告，殘障等已成年子女，如此，即可免除認定之困難。
- 十二、徐專員廣正：「第四類及第五類之共同生活之親屬」，究係指第一類至第三類被保險人之眷屬或直系血親二親等親屬，可能會有混淆。
- 十三、吳顧問凱勳：本條文原規定為「家戶人口」，後因非為親屬者亦可為家戶人

口，範圍太廣，故修改為「親屬」，且須為共同生活並未從事工作者。

十四、楊處長漢淙：眷屬之定義，原先考慮比照公保之定義，即未成年、或成年但在學者，後因無法含括已屆工作年齡，但為殘障者或完全無工作能力者，或年老之父母等，故以「未從事工作者」作為規範，於施行細則上再訂定其條件及狀況。

第十條（無修正意見）

第十一條

一、劉處長見祥：參加軍人保險之女性，並無生育之醫療給付，其生育醫療如何處理？

二、羅召集人紀琮：女性軍官可於軍方醫療院所獲得生育照護，不會有問題。

第十二條至第十四條（無修正意見）

第十五條

一、姚專員培和：請說明保險費率之範圍為何。

二、羅召集人紀琮：曾作過多種模擬計算保險費率，將於送院前確定範圍。假設勞保投保金額不低報及投保金額分級表之上限可上調，則所需費率為百分之八至百分之十二之間。

三、吳顧問凱勳：決定保險費率之因素有二，一為醫療總費用，一為總投保金額，後者愈大，則費率愈小。

四、羅召集人紀琮：政策規劃者，須對所有資料作充分分析，惟現行資料，如勞保投保薪資低報情況能改善之程度，財稅中心提供之資料能給予之幫助等因素，皆無法確定，故現即提出保險費率數據，是不負責任之作法，何況本小組僅負責分析資料，而非制定政策。

第十六條

- 一、羅召集人紀琮：原先規定採二十五年評估期精算費率，不明白為何將之刪除，可能係有些人無法瞭解之故，但此為重要概念，若予刪除，不知對財務產生何種影響，且費率之調整，即無根據。
- 二、劉處長見祥：本條文未規定第四類及第五類被保險人之費率，第三類被保險人之費率亦應先明定。
- 三、戴科長桂英：第四類及第五類被保險人係依戶、眷口、所得及財產直接計算保險費，非依投保金額乘以保險費率計算，第三類被保險人之保險費計算方式，則尚未定案。

第十七條（無修正意見）

第十八條

- 一、姚專員培和：為維護公保被保險人既有權益，仍希望全民健保對公保被保險人仍採以現行公保採用本俸計算保險費，因若以薪資所得計算，增加之保險費，可能由被保險人負擔或轉嫁由政府財政負擔，即須調薪，但六年國建強調不增稅，請考量。
- 二、羅召集人紀琮：保險費 = 費率 × 投保薪資，再按分擔比率繳交保險費。若因以薪資而非本俸計算保險費，造成保險費增加而要求調薪是不適當的，例如物價並不會因未調薪而不上漲，且精算費率會預先公告，國庫亦須預先編列預算，精算報告或財務報告，均須經行政院核定並同意，此一費率為合理可行的，方才公告採行。被保險人享有全部之福利，卻只付三分之一之費用，應不會有大問題。
- 三、姚專員培和：今年部分公務員之調薪幅度，因子女眷保之開辦而抵消其增加之薪水，引起相當之反彈。
- 四、羅召集人紀琮：調高薪資與降低保費兩者無法兼得，應作好宣導溝通工作。

- 五、郭副秘書長永雄：第十七條係規定投保金額分級表由主管機關擬定，第十八條則規定投保金額，受僱者為其薪資所得，是否與勞保現行規定相同？以薪資所得為投保金額，對公務人員也許較易認定，但以勞基法規定之薪資，每個月之薪資均係變動，勞保局為解決此一問題，僅能以六個月平均薪資為投保金額，全民健保若再如此規定，亦會重蹈勞保以多報少之覆轍，且投保金額多寡與醫療給付之受益並無關聯，故應儘量予以固定，否則事業單位每個月皆變動之薪資，如何克服？
- 六、羅召集人紀琮：醫療給付確與投保金額無關，但因全民健保為社會保險，須按能力收費。無固定所得者，應一年申報一至二次之投保金額，而投保金額分級表，將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」調整上下限。

第十九條

- 一、郭副秘書長永雄：農民之投保金額應採甲案較固定，且易於計算，權利義務亦較分明，但應防止以多報少之弊。
- 二、張科員素敏：到目前為止，健保小組尚未提出甲、乙兩案確實之保費負擔金額及保險費率，故暫時持保留意見，俟確定後再表示意見，但目前甲案將公保被保險人之薪資平均計算在內，已較現行農保之投保金額為高，如此將會增加農民之負擔，農民是否有負擔能力，請再斟酌。

第二十條

- 一、陳顧問雲中：此條文引自勞保條例之規定，即投保金額之調整，在於投保單位是否願主動申報調整，若其主動申報，等於增加本身之負擔，故常造成投保金額以多報少之情況無法消除，建議參考日本健康保險之規定，投保單位有配合調薪，每年全面調整一次投保金額之義務，此外，尚有不定期之調整，即於被保險人之薪資超出適用之投保金額分級表二級以上，即應申報調整，如此可防止以多報少之弊，對未來全民健保之財務有相當大之正面影響。

- 二、郭副秘書長永雄：調薪不一定是調高，亦有可能減薪。將全民健保定位於社會保險，即能力高者，應負擔較多之保險費，但被保險人若少報投保金額，即可少繳保險費，而享有之醫療並未減少，故投保金額之低報，不一定全為雇主之責任。全民健保注定要虧損，因未考慮依商業保險之精神，對高齡者及風險大者收取較高之保險費。
- 三、羅召集人紀琮：勞保局目前最感困擾者，為投保薪資調整之問題，若調整之主導權在保險人，確可減少行政手續。郭副秘書長所言，全民健保未依商業保險精神，以風險之大小、年齡之高低收取保險費，注定虧損之問題，可以綜合所得稅申報資料，查核勞資雙方夥同作假之情形，勞保局曾作查核，全民健保亦將借助電腦及財稅資料查核投保金額，以改善現況之弊端。
- 四、陳副理益昌：薪資所得包括考績獎金及年終獎金，但兩者均非固定所得，是否應規定將其平均於每月之薪資中，否則發放當月若為調整投保金額之時間，必使六個月之投保金額皆偏高，因而須多繳保險費。
- 五、郭副秘書長永雄：雇主雖可將年終獎金以費用列支，但在勞基法是否為薪資？若以稅捐機關之資料作為投保金額，是否會抵觸勞基法？
- 六、羅召集人紀琮：薪資理論上應包括獎金及其他所得，各位擔心投保金額提高會增加保險費，其實負擔不會因此增加，因投保金額加大，保險費率會下降，故真正負擔並無差異。

第二十一條

- 一、陳副理益昌：本條包含第四類及第五類被保險人之保險費計算方式，第五類被保險人為最難收到保險費之群體，若其不繳保險費，而政府又無義務為其支付，發生之呆帳，如何處理？又以新方式計繳保險費，理論上或許可行，但實際執行上，能否作到？請詳加評估。建議先與勞保局及公保處實際承辦人員研商此一規劃構想之可行性，在國外可行，但本國不一定可行。

二、羅召集人紀琮：

- (一) 規劃小組曾花許多時間瞭解外國如此作法之原因。但是否有既能收到保險費，又能反映所得能力，達成所得重分配之目的，且節省行政成本，又可防止雇主將其受雇者推到地區團體投保，以逃避應負之責任等多重目的之收費方式，請各位先進表示卓見。至於本條文規定之作法是否可行，事實上個人亦頗為憂慮。
- (二) 我們設計之基本理念是將地區團體當作一個特殊群體，視其應負擔之醫療費總額，依總戶數及總人數分攤。即將地區團體所有人皆當成個別之繳費單位，類似人頭稅之精神，以分攤地區團體所需之醫療費用。但僅如此規定，即無所得重分配之效果，故再分為基本負擔額及能力負擔額，能力負擔額又分為房地產及所得。基本負擔額原定為百分之八十，但為考慮所得能力，且財政部表示，若能力負擔額僅占百分之二十，則無須如此大費周章，而財產可當成參考指標，故其建議此一部分可占百分之四十。目前日本能力負擔額占百分之五十，韓國為百分之四十。現因我國財產較易掌握，故我們財產占率較高，即按戶、人、財產及所得四種指標收取地區團體所需費用。至於能力負擔額無法查核，或有拒繳情形，應不致產生困擾，因精算費率時，即已考量保費收繳率之問題，理論上不繳保險費，亦不應享有醫療給付，不致增加其餘被保險人之負擔。若不繳保費又能享有醫療給付，其他國民之費用須增加。

第二十二條

- 一、郭副秘書長永雄：本條原僅列甲案，現列甲、乙、丙三案，可能係考量各方意見，但各國保險費負擔，大多為甲案之比率，雇主負擔保險費雖為其社會責任，但不應比其他國家負擔更重之保險費。
- 二、財政部代表：貴署署長至本部溝通時，亦希望採甲案。
- 三、吳顧問凱勳：
 - (一) 第一類被保險人中，自營作業者與自行執業者須自付全額之保險費，是

否應自成一類？

(二) 為使保險人能有查核財產所得等資料之依據，建議增列本條文：「保險人為查核保險對象申報之各類所得、房屋、土地、財產，得向有關財政單位借調、查閱、影印，取得有關賦稅資料」。

四、財政部代表：課稅資料為財稅中心之權責，非屬國庫署，請再與之協調。

五、劉處長見祥：贊同甲案，但應有階段性措施。

六、姚專員培和：希望兼採甲、乙案，以顧及現實性。

第二十三條

一、郭副秘書長永雄：投保單位於月底扣繳被保險人之保險費，而須於次月五日前交給保險人，對其作業時間是否過於緊迫？且有於次月五日發薪之事業單位，如何處理？

二、羅召集人紀琮：因擔心地區團體保費收取困難，若將繳費時間延後，形成免費享有醫療給付之期間加長，最後可能變成呆帳，故適度縮短繳費期間。大部分之事業單位於月底發薪，且有十日之寬限期，在此期間繳費者，不予處罰，即已考量特殊情形者。

三、劉處長見祥：農保目前採半年預繳方式，此種規定相當良好，勞保因未有此一規定，致少數不健全之職業工會，其承辦人將勞保費捲款潛逃，且被保險人不太可能每月至投保單位繳保險費，故應考慮農保現行之繳費方式。

四、蔡主任淑鈴：本條第四款規定，第五類被保險人之保險費，係由保險人每年寄發通知單至投保單位，再由投保單位轉發被保險人繳費，此種規定係基於全民健保一開辦，即能完全掌握被保險人資料之假設，但地區團體保險費之計算如此複雜與困難，及地區團體被保險人是那些人目前均未知，未來執行是否會有問題？又允許被保險人自行向保險人繳交保險費，如此將如同個人投保之方式，保險人如何與投保單位連繫被保險人繳費情形？兩者權責如何區分？

- 五、羅召集人紀琮：劉處長提及農保之繳費方式，可供健保小組參考，蔡主任所提之問題，全民健保施行之第一年，確有困難，但第二年即可掌握相當資訊，第一年可視情況調整，但是否應規定於本法上？
- 六、蔡主任淑鈴：即使排除第一年之情況，但第一年未接獲繳費通知之被保險人，第二年可能仍無法收到通知，若因此未繳保險費時，其可以保險人未通知，故無法繳費義務，此種情況如何處理？被保險人若可直接向保險人繳費，保險人即很難對投保單位課以收繳保險費之責。由保險人通知及被保險人逕向保險人繳費之作法，是否一定可行？
- 七、羅召集人紀琮：如此設計之原因，係因勞保局認為由保險人開單之作法不佳，故職業團體已改變此一方式，但地區團體保險費之計算較為複雜，且資料之掌握在保險人，故須先由保險人核算後再通知被保險人繳費。
- 八、吳顧問凱勳：地區團體保險費之計算方式若未改變，不可能由被保險人自行計算繳費，因無法自行計算，必須被通知繳費，而通知繳費方式有二，一為由保險人計算，再通知被保險人繳費；一為由投保單位計算保險費，日本係採此種方式，因其投保單位具有被保險人計算保險費所需資料，我國鄉鎮市區公所是否有此能力，令人懷疑，且須將原集中於財稅中心之資料，分散於各投保單位，時間更拖長，而投保單位之作業須電腦化，但由投保單位分散計費，比由保險人集中計算更節省時間，兩者之間須作比較，以選擇較佳之一項。
- 九、羅召集人紀琮：將計費工作分散於投保單位，雖較有效率，但實際上不可能，因保險費之計算，須掌握所有資料，不可能分散各區由投保單位計算。既然僅能由保險人計費，能否不由其寄發繳費通知予被保險人？除非地區團體之保險費改採人頭稅。
- 十、姚專員培和：本條第二項希按被保險人實際加退保日數繳納保險費，否則將與第十四條保險效力生效日之精神相抵觸。
- 十一、吳顧問凱勳：本條第一項第四款規定被保險人得於次月五日前，向保險人指

定之金融機構繳交保險費，此一期限應予提前，因投保單位亦須於次月五日前負責彙繳保險費於保險人。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 11 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十月二十二日（星期四）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號七樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：邱瑜瑩

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	胡天榮（代）
行政院退除役官兵輔導委員會	呂鳳藻
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	（請假）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	（請假）
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	呂芳繁（代）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	莊倉江
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	王銘杰
高雄市政府	郭英煒
詹委員火生	（請假）

藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淥	楊漢淥
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	廖哲慧 林佩瑾 楊寶玉 沈茂庭

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第二十五條

- 一、藥師公會全聯會代表：有關「保險醫療院、所」之文字僅出現於本條文，餘皆為「醫事服務機構」，兩者有何區別？
- 二、楊處長漢淥：本條係指門診及住院之服務，而非全部之醫療給付，故僅能由醫療院、所提供，而其他醫事機構如藥局、捐血中心、病理中心等，不能提供此二項服務。至於為何未加上「特約」之文字，係因未來全民健保可能因納入公保聯合門診中心而有自設醫療機構，故以「保險醫療院、所」含括自設及特約醫事機構。
- 三、郭副秘書長永雄：現係以行政命令之醫療準則規範醫療給付項目，但應以法律規定較為明確，且較合乎立法精神，若以行政命令規範，個人覺得不妥。

- 四、楊處長漢源：現行法規僅勞工保險條例明文規定保險給付項目，且其規定並未十分明確，例如中醫如何支付及給付水準等，均未詳定，故採列舉式規定將不勝枚舉，因保險給付項目多於不給付項目。此外，本條文反面列舉項目較勞保條例為多，因若未將不給付項目詳列，將來恐生爭議，而公務人員保險法則僅簡要規定：「生育、疾病、傷害醫療費用由承保機關負擔」，其實施多年並未發生爭議。
- 五、陳副理益昌：公保之醫療辦法須報行政院核定，送立法院備查，故建議將「醫療準則」提升為「醫療辦法」，因其位階較高，並贊成給付項目不在法中一一列舉，以免掛一漏萬。
- 六、吳副主任委員忠立：在中央法規標準法中，「醫療準則」與「醫療辦法」兩者之位階相同。
- 七、吳顧問凱勳：
- (一) 現行勞保之醫療準則係依據勞保條例施行細則之規定，其層次較低，一般有關人民義務權利之事項，應以法律規範，而其規範方式有二，一為詳細規定給付項目；另一則為詳加列舉負面項目。現行公、勞保之規定不同，個人認為勞保對正面給付項目之規定太簡略，無法充分含蓋所有之醫療給付內容，故就目前而言，很難以如此之規定作完整之規範。
 - (二) 健保小組內部討論時，曾仿照勞保條例，對給付項目作詳盡列舉，後發現有訂不勝訂之困擾，方採今日之條文。若醫療準則層次不高，可改變其名稱，並由行政院核定。
- 八、林秘書長茂泉：有關人民權利義務雖應以法律定之，但需醫療服務者、專家學者及主管機關參與討論，因其對法令最為瞭解，若由主管機關擬定，報行政院核定，行政院未必能判斷是否為合理之規定，且時間拖長，對保險運作之效率不佳，僅係責任之分擔，故本條文如此規定頗為適當。
- 九、郭副秘書長永雄：漫無邊際之立法授權，使之成為法律代言人，是為不負責任之作法，給付之大原則應於法上規定，其他細節方可立法授權，若全為立法授

權，將成法律漏洞，且賦予主管機關之權力過大，故不贊成此種立法方式。

十、藥師公會全聯會代表：前次討論所列之條文，係明訂門診及住院之給付範圍，如此規定較恰當。

十一、徐專員廣正：

(一) 人民之權利義務應以法律定之，就目前而言，醫療準則僅係規範醫療院所執行保險給付應注意事項，純屬技術層面，與保險給付無直接關係，且係依據施行細則而來。

(二) 若採列舉不給付之負面規定，未列入其中之項目，是否均給付？如此規定與勞保相差無幾，此外，尚有介於給付與不給付之項目，如何解決？若給付項目與不給付項目無法明確界定，將會產生問題。相對原則應以法律規範，細節則可由行政命令定之。

十二、吳副主任委員忠立：醫療給付應依據母法，個人認為有必要將立案要點所列之項目，規定於本條文中。

十三、楊處長漢源：涉及人民權利義務應予立法，但應規定至何種詳細程度？如僅規定「提供門診服務」，或「門診提供之服務項目，包括診察費、護理費、藥師服務費…」，若為後者之規定方式，是否有助於民眾對給付項目之瞭解？勞保雖為細目之規定，但其位階及分類方式均有問題，故如此規定，反而較不周全，本條文已規定保險對象發生傷病及生育事故時，提供門診及住院服務，至於服務之項目及內容則以醫療準則定之，否則將其明列於法上，若有變更即須修法，反而造成困擾。

十四、郭副秘書長永雄：全民健保雇主之保費負擔相當重，若給付項目之規定為行政授權，主管機關如擴大給付範圍，保險費亦會提高，雇主負擔相對加重，互為因果關係，且全民健保之保險費率相當高，若無雇主參與，而由主管機關全權決定，雇主毫無辦法，不能僅顧及主管機關之便利，仍應兼顧勞、資雙方之權利義務。

十五、楊處長漢淙：現行勞保之正面規定，亦屬原則性，仍可無限擴大，但本法第三十一條對反面規定之項目很多，不致讓主管機關無限擴張，否則即屬違法。

十六、吳顧問凱勳：本法第十六條第二項規定：「本保險增減給付項目及給付內容時，保險人應精算其對保險財務之影響，以為主管機關報請行政院調整保險費率之依據」，為現行各社會保險所無之規定，此一規定將使主管機關不能任意調整保險給付，可為郭副秘書長稍解憂慮。

十七、楊處長漢淙：就保險管理而言，政府必會站在較保守之立場，各國皆然，即不會無故擴大給付，若其擴大給付，大多係因應被保險人之要求，為此本法第三十一條花費相當多之心力作防範，否則拖垮保險財務，政府應背負最大之責任。

決議：「醫療準則」均修正為「醫療辦法」，第二項「保險人」修正為「主管機關」，「主管機關」修正為「行政院」。

第二十六條（無修正意見）

第二十七條

一、徐專員廣正：

（一）第二十五條是否應根據立案要點，詳列門診及住院給付項目或另行規定？

（二）本條文包括急診，但第二十八條未包括，在實務上急診之定義為何？既然急診亦須部分負擔，有無必要明列？是否僅有門診才有急診？其界定是否應以至專設急診室接受醫療或須經中央或地方政府核定之急診醫療服務為限？以勞保實際經驗為例，某些醫院之夜間門診或加收掛號費者均列為急診，並依急診標準收費，且每家所定之急診時間不同，是否均予承認？如無必要，是否將「急診」之文字刪除，再於醫療準則中要求醫療院所依實際病情認定是否為急診病人。

二、楊處長漢源：

(一) 急診必然先經由門診轉往住院，不可能直接住院，最初未標明急診之理由，係因急診會產生漏洞，世界各國皆然，且無一國家能對此作良好之管理。每家醫院各有其對急診之定義，且不相同，至今仍有爭議。即使可訂出急診之定義，但醫師在執行時所持寬嚴尺度亦不一，若未規定急診亦須部分負擔，則每個人均能走此漏洞，如此部分負擔之規定，將形同虛設，故設定其基本負擔額，但免除越級負擔。我國因門診可近性高，故急診者不算多，而美國醫院因為開放性醫院，門診較不便利，致急診人數相當多。急診並不受時間限制，既然有此需要與情形，就須於條文中加以規範。

(二) 第二十五條為原則上規定，有些國家係以「醫師、中醫師、牙科、藥品、急診」之方式規定，但如此規定更加複雜。

三、徐專員廣正：

(一) 第二十五條不堅持應詳細規定，但勞保已開辦四十餘年，社會大眾對其認同感高，若加以改變，一般人民及立法委員是否能接受？

(二) 急診將會產生很大之漏洞，且實務上難以避免。急診住院涉及之醫療費用，有些醫院從病患住院起算費用，有些則將門診與住院分別計算費用。因小型醫院無中間地帶之費用項目，影響所及，保險費將會提高，此種情形雇主可能不會同意負擔，與其製造困擾，不如將其單純化。

四、楊處長漢源：從數字來看，臺北市十一家責任醫院，其中超過百分之五十之急診病人來自車禍，且皆為相當嚴重之病患，實無必要對其收取部分負擔之費用，因其為最需救助者，如此則建議刪除急診部分負擔之規定，但若有小型醫院因此，將門診當急診，則門診部分負擔即形同虛設，無法達成防止浪費之目的，故是否加以刪除，是相當困難之決定。

五、呂技正鳳藻：偏遠地區之診所要照護之區域相當廣泛，都會地區則因家數密集，所須負責之區域較小，故偏遠地區若所有病人均須轉診，則地區醫院將會無

門診病人，因其與診所之距離遙遠，如何會有轉診之病人？而直接前往地區醫院就診，又將增加百分之五負擔，但前往診所醫療，則會降低醫療品質，建議偏遠之地區醫院直接門診者，免增加其負擔。另轉診為自由轉診，但是否須逐級轉診？

六、楊處長漢源：臺灣地區目前有七千六百七十家診所，七百四十家醫院，其中醫學中心有十一家，區域醫院四十四家，故轉診情況將會與呂技正所言相反，即住於醫學中心附近者，仍須經診所轉診，不方便之情況會發生於都市而非偏遠地區。轉診不須逐級轉診，但非由病患自行判斷，須由醫師決定轉診醫院之層級。

七、呂技正鳳藻：一般榮民醫院大多位於偏遠地區，且榮民多居住於此地，若須轉診，則須至遠方之診所門診，無法就近於榮民醫院就診，延誤就醫時效並增加患者奔波。

八、楊處長漢源：大部分榮民醫院屬地區醫院，百分之二十之部分費用約七十五元，百分之二十五則為九十四元，其間相差約二十元，金額雖不大，但應考慮是否須有轉診之精神？

九、戴科長桂英：厚生會於花蓮舉辦說明會時，曾被詢及有無「僅有醫院而無診所」之鄉鎮，如果有，則本條文應作彈性規定。

十、楊處長漢源：第二項最一句修改為「但急診及基層醫療院所不足地區門診者，不在此限」。

十一、郭副秘書長永雄：贊成轉診制度及部分負擔，但希望全民健保實施後，醫療院所之權力不能太大，即應規定不經轉診者，醫療院所不得拒絕診治，但可增加費用，否則對保險對象之健康有很大之阻礙，因有些醫院只接受轉診病人，拒收未經轉診者。

十二、徐專員廣正：

(一) 目前規劃之轉診制度，仍為垂直之向上逐級轉診，並未向下轉回。又為

實際需要，是否考慮水平轉診，因為有些區域醫院之科別不足，又不需要轉往醫學中心，應可開放水平轉診。

(二) 有些基層醫療單位浮濫開具轉診證明，讓保險對象能越級就醫而不須增加負擔，並藉此收取額外費用，應設定機制防止此種弊端。

十三、楊處長漢淙：轉診之精神，係希望病患經由基層診所醫師之建議，轉往適當層級之醫院接受醫療，但此為第一次就診時方須如此，第二次即無此限制，另出院病人作門診追蹤時，應視同轉診。勞保原規定五、六家轉診醫院，即不經轉診者不予給付，但醫院拒收病人之原因，可能係因收容量不足或怕麻煩，此應於醫療法中規範。

十四、戴科長桂英：前面幾位代表所言之現象，均來自勞保對幾家轉診特約醫院不得直接收治非轉診病患之規定，但現已取消此種規定。

十五、徐專員廣正：以急診為名就醫，可比正常轉診者少付部分負擔之費用，尤其轉診之目的，實際在住院。

十六、楊處長漢淙：若門診部分負擔採定額方式，以急診方式就醫將比較划不來，因臺大醫院門診約三百三十元，轉診者約二百元，相差一百三十元，加上五十元之轉診單費用，只差八十元，若其願意節省八十元卻因此增加麻煩，法令無法禁止。

決議：第二項最後一行修正為「…。但急診及基層醫療院所不足地區門診者，不在此限。」

第二十八條

一、胡副處長天榮：門診急診可設部分負擔，但應排除傷害之情況。至於住院之部分負擔，甲案應有必要存在，因病人不經轉診直接至醫學中心住院，應負擔百分之二十而非百分之十之費用，如此保有分級轉診之精神，故甲案仍有存在之必要。

- 二、楊處長漢源：部分負擔之排除於第二十九條規定，如洗腎病人、嚴重車禍或接受放射線治療之癌症病患等，均可免除部分負擔。醫學中心平均每日住院費用在三千元以上，地區醫院則約為一千元，同樣百分之十之部分負擔，醫學中心每日須負擔三百元，地區醫院則僅須一百元，負擔已有差距。
- 三、時科長玉珠：第二十八條部分負擔比率，係依急、慢性病房劃分，但一般醫院係依病房住院人數區分病房等級，在給付金額方面，兩者有無差別？
- 四、楊處長漢源：醫院病房之單人房或多人房，應視醫療需要之安排，但現國內將其依價格作區分，而現行保險給付未規定保險病房設置基準，致使醫院提升病房等級以收取超等差額，且差額愈收愈高，其原因一為病房費支付標準太低，另一方面則因未訂病房設置標準，本法「保險醫事服務機構」章，將規定保險病房之設置標準及其占總病床之比率。
- 五、郭副秘書長永雄：
- (一) 乙案之精神，因門診已有轉診之機制，故不再依分級醫療規定不同負擔比率，惟勞委會代表表示，乙案僅依病房種類及住院日數設定不同負擔比率，保險對象即使逕往醫學中心住院，亦不須加重負擔，不公平。
 - (二) 因職業災害而發生之門診或住院是否亦須部分負擔？若是，依勞基法規定，此一費用應由雇主負擔。
 - (三) 普通傷病如車禍，仍須部分負擔，但一般受僱者是否負擔得起？故討論第二十九條時，應考量如何放寬免除部分負擔之情況。
 - (四) 乙案不考慮加成負擔，將使有辦法住醫學中心者占便宜。
- 六、楊處長漢源：保險對象不是有住院意願即能住院，須經醫師開發住院許可單，以臺灣之情形，大型醫院對於住院許可單之開發較為嚴格，小型醫院則較寬鬆，甚至未加控制，甲案可促使保險對象經由門診轉診，但有時確有必要直接前往醫學中心住院，卻須負擔相當大之差額，且大小醫院住院之常規檢查項目及費用不相同，有無必要再有差額負擔之規定，應加斟酌。至於職災保險之醫療如何處理，頗感困擾，因勞保職災設計與一般傷病完全不同，而公保並無職災

保險，若將來全民健保開辦後，勞保仍維持職災保險時，其醫療應如何處理？若由全民健保代為處理，則勞保之保險費應重新設計，因職災保險之保險費係由雇主負擔，其次，醫療院所如何查核保險對象是否具有勞保身分？而公營工廠亦可能發生職業災害，但公保無職災保險，又應如何處理？職災保險發生之金額雖不大，但問題相當複雜，個人認為其現金給付部分仍歸職災保險，醫療給付部分則併入全民健保為宜，否則保險作業將會相當困擾，另涉及第二十九條職災之部分負擔究應採免除或核退方式，因職災僅能事後認定，而醫院如何認定傷病是否由職災造成？故僅能採事後核退不能採免除方式，否則將增加醫療院所收取部分負擔之困擾。

- 七、羅召集人紀琮：一般均認為部分負擔之目的，在於防止醫療浪費或濫用，但除此之外，尚有二個原因：一為受益者付費，一為加重自己之保健責任，因自己之疏忽，不但自己受損，且可能引發外部效果，造成別人之負擔，故部分負擔之規劃亦應考慮此二種因素。
- 八、楊處長漢源：本條個人傾向採乙案，因住院轉診須於門診時考慮，且非由病人決定而由醫師決定至何種醫院就醫，但僅於第一次就診時作此要求，若為持續性治療，則部分負擔應回歸正常百分比，否則應於醫學中心就診之重病者，卻給予差額負擔，造成難以負擔費用之狀況，並無法達成轉診制度，但對部分負擔之規定，究係一種精神或處分？此為甲乙案不同之理念與設計。
- 九、臺灣省政府代表：部分負擔比率多少並非問題，問題在於一般民眾對部分基層醫師沒有信心，若能有信心，自然會至基層院所就診。
- 十、郭副秘書長永雄：甲案係避免不經轉診就醫，故加重負擔比率，偏重於防止醫療浪費，乙案則為懲罰性規定，即住院日數愈長負擔比率愈重，但此與防止浪費之立法精神不符，在資本主義之歐美國家或許可行，但全民健保係強調為社會保險，故對乙案之立法精神，個人深不以為然，因其為商業保險之精神，而對病人加以處罰，如何自圓其說？否則即應採商業保險，對風險高之保險對象收取高費用。

- 十一、楊處長漢淙：甲案方有懲罰性，乙案則無，因第二十九條對真正重病者有免除部分負擔之規定，非真正重病者，不須於急性病房住至三十日，目前醫學中心如臺大醫院、榮民總醫院有相當高比率之病人住院超過九十日，亦即一般住院均擠在大型醫院，因此，乙案之設計，重大疾病從住院第一日之費用即予免除，甚至包括其門診費用，但可轉至慢性病房，故慢性病房前三十日之住院，不須負擔部分負擔，即希望以鼓勵方式取代將病人強制趕離急性病房。目前急性醫院平均住院日為十日，但臺大醫院為十六日，榮總則因有榮民醫院，所以情況較佳，但要勸說榮總之病人轉往榮民醫院卻不容易，因兩者皆為免費醫療，但其病情已無需給予醫療幫助。
- 十二、羅召集人紀琮：郭副秘書長以雇主立場考量，但醫療費用係由保險費或部分負擔支應，保險對象就醫時繳交部分負擔之費用，意願較高，但若要其繳交保險費，可能意願很低，故若排除部分負擔，則所有醫療費用均須由保險費支應，但絕大部分之保險對象並不使用醫療資源，卻須補貼少數使用者，故若未對其加以限制，保險費就必須提高。
- 十三、楊處長漢淙：許多國家規定住院日數之上限，如美國之 Medicare，限制九十日，但此在臺灣無法實施，因難以讓民眾接受，可能會引起甚大之反彈。故真正擔心乙案者，非設計上之問題，而是醫療體系能否配合，亦即有無足夠之慢性病房，但甲案即使住院日數長久，亦僅須負擔百分之十之費用，無法鼓勵病患轉往慢性病房，如此，急性病房永遠不足，而慢性病房可能永遠不存在。
- 十四、胡副處長天榮：韓國亦以高比率之部分負擔，達成全民健保，甲案除可防止醫療浪費外，並能達到分級醫療之目的，但乙案僅以病房種類區分負擔比率，則無此功能。
- 十五、楊處長漢淙：甲案無轉診功能，因病人無論住院多久，均僅需負擔百分之十之部分負擔，故無促其早日出院之誘因。

- 十六、臺北市府代表：臺北市曾作疾病住院調查，發現住院六十日內之病人占百分之六十，超過六十日者，占百分之三十，故可以六十日作為劃分急、慢性病房之標準，即病人於急性病房住院六十日後，就應轉至慢性病房。
- 十七、柯主任木興：應先設定急、慢性病房之設置基準，否則執行面會有問題。
- 十八、林秘書長茂泉：應考量慢性病床資源利用情形，若真正有病但醫院卻無慢性病床，慢性病者是否將因此增加負擔？
- 十九、姚專員培和：建議保險對象僅需負擔基本負擔額，即門診百分之二十，住院百分之十即可，因現行醫療網尚未建立，即使已建立，能否防止醫療浪費仍是問題，目前均從社會成本之觀點加以討論，若以個人成本而言，掛號費以一百元計，經過四級轉診，即需四百元，若遇交通堵塞，時間成本更高，但若逕往醫學中心住院，以每日三千元計，百分之三十五之費用，約為一千零五十元，百分之二十，則為六百元，其間雖相差四百五十元，卻可節省掛號費及交通成本，故作此建議。
- 二十、陳科長琇惠：本條原本為單純之規定，但因希望藉此改善保險對象之就醫行為及醫療機構之服務，使得部分負擔制度變得複雜。可研究如何使乙案更合理，因門診與住院之性質不同，住院權係操於醫院，且門診已有轉診之因素，而住院是否亦須轉診，因目前未達實施轉診之時機，冒然施行，是否會有阻力？但若朝向乙案，除須先對急、慢性病房加以界定外，尚須考慮負擔之額度，因農保條例修正草案中，最高負擔比率係為百分之二十，本法是否適度降低負擔比率？因住院有其需要性，浪費情形不多，且有部分農民反映，醫院要求其繼續住院而非不出院。
- 二十一、吳顧問凱勳：
- (一) 第二十七條至二十九條應併同考量，因目前對部分負擔之設計已非單純化，外國無如此複雜者。原先僅規定負擔比率，但於經建會第一期規劃時，即希望藉此達成分級醫療轉診制度，故又承擔另一種任務。現應考

量者，為第二十七條及二十八條，究應存在何種功能？是就醫療需求面，防止不當之醫療行為，或是透過此種制度，解決當前醫療環境生態方面之弊端，對於第二十七條及二十八條之規定解決供給面缺失之期望頗高，究竟重點放於何處，值得作選擇。

- (二) 對分級醫療、轉診、急診及慢性病之醫療設施或建立，目前尚未有良好之規範，應併同考量設計，再討論部分負擔應如何規範。
- (三) 第二十八條甲、乙案所要達成之目的不同，並非於同一基礎作選擇，故非負擔比率之問題。究竟係要透過住院部分負擔，達到分級轉診之目的，或建立慢性病醫療系統，何者較為重要？勞保原想透過甲、乙、丙表達到分級醫療之目的，但乙案即無法達成此一目的，因醫學中心仍可兼收急性及慢性病人。急、慢性病房之界定，的確有助於改善目前醫院病房濫用之現象，故醫政單位希望因第二十八條之規定，將來方有重視設置慢性病房之誘因，亦方有人經營慢性病醫院。故形成兩種方向之選擇，甲案重分級醫療轉診制度，乙案則重慢性病醫療系統之建立，乙案若不存在，即很難使慢性病房及其醫院設立，兩案之著眼點不同，應詳加考量。

二十二、楊處長漢源：非透過乙案來發展慢性病醫療設施，而是促使住院病人能更有效率利用醫療資源。一般均認為醫院應設加護病房，但加護病房僅係對危急病人作人力密集之照護，一般病人則應住於普通病房，而普通病房亦有其設置基準，若兩者採單一規定，必然相當無效率，因普通病房無須如此多之醫護人員，否則反而形成醫療浪費。再將一般病人區分為需住於急性病房及慢性病房者，慢性病房所須配置之人力最少，係基於效率之考慮。除臺北市政府代表所言外，並曾就勞保七十九年之住院資料加以分析，發現六十四萬總住院人日中，百分之四點六之病人住院超過三十日，並佔用百分之二十之病床，且可能係住於大型醫院，致使醫學中心之病床爆滿，以高雄榮總為例，原先核准設置八百張病床，結果為因應需求，已設至九百六十張仍不敷所需，在此情況下，對病情穩定之病人若無法促其出院

，急性病房即無法有效率之經營管理。對部分負擔之設計，堅持四個原則，一為減少醫療浪費；二為不能造成就醫障礙；三為行政費用不能太高，故第二十七條主張採定額方式；四為必須可行。部分負擔之設計，必須針對臺灣目前之問題，即門診集中於大醫院之門診部，故想以轉診制度解決此一問題，至於病人不信任基層診所之醫師，則應加強門診醫師之素質，此雖非易事，但若把轉診之壓力加諸病人，即須提高部分負擔之比率，第二個問題為藥費所占比率太高，但不贊成單獨對藥費設部分負擔比率，因除非所設之比率很高，否則僅會誘導病人付更多之費用，以獲取更貴之藥品，第三個問題為大醫院之住院日數太長，致使醫院無效率，係考慮這三個問題設計部分負擔。至於重病者於第二十九條已有排除部分負擔之規定。乙案之設計，希望須長久住院之病患，能轉至慢性醫院，為完全照美國 Medicare 之設計而非獨創，僅將 Medicare 限制之住院日數加長，其慢性病前二十日免費，而乙案則為三十日內，另其設有給付上限，而乙案則無此一規定。

二十三、吳副主任委員忠立：建議文字修正：乙案第一行修正為「保險對象應自行負擔之住院費用如左：」，第二項第二行修正為「…每人平均國民所得…」。

二十四、呂技正鳳藻：榮民之醫療係依據輔導條例規定，給予免費醫療，故第二十九條免除部分負擔之保險對象可否加上「榮民」？以使榮民能於輔導條例之下免除部分負擔。

二十五、楊處長漢淙：將榮民列入免除部分負擔之保險對象，有其利弊，若將其列入，可能令人產生質疑：具有類似身分之軍眷、公務人員、公務人員眷屬是否亦應比照榮民，免除部分負擔，因均為政府之受僱者或其眷屬，故應於退輔條例規定榮民部分負擔之核退辦法，給予編列預算之法源較宜。真正須考量者為急診者是否為重大傷病及職業災害之傷病，是否亦採核退方式，免除部分負擔？公保無職災保險，是否應特別規範？現行職災保險係由雇主支付保險費，全民健保若延續此種作法，其他國民之職災如何處理

？若職災之醫療給付併入全民健保，職災保險即失完整性，且責任將移至被保險人，如何對其說明？且與勞動衛生法規相違背，又如何處理？

二十六、胡副處長天榮：職災保險之醫療給付應委由全民健保代辦。

二十七、楊處長漢淙：如由全民健保代辦，將會面臨一個問題，即被保險人若被認定為職災所發生之傷病，即無須負擔部分負擔之費用，但並非每個國民皆有職災保險，故醫療院所須先查核該被保險人是否具有勞保身分，整個全民健保之作業將因此而複雜化，故是否採核退方式？

二十八、吳顧問凱勳：保障勞工職災之法源有二：一為勞基法之規定，另一則為勞工保險條例。若依楊處長所言，則會逐漸將職災保險取消，因已無法源根據，若醫療給付不認定是否為職災造成之傷病，被保險人即無法領取職災保險之現金給付，甚至整個職災保險可能難以存在，但勞工是否因此會受到損害？其實亦不盡然，因現行勞基法規定，職災應由雇主支應所有之費用，但可由勞保中職災保險部分予以抵充。若勞保取消職災保險，則此一部分之費用，仍應由雇主負擔。

二十九、林秘書長茂泉：在醫療方面，若職災另有優惠，應提出證明加以處理，在醫療上不應區分職災傷病或普通傷病。

三十、羅召集人紀琮：勞工保險現有資料，有些醫療院所未認定是否為職災傷病，而由勞保局自行判斷，故在實務上，普通傷病與職災傷病兩者之界定並不清楚，且勞保有此福利而公保無，但勞保之危險行業很多，公保則較少，故基本上兩者可分開，而由全民健保代辦職災之醫療給付。

決議：刪除甲案，乙案文字第一行文字修正為「保險對象應自行負擔之住院費用如左：」。第二項第二行修正為「…每人平均國民所得…」。

第二十九條

一、郭副秘書長永雄：「重大疾病」可否均修正為「重大傷病」？

- 二、柯主任木興：職災傷病之門診很難認定，但應詳加考量。
- 三、石副署長曜堂：請考量六歲以下之兒童，是否給予免除部分負擔。
- 四、楊處長漢源：兒童均由父母帶去診療，不會自行前往就醫，亦較不會濫用醫療服務，且其對疾病之忍耐性高忍受性低，應使其儘快就醫，絕大部分之國家，均有相同規定。
- 五、時科長玉珠：父母對孩子之關心超過自身，故大人之意願相當重要，應加考量。

決議：第一項第一款及第二項之「重大疾病」，均修正為「重大傷病」。

第三十條

- 一、羅召集人紀琮：此條若僅係為區域外醫療之核退而存在，建議以不要一般性之規定，排除所有情況。
- 二、陳副理益昌：區域外就醫之申請，且須提出收據，而在國內就醫則不會有收據，故不致有重複請領之情況。
- 三、胡副處長天榮：此條之爭議性頗大，因何謂「同一事故」？勞保有此規定，係因有現金給付。
- 四、藥師公會全聯會代表：將來實施全民健康保險後，可能會有至甲藥局拿藥，又至乙藥局拿藥，如此是否為「同一事故」？
- 五、楊處長漢源：醫療給付少有「重複受領」之情況，保險所謂「同一事故」係指同一申請案，若不同時間至二個醫療院所就診，應視為二個申請案，本條文所指之情形，係為同一傷病，不得同時申領現金給付與醫療給付。至於藥師公會代表所言，應從醫療適當性之審查來查核。
- 六、吳顧問凱勳：本條文之適用情形不多，且有些狀況可以醫療辦法處理，但醫療與現金核退間即可適用，如生育給付，不能住院分娩又申請現金核退。

- 七、楊處長漢淙：本條文不適用重複使用醫療之情況，如上午看病，下午病情加重，又至醫療院所就診，即不適用。
- 八、林秘書長茂泉：此條文可能會引發爭議，若要保留，文字應規定得更清楚。
- 九、徐專員廣正：勞保曾作同一疾病重複就診之查核，後因勞保每月之門診單超過六百萬張，負荷太大，因而作罷，故應考量勾稽之行政成本可能超過保險對象所領取之給付金額。
- 十、郭副秘書長永雄：此條之適用情況有二，一為同時於甲、乙二個醫院住院，二為同一部位作重複檢查，如再無法適用，建議刪除。
- 十一、楊處長漢淙：郭副秘書長所言之情形，應從醫療之適當性加以審查，因上述情況，可能係因醫院之設備或人員水準不足之特殊個案。本條文係從保險對象既接受醫療又申請核退現金之適當性加以評估。
- 十二、戴科長桂英：本條文若僅為「申請現金核退者不得再申請醫療」而訂定，應加以寫明，「本保險若已提供醫療服務，不得再以同一事故申請核退現金」，以免引發爭議。

決議：本條暫時保留。

第三十一條

- 一、胡副處長天榮：因緊急傷病治療所須之血液應予給付。
- 二、陳副理益昌：因第二十八條決議採乙案，而乙案限制住院日數，故對急性病房住院超過六十日及慢性病房住院超過一百八十日者，應使其有去處，故建議居家照護列入給付範圍。
- 三、臺灣省政府代表：精神科之日間住院是否不給付？
- 四、徐專員廣正：血液不給付，但成份血及血液製劑是否給付？

- 五、藥師公會全聯會代表：第四款係規定成藥、醫師指示用藥，但以本會立場贊成以正面表列給付之藥品，以保障國民用藥安全及衛生。實際上藥品分類有十三種之多，除前述二種藥品之外，其餘是否均予給付？第二十五條若能明定將藥品列入給付範圍，將來產生之困擾較少。
- 六、郭副秘書長永雄：貴署對醫藥分業之態度為何？若是贊成，則對第四款之規定似未能配合。
- 七、楊處長漢涼：第四款之規定為非醫療必要之藥品，即藥房不需醫師處方即可販賣之藥品，即使實施醫藥分業之國家亦不給付，故是否給付與醫藥分業無關。
- 八、吳顧問凱勳：第十款有關掛號費問題，目前公、勞保之處理方式不同，勞保將其視同差額負擔之來源。希望全民健保實施後，民間商業保險之保單，不宜給付此一部分，否則部分負擔即無效果。

決議：本條文不修正。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 12 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十月三十日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：林佩瑾

肆、出席人員及單位：

詹委員火生	(請假)
藍顧問忠孚	(出國)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	陳雲中
葉教授俊榮	(請假)
姚專員培和(銓敘部)	姚培和
陳科長琇惠(內政部)	陳琇惠
楚中將慶(國防部)	曲慶浩(代)
時科長玉珠(財政部)	時玉珠
劉處長見祥(行政院勞工委員會)	劉見祥 曾條昌
行政院退除役官兵輔導委員會	呂鳳藻
張科員素敏(行政院農業委員會)	張素敏
陳副理益昌(中央信託局公務人員保險處)	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興(臺閩地區勞工保險局)	柯木興
吳理事長坤光(中華民國醫師公會全國聯合會)	林茂泉(代) 甘莉莉
蕭醫師偉傑(中華民國中醫師公會全國聯合會)	(請假)
林理事長宗旦(中華民國藥師公會全國聯合會)	林宗旦
高理事長資彬(中華民國牙醫師公會全國聯合會)	高資彬
何秘書長君毅(中華民國全國工業總會)	郭永雄(代)
邱秘書長兆鑫(中華民國商業總會)	(請假)
彭秘書長光政(中華民國總工會)	(請假)

行政院主計處	(請假)
行政院經濟建設委員會	徐廣正
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	王銘杰
高雄市政府	郭英煒
葉副署長金川	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
全民健保小組	邱瑜瑩 黃信忠 尤之毅 黃偉堯 朱文敏 廖哲慧

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第二十五條(無修正意見)

第二十六條(無修正意見)

第二十七條

一、郭副秘書長光雄：我曾在某個會議中，聽到有勞工代表提出意見：病患在一般的醫療院所久經治療，未有起色，而院方也不願患者轉診，一直要等到病情危急時才肯轉診。到時，新醫院又不願接受該病患。對病患而言，是非常不公平。雖然醫療法有規定：不得拒絕診斷，但是為了解釋方便，還是建議將「不得拒絕診斷」的精神置於條文中。

二、楊處長漢源：

- (一) 醫療法中是有此規定，重覆規定亦無妨。如果有真正違規，可處以行政處分，或用不同的方式處分。但是全民健保法除了具有百分之百的公權力的執行以外，多少還兼具契約的性質。該部分可在訂定醫事服務機構特約條文時，再作考慮。
- (二) 保險機關與醫院合約時，須訂一個所謂保險病房的標準。另外，醫院應該要有保險病房的比率，亦即規範其收取差額負擔的病房比率，如果保險病房還沒住滿以前，就不能假借沒有保險病房而去住超等級的病房。如要住貴一點的病房，應該是出於病患的意願，除非病床已滿沒有辦法，否則就轉到別的醫院。工業總會所提的意見於第六章醫事服務機構再列入討論。

三、劉處長見祥：

- (一) 門診部分負擔未設上限，雖曾提及「急診及基層醫療院所不足地區門診者不在限」，但如洗腎這一類長期慢性病是否也要列入考慮？
- (二) 住院日數在九十日之上的病人實際上是非常少數，為了此少數者而訂定條文，是否會增加立法上的困難？

四、吳顧問凱勳：劉處長所提的問題在第二十九條的第一項第一款可以解決。重大傷病可加以規範，且第二十九條所訂的比劉處長所考慮的還要更廣，不但免掉越級負擔的部分，連同基本負擔都予以免除。

五、楊處長漢源：第二十七條的原先設計是定額，並無上限。現在的規定是有彈性，萬一沒有實施定額的時候，門診是不是該有上限的問題，如果部分負擔方式採百分比，就要有上限，若採用定額，就不須設上限。

六、吳顧問凱勳：劉處長所提的問題是否分成兩方面考慮：(一) 對一般病人要不要訂上限；(二) 重大傷病會累積負擔很重。若依第二十七條規定，恐怕會不堪負荷。

七、楊處長漢源：洗腎的問題可在重大傷病方面規定。上次也有人提到真正的急診

上限是在重大傷病內去規範它。真正的急診是沒有必要部分負擔。急診很難規範得很嚴謹。即使可以明訂文字，但在執行上，認定的差距彈性極大。世界各國沒有人敢誇口說所有的急診都是真正的急診。

- 八、呂技正鳳藻：榮民的醫療在榮民的輔導條例中，有榮民的傷害、疾病，免費醫療的規定。其保費也是由政府負擔。有關部分負擔醫療費用的部分，因為榮民醫院當初設立的基礎就是以保障榮民的醫療照護為任務，如果一定要設定部分負擔的話，請訂為在榮民醫療機構接受醫療者，免除其部分負擔。
- 九、楊處長漢淙：榮民可以考慮免除其部分負擔，但不是採免除方式，所以不在本法規定，而應是採核退的方法，請輔導會自行訂定辦法。個人認為低收入戶也應該用核退的方式，否則就要由醫院來認定該病患是否為低收入戶。若其在看病時，須出示低收入戶之病卡證件，就國情而言，對低收入戶者之心理不是很恰當。故對特殊人口群（包括低收入戶及榮民），宜以核退的方式，免除其部分負擔。若是還有一些困難，可採個案方式處理（如醫院以文件保證的方式，暫不收費）這在手續上比較麻煩些。但對那些特殊人口，因身份別不同，還是以核退方式較為適合，如此，在作業上都一視同仁，就不必擔心醫院會歧視，而免除心理之障礙。
- 十、陳科長琇惠：關於剛才楊處長所提的低收入戶就診時，其部分負擔應採取之方式，我覺得主席的意見非常好，事實上，以前我們司長就提到這個問題。低收入戶的民眾如果能讓他們採核退方式，也能讓他們真正體會到政府對他們有另外一層的照顧，使其有更切身的感覺。但是我們現在還在研究真正可行的方案。最主要是牽涉到一個問題，即部分負擔的最高金額到現在還不知道為多少？我們知道低收入戶民眾的經濟狀況非常的差，他必須先墊付那筆錢再去核退的話，我們怕他負擔的金額太高，他必須去張羅這筆錢，如此一來，就失去使其受惠的意義。如果將來部分負擔的最高金額不是很高，那麼在理論上判斷，其在醫療費用籌措上還不會造成很大的問題。我們覺得採核退的方式也可以列入考量。但是，儘可能不要朝這個方向規劃。如果採取我們現在的另一個腹案：

他們不要負擔金額的話，將來醫療院所對低收入戶的認定，基本上我們認為是沒有問題。因為現在低收入戶身分的確定，省市政府均列冊有案，我們可要求省市政府出具低收入戶身分證明的文件。

- 十一、楊處長漢淙：有關低收入戶及榮民身分的認定沒有問題，問題是出在病患心理上。假設醫療院所多為低收入戶診療，則其收入反而減低，因為部分負擔的收入是歸醫院所有。不能要求醫院像現在公勞農保的掛號費方式，再向保險機關申請費用。所以像這種情形，是醫院幫忙執行社會福利。就病者就醫及公平待遇的角度上來看，用意甚好。而保險費用都是由政府負擔。個人建議刪除「低收入戶」，再於說明欄中註明低收入戶或輔導會所認定之榮民及特殊人口群可採核退方式。
- 十二、呂技正鳳藻：如依楊處長所提的採核退方式，是比較合適。有方式就有條件，該符合至何種條件才能核退。核退的方式與免除結果相同，至於核退的條件，可再明確訂定。
- 十三、楊處長漢淙：刪除低收入戶，以後再於說明欄註明低收入戶等特殊人口採核退方式辦理。
- 十四、陳科長琇惠：對於第二十九條免負擔的規定，剛剛主席提到要將低收入刪除。我們列有兩款，分別是重大傷病及預防保健及生育。這些都是屬於一般的被保險人發生以上事故時，可免除其負擔。如果把「低收入戶」拿掉，在平衡性上尤其是需要考量，因為我們不知道將來部分負擔實施後，部分負擔的費用是歸於醫院的收入。如果是這樣的話，重大傷病、預防保健及生育都可以讓醫院去承擔，那麼低收入戶是不是也應該由醫院承受，目前低收入戶只有十萬人，人數不多。納入的意義比較重大。如要採核退，則第一、二款都要採核退，而不是那一類被保險人核退，那一類被保險人是由其他單位吸收。我不太清楚整個設計的理念。

十五、楊處長漢源：

- (一) 第一款與第二款的處理方式不太一樣。第一款因為是疾病別，從支付標準的作業上比較容易處理。所以將來醫療作業多少還是和疾病別有關。如洗腎，現在是免除部分負擔，假設洗腎需要四千元，就該明訂四千元。如果必須負擔百分之二十的部分負擔，該被保險人就沒理由付四千元，又再讓醫院收取百分之二十之部分負擔。付錢與不付錢是同一個機構。我認為這些都還可以從技術層面上調整。
- (二) 第二款的情形是特殊人口群的部分負擔費用由醫院承擔，因為不可能在支付制度上，特別為特殊人口群去做設計，恐怕就想從技術層面上做調整都不可能，因為該類的人口數並不大，故不反對。

十六、李召集人玉春：有關部分負擔與醫療費用之間的關係，個人認為如果把部分負擔當做醫院的收入，而這部分是與支付分開的話，會產生一些問題。如越級就醫，即未經轉診之病患，就必須負擔較高金額的部分負擔，似乎沒有特別的理由要將其多負擔之費用歸屬醫院所有。如是，我認為還是把支付標準當支付標準，其間列有一些費用是由病患自行負擔。至於前面所提的部分負擔該如何處理，我們可以再討論。剛才楊處長所提到有關低收入戶採核退方式，在許多國家對此方面都會考慮到可近性的問題。不管怎樣的金額，對低收入戶者而言，都是負擔。與其使這些人感到特殊身分與其他社會大眾有別，還不如發給他優待證。若這些錢是由醫院吸收的話，該部分或者可以依照醫療法的規定：醫院應該有百分之二的社會服務。而此百分之二是否考慮將低收入戶及六歲以下之兒童的部分負擔平衡，值得再考慮。

十七、楊處長漢源：不是所有的醫院都要負擔百分之二，僅有財團法人的醫院才如此。

十八、李召集人玉春：若我們要求醫院在這方面自行吸收的話，對於低收入戶的人口群而言，反而會被歧視。故在決定前更應謹慎考慮。

十九、劉處長見祥：

- (一) 所謂的部分負擔，如果免除的話，是由保險人全額給付，並不是醫院多了百分之二十的收入，故對醫院的經營者而言都是一樣，只不過是早一點或晚一點或拿到百分之二十的保險給付，所以涉及不到百分之二的部分。
- (二) 低收入戶部分，內政部陳科長所提意見我們應予尊重。以社會福利的立場，看怎麼訂對其政治效益最大，如果採核退方式，可能較讓他們體會部分負擔是什麼，更了解政府對其照顧的美意。世界各國中，有些國家對低收入戶的照護，是採社會救助方式辦理，而未將之納入健保範疇。有關榮民部分，剛剛輔導會代表說：榮民的身分可以認定，但榮民有高收入者，也有低所得者，由輔導會來認定，予以核退，更為恰當。

二十、吳顧問凱勳：關於剛才幾位的對話，我想澄清一些觀念上的問題。即患者的部分負擔是保險人與被保險人之間的法律約定，而不是患者與醫療機構之間的經費約定。所以才訂在保險給付一章內的條文，而醫療費用實際發生與償付多少，那是醫療院所和保險人之間的事，不能因為患者要部分負擔而影響醫療院所醫療費用的獲得。這個觀念必須澄清，否則誤導出去，恐怕醫療機構會緊張，以為「原來你們設定部分負擔，和我的收入有很大的關係，你們訂的越高，我的犧牲越多」。雖然醫療機構一向都很支持部分負擔，惟一旦有損其利益，可能會反對部分負擔。低收入戶在現行法律上可以完全免除部分負擔，惟是否用行政方法予以核退，其利弊宜由內政部詳加考量。殘障者原擬條文沒有列，不過案到行政院或立法院可能有人會提到殘障者，因此，將來需要說明為何法案內未將殘障者列入。

二十一、陳科長琇惠：關於吳顧問所提第二十九條免除部分負擔的對象，部內有個意見一直都還沒提出來，即部分負擔的對象除低收入戶及六歲以下的兒童，可能還會包括提領有殘障手冊之殘障者及老人，先跟主席報告一下。

二十二、楊處長漢淙：在作業上將部分負擔的費用當成保險人的收入，這是做得到

。若要醫療機構預先做帳，在執行層面上較有問題，如果將老年人包括進去，費用會大量的增加。殘障者方面，比較沒有問題，但是殘障者跟所得較無直接關係。重點是在如何予其就業方便、就學方便。下週本署至內政部拜訪做溝通時，將低收入戶者與殘障者採核退方式或直接免除方式的問題，將列入交換意見的項目。

二十三、吳顧問凱勳：個人意見，提供陳科長參考。如要採核退方式，我較贊成將殘障者列入，換句話說，將來核退的錢是由社會福利經費裡去承擔，不是由全民健保的費用去支付。

二十四、楊處長漢源：你現在談的三個都是社會救濟的對象，法裡就列入其醫療費用。此醫療費用則包括保險不付的部分負擔及一些保險不付的項目，如拐杖及一些特殊需要之裝備。多了一層的約束，就會減少一些醫療費用濫用。則意義就不太一樣，低收入戶及其他社會救濟的對象，部分負擔該怎樣免除或怎樣規定。是直接免除或核退的方式，我們到內政部拜會時，再列為討論議題之一。至於榮民雖然以後要設定一些條件，而且現在的榮民是要經過申請才叫做榮民。雖是退伍者才具備榮民的身分，但不會所有的人都來申請榮民的資格，因其不一定須申請輔導會幫忙，即使具有榮民的資格，但未必真正接受榮民的福利，故輔導會的榮民人數會比較少，因其有主動申請才會認定其為榮民，若無必要，就不會申請，如此退輔會就無其資料。而且榮民有多種的狀況，故以後在擬法時，於說明欄再註明榮民應由輔導會訂定辦法採用核退方式辦理。

二十五、呂技正鳳藻：目前榮民身份認定的條件比以前嚴格許多，以前是五年，現在是十年。

二十六、郭副秘書長光雄：殘廢者與老年人亦應免除自行負擔，因考慮其轉診不方便，而不是救濟的問題，且其可能尚須負擔其他醫療費用，但無法支付轉診的費用。若其附近即有醫學中心，而因行動不方便，可能就直接到醫學中心就診。故可考慮將其轉診費用免除。低收入戶則因考慮其收入低，故

免除自行負擔，故是否可考慮也將殘廢及老年人列入免除其轉診及自行負擔費用的對象？

二十七、楊處長漢源：第一款是從疾病別來規範，第二款則是以對象即人來規範。所有的人所需要的醫療層次不一樣。第一款所需要的醫療層次很清楚。第二款是說行動不方便。但殘障者未必是行動不方便，殘障者的界定很廣，如女性於四十五歲以前子宮切除也算殘障，可以領取殘廢給付，不一定全部都是坐輪椅，這是認定上的問題。如果他家住在醫學中心附近，是為特殊的例子。如果僅為了這種個案而擴大到所有的人都可直接到大醫院就診，並不恰當。其實，老年人真正要接受治療的，是比較長期的毛病，因老年人的醫療需求大概為一般工作年齡的七至八倍，幾乎都是長期疾病，其急性醫療之需求與一般人沒有什麼不同。若是將該類人口都集中到醫學中心，我覺得有問題。故還是宜以原先之規範為主，剛剛也提到住院九十日以上的病人人數不低。私立醫院如長庚醫院就很少。我曾查過臺大醫院舊的病房住院九十日以上的病人高達百分之二十八。但問題不在臺大醫院，因其也不願病人住太久，問題在於病人不願出去。所以醫療浪費是來自於病人。若問題是來自醫師留病人不讓其出院，則即使部分負擔訂得再高也沒用，而且也不公平。但若是浪費是出在病人，則該由病人來承擔。

二十八、柯主任木興：預防保健為何要列於此？

二十九、楊處長漢源：全民健康保險的預防保健服務由保險主管機關設定。比如子宮頸癌抹片檢查，就指明由特定的醫院做檢查，有些國家指定醫院做乳癌檢查，但以年齡作限制。甚至通知被保險人一年做一次或二次的檢查。即不是被保險人自己要做就做。

三十、柯主任木興：第二十八條條文中所提的「同一疾病」的認定為何？

三十一、楊處長漢源：即使一個人生了兩、三種疾病，在醫師的診斷中，還是會規範一個類別（即主要的疾病）。不是同一個疾病須負擔百分之十。指的是同一個生病期，即同時生了一個併發症的病。就保險而言，是謂同一個給

付期。但是勞保的每個給付期須用一張醫療保險單，病患住三個月，就算三個給付期，需要三張保險單。如果生病住院，病未痊癒就出院，而後又因為患另外一種病，所以又再次住院。

三十二、蔡主任淑鈴：針對第二十八條住院部分負擔，因想對於長期住院的病患具有抑制的作用，故採累進的方式來加重部分負擔。上限方面：就規劃單位而言，以每人每年的平均國民所得百分之十做為上限，即表示百分之十是每個人都負擔得起。現在前面又加上「同一疾病」的文字，即會發生一種狀況，即被保險人要核退時，必須附醫院的診斷證明書來認定其是否為同一個疾病。假定這個疾病，每個醫院認定得不一樣，則認定上相當的困難，再加上也有可能一個人在同一年發生不同類型或不同部位的疾病，整個負擔下來可能就會達到平均國民所得的百分之三十，其是否負擔得起？故如果要用「平均國民所得」及「同一疾病」的概念，是不對稱的。因為若要用「平均國民所得」的概念，則在一年內，不管其發生幾種疾病，都應將其累積起來算，不超過平均國民所得的百分之十，應該會較合理。

三十三、楊處長漢源：通常住院都是以一個給付期計算。如果是計算總費用或門診，還會訂一年的期間。有關「同一疾病」，原先設計的認定方式並不如此複雜。例如從甲醫院住院三天，再轉至乙醫院，則由甲醫院開具轉診單，註明為同一疾病。關鍵應在於「同一疾病」即「同一個罹患疾病期」是否恰當。因此，如果從急性病房住三十天轉至慢性病房再住三十天，病房與病房之間的轉換，可以向醫院要求出具轉診證明。轉診證明在作業上很容易要求得到，並無困難。

三十四、陳顧問雲中：

（一）有關第二十八條的住院費用部分負擔，此條文內為「三十日以內為百分之十，…第六十一日以上百分之三十。」若同一傷病，分次住院，則部分負擔如何計算？按目前勞保條例有關住院的膳食費，三十日為半數，若同一傷病分次住院，規定就應該從第一次住院之日起六個月內合併計算，若不這樣規定更容易造成將來在處理上很多的問題。

(二) 未來全民健保的方向，將來對職業災害、傷病的醫療，究竟是納在全民健保的體系或另有其他體系？若職業傷病也納在這個範圍，則關係到門診、住院的診療負擔。個人認為對職業災害的被保險人是不公平。

三十五、楊處長漢源：對「同一疾病期」，我們曾模擬過許多狀況，對職業災害併同的傷病也曾多次討論。將來在細部上會再詳加考慮。

三十六、吳顧問凱勳：依全民健康保險的分類，職業傷病和普通傷病的歸屬不一樣，現行的勞保有職業災害保險，而且也獨立在普通事故保險之外，其有單獨的費率及基金。但是現在勞保執行結果，職業災害的傷病和普通事故的傷病很難做明確的劃分。所以事實是職業傷病多半被歸類到普通傷病支付。而普通傷病歸到職業災害的幾乎沒有，這是現況之一；第二則為公保現在對因公和非因公的傷病，並沒有加以劃分，而一體支付。將來全民健康保險怎麼辦，可能有兩個方案：其一為維持現在職業災害的體系，職業災害保險除現金之外，仍維持生育、疾病及傷病三種現金給付，但醫療部份委由全民健保代辦，帳仍劃到職業災害保險支付。如此做是否可免除現行的缺失，或者反而增加行政處理。因為醫療機構也要單獨列帳申報，全民健保事後再通知職業災害保險分別付錢，或一起支付給醫療院所，這在體系上應與勞委會做深入的探討；其二當現行勞保職業災害保險略做修正，維持現金部分，而取消醫療部分，如此，法令即須修正，而在全民健保方面則不分職業或普通傷病。如此有一個好處，即公保的公務人員和勞保的勞工就不分彼此；若採第一案有一個缺失：公務人員的職業傷病還是由全體國民分擔費用，而勞工則由其雇主負擔費用。勞工要去負擔公務人員的職業傷病，這一點說起來不是很合理。

三十七、楊處長漢源：就勞保而言，因為辦理現金給付及醫療給付的對象相同，因此，不會有問題。現在因為公保和勞保的做法不同，所以形成一個問題。即維持現行勞保的制度，但以後醫院在診療該病患時，須再認定其為公保或勞保的身份。因該部分的錢不能向主管機關申報，但當其發生職業傷病

，卻發現其非勞保身份時，則又要向保險局收取費用。簡言之，公保、勞保對職業災害的處理不一樣。公保發生職災的比率較少，但並不代表就不會發生，除了勞保以外其他的勞動者到現在卻什麼保險都沒有。故我們於規劃時，才考量將職災害列入一般傷病的類別中。其間亦有困難之處，即因為勞工欲領職業傷害之證明，而醫院卻將其以一般傷病者處理。醫院在對一般傷病的認定上就會從嚴，而不會從寬，由此可證明。

三十八、陳顧問雲中：因職業災害、傷病假定當做全民健康的範圍的話，將來其因公死亡、職業傷病而殘廢必定須要舉證。舉證上的現金給付差距很大，這個問題涉及到七百多萬的勞工問題提供勞委會做慎重的探討。

三十九、曾科長條昌：我記得貴署與勞委會在做協調時，已確定將職業災害保險列入勞動保險體系，而非健康保險體系。如果這方面貴署看法有所變動請儘早通知本會。

四十、楊處長漢源：本署並未變動，現在討論的是醫療部分。而曾科長所提的是現金部分的職災，就是認定由貴局負責。

四十一、曾科長條昌：當時本會所提出的，即是指職災醫療部分。本會可能採取委託健康保險局辦理的方式，紀錄上也有記載。原則上還是納在職災保險範圍。

四十二、戴科長桂英：是否請您在出席會議報告反應今天的討論，在想法上有這種轉變。

四十三、曾科長條昌：有關第二十九條，產前檢查是否包括在「生育」之內？

四十四、楊處長漢源：產前檢查歸屬於一般門診。將「生育」改為「分娩」。

第三十條

吳顧問凱勳：該條文主要是備而不用，各種保險給付都有明定一條純粹醫療給付的條文，其實真正會派上用場的機會很少。但為了預防將來有一些特殊

的案件，容許其用醫療費用申請核退的方法，給被保險人的可能是現金，又要避免其於同樣地方接受醫療又拿單證來申請核退醫療費用。假設當時或事後發現為此情形的話，就可以動用本條文駁回或追償。

第三十一條

- 一、臺灣省政府代表：有關第十款「病人交通」，假使其為低收入戶的話，是否其有能力負擔？
- 二、楊處長漢源：有關交通費用的問題，爭執性很大。例如住在山地或離島的被保險人爭取政府補助其交通費用。所持的理由為：一樣是交保險費，但是政府卻未提供令其滿意的醫療機構，而使其就醫不方便。有些國家將交通費用列入補助。但若將交通費用列入補助，預算經費會大幅增加。且以後交通費用會增加的是指住在比較偏遠的國民，而不僅是您所考慮的低收入戶。
- 三、曾科長條昌：精神病患日間留院治療，勞保已納入給付範圍，本條將日間留院治療列為不給付項目，宜將精神科病人之照護排除。
- 四、楊處長漢源：對精神病者的照顧，康復期的病人處理非常困難，為何龍發堂的病人我們接不過來，是因為其要求本署填寫切結書。即保證其一輩子就醫，但依本署的立場，是儘可能幫助其就醫，而不可能填寫切結書。至於病情之嚴重與否的認定，則屬非常主觀，但基本上還是算後段，即嚴重期過了之後段，若整個精神醫療調至特殊醫療，在此所指的是一般醫療。至於對精神病患的照護可能要另做解釋。
- 五、柯主任木興：有關第三款「美容外科」所指為何？
- 六、楊處長漢源：此指為狹義上的美容，即因美容目的而做的外科。但整型外科裡，還是有美容，如燒燙傷的病人，予其補皮。此「美容外科」單純以美容為目的，如割雙眼皮、小針美容，而不是從醫療上做考量。基本上還是沿襲勞保條例。但燒燙傷的整型、兔唇縫補則給予醫療給付。

- 七、李召集人玉春：因為前面的條文都未曾提及核退現金，故建議將第三十條「保險給付，不得因同一事故而重複受領核退現金。」移至後面。
- 八、楊處長漢源：將第三十條移到第三十六條之後。
- 九、臺灣省政府代表：主席剛才所提的精神病患，省立醫院有精神病患、麻瘋病患及肺結核者，將來是否都包括在內？
- 十、楊處長漢源：除非立法明文規定「麻瘋病是由政府編列預算支付」或「結核病是由政府編列預算支付」，否則就併到該條文。「嚴重精神病患由政府編列預算」在精神衛生法已有所規定。
- 十一、林副秘書長茂泉：第六款所指的疾病需要血液為何？
- 十二、楊處長漢源：此指血本身費用，而不是血液的處理費用，而捐血中心收取五百元是處理費用。如果是向血牛買血，則該血液不付費，但買回的血液其檢驗費用則支付。現在勞保付的是從捐血中心買回每二百五十毫升為一單位的血液，每單位是五百元。但是如果血液提供者來自血牛，則除了五百元外，還加上一千兩百元的營養費。但保險機關不付營養費。現在會用到血牛的血多半為大型的公家醫院如三總、榮總、臺大，私立醫院反而不用，因血牛的出入造成醫院困擾。另外，須緊急用血而捐血中心的血不夠時，則以病患之親屬、朋友或醫院的員工來做緊急的捐血。這種供給量絕對比血牛多。「器官」亦指器官本身，而不是指檢驗器官的費用，也不是指運送包裝的費用。
- 十三、陳教授雲中：有關第八款「居家照護、日間住院」，我很擔心未來全民健保對長期療養的部份費用要承擔，按照條文來說的話，應該要承擔。若從財務面考量，為了走向人口的高齡化，為了老年人的長期療養，固然是很重要，但是這個費用對財務上會有很大的負面影響，因：（一）從財務面的考量，要不要把長期療養納入慢性病，完全接受或排除在第三十一條內；（二）將來在一般的福利機構照付。即將來福利機構要特約，假定被保險人或眷屬到

福利機構去療養，是否也納入健保的醫療給付範圍，故要不要將其排除（三）建議文字第十款「病人交通」改為「病人運送」。

十四、楊處長漢源：有關居家照護及日間住院一直是我們深感困擾的問題，亦為本署努力克服的問題。此亦與長期療養確實有關係，但長期療養很難界定其有無醫療需要性，若有醫療需要性則列入考慮。我們感到困難的是，醫療需要性的密度究有多高，難以數量化。故現在以機構做規範。如住在老人院的那些老人，完全不需醫療是不可能，但其醫療需要性的密度多高，則很難加以數量化。故現在大多是以機構做規範，個人認為勞保現在對慢性醫院不付費，因為保險機構未與醫療院所特別預約何者為急性醫院，何者為慢性醫院。但目前臺灣的醫療市場並無慢性醫院，且其規劃亦無慢性醫院，特約標準內亦無慢性醫院，故所有醫院無論人力多密集都叫做急性醫院，如果沒有區分的話，所有病患住的都是急性醫院。故現在醫院擬採急慢性之分。但有個問題永遠存在。即若付費給慢性醫院，但當病患離開慢性醫院就停止付費。如果付費給護理之家，則可以住老人院的病患就住護理之家。而付費到老人院的老人其實其中有些人可以住到護理之家。故此為一個永遠沒有答案的問題，該問題不只是我們感到困擾，同時也是全世界各國的問題。亦即醫療和社會照護分離上必然會衍生的問題。除非這個人不想住在家裡，就將其安排在機關。其實都是一個付錢的方式，只是有不同的設計，但皆為第三者付費。問題雖可減少，但費用支出會很大。我預期也許過十年或二十年，這些項目必然都可列入保險內。居家照護及日間住院不可能不列入，因如不列入的話，這些病患都住在醫院內怎麼辦，日本即為一例。故其不得不在醫院旁邊蓋了許多不同功能的設施來疏減病患人數，但如果說不付也不對，因為這也是我醫院的一部分。本署對此問題一直在考量到底如何負擔是最少，該設施的使用率如何會最高，此為我們的著眼點。法律怎麼訂定都會有副作用。原來在條文中還有「慢性醫院」，後來將該文字拿掉。因為如果將「慢性醫院」列入，則將來臺灣若無慢性醫院，則病患只好全部住到急性醫院。該問題不可能在三年或五年內解決。

第三十二條

- 一、曾科長條昌：建議將「不在本保險給付範圍」等文字修改為「不適用本保險」。
- 二、楊處長漢淙：依曾科長之建議，將「不在本保險給付範圍」等文字修改為「不適用本保險」以別於第三十一條。

第三十三條

- 一、林副秘書長茂泉：有關第二款「明顯之不正當行為」的定義為何？
- 二、楊處長漢淙：如自殺即為不正當行為，但勞保的作法是最後還是付費。
- 三、陳副理益昌：第四款「依其他法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診者」，目前公保法第三條亦有此規定。但六十三年訂定該條文迄今，尚無法執行，故此次在修公保法時，刪除該條文。以洗腎為例，雖然其領過腎臟方面的殘廢給付，但為了維持生命還是為病患洗腎，故醫療費用還是要給付，以上僅供參考。
- 四、楊處長漢淙：陳副理所言的情形，在於殘障給付不恰當，但醫療給付應該給付，這問題主要是與現金給付有關，而與健康保險無關。第四款主要是免除一些在醫療中還沒真正到殘廢的人馬上去申請殘障給付，延遲領取殘障給付的期間。
- 五、吳顧問凱動：公保當時訂有此一條文，而勞保後來也有類似條文，主要目的在於遏阻弊端，即醫師要開證明或病人要求開殘障證明，都要考量將來有無辦法獲得醫療。惟須符合「同一部位」或「同一程度」才能成為同一傷病。如果部位已經擴大了，殘障程度也不一樣，那當然不能解釋為「同一傷病」。執行的困難倒不是在「殘廢」，而是在醫療有很多醫生會應病人要求，提早為其開殘障證明書，先去領錢再說，但病患的殘障部位實際上還需要繼續醫療，因此，被保險人常有不該領取殘障給付時，就已領取之情形。固然勞保有一條規定全

殘程度領到某程度就不能再保，惟只要不構成此一情況，大家何樂不為。若是如此，則有失保險的意義，這條條文對健康保險與現金給付都具有意義。故建議仍維持該條文。

六、郭副秘書長光雄：有關第一款「不遵守本保險法令規定者」，如果被保險人不是不遵守本保險法令規定者，而是負擔不起部分負擔的醫療費用，該限定範圍是否太大？另外，「鬥毆」事件可適用第三條，但「酗酒」的定義為何？故建議刪除第一款、第二款。至於「明顯的不正當行為」，但是有些個案是人之常情，情有可原，如果這樣就不讓其享有醫療給付，該法律是否太嚴苛？

七、楊處長漢源：這幾條條文都是沿襲現有的公，勞保條例。

八、林理事長宗旦：建議維持第三十三條第一款。因目前公、勞保很多在醫師與病患方面或給付方面的條文，有法律漏洞，如深入去了解的話，有很多是故意去違反保險法令。

第三十四條

一、林秘書長茂泉：病患於就診時，可能是打架或撞傷發生的傷病，但若不據實以報，前者情況醫師為其診療後，反而須自行承擔費用，對醫師不公平，建議於原條文加上「正當理由」。

二、楊處長漢源：若根據第三十四條文，主體在於醫事機構。如果依您所提之情況經查明後，主體還是屬於保險對象，則歸於第三十三條。

三、曾科長條昌：依第三十四條的規定是由醫事服務機構自行負擔，嗣後被保險人若有械鬥等情形，依據醫療法又不得拒絕診療，但看病後又拿不到錢，因為本條規定醫事機構必須自行負擔。故是否改為「自行負責」，則可對其追索費用。

四、楊處長漢源：第三十三條係屬保險對象應付的錢，就像目前醫院呆帳一樣。

五、郭副秘書長光雄：病患受傷送醫院，醫院沒辦法證明其是否因為械鬥而受傷或

摔倒而受傷，而病患報以後者為理由，院方信以為真，為其施行醫療。而後，將來就有了雙方面的關係，最後經查明確定該被保險人為械鬥而受傷，而院方施行醫療向保險人要錢，而保險人不予保險給付是否就由醫院自行吸收。

六、楊處長漢淙：您所提的情況，應該是醫院向病人收錢，故我再三強調病患應負責任。跟現在住院病人須自行付錢而自己跑掉，即所謂呆帳，亦即醫院向病患索費或保險機關通知病患到醫院付費。

七、林秘書長茂泉：如果醫院事先知道該狀況，則課以責任是應該。

八、楊處長漢淙：這不能認定醫院違反規定，因為醫院的診療是依病患的說明描述。故不應歸罪於醫院。

九、曾科長條昌：既然醫療費用能夠追償，建議將「負擔」改為「負責」。勞、農保條例中的文字亦為「負責」。

十、楊處長漢淙：將「負擔」改為「負責」。

第三十五條

一、陳科長琇惠：有關醫療費用核退的費用標準，比如被保險人在地區醫院就診，該費用是否為地區醫院的支付標準？

二、楊處長漢淙：絕大部分是區域外就醫，即國外就醫。原先條文文字是寫在臺灣區域以外就醫，以後說不定有少數一、二家的貴族醫院不與保險機構特約。若是緊急傷病則可採核退方式處理，但若要採核退方式，則（一）須對緊急傷病定義；（二）須對核退的金額加以定義。

三、陳科長琇惠：目前在我們現行的條文中也有一些緊急傷病可以到非特約醫院就診。如果這是在臺閩地區的話，則費用並非由勞保局直接支付給非特約醫院而係採核退方式，如果是臺閩地區外就醫的話，我們現在核退有個標準，即醫學中心前三個月的標準。

四、楊處長漢源：如果依第五章規定，以後就沒有標準及單價。目前我們在訂部分負擔，不管收病房費用多少，門診費用多少，若依總額預算來算的話，變成不曉得診療費用多少。因為每次總點數是變動的，所以單價亦跟著改變，如果按照目前支付費用的標準表，每點一元，當然很清楚明瞭，診察病房費各為多少錢。只有點數，沒有錢數。總不能等病人出院後再去收取部分負擔之費用，則此不為部分負擔，未來的醫療費用是彈性，如果要去收這些費用，本身即是一個很大的問題。

五、戴科長桂英：勞農保皆規定為前三個月的平均，可規定於細則中而不必將此條文列入母法？

六、吳顧問凱動：「核退標準」宜依緊急傷病範圍、非保險醫療院所的要件，或地區為加以規範。本法如無法詳訂，建議由主管機關另訂其核退辦法，「核退標準」改為「核退辦法」較周全。

第三十六條

一、徐專員廣正：

(一) 在前面第三十條時，已經提及「不得因同一事故而受領核退現金」既然現金在第三十六條已談到「不得請領現金以外」是否還要將「核退現金」等文字放到第三十條內？

(二) 有關第三十五條，敘及「保險對象…，須在非保險之醫療院所…」，是否包括在國外就醫？因為目前有國內、外就醫的兩種狀況。

(三) 有關第三十六條是請領或核退保險給付的醫療費用。

二、楊處長漢源：

(一) 非保險醫療機構是包括國內、國外。如果要將此特別標明則在此就成為區域內、區域外。大陸地區不能認定是國外，我們所用的是保險醫療機構，沒有「特約」或「自設」之文字。故刪除「之」，即「須在非保險醫療院所」。若要核退的話，即要先申請，由投保單位申請，非由被保險人申請。

(二) 第三十六條要包括藥品，前面第三十條已經談到「不得重複受領核退現金」其實吳顧問已提過這種情形相當罕見。

三、吳顧問凱勳：眷屬將來有無可能用其名義向投保單位辦理任何手續，如無此種情況，則該條文後面所指「保險對象」可改為「被保險人」。

四、楊處長漢源：沒有死亡給付，應該不會有那種問題，除非其為深度昏迷。

五、曾科長條昌：建議文字修改「保險對象接受門診或住院診療服務所需費用」，其中「或」改為「及」，「所需」改為「之」；刪除「保險對象不得請領現金」。

六、林理事長宗旦：第三十六條將來可能會牽涉到調劑藥局，醫藥分業的問題，建議刪除門診、住院，即改為「保險對象接受醫事服務機構診療服務所需之費用，由保險人逕付醫事服務機構」。

七、楊處長漢源：我在考慮有無必要寫這條，如刪除的話，則你所提的問題就都不是問題，醫療費用的問題可在第五章就可以規範，故刪除此條文。

八、曾科長條昌：第三十五條是規範緊急傷病，但如果是在偏遠地區生育，請助產士接生的費用是否給付？

九、楊處長漢源：給付。貴局似乎也是用此種狀況去規定。

十、曾科長條昌：勞保的修正條文有加入該狀況。

十一、楊處長漢源：形成到底是去解釋緊急傷病或是明定分娩？若參考勞保條例，則本條文宜修改為「保險對象因情況緊急需在非保險醫療院所立即診療或分娩者」。

第三十七條（無修正意見）

第五章 醫療費用支付—第三十八條、第三十九條

一、曾科長條昌：建議刪除第三十九條最後一項。

- 二、楊處長漢源：可以不訂，因為在第一項就已經講明由醫療費用協定委員會擬訂，報請主管機關核定。至於說，用何種原則是作法的問題，這可以不訂，故刪除第三項。
- 三、李召集人玉春：第三項與第一項是前後呼應，第三項條文的文字是要解釋此為相對點數，故會特別說明。若不說明也能看的很清楚，不反對刪除。
- 四、楊處長漢源：刪除第三項，因為第四十一條會再提及相對點數。
- 五、李召集人玉春：有關第四十一條，原先我們討論時是整條刪掉，因為已移到前面條文。
- 六、楊處長漢源：在訂醫療費用支付標準，視以何種原則定之。可將其分成很多項，也可分成很少項，或要用「相對點數」或「絕對點數」皆可。故相對點數，沒必要本法中明定。其實醫事服務團體對第三十八條及第三十九條應多花點精神在單位內部先行討論。如果匆忙決定是很不當。因為該二條文對醫療機構影響極大，最受影響的是醫院。當總額決定後，醫院或診所的收入沒辦法完全自己控制，即提供多少服務，卻不知有多少收入。這是經營上最困難之處。有可能是別的醫院浪費卻要該家醫院分攤其責任。此外，病人的浪費也是醫療機構來承擔該責任。如醫院每年付的成本費用很低，但如果該浪費是來自病患，甚至醫院看病，也做了很多的檢查。卻又不全部在我這家醫院看病，其到處遊走各醫院，該責任還是由醫療機構承擔，這是所發生的影響。前提列了許多的因素，如果這些因素都沒辦法算得很準，這些總額預算金額會很小。另外，總額預算支付是採每年編列，各季節的情形，如果沒辦法去反應，也應該沒關係。但醫療機構的經營恐怕不一定是此種情形。
- 七、吳顧問凱勳：
- (一) 建議文字修改，第三十八條：於「本保險每年醫療給付支出總額」後加「，」；「於前一年之七月底」前刪除「之」。第三十九條「於前條醫…」中，將「於」改為「在」，「參考被保險人口、人口之組成」簡化

為「參考保險對象人口組成」。「協定本保險之醫療給付支出總額」，刪除「之」字。「前項所稱之醫療費用協定委員會」的「之」字。

(二)最後一項我考慮的是：現在的醫療費用支付標準，指的是公勞保目前所使用的點數表。將來如不再採以論量計酬，而要採以論件或論人計酬時，則須考慮保留第四項。我建議改為「第一項所稱之醫療費用支付標準，得採論件或論人方式，並得委由醫事團體訂定，報請主管機關核定」，但若將來協定委員會基於其職權範圍也可以做這件事，則第三項不訂定也可以。

八、楊處長漢涼：其整個作業上的邏輯，是先決定總額上下限的範圍。當然這範圍不能太大。範圍決定後，再去協商該費用，比如明年一月的總額費用，則須在今年的十月一日決定。十月一日決定的同時，則須去分每個區，每個區要多少錢。而每個區要多少錢，則是按照登記人口要在何處就醫來決定。登記必須事先登記。如果不事先登記，則無法算出費用。最晚一定要九月底決定我明年打算在臺北看病、臺中或臺南看病，則須在時間上配合，中間的過程中如果有異動的話，可能還要經常去調整它的異動。即人員的社會變動，亦即從這個地方工作移到那個地方工作。協定到底是事前去調或事後去調但還會涉及到那些因素。

九、林理事長宗旦：有關第三十九條提到「並擬訂醫療費用支付標準（含藥品價格表）」及第四十條「前項之門診中醫、西醫及牙醫醫療給付支出總額，應分別設定藥品分配比率」。從開會到現在，我一直覺得這些法條和現在醫院對藥事服務費方面列於條文內。雖然說其已涵蓋在醫療費用內也並沒特別註明這個項目出來。造成醫院內的藥師在這方面全部被醫院剝奪掉，對同樣站在專業服務人員的品質來說，這樣相當不公平，故我建議列入「含藥品價格表及藥師服務費」。

十、李召集人玉春：我們通常不特別去規範藥師服務費，因為每個人都認定藥師是一個專業服務。因此，大家都認為藥師服務費絕對要付，所以不會特別標明。

因為在醫療費用支付標準裡面已經規定了。且在勞保的支付標準內，也有一項是藥師服務費。這部分的錢已經規定在裡面。

十一、林理事長宗旦：但是像勞保條例規定的藥師服務費，就事實而言，藥師並未得到該費用。

十二、李召集人玉春：一般在講某一項費用，如醫師診察費，並不代表這些錢是全部給醫師。因為我們買的是整套服務，而不是只有醫師服務。在算任何一項費用，裡面絕對有一些行政成本和其他費用算進來。我們是從病人的觀點，以要得到什麼樣的服務來訂定項目。故勞保條例所訂的藥師服務費，並不代表這些錢全部要給藥師。我想這一點應該大家都能夠同意，就像醫師診療費一樣。

十三、林理事長宗旦：您的說明我只能接受一部份，其實絕大多數的藥師服務費根本一毛錢也沒有加入其服務專業內，都是由醫院視其為醫師診療費涵蓋在其內。但考慮未雨綢繆，則希望不列入母法無妨，但既然和醫療院所是契約行文，則可在條文上要求。

十四、李召集人玉春：如果在支付標準表內已經有藥師服務費，我看不出為什麼專業人員得不到尊重，至於醫院如何處理，不是保險跟醫院的契約內可以規範。醫院的管理是衛生署醫政處在管理，這和保險並無很大的關係。我覺得這是醫院管理的問題，而不是保險本身的問題。

十五、徐專員廣正：林理事長所提的問題，其實都是以前討論過，在十月十六日版的保險給付的第二十六條已明訂門診範圍，包括藥師及其他醫事服務。現在變成同樣的問題重覆的討論，因此，到底我們是否應該明確訂定，當然可能為了彈性，署裡未採此種意見。可是問題是如果訂不明確，就會形成每個人都對自己是否能在總額預算的總費用下分到他想要的那一份。基本上，訂定法律條文，是希望能夠明確的把權利與義務訂定出來。故林理事長會提出這樣的疑問。希望貴署能慎重考慮上次會議大家所提出來的意見。諸如第

二十八條上次曾說過希望合併甲、乙兩案的觀點，設法擬出具體的文字，但到了今天一看，只剩下乙案。另外，又如第三十一條內，什麼叫做醫師指示用藥，將來醫藥分業以後，醫師處方箋拿給被保險人或其眷屬，拿到藥局去拿；凡是由醫師開具證明出來的處方箋，都是醫師指示用藥。當然其本意是不需要的藥，但醫師卻要求其去買；可是如果這樣用下去，文字就很混淆不清。諸如此類問題，我們是建議能夠好好考慮，當然在立法時間上是有其急迫性，但如能在立法文字上更明確會更好，以上僅提供參考。

十六、蔡主任淑鈴：有關第三十九條，我有兩個意見：

- (一) 條文第一項內文字「於前條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」，事實上，都是用同一的名稱「醫療給付支出總額」。但其兩者之意義又不一樣，這樣很容易混淆。因為等於主管機關先訂定一個醫療給付支出總額，然後再讓協定委員會再訂一個醫療支出總額。
- (二) 條文第二項內「醫事服務提供者代表、保險付費者代表者及相關主管機關代表與專家學者各三分之一」，事實上，舉出來是四種人，可不可以看得出來「與」和「及」有何不同？是否「相關主管機關代表與專家學者」為三分之一，在中文上是否能夠真的區分出來？

十七、李召集人玉春：前面所提的「醫療給付支出總額的範圍」很可能是依據過去的經驗，參考我們國家財政的情況，訂一個範圍。故第三十八條強調的是一個特定範圍。例如某個全額上下加減百分之一當作範圍，在此範圍之內，醫療費用協定委員會根據其需求，比如醫療供給者會較希望費用能高一些，而付費者則希望其負擔應該要能付得起。故該醫療費用協定委員會則希望付錢者要答應要付這麼多錢，才可能依照這個數字去收。所以前面訂的是範圍，第三十九條則是訂金額，該金額最後還是要報主管機關核定，所以用的文字可能不是那麼的清楚。但是在字義上應該看得出來。至於「醫療協定委員會的成員組成」的確在文字上不是寫得很好，不知各位是否還有更好的寫法建議？

十八、徐專員廣正：

- (一) 建議改為「由醫事服務提供者、保險付費者代表、…」等三段式，這樣就清楚。
- (二) 第三十九條「主管機關設醫療費用協定委員會，…」，事實上，該條主要是講醫療費用委員會的功能何在。如「主管機關設」這幾個字是否有必要放於條文內，請再予以參酌。不應把該委員會的位階及功能都混淆。

十九、李召集人玉春：此指「設醫療費用協定委員會」是想要突顯後面這段工作是其來做的。因為前面都沒有出現這些文字，故須在此提及「由主管機關設醫療費用協定委員會」。

二十、高理事長資彬：若協商甚久而破裂，並無法達到總額之協議時，該「協議」是指用表決或一致的方式？或每個委員都同意才算是協議？

二十一、李召集人玉春：醫療費用協定委員會的功能，就是有人要求付多少錢付費者也同意的情況下，用投票方式就失去意義。舉例，如牙醫師在委員會內只有一位代表，那麼投票一定會輸。就不符合設計醫療費用協定委員會的原則。基本上，原先設定的精神是強迫協商，即希望大家都能得到一致的決議，這在剛開始運作時會有很多的困難，但此僅為民主的過程，我想再過一段時間，會慢慢好一點。故後面會特別寫明如果於限定時間內無法達成一定協議，該保險總還是要繼續做，故必須由主管機關進行裁定。

二十二、高理事長資彬：是否改為「一致協議」？

二十三、李召集人玉春：建議改為「無法於限期內達成協定」至於整個運作過程可以在組織規程內詳細規範。

二十四、林副秘書長茂泉：第三十八條、第三十九條是否政府先有個範圍，然後再讓他們討論？

二十五、李召集人玉春：政府不得不定範圍，是因為政府為這裡面最大宗的出錢人

。假設今天訂出壹兆元的保險費，而協定出來的數字卻無法執行，這樣就算白協定。所以這也是保障醫療費用協定委員會，不用做很多白工，而且這樣也比較合理。因為如果政府訂出範圍，表示政府也出得起相當的經費。政府根據經濟的成長，擬定一般人也應該付得起該費用，這是一個較理性的做法。另外，其中有兩個主要的因素，第一，我們有沒有辦法說有一個醫療費用協定委員會來完全決定保險費，我想大家不會同意這種說法。第二，如果不是這樣做的話，政府是不是要在這裡面扮演一些角色，目前我們的設計是遵照這樣的原則。如果大家覺得其中還有問題的話，我們可以再討論。

二十六、楊處長漢源：這裡有幾個觀念須澄清，一、要決定總額範圍。範圍應有中間數，然後才有上下限。假設以三千億元為中間數，上下限為百分之一，即總額範圍為三千零三十億元到二千九百七十億元。若上下限再加上百分之四，即為二千七百億元到三千三百億元，亦即有六百億元的彈性。若是範圍很大，就有可能會超過一千億元的彈性。彈性大，委員會之成員就會有兩種不同意見，即有的人贊成二千七百億元，有的人贊成三千三百億元。該如何拉近此一差距？另外，如果他們有那麼大的權力，可能因此，二千零六十萬人口的支出增加六百億元，就會從二千七百億元到增加到三千三百億元，故若有六百億元這麼大的彈性，這個權力就很大，在很多縣議會他們一年決定的預算大概只有十億元左右。連立法院一年的預算能夠削減下來，也無法削到六百億元。而且立法院在審查預算，平均要花四個月的時間。即使緊鑼密鼓，通宵達旦的開會，所核下來的，最多不過一百億元左右。有些部會被削減之預算約一、兩億元，有的部會每年預算才幾千萬元。其次，委員會成員的組成，該如何產生？其代表性何在？若選你當委員，如果堅持三千三百億元，但別人則堅持二千七百億元，該如何處理？但若要你讓步一、兩百億元，又應該如何面對你所屬之團體？個人較主張總額應沒有彈性，因為若有彈性，則總額協商後，尚須協商醫院要分多少？診所要分多少？醫師要分多少？藥師要分多少？如此可能半年

，一年也無法獲得結果。故總額上下限的彈性不能太大。其次，僅在文字上寫「醫事服務機構代表」，但該代表如何產生？例如醫事公會代表並不能代表所有的醫事服務機構。因為醫師服務機構還有很多類別，只要在醫院服務的人都可自組團體成為代表，光是這種人員的代表就有多少？最難的還是在於二千零六十萬的人口中，如何去產生付費者的代表？縣長算不算是付費者代表？立法委員算不算是付費者代表？如何去選這些人？產生的方式，產生的團體代表性及比例如何來界定？若是不加以訂定清楚，以後執行時會遭遇困難。如付費者代表根本沒辦法去選。有人建議以消費者基金會為付費者代表，但其不能全然代表二千零六十萬的付費者。例如以前內政部曾委託本署訂定洗腎費用，腎友會聲稱其為洗腎者之代表，但其並未要求所有腎臟病人均為該會會員。以此類推，消費者基金會也不能代表所有的付費者。醫師公會可以代表醫師，藥師公會可以代表藥師，但醫院的代表又要如何產生？這些有組織的團體，有其法定的組織程序。現在最大的問題是付費者的代表要如何產生？另外，付費者的代表產生後，其是否有責任與義務。如果代表認為只要擔任一個任期，這樣的代表提出來的意見的代表性如何？堅持的立場在那裡？又若以總工會做代表是不是就包括所有勞工之意見？那麼公務員的代表在那裡？

二十七、李召集人玉春：有關醫事服務提供者代表，我覺得不是一個很大的問題，原先在規劃這個部分的時候，已經把應該有可能的代表都列出來。比如醫院有醫院的代表，各類醫事團體有各類醫事團體的代表，我們把相關團體找來，在一定比例之下產生各類代表。我想醫師公會、牙醫師公會、中醫師公會，在這方面應該沒有什麼問題，醫院的部分應該也可以產生代表。原則上，提供者代表只是參與實際分配費用的人為代表。我們當然不會去找護理師、檢驗師或其他的部分。所以我不覺得醫事服務提供者的代表產生會有問題，比較大的問題倒是在付費者代表的部分較難產生。例如政府也是付費者，政府有那些單位，可以有一個代表或有幾個代表？而在勞工代表的部份，可以運用身份別來訂定幾個代表。因為總人數是個彈性人數

。在設定適當人數後，找到適當的代表。我想在中華民國所謂的「代表」永遠是個疑問。因為我們從來不相信有什麼代表性。如果是這樣，就都不要組成委員會，那麼我不知道過去所有需要這些代表的委員會是怎麼產生。故我不覺得這是我們面臨到的第一個問題。

二十八、楊處長漢源：界定醫事機構還是問題。談人的方面沒有問題，例如醫師多少人？藥師多少人？檢驗師多少人？放射線技術師多少人？職能治療師多少人？但是談到機構就有困難。雖然醫師因職業之故要加入醫事機構，但是醫師並不代表機構。醫師是醫師，機構是機構。若以醫院行政協會為醫院代表，但不見得其能夠代表所有的醫院。主要是該協會是由醫師自願加入成為會員，法律上並無硬性規定。除非以後，法律明文規定：所有的醫院一律要加入醫院行政協會，則其才具有代表性。除此之外，所有的保險藥局要加入保險藥局協會，再由其推派代表，因為量少，很容易看出來。有了對象就比較好規劃。所以每年都還可以辦一次全民健康保險醫療費用協定委員會的選舉。相較之下，這種選舉一定比現在醫師公會理事長的選舉還激烈。另外，大家都認為消費者代表的產生很簡單，問題是消費者所代表的團體不止一個，其本身如何產生？又如何去規範這些團體相當複雜。僅就規範保險對象而言，最初就分為十幾類，每類都包括許多不同類別的人。而這些人都須具有代表性，如退伍軍人要有退伍軍人的代表性，殘障者要有殘障者的代表性，勞工的部份又分為好幾類。農會的代表未必均以省農會的理事長為代表，且未必有代表就能代表所有的農會團體。因此主管機關聘請那些委員的影響不會很大因為所有的監理委員會委員，其本身權力很少。因為當他們必須要對幾十億元以預算經費做決定時，最需要不止是責任，主要就是權力。對於第五章醫事服務機構的條文部分，請各單位就執行層面上或其他可能發生的問題，內部先討論。下次會議從第三十八條開始討論。

柒、散會。



「全民健康保險法研議小組」第 13 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十一月六日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓第一會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：廖哲慧

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	曾條昌（代） 丁增輝
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	劉素珍（代）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣正
行政院主計處	莊倉江
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	陳珮嘉
高雄市政府	郭英煒
詹委員火生	（請假）

藍顧問忠孚	(請假)		
楊顧問志良	(請假)		
江顧問東亮	(請假)		
陳顧問雲中	(請假)		
葉教授俊榮	(請假)		
楊處長漢淶	楊漢淶		
羅召集人紀琮	羅紀琮		
李召集人玉春	李玉春		
吳顧問凱勳	吳凱勳		
吳主任憲明	(請假)		
吳副主任委員忠立	梁淑華(代)		
戴科長桂英	(請假)		
全民健保小組	邱瑜瑩	朱文敏	黃信忠
	楊寶玉	蘇春蘭	宋瑞蛟
	林佩瑾	沈茂庭	黃偉堯

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第五章：醫療費用支付

第三十七條

吳顧問凱勳：「於前一年之七月…」刪除「之」字。

第三十八條

一、吳顧問凱勳：文字修正

- (一) 第一項第一行「於前一年十月一日前…，於前條…」，修改為「於前一年十月一日前，在前條…」。
- (二) 第一項第三行「以及保險給付範圍等因素…」刪除「以」字。
- (三) 第二項第一行「前項所稱之…」刪除「之」字。

- (四) 第二項第二行「保險付費者代表及相關主管機關」修改為「保險付費者代表，及相關主管機關」。
- (五) 第二項第二行「各三分之一」修改為「各占三分之一」。
- (六) 第二項第三行「核定之」刪除「之」字。
- (七) 第三項第一行「第一項所稱之醫療費用支付…」刪除「之」字。
- (八) 第三項第三行「核定」修改為「裁定」。

二、徐專員廣正：

- (一) 因已於第二項中標明「組織規程由主管機關擬定」，故建議第一項「主管機關設醫療協定…」刪除「主管機關設」文字。
- (二) 第一項第一行「…於前條醫療給付…」修改為「前條在行政院核定醫療給付…」。
- (三) 第二項中為使醫療費用協定委員會之成員名額明顯表示，建議將「…保險付費者代表及相關主管機關代表…」中「及」字，改成「、」號。

三、陳副理益昌：第三項內容與第四十條內容重複，建議刪除本條第三項。

四、曾科長條昌：同意公保處看法，刪除本條第三項。

第三十九條

一、藥師公會全聯會代表：第二項「前項之門診中醫，西醫及…，應分別設定藥品分配比例」中所指藥品分配比例是否只限於門診部分？住院部分是否亦應有藥品分配比例？

二、李召集人玉春：

- (一) 此處所指地區之醫療費用分配比例，係考慮目前醫療資源服務不均，故特別針對門診部分設定地區別預算總額。
- (二) 有關醫院之照護，因不強調每一地區皆有醫學中心或區域醫院之概念，因此，對住院部分不設地區別總額。由於住院應提供完整之醫療服務，故住院部分不細分項目，只在門診部分區分藥品之總額。亦為配合未來醫藥分業之進行，預先做一規劃。

三、藥師公會全聯會代表：是否就表示醫院部分不實施醫藥分業？

四、李召集人玉春：以病人立場而言，住院時係接受由醫院提供完整之醫療服務，其他國家在推行醫藥分業時，少有讓住院病人在醫院外購藥，故住院部分不需區分藥品分配比例；但不表示藥品分配比例會受到排擠，故不必擔憂住院部分不設總額比例會危害到藥品分配之權益。

五、曾科長條昌：第一項中提及「訂定住院及門診醫療給付支出總額之分配比例」與「訂定各地區…及門診中醫，西醫及牙醫醫療給付支出總額之分配比例」，此分配比例是因地區別有所不同？還是各地區分配比例皆相同？

六、李召集人玉春：

- (一) 在設定地區總額分配比例時，是應用全國平均年齡別，性別人口之醫療費用等因素，及其他地區人口結構等特別因素校正，故總額分配比例基本上是全國一致。
- (二) 現行構想之分區，是以六個中央健康險局分局之設立區域分區，利用全國經驗資料應用至各地區人口設定總額。此外，並考量現況制度及未來規劃構想依據人口需要設定中醫、西醫、牙醫等分配比例。但在執行上，並應考慮地區特性，如有些地區目前無牙醫，無中醫等，以反映地區特性。此外，本項設計所用之「地區」，是以大區域為範圍，故地區有特殊情形者應為少數。
- (三) 前述應用大區域來訂定地區之總額時，恐無法達成促進醫療資源能合理分布之目的，故將會比照現行勞保所施行「偏遠地區加成支付辦法」反映於支付點數上。

七、高理事長資彬：

- (一) 總額預算之精神很好，但在執行面可預見未來將會遭遇很大困難，例如無醫療資源之偏遠地區，應如何讓醫師下鄉等問題。
- (二) 就都市和鄉村就醫療資源分配而言，兩者醫療成本差距甚大，此外，中醫、西醫及牙醫有不同預算總額，雖醫療給付支出總額由醫療費用協定

委員會來訂定分配比例，但將會引起醫事服務機構間之紛爭，而最後將影響對民眾之醫療服務品質。建議中央應仔細考量總額預算制度之可行性，及政府財政負擔能力。

八、陳副理益昌：分地區訂定醫療給付支出總額之分配比例，是否會造成非居住地區人民被拒絕看診情形？請說明訂定地區別門診醫療給付支出總額分配比例之理由。

九、李召集人玉春：

- (一) 全民健康保險法無法詳列實施細則，故造成訂定分區總額後會造成民眾無法越區就醫之疑慮。總額制度精神是以被保險人之需要來設定地區醫療費用，在實質運作上，並不限制保險對象越區就醫。
- (二) 有關醫療費用申報，則由醫療院所向所屬地區之中央健康保險局分局申報，爾後統由該分局向被保險人居住地之分局以轉帳方式來收取費用。前述「地區費用分配」，是以被保險人為歸屬，因不限制越區就醫行為，故不影響被保險人權益，此外，因有轉帳功能也不會增加太多行政成本，對醫療資源充足區亦因不限制越區就醫，故亦不致大幅減少醫療院所之收入。
- (三) 未來全民健康保險開辦時，並無現行公、勞保診療單之設計，而是考慮發給醫療憑証，其中將會記載保險對象選擇地區之資料，醫療院所將可從憑証中得知就醫者之地區別，並據以向中央健康保險局分局申報費用，中央健康保險局可據以調整。

十、陳副理益昌：若被保險人與其眷屬居住於不同地區時，是否要在醫療憑證上加註眷屬居住地區別？另外，眷屬遷移時，是否應馬上辦理換證手續？如此恐將造成行政手續繁瑣，行政成本增加。

十一、李召集人玉春：就門診部分而言，經常就醫地點通常與居住地點相同，且經驗中顯示，門診越區就醫情形少。何況依據本小組之規劃，健保初期只分為六區。此外，若居住地大幅變更時，常因職業變更，就學或老年人遷就子女

同住，前者本就需要辦理手續，故整體而言，手續問題在技術上可以克服。

十二、陳副理益昌：請說明分區訂定醫療給付總額之分配比例最主要之用意。

十三、李召集人玉春：

- (一) 分區最主要用意在合理分配醫療資源，使被保險人不致於有保險而無醫療，醫療服務供給量之多寡，常影響被保險人醫療服務之利用，故資源缺乏地區，往往因就醫可近性問題，醫療服務利用率亦較低，固定總額預算後，將使資源缺乏區之平均每點支付金額高於資源充足地區，可藉此鼓勵醫師願意到偏遠地區開業。
- (二) 總額預算制度之目的，除在合理分配醫療資源外，另一目的在於確保醫療品質。
- (三) 總額預算制度實施後，醫療費用審查最重要之目的，不在控制醫療費用，而在避免浮報及濫報情形發生。未來將以電腦分析醫療院所之資源，並藉分析資料之公佈，使醫療提供者產生同儕制約之效果，使其診療行為更趨合理化，若全臺灣不分區，則醫療院所相互間較難發揮同儕制約。若分區則同一區之醫療院所較易做個別比較，此外將讓醫療院所也有更多參與審核之機會，此設計在分區情況下可發揮較大之效果。

十四、吳顧問凱勳：

- (一) 個人以為本條之精神並無不妥，但未來在執行面會有很大之困難。國外經驗則是為使將醫療資源合理、公平分配，故在地區總額分配比例上不做單一規定，原因在於避免有保險無醫療情形之出現。
- (二) 以德國總額預算制度現況為例，在科別間之資源分配比例不均，其解決方案為要求醫師之收入、報酬和其醫療行為成正比。此種方法值得我國參考。
- (三) 文字修正：
 1. 第一項第一行「前條之…」刪除「之」字。
 2. 第一項第二行「並依據地區被保險人之需要，人口數，…」，修改為

「並依據地區保險對象之需要及人口組成等因素」。

3. 第一項第三行「訂定各地區門診醫療給付支出總額之分配比例及門診中醫，西醫及牙醫…」修改為「訂定各地區門診及其中醫、西醫、牙醫醫療給付支出總額之分配比例」。
4. 第二項「前項之」刪除「之」字。
5. 第三項修改為「第一項所稱地區之範圍，由主管機關訂定。」。

十五、羅召集人紀琮：

- (一) 本制度之設計具前瞻性看法，個人表示贊同。
- (二) 新制度之施行，應有相對的配合措施及配合資訊，但對本制度實施時間持保留態度。

第三十七條至第四十條

一、楊處長漢源：

- (一) 就世界其他國家經驗，並未將所有醫療費用皆納入總額，以德國為例，只將門診部分納入總額，荷蘭及加拿大則僅有住院部分，我國則將門診及住院均納入，在執行上可能會有困難，再者，醫療費用協定委員會之成員就第三十八條規定，列有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三分之一，表面上很合理，但在門診部分就有各類醫事服務機構如中醫、西醫、牙醫、藥品等，就該委員會成員代表人數如何滿足所需？舉例說明，假設醫師代表一人，總額係決定全國醫療費用，這種結構是否可達成預期目標，應慎為考慮，若賦予委員否決權時，若一人反對，其餘代表均贊同之情況出現時，應做如何處置？
- (二) 第三十九條旨在敘述決定各地區門診醫療給付支出總額分配比例之因素，在於保險對象之人口組成，人口需要，但未提及醫療設施之多寡，如此即無法以居住地點決定費用多寡，則在執行上會產生問題。如以就醫地點決定費用時，就醫地點之登記作業，將增加許多行政負擔，且會產

生醫療被使用越多，金額越下降；反之則上漲，對不同規模醫療院所究有何影響？

- (三) 地區劃分原則是中央健康保險局分局所在而定，若區域過小，醫師人數少，則醫師個人承擔之風險大；若區域過大，總額分配不就容易產生同儕約束之功能，故應確立地區劃分原則。
- (四) 越區就醫是否被限制？有無程序上之規定？倘若影響民眾就醫之方便性，就應於條文中規定。
- (五) 現行審查制度中有所謂免審範圍或平均費用，若採論人或論件計酬方式，就必然會有專案申報之情況，未來全民健保採總額預算制度，對貴重儀器或貴重服務如何執行審查工作？
- (六) 是否全民健保開辦同時即實施總額預算制度？如何因應開辦之初過渡時期之情況？建議過渡時期之實施辦法，應明定於條文中。

二、曾科長條昌：第三十七條旨在規定總額範圍，第三十八條為在總額範圍內訂一總額，並指出該總額若無法在一定期限內訂定總額時，應由主管機關逕行裁定。但在第三十九條中並無時間之限制，及醫療費用協定委員會無法分配原則達成協定時，是否應由主管機關裁定之敘述。

三、李召集人玉春：

- (一) 費用分配原則之時間限制亦訂於前一年十月一日；委員會無法達成協定時，亦由主管機關裁定；但主管機關並非毫無根據之裁定，而應根據精算報告等資料決定。
- (二) 制度之成熟，需要時間漸進實施之。
- (三) 地區之劃分以大區域為原則，門診部分不限制越區就醫。
- (四) 貴重儀器部分大多為住院部分，由於住院不分區域，故無越區之顧慮。

四、曾科長條昌：

- (一) 對第三十九條，訂定各地門診醫療給付支出總額之分配比例及中醫、西醫及牙醫醫療給付支出總額分配比例之權責在醫療費用協定委員會。若

各地區委員會間無法訂定分配原則時，應做如何處理？請說明。

(二) 時間上已訂為前一年十月一日，若分配比例無法確定時，則時間應否更動？

五、李召集人玉春：醫療費用協定委員會亦應於前一年十月一日前將分配原則決定，否則亦由主管機關裁定。

六、曾科長條昌：建議修正本條第一項文字「前條之醫療給付支出總額應由…」修改為「前條醫療費用分配原則應包括門診及住院之醫療給付支出」，如此文意較清楚。

七、徐專員廣正：

(一) 請說明醫療支出總額訂定基礎。

(二) 第三十八條第一項中「擬定醫療費用支付標準(含藥品價格表)」不宜放在此處，因為第四十條中「醫療費用協定支付標準表(含藥品價格表)相對點數，以為門診及住院費用支付基準」，換言之，雖文字規定醫療費用協定委員會需在每年十月一日前擬定醫療費用支付標準表，然而實際工作內容，只在決定點數之分配方式。

(三) 第四十條文字修正「…分配住院及門診之費用，應以醫療費用支付標準表」修改為「…應訂定醫療費用支付標準表及其相對點數做為門診及住院費用支付基準」。

(四) 前述所提審查時將對異常個案做審核，就個人經驗，針對浮報、濫報之個案，恐無實際效果。

(五) 有關分配比例問題，每一地區有不同之總額，以該地區實際發生之支付點數來支付，若點數乘上每一地區相同點數相對金額，若有多出的總額餘款，是否應繳回？

(六) 有關地區之劃分。醫療網的劃分是依照臺灣地區生活圈的劃分基準，然而中央健康保險局分局之設置，並非參考臺灣地區建設計畫來分區，而以醫療資源之多寡及人口數等條件為劃分基準，個人認為將會產生問題。

八、吳顧問凱勳：

- (一) 個人認為第三十九條之基本精神並無不妥，但執行上難免會遭遇到困難；地區要如何因應人口組成及調整分配比重，乃至於中醫，西醫及牙醫等分配比例，亦是需要考慮之問題。
- (二) 對未來實施初期有關過渡期間之因應措施，可考慮於第九章附則中加上專條規定：「第三十七條至第四十條有關醫療費用支付事項之實施日期，由主管機關另定之。」。

九、姚專員培和：本文中所指地區係指臺灣地區，但對駐外單位人員所處地區就不被包括在內，在未來全民健康保險開辦後，對駐外單位人員之醫療照護就不被涵蓋在第三十九條所指總額分配地區之內，亦請參考。

十、陳副理益昌：

- (一) 實施總額預算制度強調不虧損，因此，在立案要點中，已確定政府不負擔保險虧損責任，現在各位建議在第九章附則增定「總額預算制度實施日期由主管機關另定之」，則未實施總額預算制度前，本保險如發生虧損，將如何處理？
- (二) 請對計畫分期實施總額預算制度事項做說明。

十一、吳顧問凱勳：個人希望本保險實施後，就能實施總額支付制度，並同時仔細考量在施行細則中，訂定補充規定以使制度能順利實施。

十二、高理事長資彬：對未來總額分配原則，建議規劃小組事先模擬醫療費用協定委員會運作情形，以期早日發現問題，不致將來措手不及。

十三、羅召集人紀琮：關於保險虧損問題，並不完全倚重支付制度，因保險設計是量出為入，即先計算醫療費用再來收取保險費，並視財務情況，調整保險費率，而短期內並可以安全基金來挹注短絀，故財務制度之穩健，並不完全依賴支付制度。

十四、李召集人玉春：

- (一)「醫療費用支付標準表研究小組」之組成包含各方專家學者及代表，正可模擬「醫療費用協定委員會」之運作。另外，在健保開辦前，亦有先成立「醫療費用協定委員會」，以模擬其作業之構想。
- (二)有關總額範圍考慮因素問題，行政院在核定總額時，除考慮醫院成本上漲等因素外，必會以國家立場考慮經濟之成長，國家財政等因素，故未在本條文中明列。
- (三)有關訂定支付標準表，就國外經驗大多維持各項目間之相對性，而改變每點支付金額。個人認為如此設計可做為參考。由於以往我國支付標準表並無整體成本分析之依據，故歷次修改皆大幅調整支付點數，未來則可針對特殊項目調整，其餘項目維持其相對點數，但若無需要亦可不調。
- (四)運用統計管理異常案件，主要在找出異常之醫療院所或醫師，加強對其審核而非針對個別個案，對非常極端者，甚至可全部抽查其申報案件。
- (五)支付總額雖是固定金額，但每一地區之每點支付金額，會隨醫療服務量而變動，故不會有歸還剩餘總額之情形。
- (六)醫療網計畫是參考經建會之綜合開發計畫依據十八個生活圈而設置，其主因乃醫療為生活圈之功能之一。但醫療區域有十七個，而門診若分十七區則個數過多；未來地區的劃分，則是依中央健康保險局分局所在設立，設分局之劃分時，已參考人口及醫療區域將幾個醫療區域合併成六個，應可和經建會綜合開發計畫及生活圈概念配合。

十五、徐專員廣正：

- (一)依據各地區分配預算額及申請總點數不同，將使每一點支付數金額不同，是否使人質疑醫療服務量相同，支付金額為何不同？
- (二)中央健康保險局分局之設立是以生活圈來規範，但中區有一、二縣市非臺灣地區綜合開發計畫所定之範圍，請說明。
- (三)第三十九條文字恐有造成「每年都需訂定支付標準表」誤解，請斟酌。

第四十條

- 一、李召集人玉春：本小組內部討論建議刪除第四十條。
- 二、曾科長條昌：認為應保留第四十條，其理由為第三十八條第三項強調醫療費用支付標準之分配，應以相對點數反應各項醫療服務成本；若以論件或論人方式反應醫療服務成本時，是否違法？
- 三、吳顧問凱勳：
 - (一) 有關第四十條，於健保小組會議中曾建議刪除，其理由為本文第一項規定之精神，已於第四十一條中明列。
 - (二) 第四十條第二項有關支付標準，不一定要以法令加以規定，醫療費用協定委員會可以委託其他團體來研訂。
 - (三) 第四十條第三項為未來支付標準採論件或論人方式計算支付點數時所設法令依據。故建議將第四十條第三項條文移至第三十八條處，並修改文字為「第一項所稱之支付基準，必要時得採論件或論人方式訂定，報請主管機關核定」。
- 四、曾科長條昌：
 - (一) 刪除第三十八條第三項及第四十條。
 - (二) 第三十八條第一項第四行文中提及「擬定醫療費用支付標準（含藥品價格表）及…」，醫療支付標準不等於支付標準表，將第三十八條第四行文字「並擬訂醫療費用支付標準（含藥品價格表）」，修改為「並擬訂醫療費用及藥品支付標準」，刪除「（含藥品價格表）」字樣，以免造成「醫療費用支付標準」即「支付標準表」之誤解。
 - (三) 支付標準應包含論人或論件之計算方式，而選擇論人或論件之計算方式，應由主管機關或醫療支付協定委員會來裁定，在此無需強調。
- 五、楊處長漢源：
 - (一) 贊成曾科長意見，將第三十八條第一項修改為「並擬訂醫療費用及藥品

支付標準」，刪除「(含藥品價格表)」字樣。

(二) 建議第三十八條第三項刪除。

(三) 有關論人或論件實為計算方式之問題，無需在第三十八條中提及。

六、臺灣省政府代表：就前述將第三十八條第一項文字修改為「並擬訂醫療費用及藥品支付標準」提出意見。醫療浪費中除藥品外，以檢驗部分為最劇，故是否應增設檢驗價格表？

七、李召集人玉春：因醫療費用部分已包括藥品及檢驗部分，故認為「醫療費用支付標準及費用分配原則」文意已清晰。

八、曾科長條昌：當初將藥品突顯，可能係因第二十五條第一項規定「保險對象發生疾病…給予門診及住院診療服務及藥品」。

九、楊處長漢源：個人以為第二十五條所指門診、住院及藥品，並非指本條文之醫療及藥品而言；建議第三十八條「醫療費用支付標準」仍為「醫療」字樣。

十、藥師公會全聯會代表：現在所發生之問題，主要在於醫療和藥品醫事服務費分開，造成醫院以藥品價差來收取費用，藥品若為廠價，藥事服務費才是包含於醫療費用中，故建議將藥品與醫療費用分開。

十一、楊處長漢源：「醫療費用」即包括所有和醫療相關之費用，未來訂定醫療費用支付標準表時會特別標明，若藥界認為不妥，則可於說明欄中加註。

十二、藥師公會全聯會代表：未來藥局為保險藥事服務機構，但依第三十八條之修正文字，藥局申請費用則變成醫療給付而非藥事服務費，如此會變成醫藥不分。

十三、楊處長漢源：未來特約醫事服務機構不僅包括藥局，尚有未定案之復健等，醫療費用之解釋在於其含括之項目，本身未代表任何意義。

十四、臺灣省政府代表：費用支付標準如何訂定，其依據宜加以說明。

第四十一條

- 一、曾科長條昌：原先第四十一條之設立精神，係根據支付點數而來，現在刪除第三十八、四十二條，若只依支付標準來定，則有關點數之條文不宜在此處出現，建議第四十一條文字修改為：第一項「保險醫事服務機構應依據醫療費用支付標準，向保險人申報其所提供醫療服務費用」；第二項予以刪除。其有關點數等事項，則於施行細則或其他辦法中來訂定。
- 二、楊處長漢源：前述第三十七至三十九條，基本上為總額預算制之設計，第四十一條其每點價格是彈性的，現制每一點數價格為固定，第三十七條至三十九條是過渡期之法令依據，是否可在本章後段規定其實施日期及細則由主管機關訂定。
- 三、吳顧問凱勳：
 - (一) 有關第四十一條總額預算之精神，其重點在於第二項，故不宜刪除。第四十一條第二項是相對點數之規範，故贊成保留第二項，同時也建議保留第一項，以順暢法條文意。
 - (二) 贊同楊處長所指對過渡時期之實施辦法應有一詳細明確規範。第一項中並未明定醫事服務機構應向保險機關申報之時間，第四十一條中出現醫療服務點數，在其他條款章節中亦無點數之計算方式，是否未來各種支付標準均為點數？否則會有問題。
 - (三) 個人認為第二項第一行修正為「…，及其保險醫事服務機構申報並經審查後之醫療服務總點數」；第二行中修改為「並就各醫事服務機構申報並經審查後之點數，核付其費用。」。
- 四、曾科長條昌：贊成吳顧問之意見，於條文中規定未來各種支付標準之計算單位。另第二項中皆是「核算」字樣，建議將「核算其費用」改為「核付其費用」。

五、陳副理益昌：

- (一) 第二項之精神，係根據各醫事服務機構所報總點數來核算每點之金額，而未言明地區別之點數金額，既要分區又要以總點數來計算金額，可能造成有些地區剩餘，有些地區不足之情況。
- (二) 點數金額，三個月後才能算出；但部分負擔金額就診時即予收取，因此部分負擔應如何計算，是以保險人核定後之金額，或由醫療院所自行核算之金額，向被保險人收取？

六、李召集人玉春：

- (一) 「申報時間」於醫療院所特約標準中訂定即可。
- (二) 第二項中所述之支出總額係指各地區分配後之支出總額。
- (三) 若部分負擔之每點支付金額，亦採浮動計算方式，則對醫療院所有所不方便。因部分負擔之精神，在使被保險人就醫時，亦負擔部分費用以避免浪費醫療資源，故醫療院所應可依據保險人每年公告部分負擔之每點標準收取費用，保險人核算費用時，則先扣除部分負擔金額再補充其餘部分之費用，故固定點數較易處理。

七、徐專員廣正：

- (一) 修正意見：依本法第三十七、三十八、三十九條申報並經審核做簡明扼要敘述。
- (二) 有關前述第三十八、四十、四十一條是否刪除，其癥結在於支付標準表是否均需修正？建議應專條說明支付標準表，故對第四十條第一項醫療費用協定委員會於前一年十月一日訂定支付標準表一節之權限應予保留，請參考。

八、李召集人玉春：

- (一) 第四十條第一項於應以醫療費用支付標準相對點數反映醫療服務成本。
- (二) 前述第二項醫療費用支付標準應能反映醫療服務成本，但有人認為成本不含利潤，此為刪除第四十條之理由所在。

九、楊處長漢源：建議於第三十八條最後，增列有關支付標準條文及依據原則、風險、時間等因素，以反映其精神。

十、吳顧問凱勳：有關點數之意見：

- (一) 是否不要用「點數」，但若以「醫療服務量」來取代，可能又過於抽象。
- (二) 第二項文字意義容易造成大總額除以總點數，得到平均金額，適用各地區各部門之錯覺，應以各部門總額除以各部門之總點數，方為各部門之單價。
- (三) 有關部分負擔，門診部分應不致有問題，唯獨住院部分恐有引起爭議處，故建議授權規劃小組斟酌補充。

第四十二條

一、徐專員廣正：依勞保局之相關立法經驗，個人認為組織規程和審查辦法應分列，因前者屬實體法，而後者屬程序法，故建議將第四十二條分列二項：第一項修改為「保險人為審查保險醫事服務機構…組成醫療服務審查委員會。」，第二項則為「前項所稱之組織規程、審查辦法，由主管機關訂定之。」。

二、楊處長漢源：因考量該委員會為在保險人之下之組織，保險人為中央健康保險局，其下之各委員會均以規定其組織規程，故不必在此明列，只列審查辦法。

三、柯主任木興：

- (一) 建議應增列業務轉換過渡期之實施方法。
- (二) 有關「醫療服務品質」要如何審查？

四、臺灣省政府代表：條文中所述「遴聘具有臨床或實際經驗之醫藥專家」，是否改為「…醫療專家」，因涉及醫療品質，建議擴大遴聘人員之範圍。

五、李召集人玉春：

- (一) 「醫藥專家」係參考現行公勞保條例所列。
- (二) 醫療品質，就審核內容看來，大多就醫師處方是否適當加以審查，故須

遴聘醫藥專家參與；其他如檢驗，皆由醫師處方，故在此列「醫藥專家」應為合理之文字表現。

第四十三條

一、林秘書長茂泉：

(一) 第二行中提及「經保險人審查核定不予給付者」，請說明審查依據。

(二) 建議應明定審查依據之法令於條文中，俾明瞭依據何在。

(三) 建議將「經保險人審查核定不予給付者」，文字修正為「經保險人審查不符合審查辦法規定，核定不予給付者」。

二、李召集人玉春：審查辦法已於第四十二條中明列。

三、楊處長漢涼：建議第二行修改為「經保險人依審查辦法審核，核定不予給付……」。

四、高理事長資彬：建議第三行「自行負擔」改為「自行負責」。

五、藥師公會全聯會代表：未來是否在醫事服務機構中之醫院才可以向保險人申報支付醫療費用？若是，則被刪除之藥費，是否會影響支付藥局之費用？

六、李召集人玉春：其他國家醫藥分業，如有浪費藥品之行為，則追究開立處方者之責任，未涉及藥局。

七、楊處長漢涼：本條文旨在界定責任，本條主要規定病人以醫師所開處方（含藥品、復健等項目）到別處取藥或復健時，醫師處方不實或項目不適當時，責任應由醫師承擔；若處方並無不當，但藥局等醫事服務機構提供保險以外之藥品、復健項目時，則責任歸屬於醫事服務機構。

八、曾科長條昌：本條中看不出醫師開立之處方是否適當問題，未來保險藥局是不需向保險人申報費用，醫療機構所申報費用若經保險人刪除，則產生醫療機構與保險藥局間之責任歸屬問題，請說明作業程序。

九、吳顧問凱勳：建議第二行修改為「經保險人依審查辦法核定不予給付，且應歸責於醫師處方者，其費用應由該醫師所屬之醫療院所自行負責。」。

十、楊處長漢涼：贊成吳顧問之看法。建議修改第二行文字為「經保險人依審查辦法核定不予給付且應歸責於該醫師處方不當者，其費用應由…」。

第六章：保險醫事服務機構

第四十四條（無修正意見）

第四十五條

曾科長條昌：修改為「保險人於必要時，得報經主管機關核定，…」。

第四十六條

一、曾科長條昌：本條是否應先規定特約醫療院所保險病床佔總病床之一定比率，據此再由主管機關訂定此一比率。

二、吳顧問凱勳：將文字解釋成保險病床設置基準，即可包含保險病床比率之設定。

三、曾科長條昌：設置基準及保險病床應佔比率不同，法令中若訂有應佔比率，則醫院必須要遵循，若只在設置基準中訂定，因其位階較低，則未來引起醫院抗議之可能性較大。

四、李召集人玉春：建議保留「及其保險病床佔總病床比率」，因並非每一醫院均特約相同比率，若將比率固定，即無法顧及各地區之需要，且未來與醫院簽約時，可有一法令依據，並保障保險對象使用病床之權益。

五、吳顧問凱勳：建議前述條文中有關「訂定之」字樣，統一修改為「定之」。

第四十七條

一、藥師公會全聯會代表：由於藥品有不給付項目，若為保險對象自行至藥局購買時，是否適用本條？

二、李召集人玉春：本法所提為「所提供之醫療給付」，故保險對象自行購買藥品，應不適用本條。

三、吳顧問凱勳：

(一) 文中所列為「除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用」，故應解釋為所列可收取費用之項目外，不得向保險對象收取費用。

(二) 本文所指對藥品給付之規範，若為保險對象自行購買保險不給付之成藥、指示藥品所需費用，不適用本條；但若為保險藥局提供非保險處方用藥品目中之藥品，其費用不應由保險對象負擔。

(三) 建議若在本條例中不做明確規範時，應在施行細則或在醫療準則中加以規範。

四、臺灣省政府代表：有關醫療給付條文中已明定給付項目，本條是否多餘？

第四十八條

一、高理事長資彬：請說明查核保險資格之方法。

二、曾科長條昌：「查核其保險資格」所指範圍太廣，應明定為查核是否為其本人就醫。

三、楊處長漢淙：本條之原意在查核保險對象有無繳納保險費等事項，未來將利用電腦連線作業，查核該就醫者是否仍為有效之保險對象，不致對醫事服務機構造成太大之困擾。

四、曾科長條昌：賦予保險醫事服務機構查核保險對象之責任太大，且並非每一醫療院所皆使用電腦作業，故查核保險資格，可能只能核對身分證，確認為其本人，「資格」兩字有待商榷。

五、郝科長向晴：建議改成「查核其保險身分」。

六、徐專員廣正：

- (一) 就民法契約而言，保險人除要求保險醫事服務機構提供醫療服務外，查核就醫者之保險資格一事，可能逾越契約範圍。
- (二) 個人認為可以依法要求保險特約醫事服務機構查核身分證等項目，因為係屬被保險人取得保險給付之程序。但未來若發現保險對象資料不符時，方可歸責於保險特約醫事服務機構。但就保險醫療服務機構查核保險資格一項，因為屬於保險人認定之職責範圍，若要求保險特約醫事服務機構代行，則會引起爭議。

七、羅召集人紀琮：

- (一) 就國外經驗，由於醫事服務機構使用之電腦和保險人連線，故認為查核保險對象身分並不困難，就如使用金融信用卡購物時作業相同。
- (二) 現行公、勞保虧損嚴重，主要是掛名投保情形嚴重且未能有效查核，未來全民健保的財務若希望能損益平衡，保費將會提高，在地區團體繳納保險費意願低落之情況下，若不將查核保險資格之責任歸屬醫療院所，則未來全民健保財務營運恐有困難。

第四十九條（無修正意見）

第五十條

一、石副署長曜堂：建議刪除「急救」二字。

二、曾科長條昌：第二項所提「並填具轉診單」之作業細則是否應列入法律條文中？

三、楊處長漢淙：

- (一) 第四十九條及第五十條條文皆為醫療法之規定。
- (二) 第五十條之重點在於要求保險醫事服務機構填具轉診單，以維護保險對象之權益。

四、高理事長資彬：有些疾病狀況在基層醫療院所因無法處理即予轉診，是否違反本條規定？

五、吳顧問凱勳：建議將文字修正「應做適當之處置，並填具轉診單，再行轉診。」。

六、曾科長條昌：本條文精神應著重雙向轉診，但條文中所述文字容易造成單向轉診之誤解。

第五十一條

一、高理事長資彬：基層醫事服務機構大多無醫療成本資料，如何提供相關資料予主管機關或保險人？

二、楊處長漢淙：保險人對保險醫事服務機構依照查核醫療成本相關資料時，必會提供表格並要求其填具所需資料。

三、醫師公會全聯會代表：建議將第二行中文字「醫療費用成本等有關資料」修改成「其他有關資料」。

第二十九條

一、郝科長向晴：建議於第二項中，加入第八條第五項第一款所載保險對象即榮民部分，以考量榮民自付部分負擔及慢性病負擔沉重問題。

二、石副署長曜堂：有關榮民部分負擔問題，將於本年十一月十九日前往退輔會進行溝通。

三、曾科長條昌：建議將第二款中「六歲以下之兒童，但不…」其中「，」修改成「。」以免造成文意不清。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 14 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十一月十三日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓第一會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：廖哲慧

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	劉見祥 曾條昌 丁增輝
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	（請假）
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	劉素珍（代）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	高資彬 孫景美
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	張美陽
行政院主計處	陳惠美
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	（請假）
高雄市政府	劉碧隆
詹委員火生	（請假）

藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	(請假)
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	陳英俊(代)
戴科長桂英	(請假)
全民健保小組	邱瑜瑩 宋瑞蛟 許博雄 楊寶玉 蘇春蘭 林佩瑾 沈茂庭

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第七章：保險安全基金及經費

第五十二條

一、陳科長惠美：請說明安全基金是否有上下限之規定。

二、羅召集人紀琮：第五十四條中提及「本基金之總額於超過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。」。此三個月為總額上限，一個月即為總額之下限。

三、陳科長惠美：

- (一) 以中央銀行為例，財政部認為其不應有虧損，而刪除國庫撥補之規定；然而，由於臺幣升值等問題，而造成帳面上虧損，故認為安全基金應有

下限之規定，並以調高費率來提撥，甚至若未調高費率，亦可以國庫撥補支應。

(二) 未來全民健康保險施行後，如虧損超過基金上限時，將如何處理？請說明。

四、羅召集人紀琮：基本上此為一對稱之概念。低於一個月時即表示安全性不足，需調高費率；若上限為三個月，超出上限時就不再提存安全基金，如有盈餘時，則以調低費率來反應。

五、陳科長惠美：年度終了時保險財務須做帳面處理，由於年度結束為六月三十日，但前述訂定醫療給付支出總額時間為十月一日，在帳面上將出現時差，如何處理？請說明。

六、羅召集人紀琮：帳冊之處理是以月為主，在年度報表上則以全年來呈現。若預期下一個月將會超出上、下限時，則在當月即須反映並調整費率。

七、陳科長惠美：行政院是否每年會公布保險費率？是否每一年僅有一個時點才能公布新費率？

八、羅召集人紀琮：原則是每年公布費率，但若虧損到安全基金不足一個月時，則在下一個月即公布新費率，而非一個費率一定要施行一年。且在施行前期所有都是變動的。保險費率可能無法適用全年。

九、陳科長惠美：依公、勞保經驗，調低費率較調高費率容易，費率的調整各部會皆有其考量，建議在施行細則中做細部規範，否則隨時調整費率是不可行的。

十、吳顧問凱勳：

(一) 安全基金的提存，在執行上是否應配合總額預算制度之時限？值得考量，且安全基金應定上下限規範，各有其處理辦法。

(二) 保險人對於基金的變動，可在年度結束前，採預估方式來作業呈報，尤其是年度結算後財務狀況的變動仍是持續，各界對這時差應是可諒解。

(三) 建議將「保險人為平衡保險財務…」修改為「本保險為平衡保險財務…」。

第五十三條

- 一、林秘書長茂泉：本條第三款中所指貸款對象是否僅指特約醫院，非醫事服務機構？因若要均衡資源，未來可能會有聯合診所出現，故是否應考慮將診所納入？
- 二、郭副秘書長永雄：第二款與基金風險有關，本人認為「存放於公營銀行」無可厚非，但第三款中對特約醫院建物整修之貸款，則基金之風險將更大，若非考慮基金風險問題，建議第二款中應可增列民營銀行。
- 三、楊處長漢源：衛生署醫療發展基金對醫院整修或擴建之貸款，皆為抵押貸款。
- 四、劉處長見祥：第二款「存放於公營銀行」，由於健康保險為短期資金流動，若考慮銀行實際運作之健全，希望放寬至民營銀行，或經由主管機關指定之民營銀行。
- 五、陳科長惠美：未來公營銀行逐漸開放民營化，且財政部對銀行的運作最瞭解，建議改成由「財政部指定之民營銀行」。
- 六、時科長玉珠：
 - (一) 財政部所屬公營銀行中之農民銀行及交通銀行已列入民營化計畫中。
 - (二) 有關主計處之建議，因對基金之運作是由主管機關核定，是否由財政部指定民營銀行之意見，採保留態度。
- 七、楊處長漢源：民營銀行之風險有多大，請加以說明。
- 八、羅召集人紀琮：財政部有將銀行朝向民營化之趨勢，有關民營銀行之風險問題，未來可由主管機關評估銀行運作情形，再予指定。
- 九、楊處長漢源：基金是否可存放於經政府指定國庫代理之銀行？
- 十、陳科長惠美：就個人了解，中央存款保險公司之定期存款，皆需存於中央銀行，並在其存款保險條例中明定。

- 十一、吳顧問凱勳：贊成楊處長之建議，存放於公庫指定銀行或主管機關指定銀行。
- 十二、劉處長見祥：勞保基金看似被爭取之對象，但在銀行利率自由化後，在景氣低迷時，卻是乏人問津；若只能存放於公立銀行，其範圍太小（家數限制），則基金運作受限，建議開放民營銀行。惟為期審慎，私立銀行部分仍應由主管機關來指定。
- 十三、張科員素敏：第三款有關建物之整修、擴建之貸款，屬長期性資金週轉之運作，勞保亦有類似之規定，且勞保之老年給付屬長期資金；健康保險之基金為短期性，為兼顧其流動性及安全性，本款是否得宜，請考量。
- 十四、楊處長漢淙：若刪除第三款，將比勞保條例之規定更為嚴格，個人不反對刪除第三款，因醫院之整建、擴建，並不需要依據第三款。
- 十五、劉處長見祥：考量基金運用之安全性及流通性外，亦應考慮整體之福利性。假設安全基金在總保險費之百分之五之內提存，且有三個月之上限，在保險財務收支平衡狀況下，安全基金將是一筆龐大之金額，故在基金運用辦法中，應加列基金運用項目之比例，因此，本人認為第三款並無不妥。
- 十六、吳顧問凱勳：
- (一) 基金若以最低限一個月計算，其金額約有二百億，第三款中將短期基金置於長期資金運作中，確有風險且流動性欠佳，故建議於第三款文字中修改為：「特約醫院經主管機關核定之建物整修及擴建之貸款」。
 - (二) 第一、二項在保險人運作時，若每一筆均需經主管機關核定，則運用時效將減低；第三、四項則是以在時間許可下，以專案報請方式，並不會影響基金之管理及安全性。

第五十四條

- 一、蔡主任淑鈴：全民康保險開辦時支出方面即主張總額預算制度，收入方面則規定每月保險費於次月收取，而保險安全基金提存率規定則為每月保險費百分之

五提存。在以上三項前提下，本條文主張保險安全基金於未達一個月保險給付總額下限時，即應機動調整保險費率。試問開辦前一、兩年內按規定之安全基金提撥率如何能達於基金之下限，依此規定於開辦初期是否即應調整費率？

二、羅召集人紀琮：將就本條文中是否做詳細規範重新考量。

三、陳科長惠美：

（一）全民健保每年收入約有二千多億，因金額龐大一旦納入公務預算，將使產生國家重大建設預算編列困擾，納入非營業循環基金或特別預算亦不可能，因非營業循環基金，尚無如全民健保之龐大收支金額，而特別預算則只是特別狀況下才編列，故惟一可納入國營事業體系中，因其法令之彈性較大，而全民健保規模超過中油，臺電，此種體系方可納編，國營事業管理辦法之宗旨為發展國家資本，促進經濟建設，以便利人民生活為目的，與全民健保宗旨相符，故納入國營事業中較適合。

（二）若是全民健康保險定位於國營事業，則其保險安全基金之管理既為平衡本保險收支，則不可與事業分離，必須在全民健保財務報表中表現。

四、楊處長漢源：全民健康保險在各國均為重大計畫，就法令而言，有些部分可以現有法令來規範，但有些則需獨立的法令來規範，因為全民健康保險和現行國營事業在性質上有所不同，對有關權利義務必須在本法中明定。

五、陳科長惠美：以中央銀行為例，其為政策執行單位，原為總統府下設置之機關，後轉由行政院主管，故政策性業務仍可歸屬國營事業，且國營事業非營利事業，楊處長漢源所言另定一法，即另成一新的預算體系，個人認為是不可能的，因就現行預算體系似不可能突破。

六、羅召集人紀琮：

（一）個人認為主計處代表所說公務預算是不可行。

（二）但獨立於預算之下非營業循環基金為何不可行，請說明其理由。

七、劉處長見祥：我國至今並無專為社會保險設立之會計制度，以勞保為例，今已

遭遇財務困難，但在會計預算上卻為能顯示其嚴重性，因此，個人認為應趁此時以全民健康保險為主題和主計處溝通，以創立一符合所需之我國社會保險會計制度。

八、時科長玉珠：在中央健康保險局組織條例中，全民健康保險為一國營事業單位應無問題，安全基金與預算應是二回事。

九、吳顧問凱勳：

（一）全民健康保險開辦後，在預算上將大幅成長，依據他國經驗，社會保險的預算金額占總資源比率遠比國防預算高，故在現行體制下，建議社會保險主管機關應重視社會保險特別會計制度。

（二）國營事業機構為一營利事業，社會保險為非營利事業，無所謂盈虧，應改為財務收支短絀之觀念。建議本條文保留由主計處會同相關主管機關，共同研究他國社會保險制度中有關會計之運作，以尋求突破方法。

十、陳科長惠美：全民健康保險在規劃中就財務制度而言，只是一預算體系，適用國營事業之法規，其束縛似較公務預算少，建議與本處張副主計長溝通，以便有明確方向。

第五十五條及第五十六條

一、陳科長惠美：有關本保險預算體系定位於國營事業，故開辦初期週轉金問題應為資本問題。建議將本文條字修正為「為辦理本保險，保險人之資本，應由中央政府支應。」。

二、羅召集人紀琮：並非全是週轉金之問題，開辦初期保險費可能在未收齊時，即須先行支付部分之醫療費用，基本上仍是保險費問題，而非開辦費，故不宜由國庫撥補。

三、陳科長惠美：開辦新公司其辦公器具設備等費用，在會計運作上屬資本項目。

四、羅召集人紀琮：本保險條文中所稱週轉金和一般所稱之週轉金不同，是專為支

付醫療費用而設。

五、劉處長見祥：勞保開辦初期，由政府編列一筆基金，而關鍵在於這基金是否要歸還政府，若需歸還，則如同第五十五條於法條中訂定，但此種情形只在開辦初期才需要此筆資金，是否應加列條文明定，值得斟酌。

六、郭副秘書長永雄：建議第五十五條直接以甲案為本條條文內容。

七、陳科長惠美：預算體系若為國營事業，則開辦初期之週轉金應為資本，除非該機關結束運作需要歸還外，將永續於該單位中毋需歸還。

八、楊處長漢淙：

（一）本法草案第五十五條第一行「保險人為辦理本保險所需之人事及行政管理經費」分列甲、乙兩案，於立案要點第二十二項第（三）點中列出為一次性投資，由政府編列公務預算支應」。然本小組之精算顧問林喆博士認為百分之五點五之行政事務費過少將無法運作，因此，將一次性投資經費另列，不包含於行政管理經費中。

（二）第五十六條關鍵在於「墊付」，原為撥付，在此指保險支付之費用。

九、時科長玉珠：

（一）衛生署與本部溝通時，王前部長曾表示財主單位應全力配合週轉金所需事宜。

（二）本法中並未規定有關醫療費用支付事項中，醫事服務機構將何時可拿到醫療服務費用，故是否須有二個月之週轉金？相關條文似宜明定。

十、吳顧問凱勳：

（一）第五十四條「…，於超過三個月保險給付總額」文字修正為「…，於超過當年度三個月保險給付總額」。

（二）第五十五條贊成甲案。

（三）第五十六條是否應列於條文中值得考慮。因墊付方式以行政命令規定即可，保險人認為有必要時，即可向國庫申請墊付。

(四) 有關行政費用中有關一次投資部分，認為應明定於條文中，於執行上將較有依據，故同意主計處意見，保險人之資本由中央政府支應。

十一、楊處長漢涼：建議於第五十五條加入第二項，保險人為辦理本保險工作所需資本投資，由政府編列公務預算支應。

十二、陳科長惠美：

(一) 在國營事業單位中有關資本部分，若財務狀況不足時，中央政府可以核撥下一次資本，且資本額是可調整的。

(二) 若由中央政府總預算中編列行政事務費，社會福利支出將會加大，也是可接受的。故贊成甲案。

(三) 本處一局之意見，距開辦時點越近考量問題越實際，故建議甲、乙兩案並陳。

十三、陳副理益昌：

(一) 建議第五十六條條文，修改為中央健康保險局的成立，其開辦費應由政府編列預算支應。

(二) 關於國庫墊付二個月保險給付之總額，作為開辦初期支付醫療費用週轉之需，個人認為不需要，因為醫療費用的申報是次月提出，故可收到保險費後再支付醫療費用，應無時差問題。

十四、羅召集人紀琮：有關本條中「由國庫墊付相當二個月保險給付總額…」這包括二個概念，一為資本投資，一為支付醫療院所之費用，二個月金額可考量，但全不編列恐將造成積欠情形，以致成為未來施行總額預算制度時，與各機關協調之阻力。

十五、楊處長漢涼：

(一) 在立案要點中，明列有關醫療院所支付特約作業準則，另有詳細作業規章，故認為無需在此詳列。

(二) 建議將二個月保險給付總額之金額改為一個月，但全不編列則恐造成開辦初期呈現無足夠錢可支付之情形。

十六、劉處長見祥：

- (一) 有關第五十三條基金運用情形，收支狀況是否應公告周知，以取信大眾？
- (二) 有關吳顧問所建議「超過當年度三個月保險給付總額或低於一個月保險給付總額」，是基金存在之事實狀況就不能加「當年度」。
- (三) 第五十五條中有關行政事務費用是否僅包含人事及行政管理費二項，在農保條例中係以「所需經費」字樣表現，認為經費包含範圍較廣，值得參考。

十七、陳科長惠美：

- (一) 以公保信義大樓的改建為例，在保險財務不可能負擔狀況之下，係由中信局增資支應。故一次資本是創業資本，而後若有需要可再核撥。
- (二) 建議將第五十五條第一行「…所需之人事及行政管理經費…」刪除「人事」兩字，因已包含於行政管理經費含意中。

十八、楊處長漢源：

- (一) 因考量資本門經費，應從政府行政體系編列公務預算支應，故沿用「人事及行政管理費」字樣。
- (二) 第五十四條因認為開辦初期，不致有未達成基金最低限額之問題，故排除開辦初期基金不足一個月保險給付總額即應調整保險費率。將修正文字以明瞭法條文意。
- (三) 有關第五十六條之用字為「…由國庫墊付…」由於墊付，無需繳付利息，若向銀行借貸則需付利息，其區別在此，故將本條明列。

十九、陳科長惠美：

- (一) 第五十六條國營事業初創時期，一定有相當額度之資本可供使用，不致造成須貸款之情形。
- (二) 建議第五十五條比照公保條例，修改為行政事務費，即已包含人事經費。

二十、姚專員培和：全民健康保險開辦後，總保險費逐年會遞增，而人事及行政管理費逐年應較開辦時期遞減，基於不加重全民健康保險被保險人負擔立場，故建議不宜以當年應收保險費百分之五點五為上限編列預算，應以應收總保險費百分之五點五內支應。

二十一、楊處長漢源：

（一）贊成甲案。

（二）現況中公、勞保行政事務費占百分之五點五，但公、勞保為綜合保險且多為現金給付部分，故基數不同，百分之五點五之行政事務費是否足夠仍是疑問。未來全民健康保險開辦後，在實質運作上，醫療給付人力須比現金給付所需人力增加許多，故調低人事及行政事務費用恐將造成未來運作之困難。

二十二、陳科長惠美：目前暫訂人事及行政事務管理經費占百分之五點五，因為編列預算時及在結算時都會被審查，故其比例是否太高，影響不大。

二十三、林秘書長茂泉：採甲案。因公、勞保之行政費用皆由政府撥補，若未來全民健康保險開辦時，卻由民眾自行負擔行政事務費，恐將造成不公。

第八章：罰則

第五十七條至第七十三條

一、陳科長惠美：條文中對「得」字，牽連人為因素較多，是否不要訂。若涉及權利義務，應將「得」字刪除。

二、楊處長漢源：罰則的訂定若無彈性空間，在執行上恐有問題。在行政裁決上應視個案之情節之輕重處理，故保留「得」字之使用。

三、陳副理益昌：

（一）第八章罰則似乎過多，在執行上恐有問題。以強制執行為例，法院在強

制執法前，將要求保險人查核被保險人是否有銀行存款、不動產等事實證據資料後，方才執法。情節較小者或處分金額過小時，則不合經濟效益，故認為情節較輕之罰則無需在本法中細列。

(二) 第六十五條中提及對保險對象資料異動，不依規定作業者處以罰鍰。根據公保經驗常有投保單位作業錯誤之情形出現，若為蓄意者則應處分；但若為無心之過者，而公家單位預算中並未編列來償付罰款，須由承辦人自行付款賠償，如此一來，恐造成無人願意擔任全民健康保險投保單位之經辦人。

(三) 罰則條文過多，建議歸類敘述或合併。

四、林秘書長茂泉：條文中缺乏對保險人之罰則，是否增列。以示公平，並藉以警惕。

五、劉處長見祥：

(一) 建議罰則中有關罰鍰部分皆以新臺幣為單位。

(二) 建議罰則中有關條文歸類合併可減少條文數。

(三) 第五十九條第一行建議刪除「…，並得加徵其應納費額…」文字。

(四) 第六十條第二行「…，並得視情節輕重…」文字修正「…，並應視情節輕重…」。

(五) 第六十五條建議刪除「…，而不依規定申報」文字。

(六) 第六十六條第二行「…並得按其短報…」刪除「得」字。

(七) 有關對政府機關補助保費如有拖欠不付情形，應做如何處理？建議於施行細則中明列，以利未來全民健保之營運。

六、陳科長琇惠：

(一) 第五十九條有關滯納金條文是否應納入罰則？建議協商法務部後決定。

(二) 罰則中有關對投保單位之處分，為求公平性建議並考量投保單位規模之大小，並於條文中做具體、明確之規定。

七、陳科長惠美：公務預算及營業預算對罰鍰都無法列支，事實上均由承辦人個人自行付款解決。

八、郭副秘書長永雄：有關罰則中對情節輕重基本原則應一致，例如第六十、六十六條罰鍰倍數，第六十一、七十一條對詐欺部分之處分只有二倍，情節輕重似與罰則不相稱，及第六十四條短報部分等皆應統一處分基本原則。

九、吳顧問凱勳：

- (一) 建議將第六十八條併入第六十四條。
- (二) 對前述條文之相對罰則未列者應補齊。
- (三) 罰則中有七條條文中之「得」字部分，建議加上「無故」字樣，並將「得」字以「應」取代。
- (四) 罰則中有四至五種處分方式，是否可對醫療機構加入取消特約之處罰方式，以為約束。
- (五) 有關保險人及其他行政機關部分應做同等考量。
- (六) 條文次序應做調整。
- (七) 相同罰則要件之條文應合併，以款來分類。

十、楊處長漢源：

- (一) 處分非目的，為一手段。
- (二) 有關對政府之處分，除國家賠償法外，在執行上應考量行政責任應由何人承擔。

十一、牙醫師公會代表：有第七十二條之規定，對於保險對象蓄意欺騙，由於目前僅做查核身分證作業，應如何區分醫療院所與保險對象之責任？

十二、楊處長漢源：

- (一) 將要求醫療院所做到第四十八條規定之責任。
- (二) 未來各特約醫療院所，將以電腦連線作業來進行查核就醫者之保險資料。

十三、張科員素敏：第六十四條由投保單位賠償似有所不當，由於農漁會並不知非會員被保險人或其眷屬遷入戶籍之日期，而將「未於應加保當日辦理手續」之責任歸於投保單位似有不公。

十四、曾科長條昌：於第五十八條中建議將第十一條情形列入考慮。

十五、林秘書長茂泉：

(一) 第七十一條中提及提示有關文件，因小醫院大多無醫療成本資料，若因此被處以取銷特約，是否處分太重？請考量。

(二) 罰則中缺少對保險人部分，建議比照第五十九條以示公平，並有警悌之作用，試擬甲、乙兩案，請參考。

甲案：建議於第八章「罰則」中增列一條文：保險人不依規定期限撥付醫療費用時，應按具應付款，加付百分之零點五之滯納金。」。

乙案：建議於第九章「附則」增列一條：「保險人不依規定期限撥付醫療費用時，應按中央銀行利率加付利息。」。

十六、臺灣省政府代表：第五十九條及第二十四條內容重複。

十七、郝科長向晴：本罰則與其他法令有衝突時應如何處理？

十八、彭副秘書長光政：

(一) 投保單位對保險人不按時撥付醫療費用時，應如何處罰？

(二) 政府應配合保費之收繳，應有相關罰則，以減少政治干擾，否則將造成只許官兵放火，不許百姓點燈。

(三) 就公、勞保經驗，醫療給付之浪費情形嚴重，為防止醫療院所發生浪費情形，建議於附則中加入「取銷特約」之規定，以防未來全民健康保險開辦，全面特約後發生醫療費用浪費之弊端。

十九、郭副秘書長永雄：

(一) 有關保險人不如期支付醫療費用時，可以民事責任要求，例如加徵利息。

(二) 有關第七十二條提及負償還責任，建議將該條文移至第九章附則中。

第九章：附則

第七十四條至第七十七條

- 一、時科長玉珠：有關第七十五條，本部賦稅署表示有關減免課稅之條文，請勿置於特別法中而應統一於稅法中規定即可。
- 二、陳副理益昌：現行公保即根據類似第七十五條規定免稅，因在其他法令中並無規定保險可免稅。
- 三、楊處長漢淙：請說明帳冊為何會被課稅？
- 四、劉處長見祥：
 - (一) 請考量第七十五條放置位置。公保放在附則中，而勞保放在總則中。
 - (二) 第七十四條建議移至本法中其他適當位置。
- 五、陳科長惠美：國營事業帳冊並無印花稅，而在一般行政法中似無須訂於法條中，故建議將第七十五條改置於施行細則規範。
- 六、吳顧問凱勳：
 - (一) 建議於第七十四條第二行中「…，或其他有關機關…」加入「…，或向保險醫事服務機構，及其他有關機關…」文字。
 - (二) 建議於第九章中增列一條「本法施行區域由行政院訂之」。
- 七、蔡主任淑鈴：第七十七條明定本法自公布日施行，然公布日是否即為施行之日？如屆時公、勞保仍必須依原有法令辦理一段過渡期，基於後法優於前法之原則，本條文之規定恐難付實際。
- 八、楊處長漢淙：第七十七條著重於施行步驟而非施行日，即使本法通過，要將現行制度加以整合亦需一至二年時間，將再斟酌。
- 九、林理事長茂泉：有關保險人遲延交付醫療費用之相關罰則，建議置於附則中，並以中央銀行公利率計算利息，如此對經辦人也將有一警悌作用。

十、時科長玉珠：建議第七十七條施行日期由行政院定之。

十一、楊處長漢源：

（一）由於施行日期與施行進度不同，未來係著重於施行進度。

（二）未來醫事服務機構必需執行保險人之要求，應用醫療資訊網電腦連線作業，查詢保險對象有關資料，以提高效率。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 15 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十一月二十七日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓第一會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：廖哲慧

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	何明察（代）
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	劉見祥 曾條昌 丁增輝
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	陳益昌 蔡淑鈴
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	林茂泉（代） 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	蕭偉傑
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	孫景美（代）
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	（請假）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣政
行政院主計處	莊倉江
法務部	何瑞富
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	陳珮嘉
高雄市政府	（請假）

詹委員火生	(請假)
藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	(請假)
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	(請假)
吳顧問凱勳	(請假)
吳主任憲明	(請假)
吳副主任委員忠立	吳忠立
戴科長桂英	戴桂英
醫政處一科	鄭聰明
全民健保小組	邱瑜瑩 朱文敏 宋瑞蛟 黃偉堯 楊寶玉 林佩瑾 沈茂庭

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第八章：罰則

第五十九條至第六十一條

- 一、楊處長漢淙：支付部分尚在做修正，最新修正版之立案要點中支付部分條文僅供參考。
- 二、法務部代表：有關罰鍰之倍數問題，擬請依貴署統一規劃倍數。
- 三、劉處長見祥：有關本法令中第五十九條及第六十一條與勞保條例第七十一條「勞工違反本條例規定，不參加勞工保險及辦理勞工保險手續者處一百元以上，

五百元以下罰鍰。」與健康保險法相較之下，勞保條例較為從輕處理，全民健康保險之被保險人除受僱者外，多為區域被保險人，且為蓄意違法較少，故對第五十九條條文之適當性請考量。

四、戴科長桂英：現行公勞保之現況而言，蓄意違法者應較少；但未來全民健康保險開辦後，地區團體保險對象的加入，預期將有健康良好時蓄意逃避保險，遇有就醫需求時，才加保之情形出現，由於全民健康保險為強制性保險，對於上述情形者，認為應予處罰。

五、楊處長漢淙：

（一）條文中「無故」之定義及情形應如何證明，仍是疑問。

（二）由於未來保險對象之資格取得，公務人員較嚴格，相較之下，勞工則較寬，故對雇主之處罰規則較重。

六、劉處長見祥：就勞保經驗，引用勞保條例第七十一條處分者幾乎沒有，屬於訓示性條文，附加一條文，建議參考比照現行法條來執行。

七、柯主任木興：請對第五十九、六十一條中有關「保險對象」與「被保險人」做詮釋。因眷屬並無辦理投保手續及繳納保險費之行為，故與被保險人不同。

八、徐專員廣正：

（一）有關本條文中「無故」文字問題，請參考第六條「凡在臺灣地區設籍六個月以上之中華民國國民，均應參加本保險…」條文中採用「均應」，然此處用「無故」似有矛盾處。

（二）第五十九條「無故不依本法…」，第六十六條中「保險對象未依…」，「不依」及「未依」之用法在法律條文中之解釋有何不同？請說明。

九、時科長玉珠：第五十九條是針對全民健康保險開辦初期不投保之情形所設之罰則；然對例如離職而退保之無工作期間，對被保險人未加入地區團體保險又未謀得新職重新加保之過渡期間，對被保險人是否應處以新臺幣一萬元以上五萬元以下之罰鍰，請斟酌。

十、楊處長漢源：

- (一) 第五十九條「無故」文字主要視實際情形追究責任，處罰被保險人或投保單位。
- (二) 「不依」與「未依」意義相同。

十一、吳副主任委員忠立：

- (一) 建議將本法中「不依」及「未依」文字使其一致。
- (二) 第五十九條第二項「…按次連續處罰之。」其中「按次」是否依通知次數計之？若是則認為不應用「連續」文字。
- (三) 認為罰鍰過高，請斟酌額度。
- (四) 保險對象未辦理投保手續，則不予保險給付，由於權利義務已分明，是否應在條文中強調？

十二、楊處長漢源：第五十九條及第十四條條文與保險效力的產生有關，全民健康保險為強制性保險，在保險精神上及理論上應與商業保險不同，應以保障保險對象權益為優先。

十三、劉處長見祥：

- (一) 第五十九條為一訓示性條文，旨在全民均應參加保險。若第十四條文未辦手續就具備資格，則第五十九條條文修改為除處分之外，應加入追繳保費之規定，才能符合第十四條之規定。
- (二) 建議將第五十九條參照勞保條例之規定，將罰鍰定在五百元至一千五百元，並釐清第十四條、第五十九條之關係。

十四、楊處長漢源：

- (一) 第十三、十四、五十九條之處理方式有直接關係，按公、勞保資格之取得日起保險生效，但保險對象有辦手續者與未辦手續者之間應有所區別，故請說明「不予給付」之處分方式。
- (二) 短繳保險費及投錯身分之間應如何處理？
- (三) 第五十九條處分對象限於被保險人。

(四) 將「不依」及「未依」文字統一。

(五) 除「罰鍰」外，「不予給付」為一處分方式，至於金額請斟酌。

十五、法務部代表：

(一) 一般保險法中並無「保險對象」名稱，請說明「保險對象」之範圍。

(二) 有關無雇主之員工不辦理投保手續者則適用條文為何？

(三) 未來全民健康保險開辦後是否辦理投保手續即日起即發生保險效力？

十六、楊處長漢淙：

(一) 全民健康保險之基本精神為給予民眾醫療照護，若未繳交保險費則屬行政管理事項。若未貫徹，則前面條文應修正。若保險對象未按期繳納保險費或短繳保險費即不予保險給付，如此是否貫徹全民健保精神？

(二) 應重視第十三及十四條之精神中有關短繳與不繳保險費問題，應考量是否為蓄意短繳或實際情形考量該不該處分？如何處分等問題。

十七、徐專員廣正：

(一) 本條文因最後歸責於被保險人，故建議刪除「無故」文字。

(二) 全民健康保險為一強制性保險，保險效力自辦理投保手續即日開始，因短繳保險費等因素而影響其保險給付之權利，若強調盡義務享權利，則建議於第一條中加入社會保險原則；然第五十八條條文內容類似醫療法條文與社會保險之理念尚有距離，因醫療供給為一達到保險維持民眾健康權的目的之工具；若要刪除「保險給付」文字則應在條文中強調義務和權利之相對性。

十八、楊處長漢淙：刪除第五十九條「無故」文字，增加一但書「但未歸責於被保險人之情形者除外」。

十九、鄭專員聰明：有關第五十九條及第六十一條所述情形是相連的。為避免被保險人處分不適當時，而引起雙罰並用情形發生，故建議不刪除「無故」文字。

二十、劉處長見祥：

- (一) 原則上不宜使用雙罰，被保險人權益受損，但若為適用第六十一條時，自然排除第五十九條之情形。故建議將第五十九條修改成「違反本法規定，則不予保險給付。」以為處分。
- (二) 不予給付為一處分方式，但此一條文，似宜歸類於第四章保險給付或置於給付總則中相關法條中予以明定。

二十一、楊處長漢淙：

- (一) 不予保險給付為一處罰方式。
- (二) 第五十九條刪除「無故」則排除第六十一條情形。

二十二、戴科長桂英：建議刪除「無故」文字，以排除第六十一條情形，但歸責於投保單位者，則不在此限。

二十三、劉處長見祥：第五十九條與第六十一條是並列，執行上不致有適用之困擾。

二十四、法務部代表：受僱者辦理加保手續是由雇主通知而後辦理投保手續，然歸責保險對象似有不妥。

二十五、楊處長漢淙：在規範第五十九條最大困擾有二，即保險對象主動投保或被動投保。例如：投保單位為鄉鎮市區公所或農會，即無法知道被保險人是否已加保，此時主動權在被保險人。

二十六、法務部代表：

- (一) 建議將被保險人主動加保及被動加保二種情形分開列處罰條文。
- (二) 分開寫條文可解決被保險人主動或被動加保情形，但仍會發生雇主及受僱者權責不分之問題。

二十七、鄭專員聰明：

- (一) 有關第五十九、六十一條應加視事實認定文字後，則無需定法。
- (二) 「無故」二字旨在避免雙罰之適用。

二十八、法務部代表：建議參考比照公、勞保條例來訂定第五十九條。

二十九、戴科長桂英：在訂定第五十九條時已參考勞保條例第七十一條。本法與勞保條例最大不同在於一為辦理勞保手續則取得勞保資格後才能請領保險給付；二為勞保對象均為職業團體，而本保險之對象除職業團體外尚有地區團體。

三十、徐專員廣正：有關第十三條「投保單位應於保險對象合於第八條，第九條及第十一條所定…」其責任在於投保單位；第八條第一項第五款為自雇者其投保單位為被保險人本人；而第五十九條若適用對象為地區團體時，則歸責於投保單位即鄉鎮市區公所而與第六十一條所指相同，請考量法令的重複性。

三十一、戴科長桂英：第六十一條第三項以述明「前二項情形非歸責於投保單位者，不在此限。」。

三十二、楊處長漢淙：非第六十一條之情形時，若投保單位不明，在辦理投保手續時，應做如何處理？

三十三、徐專員廣正：第六十一條無法適用第五十九條時，要如何處罰被保險人。

三十四、楊處長漢淙：未來保險開辦後，每一個人都將具有多種身分，尤其是地區團體，例如現行農保之成員之投保單位現在無法預期。

三十五、徐專員廣正：個人所指為不可能成為職業團體眷屬之群體之投保單位的認定，否則未來處罰對象是鄉鎮市區公所，亦可能是被保險人本身，在責任歸屬上將會造成問題。

三十六、戴科長桂英：澄清徐專員之疑慮，未來鄉鎮市區公所在保險對象遷入所轄區域辦理戶籍登記同時通知保險對象應辦理投保手續。

三十七、楊處長漢淙：

- (一) 請建議罰鍰額度。因認為蓄意不加保情形可將罰鍰額度距離加大，以為調節。

(二) 由於處分之對象順序問題，建議將第五十九條置於第六十一條之後，先處分投保單位，而後為投保對象。

(三) 「無故」文字存放，請斟酌。

三十八、劉處長見祥：有關勞保條例中新草案中罰鍰金額，現修定為一千元至三千元。

三十九、楊處長漢源：有關罰鍰額額是否以保險費五倍計之，請提供意見。

四十、劉處長見祥：罰鍰額度請考量民眾經濟負擔能力。

四十一、吳副主任委員忠立：第六十條之處分似應較第五十九條為重才對，為何相反？請說明。

四十二、楊處長漢源：就第六十條而言在保險對象身分稽查上之問題。例如農保資格認定為一年從事農業九十天，在稽核上有其困難處。在第六十條之處分主要為追繳短繳保險費，且具有上限。

四十三、劉處長見祥：有關追繳問題，在民法中則有關醫療費用之請求權限制為二年。是否以二年為本法追繳之上限？

四十四、楊處長漢源：區域外就醫核退時才有期限限制。

四十五、劉處長見祥：未來保險費非保險稅，故在此涉及投保單位查核之效率，若為保險稅則根據稅法可追溯至五年，故建議比照民法將期限規定為二年。

四十六、鄭專員聰明：認為本法可參考民法規定，但不受限其限制，可自成一體系，故期限可不受其限制。

四十七、姚專員培和：全民健保開辦後，不加保人數有待評估。惟假設以臺灣地區人口二千萬之百分之一計算，約有二十萬人不加保情形出現，如是類人員將移送法院強制執行罰鍰，法院驟然增加此二十萬罰鍰案件，其執行及對全民健康保險其效能應予考量。又拒不辦理加保者，按次連續處罰之，會不會與憲法對人民之財產權應予保障之規定牴觸？故在罰則上建議罰鍰應

予從輕考量，或採追溯繳納保險費方式。

四十八、楊處長漢淙：由於為行政罰鍰，故不會直接送法院執行處分，而且執行機關為保險機關非法院，並需經三次以上催告者才為被處分者。

四十九、鄭專員聰明：相關第七十二條中「…經催告送達後，無故逾三十日仍不繳納者…」是否應訂定期限？請考量。

五十、楊處長漢淙：

（一）建議第五十九條中刪除「無故」文字，並由健保小組來修正文字以免與第六十一條情形重複造成權責不分之慮。

（二）並將第五十九條中罰鍰金額修改為「新臺幣三千元至一萬五千元以下之罰鍰。」。

五十一、鄭專員聰明：有關第五十九條可發生之對象，預期大多為年輕人，因就醫需求性小，而第六十條則是對蓄意違法者有嚇阻作用。

五十二、吳副主任委員忠立：

（一）將本保險法「新台幣」修正為「新臺幣」。

（二）建議刪除第五十九條「連續」文字。

第六十一條

一、劉處長見祥：最新勞保條例修正案，尤其針對事業單位有未依規定為員工辦理手續（例如不加保，短繳保險費之情形）者就其所執行人數多寡，按應繳納保費，處以四倍罰鍰。

二、蔡主任淑鈴：有關本條第二項中「第三類至第五類被保險人所屬之投保單位，未依第十三條規定為其本人及眷屬辦理投保手續者，追繳被保險人及其眷屬發生之保險給付，應由該投保單位支付之」。然第二十四條第一項第四款針對第五類被保險人之保險費規定由保險人寄發繳費通知予投保單位，再由投保單位轉予被保險人，而被保險人之繳費方式可逕向投保單位繳納，亦可逕向保險人

繳納。在此前提下，逕繳費給保險人時，而要求投保單位負責追繳保險費，似有權責不分之嫌。請考量本條文及第二十四條條文內容。

三、楊處長漢涼：

- (一) 本條針對第十三條係指未辦理投保手續者，而非指短繳保險費。
- (二) 本條中追繳滯納金則引用第二十五條追繳滯納金及保險費。

四、戴科長桂英：有關投保單位對被保險人是否掌握繳費資料問題，可由保險人將被保險人繳費之清冊送投保單位，雖有行政作業繁複之慮。

五、楊處長漢涼：有關六十一條提及「追繳保險費及滯納金…」是針對第二十五條而設，是否應修正第六十一條條文使文意明確。

六、劉處長見祥：

- (一) 有關第六十一條中指出第三類至第五類所屬投保單位，未依規定為本人及眷屬辦理投保手續者，除第二十五條規定外，追繳保險費及滯納金外，被保險人及眷屬發生之保險給付，應由該投保單位支付之。」。由於要追繳保險費及滯納金，已收被保險人之保險費，故應由投保單位給予給付。不予保險給付則不用保險費文字，以免引起爭議，建議用「相當於保險費之罰鍰」。
- (二) 未來第三類至第五類投保單位為各地農會及各鄉鎮市區公所之償付保險給付之能力存疑，請說明。

七、楊處長漢涼：

- (一) 對第一、二類被保險人之投保單位未依規定為被保險人辦理手續之權責並不會有爭議。而第三、五類被保險人之投保單位要負擔被保險人之醫療費用而由保險機關向投保單位追繳費用，事實上投保單位無責任，似有權責不分之情形。
- (二) 此處是將「不予保險給付」視同處罰手段。

- 八、楊處長漢淙：若用醫療費用類似鄉鎮公所之投保單位無法編列預算，但若為罰鍰則投保單位無法編列預算，如何報銷費用？
- 九、鄭專員聰明：若用罰鍰則金額款項將繳國庫，則理應為保險人財源而變為保險機關財源，認為不妥。
- 十、楊處長漢淙：對如鄉鎮市區公所之投保單位應如何處分，請表示意見。
- 十一、劉處長見祥：由於第六十一條之規定為保險人收取保險費，但保險給付由投保單位來支付，不合邏輯，且在實際執行上，投保單位之預算編列，恐有困難，且未來被保險人向投保單位爭取保險給付時，尚需經法律途徑才能取得，對被保險人之權益保障，也不周延，故建議不用「保險費」文字。
- 十二、鄭專員聰明：因採用罰鍰方式未來可用法律來強制執行。
- 十三、戴科長桂英：有關對鄉鎮市區公所之處罰，參考勞保條例第七十二條，則規定有相當於保險費之二倍罰鍰，勞工損失由投保單位來賠償。
- 十四、鄭專員聰明：由於全民健康保險只有醫療給付，故建議不用「賠償」文字。
- 十五、楊處長漢淙：將第六十一條修改為相當於保險給付金額之罰鍰。
- 十六、柯主任木興：第六十一條第一項及第二項所列條文權利義務不同，其公平性及理論上則不同。
- 十七、劉處長見祥：對第六十一條第一項所提「追溯保險費及滯納金外」如有事故時，是否支付保險給付？
- 十八、楊處長漢淙：對有事故時將支付保險給付，且原有「暫停給付」文字，現已刪除。第五十九條及第六十一條二條文不同處在此。
- 十九、劉處長見祥：第五十九條及第六十一條二項處罰輕重不同。
- 二十、楊處長漢淙：有關違反第五十九條，第六十一條情形者，對第一類至第五類被保險人發生事故時，投保單位都將給付，其中之差距在於罰鍰金額之多寡。

二十一、鄭專員聰明：綜合上述意見則建議第六十一條文字修改為：

- (一) 第一項「…追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費處四倍罰鍰。」。
- (二) 第二項「…追繳保險費及滯納金外，並按應繳納之保險費處一倍罰鍰。」。

二十二、楊處長漢涼：

- (一) 文字修改如鄭專員所述。
- (二) 本條有關第三類及第五類被保險人之情形，歸罪於投保單位者之情形不大，大多產生於第一類及第二類被保險人之投保單位上。
- (三) 將第二項中之金額修正為處以相當於保險給付之金額。

第六十四條

一、法務部代表：因第六十一條性質不屬罰則，故建議移至第四章保險給付第三十七條之後。

二、劉處長見祥：

- (一) 建議將第六十六條移至第四章保險給付第三十七條之後。
- (二) 第六十四條所指實為一不確定主體，非僅指醫療單位，第二項所述「前項應追還之醫療費用，得在該醫事服務機構申報應領費用內扣除」。則其意為如第一項為醫療機構時才適用，故建議第二項中宜作明確規定。

三、楊處長漢涼：第六十四條是參考勞保條例第七十條而得。

四、鄭專員聰明：建議第六十四條第二項「前項應追還之醫療費用，得在該醫事服務機構申報應領費用內扣除」修正為「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」。

第六十五條

- 一、蔡主任淑鈴：有關本條處罰對象是否投保單位？請說明。例如地區團體保險投保金額係採申報制時，若其投保金額以多報少情形出現時，則歸責於投保單位是否得當？
- 二、鄭專員聰明：建議將本條文內容依保險對象分為二款，則「有左列情形者，除追繳短繳之保險費外並按其短報之保險費金額處以二倍之罰鍰：」第一款為「第一類及第二類被保險人之投保單位將被保險人投保金額以多報少者」；第二款為「第三類至第五類被保險人將其投保金額以多報少者」。
- 三、劉處長見祥：
 - （一）對於將投保單位或被保險人將投保金額以多報少情形，似有虛偽證明，罰鍰倍數建議調整。
 - （二）本條文中提及「除追繳短繳之保險費外」認為文意不明確，建議參考勞保條例，考量未來執行上困難問題，於文中加入「自事實發生之日起，至調整之日止」文字。
- 四、鄭專員聰明：有關追繳短繳保險費之期限得於施行細則中再予規定，以便兼顧未來實際執行之需要。
- 五、楊處長漢淙：文中「並得按其短報之保險費…」，其中因有「得」字，故是否可解釋為保險人因此可不採取處分行動？
- 六、鄭專員聰明：本條就保險人立場，可不採處分行動，然就被處分者被保險人則無抗爭之餘地。
- 七、楊處長漢淙：建議於本條第二行修改為「…，並按其短報之保險費金額二至四倍之罰鍰」。
- 八、張科員素敏：有關本條修改後提及處分對象，其中第二類被保險人部分之處分對象為投保單位，舉例來說，漁會甲類會員之投保單位為漁會，然漁會會員之

投保金額採自行申報方式，漁會並不能掌握實際狀況，瞭解其會員之所得資料若因此將以多報少之責任歸於漁會似有不公。

九、楊處長漢淙：第六十五條第二款修改為「第二、三、五類被保險人將投保金額以多報少之情節者…」，將第四類低收入戶排除，因其保險費係由政府負擔。

十、徐專員廣正：因使用第六十四條不能規範如第三十六條所述情形，若以虛偽方式以少報多，領取核對金額，則應如何規範處分方式？

十一、楊處長漢淙：第六十五條所述為保險給付，而第六十四條則指醫療費用，兩者有所不同，故認為對第三十六條之情形可以第六十四條來規範。

十二、鄭專員聰明：建議將本條第二行中「短報」修改為「短繳」。

第六十七條

一、劉處長見祥：本文提及「逾期末改善者暫停特約六個月」是否於合約書上即可？

二、鄭專員聰明：本條所定暫停特約之規定，將來可在特約合約書中規範即可。

三、楊處長漢淙：

（一）特約六個月是否應訂於本法之中？

（二）又六個月之期限是否適當？

四、鄭專員聰明：

（一）第六十七條及第六十四條第二項均可造成解約之條件。

（二）若第六十七條中規定，而第五十四條未規定，則將來在解釋上，另被認為違反第五十四條規定者，法既無明文規定得予解約，而不得予以解約。因此，有關解約規定建議全部在本法母法中規定；或本法母法不規定，留待將來在特約辦法中規定。

五、楊處長漢淙：建議有關暫停特約可於第六十七條中，但刪除期限之規定。

- 六、劉處長見祥：由於權利義務是對等關係，故任何暫停特約等事項，可於合約中明定，因為特約及管理辦法之需要實為行政程序部分，不需訂於本法中，有關停辦健保之期限則於合約中訂定即可。
- 七、徐專員廣正：第六十七條有關「特約醫院不符第四十八條所定之保險病房設置基準及保險病房占總病房之比例者，處以…」將保險病房占總病房比率做硬性規定，是否會造成醫療資源浪費情形出現？
- 八、鄭專員聰明：訂定保險病房占總病房之比率旨在防止醫院變相向民眾收取差額。
- 九、徐專員廣正：有關病房比率的規範，認為如民事上之對等關係在合約書上訂定即可，不需於母法中訂定。
- 十、楊處長漢源：
- (一) 贊同徐專員所述。認為可將第四十八條併入第四十六條即可，在此訂定原因為在現況中醫院變相收取差額情形嚴重，無法保障病人權益。
 - (二) 原有建議明定病房比率在執行上恐有問題，訂定病房比率，可留有自費病房以適應臺灣經濟現況。
- 十一、徐專員廣正：硬性規定保險病房占總病房之比率，在實務執行上將有困難，既然醫療機構設置基準已有規定標準，住院超過基準水準以上之病床，才需自付費用差額。
- 十二、楊處長漢源：現況中醫院收取病床差額，且其差額超過部分負擔之規定時，差額病床之使用，只要病人自願付費，並無不可，故考量一般民眾負擔能力，訂定保險病房基準之上下限。
- 十三、法務部代表：
- (一) 建議保留有關前述「暫停特約六個月」之條文。
 - (二) 由於設置基準，未達下限，才予以處分；超過下限亦即不符，為使語意明確，建議將文中「不符」修改為「未達」。

(三) 病房中有病床，配合第四十八條，建議將「病房」修改為「病床」。

十四、鄭專員聰明：有關「暫停特約」於本條之保留問題，因在本條中保留之規定，在其他相關條文並未規範而定於辦法中，可能引起爭議，故建議刪除「暫停特約六個月」一項。

第六十八條

鄭專員聰明：有關第四十九條「不得自立名目向被保險人收取費用」，建議在本條中增加「退還其費用外，並按其收取之費用，處以五倍之罰鍰」。

第六十九條

一、劉處長見祥：建議將本條移列至保險給付部分。

二、楊處長漢源：由於本條內容不似罰則，建議移至第五十條第二項，文字再斟酌。

三、鄭專員聰明：本條中有關罰鍰金額建議訂為新臺幣五萬元以上，十五萬以下。

四、楊處長漢源：視其能力而非重情節，故罰鍰金額將再斟酌。

五、法務部代表：為使主體明確起見，建議將第五十三條中「無故」、「拖延」等字眼刪除。

六、徐專員廣正：建議於本條中改為「保險醫事服務機構違反第五十二條規定者……」。

七、法務部代表：若不寫「保險醫事服務機構」，則為對行為人加以處罰之解釋。

八、鄭專員聰明：可比照法務部代表之說法，將第六十八、六十九條之主體「保險醫事服務機構」字樣全部刪除。

第七十條

一、劉處長見祥：保險機構為一事業單位機關，是否有權處以罰鍰之行為？故本法

之罰鍰應由主管機關或保險人來執行，請加以說明；以勞保現況是以臺灣省主席的名義來執行。

- 二、鄭專員聰明：參考本法第五條「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」，基於實際需要，須由保險人執行，但須考慮保險人並非行政機關，所以應於本法以法律明定。
- 三、劉處長見祥：以勞保現況為例，其省級主管機關為臺灣省政府，設一定行稿，授權勞保局執行，所收罰鍰均歸國庫。
- 四、楊處長漢源：中央部會少有執行罰鍰者。
- 五、鄭專員聰明：本條係參照醫療法第八十七條而設，未來以行政法來執行，法務部將設有關條文專司執行催繳，故配合法務部，不設期限。
- 六、楊處長漢源：將本條參照醫療法體例修定為「本法規定之罰鍰，經催告送達後，無故逾期仍不繳納者，得移送法院強制執行」。
- 七、林秘書長茂泉：有關保險人未付醫療給付條文，比照第三章保險費條文，於第五章保險給付條文中增列一條：「保險人未依規定期限撥付醫療給付時，應按中央銀行利率加付利息」，如此對責任之確認較為合理。
- 八、劉處長見祥：贊同林秘書長之意見，但建議訂於合約書中較適當。
- 九、林秘書長茂泉：萬一未來發生遲延撥付醫療給付，對醫事服務機構時，是否會引起民事訴訟？
- 十、楊處長漢源：將該條文訂於合約書中，若未來發生民事訴訟，則依民法來執行相關事宜；另將重新討論第五章醫療費用支付之條文。

第九章 附則

第七十一條至第七十三條

- 一、戴科長桂英：請教財政部代表，為辦理保險而借調財稅資料，根據第七十三條

條文之內容，是否可行？

二、時科長玉珠：本部賦稅署對全民健康保險法中試擬一條，排除稅捐稽徵法第三十三條規定之法律條文，目前尚未回復意見，惟口頭表示，由於稅捐稽徵法第三十三條為一強制性法條，不希望出現於其他法律條文中，建議將本條條文俟賦稅署回復意見一併參考。

第七十四條（無修正意見）

第七十五條（無修正意見）

第七十六條

一、鄭專員聰明：「本法之施行日期由行政院以命令定之」，將「之」字刪除。

二、戴科長桂英：下列問題提請討論：

（一）有關第三責任險及職災部分是否予以排除？

（二）中醫、牙醫，是否用附加險之作法？

三、楊處長漢淙：今日先就第三責任及職災給付之優先順序討論。

四、劉處長見祥：勞保原有第三責任險，後因執行上困難，且成本效益不高而廢除，至於職災部份屬勞動保險範疇，應予排除，建議於條文中不明定。

五、楊處長漢淙：

（一）給付項目中應註明排除職災不給付項目；請問財政部保險司，有關第三責任險（汽車事件）之代位求償之處理方法。

（二）有關中醫附加保險，對中醫給付設計可直接反映在保險費，未參加附加保險者看中醫應自付，此舉對中醫之發展有幫助。

（三）有關中醫附加保險一事將邀請相關單位共同討論細節。

六、蕭醫師偉傑：將中醫附加保險一事帶回討論。

七、藥師公會全聯會：藥品是否亦為附加保險？

八、楊處長漢源：將對中醫及藥品之採附加保險方式辦理之可行性，另安排時間研商。

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 16 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十二月四日（星期五）上午九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓第一會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：廖哲慧

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	陳琇惠
楚中將慶（國防部）	（請假）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	（請假）
行政院退除役官兵輔導委員會	郝向晴
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	蔡淑鈴（代）
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興 李少珍
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	吳坤光 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	蕭偉傑
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	孫景美（代）
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣政
行政院主計處	陳惠美 莊倉江
法務部	何瑞富
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	（請假）
高雄市政府	（請假）

詹委員火生	(請假)
藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	江東亮
陳顧問雲中	陳雲中
葉教授俊榮	(請假)
楊處長漢淙	楊漢淙
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	吳凱勳
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	陳英俊(代)
戴科長桂英	戴桂英
醫政處	鄭聰明 張瓊娥
全民健保小組	邱瑜瑩 孫碧雲 宋瑞蛟 黃偉堯 楊寶玉 林佩瑾 沈茂庭 黃信忠

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第一章：總則

第一條

一、徐專員廣正：

(一) 有關本條之立法宗旨，於本研議小組第四次會議中經會議主席同意將健康保險「依據保險經營原則，健全保險財務，並使權利義務對等」等精神納入立法宗旨之中，然就本條而言不但未予列入，且宗旨與醫療法近似，而醫療法基本宗旨係以醫療行政觀念來訂定；就立法精神而言，全民健康保險法中醫療行政只是手段，最終目的為藉社會保險來保障被保

險人之健康權及生存權。

- (二) 本條條文中提及「本法未規定事項，適用其他有關法律」，本法草案若維持原定宗旨是言及醫療法適用本健康保險法？或健康保險法適用醫療法？似有混淆不清之處，建議將健康保險觀念放入本法之立法宗旨。
- (三) 請參考第四次本研議小組會議紀錄，考量本條條文。

第二條（無修正意見）

第三條（無修正意見）

第四條

- 一、徐專員廣正：有關諮議委員會，其功能類似勞保之監理委員會，是否為常設機關或為因應業務需要之臨時編制機關？未來中央健康保險局為因應業務需要，將有許多相關機關的設立，若未來諮議委員會的設立是為安插現有監理委員會人員，則諮議委員會可不必設立；故建議將條文第一項第二行「應設」修改為「得設」，即視實際情況而設。
- 二、楊處長漢淙：有關「應設」或「得設」文字與未來委員會的設立及性質皆無關，未來中央健康保險局如此龐大之組織，個人認為應有一機構讓各單位機關團體來參與及表示意見。
- 三、陳科長琇惠：贊成設立諮議委員會。

第五條（無修正意見）

第二章 保險人、保險對象及投保單位

第六條（無修正意見）

第七條

- 一、徐專員廣正：請說明「設籍」之定義為何？舉例而言，如嬰兒出生，其家長並未立即為之設籍，造成該嬰兒未達設籍六個月之情形出現，新生嬰兒雖可不受

設籍六個月限制而未辦投保之罰金係為按日計算，且金額不高，若家長長久不予設籍，則上述情形應如何處置？

二、楊處長漢涼：將以戶籍登記為主。

第八條（無修正意見）

第九條

一、法務部代表：嬰兒應屬第幾類？

二、楊處長漢涼：嬰兒為眷屬，於第十二條第四項中規定，且嬰兒不為被保險人。

三、時科長玉珠：第九條最後一項，外籍勞工屬第一類第一款第（一）、（二）目之規定，其本人及眷屬不受設籍六個月之限制，而第（三）目中又指「適用同條款第（三）目」規定之被保險人及其眷屬應受設籍六個月之限制，使同樣為第一類被保險人卻有不同投保要件，相對於本國人之其他保險對象亦有不公，是否得當？請考慮。

四、楊處長漢涼：第九條所規範者皆為被保險人本人，規範眷屬則第十條，而對本國人不得參加本保險者係規定於第十二條。

五、彭副秘書長光政：家庭女傭是否也受設籍六個月之限制，若是，則時科長所述第（一）、（二）目及第（三）目之不同投保要件之考量，應否考量？

六、楊處長漢涼：家庭女傭適用設籍六個月之限制。第（一）、（二）目所指對象對較有組織之團體之員工（含外籍勞工），於到職日起即可加保，不受設籍六個月之限制，因較少有帶病投保之弊端。

七、徐專員廣正：本條第一項之被保險人有關外籍勞工於民營機關就職者，則通常適用第（一）、（三）目，但機關所僱用之外籍員工可能有二種情形，若為公保之被保險人則適用第（一）目，而另一種為適用勞保條例者，則可能適用於第（三）目，就上述情形，一個公立機關中，出現適用不同條款情形，是否有所不平衡？

八、楊處長漢淙：若為公、私機關、學校之專任有給人員，則皆適用本條第（一）目，而屬事業機構之雇用員工者，則適用本條第（二）目，無所謂編制上之限制。

第十條

一、江顧問東亮：第九條所規範者皆為被保險人部分，有關眷屬部分是否應移到第十條中，以便於歸類？

二、楊處長漢淙：若如江顧問所述，則建議於第十二條後增列「第九條第一款第（三）目之被保險人眷屬，須受設籍六個月之限制」。

三、江顧問東亮：但有對被保險人之規定，則眷屬就可隨其適用，故無需於第十二條增列條文。

四、楊處長漢淙：因眷屬不一定與被保險人同時到達臺灣，故應加列條文。

五、蔡主任淑鈴：

（一）被保險人或眷屬恐有爭議，就公保現行條例規定，在校肄業且無工作者，視為眷屬，在校就學且有工作者，其身分應為本保險法中之被保險人或眷屬，請考量。

（二）另本條條文中，第三項中「第五類及第六類被保險人共同生活之親屬」，請說明其中親屬之範圍。現行公保法中明定眷屬為父母、配偶、子女，未來全民健康保險眷屬範圍則擴至二親等，而在本條又為「親屬」，範圍極廣，若未明定，則未來承保機關在親等認定上，即執行層面恐有困難。

六、楊處長漢淙：有關在校就學者問題，建議於第二行中「在校就學者…」修改為「在校就學，且無職業者…」，以防止夜校生兼職情形發生。第三款所規範之被保險人，第五類即指低收入戶，目前對其所規定為共同生活之親屬；第六類則為榮民及歸屬地區團體之被保險人其他等等，然而依本保險之設計，第五、六類被保險人之保險費計繳方式，一部分為按家戶人口數來計算，故若其共同

生活之親屬人數增多時，則其所繳納之保費相對增多。

- 七、陳科長琇惠：社會救助法中，有關低收入戶親屬之界定，將查明後回答；對條文中第三項有關第五、六類被保險人共同生活之親屬文字，並無修正意見。
- 八、郝科長向晴：贊同本條第三項文字之理由如下，低收入戶及榮民、榮眷皆以家戶人口數來計繳保險費，有職業者均加入職業團體加保，不會有遺漏之情形。
- 九、楊處長漢淙：有關無謀生能力之親屬，則皆適用於任何一類被保險人之眷屬規定。現存問題在第六類被保險人，除榮民及其他非適用於第一至第五類之被保險人；至於有那些人為第六類被保險人，至今尚不明確，若與會各位認為第六類被保險人與第一及第三類被保險人相同，則將重新調整第六類被保險人之眷屬所規範之範圍。
- 十、吳顧問凱勳：本保險法對保險對象、被保險人及眷屬，二分為職業團體及地區團體二類，而現行策略也儘量擴大職業團體適用範圍，故對第六類被保險人，已無法用其他各類被保險人，若限制以共同生活戶之眷屬之定義，則可能造成分戶情形增多，將造成國民生活之不便。
- 十一、徐專員廣正：第九條中規定第四類被保險人為志願役常備軍人家戶領有軍眷補給證或軍眷身分證者中之家戶戶長或代表，而參照第十二條有關被保險人之眷屬部分第二項，則「第四類被保險人家戶中，領有軍眷補給證或軍眷身分證者」，似乎眷屬僅限於領有軍眷補給證或軍眷身分證者，是否有遺漏未領有軍眷補給證或軍眷身分證眷屬之情形？
- 十二、羅召集人紀琮：絕大部分的眷屬，為父母，配偶及子女皆領有補給證，軍眷身分證分為二類：一種是有眷補證者，另一種是有眷無補者。目前軍人的眷屬絕大部分為父母、配偶、子女，符合本保險眷屬的定義。
- 十三、江顧問東亮：有關軍眷身分之認定是如何處理？
- 十四、楊處長漢淙：軍眷係由國防部來認定身分，本保險則依是否為軍眷之區分其加保之身分類別。

- 十五、法務部代表：請說明「家戶」之解釋及定義。
- 十六、陳科長琇惠：在社會救助法中，以戶籍登記之「戶」來定義單位，通稱「家戶」。
- 十七、楊處長漢淙：有關第四類被保險人為軍人之眷屬，因軍人不參加本保險，故如前述以國防部所認定之軍眷身分證明，為加入本保險之加保身分。
- 十八、法務部代表：有關第五類被保險人，所指共同生活戶是否應為戶籍登記戶中所載成員？
- 十九、張科員素敏：若以戶籍登記為主，則同一戶之戶籍登記，係指登記於同一戶號，或指登記於同一地址？
- 二十、楊處長漢淙：係指登記於同一戶號。
- 二十一、吳顧問凱勳：有關第十條第一項第二款規範軍眷之範圍，依現行設計係將軍人比照公教人員，視同職業團體，而第一款中規定親屬範圍為被保險人之配偶及受扶養之二親等內直系血親，然本條第二款中卻規定第四類被保險人家戶中領有軍眷補給證或軍眷身分證者，是否對第四類被保險人眷屬有所不公？且未來對國防部的負擔也將增大，宜請國防部表示意見。
- 二十二、楊處長漢淙：第四類被保險人眷屬之範圍彈性很大，甚至包括祖父母、孫子女，只是所佔比例不大。
- 二十三、蔡主任淑鈴：本條第一項中提及「無謀生能力」，然無工作並不能代表無謀生能力，就公保經驗乃規定領有殘障手冊且無謀生能力，而依本保險法，未來如何執行對「無謀生能力」之界定？
- 二十四、楊處長漢淙：原條文中為「無工作者」，然以臺灣現況要認定有無工作甚為困難，而「無謀生能力」似較「無工作者」容易認定，故以之取代。
- 二十五、蔡主任淑鈴：若無具體之證件，如何證明該保險對象無謀生能力？

- 二十六、羅召集人紀琮：有關「無謀生能力」未來在認定執行上可能有困難。我們也了解，然而為了避免一些不公平的現象，我們如此設計。因為若以工作狀況來區別，可能會發生保險對象擁有龐大財產卻因未工作而以眷屬身分投保之不合理情形，而「無謀生能力」則可將此情形排除。
- 二十七、臺灣省政府代表：據瞭解軍人眷屬皆享有免費醫療，未來卻規定軍眷均強制投保，是否有所衝突？
- 二十八、楊處長漢淙：依據國防部意見，依法並未規定軍眷可免費就醫，然現行之軍眷免費醫療乃國防部對軍眷醫療補助，為一福利措施，且納入全民健康保險，可讓軍眷能選擇就醫地點。
- 二十九、江顧問東亮：於第十條中加有「無謀生能力」之文字後，參照第九條條文，則必會遺漏未被規範之保險對象，即居住自費安養之家之單身老人，因其既無眷屬且無謀生能力。
- 三十、楊處長漢淙：以「無工作能力」或「無謀生能力」，其文字表現均有缺失，但「無謀生能力」較「無工作能力」為妥，未來在施行時，將在有關施行細則中做解釋。

第十一條（無修正意見）

第十二條

- 一、吳理事長坤光：醫師公會方面認為因案囚禁服刑者，仍希望其能參加本保險，且應明訂其要件。
- 二、法務部代表：因案囚禁服刑者被排除在本保險之外，是否因其在獄中可享有醫療照護？
- 三、楊處長漢淙：有關因案囚禁服刑者未納入本保險考量之理由如下：
- （一）對受刑人應如何收保費？
 - （二）服刑者（不含易科罰金）理應由獄方給予其適當醫療照護，惟現況中，

獄方醫療照護不足是另一問題。

(三)其本人無法和一般國民同樣享有就醫之自由。

四、法務部代表：將請本部監所司表示意見後，再做回答。

五、楊處長漢源：本保險之保險對象雖為全體國民，但仍有不加保者，如軍人。

六、吳理事長坤光：個人認為一般民眾加入保險，旨在防老、防重大疾病發生之問題，而獄中服刑者在獄中生活情況中，反而容易生重病，故認為應予加保機會。

七、羅召集人紀琮：對於因案囚禁服刑者之加保問題，可否由民間保險公司來辦理？

八、徐專員廣正：

(一)本條第一項第一款「未在臺灣地區設籍或設籍未滿六個月」，其中「或」設籍未滿六個月與「且」設籍未滿六個月，其意義請解釋之。

(二)對喪失中華民國國籍者，須經一段等待時間，方能再重新取得國籍後設籍，而本保險訂為設籍滿六個月之中華民國國民，故須有一段等待期，方才取得被保險人之資格，上述問題宜如何處理。

(三)有關「因案囚禁服刑」期間始點之計算，是否從判決確定，開始服刑開始？因為羈押也是一種囚禁行為，其起始點應予明確界定。

九、楊處長漢源：本條第一項第一款中應用「或」字無誤，旨在陳述二種情形，一為未在臺灣地區設籍，一為未設籍滿六個月之情形；對於前述外國籍者，需取得本國籍後再設籍後才能取得「加保資格」，所提之恢復國籍期間，是依據戶籍法所定，恐難更改。

十、郝科長向晴：有關案例我國人民與外籍女子結婚，該女子須在一年後才能取得身分證，將如何解決？此案例與恢復國籍之等待期有關聯性。

十一、楊處長漢源：個案無法於本法中訂定，且本法非社會救助而為社會保險，故

須能盡義務才能享權利。

十二、江顧問東亮：有關居住於養老機構無謀生能力之老人投保問題，因養老機構為事業機構，故戶長為事業機構之代表，而非老人本人，是否被排除於全民健康保險外。

十三、楊處長漢涼：無謀生能力之老人投保問題，涉及兩個層面：

(一) 眷屬是否應居住於同一戶中？本保險法中並未規定眷屬應與被保險人同住一戶中。

(二) 涉及投保單位，若本人為鰥寡孤獨居住於社會福利機構者，則可以該機構為投保單位。上述事項於第十三條中有規定。

十四、吳主任憲明：建議第九條中有關外籍員工不受設籍六個月之投保要件，即「但其適用同款第(三)目規定之被保險人及其眷屬」文字移至第十二條第一項第六款，因第九條之規定為消極性，故第十二條第一項第六款文字則修改為「六、外籍員工被解僱或離職及其適用第九條第一款第三目外籍員工其眷屬設籍未滿六個月者」。

十五、時科長玉珠：本保險限制保險對象應設籍六個月以上，其目的乃為防止長期居住國外者帶病回國投保，享受廉價之醫療給付，故第十二條中第四項建議刪除眷屬部分使排除規定限於第(一)、(二)目之被保險人部分。且外籍勞工其眷屬應與本國人同時考量，否則形成不公平。

十六、楊處長漢涼：可以考量只排除第一、二目外國籍被保險人之設籍六個月限制。

十七、法務部代表：

(一) 本條第二項「被保險人或其眷屬預計或已離境六個月以上，得予退保」，其中「預計」部分，若本人仍在國內而得予退保，似有不妥，請考量。

(二) 有關因案囚禁服刑者在羈押期間發生重病仍適用保外就醫之規定，故本

條第一項第四款仍為保險對象，因案囚禁服刑者應予退保乙項，應經法院確定服刑為要件，即已於監所中服刑者，則適用本條，羈押者不應包含在內。

- 十八、鄭專員聰明：有關羈押者可因羈押執行法而保外就醫，可加入全民健保。若於看守所中發生重病不予保外就醫時，則對被羈押者造成不公平情形。
- 十九、吳理事長坤光：現實生活中，保外就醫情形發生時，該案例之醫療費用由誰支付？
- 二十、楊處長漢源：有關保外就醫者，其醫療費用宜由監獄支付。
- 二十一、蔡主任淑鈴：第十二條第一項第三款明定參加軍人保險者應予退保，然於第七條中亦明定軍人及軍校學生不參加本保險，故本條第一項第三款是否需要重覆規定？
- 二十二、楊處長漢源：有關「軍人保險」表現之文字，與國防部協調後，經該部表示，此處所指軍人保險所涵蓋保險對象，除軍人與軍校學生外，尚有軍中聘雇人員。其在軍醫院中亦能有免費醫療照護。故認為使用「軍人保險」文字較適當。
- 二十三、法務部代表：有關本條第一項第五款「失蹤滿六個月」，由檢察官或家屬提出失蹤申請後，就民法規定，有一定之程序，例如於失蹤於一定期限以上，由法院法官予死亡宣告之程序。在本保險之規範中，有關失蹤之認定執行機關或單位為何？請說明。
- 二十四、徐專員廣正：此處涉及失蹤六個月之時間計算問題，一般報請失蹤程序係由家屬向當地警察機關提出失蹤申報，經警察機關協助尋找一個月後，仍無法獲知其去處時，則可憑警察機關所提之失蹤證明向戶政單位做失蹤登記。失蹤時間之計算是從向警察機關提出失蹤申請開始或從戶政單位之失蹤登記開始，其計算時間上有差距。

二十五、鄭專員聰明：建議於母法中不必詳定，而於施行細則中對失蹤等相關事項做補充說明。

二十六、吳理事長坤光：原則上希望取消因案囚刑者應予退保一項，但若仍維持原樣，建議因案服刑情形時，須經法院判刑確定後才執行。

第十三條

一、楊處長漢淙：修正本案第二項「第七條第一項第五款第二目」為「第九條第一項第六款第二目…」。

二、江顧問東亮：老人被安置於社會福利機構者，既非戶長亦非眷屬。是否適用於第十條第一項第四款來計算保險費。

三、陳科長琇惠：被安養於社會福利機構者有兩類人。一為低收入戶，其費用皆由社政單位支付，另一為自費安養者。為個別戶，亦即地區團體之被保險人。

第十四條（無修正意見）

第十五條（無修正意見）

第十六條

一、蔡主任淑鈴：

（一）第十三條第二項第六款第二目規定之被保險人及其眷屬，得以共同生活之其他類被保險人所屬投保單位，但其保險費依第二十五條規定分別計算」所述，則成為保險對象身分為職業團體，然保險費卻以地區團體計繳方式計算，如此作業方式恐將造成投保單位困擾負擔，請釐清。

（二）第十六條「…，應負責提供其所需之資料…」，其中「其」指那些機關？

二、鄭專員聰明：本條第一行「…，為辦理各項保險手續」將「為」修改為「於」。

三、楊處長漢源：

- (一) 第十三條第二項「第九條第一項…，得以其共同生活之…」，其中「得」字還是應為「得」字，非「應」字。舉例說明，案例為一公務員扶養未成年之弟弟，該兄弟無父母者，按前述保險對象之分類，則將被分為二戶來辦理加保手續，若經服務機關同意，則可由同一投保單位來辦理手續以便利民眾，至於此類保險對象之人數目前不明。
- (二) 將第十六條文字「保險對象及投保單位，為辦理各項保險手續，應負責提供其所需之資料或文件…」修改為「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…」。

四、張科員素敏：請說明第十一條新增規定「…應為第二類被保險人者，不得為第三類被保險人…」之理由？因部分漁會會員能同時具備農會會員資格，該被保險人雖身分重疊，但可擇優參加。

五、楊處長漢源：如農保條例中規定，應為勞保被保險人者不得加入農保，現行設計即不能讓其擇優參加。

六、張科員素敏：所提「擇優參加」係指同時可加入農、漁會會員，同時具備二類被保險人身分時，應如何處理？

七、蔡主任淑鈴：第十三條第二項「第九條第一項…得以其共同生活之其他類被保險人所屬投保單位為其投保單位」其意為被保險人對投保單位之主動權，不得拒絕之意，例如現行公保就醫需有醫療證明單，然眷屬與被保險人不居住同一地，拿醫療證明單不方便，即可向投保單位申請，經投保單位同意後，方可轉移就醫地，故建議在本條中加上「徵得投保單位同意後，得以其共同生活之…」。

八、時科長玉珠：有關第十二條中述及參加軍人保險應予退保，於前述第七項保險對象說明欄中並未提及參加軍人保險者除軍人及軍校學生外，尚有軍中聘雇人員，建議於第七條條文中加上軍中聘雇人員不參加本保險之說明。

- 九、楊處長漢淙：軍中聘僱人員因國防部所發給之補給證，可與軍人享同等之免費醫療。
- 十、徐專員廣正：建議刪除第十二條說明欄第三行「軍人保險者」文字。
- 十一、鄭專員聰明：應對本條說明欄之文字整理，基本上以第一項應寫退保之情形，第二項則為應退保對象係指哪些人等方式來做整理。

第三章：保險費

第十七條

- 一、徐專員廣正：本條中提及「第一至第四類被保險人」而第九條則僅指保險對象，建議將本條文字做更正。
- 二、楊處長漢淙：將本條條文為「第一類至第四類保險對象之保險費」修改為「第一類至第四類被保險人及其眷屬之保險費…」如此不突顯眷屬之保險對象另外計算，而隨被保險人之投保金額計之。

第十八條

- 一、楊處長漢淙：文字修正為「第一類至第四類被保險人之保險費率…」。
- 二、戴科長桂英：如果將本條文字修改為「第一類至第四類被保險人」則第二十二條條文採乙案是否就被確定之意？

第十九條至第二十三條

- 一、楊處長漢淙：關鍵在於第二十二條，農民之投保金額計算方式，是比照職業團體之平均投保金額為計算基準，或比照地區團體以財產，土地來計算？如本條確定則第十八至第二十一條條文將被確定。
- 二、吳理事長坤光：建議農民之投保金額之計算應以一定之級數為基準，而不應以土地，財產計算之，因實際財產狀況難以掌握，恐將造成不公平。

- 三、羅召集人紀琮：農地和都市用地之價值有差距，若農民之投保金額以土地、財產來計算，而該筆土地為農地，其價值較都市用地低，會反映在投保金額之上，故使用乙案，以土地、財產來計算農民之投保金額並無不妥。
- 四、吳理事長坤光：然土地價值有申報地價及買賣地價二種則反映於投保金額上將有大差距。
- 五、羅召集人紀琮：有關土地價值計算皆以申報價值為基準。
- 六、徐專員廣正：
- (一) 第十九條第二項提及「本保險增減給付項目及給付內容時，保險人應以精算其對保險財務之影響，…」若給付項目只做一、二項之調整情形下，是否應做精算？
 - (二) 保險給付標準之高低，同樣會影響保險財務，請就本條內容做一考量。
 - (三) 第二十一條第一項第三行「…。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。」。其中「薪資」所指為何？因軍人所得為俸給，且軍人保險係以基數標準來表示其給付金額，本條條文是否造成混淆？請斟酌。
 - (四) 建議將第十九條文字「本保險增減給付項目及給付內容時…」修改為「本保險增減給付項目及給付內容時或調整給付標準時…」。
- 七、羅召集人紀琮：有關第二十條第一項第四行「軍人之薪資」，軍人之所得其名稱應為「軍餉」，與公務人員薪資同樣分為本俸及加給，非單一薪俸，故以「薪資」名之，應不致被混淆。
- 八、陳科長琇惠：有關農民之投保金額，日前貴署至本部溝通時，就對農民投保金額有一共識，即可考量農民所得高低，而以級數規定之，惟級數不宜過多，備忘錄中係記載以勞保前一年之加權平均投保金額為基數，上下各加幾個等級，由被保險人自行申報，再由保險機關以第一類及第二類被保險人之投保金額及財稅機關提供之資料為查核依據。如此較具公平性、合理性及效益性。

九、楊處長漢源：等級之劃分是否已考慮農民所持有土地價值之因素？

十、陳科長琇惠：已加以考慮。

十一、張科員素敏：以土地作為投保薪資分級表之標準，曾請教本會農地小組專家之意見，其表示仍應考量公平性與可行性。

十二、姚專員培和：

（一）民國八十三年將實施全民健保，公保將被納入，這是行政院的全盤規劃，也可以說是國家整體福利政策，本部自當全力配合。希望公保納入全民健保後，全民健保制度能比公保制度要更好，能維持公教人員既得權益，在投保金額及保險費率等方面，不要增加公保被保險人之負擔，避免公保被保險人對全民健保損及公保權益之反彈。

（二）保險費繳納方面，參照健保法第十四條規定，按加、退保生效之日計算。

十三、時科長玉珠：

（一）第二十一條第三項「第一項所稱薪資所得…」已請本部賦稅署表示意見，但尚未取得答覆。

（二）第二十三條提及薪資所得有變動時，應如何處理，然實際情況中，薪資所得、營利所得及執行業務所得每月不同，例如獎金、紅利等，在實際執行上是否會有問題？

十四、蔡主任淑鈴：以現行公保情況而言，是以本俸為其投保金額，曾經核算過，本俸約為實際薪資所得百分之六十，未來全民健保實施後，公務人員的投保金額將有二種，一為現金保險之保俸，另一則為全民健保之保俸，且兩者分別計算，如此將會使大多數之公務員要求比照醫療給付之投保金額分級表，提高保險俸級，以領取較高之現金給付，屆時不但投保作業繁複，且對現行保險機關造成相當大之壓力。

十五、羅召集人紀琮：

- (一) 以考量過現在之保險對象因醫療部分整合，而致利益損失問題。如果勞保投保金額無法達到某一水準時，考慮允許公保維持現狀。由於健保之設計是將投保金額分級表上限提高，同時要求以實際薪資所得來投保，未來將遭遇極大反彈。我們目前正考慮將公保單獨做處理，或讓公保以本俸做為投保薪資之基準。
- (二) 有關月薪資所得每月不同情況下，投保金額之計算調整問題。因醫療給付與投保金額間無直接關連，考量被保險人並不會主動將所得異動情形完全做反映，故受益或受損無法切實掌握。減輕保險人之行政負擔，故第二十三條條文中，然而為考量公平性，量能繳費的同時，訂有每年二次調整之機會。

十六、李科長少珍：

- (一) 有關第二十條，未來勞保亦將與公保遭遇同樣現金給付薪資分級表上之壓力，以勞保現狀而言，超過現行最高一級二萬八千八百元者，人數已超出勞保被保險人總人數之百分之十，才加以調整分級表。故對未來最高一級之投保金額適用之被保險人人數不超過被保險人總數之百分之三，是否合適或可行？或應有分級表上限之限制，或與公、勞保之投保金額做一平衡性調整？請考量。
- (二) 有關勞保現況中投保金額，以多報少情形普遍，為健全財務基礎，維持公平原則，是否於本保險法中規定可由保險人逕行調整？

十七、羅召集人紀琮：

- (一) 對「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，應調整分級表，並加高等級。」一項，於第一期規劃中經多次討論，勞委會劉處長亦表同意，未來全民健康保險分級表之上限可不同於勞保，而未來勞保分級表之修正將隨全民健保做修正。除上限外，其餘級數相同，不會造成困擾。

- (二) 有關投保金額隨所得調整問題，要求被保險人完全主動申報不太可能，故由保險人於年底根據財稅資料查核，若低報情形嚴重，將予以處罰。
- (三) 有關第二十三條投保金額是否可由保險人逕行調整一項，似乎有困難。目前勞保局的做法是將被保險人之投保薪資依財稅資料做查核，然後通知投保單位，逕行調整易有法律糾紛。

十八、李科長少珍：希望於法中規定由保險人逕行調整，是考慮在執行上將較方便。

十九、吳顧問凱勳：

- (一) 對第二十三條，根據內政部陳科長琇惠所擬意見，增定於第二十一條第四項：「第三類被保險人之投保金額，以第一類被保險人前一年之平均投保金額為基準，以持有農地面積，比照投保金額分級表區分為五等級適用之」
- (二) 第二十條第三項對投保金額是否應根據某一指標來執行，可能在執行上將有問題，故是否由保險人自行調整，亦值得考量。依日本經驗，建議於本項文後增列文字「…，應自次月起調整分級表加高等級至最高級，投保金額適用人數不超過被保險人總數百分之一。」其中「百分之一」之比率，可以討論。

二十、羅召集人紀琮：

- (一) 農民有富農亦有貧農，若混為一談，對投保金額如何訂定，即很難達到共識，若純用土地做為投保金額計算之基準亦會有困難，故若要將投保金額分級，建議仿照地區團體之保險費計算，以所得、財產一起考量。然而因農地價值與都市用地價值很難對等，怕有補貼的狀況，故考慮將農民歸為一類計算保險費，農地間價值之差異應不致比農地與其他用地價值差異大。若同意農地價值可合理反映在財稅資料，可考慮以土地為指標。若要進一步反映經濟能力，可考慮同時所得及財產，並以這些資料來分級。

(二) 有關第二十條吳顧問所提意見，認為不必做如此規範，因投保金額分級表不但有上下限，且有級距，事先即以確定級距金額，最高限為三萬或五萬，超出被保險人總數之百分之三即調高一級；若適用人數又超出時，第二年再調高一級，此種機制已包含在投保金額分級表之設計上，不必再設百分之一，否則條件太多，反而造成困擾。

二十一、徐專員廣正：勞保現行投保薪資等級級距為六百元，九百元，一千二百元，一千五百元現有二十二級，是以基本工資調幅做標準調整上限，而每年基本工資調幅為百分之十至百分之十四，目前調整之後第一年即適用最高級之被保險人占被保險人總數之百分之十，一年之內即需做調整，故建議將百分之三之調整依據做調整，否則將會有同勞保現況，每年調整分級表之後，適用最上一級立即達到門檻情形發生。

二十二、羅召集人紀琮：既然要分級，又要達到所得重分配，上限應適度加高。同時愈上級級距金額應愈高，我們希望每種級距只有四級，同時級距金額可考量依等級數做調整。

二十三、楊處長漢源：

(一) 第二十二條若各位不反對，採房屋及土地總價，事實上則即是採行乙案。第二十二條分有第一、二、四類被保險人，第三類被保險人，第五、六類被保險人各有其分級表。若級數少，級距大，為公平起見，可將金額縮少，仍列甲、乙案。

(二) 第十八條仍將是第一類至第四類保險費相同，投保金額之計算是第一、二、四類被保險人為一種，第三類被保險人為一種方式。

二十四、陳科長琇惠：有關農民投保金額希望比照職域分級表，無需另訂定新表。事實上農民有自耕農、佃農、僱農等類別，在申報上都有其身分別類，若以土地多寡作為分級基礎，實質上有問題，則可以身分別作為申報基礎，級數可調整，再透過財稅資料查核。

- 二十五、張科員素敏：以土地申報則牽涉層面相當廣，如佃農並無土地，將如何查核、歸類分級？且農地所有人不一定從農，各地均有農地、或將土地名義轉移，只以一部分土地投保，如此情形，將如何處理？我們應該保護專業農，但以土地分級，則專業農所繳保險費將較多，請規劃小組深入研究。
- 二十六、羅召集人紀琮：農民之定義並不清楚，同時廣義的農業涵蓋農、林、漁、牧，僅農業有土地，所以是否可僅由土地分級？希望農委會及內政部提供意見、資料再行討論。
- 二十七、楊處長漢淙：有關第二十二條之乙案農民之投保金額計算是較類似職業團體，問題在於分級時以何為指標？並由何人繳交保險費？我們可以財產之多寡來分級，此時將發生農民將其名下之土地轉移或做身分轉移，若將農民定位於職業團體，並將其投保金額列於職業團體薪資分級表之最後一級，可能會不合理。
- 二十八、陳科長琇惠：本部意見偏向將農民劃入職業團體，只是不另訂定等級表，以第一、二類之投保金額等級表來分級，並強制申報等級，以加權平均金額為基礎線。
- 二十九、羅召集人紀琮：若以身分來劃分恐有困難，建議採甲案，但以土地，財產，所得做為等級調整指標。
- 三十、楊處長漢淙：
- (一) 原則上採職業團體分級表，等級劃分標準則將完全無財產者以職業團體最低一級為基準，往上調幾級，如此方法並不完全反映實質所得，財產，認為農民部分之投保金額分級表可參考第一、二類分級表，則第一至第四類被保險人之保險費率相同。
 - (二) 建議將本條文修改為「第三類被保險人及其眷屬投保金額以該被保險人及其眷屬之土地總價訂定之。」。

- 三十一、吳顧問凱勳：意即第三類被保險人及其眷屬之投保金額，以第一類被保險人平均投保薪資分級標準，再依其所得及土地做歸級依據。
- 三十二、楊處長漢淙：若用加權平均則其金額較勞保最低一級為高，如用現在的方式，佃農則無需多付。
- 三十三、張科員素敏：建議農民以第二類職業團體被保險人平均投保金額為基準，往上或往下定幾級適用。
- 三十四、羅召集人紀琮：將不以職業團體之加權平均金額來劃分等級基準，而以同一分級表來反映被保險人之能力，無能力者則以最低一級計之，有能力者再訂定適用等級。
- 三十五、陳科長琇惠：以農保實施之經驗，以加權平均金額為基準，設定上下級數，最簡易可行。若欲以土地、房屋作為課徵基礎，而土地房屋財產能力如何設定，如技術上克服困難，我個人無意見。
- 三十六、張科員素敏：由於部分土地所有權人並非農地使用人，且現況中農民年齡結構老化，多將其土地，房屋所有權轉移給其子女，而其子女不一定從農，如此承保機關向該農民收取應繳之保險費似有困難。
- 三十七、楊處長漢淙：若無法以其實際所得收取該農民之保險費時，則以職業團體投保金額分級表中最低一級來收取保險費。
- 三十八、石副署長曜堂：對第二十二條將不做決定，由規劃小組財務組再做考量修正。

第二十四條（無修正意見）

第二十五條

- 一、徐專員廣正：請說明所得分級表及財產分級表之訂定辦法。

- 二、羅召集人紀琮：保險費為所得（或財產）乘以一事先訂定的比率，然而如此計算後之金額常不為整數，若採分級表則可省去零頭。至於地區團體之分級表與職業團體的分級表大致相同。至於將財產和所得分為二種表，乃因一為存量，一為流量之概念。
- 三、徐專員廣正：分級之標準為何？
- 四、羅召集人紀琮：掌握財產資料，再依本法前項所定比率，決定分級表。
- 五、時科長玉珠：
- （一）本條第四項，實際上並無地價稅法，請修正為「平均地權條例」。
 - （二）有關目前土地價值之計算方法有二，一為課徵地價稅之申報地價，一為買賣土地課繳增值稅之土地公告現值，而目前財稅單位對土地建檔是以申報地價為準，且每三年才調整一次，與現值差距很多。
- 六、蔡主任淑鈴：有關本條之精神於第一項中明列「第六類保險對象以其總人數及精算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。」。全民健康保險財務是規劃以量出為入，全體平均保險費用，由其全體保險對象每人之醫療支出自行分擔；則如地區團體者由其自行分擔地區團體保險對象之醫療支出，是否有違全民健康保險之精神？
- 七、羅召集人紀琮：危險分擔並非職業團體歸職業團體，此種設計旨在避免中小企業將受雇者及其眷屬轉移至地區團體。
- 八、蔡主任淑鈴：因是量入為出，故應是全體保險對象平均分擔每人醫療費用。本條著重於所得重分配之效果；然本條文中並無所得重分配之概念存在，而僅在本保險中由地區團體自成一保險之意義存在。
- 九、楊處長漢源：以平均保險費來計算，已經含有所得重分配之功能。
- 十、吳顧問凱勳：將全體醫療成本除以全體保險對象即基於整合之觀念，具有所得重分配之意義存在；因地區團體保險對象為危險較高者，則其分配效果大，反之則效果小，就他國情形而言，地區團體之情形亦復如此。

第二十六條

- 一、徐專員廣正：有關條文中出現有國防部補助，國軍退除役官兵輔導委員會，中央社政單位…等等皆屬中央級機關，是否因預算編列方式而使名稱不同。若不是，則請統一名稱。
- 二、楊處長漢源：在此是考量對不同身分別保險對象有不同補助比率情形，如低收入戶部分由社政單位支應，退伍軍人部分由行政院國軍退除役官兵輔導委員會支應。
- 三、徐專員廣正：例如中央社政單位為何不指明是內政部？
- 四、楊處長漢源：此處乃強調是項補助係由社會福利預算項下支應。
- 五、郭副秘書長永雄：
 - (一) 勞保給付現況中，醫療給付占百分之六十，乘以保險費率百分之七，則醫療給付費率為百分之四點二，全民健康保險因有眷屬加入，其醫療給付為百分之八至百分之十一，被保險人與其眷屬之間有百分之三點八之差距，精算應如何操作？請說明為何被保險人之醫療給付之保險費率高至百分之八之原因。
 - (二) 基於勞工政策，認為應加重有一定雇主之勞工之負擔。
- 六、陳科長惠美：就未來八十三年全民健康保險之實施，行政事務費已有由國庫負擔之趨式，公保個人負擔百分之五十加重被保險人之保險費負擔，若現金給付又分離，更加重被保險人之負擔，若加重有一定雇主之勞工，則可能引起雇主之反彈，在規劃上請考量。

第二十七條

- 一、張科員素敏：有關第一項第二款所提，農漁會是否有能力辦理每月收繳保險費之工作？目前農會以每半年預繳保險費之方式收取，人力仍嫌不足，希望給予農會行政管理補助費。

- 二、楊處長漢源：農保每半年預繳保險費方式並不抵觸本條文字。
- 三、吳顧問凱勳：是否規定第三類被保險人於每半年於一月底或七月底預繳保險費一次。
- 四、蔡主任淑鈴：以往第一項第四款第六類被保險人之保險費可逕向保險人繳納一項，則可能變成個人投保觀念，保險人需等到政府所補助之保險費到齊後，才能入帳，且是對保險人個人入帳，如此徒增行政手續。本文是否可由投保機關要求被保險人繳納保險費或以轉帳方式繳納，爾後由投保單位統籌後交予保險機關，如此帳目才能清楚，故建議維持由投保單位指定金融機構來收繳保險費。
- 五、法務部代表：
- (一) 本條文最後訂有保險費一經繳納，則不予退還，何種事由才能退還？
 - (二) 請解釋「但非歸責於投保單位或被保險人之事由」之情形。
- 六、鄭專員聰明：建議刪除「保險費一經繳納，…不在此限」文字，認為只規定繳納保險費之時間。
- 七、楊處長漢源：保險費是論進不論出。
- 八、戴科長桂英：當月同時有加、退保行為者，則當月之保險費應如何繳交？
- 九、吳顧問凱勳：
- (一) 「保險費一經繳納，…不在此限」在勞保條例中亦有類似規定，在當月加退保時，若已於原單位繳納保險費，則在加保時，無需於新單位再繳納。
 - (二) 對於多繳納之保險費亦可不退，因可以轉帳方式做為次月保險費之一部分。
 - (三) 對誤保或投機取巧加保者，於無保險效力期間繳納之保險費皆不退，但非歸責於投保單位或被保險人者，不在此限。

- 十、法務部代表：本身不具投保資格繳納保險費，為何不可退還保險費。在民法上則造成國家不當得利情形。
- 十一、吳顧問凱勳：對誤保有二種情形，一為真誤保，一為取巧加保，對取巧加保情形者，則以不退還保費為處分。至另排除責任歸屬問題，可以但書中規定。
- 十二、法務部代表：對誤保情形發生，應屬保險人未盡查核責任，不退還已繳納之保險費，即表示將責任推向被保險人。
- 十三、楊處長漢源：刪除「保險費一經繳納…，不在此限。」文字。
- 十四、郝科長向晴：有關本條文現修正為第六類被保險人之保險費按月向投保單位繳交，請說明繳交程序。請將修正後之條文交退輔會，俾將其會有關單位對基本程序表示意見。
- 十五、姚專員培和：建議將本條與健保法第十四條保險效率之開始一併考慮，希望以加退保實際日數計算，而不以月計之。
- 十六、羅召集人紀琮：就公平性而言，按實際日數較公平；然就現行勞保情形，有三十萬投保單位加退保異動頻繁，若按日計算加退保，行政手續繁瑣，就行政效率上考量，建議當月加保同時即繳納保險費，於當月退保時則無需再繳納保險費。

第二十八條

一、法務部代表：

- (一) 第二項所提「主持人」指何人？
- (二) 第二項最後提及「應負損害賠償責任」，是否應為「代繳」？
- (三) 第三項第二行建議將「暫行拒絕保險給付」修改為「不予保險給付」。

二、戴科長桂英：有關本條文乃參考自勞保條例條文。

三、鄭專員聰明：暫不給付意即原因補正後就可給付。

四、楊處長漢源：主持人係指投保單位。

五、吳顧問凱勳：「應負損害賠償責任」非「代繳」之意，若有責時，負責人應負損害賠償責任。

六、鄭專員聰明：如醫療事故，應如何處理？

七、郭副秘書長永雄：可用損害賠償文字，並不一定是侵權行為，其他法律之規定亦可。

八、蔡主任淑鈴：

（一）有關滯納金未繳者，保險人得移送法院強制執行，而投保單位有過失者，應負損害賠償，則「有過失」如何認定？

（二）第三項第三行「…，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」。其中「已扣繳」是否應刪除以配合前述被保人保險費均繳納至投保單位之規定。

九、鄭專員聰明：建議將第三項第二行「暫行拒絕給付；…」其中「；」修改為「。」。

十、法務部代表：第二項「保險人得移法院…」由於文意不清，建議修改為「仍未繳納者移送法院強制執行」。

十一、鄭專員聰明：建議刪除「保險人」文字。

十二、吳顧問凱勳：前述有過失者由保險人執行，投保單位有異議時，可向爭議審議委員會申訴，若再不服則訴諸於法律。

第四章：保險給付

第二十九條

一、藥師公會全聯會：有關附加保險概念上未加進，是否附加保險就此打住？

- 二、戴科長桂英：有關附加保險部分是由本小組做內部討論時，奉署長指示，對於藥品或中醫應準備資料擴大公聽會。
- 三、楊處長漢淙：附加保險涉及保險給付與保險費率之計算。若有附加保險時，醫療辦法會訂基本給付項目，與附加項目不衝突。有關未來即使施行附加保險，對本條內容之訂定並無太多影響。
- 四、蔡主任淑鈴：建議於本條第二行將「根據醫療辦法…」修改為「根據本保險醫療辦法…」。
- 五、法務部代表：就民法而言，有關本條所述，投保單位應盡相當注意責任，盡義務後方可減輕責任，故建議直接課以責任。
- 六、楊處長漢淙：被保險人與投保單位之關係有二種情形，一為雇用，一為無雇用關係，如鄉鎮市區公所等。若二者關係為後者時，被保險人不主動繳納，不歸責於投保單位。
- 七、法務部代表：即使二者關係為雇主與員工時，亦會發生問題。
- 八、鄭專員聰明：將再對本條作探討。

第三十條（無修正意見）

柒、散會



「全民健康保險法研議小組」第 17 次會議會議紀錄

壹、日期：八十一年十二月十二日（星期六）九時

貳、地點：臺北市愛國東路 100 號十四樓第一會議室

參、主席：石副署長曜堂

紀錄：廖哲慧

肆、出席人員及單位：

姚專員培和（銓敘部）	姚培和
陳科長琇惠（內政部）	何明察（代）
楚中將慶（國防部）	曲慶浩（代）
時科長玉珠（財政部）	時玉珠
劉處長見祥（行政院勞工委員會）	曾條昌（代） 丁增輝
行政院退除役官兵輔導委員會	呂鳳藻
張科員素敏（行政院農業委員會）	張素敏
陳副理益昌（中央信託局公務人員保險處）	蔡淑鈴 游清榮
柯主任木興（臺閩地區勞工保險局）	柯木興
吳理事長坤光（中華民國醫師公會全國聯合會）	吳坤光 甘莉莉
蕭醫師偉傑（中華民國中醫師公會全國聯合會）	（請假）
林理事長宗旦（中華民國藥師公會全國聯合會）	龔 圻（代）
高理事長資彬（中華民國牙醫師公會全國聯合會）	孫景美（代）
何秘書長君毅（中華民國全國工業總會）	郭永雄（代）
邱秘書長兆鑫（中華民國商業總會）	（請假）
彭副秘書長光政（中華民國總工會）	彭光政
行政院經濟建設委員會	徐廣政
行政院主計處	陳惠美
法務部	何瑞富
臺灣省政府	胡子明
臺北市政府	（請假）
高雄市政府	（請假）

葉副署長金川	(請假)
詹委員火生	(請假)
藍顧問忠孚	(請假)
楊顧問志良	(請假)
江顧問東亮	江東亮
陳顧問雲中	(請假)
葉教授俊榮	(請假)
楊處長漢淥	楊漢淥
蕭處長美玲	蕭美玲
陳處長樹功	陳樹功
張處長耀雄	許須美(代)
余處長玉眉	賴美淑(代)
羅召集人紀琮	羅紀琮
李召集人玉春	李玉春
吳顧問凱勳	(請假)
吳主任憲明	吳憲明
吳副主任委員忠立	梁淑華(代)
戴科長桂英	戴桂英
醫政處	鄭聰明
全民健保小組	邱瑜瑩 沈茂庭 宋瑞蛟 黃偉堯 楊寶玉 林佩瑾 黃信忠 尤素娟

伍、主席致詞：(略)

陸、發言摘要：

第四章 保險給付

第三十一條 無修正意見

第三十二條 無修正意見

第三十三條

- 一、曾科長條昌：有關慢性病房住院三十日內是否可以免費？
- 二、楊處長漢源：住院醫院需分級，所以加上第二項，保險對象於地區醫院或區域醫院或醫學中心因急性病住院者則逐級，增加百分之五。
- 三、賴副處長美淑：就長期照護觀點而言，在一百八十一日以上之慢性照護，不只有慢性醫院，亦可在長期照護機構，所以一百八十日之設計太長，或許以九十日來限制慢性醫院使用日數較合適，請問一百八十日之設計考量基礎為何？
- 四、楊處長漢源：如果真正要限制應限制，其住院日數超過所定日數部分，則全部由病人自行吸收。但考量可接受性甚低，因為在於現行公、勞保之被保險人可住到其保險資格被取消為止，所以沒有如此訂定。就現況而言，在醫院中住院日數超過一百八十日病人佔多數，若縮短住院日數之限制則絕大多數病人都需自付百分之三十，衝擊會很大。
- 五、曾科長條昌：因住院日數及住院病因不同而保險對象自付住院費用不同，在執行上有其困難，且現在又加上「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」之規定，未來保險人及醫療機構在執行上更形手續繁瑣，認為應將本條文內容之架構設計再予以簡化、建議按勞保修正案，住院以百分之十來計算。
- 六、蔡主任淑鈴：對本條文有二點疑問請考量：
 - （一）慢性病房及急性病房之界定為何？由於現行醫院中對急、慢性病房的分類並不明確，是否未來全民健保開辦時即可明確分類？因涉及被保險人因醫師診斷而使其自付住院之部分負擔金額不同，亦可能造成被保險人與醫師之糾紛。
 - （二）第三項中提及對同一疾病之認定，將涉及被保險人其自付最高額由主管機關按前一年每人平均國民所得之百分之十規定，同一疾病的認定與被保險人部分負擔之金額將不同，故在執行上恐造成困難。

七、江顧問東亮：認為本條內容設計複雜，就勞保現況而言，住院十日即超過三千元，而三千元為現在國民所得的百分之十，以現在限定同一疾病之自付部分負擔金額按前一年每人平均國民所得百分之十，則急性病房三十一日以上者自付百分之二十、慢性病房中心以九一日以上百分之二十設定。

八、楊處長漢源：

（一）急慢性病房是以設施來界定，非以疾病來劃分，現有對慢性醫院的規定，然尚未周全；現況中對急、慢性醫院最大不同在於急性醫院對人員的需求較大，相對的營運成本也增加，因此，急、慢性醫院人員配置不同，付費自然不同，現在我們對急、慢性醫院之登記作業是一經登記即規定不可互換。

（二）第三項對「同一疾病期平均國民所得百分之十設定之」之施行細則將詳加規定，現今每月最高領二萬四千八百元，然而未來以百分之十計算，則一日約付三百元，未來住至八十天即超出給付範圍，故急性住院三十日才適用此規定。

第三十四條

一、姚專員培和：免除第三十二條及第三十三條自行負擔之費用範圍，建議增加公務人員因公受傷一項。

二、楊處長漢源：因公受傷應如何界定？

三、蔡主任淑鈴：以公保現行辦法中，無論在醫療給付或現金給付部分，原則上均要求投保機關出具證明。

四、楊處長漢源：建議「因公受傷」之對象，應不只有公務人員，而應將「因公受傷」解釋為「因工作而受傷」較為妥當。所以本條所排除對象應為因工作而受傷者。

五、徐專員廣正：第三十四條所提預防保健，並未提及按照第三十一條，按照保險所定之預防保健辦法實施，若民眾自行在外接種疫苗，則亦可要求保險給付，

所以建議做文字修正，以清楚界定保險施行範圍。

六、石副署長曜堂：在第三十四條中似應明定重大傷病之範圍。

七、楊處長漢源：有關預防保健在本法中於第三十一條及第三十四條有所規定，而免除部分負擔則在第三十八條中規定。預防接種在本法中列為不給付項目，所以認為應不發生在第三十四條條文不明確之情形。

第三十五條 無修正意見

第三十六條 無修正意見

第三十七條

一、林秘書長茂泉：

- (一) 本條提及「未依第三十二條及第三十三條規定繳納費用經保險醫事服務機構催繳後仍未繳納者…」，催繳行為是由保險人或由保險機構催繳？
- (二) 保險機構收不到部分負擔，則保險人得暫行拒絕保險給付，這樣的行為疑似對醫療院所的一種懲罰？

二、楊處長漢源：

- (一) 由醫院來承擔收取部分負擔責任，若未課以責任，則部分負擔形同虛設，這是一種呆帳風險分擔。
- (二) 醫院已全力催繳，保險人視個案情形，而非全部均予拒絕給付。

三、鄭專員聰明：補充說明本條文後段，應為保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕保險給付。

四、林秘書長茂泉：就各位之解釋，建議於修改本條後段中「保險人於必要時，得對保險對象暫行拒絕給付」。

五、曾科長條昌：建議將第三十六條與第三十七條合併，原第三十七條成為第三十六條之第二項。

第三十八條

- 一、曾科長條昌：建議第一款「…醫療服務項目」修正為「…醫事服務項目」。
- 二、楊處長漢源：本條第八款應為「中醫住院」，請修正。
- 三、許副處長須美：由於國外之預防接種除嬰幼兒預防接種外，均包含了成人之預防接種，所以在此是否應明確規定為「嬰幼兒預防接種」，則其他預防接種可由保險來給付。
- 四、楊處長漢源：預防接種除當事人可防止被疾病傳染及可預防疾病傳染的擴張，從公共衛生角度考量，除上述二個原因外，並要考量預防接種之效果，公共衛生服務是民眾出錢，健康保險亦由民眾出錢，所以認為應區分清楚，評估不必要的預防接種。
- 五、賴副處長美淑：請公保處亦對第三十八條第八項表示有關居家照護之意見。
- 六、蔡主任淑鈴：
 - (一) 公保現正試辦居家照護依民眾反應，均對試辦情形表示為合適給付項目。
 - (二) 本條第一項第九款「管灌飲食以外之膳食，病房費超等差額」，目前公、勞保對病房給付，皆以二等病床為基準，而未來健保對病床之規定，則在第五十六條中提及「保險病房設置基準、及其保險病床佔總病床比率，由主管機關定之」並未明確記載定幾等病床，所以這裡以「超等」病床定之，是否合適？
- 七、許副處長須美：預防接種有許多種，並非只有單純的防疫接種。
- 八、江顧問東亮：
 - (一) 預防接種列屬公共衛生業務範圍，由政府接辦編列預算支付，不需由保險支付；然而目前政府經費對預防接種一事，仍只限於特定項目，像B型肝炎等在中小學時期接種仍是自付範圍，這是政府預算中對防疫預算

之編列，並不足以包含所有防疫工作，所以仍靠民眾自費負擔，所以防疫經費未能包含之項目，是否應列由保險來支付？但這有一問題涉及未來健康保險給付項目是否要擴大到如此的範圍？

(二) 第一項中所述「依其他法令應由政府負擔費用之醫療服務項目」在防疫工作上，除愛滋病外並無其他法令規定。

九、許副處長須美：防疫工作的推展問題不在經費的短絀，因其他疫苗將會陸續出現，為民眾就診之需要，應明定為何種預防接種。

十、楊處長漢源：

(一) 未來健康保險的實施，對病房將規定為「保險指定病房標準至於病床等級則由醫院自行定之」。目前公保發生病床等級之混亂，是因為只訂定病床等級而未訂定標準所造成的。

(二) 有關病房差額，醫院提升等級以收取差額，病人應住單人房或多人房應由醫師規定，現況中醫院中原來在一病房規定放置二張病床，不應收取差額，但醫院都收，有關病房差額規定應於本法中定之。

十一、姚專員培和：全民健保開辦後，現有已接受「居家照護」之公保被保險人，其權益應予考量。

十二、曾科長條昌：

(一) 第八款「日間住院」一項，依楊處長之解釋是不包括精神科所有項目，在此是否在文字上應做明確修正，將精神科排除在外。

(二) 第九款，治療飲食非只限管灌飲食，此處明列「管灌飲食以外」，是否會將管灌飲食之外之治療食排除？

(三) 第九款，「病房超等」差額一事做補充，在於本法文字中並未規定病房等級，此處用「超等」似有不妥？且第五十六條所提為病房之設置基準，非等級。

十三、戴科長桂英：

- (一) 建議將第九款「病房超等差額」刪除「超等」二字。
- (二) 第八款所指如糖尿病之治療飲食是排除在外。

十四、江顧問東亮：護理之家是否為給付範圍？

十五、賴副處長美淑：第三十八條中若不明文規定居家照護之限制，則日後尚有空間再予以討論；若以列舉方式定之，則列舉項目是否有遺漏？且此處護理之家的界定所在為需要 skill nursing 護理技能者，則不應列入「不給付項目」；若為在宅服務，則可列入「不給付項目」。

十六、楊處長漢源：

- (一) 有關「管灌飲食」原為「治療飲食」，經多次討論後認為「管灌飲食」較易界定，且須由營養師來調配。
- (二) 精神病之日間照護其住院與一般病人的日間照護住院有所不同，且目前慢性精神病患醫療費用將會逐漸轉移至第一項中，所以可以加上精神病患以外之居家照護及日間住院部分。
- (三) 現在並無護理機構之設置標準，贊成賴副處長之意見，且個人認為 Skill Nursing Home 和慢性醫療機構是一樣的。居家生活照護服務所指為 Non Skill Care 和現行老人福利法所定之三種社會服務內容，無法清楚界定，因為是社會服務項目所在，此處不列進條文中。
- (四) 並不是病人不需要這些服務項目，而在於如何界定價格彈性，若將照護項目均列入保險給付項目，則保險財務會不勝負荷。在本法中未將居家照護列入給付範圍，在外國對居家照護所做之小型實驗中，因是在嚴格控制條件之下，所以皆無問題；但全面性開放時，卻又會膨脹很大，難以控制，考量保險財務問題，對開放居家照護給付項目應深思考量。

十七、徐專員廣正：

- (一) 請說明本條第一款「政府負擔費用之醫療服務項目」及第十二款「經政府機關公告不給付之診療服務及藥品」之區別。

- (二) 有關預防接種問題，前往疫區旅遊或出差是否規定要預防接種，該費用是否應由政府之公共衛生經費項下支應？個人認為若為由雇主派往出差者，則費用應由雇主支付；若為個人旅遊則個人自行負擔，請參考。
- (三) 個人不同意使用「管灌飲食」文字，因無論是治療食或營養食只要經管子灌進，皆屬之，則未來在執行上容易造成疑惑。

十八、陳處長樹功：

- (一) 條文中對明定不在保險給付之項目，則是否有涵蓋不週之處？若明定項目，則會有日後調整不方便之疑慮，提出請參考。
- (二) 對於「管灌飲食」在美國有 Orphen Medical Food 並非只有管灌飲食。然數量較少，且多在特殊情形下使用。

十九、江顧問東亮：

- (一) 若照現在設計的保險給付所定項目來實行，則可預見慢性機構在有保險給付支持之下，蓬勃發展，而護理之家則反之；然而就北歐及日本之經驗而言，未來慢性機構之財務負擔會較護理之家為重，請斟酌參考。
- (二) 建議「居家照護給付」一項定為給付出院後三十日內之居家照護項目，三十日以後則不給付，這樣可以鼓勵病人提早出院。
- (三) 有關預防接種一項，保險給付在於不給付生病之前費用及對生病後之醫療費用支付費之關係。

二十、蔡主任淑鈴：現在公保居家照護個案有五百多名，公保接受衛生署指導，對居家照護訂有標準，且對施行該計畫撰有評估報告及費用分析報告，在公保五百多名居家照護個案中，所指個案，家中均有人照護且需要醫療照護而者言，家中無人照護者則需要類似慢性醫院機構來照顧，若保險給付中無居家照護項目，家中有人可照護之個案則需要尋求慢性醫院來照顧，這種情形對保險之影響才是值得評估。

二十一、賴副處長美淑：做文字修正，使不給付項目界定更清楚：

(一)「居家照護」修改為「長期居家照護」。

(二)「預防接種」則修改為「一般性預防接種」，如此對特殊疫苗，在預防勝於治療之理念下更有空間。

二十二、許副處長須美：對預防接種認為應加上「嬰幼兒例行性預防接種」。

二十三、戴科長桂英：認為第三十條中已將預防接種列為預防保健項目之一，有關項目再由辦法訂之，此處不記載。

二十四、楊處長漢涼：

(一)第三十八條不給付項目採用列舉式之原因，在於參考現行勞保條例，被列出的就不支付，這對財務影響遠比部分負擔更大。

(二)有關居家照護在歐美國家由社會福利支付，而我國沒有類似的制度。就公保現行居家照護所辦內容，認為並非居家照護內容之保險給付，而美式居家照護包含醫事人員往診費用及在病人家中所做之照護內容，認為護士前往病人家中費用和居家照護所需花費有所區別，這是目前各位在認知居家照護及護士往診指導有程度上之差異。

二十五、賴副處長美淑：因為是居家照護，而非居家護理，所以應包含醫師部分，居家照護應是一套完整的照護，包括往診及照護內容。

二十六、蔡主任淑鈴：美國式居家照護包含了(一)Nursing Home Care 及(二)Home Care 二部分，而公保給付項目的只限有 Nursing Home Care，是技術性照護項目，不取代病人家屬照護內容；現行公保所給付的是醫師、護士前往病人家中所做的處置，材料費用，而醫師、護士往返病人家中之交通費由病人負擔，處方可由病人家屬回到醫院拿藥，這是公保居家照護給付狀況。

二十七、江顧問東亮：Home Care 包括了三部分(一)physican care；(二)house keeping；(三)nurse care 若排除了 house keeping 部分則完全屬於機構照護部分，所以如何使條文明白，須做更深入考量。

二十八、羅召集人紀琮：

- (一) 給付為財務之推估基礎，保險為求得公平，所以量能付費。然而減少風險的制度應該鼓勵，例如前述預防接種或預防保健，江顧問提及應由另一筆費用來做，至於如何做，應做成評估以做為支付標準，至於細節可在母法中或辦法中討論。
- (二) 居家照護應從全面來考量，就急性、慢性與居家照護的支付總額 (physician care、house keeping、personal care)，來考量。雖然一般而言，居家照護費用比住院要便宜，但醫師、護士在機構中一次可照護較多的病人，而居家照護中，醫生、護士的往診時間花費相對高，所以這些都是應該合併考量的因素。
- (三) 關於「管灌飲食」，若如此眾多的專家們都無法清楚界定給付項目，則建議都不要付。因為考慮效率問題，若未清楚界定可能行政成本反會增加。

二十九、石處長曜堂：

- (一) 有關「嬰幼兒預防接種」文字上似有不妥，另外「一般性預防接種」難以界定，請許副處長及各位提供資料，供規劃小組參考。
- (二) 居家照護體制的建立在健保開辦同時，對確立給付項目相當重要，請保健處提供參考資料予規劃小組，提指導委員會或本法報院前之修正參考，以期充實本法之訂定。

三十、蕭處長美玲：

- (一) 有關第三款所提「麻醉藥品嗜好症」是否指藥癮者？若為藥癮者自行前往醫院要求治療及依法煙毒勒戒之給付情形區別應如何界定？
- (二) 「麻醉藥品嗜好症」名詞是否應為「藥癮」？現在麻醉藥品為管制用藥；另外醫師用藥可能隨藥事法之修定而所規定內容更嚴謹，請參考。

三十一、楊處長漢涼：

- (一) 「麻醉藥品嗜好症」一詞係引用勞保條例用詞而來。

(二)用「藥癮」是有問題，如因治療用藥而成癮者，又如同公保中對性病不給付，但就預防觀點而言，可考慮列入給付項目。

(三)在本法中所提醫療服務，並非專指醫師所提供的服務為醫療服務應涵蓋醫事人員：如藥劑師、檢驗所及提供以醫療為目的之服務內容。

三十二、曾科長條昌：建議不修改「麻醉藥品嗜好症」一詞，若刪除則有鼓勵吸毒之嫌。

第三十九條 無修正意見

一、何專員瑞富：

(一)認為有關不予保險給付情形，不應在施行細則或辦法中規定，建議本案第一款修改成「違反本法規定者」。

(二)第二款及第三款所規定內容若為皆因保險對象自身情形而引起的，是否就在文字上明白敘述並合併第二及第三款條文。

(三)第四款中「殘廢給付」與「以同一疾病申請住院診療」是否有一定關係？換言之，在此處同一傷病是否為指造成會員取殘廢給付之傷病，來申請住院診療，若是，則建議擴大「同一傷病」之解釋。

(四)第六款在本條似有保險對象使用本保險不給付之藥品項目時，才不被給付之意思。應是對部分藥品不給付，而非全部不予給付，本款似應列在本法其他適當條文中較為妥當。

二、鄭專員聰明：比較本條第二款及第六款情形。本條所指為在下列情形之保險對象，第六款所述內容為藥品，且在本條中恐有誤導本款全部不給付之疑，所以建議將第六款移到第三十八條。

三、法務部代表：就本條第三款提及「或故意造成傷病者」，在保險法中有明定「自殺」之文字。

四、楊處長漢源：保險法中明列「自殺」是與現金給付的領取有關，自殺不屬正當行為，應如何判斷？

五、江顧問東亮：

(一) 第三款中「故意造成傷害」若為精神疾病者故意傷害自己之情形，其界定就需考量精神疾病者之行為是否為有行為能力者？

(二) 建議將第三十八條第十二款及第四十條第六款中所指「藥品」改成「藥物」，因為不只是指藥本身，有時會是醫療裝置，所定範圍會較寬廣。

六、時科長玉珠：有關第三款故意造成傷病者乙項，受害者因加害者之行為造成傷病之情形，則是否不予保險給付？

七、楊處長漢源：在第七十九條有規定追求損失之權利之規定。

八、徐專員廣正：在勞保條例中，對犯罪行為者不予保險給付之定義定在父母、子女、配偶，而在此並未明定；若為交通事故等，則無法裁定加害者是何人時，則對受傷者之健康權似有不公平處。

九、楊處長漢源：本案所指為保險對象本人之犯罪行為而言。

十、法務部代表：第四十條與第七十九條並無關係，建議刪除第七十九條。

十一、楊處長漢源：有關第一款本法有規定，而子法的規定是不是適用本款，例如：醫療辦法訂得很細，不可能訂在母法中。

十二、法務部代表：不予保險給付情形應在本法中詳細規定，因為牽涉權利義務太大，而不應再授權予子法來規定，就一個中央法規標準命令的訂定而言，是不太妥當的，所以建議本款修改為「違反本規定者」。

十三、楊處長漢源：醫療辦法都會訂得很細，如此保險人都會依據醫療辦法稽查，如此就要適用第三十八條第十三款（原第四十條第六款）之情形，例如感冒照超音波之案情為「非屬醫療必需之診療服務及藥物」這種情形超過常規應不予給付，然第四十條又有「違反本法者」，則應依哪一條條文來執行？

十四、法務部代表：第三十八條為不在保險範圍，第四十條為不予保險給付之情形，二條文是有不同。

- 十五、鄭專員聰明：本法規定只有原則，不予以規定的話，則有許多行政程序發生，認為這不在本法所規定，而在子法規中規定執行，故有不按行政程序進行者不予保險給付之意味，如果將本法規定設限於母法之中，則本條就無需設定。
- 十六、法務部代表：建議將第三十八條第十二款之「…公告…」修改為「…規定…」。
- 十七、楊處長漢源：保險給付項目沒有問題，問題在於執行後才發生之問題，例如一被保險人就診次數異常，要如何向被保險人追究退還給付問題，是否就造成了違反醫療辦法就沒有依據，不給付就會有問題。
- 十八、徐專員廣正：方才楊處長所指醫療院所實施醫療行為所超用醫療服務合約，這是在民事合約關係中均有規定是其權利義務，按照「中央法規標準法」中規定，應在本法中來訂定。依據本法授權所定之部分，是否視同本法之權利義務部分？然本法中，完全只有記載醫療行政事務之觀念，對民眾，被保險人之權利義務關係之觀念完全沒有被明確規定，所以在本法中應屬權利義務，還是民事合約之關係，都顯得規範得不明確，所以就回到修改第一條條文問題，再者在本法中建議應澄清條文中「法」與「令」或與民事上之關係。
- 十九、楊處長漢源：依法務部代表說明，依據中央標準法律中「不得違反命令」是法規中規定，所以將本條第一款由「違反本保險法令規定者」修改為「違反本法規定者」；再者違反本法之相關事項都有相關條文來規範，然而在違反醫療辦法時，因不是本保險法時，是不是要付錢？
- 二十、江顧問東亮：加上一個「保險對象有不適當之醫療行為時」，則對「不適當之醫療行為」就可留有一條文可於事後對其加以規範處理。
- 二十一、鄭專員聰明：依法務部意見對「令」之限制不清楚，而「令」之權利、義務是否有無過當之情形，主要都應視實際之限制、需要來訂定，在此第二款指「不正當行為」應解釋為保險，對象就醫時不按就醫程序、硬闖等行

為在醫療辦法中規定即可，無須在本法做規定，明定法令執行時才能有依據，建議保留「違反本保險法令規定者」文字較具周嚴性。

二十二、李召集人玉春：對第六款補充說明，楊處長所指情形，是指對現況中對移植、EPO 有相當浮濫情形。

二十三、羅召集人紀琮：認為有關第五款中規定「住院診療經醫師診斷可出院而不出院者，其繼續住院之費用」不予保險給付，這對急性醫院之下游設施是良好設計，是否保險人對醫師有隨時查核之權利？

二十四、徐專員廣正：建議將第四十條第六款移至第三十八條最後一款。因事先審查屬個案審查，前楊處長所說高科技雖非事前審查，而應事先公告，如非屬醫療上必需品貼針頭之膠布等要如何處理，認為在文字上可做彈性修正。

二十五、楊處長漢涼：

（一）建議可將第四十條第六款移至第三十八條成為第十三款，但仍保持原有「經保險之事前審查…」之文字敘述。

（二）以對 EPO 不給付為例，這是依據第三十八條第十二款而來的，另一例則以洗腎為例，若規定洗腎不給付則可委託一些醫院來做事前審查病患洗腎之需要性，一開始接受病患洗腎一事，接著是審查其使用得恰不恰當；而使用得恰不恰當一事，則是依據醫療辦法而來，這是利用情形的審查和第一款有關，看是否有違反法令，而這「令」就是醫療辦法，我們就對醫療辦法做使用上之規定，若違反規定就涉及不給付的情形。

二十六、曾科長條昌：請說明如何做洗腎之事前審查。

二十七、楊處長漢涼：非每次洗腎都檢查，而是對這一個病人要不要開始洗腎，做審查，其實對內政部所做的「自費病人洗腎補助」有相當性關連。現在對審查病人要不要洗腎有相當嚴格的規定，但對可從事洗腎的醫院的規定卻是比較寬鬆、現在的規定大部是針對高科技儀器的事前審查來控制費用，而非使用高科技的技術及手續。

- 二十八、藥師公會全聯會代表：有關名詞的使用應注意條文內容予以修正、統一。例如醫療服務與診療服務的使用，顯得有些混亂；再者藥品與藥物在給付項目，「藥品」修改為「藥物」，在不給付項目則仍維持著「藥品」，會造成保險對醫療器材不予給付之誤解。
- 二十九、楊處長漢源：第三十八條第一款中使用「醫療服務」一詞，而第十二條中則使用「診療服務」一詞，舉例說明，就精神衛生法中規定，所有嚴重精神病人之醫療費用均由政府支付這包括了鑑定，檢查等所有項目用「醫療」要比「診療」項目的範圍要來得大。
- 三十、曾科長條昌：有關事前審查一項，若事前審查其結果為不達需洗腎標準則不給付；若未經事前審查，而對逕行前往洗腎者是否給付？請說明。
- 三十一、戴科長桂英：於本法第五十一條規定有關審查辦法由主管機關定之，至於審查辦法將來再詳細訂定，認為在母法中不必詳定。
- 三十二、林秘書長茂泉：有關本條第二款於十二月一日醫師公會理監事會議中，提及建議刪除酗酒、鬥毆二項，因為本款所指為傷病、不飲酒打架而有同樣傷病情形時，給付保險給付，而在飲酒情況下則不給付；這在臨床上難以判定是否因飲酒而起的，為避免日後糾紛的產生，所以建議刪除「酗酒、鬥毆」文字。
- 三十三、徐專員廣正：有關本條第四款「依其他法令領取殘廢給付後，以同一傷病申請住院診療者」依現行勞保規定因遠端中指領取了殘廢給付，然再因中指第二指節傷害發生事故，如此的情節是否給付，因為是同一傷病者，請進一步澄清。
- 三十四、何編審明寮：
- (一) 有關徐專員所述情節於勞保條例第四十七條有規定，請參考。
 - (二) 有關第五款「住院診療經醫師診斷可出院而不出院者，其繼續住院之費用不予給付」之情形，不會發生在勞、農保實務上情形。而會發生糾紛

的是特約醫師認為可以繼續住院，而被保險人則認為不可出院而繼續住院情形，認為應修正第五款為「經保險人審查可出院而不出院者，不予給付其繼續住院之費用」才有意義。

三十五、曾科長條昌：

- (一) 有關第五款由保險人通知則未來作業上將使人力的耗費相當大。若將「於醫師診斷可出院而不出院者，…」改為「經醫師診斷通知出院而不出院者，…」認為較具體。
- (二) 第四款建議修改為「領取永久殘廢給付後，…」可能較無弊端。

三十六、江顧問東亮：

- (一) 建議在其他相關法令中對殘廢給付只限於現金給付，而醫療的部分仍留在本此處，所以第四款可刪除。
- (二) 建議將第四十條第六款保留在原處，因為第四十條之各項規定是規定該次就診情形，不予給付，而第三十八條則為所有情形下不予給付有程度上之差別。
- (三) 第二款「因酗酒、鬥毆…而致傷病者」致傷較致病容易，不予給付情形下，醫師仍需救助，恐造成醫院呆帳情形。

三十七、楊處長漢源：

- (一) 第三十八條與第四十條最大區別，在於第四十條有因果關係，可能因單次原因，又如開心手術因得當、有需要才能開刀，才能給予給付，所以放在第四十條比放在第三十八條適當。
- (二) 第二款及第三款的情形是很難界定，但就立法從嚴、執法從寬之精神下，旨在不給付情形，應取得明確之證據，所以在條文中寫明。就如給予自殺保險給付，有鼓勵自殺之行為。
- (三) 有關第四款是考慮公、勞保有現金給付情形，為防止被保險人重複領取殘廢給付而訂，且本條所提之殘廢情形，應是被認定無醫療價值情形者才適用，且殘廢分級只有程度輕重之分。

(四) 第五款所述「…經醫師診斷…」此處所指醫師應是不限制由保險人所請的醫師或醫院的醫師，因為保險人執行法令時，判斷住院是否浮濫情節時，應不會由行政人員來診斷，仍由醫師診斷，所以此處只要是醫師診斷就無異議。

三十八、戴科長桂英：建議參考與本條第五款相關之公保條例第十三條修改為「經診斷並通知應出而不出院者…」，因「診斷」一事本身只有醫師才能執行。

三十九、林秘書長茂泉：對第二款所提因酗酒而致傷害，這較容易認定，但是否因此致病則難以判定，建議刪除「酗酒，鬥毆」文字。

四十、楊處長漢源：就如同嫖妓得性病情形，各位認為應不應給予保險給付？

四十一、江顧問東亮：發生某種情形後再依判斷收費是較困難，所以建議從「原因」開始收費，就如同妓女被警方逮捕則重重對其罰款，所得款項歸保險公司做為給付資金，酗酒亦同，購買酒類時，則抽取重稅供保險公司使用，當場不要拒絕給付，可於事後追回款項即可。

四十二、楊處長漢源：

(一) 建議修改第二款為「因明顯之不正當行為而致傷病者」，第三款為「犯罪行為、酗酒、鬥毆或故意造成傷患者」。

(二) 在執行上，是針對被保險人不得有保險給付而非要求醫院來負責處理。

(三) 本條各款整理如下：

1. 雖法務部代表之考量在法理上是正確的，但考慮許多醫療給付內容大都訂在醫療辦法中，所以保持原條文「違反本保險法令規定者」。
2. 因明顯之不正當行為而致傷病者。
3. 因犯罪行為，酗酒、鬥毆或故意造成之傷患者。
4. 無修正意見。
5. 住院診療經診斷並通知而不出院者，其繼續住院之費用。
6. 經保險人事前審查，非屬醫療必需之診療服務及藥物。

第四十一條

何編審明察：本條中提及「保險醫事服務機構對保險對象之診療不符合本法規定者，其費用由該保險醫事服務機構自行負責」但對保險對象之急救、酗酒鬥毆所做診療之費用則要保險醫事服務機構吸收，似有不妥，建議修改為「…，其費用應由該保險醫事服務機構或被保險人對自行負責」。

第四十二條

一、楊處長漢淙：

(一) 本條情形多在區域外，緊急情況下發生。

(二) 就條文中「分娩」之情形，若在助產士處分娩，而非在醫院診所接受處理則以本條擴大解釋。

二、林秘書長茂泉：有關本條在醫療法中已修改為「醫療機構」而非「醫療院所」。

三、楊處長漢淙：在本條提及的情形為緊急狀況，所以不能用醫療機構，因為醫療機構包括了非以醫療為目的之機構如捐血病理中心等，本條所提為急診，且大多會發生在國外，本條適用為醫院或診所的情形下所發生之情形。

四、戴科長桂英：補充說明本條所提診療或分娩之情形，都是在醫院或診所中所執行的。

五、曾科長條昌：有關本條第六章保險醫事服務機構第五十四條第一款，保險醫事服務機構包括特約醫院及診所，就分娩情形有助產士到家中接生亦應給予給付，尤其在緊急情況時。

六、鄭專員聰明：因為保險醫事服務機構包含了其他如藥局等機構，且診療分娩只能在診所、院中進行，所以在此用「醫療院所」而不用「醫事服務機構」。

七、曾科長條昌：這應在醫療法中規範，例如，病人可到特約藥局拿藥看病的話，若醫療法規定可行，則不應在本法中訂定。

- 八、楊處長漢源：這種情形應是一種特例且為急診情形，非一般醫療；且本法是針對在規定情形下，核退所提出申請之醫療費用，其範圍相當廣。
- 九、游科長清榮：本條第二項中申請期間只有六個月，這包含了國內外地區，大陸地區也包含在內，就勞保申請核期間（含大陸地區）在二年之內，現公保條例亦修正為一年，所以在此建議將期間延長為一年？
- 十、戴科長桂英：有關本條在銓敘部討論過，原為二個月或六個月，並打算在公保法的施行細則中修改核退時間在治療結束後一年內，而勞保因為除核退的醫療費用外，尚有現金，所以請求權為二年。申請核退不一定要本人提出申請，可以書面透過投保單位向保險人申請核退，故應不致花太多時間，故銓敘部認為對支付制度無影響的話，六個月或一年並無大礙。
- 十一、李召集人玉春：以醫療觀點認為不希望為長期醫療給付，所以六個月時間已足夠，若為六個月以上項目，我們也會審慎處理，就忠實反應保險財務的立場而言，希望帳目能儘早清楚結束，以後可在醫療費核退辦法中訂正，提出做參考。
- 十二、何編審明寮：銓敘部在公保條例中對區域外就醫（含大陸地區）醫療費用核退期間為二個月；在農保條例第三十三條中對在非特約醫院中急診情形之醫療費用核退期間為二個月，請參考。

第四十三條 無修正意見

第四十四條 無修正意見

第四十五條

- 一、徐專員廣正：本條「保險對象」是否只包含被保險人？若眷屬需透過被保險人來進行核退，則會不會造成行政困擾？
- 二、鄭專員聰明：因為被保險人與眷屬在受領核退現金之權利地位相同，所以保險對象應是含被保險人及眷屬。

第五章 醫療費用支付

第四十六條至第五十三條

一、陳科長惠美：

- (一) 就國內現行預算制度為七月制，即第一年七月一日開始至第二年六月三十日止為一預算年度，而預算法正送在行政院審查中的預算法，計畫將預算年度改為曆年制即一月一日起至當年之十二月三十一日止，所以現在仍為預算法仍維持七月制，所以第四十六條中，由主管機關在前一年六月底前核定醫療給付支付總額之範圍，似有不妥，因為就現在行政院體系中各機關要在一月時，即年度開始前五個月確定第二年度預算規模，前述有關「中央健康保險局」的設立，一定要有預算，事前報行政院核定編列，所以建議刪除本條。
- (二) 有關第四十七條，在研議小組中對中央健康保險局預算是為公務預算或為營業預算乙事沒能有突破性決定，個人認為未來中央健康保險局為一整合醫療保險事務之設置，不可能因該局而擴大中央公務預算百分之二十五。
- (三) 全民健保的收支在規劃預算時，似乎不能完全確切地掌握其數據，可能較預算多收，也可能少收，即醫療給付總額應是隨同保險費收入在年度執行狀況中配合彈性來決定，安全基金的提存有一法定之提存率，提存率的來源為保險費的收入，且在執行時才會有一確切之數據出現，所以亦為一彈性決定，所以全民健保屬於一營業體制是不容置疑。
- (四) 再就公務預算體系而言，在歲出所列即應確實依預算來執行，全民健保既然為提供全體國民醫療服務的話，同時是向被保險人收取保險費，健保制度的推行，是以一個「量入為出」之觀念，所以在年度預算執行時以營業預算規模執行，方能拋開公務預算包袱，能做彈性決定，適度支出，所以全民健保是營業預算範疇才是正確的。

(五)另外在第六十五條有關安全基金應為資本金，但未見有資本之敘述，且本身即為國營事業體系，所以建議在第六條中加一項其資本由「國庫撥給」，並建議刪除第四十六條，並刪除第四十七條「前一年十月一日前決定支出總額」因為認為已有一醫療費用協定委員會的組織規程中就可規範如何決定醫療支出總額。

二、藥師公會全聯會代表：第五十條中「藥品價格表」是否包括藥品及醫療器材？又醫療器材給付由哪一個醫事服務機構來處理？

三、李召集人玉春：

- (一)有關第四十九條第一條「藥品價格表」修改為「藥價基準表」，其他條款亦應比照修改，且此處所指，只有藥品沒有醫療器材。
- (二)第五十三條最後一行修改為「每點支付金額實施辦法及日期由主管機關定之」。
- (三)是否可授權本小組增加一條文，針對被保險人無限制濫用醫療資源加課以責任。

四、鄭專員聰明：因本章採雙軌制，針對第四十六條至第四十九條認為在執行尚未成熟時，可用第五十條來執行，而執行應依據母法，而第四十六條到第五十二條之施行日期，在訂施行辦法時應在母法中有訂執行委任立法之方式，就條文之需要性或是未來在施行細則中訂定即可，這是與法令概念問題相關。

五、曾科長條昌：

- (一)請解釋第四十九條第三項。
- (二)第五十條第二項中提及「反應成本」，何謂「成本」？又在法令條文中提及成本是否適當？
- (三)第五十三條是提及第四十六條至第四十九條可分階段實施，而個人認為分階段實施應是在辦法中訂定即可，而不是在母法中訂定，即第四十六條第四十九條之實施辦法及實施日期由主管機關定之即可。

六、李召集人玉春：

- (一) 對第四十九條第三項做說明，原先對藥品與其他醫療費用皆採通則之設計，所有價格均以量來做決定，但因考量藥品是與其他服務不一樣，且藥品在門診給付中佔很大比例，（約百分之三十五），若為達到制約藥品濫用情形，並考量未來醫藥分業情形，應課以醫師部分責任，否則未來藥品費用會膨脹很快。但控制藥品費用責任的問題會在醫藥分業之後才發生，所以在法中強調分段實施是考量各種制度實施進度不一。
- (二) 就第五十條其重點應是在「相對點數」上，認為醫藥的支付就是在支付成本，個人認為大眾能接受此一觀念，不認為有不妥之處。

七、時科長玉珠：有關第五十三條所述分階段進行是否就可解釋為總額預算制在健保實施之初，不一定會被全面被實施，在這一期間，是否仍依公、勞保條例來執行？

八、李召集人玉春：有關總額的決定與分配整個作業可分階段進行。在第四十九條中提及以回溯性方法來決定點數價格，依支付小組意見認為可在第二年或以後做，第一年不希望完全比照現行公、勞保方式來進行，原因在於公、勞保運用發放診療單的方式，對每一被保險人的醫療服務率控制得很好，但未來健保實施後取消診療單，若是無任何規範，將對保險財務影響很大，建議於第一年就制定適當規定來規範量的成長，但不是全部反映每一點數之金額，如藥品的作法，訂定一個目標，如果超出時，則適當反映，因為第一年若無節制，往後就非常困難。

九、江顧問東亮：建議在第五十三條所述的分階段實施之條文應明列各階段之時間，好讓各醫事服務機構有事前心理準理。

十、李召集人玉春：贊成江顧問意見，認為有需要訂定緩衝時間，如三年以內，且分配的方式多以「得」字來分配，就顯得「分配」一事不那麼重要，重點在於第四十九條要不要回溯性決定價格，因整個系統都膨脹，若以現在的經驗來設定總額，擔心會吃虧，且就保險人立場而言，也會擔心保險財務沈重的壓力，

所以不能只站在醫療機構立場考量，應給予時間有適當準備來因應總額預算制度的實施。

十一、曾科長條昌：有關第四十九條第三項請澄清有關醫療費用是以點數來反映，則點數是用限制總額的，且點數之價格可調整；然而藥品不用點數，而可能是用實際進價來核付時，則有可能超出費用情形，超出費用時，是用扣除一定比例，而非全部扣除，如此一來前述之醫療費用加上門診費用有可能超出先前設定之總額預算，則可容忍預定超出的範圍是多少？

十二、李召集人玉春：由於藥品的獨特性，所以超出部分可能由醫師部分的門診費用總額扣除，或反映於藥價基準表中，調整藥價基準，醫療費用協定委員會可決定超支的比例有多少需醫師共同負擔。

十三、曾科長條昌：對總額制度有二點疑慮：

(一) 所設定總額不是真正的總額？

(二) 如果超出，要如何來扣除？

十四、李召集人玉春：

(一) 舉例說明，假設今年藥品超出三十億元，則定一個比率由門診療費項目中扣除，假設該比率為百分之四十，則三十億乘上百分之四十為十二億，這金額要先從門診部分中扣除，再去分配門診點數多少。在說明欄中提及藥品處方應由醫師負責，為防止醫生浮濫使用藥品，必須要其承擔費用超支之責，但因藥品另有組織故無法於醫師門診費用總額中百分之百扣除。

(二) 對藥價做一說明，勞保目前按進價來給付，根據實際調查資料了解到藥品有很大比率之利潤，這是不應存在之價差，這部分可從藥價基準的部分來調整，所以建議超支時，除醫師要負責任，另外亦應調整藥價基準，以使能接近成本。

十五、徐專員廣正：

- (一) 有關第四十八條第二項在主體上有些混淆，認為做一修正，因為根據醫療法規定有關住院、門診服務之提供是以單位提供而非由醫師個人來提供，否則人數多分得比例就高？
- (二) 認為本章中有關支付標準表條文移到本案前段，而後再提及分階段實施總額制度之相關條文。

十六、李召集人玉春：

- (一) 如果 Fee for Service 沒有總額預算的話，要執行許多年，贊成徐專員建議，如果各位同意本人所提應對總支出做一適當規範，並不是總額制度不執行，而是執行方式不一樣，就應照目前之條文來敘述。
- (二) 對徐專員所提第四十八條第二項本小組將再研議修正。

十七、游科長清榮：請對第四十九條第三項做說明，有關藥品超出部分之一定比率是從當季門診醫療給付中扣除；如果沒有從門診醫療給付中扣除部分超出的部分，目前是否是給予給付？

十八、李召集人玉春：有關門診藥品部分定有一定總額，超出部分由醫師來負一部分責任，另一部分無法馬上扣除，因為一般對藥價概念是一個物品，是一個絕對值，當藥價為一固定價格時第二年調整藥價基準再來反映，但當年超出部分只能按實際費用支付；由於藥品有其獨特性在設計規範時確會有一些問題，所以只好採取上述作法。

十九、藥師公會全聯會：有關第四十八條第二項中列有「醫師、中醫師、牙醫師提供之醫療服務及藥品費用」，因在藥品費用中包含了藥事服務費，所以認為藥師也應和醫師，中醫師、牙醫師一樣，明列於條文中。

二十、李召集人玉春：支出總額應包含西醫門診，中醫門診及牙醫門診。依過去傳統藥事服務費是屬於醫療服務費的一部分，所以都在支付標準中訂定，藥事服務費不用特別明定，有門診用藥才有藥事服務費，應是跟著醫療服務，而非藥品。

二十一、藥師公會全聯會代表：藥事服務費跟著服務而來，藥師提供的話，應是歸哪一部分？因藥師是不包含在門診部分只是包含在保險醫事服務機構裡面。

二十二、李召集人玉春：藥品設計的改變為最近的事，請給予時間加以考量。

二十三、江顧問東亮：

（一）建議可於藥品價格中加上費用，則在賣藥品中可抽取部分費用充當藥事服務費。

（二）第四十九條第三款「…，超出部分之一定比例應有當季之門診醫療給付支出總額中扣除」則於另一部分應由何處支出？建議於條文中說明。

二十四、李召集人玉春：原先構想是超支部分於次年調整藥價基準來反映。

二十五、江顧問東亮：但反映於藥價的調整，非年年都如此，所以這問題將可能更形複雜。

二十六、藥師公會全聯會代表：贊同江顧問意見，藥事服務費含在藥品費用中之支出，且未來醫藥分業實行時，藥品和藥事是分開的且藥價為固定的，還是建議將「藥師」列入第四十八條之中，且下一章有關藥品一事，不列入反而無法對應。

二十七、李召集人玉春：

（一）有關第四十八條第二項藥事服務費要如何支付一事，藥事服務費是跟著支付標準表以回溯性來決定，因為不是絕對點數。

（二）第四十九條第三項門診藥價超支部分要如何處理一項，認為應於條文中明白寫出藥價基準調整；但超出部分是由保險基金來支付一事，是不是應明列於條文中？認為保險基金的功能本來就是調整保險運作的平衡，所以不需在條文中明寫。

第六章 保險醫事服務機構

第五十四條 無修正意見

第五十五條 無修正意見

第五十六條 無修正意見

第五十七條 無修正意見

第五十八條 無修正意見

第五十九條

- 一、法務部代表：為避免造成保險機關執行上困擾、或爭議、建議文中「無故」刪除。
- 二、牙醫師公會代表：若刪除「無故」在病人有不付百分之十之自負額前科情形時，保險醫事服務機構是否可以拒絕提供醫療服務？
- 三、鄭專員聰明：若有不付自負額前科之病人者，保險醫事服務機構可透過保險人暫行拒絕給付。
- 四、藥師公會全聯會代表：拒絕給付和拒絕支付是否意思相同？若有前述情形時保險醫事服務機構仍可申請支付？
- 五、李召集人玉春：因有被保險人於加保時，無就醫之需就不繳交保險費，所以對「不予給付」之規定應謹慎。
- 六、楊處長漢淙：若將「無故」拿掉，是不是包括不具備專長、設備就拒絕對病人看診的情形？再者是否有其他因素如時間因素，例如，病患於深夜要求醫事服務機構看診一項未被考量到？
- 七、鄭專員聰明：本條應解釋為該醫事服務機構在專長及設備可接受範圍之內不得任意拒絕。

八、林秘書長茂泉：認為保留「無故」在解釋法條時，並無不妥。

九、牙醫師公會代表：在牙醫師公會的問卷中提及和本條有關問題，即愛滋病患求診時，是否可拒絕看診？

十、何專員瑞富：

（一）對如愛滋病患求診一事應是在醫師法中規範。

（二）關於本條在第八章罰則中並無相對應之處罰規定，只是一種訓示性條文，是否就予以刪除？

十一、楊處長漢淙：有關本條之關鍵在於經費方面。在討論總額預算時，曾被提及如果服務量大、或浪費很大造成每點金額很低時，醫療服務機構是否可拒絕看診？又如現況中農保、勞保積欠醫事服務機構給付過久，醫療院所則可能拒絕繼續看診，像類似情形下，所以在罰則中對醫事服務機構沒有處分之條文。

第六十條 無修正意見

第六十一條 無修正意見

第七章 保險安全基金及經費

第六十二條及第六十三條

一、時科長玉珠：保險安全基金設置之目的在於每年提存總保險費之百分之五以平衡保險財務，然而就第六十二條及第六十三條條文內容，把營運基金如給付支出皆放進其中，其性質卻像保險人的營業基金，而非保險安全基金，與原來構想有出入。

二、羅召集人紀琮：保險安全基金是為收支不平衡時所預設的保留措施，第六十二條第二項之內容是指每年度收入及支出之結餘應歸入保險安全基金之來源，並非把所有的收入和支出都歸入保險安全基金。

- 三、時科長玉珠：在第六十二條第二項中提及結餘，又在第六十三條提及本基金除作保險給付支出外得為各項營運之基金，似有不妥。
- 四、羅召集人紀琮：將斟酌修正條文文字。
- 五、公保處代表：本條第三款保險費滯納金為保險安金基金之來源，在第八章中所訂之罰款收入應歸屬何處？
- 六、吳主任憲明：按財政部規定，罰鍰是屬國庫收入。
- 七、鄭專員聰明：當年度保險費尚未轉入基金前，利息收入應為當年度之保險收入，所以認為本條第二項文字敘述無誤。
- 八、楊處長漢源：建議將第二項分開為二段，一為當年度保險費及其孳息之收入，二為保險給付支出之結餘。

第六十三條

- 一、楊處長漢源：本基金除做為保險給付支出之外，並無貼補平衡給付支出之短絀而用。
- 二、鄭專員聰明：與第六十二條分開列有二個目的，一為基金是為平衡保險，二為基金在不需平衡保險時的保管運用方式。
- 三、時科長玉珠：建議將本條最後一行修改為「…及收支保管運用辦法…」。
- 四、法務部代表：在本條第三款中提出「特約醫院建物整修及擴建之貸款」，貸款是屬銀行之業務，且本基金做如此大的運用及類似金融業事業業務，是否妥當，請考量。
- 五、楊處長漢源：有關本條在勞保的作法是透過銀行來辦理貸款。
- 六、徐專員廣正：
 - (一) 有關本條在勞保條例中只對病房之整修貸款，本條為建物是否範圍更廣，執行上是否有困難？

(二) 有關本條最後所述有關收支管理問題，比較「勞工退休基金保管辦法」第六條「購買第一類上市股票、證券信託基金受益憑證」這流動高、市場活動較快，並委託中信局辦理，則營利較大，而第六十三條著重在安全性，少有受益性，所以以下的說明會有一些問題，請參考。

七、羅召集人紀琮：本基金與勞保基金不同，勞保基金主要為老年給付準備，可做長期性投資，然而其風險也大，時間要長，收益才會高；而本保險為短期保險重安全性，所以範疇較窄。

八、徐專員廣正：第一項所述公債，庫券及公司債的流動性有多快？就基本上是要能即收即付的東西才行，且對建物整修貸款可能無法馬上回收，規定範圍定得狹窄，更能喪失基金流動性之意義。

九、羅召集人紀琮：

(一) 股票要能賺錢，基本上必須長期持有，短期間要實現獲利難以期待，就健康保險而言，可能不是最適當的投資方式。

(二) 第三項有關建物整修及擴建貸款的著眼點，完全在於照護特約醫療院所，使其有更好的服務品質，此種貸款的流動性必然較差，因而對建物之規定的確需要明確一些。

十、楊處長漢源：不反對刪除本條第三項；但就說明欄中之社會性而言，以保險立場，對偏遠地區醫療院建設等無論是象徵性的支持，還是建議保留本項，依勞保四十年經驗，根據類似條文貸款案例只有二個，這是基金的精神，而非最主要用途，所以在本條的排列也非第一順序。

十一、李召集人玉春：

(一) 與本條有關之前面條文中，在對整個支出只含有營運成本，但沒有支付資金的成本，個人認為應對貴重儀器，偏遠地區的補助等項目有適當的基金來補助？

(二) 第六十三條中提及對特約醫院擴建之貸款乙項，個人認為本條對偏遠地區有需要增設醫院一事似乎不適用，請參考。

十二、楊處長漢淙：現在是十五年貸款，即使五年結束，其第一年借款也要加計，假設其辦理五年，所以這基金延長為二十年，然這基金是永久設立，所以這期間是視基金額度及政策需要性，把這項目列在此處，可以顯示其社會性之意義。現在對醫療儀器連基金都不敢去設立，主要都用抵押貸款來設置的，所以涉及基金設定問題。另外本條文是參考勞保條例而來，但勞保有自設部分，但在本法中不贊成自設，至於建物之擴建非只限於病房，只要必需的，可用醫療基金補助，未來可另訂定審查辦法來約束。

十三、曾科長條昌：就楊處長意見於本法立場不鼓勵自設醫事服務機構，但在第五十五條有條文規定，但考慮時事變遷，將來保險人可以審核，是否需要在此預留伏筆？

十四、楊處長漢淙：

（一）本條主要是為現在的公保聯合門診中心預留伏筆。

（二）有關自設部分，將來可自行尋求經費辦理，且這基金是三個月期，且這基金是為馬上可使用到醫療支出上，不太可能拿來興建醫院的。

第六十四條

一、徐專員廣正：總額預算是以季為單位，在本條中「當年三個月保險給付總額或低於當年一個月…」則是以哪一個月，或哪三個月，或哪一季的保險給付總額來計算，要如何選擇？認為應明白確立、規範。

二、羅召集人紀琮：在計算保險給付總額時，是以精算當年總醫療支付平均的三個月即四分之一為上限，十二分之一為下限。

第六十五條 無修正意見

第八章 罰則

第六十六條

一、法務部代表：

- (一) 本條第一項第二行「為其本人及眷屬辦理投保手續者…」，投保單位只要未依規定為被保險人或是其眷屬二者之一辦理投保手續都應予以處分，所以建議將「及」改為「或」。
- (二) 本條第三項將「不在此限」修改為「不適用之」。

二、何編審明察：第二項中提及在第五類被保險人即低收入者的保險費均由政府來負擔，其投保單位為各鄉鎮市區公所。若第五類被保險人之投保單位被處以罰鍰時，則其罰鍰計算基礎為零，是否就不用處罰；再者鄉鎮市區公所人員是否可以適用於公務人員服務法，若可行，所以對地區團體保險以罰鍰來執行是否得當？

三、曾科長條昌：在第二項中是否遺漏了第六類被保險人之投保單位？

四、楊處長漢淙：第二項將「第五類」修正為「第六類」原條文是對投保單位處以賠償病人之醫療給付之處分，但後來發現對投保單位負擔沈重，所以改為對第一類及第二類被保險人所屬之投保單位處以被保險人應繳納保險費之四倍罰鍰，而第三類到第六類則為一倍罰鍰。

五、徐專員廣正：第二項規定第六類被保險人加保與否，在於被保險人，無論被保險人有無經濟能力來繳保險費者，卻都要處罰投保單位，即考量各基層單位財政負擔能力及責任之高低，認為本條文應再修正。

六、楊處長漢淙：有關本條若為被保險人不主動加保之情形時，則按第六十七條來處罰；而投保單位是被動的，假如是一個被保險人已在鄉公所辦理加保手續，而鄉公所不將該資料轉送辦理之情形時，則按第六十六條處理，同時考量若責任不在基層單位情形時，在本條第三項中規定有「非歸責於投保單位者不在此限」。

七、時科長玉珠：請參考第十六條文規定，賦予投保單位辦理投保手續之責任，似有應主動辦理之情形。

八、楊處長漢源：就有一部分是被動的，如第二類被保險人投保單位，如工會工人不來申請，則工會無法為其辦理加保手續，所以以本條第三項來排除。

第六十七條

一、法務部代表：第一項「以下之罰鍰」修改為「以下罰鍰」將「之」刪除，以下比照處理。

二、鄭專員聰明：第六十七條原分二項，建議第一項句尾「。」改「；」連接第二項，二項合併為一項。

第六十八條

一、法務部代表：本條中以「保險對象」為主語，而說明欄為「被保險人」，請統一、修正。

二、楊處長漢源：保險對象包含了被保險人及眷屬，而加保手續只有被保險人才會做，所以違規情形只有發生在被保險人身上，所以被保險人處罰。

第六十九條 無修正意見

第七十條 無修正意見

第七十一條 無修正意見

第七十二條

一、法務部代表：第二行「及保險…」將「及」修改為「或」。

二、曾科長條昌：建議將本條修改為「特約醫院之保險病房未達第五十六條所定之設置基準或應佔比率者，處…」。

第七十三條 無修正意見

第七十四條 無修正意見

第七十五條

- 一、何專員瑞富：本條文所提之保險人為一事業機構，且目前執行之處罰機構多為中央主管行政機關，由有關事業機構成為一處罰主管機關乙項，請斟酌考量。
- 二、郭副秘書長永雄：建議刪除本條條文。因為保險人為處罰單位又是執行單位，對被保險人權益有不公平處。
- 三、楊處長漢淙：現行其他保險法中都定主管機關為各地方主管機關，而本法之主管機關為中央主管機關，若執行處罰，則會引起爭議，請教許多專家學者後，認為在本法中明定由保險人代為執行，就應不會有爭議，且罰鍰收入不歸入保險基金，而是歸入國庫。所以建議在說明欄中明白敘述由保險人代為執行之理由。
- 四、郭副秘書長光雄：堅持刪除本條，不能因方便而將處罰權隨便轉移，認為與憲法有所抵觸。所以為顧及主管機關之情形及公權力，建議本法之罰鍰部分以由保險人報請主管機關處罰之來訂定。
- 五、楊處長漢淙：這是法制上問題，認為只要在法中明白訂定以授權方式即可，否則中央主管機關會一直在開罰單。

第七十六條

- 一、戴科長桂英：請教法務部代表，將本條修改為「本法所處之罰鍰，經催繳送達後，無故於三十日內仍未繳納者，得移送法院強制執行。」是否適當？
- 二、何專員瑞富：認為本條之期限由主管機關訂定，建議改為「依本法所處罰鍰，經書面通知後，逾期仍未繳納者，得移送法院強制執行」，有了書面通知，則將來在法院訴訟時，將有依據可詢。

第八章 有關罰鍰金額部分

- 一、吳主任憲明：有關本章罰鍰金額上、下限範圍大，方式很難拿捏，建議本章罰鍰倍數按第十五次研議小組會議時，法務部代表意見採一定倍數，有關訂定之金額如下：第六十九條新臺幣二千元至一萬元，第七十二條情節較重，罰一萬

元至五萬元。

- 二、鄭專員聰明：本法金額皆以新臺幣（元）為單位，參考醫療法金額之罰鍰並求法律平衡，建議，第七十二條金額為二萬至十萬元。
- 三、林秘書長茂泉：建議第七十四條金額為一萬元至五萬元。

第八章 有關醫療資源濫用新增罰則之討論

- 一、羅召集人紀琮：建議加一條對被保險人濫用情形之罰則，勞保被保險人門診利用有超過百分之十五者，超過百次者也有萬分之三，明顯浪費醫療資源。
- 二、楊處長漢源：這很難定義，且金額不太一致，如何處分？且技術層面很難克服。
- 三、羅召集人紀琮：這是執行單位的建議，只要特予規定，則未來執行時就有依據，對太離譜的個案，建議採公布名單方式，以彰後效。
- 四、楊處長漢源：在本章建議最後加一條文：「對醫事服務機構或被保險人，經查有顯著濫用醫療服務情形者，保險人得公布其名稱或姓名與其濫用之事實」。
- 五、鄭專員聰明：參考食品衛生法可將本條列於附則中。
- 六、曾科長條昌：對所建議之條文是不是應加上一些追償的作法，因為是依法裁定，有裁定就要有處理方式。
- 七、何專員瑞富：有關新增條文的訂定，在未來執行上會有許多的爭議，就事實認定不明顯時，而做類似公告之處置時，可能會涉及刑事上責任。
- 八、戴科長桂英：對異常使用如三十日內看病五十次，只是公布名稱或姓名，並無控告之意。
- 九、徐專員廣正：例如一被保險人患有鼻竇炎，早上打一針，晚上又打一針以控制病情，所以可能造成超出平均就醫次數，但這是屬於就醫需要，在事實認定上會有問題，萬一弄錯名稱或姓名會涉及刑事之責。

- 十、何專員瑞富：就醫是保險對象之權利，若要對其就醫權利加以某種限制時，可在本法中規定，而公布名稱或姓名並不是一種限制而是另一種懲罰。
- 十一、羅召集人紀琮：就醫固然為保險對象之權利，但因少數人濫用卻要社會大眾為其負擔成本，似有不公，因為濫用的事實很難認定，是不是用公布名單方式，但對名單上所列都一一去查核一事，以現在勞保的情形似乎不可能。將本問題提出，希望各位提供建議，使健保在實施時，能有效利用資源，使制度運作有效率。
- 十二、曾科長條昌：本法中部分負擔之設計就是抑制濫用，若部分負擔設計尚不能抑制濫用，則以公布排行榜方法，將名單列出，但不以「顯著濫用」之詞，並調高第二年保險薪資方式以防濫用。
- 十三、鄭專員聰明：就醫病患之隱私權而言，公布名單一事，若不是懲罰性質恐有不妥。
- 十四、李召集人玉春：在審查制度中將建立醫事服務機構檔案及保險對象資料，有關這樣的細節是否應列在本法中？就公布名單乙節，對公布醫療院所名單較有可能，原因在於數量不是很大，而對保險對象予以書面通知及調查以示警告，或指定保險對象前往某一家固定醫院就醫等方式；請各位建議有關條文文字的敘述。
- 十五、曾科長條昌：個人不贊成這條文的訂定，因為這是管理層次問題，以現在公、勞保情形而言，可以對利用頻率較高者，予以訪問輔導，但對有就醫需要者的利用頻率的認定，應如何處理？
- 十六、林秘書長茂泉：公布名單很可能產生副作用，就勞保局現況，以電腦來做查核，對每一醫療機構看診資料及保險對象就診資料若有異常使用情形出現時，可通知投保單位或醫事服務機構予以通知警告，並將相關資料給相關單位做了解及處理。

- 十七、戴科長桂英：可否於事後授權增列一條文，不是用公布名單方式，是對醫療資源利用佔前面百分之一者，醫療資源利用率高與保險對象和醫事服務機構都有關，保險人可參考保險對象之就學地、工作地或居住地點指定一個保險對象方便就醫地點，令其固定在該地點就醫，待醫療利用率降低時，再開放其自由就醫之權益。
- 十八、徐專員廣正：認為公布姓名可能在法律上是涉及人身，不太可行，稍有疏忽有損雙方權益。既然有電腦可查核異常行為時，建議直接訂定罰則來處罰，而文字則可寫成「保險人對醫事服務機構或保險對象之保險醫療利用率有異常現象時，經查證限期改善而未改善者得處以〇〇〇元之罰鍰」。
- 十九、曾科長條昌：就限地點就醫一事，則需要醫療院所的配合，且可以調高部分負擔比率方式來處理，請參考。
- 二十、李召集人玉春：建議將條文寫成「保險人可採適當之措施，以限制保險對象或醫療服務機構濫用醫療資源」則可依此母法規定後，訂定辦法。
- 二十一、郭副秘書長永雄：以代表投保單位及被保險的立場，認為本條不妥當，因為醫療院所要負很大責任，為何有異常行為出現？解決方法應是政府應對民眾的就醫知識及醫事人員做教，所以光從被保險人方面來處罰，似有不妥，就第五十四條中有特約醫療院所管理辦法規定，已授權主管機關訂定，若主管機關從處罰被保險人方面來著手，加重部分負擔比率，恐將引起民眾反彈。

第九章：附則

第七十七條

- 一、法務部代表：第七十七條將「經催繳後」修改為「經限期催繳後」。
- 二、時科長玉珠：建議刪除第二行「財稅機關」文字，因本部賦稅署表示刪除後，可以賦稅法第三十三條第三款專案報准方式即可處理。

三、羅召集人紀琮：財稅資料的掌握與保險財務的健全有很大的關連，勞保局因握有財稅資料，所以可以用來查核投保薪資。未來全民健保實施後，所需財稅資料更多，財稅機關曾表示法中必須明文規定，保險人在被拒絕提供資料時，方可依法要求。再者財稅資料屬機密資料，所以認為仍應註明「財稅資料」，光只有「有關機關」在文意上較不明確。

四、時科長玉珠：本部賦稅署尚未表示正式意見，故建議先刪除本條中「財稅機關」文字，應不致有影響。

第七十八條

一、姚專員培和：建議將「保險對象因…」改為「有參與職業災害保險者因…」因為公保並無職災保險項目。

二、楊處長漢源：本條文之意，正如姚專員所述第二行「應依法由職業災害保險償付」由病人來支付的。

三、徐專員廣正：

（一）若保險對象因職業災害發生受傷之醫療費用由誰付？且當保險對象無職業災害保險時，由誰來支付費用，且此外保險對象未指明是被保險人或眷屬。

（二）本條中所述是事故本身，而非事故與被保險人之關係，所以在此以保險對象似有不妥。

四、吳主任憲明：在條文中應特別指明「保險對象參加職業災害保險者，其因職業災害所發生之醫療給付費用，依職業災害保險辦理」。

第七十九條

一、何專員瑞富：本條在保險法中稱為「保險人之代位權」在財產保險才有這種規定，投保人身保險並無類似之規定，所以建議刪除。

- 二、楊處長漢源：汽車第三人責任險是為一強制投保，其中對受傷者是收取了保險費，把第三責任保險排除醫療部分，所以商業保險公司無需理賠，這對民眾造成不公平現象，所以訂定本條文，超過限額部分才由保險來支付而其又為強制，不得不加入，且費用不是由醫療院所來要求，而是由保險機關，未來帳要如何分，應由中央健康保險局來訂定。
- 三、時科長玉珠：「強制汽車保險法」有一但書，不可向保險人求償，但在說明欄中有「未來健保實施時，個人過失之賠償，不可加到全民健保的財務負擔之上」的說明，所以要求健保研議小組將相關事項於本法中訂定。然第七十九條的規定，好像將所有的商業保險全都包含在內，認為不適當。已請本部保險司代擬一條文將送健保小組。
- 四、楊處長漢源：有關鬥毆所發生的責任在本條是對一般性做規範，法務部對加害者之賠償是否與本保險條文吻合？
- 五、徐專員廣正：
- (一) 參考勞保條例第三十四條，在保險給付的價款範圍內求得損害賠償的代位權，而非全部。
 - (二) 勞保條例中對第三人範圍有一些排除，第三人為被保險人家屬，服務機關之主持人或使用人，因職業傷病發生保險事故時除事由為故意所致者外不適用，所以本法中請對第三人之範圍請斟酌。
- 六、郭副秘書長永雄：建議刪除本條，對被保險人有侵權行為而使其受損，因若有代位求償之規定，則被保險人侵權行為之頻率會越來越高，對被保險人不公平。因為侵權行為不能抵消也不能賠償。
- 七、楊處長漢源：
- (一) 本案與被保險人權益無關。
 - (二) 本條主要是因汽車第三者責任險而來，汽車責任險中有對醫療費的賠償，死亡現金給付，賠償則歸當事人來付，而醫療費用原本也是付給醫療機構，假如有關本條由健保之保險機關給付醫療費用給醫療機構，則商

業保險公司就省了一筆費用，然而車禍私下和解部分就不歸健保所管。在本條中事實認定及執行上有很大困難，原勞保亦有類似條文，也因相同理由予以刪除，但此處是考量責任歸屬問題，即該責任是否應轉移至本保險中或整個社會中？這完全是一邏輯性考量，就現行保險中只有勞保被保險人有職災保險對勞保被保險人不公平，因為其雇主除負擔員工之費用，尚且要負擔其他如公保等被保險人之費用，其他被保險人之職業災害可能性比勞保為低，但不表示沒有，所以建議將本條第三責任險中將醫療保險部分刪除。

第八十條

- 一、時科長玉珠：有關本條在本部中之意見，建議在說明欄中增列「財政部建議刪除」文字。
- 二、楊處長漢源：在說明欄中將現行公、勞保法中有關類似本條文規定列進。

第八十一條 無修正意見

第八十二條 無修正意見

國防部對全民健康保險法（草案）書面答詢

- 一、軍中之文職人員目前均參加公務人員保險，故不宜退出全民健康保險。
- 二、軍眷以一般家戶加入全民健保之理由：
 - （一）軍眷依「軍人及其家屬優待條例」第二十四條規定，至軍公教醫院，得免費或減費。依現行法令規定所享有之權益與榮民類同，但榮民之基本負擔由退輔會補助，若以軍眷團體方式加保，將生比較，滋生爭議。
 - （二）持有軍人眷屬證者除志願役軍人之眷屬外，尚包含遺眷及無依軍眷，現軍眷以職業團體眷屬加入健保，可依軍人之薪給計算其繳交之保費，但遺眷及無依軍眷則無法辦理，勢將排除於軍眷外，本部將遭致此類人員之抱怨，且有違照顧其之政策。

三、由於軍人本身並未參加全民健康保險，對全民健保之範籌而言，自「軍人眷屬身分」，軍眷即一般國民，除參加公、勞、農保之職業團體外，似應納入地區團體，且依統計資料未參加社會保險之軍眷僅百分之三十一點八，再扣除榮民及職業團體眷屬身分者，人數不多。

四、基於右述，並慮及本部預算編列情形，本案業奉部長核定，請尊重業務管理單位立場。

柒、散會

附錄十

立法院各委員之 全民健康保險法草案 提案對照表

立法院各委員之全民健康保險法草案提案對照表

一、被保險人分類

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第八條 被保險人分為左列六類：</p> <p>一、第一類：</p> <p>(一) 政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。</p> <p>(二) 公、民營事業、機構之受雇者。</p> <p>(三) 前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。</p> <p>(四) 雇主或自營作業者。</p> <p>(五) 專門職業及技術人員自行執業者。</p> <p>二、第二類：</p> <p>(一) 無一定雇主或自營作業而參加職業工會者。</p> <p>(二) 參加海員總工會或船長公會為會員之外僱船員。</p> <p>三、第三類：</p> <p>(一) 農會會員，或年滿十五歲以上實際從事農業工作者。</p> <p>(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。</p>	<p>第七條 (被保險人之分類)</p> <p>被保險人分為左列七類：</p> <p>第一類被保險人：</p> <p>一、法定機關專任有給人員或公職人員。</p> <p>二、私立學校專任有給之教職員。</p> <p>三、公營及民營事業從事工作之受雇者。</p> <p>四、前三款被保險人以外從事工作之受雇者。</p> <p>第二類被保險人：</p> <p>一、無一定雇主而參加職業工會為會員或參加漁會為甲類會員者。</p> <p>二、參加船長公會或海員總工會為會員之曾任外僱船長或海員者。</p> <p>三、在政府登記有案之職業訓練機構之受訓練者。</p> <p>第三類被保險人：</p> <p>一、雇者。</p> <p>二、自營作業者。</p> <p>三、領有國家專業証照之獨立執業人員。</p>	<p>第六條 本保險之被保險人分為左列三類：</p> <p>一、受雇者。</p> <p>二、雇主，專門執業及技術人員自行執業者，及未加入職業工會或漁會之自營作業者。</p> <p>三、其他不含前兩類，但合乎第五條規定者。</p>	<p>第六條 同行政院方案第八條。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第八條 同行政院方案 第八條。</p>	<p>第八條 同行政院方案 第八條。</p>	<p>第八條 被保險人分為下列六類： 一、第一類： （一）政府機關、公私立學校之專任有給人員或公職人員。 （二）公、民營事業、機構之受雇者。 （三）前二目被保險人以外有一定雇主之受雇者。 （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。</p>	

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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。</p> <p>五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。</p> <p>六、第六類：</p> <p>（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。</p> <p>（二）第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。</p> <p>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。</p>	<p>第四類被保險人： 農會會員及年滿十五歲以上從事農業工作者。</p> <p>第五類被保險人： 第一類至第四類被保險人退休、職或被資遣後經原單位同意繼續為其辦理投保者。</p> <p>第六類被保險人： 合於社會救助法規定之低收入戶戶長。</p> <p>第七類被保險人： 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台籍前國軍反台人員。 二、第一類至第六類及第七類第一款被保險人及其眷屬以外之家戶戶長代表。</p>		

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
		<p>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。</p> <p>五、第五類：合於社會救助法規定之低收入戶戶長。</p> <p>六、第六類：</p> <p>（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。</p> <p>（二）第一款至第五款及本款前目被保險人及其眷屬以外之家戶戶長或代表。</p> <p>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。</p>	

(註：本頁表格為左右跨頁對照)

二、強制性及保險費計算方式

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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。</p>	<p>第五條（保險對象） 本保險以在台閩地區設籍六個月以上之中華民國國民及在職外國籍員工為保險對象；但新生兒不受設籍期間之限制。 軍人不參加本保險。</p>	<p>第五條 中華民國國民在臺灣地區設籍六個月以上者，均為本保險對象。 現役軍人不參加本保險。</p>	<p>第十條 同行政院方案第十二條。</p>
<p>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。 眷屬之保險費，由被保險人繳納；超過五口者，以五口計算。</p> <p>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。</p>	<p>第三十六條（保險費之計繳單位） 第一類至第五類被保險人及其眷屬，以被保險人為單位計繳保險費；第六類及第七類被保險人及其家戶人口，均以戶為單位計繳保費。</p> <p>第三十七條（保險費率及保險費計算方法） 第一類至第五類被保險人應繳之保險費，按其當月投保金額百分之□至□計算之。 前項保險費率，由主管機關請行政院核定之。 第六類及第七類被保險人應繳之保險費分為基本負擔額及能力負擔額，各佔其總保險費之半數。基本負擔額依戶及人口數各佔其半數計算之；能力負擔額依所得及財產各佔其半數計算之。每戶基本負擔額為戶總基本負擔額除以總戶數，每人基本負擔額為人口總基本負擔額除以總人數；每戶所得負擔額為總所得負擔額乘以每戶所得額占總所得之比率，每戶財產負擔額為總財產負擔額乘以每戶財產額占總財產額之比率。</p>	<p>第八條 保險人應每年精算保險費一次，並由此推算保險費率。</p>	<p>第十八條 前條被保險人及其眷屬之保險費率另定之。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第十二條 符合第十條規定之保險對象，除前條所定情形外，得一律參加本保險。</p>	<p>第十二條 同行政院方案第十二條。</p>	<p>(刪除行政院版第十二條) 民國八十三年十月三日總統公布增訂 第十一條之一 符合第十條規定之保險對象，除第十一條所定情形外，應一律參加本保險。</p>	<p>林正杰委員版全民健康保險法，不強制投保。</p>
<p>第二十條 同行政院方案第二十條。</p> <p>第二十六條 同行政院方案第二十六條。</p>	<p>第二十條 同行政院方案第二十條。</p> <p>第二十七條 同行政院方案第二十七條。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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：</p> <p>一、受雇者：以其薪資所得為投保金額。</p> <p>二、雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。</p> <p>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。</p> <p>第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。</p> <p>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。</p>	<p>第三十五條（投保金額）</p> <p>被保險人之投保金額為其工作所得。工作所得於受雇者為其薪資所得，自營業者為其營利所得，領有國家專業証照之獨立執業人員為其執行業務所得，退休人員全領月退休金；其他退休人員，為其退休時之薪資所得。</p> <p>無固定工作所得者，以第一類被保險人前一年度平均投保金額為其投保金額。</p>	<p>第七條 第一類被保險人之保費由雇主負擔，其計算基準為雇主當月實際付出之薪資總額。</p> <p>第二類被保險人之保費計算基準為其營利或執行業務所得，其上限為前項被保險人全國平均工資之五倍。</p>	<p>第二十條 各為被保險人之投保金額，依左列各款定之：</p> <p>一、受雇者：以雇主當月實際付出薪資總額為投保金額。</p> <p>二、雇主及自營業者：以其營利所得為投保金額。</p> <p>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。</p> <p>四、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、第三款所定被保險人之平均投保薪資計算。</p> <p>五、第四類被保險人，以其家戶內軍人薪資所得為投保金額。</p> <p>六、第五類、第六類被保險人之保險費，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之。</p> <p>眷屬之投保金額與被保險人同。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第二十三條 同行政院方案第二十三條。</p>	<p>第二十三條 同行政院方案第二十三條。</p>	<p>第二十二條 第一類及第二類被保險人之投保金額，依下列各款定之：</p> <ul style="list-style-type: none"> 一、受雇者：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。 <p>第四類被保險人，以其家戶內軍人之薪資所得為投保金額。</p> <p>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。</p>	

(註：本頁表格為左右跨頁對照)

三、保險費負擔比率

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第二十八條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之：</p> <p>一、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。</p> <p>二、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。</p> <p>三、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。</p> <p>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。</p>	<p>第三十九條（保險費負擔比率）</p> <p>保險費依左列規定負擔之：</p> <p>一、第一類被保險人自付百分之五十，投保單位負擔百分之五十。</p> <p>二、第二類、第四類、第五類及第七類第二款被保險人自付百分之五十，政府補助百分之五十。</p>	<p>第九條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之：</p> <p>一、中央政府撥付百分之五十。</p> <p>二、第一類被保險人之雇主及第二類被保險人共付百分之五十。</p> <p>三、第一類及第三類被保險人不負擔保險費。</p>	<p>第二十一條 各類被保險人之保險費負擔方式依左列各款定之：</p> <p>一、第一類及第二類受雇者之保險費由雇主負擔，但私立學校教、職員之保險費由中央與省（市）主管教育行政機關補助百分之五十。</p> <p>二、雇主、自營業者、專門職業及技術人員自行執業者之保險費自付。</p> <p>三、第三類被保險人之保險費，中央政府補助百分之六十五，直轄市政府補助百分之三十五，省政府補助百分之二十五，縣（市）政府補助百分之十。</p> <p>四、第四類被保險人之保險費由國防部負擔。</p> <p>五、第五類被保險人之保險費，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。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第二十八條 同行政院方案第二十八條。</p>	<p>第二十八條 本保險保險費之負擔，依左列規定計算之：</p> <p>一、第一類被保險人保費由中央政府補助百分之三十，其餘被保險人及其眷屬自付百分之三十，投保單位負擔百分之四十。</p> <p>二、第二類被保險人及其眷屬自付百分之二十五，省（市）政府補助百分之四十。中央補助百分之三十五。</p> <p>三、第三類被保險人及其眷屬自付百分之二十，中央政府補助百分之五十，直轄市政府補助百分之三十，省政府補助百分之十五，縣（市）政府補助百分之五。</p> <p>四、第四類被保險人及其眷屬自付百分之三十，國防部補助百分之七十。</p> <p>五、第五類被保險人，在省轄區域，由內政部補助百分之二十，省政府補助百分之二十，縣（市）政府補助百分之六十；在直轄市區域，由直轄市政府全額補助。</p>	<p>第二十七條 本保險保險費之負擔，依下列規定計算之：</p> <p>一、第一類被保險人：</p> <p>（一）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。</p> <p>（二）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。</p> <p>（三）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。</p> <p>二、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。</p>	<p>行政院版全民健康保險法，被保險人、政府或雇主負擔保險費比率為40%：60%或60%：40%。</p> <p>厚生會版全民健康保險法，被保險人、政府或雇主各半負擔保險費。</p> <p>沈富雄委員版全民健康保險法，除政府及雇主外，一般國民不須繳納保險費。</p> <p>吳東昇委員版全民健康保險法，多數國民不須繳保險費。</p>

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>			<p>六、第六類被保險人之保險費由中央政府負擔。</p> <p>眷屬之保費負擔方式與被保險人同。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
	<p>六、第八條第一項第六類第一目之被保險人，其戶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。</p> <p>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。</p> <p>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，依第一類至第四類實際眷屬人數平均計算之。</p>	<p>三、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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

（註：本頁表格為左右跨頁對照）

四、醫療給付項目及部分負擔

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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。</p> <p>前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>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。</p>	<p>第十六條 (醫療給付範圍)</p> <p>本保險醫療給付包括門診、急診、住院、藥品及預防保健，其給付範圍如下：</p> <p>一、門診、急診之給付範圍，包括診察、護理、會診、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務。</p> <p>二、住院之給付範圍，包括診查、護理、會診、治療材料、檢查、處置、手術、治療、藥事及其他醫事服務、病房、管灌飲食、加護病房。保險病房之分類、設置標準及佔總病房比率由主管機關統一規定。</p> <p>三、藥品之給付範圍，包括醫師處方藥及限醫師用藥。</p> <p>四、預防保險之給付範圍，由主管機關訂定之。</p>	<p>第十一條 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根據左列規定給予保險給付：</p> <p>一、門診給付：</p> <p>(一) 終身無法痊癒，須長期治療之慢性疾病。</p> <p>(二) 包括特殊醫療程序(如胃鏡、骨折固定)之門診。</p> <p>二、住院給付。</p>	<p>第二十六條 同行政院方案第三十二條。</p> <p>第二十七條 同行政院方案第三十三條。</p>
<p>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。</p>	<p>第十七條 保險對象應自行負擔門診或急診費用百分之二十。</p> <p>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。但急診及在基層醫療院所不足地區門診者，不在此限。</p>	<p>第十二條 前條門診住院自付部分，每戶每年累積額超過前一年國民平均所得百分之二十時，其超過部分由保險人核退。</p> <p>低收入戶不在此限，其門診費用全數由保險人給付。</p> <p>近貧戶不適用第一項之規定者，其輔助方法另以法律定之。</p>	<p>第二十八條 除第五類被保險人及其共同生活親屬外，其他保險對象，應依左列規定，於自付總額上限下，負擔一定比率之醫療費用：</p> <p>一、居住於醫療發展基金第一獎勵區之保險對象，應自付門診醫療費用百分之五十，住院醫療費用百分之百。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第三十二條 同行政院方案第三十二條。</p> <p>第三十三條 同行政院方案第三十三條。</p>	<p>第三十三條 同行政院方案第三十二條。</p> <p>第三十四條 同行政院方案第三十三條。</p>	<p>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。</p> <p>前項醫療辦法，由主管機關擬訂，報請行政院核定後發布之。</p> <p>第一項藥品之交付，依藥事法第一百零二條之規定辦理。</p> <p>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。</p>	<p>行政院及厚生會版全民健康保險法，採綜合性醫療給付。</p> <p>沈富雄委員版全民健康保險法，一般門診不予給付。</p>
<p>第三十五條 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，應負擔百分之五十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之百。</p>	<p>第三十五條 保險對象不經基層醫療院所轉診，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，應負擔百分之五十；逕赴醫學中心門診者，應負擔百分之百。</p> <p>未經轉診不得作專案檢查及診療給付，但急診不在此限。</p>	<p>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。</p>	<p>行政院版全民健康保險法，採一般性部分負擔。</p> <p>吳東昇委員版全民健康保險法，給付標準視地區醫療資源多寡而有不同，採高自負額。</p> <p>林正杰委員版全民健康保險法，加大門診越級負擔比率。</p> <p>陳哲男委員版本採轉診制度，加大門診越級負擔比率。</p>

(註：本頁表格為左右跨頁對照，續下頁)

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如左：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	<p>前二項門診費用保險對象自行負擔部分，得由主管機關按前項比率訂定定額負擔辦法。</p> <p>保險對象應自行負擔住院費用百分之十。但每年以不超過前一年平均每年國民所得百分之十為限，其實施辦法由主管機關另定之。</p> <p>保險對象住院日數超過一定期間者，應加重前項自行負擔比率，且不適用前項但書之規定，其實施辦法由主管機關另定之。</p> <p>保險對象依前各項規定應自行負擔之費用，於預防保健、生育及主管機關訂定之重大疾病免除之，保險對象低收入戶、老人及殘障者減半之，但第二項及前項規定不在此限。</p>	<p>第十三條 保險對象應自行負擔住院費用百分之十。但每年以不超過前一年平均每年國民所得百分之十為限，其實施辦法由主管機關另訂之。</p> <p>保險對象住院日數超過一定期間者，應加重前項自行負擔比率，且不適用前項但書之規定，其實施辦法由主管機關另訂之。</p> <p>保險對象依前各項規定應自行負擔之費用，於預防保健、生育及主管機關訂定之重大疾病免除之。</p>	<p>二、居住於醫療發展基金第二獎勵區之保險對象，應自付門診醫療費用百分之七十，住院醫療費用百分之百。</p> <p>三、居住於非獎勵區之保險對象，應自付門診、住院醫療費用百分之百。</p> <p>第二十九條 保險對象之自付總額，依左列各款定之：</p> <p>一、符合殘障福利法規定之殘障者或老人福利法規定之老人，其自付總額上限為前一年國民平均所得百分之三。</p> <p>二、其他保險對象，其自付總額上限為前一年國民平均所得百分之六。</p> <p>前項保險對象自付總額之上限，有第十九條第二項各款所定情形之一者，由主管機關重行調整擬訂，報請行政院核定之。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第三十六條 同行政院方案第三十五條。</p>	<p>第三十六條 保險對象應自行負擔之住院費用如左：</p> <p>一、急性病房：三十日以內，百分之十；第三十一日至第六十日，百分之三十；第六十一日以後，百分之五十。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p> <p>第六十一條 保險醫事服務機構對於須轉診之保險對象，除依雙向轉診之原則辦理外，並應填具轉診病歷摘要，再行轉診。</p> <p>前項雙向轉診制度必須明定醫學中心及區域醫院轉診病患佔總門診之比例及轉回原轉診機關之被保險人比例。</p> <p>轉診比例之制定及實施細則由中央主管機關與各層級保險醫事服務機構議定之。</p> <p>醫學中心及公立醫院不得設立夜間門診。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p> <p>第三十五條 保險對象應自行負擔之住院費用如下：</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>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。</p> <p>急性病房及慢性病房之設置標準，由主管機關定之。</p>	

(註：本頁表格為左右跨頁對照)

五、免除部分負擔項目及不給付項目

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>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：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十三條所訂之預防保健服務。</p> <p>前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。</p>			<p>第三十條 保險對象自付之醫療費用達於前條所訂上限後，因疾病、傷害或生育事故所生之醫療費用，門診部分由保險人全額給付；住院部分依左列各款規定比率負擔：</p> <p>一、前條第一項第一款所定之保險對象，應負擔住院費用百分之五，但每年以不超過前一年平均國民所得百分之五為限。</p> <p>二、前條第一項第二款所定之保險對象，應負擔住院費用百分之十，但每年以不超過前一年平均國民所得百分之十為限。</p> <p>保險對象住院日數超過一定期間者，應加重自行負擔比率，且不適用前項但書之規定。</p> <p>保險對象不經轉診而越級就醫者，其門診或急診醫療費用，應依越級情形負擔不同比率，不適用第一項之規定。</p> <p>本條之實施辦法由主管機關另定之。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第三十七條 同行政院方案第三十六條。</p>	<p>第三十七條 保險對象有左列情形之一者，免依第三十四條、第三十六條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十四條所訂之預防保健服務。</p> <p>前項第一款重大傷病之範圍，由中央主管機關定之。</p>	<p>第三十六條 保險對象有下列情形之一者，免依第三十三條及前條規定自行負擔費用：</p> <p>一、重大傷病。</p> <p>二、分娩。</p> <p>三、接受第三十二條所定之預防保健服務。</p> <p>前項第一款重大傷病之範圍，由主管機關定之。</p>	

(註：本頁表格為左右跨頁對照，續下頁)

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第三十九條 左列項目之費用不在本保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>第十九條 (不給付範圍)</p> <p>左列項目不在保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、麻醉藥品嗜好症、美容外科、預防性手術、人工生殖技術、雙性手術。 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、居家照護、日間住院。 九、管灌飲食以外之膳食、病房費超等差額。 十、病人交通、掛號費、證明文件。 十一、義齒、非外傷治療性齒列矯正、義眼、助聽器、輪椅、拐杖及其他非具積極治療性之裝具。 十二、經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。 	<p>第十五條 左列項目不在本保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 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。 	<p>第三十四條 同行政院方案第三十九條。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第四十條 左列項目之費用不在本保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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、成藥、醫師指示用藥。 四、指定醫師、特別護士及護理師。 五、血液。但因緊急傷病經醫師診斷認為必要之輸血，不在此限。 六、人體試驗。 七、日間住院。但精神病照護，不在此限。 八、管灌飲食以外之膳食、病房費之差額。 九、病人交通、掛號費、證明文件。 十、同一傷病，非必要時於不同醫療單位重複檢查之檢查費用。 十一、經醫療費用協定委員會決議之診療服務及藥品。 	<p>第四十條 左列項目之費用不在本保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 一、依其他法令應由各級政府負擔之費用。 二、預防接種、重大傳染病之檢驗及其他由各級政府負擔之醫療項目。 三、藥癮治療、美容外科手術、非外傷治療性齒列矯正、避孕及節育\手術、非疾病性人工流產、人工協助生殖技術及變性手術。 四、成藥、醫師指定用藥及非治療用之營養劑。 五、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、管灌飲食以外之膳食、病房費差額。 十、病人交通、掛號費、證明文件。 十一、義眼、眼鏡、義齒、助聽器、輪椅、拐杖及其他輔助性之裝具。 十二、其他經主管機關公告不給付之診療服務及藥品。 	<p>第三十九條 下列項目之費用不在本保險給付範圍：</p> <ol style="list-style-type: none"> 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。 	<p>林正杰委員版全民健康保險法，給付中醫住院。</p>

六、緊急就醫醫療費用核退規定、支付制度及保險醫事服務機構

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第四十三條 保險對象因情況緊急，須在非保險醫療服務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。</p> <p>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。</p>	<p>第十八條（限制給付）</p> <p>保險對象因緊急傷病或生育，於本保險施行區域外就醫之醫療費用支付辦法，由主管機關另訂之。</p>	<p>第十九條 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，向保險人申請核退醫療費用；其核退辦法由主管機關定之。</p> <p>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。</p>	<p>第三十八條 同行政院方案第四十三條。</p>
<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>第三十條 本保險年度醫療費用總額，由醫療費用協定委員會在經行政院核定之該總額佔國內生產毛額上下限比率範圍內，依據前一年度醫療費用總額，並參考保險對象組成、醫療服務成本、醫療服務量與品質、醫療服務效率、保險給付範圍等因素之改變情形，協商訂定之。但該委員會若於年度開始三個月前無法達成協定，或協定總額超過上述國內生產毛額上下限比率範圍，主管機關應依據前一年醫療費用總額，並參考保險對象組成及醫療服務成本之變化情形，逕行裁定。</p> <p>前項年度醫療費用總額包括門、急診、住院、藥品及預防保健等部門，各部門費用分配原則及支付基準，由醫療費用協定委員會協定之。</p> <p>各地區醫療費用之分配原則，為促進醫療資源合理分佈，醫療費用協定委員會得依據地區保險對象之需要協定之。</p> <p>前項地區之劃分由主管機關訂定之。</p>	<p>第二十一條 醫療費用之支付比照目前勞工保險給付標準，以論量計酬為原則，但住院部分應逐年施行疾病診斷相關組群 (DRG)，並於五年內全部完成。</p> <p>如全年每千人平均住院次數超過前三年平均次數百分之十以上者，前項 DRG 給付價位應比例調低，以防止住院浮濫。</p>	<p>第四十三條 住院部分醫療費用之支付標準，應逐年施行疾病診斷相關組群 (D. R. G)。</p> <p>如全年每千人平均住院次數超過前三年平均次數百分之十以上者，前項 DRG 給付價位應比例調低，以防止住院浮濫。</p> <p>本條之實施辦法由主管機關另定之。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第四十二條 保險對象在非保險醫療服務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。</p> <p>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。</p>	<p>第四十三條 保險對象因分娩或情況緊急，須在非保險醫療服務機構立即診療者，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，由中央主管機關定之。</p> <p>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，逾期不予受理。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	
<p>第四十八條 同行政院方案第四十七條。</p> <p>第五十五條 同行政院方案第五十四條。</p>	<p>第四十七條 本保險每一年度之醫療費用之計算方式及統計加總數額，由保險人分別與各層級醫療院所代表團體，於年度開始六個月前完成協商總額目標，並報請中央主管機關核備。</p> <p>每年度之醫療費用之計算方式及醫療費用給付總額經行政院核備後，由醫療費用給付機關分別與醫療網分類之各層級醫療院所代表團體，於核備後三個月完成協商，並訂定集體協定契約。</p> <p>醫療網分類之各層級醫療院所代表團體區分為醫學中心與區域醫院、地區醫院及地區專科醫院及基層醫師團體三種聯合會。</p> <p>聯合會之組織應依人民團體法之規定登記為社團法人。</p> <p>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金額，由主管機關與各層級醫療院所代表協商之。</p>	<p>第四十七條 本保險每一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。</p> <p>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。</p>	<p>行政院版全民健康保險法，以漸進方式採行總額支付制度。</p> <p>沈富雄委員及吳東昇委員版全民健康保險法，實施疾病診斷相關組群(DRG)。</p>

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第五十五條 保險醫事服務機構如左：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	<p>第二十六條（本保險醫事服務機構）</p> <p>左列醫事服務機構得向保險人申請特約為本保險醫事服務機構：</p> <p>一、醫院及診所。</p> <p>二、藥局。</p> <p>三、經主管機關認定之其他醫事服務機構。</p> <p>保險人為提供預防保健、檢驗及藥事服務，得設置相關醫事服務機構，其辦法由主管機關訂定之。</p> <p>本保險醫事服務機構之特約及管理辦法由主管機關訂定之。</p>	<p>第二十三條 保險醫事服務機構如左：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p>	<p>第四十五條 同行政院方案第五十五條。</p> <p>第四十六條 同行政院方案第五十六條。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第五十五條 保險醫事服務機構如左：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關會同相關公會定之。</p> <p>(刪除行政院方案第五十六條)</p>	<p>第五十六條 保險醫事服務機構如左：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>前項保險醫事服務機構之特約及管理辦法，由主管機關會同各層級醫藥代表共同訂定之。</p>	<p>第五十五條 保險醫事服務機構如下：</p> <p>一、特約醫院及診所。</p> <p>二、特約藥局。</p> <p>三、保險指定醫事檢驗機構。</p> <p>四、其他經主管機關指定之特約醫事服務機構。</p> <p>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。</p> <p>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。</p>	

七、差額負擔、菸酒社會健康保險附加捐及社會福利彩券收益

行政院版	厚生會版	沈富雄委員版	吳東昇委員版
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療服務，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>		<p>第二十五條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療服務，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>第四十八條 同行政院方案第五十八條。</p>
			<p>第二十五條 政府應開徵菸酒社會健康保險捐，將所得提列為安全準備。 本條之實施辦法由主管機關另定之。</p>

林正杰委員版	陳哲男委員版	立法院三讀版	附註
<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療服務，除本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p> <p>在本法已規定之給付項目中，凡被保險人自願差額付費以享有較高品質之醫療服務，不在此限。</p>	<p>第五十八條 保險醫事服務機構對本保險所提供之醫療服務，除被保險人自願及本法另有規定外，不得自立名目向保險對象收取費用。</p>	<p>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。</p>	<p>林正杰委員版、陳哲男委員版全民健康保險法允許差額負擔。</p>
<p>第三十二條 政府應開徵煙酒社會健康保險捐，將所得提列為安全準備。本條之實施辦法由主管機關訂定之。</p>	<p>第三十二條 政府應開徵煙酒社會健康保險捐，將所得提列為安全準備。菸酒健康保險稽徵辦法由相關主管機關另定之。</p>	<p>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。</p> <p>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條文規定之限制。</p> <p>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。</p> <p>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條文規定之限制。</p>	<p>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，開徵菸酒社會健康保險捐，充實安全準備。</p>

(註：本頁表格為左右跨頁對照)

附錄十一

八十三年立法院審查
全民健康保險法（草案）
期間之協商會議結論摘要

八十三年立法院審查全民健康保險法（草案） 期間之協商會議結論摘要

- 一、五月十二日行政院邀請國民黨立委進行黨政協商會議，未獲具體結論。
- 二、六月二日朝野協商結論：
 - （一）關於全民健康保險法（草案）應儘速於本會期延會期前完成立法程序。
 - （二）內政暨邊政、財政二委員會應配合儘速審查本案，如有爭議，則保留送院會二讀處理。
 - （三）內政、財政聯席審查會下週將邀請行政院全民健康保險小組召集人至聯席會報告。
 - （四）朝野各黨派應於六月十五日前各自凝聚內部共識，提出意見後供行政單位參採，行政單位並應於六月二十二日彙整意見。
- 三、六月三日黨政協商決議：對於全民健康保險是否採公辦民營，進行立委意見調查。
- 四、六月六日、八日及九日下午五點半起進行全民健康保險法草案有關條文協商會，協調共識：
 - （一）全民健康保險法草案為爭取時效，以行政院版本為架構，以公辦公營為原則進行審查。
 - （二）依行政院版本第十九條、第二十條中，有關保險費率之計算及調整，請行政部門研擬公式，送立法院審議通過後施行。
 - （三）行政院版條文內應增訂更改為嚴謹之稽核人員監督條款，以避免過去保險弊端。
 - （四）行政院版本第三十二條保險給付項目，中醫住院部分應列入考量。
 - （五）行政院版本第三十四條部分負擔部分，請行政部門調整未經轉診越級者就醫之部分負擔比例，提出條文。
 - （六）行政院版本第四十九條醫療費用分配，應列入醫師、藥師分帳制度。

- (七) 行政院版本第五十四條總額支付制度，應於全民健康保險實施三年後實行。
- (八) 行政院版本第六十三條安全準備之額度訂為百分之五。
- (九) 行政院版本第六十六條各項人事及行政管理經費，訂定以醫療費用總額百分之四為上限。

五、六月十五日、十六日朝野協商結論：

- (一) 「全民健康保險法(草案)」為爭取時效，如期於年底開辦，朝野同意以行政院版本為架構，以公辦公營為原則進行審查。並應訂定國會暨主管機關之雙重監督制度，並於實施二年內提出公辦民營方案，三年後實施公辦民營之全民健康保險制度。
- (二) 「全民健康保險法(草案)」之財務收支結構，為避免過去保險制度之缺失，簡化徵收保費程序，增進效率，朝野同意以協商乙案版本之精神為架構，委請原提案人暨行政主管機關，於下次會議時提出更為詳盡之分析比較參考資料，以供研討。

六、六月二十二日朝野協商結論：

- (一) 行政院版第四十九條醫藥費用分配，應列入醫師、藥師分帳制度。
- (二) 行政院版第六十六條各項人事暨行政管理經費，訂定以醫療費用總額百分之三點五為上限。
- (三) 全民健康保險法草案條文內應列入得就煙酒稅內開徵之「煙酒社會保險捐」條文。徵收之款項專用。
- (四) 「全民健康保險法(草案)」條文內應列入慢性、年老病患居家照護之有關條款。
- (五) 有關中醫住院問題，同意於全民健康保險開辦後，在附有中醫部門之醫學中心先行試辦二年，費率另訂(本結論暫保留)。
- (六) 原有之公保聯合門診中心，不得再增加。並應於全民健康保險開辦一年半後完成調整。以與一般門診醫院同病同酬，並自負盈虧為原則。
- (七) 門診給付採不同級同酬，未完成雙向轉診手續者，差額自付。

(八) 住院部分負擔額，依綜合所得稅率計，未稅而非低收入者，一律以 0% 計。

七、六月二十三日朝野協商結論：

- (一) 財務負擔採修正後之丙案，其可行性及草案條文修正，請行政主管單位暨相關委員共同研商，一星期內提出。
- (二) 今日下午之審查會，有關財務部分之條文，同意暫保留，日後協商。其餘已達成協議暨無異議之條文，於今日內完成審查。

八、七月一日朝野協商時，提出原擬草案修正案，修正重點為：

- (一) 簡化被保險人分類，原分為六類簡化為三類，但不影響保險財務。
- (二) 地區團體之保險費負擔，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。
- (三) 住院部分負擔原規定為：急性病房基本負擔百分之十，慢性病房基本負擔百分之五，並依住院日數加重負擔比率。經朝野協商結果，係依綜合所得稅率計，未稅而非低收入者，則以百分之十五計。惟因執行面有困難，擬再修正為不分急、慢性病房及住院日數，一律以百分十五計。
- (四) 行政經費修正為「以當年度醫療費用總額百分之四為上限」。
- (五) 新增「本保險實施三年後，保險人應改制為民營。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。
- (六) 開辦全民健康保險之初，地區團體被保險人對全民健康保險尚未深入瞭解，為減少阻力，增訂「但本法第六十八條對第八條第一項第三款第二目所定被保險人，於本保險實施一年後，開始適用。」之但書規定。

九、七月五日朝野協商，討論保險財務及簡化被保險人分類之修正條文。

附錄十二

全民健康保險 作業系統的設計與建置

全民健康保險作業系統的設計與建置

壹 承保作業

一、保險對象及投保單位

全民健康保險係一種社會保險，強制加保為必要之實施原則，其主要目的是在防止逆選擇問題之發生，藉全體國民均納入保險保障，使危險分散，達到自助互助的功能。又全民健康保險係以原勞、農、公保被保險人為基礎，擴及其眷屬並將其他人口一併納入保險保障，故其保險對象、投保單位等承保作業，均需參酌原有公、勞、農保制度之規定，以利業務之推動。

本保險之開辦，係以保障本國國民之健康為宗旨，故規定投保者以具有中華民國國籍並在臺閩地區設有戶籍者為限。又基於國際勞工公約規定，外籍勞工應與本國勞工享有相同照顧之慣例，如係外國籍人士加保，則僅限於受僱之外籍勞工及軍眷家戶代表以及二者之眷屬，並領有外僑居留證者。對於外籍雇主，第二、三、六類之外籍眷屬依上開規定並不具加保資格。

至於大陸、港、澳籍在臺人士雖領有臺灣地區居留證，然因未取得戶籍，致未能辦理投保手續，其依規定須於臺閩地區設有戶籍後，始得參加全民健康保險；又如其非屬受僱勞工、軍眷家戶代表及其眷屬時，亦需於取得戶籍後四個月，始得辦理加保。

另依全民健康保險法規定，軍人非屬全民健康保險對象，其理由乃係因現役軍人身分特殊，屬戰備人力，由軍方醫院提供免費醫療服務，該等人員一旦參加全民健康保險，必須繳納保險費，卻無法享有自由就醫之權利。因此，經參酌其他國家實施之成例及國防主管機關之意見，爰將該等人員排除於加保範圍之內。在法務部矯正機關接受相關刑之執行的收容人，也已由法務部採公醫制度提供收容人的醫療照顧，因此，受刑人亦排除於加保範圍。

惟衛生署於民國八十四年九月三日函報行政院之全民健康保險法部分條文修正草案中，業將各類被保險人在臺閩地區領有外僑居留證、臺灣地區居留證或定居證並符合資格之眷屬，納入全民健康保險加保範圍。

全民健康保險將保險對象分為被保險人及眷屬，被保險人之分類，係依各被保險人原屬公、勞、農保投保單位、投保金額、保險費負擔比率及保險費計算方式等要件之不同，將全體國民區分為六大類（如表 8），以利於各項法令之規範。各類保險對象依全民健康保險法規定，均應自民國八十四年三月一日起參加，惟其中第六類保險對象得有一年緩衝時間，可免受全民健康保險法所規定罰則處分。

表 8 保險對象及投保單位

類別	保險對象		投保單位
	被保險人	眷屬	
第一類	受僱者（含外籍勞工）、公務人員、公職人員、私立學校教職員、雇主、自營作業者，及專技人員自行執業者	無職業之配偶 直系血親尊親屬（父母、祖父母、外祖父母等）、 二親等內直系血親卑親屬（子女、孫子女、外孫子女）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	所屬機關、學校、公司、團體或雇主
第二類	職業工會會員	同上	所屬工會
第三類	農民、漁民、水利會員	同上	農會、漁會、水利會
第四類	軍眷家戶代表	同上	聯勤總部留守業務
第五類	低收入戶戶長	共同生活親屬	戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所
第六類	榮民或榮民遺眷家戶代表 地區家戶戶長或代表	同第一類	戶籍所在地鄉（鎮、市、區）公所

(一) 投保單位數

至民國八十四年四月底，總投保單位數計 41 萬 8,392 家，其中第一類被保險人之投保單位 41 萬 4,932 家，第二類被保險人之投保單位 2,243 家，第三類被保險人之投保單位 339 家，第四類被保險人之投保單位 1 家，第五類被保險人之投保單位 439 家，第六類被保險人之投保單位 438 家。

(二) 投保人數 (如表 9)

表 9 民國八十四年四月份各類被保險人及眷屬人數

單位：人

類別 \ 身分別	被保險人	眷屬	合計	
			人數	百分比
第一類	6,171,364	4,657,767	10,829,131	56.6
第二類	2,616,514	1,636,004	4,252,518	22.2
第三類	1,959,427	900,155	2,859,582	14.9
第四類	35,191	38,894	74,085	0.4
第五類	110,195	2,841	113,036	0.6
第六類	640,247	373,132	1,013,379	5.3
合計	11,532,938	7,608,793	19,141,731	100

全民健康保險具有強制性、團體性及限制性，凡符合投保資格者均應參加全民健康保險，且須透過投保單位辦理加保，投保優先順序及限制如下：

1. 被保險人投保優先順序及限制：

- (1) 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。
- (2) 具有被保險人資格者，不得以眷屬身分投保。
- (3) 具有同一類二種以上被保險人資格者，應以其主要工作的身分投保。
- (4) 兼具農會、漁會會員身分的水利會會員，應以農會或漁會會員身分投保。

2. 眷屬投保優先順序及限制：

- (1) 眷屬應隨同被保險人辦理投保及退保。
- (2) 為二位以上被保險人的眷屬者應擇一投保；如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的被保險人投保。
- (3) 同為配偶與一親等直系血親的眷屬者，應擇一投保。

二、收入面人力來源

全民健康保險規劃因沿襲過去的社會保險制度，以既有的職域做為納保基礎，因此中央健康保險局組織條例草案在送立法院審議前，已決議將全民健康保險納保及健保費收繳制度，採「分散式」處理機制。也就是說，未來將由公保處及勞保局承襲過去公保和勞保、農保的制度，分別辦理公教與勞工、農民健康保險的納保及健保費的收繳。中央健康保險局僅辦理無職業地區人口的納保及健保費的收繳作業，醫療給付作業則集中統一由中央健康保險局辦理。

但公保處與勞保局代辦公、勞、農保被保險人及眷屬之健康保險業務意願低，因全民健康保險法與公保法及勞保條例所定之承保作業差異極大，且通過之全民健康保險法並無委託代辦之條文，公保處與勞保局無法據以增加編制員額辦理健康保險業務。再者，渠等之承保業務均集中於臺北處理，未來若投保單位或被保險人對核定之保險費或投保資格有異議而提起爭訟，渠等亦無足夠之人力赴 6 個分局所屬地方法院處理爭訟案件。

健保局籌備處期間，對全民健康保險納保作業制度反覆討論，基於權責分明原則，推翻先前採委由公保處及勞保局分散式處理全民健康保險納保與健保費收繳分散式處理模式，收回由中央健康保險局集中統一處理全民健康保險六類十三目保險對象之納保及健保費收繳作業。政策突如其來的大轉彎，首先衝擊的是當時的人力編列。

若不再委由公保處及勞保局兼辦公、勞、農保保險對象的健康保險納保及健保費收繳等全民健康保險收入面業務，全國 2,300 萬人的全民健康保險六類十三目保險對象集中由中央健康保險局自辦，其人力員額至少須達 1,000 人以上。

但中央健康保險局組織條例已送立法院審議中，全民健康保險又開辦在即，增加員額修正案須由行政院及考試院會銜提出，程序複雜也緩不濟急，因此中央健康保險局組織條例在三讀通過，並經總統明令公布後，於民國八十四年元旦正式成立，收入面人力員額編制即被框定在 700 餘人的編制。

全民健康保險正式開辦前就已知收入面人力大為不足，但開辦全民健康保險是一項使命必達的國家政策。因此，中央健康保險局各級主管率全體同仁，在知其不可為而為之的情況下，仍戮力於全民健康保險收入面業務的建置與推動，達成全民健康保險納保及健保費收繳作業任務。

三、納保資料蒐集

政府政策決議，將由未來成立的中央健康保險局集中辦理 2,300 萬人納保作業。因此健保局籌備處承保組需將前置作業進行完備，以利未來中央健康保險局成立後的政策實施和推廣。首先，要將 2,300 萬人的納保資料蒐集完備，但最大的難題就是：在資料數量龐大和時間緊迫之下，如何快速、有效地取得全民健康保險保險對象與投保單位的基本資料？

因此，健保局籌備處於民國八十三年五月一日成立調查組負責蒐集納保資料，並增加僱用臨時工讀生處理資料建檔及核對工作。調查組為求效率，決定借助當時公保處及勞保局已握有的職域社會保險被保險人及投保單位資料；尚未參加職域社會保險的民眾，榮民部分洽請退輔會協助宣導，非榮民部分則透過媒體宣導。

全民健康保險開辦前，公保處就已同時辦理公務人員保險、公務人員眷屬疾病保險、私立學校教職員保險、私立學校教職員眷屬疾病保險，至民國八十二年底公保有 6,566 個投保單位，正符合未來全民健康保險開辦後被保險人及眷屬的執行方針，加上公教相對穩定性高、流動率低，因此健保局籌備處調查組在經由公保投保單位確認後，將公教人員及眷屬疾病保險投保單位及保險對象的資料正式轉入全民健康保險資料庫。

勞保及農保部分，勞保局已於民國八十二年先行蒐集勞農保眷屬資料並進行鍵檔作業，並於民國八十三年三月前完成。健保局籌備處於民國八十三年三月四日正

式發函委託勞工保險局辦理「勞工保險、農民健康保險被保險人眷屬參加全民健康保險承保資料調查」，為此，健保局籌備處自民國八十三年五月一日起租借臺北市杭州南路 15 之 1 號醒吾大樓四、五、六樓，面積約 6 百多坪，成立調查組，任命陳逸峰為調查組組長並向勞保局借調現職人員約 20 人，另分批進用工讀生總計約 300 名協辦勞工保險、農民健康保險被保險人眷屬承保資料調查工作，透過原有 38 萬多個投保單位協助，於全民健康保險實施前，及早建立全國民眾承保資料，該項調查對象包括勞保被保險人 900 萬人及農保 180 萬人。並請勞保局將該項調查經勞、農保被保險人確認或更正後回覆資料連同投保單位資料一併彙整轉入全民健康保險資料庫。

為能正確寄發健保卡及核計保險費，健保局籌備處依公、勞、農保被保險人資料轉檔及眷屬調查回收資料列印「全民健康保險投保對象申報名冊」寄發投保單位核對確認寄回，大量資料陸續湧入，各項異動資料委外登錄，完成投保申報作業，其工作包括：

- (一) 調查表寄發作業：調查表資料以民國八十三年三月底有效人數委商印製，自民國八十三年五月五日起，迄民國八十三年十一月二十三日止，總計寄出 985 萬張調查表，約 37 萬 7 千個投保單位。
- (二) 調查表回收作業：自民國八十三年五月二十日起，迄民國八十三年六月二十一日止，回收 4398 箱，共 651 萬 9,436 張，回收投保單位 26 萬零 117 個，投保單位回收率為 68.9%，張數回收率為 66.1%。
- (三) 調查表委鍵作業：委商鍵錄調查表資料約 950 萬筆。
- (四) 調查表自鍵作業：自行鍵錄部分之 1. 調查資料共 264 箱，約 56 萬筆。2. 異動資料 16 箱，約 4 萬 8 千筆。3. 中文姓名約 200 萬筆，因調查組端末機不足，向勞保局借用 50 部端末機及場地，於民國八十三年十月十三日起在勞保局仰德大樓 6 樓辦公室趕辦。
- (五) 調查表校對更正作業：校對 1,060 萬筆，更正 40 萬筆。
- (六) 清單列印、更新、管制作業：校對清單、中文姓名補鍵清單、管制清單共 300 箱，每箱有 2 千頁，共計 60 萬頁，均由勞保局列印提供作業使用。

- (七) 調查表整理貯存作業：調查表及清單依批次順序裝箱存放，總計 4,398 箱，共 651 萬 9,436 張。
- (八) 調查表催辦作業：分別於 1. 民國八十三年八月五日催辦 2,200 個大單位。2. 民國八十三年八月二十日催辦 23 萬個單位。3. 民國八十三年九月三日催辦 21 萬個單位。4. 民國八十三年十一月十八日催辦 500 個單位。前後共四次催請投保單位寄回調查表，其中第一次係以電話與信函雙管催辦，第二、三次由勞保局協助列印通函寄發催辦，第四次為電話催辦。
- (九) 電話查詢服務作業：自民國八十三年八月一日起，迄民國八十三年十一月十一日止，計 42,398 通。
- (十) 調查表確認作業：為因應全民健康保險開辦，列印被保險人及眷屬資料提供投保單位確認，於民國八十三年十二月七日起開始確認表寄發作業。之後確認申報表回收、整理、鍵錄、更正、中文姓名補鍵、歸檔，鍵錄總筆數約 800 萬筆，其中包含有許多重複申報的眷屬資料。
- (十一) 併入正常作業：民國八十四年六月初調查組的資料全面轉入中央健康保險局主機，八十四年六月二十日在東區分局開出第一次保險費，但是因為資料有異常，直到八十四年八月十日才寄出第一次(八十四年三月)保險費繳款單，八十四年十月開出第二次(八十四年四月)保險費繳款單。

調查組自中央健康保險局開辦後，人員陸續調派到總局暨各分局服務，茲因臺北分局承保作業的業務量非常龐大，佔全局五分之二，調查組繼續支援臺北分局至民國八十四年十月，將所有的桌椅、櫥櫃、檔案架、影印機、傳真機、打包機、電腦設備暨調查表、確認申報表等運送到各分局，醒吾調查組從空無一物到人員進駐開始作業，歷經忙碌的一年六個月，完成眷屬調查作業，工作人員分別歸建、報到、離職，調查組功成身退正式結束。

其中須感謝當時勞保局資訊室蔡主任吉安、承保部彭經理火明暨勞保局成立的支援團隊，對於全民健康保險眷屬資料調查作業的全力配合與支持，方能順利完成建立全民健康保險眷屬檔案的艱鉅任務。

榮民部分因榮民業務主管機關行政院退除役官兵輔導委員會(退輔會)掌管榮民資料，原擬由該會各縣市榮民服務處(榮服處)辦理榮民及榮眷之全民健康保險，但退輔會反映各縣市只設一處榮服處，而榮民散居各地，不便榮民辦理投保及領用健保卡，因此仍宜由榮民戶籍地之鄉(鎮、市、區)公所辦理較為合適，因此健保局籌備處與退輔會密切聯繫，並請榮服處派駐在各鄉(鎮、市、區)的輔導員拜訪在地榮民，請無職業榮民儘速至公所申請投保。在退輔會及其所屬榮服處的協助下，無職業的榮民申請投保的人數十分踴躍。

低收入戶健康保險(福保)委託勞保局辦理，因此低收入戶之投保資料亦洽請勞保局提供。

公保、勞保、農保、福保及榮民等人口，尚有公保處、勞保局和退輔會提供資料或輔導納保，而資料收集真正的困難之處乃來自於5人以下中小企業，以及第6類被保險人(無職業)的資料收集。

我國民營企業以中小企業為主，高達8成。全民健康保險開辦前，僱用員工未滿5人之公司、行號可選擇是否為員工投保勞保，另雇主或負責人亦可選擇是否投保勞保。對此類人口，健保局籌備處利用媒體及赴各地宣導說明會籲請儘速依全民健康保險法規定辦理參加全民健康保險。

至於投保單位則依公、勞、農保資料轉檔列印投保單位成立通知書編列投保單位代號於民國八十三年十一月通函各投保單位核對確認。

四、承保作業書表

(一) 承保異動書表：含投保單位及保險對象計23種。

全民健康保險係原有公、勞、農保為基礎擴及眷屬，並將其它人口一併納入保險照護體系內，因此保險對象及投保單位之投、退保異動申報書表參酌原有公、勞、農保書表並依全民健康保險法規定設計。

全民健康保險將被保險人分成六類十三目，各類目被保險人投保資格的取得及投保金額各異，如第一類被保險人投保資格取得係到職起薪，第二類被保險人為入會，第五類為社政機關核定為低收入戶...等，因應不同之類目，

投保(轉入)申報表而為不同之設計，為免投保單位誤填投保(轉入)申報表，故於各類投保(轉入)申報表均代入投保單位代號之首碼。

投保(轉入)、退保(轉出)、停(復)保、投保金額調整、基本資料變更等各類承保異動申報表均有詳盡之填表說明，各項異動申報表以不同顏色區分，以利辨識。

為使承保異動資料有效資訊化，除姓名、地址、單位名稱為中文外，餘以數字或英文字母代入、以便未來統計分析承保資料，另亦為未來投保金額之查核，不在保之查核業務，需與外部機關交換資料，必要欄位已於申報表預為植入。

- (二) 投保單位成立通知書：內含單位名稱、地址、投保單位代號、負責人姓名、身分證統一編號、營利事業統一編號、行業別等，寄發給新成立投保單位。
- (三) 全民健康保險投保金額分級表：(如表 10) 寄發給第一類、第二類及第四類投保單位填報被保險人之投保金額。
- (四) 各類被保險人保險費負擔金額表：計六式(如表 11 至表 16)，可供各類投保單位及被保險人快速查出各級投保金額應繳之保險費，於全民健康保險開辦時按六類之類別寄送各投保單位。
- (五) 保險費計算表及繳款單：每個月計費完成，寄送投保單位或被保險人(六類二目)核對繳納保險費。
- (六) 全民健康保險承保業務手冊：印製 43 萬冊於民國八十四年一月十六日隨同全民健康保險投保對象申報名冊寄發各投保單位參考。
- (七) 各種承保異動書表填表範例：印 300 本放置分局承保組及服務臺給民眾參考。
- (八) 承保作業流程圖：投保單位之成立、變更、撤銷及保險對象投保(轉入)、退保(轉出)、停(復)保、變更、投保金額調整等異動表單之受理、審核，應檢附之證明文件以至電腦登錄等過程供承保組同仁參考。

表 10 全民健康保險投保金額分級表

中華民國八十四年一月四日行政院臺八十四衛 00221 號函核定

中華民國八十四年三月七日衛署健保字第 84000335 號令發布

組別級距	投保等級	月投保金額(元)	實際薪資月額(元)	備註
第一組 級距 600元	1	14,010	14,010 以下	訂定原則 1. 第 1 級至第 20 級，按民國八十三年勞工投保薪資分級表訂定。 2. 第三組(含)以後每組級距適用五級。 3. 各級距投保金額仿照勞保分級表訂定方式，以該級距上限訂定之。
	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 11 全民健康保險保險費負擔金額表 (一)

〔公務人員、公職人員、軍人眷屬適用〕

單位：新臺幣元

投保金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 40%〕						投保單位負擔金額〔負擔比率 60%〕
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口	
1	14,010	238	476	714	952	1190	1428	843
2	14,400	245	490	735	980	1225	1470	867
3	15,000	255	510	765	1020	1275	1530	903
4	15,600	265	530	795	1060	1325	1590	939
5	16,500	281	562	843	1124	1405	1686	993
6	17,400	296	592	888	1184	1480	1776	1047
7	18,300	311	622	933	1244	1555	1866	1101
8	19,200	326	652	978	1304	1630	1956	1155
9	20,100	342	684	1026	1368	1710	2052	1210
10	21,000	357	714	1071	1428	1785	2142	1264
11	21,900	372	744	1116	1488	1860	2232	1318
12	22,800	388	776	1164	1552	1940	2328	1372
13	24,000	408	816	1224	1632	2040	2448	1444
14	25,200	428	856	1284	1712	2140	2568	1517
15	26,400	449	898	1347	1796	2245	2694	1589
16	27,600	469	938	1407	1876	2345	2814	1661
17	28,800	490	980	1470	1960	2450	2940	1733
18	30,300	515	1030	1545	2060	2575	3090	1823
19	31,800	541	1082	1623	2164	2705	3246	1914
20	33,300	566	1132	1698	2264	2830	3396	2004
21	34,800	592	1184	1776	2368	2960	3552	2094
22	36,300	617	1234	1851	2468	3085	3702	2185
23	38,200	649	1298	1947	2596	3245	3894	2299
24	40,100	682	1364	2046	2728	3410	4092	2413
25	42,000	714	1428	2142	2856	3570	4284	2528
26	43,900	746	1492	2238	2984	3730	4476	2642
27	45,800	779	1558	2337	3116	3895	4674	2756
28	48,200	819	1638	2457	3276	4095	4914	2901
29	50,600	860	1720	2580	3440	4300	5160	3045
30	53,000	901	1802	2703	3604	4505	5406	3190

表 12 全民健康保險保險費負擔金額表 (二)

〔私立學校教職員適用〕

單位：新臺幣元

投保金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 40%〕						投保單位負擔金額〔負擔比率 30%〕	政府補助金額〔補助比率 30%〕
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口		
1	14,010	238	476	714	952	1190	1428	422	422
2	14,400	245	490	735	980	1225	1470	433	433
3	15,000	255	510	765	1020	1275	1530	451	451
4	15,600	265	530	795	1060	1325	1590	469	469
5	16,500	281	562	843	1124	1405	1686	496	496
6	17,400	296	592	888	1184	1480	1776	524	524
7	18,300	311	622	933	1244	1555	1866	551	551
8	19,200	326	652	978	1304	1630	1956	578	578
9	20,100	342	684	1026	1368	1710	2052	605	605
10	21,000	357	714	1071	1428	1785	2142	632	632
11	21,900	372	744	1116	1488	1860	2232	659	659
12	22,800	388	776	1164	1552	1940	2328	686	686
13	24,000	408	816	1224	1632	2040	2448	722	722
14	25,200	428	856	1284	1712	2140	2568	758	758
15	26,400	449	898	1347	1796	2245	2694	794	794
16	27,600	469	938	1407	1876	2345	2814	830	830
17	28,800	490	980	1470	1960	2450	2940	867	867
18	30,300	515	1030	1545	2060	2575	3090	912	912
19	31,800	541	1082	1623	2164	2705	3246	957	957
20	33,300	566	1132	1698	2264	2830	3396	1002	1002
21	34,800	592	1184	1776	2368	2960	3552	1047	1047
22	36,300	617	1234	1851	2468	3085	3702	1092	1092
23	38,200	649	1298	1947	2596	3245	3894	1149	1149
24	40,100	682	1364	2046	2728	3410	4092	1207	1207
25	42,000	714	1428	2142	2856	3570	4284	1264	1264
26	43,900	746	1492	2238	2984	3730	4476	1321	1321
27	45,800	779	1558	2337	3116	3895	4674	1378	1378
28	48,200	819	1638	2457	3276	4095	4914	1450	1450
29	50,600	860	1720	2580	3440	4300	5160	1523	1523
30	53,000	901	1802	2703	3604	4505	5406	1595	1595

表 13 全民健康保險保險費負擔金額表 (三)

〔公、民營事業、機構及有一定雇主之受雇者適用〕

單位：新臺幣元

投保金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 30%〕						投保單位負擔金額〔負擔比率 60%〕	政府補助金額〔補助比率 10%〕
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口		
1	14,010	179	358	537	716	895	1074	843	141
2	14,400	184	368	552	736	920	1104	867	144
3	15,000	191	382	573	764	955	1146	903	150
4	15,600	199	398	597	796	995	1194	939	156
5	16,500	210	420	630	840	1050	1260	993	165
6	17,400	222	444	666	888	1110	1332	1047	175
7	18,300	233	466	699	932	1165	1398	1101	184
8	19,200	245	490	735	980	1225	1470	1155	193
9	20,100	256	512	768	1024	1280	1536	1210	202
10	21,000	268	536	804	1072	1340	1608	1264	211
11	21,900	279	558	837	1116	1395	1674	1318	220
12	22,800	291	582	873	1164	1455	1746	1372	229
13	24,000	306	612	918	1224	1530	1836	1444	241
14	25,200	321	642	963	1284	1605	1926	1517	253
15	26,400	337	674	1011	1348	1685	2022	1589	265
16	27,600	352	704	1056	1408	1760	2112	1661	277
17	28,800	367	734	1101	1468	1835	2202	1733	289
18	30,300	386	772	1158	1544	1930	2316	1823	304
19	31,800	405	810	1215	1620	2025	2430	1914	319
20	33,300	425	850	1275	1700	2125	2550	2004	334
21	34,800	444	888	1332	1776	2220	2664	2094	349
22	36,300	463	926	1389	1852	2315	2778	2185	364
23	38,200	487	974	1461	1948	2435	2922	2299	383
24	40,100	511	1022	1533	2044	2555	3066	2413	402
25	42,000	536	1072	1608	2144	2680	3216	2528	421
26	43,900	560	1120	1680	2240	2800	3360	2642	440
27	45,800	584	1168	1752	2336	2920	3504	2756	459
28	48,200	615	1230	1845	2460	3075	3690	2901	483
29	50,600	645	1290	1935	2580	3225	3870	3045	508
30	53,000	676	1352	2028	2704	3380	4056	3190	532

表 14 全民健康保險保險費負擔金額表 (四)

〔職業工會會員適用〕

單位：新臺幣元

投保金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 60%〕						投保單位負擔金額〔負擔比率 40%〕
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口	
1	14,010							
2	14,400							
3	15,000							
4	15,600							
5	16,500							
6	17,400	444	888	1332	1776	2220	2664	698
7	18,300	467	934	1401	1868	2335	2802	734
8	19,200	490	980	1470	1960	2450	2940	770
9	20,100	513	1026	1539	2052	2565	3078	806
10	21,000	536	1072	1608	2144	2680	3216	843
11	21,900	558	1116	1674	2232	2790	3348	879
12	22,800	581	1162	1743	2324	2905	3486	915
13	24,000	612	1224	1836	2448	3060	3672	963
14	25,200	643	1286	1929	2572	3215	3858	1011
15	26,400	673	1346	2019	2692	3365	4038	1059
16	27,600	704	1408	2112	2816	3520	4224	1107
17	28,800	734	1468	2202	2936	3670	4404	1155
18	30,300	773	1546	2319	3092	3865	4638	1216
19	31,800	811	1622	2433	3244	4055	4866	1276
20	33,300	849	1698	2547	3396	4245	5094	1336
21	34,800	887	1774	2661	3548	4435	5322	1396
22	36,300	926	1852	2778	3704	4630	5556	1456
23	38,200	974	1948	2922	3896	4870	5844	1533
24	40,100	1023	2046	3069	4092	5115	6138	1609
25	42,000	1071	2142	3213	4284	5355	6426	1685
26	43,900	1119	2238	3357	4476	5595	6714	1761
27	45,800	1168	2336	3504	4672	5840	7008	1837
28	48,200	1229	2458	3687	4916	6145	7374	1934
29	50,600	1290	2580	3870	5160	6450	7740	2030
30	53,000	1352	2704	4056	5408	6760	8112	2126

註：外僱船員由船長工會投保者，適用投保金額分級表最高一級。

外僱船員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。

表 15 全民健康保險保險費負擔金額表 (五)

〔雇主、自營作業者、專門職業及技術人員自行執業者適用〕

單位：新臺幣元

投保 金額等級	月投保 金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 100%〕					
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口
1	14,010						
2	14,400						
3	15,000						
4	15,600						
5	16,500						
6	17,400						
7	18,300						
8	19,200						
9	20,100						
10	21,000						
11	21,900						
12	22,800						
13	24,000						
14	25,200						
15	26,400						
16	27,600						
17	28,800						
18	30,300						
19	31,800						
20	33,300						
21	34,800						
22	36,300	1543	3086	4629	6172	7715	9258
23	38,200	1624	3248	4872	6496	8120	9744
24	40,100	1704	3408	5112	6816	8520	10224
25	42,000	1785	3570	5355	7140	8925	10710
26	43,900	1866	3732	5598	7464	9330	11196
27	45,800	1947	3894	5841	7788	9735	11682
28	48,200	2049	4098	6147	8196	10245	12294
29	50,600	2151	4302	6453	8604	10755	12906
30	53,000	2253	4506	6759	9012	11265	13518

表 16 全民健康保險保險費負擔金額表 (六)

〔農會、漁會、水利會會員適用〕

單位：新臺幣元

投保 金額等級	月投保金額	被保險人及眷屬負擔金額〔負擔比率 30%〕					
		本人	本人 + 1 眷口	本人 + 2 眷口	本人 + 3 眷口	本人 + 4 眷口	本人 + 5 眷口
5	16,500	210	420	630	840	1050	1260

轄區別	政 府 補 助 金 額				
	中央政府 補助比率 〔 40% 〕	直轄市政府 補助比率 〔 30% 〕	省政府 補助比率 〔 20% 〕	縣市政府 補助比率 〔 10% 〕	合計 補助比率 〔 70% 〕
直轄市區域	662	496			1158
省轄區域	662		331	165	1158

五、勞保、農保、健保承保手續一元化

連副總統於民國八十四年三月十六日兼行政院長任內，在第 2423 次院會中指示，全民健康保險實施後，由於勞工保險、農民保險及全民健康保險係分別由不同機構承辦，導致投保單位無法像以往一樣，辦一次投、退保手續即可同時享有醫療及現金給付。政府為簡化投保單位辦理勞（農）保及全民健康保險承保申報手續，決定實施承保手續一元化，就是投保單位只需填寫合一表格一式二份，寄同一收件窗口，即可一次辦妥勞（農）、健保承保申報手續。

依行政院指示，勞保局與中央健康保險局同仁經多次開會共同修訂整併勞、農保及全民健康保險第一類、第二類、第三類被保險人之承保書表，寄發各投保單位，承保一元化表格自民國八十四年七月起開始使用。至於一元化表格之收件窗口，臺北分局轄區之投保單位送件窗口為勞保局，臺北分局派員至勞保局取件，其他地區送件窗口為中央健康保險局北區分局、中區分局、南區分局、高屏分局及東區分局。合一表格投保單位須填寫一式二份，一併寄送同一收件窗口，投保單位如只填送一份，收件窗口應影印一份送他局。

如果僅申報眷屬之異動，仍填報全民健康保險之專用書表，寄中央健康保險局各分局。

六、保險費計繳

全民健康保險沿襲原公、勞、農保之投保單位、投保金額及保險費分擔比率，然其保險費之核計比公、勞、農保更複雜。

（一）眷屬計費人數

全民健康保險被保險人自付保險費是以論「口」計算，眷屬的保險費由被保險人繳納。為顧及多眷口家庭的負擔規定超過五口以上的眷屬可免繳保險費。至於雇主及政府所負擔的保險費，為避免多眷口被保險人在就業市場上遭到歧視，不論所僱用的員工有幾個眷屬，一律以平均眷屬人數做為計費人數。依法規定：開辦第一年以行政院主計處民國八十年「個人所得分配調

查報告」的平均每戶人口數 4.16 人與平均每戶就業人數 1.76 人之比為依據，而求出平均眷屬人數為 1.36 人。

（二）保費按月計繳

依全民健康保險法第二十九條規定，保險費係投保當月全數繳納，退保當月免繳保險費，設計理念在於全民健康保險係為強制性之保險，保險對象即使從某一投保單位退保，亦需選擇適當的投保單位辦理投保，不似過去之公勞保，在離開工作崗位時即喪失加保資格，故其保險費係按日計繳。全民健康保險基於上述理由及避免增加行政上之繁複性，乃採按月計收保險費，此項規定卻引發部分投保單位及被保險人對公平性的質疑，因依規定，對於報到後不數日即離職之員工，或於月底報到之員工要其負擔全月份之保險費，甚不合理，反映須按日計費。另有民眾反映新生兒於月底出生卻要繳納全月保險費，全民健康保險開辦初期抱怨之書函及電話甚多，經解釋員工於月底報到雖須繳納全月保險費，但員工如於月底離職不必繳納保險費。至於月底出生之新生兒，其於出生前已享有全民健康保險之產前檢查，何況同一天有嬰兒出生，亦會有死亡人口，對於亡者當月使用大額醫療費用，中央健康保險局當月不收健保費。此制度之設計就個案看似不合理，但就長遠看應屬公平，且可減輕被保險人投保單位及中央健康保險局之行政成本。後來各分局舉辦之承保業務說明會均加強宣導解釋，民眾漸漸接受而平息怨言。

保險對象同一月份如有兩次投保紀錄，以第一次投保計費，第二次投保免計費，如為跨分局有二次投保，須經比對交查，次月份計費時再沖抵。

（三）投、退保生效日

自合於投保資格或喪失投保資格之日起算，投保單位或保險對象若延遲辦理投（轉入）保或退保（轉出）手續，均追溯至合於投保或喪失資格之月補繳保險費或退還保險費，若眷屬延遲辦理投、退保手續，則又涉及眷口數，可能補辦加保之眷屬為第六口免計費或追溯退保之眷屬應補寄保險費，此等皆增加電腦作業計費之複雜性。

（四）減免保險費

各級政府對某些特定保險對象予以全額或部分保險費補助，全民健康保險開辦時，計有十項保險費補助措施（如表 17）。

政府照顧民眾為求簡政便民，中央健康保險局接受各補助政府之委託，凡符合各項補助資格之民眾不需向中央健康保險局提出申請，由各補助單位按月提供中央健康保險局符合補助名單之資料，中央健康保險局於開計保險費時予以扣減，再改向各補助單位收繳。為正確計算減免保險費，保險對象須為特殊註記，減免身分別，減免額度，生效年月，補助政府等資料。

保險對象兼具多重補助身分者，需設定補助順序，依生效年月、補助額度、中央政府優於地方政府，程式須一一檢核，如高市 65 歲老人兼具中度殘障，二分之一保費先核計內政部，剩餘二分之一再向高雄市政府計收。

另中央健康保險局每月寄發給投保單位之保險費計算表亦註記保險對象減免身分別及減免保險費金額供投保單位參考，免收或減收保險對象之保險費。

各補助單位所送減免資料須以媒體申報，若媒體資料不符中央健康保險局規定格式而被退回、或補助單位延遲申報、漏報或申報之保險對象身分證號、出生日期或姓名錯誤，致中央健康保險局無法認證殘障者鑑定日期、殘障等級、中低收入戶資格等資料，使部分受補助保險對象無法及時享有保險費減免優惠，而產生怨言。中央健康保險局已與各社政單位會商確定民國八十四年三月至八十五年二月應核退減免之保險費，由中央健康保險局辦理退費；自民國八十五年三月份核計保險費起，保險費減免均依縣市政府減免資料申報當月為減免保險費生效月份，未及申報或申報錯誤致未予減免部分，保險對象應逕洽縣市政府辦理退費。至於中央政府補助部分，由中央健康保險局於核計次月保險費時退還保險對象，改向補助政府收繳。

（五）保險費負擔比率

全民健康保險統合原有公、勞、農保之醫療給付為單一給付制度，然而

承保方面保險費分攤比率並未統合，將被保險人分為六類十三目，各類目被保險人之投保金額、保費負擔比率各異（如表 18），屬一類二目之同一投保單位雇主以投保金額分級表最高一級加保，保費全數自付；員工以薪資換算投保金額，保費自付 30%，意味著團體計費時，要檢核保險對象特殊註記。同一投保單位因被保險人所屬類目不同要分別計算保費，如政府機關學校參加公保之人員屬第一類第一目，參加勞保人員屬第一類第二目；又如農會，其員工屬第一類第二目，而其所屬會員屬第三類第一目，工會亦如是，類此情形，除分開計算保費外，保險費計算表及繳款單均須分別列印、寄送、收繳。

（六）保險費計算公式

1. 被保險人及其眷屬負擔部分：

（1）第一類至第四類被保險人及其眷屬：

$$\text{保險費} = \text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times (\text{本人} + \text{眷口數})$$

註：被保險人負擔的保險費計算至元，角以下四捨五入，帶眷屬者 $\times(1 + \text{眷口數})$ ，眷屬超過五口者，以五口計。

（2）第六類被保險人及其眷屬：

A. 榮眷：保險費 = 平均保險費 \times 負擔比率 \times 眷口數

B. 其他地區人口：保險費 = 平均保險費 \times 負擔比率 \times (本人 + 眷口數)
(註：眷屬超過五口者，以五口計)

2. 投保單位負擔部分：

（1）計算公式：

$$\text{保險費} = \text{投保金額} \times \text{保險費率} \times \text{負擔比率} \times (\text{本人} + \text{平均眷屬人數})$$

（2）「平均眷屬人數」是根據第一類至第四類被保險人實際眷屬人數平均計算，保險人應於前一年九月底前公告。但本保險開辦第一年的平均眷屬人數是以行政院主計處發布民國八十年「個人所得分配調查報告」的每戶人數與所得人數計算為 1.36 人。

3. 政府補助部分：

- (1) 第一類至第四類保險對象：保險費 = 投保金額 × 保險費率 × 負擔比率 × (本人 + 平均眷屬人數)
- (2) 第五類保險對象：保險費 = 平均保險費 × 負擔比率 × 實際投保人數
- (3) 第六類保險對象：保險費 = 平均保險費 × 負擔比率 × (本人 + 眷口數)

(七) 保險費繳納

中央健康保險局於每月十二日關閉承保異動資料檔，核計上月份保險費，繕具保險費計算表及繳款單，於二十日起寄發投保單位或被保險人繳納。投保單位於月底仍未收到時，應於 5 日內以書面通知中央健康保險局補寄，並於寬限期間（10 天）內繳納。投保單位對於所載金額如有異議，第一類及第四類被保險人的投保單位應先照額繳納，第二類、第三類被保險人的投保單位應先彙繳實際收繳的保險費後，再向中央健康保險局提出異議理由，經中央健康保險局查明確有錯誤後，於計算次月保險費時，一併結算。

逾寬限期仍未繳納者，自寬限期滿的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至應納費額的一倍為限。

第五類低收入戶由各級政府補助的保險費，由中央健康保險局按月開具保險費計算表及繳款單，於月底前送請各級政府撥付。如有差額，中央健康保險局應於核計下次保險費時一併結算。

第二類至第四類及第六類被保險人及其眷屬的保險費，規定應由各級政府機關補助的部分，由中央健康保險局核估，並於每年一月十五日及七月十五日通知預撥，如有差額時，中央健康保險局應於核計下次預撥保險費時，一併結算。

中央健康保險局為提高收繳率，及便利繳款人繳納保險費，已與 17 家金融機構簽約，計有 4,219 處金融機構之總分支據點，代收保險費。被保險人或投保單位可委託上述金融機構，以轉帳方式繳納保險費，或以現金繳納。

表 17 民國八十四年各級政府辦理保險對象健保費補助項目一覽表

補助項目及對象	補助單位	補助自付健保費額度
榮民	退輔會	全額
低收入戶	各縣市政府	全額
年滿 70 歲以上中低收入老人	內政部	全額
極重度、重度身心障礙	內政部	全額
中度身心障礙	內政部	1/2
輕度身心障礙	各縣市政府	1/4
公保滿 30 年	公保補助	全額
退休保險滿 30 年	公保補助	全額
高市身心障礙	高雄市政府	全額
高市年滿 65 歲	高雄市政府	全額

表 18 全民健康保險保險費負擔比率

被保險人類別			負擔比率 (%)		
			被保險人	投保單位	政府
第一類	公務人員 公職人員	本人及 眷屬	40	60	0
	私校教職員	本人及 眷屬	40	30	30
	公、民營事業、機構等有一定雇 主的受僱者	本人及 眷屬	30	60	10
	雇主 自營作業 者 專門職業及技術人員自行執業者	本人及 眷屬	100	0	0
第二類	職業工人 外僱船員	本人及 眷屬	60	0	40
第三類	農民、漁民 水利會會員	本人及 眷屬	30	0	70
第四類	軍人眷屬	眷屬	40	60	0
第五類	低收入戶	本人及 眷屬	0	0	100
第六類	榮民	本人	0	0	100
		眷屬	30	0	70
	其他地區人口	本人及 眷屬	60	0	40

七、承保資料之處理

(一) 投保單位編號

全民健康保險為團體保險，每一保險對象均須透過投保單位申報，而全民健康保險將被保險人分為六類十三目，各類目投保金額，保費分擔比率各異，同一投保單位會有不同類目之被保險人，因此承保異動資料建檔須有嚴謹之投保單位代碼管控，始能正確核計被保險人、投保單位及政府負擔保費。

考量投保單位之成長率，投保單位編碼為 9 碼，前 2 碼代表投保類目，第 3 碼至第 8 碼為流水號，第 9 碼為檢查碼。(如表 19)

第一類第三、四、五目之雇主或自營業主變化性大，原自行執業因業務擴增僱用工作人員即成第二目之雇主，第二目之雇主亦可能因業務緊縮裁員成自營業主，因此第三、四、五目均編列為 12，專門職業及技術人員自行執業如由所屬公會代辦全民健康保險業務，因其非屬該公會一類二目之員工，須自付全額保險費編列為 18，另公營事業機構參加公保之員工屬第一類第二目，其自付保險費為 30%，有別於第一類第一目參加公保者自付 40%，為利未來與公保資料交查，故將第一類第二目公營事業員工參加勞保者編碼 12，參加公保者編列 19。

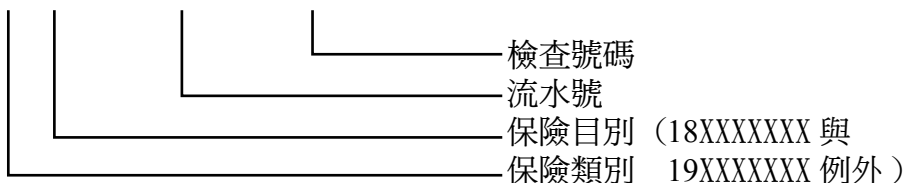
依此編碼原則部分投保單位會有兩個投保單位代號，如政府機關學校同時有 11 及 12 之投保單位代號，工會有 12 及 21 之投保單位代號，農會有 12 及 31 之代號，而鄉(鎮、市、區)公所除員工之 11、12 代號外，另因辦理第五類低收入戶及第六類地區人口，而有 52、62 之投保單位代號。

投保單位編號由中央健康保險局總局統一給號，各分局登錄投保單位資料後網路傳送總局，總局編號後立即下傳分局，其目的在避免投保單位跨分局遷移地址，重新給號，切斷原有之投保紀錄。

表 19 投保單位代碼 (代號) 編碼

1. 位數：9 位

2. 意義： X X XXXXXX X



各類保險別編碼

保險類目別		編碼方式	被保險人屬性
第一類	第一目	11xxxxxxx	政府機關、公私立學校參加公務人員保險及私立學校教職員保險者；公職人員
	第二目	12xxxxxxx	政府機關、公私立學校、公營事業機構參加勞保者、民營事業機構之受雇者 有一定雇主之受雇者 雇主或自營作業者、專門職業及技術人員自行執業者
		18xxxxxxx	專門職業及技術人員自行執業由公會投保者
	第五目	19xxxxxxx	公營事業機構參加公務人員保險者
第二類	第一目	21xxxxxxx	職業工會會員
	第二目	22xxxxxxx	海員總工會或船長公會之外僱船員
第三類	第一目	31xxxxxxx	農會會員、農民、水利會會員
	第二目	32xxxxxxx	漁會會員、漁民
第四類		40xxxxxxx	軍眷
第五類		51xxxxxxx	安置於社會福利服務機構之低收入戶
		52xxxxxxx	由鄉（鎮、市、區）公所辦理投保之低收入戶
第六類	第一目	61xxxxxxx	安置於社會福利服務機構之榮民
	第二目	62xxxxxxx	由鄉（鎮、市、區）公所辦理投保之榮民、榮眷及地區人口

(二) 異動資料異動

首批異動資料依公、勞、農保被保險人及眷屬資料列印全民健康保險保險對象投保申報名冊，於民國八十四年一月十六日起寄發各投保單位供其核對確認，請投保單位一一核對被保險人及眷屬之姓名、身分證統一編號、出生日期，被保險人之投保金額等資料，如有不符請一一更正，員工如有離職、退會、死亡、刪減眷屬者，予以刪除；新進員工(入會會員)、增加眷屬者補列於申報名冊之下方，不敷使用時，自行增加空白頁，依表列格式填寫。上述異動資料除可於申報名冊增刪或更正外，亦可依異動別填送加、退保表、變更資料表。

由於本次寄發投保申報名冊在春節前，而全民健康保險開辦在春節後，民營機構員工有大批離職轉業者，異動量非常龐大，首批異動資料由總局委外登錄，再轉檔各分局資料庫

全民健康保險開辦後各月份之異動資料由各分局處理。全民健康保險於規劃之初，原計畫委託公保處及勞保局辦理公保、勞保、農保被保險人及眷屬之全民健康保險承保業務，協商不成收回自辦，收入面人力嚴重不足，各分局人力無法堪任，故保險對象異動資料仍委外登錄。

(三) 異動資料申報

配合每個月十二日電腦關檔核計上個月保險費，各投保單位當月份異動資料至遲應於次月五日以前送達中央健康保險局各分局，各分局受理審核後儘速建入，配合關檔計費。

首批異動資料依公、勞、農保被保險人及眷屬資料列印全民健康保險保險對象投保申報名冊，於民國八十四年一月十六日起寄發各投保單位供其核對確認，請投保單位一一核對被保險人及眷屬之姓名、身分證統一編號、出生日期，被保險人之投保金額等資料，如有不符請一一更正，員工如有離職、退會、死亡、刪減眷屬者，予以刪除；新進員工(入會會員)、增加眷屬者補列於申報名冊之下方，不敷使用時，自行增加空白頁，依表列格式填寫。上

述異動資料除可於申報名冊增刪或更正外，亦可依異動別填送加、退保表、變更資料表。

由於本次寄發投保申報名冊在春節前，而全民健康保險開辦在春節後，民營機構員工有大批離職轉業者，異動量非常龐大，首批異動資料由總局委外登錄，再轉檔各分局資料庫。

考量各單位電子化程度尚未普及，全民健康保險資料異動申報先採人工申報再逐漸導入媒體申報。如以人工申報，由投保單位填送各項加、退保、變更申報表，送各分局，開辦初期各投保單位均以人工申報。

中央健康保險局於民國八十四年五月公告承保作業異動申報要點。第四類被保險人及眷屬之異動量大，集中由聯勤留守業務署辦理，採媒體申報。各級政府或機關對特定保險對象之保險費予以全額或部分之補助措施，各補助政府或機關應以媒體申報。

但由於收入面人力嚴重不足，唯有採行媒體申報才能簡化作業，節省受理、審核、登錄、整理書表作業，各分局於承保業務說明會極力宣導媒體申報。

(四) 承保資料異動

各類保險對象及投保單位民國八十四年三月至七月平均每月異動量甚高，主要因全民健康保險開辦初期，多數國民並不瞭解應如何正確投保，致全體保險對象 1,914 萬人中，平均每月異動量即高達 135.8 萬筆，其少者有東區分局之 1 萬 8 千餘筆，多者如臺北分局之 79 萬筆。又全民健康保險將 5 人以下事業單位及所有國民強制納入保險範圍，因此初期投保單位異動量亦相對提高，總投保單位數計 41 萬 8,392 家中，平均每月投保單位異動量亦高達 4,600 件，除臺北分局每月增加 1,600 餘件外，多數分局每月異動量約為 500 件左右。各類保險對象及投保單位民國八十四年三月至七月平均每月異動量如表 20。

表 20 各類保險對象及投保單位民國八十四年三月至七月平均每月異動量

分局	保險對象人數	投保單位數	保險對象異動量	投保單位異動量
臺北	6,999,750	175,234	約 79 萬筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 1,600 件
北區	2,477,157	47,396	約 15 萬筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 500 件
中區	3,436,7411	88,664	約 20 萬餘筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 1,200 件
南區	2,755,544	44,488	約 10 萬餘筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 500 件
高屏	3,004,682	55,709	約 10 萬筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 500 件
東區	467,857	6,901	約 1 萬 8 千筆 (第五、六類由公所承辦除外)	約 300 件
合計	19,141,731	418,392	約 125.8 萬 (第五、六類由公所承辦除外)	約 4,600 件

註：保險對象人數及投保單位數，係為民國八十四年四月份資料。

八、鄉(鎮、市、區)公所辦理全民健康保險第五、六類納保業務

全民健康保險法規定第五類及第六類無職業的地區人口，應以鄉(鎮、市、區)公所為投保單位，且公所應設置專責單位及置專人辦理第五類及第六類保險對象的全民健康保險業務。但如何推動專責投保單位？如何為公所客制化設計受理第六類保險對象申請投保相關作業？以及如何促使第六類保險對象主動申請投保？仍有許多問題尚待解決，健保局籌備處時期即請臺灣省政府、臺北市政府及高雄市政府三個地方政府協助所轄公所儘速設全民健康保險專責單位及置專人辦理第五類及第六類保險對象投保。但由於臺灣省政府下民政廳、衛生處、社會處皆與此業務職掌有相關，經協調後才決議由民政廳辦理。但精省之後，此一法規修正亦不了了之。

人事行政局於民國八十三年十二月二十三日邀集臺灣省政府、福建省政府、臺北市政府、高雄市政府及相關機關會商，獲致結論：為配合全民健康保險之實施，同意在各鄉（鎮、市、區）公所承保人數未滿一萬人者，得增設一名專任員額；一萬人以上者，得設置二名專任員額。為配合全民健康保險預定於民國八十四年三月一日開辦，請省、市政府即檢討現行鄉（鎮、市、區）公所組織編制，予以容納應配置之專責辦理全民健康保險業務員額，如現行組織編制無法容納，應儘速配合修編，在未完成修編前，應就現有人力先行調整運用，公所配置專責人員辦理全民健康保險業務總算有了著落。

健保局籌備處期間，於民國八十三年十一月完成了第一版「全民健康保險業務手冊」後，即積極分批舉辦公所辦理全民健康保險投保業務說明會，並在說明會中將業務手冊分送公所出席人員，也將業務手冊寄至公所給未出席人員參考。說明會上公所人員反映公所與第六類保險對象僅有轄區住民關係，此關係不若公司與受僱者間之關係密切，公司於發薪時，可逕予扣繳健保費，要公所按月收繳第六類被保險人的健保費，的確有高度困難，所收健保費在保管上也有問題。

因此，健保局籌備處期間為公所辦理第六類保險對象之投保及健保費收繳作業，客製化地設計專用的資訊作業系統，就由原來團體計費開立保險費繳款單，變更程式設計改向被保險人個人開單。

行政院民國八十四年一月十六日函示臺灣省政府、福建省政府、臺北市政府及高雄市政府有關鄉、鎮、市、區公所辦理第六類保險對象所需人力，應依人事行政局民國八十三年十二月二十三日之會商結論辦理。依該函示中央健康保險局即行文各公所採行下列措施：

- （一）各公所應於民國八十四年二月間備妥空間，以便安置中央健康保險局提供之電腦及列表機等硬體設備。
- （二）各公所之專責人員應於民國八十四年三月底以前接受電腦使用及應用軟體承保作業之專業訓練。
- （三）中央健康保險局各分局將遴派臨時人員一人進駐公所協助受理投保業務。

- (四) 中央健康保險局於民國八十四年二月十六日以前將第五、六類承保異動書表及空白健保 A 卡及 B 卡送達各公所。
- (五) 電腦軟硬體建置及人員訓練未完成前之過渡時期，先以人工作業處理，請各公所依「鄉、鎮、市、區公所全民健康保險開辦初期人工作業須知」規定處理。
- (六) 各公所自民國八十四年二月十六日起接受第六類保險對象申請投保作業。
- (七) 民眾辦妥投保手續應填發健保 A 卡，如為榮民健保卡應加蓋 0.5 公分見方戳記「榮」字，所依附之眷屬不得加蓋註記，如為低收入戶成員應加蓋「福」字戳記。民眾所持 A 卡已就醫六次用完，應換發次卡 (B 卡) 不可再發 A 卡。
- (八) 開辦初期由於中央健康保險局提供之電腦建置及人員訓練尚須時日，故民國八十四年二月十六日至四月三十日受理之承保書表一式兩份，一份存放公所，一份由轄區分局代為建檔，完成建檔後分局以媒體 (磁片) 送各公所轉入中央健康保險局提供之電腦內，完成各公所受理申報投保之保險對象資料建檔作業。
- (九) 民國八十四年五月一日以後由各公所自行建檔後以磁片不得逾次月三日送回中央健康保險局各分局匯入資料庫完成計費後，分局將保費檔轉錄磁片送至公所轉檔，供列印繳款單寄發被保險人繳費。原則上請公所轉知被保險人辦理「金融機構轉帳代繳保險費」，以簡化保費收繳作業。
- (十) 第五類低收入戶資料已由勞保局轉檔，如有新增之低收入戶或成員，應依社政機關核定受理審核。

於是中央健康保險局宣佈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、勞、農保或非為公、勞、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。是日起民眾大量湧入公所，人滿為患，各公所為紓解人潮，調派人員協助發給加保表，幫忙填寫，審核受理後，填發健保

卡給被保險人及其眷屬，民眾取得健保卡後欣然離去。民眾蜂擁至公所申請加保之情況，長達數月之久，第六類第一目之榮民及榮眷，在退輔會各榮服處大力宣導下，於開辦初期踴躍加入全民健康保險。

九、全民健康保險開單，血淚大挑戰

健保費收繳是全民健康保險經營重要的財源，也是全民健康保險永續經營基石，收入面最重要的工作，即是要將每月健保費的繳款單，按時寄交投保單位及被保險人，持單至金融機構繳納才算完成健保費收繳的程序，民國八十四年三月一日全民健康保險正式開辦後，就必須有健保費收入才能支撐龐大的醫療給付，但中央健康保險局未能依法於民國八十四年四月底開出八十四年三月份的健保費繳款單通知投保單位繳納。中央健康保險局不能依全民健康保險法規定期限開出健保費繳款單，至關重大，也成了當時媒體爭相報導的焦點。

開不出健保費繳款單的主要原因有二：其一，承保計費程式既多且複雜，全民健康保險是團體保險，然而計費卻要一一檢核保險對象個人之特殊註記，形同個人計費，如雇主、非雇主（第一類第一目及第二目之政府機關、學校、非營利事業單位之負責人），減免保費等之註記，減免保費如果追溯生效，需讀取個人之投保紀錄，追溯退還個人保費，並向補助政府追補保險費，牽動多支程式一一檢核，涉及眷屬計費時，第六口不予計費，而眷屬有減免保費者，優先列入計費眷口，當眷屬追溯投、退保，又有減免保費時，檢核程式之複雜，難於想像，而全民健康保險開辦時民眾不知須投保，追溯加、退保情形很普遍，很多民眾不知勞、農保之醫療給付，已由全民健康保險整合，只辦勞、農保之投保，未辦全民健康保險，事後都要追溯投保。亦有民眾認為具有減免保費資格，保費由政府補助，誤認不須投保，直至就醫無健保卡時才補辦追溯加保。

其二，資訊廠商沒有類似程式撰寫的經驗，健保局籌備處期間進行作業訪談，承保組提出很多管控原則與檢核條件，資訊廠商才驚覺承保作業很複雜，其於投標時所閱全民健康保險法草案與實際作業相差懸殊。另有些作業系統非全民健康保險法所規範，屬額外增加，資訊廠商始料未及，如公所辦理第六類保險對象之投退

保及健保費收繳作業，公所屬分局之外圍單位，其建入之異動資料無法直接進入分局資料庫且有安全之虞，因此客製化設計另一套專用的資訊作業系統，且全民健康保險法明定公所負責辦理所屬第六類保險對象之全民健康保險投退保及負責按月收繳第六類被保險人（含眷屬）之健保費，並彙繳保險人，理應開計團體繳款單，因公所拒絕彙繳保險費，改開被保險人繳款單，顛覆原有之計費，開單及銷帳程式。再者中央健康保險局接受各補助政府之委託，凡合於保費補助資格之民眾，中央健康保險局於開計保險費時予以扣減保險費，改向補助政府收繳，此等要新增保費減免作業系統，因此前置作業訪談就耽誤不少時間。撰寫程式人員部分於中途離職，新手接替要重新了解作業系統架構及流程，導致撰寫程式進度更慢，而每支程式撰寫完成，除經廠商自行測試外，都要一一交付承保處同仁測試，測試未通過，填寫程式修改需求單，當時修改需求單堆積很多，有時某支程式修改好了，卻引發原已測試通過之程式不能運作，如此反反覆覆修改、測試，因此程式進展很少。民國八十四年五月底時，程式撰寫已有了雛型，但測試時資料運算速度緩慢，且程式仍有臭蟲 (Bug) 存在，使列印出的健保費繳款單仍有一部分出現應繳納的金額與明細金額不符。

在這種情形下，民國八十四年四月份的健保費繳款單無法如期開出。已有 2 個月的健保費繳款單未能依法開出，中央健康保險局開辦的全民健康保險安全準備金在逐漸支付給全民健康保險特約醫事服務機構的情況下，也將見底。此時中央健康保險局發函各級政府先行繳付應負擔或補助之保費，如低收入戶、榮民、殘障者之補助及第一類第二目、第二類、第三類、第六類政府應分擔部分保費約 250 億元之相關保費，以因應醫療支出。

為解決保費開單問題，中央健康保險局決定主動出擊，派員與資訊廠商共同組成 10 餘人的專案小組，於花蓮的中央健康保險局東區分局，由於東區分局的資料庫小，異動量少，檢核較易，在不受相關干擾的情況下，專責檢核健保費計費相關程式。專案小組在 3 天之內，必須完成健保費開單模擬測試。

此後，專案小組成員開始密集分兩組，一邊修程式，一邊測試。終於在民國八十四年六月二十日正式開出八十四年三月份健保費繳款單，惟三月份繳款單至八十四年八月才全部列印完畢，並將保險費計算明細表，隨著繳款單寄發。請投保單位一一核對被保險人及其投保金額、被保險人或其眷屬，如有異動，如離職（出會）應補填退保（轉出）申報表，新到職（入會）而未列入計費者，請補填投保（轉入）申報表，中央健康保險局各分局登錄更正資料後，下個月計費時會沖抵或補收，請投保單位先照額繳納。

此時第六類公所的資訊作業系統也出現嚴重問題，當印表機列印繳款單時列印速度牛步化，大型公所投保人數多則 4~5 萬人，估計耗用時間至少 8 天以上，且要 24 小時不停地列印，亦言之需有人 24 小時監控補充報表紙（空白繳款單），且只能執行單一系列動作，公所不能登錄，受理第六類保險對象之加、退保異動資料不能登錄，如此，公所之受理作業會被迫停擺，因此第六類被保險人之繳款單改由分局列印寄發被保險人。為解決此問題中央健康保險局重新委託廠商寫公所之資訊作業系統。

原以為繳款單寄出後，將有保費進帳挹注醫療支出，卻引發軒然大波，計費資料錯誤率太高，民眾怨聲四起，分局每天湧入大批人潮，甚至抗議拒繳保費，為平息民眾之怒，分局增設服務櫃臺，只要民眾填加、退保表或於計費明細表更正資料者，分局受理即刻登錄並以人工試算保險費，重新開立繳款單，展延繳款期限，請民眾持單至銀行等金融機構繳費，不過也有民眾願先照額繳納，等下個月再沖抵。因此，開始陸續有投保單位將健保費繳入中央健康保險局設置在各金融機構的專戶中，終於解決了全民健康保險資金即將罄燃眉之急。

為求審慎，民國八十四年十月時才再次開出八十四年四月份健保費繳款單。自民國八十四年九月起，每月開出 2 個月的健保費繳款單，最後終於在民國八十五年二月起健保費的開單趕上法定進度。在此期間每個月繳款單均隨寄計費明細表供投保單位核對。探討民國八十四年三月開辦初期保險費開單作業，引發民眾不滿之原因：

- (一) 開辦之初，很多國民不知如何正確投保，勞、農保眷屬調查對象為無職業之眷屬，很多民眾把眷屬一一填列，眷屬中有些已是公、勞、農保之被保險人，彼等應以第一、二、三類之被保險人加保，不應列入眷屬；即使為無職業之眷屬同一眷屬被多位被保險人重複填報，此類已有公、勞、農保之眷屬或重複填報之眷屬，導致重複計費，引發民眾的不滿，需被保險人申報後一一刪除才能正確計費。
- (二) 時間落差造成計費的錯誤，依公保處及勞保局轉檔公、勞、農保及眷屬調查回收資料列印「健保保險對象投保申報名冊」於民國八十四年一月十六日寄發各投保單位確認，此等資料為民國八十三年資料，而全民健康保險於八十四年三月一日開辦已屬春節過後，春節後民營事業機構被保險人離職轉業者很多，且這些資料寄達各學校時，正逢寒假期間，經辦人無法把資料轉交教、職員核對，導致八十四年三月計費資料與實際在保應計費資料有很大的落差。
- (三) 我國企業以中、小型為主，小型投保單位，經辦人流動率高，且係兼職，對全民健康保險之認知不足，有些投保單位未寄回投保確認名冊或只辦勞保之加、退保，不知亦應同時辦理全民健康保險之加、退保，誤以為勞保仍有醫療給付，因此這類單位計費資料以民國八十三年為準，計費自然不正確。
- (四) 保險對象異動量太大，全部委外登錄，登錄人員素質良莠不齊，有些資料誤登，有些資料未及於切檔計費前登錄，導致計費的錯誤。
- (五) 接受各補助政府之委託代辦保險對象保費減免補助，於計費時自動扣減保險費，由於補助單位所送減免資料媒體格式不符被退件或漏送減免資料或申報之保險對象身分證號、出生日期、姓名不符，以致計費當月保險對象保費未獲減免而引發不滿。
- (六) 異動量太大，造成資料庫檔案更新之負荷，加以承保計費系統不穩定，使承保資料無法正確計費。

(七)經中央健康保險局加強資料之更正及對投保單位之輔導，以縮短資料庫狀態與投保單位實際在保人數狀態之差距，保險費開單錯誤率已由剛開辦時的 29%，至民國八十四年六月已減少為 7%，八十四年十二月底，更降低為 6%。

回首健保局籌備處承保組及資訊組在民國八十三年起相繼成立，到中央健康保險局民國八十四年一月一日正式掛牌及至八十四年十二月底止，承保處及資訊處人員筆路藍縷排除萬難，好不容易完成全民健康保險財源初期的籌措工作，是一份不可抹滅的功勞。健保費開單作業的歷程，不僅是這些兢兢業業的公務員認真工作、為全民奉獻的一筆血淚史，更奠定了健保費收繳作業的穩固基礎，可說是全民健康保險開創史上最真實、最珍貴的見證。

十、補助投保單位行政事務費

政府自民國八十四年三月一日宣布開辦全民健康保險以來，各投保單位為處理全民健康保險相關業務必須投注很大的人力及心力，抱怨之聲，不斷傳入主管全民健康保險業務之政府部門—行政院衛生署。其中與被保險人並無勞僱關係之農、漁、職業工會等投保單位，紛紛表示，各投保單位為了辦理會員之投保、發放健保卡等全民健康保險業務已使各單位本身之會務業務量激增，頗有不勝負荷的感覺，加以全民健康保險將承保對象擴及於被保險人之眷屬，則各單位業務量加重，因而不斷向有關單位反映，各單位對所屬會員本身確實負有服務之義務，惟對於會員眷屬並無為其辦理全民健康保險投保、發放健保卡等義務，故一度揚言拒辦。

中央健康保險局鑑於人民團體之投保單位因與其會員並未具主僱關係，尚難比照雇主對受僱者義務辦理投保，故該等單位辦理全民健康保險係為政府委辦業務，若其行政經費與人力不足，難以配合政策推動全民健康保險業務，故為解決該等單位之行政作業困擾，行政院衛生署多次邀集各單位之代表們協商，陸續決議補助各農、漁、職業工會等投保單位眷屬調查費、人事行政補助費。民國八十四年三月至六月，依保險對象人數，每人每月補助 15 元，七月起每人每月補助 10 元，希望藉此貼補各農、漁、職業工會等投保單位因承辦全民健康保險業務增加之支出。

然而在此之前，職業工會對於必須為會員之眷屬辦理全民健康保險業務，如投保、發放健保卡、收取保險費等業務，仍認為係額外對會員之服務，因此全國總工會及各縣市總工會乃決議所屬各職業工會得經過會員代表大會通過，對會員眷屬酌收代辦費（或稱手續費），於是職業工會保險對象紛紛向有關單位反映，因全民健康保險開辦，使得他們負擔加重，對政府機關頗不諒解。

行政院衛生署為要求職業工會積極催收第二類被保險人之保險費，乃邀集全國總工會及各縣市總工會開會協商，同意對各職業工會除按月依保險對象補助人事行政補助費用（八十四年三月至六月為每人 15 元，七月後改為每人 10 元）外，另自民國八十四年三月一日起，補助各職業工會郵件掛號、劃撥或催繳作業補助費用，每人（限已繳納保險費之被保險人）每月補助 15 元，並附帶決議各職業工會應將已收取之手續費（或稱代辦費）退還被保險人。經陳奉行政院函復，同意該項補助自中央健康保險局人事及行政費項下支應，補助工會至民國八十五年二月底全民健康保險實施一年為限，且應專款專用，並列入行政院勞工委員會稽查工會財務項目之一。另因民國八十五年度中央健康保險局之人事及行政管理經費金額，已近法定之百分之三·五上限，行政院乃指示，為評估中央健康保險局對工會辦理全民健康保險予以經費補助支用情形，由中央健康保險局會同行政院主計處、秘書處、行政院勞工委員會、行政院衛生署等單位代表實地訪問工會後，再商議該項補助金額及補助期限。

中央健康保險局民國八十四年度補助農、漁、水利會及職業工會辦理全民健康保險業務之費用占中央健康保險局行政費用比率為 31%，民國八十五年度補助額占中央健康保險局行政費用比率則為 20.32%；各年度補助款皆占中央健康保險局行政費用 20% 以上，造成中央健康保險局行政費用之沉重負擔。

至於鄉、鎮、市、區公所辦理第五類及第六類全民健康保險業務，因公所只負責受理保險對象加、退保審核，登錄電腦及發放健保卡，不必負責保險費之收繳及催繳，且全民健康保險開辦初期中央健康保險局遴派臨時人員一名駐公所協助，因此不必再補助行政事務費。

貳 財務管理

一、財務功能規劃

全民健康保險要能永續經營，健全的財務至關重要，而費率精算尤為關鍵。衛生署健保小組為此著力很深，匯集各方專家學者的智慧訂定。健保局籌備處原本編制中並沒有財務組，推想可能是衛生署在規劃時，認為費率既已妥訂，財務大事底定。惟保險費收繳、醫療費用支付等日常作業流程，以及資金管理運用等事項，尚待規劃，故健保局籌備處成立後增設財務組，以完備相關作業規定及資訊系統開發。

民眾應繳納的保險費，如何順利進入中央健康保險局帳戶，必須仰賴便利、安全又正確的作業流程，以利保費收繳。醫療費用支付方面，除依合約時程給付醫療院所外，每年尚須正確擊發扣繳憑單，也是一大挑戰，此需建立完整帳務方能產製，等於須幫一萬多家醫療院所登載個別的分戶帳。

財務組之業務職掌為保險財務作業之規劃，包括保險費收、催繳及罰鍰作業、醫療費用支付，保險安全準備管理及運用等相關作業流程之訂定。以當時僅 4 個成員的編制，要在短短一年內完成上述任務，還要開發財務資訊系統，實為嚴峻之挑戰。

二、任務及挑戰

財務組的主要任務，計有：一年內要建置完成財務管理系統（含三個子系統）、完成財務收支佈局與相關規定並簽訂合作銀行、設計有效的資金運用方式等等。

本保險對象是全國民眾，分為六類身分及被保險人與眷屬，一個保險的收費對象除了與勞保相似的投保單位、勞農保的工、農、漁會外，還要對沒有職業的地區人口收取個人保費；除了計算保費、核銷收到的保險費系統龐大複雜外，如何讓代為收取保費的金融體系每個月正確、有效率的收取來自不同對象的數量龐大的保險費，乃實務上極大的挑戰。

財務組須面對保險費收催繳及罰鍰作業、醫療費用支付及相關會計作業，以及安全準備管理等問題，由於全民分為六類身分及被保險人與眷屬加保，收繳對象龐雜，支付對象也有一萬多家醫療院所，亟需一套優質的資訊系統方能因應。惟資訊系統規劃之初，重要法案尚未通過，許多作業權責仍未完全確定，相關作業規定也付之闕如。但財務管理系統須於全民健康保險開辦前開發並測試完成，為了跟時間賽跑，只好採取打帶跑的方式，邊開發邊修正。

由於時間緊迫，萬般事項待舉，更顯人力不足窘境。資訊系統廠商經驗不足，洽談代收保費的銀行要收取手續費，超短期資金難以投資運用等等問題，接踵而至。

所幸，成員有來自財政部者，對收催繳規定及流程嫻熟；有來自勞保局醫療給付部者，熟悉醫療支付流程及會計帳務；有來自銀行者，熟悉銀行作業；也有統計博士，深諳數字精算等，得以整合發揮專才，其面對之任務及挑戰列舉如下：

（一）一年內建置完成財務管理系統，含三個子系統：「保險費收繳子系統」、「醫療費用支付子系統」及「安全準備管理子系統」

保險費收繳子系統方面，本子系統主要功能在開單及銷帳，亦即收繳資料要與系統之開單資料比對，確定保費收繳正確與否，溢收要計退，短收要追繳。故金融體系收繳回傳之資料不能錯誤，否則垃圾進垃圾出，將無法發揮系統之功效。

為避免人工收繳錯收及登打錯誤，並考量收繳便利及減低收繳成本等，收繳流程之規劃更形重要。因此，在與部分配合度較高的銀行共同努力下，開創了條碼設計的繳款單。採條碼入帳、核銷的方式，可減少人力與行政成本並減少登打錯誤，將有助於提高收繳率。此設計為公務機關首創，但須配合簡便的收繳程序、清楚的作業說明與充分的溝通，惟如何使銀行願意配合購買讀條碼的設備，須另有應對策略。本子系統最主要的挑戰是法令規定尚未定案，只能且戰且走，邊做邊修。

醫療支付子系統方面，主要功能在如何無誤地支付及結算醫療費用，並產製正確的扣繳憑單供醫療院所報稅用。為達上開目的，須幫每家醫療院所登載分戶帳，詳實紀錄每筆申報費用之暫付、核付以及沖抵等情形，並彙整成總傳票，產生完整的醫療給付會計帳務。由於之前勞保局正進行醫療給付資訊系統之規劃，以此為基礎，可收事半功倍之效。惟本子系統仍面臨時間緊迫、人力不足以及資訊廠商經驗不足等挑戰。

資金運用子系統方面，同樣面臨除人力及時間之壓力，此外，財務組成員實務操作經驗有限，而投資種類繁雜，各有其不同之交易方式與計算損益方法，另有與金融機構界接等問題，如果全部納入系統開發，後續測試亦無人力及實際資料供測，將很難抓出程式設計的 bug。

(二) 一年內完成財務收支佈局及簽訂合作銀行

由於全民健康保險醫療給付之財源為保險費收入，若保險費不能順利收繳，則醫療給付將面臨嚴重問題。但全民應繳納的保險費，不會自動從民眾的口袋跑到中央健康保險局帳戶，因此，除了要設計便利安全又正確的收繳流程外，還得有配合收繳的金融體系，方能完成保費收繳任務。

但金融機構是營利事業，凡事將本求利，自然要求收取代收保費手續費。而 2,300 萬人的保費收繳，若要支付手續費，那將是巨額的行政成本。用什麼方式可節省手續費甚至不用支付手續費，還要正確無誤地達成高收繳率，一直是財務收支程序的設計核心，也是最大的挑戰。衡酌當時情況，公營銀行（及部分民營銀行）要求收取手續費（尤其臨櫃繳納的部分），而較積極的民營銀行嗅到未來商機，願意免費代收健保費，以換取代支醫療給付可能帶來的業務（醫療院所在該行開戶，衍生的存款、薪資轉帳、貸款等），同時並獲得無價的商譽（健保特約代收付銀行）。因此，開放公、民營銀行「競爭」，將可為中央健康保險局帶來最優惠的合作條件。但由於時間緊迫、人力不足，無法逐家商談合作條件，勢必要思考更精簡快速的新方法。

（三）設計有效的資金運用方式

全民健康保險法第六十六條規定，本保險資金得以下列方式運用：

1. 公債、庫券及公司債之投資。
2. 存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構。
3. 特約醫院建物整修及擴建之貸款。
4. 其他經主管機關核准有利於本保險之投資。

分析上開規定，本保險資金得運用之方式，自有資金（資本）為長期資金，可考慮公債、公司債之投資及定存，特約醫院建物整修及擴建之貸款，初期不宜遽然開辦。其他資金，主要來自收繳的保險費，但此資金的用途為支付醫療費用。各醫療院所申報費用後，中央健康保險局依合約需先行暫付一定成數，餘款俟實際核定後結算。該資金收支時差很短，數天至數月不等（繫於醫療院所申報時間），其特性為金額龐大之超短期流動資金，不利中長期投資。然而，每月平均餘額數十億的資金，若能善用，對全民健康保險財務將能有助益。惟同時須考慮投資的安全性與成本，風險大且需耗費太多人力及交易費用之投資工具，均應審慎考量。

三、因應策略

（一）一年內建置完成財務系統（含三個子系統）

全民健康保險是全新的格局，從零開始，有利於創新，雖然系統廠商經驗不足，但大家均有熱誠及使命感，加強訪談及溝通，仍可克服，此外，勞保有大量資料可作實測，易於抓出程式的 bug。

保險費收繳子系統方面，由於方便收繳、減少成本及避免錯誤等考量，在與部分配合度較高的銀行共同努力下，開創了條碼設計的繳款單。採條碼入帳、核銷的方式，可減少人力與行政成本並減少錯誤，同時提高收繳率。此設計為公務機關首創，因此，須訂定詳細的作業規定、說明以及耐心地溝通，讓銀行瞭解，其購買讀條碼設備後，尚可帶來其他商機。但仍有部分公營銀行不願配合，此時，只好進行銀行評選計畫。

醫療支付子系統方面，由於包含醫療會計，訪談時發現系統分析師完全沒有會計概念，依然在財務組成員協助下，儘速補充會計知識，數週內就讀完初級會計，加上以勞保局規劃之醫療會計系統為基礎，以及勞保局大量實際資料供作測試，並且徵調有實務經驗的待移撥同仁協助測試，該系統順利完成並持續使用至二代健保才更新。

資金運用子系統方面，考量時間緊迫，如果系統要納入與金融機構連線作業，開發難度將更高。為在有限時間內完成任務，勢必降低其複雜度，故本子系統界定以處理投資結果及相關帳務為主功能，至於不同投資工具之買進、賣出、計息等作業，擬搭配金融機構現成之套裝軟體作為交易使用，並順利尋得農民銀行願意提供其自行開發的票券交易系統供中央健康保險局無償使用。

（二）一年內完成財務收支佈局及簽訂合作銀行

如前所述，多數公民營銀行衡酌其成本，要求收費，但為免造成健保營運之負擔，以不付費為原則。另為避免錯誤、便利收繳及減低收繳成本等，繳款單採條碼設計，代收金融機構應具相關設備配合使用。但 26 家銀行中僅有 3 家有讀碼設備，且多數銀行不願意配合購買讀碼機。而財務組的有限人力也沒有時間與每家銀行逐一談判。故最佳對策，是形塑競爭態勢（初期僅與部分金融機構簽約，而非納入全數金融機構），讓執意要收費的公營銀行與不計成本換取商譽的民營銀行良性競爭。因此，財務組同仁設計出銀行選秀戰 -- 公開徵求、評選合作的銀行。此又一創舉，引起所有銀行嘩然，認為向來只有銀行評選合作對象，情勢易位，銀行居然成為被評選者。

但要評選銀行，須有公開公正的評選機制，且讓有興趣合作之銀行均能參與評選，為此，財務組草擬了「中央健康保險局委託代收全民健康保險費及支付醫療費用說明事項」，公開徵求合作的金融機構。

本案截止收件後，財務組彙整資料製作了金融機構受託代收健保費及代支醫療給付評估表，做為後續評估之參考。評估事項計有：1. 收款當日入帳第幾天可運用；2. 分支機構家數；3. 偏遠地區分布；4. 短期融資（透支）利率及額度；

5. 有無相對地區協辦分支機構 (北桃中南高東)；6. 讀碼設備；7. 印寄收據 (6 及 7 為必要配合條件) 等。

案經簽准於民國八十三年十一月二十四日由蕭副處長主持，召開評選會議，決議如下：

1. 金融機構之評選項目、標準及家數

- (1) 受託代理收付業務之金融機構須依「中央健康保險局委託代收全民健康保險費及支付醫療費用說明事項」之配合要件及收支處理程序辦理。
- (2) 公營銀行：保費收款當日存入中央健康保險局帳戶，中央健康保險局得於入帳第 X 日運用。民營銀行：保費收款當日存入中央健康保險局帳戶，中央健康保險局當日即可運用。
- (3) 符合前項條件者，計有：7 家公營行庫，4 家民營銀行。
- (4) 為考量民眾至分局洽公時繳費方便，財務組須設員收費；惟中央信託局於中央健康保險局總局及四個分局均設有營業點，若予納入合作考量，可節省中央健康保險局人力，若該局願比照公營銀行之合作條件，則將其納入初選入圍。
- (5) 華僑銀行有分支機構 47 個，較一般民營銀行規模大，因其合作條件為收款當日入帳第二日運用，不符合民營銀行當日入帳當日可運用之標準，惟當日收款總數仍需營業結束結帳後方可確定，實際運用常為第二日 (但當日有需要時，可動用部分金額，仍有其便利性存在)。若該行願接受民營銀行之合作條件，則將其納入初選入圍。
- (6) 郵政儲金匯業局所提收取手續費之條件，每筆單價過高 (轉帳代收付建檔 8 元，不建檔 6 元，櫃臺代收 12 元)，將造成行政事務費之重大負擔；又該局態勢極高，此時似非商談合作之適當時機，故該局暫不予考慮。
- (7) 另為便利民眾繳費，應請合作金庫將農漁會信用部及信用合作社納入收付作業，至其處理方式及合作條件另行協商。
- (8) 初選未入圍銀行若提出願比照入圍條件辦理時，為公平起見，應予婉拒。

2. 為考量全民健康保險開辦前，應給予金融機構一段作業期間以調整資訊配合作業及購置相關設備，合作之金融機構應儘早簽約，簽約時若組織條例尚未完成立法程序，可先以健保局籌備處名義簽約，中央健康保險局成立後再承轉所有權利義務。

上開評選結果，龍頭老大臺灣銀行與郵政儲金匯業局均未入選，令該二金融機構非常詫異，但自家所提條件不敵競爭，也只能接受此結果。惟健保開辦數月後，其他未入選之金融機構迫於民眾壓力，紛紛放棄原先的堅持，不計成本，請求中央健康保險局讓他們比照特約銀行的條件加入代收付行列。由於情勢變更，財務處乃分次另案簽辦。此種情形，難免讓第一波入選的銀行有所不滿，認為中央健康保險局違反了當初的合作條件，折損其利益，但雖有微詞卻也不敢輕言退出。財務處同仁則曉以大義，勸說應以參與健保大事，服務人民為榮。最終，健保代收付全面開放，民眾得到繳費的便利，而中央健康保險局也節省了手續費支出，此乃全民之福。

（三）設計有效的資金運用方式

如前所述，中央健康保險局僅自有資金（資本）為長期資金，可考慮定存以及公債、公司債之投資，而其他資金則為用以支付醫療費用之保險費收入。該種資金收支時差很短，數天至數月不等（繫於醫療院所申報時間），但金額龐大，不加以利用殊為可惜。以民國八十三年當時貨幣市場利率觀之，初級市場 30 天期商業本票平均利率約為 7%（1~365 天的短期票券附條件交易，利率約在 5~9%），若以每月保險費收入平均餘額 85 億元，貨幣市場利率 7% 計算，則一天利息可達 163 萬元，一年為 5 億 9,500 萬元，將對全民健保之財務，不無小補（民國八十三年~九十年間，維持利率高檔，但九十年第四季以後，利率逐步走低，從此利率處於低檔，相對短票收益亦隨之縮減）。

長期資金方面，定期存款的安全性最高且手續簡便，為投資首要選擇。然而民營銀行的利率往往優於公營銀行。其時本國金融機構，不論公、民營，經營均堪稱穩健，似不宜將民營銀行排除，以利公、民營銀行良性競爭。但依全

民健康保險法第六十六條第一項第二款規定「本保險資金得存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構」，故如欲獲得較佳之收益，須函報主管機關同意，方得存放民營銀行。另由於委託金融機構代收保險費，必須在該金融機構開設存款帳戶，為民眾繳費方便計，宜廣納存款之金融機構種類。經考量為便利民眾繳費及資金運用多元化計，宜將郵政儲金匯業局、民營銀行及農漁會信用部一併納入。

次為提升行政效率，避免逐筆定存函報主管機關（行政院衛生署）之繁瑣，有必要另訂規範，通案處理，將主管機關指定之金融機構種類放寬，將選擇信用及經營績效優良之金融機構為合作之對象。

另關於本法同條第四款所訂「其他經主管機關核准有利於本保險之投資」乙節，鑒於本保險保險費收入集中於月底前後，而醫療費用給付則分散於每天支出，此營業收入資金若能善作短期運用，當能產生不少收益，對保險財務不無小補；且現行貨幣市場交易之短期票券，均有金融機構保證、承兌或背書，安全性高；又一年以內之任何天期票券均可購買，需要資金時，隨時可售出，流動性強。故將「財政部核准之短期票券」乙項列為投資方式之一。

又財政部為維持金融穩定，對保險業之資金運用有相當周全之規範，故基於安全性考量，並兼顧流動性及收益性原則，草擬運用方式，俾使保險資金（包括資本額、安全準備、保險費收入及其他收入）能有效運用。惟開辦初期經驗或嫌不足，操作宜保守，當儘量以存款、債券及短期票券附條件買賣為主，俟未來培訓或羅致股票、國外投資專才，並衡量資金及市場情況後，再作其他操作。

綜上，為全民健康保險資金運用有所依據及規範，擬具「中央健康保險局資金運用作業要點」草案，並陳報主管機關核定後，得以就中央健康保險局管有資金之運用有所遵循。

本案法制經過：

1. 案經初擬「中央健康保險局保險安全準備管理委員會設置辦法」草案及「中央健康保險局資金運用作業要點」草案，由蕭副處長主持，於民國八十三年十月二十二日及十一月二日兩次會議（研訂兩草案會議）修訂完成。
2. 全民健康保險法第六十六條第一項第二款，有關本保險資金得存放於公營銀行或主管機關指定之金融機構，故以中華民國八十三年十一月九日衛中健財第 3136 號函，陳報主管機關核定。衛生署以中華民國八十三年十二月一日衛署健保字第 83068049 號函覆：「所請未來可選擇信用及經營績效優良之民營銀行及郵匯局開專戶，以收取保險費乙節，本署同意。」至此，保險資金之運用，始於法有據。
3. 另有關保險安全準備金之運用要點草案，衛生署函覆，該要點草案，俟「中央健康保險局安全準備管理委員會」成立，提該委員會討論後，再行報署。

四、法規訂定及系統開發

財務組之任務為保險財務作業之規劃、相關法規之訂定以及應用系統之開發。在財務作業規劃方面，善用短期票券工具創造收益，達到開源的目的；以評選合作銀行的策略避免手續費支出，達到節流的功效。至於應用系統開發方面，健保局籌備處期間，完成了財務管理系統之保險費收繳子系統（含罰鍰作業），醫療費用支付子系統（含出納、會計與扣繳憑單作業）及安全準備子系統（含票券、證券及債券之交易、庫存及還本付息管理等）之開發並上線。此外，尚制定投資作業流程及資金運用相關規定，完備財務收支及運用程序與法規。

綜上，財務組完成業務重要事項計有：

- (一) 訂定「中央健康保險局委託金融機構代收全民健康保險費處理程序」。
- (二) 訂定「中央健康保險局委託金融機構收付醫療費用處理程序」。
- (三) 公開徵求及評選代收付全民健康保險費與醫療費用之金融機構並完備收付體系。
- (四) 訂定「中央健康保險局保險安全準備管理委員會作業要點」。
- (五) 訂定「中央健康保險局保險安全準備（安全準備金）管理及運用作業要點」草案。
- (六) 訂定「中央健康保險局資金運用作業要點」草案。
- (七) 開發完成財務管理系統之「保險費收繳子系統」。
- (八) 開發完成財務管理系統之「醫療費用支付子系統」。
- (九) 開發完成財務管理系統之「安全準備管理子系統」。

徒法不足以自行，健保籌備階段，衛生署健保小組完成相關財務精算，但如何有效的收繳及支付等行政程序尚待規劃。要在短短一年之間，訂定相關原則及程序，還要開發 3 個子系統，以當時僅 4 個成員的編制，人力短缺、時間緊迫之下，完成上述任務，實為嚴峻之挑戰。每天都在跟時間賽跑，健保局籌備處有限的人力下，妥善運用周遭可用資源以畢其功，例如，運用勞保局醫療給付部既有資料作為測試用途，以有相關經驗之人員協助測試，以及篩檢金融機構所提供資訊作為決策參考等，這些都是整合可用資源並善加運用之例證。

全民健保制度，是劃時代之創舉，籌備成員能整合各方資源並妥善運用，是成功的重要因素。此外，強烈的使命感，使大家毫無保留的全力付出，捐棄本位主義，群策群力、團隊合作，朝共同目標邁進，終於成功地達標，造就美好的成果。前人筆路藍縷，後人仍應持續努力，方能持盈保泰，為全民創造更大的福利。



醫務管理及稽查

一、研擬相關規定

全民健康保險法自民國八十三年八月九日總統公布後，即意味著全民享有健康保險的日子即將到來。為了提供 2,300 萬民眾既方便又有品質及效率的醫療服務，健保局籌備處必須盡快研擬健保各項子法規及相關作業規定，以便需要就醫的民眾屆時都能持健保卡順利到醫療院所得適度的醫療服務。

健保法中與醫療體系及保險對象就醫有關之條文計有第四章保險給付、第五章醫療費用支付及第六章保險醫事服務機構等三章共 32 條條文。其中與醫事服務機構特約管理及保險對象就醫有關之各項子法規有：

- (一) 屬主管機關公告者，由中央健康保險局（或健保局籌備處）邀集醫療及消費者相關團體開會討論，研擬建議案陳送衛生署：
 - 1. 全民健康保險醫療辦法。
 - 2. 全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法。
 - 3. 全民健康保險特約藥局特約要點。
 - 4. 全民健康保險醫事檢驗機構指定作業要點。
 - 5. 全民健康保險預防保健實施辦法。
 - 6. 全民健康保險重大傷病範圍。
- (二) 屬保險人公告者，由中央健康保險局邀集醫療相關團體開會討論，定案後公告：
 - 1. 全民健康保險醫事服務機構合約。
 - 2. 全民健康保險憑證管理與使用須知。
 - 3. 全民健康保險重大傷病證明作業須知。
 - 4. 全民健康保險居家照護作業要點。
 - 5. 全民健康保險特約醫院及診所申請預防保健服務作業要點。
 - 6. 全民健康保險特約醫院及診所辦理轉診及轉檢作業須知。

7. 全民健康保險加強山地離島地區醫療服務作業方案。
8. 全民健康保險慢性病連續處方箋調劑作業要點。

二、保險醫事服務機構特約及管理

(一) 辦理特約業務

由於全民健保必須在民國八十四年三月一日如期開辦，因此，中央健康保險局必須在極短的時間內完成醫療院所的特約作業。原先醫療院所多與公勞保特約，健保開辦後，特約醫療機構都要掛上嶄新的健保特約標誌。健保的特約標誌是以全民健保的雙人標誌為主，特約標誌上除註明特約層級（醫學中心、區域醫院、地區醫院、診所…）外，亦註明特約科別。中央健康保險局葉金川總經理特別於民國八十四年二月二十六日舉行記者會向各界公布這個特約標誌。中央健康保險局於完成特約講習及簽約後，會主動提供特約院所新的全民健康保險特約標誌供院所懸掛，特約院所亦可依中央健康保險局規定的格式及顏色自行制定壓克力或不鏽鋼等材質的特約標誌。

全民健康保險開辦第一個月為鼓勵醫事服務機構儘速完成特約手續，規定：

1. 當時已經與公勞保特約的醫療院所均視同全民健康保險特約醫療院所，並於民國八十四年三月底前辦妥特約手續。
2. 當時未與公保處或勞保局特約之醫療院所，應於民國八十四年二月底前向中央健康保險局轄區分局申請特約，並於三月底前完成特約手續。
3. 民國八十四年三月底未簽約者，須於八十四年七月後另行申請特約，八十四年四月一日以後新設立之醫療院所不在此限。
4. 民國八十四年四月一日以後新設立之醫療院所得隨時提出特約申請。

自民國八十四年三月起開始辦理保險醫事服務機構特約講習，說明全民健保相關規定，以利特約院所為保險對象提供醫療服務。八十四年四月起另應醫師公會及醫院團體邀請陸續舉辦說明會。

原公、勞保時期，僅有特約醫院及診所為被保險人提供醫療服務。健保開辦後，為擴大保險給付項目，除特約院所外，亦將藥局、居家照護機構納入特約範圍，另有指定醫事檢驗機構，為保險對象提供轉檢服務。

截至民國八十四年十二月底止，計特約西醫醫院 680 家、中醫院所 1,717 家、西醫診所 7,569 家、牙醫診所 4,609 家，合計 14,575 家。已簽約的特約藥局 791 家、指定醫事檢驗機構 140 家、居家照護機構 85 家、助產所 8 所。

(二) 保險病床

為保障保險對象住院治療權益，除於健保法中規定特約醫院設置病房應符合保險病房設置標準外，亦規定特約醫院必須提供一定比率之保險病床數。依全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法第十四條規定，特約醫院保險病房之病床數，應占其總病床之比率如下：1. 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。2. 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。3. 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。惟因健保開辦後，保險對象擴及全體國民，對保險病床之需求亦相對增加，除此之外，部分特約醫院限於硬體設施無法立即改善，亦導致保險病床比率無法達到規定的標準。

針對部分特約醫院保險病床比率不符規定乙節，中央健康保險局除派員訪查並輔導特約醫院增設保險病床外，對未能達到保險病床比率的醫院，則限其提出改善計畫，並依計畫完成改善。

另為期保險對象對各特約醫院保險病床比率有所瞭解，中央健康保險局亦函知各特約醫院應於民國八十四年九月底前確實依下列規定完成標示病床數、病床比率及病床別：

1. 在適當明顯地點標示醫院總床數、保險病床數、保險病床比率、收取差額病床床數及收取差額費用等資料。
2. 每日標示病床使用情形並告知住院病人權利義務（如全民健康保險不給付項目、部分負擔規定、病房費差額、請假規定等）。

健保開辦初期，大部分醫院均為綜合醫院，其病床均為急性床，因此慢性病患住院，因醫院無慢性病床，故只能讓慢性病患占住急性病床，更加重急性病床一床難求的情況。中央健康保險局除加強督促各特約醫院，對於住院治療之保險對象，經診斷認為可以出院療養時，即應依規定通知保險對象。另亦規定，保險對象經通知應出院而拒不出院者，其醫療費用應由保險對象自行負擔。

（三）輔導及稽查

為維護保險對象就醫權益及節制醫療浪費，中央健康保險局採行下列措施：

1. 建立輔導制度

- (1) 自民國八十四年三月起，即開始辦理保險醫事服務機構特約講習，說明全民健保相關規定。4月份起，另應醫師公會、醫院等團體邀請分別舉辦說明會。開辦第一年已分別辦理 300 場以上之說明會。
- (2) 為加強輔導作業，中央健康保險局另訂定「全民健康保險特約醫事服務機構辦理保險業務輔導計畫」，以供各分局作為對其轄區特約醫事服務機構之輔導依據，並收集醫事服務機構對全民健保相關作業疑義及建議，期能加強雙向溝通，並研訂解決方案。

2. 建立稽查制度

3. 受理申訴及檢舉：健保開辦初期，或因部分醫師行為不當，或因保險對象對健保規定了解不足，部分特約院所會以健保不給付為由，另立名目向保險對象收取費用，引起保險對象之不滿而向中央健康保險局申訴。健保開辦第一年，受理保險對象超收費用案件計 10,367 件，申訴內容包括：變相提高掛號費、自立名目收取健保給付差額、自費藥品及檢驗檢查等。

- (1) 中央健康保險局陸續於民國八十四年五月二十二日函頒「全民健康保險防杜假住院、輕病住院實施計畫」、八十四年六月二十九日函頒「中央

健康保險局查處密醫案件作業須知」，將密醫、多蓋健保卡戳章及假住院等重大違規情事列為重點稽查項目。

- (2) 為促進特約醫事服務機構能核實申報醫療費用，中央健康保險局除主動針對特約牙醫診所及中醫診所進行專案稽查外，亦多次協調法務部調查局同步稽查詐領健保醫療費用案及密醫案。

4. 建立處分原則

- (1) 保險對象對特約醫事服務機構之申訴事件及中央健康保險局主動稽查的項目，凡經查證確屬違規者，均視情節之輕重依「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」規定予以通知改善、糾正、扣罰費用、停止特約或終止特約之處分。違規情事涉有違反醫事法規者，則移請當地衛生主管機關處理。如涉有刑責者，並移送司法機關辦理。
- (2) 為加強各分局對特約醫事服務機構之查核作業，中央健康保險局民國八十四年八月一日函頒「全民健康保險特約醫事服務機構違規查處作業要點」，供各分局據以辦理違規查處案件時，能有一致性的處分標準。

三、保險對象就醫

(一) 保險憑證

原公保或勞保的被保險人每次於就醫時，均使用一張只能使用一次的公保單或勞保單，不但增加被保險人領單的困擾，同時也增加投保單位及承保單位的行政成本。全民健保的保險憑證採用一次可使用 6 次的健保卡，可減少保險對象換卡的次數，也可以降低承保單位及投保單位的行政成本。保險憑證依適用對象不同分為下列二種：

1. 全民健康保險卡（以下稱健保卡）

適用於 4 歲以上保險對象之就醫，依保險對象當年使用之張數次序分為 A 卡、B 卡、C 卡、D 卡、... 正面列有保險對象姓名、身分證號、出生日期、卡號及卡別；背面列有六格就醫紀錄欄，方便醫療院所登錄就醫紀錄，以作為日後回收核對之用。

2. 兒童健康手冊

適用未滿 4 歲兒童之就醫及健康檢查，內含可使用至滿 4 歲之 6 次健康檢查單及每年 18 次之就醫紀錄欄。依規定健保卡 A 卡使用完畢才可換領 B 卡（以此類推）且只能至原投保單位換卡，因有民眾反映換卡不便，中央健康保險局於民國八十四年五月後簡化換卡作業，陸續開放 70 歲以上國民、殘障人士、慢性病或重大傷病病患者可同時持有 2 張健保卡，同時增加聯合門診中心、榮民醫院、省市立醫院、中央健康保險局各分局及連絡辦公室提供民眾換卡服務。

（二）規劃保險對象就醫流程

有鑒於民國八十四年三月健保開辦第一個月，中央健康保險局及各醫療院所及投保單位都忙於各項開辦事宜，醫療院所接受保險對象掛號時，經查核健保卡及身分證件無誤後，即可以健保身分予以掛號，健保卡就醫紀錄欄不需蓋戳章。民國八十四年四月一日起，保險對象持健保卡或兒童健康手冊就醫，特約院所於掛號後就應於健保卡或兒童健康手冊就醫紀錄欄蓋一格戳章。

為利沒有收到健保卡及兒童健康手冊的民眾能順利就醫，中央健康保險局規定，民國八十四年三月已加保而尚未領有健保卡者，得攜帶國民身分證及下列任何一種證件即可就醫：1. 公保證、眷保證；2. 榮民證、榮民遺眷證或義士證；3. 軍眷補給證；4. 投保單位核發已加蓋投保單位戳記之民國八十四年三月份勞、農、民、福保門診就診單；5. 投保單位發給之「全民健康保險投保證明」，並加蓋投保單位戳章。

至於特約醫事服務機構之戳章格式，中央健康保險局亦提供建議格式如下：長 1.3 公分、寬 2 公分，上面註明醫事服務機構名稱、代碼及就醫日期。健保卡上所用特約醫事服務機構之戳記或日期戳蓋錯時，因保險對象未有就醫事實，該格不得由保險對象重複使用，特約醫事服務機構亦不得申報醫療費用。健保卡就醫紀錄欄加蓋戳章不但可以紀錄保險對象就醫紀錄，亦可協助中央健康保險局日後稽核特約醫事服務機構申報之醫療費用。

(三) 轉診、轉檢制度及繼續治療單

特約醫院暨診所依其專長、設備提供保險對象醫療服務，但因限於專長及設備，無法確定保險對象之病因或提供完整治療時，應依規定辦理轉診服務，並填具轉診病歷摘要及轉診單交予保險對象。如係危急者，得視病情需要，先行通知接受轉診之醫院預作準備。接受轉診之特約醫療院所，應依醫療法規定，門診於 3 日內，住院於 14 日內，將處理情形及建議事項通知原轉介醫院、診所。另因病情需要，須繼續在接受轉診之特約醫院、診所接受治療，則交給保險對象繼續治療單並通知原轉介醫院、診所。對於需轉檢之保險對象，特約醫療院所應交付轉檢單，供保險對象至其他特約醫療院所之檢驗(查)單位接受醫療服務。前述轉診、轉檢單可依中央健康保險局規定格式(表 21、22)自行印製使用，亦可使用衛生署於民國七十六年八月公告之轉診單格式或醫療網轉診單格式。轉診、轉檢事宜如表 23。

為利增進醫療資源的利用效率，健保法第三十三條規定，保險對象應自行負擔門診及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。

中央健康保險局於民國八十四年三月三日公告「全民健康保險繼續治療單作業須知」，並自民國八十四年四月一日起實施。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，需進行繼續治療時，或保險對象經診斷患有「全民健康保險繼續治療單適用疾病範圍」所列各項疾病者，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，需延長治療時間時，得酌予延長。保險對象持繼續治療單就醫，免加重部分負擔。特約醫院每月應以「全民健康保險繼續治療單名冊」將申請延長繼續治療期限之保險對象資料，送各分局備查。繼續治療單及「全民健康保險繼續治療單名冊」格式(如表 24、25)，得由各醫院自行印製，惟應有醫院名稱及代號、保險對象姓名及身分證號、開立繼續治療單原因、診斷病名及國際疾病分類碼、繼續治療單有

效期限起日及迄日。繼續治療單應加蓋醫院戳章。

上開規定施行二個月後，由於民眾反映患者負擔加重及轉診尚難適應，民國八十四年五月一日起將原本規定之門診部分負擔四級轉診簡化以二級定額方式收取。另於八十四年五月二日公告，為考量民眾就醫之便利性，保險對象得視其就醫之習慣及方便，選擇特約醫院及診所逕往就醫，原規劃之「繼續治療單」同時暫不使用。

(四) 重大傷病範圍及重大傷病卡

依全民健康保險法第三十六條規定，保險對象有重大傷病者，免依第三十三條及第三十四條規定自行負擔費用。衛生署於民國八十四年一月二十五日公告需長期持續治療且總醫療費用昂貴之「全民健康保險重大傷病範圍」共計「需積極或長期治療之癌症、先天性凝血因子異常長...」等 16 類，後陸續增修，至八十四年底共計有 26 類。

凡保險對象持中央健康保險局核發重大傷病證明卡就醫，就可免自付部分負擔之費用。健保開辦初期，申請重大傷病卡者人數眾多，中央健康保險局未能於一個月內審查完畢後寄發給保險對象，爰公布，民國八十四年三月保險對象因重大傷病就醫，其重大傷病之認定，由各醫療院所主治醫師依據「全民健康保險重大傷病範圍」認定，不必事先辦理申請手續。八十四年四月份尚未領到重大傷病卡者，亦得由各醫療機構主治醫師依據「全民健康保險重大傷病範圍」認定。

保險對象反映，重大傷病證明卡註明保險對象中文傷病名稱有揭露隱私或造成家屬困擾之虞，中央健康保險局於民國八十四年五月公布「為保障保險對象隱私，中央健康保險局各分局於受理重大傷病證明卡申請處張貼『您若想保有隱私，請告訴承辦人，重大傷病病名，僅註明英文病名或疾病代碼。』」之公告，保險對象可據以辦理。中央健康保險局嗣後增印之重大傷病申請書，亦於「注意事項」中增列「為保障保險對象隱私，重大傷病證明卡中重大傷病病名乙欄，得由病患家屬要求，僅註明英文病名或疾病代碼。」

特約醫院為保險對象造冊申請重大傷病證明卡，自民國八十五年五月一日簡化作業如下：

1. 免附保險對象身分證明文件。
2. 申請書加蓋醫師及院所戳章者，免附診斷證明書。
3. 得就任一中央健康保險局分局申請辦理。

(五) 慢性病範圍及慢性病連續處方箋

保險對象屬病情穩定之慢性病患者，經醫師診斷確認僅需長期使用同一處方藥品治療時，特約院所醫師得開給連續處方箋，並得分次調劑，如此即可不需經常往返醫療院所領藥。中央健康保險局於民國八十四年二月二十八日公告「全民健康保險慢性病連續處方箋調劑作業要點」，除規定慢性病患使用全民健康保險慢性病連續處方箋應行注意事項外，亦規定了連續處方箋格式及得開給連續處分間之慢性病種類。最初公告之全民健康保險慢性病範圍有 51 種類，至民國八十四年十二月陸續增加至 84 種類。

保險對象持慢性病連續處方箋再調劑時，不得再收取部分負擔。除原開立慢性病連續處方箋之特約院所外，保險對象亦可持慢性病連續處方箋致特約藥局調劑。全民健康保險慢性病連續處方箋之有效期限原定為不得超過一個月，民國八十五年五月一日起修正為不得超過三個月，並得分次調劑，每次調劑至多給予三十日已內之用藥量。持慢性病連續處方箋之病患，若於領藥時出具機票等足以證明其出國之相關證明文件，得個案權宜先行領取下個月的用藥量。中醫診所、中醫醫院門診及醫院中醫門診得提供之服務項目為包括處方箋之給予，故中醫不適用慢性病連續處方箋。

(六) 預防保健服務

依全民健康保險法第三十二條規定，本保險為維護保險對象之健康，主管機關應訂項目及實施辦法，辦理預防保健服務。衛生署於民國八十四年一月二十七日訂定「全民健康保險預防保健實施辦法」，其中規定，全民健康保險預防保健實施對象包括：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及孕婦產前檢查。

中央健康保險局於民國八十四年二月二十八日公告「全民健康保險特約醫院診所申請辦理預防保健服務作業要點」。民國八十四年三月一日開辦第一個月以提供保險對象醫療服務為先，除孕婦產前檢查自民國八十四年三月實施外，兒童預防保健服務自八十四年四月一日起開始實施，婦女子宮頸抹片檢查自八十四年七月一日起開始辦理。特約院所應於「全民健康保險醫事服務機構標誌」辦理業務欄分別列明這四項預防保健服務，以利民眾辨識及接受。

為利特約院所及保險對象紀錄孕婦產前檢查及兒童接受預防保健的紀錄，中央健康保險局設計了「兒童健康手冊」及「孕婦健康手冊」供兒童及孕婦就醫使用：

1. 兒童健康手冊

- (1) 適用未滿 4 歲兒童之就醫及健康檢查，內含可使用至滿 4 歲之 6 次健康檢查單及每年 18 次之就醫紀錄欄。除此之外，還有寶寶出生狀況紀錄表、生長紀錄表、預防接種時間及紀錄表、男女孩身體發育曲線表、兒童保健須知等。手冊封面則列有填發單位、兒童姓名及身分證號、出生日期、母親姓名及身分證號、投保單位名稱及代號等資料。
- (2) 新生兒出生的特約院所會直接發給新生兒寶寶兒童健康手冊，如果沒有拿到，也可以請投保單位向中央健康保險局各分局領取。
- (3) 兒童健康手冊八十四年度 18 格就醫紀錄欄用完後，可向投保單位或至各換卡據點增領 18 格就醫紀錄欄之續頁。
- (4) 四歲以下兒童接受兒童健康檢查時，不需收取部分負擔，特約院所應將檢查結果填入健康檢查表內。

2. 孕婦健康手冊

- (1) 各特約院所於確定保險對象懷孕後就會發給孕婦這本小冊子，手冊內紀錄了孕婦的產前、生產、產後的健康狀況、理想的產前檢查時程及項目，另外也提供了孕產婦保健須知等保健知識。手冊封面列有填發

單位及日期、姓名及身分證號、出生日期等資料。孕婦產前檢查自民國八十四年五月一日開始使用孕婦健康手冊。

- (2) 孕婦接受孕婦產前檢查時，不需收取部分負擔，特約院所應將檢查結果填入手冊內。

(七) 加強山地離島醫療服務

健保開辦初期，因山地離島等偏遠地區地理環境特殊、交通不便等因素，無法吸引醫護人員前往執業提供醫療服務，以致當地保險對象無法像都會地區民眾一樣接受方便的就醫服務，故出現了「有保險無醫療」的批評。

為了改善山地離島保險對象之就醫問題，中央健康保險局於民國八十四年四月二十日規定，八十四年五月離島醫療資源不足地區已由行政院衛生署請國防部協調各離島地區駐軍醫療單位直接與中央健康保險局特約或支援當地醫療單位（衛生所）供健保保險對象就醫。離島無醫師地區衛生所由國防部提供軍方軍醫支援醫療業務。

另於民國八十四年五月二十五日公告「全民健康保險加強山地離島地區醫療服務作業方案」，重點如下：

1. 保險對象在山地離島地區就醫者，均免自行負擔醫療費用。
2. 經離島醫院診所轉診至臺灣本島就醫者，門診、急診免自行負擔醫療費用。
3. 山地離島醫療機構門診診療人次不受診察費合理量之限制。
4. 加強對山地離島之醫療支援及巡迴醫療服務，除醫療費用外，巡迴醫療醫師、護士及支援醫師另按次加付報酬。

表 21 全民健康保險醫療院所轉診單

全民健康保險 _____ 院(所)轉診單

| bar code 列印位置 | 保險醫事服務機構代號：_____ | bar code 列印位置 |

原 診 院	保險 對象 基本 資料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號 碼
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前) 年 月 日	
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 地 址	
治 歷	醫 摘 要	病情摘要(包括主訴病史)			
		診斷			
院 診 所	轉 目 診 的	<input type="checkbox"/> 進一步診療 <input type="checkbox"/> 進一步檢查, 檢查項目_____			
		<input type="checkbox"/> 進一步治療 <input type="checkbox"/> 其他_____			
		院住 所址			傳號 真碼
		負醫 責師	姓 名	科 別	聯電 絡話
所	轉診日期	年 月 日		有效期限	年 月 日止
	建議轉診院所			轉診院所地址	
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	<input type="checkbox"/> 已予適當處置並離院 <input type="checkbox"/> 已予處理, 建議事項如下欄			
		<input type="checkbox"/> 已安排門診治療中 <input type="checkbox"/> 已住院治療中			
診 所	診 療 摘 要 及 建 議 事 項	處理情形 <input type="checkbox"/> 其他_____			
		院所名稱			聯絡電話
		負醫 責師	姓 名	科 別	醫簽 師章
					年 月 日

※ 本轉診單限使用乙次。

表 22 全民健康保險轉診單 (離島院所專用)

※ 全民健康保險轉診單 (離島院所專用)

原 診 治 醫 院 診 所	院地 所址	縣 市	鄉鎮 市區	村 里	路 街	段	巷 弄	號之 樓之	
	院名 所稱								
	bar code 列印位置	保險醫事服務機構代號：				bar code 列印位置			
	負醫姓 責師名		科 別		聯電 絡話	TEL:() FAX:()	醫 師 章		
	保 險 對 象 基 本 資 料	姓 名	性 別	出 生	病 歷 號 碼				
			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	民國(前)年 月 日					
		身 分 證 號	聯 絡 電 話	聯 絡 住 址					
	病 歷 摘 要	病 情 摘 要 (包括主訴病史)							
		診 斷 治 療 摘 要 (包括檢查結果及治療經過)							
	轉 目 診 的	<input type="checkbox"/> 進一步診療		<input type="checkbox"/> 進一步檢查, 檢查項目		<input type="checkbox"/> 其他.....			
	<input type="checkbox"/> 進一步治療		<input type="checkbox"/> 其他.....						
轉 診 日 期	年 月 日			有 效 期 限	年 月 日 止				
建 議 轉 診 院 所				轉 診 院 所 地 址					
接 受 轉 診 醫 院 診 所	處 理 情 形	<input type="checkbox"/> 已予適當處置並離院			<input type="checkbox"/> 已予處理, 建議事項如下欄				
		<input type="checkbox"/> 已安排門診治療中			<input type="checkbox"/> 已住院治療中				
		<input type="checkbox"/> 其他.....							
診 療 摘 要 及 建 議 事 項									
院 所 名 稱					聯 絡 電 話				
負 醫 姓 責 師 名		科 別		醫 師 章			回 覆 日 期	年 月 日	

註：本單一式三聯

表 23 全民健康保險轉診、代檢、轉檢事宜

例如：基層醫療機構不得辦理磁振造影檢查、電腦斷層檢查之轉檢事宜；辦理腦波檢查轉檢，以具神經科專科醫師資格者為限，否則應以轉診處理。

轉 檢	代 檢	轉 診	區 分
為診斷或治療需要，指示病患至指定之特約醫院、診所、保險指定醫療機構實施特定之檢查（驗）。	為診斷或治療需要，委託代辦檢體檢驗。	為進一步診斷或治療需要，將病患轉介至適當醫療機構就醫。	目的
1 指定之其他特約醫院、診所。 2 指定之保險指定醫療機構。	原診治醫院、診所（檢體送檢）。	其他特約醫院或診所。	就診（檢）場所
須用轉檢單。	免用轉檢單。	轉診單。	病患使用憑單
不另加蓋戳記。	不另加蓋戳記。	接受轉診之院所須加蓋戳記。	保險憑證
以原診治之特約醫院診所依其適用之支付標準表別項目不得做超出其標準表別項目	以原診治之特約醫院診所依其適用之支付標準表別項目不得做超出其標準表別項目	由接受轉診之特約醫院、診所醫師決定。	診療項目
由原診治之特約醫院、診所申報。	由原診治之特約醫院、診所申報。	由接受轉診之特約醫院、診所申報。	費用申報方式
原診治之特約醫院規定收取	原診治之特約醫院規定收取	接受轉診之院所依規定收取	部分負擔

表 24 全民健康保險繼續治療單

簡
表

簡
化
繼
續
治
療
單

全 民 健 康 保 險 繼 續 治 療 單
醫院名稱： 醫院代號：

保險對象姓名		診 斷 病 名	
身分證號		國際疾病分類碼	
開 立 原 因	<input type="checkbox"/> ① 本院出院 <input type="checkbox"/> ⑤ 符合適用疾病範圍 <input type="checkbox"/> ② 門診手冊 <input type="checkbox"/> ③ 急 診 <input type="checkbox"/> ④ 轉 診		
有效期限	年 月 日 至 年 月 日		

全民健康保險繼續治療單

(第一聯：由保險對象收執)

原
格
式

保 險 對 象	姓 名	性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	出 生 日 期	年 月 日
連 絡 地 址 及 連 絡 電 話	電話：□□ - □□□□□□				
身 分 證 號					<input type="checkbox"/> 出院日期 年 月 日 <input type="checkbox"/> 門診手術日期 年 月 日 <input type="checkbox"/> 急診日期 年 月 日 <input type="checkbox"/> 轉診日期 年 月 日 <input type="checkbox"/> 門診日期 年 月 日
診 斷 病 名					
繼 續 治 療 醫 囑					指 定 門 診 科 別
主 治 醫 師 簽 章					核 發 醫 院 章 戳
開 立 日 期	中華民國 年 月 日				
有 效 期 限	中華民國 年 月 日				

注意事項：一、繼續治療單限至核發醫院指定之門診科別就診有效。
 二、同一保險對象同時罹患多種疾病，凡屬「全民健康保險繼續治療單適用疾病範圍」者，均得同時開始繼續治療單。
 三、保險對象持繼續治療單就醫，仍須繳納保險憑證，且每次就醫時，保險特約醫院須於保險憑證上加蓋章戳。

表 25 全民健康保險繼續治療單名冊

醫院（代號：_____）全民健康保險繼續治療單名冊

保險對象姓名	身分證號	延長繼續治療單原因	診斷病名及國際疾病分類碼	有效期間	期限
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日
				年 月 日至 年 月 日	年 月 日

註：延長原因欄，請註明 本院出院需延長治療 門診手術需延長治療 急診需延長治療 經轉診需延長治療 符合「全民健康保險繼續治療單適用疾病範圍」需延長治療。

填表人簽章：_____

肆 支付制度

一、支付方式

健康保險醫療費用的支付，是健康保險制度的一個重要環節。保險對象接受醫療服務後，如何將醫療費用支付給提供醫療服務的醫事服務機構，就是要通過所採取的醫療費用支付方式來實現。國家實施健康保險的目的即在平衡醫療資源、保障醫療人權。故醫療資源能否得到合理有效的利用，醫療費用能否得到有效控制，醫療費用的支付方式就成為調節醫療資源流量和費用的重要手段。因為不同的費用支付方式會造成不同經濟的誘因，引發醫療需求，影響並激發不同的醫療服務行為。因此，醫療費用支付方式對醫療保險資源甚具引導作用，甚至關係到健康保險的正常運轉和制度成敗。

全民健康保險開辦後，究竟採行何種醫療費用支付方式？對此，全民健保籌備規劃期間，除針對公、勞、農保採行的論量計酬支付方式加以認真檢討外，對實施健康保險或醫療保險的國家，分別採行的有關各種不同的醫療費用支付方式進行比較研究，以利日後建制採行。歸納目前世界各國健康保險或醫療保險所採行的醫療費用支付方式，主要有下列幾種：

（一）按服務項目支付制（Fee-for-service System, 論量計酬制）

按服務項目支付制是指保險機構根據醫療院所提供的服務項目和服務量來計算費用支付報酬。勞農保和公保醫療給付創辦伊始，至全民健康保險開辦之初均採行此制。此制在公勞保實施時固然問題不少，但因能充分保障保險對象享有醫療給付權利，且於實施中多少配合採行抑制措施，故長久以來一直加以沿用。此種支付制度的特點，在於保險醫療機構的收入與其所提供的醫療服務量的有關，因而具有誘導醫療服務機構過度提供醫療服務的傾向。醫療院所通過增加醫療服務項目和服務量，延長住院時間等方法，就可獲得更高的醫療報酬，進而造成醫療資源的浪費。同時，由於醫療費用是由第三方的保險機構支付，使病人與醫院都不關心醫療資源浪費和醫療費用浮濫增

加的問題。甚至出現合夥欺騙、報假帳的情況，難以有效控制醫療費用。但此種費用支付方式自有其優點，即保險對象可享有充分的醫療保障，且對付費的保險機構來說，實務作業操作簡便。這就是為什麼此一制度縱使須投入大量保險機構龐大的行政管理成本，仍是一種最傳統而迄今仍被廣泛採用的原因。

(二) 論人計酬制 (Capitation)

論人計酬制是指醫療保險機構按合約規定的時間，根據定點服務的對象人數和規定的收費標準，預先支付給提供醫療服務的醫療機構一筆固定費用的支付制度。在此期間，醫療機構負責提供合約規定人頭一切醫療服務，不再另外收費。這種制度實際上是一定期間、一定人數的包辦醫療制。在傳統上較適用於家庭醫師、重視一般科醫師的功能，其實施的國家最有名的如古巴、英國等西歐國家，還有美國的 HMO 醫療保險。

論人計酬制制度，因行政管理簡便，故管理費用較低。而由於其醫療費用是採取按人頭包辦預先支付給醫療機構費用，結餘歸自己，超支則自負，從而使醫療機構產生內在的成本制約機制，能自動的採取控制醫療費用的措施。例如，在配合診療時，能適時對病患施以預防保健、健康教育等措施，以降低就診率，而減少醫療費用支出。另外醫療機構或醫師在經營上為了避免超支，便會以較低的醫療成本為更多的病人提供服務，這就促成了醫療資源的合理運用，避免提供過量的醫療服務。惟此一制度的缺點，可能會出現醫療服務提供者為了節約醫療費用而減少了服務或降低醫療服務品質的情況。採行此制度的行政管理固然簡便、可節約醫療資源，但報酬固定，特別是在以營利為目的社會，不太為醫療機構或醫師所接受。且實施前有關醫師人力及保險對象服務人數的選定分配，以及實施後如何越區流動等均為有待解決的問題。尤以從公、勞保等醫療給付擴大為全民健保後，這些問題都不易解決，何況實施此制亦可能降低保險對象的醫療服務品質，故此一制度不易被接受。

(三) 按疾病診斷分類定額支付制 (DRGs 支付體系)

此種制度是把醫療服務的全部過程看成是一個計量單位和確定服務價格的標識。具體的說，就是根據國際疾病與分類法，將住院病人的疾病按診斷、年齡、性別等分為若干組。每組又根據疾病輕重程度及有無合併症、併發症分成不同的級別，對每一不同級別都制定相應的價格標準，保險機構即按不同級別的疾病治療的全過程一次性的向醫療機構支付費用。這種制度實際上就是按照醫生所診斷治療的住院病人的病種給予定額費用。設計此一支付方式的目的，是要通過統一的疾病分類定額支付，使醫療保險費用的支付與診斷的病種相關聯，達到醫療資源利用的標準化。

按疾病診斷分類支付制的優點是，會激勵醫院從經濟上以不超過所訂的固定標準價格的費用來提供服務。這在客觀上將促進醫院節約成本，減少誘導性的診療項目的消費，縮短住院天數，同時注意到病人治療上的有效性。但實施此制度的困難在於如何適當的進行醫院分組。因為對所有醫院和多類病人建立適當的分類系統是困難的，且各醫院的服務項目、服務品質以及病例組合各方面參差不齊，而醫院有可能在自身利益的驅使下，在診斷界限不清時將診斷升級，把病人重新分類到高價格的診斷群組中，以獲取更高的醫療報酬。醫院甚至還會讓病人出院再住院，看似縮短住院天數，卻增加了住院次數。目前實施疾病診斷分類定額制的國家，以西歐等醫療發達的國家最多，因為醫療發達的國家，對於確定疾病診斷關係群的分類有較好的專業基礎。以我們目前的醫療水準，開辦全民健康保險，應有能力採行此一制度，惟針對此一支付方式在實施上可能發生的缺失，也應一併採行有效防止措施。

全民健保醫療費用支付制度之設計，旨在提升醫療服務品質與行政效率，兼顧醫療資源分布、健全保險財務並適度控制醫療費用。良好的支付方式，不但能提升醫療服務品質，更可進一步改善醫療資源之分布並控制醫療費用合理成長。全民健保實施初期，支付方式暫以沿用公、勞、農保論量計酬方式為主，另為鼓勵醫療院所提升醫療服務效率、控制醫療成本，將陰道分娩與剖腹生產二項採定額支付方式，逐步推動論病例計酬支付方式。論病例計

酬支付係採定額方式支付為原則，每一病例訂有基本治療程序，醫療院所一定要提供該類服務。選定陰道分娩及剖腹生產提前採用論病例計酬支付方式，主因全民健保將生育納入醫療給付範圍，另因陰道分娩暨剖腹生產屬治療模式較單純，而同質性高、差異小之手術。至預防保健之兒童預防保健、孕婦產前檢查以及婦女子宮頸抹片檢查則採論次計酬方式辦理。

二、支付標準之訂定

全民健保醫療費用支付標準之架構係依據勞保醫療費用支付標準表甲乙丙表修訂而成。依照全民健保法第五十一條規定，醫療費用支付標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。中央健康保險局於籌備期間，自民國八十三年十月十七日起陸續與保險醫事服務機構進行多次支付標準之協商，因基本診療之門診診察費與住院照護費（含護理費及病房費）占醫療費用支出相當大的比例，且勞保支付標準偏低，故決議以提高基本診療為重點，除新增項目與特殊科別外，先依據勞保醫療費用支付標準表修訂基本診療項目，特定診療部分則沿用勞保醫療費用支付標準。據此原則，衛生署於民國八十四年二月二十七日公告「全民健康保險醫療費用支付標準」，自同年四月一日起正式實施。中醫之支付標準則採分類分項方式訂定，即針對診察費、藥品調劑費、藥費（採每日藥價單一價格）、治療處置項目（分針灸、傷科、脫臼整復）等分別訂定支付金額。

（一）基本診療支付標準

1. 門診診察費

為鼓勵醫師控制門診人數，以提升醫療服務品質，門診診察費依醫療院所門診量採分段支付方式。西醫基層醫療院所每日門診合理量分為 50 人次以下、51 至 70 人次、71 人次以上三段，分別支付 220 點、180 點及 120 點。中醫之門診合理量與西醫相同。而牙科與精神科門診合理量則分二段，牙科以 36 人次、精神科以 45 人次為門診合理量。醫療合理門診量之計算，係依各層級醫院門診人數除以病床數之平均比例，及各層級醫院門診人數與主治醫師人數比之平均值估算，每人次支付 200

點。另為促使偏遠地區民眾獲得妥適的醫療照護，鼓勵醫師至偏遠地區服務，全民健保對於山地離島地區醫療院所提供之門診診察費採取「加成支付」方式，每人次提高 20 元，並訂定山地離島地區醫師巡迴醫療費，每半天 1,000 元、陪同醫師巡迴護理人員每半天 800 元。

2. 住院照護費

住院病房分為急診病房、慢性病房及精神科慢性病房住院照護費與日間住院三大類。急性病房之一般病房、經濟病床、精神科加護病房、燒傷病房、燒傷中心急診暫留床、隔離房床及骨髓移植隔離病床等沿用勞保支付方式針對不同層級醫院訂定不同支付標準。急性病房之新生兒中重度病床，係全民健康保險醫療費用支付標準增列之基本診療項目，指足月三個月內或早產兒（早於三十五週）出生五個月內嬰兒，因為疾病而需治療或觀察、或因早產需要養育住院之病床。

急診係指需立即給予患者緊急適當之處理，以拯救其生命、縮短其病程、保留其肢體或維持其功能者。適用範圍如下：

- (1) 急性腹瀉、嘔吐或脫水現象者。
- (2) 急性腹痛、胸痛、頭痛、背痛（下背、腰脅痛）、關節痛或牙痛，需要緊急處理以辨明病因者。
- (3) 吐血、鼻出血、便血、咳血、溶血、血尿、陰道出血或急性外傷出血者。
- (4) 急性中毒或急性過敏反應者。
- (5) 突發性體溫不穩定者。
- (6) 呼吸困難、喘鳴、口唇或指端發紺者。
- (7) 意識不清、昏迷、痙攣或肢體運動功能失調者。
- (8) 眼、耳、呼吸道、胃腸道、泌尿道、生殖道異物存留或因體內病變導致阻塞者。
- (9) 精神病患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。

- (10) 重大意外導致之急性傷害。
- (11) 應立即處理之法定或報告傳染病。
- (12) 生命徵象不穩定或其他可能造成生命危急症狀者。

(二) 特定診療支付標準

特定診療支付標準調整的部分，除檢討支付點數外，大多屬定義及文字上的修正，為提升醫療服務品質，針對特殊診療項目訂定適應症及設備規定，另對特殊科別診療項目之施行，予以設限並於診療項目中註作補充說明，例如：施行經皮冠狀動脈擴張術應有血管造影設備，並報經中央健康保險局同意，適應症為 1. 嚴重心絞痛。2. 血管狹窄 70% 以上。3. 狹窄部分為血管近端、左前枝、左循環枝或右冠狀動脈。4. 狹窄部分經血管造影沒有鈣化。復健治療限醫療機構開業執照診療科別登記設有復健科者申報。內視鏡病理組織、診斷穿刺、磁振造影、電腦斷層造影、腦波等檢查限由相關專科醫師施行。另增列兒童施行特殊診療項目加成之規定：未滿二歲加成 30%，二歲至六歲加成 20%。

(三) 居家照護

依全民健康保險居家照護作業要點規定，辦理居家照護業務以經中央衛生主管機關核准設有居家護理服務業務項目之醫療機構或護理機構為限。照護項目之支付標準，採每次定額方式支付。

(四) 論病例計酬

論病例計酬係依病人之病例組合 (Case-Mix) 訂定支付標準，全民健保開辦初期，中央健康保險局選定陰道分娩與剖腹生產先行試辦。嗣與醫界研議後訂定「全民健康保險論病例計酬支付作業要點」，於民國八十四年十一月十五日公告，並自八十四年十二月一日起實施。論病例計酬案件審查後的支付原則如下：

1. 金額在上下限除外臨界點範圍內者，按單一支付點數支付。
2. 金額低於下限除外臨界點者，經審查符合基本診療程序者，按單一支付點數支付。

3. 金額及住院日均高於上限除外臨界點者，超過部分按下列兩種方式計算後，以金額低者支付：
 - (1) 住院日超過上限臨界點者，超過部分之每日費用以日邊際成本支付；日邊際成本以下列方式計算：
$$\text{日邊際成本} = (\text{某病例支付點數} / \text{該病例標準住院日}) \times 60\%$$
 - (2) 金額超過上限除外臨界點，超過部分之費用以百分之六十支付。
4. 金額超過上限除外臨界點，但住院日未超過上限除外臨界點者，超過部分之費用以 60% 支付。
5. 基本診療程序未執行者，從支付點數中扣除該項費用。
6. 經審查發現有收治不當住院者，不予支付或改按門診支付（核減診療費、病房費及管灌飲食費）。
7. 如病患在二週內因同一病因重回同一醫院、診所住院診療者，兩次住院案件依併案重行專業審查後金額支付。
8. 同一病例在同一醫院，於住院前一週內在門診實施之相關檢查，應併於住院案件中申報。
9. 超過上限除外臨界點之個案數比率大於第七點所述百分比者，中央健康保險局得另行訂定規範原則。

（五）中醫

中醫支付標準採分類分項方式訂定。針對診察費、藥品調劑費、藥費及針灸、傷科、脫臼整復三項治療處置，分別訂定支付金額。藥費採每日單一價格。

（六）支付標準未列項

由於新醫療科技之進步，若干診療項目未及列入支付標準。實施未列項之診療，全民健保支付標準沿用原勞保支付規定採比照方式申報，並於全民健康保險醫療費用支付標準總則第五條規定：「各保險醫事服務機構實施本標準未列項目，應就通用之類別已列款目中，按其最近似各該編號項目所訂點數申報，惟新療法須經中央健康保險局報由主管機關核定後實施。」

（七）加強並提高山地離島地區醫療服務支付標準

1. 山地離島地區醫師巡迴醫療報酬，每位醫師每月以八次為限，除依規定申報醫療費用外，另每次（以半天為單位）支給 1,000 元，如另有護理人員陪同前往，每次支給 800 元，本項巡迴醫療應經當地衛生主管機關許可，並經中央健康保險局各分局同意後始得給付。
2. 對支援二、三、四級離島無專任醫師之衛生所室之醫師，除依規定申報醫療費用外，另每天支給 2,000 元。本項醫師支援應經當地衛生主管機關許可，並經中央健康保險局各分局同意後始得給付。
3. 山地離島地區特約院所之通訊醫療設備及有關費用，由衛生主管機關會同保險人予以補助設置。
4. 依「全民健康保險特約醫院及診所申請辦理預防保健服務作業要點」規定，山地離島及醫療資源缺乏之地區，得由當地衛生所依醫師法第八條之二規定，聘請符合規定之專科醫師支援辦理。
5. 為加強山地離島地區醫療服務品質，該地區除門診診察費按「全民健康保險醫療費用支付標準」規定加給 20 點外，亦不受門診合理量之限制。

截至民國八十四年十二月底止，全民健保支付標準共收錄診療項目 3,214 項。其中診察費平均調高 70%，病房費調高超過 40%。門診每人次平均費用為 527 元，較勞保民國八十三年平均費用 412 元為高；住診每人次平均費用為 31,935 元，也較勞保民國八十三年平均費用 26,170 元為高。全民健保醫療費用支付標準的實施使整體醫療給付較以往提高，有助於醫療品質的提升。

三、特殊材料支付基準

全民健保醫療特殊材料的訂定，係將品項正面表列於「全民健康保險醫療費用支付標準」之中，且各品項皆有特材代碼，特約醫療院所於申報醫療費用時，均須填具代碼，此有助於各項特材使用量項的管理，以及核付價格的檢討。

全民健保開辦初期，特殊材料支付價格依據公、勞保過去支付價格核定。核價原則同一期間核價力求一致，如一品項有較低報價者，應暫予收載，並註明收載日期及醫事服務機構名稱；中央健康保險局每年更新收錄品項表，以利價格的異動調整與分析，並可適時反映市場價格，做為核價的依據。對於新增特殊材料品項，若中央健康保險局已有收載同類品項，其價格以不超過同類品項原支付價格為原則。

四、藥價基準

全民健保藥價基準旨在訂定單一支付價格、公告藥價基準並逐步增加以學名藥為基礎，將藥品依成分或療效歸類 (grouping) 後訂定藥品價格之百分比。全民健保籌備期間，衛生署與健保局籌備處共同邀請醫藥界召開「協商全民健康保險藥價基準訂定原則」，決議藥價調整方案以二年為期，以三階段訂定引導藥品合理化之階段性策略。藥價基準的實施目標，在於建立公平合理的藥價支付準繩；同時為反映醫療服務的需要，擴大藥品項目的給付範圍，確保無產製意願藥品或特殊藥品的使用，並建立勾稽制度，以減少藥品虛浮申報的弊端，使藥品價格能臻於合理化。其實施策略為：

- (一) 以行政院衛生署核准的處方藥母檔為基礎，建立全民健保用藥品項表。
- (二) 訂定藥品單一廠牌支付價格，減少藥品價差。
- (三) 逐步對品項相近且專利期已過的藥品，訂定分類分組支付價格。
- (四) 建立全民健保藥品使用申報檔案，並與藥廠的銷售量，利用電腦互為勾稽。
- (五) 對無產製意願的藥品，或因競爭導致廠商無意願產銷的特殊藥品，提供保證價格。

全民健保實施後，為使原有公、勞、農保的被保險人能繼續使用同樣藥品，須將公、勞保原核准使用的藥品品項納入保險給付範圍內。截至民國八十四年十二月底止，中央健康保險局公告「全民健康保險用藥品項表」，共收載 20,054 種處方藥用。

五、使用簡表申報費用之支付標準

由於全民健保匆促開辦，為簡化特約診所申報作業，凡符合「特約診所門診處方治療簡表使用說明」的案件，即可採用簡表申報。對特約診所使用「簡表」申報費用之支付標準：

- (一) 西醫：藥費按日劑藥費定額支付(最高三日份)，另支付診察費、藥事服務費；使用注射藥者注射材料費核實支付。
- (二) 中醫：藥費按日劑藥費定額支付(最高七日份)，另支付診察費、藥事服務費。
- (三) 牙醫：平均每件最高支付 300 元。

伍 保險給付

一、給付項目

全民健康保險之保險給付係採醫療給付方式，由保險醫事服務機構依規定提供保險對象醫療服務。在保險給付項目上，較原公、勞、農保增加：兒童預防保健、成人預防保健、孕婦產前檢查、婦女子宮頸抹片檢查、居家照護、精神科日間住院、社區復健等服務項目。各項業務多於民國八十四年三月起陸續開辦，其中孕婦產前檢查自三月一日起開辦，兒童預防保健服務於四月一日起開辦，婦女子宮頸抹片檢查自七月一日起開辦。成人預防保健服務則於民國八十五年四月開辦。前述各項保險給付內容如下：

(一) 兒童預防保健

係對四歲以下兒童之初步身體檢查及健康諮詢，以進行健康評估，給付六次，給付時程分列三階段：未滿一歲給付四次，每次間隔二至三個月；一歲以上至未滿三歲及三歲以上至未滿四歲，各給付一次。

（二）孕婦產前檢查

包括身體檢查、血液及尿液檢驗、超音波檢查、健康諮詢，共給付 10 次，給付時程分列三階段：妊娠未滿 17 週給付二次，妊娠 17 週至未滿 29 週給付 2 次，妊娠 29 週以後給付 6 次。

（三）婦女子宮頸抹片檢查

包括子宮頸抹片採樣、骨盆腔檢查、細胞病理檢驗，給付時程為 30 歲以上婦女每年給付 1 次，連續 3 年檢查陰性者每 3 年給付 1 次。

（四）居家照護

係提供只能維護有限自我照顧能力，且病情穩定，需要在家中進行醫療與護理服務項目者之醫療服務，照護個案以四個月為一期，病情需繼續照護個案可申請延長照護。照護項目包含訪視、診察、治療材料、一般治療處置，呼吸、消化及泌尿系統各式導管與造口之護理。

（五）精神疾病患者社區復健

旨在協助精神疾病患者獲得整體與持續性照顧，使逐步適應社會生活，即早回歸社會。提供之服務類別有社區復健中心復健治療（庇護性工作場）、康復之家復健治療及居家治療。

（六）成人預防保健服務

包括身體檢查、健康諮詢、血液及尿液檢驗。係對 40 歲以上至未滿 65 歲，每 3 年給付 1 次，65 歲以上，每年給付 1 次。

二、部分負擔

全民健康保險實施醫療費用部分負擔，其功能主要在於希望減少醫療資源浪費，並使民眾依傷病輕重程度，選擇不同層級醫療院所就醫有助於分級醫療及轉診制度；大型綜合醫院可以針對較複雜疾病進行完整而詳細的醫療，基層診所則可處理較輕傷病，並做好民眾預防保健工作，不同特性的醫療院所發揮不同功能，可使醫療資源運用更有效率，而讓民眾獲得適當的醫療照護。部分負擔的規定如下：

(一) 門診部分負擔

全民健康保險實施初期，門診或急診費用依法須按醫療機構級別及是否轉診，另自行負擔不同的費用，由主管機構依法定負擔比率，公告一定金額收取，部分負擔金額之標準詳如表 26。

表 26 全民健康保險門診部分負擔金額 (實施初期)

單位：新臺幣元

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

全民健康保險實施部分負擔及轉診制度之目的，在促使醫療資源運用合理化，使能有效發揮各級醫療院所之功能，俾提供保險對象適當之醫療照護。而推動轉診制度不僅能落實分級醫療，使不同層級之醫療院所能發揮其不同之功能，更使急重症病人能於醫院迅速獲得醫療，而輕慢症病人得就近在基層診所接受服務，如有必要，再由醫師轉介至適當之醫療院所就醫。另保險對象若發生急症，則可免經轉診直接前往各級醫療院所接受急診治療。惟全民健康保險開辦施行兩個月後，由於民眾多方強烈反映患者負擔加重及轉診尚難適應，中央健康保險局乃自民國八十四年五月一日起，修正簡化門診部分負擔以二級定額方式收繳，即不分轉診與否，基層診所、地區醫院一般門診自付額為 50 元，區域醫院、醫學中心自付額為 100 元。部分負擔金額之標準詳如表 27。

表 27 全民健康保險門診部分負擔金額 (民國八十四年五月一日起)

單位：新臺幣元

醫療機構級別	一般門診	牙醫	中醫	急診
醫學中心	100	50	50	420
區域醫院	100	50	50	210
地區醫院	50	50	50	150
基層醫療院所	50	50	50	150

(二) 住院部分負擔

住院醫療費用則依急、慢性病房及住院日期長短加重其不同的負擔比率。

負擔標準詳如表 28。

表 28 全民健保住院費用部分負擔比率

單位：新臺幣元

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

(三) 部分負擔上限

為顧及有些住院費用甚為龐大，民眾恐難負擔，因此對於住院費用部分負擔特別訂有最高限額，自付金額達到上限以後，就完全由保險給付：

1. 入住急性病房 30 天以內或慢性病房 180 天以內出院者，每次最高部分負擔金額按去年平均每人國民所得百分之六訂定，截至民國八十四年十二月底規定上限為 15,000 元；若住院天數超出上述規定期限者，仍應按規定負擔比率自行負擔部分住院費用。
2. 一年內數次住院，按去年平均每人國民所得百分之十訂定，截至民國八十四年十二月底規定上限為 25,000 元，超過部分可以向中央健康保險局辦理核退。

三、免部分負擔

對於病情穩定的慢性病患者，為使其不必經常往返醫療院所候診領藥，特訂定「全民健康保險慢性疾病範圍」，同時放寬慢性病連續處方箋有效期間為三個月。另公告需長期持續醫療，且總費用昂貴的重大傷病範圍計有二十五大類，保險對象經申請核定屬重大傷病，由中央健康保險局核發「重大傷病證明卡」。

全民健康保險慢性疾病暨重大傷病範圍，詳如表 29、30。

前述持慢性病連續處方箋領藥、重大傷病以及預防保健、分娩、低收入戶就醫、經登記列管之結核病患至衛生署公告指定之醫療院所就診，其他如金馬地區暨山地離島地區門診或急診，經離島地區醫院、診所轉診至臺灣門診、急診就醫者，均免部分負擔醫療費用。山地離島地區如下：

- (一) 臺北縣：烏來鄉。
- (二) 宜蘭縣：大同鄉、南澳鄉。
- (三) 桃園縣：復興鄉。
- (四) 新竹縣：尖石鄉、五峰鄉。
- (五) 苗栗縣：泰安鄉。
- (六) 臺中縣：梨山鄉、和平鄉。
- (七) 嘉義縣：阿里山鄉。
- (八) 南投縣：仁愛鄉、信義鄉。
- (九) 花蓮縣：萬榮鄉、秀林鄉、卓溪鄉。
- (十) 臺東縣：達仁鄉、綠島鄉、金峰鄉、延平鄉、蘭嶼鄉、海端鄉。
- (十一) 高雄縣：茂林鄉、桃源鄉、三民鄉。
- (十二) 屏東縣：琉球鄉、泰武鄉、獅子鄉、來義鄉、霧臺鄉、牡丹鄉、春日鄉、瑪家鄉、三地門鄉。
- (十三) 澎湖縣：七美鄉、望安鄉、白沙鄉、西嶼鄉、湖西鄉、馬公市。
- (十四) 金門縣、連江縣。

表 29 全民健康保險慢性疾病範圍

疾病名稱 (特定診療項目代號)	國際疾病分類碼 (A Code)
一、 癌症 (12)	A08 A090 A091 A092 A093 A094 A095 A096 A099 A100 A101 A109 A110 A111 A112 A113 A114 A115 A120 A121 A112 A123 A124 A125 A126 A129 A130 A139 A140 A141 A149 A16
二、 內分泌及代謝疾病 甲狀腺機能障礙 (05) 糖尿病 (01) 高血脂症 (19) 威爾遜氏症 (48) 痛風 (07) 天皰瘡 (30) 皮膚炎 (31) 泌乳素過高症 (43) 先天性代謝異常疾病 (52) # 腎上腺病變引發內分泌障礙 (70) # 腦下垂體病變引發內分泌障礙 (71) # 性早熟 (72)	A180 A181 A182 A189 A189 A189 A189 A189 A189 A189 A189 A189
三、 精神疾病 精神病 (47)	A210 A211 A212 A213 A214 A219
四、 神經系統疾病 # 腦瘤併發神經功能障礙 (73) 巴金森氏症 (16) 肌僵直萎縮症 (49) 其他中樞神經系統變質及遺傳性疾 病 (54) 多發性硬化症 (55) 嬰兒腦性麻痺及其他麻痺性癱瘓群 (56) 癲癇 (15) 重症肌無力 (51) # 多發性周邊神經病變 (74) # 神經叢病變 (75) # 三叉神經痛 (76) # 偏頭痛 (77)	A155 A221 A222 A222 A223 A224 A225 A229 A229 A229 A229 A229

疾病名稱 (特定診療項目代號)	國際疾病分類碼 (A Code)
五、循環系統疾病 心臟病 (11) 高血壓 (02) 腦血管病變 (14) 動脈粥樣硬化 (57) 動脈栓塞及血栓塞 (58) 雷諾氏病 (26) # 川崎病併發心臟血管異常者 (78)	A251 A270 A279 A281 A289 A260 A269 A290 A291 A292 A293 A294 A299 A300 A301 A302 A302
六、呼吸系統疾病 慢性鼻竇炎 (45) 慢性支氣管炎 (10) 肺氣腫 (20) 哮喘 (06) 支氣管擴張症 (22) 慢性阻塞性肺炎 (21) 肺沈著症 (59) 外因所致之肺疾病 (60)	A314 A323 A323 A323 A324 A325 A326 A326
七、消化系統疾病 消化性潰瘍 (08) 肝硬化 (25) 慢性肝炎 (03) 胃腸機能性障礙 (含慢性胰臟炎、各種胃腸息肉症、急躁大腸症候群、胃腸糜爛性炎症、慢性大腸炎症) (23) 慢性膽道炎 (18)	A341 A347 A347 A349 A349
八、泌尿系統疾病 慢性腎臟炎 (04) 腎臟感染 (61)	A350 A351
九、骨骼肌肉系統及結締組織之疾病 關節炎 (09) 多發性肌炎 (50) 骨質疏鬆症 (27) 紅斑性狼瘡 (24)	A430 A431 A432 A433 A435 A431 A439 A439

表 30 全民健康保險重大傷病範圍

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
140-208	A08- A149	一、須積極或長期治療之癌症。 惡性腫瘤	MALIGNANT NEOPLASM
286.0	A209	二、先天性凝血因子異常。 先天性第八凝血因子異常 (A 型血友病)	CONGENITAL FACTOR VIII DEFICIENCY
286.1	A209	先天性第九凝血因子異常 (B 型血友病)	CONGENITAL FACTOR IX DEFICIENCY
286.2	A209	先天性第十一凝血因子異常 (C 型血友病)	CONGENITAL FACTOR XI DEFICIENCY
286.3	A209	其他凝血因子先天性缺乏症	CONGENITAL DEFICIENCY OF OTHER CLOTTING FACTORS
282 283 284	A200 A200 A200	三、嚴重溶血性及再生不良性貧血 (血紅素未經治療，成人經常 低於 8gm/dl 以下，新生兒經 常低於 12 gm/dl 以下者)。 遺傳性溶血性貧血 後天性溶血性貧血 再生不良性貧血	HEREDITARY HEMOLYTIC ANEMIAS ACQUIRED HEMOLYTIC ANEMIAS APLASTIC ANEMIA
585	A350	四、慢性腎衰竭(尿毒症)，必須 接受定期透析治療者。 慢性腎衰竭	CHRONIC RENAL FAILURE
710.0 710.1 714.0 710.4 710.3	A189 A431 A430 A431 A431	五、需終身治療之全身性自體免疫 症候群。 紅斑性狼瘡 全身性硬化症 類風濕關節炎 (符合 1987 年美國風濕病學院 修訂之診斷標準，含青年型類 風濕關節炎) ** 多發性肌炎 ** 皮肌炎 ** 血管炎	SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS SYSTEMIC SCLEROSIS RHEUMATOID ARTHRITIS POLYMYOSITIS DERMATOMYOSITIS VASCULITIS

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
446.0 446.2 446.4 446.5 443.1 446.7 446.1 136.1 694.4 279.43	A302 A302 A302 A302 A302 A302 A302 A079 A429 A189	(一) 全身壞死性血管炎 (二) 過敏性血管炎 (三) 韋格納氏肉芽腫 (四) 巨細胞動脈炎 (五) 血栓閉鎖性血管炎 (六) 閉鎖式動脈炎 (七) 川崎病 (八) 貝塞特氏病 ** 天庖瘡 ** 乾燥症	SYSTEMIC NECROTIZING VASCULITIS HYPERSENSITIVITY VASCULITIS WEGENER'S GRANULOMATOSIS GIANT CELL ARTERITIS THROMBOANGITIS OBLITERANS ARTERITIS OBLITERANS MUCOCUTANEOUS LYMPHNODE SYNDROME BEHCET'S DISEASE PEMPHIGUS SJOGEN'S SYNDROM
290 293.1 294 295 296 297 299	A210 A213 A213 A211 A212 A213 A213	六、慢性精神病(符合以下診斷，而病情已經慢性化者)。 老年期及初老年期器質性精神病態 亞急性譫妄 其他器質性精神病態 * 精神分裂症 情感性精神病 妄想狀態 源自兒童期之精神病	SENILE AND PRESENILE ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS SUBACUTE DELIRIUM OTHER ORGANIC PSYCHOTIC CONDITIONS SCHIZOPHRENIC DISORDERS AFFECTIVE PSYCHOSES PARANOID STATES PSYCHOSES WITH ORIGIN SPECIFIC TO CHILDHOOD
		** 七、先天性新陳代謝異常疾病 (G6PD 代謝異常除外)	
740 741 742 745 746 747 748.4 748.5	A441 A440 A441 A442 A442 A442 A449 A449	八、心、肺、胃腸、腎臟、神經、骨骼系統等之先天性畸形及染色體異常 無腦症及類似畸形 脊椎裂 神經系統之其他先天性畸形 先天性心球(胚胎)及心臟中隔閉合之畸形 心臟之其他先天性畸形 循環系統之其他先天性畸形 先天性肺囊腫 肺缺乏症形成不全及形成異常	ANENCEPHALUS AND SIMILAR ANOMALIES SPINA BIFIDA OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF NERVOUS SYSTEM BULBUS CORDIS ANOMALIES AND ANOMALIES OF CARDIAC SEPTAL CLOSURE OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF HEART OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF CIRCULATORY SYSTEM CONGENITAL CYSTIC LUNG AGENESIS, HYPOPLASIA AND DYSPLASIA OF LUNG

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
748.6 751	A449 A444	肺之其他畸型 消化系統之其他先天畸型	OTHER AOMALIES OF LUNG OTHER CONGENITAL ANOMALIES OF DIGESTIVE SYSTEM
753.0 753.1 753.2	A449 A449 A449	腎缺乏症及形成異常 囊腫性腎病 腎盂及輸尿管之阻塞性缺陷	RENAL AGENESIS AND DYSGENESIS CYSTIC KIDNEY DISEASE OBSTRUCTIVE DEFECTS OF RENAL PELVIS AND URETER
753.3 756.4 758 749.01- 749.04, 749.11- 749.14, 749.21- 749.25	A449 A447 A449 A443	腎之其他明示畸型 軟骨形成異常 染色體異常 * 先天性畸型唇顎裂 (限須多次手術治療及語言復健者)	OTHER SPECIFIED ANOMALIES OF KIDNEY CHONDRODYSTROPHY CHROMOSOMAL ANOMALIES CONGENITAL CLEFT PALATE AND CLEFT LIP
948.1 948.2 948.3 948.4 948.5 948.6	A529 A529 A529 A529 A529 A529	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)二度燒傷者則請註明燒燙傷面積 (二)三度燒傷： 體表面積 10-19% 之燒傷之 三度燒傷 (948.10 除外) 體表面積 20-29% 之燒傷之 三度燒傷 (948.20 除外) 體表面積 30-39% 之燒傷之 三度燒傷 (948.30 除外) 體表面積 40-49% 之燒傷之 三度燒傷 (948.40 除外) 體表面積 50-59% 之燒傷之 三度燒傷 (948.50 除外) 體表面積 60-69% 之燒傷之 三度燒傷 (948.60 除外)	BURN OF 10-19% OF BODY SURFACE BURN OF 20-29% OF BODY SURFACE BURN OF 30-39% OF BODY SURFACE BURN OF 40-49% OF BODY SURFACE BURN OF 50-59% OF BODY SURFACE BURN OF 60-69% OF BODY SURFACE

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
948.7	A529	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	A529	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	A529	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
940 941.5	A520 A529	(三)顏面燒燙傷 眼及其附屬器官之燒傷 臉及頭之燒傷，深部組織壞死 (深三度)，伴有身體部位損害	BURN CONFINED TO EYE AND ADNEXA BURN OF FACE AND HEAD, DEEP NECROSIS OF UNDERLYING TISSUE (DEEP THIRD DEGREE) WITH LOSS OF A BODY PART
V42.0	AV09	十、接受心臟、腎臟及骨髓移植後 之追蹤治療。 器官或組織之移植術後，腎臟	KIDNEY OR TISSUE REPLACED BY TRANSPLANT
V42.1	AV09	器官或組織之移植術後，心臟	HEART OR TISSUE REPLACED BY TRANSPLANT
V42.8	AV09	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	A54	腎臟移植併發症	COMPLICATIONS OF TRANPLANTED KIDNEY
996.83	A54	心臟移植併發症	COMPLICATIONS OF TRANPLANTED HEART
996.85	A54	骨髓移植併發症	COMPLICATIONS OF TRANPLANTED BONE MARROW
045.1 343 344 786.09	A040 A224 A224 A469	* 十一、小兒麻痺、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)。 急性脊髓灰白質炎併有 其他麻痺者 嬰兒腦性麻痺 其他麻痺性徵候群 呼吸窘迫症候群	ACUTE POLIOMYELITIS WITH OTHER PARALYSIS INFANTILE CEREBRAL PALSY OTHER PARALYTIC SYNDROMES DYSPNEA AND RESPIRATORY ABNORMALITIES, OTHER

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
		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，其雖經一段時間治療，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。	
993.3 958.0	A55 A55	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。 減壓病 空氣栓塞症	DECOMPRESSION SICKNESS AIR EMBOLISM
358.0	A229	* 十六、重症肌無力症	MYASTHENIA GRAVIS
279.00 ,279.06 279.03 279.1 279.2 279.3 279.8	A189 A189 A189 A189 A189 A189 A189	* 十七、先天性免疫不全症 低丙種球蛋白血症 IgG 次群欠損症 T 細胞功能低下症 複合型 T 細胞及 B 細胞免疫不全症 吞噬細胞功能低下症 先天性補體欠損症	HYPOGAMMAGLOBULINEMIA IgG DEFICIENCY DEFICIENCY OF CELL-MEDIATED IMMUNITY COMBINED IMMUNITY DEFICIENCY PHAGOCYTE DEFICIENCY CONGENITAL COMPLEMENT DEFICIENCY

ICD-9-CM 碼	A Code	中文疾病名稱	英文疾病名稱
806	A471	* 十八、脊髓損傷或病變所引起之神經、肌肉、皮膚、骨骼、心肺、泌尿及胃腸等之併發症者(其殘障等級在中度以上者) 脊柱骨折，伴有脊髓病灶	FRACTURE OF VERTEBRAL COLUMN WITH SPINAL CORD INJURY
952	A499	無明顯脊椎損傷之脊髓傷害	SPINAL CORD INJURY WITHOUT EVIDENCE OF SPINAL BONE INJURY
336	A222	其他脊髓病變	OTHER DISEASES OF SPINAL CORD
		* 十九、職業病 (以勞工保險條例第三十四條第一項規定之職業病種類表所載職業病範圍為限；適用對象限已退休之未具勞工保險被保險人身分之保險對象；具勞工保險被保險人身分者，應依勞工保險職業病就醫規定辦理，亦免自行負擔部分醫療費用)	OCCUPATIONAL DISEASE
430 431,432 433,434 435,436 ,437	A290 A291 A292 A293 ,A294 A299	** 二十、急性腦血管疾病(限急性發作後一個月內免部分負擔) (一) 蜘蛛膜下腔出血 (二) 腦內出血 (三) 腦梗塞 (四) 其它腦血管疾病	CEREBROVASCULAR DISEASE (ACUTE STAGE) SUBARACHNOID HEMORRHAGE INTRACEREBRAL HEMORRHAGE CEREBRAL INFARCTION OTHER CEREBROVASCULAR DISEASE
340	A223	** 二十一、多發性硬化症	MULTIPLE SCLEROSIS
359.0 359.1	A229	** 二十二、先天性肌肉萎縮症	CONGENITAL MUSCULAR DYSTROPHY
694.9	A429	** 二十三、先天性水泡性皮鬆懈症(穿山甲症)	CONGENITAL EPIDERMOLYSIS BULLOSA
030	A032	** 二十四、癩瘋病	LEPROSY
		二十五、其他經保險人認定後，由主管機關公告之傷病	

前加註"*"者，係八十四年四月二十七日公告增修項目

前加註"**"者，係八十四年七月一日公告增修項目

四、給付概況

截至民國八十四年十二月底止，10 個月間醫療給付合計支出 1,534 億元；其中門診費用 996 億元，占 64.9%，住院費用 537 億元，占 35.1%；門診人次 1 億 9,630 萬 4,465 人次，平均每人每年門診 12.8 次，住院人次 203 萬 4,594 人次，平均每千人每年住院 123 次。

陸 醫療服務及費用審查

全民健康保險醫療服務內容大致分為住院與門診。在門診部分，除西醫、中醫及牙醫外，尚有預防保健及居家照護，此 2 項醫療服務係全民健康保險開辦後新增的醫療服務，預防保健內容包括孕婦產前檢查、兒童預防保健服務、婦女子宮頸抹片檢查及成人預防保健檢查。截至民國八十四年底，已開辦的預防保健服務有兒童預防保健服務、孕婦產前檢查、婦女子宮頸抹片檢查。由於全民健康保險係強制性的社會保險，納保人數劇增，加上各項醫療服務陸續推動，申報費用亦隨之不斷成長。醫療費用之審查更形重要。

全民健康保險醫療服務及費用審查的目的，除規範診療行為，保障保險對象醫療照護的品質外，亦期望合理管控醫療費用。有關醫療服務審查之法規依據，除全民健康保險法外，為利實際作業有所依循，衛生署訂定了「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」及「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」，中央健康保險局亦訂定「全民健康保險醫療費用專業審查抽樣作業要點」、「全民健康保險特殊診療項目及藥材事前審查作業要點」。

一、審查組織及任務

依「中央健康保險局醫療服務審查委員會設置辦法」成立醫療服務審查委員會，其下設審查小組及地區審查分組：

(一) 醫療服務審查委員會

由中央健康保險局遴聘具五年以上教學、臨床或實際經驗之醫藥專家 26 人至 31 人為委員組成。經中央健康保險局洽請全國各醫學院、各醫學會、各協會、各醫師公會全國聯合會及消費者文教基金會等單位推薦符合資格之醫藥專家，再依業務實際需要予以延聘。全民健康保險開辦第一年計延聘 29 位委員。審查委員會為審查醫療服務需要，提報中央健康保險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。醫療服務審查委員會每 3 個月召開 1 次審查委員會，必要時得召開臨時會議，研討審查業務方針、審查規範及審查作業原則等。召開審查委員會時，審查小組及地區審查分組召集人為當然出席人員，相關審查醫事人員(醫師、藥師)則列席參加。

(二) 審查小組及地區審查分組

中央健康保險局經洽請全國性及六分局地區相關醫事團體推薦人選後，再由中央健康保險局就科別實際需要及地區分配情形遴選聘用，第一年計延聘 60 位審查醫事人員(含藥事小組審查委員 11 位)，各分局計延聘 707 位審查醫事人員。其中臺北分局 202 位，北區分局 96 位，中區分局 139 位，南區分局 110 位，高屏分局 110 位，東區分局 50 位。全民健康保險醫療給付業務量較公、勞保增加很多，審查醫師來源亦較原公勞保廣泛且充足，有助於提高醫療服務審查品質暨效率。

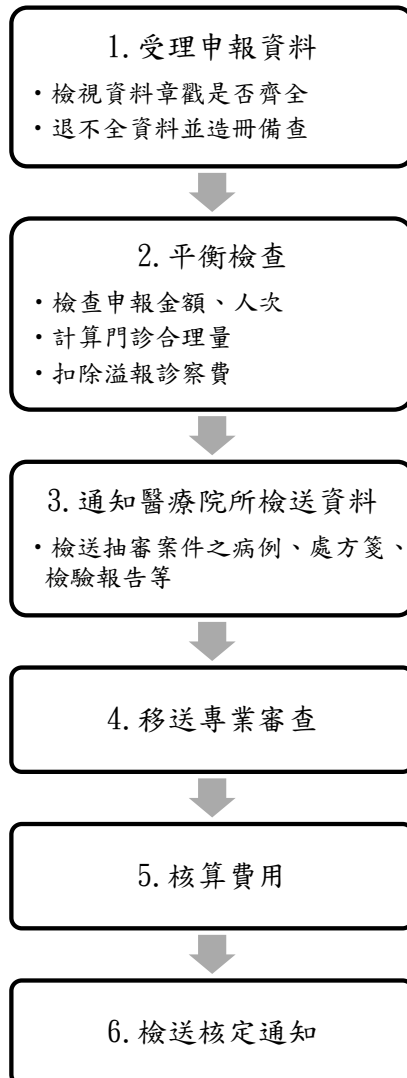
單位	審查醫事人員
總局	60
臺北分局	202
北區分局	96
中區分局	139
南區分局	110
高屏分局	110
東區分局	50
合計	767

二、規劃醫療服務審查作業

依據「全民健康保險醫療服務機構醫療服務審查辦法」規劃行政審查及專業審查作業流程：

(一) 行政審查

中央健康保險局行政人員針對特約醫事服務機構每月申報之醫療費用資料進行行政審查，審查項目包括保險醫事服務機構資格、資料填載完整性、檢附資料齊全性、給付範圍核對、論病例計酬案件基本診療程式之初審、申報金額平衡檢查、診所門診合理量計算等。行政審查作業流程如下：



（二）專業審查

中央健康保險局遴聘之審查醫事人員針對特約醫事服務機構每月申報之醫療費用資料進行專業審查。審查項目包括用藥種類及份量、治療材料使用、處置手術及其他治療方法予病情診斷是否相符或重複、檢查或檢驗是否為必要、收治住院案例或住院日數是否適當等。

三、簡化專業審查作業

全民健康保險開辦初期，由於二千三百萬國民均可持健保卡就醫，導致醫療院所申報案件較公勞保時期激增，中央健康保險局考量人力配置及行政成本，無法針對每一件申報案件進行審查，爰簡化作業採行隨機等距抽樣方式審查，並以樣本核減率，按比例回推至母體案件進行核減。醫療院所申報案件按月送至中央健康保險局各分局後，以隨機抽樣方式進行詳細審查，並就申報異常者，請其檢送病歷、處方箋、檢驗報告等相關資料，進行專業審查。至抽樣審查作業之進行則依門診及住院分別辦理：

（一）門診案件：

特約醫院之門診案件，先依西醫、中醫、牙醫分類後，西醫部分另分慢性病及其他二層進行隨機等距抽樣。

（二）住院案件：

特約醫院申報之住院案件依 1. 內科系（內科、家庭醫學科、神經科、放射線科、核醫科、結核科、洗腎科等）；2. 外科系（外科、神經外科、整形外科、麻醉科、病理科）；3. 小兒科系；4. 婦產科系；5. 骨科系（骨科、復健科）及 6. 其他科系（泌尿科、耳鼻喉科、眼科、皮膚科、精神科、牙科、中醫科）分類分層隨機等距抽樣。

特約醫療院所申報之醫療服務案件，經電腦行政審查後，需整件核減，住院高額、特定醫療案件及不符合基本診療程序之論病例計酬案件，門診洗腎、居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、簡表案件，則不列入前述抽樣審查：

1. 高額及特定醫療案件採逐案審查，包括當次住院醫療費用達 50 萬元 (含 50 萬元) 以上，及實施危險性高之心臟、骨髓、腎臟移植手術之住院案件，不列入抽樣審查，另為維護審查品質一致，統籌由總局審查。
2. 剖腹生產手術採論病例計酬方式支付醫療費用，論病例計酬案件之專業審查，主要係就其醫療適當性及品質進行審查，不列入抽樣審查，保險對象因不符醫學上適應症而自行要求施行剖腹生產手術者，依自然產之定額支付，其餘超出之醫療費用不予給付；施行剖腹產比例偏高、異常者，應加重審查，並於必要時採行實地審查。
3. 門診洗腎除紅血球生成素 (EPO) 外，係採定額支付每次四千元，另居家照護、精神疾病社區復健、預防保健、門診簡表案件因採定額支付醫療費用，均不列入抽樣審查。

四、規劃事前審查作業

對於危險性高、易為醫療人員不當使用或過度使用之醫療服務，如心臟移植手術、骨髓移植術以及體外電震波碎石術於 30 日內實施同側第 3 次以上治療者、價格昂貴且易浮濫使用之特殊材料，如脊椎內固定器、人工有機合成骨 BOP 申請數量超過兩包者、人工心律調節器、人工髖關節、人工肘關節、人工膝關節及有明顯副作用之藥物，列為事前審查項目。特約醫事服務機構提供醫療服務前，先向中央健康保險局提出申請，由中央健康保險局進行事前審查。為保障醫療服務品質，避免病人接受不必要治療及濫用醫療資源，事前審查項目明訂施行手術及醫院之條件、適應症，及申請應檢附之文件。其中心臟移植及骨髓移植由總局審查，其餘事前審查項目由各地區分局審查。

五、研訂各科審查注意事項及藥品使用規範

在公勞保時代，醫療院所或因對支付標準認知差異，致申報費用被刪減。另因不同審查醫師對支付標準診療項目適應症認定不一，致相同的病症，因審查醫師不同而有不同的審查結果。中央健康保險局為期各分局審查標準趨於一致，於民國八十四年七月底分別由審查委員會審查委員擔任各科召集人，負責邀集總局審查

小組及各地區審查分組醫師就 13 科別召集專科會議，研訂各科審查注意事項，於民國八十四年八月一日公告「全民健康保險各科審查注意事項」，並函知各分局據以執行，有助於提高審查的標準一致性。

經彙整各專科審查會議與藥事小組會議討論事項，研訂「全民健康保險醫療費用審查注意事項」及「全民健康保險藥品使用規範」，通函各分局轉知特約院所，作為中央健康保險局審查與醫事服務機構申報費用之參考。

六、監督強化審查品質

為避免各分局審查分組專業審查尺度不一致，針對各分局所送高額案件（50 萬元以上之住院案件）及特定案件（心臟、腎臟及骨髓移植）集中於總局審查，並對各分局審查醫師所審案件，採隨機抽查複審，維持各分局一致性的審查品質。

特約醫事服務機構對申報之醫療服務案件審查結果有異議時，得於中央健康保險局通知到達之日起六十日內，列舉理由申請複審。複審案件及申請爭議審議案件，不交由原審查醫事人員（醫師、藥師）審查，必要時可會同原審查醫事人員進行審查或召開審查會議處理。爭議審議案件則須由二位審查醫事人員審查。

訂定「醫療服務審查委員會審查小組抽審地區審查分組審畢案件作業要點」，針對各分局審查醫事人員審畢之案件進行抽審，經評量審查結果不適當者，予以監督改進。

七、亟待建立完整的醫病檔案分析

檔案分析是運用統計學原理，快速進行同質性群體中的異常個案分析，可建立高效率的異常管理。

完整的醫病檔案分析，利用資訊系統進行醫事機構檔、醫師檔、病人檔等檔案分析，對於就診人次、平均費用、住院日數及各類案件之件數占申報總件數之百分比等有異常之醫事服務機構及個案，移供專業審查參考，有助於提高醫療服務審查效率及審查一致性。

全民健康保險開辦後對特約醫事服務機構申報醫療費用資料之審查，已取消公勞保時代適用的「免審範圍」，建立檔案分析制度，可篩檢異常申報資料強化專業審查，並作為稽核或輔導之依據以導正醫療行為，確保醫療服務品質。

柒 健保卡規劃與發行

一、健保開辦、全民有卡

全民健康保險實施後全體國人都是保險對象，且全民健康保險為集中單一的健康保險制度，而過去公、勞保制度，保險憑證具證明保險身分、催繳保費、控制就診率、查核醫事服務機構醫療費用申報等功能，全民健康保險時期就診單制度是否還要沿用？健保局籌備處時期，衛生署已決定全民健康保險之保險對象於就醫時仍應持就醫憑證就醫，此就醫憑證即為後來的健保紙卡。

此外，當時的全民健康保險法規定，全民健康保險實施後 2 年，如全國平均每人每年就診數超過 12 次，即應採就醫自負額制度。為從健保紙卡瞭解平均每人每年就診次數，健保局籌備處即以每人每年使用兩張健保紙卡的機制，發行一次 6 格的健保紙卡。

二、健保紙卡發行

全民健康保險卡設計之功能包括以下各項：

- (一) 促使投保—持卡就診的作用。
- (二) 催繳保費—定期換卡的功用。
- (三) 促使謹慎就醫—訂有格數的作用。
- (四) 及時偵測防弊—回收檢查的作用。
- (五) 複核就醫情形—登錄就醫紀錄的作用。

使用健保紙卡作為就醫憑證一事，在當時的全民健康保險法及施行細則中均無規範。因此，中央健康保險局積極研訂「全民健康保險就醫憑證使用及管理須

知」，並且依全國人口數及預估可能的使用量規劃，委商印製健保紙卡。健保紙卡順利在民國八十三年十二月二十日印製完成，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。投保單位轉發全民健康保險就醫憑證配合事項如下：

- (一) 全民健康保險就醫憑證依適用之對象不同，4 歲以上使用健保卡，未滿 4 歲使用兒童健康手冊（另寄）。請將印妥保險對象資料之 A 卡，轉發保險對象收執，自全民健康保險開辦日起使用。
- (二) 空白 B 卡暫時留存，於保險對象 A 卡用完後，再予換發。
- (三) 民國八十三年十二月以後轉換投保單位的保險對象 A 卡仍由原投保單位發給。投保對象因服兵役、戶籍遷出國外、死亡、服刑、失蹤滿 6 個月而喪失投保資格者，應將健保 A 卡繳回中央健康保險局。
- (四) 民國八十三年十二月以後加保者（原單位已發卡者除外），或民國八十三年十二月以前已加保，因身分資料不符未能列印 A 卡者，造補領 A 卡名冊。
- (五) 寄發 A 卡時隨同寄發保險對象人數 10% 數量 B 卡予投保單位備用，民國八十四年四月初另行寄發 20% 空白 B 卡，如不敷使用時，可向轄區分局申請備用卡，每次 10%，累計不得超過投保單位人數 50%。
- (六) 民國八十四年四月中旬寄發空白 C 卡給投保單位備用，如不敷使用時，可向轄區分局申請備用卡，每次 10%，累計不得超過投保單位人數 50%。

第五類及第六類保險對象各鄉、鎮、市、區公所已自民國八十四年二月十六日起受理民眾加保，已辦妥加保手續者，公所填發健保 A 卡給民眾。

民國八十四年二月二十五日中午，因衛生署張博雅署長轉達行政院指示三月一日全民健康保險正式開辦，中央健康保險局立即啟動加速健保紙卡發放緊急作業。

民國八十四年二月二十六日上午，中央健康保險局 6 個分局及全國 369 個鄉（鎮、市、區）公所開始湧入大批人潮申領健保紙卡，但即使動員機關內所有人力，仍抵不過現場不斷湧入的民眾。中央健康保險局也認知到，不可能在民國八十四年三月一日全民健康保險開辦時達到「人人有卡」。因此立即啟動應變機制，中央健康保險局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民國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，以及有勞保、農保、福保者，可拿民國八十四年三月份勞、農、福保的門診單或就診單以全民健康保險身分就醫，以紓緩申請健保紙卡人潮。

接著持續約有半個月的期間，已完成投保手續者的投保單位或保險對象，仍然不斷湧入中央健康保險局各分局申請健保紙卡，同時公所也面臨大批無職業的地區人口辦理投保及申領健保紙卡。好在隨著領到健保紙卡的民眾人數增加後，申請健保紙卡的人潮也逐漸減少，領卡人潮大約在民國八十四年三月中旬也逐漸平息。

三、換卡據點增設

健保紙卡 6 格用畢，投保單位有備用空白健保紙卡提供換卡，中央健康保險局所轄 6 個分局及各縣市健保聯絡辦公室也可供民眾臨櫃換卡。但是民眾往往在就醫時才發現健保紙卡 6 格用畢，因此需自墊費用就醫，再憑新換的健保紙卡到就醫的院所辦理退費。民眾認為換卡地點太少，於是向中央健康保險局反映應增加換發健保紙卡場所以提高方便性。

民國八十四年底，中央健康保險局經研究後，為兼顧換卡的方便性又不致換卡浮濫，認為以公立醫院協助設置換卡據點比較便宜。因此，中央健康保險局各分局經理逐一拜訪轄區的公立醫院院長，院長們均能體認公立醫院的角色與責任，多接受在醫院設立換卡據點。八十五年三月，終於所有的公立醫院正式同意提供人力辦理健保紙卡的換卡作業，八十五年五月至七月，公立醫院發卡據點已逐一正式運作，中央健康保險局派至臺北、中區、南區、高屏等 4 個健保分局轄區，各擇一公立醫院換卡據點進行訪視。訪視的結果出乎意料，醫院動員志工朋友協助換卡的工作，換卡作業十分順利，人潮都在人力容許範圍內，申請換卡的民眾也多感到方便。

尤其可貴的是，志工朋友誠懇及熱心，一改換卡據點的忙亂，取而代之的是溫馨和諧的畫面，也說明了中央健康保險局在公立醫院設立換卡據點的抉擇十分正確。此時中央健康保險局設置了 279 處換卡據點，以利民眾換領健保紙卡的方便性。

為方便保險對象換卡，自民國八十四年五月份起，陸續提供多項便民措施：

- (一) 保險對象除可向投保單位換領次卡外，亦可持已用完之卡片身分證明文件，就近向全民健康保險各分局、所屬聯絡辦公室、各聯合門診中心、臺北、臺中、高雄三所榮民總醫院、北高二市市立醫院、臺灣省各省立醫院等共據點換領次卡。
- (二) 開放 70 歲以上國民、殘障人士、慢性病患者、重大傷病患者可持未用完之卡片向各換卡據點領取備用卡，即可同時持有兩張健保卡。該兩項便民措施實施後，才紓緩各分局及各公所申請健保卡之人潮。

民國八十四年全年共計發出約 2,288 萬 7 千張 A 卡，1,218 萬 7 千張 B 卡，995 萬 1 千張 C 卡。

民國八十六年初，中央健康保險局於換卡據點，正式啟用以電腦印表機將申請人換卡姓名、出生日期、身分證統一編號以及卡別英文字母序號，自動列印於健保紙卡中，以取代人工填寫，提升了健保紙卡換卡速度，以及健保紙卡持卡人個人資料的正確度。

四、年度新卡換發制度

中央健康保險局原規劃每年一月一日起用年度新的健保紙卡，由於民國八十四年三月一日健保正式開始運作，急待解決的業務繁多，籌備印製八十五年年度健保紙卡新卡時間不夠。因此，中央健康保險局決定八十五年年度開始仍沿用八十四年版的健保紙卡，但民國八十六年以迄至九十一年，每一年度開始都使用年度新卡。

由於全民健康保險之保險對象高達 2,300 萬人，中央健康保險局在每一年度開始之日，即一月一日當天，必須保證每一位保險對象都能夠拿到年度第一張健保紙卡，即所謂的健保 A 卡。因此，每年製發健保 A 卡作業都是中央健康保險局的年度重大工作。

為了保證每一位保險對象年度開始能拿到當年度健保 A 卡，中央健康保險局訂有一套嚴密的工作流程，且不能出錯。健保 A 卡製發流程大致如下：

- (一) 每年預估加上愈接近年底，會有愈多民眾湧入公所領取健保 A 卡。臺北市次年度健保紙卡的使用量，於 7 月底以前完成委商招標採購事宜。
- (二) 得標廠商必須通過中央健康保險局年度健保紙卡版面圖樣、紙卡品質及預印樣張合於採購規格後，始得大量印製年度空白健保卡。
- (三) 得標廠商須於每年十一月下旬，開始分批將次年度空白健保紙卡，連同填寫健保卡須知，一併寄至高達 70 萬以上的投保單位。
- (四) 投保單位之承辦人於十二月底以前，逐一將所屬保險對象的姓名、出生日期、身分證統一編號及健保卡之卡別 A 填入空白健保紙卡的欄位後，交給保險對象。

由於鄉(鎮、市、區)公所為全民健康保險法中所明定為其轄區第五類及第六類保險對象的法定投保單位，因此，公所肩負發放年度健保 A 卡的工作。但因第五類及第六類保險對象與公所不具有受僱關係，必須由保險對象主動至公所領取，使得公所發放年度健保 A 卡的作業較其他類投保單位更加困難。

加上愈接近年底，會有愈有多民眾湧入公所領取健保 A 卡。臺北市政府為了疏解年度民眾領取健保 A 卡的人潮，於民國八十五年八月間，決定強化里幹事下里服務功能，因此民國八十六年度健保 A 卡由里幹事逐一發送至其轄之第五類及第六類保險對象里民的手中，不再承襲原本自行領取的規定。臺北市政府為了貫徹這項服務，特別訂了八十六年度健保 A 卡發送目標值及獎懲規定。

這項便民措施，中央健康保險局深受感動，並積極配合提供公所端電腦功能，使公所健保課的電腦能列印健保 A 卡發放名冊，還可依健保 A 卡發卡名冊逐一配對，將保險對象姓名、出生日期、身分證統一編號以健保 A 卡由電腦印表機自動列於空白健保紙卡的欄位中。臺北市政府這項創舉十分成功，除了有效的疏解臨櫃申領八十六年度健保 A 卡人潮，也贏得民眾高度肯定，更讓里幹事在便民服務中，獲得里民的肯定與實質獎勵，可說是三贏的局面。

五、健保 IC 卡試辦計畫

健保紙卡的方便性雖已較勞保時代改善，但當時全民健康保險就醫憑證除了健保紙卡外，還有重大傷病卡、兒童健康手冊、孕婦手冊等，有時就醫需要帶 2-3 張不同的證件，相當不方便。一張健保紙卡可提供 6 次就診，但 6 格用完就要換卡，而且每年也要換發新卡，不但行政作業相當繁複，投保單位亦須配合受理換發健保紙卡的服務，造成投保單位額外的工作負荷。因此，健保局籌備處時期就已有使用「一卡到底」的健保 IC 卡規劃，只是礙於開辦在即，「健保 IC 卡」應涵蓋的功能也還需相關研討，因此暫時擱置。

行政院在民國八十四年五月即指示中央健康保險局以 IC 卡為基礎，發展「一卡到底」的健保 IC 卡。一開始的構想原本是直接採用健保卡上印妥之條碼，但因條碼式健保卡無法記載民眾之就醫紀錄，將無法達到健保卡設計之各項功能，期間由夏政務委員漢民領導之國家資訊通信基本建設專案推動小組根據資策會之構想，認為在客觀條件完全配合之情況下，應可以使用 IC 卡為健保卡，是以積極協助中央健康保險局進行健保卡之改革工作。

健保卡之改革工作必須顧及到下列五項重點：

- (一) 以便民且保存保險醫療憑證功能為目的。
- (二) 以現代科技刷卡一卡到底為手段。
- (三) 以結合其他卡片功能（如轉帳、身分證明）為媒介。
- (四) 以實驗、試辦、推廣及全面使用為階段性作法。
- (五) 以避免改變醫療作業流程，降低發卡作業量為主要考量。

依循上列五項重點，「全民健保 IC 金融卡實驗計畫」自民國八十四年五月起規劃，歷經大大小小、正式或非正式的多次研商討論，並在獲得財政部金融資訊服務中心、郵匯局、多家銀行、以及醫療院所之協助與配合下，得以快速的於民國八十四年九月二十日起進行。本計畫於實驗階段主要著重在技術面之克服解決，即目的在於配合使用 IC 卡一卡到底之政策，研究及評估結合醫療與金融體系的最適宜技術與可行方法，並藉以評估對保險對象、醫療院所及中央健康保險局的影響，

以避免推廣後將造成之衝擊，中央健康保險局隨即在同年九月，於臺北市及澎湖縣兩地，小規模試辦實驗計畫使用健保 IC 卡就醫。

當時在臺北市是以中央行政單位的公務員為試辦對象，不過能使用試辦健保 IC 卡就醫的醫療院所不多，且參與試辦的醫療院所，即使使用健保紙卡也可受理就醫，使得參與試辦的保險對象，仍持健保紙卡就醫。因此，在臺北市試辦使用「健保 IC 卡」就醫的計畫並不成功。

但澎湖縣的試辦計畫卻相當成功。當地利用郵政局的提款卡 IC 晶片兼具「健保 IC 卡」功能執行試辦，且當地的醫療院所幾乎皆為全民健康保險特約參與試辦的醫療院所。澎湖可供換卡的據點不多，但健保紙卡 6 格用畢即需換卡，相比之下，民眾大多認為持「健保 IC 卡」的保險對象無換卡的問題，因此健保 IC 相當受到當地民眾的認同。

兩地的 IC 卡試辦計畫中，中央健康保險局獲得的寶貴經驗是，試辦區內全部全民健康保險特約醫療院所必須均可使用「健保 IC 卡」及「健保紙卡」，參與試辦的保險對象自然會感受到使用「健保 IC 卡」的方便性，而提高使用「健保 IC 卡」的機率。若試辦區未參與試辦的醫療院所大於參與試辦的全民健康保險特約醫療院所，則對參與試辦的保險對象就沒有使用「健保 IC 卡」的誘因，不易提高保險對象使用「健保 IC 卡」的機率。

捌 資訊系統建置

一、草創時期之困境

為建置一套完善電子化資訊系統，資訊團隊備受壓力、歷盡艱辛，還必須不斷從挫敗中理出可行之道，這一路且戰且走，全憑堅毅的信念與努力，隨著全民健康保險順利上路，資訊系統的草創困境已然轉化為一篇精彩絕倫的扉頁。

（一）和時間賽跑的前置作業期

在資訊系統全面建置完成之前，資訊團隊必須密切與業務單位洽談需求，再與資訊廠商協調機器設備、系統開發及各項資料庫之建置，為此每天總有開不完的會議，有時甚至是2場以上的資訊會議同時召開，時任資訊團隊大家長的李菱菱組長總是親自率領同仁，奔走於不同樓層的會議室之間趕場開會。

每一場會議結束後，資訊人員除了接續整理會議紀錄，還要忙著準備下一場會議所需資料，當時經常是前一場會議紀錄尚在陳核中，隨後又陸續開了數場會議，導致會議紀錄始終處於延遲狀態。

然而辛苦訂下的會議結論，卻經常因為政策調整、便民考量以及時間限制等因素而被推翻，面對混沌未明與充滿變數的工作，資訊團隊總能臨危而不亂，想盡辦法在千頭萬緒中理出一條清晰可行之路，快速、確切地將業務單位的需求協調合作之資訊廠商進行調整。

（二）完成期限「明日限定」

雖然全民健康保險在籌備期間，已完成資訊系統基礎架構之前置規劃與重要應用系統之開發，待全民健康保險正式開辦，經總局及分局作業人員實際測試使用後，即提出諸多新增及修改的需求。但所謂「牽一髮而動全身」，用在形容資訊系統結構真是最貼切的描述，往往一個小小修改，卻需要更動數十支程式，然而在隔行如隔山的氛圍下，不理解作業細節的業務單位卻總是將完成時間訂在「明天」。

由於體認到業務單位乃是求好心切，且提出的更改需求都屬必要措施，為了完成任務，資訊人員無奈只得扮起黑臉，強力要求資訊廠商必須在期限內完成程式修改；可是資訊廠商、系統架構及機器設備總有其負荷極限，在某些狀況下若不及時踩剎車，恐將危及整個系統，也可能讓以往的努力付之一炬，這時資訊人員只能轉而拒絕業務單位變更的要求，為此資訊團隊經常面對「裡外不是人」的兩難局面。

幸好經過資訊廠商專業的評估與修飾，在系統可以負荷的前提下，充分滿足業務單位的需求，也讓全民健康保險資訊系統能夠在極短的時間內穩健上路、運行無礙。

（三）分散式資料庫的困境

全民健康的組織架構包含總局及 6 個分局，其下共佈署 7 個機房、7 套軟硬體設備與 7 大網路連結系統，乃鑑於每日的收入面及支出面之進出資料量過於龐大，「分散式資料庫」是開辦當時不得不採行的系統建置方式，如何使各資料庫之間保持無時間落差之一致性，以及如何傳輸大量資料，在在考驗著資訊團隊的辦事效率與解決能力。

但首先遇到的難題就是資料校正困難重重，雖然總局和分局工作人員所負責的工作範疇相同，但由於資料庫大小不一，所需時間及處理速度自然大不相同，以業務量最大的臺北分局來說，每日所處理的資料量便占中央健康保險局總資料量近 1/3 之多，每日例行流程經常到次日上班時間還未更新完成，而新的線上作業又在同步操作，資料產生落差便成了無可避免之事，且不斷形成惡性循環，讓分局人員及資訊團隊恨不得 1 天有 48 小時可用。

由於全民健康保險上游資料來自多方，因格式相異、定義不同，在匯入資料庫時，或多或少會產生結構性的資料錯誤，釐正工作刻不容緩，資訊端能夠修正的錯誤可直接在系統內進行資料更改，但部分異常個案，在當時資訊負荷過重，且上線期限迫在眉睫的情況下，只能委由分局人員逐筆處理，然而分局人員辛苦地挑錯、進行更正，卻因為資料庫應用程式未即時同步處理而一再出錯，必須一而再、再而三地重複修改，資訊團隊也是處於疲於找錯，修補漏洞的困境中，這段期間皆是苦不堪言。

（四）資料庫頻頻毀損的惡夢

回顧全民健康保險資訊系統建置過程，從選定地點建造機房，至全面上線運作，前後只花不到一年的時間，卻能夠提供高效率處理速度與高品質服務內容；再加上全民健康保險資訊系統採取分散式架構與開放式系統，總資料量超過 2,000GB，以及使用者端採用專用的中文系統作業 (MITUX) 平臺，

來執行開放系統下中文環境的操作，在當時均屬全球首例，種種突破皆深獲國外專家讚歎。

喜極後悲的當機卻是揮不去的夢魘，由於系統複雜及功能需求遠較預期多，設備能量明顯不足，且全民健康保險籌備期過於倉促，並未留給系統建置必要的調整時間，以致於上線後不久，總局及 6 個分局便開始接連發生嚴重資料庫毀損 (Database Crash) 狀況，其中尤以資料量最大臺北分局最為嚴重。由於資料量過於龐大，重建資料庫往往需耗時 3~5 天，在原本時間已不夠用的情況下，更是屋漏偏逢連夜雨。

資料庫毀損的惡夢不斷重演，各分局資訊主管三更半夜接到當機通知電話已是常態，當機惡夢有時還會進入夢中，在睡夢間囁語不斷或驚醒狀，皆成了資訊主管家人茶餘飯後的笑柄；負責重建資料庫的資訊人員，若非電話接到手軟，就是奔波於不同地點的機房，日以繼夜進行資料庫重建工作，曾有一位資訊人員的太太感嘆道：「先生總是不斷加班，家裡有事還得打電話到各分局機房找人。」

資訊人員在搶救資料的同時，也不停地思考解決方案，想方設法避免膽戰心驚的當機惡夢不斷重演，所幸經過眾人同心協力協調與解決，資訊系統終於穩定下來，但曾經歷過的資料庫毀損事件，在資訊團隊的心中是永遠揮之不去的夢魘。

(五) 全民健康保險資訊系統正式上路

經過大規模的資料調查、彙整及建檔後，全民健康保險資料庫載入約有 900 萬筆被保險人及 1,200 萬筆眷屬資料，由於建檔初期資料的正確性尚待一一確認及調整，單單資料重複筆數即為數可觀，再加上投保身分類別一共細分為 6 類 13 目，每類每目都有不同的保費負擔計算方式，另外還有各種保險費補助、重複加保、追溯加退保、當月轉進、轉出之計算規定，要處理如此複雜的資料檢核及計算公式，應用程式之撰寫已相當困難，電腦主機又不勝負荷，計費時間冗長（將資料檔切分成 1~2 百段同時執行，仍需耗時 8~9 天方能完成）。

經過無數次的系統修正之後，為了爭取時效，資訊團隊決議快速修改 80 餘支計費程式，同時選擇資料量最少的東區分局進行保費核計與繳款單試開作業。

由於時間緊迫，總局和分局資訊人員日以繼夜在東區機房趕工，雖然早已訂了住宿飯店，一群人卻在辦理住房登記後神隱，直到第 5 天才現身，讓飯店服務人員十分不解，原來資訊人員連續數日熬夜趕工，累了就睡在機房報表紙箱上，形成一大奇觀，最後終於在眾人齊心協力之下，於限期 7 天內成功開出第一張繳款單。

在趕工測試保費核計系統期間，還發生了一段小插曲。由於被推選為開單測試地點，東區分局蔡文欽組長承受莫大壓力，除了指派承保業務同仁全程留守在辦公室外，每隔 2 小時就送來在地有名的花蓮西瓜，讓不眠不休駐守在機房的資訊人員提神，一來慰勞眾人的辛勞，二來藉此機會了解趕工進度，資訊人員在吃西瓜的同時，也承受著成果回報的壓力，據傳有人員經此一役之後，每回提到吃西瓜都有莫名恐懼，被笑稱是得了「西瓜症候群」。

由此可知，為了開出全民健康保險的第 1 張繳款單，資訊人員當時承受了多大的壓力，然而就是因為大家的犧牲與努力，終於在民國八十四年六月開出了第 1 張繳款單，全民健康保險歷史新頁於焉啟航。

(六) 以艱難為始，收甘甜之果

回想籌備與開辦之初，資訊系統經歷了無數規劃、開發、測試及建置等艱辛歷程，由於資料龐大、來源多元，再加上時間的限制，讓資訊人員倍感壓力，幸而眾人皆有共識，為了讓全民健康保險能夠順利推行，及時完成建置資訊系統勢在必行，每位同仁莫不卯足全勁，不僅主動犧牲休息時間，更將 1 個人當作 3 個人使用，那段日子足可用「堅苦卓絕」來形容。

隨著一個個資料庫建置完成，一支支程式串聯上線使用，同仁們終於嚐到甘甜的成果，眼見全民健康保險從步履蹣跚到步上軌道，至今更成為全世界有目共睹的成功社會保險典範，為幕後推手之一，資訊團隊深深為此感到與有榮焉。

二、資訊系統配置及架構

全民健康保險資訊系統為分散式處理之作業環境下採開放式主從模式架構 (CLIENT-SERVER)，資訊系統配置及敘述如下：

(一) 架構說明：

1. 資訊系統管理權責

- (1) 總局統籌管理資訊系統之開發、維護、建置與教育訓練，並訂定資訊作業流程與資料權責管制措施。
- (2) 分局負責系統設備操作、管理及教育訓練等事宜。

2. 電腦設備安裝地點

總局及各分局分別裝設電腦主機處理轄區內全民健康保險業務，各作業點透過行政資訊網路交換資訊。分局依所轄區域須處理的業務量區分為臺北、北區、中區、南區、高屏及東區分局等 6 個分局，規劃之機房及設備裝設地點為臺北市、桃園縣、臺中市、臺南市、高雄市及花蓮縣，詳述地址如下表：

局點	地理位置	坪數
總局	臺北市信義路三段 140 號 12 樓	約 86 坪
臺北分局	臺北市公園路 15 之 1 號、8 樓	約 98 坪
北區分局	桃園縣桃園市中正路 1309 號 B1F	約 90 坪
中區分局	臺中市民權路 95 號 11 樓	約 85 坪
南區分局	臺南市中區公園路 96 號 7 樓	約 90 坪
高屏分局	高雄市中正四路 259 號 12 樓	約 95 坪
東區分局	花蓮縣花蓮市軒轅路 36 號 4 樓	約 42 坪

(二) 作業架構

各作業點於其主機上處理全民健康保險業務，分別存放轄區內作業產生、使用之資料，總局存放其權責範圍內辦理業務所需之資料及全國彙整性資料；至於各分局經常使用之保險藥材資料、支付標準資料則重複存放於各作業點。各分局須跨區查詢或檔案傳送保險對象或投保單位資料，此外，須定期傳送業務相關資料至總局。

（三）主從模式架構

全民健康保險為分散作業環境下採主從模式架構，各作業點內均設置區域網路共享資源。

（四）網路架構

中央健康保險局採用交通部之行政資訊網路作為網路主幹，以專線與各分局所在地之行政資訊網路節點連接，並以 x. 25 分封網路作為備援線路。

（五）與全國醫療資訊網 (HIN) 關連

全國醫療資訊網之建立，醫事機構為當然之網路使用者，因此，全民健康保險實施後，為簡化與便利醫事機構電腦連線作業，醫事機構可使用與 HIN 連線之線路、經其區域資訊交換中心向中央健康保險局申報保險醫療費用，全民健康保險資訊系統則不與醫事機構直接連線，而定期與 HIN 交換醫療費用申報相關資料。醫事機構所在地，若未設有 HIN 資訊交換中心，則其可經由市內電話線路撥接至行政資訊網路當地資訊接收站，再轉接至就近之 HIN 資訊交換中心。

三、系統簡介

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、決策輔助系統，地區團體投保單位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須之應用系統，第二類為開辦時所須之應用系統，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、保險對象管理、保費核計、保險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對象是否誠實申報投保金額，列於第三類系統，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 12 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、浮報等事件。

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，進而根據其統計各種數據，俾作為後續醫療費用審核之依據。

（三）醫務管理系統

中央健康保險局為提供被保險人適當之醫療保健服務，有關保險醫務，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中央健康保險局財務業務（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，中央健康保險局成立之後，即陸續有公、勞保局人員轉入服務，以及新進人員的報到、人員的管理及薪津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。中央健康保險局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

中央健康保險局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、保險費收催繳、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、六類人口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。

附錄十三

全民健康保險 專業人才近程訓練計畫

全民健康保險專業人才近程訓練計畫

行政院民國八十一年十一月二日台 81 衛 36630 號函核定

一、計畫名稱：全民健康保險專業人才近程訓練計畫

二、計畫依據：

(一) 行政院郝院長於民國七十九年九月立法院第八十六會期作口頭施政報告時指示「全民健康保險的推行，政府已完成第一階段的規劃工作，預定在今後四年內陸續擴大全民健康保險的範圍，至民國八十三年達到全面實施的目標」。

(二) 行政院民國七十九年六月三十日台 79 內字第 17173 號函核備之「全民健康保險制度規劃報告」中，建議辦理「第二期規劃急需人才的培訓」。

三、計畫目的：為因應全民健康保險於民國八十三年全面實施之實際需要，甄選規劃及執行有關人力，施予短期專業訓練，充實其專業知能，俾期全民健康保險業務之順利推展。

四、訓練計畫內容

(一) 計畫期間：民國八十一年七月起至八十三年六月底止，計兩年，每年一梯次，實際訓練時間為每梯次三個月。

(二) 訓練課程：

1. 第一階段國內專業知識講習，為期三週，每梯次 100 名，主要內容為：

(1) 社會保險與健康保險基本概念。

(2) 各國下列特定專題之比較：① 醫療費用支付制度。② 費用及品質審查。③ 高科技醫療管理。④ 保險財務管理。⑤ 地區團體保險制度。

2. 第二階段國外實習，為期兩個月，每梯次 20 名，分赴美國、加拿大、德國、日本及南韓等，分別實習下列不同之專業領域。

- (1) 醫療用支付制度 (每梯次 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。
 - (2) 醫療費用及醫療品質的審查 (每梯次 4 名)：分為保險機構與醫院兩類。
 - (3) 高科技醫療管理 (每梯次 2 名)。
 - (4) 保險財務管理 (每梯次 4 名)：包括社會保險會計制度、保險費精算及管理。
 - (5) 地區團體保險制度 (每梯次 4 名)：包括承保及財務等業務。
3. 第三階段綜合研討為期一週，以參加第一階段講習人員為受訓對象，主要內容為：
- (1) 國外實習專題報告。
 - (2) 綜合研討。

(三) 受訓人員遴選：

1. 第一及第三階段國內訓練課程由相關選送單位共推薦 100 名參訓 (受訓人員名額分配表，詳見表 31)；並以其中公、勞、農保主管機關、承保機關、衛生行政機關及醫療機構受訓人員中擇優選派 20 名，參加第二階段國外實習 (受訓人員名額分配表，詳見表 32)。
2. 受訓人員資格
 - (1) 承辦健康保險業務，具發展潛力之薦任級或相當等級以上之人員。
 - (2) 年齡在 50 歲以下者。
 - (3) 服務成績優良，最近三年內未曾受過刑事處分、懲戒處分或平時考核記過以上處分者。
 - (4) 參加第二階段國外實習人員，除應具備上述資格外，其外國語文測驗成績需達聽力、文法、字彙與閱讀能力平均在 50 分以上，且口試成績在 S-2 以上程度。

(四) 受訓人員權利與義務：

1. 受訓人員完成訓練，成績考核合格者，由行政院衛生署發給結業證書。
2. 參加第一、三階段國內訓練所需差旅費由送訓單位負擔；參加第二階段國外實習所需差旅費、實習費、手續費等，由行政院衛生署支給。
3. 參加第二階段國外實習人員，除應遵守「公教人員出國進修研究實習要點」有關規定外，並應於結訓後一年內，繼續擔任與健康保險有關職務，並接受行政院衛生署安排，擔任有關訓練或活動之講員。

表 31 全民健康保險專業人才近程訓練計畫 (國內訓練部分) 受訓人員名額分配表

單位名稱	推派名額
內政部 (含農保監理委員會)	2
銓敘部 (含公保監理委員會)	2
國防部	2
財政部	2
行政院秘書處	1
行政院主計處	1
行政院國軍退除役官兵輔導委員會	2
行政院勞工委員會	2
行政院衛生署	8
臺閩地區勞工保險局 (含勞保監理委員會)	12
中央信託局公務人員保險處 (含聯合門診中心)	8
臺灣省政府 (衛生處、社會處、勞工處、農林廳)	4
臺北市政府 (衛生局、社會局、勞工局)	3
高雄市政府 (衛生局、社會局、勞工局)	3
財團法人長庚紀念醫院等區域級以上之醫院 (每院分配 1 名)	48
總計	100

表 32 全民健康保險專業人才近程訓練計畫 (國外實習部分) 受訓人員名額分配表

單位名稱	推派名額
內政部	1
銓敘部	1
財政部	1
國防部軍醫局	1
行政院國軍退除役官兵輔導委員會	2
行政院勞工委員會	2
中央信託局公務人員保險處 (含聯合門診中心)	3
臺閩地區勞工保險局	3
各級衛生機關	4
醫院	2
總計	20

附錄十四

大專院校健康保險 相關課程分析摘要

大專院校健康保險相關課程分析摘要

一、研究目的

本調查研究之目的，主要在於了解現階段大專院校健康保險課程開設情形，包括開設課程在學校性質、教育層級及科系特性之分佈情形與差異性，並據此提出可行之建議。

二、研究設計

(一) 研究樣本

本次調查是以八十年度各專科(三、五專)、大學(學院)、研究所之科、系、所為主，主要的選擇標準有：1. 科系性質與保險有直接相關者，如銀行保險科、保險學系(所)；2. 科系性質與保險有配合關係者，如醫務管理、公共衛生、財務金融科系性質、經濟、醫學等系(所)；3. 科系性質與社會福利或社會行政有關者，如社會工作、公共行政系。共計選擇了144個科、系、所作為調查樣本。

(二) 問卷設計

本次調查是採用開放式的結構性問卷為工具，針對樣本科系目前已開設及未來擬開設與健康保險相關課程之情形，設計包含以下項目之問卷：1. 科、系、所名稱；2. 開設之相關課程名稱；3. 學分數；4. 課程開設年月；5. 授課教師。

(三) 資料處理及分析架構

回收之資料經檢視後，去除填具不全之部分，如學分數、開設年月、授課教師、未來擬開課程等項，最後決定選擇學校性質、教育層級、科系特性與開課種類四變項來做分析。分析架構旨在了解：

1. 不同的學校性質、教育層級、及科系特性，在開設健康保險課程上之情形與差異性。
2. 在不同的教育層級中，科系特性與開設課程之差異性。
3. 在不同的學校性質中，科系特性與開設課程之差異性。

三、研究結果

(一) 調查情形

144 份樣本經二次催覆，回收有效問卷 104 份，回收率為 72%。

(二) 研究結論

根據資料分析，主要結論如下：

1. 就科系特性而言，健康保險課程的開設，多集中於保險及公共衛生兩類科、系、所。
2. 就教育層級而言，健康保險課程於專科與研究所開設之比例，顯著高於大學，有兩極化傾向。
3. 綜合上述分析，健康保險課程的開設，多集中於專科中之保險科，以及研究所中的保險學及公共衛生研究所。

附錄十五

全民健康保險 大眾傳播宣導計畫綱要

全民健康保險大眾傳播宣導計畫綱要

80.8 黃乾全教育宣導組簡報

- 一、計畫目標：透過各種大眾傳播媒體，增進國人對全民健康保險之正確認識與態度，正確使用醫療服務，並能支持與配合政府施政及善盡自我保健之責任，促使全民康保險之順利推展為目的。
- 二、計畫時間：民國八十年一月一日至八十一年六月三十日。分第一階段民國八十年一月至六月（八十年度），第二階段民國八十年七月至八十一年六月（即八十一年度）。
- 三、宣導重點：根據第一期規劃工作成果評估及調查研究結果，本期宣傳內容包括何謂全民健康保險、全民健康保險的目的、全民健康保險的性質、全民健康保險的必要過程、實施全民健康保險的效果、保險財源籌措與分擔、保險財務責任制、保險對象、保險給付、部分負擔、保險體制架構、家庭醫師之優點、分級醫療與轉診制度、醫療網與基層醫療、醫藥分業、保險機構特約、醫療資源使用及健康保險支付制度。

四、計畫內容：

項目	方式	期程
1. 標語設計	(1) 由本小組就各相關健保議題分類製作標語。 (2) 委託新聞局於各廣播電台及電視播放，並製作標語幻燈片。	八十年度
2. 海報設計比賽	(1) 以徵得之標語為主題，訂定比賽辦法，公開徵求海報設計。 (2) 向有關學校、團體徵求作品。 (3) 第一名：1名。 第二名：1名。 第二名：1名。 佳作 20 至 30 名。	八十年度

(續)

項目	方式	期程
3. 全民健康保險專欄	在衛生報導「全民健康保險專欄」每期加印成系列專題報導分送教會、民間團體、各工商農會、學校、社會各階層每期 5,000 份。	八十年度 6 期 八十一年度 12 期
4. 報章雜誌宣傳	專欄活動，與各報章雜誌記者編輯聯繫。	八十、八十一年度
5. 電視宣導	(1) 短片宣傳：製作 10 集 (1 至 3 分) 供電視台、高速公路休息站、鐵公路站、醫院等放映。 (2) 幻燈片插播。 (3) 公共電視專輯 (署長上國事論壇等新聞性節目)。以上均委請新聞局製作、安排上檔播放。	八十年度 5 集 八十一年度 5 集
6. 廣播宣導	(1) 製作電視廣播節目提供全國 100 家電台。 (2) 公民營廣播電台聯播署長專談 (每週 1 次，每次 10 至 20 分) 請新聞局製作、協調電台播放。	八十、八十一年度
7. 編印系列宣導摺頁	(1) 將全民健康保險之主要內容及配合規劃之進度，以簡潔文字、圖樣以系列方式編印。 (2) 以提供各要保機關或團體為主，傳閱各被保險人。 (3) 每種預計印 10 萬張。	每 3 個月出刊 1 種，預計印製 6 種 八十年度 2 種 八十一年度 4 種
8. 海報印製	採用上列優勝作品 6 種印製海報各 3000 張。	八十一年度
9. 宣導月擴大聯合宣導活動	在八十一年度選定 1 個月為「全民健康保險」活動用，中央、省市、縣市及各鄉鎮以同一主題，發動各一致性大眾傳播及地方性宣導活動，辦法另訂。	八十一年度
10. 其他	配合應急宣導事則，作適時大眾傳播宣導。	八十、八十一年度

附錄十六

八十二年度行政院衛生署
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

八十二年度行政院衛生署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

81.05.11 衛署健保字第 8140374 號函知各大學申請補助

一、目的：我國將於民國八十三年度實施全民健康保險，為使此一制度順利推展，民眾對健康保險之了解，以及對相關措施之配合，乃非常重要。因此特訂本計畫，希望大專院校學生利用寒暑假期間，組隊下鄉辦理各項服務活動時，亦能參與全民健康保險教育宣導工作，以建立民眾正確之觀念，共同迎接全民健康保險之來臨。

二、申請資格：須具備下列條件

- (一) 各大專院校正式登記之服務團隊（服務隊、社團、系學會等）。
- (二) 八十一年暑假或八十二年寒假計畫辦理社區服務活動，並以全民健康保險教育宣導為服務活動重點之一者。

三、申請文件資料

- (一) 辦理活動計畫書參份，由所屬學校函送衛生署。計畫書內容要項如下：
 1. 教育宣導對象（含地點）。
 2. 教育宣導主題。
 3. 預期達成目標。
 4. 教育宣導活動內容（包括項目、時間及執行方式）。
 5. 人員配置及隊員訓練。
 6. 宣導品、器材之使用或製作。
- (二) 服務團隊簡史或前期服務成果報告。
- (三) 服務團隊基本資料及團隊成員簡介。
- (四) 暑假或寒假計畫前往服務地點之社經人口資料。

四、申請期間：民國八十一年四月二十七日至五月二十三日由所屬學校備文寄送前述（一）至（四）項文件資料至行政院衛生署全民健康保險規劃小組。

五、審查標準：各團隊所提辦理活動計畫應注意下列原則設計：

- （一）教育宣導對象與主題力求明確。
- （二）活動設計應配合服務團隊之特性與能力，並考慮服務地點之適當性。
- （三）安排相關訓練課程，增進團隊成員對全民健康保險之認識。
- （四）團隊組織之嚴密性及以往服務經驗，亦為評審標準之一。

六、徵選結果：評審結果，由衛生署於 6 月 10 日前，通知入選之學校社團。

七、經費補助：

- （一）經評審入選之團隊，由衛生署提供經費補助，原則上以兩萬元為限。
- （二）入選之團隊於執行活動計畫前，可向衛生署申請提供有關健康保險專業知識、教育宣導技術及宣導資料等方面之協助。

八、附註

- （一）入選團隊應按計畫書於八十一年暑假或八十二年寒假執行服務活動。
- （二）入選團隊執行服務活動期間，應與衛生署保持連繫。
- （三）入選團隊應於活動結束後二個月內，撰寫活動報告，併同活動照片送交衛生署。

九、本辦法若有未盡事宜，或需修正時，得另行通知。

附錄十七

八十三年度行政院衛生署
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

八十三年度行政院衛生署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

82.09.14 衛署健保字第 82061729 號函知各大學申請補助

一、目的：我國將於民國八十三年度實施民健康保險，為使此一制度順利推展，民眾對健康保險之了解，以及對相關措施之配合，乃非常重要。因此特訂本計畫，希望大專院校學生利用寒暑假期間，組隊下鄉辦理各項服務活動時，亦能參與全民健康保險教育宣導工作，以建立民眾正確之觀念，共同迎接全民健康保險之來臨。

二、申請資格：須具備下列條件

- (一) 各大專院校正式登記之服務團隊（服務隊、社團、系學會等）。
- (二) 民國八十二年暑假或八十三年寒假（或學期中）計畫辦理社區服務活動，並以全民健康保險教育宣導為服務活動重點之一者。

三、申請文件資料：

- (一) 辦理活動計畫書參份，由所屬學校函送衛生署。計畫書內容要項如下：
 1. 教育宣導對象（含地點）。
 2. 教育宣導主題（由申請團隊自定；相關資料請向衛生署全民健康保險規劃小組索取）。
 3. 預期達成目標。
 4. 教育宣導活動內容（包括項目、時間及執行方式）。
 5. 人員配置及隊員訓練。
 6. 宣導品、器材之使用或製作。
- (二) 服務團隊簡史或前期服務成果報告。
- (三) 服務團隊基本資料及團隊成員簡介。
- (四) 暑假或寒假計畫前往服務地點之社經人口資料。

四、申請期間：

- (一) 暑假出隊：民國八十二年六月二十一日至七月三十一日止
- (二) 寒假出隊：民國八十二年九月一日至十月三十一日止。
- (三) 由所屬學校備文寄送前述(一)至(四)項文件資料至行政院衛生署全民健康保險規劃小組。

五、審查標準：各團隊所提辦理活動計畫應注意下列原則設計：

- (一) 教育宣導對象與主題力求明確。
- (二) 活動設計應配合服務團隊之特性與能力，並考慮服務地點之適當性。
- (三) 相關訓練課程，增進團隊成員對全民健康保險之認識。
- (四) 團隊組織之嚴密性，及以往服務經驗，亦為評審標準之一。

六、徵選結果：評審結果，由衛生署於接獲申請計畫書一週內，通知申請團隊審查結果。

七、經費補助：

- (一) 經評審入選之團隊，由衛生署提供經費補助，原則上以兩萬元為限。
- (二) 入選之團隊於執行活動計畫前，應：
 1. 向衛生署申提供有關健康保險專業知識、教育宣導技術及宣導資料等方面之協助。
 2. 安排隊員參加由衛生署同仁講解之行前訓練。
 3. 派代表參加活動結束後召開之檢討座談會。

八、附註

- (一) 入選團隊應按申請計畫書預定之時間行服務活動。
- (二) 入選團隊執行服務活動期間，應與衛生署保持連繫。
- (三) 入選團隊應於活動結束後一個月內，撰寫活動報告，併同活動照片送交衛生署。

資料來源：

1. 楊銘欽，全民健康保險系列民意調查，行政院衛生署民國八十三年度委託研究計畫，中華民國公共衛生學會。
2. 民國八十二年五月二十八日行政院研考會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。
3. 賴俊雄，臺灣地區衛生人員對全民健康保險政策之認知與態度研究，行政院衛生署民國八十一年度委託研究計畫，私立中國醫藥學院。



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 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