



成長與蛻變

全民健保 與您牽手12年



衛生署署長/ 侯勝茂
歷(現)任健保局總經理/ 葉金川、賴美淑、張鴻仁、劉見祥、朱澤民
共．同．推．薦

全民健保與您牽手12年 成長與蛻變

中央健康保險局編著

中央健康保險局
2007年9月1日

Contents

- 002 序：攜手走過12年
侯勝茂
- 005 規劃與實施：破繭而出
葉金川、賴美淑
張鴻仁、劉見祥
朱澤民
- 029 第一章 實現全民有保目標
致力推動全民納保政策
保險憑證進入數位時代
- 059 第二章 平衡財務挑戰多
努力渡過財務難關
第一次財務危機
第二次財務危機
第三次財務危機
- 079 第三章 健保下的醫療服務
支付制度與醫療服務
健保藥品與特材
醫療審查保障品質及權益
- 109 第四章 創新體制邁向國際
創業之初立法維艱
健保外交大放異彩
- 135 第五章 資訊科技與健保
維繫健保運作的幕後功臣
資訊系統讓服務更有效率
精益求精迎接e世代
- 151 第六章 健保救災不落人後
緊急賑災應變
全民抗SARS總動員
- 167 第七章 分局落實在地服務
分局服務便民優先
關懷弱勢齊努力
- 186 中央健康保險局大事記

全民健保與您牽手12年 成長與蛻變

中央健康保險局編著

中央健康保險局
2007年9月1日



Contents

- 002 序：攜手走過12年
侯勝茂
- 005 規劃與實施：破繭而出
葉金川、賴美淑
張鴻仁、劉見祥
朱澤民
- 029 第一章 實現全民有保目標
致力推動全民納保政策
保險憑證進入數位時代
- 059 第二章 平衡財務挑戰多
努力渡過財務難關
第一次財務危機
第二次財務危機
第三次財務危機
- 079 第三章 健保下的醫療服務
支付制度與醫療服務
健保藥品與特材
醫療審查保障品質及權益
- 109 第四章 創新體制邁向國際
創業之初立法維艱
健保外交大放異彩
- 135 第五章 資訊科技與健保
維繫健保運作的幕後功臣
資訊系統讓服務更有效率
精益求精迎接e世代
- 151 第六章 健保救災不落人後
緊急賑災應變
全民抗SARS總動員
- 167 第七章 分局落實在地服務
分局服務便民優先
關懷弱勢齊努力
- 186 中央健康保險局大事記

攜手走過12年

健保是個寶 不能讓它倒



侯勝茂，國立台灣大學臨床醫學研究所博士、美國約翰霍普金斯大學公衛碩士、國立台灣大學醫學系學士。曾任行政院衛生署副署長、台大醫院副院長、省立台北醫院院長、台大醫學院醫學系主任、台大醫院骨科主任、台大醫學院骨科教授、中華民國手外科醫學會理事長、中華民國骨科研究學會理事長、中華民國骨科醫學會理事長，現任行政院衛生署署長。

全民健保開辦滿十二週年了，在這值得慶賀的日子，不免回想起一路走來的艱辛。回首來時路，如今心中除了感謝，還充滿了感恩。除了要感謝健保局全體同仁爲了全民福祉所付出的努力外，也感恩社會大眾對健保的支持。

全民的鼓勵，讓台灣成功踏出全民皆有健保的社會工程第一步，我敢驕傲地說，有了健保，全國人民即無後顧之憂，可以安心求學、工作、追求生命理想之實現，而不必擔心因病致貧。因而，在健保實施邁入十三年的同時，我也期許健保全體同仁及國人能再接再勵，努力維護健保這個台灣之寶，捍衛全民的醫療權益。

勇闖荊棘路 感念大眾支持

時至今日，每當我回想起過去台灣民眾因醫療費用過高而飽受疾病之苦，不敢就醫的艱苦日子，內心仍舊感到十分的不捨。

猶記當年政府在推動全民健保政策之時，曾引起社會大眾極多批評與不滿，但因堅持既然是對的事，就應該勇敢去做，故雖然大眾多抱持悲觀、不看好的想法，但政府仍堅定政策，規定強制納保；歷經十二年，事實也證明，全民健保政策是必須且必要的措施。

我曾自嘲從擔任署長以來，可說有百分之五十的精力，都用在處理與健保相關的事務上，甚至因此添加了許多白頭髮。但明知前有荊棘路，我仍願意接受挑戰，甚至願意肩負罵名，都是因爲我深知健保政策對全民健康的重要性，因而雖然這是極吃力不討好的工作，我仍決定狠下心來做。

全民同一心 健保有希望

在我接任衛生署署長的時候，健保正面臨財務難關和急需改革的重要時刻。我很能體諒社會大眾因對健保有殷切的盼望，因而在期待過高的情況下，常以高標準來審核健保的種種施政，甚至常施

攜手走過12年

以不公平的對待及評論。

對此，我及健保局同仁均能虛心接受，但也期待國人能以鼓勵和支持取代責難，才能凝聚大眾之力，共創健保奇蹟，畢竟，敢投身於健保事業，奉獻一己之力，真的是值得嘉許的事。

然而，眼前的重要課題，便是健保的改革，爲了精益求精，我相信任何制度都有改進的空間，全民健保當然也不例外。目前健保正面臨健保重大的財務難關，衛生署也義不容辭地投入改革行列，務使健保不會成爲歷史的名詞。

把握改革契機 迎向美好未來

財務危機是困擾健保局由來已久的問題，因而在健保致力改革，推動二代健保之餘，我也要表達最堅定的支持。針對這項重大的改革措施，我也期盼全民都能參與討論，並給予意見，而非一味地反對，使改革時間表一再延宕，健保一定要歷經改革陣痛期，才能讓健保煥然一新，使二代健保更有效率、更公平的運作。

然而，要弭平財務問題，迎向美好的未來，需要健保全體員工及全民一起努力。陳總統曾在2005年健保十週年國際研討會上告訴大家，「健保是個寶，它絕對不能倒」，我也一直牢記在心，身爲衛生政策的捍衛者，衛生署有義務進行健保的改革，爲了維護公眾權益，二代健保改革是刻不容緩的國家大事，我深切的期盼社會大眾能理性地給予支持，畢竟全民一心，全民健保才会有新希望，不是嗎？

行政院衛生署署長

侯勝茂

給默默付出的人一點掌聲



葉金川，美國哈佛大學流行病學碩士、國立台灣大學醫學院公共衛生研究所碩士、國立台灣大學醫學系學士。曾任台北市副市長、台北市政府衛生局局長、中央健康保險局總經理、中央健康保險局籌備處處長、行政院衛生署副署長、行政院衛生署技監、行政院衛生署醫政處處長，財團法人董氏基金會執行長，現任慈濟大學公共衛生學系兼任教授。

規劃與實施—破繭而出

現在正是健保走過十二年，即將邁入第十三年的重要時刻，雖然我已經離開健保局多年了，但每當想起開始施行全民健保時，彷彿還是昨天的事情。對於健保局全體同仁而言，十二年確是一段漫長、艱辛的歲月。一路走來，有歡欣、有感動、有辛勞、有淚水，但健保局同仁堅守專業崗位，以促進民眾福祉為宗旨的精神，是全民健保能夠歷盡難關，仍持續經營的主要原因。

審慎面對未來

十二年前全民健保在政府有決心及經濟很富裕的條件下，提前上路。這個經過七年規劃、一年立法、三日協商，即強勢開辦的重要社會工程，在開辦之初，如眾矢之的，頻頻被各界唱衰，但在健保開辦一年後，民眾滿意度即高達七成，各方團體對於健保的質疑及反對也逐漸消失，轉變成對於健保「愛之深、責之切」的支持。

健保當年係以二十五年為一規劃期，如今也已經踏實地走完一半旅程。不過，在全民已經習慣於健保穩定運作的同時，全民應更審慎思考健保的下一步該怎麼走？該往哪裡去？如果能順利走完二十五年，健保才能夠真正算是成功。

健保困境必須解決

台灣健保正面臨許多難以解決的癥結，使得全體健保局同仁得背負財務危機的原罪。其實，從政治杯葛、人口急遽老化、經濟不景氣，到醫療需求增加，都是健保財務不健全的重要因素。健保局必須提出更好的說明，使民眾能更瞭解健保的窘境，凝聚共識克服當前的危機。

其一，從草創時期至今，健保制度的研擬及實施，總是面臨了政治力的強力干擾，政治凌駕專業的情況一再發生，在政治考量下，往往只挑選對選舉有利的政策實施，結果是開源未果、節流又

難的情況下，使健保財務雪上加霜，也使得健保每幾年就會爆發財務危機。

其二，台灣的人口結構出現了急遽的變動，這也是在其他國家所罕見的。2006年台灣的新生兒僅有二十萬名，與出生率達顛峰時的四十四萬名相較，出生數下滑了近六成以上，這說明了，台灣正面臨了人口急遽老化的危機，你想想有一天，這二十萬名的新生兒，得肩負起四十四萬退休人口的醫療費用，能不沈重嗎？

其三，台灣在歷經亞洲金融風暴、921大地震及SARS危機之後，經濟呈現一蹶不振的狀態。社會資產大量集中於少數財團之手，但事實上，財團對於健保財務，並沒有實質的挹注；反觀對健保有實質貢獻的職場新血，卻得面臨起薪低廉、薪資調漲不易的困境，甚至失業、就業困難的窘境，因而也使得健保財源受限。

最後，拜醫學發展之賜，近年來高成本醫療技術大量引進，老年人口急遽增加，對台灣健保而言，無疑是一把利刃刺向健保的核心。一個老年人的醫療成本，是一個年輕人的四至十倍，在收入減少，支出不斷增加的情況下，也使得健保財務岌岌可危。

006
007

財務漏洞非戰之罪

健保財務的漏洞，可說是整體大環境所帶來的結果，但健保局同仁卻得背負這個原罪，我心裡只有不捨，感慨健保局同仁的努力不被全民所看見。而對之前極受爭議的「員工年終獎金」及「藥價黑洞」兩個問題，我也要特別提出澄清，讓全民瞭解實情。

首先，健保局的年終獎金是人事制度上的一環，與健保是否虧損並無直接相關，虧錢是環境和政策造成的，並不代表員工沒有盡心盡力。

其次，關於藥價黑洞方面，有藥價就有藥價差，這是全世界都

規劃與實施—破繭而出

有的現象。除非將商品交由政府統一製造、分配，不然任何商品都有價差。要是沒有價差，則與共產分配制度有何差別？共產制度比較有效率嗎？

所以，要將藥品回歸商品看待，正視藥價差是合理的商業行為，只要當中沒有不法與暴利，就屬合理。

健保尚未成功同仁仍須努力

我對於健保局同仁是充滿感激及心疼的，經過這群勞苦功高同仁的努力，我國的全民健保不論是在制度面上或是執行面上，在國際上都名列前茅，這樣的成績不容置疑。事實上，台灣健保所面臨的艱困處境，是各國所未見的，在政治力強力干擾及整體大環境的險阻之下，健保能走到如今的局面，誠屬不易了。

在此，我要勉勵健保局的同仁們，在面臨諸多責難之際，不要氣餒，更應積極對外溝通說明，讓民眾了解大家的努力，將被貼上的錯誤標籤去除。

健保尚未成功，大家仍須努力，期待你們能更努力地為全民的健康打拚。同時我也期待國人能給予健保背後的無名英雄更多的掌聲，給予健保永續經營的動力。

慈濟大學教授

葉金川

期

待權責相符

維持社會公平正義



賴美淑，台灣大學醫學院公共衛生學博士、美國匹茲堡大學公共衛生學院碩士、國立台灣大學醫學系學士。曾任行政院二代健保規劃小組執行長、中央健康保險局總經理、衛生署副署長、衛生署保健處處長，現任國立台灣大學衛生政策與管理研究所教授。

規劃與實施—破繭而出

健保已滿十二年了，一路走來跌跌撞撞，邊走邊修正，能走到今日實屬不易。回想當年接任健保局第二任總經理之後，健保首度轉盈為虧，財務赤字曲線不斷往上飆升，也使得健保成為眾人眼中的燒錢單位，承受的壓力可想而知。但民眾賦予健保局總經理最大的職責，就是作一個稱職的管家，要想辦法讓收支平衡。

開源節流 做一個稱職的管家

眼見健保安全準備破底，為善盡管家之責，我打破過去思考模式，以科學管理思維，首創開源節流措施，建立財務收支監控系統，預先估算健保支出，隨時監測財務狀況，對於異常的申報情形，進行管控，終於穩住健保財務不致發生立即危機，也為往後的總額制度建立根基。

在執行財務開源節流計畫時的同時，我們也發現健保紙卡採事後申報，因有時間差，易產生財務漏洞。所以，在任內即開始積極規劃以沒有時間差的IC卡取代紙卡。

原先，為了節省經費打算與身分證雙卡合一，但經爭取後，發現難以執行，於是決定由健保局自製健保IC卡。幾經與衛生署、行政院、研考會、NII(國家資訊基礎建設)推動小組的商議，透過頻繁的解說與溝通，終致將健保IC卡，轉化為國家政策，制定日後推動健保IC卡的政策基礎。

依健保法規定，每位國民均需加入全民健保，並依其所得，繳交健保費用。但不可否認地，台灣確有一群經濟弱勢族群，根本無力負擔健保費，而無法納入健保的保護傘之下。因此，任內健保局配合政策致力建構輔助弱勢紓困計畫，主張「社會的事，由眾人出錢解決」，凝聚社會之力，成立愛心專戶，幫助經濟困難的民眾繳交保費，不僅解決弱勢族群的保費問題，也有助紓解健保財務的燃眉之急，維護制度的運行。

走過921 考驗應變能力

任內的大事中，印象最深刻的是遭逢921大地震的考驗。當時情況危急，許多人流離失所，拿不出身分證明，但健保每筆支出均需有憑有據，為免災後申報時產生疑慮，故為保障災民的就醫權，避免延誤就醫帶來更多的損失，我當機立斷，決定請同仁深入災區發放震災健保卡，健保同仁毫無怨言，互相支援踏過災變過後每個村、每個里，將健保卡發至每位災民手中，這種不顧自身安危的精神，也令我動容。當時健保局以最快的速度建立起災民資料庫，其他政府單位還曾擬以此份資料做為災後賠償依據，足以見證健保局效率之快。

事實上，依照健保法規定，天災人禍不屬健保給付範圍，但我深感於健保局不僅是一家保險公司，也應肩負社會救助的使命。因而，每每在天災發生之時，也以救人為第一優先考量，由健保局預先支付醫療費用，之後再另闢財源，或是以代位求償彌補健保財務損失，總之，要讓災民沒有後顧之憂，有需要都可以優先獲得醫療協助。

010
011

平衡付出與享受 兼顧理想與實際

健保是我國重要的民生政策，與民生、經濟、政治等面向息息相關。目前國內政治面臨轉型，經濟情況也是日益艱困，從以往的亞洲四小龍跌入谷底，在政治、經濟混亂之際，人民對民生法案的需求也相對增加。

值得慶幸的是，台灣的健保早在經濟蓬勃發展之時就開始推動了，否則若是現在才要開始推行，可能會面臨更大反彈聲浪。雖然十二年前健保倉促上路，招致許多批評，回首來時路，慶幸當時趕鴨子上架，硬是上路，才能在經濟困頓之時，順利發揮照顧弱勢的功效。

規劃與實施—破繭而出

但全民在享受過以往的美好時光之後，對於醫療品質的要求已相當的高，永遠要求得到最好的醫療服務，但卻不樂意分攤費用負擔。民眾是否曾想過，如何界定什麼才是最好的？由誰來買單？其實，一分錢一分貨，民眾應該要求的是最適當的醫療，而非最好的醫療，因為好馬要吃草，最好的服務是理想，但要考量自身的經濟能力及國力，是否足以負荷。

事實上，台灣已邁入景氣寒冬，不論政府或是健保局，甚至民眾，都面臨極大的經濟困境，此時更需要全民共體時艱，在永續經營及醫療品質之間，找出平衡點，並建立使用者付費的觀念，而非只要求提升品質卻又不允許健保調漲費率。

權責區分 再造健保佳績

雖然健保在人民期待過高的情況下，處境可說是日益艱困。我期許健保局同仁，雖然辛苦，但仍要坦然面對困境，並且努力提出解決方案。

目前當務之急，應該重新思索健保該扮演什麼角色？如何突破目前窘境？諸如：在有限的資源下，如何保障醫療品質？另外，將健保的權責明確區分，使衛生署、健保局、醫療院所、醫師、民眾等，對各自的權力與義務都有清楚的認知，權責相符，各司其職，當彼此都不踰矩之後，政策推動時的阻力就會減少許多。

對於大眾的疑慮，健保局應主動站出來，說清楚、講明白，有了明確訴求，才能期待民眾及醫療體系給予強力的支持及諒解，共同渡過健保危機。針對目前規範不清模糊地帶，應努力去思索突破之策，集結相關單位之人力與物力，學習權責分明，期待下次不再犯錯，也才能免去目前「會吵就有糖吃」、「拳頭大的人就得利」

的窘境。

最後，健保最大的壓力來自財務，雖經過多年的努力，仍舊沒有根本的解決之道，身為「行政院二代健保規劃小組」的執行長，我期待能透過二代健保的改革方案，改善一代健保遭人垢病的費基問題，以期能更符合社會公平正義，使全民健保更長遠地走下去，稱職的扮演濟弱扶貧的角色。

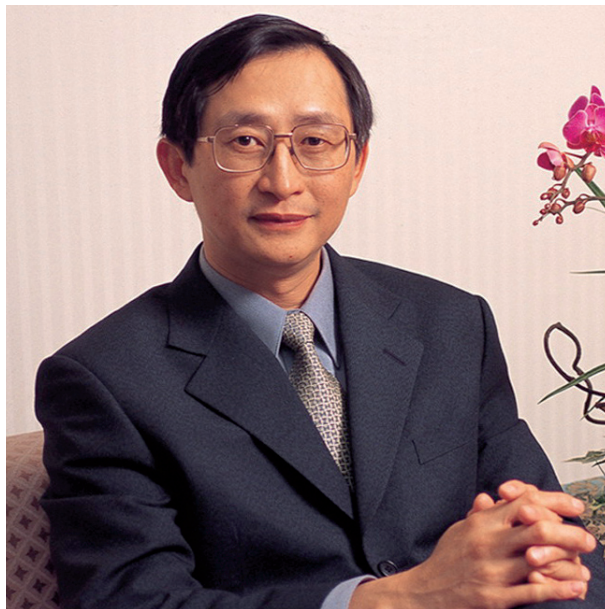
012
013

國立台灣大學教授

賴美淑

規劃與實施—破繭而出

堅 持改革 完成不可能任務



張鴻仁，美國哈佛大學衛生政策管理碩士、國立台灣大學公共衛生研究所碩士、國立陽明大學醫學系學士。曾任衛生署副署長、健保局總經理及副總經理、疾病管制局局長、衛生署資訊中心主任，現任上智生技創投公司董事長兼總經理及國立陽明大學兼任教授。

離開健保局將近三年。好快！全民健保已經屆滿十二週年，是該小學畢業，準備上國中，迎接另一階段挑戰的時候了。回想過去在健保的一千多個日子裡，真是五味雜陳：最感念的是李前署長明亮與黃前副署長富源的提攜與支持，最窩心的是健保局同仁的上一心，最無奈的是立法院永無止境的杯葛以及醫界的抗爭，最懷念的是和同仁踏遍三十個山地鄉的日子，最艱苦的是SARS期間的全局總動員，而最具代表性的是「健保雙漲」的那美好的一役。

回想在全民健保「掌舵」的那段期間（2001.2.15-2004.6.21）真的留下了許多美好的回憶：

最美好的一仗—健保雙漲

如果歷史可以重新來過，這場美好的戰役，我仍會勇往直前，而且會用更大的決心；如果我知道未來調漲費率會那麼艱辛，我一定會堅持一次調足五年平衡費率。其實從上任的第一天開始，我在健保局的工作都可以說爲了健保雙漲而準備，首先解決的是最困難的「政府欠費」問題，健保局在2002年1月便提出政府欠費解決方案，當年起，除了北高兩市以外，縣市政府不再有新欠款，並預計於十年內分期還清。

其次，修法通過「健保負擔公平性方案」，讓公務員全薪投保法制化，同時也讓投保薪資上限大幅提高。解決了這兩大爭議之後，健保局同時進行第五次藥價調整，讓消除「藥價黑洞」踏出最重要的一步。健保雙漲最大的挑戰來自立法院，不過無論如何，立法院代表的是民意，在民主體制下，掌舵者必須有能力爭取民意的支持，雖然困難，我們最終完成了健保史上第一次的保險費率調漲。

規劃與實施—破繭而出

最有意義的專案—山地鄉IDS計畫

或許和我的母校—陽明大學有關，在健保的日子，我踏遍全台灣山地離島地區，讓偏遠地區醫療7-24（每週7天，每天24小時）就醫無憂。有了賴前總經理美淑打下的IDS基礎，六分局上下一心，真的在三年不到的時間解決了幾十年來偏遠地區的醫療問題。走訪山地醫療環境之餘，也在此和各位分享一個小心得：就是山地鄉很美，居民都很熱情。當地就醫有了保障，相信未來山地離島不再是偏遠地區，而是人人嚮往的桃花源。

最具創意的點子—五大疾病論質計酬

論質計酬（Pay-for-Performance, P4P）是很多人都有的想法，但是能夠「身在其位又適時付諸行動」是非常難得的機緣，大家可能不知道，我們的全民健保是世界上把P4P的觀念落實於保險制度的先驅，我相信有一天，台灣健保局所開啓的糖尿病、乳癌與氣喘病等論質計畫會在國際上開花結果的。

最溫馨的突破—弱勢納保方案

過去，全民健保對於低收入的定義，完全依據社會福利單位低收入戶標準，幾年下來，我們發現社會上的「邊緣貧戶」（marginally poor）對於繳納保費或部分負擔，都有實質上的困難，但是在健保雙漲之後，健保局大膽突破社福體系的界限，提出「經濟困難」的認定辦法。之後，奇蹟發生了，開辦多年來，一直被大家認為無法推升的納保率，居然一路由97%到達全民納保，到了健保十週年，我們終於可以說：「全民有保，就醫無礙」的目標，已經功成圓滿。

最艱困的戰役－SARS總動員

2003年4月25日是個星期五，立法院施政總質詢的最後一天，衛生署涂前署長醒哲在立法院，飽受朝野立委對「和平醫院事件」的連環抨擊，院會後，涂前署長請健保局全力支援SARS防治，從那天開始，健保局總局、分局上下全體總動員，我們一共接下了相關工作共十四大件，包括：建立SARS個案即時審查體系、建立負壓隔離病床、調度各界捐贈防疫物資等。隨著疫情升高，整個衛生體系如同作戰，許多物資例如：口罩、耳溫槍、隔離衣等，有錢都買不到。因此，大家可能不知道，桃園機場第一台紅外線體溫試系統，是我用台電公司的機器加一台電視機，以耳溫槍為標竿測試了二百多人所建立的呢！後來在抗SARS總指揮李明亮教授的領軍下，兩個月後，這場引起全球恐慌的SARS終於獲得控制。回想起來，只覺得很榮幸在這場世紀瘟疫中，健保局臨危授命，成功的扮演了幕後功臣的角色。

最具挑戰的基礎建設－健保IC卡

有天整理照片時，看到一張我在健保局17樓作戰指揮室以IC卡PERT Chart向衛生署前署長李明亮教授簡報的照片，另一張是IC卡首次發卡典禮的照片，再度喚起我對健保IC卡建置工作的種種記憶。這個全程以計畫管控法（PERT）掌控適度的健保資訊基礎建設，自1999年開始規劃，之後一步步的付諸實現，在2004年元月1日全面上路。為了這個計畫，我們開過無數次工作會議，在正式啓用的那年元旦假期，健保局分局同仁在各地醫療院所待命，以協助排解新式IC健保卡啓用上任何問題，回想當時，讓我們值得驕傲的是：健保IC卡「如期順利全面上路」，而全民健保的資訊系統自此領先全世界率先進入e-世代。

規劃與實施—破繭而出

最值得驕傲的成就—全民健保國際發聲

全民健保一向被視為最值得向外賓介紹的國內政績之一，單在我任職總經理期間，健保局總共接待了來自四十餘國六百人次的外賓，2003年5月，世界知名的衛生政策期刊—衛生事務（Health Affairs）以兩篇專論報導台灣全民健保的成就，同年10月25日美國ABC電視台記者到健保局總經理室專訪，並以「健康理想國」（Health Utopia）為題在美國晚間黃金時段播出台灣全民健保的專題報導，此一消息後續亦引發國內不少回響。2005年3月健保局辦理全民健保十週年國際研討會，吸引了滿堂的海內外學者及鄰近國家的健保局總經理參加，盛況空前。最近美國因為付不起醫療費用造成個人破產（Medical Bankruptcy）再度引發實施全民健保之論戰，我國全民健保之成就與經驗，又成為國際健保專家學者引用的證據，值得我們珍惜。

後記：要寫自己任內的「成就」是有些許心理障礙的。不過，如果把全民健保比喻為百年大業，那麼我的任內剛好是小學一年級到三年級，所學不外乎九九乘法表、三字經、百家姓之類的基本功，在這個階段，就算是每次考試都是九十幾分或是一百分，也是很正常，有道是「小時候胖長大不一定胖」，健保今年上了國中之後，挑戰才開始，而最困難的恐怕是未來的高中聯考了，幸好聯考成績的好壞，是國中老師的責任（朱總經理，加油！）再怎麼算，也怪不到當年教勺勺的老師頭上吧！

國立陽明大學教授

張鴻仁

一步一腳印 全民攜手護健保



劉見祥，中國文化大學三民主義研究所博士、國立政治大學公共政策碩士、國立台灣大學社會學系學士。曾任衛生署參事、中央健康保險局總經理、中央健康保險局副總經理、勞委會勞工保險處處長、勞保局醫療給付部經理、內政部保險科科長，現任全民健康保險監理委員會主任委員。

規劃與實施—破繭而出

轉眼間，健保已經走過十二個年頭了，我從1975年擔任內政部勞工保險科長開始，即在社會保險（含醫療給付）這個領域服務，先後曾任職勞保局醫療部經理、勞委會勞工保險處處長，並在健保開辦時期開始擔任副總經理一職，直到2004年7月接下總經理的職務，先後在健康保險領域已服務約三十年，對於我國社會保險尤其是健保制度的改革與進步，可以說作了最貼切的見證。如今我國的醫療服務品質已能與國際同步，完全是因健保不打折扣，不管有錢、沒錢都可以享有平等的醫療照護，這就是健保的價值。

見證歷史見證成長

我從健保局籌備處時期即加入健保，輔佐第一任總經理葉金川，在九年的副總經理生涯中，負責督導的是醫療給付、支付作業、醫療審查、醫療院所違規查處及藥品、特材等健保支出面的業務，因此對於健保的成就與面臨的挑戰，感受深刻，也對健保局與醫界的談判、協商甚有心得。到後來接任總經理一職之後，更是體會到健保局要準確地在醫界與民眾的角色期待之間取得平衡，真的不容易。

由論量至總額的支付制度改革

為能更有效的使用醫療資源，自健保開辦以來，健保局實施過論病例計酬、合理門診量、調整部分負擔、調整藥價等各種方案，但對於抑制醫療費用成長，常只呈現短期效應，而且對於整體醫療費用的影響不大。因而，在主管機關衛生署的政策規劃下，全民健保的支付制度逐漸由論量計酬制度，全面改成總額支付制度，也就是將年度醫療費用的總額透過與醫界的協商，使其固定在一個範圍內，而此一額度的成長率亦經由協商訂定之，如此一來，可保障醫療支出的成長在可預期的範圍內。世界上真正能實施總額支付制度

的國家並不多見，因此，總額制度實施後引起了不少國際醫療保險專家的興趣。

多元微調平衡財務

財務問題是健保長期的壓力，在其他許多實施健保的國家，調整保險費率是每年都要做的事，但是在台灣卻幾乎是不可能的任務。因此，健保在2002年9月首度調整保險費率後的二年半，健保的安全準備再瀕臨見底，此時奉衛生署侯勝茂署長指示，執行健保財務多元微調方案。包括「提高投保金額上限」、「調整軍公教人員投保金額占全薪比率」、「拉大社區醫療與大型醫院門診之部分負擔比例」、「擴大代位求償」並將「預防保健支出」、「法定傳染病防治」及「教學醫院之教學成本」等費用，回歸公務預算，健保財務壓力始得緩解。

關懷偏遠地區醫療

台灣的高山及離島地區，因地理交通不便，醫療資源難以普及。因此，在前幾任總經理的規劃下，健保局分三階段完成「山地離島地區醫療給付效益提升計畫（Integrated Delivery System簡稱IDS計畫）」。鼓勵醫療院所到山地離島地區提供各項健保醫療服務，協調整合醫療院所及山地離島地區衛生所，共同組成醫療合作團隊，用分工合作及責任制度的觀念來增加醫療服務供給，提升保險對象醫療照護的可近性。全國共有四十八個山地離島鄉，包括四十七萬人口均已陸續納入「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」，偏遠地區醫療的可近性已經明顯提高。

守護健保醫療資源

在健保多元微調的政策中，加強院所違規查核為抑制醫療浪費的一大重點。為減少健保醫療浪費與弊端及保障保險對象就醫權

規劃與實施—破繭而出

益，並加強健保醫療資源之有效運用，健保局啟動鷹眼專案一稽查重點為「假住院及住院異常」、「異常刷健保IC卡」、「死亡仍申報費用」、「出國仍申報費用」、「費用申報異常」等，對揪除健保害蟲，保護醫療資源績效顯著。

在有了健保IC卡之後，利用IC卡上傳資料的分析與比對，更能使虛報醫療費用的違規行為無所遁行，有助健保局加強防弊，嚴守健保醫療資源。

台灣健保拓展外交

近年來，雖然開辦健保的國家愈來愈多，但卻都同樣面臨了種種的困境。我國的健保制度在國際上一向備受稱羨，能以低廉的保費，讓全民享有高效能的醫療服務，不僅已成為許多亞洲國家欣羨及學習的對象，國際上也普遍給予以高度肯定。

健保十週年時，健保局辦理了前所未有的大型國際研討會，邀請各國專家學者及政府代表參加，並獲得與會國際嘉賓對台灣健保制度一致的推崇。鄰近的韓國，一向以台灣的健保制度為學習的對象，由於交流頻繁，健保局於2005年11月與南韓國民健康保險公團簽署健保合作備忘錄，合作內容包括雙方定期進行台、韓健保人員及資訊交流、提升各國對於亞洲國家健康保險實施經驗之重視，以及共同致力將兩國健康保險的研究合作及將研究成果發表於國際場合及學術期刊上。另外，每年也在韓國及台灣輪流舉辦一次「台韓全民健康保險國際研討會」，希望藉由兩國彼此學習，及意見交流，改善雙方全民健康保險服務。健保的成功經驗，是台灣全民共同的榮耀。

不畏艱難 共創健保佳績

多年來我一直以能參與健保歷史，為全民健康盡一分心力為

榮，一路走來，曾參與健保總額制度全路上路，並執行健保財務多元微調方案，也面臨因點值變化而必須向醫療院所追繳健保暫付款等困難。期間，有鼓勵也有批評，但健保局全體同仁均不畏辛勞，抱持為民服務的打拚精神努力付出，表現可圈可點，在建立良好醫病關係及擴大民眾參與上，屢創佳績，我甚感欣慰。

如今，我國的健保制度在歷任衛生署長、健保局總經理及同仁的努力下，不論是在政策面或服務面均已經相當完善，在世界各國間均獲得極高的評價。未來在朱總經理澤民發揮其財經專長下，必能成功帶領健保走出財務困境，創造更輝煌的紀錄。

022
023

全民健康保險監理委員會

主任委員

劉見祥

規劃與實施—破繭而出

奉獻財務專長 迎戰財務難關



朱澤民，國立政治大學財政研究所碩士、國立政治大學財稅系學士。曾任國立政治大學副教授、健保局副總經理、行政院衛生署全民健保體檢小組研究員、行政院二代健保規劃小組委員兼經濟財務規劃組負責人、行政院衛生署全民健保保險費率精算小組委員、全民健保紓困基金管理小組委員、全民健保監理委員會委員、行政院衛生署顧問等，現任健保局總經理。

去年侯署長的一句話，總要有人為健保犧牲，讓我沒有藉口拒絕，這是我卸下官服，安於致力從事教育工作後，慨允接任健保局總經理的主要原因。雖然我也深知健保面臨財務窘境，基於對健保不可切割的感情，面對社會對健保局的誤解以及健保局同仁對改革的殷殷期盼，我期許自己秉持「有志者，事竟成；苦心人，天不負」的精神，扛下這消弭國人對健保疑慮及輿論爭議的重擔，以重振健保局的聲譽及同仁的士氣，為全民健保貢獻一己之力。

解決當前問題 再造全新局面

儘管健保局總經理一職是塊燙手山芋，而目前全民健保最大的難關是財務問題，雖然安全準備金已捉襟見肘，我還是樂觀地認為：健保財務困難並不是無藥可救。

健保局在整個醫療體系中，擔任的是『中介者』而非『決策者』角色，健保局將醫療院所服務的內涵和民眾的就醫需求配對，作為醫界與民眾之間的媒介。健保局身為中介者的責任，就是讓所有人充分地溝通、解決問題。

健保財務所面臨的危機其實也是轉機，全民健保改革需要各界開誠布公討論。面對目前健保必須度小月的狀況，應再設法開源節流。當前要務之一是加強稽查投保薪資、應收未收保費的催收，也就是期許能針對「高薪低報」的高收入者加強查核，索取合理的健保保費。

法條若是窒礙難行，就應修法，例如具爭議的部分像是北、高兩市積欠健保費用等，就需要修法才能妥善解決，現在全民健康保險法修正草案已送進立法院待審。

有關藥價差問題，健保局將持續與法務單位合作調查，針對藥品交易價與健保給付價的價差，獲得充分而必要的交易資料，使藥

規劃與實施—破繭而出

品交易透明化並貼近市場價格，相信只要透過種種有效的措施，就可以減少健保局現金調度的壓力，順利幫助健保度過難關。

重視健康 珍惜健保

提供適當的醫療保健服務，增進全民健康，是健保成立的主旨。但健保保費收入有一定之限度，因而如何正確使用醫療資源就顯得相當重要。醫療費用成長過快是所有先進國家都頭痛的問題，台灣並不特別。但是健保局經過十餘年來的努力，也累積了許多寶貴的經驗，其中最重要的，也是國際間都認同的，即是費用管控要從供給面（醫界）及需求面（民眾）雙管齊下才有效。

醫者提供必需但適當的醫療服務，患者不要求非醫療所必需的服務及藥品，都是節省醫療經費的要訣。健保已實施總額支付制度，有效地將每年醫療費用成長控制在5%以下，另外，對於使用者，也訂定必要的部分負擔制度，以加強消費者的成本意識。

由於，「預防勝於治療」，除了提供醫療服務之外，民眾應加強自我保健，注重健康生活，如此一來，更能提高生活品質，節約醫療資源。只要全民都健康，不僅可使保費調升的頻率及幅度降低，還可讓健保永續經營，使全民都能得到完善的醫療呵護。

收費制度回歸法律面

健保體制維護首重依法行政，唯有回歸法制，才能從制度面有效地、長期地解決財務上的困擾。全民健保給付給每位民眾的「醫療內容」是一致的，也就是說，上至總統下至百姓，每個人的醫療給付水準皆相同；但全民健保係社會保險，「保費收入」依每個人「薪資所得」和「職業身分」作為收費標準，高所得依低所得者所繳納的健保費差異很大，隨著經濟的發展，每個人的「薪資所得」並未顯著增加；而醫療支出的成長率遠大過薪資所得的成長率，入

不敷出的情形才會愈發嚴重。

另一方面，健保延襲了過去勞保、公保或農保的承保措施，目前約有55%的民眾是以其職業身分作為保費計算根據，也就是很難考量到這些民眾實際的收入狀況，只能根據職業身分訂定一個「固定金額」的保費，譬如職業工會會員、農漁業從業者或無職業少數的地區民眾的定額保費。當這55%的民眾的保費在原地踏步，也就代表著其他45%的民眾得扛下大部分付費的責任。猶如「一人挑水、兩人喝水」，可見現行制度不盡公平、完善之處。

正在立法院等待審議的「二代健保」修法案，在收費制度上最大的改變，就是將保費收取的基礎由「薪資所得」修改為「總所得」，這和所得稅的定義相同，未來，保費的徵收將可以隨著民眾的實際所得調整，如此一來，費基擴大，費率可能調降，且保費收入有彈性，更提高了公平性，保費收入和醫療支出的落差就不會那麼大。

全民健康保險是強制性的社會保險，採取總所得作為保費徵收標準，既符合社會保險的自助與互助精神，讓沒有生病、或更有能力的人去幫助需要幫助的民眾；而二代健保的保費徵收，同樣會制定上下限，因此還是符合保險的定義。新的收費方式並非剝削特定族群的福利，僅僅是將特定族群的優惠取消，讓健保制度回歸法律層面，依法行事得以避免爭議，也是從根本健全健保收費制度的方法。

全員致力改革 健保永續經營

此外，二代健保並非只談財務，還包含提升醫療品質及擴大社會參與。未來健保局將要求各醫療院所都應制定公開透明的醫療品質指標，也將逐步將醫療品質結果納入支付醫療院所醫療費用的考

規劃與實施—破繭而出

量。另外，全民健保的內容相當複雜，分工極細，過去許多決策皆由專業人士來制定；但是未來，除了技術面的政策制定仍需依賴專家，政策面的部分，則將納入社會各界的聲音。因為在多元的社會之下，每個人都有表達意見的權利，將各方意見整合出最後的決定，大家就要接受，這才是民主的精神。

健保要永續經營不是夢，只要凝聚全民珍惜健保的意志，消弭各界對健保的歧見，共同為維繫健保制度而努力，就能勾勒健保美好的未來，帶給全民更多的福祉！

中央健康保險局總經理

朱澤民

第一章

實現全民有保目標

本章透過人文角度及感人有趣的故事，敘述健保局為提升納保率及維持社會正義公平所作的努力及創意歷程，將各項納保措施完整地呈現在民眾面前，期待民眾能共同珍惜得來不易的健保。





致力推動全民納保政策

我國的全民健康保險係依社會保險模式辦理，本質為繳費互助、風險分攤的社會安全制度，由被保險人、雇主及政府三方共同負擔保險費，提供被保險人及其眷屬於生育、疾病、傷害事故時之必要醫療給付，進一步保障全體國民追求健康的權利。

我國於1995年3月1日開辦全民健康保險，雖然在此之前，國內就有公保、勞保、農保、低收入戶保險和軍人醫療照護等十三種醫療保險，但卻只有擁有工作的民眾才有保險（約佔59%），當時還有約八百五十餘萬人口缺乏醫療保障。全民健康保險實施後，將各類社會保險中的醫療保險整合為一，保險對象由原先的工作人口擴大為全體國民，包含眷屬、榮民及無職業者（含婦女、學生、孩童、老人等），使全國民眾均能享有平等的就醫權益。

為讓全國國民都能獲得妥善的醫療照護，確實發揮同舟共濟、互助合作的精神，健保開辦以來，首要工作之一即是積極輔導納保，提升納保率，以期達到全民皆有保的目標。

健保開辦之初，雖然健保開辦第一年納保率達92%以上，但不少民眾還不清楚健保制度是強制性參加的，健保局即利用各種管道，擬定各種輔導納保計畫來保障全國民眾的就醫權益。但對於部



分未納保之山地離島地區及經濟困難民眾，健保局以各種協助措施，努力將全國人民納入健保大傘下。

分析未納保原因

健保開辦之初，為了使尚在猶豫、未投保的民眾都能加入健保的行列，健保局運用龐大的電腦資料庫進行查保工作，之後再陸續針對不同族群進行輔導納保工作。

於1996～1997年間，健保局根據戶籍資料與健保局保險對象主檔比對，先後完成台北市、高雄市及台灣省等共十三縣市戶政資料比對，產生未納保名單，依名冊寄發輔導未在保通函及問卷調查表；再利用問卷調查回函統計，加以分析，瞭解還沒投保人口的性別、年齡層分布及區域分布等特徵。

根據當年的分析結果顯示，未投保者以「旅居國外」最多，其次為「不知如何投保」，再來則是「不想投保」、「雇主拒辦健保」，最後甚至是「地處偏遠不便參加」也大有人在。因此，健保局也開始針對上述原因，集思廣益，協商戶政單位、入出境管理局，提供資料並委託專家學者，針對未投保原因加入分析，之後再針對特定對象成立專案，展開實地、有效的輔導計畫。

當時大眾媒體已十分發達，各種資訊的取得也很容易，但沒想到，卻仍有極大多數的民眾表示，不知道該到哪裡投保，足以



顯見納保政策的宣導仍不夠充分，仍有很多努力的空間。於是，健保局開始進行實地訪查，以瞭解民眾的需要，適時提供必要的協助，後來也使得開辦第一年92%的納保率，很快的提高為96%。

照亮社會每個角落



「子女都不在身邊，平時都只有自己在家，沒有人可以幫忙辦理投保，我也不太清楚怎麼辦理，就一直拖著了。」這是當時許多阿公阿嬤的心聲呢！

依據1996~1997年訪視所碰觸到的多數個案顯示，民眾未納保的原因並非抗拒加保，他們內心極為肯定全民健保且有投保意願，只是心有餘而力不足，但加以適時說明，多半即可解決投保問題。

其次，也有不少是弱勢族群，他們為了生活，忙於家計，沒有時間注意這些資訊。其實，為了避免因家中成員生病，而拖垮全家財務的情形一再發生，愈是弱勢的民眾愈應該及早加入健保。因此，健保局人員在訪視的過程中，如果他們當中有人符合無職業地區人口投保者，即發給「第六類保險對象投保申請表」，徹底給予協助辦理投保手續。

此外，如果是遊民、棄嬰、孤兒及低收入邊緣戶等無力負擔保險費的人，因其既不符社會救助法所定的補助資格，又無力繳交保險費，處境堪憐，健保局即將之轉介給其他的

社政單位，尋求社會救助系統解決其加保問題，自此種下日後健保局輔助弱勢紓困計畫的因子。

關心社會每株幼苗

在查訪未納保人口時，承保處同仁也發現一個特殊現象，即19歲以下青少年尚未投保人數偏高。「失業都那麼久，吃飯都沒錢了，哪來的錢替孩子繳交保險費？」這是當時最常聽到的理由。後來健保局也印證，學生無法納保的因素多半是由於家長本身無職業或工作不穩定，沒有固定收入，只能求溫飽而無力繳納保險費。

爲了促使這群人口儘速投保，在1997年，健保局辦理「輔導19歲以下國民納保計畫」，派員拜訪教育部、軍訓處、各縣市政府教育局、社會局、協調各級學校，請軍訓教官、班導師於開學期間，向班上的同學講解全民健保的重要性，同時還請老師協助調查未納保的學生，一旦老師發現仍然還沒有持有健保卡或兒童健康手冊的學生，即將宣導單張交由學生轉交家長，同時將學生及家長的資料詳細列於調查表上，等到填妥之後，再由學校彙





總轉交各負責單位，以使健保局儘速輔導未參加的學生申請參加全民健保。另外，針對沒有上學的民眾，則透過鄉鎮市區公所幹事來輔導居民辦理全民健保。

透過學校的幫忙，也使得原先沒有健保的學生加入健保。爾後，教育局更將全民健保納入課程，從小教育國人加入健保的益處，使國家幼苗從小就認同健保。當時的學生輔導納保計畫，非常順利，故健保局日後也循此例，與學校配合來辦理僑生的納保作業。

轉換工作健保不中斷

因過去勞保時代，民眾在轉換工作或待業期間即非強制納保對象，但在全民健保開辦之後，無職業者亦應依適當身分投保，因此健保局在推動全民納保的過程中，也查覺到有部分民眾在轉換工作或待業之際，因為未來就業的不確定性，所以由原單位轉出後，沒有立即再投保，等找到新工作後，才再向新單位辦理任職之後的投保手續，造成在等待轉業期間沒有保險。



為了保障民眾的就醫權益不因轉換工作、待業等原因而中斷，健保局自1999年開始，定期主動發函通知因轉換工作或失業轉出健保二個月以上未再辦理投保之民眾，通知其以適當身份儘速銜接投保，以保障就醫權益，對於有經濟困難的民眾，健

保局亦協助尋求解決方法。

不忘回國僑胞權益

高居未納保之首的是「旅居國外者」。一般而言，如單次出國期間超過二年以上者，戶籍理當會被戶政機關遷出國外，連帶地也喪失參加健保資格。但由於有些民眾並未依規定將其戶籍遷出，故也成為尚未加入健保的國民。

對於長年旅居國外的民眾，健保局協商戶政單位及入出境管理局，藉由資料比對，寄發通知函至其台灣戶籍地，通知其投保。但這類人口多半不在國內，因而無法順利接到通知函，故輔導時確有其難度。

針對這群經常滯留國外，而未投保者，健保局先設計專用的文宣品寄發，透過親友告知，如果返國後具有投保資格應依規定投保，但如需經常短期出國，投保後可以選擇繼續加保，持續繳交保費或者辦理停保，待回國後再復保，以維護其自身權益。

另外，健保局也曾經協調內政部入出境管理局，將「本國人入境申請表」加入全民健保宣導單張，置於國際機場入境，使其





明瞭全民健保加保的規定，此外，健保局亦基於平等國民待遇的想法，將僑生及外籍學生也納入健保體系。並透過教育部及僑委會的協助辦理僑生投保及繳納健保費，解決僑生的就醫問題。

曾有一位東南亞僑生因重大車禍昏迷二個月之久，學校正被龐大之醫療費用所困擾，健保就像一場及時雨解除醫療費用之壓力，他的母親遠赴台灣照顧他時，感動地對健保同仁說：「台灣對國民真的很好，如果我的兒子是在本國發生車禍，在經濟無法負擔的情況下，我們只能放棄他了。」因為健保挽救了一個年輕的生命，健保的價值在此發揮無遺。

接著，健保局也為輔導外籍與大陸（含港澳）配偶納保與移民署合作，提供在台居（停）留的外籍與大陸配偶資料以進行輔導。

曾擔任健保第二任總經理的賴美淑說：「有一回搭計程車，聽到司機誇讚台灣的健保真的很棒，連旅居國外的僑胞都因而願意返國定居。細問之下，原來是他旅美的親友，因肯定健保的醫療服務，而返國居住。真的很令人振奮。」而這也是台灣健保比其他國家保障更完善的證明。

軍人搭上健保列車

「都是台灣的國民，為什麼軍人只能到軍醫院就診？」這是健保開辦後部分人的疑惑。

軍人因身分特殊，原本即由軍醫體系提供軍人醫療服務，不在全民健保的保障範圍內，健保開辦後，全體被保險人均可以至全國任何一家健保特約的醫療院所就醫，十分方便，相形之下，軍人就醫反而受限於軍方開設的醫療院所。

因此，爲了讓軍人亦享有同等的醫療保障，在健保局與國防部的同意下，經過多次的磋商，軍人納入健保終於經立法院通過，於2001年2月經總統發布施行。從此之後，軍人亦被納入健保體系之下。



深入山地鄉改善醫療服務

雖然健保開辦不久，納保率即達到96%的水準，但健保局也發現，因爲山地離島居民資訊不足，且醫療資源缺乏，所以納保率僅有88%，尤其是蘭嶼更是僅有六成。經分析發現，山地離島居民沒有投保的最大原因就是無力負擔保險費，且一旦參加健保，馬上就得面臨補繳保費的經濟壓力。

由於原住民社會，如蘭嶼，因屬原始農牧社會，新台幣多半無用武之地，即使是微不足道的210元，對他們而言，都是沈重的負擔。健保開辦後一、二年，東區分局轄區內曾有一位原住民因無力繳交健保費，而向分局人員詢問可不可以用地瓜、芋頭或是飛魚來繳交健保費，令健保局人員感到啼笑皆非，但也感觸很深，所以盡力用制度來幫助他們。

「籍在人不在」也是影響納保的主要原因，由於山地離島居民因家鄉無工作機會，出外謀生常居無定所，故仍以老家爲其戶籍地，也衍生戶籍在山地離島，但實際上卻不居住在當地的現象。



最後，也有民眾反應，就算投保了，找不到醫生看診還不是一樣？這是因為山地離島地區的醫療資源普遍缺乏，除了醫生不願意下鄉服務之外，醫療設備大多也未能充分利用，所以在醫療資源不足的情況下，也衍生出「有保險無醫療」的反彈聲浪，導致民眾拒絕投保，於是也促成健保局日後IDS計畫的構想。

針對以上納保的問題，健保局也提出實質的解決方法與建議，在1997年完成「輔導山地離島地區居民」納保計畫。到了1998年更提出「提高原住民納保率計畫」，除協調行政院原住民族委員會補助原住民健保保險費外，同時辦理多場說明會，並發函通知符合保費補助的原住民儘速投保。此外，健保局還委託慈濟醫學院公共衛生學系針對原住民社區進行輔導，希望達成「維護社區居民健康」的目的；並期待能將此成功經驗帶到其他平地社區，以利往後的宣導工作。

當時正值花東地區豐年祭，是當地外流人口的「回家時刻」，所以宣導人員專程前往豐年祭現場，瞭解原住民未加入健保的原因及家庭狀況，並宣導使用健保卡的知識及立即加入健保的申請管道。另外，還在現場也進行有獎徵答，透過輕鬆的遊戲寓教於樂。

健保局經過與現場鄉親討論歸納後發現，原住民朋友未

納保的原因包括：醫院太遠、享受醫療的資源較少，卻要繳相同保費不公平、換卡不便等。對於居民普遍反映的問題，健保局也謹記在心，並詳加註記，以作為往後在其他社區推廣輔導工作及「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提升計畫」（IDS）的參考。

加入健保救人救己

據問卷調查及實地訪視民眾，由於未納保原因確實不一而足，因此，除了印製宣導文宣之外，健保同仁也抱持「好康報大家知」的心態，在1998年還執行了「鄉（鎮、市、區）公所村（里）幹事輔導居民納保計畫」，特別商請全國365個鄉（鎮、市、區）公所，七千多位村（里）幹事，實地挨家挨戶前往拜訪，請尚未投保者趕緊納入健保的大家庭。

那時，在里民大會或是村民大會都可以看到各健保分局同仁的身影，目的就是為了宣揚健保的好處。成效遠比以往用通知函宣導納保的方式佳。

當時澎湖地區有一位婦人，因不認同健保不願繳費而積欠健保幾萬元保險費，同仁幾度拜訪都無功而返，但後來其讀國中的兒子不幸罹患胃癌需開刀，當時估計醫療自費約需二十一萬元，費用遠較補繳健保費高，因而在醫師及健保同仁的勸說下，幾經考慮，終於決定補繳健保費，以健保身分就醫。





繳交健保費後，兒子當下即決定隔日進手術開刀，為照顧兒子，該名婦人也取消原定搭機前往本島的計畫，也因禍得福順利躲過當年的空難。事後該名婦人還致電向健保同仁致謝，感謝健保替他撿回二條人命。爾後每逢聽說有人不肯加入健保，她即大力勸說，宣揚加入健保的好處，宛如健保生力軍。

保障弱勢族群就醫權益

雖然健保的立意是希望全民都有萬全的醫療保障，且絕對不會放棄貧苦或重症的家庭，但全民健保著重風險分攤的精神，由全體參與者繳少許的費用，共同分攤風險，若有人沒錢就可以不用繳，對於有繳費的人來說是不是很不公平？不但制度很難維持，也會讓付費的人負擔更重。「健保局雖肩負社會責任，但非社會救濟單位，所有的醫療服務都必須有醫有據，所有欠費都需要另闢財源來補足」，曾任健保局總經理的賴美淑強調。

因此，對於積欠保險費、又確實無力分期繳納保險費且

不符合低收入者，站在第一線的各分局員工，站在人溺己溺的情感下，自發性思索出運用體制之外的救助方式，自1998年開始由健保局員工主動成立愛心專



戶或轉介經濟困難者給公益團體來代繳交健保費，藉以解決經濟邊緣戶的納保與就醫問題。但如此還不足以解決全部的問題，為了保障弱勢族群的就醫權益，對於經濟困難繳不起健保費的民眾，健保局陸續啟動了各項協助弱勢納保措施。



愈是弱勢的民眾，才是健保需要幫助的人，為了不讓社會上有人生不起病，當時健保局的首要任務包括：爭取民眾失業期間保險費補助、爭取低收入戶申請條件及降低收入認定標準、對於確實無力負擔保險費者，由社政單位編列預算補助、加強醫療資源的提供與社政單位補助交通費等措施，盡力協助偏遠地區民眾就醫，以提升納保意願。

在1998~1999年首波保障弱勢權益計畫開跑，健保局開始積極為蘭嶼的原住民謀福祉。當年為了找金主，健保局決定由台電先開始，以健保費作為傾倒核費料的回饋金；其次，並協商原委會編列預算，補助20歲以下、55歲以上無固定工作原住民的保費。這次成功的事件，開啓了健保保障弱勢方案一連串的計畫。

第二波行動則是針對失業者。民眾失業了，生活都成困難，怎麼還繳得起保險費？於是健保局也與勞委會磋商，自1999年8月起，由勞委會補助失業者六個月的健保費；為簡化作業，更自2007年2月起，由勞保局提供補助資料並撥款給健保局，民眾不必另外提出申請，此項新措施將幫助更多貧苦的家庭。

在健保體制下，屬於個人減免保險費的弱勢族群包含：低收入戶、中低收入老人、身心障礙者、原住民老人及小孩，這群人



的就醫權益固然有保障，但瀕臨減免保費的邊緣族群，往往就成為健保局同仁處理民眾欠繳保費案件時，在法理與人情間最困難的課題了。

「經歷亞洲金融風暴後，我們更開始思及，既然企業都有紓困貸款，為什麼健保不能有紓困方案？」副總經理李丞華說。是以，在當時的衛生署長詹啓賢指示下，依據健保法第八十七條之二，成立「特種基金」提供紓困基金貸款來幫助經濟困難家庭繳交保險費用。

自2001年6月7日開始，只要是因家庭發生重大事故，導致生活陷入困境，或持有身心障礙手冊而無法自立生活，或無固定職業人口生計遭遇困難，經鄉（鎮、市、區）公所發給「全民健康保險被保險人無力繳納相關費用證明」或經社政單位認定為中低收入戶的民眾，如果有欠繳保險費或就診時無法繳納自行負擔費用的困難，即可攜帶社政單位或公所核發的證明文件、醫療院所開立的繳費通知、身分證及印章，到轄區健保分局辦理紓困貸款，而且免除負擔利息費用。

但因為全民健康保險紓困基金，是提供被保險人無息貸



款，屬於財務上救急的管道，故申貸後還是必須要有還款的義務，被保險人最多可分四十八期攤還。事後，也有三分之一

的民眾如期繳納，其餘的三分之二則由紓困準備金來打消呆帳。健保紓困方案屬救急不救窮的機制，希望幫助真正需要協助的人。這個措施實施至2006年12月31日止，共提供83,302人，約49.2億萬元的貸款金額。

此外，為了讓弱勢的民眾就醫無障礙，在1999年7月衛生署實施「無力繳費者之醫療保障」措施，凡是參加健保而無力繳保險費，但需住院、急診或重症、急診門診醫療者，如欠繳保費或中斷投保的人，只要持有村里長開具之清寒證明，仍可先行就醫，再由健保局員工協助透過適當救助管道予以協助繳納保險費，以達成「就醫無障礙」的目標。經濟弱勢族群散布在社會的各個角落，有的罹患了慢性病、重症甚至是不治之症，在病窮交迫的當下，藉由健保制度讓醫療費用問題得以解決，值得欣慰。

將全民納入健保保護傘

健保開辦七、八年後，納保率一直維持著96%左右，所以，國內其實還有約八十萬人沒有加入健保，其中，又以山地離島居民、邊緣低收入戶、打零工維生者占大多數。因為沒有加入健保，也衍生許多醫療、社會問題，是亟需解決的棘手問題。

經過調查，健保局也發現許多人已身處貧病交迫的窘境，卻偏偏因不符合低收入戶標準，不能免除保險費用。





這是因為符合社政單位認定資格的低收入戶不到全國人口的1%。但有2~5%的低收入邊緣戶，生活其實也相當艱苦。「被認定為低收入戶者，保險費100%都有補助，但是只相差一點點的邊緣貧戶，卻得負擔全部的保險費，並不是很公平。」當年的健保局總經理張鴻仁如此認為。

因為沒錢，這群人很可能自始即未加入健保，很難想像他們生病時怎麼辦？所以為了讓因經濟因素所以沒有加保的民眾進入健保體系，享有醫療照護，健保局重新界定「經濟困難」的內涵，雖然此舉在學界引發爭議，認為健保不應踏入社福的界線，但是法案在立法院受到全面支持。「當時，在立法院，所有委員均表支持，只問到法案的保障範圍是否夠廣。」張鴻仁回憶說。

2003年6月6日，全民健康保險經濟困難民眾納保優惠修法案通過，也是史上首度破例的一次健保優惠方案。包括免除及緩繳保費等二項措施，只要符合經濟特殊困難資格且四年以上沒加保的民眾，在2004年6月7日前至戶籍所在地區公所辦理加保，即可申請免除以前所積欠之保險費。另外，若

屬未投保的低收入邊緣戶，符合「經濟困難」資格，其所積欠的保險費可以申請緩繳；若已投保但欠費的民眾，符合條件者，亦可依規定辦理紓困貸款，並免除



滯納金，以減輕經濟困難民眾欠費的壓力。這個方案持續一年，受惠民眾多達二十一萬人。

紓困貸款小故事

對絕大多數的民眾而言，身體不舒服，拿著健保IC卡去看病，是一件再平常不過的事了，但對隱藏在社會低下階層的弱勢族群來說，放棄就醫，諱疾忌醫，小病忍成大病的卻大有人在。也正因為有健保局的協助措施，才能讓瀕臨經濟與就醫困境的家庭與個人，重新獲得新生的機會與動力。

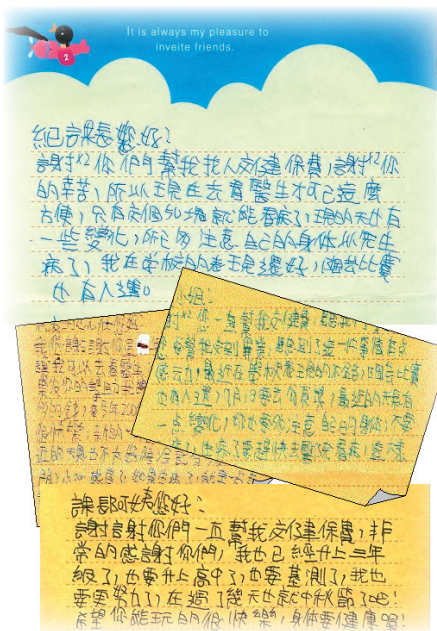
像居住在福隆的簡先生，他已經年滿70歲，由於年輕時從事採礦工作，患有塵肺症，且獨居山上，沒有謀生能力，只能靠低收入戶生活津貼過日子，積欠健保保費約二萬餘元。他由於欠費而不敢以健保身分就醫，後來經分局發現後，隨即派同仁親自造訪並為其辦理紓困基金貸款，這時才讓簡先生又重新享受健保應提供的福利，擁有完整的醫療保障。

044
045

愛心善款代繳保費

除了紓困基金貸款之外，還有許多連貸款都繳不出來，但卻不符合低收入戶保費補助條件的邊緣戶，需要健保局給予更多的關懷和協助。為了讓他們能順利的加入健保繳交保費，能夠排除因為沒有健保而不敢就醫的障礙，分局同仁從1998年7月開始，就很積極地建立公益團體的聯繫系統，並成立體制外的「愛心專戶」希望透過個案轉介，由公益團體或善心人士代繳邊緣戶的保費以紓緩他們的負擔。

類似的案例極多，在石碇大橋底下的湯媽媽就是一個例子，她帶著兒子住在三片木板隔起來的家，分局人員到訪時，湯弟弟還正感冒發燒中，經訪談瞭解湯家目前僅靠湯弟弟打零工賺取每



月約四千元的收入，確實無法繳納健保欠費約三萬元，同仁除了立即將二人送至醫院就醫外，同時也幫助他們尋求公益團體協助後續保費事宜。

另一例是居住於屏東萬丹的淑珍一家人，由於她的女兒罹患水腦症。二十四年來，小瑜的病況沒有任何好轉。分局同仁得知淑珍的故事後，立即率員前往探視，深入了解後得知其經濟生活不佳，丈夫失業四年以打零

工為生，小兒子日前也因打工發生車禍療養中。健保局「塵緣有愛—愛心不打烊」窗口承辦人員經深入瞭解得知，淑珍全家皆在工會加保中，但因經濟困難致已積欠健保費38,783元。分局除用愛心專戶的善款代其繳納欠費外，更幫助小瑜重新換發重大傷病卡，以保障就醫權益。

保費分期紓緩壓力

一般來說，經濟困難無力一次繳清健保費的民眾，如積欠保費超過五千元以上的人，都可以向健保局辦理分期繳納，逐步將保費繳清，以減輕家庭與自己的經濟壓力。

不僅讓欠費的民眾或投保單位有更充足的時間及能力來償還積欠的健保費，而且在分期繳納第一期保險費起，就發給各保險對象健保卡，也充分地保障了他們的就醫的權益。

當時許多經濟有困難者，都十分肯定這項政策，認為對他們真的助益良多。

像住在蘆洲14歲的吳小妹，因為罹患急性淋巴性白血病，且家庭狀況不佳，全家已經積欠健保保費達五萬多元，爾後因又有住院需要，使全家人因此陷入困境。經過分局派人探視後，發現吳家真的有救助的必要，所以也親自為他們辦妥分期攤繳手續。從此吳小妹全家除了可以因減輕保費負擔而不必擔心就醫問題外，也可以將全部精神投注於照顧吳小妹上。

公益團體分享大愛

事實上，這個社會上有太多案例需要全民的愛心，健保局均盡力給予民眾最大的協助與關懷，也得到不少公益團體默默的支持。例如，台北有一位油漆工帶著二個孩子，只靠撿廢鐵變賣過日子，但收入十分不穩定，某天他在工作時忽然慘遭數名男子用球棒和木棒毆打，嚴重的傷勢令他昏迷了三天。

事後雖然發現是誤會一場，但住院的費用還是得繳，最後只好由他姐姐與醫院的社工幫忙付清。因為窮困的他，連孩子的學費都是透過家長會協助，申請學雜費和營養午餐的全額補助，甚至三人放學後的晚餐與隔天的早餐，也都是導師利用剩餘的午餐準備的。

不過，幸運的是，因這場病痛讓他的問題被鄉公所的人發現，查出父子三人還積欠十八萬元的健保費，因而他們除了協助當事人辦理分期繳納健保欠費之外，也主動幫他申請低收入戶，並進一步轉介給公益團體提供協助。其中，智邦公益館除了援助經濟之外，還幫他找到工作並且上網募集到六個月的生活費，使得問題得以圓滿解決。



健保是您永遠的好朋友

在健保局輔導的案例中，覺得在健康的時候每月還要繳交健保費是這個負擔，而理直氣壯地認為積欠健保是理所當然的事，像年已半百的陳先生就是一例。

在他還身強體壯時，就經常拖欠健保費，直到自己剛好高齡失業在家，且不巧罹患了心臟病，才發現沒有付健保的嚴重性。後來，再加上白內障的困擾，他因知要55歲以上的人才能由健保給付開刀，所以本來想逃避這些問題，當作沒發生。

但後來醫師建議，他的情形特殊，應該可以向健保局專案申請給付，雖然當中須等待的一段時間。但當他接到健保局通知，已經核准了給付申請案後，霎時如天降甘霖，覺得自己的人生還是有希望的。他從此有很大的感觸，也深深反省自己：「如果沒有健保，現在我不知道會變成什麼樣子？但我只有深深的感觸；健保才是真正的、永久的好朋友。」

雖然年輕人極少用到健保卡，那轉換一下心情，想想自



己所繳的健保費是爲了父母而繳，是爲了弱勢民眾而繳，況且若家中有重大疾病患者，如：洗腎病患，那麼家人繳二十年的保費都不足以支付一位患者一年的洗腎費用呢！

保險憑證進入數位時代

還記得健保開辦之初，您拿在手上的是健保紙卡嗎？健保紙卡已遠較勞保時代的就診單方便多了，一張健保紙卡可提供六次就診，不若勞保就診單，一張只能就診一次，但當時六格用完要換卡外，每年都得換發新卡，行政作業仍相當繁複。

為免去民眾及投保單位換卡的麻煩，並加速健保局的效率，歷經多年的規劃與執行，健保紙卡也功成身退邁入歷史，自2004年起，健保卡正式進入IC卡時代，同時也開啓了健保的資訊革命。

健保IC卡是聰明的智慧卡，功能完整且多用途，目前只有法國、德國等少數先進國家使用健保IC卡，台灣則是走在亞洲國家之前，鄰近的韓國現正想向台灣取經，學習建置健保IC卡之經驗，可見我國政府之高瞻遠矚。

048
049

健保紙卡提供六次就醫

在公保、勞保時代，公司職員有需要看病時，需先向公司索取一張就診單，健保實施時，為方便民眾，是採用一次可以使用六次的紙卡做為保險憑證。

所以，健保開辦時，每一位參加全民健保的民眾都領到一張可使用六次的健保紙卡；





六歲以下兒童則發給兒童健康手冊，孕婦發給孕婦健康手冊，此外，重大傷病患者則可申請重大傷病證明，以方便就醫及免除部分負擔。

每年的第一張健保紙卡均由健保局統一發放，而民眾每年年初則必須向所屬投保單位申領新的健保卡，每年紙卡也會換新裝，更換圖案以便於辨識。此外，為提高換領健保卡的便利性，健保局也陸續在地區級以上的醫療院所、衛生所、鄉（鎮、市、區）公所等增設279處換卡據點，所以民眾除了在投保單位換卡以外，也可以在上述的據點就近換卡。



健保IC卡之源起

雖然健保紙卡的便利性已較勞保時代改善，但由於當時保險憑證除了健保紙卡之外，還有重大傷病卡、兒童健康手冊、孕婦健康手冊等，民眾就醫時有時需要帶二、三張不同的證件相當不方便，而且每年都要更換新卡，要將全國人民的資料都順利註記，實在不容易。

於是，行政院在1995年5月指示健保局以IC卡為基礎，發展「一卡到底」的IC健保卡。健保局接到命令後，隨即在同年9月在台北市及澎湖縣兩地小規模試辦IC健保卡。當時在台北市是以中央行政單位的公務人員為試辦對象，不過因為可

以使用的地點不多，所以計畫並不成功。但相反的，在澎湖縣，利用郵政局的提款卡IC晶片的試辦計畫，卻非常成功，相當受到當地民眾的認可。

使用一卡到底的IC卡，可免除每年換卡不便，節省行政成本，亦可利用其資訊功能，減少重複就診、檢查及開藥，讓民眾省去不必要之花費及時間，維護醫療品質，並可有效管理保險費之定期繳納。民眾只保管一張健保卡，健保局也省去發放健保紙卡及重大傷病證明卡的行政成本，雙方都得利。此外，還有一個重要因素，當時健保局在執行財務開源節流政策時也留意到，健保紙卡採事後申報，因有時間差，易產生財務漏洞。所以，在當時總經理賴美淑的支持下，健保局開始積極規劃以沒有時間差的IC卡



050
051





取代紙卡憑證，如此一來病患就醫資訊可及時登錄，並予以記錄，且病患也可查詢自身資料，回應民眾醫療透明化的要求。

但要發行健保IC卡，首先要解決的，就是經費問題。原先，為了節省經費打算與身分證雙卡合一，但後來發現有些問題難以整合，於是決定仍由健保局獨立發行健保IC卡。不過，當時中央研究院認為製作詳細記載個人資料的IC卡，有違反個人隱私之慮，且事關幾十億的預算，因而在規劃時也面臨重重阻礙。

為了打通關，當時賴總經理從擬定計畫書開始，幾度與衛生署、行政院、研考會、NII(國家資訊基礎建設)推動小組開會討論，最後透過頻繁的解說程序，終於將製作健保IC卡轉為國家政策，才使得健保IC卡有著落。

最後，行政院於1999年11月正式核定「健保IC卡實施計畫」，中央健康保險局為求推行順利，於規劃過程中廣邀各界學者專家經歷數十次討論，並公開對外徵求資訊意見。

劃世代IC卡誕生

既然有了規劃，就得開始積極行動！健保IC卡政策確定後，繼任的總經理張鴻仁則需負責計畫的實施。回顧當年澎湖試辦計畫的優缺點，他詼諧地表示：「澎湖的試辦計畫得到民眾九成以上的支持，當地民眾大多覺得IC卡非常方便，唯一的缺點，大概就是在台灣本島不能使用吧！」

健保局在2000年8月正式公告接受廠商投標，最後由國內電機大廠東元帶領的團隊得標，並於2001年4月12日完成合約簽訂儀式。自2002年2月開始，健保卡有了劃時代的轉變。

由於計畫龐大，在管理上需十分嚴謹，當時張總經理特別於健保局成立「健保IC卡管控中心」，運用PERT(計畫評核術)圖表、工作日記、例行會議、專案報告等作為進度管理工具，以便整體執行進度符合預定的規劃時程。



052
053

從2002年開始，健保局分階段、分地區進行健保IC卡的照片蒐集作業。首先由村里長幹事通知在公所加保者，接著是軍公教人員、公司行號員工、各工會會員及其眷屬。每一張健保IC卡的製作，從蒐集照片黏貼表、核對資料、掃描照片、修圖、建立基本資料，都是嚴格的數量與品質控管把關之下完成製作。

在處理過程中，還出現各式各樣創意十足的照片，但因不符



規格，也增加了不少勘誤工作。所幸都由健保局與合作廠商合力克服萬難。爾後健保局也不斷透過媒體對民眾、投保單位以及醫事機構加強宣導，深入校園、社區，舉辦了將近四千多場說明會。

到了2002年7月26日，健保IC卡正式誕生，由陳水扁總統在首發典禮中，親自領取全國第一張的健保IC卡，見證健保新科技的歷史。



健保IC卡開始發放時，由於全國發卡量很大，健保局也是採取分區、分階段的方式，透過61萬個投保單位及369個公所村里幹事，陸續將健保IC卡送到每一位民眾手中，並於2003年底大功告成，全面發放完畢。

另外，為順利推動使用健保IC卡，在全面啓用健保IC卡之前，健保局先徵求自願試辦的特約醫療院所，民眾即可在已建置讀卡機的醫療院所使用健保IC卡，後來在2003年7月1日正式開始健保IC卡、紙卡雙卡併行的雙軌作業，以不影響民眾就診、醫院申報零風險為考量，一方面漸進式地讓民眾習慣以健保IC卡就醫，同時讓各醫療院所調整作業，並備妥相關軟硬體設施。

對於大眾最關心的個人隱私權的問題，健保局也有縝密的安全計畫。IC卡上民眾的就醫用藥資料，必需要有醫師卡才能讀取。在醫療院所上傳資料的過程中，也經過重重的加密安全機制。除了卡片操作上的防偽、多重保密等安全機制，另外還研訂



了完整的危機處理應變計畫。

後來在2003年台灣爆發SARS疫情時，由於大多數民眾已經拿到健保IC卡，為瞭解哪些患者曾經出入過爆發SARS疫情的地區或醫院，健保局經由與醫療院所間的健保IC卡資料傳輸系統，提供及時就醫資訊，掌握SARS病例的傳染流向，有效防止了SARS疫情的擴散。

到2003年6月中，已經有90%以上的民眾領到健保IC卡，但是醫療院所配合健保IC卡作業系統佈建的時程卻順延了，延後的原因是因為作業習慣改變，部分老醫師不習慣用電腦，加上醫療院所使用的作業平台不盡相同、裝置讀卡機的醫療院所太少，醫界反映希望健保局補助裝設讀卡機的成本，最後在健保局與醫界取得共識，以專案輔導電腦設置等措施，成功提高了醫療院所安裝讀卡機的意願。

另外，當時因山地離島地區缺乏相關設備，也造成IC卡使用上的難度，之後透過同仁的神來之筆，以電池取代電話線，才使讀卡機得以順利操作，解決了技術上的難題。故自2004年1月1日起，即開始全面使用健保IC卡。



經過半年雙軌作業的過渡期後，醫療院所與民眾都已經熟悉相關作業，健保局宣布從2004年1月1日起，全面使用健保IC卡，首日就診上傳的人數，即高達六十二萬七千人次，而且上線過程十分順暢。



IC卡便利的就醫憑證

現在，只要加入健保的民眾都會拿到一張印有姓名、身分證號和出生年月日的健保IC卡。在這個晶片裡，除了有登錄個人基本資料及就醫次數外，還有器官捐贈、重大傷病的註記、藥品處方及重要檢查等，猶如民眾的健康資料庫，且隨帶隨走，便利性十足。

對醫師來說，透過健保IC卡可以了解病患的各項就醫紀錄、過敏藥物登錄、重大傷病、手術、重要檢查及預防接種等各種資料，對於診療過程與歷史紀錄一目瞭然。另外，卡片上的照片還能幫助醫師確認病患的身分，可有效減少冒用身分及出示身分證明的麻煩。

也有不少民眾已感受到，自從拿到IC卡之後，就不用再為換健保卡或沒帶身分證件而煩惱，不但省時，每次就診時，有藥



物過敏的民眾，醫師可以由健保IC卡的註記中讀到，避免病患服用不當藥物的風險，也幫助醫師瞭解病患。

健保IC卡從1995年7月在澎湖局部試辦，到2004年正式全面使用，九年漫長的路程，歷經了四屆立法委員、五任行政院長、五任衛生署署長及三任健保局總經理，是政府持續推行的一貫政策。雖然已經全面實行健保IC卡，但中央健康保險局仍然與民眾、醫療院所保持良好的互動溝通，以期與醫界、病患、社會團體溝通並建立共識，使醫療資源的使用更有效率，同時提升醫療品質，以促進全民健保的永續經營。

第二章

平衡財務挑戰多

全民健保自實施以來，財務面臨多次艱鉅挑戰，本章將揭露健保局如何透過各種財務措施力挽狂瀾，化危機為轉機，維護社會正義決心，使健保得以持續經營。



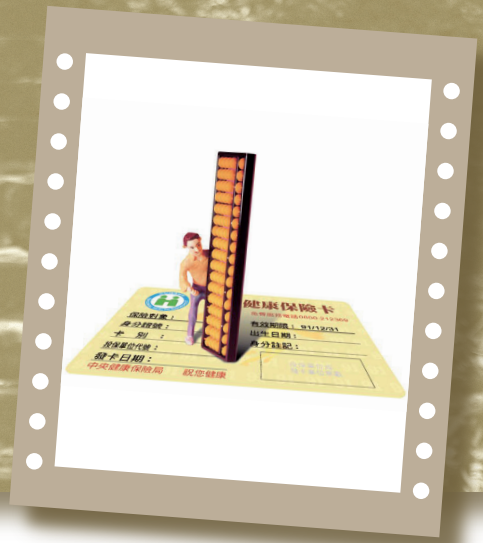


努力渡過財務難關

全民健保開辦十二年來面臨最大壓力即是維持保險財務收支平衡，面對保費便宜又大碗的全民健保，健保局需支付醫療院所合理的報酬，受到國內人口老化、醫療科技進步，以及民眾就醫需求增加等因素之影響，全民健保所應支付之醫療費用逐年增加，同期間保險費收入，雖亦隨著被保險人薪資之上漲而有微幅增加，但其速度遠不及醫療費用來得快，平均醫療支出成長仍高於保險收入成長達二個百分點，使財務收支存在結構性問題。

但民意要求「服務不能少，保費不能調」，所以每當健保局面臨的財務窘境時，常常難以順利解決。原本健保財務設計是以五年為一平衡週期，屆滿五年即應調整，但因健保議題廣受各界矚目，常常演變為政治議題，使得費率調整無法回歸專業考量，因此，健保局須苦思良方以因應外界「既要馬兒好，又要馬兒不吃草」的期待，將健保財務對社會的影響降至最低。

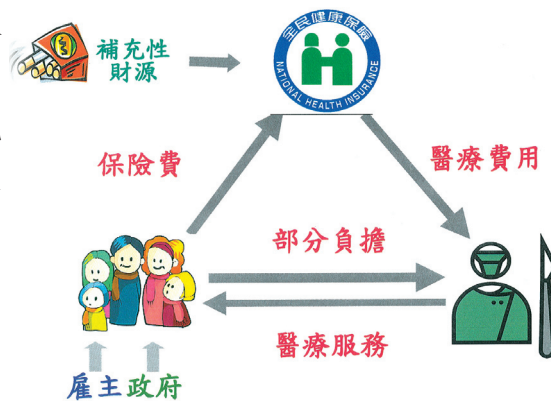
歷年來健保局平衡財務收支的重要的措施有三：一為監控財務收支，調整支出斜率，避免不必要的醫療浪費；二為調整保險費率與開源節流並進，使收費更為合理，實現社會公平、正義、互助的理想；三為多元微調方案，修正制度合理性，爭取財源，以彰顯社會正義，並為二代健保鋪路。



費率精算有其本

健保自1995年開辦以來，即是採取「自給自足」及「隨收隨付」原則，不能動用一般稅收來彌補虧損，健保支付醫療院所需要的財源完全由保險費來支付，其中個人所交保險費約占38%、雇主補助約占35%、政府補助約占27%。

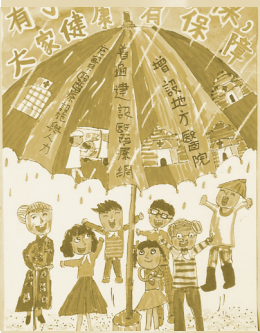
全民健保制度設計



060
061

健保費率的計算是「量出為入」，先估計所需支出的醫療費用，再計算所需收取的保險費，得出所謂的精算費率。因為健保局是非營利單位，所以除了法定安全準備外，不能預存未來的醫療費用支出，所以只能用多少，收多少。

所以，要使全民健保險業務能正常運作，保險費的收入就必須足夠支付醫療費用，要合理控制支出，才能確保健保的永續經營。同時，為了讓制度穩定，保險費率即是以五年的支出為一平



衡週期精算，因此前半週期會有較多節餘，可以彌補後期的不足。

但考量民眾的經濟狀況，保險費的負擔比率也依保險對象類別而有不同，舉例來說，第一、二、三類民眾是以民眾的薪資所得為計算基礎；第四、五、六類的民眾，則是以全體被保險人每人保險費的平均值為計算基礎。此外，除了職業別的差異之外，在投保金額方面也會因為每個人的薪資結構不同而使所繳的金額不同。其他像是低收入戶和無職業的榮民，其保險費則完全由政府補助，以免除其經濟上的壓力。

台灣民眾能以低廉的價格，享受完善的醫療服務，不再為醫療費用所苦，是台灣健保可貴之處。但是因為保險費率固定，保險費收入增加有限；醫療費支出卻隨著醫療科技日益進步、人口結構逐漸老化及民眾醫療需求增加無限上升，導致醫療支出的成長逐漸超過保險費收入的極限。

全民健保財務收支趨勢圖

(權責基礎)



第一次財務危機

「寬鬆的納保門檻，低廉的保險費用，慷慨的給付範圍，及公平的就醫機會」是不少人對健保的評論，可見健保降低了民眾就醫的經濟障礙，但也有人認為這種方便性，卻也是造成醫療資源浪費的主要原因。

健保的財源自1998年開始，逐漸入不敷出，健保財務首度轉盈為虧，需動用安全準備來彌補。隨著時間增長，財務赤字曲線愈往上飆升，使得健保局承受很大壓力。

雖然往年所積存的安全準備，仍足以填補當時的財務缺口，眼見收入日益減少、支出卻日益增加，五年的費率精算期也已屆期，財務缺口必須要想辦法彌補。

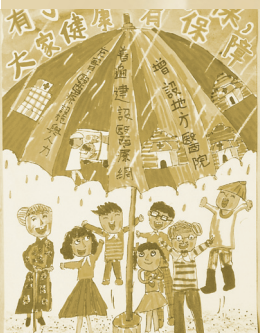
開源節流 扭轉財務困境

當年的總經理賴美淑期待在職位上，作一個稱職的管家，替全民將健保荷包看緊。她說：「只有一千元，就不能花到一千二百元，精準做到成本控管，就是一個好的管家，也是我對自己身為健保管家的期待。」

因此，當時在她任內，健保局首度將保險管理納入科學管理的範疇，建立財務收支監控系統，同時以開源節流措施，嚴密監控保費收入及醫療費用的成長情形。

財務收支監控系統的其原理很簡單，即是以預測的方式找出健保支出的合理斜率；找出不合理的部分，將斜率拉回適當的範圍。而要使支出頻率降低，首要工作是消除時間因素對健保財務的不良影響，讓健保局有時間針對財務報表進行分析。

舉例來說，若原先健保的規劃是以每月第30日為申報日，沒



有時間預做分析，健保局僅能按時結算及支付醫療費用；反之，若將每家醫療院所的申報日提前（如每月第10日），如此健保局即可透過數學模式的分析，以10日的支付額來預估30日的支付額，以達到預警作用。

健保局也利用往年的數據來預測醫院正常的申報值，倘若醫院的申報件數超出估算值，健保局即會透過資料分析來檢視其原因，例如：醫院是否擴建？病床數是否增多？病患是否大量增加？如果沒有合理增加申報的原因，健保局即會針對申報異常之醫療院所進行控管。

在開源部分，健保局向財政部爭取到每年約70億元之「菸品健康福利捐分配收入」及11億元之「公益彩券盈餘分配」，作為健保之安全準備；另外，也積極執行汽、機車代位求償醫療費用。

財務燈號紅黃綠 通過考驗

當年收支監控政策啓動後，健保局財務處每日均針對收入及支出做出預測，並訂出每月財務紅黃綠燈，若有危機，立即下修支出斜率。透過監測預測體系精準掌握訊息，確實達到不錯的效果，成功地穩住支出斜率，暫時解除健保2000年的財務危機。

另外，為了讓醫療院所一致體認收支監控是必要且正確的措施，並藉由協調的過程討論出共識，賴美淑帶領著同仁不斷地前往醫療院所說明與溝通。同時她也親自走訪各分局說明，使分局同仁有深入了解，加以靈活運用。待多數的人都有了共識之後，健保局才開始推行，因而當時各界多半予以支持，減少了許多外部壓力，制度才得以推行。

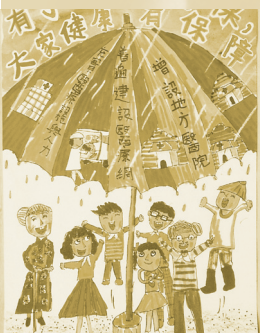
在執行上述政策時，健保局有感於民眾以健保紙卡就



診，醫療院所無法立即上傳資料，致使申報醫療費用會有時間差，不易掌控異常就醫及申報情形，因而大力推動健保IC卡來取代紙卡，以及時掌握醫療支出，有效擷節支出。

在進行財務收支監控系統的同時，健保局也發現，因藥費支出占總醫療支出約四分之一，如有效管理，可節省不必要之支出。爲了縮小健保支付價與市場實際交易價格間的差距，健保局於1999年開始著手進行全國第一次的藥品市場價格調查，並按調查結果，調整藥品支付價格。由於在實施之前曾與醫療院所、藥商等各方協商，取得多數人同意後才訴諸規定，且採全面實施，並不針對特定醫院，使得首次的藥價調整順利完成，同時，也確認日後藥價調查的正當性。

除了加強控管醫療申報的核付、控制藥費以外，健保局更強力執行醫療機構違規查核，經過種種努力，使得健保局的財務狀況又繼續支撐下去。



第二次財務危機

當初爲了平衡健保財務，雖然設計有財務責任制度，當安全準備低於一個月保險給付總額時，即可依法提出調漲保險費率的需求，但由於我國健保受政治高度干擾，以致每當提出健保保險費率調整時，總會招致各方不滿，致使健保局得面臨諸多責難。但事實上，大家都瞭解，要讓健保永續經營，唯有收入與支出平衡，但健保開辦十二年以來，調整保險費率只成功過一次。

美國奧瑞岡大學紀駿輝副教授即曾撰文：「因健保費率之調整，會牽動所得之重分配，而有所謂的受益者與失利者，健保費率調整議題也就演變成一場利益的角力：失利者會盡其所能攻擊新費率以減少其損失；受益者則可能以沈默或表態支持新費率以維護其利益；政客則會見縫插針，利用議題來達到其目的，可以說是各取所需。在此種情況下，所謂『客觀』的論證極爲難求，民眾必須睜大眼睛，謹慎檢視論者的利益觀點。」由此可知，保險費率調整不易，可謂健保局開辦後最大的挑戰。

如前所述，健保財務早在1998年時就已出現逆差，後雖經過收支監控政策，但仍舊無法平衡人口結構改變及醫療技術進步所導致的財務逆差，當時的醫療費用平均成長率約爲6%，但是保費收入成長率卻僅有4%，有顯著落差，因而也導致財務問題日益擴大。

當時健保財務艱苦的狀況一直持續到2001年底，由於安全準備餘額已經低於一個月醫療給付總額，情況每況愈下，因而在迫不得已之下，健保局終於得到主管機關的支持，由



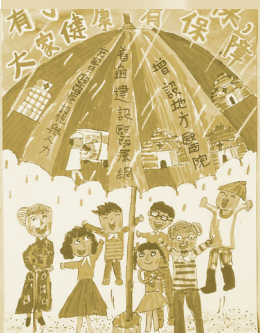
下而上有了調整保險費率的共識。

擴大費基負擔更公平

在調整費率之前，健保局先著手改善保險費負擔的公平性，亦即調高投保金額上限，使所得較高的族群負擔多一點，另外將公務人員的投保薪資朝全薪納保的方向修正，同時積極協調各級政府，解決政府補助款欠費事宜。

後來，立法院於2002年6月三讀通過「全民健康保險法」公平負擔部分條文修正草案，同意投保金額分級表的上下限維持五倍以上差距，且軍公教人員改採全薪精神納保，以改善負擔不公平的問題。

以上措施係為將制度補正，對於健保財源的助益仍然有限，到了2002年9月，依照維持財務收支平衡且安全準備為零的前提下，開始研擬保險費率調整方案，同時針對醫病雙方實施醫療費用的管控措施，來解決眼下的健保財務難關。



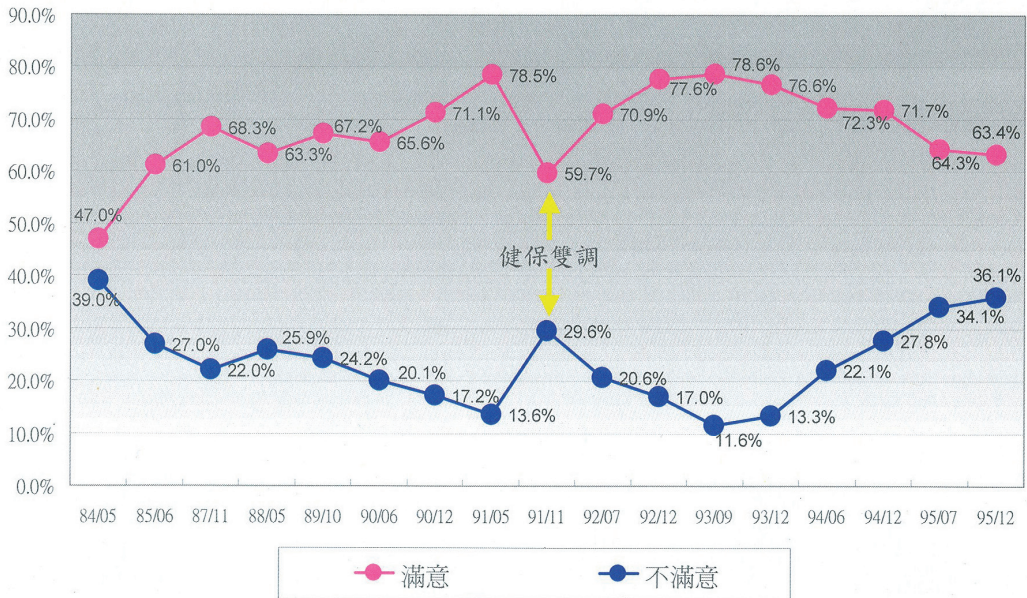
健保雙調彌補財務缺口

依健保法規定，保險費率上限為6%，健保局至少每二年需精算一次未來的保險費率，若依精算結果，未來五年之平均費率與當年保險費率相差幅度超過55%，可由主管機關重新調整，報請行政院核定。依2001年全民健康保險費率精算報告顯示：2001年至2006年保險費率平均值應為4.91%，與當時的保險費率4.25%相較，差距幅度高達15.5%，早已超過法定調整保險費的條件。另外，至2001年底，健保安全準備結餘238億元，已低於當年一個月醫療費用支出(約265億元)，依全民健保法第20條及67條規定，均符合調整保險費率的條件。

雖然健保財務的窘境，依法早該調整，但為順應民意，健保局先檢討改善健保財務現狀結構，修法改善保費負擔公平性、加強管控醫療浪費、縮小藥價差及解決政府欠費等等問題。但以上措施對於健保財務的問題，仍無法根本解決。因此，在當時的衛生署長李明亮的支持下，健保局的費率調整方案幾經修正，終於出爐。

原本保險費率調整的試算方案不只一個，但為了減少對民眾的衝擊，最後核定的版本，費率調整幅度是最小的，係以繼續維持健保二年財務平衡為原則，將保險費率由4.25%微幅調整至4.55%，因此約九成民眾每月僅增加不到45元的保費，同時也調整部分負擔，依醫療院所層級予以調整，其目的在於增加民眾的成本意識，鼓勵民眾分級就醫，以降低大醫院就醫次數，使民眾能善用醫療資源，減少浪費。但保險費率及部分負擔調整方案消息一經曝光後，媒體冠名為「健保雙漲」，也使得當下民眾對健保的滿意度曲線明顯下

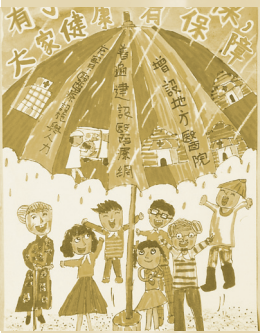
全民健康保險民眾滿意度



滑一波。

當年雙調方案實施後，健保局每年得以增加180億元的保險費收入，對於每個月需要支出300多億元醫療費用的健保局而言，雖然還不足完全弭平財務失衡問題，但使得已近乾涸的健保財庫，終於下了一陣及時雨。值得一提的是該次調漲，按照原先估計，可使安全準備金撐至2004年底，但由於開源節流實施得當，雖然安全準備還是遠低於一個月保險給付總額，但卻成功延緩安全準備金再度為零的窘境。

「當年健保雙調，是健保有史以來頭一次調漲，爭議性及難度均很高，但因為健保局內部早已預測雙調可能引發的抗爭，所以也早已研擬策略方針，提早為雙調作準備。加上當時衛生署



長李明亮的形象及公信力、意志力足夠，才能順利說服行政院，使雙調順利過關。」在任內讓健保費率第一次調整成功的張鴻仁回憶道。

健保費率雙調實施後，健保局其實承受了相當大的壓力，除了立法院杯葛、監察院糾正，工人團體的反彈也相當激烈，甚至走上街頭遊行抗議，到行政院門口陳情，激動時刻也向當時的官員代表砸雞蛋。媒體更經常以頭版頭條來報導「健保雙漲」，當時的總經理張鴻仁三天兩頭的受邀上電視叩應節目與民眾現身說法，也與反對者對談。然而保險費率的調整並非沒有道理，當時多數的公衛學者在對媒體發聲時，雖反對調整部分負擔，卻是贊成調整保險費率的，包括消費者基金會代表亦表示「含淚支持」保險費率的調整。

在先進國家，健保費率調整為每年例行常態，例如韓國、美國、荷蘭、德國都如此，但在台灣卻屢遭挑戰。在2003年由美國廣播電視公司(ABC News)製作的「今夜世界新



聞」電視節目中，播出台灣健保專輯時，主持人即提到：「台灣政府在不得已下調高保費，至今不過調整了幾美元，但卻激起強烈的反彈。」

時至今日，也證明健保雙調搶救方案確也收到成效，成功解決了健保局的燃眉之急。健保局副總經理李丞華更強調：「當年成功開闢財源，也使得健保局在2003年有餘力幫助經濟邊緣戶，支持『經濟弱勢民眾納保方案』，提升納保率及全民的醫療品質。」後來，健保局內部持續針對常態性的保險費率調節機制進行研究，爾後二代健保的設計也是朝這個方向出發。



第三次財務危機

醫療費用成長高於保險費率成長是多數先進國家都遇到的難題，台灣並不例外。

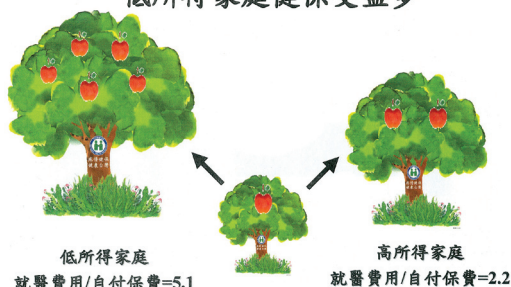
依據行政院主計處國民醫療保健支出資料顯示，平均每年每人健保給付金額與應繳保險費的比率，都在2.4至4.8倍之間，而且家庭所得愈低，受益比率愈高，最高者達可5倍之

多，顯示我國健保實施以來，確實能降低全體國民就醫的障礙，有效扮演社會安全機制的角色。

不過，隨著台灣人口結構及社會經濟情況的改變，健保局正面臨許多難以解決的財務癥結，政治杯葛、人口急劇老化、經濟不景氣，及醫療需求增加，都是導致健保財務失衡的重要因素。

如果單問民眾是否贊成調高費率，絕大多數民眾均會反對；同樣的，若單問民眾是否贊成縮減醫療服務範圍，大多數之民眾也會反對。但是保險費與醫療服務範圍是互為因果的，「付出多少，才能享受多少」，不能獨立命題。因此面對健保入不敷出所造成的財務窘況，應該要增加保費，或是減少給付，健保局希望擴大社會對公共政策的參與，希望大家的健保由大家來決定。

低所得家庭健保受益多



※資料來源:衛生署統計室92年統計資料

公民會議全民共創健保未來

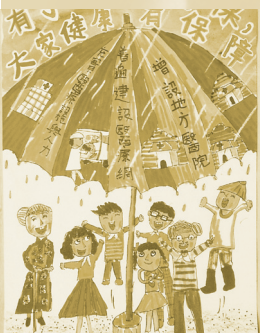
健保局在2004年規劃了三月、六月、九月的階段時程，先邀請衛生署官員、全民健康保險監理委員會代表、全民健康保險費用協定委員會代表、全民健康保險爭議審議委員會代表等辦理一系列健保財務平衡會議，將健保財務問題提出與委員討論，再以審慎思辨民調來瞭解與會代表的意見。

全民健保業務研討會會議議程				
第一天 (3月26日 星期五)				
時間	議 程	報告人	主持人	評論人
13:30-14:00	報到			
14:00-14:10	主席致詞	陳署長建仁		
14:00-14:40	錢從哪裡來?	朱副教授澤民		
14:00-14:40	財務現況	健保局財務處 鄭經理世祥		羅教授紀瓊
錢用到哪? (PART 1)				
14:40-15:10	家戶健保受益分析衛生署			楊副教授銘欽
		黃主任旭明		
15:10-15:30	break			
錢用到哪? (PART 2)				
15:30-17:00	醫療費用利用現況 健保局醫管處			周教授麗芳
	陳經理明哲			盧副教授瑞芬
	藥品利用現況 健保局醫管小組			李副教授玉春
	曾主任千芳			
17:00-18:00	交換意見			楊教授志良 羅教授紀瓊 周教授麗芳 李副教授玉春 楊副教授銘欽 盧副教授瑞芬 歐副教授人桂英 石主任委員耀堂 劉副總經理見祥 賴副總經理逸祥 李副總經理添華
18:00-18:30	Check-in 及自由活動			
18:30-	晚餐			

健保局在2005年委託台灣大學社會系，採取歐美國家常用的公民參與方式，舉辦了公民會議，由健保局邀集一般民眾共同參與、討論健保政策的修訂計畫，以擴大公民對公共政策的參與，共同改革健保制度、應變財務難題。

參與公民會議的成員，係先由學者專家篩選出各行各業中具獨立思考之代表，經過為期一個月的受訓，深入了解健保的內涵及運作原則後，才開始進行辯論。全程均由公民自行討論，專家僅適時解說疑點，並不直接參與討論，以求結果貼近民意。

然而公民會議的結論相當的矛盾，但也真實的反映了民意，「健保不能倒、保費不能調、給付不能少」即是這次會議的結論。之後，健保局參考公民會議結論及各界問卷調查結果，擬訂健保財務因應方案，並重申開源節流並重的理念，期待以努力維持收支平衡來弭平財務失衡狀況，以使健保制度繼續運作。



多元微調攜手度過危機

在衛生署署長侯勝茂的指示下，紓解健保財務困境的「多元微調」定調。在「多元微調」方案中，也特別強調絕不將新增加的財源集中於單一或大部分的群體，以彰顯社會正義，因而此方案係朝「四不增加、五大節流」方向規劃。

所謂「四不增加」則是指：

保險費率不增加；投保金額在87,600元以下者，保費負擔不增加；重大傷病患者，部分負擔不增加；慢性疾病患者，藥品部分負擔不增加。

所以，多元微調主要內容包括「預防保健、法定傳染病、教學成本改由公務預算支應」、「調整投保金額上限：由87,600元調整至131,700元」、「調整軍公教人員投保金額占全薪之比率由全薪之82.42%至87.04%」、「爭取菸品捐及代位求償之收入」、「拉大社區醫療與大型醫院門診之部分負擔比例」。

而「五大節流」則是利用IC卡資料，關心就醫頻繁病人、減少重複檢驗、檢查、用藥；監控藥價、縮小價差，加強違規院所的查核；宣導民眾正確就醫、安全用藥。

有鑑於健保主要是為了發揮社會互助功能，所以保費的

發展全民健保
不要讓貧困的悲劇再重演



林晉

收取應該以保險對象的所得及付費能力為依據，於是按照規劃，以民眾共識與社會保險的精神，在「多元微調」方案中將投保金額上限將由原來的87,600提高至為131,700元。

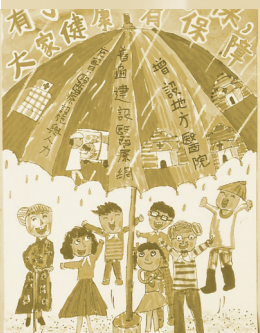
此外，為符合社會公義原則，依規定，軍公教人員的投保金額，應該以民間受雇員工最近一年平均投保金額，與行政院主計處發布的各行業受雇員工平均經常性薪資的比率，乘以全薪計算。所以，在當年的微調中，軍公教投保薪資比例也由82.42%提升至87.04%，預計約有六十多萬人受到影響，若加算眷口受影響人數可能多出一倍，其中個人每月保費最少增加9元，最多則提高101元，平均會多出36元。

爭取稅捐廣開財源

除了上述的措施之外，補充財源也是健保增加收入的重點，所以「多元微調」也建議對於不利健康的消費應予以徵收健康捐，例如：提高菸品健康捐的金額，以作為健保的補充財源的方式。

因此，在此次調整方案中，也以修法的途徑積極爭取提高菸品健康捐成為健保財源；並將重大交通事故、公害及食品中毒事件納入代位求償範圍，可說是為健保開源注入強心劑。

上述措施，還有雙重效果。因為在世界各國中，醫療費用約有7%~12%，是用來治療與吸菸有關的疾病；且依世界衛生組織所通過的「菸草控制框架公約」第6條也強調對各階層的人群，特別是青少年而言，「價格及稅收」是減少菸草消費最有效及重要的手段。相較之下，目前台灣菸價相較於其他國家仍然明顯比較低，且已明顯成為推動菸害防治的最大障礙，所以才規定菸品健康福利捐將從現行每包5元，提高至每包10元，以挹注健保財務。



節流有法挹注健保財源

至於在節流方面，主要是指讓公共衛生支出逐年改由公務預算支應。除爭取將法定傳染病防治、預防保健、教學成本等110億元的經費改列公務預算外；利用健保IC卡的資料關心高診次就醫民眾，期待透過公共衛生單位的輔導，使民眾有合理的就醫行為，減少醫療浪費。

「法定傳染病的防治工作」，則是屬於國家應該執行的重要公共衛生業務，故預防接種及依其他法令應該由政府負擔費用的醫療服務項目，不在健保給付範圍。

實際上，此一概念，非台灣獨有，由於世界各國皆普遍認為「預防保健服務」是屬於國家應該執行的重要公共衛生業務，因此，預防保健費用應該由政府編列公務預算支應，才能釐清健康保險與公共衛生的分際，也才能減輕全民健保不必要的財務壓力。

另外，支付教學醫院醫事人員訓練成本，其目的是適度反映教學醫院在診療過程中所增加的成本，但醫事人員的養成不應是全民健保的責任，因此，教學醫院的成本也規劃回改由政府相關機構編列公務預算支應，才能釐清全民健保與相關機關的權責，減輕全民健保的財務狀況。

此外，拜資訊科技的進步所賜，透過醫療院所上傳的就醫資料，可即時分析申報情形，對疑似異常的醫療院所進行訪查，減少不當申報的情形。而正如預期，健保IC卡也成為健保節流的一大利器，IC卡的使用有助於鷹眼計畫的實施；利用IC卡上傳的資料，可順利分析異常就醫情形，並即時給予妥善輔導，以根絕民眾浮濫就醫的情形。

二代健保使制度更好

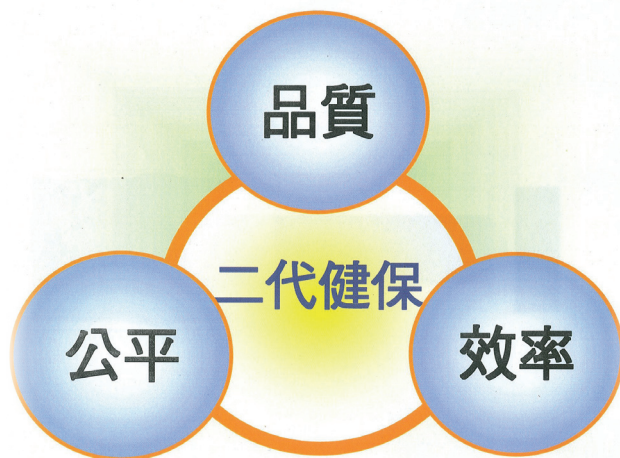
為改善健保現制未盡完善之處，行政院於2001年7月1日成立二代健保規劃小組，邀集多位學者專家著手研擬二代健保政策，期能健保制度更公平永續。

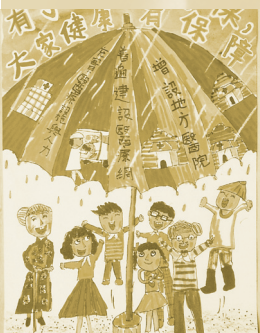
二代健保與現行健保制度，在財務收入面最大的不同，就是將保險費

計算基礎，由薪資所得改為家戶總所得，強化所得水準與健保負擔能力的關係。此外，為改善健保的財務狀況，也將建立財務收支連動機制，使保險費率調整更有彈性，以達到收支平衡之效。

此外，在二代健保的規劃中，未來健保所需經費，除法定收入外，由政府、雇主及被保險人分擔，其中政府及雇主的負擔採「固定責任制」，依一定公式計算應分擔經費，並隨國內生產毛額（GDP）調整。為改善醫療浪費情形，二代健保中也將加重對浪費醫療者的懲處及限制，對於非緊急情況時，有重複就醫或其他浪費醫療資源的情形，將採取「限制就醫」。

雖然健保制度仍有許多尚待改革，但台灣的民眾仍屬幸運的一群，畢竟只要付出低廉的保費，就可以享有品質優良的醫療服務，在世界上是少見的。





社會安全重要支柱

近年來民眾對於健保的滿意度，不僅一直維持在七成左右，同時也是政府各項施政中，獲得民眾滿意度最高的一個項目。

在經歷921大地震、SARS風暴之後，台灣整體經濟大環境不佳，為造福經濟邊緣戶，健保局也積極涉入社會福利體系，提出『經濟弱勢民眾納保方案』解決民眾的欠費問題，確保了經濟邊緣戶的就醫權。因此健保對於維繫社會安全體系貢獻良多。

健保制度的規劃與建立是在台灣經濟繁榮之時，但目前整體大環境不佳，健保如何持續，是個更艱鉅的挑戰。長期來看，要使健保能永續經營，仍應就保險給付範圍與費率調整做整體規劃，才能改善健保財務，使之自給自足，這也是健保局未來努力的重點。



健保下的醫療服務

為確保民眾就醫權益、永續經營健保，健保不斷檢討改進健保支付政策，以期保障就醫品質，並將每一分錢都花在刀口上。





支付制度與醫療服務

全民健保開辦後，全國92%以上的醫療院所皆與健保局特約，民眾可至任何醫療院所就醫，不像以往因職業身分而有區隔，例如榮民須至榮民醫院才享有優惠，軍眷限於軍方醫院就診，公保被保險人須經公保聯合門診中心轉診方可至特約醫療院所就醫。如今民眾只需要出示健保卡，都可享有同等的就醫機會。

在醫療給付方面，全民健保除了延續提供原公、勞保給付項目外，並開辦預防保健服務，提供兒童、成人預防保健、孕婦產前檢查及婦女子宮頸抹片檢查等服務；此外，尚提供居家照護、社區復健等服務，從單純的感冒治療到複雜的開心臟手術，健保可以說將所有必要的診療服務都包含在內了。

但由於病患與醫生之間的診療行為，係由第三者的健保局來付費，容易產生醫療浪費。為了促使全民健保能夠永續經營，健保局必須妥善管理民眾所繳的健保費，使之用在合理且適當的地方，避免醫療資源的浪費與浮報。因此，為使整體醫療費用支出控制在合理範圍內，健保局一方面加強醫界之專業自主性，進行支付制度改革，使醫師參與醫療品質維護與保險財務的管理；另一方面也加強民眾的成本意識，適度引進使用者付費的概念，以減少民眾不必要之就醫行為。



健保局近年來陸續實施了各種支付方案，從開辦時期的論量計酬制度漸漸走入前瞻性的支付制度，例如論病例計酬及總額支付制度；同時為提升醫療品質，健保局創新試辦論質計酬等方案。

此外，針對山地離島等偏遠地區醫療資源不足的情形，健保局推動「全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫」對於偏遠地區的民眾有許多醫療上的幫助。

另一方面，為了節制醫療費用，健保局每年進行藥價調整作業，並藉由醫療審查與稽核作業，為醫療品質與資源把關。

080
081

由小而大的支付單位

健保開辦之初，健保的支付制度仍承襲過去公、勞保的醫療支付方式，以論量計酬為主，在此種支付方式之下，醫師較不考量成本效益，只要服務量愈多，收入即愈多，因而缺乏讓醫師追求健康品質的誘因，也使得醫療費用節節高升。

健保局開始思考保險人鉅細彌遺地為每一項醫療服務訂價是否恰當？還是應該逐漸擴大支付單位，讓醫療服務提供者擁有更多專業自主權，並承擔醫療品質與成本控制的責任？最重要的是支付制度改革的目的，除了費用控制之外，亦希望透過醫師對病患的照護，讓病患買到健康，而非只是醫療。在固定的醫療資源範疇下，民眾愈健康，需要的醫療服務愈少，醫師所獲得鼓勵與



報酬則愈大。

在美國老人保險中有所謂的「住院診斷關係群制度」(簡稱DRGs)設計,係為改善「論量計酬」的缺失,依診斷病名,保險人以定額方式支付醫院,病患住院的醫療費用。

也就是說原本在論量計酬的支付方案下,病人只要住院,醫生提供什麼服務,就向保險人申報什麼費用,但有了DRGs之後,變成以統包的概念,從檢查、診療、開刀等各項醫療行為,按照國際疾病分類碼疾病的歸類,以一定的金額支付,個案特殊狀況再經過校正,其主要精神就是透過前瞻性訂價方式,使整體之醫療費用支出易於管理。

我國健保初期亦試行有與DRGs類似的「論病例計酬」(Case Payment),即是預先訂定一次手術的支付標準,對保險人及醫院來說,有較標準化的支付金額,降低不確定因素,而醫院更可以做合理的自我成本管控,追求更高的管理效率。如此一來,讓醫界也能協助減少醫療浪費,同時對於醫院申報公平化、加強醫療管理的效率、醫療品質透明化等也有相當的幫助。

從健保開辦以來,最早做論病例計酬的項目就是〈生產〉,所以在1995年施行的有自然產與剖腹產的2項,1997年有婦科及外科等13項,1998年則擴增婦科、外科、眼科、泌尿科等7項,1999年則有外科、耳鼻喉科、心臟科、骨科等28項,2003年續擴增外科、產科、心臟科等3項,總共有53項,

其中5項門診、48項住院。

目前健保局已完成本土版的DRGs，經多次協商及溝通會議，並訂下推動時程，因DRGs包括的項目比較廣，共有900多項，健保局考量導入DRGs可能對醫院造成之衝擊，在推動時程範圍將分年逐步導入。

DRG解釋名詞

DRGs全文為Diagnosis-Related Groups（住院診斷關聯群制度）是以住院病患的診斷、手術或處置、年齡、性別、有無合併症或併發症，及出院狀況等條件，同時考量醫療資源使用之情形，將病例分為數百個不同群組；並事先訂定支付權重，除特殊個案之外，同一群組採相同支付權重。

本土版DRGs主要是針對資源耗用相近分組，並非「同病同酬」，因此同一種疾病會因診斷、有無合併症或併發症等因素落入不同的群組，而有不同的支付權重，例如：單純性的闌尾切除術和複雜診斷的闌尾切除術分屬不同群組，另再依有無併發症區分不同群組，故單以闌尾切除術而言便有四種分組的結果，權重也有差異。對於外界擔心重症病患會成為人球乙節，其實健保局在設計之初已築好三道防火牆，包括：

1. 部分疾病不納入DRGs，如癌症、精神病患、罕見疾病及住院超過30天之個案。
2. 對醫學中心及區域醫院支付有加成。
3. 如果實際費用超過DRGs的上限值，其超過上限之醫療費用，仍然以八成支付。

為了防止病患權益受影響，健保局亦訂定監控指標，例如：出院後回來急診比率、出院後重覆入院比率等，以觀察病人是否



被迫提早出院。

有了DRGs的分類之後，各項服務的支付權重也是一門學問，倒底每項醫療服務的支付價格如何訂定呢？在1988年，美國國會即為改善醫院不同科別醫師服務費的缺失，委託哈佛大學蕭慶倫教授進行設計，根據醫師照顧病人所付出的人力與時間，投入的設備與材料，制訂醫療資源耗用相對表（Resource-Based Relative-Value Scale，簡稱為RBRVS），將每一項醫療服務給予比重，以區別困難與簡單的醫療服務。

目前健保局亦已和醫界代表協商完成全民健保支付標準相對值表2.0版，並導入在醫療費用支付標準訂定上。在這種方法下，所訂定之支付價格更能合理反映複雜醫療服務之成本。

RBRVS解釋名詞

“Resource-Based Relative Value Scale”原意為資源耗用相對值表。依服務科別的工作強度、時間、訓練時間、服務量、相對成本、資源投入等加以計算後，互相比較，加權界定各科醫療服務的相對支付費權重。

推動總額 增進醫療專業自主

總額支付制度是目前各國公認最能控制醫療費用成長的醫療支付方式之一，其原理是在每年年底先由全民健保費用協定委員與消費者及醫療服務提供者就牙醫門診、中醫門診、西醫門診及住院服務等特定範圍的醫療服務，預先以協商方式，協定未來一年健康保險醫療服務預算總額，但每項醫療服務依據支付標準申報點數，在每季健保局依費協會協

商的額度及總申報點數結算後，才能確定支付標準每點之點值，所以醫界需自行管理診療行為及合理運用醫療資源，以控制醫療費用於預算範圍內。



雖然健保法明訂應實施總額支付制度，但因為健保開辦初期，醫療費用支付方式主要延續公、勞保的論服務量計酬，導致支出成長率偏高，因而經過數年開創期的調適，幾經與醫界的協商，直至1998年開始試辦牙醫總額，因為其醫療服務內容相對於西醫較為單純，加上牙醫師公會全聯會主動、積極地配合，施行的成效相當不錯。

之後，中醫在2000年7月、西醫基層在2001年7月都陸續加入總額中。至於醫院總額，因為預算較多牽涉較廣，而且涵蓋範圍複雜，經過一年多的研議後，方於2002年7月實施，自此，全民健康保險的支付制度進入全面實施總額的時代。但是在總額之下，仍分有中醫、牙醫、西醫基層及醫院等四塊小總額。

總額支付制度的優點即各總額部門每年均重新檢討研訂下一年度總額；醫界專業自主的空間變大，在總額支付制度下，健保局尊重醫界自我管理的精神；醫界在診療及判斷上也會自我約束。

總額支付制度的推動及上路尚稱順利，只是協商過程相當冗長，為加強溝通與協商，健保局每年都須與醫院、西醫基層、中醫、牙醫與洗腎支付委員會各開六次會議，討論總額的問題，所以自總額實施之後，健保局與醫界的溝通更加頻繁與密切。



於任內完成總額全路上路的健保局總經理張鴻仁，在回想起實施總額的困難時也表示：「總額的難度及爭議，一言以蔽之，即在於分配。如何在有限的資源下，妥善分配費用，確實不容易。」

健保局在每年年中就要開始和代表各個總額部門的醫師公會討論第二年的總額新增(減列)項目，到年底再由全民健康保險醫療費用協定委員會做協商，決定第二年醫療費用的成長率，每年年底總協商時，都需要找個會議室，來個二天一夜的徹夜長談，所需要耗費的人力與精神確實不小，但雖然如此，總額實施後確實有助於醫療費用的節省。

在總額實施之前，健保醫療費用每年以二位數百分比的速度成長，但實施總額之後，醫療費用的成長率已降為5%左右，醫療費用確實有明顯的控制。

每項制度在剛開始實施時，難免會有一些磨合期，總額支付制度也不例外。剛開始，在總額點值未結算前，健保局對於醫療院所有暫付款的制度，原本應該依每季點值結算結果進行差額之追扣和補付，但是2004年及2005年的點值確認較慢，使點值結算的追扣和補付時點落差長達一年，且因前一年支付額度偏高，於是要追回暫付款比較困難，因而與醫界有些爭議，後來經協議雙方同意可採分期攤還，由應支付的醫療費抵扣的方式還清，最後爭議也順利解決。自2006年起，總額支付制度之運作已上軌道，通常都是在確認每季點

值後即可做差額追扣或補付，另外，也修訂暫付款的支付方式，之前的問題就不再出現。

在總額之後，醫界雖犧牲了成長率，但得到較多自主管理空間，使得現在醫界對於支付標準的調整及內部管理有更多的自主權。推動總額支付的目的無非是希望醫療院所在固定的預算額度下，能將資源有效且適時的使用在民眾身上，並且達到同儕制約，互相督促的作用，讓人民享用最好，且有效率的醫療服務，既節省醫療支出又讓浪費減至最低。

訂定指標 監控服務品質

總額成長率的訂定是由全民健康保險醫療費用協定委員會的消費者代表及醫療服務提供者代表，參考二個重要因素以協定未來一年總額的額度，一個是非協商因素，包括：人口老化、物價指數、投保人口增加等。另一個協商因素，包括：給付範圍改變、新醫療科技、醫療品質提升及醫療服務密集改變等。

配合總額支付制度分區執行的架構，醫界各部門總額亦分別成立總額支付執行委員會或共同管理會議等組織，以醫療專業角度、檔案分析、同儕比較等方式確保醫療資源合理運用。

在實施總額支付制度之後，健保局對於醫療服務品質的要求更加嚴謹，行政院衛生署在每個總額實施前均公告「品質確保方案」，健保局即依據品質確保方案，監控醫療品質，並每半年就作問卷調查，瞭解醫界對總額的看法以及民眾對健保品質的滿意度。

另外，每年各總額部門都要公開2~3項的醫療品質，健保局會將每家醫院品質指標的監測值與相關資訊放在網路上，由社會大眾共同監督各醫療院所的醫療品質。



目前總額面臨西醫基層與醫院間的病患轉移、以及健保局六個分局為區域之分區預算的分配方法等問題，需要集合專家學者、醫界的智慧共同解決。此外，目前在總額支付制度下，大部分的支付項目仍是以論量計酬的方式核付給醫療院所，較沒有激勵醫療院所提升管理的誘因，希望施行DRGs制度後，醫院發揮有效的管理，更進一步促進住診醫療資源的合理使用。

部分負擔 抑制醫療浪費

「每個月都繳保費，為什麼就醫還需要繳交部分負擔？」或許是不少人的疑問，但探究其來由，會發現在健保制度中，部分負擔確有其存在的必要。

原本民眾看病，醫療費用應直接繳給醫院，如此一來，生病成了民眾直接的負擔，小病還好，遇到生老病死的時刻，醫療費用就相當可觀，更何況是嚴重的疾病，所以全民健保制度的可貴之處即在於將大家的風險均攤，民眾依其薪資所得，繳交相對小額的保險費，健保局將全體國民保險費蒐集在一起，再每月支付給醫療院所，所以健保局就成了病患與醫療院所之間的資源管理者。

民眾每個月繳交保險費給健保局，之後，病患可以自由的在任何時間、地點，不限次數的就醫，其帳單由健保局來支付，因為不必直接由自己的口袋出錢，這種由第三人付費的制度，卻也極易產生醫療浪費。所以在各國的健保制度中都設計有「部分負擔」(cost-sharing)的機制，一方面在強化被保險人的個人責任，降低道德危害，減少醫療資源不當使用；一方面節省保險人醫療費用的支出，維護良好的保險財務制度，間接成為保險財源籌措的方式之一。

我國過去公、勞、農保體系中，除了公保六種疾病保險規定10%門診藥費部分負擔外，其餘皆無部分負擔的規定，因而醫療費用節節上升，加上保險費率從未調整，造成各類醫療保險制度嚴重的財務赤字，因此全民健康保險在規劃之初，即訂定就醫的部分負擔制度。

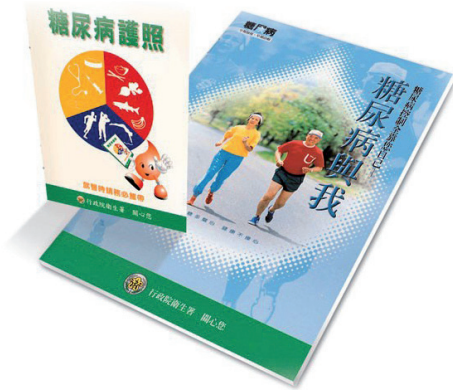


與其他國家比較，我國民眾就醫時須自付的部分負擔率並不算高，例如韓國的部分負擔比率高達30~50%，法國、日本的部分負擔亦多達30%。但我國以2006年為例，整體部分負擔收入僅占總醫療費用約7.23%。

事實上，調整部分負擔亦是紓緩健保財務困難的一種方式。同時也是為了加強病患珍惜醫療資源的觀念，避免不必要的醫療花費，以自我調整就醫行為來共同負擔醫療資源的責任，並落實轉診制度。

在大部分的先進國家，民眾有病均先到基層診所就醫，病情嚴重者，再由基層診所醫師轉至大醫院檢驗、檢查及住院治療。但在台灣有個和其他國家不太一樣的地方，就是大醫院的門診通常都是門庭若市，比一般診所的服務量還大。

健保局最近一次在2005年7月15日實施的部分負擔新制，目的就是在擴大病人到醫院或診所就醫時所付部分負擔的差距，希望導正醫療資源分配，讓大家盡量小病能到附近的診所就醫即可，讓大醫院可以將更多的心力花在急重症的治療與新治療技術



的研究暨教學工作上。

雖然部分負擔的作用在抑制醫療浪費，但對於真正需要醫療的人，例如：重大傷病患者，健保局訂有免除部分負擔措施，對象包括：重大傷病患者、分娩、預防保健服務、在山地離島地區門診者、低收入戶、榮民、

職業傷病患者、肺結核病患、三歲以下兒童等持慢性病連續處方箋調劑藥品者其藥費亦有免除部分負擔之措施，因此，真正經濟或健康上弱勢者並不會受到影響。

歷年健保局每回宣布要調整部分負擔時，媒體都會出現調整的幅度過大或不合理的報導，其實每次新制開始實施後數日，健保局人員都會到各醫院現場進行輔導，發現其實現場病患的接受度都還不錯，並沒有太大的阻力。

論質給付 提升醫療品質

在控制費用之後，健保局同時要顧及的就是醫療品質的確保，除了替民眾購買醫療服務，要維護服務的品質，故健保局自2001年起試辦論質計酬的支付制度。

當時的總經理張鴻仁強調：「要做到論質計酬是全世界醫藥衛生專家的夢想，因為在一般公司中，表現好的人薪水高一點是合理的，所以其實全世界都在思考這個方向，討論實際上可能會遇到的問題。」

最初健保局是以實驗的概念，決定先採用幾個疾病來示範，再決定可行性。因此，在2001年10月時挑選了糖尿病、氣喘、乳癌、子宮頸癌、肺結核等五大疾病來作試辦，初步先鼓勵醫師主動為病患做篩檢，以能早期發現，早期治療，並追蹤回診情形，協助病患完成療程。

論質計酬的目標雖然很大，但健保局是採逐步推動，一開始設計先著重於包裹式的設計，也就是先要求照護過程的品質。舉例來說，糖尿病需要什麼樣的治療，每三個月要做什麼樣的檢測，就包含在包裹中，健保局在支付費用之前，會先確定院所有沒有提供應有的照護。

爾後，健保局再檢討做法，朝簡化作業程序，增加支付誘因，且放寬參加的醫療院所資格，同時，為避免總額稀釋點值而減少院所參加的意願，自2006年起亦將方案相關之疾病管理費及品質加成費用移至醫療費用總額其他部門，由健保局予以監控。經與醫界持續協商後，於2006年8月起首度試辦依照護結果品質給予加成鼓勵措施，第一項完成修訂規劃試辦的是糖尿病方案。

由於大家對於品質的感受不一，如何衡量亦無一致的標準，健保局能走在各國之前試辦以品質為導向的支付制度，已非常具前瞻性的，成果也備具政策研究價值，可供其他國家參考。

關懷偏遠地區醫療

健保剛開辦時，大家都還在適應，許多事無法一蹴而得，但外界批評與監督卻不放鬆，當時學者與媒體因山地離島地區就診不方便均批評台灣健保體系是「有保險無醫療」，導致當時六位原住民及三位離島地區立法委員在立法院集中火力全力抨擊健保局。



當時的第一任總經理葉金川其實於健保開辦之初即十分重視山地離島的就醫情況，在政治與媒體的雙重壓力下，即要求團隊在一週內就得提出解決方案，並於花蓮召開記者會公布方案內容。健保局同仁接到指示後，連忙趁著星期五、六、日到花蓮開發度最低的山地鄉，也就是秀林、萬榮、卓溪鄉去探視，發現他們生活之辛苦是外人無法想像的。

花蓮的太魯閣族在日據時代被迫遷村，定居於缺水、沒有耕地的山地村落，在生存條件極差的情況下，導致居民嚴重外流，甚至還曾傳出校長就是人口販子的離譜情形。此次的探訪，讓健保局更加堅定，應該為這些國民主動設置醫療系統，於是花了一天半的時間開始走訪各個衛生所與教會，希望尋求合作的機會。當時在不屈不撓的努力下，健保局終於找到出路。

副總經理李丞華說：「人民無法解決的事，就交給政府，政府無法解決的事，只好交給上帝。當我們聽到基督教門諾醫院的院長黃勝雄願意與健保局合作，派駐1~2名醫師到秀林鄉註診，方便當地民眾就醫，真是令我們感動得要謝主！」



在基督教門諾會醫院的協助下，健保局也順利地舉行記者會並向外界報告與門諾會醫院合作之示範計畫，由健保局補助經費供醫院派駐醫師到山地離島的衛生所駐診，並期望其他山地離島鄉也有醫院可以跟進。於是，解決

山地離島地區醫療資源不足的方案就在1996年時順利開動。

當時企劃處邀集六個分局召開說明會，希望各分局都能比照辦理找願意合作的醫院進駐各個山地離島地區，期望可以達到內部競爭、平行推廣的目的。



後來，健保局開始實行「山地離島地區整合性醫療照護提昇計畫」（Integrated Delivery System以下簡稱IDS計畫），才正式開始有了IDS的名稱，這讓計畫推廣至更全面，甚至連澎湖的望安、七美等地都有，均由台灣本島的醫療團隊結合當地的醫師提供醫療服務。由於分局的努力，全台48個山地離島鄉均已納入本計畫中，也使台灣就醫的可近性大增，「在國際上，距離2個小時路程還找不到醫師的地方稱之為偏遠地區，以此定義，健保已使台灣沒有偏遠地區了。」張鴻仁表示。

實施山地離島IDS計畫後，即使遠在蘭嶼的居民，一樣有專科醫師可以看病，大大提升離島偏遠地區的就醫可近性與品質，也因此山地離島民眾體會有了健保，看病不用愁，也使得對健保的滿意度，總是高過都市地區。



健保藥品與特材



藥品費用占健保醫療費用約四分之一，藥品費用因而成為健保局節制醫療浪費的管控標的之一。全民健保開辦初期，沿用公、勞保藥品的品項及價格，之後，便依當時衛生署取得之1992年及1993年公立醫院藥價資料做為訂價之基礎。後來與國際藥價比較，健保局發現，不少藥品支付價格比國外高很多，另外有些學名藥的訂價甚至高過原廠藥價格。

為了改善此一價格不合理的現象，健保局在與醫界與藥界多次協商後，陳報衛生署，衛生署於1996年10月核定「全民健康保險藥品核價原則」，並自1996年11月生效。此原則規定健保藥品的分類及核價原則，自此健保局開始依據新的核價原則核定及調整健保藥價。在此原則下，健保局將專利尚未過期的原廠藥，其價格不超過10個國家的中位價訂價，市場中已有BE學名藥的原廠藥，因其專利期已過，故其核價不超過前者的85%，普通學名藥的價格則不超過原廠藥的80%。故若藥品價格超過一定標準者，將予以調降價格。

為減緩藥品核價改革對藥界的衝擊，幾經協商，健保局與產業界達成共識，自1996年11月開始，分三年三階段實施藥價調整措施。第一年健保局針對申報金額排名前100名的品

項，調整633項藥品，估計每年節省藥費約6億元；第二年再針對申報金額前200名的品項，調整710項藥品，估計每年節省藥費約6.5億元，同時健保局亦開始將藥品支付價格公告在健保局網站上，以使藥價資訊透明化；到了第三年，因適逢新台幣大幅貶值，所以健保局和業界達成共識，該年暫緩調整作業。



不久後，所謂「藥價差」的輿論興起，使得大眾認為健保局核定的藥價仍高於醫院的實際買進價，以致產生藥價差，讓醫院多賺了一筆。由於日本藥價制度與我國相似，問題亦大同小異，健保局派員至日本考察後，引進日本行之有年的藥價調查制度，透過調查各類藥品的市場交易價格，來調整健保藥價。

至於什麼是合理市場交易價格，舉例來說，當消費者購買冰箱，獲贈烤箱，為正常市場競爭下之行為；但若購買烤箱贈品卻是冰箱，烤箱的定價即有違市場機制，它的報價可能高過原本價值好幾倍，即屬不合理現象。因此健保局希望透過藥價調查，讓所有的藥品價格訂定均接近市場價格。

同時，健保局藥價調整作業開始落實法制化。也就是衛生署在1999年3月30日依法公告「全民健康保險藥價基準」並於同年四月公告實施「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」，爾後藥價調整便依據該要點執行。此時期的調整原則即是依據藥品市場交易價格調查及分類分組訂價。



健保局在公告實施之前曾與醫療院所、藥商等各方協商，為將反彈的力量降至最低，健保局同意第一年調查結果藥價差範圍在30%以內的藥價先不調整，且實施時並不針對特定醫院或藥商，使得首次的藥價調整得以順利執行。

由於全民健康保險藥品支付價格調整作業要點中明確規定，五年內將藥差價縮小至15%的目標(即藥價差超過15%以上者，予以調降)，並使藥價調整作業透明化及可預測，在2003年前每年調整，在2003年之後則每二年調整一次，如今將藥價差容忍範圍縮小至15%的階段性目標已達成。未來希望能透過市場議價及藥價調整機制，使藥價差逐年往下調降。舉例來說，日本健保藥價調整已經有五十年的歷史了，現今才達到將藥價差合理範圍調整至2%，所以健保局仍有努力的空間。

「藥價差」問題探討

外界常質疑的「藥價差」的問題，其實涉及市場經濟學的層次，因機制複雜，對外解釋不易，常令健保局同仁百口莫辯。所謂「藥價差」其實是市場機制產生的自然現象，普



遍存在世界各國藥價制度中，並非台灣才有，而且這對健保並非有害無利，外界一直對「藥價差」有所誤解，認為不利於健保財務，其實相反，因為透過醫院的議價能力，才能使藥品價格下降，否則醫院根本沒有誘因去和廠商

議價，所以「藥價差」反而是使健保藥價下降的動力。

以鄰近韓國為例，他們即是採用購買價支付的措施，結果醫療院所毫無議價動機，結果不僅導致藥價飆升，還變相鼓勵醫療院所購買昂貴的藥品，根據韓國自己的統計，平均購買價為上限價的99.56%。可見要節省藥品費用，還是必須要透過制度設計，讓醫療院所所有議價誘因，再透過藥價調查來做藥價調整，才能導正藥價，有效控管藥品價格。



096
097

健保局首任總經理葉金川即指出：「藥品既然是商品就會有價差，只要將藥差調整至適當的範圍就屬合理，要完全消除，有違市場機制，也不易達到。」況且購買者如果在轉售物品時，不能賺得其中的差價，還會有殺價的慾望嗎？所以如果醫療院所都以原價採購藥品，就不會有所謂的藥價差，藥商也可獲得較多利益，但並不會減少健保支出。

根據2006年OECD的資料分析，以台灣的國民所得來說，我國的藥費總支出是在國際標準值以下的，而且藥費所占總醫療費用的比例，以平均每人國民所得校正後為21%，也在國際水準以下，以鄰近國家為例，韓國藥費占率為27.4%，日本為18.9%，再經人均GDP校正後，均在國際標準值之上。

放眼國際，如今僅有澳洲藥價比台灣低，原因在於澳洲所採行的是藥品差額負擔與藥品部分負擔機制。也就是說，如果民眾



要選擇比較昂貴的原廠藥，則必須自付藥價差額。反之，若選擇效果相同但售價較低的學名藥，則可全額由健保給付。

所以，台灣的藥價訂定尚稱合理，透過設計讓醫療院所努力議價之動機，而每年逐步地用調查方式讓藥價調整至最合理，使其所付的醫療費用不會逐年升高。

此外，藥品議題也時常在國際間的貿易談判中出現，因為它涉及到許多的貿易層面。當藥品過了專利期之後，國外原開發廠藥廠即希望自己的藥品與之後其他藥廠所推出的學名藥在價格上有所區隔，但本土的學名藥廠則認為既然它與

原開發廠藥品的安全、品質、療效一樣，價錢不應有差別，所以這些都需要健保局與業界人士做綜合性通盤的考慮及溝通。

因此，對於2006年底台南地方法院檢察署主動調查藥廠、醫院及健保局有關藥價的問題，健保局全力配合，希望能藉此讓大眾清楚藥價差真正的問題所在，以及它在健保醫療資源再分配上所扮演之角色及功能，同時能更了



解健保局同仁奉公守法，兢兢業業的依照健保法及核價規定辦理業務，並進一步藉檢方的力量，彌補健保局公權力不足的地方，使得健保藥價得以更接近真實市場交易價格，如此藥價差問題即能逐漸消弭，也讓健保局員工之努力不致付諸流水。

健保特材支付制度

全民健保共收載約6,426項特殊材料，其費用占健保醫療費用約2.47%，相關資訊均定期公告於健保局全球資訊網。全民健保開辦初期，沿用公、勞保特材的品項及價格，為考量特材品項核價之合理性及一致性，於1996年7月1日起特材實施統一支付價。

特材支付制度和藥品一樣，對產業界影響頗大，不但涉及國際貿易問題，亦攸關本土業界發展，因此健保局常常要面對各方壓力，甚至是政府對政府間的貿易制裁。

例如在1996年，有美商認為健保對於特材的核價不公，即向美國貿易代表署申訴，美國貿易代表署也介入處理，將我國列入超級301貿易制裁觀察名單，並要求我方赴美溝通，當年的總經理葉金川在獲知這個消息後，為了在貿易制裁確定名單出爐前解決這個問題，立即指派當時的醫務管理處經理及企劃處經理三日內搭機赴美，後來9月26日及27日連續二天健保局代表與美國貿易代表署官員在美國華盛頓協商，在經過充分溝通後，雙方同意健保特材核價的六項原則，包括：國民待遇、透明化、公開性、可預測性、功能性及成本控制。後來10月2日美方公佈超級301制裁名單，我國已不在其中。同時，健保局依據「成本控制」原則，於1997年11月1日起，將引起爭議的人工髖關節及人工膝關節置換術採納入「論病例計酬」支付方式中，即以統包方式支付該項手術，而不再依細項服務單價支付醫療費用。



健保現行給付之特殊材料應已足敷醫療需要，惟基於新科技的發展及給付的公平性，衛生署已公告分別自2006年12月1日及2007年1月1日將塗藥血管支架及陶瓷人工髖關節納入部分給付品項，亦即未實施前，病患或其家屬如果希望使用較新型特材，必須全數自費購用，納入部分給付後，只要負擔超過部分之費用，可大幅減輕病患之負擔。另外，健保局訂定事前告知及資訊公開等配套措施。

為促使外界對特材有進一步之瞭解，健保局已於2007年4月1日起，將特材影像檔置於該局網際網路，以供民眾查詢。

醫療審查 保障品質及權益

自健保開辦之初，為免醫療浪費，保障醫療品質，即設有醫療服務審查制度。醫療服務審查，主要是講求證據醫學，即是透過資料庫的運用，加以檔案分析，來檢視醫療服務是否恰當？與實際需求是否有落差？有無醫療異常狀況？對於異常之申報，健保局會予以核刪。以確保民眾就醫品質，並減少不必要之浪費。



醫療審查是極為專業的，通常是藉由專業醫師來審查，並由各分局費用組依據規定抽審轄區內醫療院所醫療服務病例，判別其醫療服務的內容是否合適？品質是否不佳？但醫療服務是否恰當，並無統一標準，也常出現醫療院所及臨床醫師與健保局見解不同，或意見相左，甚至是爭議的情形，因此，在健保局的醫療服務審查制度分有初審及複審二種，即醫療院所對健保局初審意見有異議，可提出申復，健保局會請另一位醫師複審，如果醫療



院所對健保局複審結果還有意見，則衛生署也設有全民健康保險爭議審議委員會，以解決雙方紛爭。

由於異常醫療行為審查會造成健保局與醫師關係的緊張，於是，健保局也十分重視與醫界的溝通及協調。分局經常舉辦說明會，對醫事人員解釋醫療審查過程，如：臨床注意事項、申報時該準備的資料有哪些等；為免造成審查醫師的困擾，多半會邀請其他分局之審查醫師出面，以增進溝通。

為使醫療審查更順利、減少爭議，健保局於2002年7月引進實證醫學，透過檔案統計分析，找出一套大家都能接受的標準，於是也使得健保局醫療審查作業更為順暢。

健保局要審查的申報量非常大，每年有2~3億的門診案件及200多萬的住院案件要抽審。不過幾年前，健保局向國外取經，學習自動化審查系統，此後在審查作業上即大量運用電腦分析，在效率可說有很大的突破，同時藉由電腦的功能

費用行政審查研



可以做到更公正、公平、公開的分析。例如費用控制的功能，如果類似的疾病反覆出現，某家院所或某醫師其費用或住院天數都比別人高，這到底是為了更高的醫療品質，還是有浪費資源的嫌疑，透過電腦



都可以幫忙做檔案分析，舉凡平均值不合理、醫療行為或處置不適當，都可以看得出來。這是健保開辦12年來在審查上進步最多的部分。

健保局的審查醫師也還曾發揮過意想不到的功效，在SARS流行時期扮演重要幕後功臣的角色。在SARS期間，疾管局需每日通報疫情趨勢，但每天彙集大量的病例通報，卻缺乏足夠人手來判定通報的個案是否為真正的SARS病例？或追蹤那些病例已獲治療？那些病例已出院？於是委託健保局的審查醫師利用健保局的申報資料清查病例資料，以提供每日最新的疫情資料，隨著疫情的紓緩，民眾信心也漸漸穩定下來，最後李明亮教授在電視上向全國宣布台灣已可恢復正常生活時，手中所用的病例數據即是健保局所提供的。

總額之後的醫療審查

健保局的醫療審查改革，以1998年為分界點，也就是總額實施前與後。審查的相關法規、運作方式及目的均有了顯著的變革。在論量計酬的時代，健保局需聘請審查醫師，審查醫療院所



的申報是否適當，在總額支付制度實施後，講究的是醫界專業自主、同儕制約，也就是將審查作業委託醫界自行管控與主導。

在健保局實施總額制度之後，由於預算固定，藉由醫療審查嚴格地把關，反而可以減少不必要的醫療開支，有助於節省醫療成本，於是醫療院所的心態才慢慢地從抗拒轉為接受，也使得健保局與醫療院所間的關係由對立緊張轉為合作互助，正巧符合當年總經理張鴻仁所規劃的大船轉彎政策。

在總額實施之後，健保局也將醫療審查作業由健保局審查醫師轉為委託醫院協會或是醫師公會全聯會，將審查之責，交由醫療團體自行辦理，以落實總額支付制度強調的同儕制約精神。當時還有醫師抱怨，交由自己人審查，比健保局還嚴格呢！

此外，在總額之後由於採取希望醫界自律的方式，因此醫審制度雖然照樣執行，但權力較下放至醫界，方式上除了電腦化作業之外，還會定期對醫療院所抽樣審查，如此不但確保醫療品質也讓醫療費用有效地控制，點值也能到達理想的狀況。



醫療審查為品質把關

醫療審查可以透過支付標準及相關規範來監督醫療行為、有無濫用醫療資源，但在論量計酬的支付方式下，卻仍有無法

監控醫療服務品質的死角。例如，若是藉由醫療審查的角度來審查高血壓患者接受的服務，僅能評估醫療過程、給藥是否正確？是否恰當？但對醫療結果（即療效）的掌握卻較無管理空間。



原先期待透過

費用的控管同時對醫療品質把關，但若健保局刪除了部分非必要藥品的給付，民眾拿不到想要的藥就會申訴，也造成醫療審查的困難。健保局已盡最大的努力，為民眾的荷包及醫療服務把關，但未來也期待民眾能更了解醫療服務，不要自己做醫生，要求不必要的藥品或檢查，以減少醫療浪費的情形。

而為改善上述缺點，之後也孕育出論質計酬的支付制度，以醫療服務的品質來給付醫療費用，也提高醫療院所提升醫療品質的意願。爾後，為補強醫療服務品質，呼應民眾資訊公開的需求，也與醫療院所協調公佈醫療服務品質指標。但有時醫療資訊多較專業，若無詳細的解說，易造成民眾誤解，這也是健保局需要留意的。

健保局除了加強與民間團體溝通，發展更符合民眾需求的指標資訊外，也建立醫療院所資訊回饋，醫療院所可透過網路（VPN）查詢自己院所及同儕之品質資訊，以協助醫療院所瞭解自身的情況，提升競爭改善之動力。



除了從支付制度改革上強化醫療品質外，在健保局各分局執行的醫療費用審查作業，是健保局為醫療服務品質把關的重要環節。例如：有些預防性的手術並非必要，健保局歷年來一直宣導，對於沒有必要的手術，最好不要施行。

此外，分局對於提升審查之專業性及推動醫療品質保障，均不遺餘力，例如：中區分局即藉用同儕的力量，邀請當地熱心的醫院醫師成立證據醫學小組，以每個月完成一個主題之進度，將所搜尋之證據醫學文獻，經臨床小組討論彙整，再輔以健保資料庫檔案分析，找出偏離之醫師，將證據醫學資料寄發相關醫師參考，並定期監測其行為之改變，以提醒並提升其醫療品質。對一般性主題，則提供所有相關科別醫師參考。

對於健保局的審查結果，仍有救濟制度可做補償。醫療院所對於初審的結果有意見，仍可申復，屆時此案將由其他

醫師再次審查，並做出決定，如果醫療院所仍有意見，則可至衛生署爭議審議委員會申訴。

健保局的醫療審查作業，不論是電腦或人工，所監督的是醫療服務提供的適當與否，如發現異常的申報資料，也會送請健保局的稽核人員參考，以進一步查核醫療院所的申報是否符合規定。

稽核的角色及成效

健保局稽核單位係依全民健康保險法、全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法、全民健康保險特約醫事服務機構合約等之相關規定，執行查察特約醫事服務機構是否依照相關規定辦理保險醫療業務。

近年來，確實查獲了許多醫療違規的案件，違規案件的來源很多，有時是醫院內部人員的檢舉，或是民眾的申訴檢舉，而絕大部分案件則是健保局自行分析費用相關資料發現異常而主動發動查核。

健保局稽核人員執行醫療或承保違規案件所使用之行政調查權，都是有法令上的依據，所有訪查案件有標準作業流程，也就是自接獲案源後，以密件分案處理、進行資料分析，擬定訪查計畫至簽奉核准，才會開始實地訪查保險對象、醫療機構或投保單位。

對案情嚴重或複雜者則協請檢調單位共同偵辦，最後核對並整理所有的證據資料，撰寫訪查報告提出研判意見，若有違規即依規定處分，另依健保法第72條之規定對涉有違法之案件，即函送司法機關偵辦。

雖然稽核人員不能像司法警察一樣進行搜索、扣押或約談，



但秉持行政程序法遵循公正、公開、民主程序，遵循『嚴格證據法則』，謹慎蒐證，研判簽辦，依法行事。對於全民健保醫療浪費的扼阻上，稽核人員扮演相當重要的角色。

第四章

創新體制邁向國際

健保創立12年來，一直勇於求變、創新改革，健保局秉持為全民求福祉的精神，積極面對問題，定期與立法機關及各醫療院所進行溝通，並透過國際合作的模式，拓展國際視野，改善制度，提供國人最適當的健康保險服務。





創業之初立法維艱

我國自1950年開辦勞工保險，1986年時，配合世界衛生組織提出「Health for All by 2000」的願景，當時的行政院長俞國華先生在立法院提出於2000年開辦全民健保的構想。二年後，經建會成立「全民健保規劃小組」，由蕭萬長先生擔任召集人，並聘請美國哈佛大學蕭慶倫教授為總顧問。期間，俞院長在1990年初，向立法院進行施政報告時，再承諾將全民健保的目標年提前至1995年。

經建會於1990年完成「全民健康保險制度第一期規劃報告」，之後的第二期規劃工作則交由衛生署接辦。衛生署於1991年成立「全民健康保險規劃小組」，並陸續擬訂完成「中央健保局籌備處暫行組織規程草案」及「全民健康保險法草案」。中央健康保險局籌備處於1993年12月29日成立，由當時的衛生署副署長葉金川出任籌備處處長。

全民健康保險法草案於1994年6月23日經立法院一讀通過，確定初期公辦公營，並納入得開徵菸酒健康福利捐的條文。同年7月14日健保法進入二讀程序，當時全國總工會抗議勞雇的保險費負擔比率為四六比，工委會及勞工陣線連盟則發動「反賤保」抗爭。隨後在7月19日，國民黨籍立委全面動員，為三讀挑燈夜戰，終於在7月19日



清晨，採記名表決，三讀通過「全民健康保險法」。

但審議過程中，由於立委的杯葛，提案將「強制納保」的條文拿掉，變成「非強制納保」，並獲得通過，然而此舉根本違反社會保險的精神，後來所幸在全民健保正式上路前，又於1994年10月3日修正增訂強制納保的條文，正式恢復強制納保的規定，出現全民健保尚未開辦，即先修法的景象。

「全民健康保險法」是健保所有政策實施執行的基礎，舉凡承保作業、保險財務、保險給付、醫療費用支付等措施，都是依照健保法的規定而來。雖然當時全民健康保險法已立法通過，但還是有許多配套法案不完整，相關的措施與各界的共識度還是不夠，再加上中央健康保險局組織條例仍未通過，所以還是沒有正式的機關來執行。之後在1994年12月19日中央健康保險局組織條例終於順利立法通過，隔年的元旦，中央健康保險局就此成立，1995年3月1日全民健保正式上路。

減輕民眾負擔擴大納保範圍

健保法在還未正式實施上路時，就在1994年10月3日增訂了有關強制納保的條文，此後，從1999年7月到2005年間，共經歷了五次修法，每次都有重大修正改革，目的無非是爲了擴大納保範圍，減輕民眾負擔，改善健保財務，使全民的健康更有保障。



首先登場的是1999年6月22日立法院三讀通過了「全民健康保險法部分條文修正案」，並自同年7月17日生效實施。那次修法的重點，主要為減輕民眾負擔及擴大納保範圍，也就是為了減輕多眷口家庭的保費負擔，故特別將計費眷口數的上限由五口降為三口。

以投保金額26,400元的受雇者為例，如果依附投保的眷屬有五人，在修法前的規定每月應繳納的保險費總共為2,022元；但修法後的規定計算，則每月應該繳納的保險費為1,348元，如此該戶人家每月可省下674元。

此外，還有調降滯納金課徵比率與罰鍰，由於遲繳保費的民眾原本的滯納金比率為每日0.5%，修法後降為0.2%，滯納金總額上限從應繳納費額的一倍降為30%；一定金額以下的小額滯納金則可以免繳。

由於原本健保法所規定的滯納金課徵比率及總額上限較高，對財務困難而遲延繳納的被保險人及投保單位的負擔較為沉重，所以會影響他們繳清保險費的意願與能力，因此，該次的修法中也將滯納金課徵比率及總額上限都調降。另外，為了避免發生催繳成本高於所繳的滯納金，所以特別增訂了小額滯納金得免繳的規定，一方面可減輕民眾負擔，也可以節省行政成本。

除上述之外，另一個重點是放寬所有在台灣地區領有居留證明文件並已經居留滿四個月的外國人及港、澳、大陸人士，無論是否為本國人的眷屬，都應該要加保。甚至將原本不屬於納保範圍的軍事機關編制內聘雇人員，以及接受保護管束處分的執行者納入健保。另外，還明定因為經濟困難無力繳納保險費、滯納金或部分負擔的民眾，應該給予保險給付。

同時，主管機關可設置紓困基金，讓無力繳納本保險相關費用的民眾申貸；而低收入戶無論有沒有工作，也都是由政府全額補助健保費；對於山地離島地區的民眾也有促進方案，保障當地人的就醫權益，還讓他們免繳部分負擔以減輕其經濟負擔。

另外，為顧及軍人權益，在2001年1月30日的修法，將軍人全面納入全民健保。因為以往軍人及其眷屬並未納入健保，僅能於軍醫院就醫，極為不便，為達到全民有保的目標，於是修法特別明定將現役軍官、士官及士兵均納入健保中。

其中，志願役現役軍官及士官性質上都屬政府機關的受雇者，所以列為第一類被保險人，而其眷屬也依附於第一類被保險人中。但是服役期間及徵召期間逾二個月受訓期者，還有在服役義務兵及國軍軍事學校的學費學生，其性質上並不是政府機關的受雇者，因此，健保費則由國防部全額負擔；至於服替代役的民眾，也非政府機關的受雇者，健保費則由內政部全額負擔。



財務公平負擔修法案

健保財務自1998年起即開始發生入不敷出的困境，但由於顧及人民的經濟條件及社會大眾的感受，健保局並未依精算結果調整費率，使得健保的財務狀況發生日益艱難的窘境。

當時為了改善財務困境，健保局除了實行「開源節流」方案外；另外，還在2002年7月間修正通過公平負擔修法案，透過修法改善保險費負擔的公平性，開闢財源，以改善健保財務問題。為了考量政府受雇者與民間事業單位的受雇者間保險費負擔的公平性，因此當次的修法，規定具有軍公教人員被保險人資格者的投保金額，按照全薪計收保險費，以符合社會大眾對保費計收的公平性期待，另外對健保財務的挹注亦有助益。

此外，健保費須以投保金額分級表來計算保費，健保投保金額分級主要在於量能負擔、自助互助的精神，但在那次修法之前，投保金額分級表的上下限差距僅有3.8倍，有點偏低，以日本為例，投保金額分級表上下限達10倍之多，顯見台灣健保的投保金額分級表差距甚小，於是在當時即參考日本制度及國內公務人員薪俸比率，將投保金額上下限級距修正調整為5倍左右，逐步落實量能負擔的精神。

在2002年的修法案中，另外增訂各行政機關如果未依法撥付保險費補助款，則可以轉請上級機關由各該機關的補助款中扣減抵充，以解決長期以來各級政府積欠健保補助費用的問題；還有為紓解弱勢民眾的經濟壓力，再擴大紓困基金的申貸範圍，包括滯納金、利息及應自行負擔的費用。

保障弱勢權益修法歷程

全民健保是強制性的社會保險，目的在於被保險人還有眷屬發生生育、疾病或傷害事故時提供醫療給付，以保障全體國民適時獲得適當的醫療照顧。

健保規劃，原意是爲了保障全民的就醫權，但台灣在歷經921大地震及SARS風暴之後，經濟一蹶不振，失業人口逐漸增多，因而也加深健保局背負的重擔。



在景氣持續不佳的背景下，常常有中斷投保的問題出現，更有少數民眾因爲從來沒有辦理過投保手續，而無法獲得健保醫療給付的照顧。於是，除了2002年的修法案，部分紓解弱勢民眾的經濟壓力外，爲了保障經濟弱勢群體的醫療權益及落實排除民眾就醫障礙的目標，於是在2003年6月18日再次修正了健保法。

由於以往勞工保險、農民健康保險等社會保險都沒有利息的規定，考量利息與滯納金併計，會造成投保單位及被保險人經濟負擔過重，於是修法刪除了加計利息的規定，並將滯納金的課徵比率調降爲每日0.1%，及上限從應繳費的30%再次調降爲15%，並且對於無力一次繳清欠費者，則可以分期付款，如果是投保單位負責人導致欠費過失者，就應該要負損害賠償責任。

經過認定被保險人符合經濟困難資格期間，即不加徵滯納金及罰鍰，如果是因爲經濟問題而導致目前還未加保的人，可以在



修法後一年內辦理投保手續，還可申請延緩繳納保險費。

另外，最特別的是，如果是經濟特別困難的人，從開辦至今都未加保達四年以上的人，勢必無法負擔所應補繳的保險費，所以可以免除，如果是已經申請紓困貸款的人，也可以申請延緩清償貸款。

經過此次修法，使得健保制度有了重大變革，當時主導修法的總經理張鴻仁也表示：「早期健保是跟著社會福利體系之後來執法，僅有低收入戶的部分負擔由政府全額補助；但社會經濟邊緣戶，卻無任何補助，得自行負擔全部的保險費，相形之下，就顯得不甚公平。」為提升納保率，維護社會公義，健保局當時就決定引進社會安全體制概念，踏出艱難的第一步，將經濟弱勢等納入健保的保障中，自此之後，健保局走在社會福利體制之前，健保的納保範圍也更全面了。

不過，當年的修法還牽涉到健保是社會保險還是社會福利的定位問題，因此，也曾引發學界激烈爭論。當時學者認為，全民健保既然是強制性的社會保險，其保費收入就應用於醫療保健上，不應具備社會救助功能，但由於受整體大環境景氣不佳的影響，且又正巧遭逢SARS風暴，因此，當時修法通過的共識度也相當高，所以快速通過了這項讓民眾受益頗大的法案。

修法多元微調改善財務缺口

2005年2月中，衛生署指示健保局為即將發生的健保財務危機，擬定「多元微調」方案。

受到人口老化、重大傷病患者增加、醫療科技進步的影響，全民健保「醫療費用」和「保費收入」的年成長率一直

有落差，為保障民眾醫療權益，衛生署在不調整費率的前提下，擬透過增闢多方面財源來增加健保收入，也就是所謂的「多元微調」方案，開源與節流並重，但所增加之財源，不集中於單一之項目或群體，以顯示社會之公平性。包括調高投保金額上限；調整軍公教人員投保金額占全薪之比率；公共衛生支出之法定傳染病、預防保健及教學成本等經費，逐年回歸由公務預算編列；拉大社區醫療與大型醫院門診之部分負擔比例；擴大代位求償範圍及提高菸品健康捐等，其中擴大代位求償範圍必須修正健保法，以取得法源依據。

健保局於2005年3月時完成修法草案，並送交立法院審議，旋即在2005年5月18日通過修法案。修正重點在於將全民健保保險人的求償權擴大至公共安全事故、其他重大交通事故、公害及食物中毒事件。

所謂公共安全事故，是指發生在應強制投保責任保險的行業或場所之意外事故，包括爆竹煙火業、石油業、電子遊戲場所等容易發生多數人受傷害的危險性行業或場所；所謂其他重大交通事故則是指汽車交通事故以外之重大交通事故；公害主要則是指具有污染嚴重、受害人數眾多、影響區域敏感等特性的公害事件，最後食物中毒當然也是指因為飲食造成受害人眾多的案件。

另外，菸酒稅法雖然已經規定菸品健康福利捐的徵收，但還得將其一定比例提列作為健保的安全準備之用，該次修法也再酌修明確。

健保局為單一公營單位

健保局的定位問題，向來備受討論。在規劃期間，各界曾就健保局應以基金會或財團法人的模式運作表達不同意見，但最後在健保開辦時，立法院通過的是以公辦公營的方式辦理健保，並



於全民健康保險法第三條及第六條明定本保險之主管機關為衛生署，由衛生署設中央健康保險局為保險人，辦理保險業務。

全民健保是將原有的十三種社會保險中有關醫療給付的部分，加以整合成為單一的全民健保制度，所以不但保險對象人數倍增，而且被保險人的身分更為複雜，除了原來有公保處及

勞保局所承保的職業團體之外，新增的地區團體也需要有專門的機關來負責承保業務，所以有必要整合公保處與勞保局的健康保險業務部門，另外成立單一保險人，專門辦理全民健康保險的業務。

因為成立時大部分之人員係由原中央信託局公保處及勞工保險局所移撥，為有利於人員的轉任、健保業務的運作及保持營運的彈性，所以沿用公、勞保之人事體制，於中央健康保險局組織條例中明文規定其人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。

在健保開辦幾年後，有人批評健保局為獨占國營事業，所以缺乏競爭力，故在1998~2000年期間，當時的衛生署長詹啓賢看到美國、德國、日本等國採用多元保險人的制度，

因此交待健保局嘗試效法，但由於當時的構想還不成熟，共識度不高，再加上勞工團體的嚴重抗議，故雖有提出修法草案，但在立法院中均未進行審議討論。

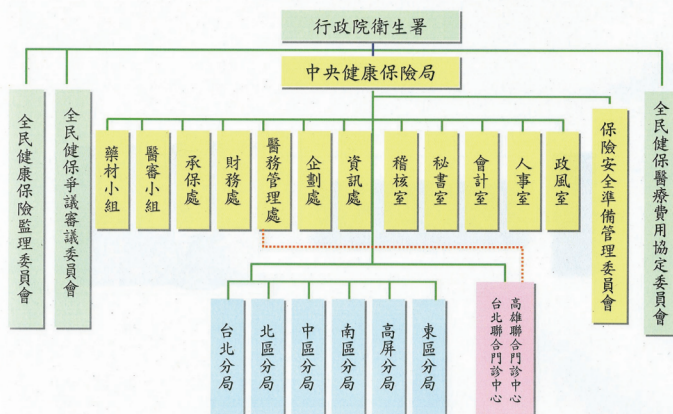
然而可供對照的是，在鄰近的韓國，原本採多元保險人制度，自我國健保開辦之後，即來台取經單一保險人的優勢，並在2000年將韓國多元保險人體制合併為單一保險人。在健保局辦理十週年國際研討會時，國外眾學者亦一致認為單一保險人為台灣健保成功的主因，因其行政成本低，有助統整醫療利用資料，並能有效維護社會公平，讓全民不分貧富，享有平等的健康保險。

組織定位與經營型態

為考量健保開辦當時工作人員的轉任、健保業務的運作及保持營運的彈性，因此中央健康保險局組織條例第27條規定：「本局及分局之人事管理及職務列等，比照公營金融保險事業機構辦理。」

但是健保局的績效獎金卻每年成為外界所質疑的話題，尤

全民健保行政體系圖





其是「健保雙調」政策實施，及國內整個大環境都不景氣之後，也導致健保局員工的獎金話題被突顯出來，不僅每年在立法院裡都就這個話題爭論不休，也引起社會大眾的爭議。

事實上，健保局的人事制度因為比照公營金融保險事業機構，所以健保局同仁的績效獎金是來自於健保局於年度預算內編列的行政經費，並非由收取的保險費中提撥。健保的保險費僅能用來支付醫療費用，年度之內如果收取的保險費比醫療費用多，多餘的保險費就必須納入健保局的安全準備金中，並無法挪為發放績效獎金之用。

但由於績效獎金的問題，幾乎每年都引發爭議，行政院研考會也曾經建議依政府組織再造政策，將健保局轉型成為行政法人，讓公權力下放，或者直接交由適合的民間經營，如此健保局的盈虧則由健保局自行負責，但這樣的建議並未獲致各界的共識，因為如果健保局一旦交由民間或法人經營，健保局所擁有收繳保費、查核醫療院所的公權力正當性即容易遭受質疑，所以立法院始終建議健保局應回歸為行政機關。

因而有關健保局組織定位的問題，仍然是一個爭議點，仍有待未來取得各界共識及透過修法解決。

健保外交大放異采

雖然台灣的健保開辦才短短十二個年頭，在健保局、醫療院所與民間等三方的積極配合下，在開辦三年即已達到全民納保、滿意度達七成、保障範圍廣泛、就醫方便、保費低廉、行政成本低以及醫療費用控制佳的成效，已成為各國欽羨及學習的對象。

鄰近的韓國，雖然也是歷經了十二年才達到全民有保的目標，但如今仍時常派代表來台灣考察，瞭解台灣的總額支付、DRGs、保險人、醫藥分業以及對弱勢團體的照顧等制度。先進西方國家如美國，對於開辦健保都還在討論階段，所以近年來許多亞洲國家除了韓國外，還有菲律賓、印尼、馬來西亞、越南、帛琉等國都紛紛派衛生官員、專家、學者前來學習台灣的全民健保，同時也時常邀請健保局的官員及學者前往交流，2007年則更有沙烏地阿拉伯的衛生官員為健保來台取經。

美國普林斯頓大學鄭宗美研究員曾讚譽健保是台灣最好的國防，因為台灣能實施如此一個先進與完善的健保制度，是很多國家做不到的，因此，會讓國際社會對台灣近悅遠服，而台灣健保制度的成功，會增加其他國家對台灣的欽佩與好感，這就是一種柔性權力的表現。

健保走向國際最大的收成，即是健保十週年研討會，當年與會來賓熱情參與討論，對台灣健保讚譽有加。此後，健保局更成為外交部、新聞局外賓來訪必定要參訪的單位。

擴大參與國際組織

健保局歷任總經理均很重視國際交流，從首任總經理葉金川



開始，即曾經與加拿大哥倫比亞省、沙士卡奇灣省衛生廳的官員互相訪問，並訂定了合作備忘錄，且在當時葉總經理十分重視員工的教育訓練，除高階主管外，還時常派基層員工到國外考察或開會。

台灣全民健保制度的成就，就在歷任總經理的推動下，逐漸在國際間打響名號。尤其曾是衛生署推動台灣加入世界衛生組織(WHO)的核心成員之一的副署長張鴻仁調任健保局總經理一職之後，健保局開始每年派員參與推動工作，並積極參與各國際組織。

為擴大參與國際組織，自2002年起，健保局以機構名義加入「國際健康經濟協會」(International Health Economic Association簡稱iHEA)，並鼓勵健保局同仁於該協會每二年召開一次的大會中發表研究成果。經由大會協助，



每屆大會都安排其中一天會議早餐時段，由健保局總經理，向國際學者報告台灣全民健保實施的成果，期間，亦有多位健保局同仁在大會發表論文，成果豐碩，而台灣的專家可說是當時亞洲國家中最多，也最具代表性的。

此外，2003年及2004年健保局連續參加由奧地利衛生部及歐盟主辦之加斯坦歐洲衛生論壇（European Health Forum Gastein），成功拓展台灣衛生成果在歐洲的能見度，例如：2003年健保局於該論壇辦理「SARS 研討會」，由前衛生署署長陳建仁及健保局總經理張鴻仁報告台灣SARS防治經驗，並成功地於會議期間與歐洲多國國衛生部長及高級衛生官員會面，也與世界衛生組織及世界銀行（World Bank）等官員交換意見。



健保局也於2003年參與美國重要公共衛生團體AcademyHealth於華府舉辦的「健康照護科學基礎國際研討會」，並於會議手冊刊登健保局形象廣告。會議中，健保局代表發表了二篇研究報告，令在場人士印象深刻，到了第三天大會全體演講時段，European Observatory的Dr. Josep Figueras在其專題演講—“The Migration of Health Policies in Europe”時，以一張投影片引述張總經理稱台灣健保是「零件進口，台灣安裝的拼裝車」作結論以佐證其論點。

爾後，健保局又於2004年4月參與APEC衛生任務小組活動，協助接待APEC會員參訪「健保IC卡及台灣醫療資訊系統之實地展覽」，獲APEC各會員體之好評。



2004年5月，健保局首度受邀參加經濟合作暨發展組織年度論壇（OECD Forum 2004），由張總經理擔任e-Health and the Informed Patient主題演講人，以台灣發展IC健保卡經驗為題演說。

當時，各國與會專家對台灣健保卡的智慧功能均感到十分有興趣，主持人法國專業藥學雜誌經理費爾（D. Vial）即當場表示：「能讓病人得以保存自己的醫藥紀錄，台灣健保IC卡計畫是世界第一。」此外，台灣雖不是OECD會員，但健保局總經理仍同時受邀出席論壇期間之OECD衛生部長會議，足見台灣健保受國際重視的程度。

國際社會齊一肯定

由於台灣的健保無論在保障範圍、就醫方便性與醫療費用的控制上，都比許多國家為優良，所以，從開辦至今引起世界上許多的關注，也獲得極高的評價，尤其在1999年時英國經濟人學人雜誌資訊單位（EIU）在比較27個先進或新興工業國家後指出，台灣的醫療照護在健康指標、醫療保健支出、醫療資源及醫療品質方面的成就在全世界排名第二，僅次於瑞典。

2003年可說是台灣健保制度名氣最響亮、成果最豐碩的一年，知名度也達到高峰，時常在國際媒體嶄露頭角。

當時在任內積極規劃台灣健保走出國際的張鴻仁認為：「由於台灣健保在政治長期介入下，許多人對於健保的批評不見得公平，而有些當下似乎擲地有聲的評論，數年過後也沒有多少人記得。」因此，他在任內極力推廣台灣健保登上國際舞台，期待能用國際的標準來評斷健保，也就是以更宏觀的歷史角度來看待健保政策。其中的代表作即是與美國哈

佛大學合作的研究計畫，最後成果由知名學者發表於國際知名期刊Health Affairs上，現在這已成為全世界要瞭解台灣健保的人必讀的文章。

於2003年5月份Health Affairs登出的二篇研究內容提到：「台灣健保制度的成就包括：全民有保、滿意度維持七成左右、全面的給付範圍、整體醫療費用控制得宜、與國際比較費率低而照護高等，均值得美國借鏡。」那次披露的文章透過學術方法將台灣健保紀錄下來，讓全世界的人都看到台灣推動健保的成果。

之後不久，美國廣播公司新聞網（ABC News）記者也特別來台專訪當時健保局的總經理張鴻仁，並於2003年10月在美國資深媒體人Peter Jennings主持的新聞性電視節目World News Tonight播出專題報導，引起了極大的迴響，同時還在網站上以Health Utopia為題報導台灣健保制度與成就，稱台灣為「健康理想國」。可見得全民健保制度不僅保障了國人的健康，也成為世界各國實施全民健保制度追求的典範。

也在同一年，德國印鈔與晶片卡製造商—Giesecke & Devient公司總裁，率領德國媒體團來台訪問台灣健保IC卡的經驗，後續在當地報紙刊出正面的報導，例如，當時南德日報還曾報導指出「台灣是德國的榜樣」等。

而2003年2月，德國「家庭醫師月刊」記者也在來台訪問健保局的張總經理後，以標題「世界衛生組織之外的模範—『德





國式』全民健保在臺灣實施七年」的報導在期刊上介紹台灣的健保制度。此外，當時也有西班牙、日本、美國等媒體均針對我國健保制度的成就大幅報導。

而在2004年1月，經由新聞局的引薦，南韓最大的無線電視台—南韓放送公社（KBS）專程來台灣採訪健保制度實施的現況。

除了訪問健保局的總經理，確認健保提供給民眾的福利外，還走訪健保局分局的服務櫃台及各大醫院訪問，瞭解民眾及病患的感受。

當時在訪問張鴻仁總經理時，KBS的製作人還一再停機反覆確認：「這些都是真的嗎？台灣的保費不高，部分負擔又只有一點點，繳不起保費的民眾可以申貸紓困基金，重大傷病患者，如癌症、白血症、洗腎等，在接受治療時，還可免部分負擔，真是太不可思議了！」因為在韓國，癌症病患自費項目及金額過於龐大，一般家庭負擔不起，正是韓國健保當前，民眾最不滿，也最受社會質疑的焦點。

南韓最大的國營電視台KBS來台採訪健保制度，並且在南韓晚間黃金時段播出一個小時的專輯節目「不安的健保『癌症』篇」，其中，還曾大幅介紹台灣的健保制度對於重大傷病患者的保障。節目中指出：「台灣的健保費率和韓國相近，然而，就醫時病人自付的部分負擔平均只有10%，韓國卻

高達50%，並認為台灣健保對於重大疾病患者的醫療照護優於韓國。」

另外，節目中也對台灣政府推動健保改革之決心及對意見團體誠意溝通的作法評價甚高，當中指出，相對於韓國政府只因爲面對反彈聲浪而改變政策，台灣的經驗實在值得韓國學習。

友邦紛紛來台觀摩

隨著健保在國際間大放異采，來台灣觀摩健保的人數逐年增加，每年約有來自40個國家，250人次的各國衛生官員、國會議員、新聞記者等參訪健保局，透過全民健保此一溝通平台，已經爲台灣的衛生實質外交作出很大的貢獻。

健保局儼然已成爲外交部及新聞局接待外賓來台參訪的必經之處。因此，雖然健保局並沒有正式的國際合作編制，每年仍接待爲數可觀的外賓，爲我國國際外交貢獻不少心力。

2002年初，菲律賓健保局曾派10人研修團，來台學習台灣健保經驗，除了到健保局台北總局研習外，還前往東區分局實地學習原住民納保工作。

2004年2月，印尼國營健保公司PT ASKES公司也主動要求派遣12人研修團至台灣健保局，學習台灣的健保經驗，本著「衛生無國界」的精神，健保局爲其安排一系列的課程，供印尼健保公司的官員參加，並安排至分局實地參訪，





之後，印尼於2004年在雅加達辦理健保國際研討會，也同樣邀請健保局派員前往演講。2007年6月印尼健保公司又再派高階主管來台，學習健保各項實務經驗。

台韓健保交流密切

2004年3月南韓國民健康保險公團(NHIC)理事長李聖宰率領著南韓總理首席顧問、衛生部及健保公團官員、學者等一行8人來到台灣考察，因此健保局安排健保相關領域之專家學者與官員，與韓方進行一連三天的研討活動，給韓方健保公團李理事長留下深刻印象，也開啓了台灣健保局與南韓國民健康保險公團雙方正式交流的源頭。由於韓國國內改革的要求及對台灣健保制度的推崇，韓國健保公司於2004年7月舉辦國際健保研討會，也邀請台灣、德國、法國、加拿大、澳洲健保相關專家學者及健保局主管參加，會議間，韓國健保專家對於台灣實施的總額支付制度甚感興趣，希望韓國亦能引進。

基於雙方密切的友好關係，2005年11月25日，健保局的總經理劉見祥與南韓國民健康保險公團理事長李聖宰於在南韓健保公團大禮堂簽署雙方合作備忘錄，隨後舉行「第一屆台韓全民健康保險國際研討」。

台、韓健保單位合作內容包括：定期進行台、韓健保人員及資訊交流、提升各國對於亞洲國家健康保險實施經驗的重視，以及共同努力將兩國健康保險的研究合作及經研究成果發表於國際場合及學術期刊上。韓方的李理事長並在簽署合作備忘錄時表示：「希望經由台、韓雙方的合作，共同發展出一個讓世界各國稱羨的健保制度。」

第二屆台韓健保國際研討會於2006年5月在台北舉行，韓

國代表在國民健康保險公團理事長李聖宰率領下，計有二十多位韓國學者專家及韓國健保公團主管參加，共襄盛舉，不僅加強台灣與韓國的交流，更希望確認亞洲健保制度發展趨勢。台韓雙方密切的交流，代表著韓國政府對台灣健保經驗的重視。



第三屆的台韓健保國際研討會於2007年5月在南韓舉行，大會特別安排OECD衛生部門副主任Elizabeth Docteur為大會進行

128
129





重點演說，並全程參與台韓健保各項主題之研討，OECD代表對於台灣健保之成就亦甚感興趣。研討會中，台、韓雙方交流的主題分別為：「部分負擔」、「弱勢協助」、「藥品支付制度」、「醫療品質」等四項，會議

進行順利，與會者均受益良多。

因韓國對台灣健保制度興趣濃厚，經常派員瞭解我國健保改革之腳步，目前韓國國民健康保險公團亦正規劃未來三十年的二代健保、總額支付制度及建置健保IC卡。希望未來繼續保持人員交流及互訪，韓國國民健康保險公團2006年8月到任之李理事長（曾任韓國環境保護部部長）亦希望盡早訪台，瞭解台灣健保制度並考察健保IC卡之應用。此外，韓國亦希望與台灣合作，將兩國健保制度推廣給其他正要辦理健保的東南亞國家，如越南、寮國及菲律賓參考。

韓國現行的健保制度因病人部分負擔及自付額太高，保險給付內容有待增強，民意壓力很大，因此迫切希望瞭解台灣的健保制度，雙方交流頻繁。所以，無論現今政治環境如何，至少在健保領域上，台灣的健保改革經驗，被韓國視為重要參考依據，並且與韓國官方建立良好互動關係，是健保外交建樹的實例。

十週年國際研討會

台灣健保走向國際的最高峰，當屬2005年3月舉辦的「全民健保十週年國際研討會」。由於張鴻仁認為台灣成功的健保經驗應與國際分享，因此在其任內即指示規劃辦理。當時許多國際知名的健保專家都在健保十週年國際研討會的主講人名單上。例如名列十大美國健康政策最具影響力名人的普林斯頓大學Uwe Reinhardt教授、領導英國進行醫療保健改革的伯明罕大學Chris Ham教授、美國當前醫療品質權威暨白宮顧問—哈佛大學Arnold Epstein教授、德國衛生部資深顧問—科隆大學Karl Lauterbach教授、負責加拿大健保體檢改革的皇家委員會執行長，也是加拿大勒吉那大學的Gregory Marchildon教授及南韓總理衛生政策顧問—首爾大學梁奉玟教授、日本慶應大學池上道己教授(Naoki Ikegami)等。

因為會議主講陣容堅強，議程吸引人，國內、外會議報名人數由原先規劃的二百人增加到上千人，國外方面包括來自捷克、土耳其、韓國、菲律賓、印尼及塞浦路斯等國的衛生部官員及健保局總裁都主動向健保局表達希望來台灣參加的意願，為





了接待各國外賓，健保局臨時從各分局徵調了許多同仁協助會前與會後外賓行程的接待，才得以應對。

健保十週年國際研討會中，陳水扁總統在開幕時致詞說道：「全民健保是個寶，它絕不能倒」，正是該次會議的最高共識。在連續二天的會議中，各國專家學者發表論文，共同為台灣健保制度把脈。美國哈佛大學蕭慶倫教授在致詞時說：「台灣健保開辦十年，公平性優於德國、日本、韓國等較早開辦健保的國家，單一保險人制是成功的原因之一，不僅納保率高、給付項目多，而且民眾就醫容易，當初制度設計時參考各國社會保險制度，但卻是『青出於藍』。」



而各國專家學者對台灣健保的共同建議則是：台灣健保目前面臨的問題，都不算致命的問題，而是很多國家都同樣遭遇到的問題，例如醫療費用占GDP的比例愈來愈高，在人口老化的潮流下，慢性病會吃掉愈來愈多的健保資源。台灣健保的方向是正確的，只需微幅調整即可，並應繼續維持公營單一保險人制度，擴大財源以解決財務問題，例如改變所得定義及擴大費基、調高費率等；加強預防保健服務，以減少未來

醫療費用；檢討總額支付制度及加強醫療品質監測。從各國國際健保專家對台灣健保的禮讚與建言中，可知台灣辦理全民健保的成績已深受各國肯定，這些均將是健保局同仁日後繼續奮鬥的動力。



其實，健保在外交上的貢獻還不僅如此，在SARS爆發期間，健保局擔負重任，當世界衛生組織與美國疾管局人員派員來台灣瞭解台灣疫情發展時，最主要的諮詢對象之一即為同時擔任抗SARS指揮總部醫療資源分配小組召集人的健保局總經理張鴻仁。

因為當年傳出各駐台使館擔心如果情況控制不住就必須要有撤僑的動作，因此，當時的抗煞總指揮李明亮教授指派張總經理每週二次到外交部各使館去報告SARS在台灣控制的情況。所幸，不負眾望，健保局準備的簡報及應變讓所有駐台使節及外交人員十分信賴且安心。同時，當年健保局還曾提供在場人士一支專線，供外國使館人員隨時來電諮詢問題。

成爲亞洲典範

在健保局歷任總經理努力下，推動了多起國際合作的交流，目的無非是希望在紛擾的健保議題中，突顯台灣健保在國際標準



上的優勢，讓健保少受政治的影響，以更宏觀的角度，將台灣健保用國際的標準檢驗，並藉由國際經驗，彰顯台灣健保制度真正可貴之處，同時提升我國的國際形象，經由這些年來的努力，成果豐碩。

全民健保在實施之初，參考了許多國家的制度及經驗，如今，台灣健保亦被世界各國當為實施健保的典範，這不僅僅是健保局的成就，也是台灣全體民眾的驕傲。



第
五
章

資訊科技與健保

健保每日需處理的資料量相當龐大，為達管理效率與服務品質，資訊系統相當重要。近幾年來，由於資訊科技的進步日新月異，健保局更不斷地引進新技術，對內簡化作業提高效率、對外加強便民服務，以確保健保服務能與e時代接軌。





維繫健保運作的幕後功臣

健保局每天處理全國二千三百萬民眾的承保資料，以及每個月二千九百萬件的醫療申報案件，資料量龐大的狀況下，極需透過資訊處理以減輕行政負荷，並系統化保存資料，利用電腦進行資料審核，以協助分析、管理與政策規劃。因此維護資訊系統的正常運作，非常重要。此外，健保資訊系統也隨時因應法令條文、作業規定變更，也配合業務的需求，不斷增修，是使健保業務順利運作的重要功臣。

健保資訊系統開創維艱

健保的服務對象包含全國民眾、投保單位及醫療院所，因此在全省設有六個分局辦理轄區內健保業務，資料量不僅龐大，還需要整合，因此，爲了要讓資料正確、安全及達到服務效率，在健保局籌備初期即訂定全面電腦化的作業方式。

健保資訊系統採用的是當時最新的開放式平台架構，大部份的資訊人員還是第一次接觸到，加上龐大的資料處理量，讓原規劃的硬體設備負荷困難，因此，緊急上線的應用系統，常常不時突然當機，令資訊人員壓力非常大。

然而經由擴充設備、增修系統，健保資訊系統逐漸地穩定成長



與發展。現在健保局的資訊系統不僅安全性高，符合國家安全資訊委員會的審查標準；且也十分貼近民眾使用習慣，便利性極高，在公部門中，算的上是相當先進的。

分散式架構完成全局資訊系統

健保資訊系統採分散式作業，全省共有總局加上六個分局總共需要有七個機房及七套軟硬體設備，加上網路建置，資訊系統開發，這些過程由選定地點建造機房到全面上線只花不到一年的時間，連國外專家都覺得佩服。

由於開始全面資訊化時，各種系統尚未成熟，有許多互不相容的地方，龐大的資料量匆促上線，讓資訊人員沒有準備的時間，以致上線後不久就開始出現有資料庫毀損的問題。雖然所有的技術相關人員參與討論，也不易找出問題，但上線時間迫在眉睫，一刻都不容浪費，大家也只好不眠不休的待命。其中尤其以分局最為辛苦，因為他們的資料量多，且服務不容中斷。

因此，當時各分局資訊主管不但常常三更半夜接到系統異常電話，每次異常都要24小時以上之修復時間，所以大家不得不睡在機房中，夢中的驚醒更是家常便飯。因為資料量太大，重建資料庫往往需要3~5天，台北總局及六個分局都曾經發生資訊人員奔波在不同地點的機房，日以繼夜的進行資料庫重灌工作的情形，經常三過家門而不入。



健保局系統依賴網路之處甚多，1995年初當電信業者將高速網路線路拉好之後，健保局資訊人員即發現通訊品質並不穩定，爲了提昇線路品質，資訊處即開始請台北總局及各分局共七個點的資訊人力開始進行網路測試。

期間，並請相關設備廠商全程待命，先由連通測試開始，以指令測試傳送的漏失比率，等到漏失比率降至1%以下接著才開始進行檔案傳送，一個接著一個，前後歷時三個月。

另外，爲了爭取時效快速修改有關保費計算的八十餘支程式，所以選擇資料量比較少的東區分局進行保險費核計試行作業，在當時還由於時間緊迫壓力龐大，資訊人員日夜在東區機房趕工，一群人時常累了就睡在報表紙箱上，形成一大奇觀；而在那七天期間，出差人員雖然已經訂了住宿飯店，但是人卻是在第五天才出現，讓飯店服務人員十分不解。

接踵而來的是，全國醫療院所資訊系統因應健保開辦必須全面大改版，因爲要採用電子化申報醫療費用，加速處理效率及提高資料正確性並推動醫療院所採用網路連線加強互動關係；在推動院所電子化申報過程中健保局與醫療院所雙方之資訊人員電話溝通頻繁，互相切磋程式邏輯，直到申報截止日前夕都還在持續溝通。

逐步強化資訊功能

經過開創期之後，健保局內部除了因應不斷更新的各項作業規定、作業系統增修之外，也開始思考開如何將資訊作業再向前推進。

例如，醫療申報作業在歷經多年的運作後，健保局發現

對於分析醫療費用申報資料的需求也愈來愈多，因此，健保局在1997年時率先決定引進建置資料倉儲系統，以用來將醫療申報資料進行全國的總歸戶與分析。

另外，順應資訊科技的演變及網路知識經濟時代的來臨，資訊處也著手陸續將人事差勤管理、會議室登記、派車系統、物品及文具領用與庫存管理等作業予以電腦化處理，大量節省文件表單及人工管理作業。

同時，為了促進組織內的學習與交流，有系統的保留各項專案開發的文件，奠定知識管理基礎，更架構及建置了知識管理系統，讓單位的知識經驗與專案計畫的重要資訊得以有系統的保存下來，並且分享給組織的相關成員，讓局內知識的累積更加快速。

第一代主機及應用系統的運作隨使用年限及作業型態不斷改進的情況下，面臨汰換的命運。1999年起陸續進行二代資訊系統的規劃，包括主機設備的汰換與應用系統的再造工程。2000年主機汰換計畫送行政院主計處核定，並於2001～2002年完成醫療主機採購。另一方面，二代承保財務應用系統再造工程及二代醫療應用系統再造工程也於2000～2001年陸續完成。。

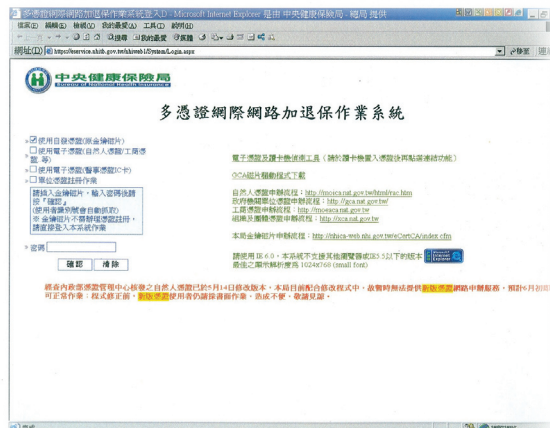


資訊系統讓 服務更有效率

全民健保至今已經累積六十多萬個投保單位及二千二百多萬個保險對象，健保局和投保單位間的互動十分頻繁，兩者間最主要的業務往來為加退保異動申報作業，也就是當保險對象遇到有新加保、退保、轉換工作、薪資調整及個人身分證號、姓名等基本資料變更時，都需要由投保單位向健保局申報。

不僅如此，由於每個月申報異動量高達一百五十多萬筆，在還未電腦化以前，各項異動投保單位都是利用郵寄申報表的方式向健保局各分局辦理，不僅曠費時日，且耗費郵資。但現在由於全面e化，龐大的資料系統都可以一一地呈現在電腦資料上，比起以前的作業方式真是快速又方便。

另外，在醫療費用申報上，也因為自動化的醫令審查與檔案分析系統而使得費用審核流程順暢；高科技檢驗的事前審查的制度，更是減少重複檢查的醫療浪費。此外，資料倉儲系



統除了可以讓投保單位的檔案快速整理之外，還能讓醫療費用浮報虛報的違規院所無所遁形，讓健保制度更完善。

建置全球資訊網

健保開辦不久後，網際網路開始盛行，健保局也查覺到網路無遠弗界的影響力，是政策宣導及對外溝通的一大利器，因此透過網際網路的技術，健保局於1996年8月5日正式啓用中央健康保險局全球資訊網(<http://www.nhi.gov.tw>)，讓外界可以透過網際網路，更方便的得到健保相關資訊，查詢健保各項公告事項，例如，醫療費用申報相關規定，媒體申報格式內容，健保核定藥品及特殊器材核價資訊。此外，民眾亦可透過電子郵遞信箱和健保局溝通與交換意見，達到雙向溝通的目的。另外，為因應電子化政府的便民措施，在1997年12月將總局及六個分局分別連上政府網際網路服務網，使健保局與政府網際網路服務相連結，讓健保的資訊更加公開。後來，健保局也研擬出直接利用網際網路來進行各項業務的申報作業。

啓動網際網路申報服務

由於每個投保單位的規模相差很大，較大投保單位的保險對象有數萬人，而小的投保單位只有幾個人，所以健保局資訊處也提供多元化管道，希望可以方便各投保單位，找到最便利的申報





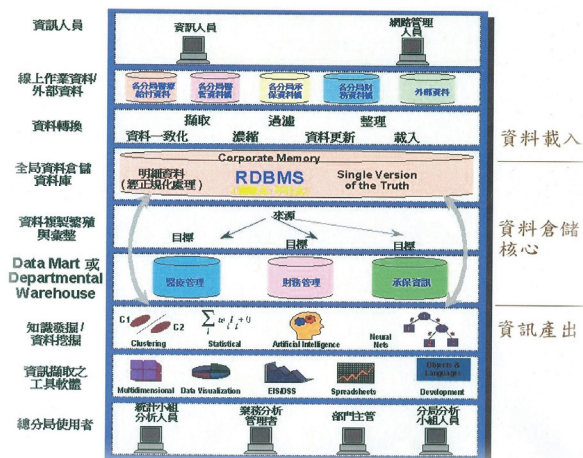
方式。

健保的加、退保業務最早採人工鍵檔，不僅速度較慢，且耗費人力，後來採用光學字元辨識（OCR）表單申報，主要是處理尚未電腦化的投保單位所提出的申報資料，不僅效率增加，正確率也提升。爾後，隨著網路環境的普及，上網的人口增加，便開始推動利用網際網路便捷的特性作為另一種投保單位申報管道。好處是除了可以線上即時申報之外，還提供申報結果及欠費查詢等服務。

而在網路申報作業的安全性方面，健保局建置了完整的公開金鑰基礎建設(Public Key Infrastructure, PKI) 機制，使用CA憑證進行線上申報，不但提供方便的服務方式，更提供投保單位安全的線上作業環境。

網路申報可以提升資料的即時性，因為用表單書面申請整個流程需要花約14~20天，但線上即時系統申報，可當天就處理完畢，還能提升資料的正確性與節省經費與作業成本。

資料倉儲整體架構示意圖

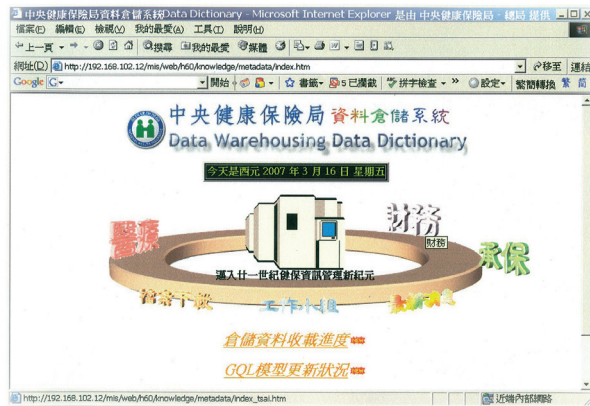


另一方面，對投保單位來說，可以提升資料申報審核的時效性，且由於當天申報隔天即知道審核結果，可減少因為錯誤的資料而衍生的計費後續追溯保費的作業負荷，再

加上省了郵資費用能減輕其經濟負擔，可以說是好處多多。

在醫療院所方面，健保局面對每個月平均二千九百萬件的醫療申報資料，在開辦時便提供醫療院所電子申報醫療費用的服務，並以電腦進

行各項自動化檢核，加給付時效及減輕行政負荷；其中網際網路申報自1998年4月1日開始實施。而醫療院所使用電子資料申報醫療費用的件數，已由開辦時的12%快速成長至99%以上。



建置健保資料倉儲系統

健保局資訊處除開發一套醫療給付資訊系統，協助各分局業務單位處理每個月的醫療費用核付作業外，在1997年更引進及建置資料倉儲（Data Warehouse）系統，用以整合企業內部的資料，而且綜合外部資料以提供決策者整體的訊息。

原本健保局醫療費用資料倉儲系統已經含有全國門、住診醫療費用申報清單資料、醫令明細資料及承保摘要資料等，但為了提升資料查詢效率需要，還針對各類醫師、病人、特定疾病、特定醫令進行歸戶，可以提供政策分析參考之用。

資料倉儲系統除了可以快速地提供分析資料，以供健保局業務單位在訂定新支付制度的評估分析與政策模擬之外，還可以協助健保局各分局及稽核人員進行醫療費用回溯性彙總與勾稽分析，以找出不當申報的醫療費用。例如同一天拔二次牙的保險對



象、就醫次數與醫療費用最高的年度排行榜，都可以順利的產生出來，協助稽核人員查出其背後隱藏的可能弊端，並且提供健保局一個有效的控管利器來遏止不斷上漲的醫療費用。雖然這不是倉儲系統最重要的作用，但卻意外



地能節省健保局高達數十億的醫療費用不當支出，節省下的費用已經遠遠超過健保局當初所投下的建置成本。

此外，在健保局維護與持續運作下，資料倉儲系統已經成為國內最大的醫療資料庫，可協助相關主管單位學術研究單位訂定更有品質的醫療政策或疾病預防與控制措施，在國內政府部門中，健保局可說是最早引進倉儲系統的單位。

為有效分析醫療費用的利用狀況，以及醫療院所提供的醫療服務型態，在2000年底，健保局資訊處還進一步引進資料超市(Data Mart)與線上分析技術，建立各分局醫療費用檔案分析系統，以輔助醫療費用核付作業的進行。

除了系統預先設計好的一百多種醫療費用分析報表，可以篩選超出所設定指標值的病人、醫師或醫療院所名單資料，以便做進一步的分析與檢視。例如：針對健保局管理的重點醫令設定的功能，並且將資訊回饋給醫療院所協助其自主管理。

此系統功能，使得各分局可快速掌控各醫療院所醫療費

用的情況，展現了健保局強大的醫療費用分析與監控能力。同時也在有重大流行病發生時，總局可以在第一時間，將第一手資訊快速地報疾管局。

二代資料倉儲擴大應用範圍

2005年間，健保局爲了能進一步增強資料倉儲系統的功能，擴大應用範圍並收載更多、更久的資料，著手進行二代資料倉儲系統的建置工作。

在二代資訊系統的功能中，更加強化及擴大網路連線電子化的服務功能，以因應電子化政府時代的來臨。除了醫療費用資料外，也將承保的資料一併納入，並加以整合成爲以個人爲中心的十年歷史資料庫；不論是特約醫療院所或是投保單位都可以透過網路跟健保局交換資料，以節省雙方作業人力及加速業務處理時效。同時引進更強的資料加密機制，將可以識別個人身分的資料欄位通通予以加密儲存，以保障民眾的隱私權。

資料倉儲系統中所有資料都自動化轉入，可以免除人工手動轉檔的複雜操作程序。另外，還可建立各類醫療品質監控指標值，可以做跨局點及全國的比較，而且在資料篩選條件時可以彈性設定，不需重新撰寫程式，即時提供管理性資訊及縮短報表產出時間，讓業務人員、分析人員及資訊人員做更好的功能切分，以及提高人員的產能與自主性。

省時又環保的無片化審查

依據健保法的規定：「對於高危險、昂貴或易浮濫使用的醫療服務、特殊材料及藥品等，保險人應該就主管機關核定後公告的項目辦理事前審查，且中央健康保險局需依法辦理特定醫療服務事前審查業務。」



以前健保局事前審查作業是採用書面申請及人工處理的方式作業，申請事前審查的時候，除了書面申請表之外，還需要檢附相關檢查報告及診斷文件等用來佐證申請項目為治療病情需要的附件；如果檢附的附件中有X光攝影、電腦斷層（CT）



掃描及核磁造影（MRI）等放射檢查影像軟片時，則會產生洗片成本較高、佔用空間較多及環境污染等問題，而且人工作業也有耗費人力較多與流程時間較長等缺點。

但是在2001年6月，當時的總經理張鴻仁參訪慈濟醫院嘉義大林分院時，該院表示，除了因應健保局審查案件及病患轉診病歷所需之外，已經不再須沖印片子；並且建議健保局是否能在醫療審查案件中所檢附報告的附件，也可以接受數位化醫療影像檔案。

因張鴻仁十分重視與支持以資訊化作業來提昇整體醫療服務品質與效率的方式，之後，立即指示健保局南區分局試辦無片化醫療審查作業。爾後，該項作業系統也在抗SARS行動中扮演了重要的角色。

當時南區分局召集轄區醫院舉行研討會，整合應用HL7及DICOM等兩項國際醫療資訊交換標準，來研擬一套可行的電子化作業資料交換格式，並且據以應用與實施。同時也可以促

進國內醫療資訊系統之間的資料交換，早日與國際資訊交換標準相容，以降低資訊系統之間介面的複雜度，並提昇醫療資訊系統整合的效率及營造良好的發展環境。



在系統效益方面，電子化可增進醫事服務機構與健保局整體事前審查作業的效率與便民服務品質的提昇。原本人工書面作業方式，由受理到回覆的時程平均約需七天。在實施電子化作業後，依據作業現況保守估計平均只需四天的作業時程。而無紙化與無片化作業可免除廢棄物處理的困擾，有助於節省自然資源與環境保護，還可以節省檔案存放的空間、作業與管理的人力與時間、製作X光片與其它附件的成本及郵寄費用等。

2006年健保局更進一步將南區分局試辦經驗擴大到全局，開發建置了全局電子化醫療影像專業審查系統，將目前醫療院所需送各分局專業審查的案件（事前審查、生長激素、器官移植、自主審查及病歷抽審等）之申請、處理及回覆等人工作業流程全面電子化，並且與內部的醫療給付電腦作業系統串接整合，更是大幅的提昇了作業的時效性，降低醫院洗片、儲存及郵寄等額外成本，同時也為地球環境保護盡了一份心力。

健保卡智慧升級

另外一項重要工程是建置及推動健保IC卡作業，「健保IC卡實施計劃」自2001年4月與合作廠商東元團隊正式簽約後，即正式著手進行各項細部設計與建置工作；整個專案的建置範圍影響甚廣，不僅是中央健康保險局內部作業與資訊系統受到影響，



更影響了外界包括投保單位、一般民眾、各健保特約醫療院所、醫療資訊業界、讀卡機、IC晶片卡製造業者等。

雖然當初要推動時受到外界對於隱私權的質疑，但經過充份的溝通，IC卡專案歷經32個月的規劃及實作，終於在2004年1月全面正式上線使用，至今運作狀況良好，引起不少國家跟進辦理的興趣。

台灣的健保IC卡目前仍然為亞洲地區醫療智慧卡發卡量最大的應用系統，2004年12月還獲頒當年資訊月政府類傑出資訊應用暨產品獎，當時健保IC卡資料處理中心並於2004年8月取得BS7799及CNS17800資訊安全管理認證，代表著台灣的醫療資訊將正式邁入一個全新紀元。

現在，醫療院所可以每天連線上傳當天的民眾就醫資料，讓資料流更加快速，健保局及醫界可以透過這個資訊，即時掌握醫療費用總額耗用情形。而因為健保IC卡在國際間的被重視，可說是國內資訊先進發達的最佳見證。



精益求精迎接e世代

面對e世代，健保資訊系統除持續維護現有的功能外，在收入面，也加強民服務e管道，強化多元憑證線上加退保申報作業系統功能，可以使用工商憑證、自然人憑證、政府憑證、組織及團體憑證、醫事人員憑證等，作為線上身份識別，提供投保單位及民眾申請異動資料、欠費查詢，列印電子繳款單，列印電子收據等服務，功能之強，便利性之高，與民間電信業者提供之功能堪稱並駕齊驅。

為了更方便民眾繳費，2007年起健保局亦委託便利商店代收全民健康保險業務款項，開發ATM轉帳等功能，同時已著手規劃以e化平台提供民眾繳納健保費之證明等服務功能。

在醫療支出面，除了持續維護醫療費用給付主流程的順暢外，還會簡化繁瑣的醫令單價人工核對作業，及強化醫令自動化審查系統功能，以免去醫院人工沖洗或調閱X光片的麻煩；此外，亦持續宣導推廣病歷的電子化醫療影像專業審查作業系統，同時透過健保IC卡所建立的健保資訊網（VPN），健保局會提供更多與醫療院所雙向溝通的加值服務，並進行IC卡上傳資料品質提升等計畫。

此外，配合電子化政府的建構，2006年建置了電子公文交換平台，2007年起即可透過此平台進行與各健保特約醫療院所及投



保單位的電子公文交換作業，大大省去郵資的行政成本。

面對網路化、資訊化的程度越深，資通安全的議題也就越重要，而健保局很重視同仁的在職教育。健保局在2005年著手建置資訊安全管理系統

(ISMS)，並於2006年正式通過資訊安全國際標準BS7799及ISO27001的認證時，即將所有資訊作業程序標準化，以確保資訊作業能永續經營，安全無顧慮，並極力鼓勵同仁參加國際證照考試。

2006年度，健保局員工共獲資訊安全專家(CISSP)證照5張、資訊稽核師(CISA)證照7張、主導稽核員(LA)證照37張、軟體品質工程師(CSQE)證照8張成果輝煌。未來將持續將進行六分局資訊安全管理系統(ISMS)的建置與認證工作，將健保局的資訊業務做好各方面的準備，以迎接21世紀高度資訊化與網路化的世界。



健保救災不落人後

健保照顧全民健康，當天地無情發生重大災變時，健保局發揮人間溫情，火速動員，結合各方資源，提供災民緊急醫療救護，留下一幅又一幅健保大傘照護民眾的紀錄。





緊急賑災應變

健 健保局職司全民醫療保險服務業務，也需要救災嗎？台灣近幾年來嚴重的天災不斷，例如921大地震、桃芝風災、SARS等重大天然災害中，有許多受災戶有迫切的醫療需求。健保局同仁不僅須受理災民天然災變後的醫療保險問題，還須提供緊急醫療救助的服務，許多非主要業務的部分，也均給予協助。

由於健保局平時與地方醫療組織縝密合作，能即時掌握民眾醫療相關資訊，因而可以扮演良好的救災角色。921大地震發生時，災民的醫療問題，也因健保局極佳的應變及組織動員能力，獲得有效的處理。隨後發生的桃芝風災及SARS風暴，健保局同樣擬訂應變方策，立即展開相關工作，以救災為第一優先。

全體動員走過921

1999年9月21日凌晨，一陣天搖地動之後，中台灣的土地崩裂，921大地震，撼動了全臺灣，也使全台，尤其是中部很多地區淪為災區。

地震發生之後，通訊中斷，健保局人員非常擔憂身處嚴重災區的醫療院所是否能正常運作，當時的總經理賴美淑即指示各分局以救人為先，立刻成立震災醫療救護指揮中心，協調聯繫災民醫療事宜。



健保局緊急動員完成現況調查工作，也在最短的時間，將醫療應變措施海報張貼在各大醫院門口。隨後發動區域緊急醫療網內的醫院相互支援，由北部及南部醫療人員緊急動員支援中部災區，成立40個救護站，共調度368位醫師及814位護士現場服務。



因為當時有許多人遭土石及倒塌的建築物壓傷，因為當房子都倒塌成斷壁殘垣，哪裡還找的到健保卡就醫？對於災民身分的認定，健保局立刻採取緊急應變措施，凡921受災民眾，到健保特約醫療院所就診，不論是否持有健保卡，都免除部分負擔；同時，也將災民身分認證權責，授權各特約醫療院所執行，以時解決災民的就醫問題。

當災情漸趨平緩後，基於保險資源有限和善盡管理責任，再進一步對災民身分做確認，使其災後的後續治療能得到妥善的協助。因此，「921震災健保卡」緊急趕製出來了，雖然災區有80%是在中區分局轄區，但健保局全省各地的工作人員均自願報名到



災區支援發卡，展現了健保局團隊的應變能力及動員力。

當時因內、外部需人孔急，第一線同仁必需留在工作崗位，讓龐雜繁重的健保業務順利運作，其他各級主管則全部動身前往災區，擔任發卡的工作。當時災區共有20多個，每組人馬約4人左右，或者借用公所的走廊、或者利用救災臨時棚架，從早到晚受理發卡，不少同仁一天僅僅光靠手寫，即發出近千張的健保卡，後來二週內發了三十多萬張卡。

災區滿目瘡痍，道路不通，也擔心餘震再起，健保局人員仍鼓起勇氣，自行開車前往或住在災區，尤其是災情嚴重的埔里、東勢及位處偏遠山區的仁愛鄉，道路中斷嚴重，更是難以到達，但大家還是克服難關抵達發卡。其中分局的志工隊為了到災區發放宣傳單和發卡，往往天沒亮就得出門，行經山區時，落石不斷，還得下車搬石塊，真是險象環生，直到半夜才到家，這樣的工作連續好幾天，既辛苦又危險，但是大家仍然發揮人道精神，盡一己之力的協助災區的善後工作。



震災問題千頭萬緒，但患難見真情，各種支援和捐輸源源不斷。當時健保局緊急實施災區保費緩繳措施，但卻有不少民眾主動表示，自己沒有受到傷害，還是要正常繳交保費，不僅如此，還願意幫

災民繳交健保費和欠費，令人看到人性溫暖的一面。

協助災後重建

健保局各分局都成立有聯合服務中心及志工隊，在為民服務工作中，不遺餘力的努力付出。尤其工作人員看到很多民眾因為繳不起健保費，又不符合低收入的補助資格，一旦發生傷病，孤苦無助，讓人無法坐視不管，便主動尋求民間慈善機構或運用各種管道獲得善款，並搭起轉介的橋樑，讓亟需醫療的民眾得到人間溫情，也因此，各分局這套體制外的支援系統，在921漫長的重建過程中，也發揮它的價值，讓劫後餘生的弱勢災民，得到扶持。

921大地震是台灣百年來最大的天災，其所造成的損害無以為計，考驗了健保局對於災害的應變能力，然而健保局針對此次天災所實施的緊急醫療措施與作為，例如：對災民的認定、建檔和發放震災健保卡、給予保費減免等措施，也在後來的天然災變發生時，成為重要的評估經驗。

桃芝風災再掃中台灣

2001年的桃芝風災再一次重創中台灣，那時已開辦IDS計畫，因而山地部落均有合約醫療單位駐診，但風災後，道路、橋樑與通訊都中斷，汽車無法開進災區，對外聯繫完全受阻，猶如孤島。健保局人員既煩惱合作伙伴的安危（山地鄉駐診醫師），又擔心災區人民受傷無法醫治而急於前往。

但記取921的經驗，健保局立即發出153張災民健保卡，主動協助有需要的災民辦理紓困貸款、分期攤繳，或愛心轉介，協助欠費清償，以更多元的協助管道，保障其就醫權益。



其次，災區民眾因健保卡泡水、污損、遺失時，僅需提供個人證件，經查明無欠費，即可在原投保單位或南投縣內16處換卡據點補發新卡；在補發新卡前，可先行就醫，只要在7日內向醫療院所補卡即可。至於無力繳納健保費而中斷投保或欠費的受災民眾，也可在取得里長證明後，以健保身分住院；日後再提供分期付款或紓困貸款等協助。

桃芝風災雖然沒有比921震災嚴重，但災民仍有就醫需求，健保局當時主動與災區縣市政府聯絡，搜尋出傷者名單，並主動提供協助。例如：當時有因災變與父母離散的孤兒，在收容機構面臨了沒有健保卡可就醫的情形，中區分局即主動前往了解，並成立專案，積極協助就醫。

桃芝風災後，許多聯外道路是中斷的，加上土石流肆虐，也使受傷的災民就醫受阻。健保局同仁參與桃芝風災賑災工作的主要任務是進入災區發放健保卡，曾有一位參與「山地離島地區醫療整合性醫療照護服務（IDS）」的醫師，當時已屆80高齡，自己的診所都搖搖欲墜了，成了名符其實的受災戶，但他仍舊堅守崗位，服務災區居民，還有其參與IDS計畫的合約醫院，不畏艱難進駐山地部落，提供義診服務，並在災難發生之後，仍願意冒生命危險前往災區，肩負起災民的健康醫療工作，令人欽佩。

全民抗SARS總動員

2003年從亞洲地區開始，全球爆發SARS疫情，台灣在中國大陸、新加坡、香港等地疫情失控之後，才爆出大量的病例。從2003年3月開始，台灣面臨一場史無前例的SARS風暴，國人的生命安全頓受威脅，日常生活失序，也考驗著政府的應變能力。

健保局人員在當時的抗煞行動中，更是扮演了重要的關鍵角色。當時在總經理張鴻仁的指揮調度下，全體人員將非緊急的業務暫停，全力投入抗煞行列，期間不但動用各種資源，也發揮團隊戰力，積極參與並見證這場前所未見的防疫作戰。

當時緊急調任回國擔任抗急總指揮的李明亮教授也認為幸好台灣已建立全民健保的機制，因為健保局全方位的配合協助，在這次SARS疫情裡發揮了穩定疫情的機制，特別因為總額支付制度，讓醫療院所不必擔心病人流失而影響收入，另外，又充實防治SARS之法源依據，使醫療院所因協助SARS防治得到獎勵及補償，讓醫療院所願意收治病人，充分保障了民眾就醫權益。因著健保局人力全面的投入，更讓防疫工作如虎添翼。





健保加入抗SARS行列



原本防疫的工作係疾病管制局掌理的業務，在2003年4月底和平醫院封院事件發生後，剛好遇到的立法院施政總質詢，所有委員提出的議題圍繞著SARS的

防治，體察SARS疫情擴大對於國家影響之嚴重性，已非防疫主管機關可以獨立承擔，有鑑於健保局的業務與醫療院所互動密切，且資料齊全，是當下最適當的備援單位，當時衛生署的署長涂醒哲立即指示健保局需全體動員支援SARS防治工作。

當時由行政院責成「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困委員會」，成立抗SARS指揮中心，由李明亮教授擔任總指揮，當時的健保局總經理張鴻仁擔任醫療資源分配小組的召集人，負責調度全國醫療資源。當時整整二個月，健保局張總經理、姜主任秘書暨多位幹部幾乎每天都需要到SARS指揮總部開會，在署長主持的SARS會報中，凡是沒有單位承接的業務，都由健保局主動承接下來。

健保局扛下的工作林林總總，包括協助處理外交事宜、審查通報病例、調度病床、研訂相關法規以獎勵配合醫院、執行總額應變措施、代辦SARS相關醫療費用核付、協助建置SARS專責醫院、負壓隔離病床及發燒篩檢中心、捐贈防疫物

健保救災不落人後

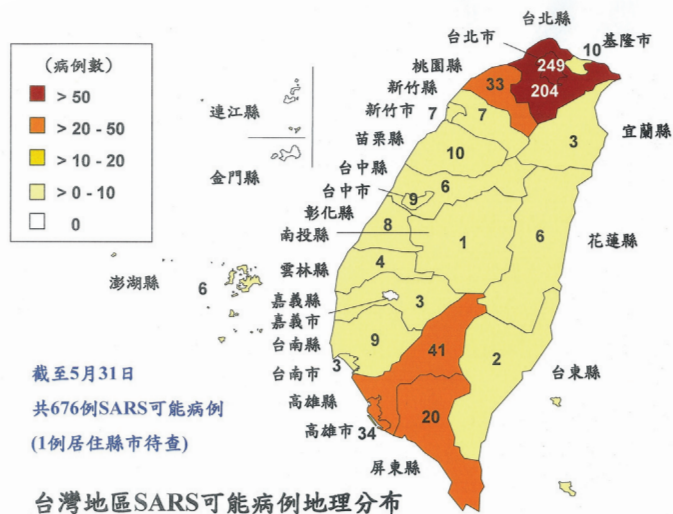
資之接收與調度、建置177發燒諮詢專線等。

雖然防疫工作不是健保局主管業務，但由於健保局平日與各醫療院所聯絡密切，加上健保局對於各醫院的醫事人力、病床等資料的管理，都早已建立了資訊化作業，有足夠的審查醫師作為醫療專業後盾。因此，張鴻仁總經理毅然決然帶領健保局團隊，加入了抗SARS行列。

協助審查通報病例

當年健保局支援抗SARS工作很多，涉及的層面很廣，在各種支援工作中，又以審查通報病例最先啟動，原本台灣的疫情較中國大陸及香港來得緩慢，但隨著疫情的突然升高，通報案例急增，通報後的疫情調查已超過疾管局的負荷，而使得病例審查作業延宕。由於健保局在全國各分局原本即建立有完善、快速回應的審查通報機制，自2003年5月9日起，健保局正式接手SARS病例的審查業務，以便於最短時間內確認病情，排除非SARS病患，及早解除隔離，以免病患及家屬不必要的恐慌；對於確認之病患，則確實隔離治療，以免疫情續續蔓延。

健保局將全省分北、中、南三區，就近召集感染專科醫師組成審查小組，並





跨區調集專業醫師作迅速諮詢與確診。由於病毒感染力強，如何由醫院中取出病歷而不被SARS侵襲，也是一大挑戰，因而分局同仁也義無反顧的加入審查的行列。

首先由分局具有護理背景的同仁成立義勇軍，每天穿著防護衣至各大醫院取出疑似SARS病患的病歷及X光片，將疑似案例做初步分類及摘要並將X光片以數位相機翻拍，建立影像檔，再交予審查醫師判讀，然後將結果送到疾管局專家手中，排除非SARS病例及已出院者，所得數據即為每日疫情通報之基準。

當時健保局每個分局，都臨危受命，接下這重責大任，肩付起整個轄區的疑似案例判讀工作。隨著SARS疫情增溫，對於每個疑似SARS的案例，均限定當日完成疫情調查工作，工作量非常大，每天上午7點半就得開始進行審查工作，必要時還需挑燈夜戰。

爲了避免SARS病毒透過醫院病歷



傳播到健保局各分局，並縮短資料遞送時間，健保局全力支援審查所需之電腦、資訊傳輸等設備，使審查作業資料傳輸完全電子化。是以，審查所需的資料皆以傳真或電子郵件傳遞，X光影像也以數位化傳入，全程以電子檔案處理。

事實上，健保實施後，因健保資料庫已完整建置民眾的醫療紀錄，有助於快速判讀疑似案例並予以註記，不僅順利排除非SARS案例，穩定民心，有效的防堵，也使得疫情不再擴散。

修訂總額鼓勵院所投入

由於SARS可經由飛沫傳染，擴散力強，因此「院內感染」是許多人擔心的，在疫情急速蔓延的時候，許多人擔心大型醫院收有SARS病例，而不敢前往就醫，以致不少大型醫院門可羅雀，大大的影響醫院的營運，同時一般醫院也擔心收治SARS病患，將影響一般病人前來就醫之意願，或是因收治SARS病患發生群聚感染而遭到封院，因而不願收治疑似SARS的病例。

SARS的流行確實對於醫院的營運生存，產生重大考驗，因此，保障參與SARS防治的醫院營運收入不受影響，是鼓勵醫院參與防疫的重要一環。

因而在全民健康保險費用協定委員會會議中即有委員提案：對於指定收治SARS病患之醫院，其總額分配，應可比照前一年，且另外加成給付，以鼓勵醫院投入，後來衛生署將類似方案陳報行政院核定。健保





局即依循行政院發布施行之「嚴重急性呼吸道症候群防治及紓困暫行條例」暨「執行嚴重呼吸道症候群防治工作之醫療（事）機構獎勵要點」擬定總額支付相關緊急應變措施。

由於SARS的肆虐，對國人造成的損害及恐慌前所未見，在沒有前例可循，也不知未來會如何發展的緊急狀態下，健保局研訂的權宜措施，是為使各醫院不必擔心營運成本，可專心救治病患，但經由此次經驗學得，未來應可將保險與防疫經費之運用區隔，更能保障人民之權益。

啟動控床調床機制

為消弭民眾疑慮，健保局也協助規劃建置SARS專屬醫院、負壓隔離病床及發燒、咳嗽篩檢中心、177發燒諮詢專線等，使病床使用資訊透明化，協助病床調度及執行SARS分級照護。

分局在隔離病床的追蹤和管理上，也發揮了極大的功能。原本疫情爆發初期，病患突然的增加，使得各大醫院病床供不應求，後來健保局出面調度全省病床。當時有部分醫



院擔心疑似病患入住，影響到一般病患的照護，使得隔離病床的資源不能公開透明。健保局為確實掌握隔離病房資源，讓跨縣市醫院隔離病床可相互支援使用，每日以電話調查各醫院隔離病床佔床情形，以統一監控資源及

運用，到了當年的5月上旬，已不再發生找不到隔離病床的困擾。

5月中旬，SARS疫情開始加溫，常有醫院拒收發燒病人，並以隔離病床滿床為由，要求病人轉院，甚至有病患成為人球，被救護車載著求救，但反覆被拒絕，成為嚴重的問題。為使隔離病床使用更透明，更具效率，分局在隔離病床的調度上，也由被動轉為主動，集合團隊力量，僅利用五天的時間，即開發出一套網路資訊系統，藉由網路病床使用的登錄，將隔離病床的資訊透明化。

此外，也結合SARS通報病例審查結果，要求院區對於排除的疑似個案，一律於接到審查結果24小時內，移出隔離病床，以使病床使用更具效率。在網路控床啟動後，不到一週，隔離病床由一床難求的情形，快速進展到佔床率低於30%，SARS病患找不到隔離病床的情形也不復見。

162
163

處理捐贈物資及配送

SARS疫情爆發後，醫護人員N95口罩及防護衣等防疫物資，因需求量突然大增，有錢也買不到，因為對於第一線的醫護人員，這些裝備就是他們的頭盔及護甲，少了這些裝備如何上戰場？此一訊息不斷經媒體披露後，激起友邦、國內外民間團體及僑民的愛心捐贈，一夕間捐贈物資蜂擁而





至，需要有一個單位統一處理，在衛生署的SARS會議中，健保局臨危受命，毫不猶疑地接下了捐贈防疫物資受理窗口的重任，後來並負責所有分配運送的工作。

各界捐SARS物資來源多元繁雜，且規格品質不一，使得防疫物資品質檢驗、通關暨提領手續滯礙繁雜，加上捐贈告知時間倉促、物資包裝說明不清楚、免費空運費用範圍不明等問題，都讓負責的同仁遇到不少困難，但都一一克服解決。另外，在配送防疫物資之前，健保局需先調查統計各醫院之防疫物資需求及庫存，並掌握各地區疫情，此一過程備極繁雜艱辛，而且必須及時送到醫院，提供第一線醫護人員使用，並建立醫院安全庫存，對於健保局而言，這也是前所未有的經驗。

穩固外交安定民心

防疫如同作戰，在抗SARS期間，全國上下時時刻刻面對SARS這個無形、但散佈迅速的敵人，防疫的工作絲毫不得鬆懈，而安定民心，更是重要的關鍵。

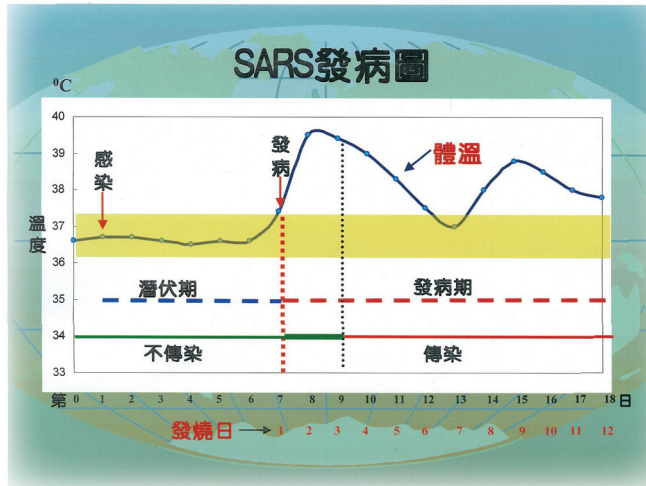
對於在台灣居住的外國人而言，語言與資訊的隔閡，在危機時刻，極易造成恐慌，政府若未能妥善處理，將可能引發各國撤僑行動，進而造成對我國經濟發展不利的危機。因此，在SARS疫情升高期間，各國駐台使節如果無法即時獲得第一手資訊，只從報章雜誌得到消息，將可能產生誤解，而其觀感又可能直接影響到該國對於台灣的整體評估，因此，由防疫作戰中心直接面對各國使節，說明我國防治SARS之努力及成果，以消弭不必要的恐慌，為外交上必要之事。

SARS疫情爆發時即傳出各駐台使館擔心如果情況控制不住就必須撤僑，因此，當時的抗SARS指揮中心總指揮李明

亮，即指派當時健保局張總經理，每週二次到外交部向各駐台使節報告SARS在台灣控制的情況。

健保局必須在每次報告當天早上取得最新疫情，並於二小時內，

快速將最新疫情發展準備成英文簡報送到外交部，以便下午向駐台使節報告。當年張總經理以清晰的簡報說明疫情的掌控，及豐富的專業知識回答全場所有問題，讓原本焦慮的駐台使節及外交人員變得十分安心，同時，健保局也提供在場人士電話專線，供外國使館人員隨時來電諮詢問題。



提供SARS電話專線服務

健保IC卡客戶諮詢服務中心（0800-030-598），自SARS疫情暴發以來，即著手進行相關防疫教育訓練作業。總計，SRAS期間，健保IC卡客戶諮詢服務中心提供各界近十萬通之免費電話諮詢服務，期間並接受疾病管制局、各縣市衛生局之專業測試，協助各縣市衛生局所進行之隔離、後送、轉送、及通知作業。

此外，為配合SARS醫療網之規劃，完成SARS分級醫療照護體系，提供民眾更專業之電話諮詢服務，以減輕民眾對SARS之疑慮，進而協助控制疫情，故規劃177發燒專線，由醫師人員全職



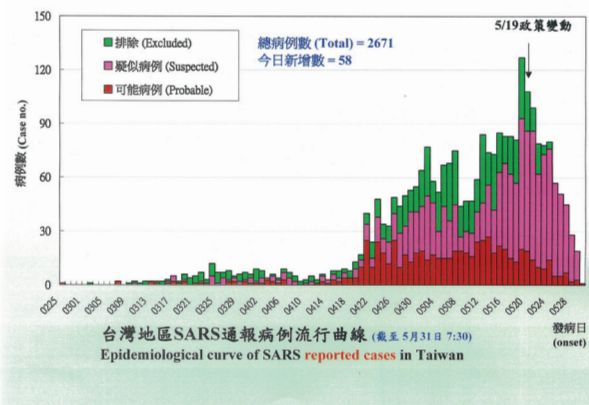
接聽，以提供民眾對SARS疾病之專業諮詢。

此次，SARS疫情對全國民眾與醫療機構都是一項新衝擊及挑戰，尤其是民眾的恐慌最需要安撫，177發燒專諮詢專線適時解決民眾有關SARS的疑義，並給與就醫流程之指導，減少民眾非必要就診，也節省醫療資源。

抗SARS作戰功成

SARS侵襲全台，是臺灣近半世紀以來最嚴重的一次疫情，對國人心理和國家經濟造成極大影響。臺灣從2003年3月14日發現第一個SARS病例，到2003年7月5日世界衛生組織宣佈臺灣從SARS感染區除名，近四個月期間，共有664個病例，其中73人死亡，政府在疫情流行期間宣布將SARS列入為第四類法定傳染病，並創下光復以來，醫院封院、街坊封樓、院外發燒篩檢的首見景況。

我國從行政院到衛生署，全體不遺餘力的投入這場防疫大作戰，雖然大家是在邊做邊學的情況下完成了使命，但我國醫療水準已在其中得到驗證；而在抗SARS期間，台灣的表現吸引許多先進國家派遣專家前來協助並汲取經驗，在外交合作上，則展現了我國的醫療實力，也成功幫助台灣打贏公衛史上重要的一役。



第七章

分局落實在地服務

為擴大並落實在地化服務，健保局各分局同仁上山下海，不辭辛勞。在與民眾頻繁的接觸中，發生了很多的感人事蹟、本章將從人文及社會關懷的角度，陳述健保局各分局提供的便民在地化服務。



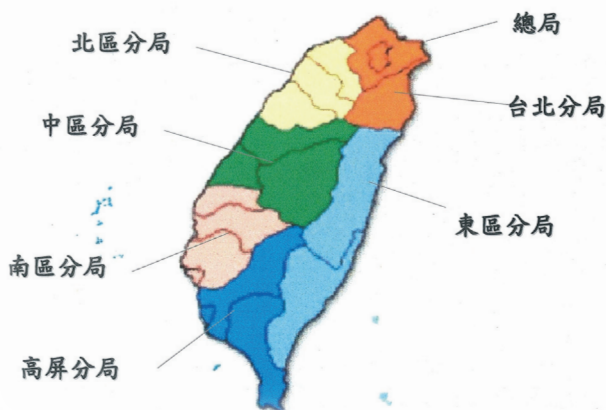


分局服務便民優先

健保局的服務對象是全國民眾，業務量龐大，與戶政單位不相上下，所以便民及效率，一直是健保局致力改善的目標。除了位於台北市的健保局總局負責政策規劃之外，健保局在全國共設有六個分局，包括：台北分局(台北市、台北縣、基隆市、宜蘭縣、金門縣、連江縣)、北區分局(桃園縣、新竹市、新竹縣、苗栗縣)、中區分局(台中市、台中縣、彰化縣、南投縣)、南區分局(雲林縣、

嘉義市、嘉義縣、台南市、台南縣)、高屏分局(高雄市、高雄縣、屏東縣、澎湖縣)及東區分局(花蓮縣、台東縣)。

中央健康保險局轄區圖



六個分局負責全國民眾的健保問題，包括加、退保手續，換領健保卡、申請重大傷病證明，受理紓困及分期攤還欠費服務等。顧客服務方式從臨櫃、電話到



網路服務，相當多元，並且以便民為優先考量。此外，為擴大在地化服務，除了全省六個分局之外，另外增設21個服務據點，具備與分局服務檯幾乎相同的功能，另外，也與郵局及便利商店合作，提供民眾多元保險費收繳服務，使民眾服務更加快速及現代化。

體貼民眾創造價值

創新是為了便民，健保局六個分局負責執行與全國民眾息息相關的各種健保業務，可想而知，服務窗口的人潮是從沒少過。全民健康保險開辦初期，因為各分局提供顧客服務的空間不夠，而且服務地點又未能集中一處，因此，民眾必須樓上樓下的奔波，電梯口經常擠滿了等待的民眾。

為了提升效率，健保局開始花心思改善服務設施及作業流程，其中中區分局率先於1996年5月成立聯合服務中心，以單一窗口全程服務的方式提供民眾各類健保的申辦服務，大幅





縮短民眾在現場等待的時間。同時各分局再不斷強化聯合服務中心的服務效能，使健保局的整體服務品質有了一定的水準。中區分局及台北分局更是開風氣之先，獲得ISO9002國際品質認證的公務機關，同時也啟動了健保局各分局提供優質服務的良性競賽。

被保險人轉換工作、住址、扶養親屬及投保金額變更等承保資料異動，需消耗大量的人力維護更新資料庫。因此，高屏分局於1998年首採光學字元辨識及光碟建檔方式處理，不僅提升工作效率，也提高資料的正確率，之後亦推廣健保各分局全面使用。

在2001年，南區分局研發了第一台具有查詢欠費及補印繳款單功能的補單機，民眾可透過操作簡便的補單機查詢欠費紀錄，並現場補列印各式繳款單，效解決民眾親洽分局補單等待時間與空間的限制。如今各分局均已提供利用健保IC卡補印個人繳款單的服務，只要插入健保卡，就可以列印出繳款單，也不必填寫任何表格，省時省力。

創新的措施，也獲得不少的肯定。現在各分局均提供現



場免填表、以IC卡補印繳款單、網路預約服務、IC卡夜間取卡、公所代辦IC等創新服務。這些創新的服務項目，有效地解決了民眾親臨現場及長時間等候的問題。

此外，健保局

爲了保障保險對象的就醫權益，並提供通暢及時的申訴管道，各分局除均設置專人專責的醫療申訴專線外，例如：北區分局即自行開發民眾申訴管理系統，包括：保險對象線上申訴諮詢系統、健保申訴諮詢FAQs、申訴流程查詢、院所聯繫平台，以加速處理時效，並辦理滿意度調查，適時瞭解民眾需求，提高民眾滿意度。

健保局爲了顧客服務所做的努力還不止這樣！對於須要幫助的弱勢個案，除了提供申辦紓困貸款或分期攤繳的協助外，各分局的同仁更主動募集愛心基金提供財務協助，也會視個案需要給予適當轉介，使其後續的生活可以得到社福單位的照顧。

此外，爲體貼稍作等候洽公的民眾，健保局各分局不但在聯合服務中心現場設有健康資訊交流區，可供民眾得到重要健康資訊，還可使用免費血壓測量服務，方便民眾隨時掌握自己的健康狀況，達到預防的效果。

170
171

英語服務與國際接軌

健保局爲了因應國際化的環境，也考慮到對外籍人士的服務，健保局各分局不僅積極建置設施標示全面雙語化、製作英文便民手冊、成立雙語諮詢櫃檯及電話服務、雙語網站等，更特別設立單一窗口提供英語的專業服務，也讓外籍朋友們能溝通無礙。





大台北地區的外籍人士特別多，約有18萬人，占台灣地區外籍人士的三分之一。他們有些人因為不熟中文，而懷著忐忑不安的心情來到分局，但只要來到分局的英語服務櫃檯就會鬆了一口氣，服務人員的溝通能力，讓服務意

外的順利。外籍朋友也不吝於給服務人員鼓勵與讚美，也讓健保局第一線人員充分感受到助人之樂。

此外，健保局還有很出色很友善的英語網站，除了應有的資訊外，還提供外籍顧客服務預約系統及醫院與家庭醫師診所英文地圖系統等，提供外籍人士友善的英語環境。

健保局的雙語服務，不僅親切且服務周全，台北分局、北區分局及高屏分局還曾獲行政院研究發展考核委員會評鑑為優質英語生活環境特優單位。

網路服務零時差

健保局為了將各項服務系統全面電子化，自1998年9月起，由健保局北區分局與元智大學資訊學院合作研發「網際網路線上加退保申報系統」，並於1999年3月正式啓用，奠定健保局提供民眾利用網路系統申辦業務的成功模式。

健保局各分局的網站除了線上申辦和查詢功能非常完整外，創新的服務內容也是各分局努力改善顧客服務的成果。健保業務網路預約、外籍顧客英語服務網路預約、醫院與家

庭醫師診所地圖系統(e-Map)、健保IC卡卡片狀態查詢系統、健保IC卡卡片遺失地點查詢系統、健保個人資料及欠費查詢系統以及委託金融機構轉帳最近一期保費扣繳狀況等，全部都可以在網頁上完成。



例如以健保IC卡的服務而言，台北分局的中英文網頁均提供卡片狀態查詢以及卡片遺失地點查詢。在卡片狀態查詢的部分，只要將健保卡插入讀卡機，就可以查詢個人的卡片狀態。

另外，健保個人資料及欠費查詢以及委託金融機構轉帳最近一期保費扣繳狀況，也可以直接在網路上查詢到，當月的明細表還可以直接列印出來，相當便利。

此外，健保局及各分局網站更是符合行政院研究發展考核委員會所頒發「無障礙網頁開發規範」最高等級（AAA）的規定，讓視障朋友們也能夠輕鬆使用。

健保卡協尋系統

常見有人誤將健保卡遺失在醫院內，健保局為了協助遺失卡片的保險對象找到失卡，便與各大醫院合作建置了「卡片遺失協尋系統」，請醫院將拾獲的卡片暫時保存，並在系統上登錄必要的資料。失卡人可以先上網找尋卡片，看醫院是否已經拾獲，就可以省去補辦健保卡的時間和工本費200元。



大台北地區平均每天約有660人遺失健保IC卡，掉卡的人，第一個念頭就是衝到健保局各分局補辦新卡。其實，想省時省力，可以利用台北分局網站上的「健保IC卡協尋系統」，或許可以找回遺失的健保IC卡。曾有位王先生也是在大醫院掉卡的，他只花了2分鐘上健保局分局網站查詢，就發現他的IC卡掉在一周前去過的醫院，補辦新卡所需要的時間和工本費200元立刻省下來了。

由於卡片遺失的情形很難避免，健保局爲了防止遺失卡片遭到冒用，各分局在遺失補卡資格審核上就相當嚴謹。若已重新申請IC卡，那麼舊卡就會自動失效，免去了不少冒用問題以及防堵不法事件的發生。

網上預約夜間取卡

上班族沒有太多時間在健保局等待辦手續該怎麼辦呢？健保局各分局的網路服務，均有相當貼心的預約功能，讓工作忙碌、時間壓力大的民眾，可以透過網路預約服務，節省許多到現場等候的時間。



沒時間到現場等候的民眾，可以先在網路預約服務時間及服務項目，如：「申辦健保卡」、「重大傷病證明」、「個人欠費分期攤繳」、「加退保」及「申辦保險費分期攤繳」。預約完成後，系統還

會將所預約的時間及應備文件和注意事項，透過e-mail通知；顧客只要屆時依約定時間前往分局專屬服務櫃檯，就可立刻辦理，洽公免等待。

爲了提升服務效率，健保局各分局無不構思如何強

化便民服務。例如北區分局即整合IC卡办理流程，從受理開始即採自動化作業，以電腦協助申請人列印申請表免填寫，並以數位攝影掃瞄鍵檔取代影印，設立單一受理及取卡櫃檯。現在申辦或補辦一張健保IC卡，只要短短的15~20分鐘。



「零距快易通服務網」洽公免等待

健保局2005年曾全面進行健保IC卡更新查核作業，民眾若有未在保或欠費情況，就醫需先自費，或先至健保局補辦加保、繳清欠費及開卡手續。爲協助民眾順利就醫，免除舟車勞頓，中區分局2006年率先推出「零距快易通服務網」，與當地15家醫療院所合作設置「健保在地服務站」，民眾可就近到與健保局合作的醫院，透過資訊系統配合數位電話功能，就能在第一時間完成遠距服務，立即補辦加保，或直接補印繳款單，就近到郵局或銀行繳清保費，現場即可給予開卡，不到十分鐘就可以完成，不需要再跑一趟健保局了。

自2006年6月試辦迄今，約有二千位民眾體驗健保零距快易



通服務，滿意度高達95%，未來除持續擴大健保在地服務站合作醫院據點，更將著手規劃建置對投保單位之遠距服務作業系統，以數位傳真取代郵寄，確實實現「免臨櫃」、「免等待」、「免二次來電」等顧客服務。

方便好用的醫院e-Map

「醫院與家庭醫師診所地圖系統(e-Map)」也是民眾有醫療需求時的好幫手，例如有位住在基隆的陳老太太，最近剛在社區提供的長青課程中學會如何上網，今年6月因為眼疾的問題，聽朋友說北投地區有一家相當不錯的眼科，但朋友比陳老太太更年長，依稀記得其中一個字，其餘不管是在什麼地點、電話幾號，全部都記不起來。

後來陳老太太聽孫子說健保局的網頁就有相當詳細的北部地區醫院查詢系統，原本才剛學會上網的她，覺得沒什麼信心能查得到，沒想到一進去這個系統，依照行政區域分區一目瞭然，直接點選「北投區」，就跳至地圖畫面，當陳老太太在移動地圖時，就輕鬆找到了朋友介紹的這家診所，而且還會自動帶出電話、地址、醫師姓名、專科項目等詳盡資料，讓她相當開心。推出這項功能，帶動許多年長者學習使用網路的興趣，也是一項意外的收穫。

建置聯絡辦公室

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

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





關懷弱勢齊努力

全民健康保險開辦的目的，就是要以社會大多數人的力量來共同化解少數人就醫的經濟障礙。對於社會的弱勢族群，特別是低收入的邊緣人，在現實生活的壓力下，能夠溫飽是他們的最大期盼，繳納保險費對他們而言無異是一筆負擔。根據健保局的統計，國內約有六十多萬人積欠保險費，半數以上無力償還。

在落實弱勢族群的照顧上，健保局針對健保經濟困難的民眾發揮許多愛心與創意。除了爭取社政單位的對於身心障礙者、中低收入老人及兒童、低收入戶、原住民、失業勞工等保費上的補助外；在醫療保障上面也積極達成「生病均可就醫」的目標，包括：實施先看病後納保、對弱勢群體免部分負擔、不控卡等政策。基於「全民有保」的精神，在欠費

的協助上，施行了其他國家少見，台灣健保獨創的愛心轉介、紓困貸款、分期攤繳等工作，另外也對部分弱勢民眾實施免除保險費及緩繳保險費的措施，截至2006年上半年已經幫助二十多萬人提出還款計畫，使之繼續享有健保的照顧。



健保同仁展大愛

許多人明明很窮，卻不符合低收入戶標準，而無法獲得政府補助保險費，必須自行負擔保險費才能享有健保。針對繳不出保險費同時又有就醫需求的弱勢民眾，健保局各分局同仁發揮社會大愛，主動發動同仁捐款資助，但這樣資源有限，僅能救助少數的人。所以，後來便設立了愛心基金，集結社會大眾的力量來幫助貧病的人。



爲了有效運用善款，以台北分局爲例，即擬定了「把愛傳出去」計畫，利用各種系統性的方式找出需要關懷的對象，結合社會資源，運用志工人力，透過電訪及家訪瞭解個案的情形，適時協助他們解決欠費問題，並維護就醫權益。

通常志工在訪談的過程中，會發現很多人窮得繳不出保險費卻有急迫的就醫需求，健保局愛心專戶就會給予適度的協助；不過，各分局的愛心基金以幫助弱勢民眾順利就醫爲主，無法解決貧窮或生活問題，但會視個案的情況主動提供轉介服務。

爲弱勢民眾尋求更多資源

在健保局各分局用心服務的過程中，可以發掘到許多暗藏在



社會角落又不主動向社會求援的弱勢人口，有些人經濟窘困到三餐都成問題，有些人則是獨居患病，沒有家人和鄰居問津。有鑑於此，健保局主動建立愛心轉介機制，與許多慈善機構合作，透過健保局的努力追蹤，直接將個案轉介給慈善公益團體，一併解決弱勢民眾就醫、就學、就養等問題。

爲了幫助更多的人，健保局在協助轉介及運用社會資源的部分，一直不遺餘力。2006年透過轉介公益團體而獲得補助的案例共有574件，補助金額超過471萬元。

認養貧困幼童

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



梁媽媽是個顏面傷殘、手腳無法靈活運用的偉大母親，因肢體燒燙傷，手腳活動不便，又要照顧兩個年幼的小孩，無法外出工作養家，生活困苦，全靠社會的善心人士救

助。因為前夫擁有不動產，導致喪失低收入戶資格，桃園家扶中心發現了這個弱勢家庭，轉介姐弟倆成為北區分局「健保認養」個案，同時，北區分局也協助梁媽媽辦理紓困，減輕她每月的健保負擔。

健保愛心不打烊

健保局第一線的服務人員也經常發揮最大愛心，提供各式協助，例如，高屏分局推行的「塵緣有愛—健保愛心不打烊」專案，即是擴大結合醫療院所社工單位及政府社政部門，及時解決服務民眾加保欠費及安置等問題。其背後還有著一個溫馨感人的故事：

陳緣小姐是高屏分局欠費處理中心辦事員，輔導加保與協助處理欠費相關事宜是她的主要工作。她雖然本身患有紅斑性狼瘡，健康狀況並不理想；但是時常利用週休假期間，委請同仁開車偕同前往慰問關懷個案，並結合「中華慈善會」等資源，為弱勢朋友們解決欠費與就醫問題。多年來協助了三百八十餘位貧苦個案，受幫助的弱勢民眾遍佈南台灣並遠至金門、澎湖等離島。

雖然，陳緣小姐其後又因罹患乳癌而過逝，高屏分局同仁為發揚陳緣小姐的大愛精神並落實健保「關懷弱勢」的理念，自2005年推動「塵緣有愛—健保愛心不打烊」專案，讓陳緣小姐的大愛生生不息。

造福重大傷病患者

全民健保開辦以來，最大的受惠族群即是重大傷病的患者，因為健保對重大傷病的保障，讓他們沒有後顧之憂。為使重大（罕見）疾病患者就醫無障礙，2005年東區分局經理即親自到府



訪視前一年醫療資源利用偏高的11件大重症個案，瞭解病患在醫療、生活、就業、社會乃至於心理層面等問題，除協助解決醫療問題，甚至輔導其就業等問題，以根本改善病患之生活品質。

其中東區分局即曾發現有位先天性血友病患者陳先生，因私人機構不敢僱用，長期失業。心理受到嚴重的挫折與傷害，常須藉助藥物或止痛針緩解疼痛，致其於2004年間就醫次數高達561次，使用醫療費用高達2700萬元，居花東地區之冠，亦為全國之最。

因瞭解陳先生係因貧病交迫，灰心喪志導致就醫頻繁後，東區分局除主動協調請健保局外包廠商提供工作機會，並商請慈濟醫院安排固定醫師自2005年3月起為其診療，之後病情已獲得顯著改善，比較其前二年之就醫次數，已自561次大幅降至323次，而醫療費用則從2,650萬下降至355萬元，節省醫療費用2,295萬元，並協助陷入貧病的家庭重獲生機。



目前陳先生工作穩定良好，健康狀況亦有明顯改善，而健保資源的運用也更加妥善，期待民眾因此個案而瞭解到「1%的人使用了全民健保27%的醫療資源」，能更珍惜健保，善用醫療資源，逐步達成健保永續的願景。

附錄—服務品質看得見

健保開辦十二年多來，貼近民眾的需求，提升為民服務，一直是健保局長期以來努力的目標，健保局各分局在全國性服務民眾服務所獲得的肯定，正是全民健保邁向永續經營的最大動力。





年度	獎項	分局
1996年	行政院服務楷模獎	中區分局
1997年	全國公務機關中，首獲ISO 9002認證	中區分局
1998年	◎ISO 9002國際品質認證	台北分局
	◎行政院服務品質獎—落實品質研發獎	北區分局
	◎第一屆行政院服務品質獎整體獎	中區分區
2001年	◎行政院服務品質獎—便捷服務程序獎	台北分局
	◎財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會第二屆醫品圈發表暨競賽活動「醫品潛力獎」	東區分局
2002年	行政院服務品質獎—便捷服務程序獎	南區分區
2003年	第五屆行政院服務品質獎—善用社會資源獎	中區分區
	第四屆法制再造工作圈銀斧獎	高屏分局
2004年	◎行政院研考會93年優質英語生活環境評獎	中區分區
	◎第六屆行政院服務品質獎—善用社會資源獎	高屏分局
	◎入圍2004年天下雜誌卓越服務獎	高屏分局
	◎第六屆法制再造工作圈金斧獎及銀斧獎	高屏分局

2005年	<ul style="list-style-type: none"> ◎取得行政院研考會最高等級(AAA)無障礙網站認證 ◎行政院研考會「94年優質英語生活環境」評選特優 ◎入圍2005年天下雜誌卓越服務獎 	總局及六分局 北區分局 高屏分局
2006年	<ul style="list-style-type: none"> ◎第八屆行政院服務品質「整體獎」 ◎第十七屆國家品質特別獎 ◎第八屆行政院服務品質「落實品質研發」獎第一名 ◎行政院研考會「95年度營造優質英語生活環境」之「特優獎」 ◎行政院研考會「95年度營造優質英語生活環境」之「優等獎」 ◎行政院衛生署優良健康資訊網站獎 ◎第七屆經建會法制再造工作圈銀斧獎 ◎第七屆全國公司標準化獎 ◎中華民國品質學會95年度品質團體獎 	高屏分局 高屏分局 南區分局 台北分局 南區分局 北區分局 中區分局 中區分局 中區分局

|| 中央健康保險局大事記 ||

1995

日期	大事紀內容
1月1日	中央健康保險局正式成立，首任總經理由中央健康保險局籌備處處長葉金川出任。
1月23日	台北分局、北區分局、東區分局成立。
1月24日	中區分局、高屏分局成立。
1月25日	南區分局成立。
2月27日	公告「全民健康保險醫療費用支付標準」。
3月1日	行政院核定開辦全民健康保險，並接受公、勞保相關人力移轉。
3月1日	平均眷口數以1.36人計。
3月1日	訂定第二類保險對象投保金額為17,400元；第三類保險對象投保金額為16,500元。
3月2日	公告「全民健康保險開辦第一個月特約醫療院所辦理醫療業務注意事項」。
3月6日	公告「全民健康保險特約醫事服務機構合約」。
3月9日	公告「全民健康保險用藥品項表」。
3月10日	公告「全民健康保險特約醫院診所辦理轉診、轉檢作業須知」。
3月10日	公告「全民健康保險開辦後各投保單位及被保險人應瞭解及注意事項」。
3月13日	公告「全民健康保險中藥品項表」及「全民健康保險中藥品項表索引」。
3月20日	設置全民健康保險Q&A傳真熱線，解答民眾有關健保疑義。
3月20日	設立檢舉信箱「台北郵政117—900號」。
4月10日	行政院衛生署訂定「中央健康保險局保險安全準備管理委員會設置辦法」。
4月12日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」1項（共68項）。

4月20日	行政院王政務委員昭明等六位政務委員分赴中央健康保險局各分局訪視全民健康保險執行情形。
4月27日	中央健康保險局醫療服務審查委員會報署核定成立。
4月28日	公告「全民健康保險特殊情況自墊醫療費用核退作業要點」，並溯自1995年3月1日起實施。
5月2日	開放70歲以上保險對象，可同時持有2張健保卡。
5月3日	行政院徐副院長召集行政院研考會、經建會、衛生署、台閩地區勞工保險局及中央健康保險局會商，對政務委員之訪查結果研討可能解決之對策，並分別交由行政院經建會、研考會及衛生署處理。
5月4日	中央健康保險局保險安全準備管理委員會成立。
5月17日	為照顧就醫頻率較高之慢性病、重大傷病患者及領有殘障手冊者，增加其就醫便利性，即日起可同時擁有2張健保卡。
5月25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」。
5月29日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占39%，不滿意者占47%。
6月1日	中央健康保險局醫療服務審查委員會審查小組報署核定成立。
6月10日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」11項（共79項），自84年7月1日起實施，並修正公告「全民健康保險慢性病連續處方箋作業要點」。
6月20日	行政院衛生署增修「全民健康保險重大傷病範圍」計增修13種疾病項目。
6月20日	公告「全民健康保險特約醫院及診所辦理醫療業務須知」暨「全民健康保險藥品使用規範，除有特別明定者外，自84年7月1日起實施。
6月26日	與台灣銀行、第一商業銀行、台北銀行及高雄銀行簽約，以辦理本局代收代付業務。
6月29日	公告「中央健康保險局查處密醫案件作業須知」。
7月5日	舉行「健保IC卡工作簡報」，結論以1995年9月實驗為目標，實驗地區分台北地區、澎湖地區。

8月2日	行政院衛生署令修正「全民健康保險法施行細則」第41條及72條條文。
8月11日	行政院夏漢民政務委員召開IC卡相關部會協調會，決定實驗對象為行政院本部、財政部、台大醫院、行政院衛生署及本局員工。
8月14日	與中國信託商業銀行、中華商業銀行、台灣省合作金庫及第一商業銀行簽約，將代收全民健康保險保險費業務轉委託其他未簽約金融機構辦理。
8月30日	行政院衛生署訂頒「中央健康保險局聯合門診中心組織規程」。
9月16日	試辦澎湖地區全民健康保險IC金融卡實驗計畫。
9月27日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占50.20%，不滿意者占36.50%。
9月30日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」4項（共83項）。
11月15日	公告「全民健康保險論病例計酬支付作業要點」。
11月20日	訂定「中央健康保險局安全準備管理及運用作業要點」。
11月24日	訂定「中央健康保險局處理特約醫事服務機構違規檢舉案件作業須知」。
12月23日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」1項（共84項）。

1996

日期	大事紀內容
1月1日	平均眷屬口數調整為1.1人。
2月1日	執行輔導全國25縣市居民納保計畫。
1月5日	美國聖路易大學公衛系教授Dr. Romeis來訪。
1月26日	美眾股份有限公司國外資深顧問Mr. Jerry Ramchara來局舉辦「醫院物流管理的新趨勢與控制醫療成本的關係」研討會。
3月20日	美國明尼蘇答大學健康服務研究所教授Dr. Manning來訪，本局提供全民健保相關簡報。
3月21日	行政院夏漢民政務委員指示：澎湖地區實驗計畫依本局規劃進度執行；台北地區實驗則以原定實驗對象1萬人為目標，並儘速完成與健保系統連線作業。

4月2日	開始向承保汽車責任保險之保險公司代位請求醫療給付。
4月15日	美國約翰霍普金斯大學教授Dr. Laura Morlock等4人至本局台北分局訪問。
4月23日	泰國衛生部常務次長Mr. Vitura Sangsinkeo等官員來訪本局，以瞭解我國全民健保實施情況。
4月26日	加拿大沙省農業廳長來訪本局，該省副省長Mr. Lingen Felter向本局介紹加拿大健康保險制度現況與發展。
5月16日	邀請加拿大BC省衛生部門廳Michael Hsieh先生專題演講「衛生資訊在決策制訂之運用」。
6月10日	辦理全民健康保險滿意度調查，表示滿意之受訪者占61%，不滿意者占36.50%。
7月1日	修正全民健康保險投保金額分級表，最低一級投保金額為14880元，第二類保險對象投保金額為18300元；第三類保險對象投保金額為17400元；第六類保險對象適用之平均保險費調整為910元。
7月1日	試辦安寧居家療護納入全民健康保險給付計畫。
7月6日	公告修正全民健康保險重大傷病範圍，增列烏腳病。
7月9日	舉辦「偏遠地區醫療改善方案討論會」，會中決議基督教門諾醫院配合本局推動「偏遠地區民眾納保及醫療改善方案」。
7月12日	香港伊利沙白醫院綜合行政服務經理鄭秀如女士來訪。
7月16日	邀請台北市政府、玉山銀行為民服務實務專家及本局相關人員訪視本局六個分局，進行為為民服務實地輔導。
7月18日	行政院衛生署核定「中央健康保險局執行全民健康保險法罰鍰注意事項」。
8月5日	本局全球資訊網正式上線，網址為 http://www.nhi.gov.tw 。
8月7日	美國在台協會商務組長白瑞基先生暨商務組新任貿易官Ms. Julie Carducci到訪。
9月12日	美國夏威夷大學皇后醫院國際集團總裁Mr. K. TimYee拜會本局。
9月26日	派員赴美國貿易代表處諮商「全民健康保險特殊材料核價制度」。
9月26日	英國衛生部副部長Mr. Gerald Malone一行5人拜會本局。

10月1日	平均眷口人數調整為0.95人。
10月1日	配合基本工資調整投保金額下限一律逕調15600元，童工除外。
10月19日	巴拿馬住宅部長Dr. Francisco Sanchez Cardenas拜會本局。
10月24日	澳洲駐台商務辦事處副代表Mr. Peter Osborne來訪。
11月1日	實施全民健康保險藥品支付價。
11月7日	澳洲健保系統資料倉儲管理專家Mr. Mike Channon來局介紹IBM Data Mining System。
11月13日	公告「全民健康保險高科技診療項目及審查程序作業要點」。
12月5日	行政院科技顧問Dr. D. A. Henderson訪問本局，瞭解全民健康保險現況與未來展望。
12月23日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」7項（共92項），並自1997年1月1日實施。

1997

日期	大事紀內容
1月9日	公告「本保險特約醫事服務機構特殊病床設置基準」。
2月19日	挪威國會議員一行9人來訪拜會本局，瞭解我國全民健保制度。
2月27日	香港民主民生協進會委員11人來本局訪問。
3月5日	公告修正全民健康保險保險對象住院醫療費用自行負擔金額上限，每次為17,000元，每年為29,000元。
3月11日	公告修正全民健康保險保險對象一般門診自行負擔費用金額為，醫學中心150元，區域醫院100元，地區醫院50元，基層醫療單位50元。
3月17日	加拿大哥倫比亞省衛生廳官員Mr. Steve Kenny及Mr. Michael Hsieh拜訪本局，代表該省副廳長與總經理簽署備忘錄表達雙方合作意願。
3月27日	公告全民健康保險特殊材料審核作業原則。
4月1日	「全民健康保險用藥品項快捷查詢系統」上網供大眾查詢。
4月1日	紐西蘭工黨國會議員一行3人，由外交部亞太司工作人員陪同拜訪本局。

4月25日	嘉義基督教醫院翁院長陪同美國加州MedPartners醫療機構人員拜訪本局。
4月29日	委託台大公共衛生學院舉辦「中、日、韓、香港、新加坡健康保險研討會」。
4月30日	邀請新加坡潘家鴻教授演講「新加坡及開發中國家MSA制度介紹」及「公立醫院如何進行組織再造」。
5月1日	醫學中心一般門診自行負擔費用調整為150元。
5月10日	公告特殊材料人工髖關節及人工膝關節價格調整及功能分類，自1997年8月1日起實施。
5月14日	加拿大亞伯達大學公衛系主任Dr. Noseworthy及該系所副教授Dr. Church蒞局舉行2場專題演講。Dr. Noseworthy並由行政院衛生署張署長及本局總經理陪同於5月15日晉見李總統登輝。
6月17日	日本國際看護交流協會國際交流事業部課長東田吉子等2人拜訪本局。
6月20日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」2項（共94項）。
6月26日	美國民主黨政治顧問訪華團及芬蘭國會第一大黨社民黨薩里能議員與歐林議員等人由外交部人員陪同分別蒞局拜訪。
7月1日	執行輔導19歲以下國民納保計畫
7月1日	全民健康保險投保金額等級表修訂為28級，最低一級投保金額為15,360元，自本日起本保險第3類被保險人投保金額由17,400元調為18,300元，第5、6類平均保費由910元調為960元。
7月3日	瑞典國會議員爾林(Mr. Urban Ahlin)及瑞典社民黨國際副秘書赫爾哈克(Mr. Roger Hallhag)拜會本局。
7月4日	前瑞典外交顧問賀旭德(Mr. Kent Harstedt)及外交部隨行人員拜會本局。
7月11日	美國東西文化中心「第28屆人口研討會-醫療照護財務及保險體系」學員至本局進行醫療保險財務研討。
8月14日	葡萄牙國會議員路易士先生(Mr. Carlos M. Luis)等拜會本局。
8月20日	格瑞那達駐聯合國副常任代表史坦尼勞斯(Hon. Lamuel Stanislus)拜會本局。

8月21日	英國著名雜誌經濟學人(The Economist)之出版單位EIU (The Economist Intelligence Unit)特約撰稿人Mr.John W.Westbrook拜會本局。
8月26日	德國聯邦家庭、老人、婦女及青年部常務次長郝思曼先生暨夫人由外交部歐洲司人員陪同，拜會本局。
9月1日	執行輔導山地居民納保計畫。
9月1日	高屏分局試辦「高雄縣山地區域聯營醫療保健網路之建立及加強醫療服務計畫」。
9月1日	中區分局試辦「南投縣仁愛鄉加強醫療保健服務計畫」。
9月19日	立陶宛衛生部長卡爾迪卡斯先生(Mr.Juozas Galdikas)拜會本局。
9月20日	德國聯邦行政大學行政法與社會安全法教授Dr.Pitschas拜會本局。
10月22日	加拿大卑斯省就業投資部部長Mr.Dan Miller拜會本局。
10月24日	英國London School of Hygiene and Tropical Medicine大學教授Mr.Martin Taylor拜會本局。
11月1日	配合行政院勞委會公布的基本工資調整，全民健保被保險人投保金額低於基本工資15,840元者，自11月起投保金額一律調高為16,500元。
11月1日	「全民健保支付標準查詢檢索系統」上網供大眾查詢。
11月18日	韓國保健社會研究院Dr.Dalsun Han, Dr.Jaegoog Jo, Dr.Woojin Chung及Dr.Chongkeun Kim等4人拜會本局。
11月19日	芬蘭國會議員坎塔萊能 (Mr.Karis Kantalainen) 拜會本局。
11月23日	辦理「桃園縣復興鄉山地醫療服務計畫 第一階段：假日醫療服務」。
11月24日	中英醫療保健研討會邀請Dr.Douglas Buchanan等3位專家學者拜會本局。
11月27日	日本時報 (The Japan Times) 特派記者Larry Shaw及Kana Manglapus 拜會本局。

12月1日	實施第2階段依國際藥價調整健保藥品支付價格。
12月6日	公告修正「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」，取消預防保健服務之附約。
12月17日	澳洲雪梨大學國際研究中心教授Dr. M. Ramesh拜會本局。

1998

日期	大事紀內容
1月1日	全民健康保險第2類第1目職業工會被保險人投保金額調整自19,200元起申報。
1月1日	被保險人數未滿5人之事業負責人及屬於第1類被保險人之自營作業業者，其自行舉證申報之投保金額調整為不得低於25,200元。
1月1日	全民健康保險投保金額分級表，最高投保薪資上限調為55,400元。
1月1日	訂定重大傷病證明卡之有效期限為3年，到期需再提診斷證明書重新申請核發。
1月5日	加拿大薩克斯其萬省（Saskatchewan）衛生部部長Mr. Clay Serby一行5人來訪，並與我方簽署「合作交流備忘錄」，建立日後進一步互動之基礎。
1月7日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占65.4%，不滿意者占22.5%。
1月12日	美國聯邦眾議員布朗（Mr. Sherrod Brown）訪問本局。
1月14日	行政院衛生署公告增訂「後天免疫缺乏症候群」為全民健康保險重大傷病。
1月21日	台北分局辦理「馬偕紀念醫院烈嶼鄉離島巡迴醫療計畫」。
1月22日	南區分局辦理「嘉義縣阿里山鄉南3村整合式醫療服務實驗計畫」及「天主教聖馬爾定醫院阿里山鄉（北9村）醫療服務計畫」。
1月22日	格瑞那達婦女、社會福利暨住宅部長Laurina Waldron訪問本局。
2月10日	總經理葉金川轉任慈濟大學教授，新任總經理由衛生署副署長賴美淑接任。

2月17日	加拿大薩斯喀徹溫省 (Saskatchewan) 前衛生部長，現任Regina 大學公共政策所主任Dr.Duane Adams訪問本局，洽談本局員工訓練合作事宜。
2月17日	加拿大亞伯達大學公衛系主任暨加拿大國家衛生論壇主席Dr.Tom Noseworthy訪問本局。
2月18日	邀請香港廣華醫院何院長兆煒演講「香港醫院管理局之運作及香港醫院企業化之經驗」。
2月27日	本局與加拿大英屬哥倫比亞健康照護發展中心正式簽約，合作發展全民健康保險資料庫管理與決策應用系統。
3月1日	平均眷口數調整為0.88人。
3月1日	本局特約醫事服務機構門診交付調劑處方箋與全民健康保險慢性病連續處方箋合併為全民健康保險門診交付調劑處方箋。
3月12日	德國國家科學院教授兼歐盟國際勞工組織顧問Bernd Schutle由政大法律系郭教授明政陪同，至本局演講「德國長期照顧保險制度」。
3月17日	國家衛生研究院客座教授Prof. Richard H. Michaels暨感染症臨床研究及教育訓練計畫學員一行17人拜會本局。
3月24日	高屏分局辦理「澎湖縣離島北區整體醫療委外承作計畫」。
3月25日	台北分局辦理宜蘭縣大同鄉及南澳鄉「山地鄉社區醫療照護試辦計畫」。
4月1日	本局適用勞動基準法。
4月3日	公告「牙醫總額支付委員會設置要點」。
4月7日	美國國會議員助理訪華第3團Ms.Patricia Barrentine一行12人拜會本局。
4月14日	美國國會助理訪華團第7團Mr.Matt Raymond一行10人拜會本局，瞭解我國全民健康保險制度。
4月27日	東區分局辦理「台東縣蘭嶼、綠島巡迴醫療計畫」。
4月28日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占66.5%，不滿意者占23.4%。
5月1日	高屏分局辦理「白沙鄉吉貝委外醫療承作計畫」。

5月4日	韓國保健社會研究院車奉興教授一行6人拜會本局，瞭解我國全民健康保險制度。
5月20日	行政院衛生署公告增訂「克隆氏症、慢性結腸炎、庫賈氏病」納入重大傷病範圍。
5月25日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占66.5%。
5月29日	布吉納法索衛生部長杜維治 (Alain Ludovic TOU) 拜會本局，瞭解我國全民健康保險制度。
6月2日	荷蘭健保專家Prof.van de Ven演講有關健保風險調整精算制度。
6月10日	訂定「中央健康保險局牙醫門診總額支付制度試辦計畫作業須知」。
6月12日	美國醫療器材製造業協會來局拜會。
6月15日	公告修正「全民健康保險特約醫事服務機構合約（特約藥局適用）」。
6月29日	辦理「全民健康保險加強非山地離島之偏遠地區巡迴醫療服務作業方案」。
6月30日	由於保險費短期性收入不足，本局首次動支保險安全準備20億元墊付醫療費用。
7月1日	投保金額分級表最低一級投保金額由15,360元調高為15,840元。
7月1日	開始代辦國軍官兵至健保特約基層診所（含未評鑑醫院）就診醫療費用補助事宜。
7月1日	開始代辦法定傳染病醫療費用給付作業。
7月1日	實施「離島地區居民轉診就醫交通費補助試辦要點」。
7月2日	美國國會助理訪問團第10團柯柔女士 (Ms. Veronica Crowe) 一行11人拜會本局。
7月6日	德國政府為關心其在台灣僑民健康並為了解台灣醫療體系及腸病毒疫情，派遣醫師Dr.Horst Heydlauf來局了解。
7月15日	美國民主黨政治顧問訪華團Mr.Marc Abrams等一行8人拜會本局。
7月25日	完成本局戶政連結應用系統建置，與內政部戶政系統連線。
8月3日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占67.5%。
8月6日	希臘國會議員帕帕尼寇拉烏 (Mr. E. Papanikolaou) 等一行4人拜會本局。

8月13日	美國國會助理訪問團第12團藍普曼先生 (Mr. John Lampmann) 一行11人拜會本局。
8月18日	澳洲北領土州州長夫人Mrs. Lesley Conn拜會本局。
8月25日	香港醫院管理總藥師李伯偉藥師一行5人拜會本局。
8月26日	加拿大莎省衛生部助理副部長Mr. Steven Pillar一行9人拜會本局。
8月27日	韓國醫師公會副會長Sang Wong Lee一行6人拜會本局。
9月25日	美國醫療器材製造業者協會 (HIMA) 來局拜會。
10月1日	執行鄉 (鎮、市、區) 公所村 (里) 幹事輔導居民納保計畫。
10月1日	試辦「住院病人使用中醫中藥療效評估計畫」。
10月1日	65歲以上高危險群老人流行性感冒疫苗接種之診察費，即日起由本局給付。
10月3日	美國杜蘭大學公衛學院院長Dr. Paul Welton及陳紫郎教授來訪本局。
10月7日	紐西蘭國會議員Phil Goff等一行9人來訪本局。
10月15日	本局台北聯合門診中心與台北第2聯合門診中心簡併。
11月3日	瑞典社民黨青年部委員3人在外交部陪同下訪問本局。
11月11日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占68.3%。
11月13日	美國國會助理訪問團第13團Mr. Howei1一行11人蒞局訪問。
11月14日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占68.3%，不滿意者占22%。
12月1日	美國國會訪問團第15團一行15人拜會本局。
12月4日	行政院衛生署同意有關第2類第1目職業工會被保險人投保金額之調整，於全民健康保險法未修正前延後至1999年7月1日實施。

1999

日期	大事紀內容
1月7日	居家照護服務對象擴增社政主管機關核准設立之安養、養護機構院民。

1月7日	紐西蘭聯合亞洲協會會長Mrs. Sharon Stewart來訪本局。
3月2日	與加州大學柏克萊校區公共衛生學院簽訂備忘錄乙案，達成正式合作關係。
3月12日	公告增列「全民健康保險慢性病種類」2項（共97項）
3月19日	加拿大社會科學及人文研究委員會主任委員Dr. Marc Renaud蒞局訪問。
3月24日	英國約克大學(University of York)經濟研究所衛生經濟學科主任 Dr. Andrew Jones蒞局演講英國健保制度。
3月30日	公告「全民健康保險藥價基準」。
4月14日	紐西蘭國會議員暨前衛生部副部長Mr.Ken Shirley蒞局訪問。
4月29日	公告「全民健康保險藥品支付價格調整作業要點」。
5月14日	德國國會議員Mr. Marschewski與Mr. Louven蒞局訪問。
5月27日	美國德拉瓦州Blue Cross Blue Shield資深副總裁韋萬里蒞局訪問。
5月31日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占63.3%，不滿意者占25.9%。
6月9日	行政院指示規劃「健保IC卡實施計畫」。
7月15日	總統華總一義字第8800162120號令公布修正全民健康保險法修正案第8至12條、14、19、24、26、30、32、36、69及88條，並增訂第87之1至87條之3條文，內容修正重點包括：降低計費眷口數上限由5口降為3口、延長繳費寬限期及降低滯納金加徵比率、擴大納保範圍、放寬低收入戶保費補助、設置紓困基金、加強山地離島地區之醫療照顧等。
7月26日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占63.3%。
8月1日	實施全民健保「門診高利用率部分負擔」、「復健治療及中醫傷科門診部分負擔」、「門診藥品部分負擔」調整方案。
8月1日	訂定「補助失業勞工全民健康保險費要點」辦理失業勞工保費減免作業。
9月13日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占68.4%，不滿意者占26.3%。

9月1日	行政院衛生署陳報「健保IC卡實施計畫」（草案）。
9月22日	發布健保局將先行支付921地震災區民眾必需之醫療費用。
9月27日	公告全民健康保險特殊材料支付品項收載及價格訂定作業要點。
10月1日	65歲以上高危險群老人流行性感冒疫苗接種之診察費，自本日起由本局給付。
10月12日	公告「921地震災害各界捐助全民健康保險保險費實施方案」。
10月18日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占74.6%，不滿意者占19.6%。
11月1日	實施「921地震災害民眾全民健康保險就醫優惠方案」。
11月24日	行政院核定「健保IC卡實施計畫」。
11月26日	巴拿馬衛生部部長暨外交部長來訪。
12月1日	「投保金額分級表」上限由55,400元調整為57,800元。
12月15日	本局對外公布「健保IC卡建置計畫」徵求資訊文件（RFI）。

2000

日期	大事紀內容
1月1日	西醫門診申報全面以ICD-9-CM做疾病編碼。
1月18日	邀請美國明尼蘇達大學公共衛生學院衛生管理與政策研究所所長Dr. McBean來台進行演講與經驗交流。
1月30日	公益彩券盈餘之分配，以5%供全民健康保險安全準備之用。
2月3日	家庭暴力受害者，其本人無職業且除施暴者外，無其他被保險人可依附為眷屬時，得以第6類第2目被保險人身分參加全民健康保險。
2月29日	台北分局聯合服務中心試辦投保單位及大宗代辦電話預約換卡服務。
3月1日	於澎湖縣白沙鄉、屏東縣霧台鄉及馬祖地區實施醫療給付效益提昇計畫。
3月2日	美國勞工廳廳長訪華團一行11人於蒞局訪問。
3月27日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占63.8%，不滿意者占24.5%。

4月1日	於屏東縣三地門鄉、金門縣烈嶼鄉實施醫療給付效益提昇計畫。
4月15日	公布「健保IC卡建置計畫」徵求評論文件（RFC）。
5月1日	於嘉義縣阿里山鄉實施醫療給付效益提昇計畫。
5月15日	於台北縣烏來鄉實施醫療給付效益提昇計畫。
6月27日	瓜地馬拉共和國衛生部長博拉紐斯拜會本局。
7月1日	於南投縣信義鄉、南投縣仁愛鄉及屏東縣琉球鄉實施醫療給付效益提昇計畫。
7月1日	試辦「中醫門診總額支付制度」計畫。
7月1日	試辦「全民健康保險呼吸器依賴患者整合性照護前瞻性支付制度」計畫。
7月1日	試辦「全民健康保險金門地區整合性醫療服務體系」計畫。
7月1日	試辦「安寧療護整合性照護納入全民健康保險給付」計畫。
7月4日	美國佛羅里達州州議會議員Cosgrove等3人拜會本局。
7月10日	行政院審查通過「健保IC卡建置計畫」列為重要施政計畫優先執行計畫。
7月14日	大陸地區人民以團聚事由申請進入台灣地區，得於居留滿4個月起參加全民健康保險。
7月17日	英國貿易文化辦事處商務部Richard Beesen先生以及李安鈴小姐蒞局拜會。
7月24日	哥斯大黎加共和國衛生部部長夫婦2人拜會本局。
8月7日	美國國會助理訪問團第4團一行12人拜會本局。
8月21日	行政院唐前院長將健保IC卡正名為「中華民國國民健保卡」。
9月29日	韓國國民健康保險公團一行5人拜會總局以及台北分局。
10月26日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占67.2%，不滿意者占22%。
11月1日	大陸配偶取得團聚旅行證者陸續納入健保體系。
11月23日	公告完成2000年藥價調整作業(包括藥價調查及分類分組調整藥價)。
12月6日	美國哈佛大學教授及Journal of Health Economics主編Dr. Newhouse受邀至本局舉行座談會。

12月29日	全民健康保險醫療費用協定委員會公告2001年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。
12月29日	財政部發布「菸品健康福利捐分配及運作辦法」規定，菸品健康福利捐70%配予本局作為全民健康保險安全準備。
12月30日	行政院衛生署令修正「全民健康保險醫療辦法」。

2001

日期	大事紀內容
1月1日	平均眷口數調整為0.78人。
1月1日	配合行政執行法，本局將欠費、罰鍰逾期未繳案件改為移送行政執行署所屬行政執行處強制執行。
1月1日	本局台南聯合門診中心簡併至高雄聯合門診中心，原址停辦門診醫療業務。
1月1日	實施「醫院每日門診合理量計算方式」。
1月5日	第一次寄發2000年「全民健康保險保險對象就醫申報紀錄」。
1月10日	香港伊利沙伯醫院訪問團蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度以及醫院於全民健康保險下之運作。
1月17日	美國聖路易大學醫務管理研究所所長Dr. Claudia Campbell拜會本局，瞭解我國全民健康保險制度以及本保險之財務現狀。
1月18日	韓國漢城大學文玉綸教授、濟洲大學李相二博士、及台灣大學江東亮教授拜會本局，除探討本保險之醫療財務議題，並就本局之組織運作深入研究。
1月30日	總統華總一義字第9000014910號令公布修正全民健康保險法部分修正條文第8、9、11、13、14、18、19、21、22、24、25及第27至29條條文，將軍人納入全民健康保險範圍。
2月12日	美國聖路易大學Dr. James Romeis拜會本局，廣泛瞭解全民健康保險現狀。
2月15日	總經理賴美淑轉任國立台灣大學教授，新任總理由衛生署副署長張鴻仁接任。

2月20日	衛生署公告921震災災後全民健康保險保險費補助及就醫優惠延長方案。
4月1日	本日起分六批執行以財稅薪資所得資料查核逕調投保金額作業。
4月1日	實施2000年藥價調整作業之新價格。
4月12日	由東元電機股份有限公司得標之「健保IC卡建置計畫」契約開始生效。
4月20日	本局與東元集團完成「中華民國國民健保卡」簽約儀式。
4月23日	實施「公文電子交換作業」。
5月30日	編製完成國民中小學九年一貫課程全民健康保險補充教材。
6月6日	立法院通過衛生署健康照護基金預算。
6月8日	衛生署公告「全民健康保險紓困基金收支保管及運用辦法」自6月7日實施
6月15日	公告「全民健康保險紓困基金貸款作業要點」，溯自6月7日實施。
6月19日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占65.6%，不滿意者占20.1%。
6月26日	與中華民國醫師公會全聯會簽定西醫基層總額支付事務委託契約。
6月29日	辦理第一場的「中華民國國民健保卡（健保IC卡）說明會」。
7月1日	「投保金額分級表」上限由57,800元調整為60,800元。
7月1日	修正全民健康保險對象應自行負擔之門診費用（65歲以上使用至IC卡始加收高診次部分負擔費用等）。
7月1日	實施西醫基層總額支付制度。
7月1日	實施澎湖縣離島醫療暨本島急重症醫療給付效益提昇計畫。
7月1日	南投縣仁愛鄉、信義鄉、台東縣蘭嶼鄉實施醫療給付效益提昇計畫。
7月2日	本局網際網路加退保作業正式啓用。
8月1日	實施台中縣和平鄉醫療給付效益提昇計畫。
8月22日	美國國會助理訪問團第12團拜會本局。

8月29日	馬來西亞衛生部官員一行4人拜會本局。
8月31日	希臘國會議員索諾斯一行4人拜會本局。
9月1日	實施台東縣海端鄉醫療給付效益提昇計畫。
9月4日	「美國慢性腎衰竭病患登錄庫」(USRDS)管理中心負責人Dr. Allan J. Collins及其資料處理中心主任Mr. Shu-Cheng Chen蒞局演講。
9月4日	全民健康保險滯納金100元(含)以下者予以免徵。
9月30日	「921震災災後全民健康保險保險費補助及就醫優惠方案」之就醫優惠部分，於2001年9月30日截止。
10月1日	實施子宮頸癌醫療給付改善方案試辦計畫。
10月15日	英國衛生部發言人Lord Geoffrey Filkin及英國衛生部官員Mr. John McCracken拜會總經理。
10月16日	「2001國際衛生研習營」一行20人由衛生署疾病管制局許副局長陪同蒞局拜會。
10月23日	美國哈佛大學蕭慶倫教授蒞局演講「中國大陸之健康體系及其挑戰」。
10月30日	澳洲新西南威爾斯州州議員一行3人蒞局拜會。
11月1日	實施屏東縣泰武鄉、金峰鄉醫療給付效益提昇計畫。
11月5日	英國學者Allyson Pollock教授拜訪本局。
11月9日	行政院衛生署核定乳癌、肺結核、氣喘、糖尿病等4項全民健康保險醫療給付改善方案試辦計畫。
11月25日	台北分局「重大傷病證明核發作業工作圈」參加行政院經建會舉辦「第2屆法制再造工作圈金斧獎」行政程序組之決審發表，榮獲入選獎。
12月1日	因應健保IC卡宣導建置之0800-030598電話諮詢網路正式對外。
12月18日	法國「醫師日報」主編Mr. Bruno Keller蒞局拜會總經理。
12月21日	印尼國會議長Mr. H. M. Amien Rais(阿敏芮斯)一行4人拜會本局。
12月27日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占71.1%，不滿意者占17.2%。

12月27日 公告2002年度全民健康保險醫療給付費用總額及其分配方式。

2002

日期	大事紀內容
1月1日	實施「全民健康保險示範門診試辦計畫」。
1月21日	韓國漢城大學附屬單位Virtual MD公司拜會江副總經理，瞭解健保IC卡作業。
1月23日	美國國會助理訪問團第3團一行11人蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度與成就。
1月24日	比利時「醫學新聞」記者Mr. Filip Ceulemans蒞局拜會總經理，瞭解我國全民健康保險制度與成就。
1月24日	美國商務部助理部長Mr. Lash一行12人拜會本局，就全民健康保險藥價制度溝通意見。
1月31日	加入國際健康經濟協會(International Health Economics Association, iHEA)會員。
1月31日	本局榮獲衛生署舉辦附屬機關之「2001年行政革新推行成果評獎」中創新與文化、資訊化、為民服務、法規檢討4項優勝。
2月1日	西醫基層總額支付制度專業事項事務委託完成簽約事宜。
3月8日	比利時「自由電視台」採訪記者Ms. Emma Charlton及攝影記者Mr. Philippe Barrier採訪張總經理，瞭解台灣全民健康保險成就。
3月8日	兩性工作平等法實施，各分局開始受理健保被保險人育嬰留職停薪選擇在原投保單位繼續投保的申報作業。
3月11日	衛生署核定「全民健康保險保險費分期攤繳作業須知」。
3月15日	美國波士頓大學教授Dr. Randall Ellis拜會本局並舉辦演講。
3月22日	加拿大多倫多The Medical Post編輯Mr. Joseph McAllister及溫哥華Calgary Sun記者Ms. Nova Pierson來局採訪，內容為中醫藥納入健保系統、原住民醫療服務、我國加入世界衛生組織計畫、緊急醫療系統等。

3月26日	日本「國民健康保險中央會」企劃部長田中一哉、電算管理部電算係長橫內敬成及企劃部企劃調查課主事島英博蒞局拜會。
4月4日	美國國會助理金恩小姐及班第先生蒞局拜會，瞭解我國健保制度。
4月22日	捷克衛生部次長Michal Pohanka、部長顧問Mr. Jan Oberman蒞局拜會。
4月24日	丹麥政治報副主編Mr. Flemming Ytzen蒞局採訪，我國為加入世界衛生組織所做之努力及現有衛生醫療保健成就。
4月26日	美國密西西比大學副校長兼醫學中心院長Dr. Wallace Conerly、醫學中心研究院院長Dr. 何英剛蒞局拜會，瞭解我國健保制度。
5月2日	國際日內瓦記者訪華團與馬來西亞前鋒報副總編輯蒞局採訪，瞭解我國經濟、科技、中小企業、衛生防疫及媒體等議題。
5月6日	中南美洲世界衛生組織記者團與芬蘭Laakarilehti醫療期刊亞太特派員Seppo Suome1a蒞局採訪，瞭解我國推動加入「世界衛生組織」(WHO)相關努力。
5月6日	美國有線電視新聞網國際台(CNNI)編輯Ms. Ya-lin Hsieh蒞局採訪，為我國推動加入世界衛生組織(WHO)案來訪。
5月9日	提報「民國2001年全民健康保險費率精算報告」。
5月14日	本局行政革新推動小組通過2002年「六減運動」評估指標。
5月15日	韓國國會保健福祉委員會委員長田瑢源及韓國國會議員等共7名蒞局拜會。
5月17日	秘魯衛生部國家衛生設備及養護計畫司副司長西米奇蒞局拜會。
5月20日	與臺灣銀行等8家國內銀行簽訂短期借款合同，額度460億元。
5月23日	辦理2001年「全民健康保險藥品市場實際交易價格調查計畫」。
5月24日	與中華民國醫院協會簽訂醫院總額支付制度委託專案計畫合約。
5月26日	參院民主黨紀律暨協調委員會副幕僚長Mr. Josh Ackil及聯邦參、眾議員助理等共12名蒞局拜會，瞭解我國推動加入WHO之相關努力暨全民健康保險概況。

5月31日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占78.5%，不滿意者占13.6%。
6月1日	6月1日至6日，印尼國會議員、大學教授及PT. ASKES健保機構等12人蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度及當初規劃情形。
6月20日	立法院3讀通過「全民健康保險法」部分條文修正案，總統於7月17日公告。
6月24日	紐西蘭The Press日報資深記者Mr. Michael Crean蒞局採訪。
7月1日	全面實施總額支付制度。
7月1日	刪除不納入健保給付範圍之特殊材料2,390項，並將2000年度無醫療院所申報量之品項804項之支付價格變更為零。
7月1日	實施優先使用國血製劑方案。
7月4日	漢城大學梁奉玟博士等3人拜會本局，瞭解我國全民健保之總額支付制度。
7月11日	美僑商會月刊記者Jim Boyce拜會本局，瞭解藥價制度。
7月17日	7月17日總統華總一義字第09100142270號令公布修正全民健康保險法第21、37、29、32、55、87條之1及87條之2條文，並增訂第22條之1，修正重點包括：投保金額分級表最高一級與最低一級維持五倍以上之差距、軍公教人員以全薪納保，自付比率降為30%、各行政機關未依法撥付保險費補助款，得轉請上級機關自各該機關之補助款中扣減抵充、擴大紓困基金之申貸範圍包括滯納金、利息及應自行負擔之費用等。
7月22日	成立健保財務調整應變小組。
7月24日	美國伊利諾州亞喬諮詢委員會主席尚摩西拜會本局，建議台灣醫院與美國醫療保險軟體聯網。
7月26日	舉行「健保IC卡首次發卡記者會」。
8月1日	修正全民健康保險投保金額分級表，分級表上限調整為第38級87,600元；軍公教人員之投保金額由本俸改以全薪的82.42%計算。
8月6日	邀請加州大學柏克萊分校健康經濟及公共政策學教授Dr. Richard M. Scheffler專題演講。

8月6日	第4屆國際健康經濟年會(iHEA)主席暨加州大學柏克萊分校教授Dr. Richard M. Scheffler拜會本局，研議本局與iHEA建立長久合作模式。
8月7日	美國國會助理訪華第11團Mr. Stuart Roy等12人拜會本局，討論我國擬申請加入WHO之前景。
8月8日	拜訪三大外僑商會(台北市美僑商會、台北市日僑商會、歐洲商務協會)說明費率及部分負擔調整緣由及內容。
8月13日	日本東京大學醫學院衛生經濟系系主任小林教授廉毅拜會本局，瞭解本局電子申報系統與醫藥分業制度、門診醫療費用受理及核付之資訊化流程。
8月13日	邀請日本東京大學醫學院衛生經濟系系主任小林教授廉毅專題演講。
8月14日	全國產業總工會動員全國各地工會幹部至行政院抗議費率調整，由行政院6組組長接受陳情書，張總經理亦到場說明。
8月22日	法國國民議會友華小組主席夏歌(Denis Jacquat)夫婦拜會本局，瞭解我國醫療及健保制度。
8月23日	美國國會助理訪華第15團Mr. Frederic Baron等12人拜會本局，瞭解我國醫療及健保制度。
8月29日	韓國健康保險審查評價院執行長Mr. Baek Moon-Gyu等5人拜會本局，瞭解本局醫療費用申報審查制度、醫療費用決定過程、DRG系統、資料倉儲系統等。
9月1日	公告修正「全民健康保險保險對象應自行負擔門診費用」。
9月1日	衛生署公告調整全民健康保險費率為4.55%。
9月1日	公告全民健康保險第4類及第5類被保險人每人每月之保險費為1,078元。
9月1日	軍公教人員投保金額改為全新的82.42%。
9月3日	日本東北大學Naruo Uehara教授蒞局演講介紹日本保險。
9月16日	公告「全民健康保險醫療用欠費分期攤還作業須知」。

9月30日	加拿大渥太華醫院幕僚長Dr. Carruthers 拜會本局，瞭解我國醫療體系與健保制度。
10月4日	司法院公布釋字第550號解釋文，各級地方政府依全民健康保險法繳納補助款，並無疑義。
10月8日	韓國健保公司(NHIC)公關經理及記者等8人拜會本局，瞭解全民健保制度及所面臨的困難與我方對策。
10月15日	美國Dr. Matthew P. Janicki及澳洲Dr. Robyn Anne Wallace拜會本局，瞭解全民健保財務來源及管控。
10月15日	2002年台灣國際衛生研習營29個國家衛生官員拜會本局，瞭解全民健保制度及協助該國建立健保制度的可行性。
10月25日	公告「全民健康保險紓困基金貸款辦法」。
11月1日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占59.7%，不滿意者占29.6%。
11月5日	菲律賓健保局Mr. Reynaldo Capangpangan等11位為建立該國全民健保制度前來考察。
11月7日	菲律賓衛生處蒞臨東區分局觀摩全民健保業務並了解弱勢團體納保相關問題。
11月26日	波蘭國會友台小組副會長Ms. Elzbieta Radiszewska等7位拜會本局，瞭解我國健保政策，據以強化支持我國加入WHO論點。
12月1日	實施「全民健康保險罕見疾病用藥免事前專案審查品項及作業方式」。
12月2日	義大利民主黨亞洲事務負責人巴比(Ugo PAPI)主任拜會本局，瞭解我國健保政策，據以強化支持我國加入WHO論點。
12月10日	南非國會眾議院衛生委員會議員Mrs. Santosh Vinita等6位拜會本局，瞭解我國健保政策，據以強化支持我國加入WHO論點。
12月10日	德國「Urban & Vogel雜誌社」總編輯、法國「費加洛日報」Mr. Laurent Mossu暨泛非新聞社Mr. Hoareau de Montrose拜會本局。
12月17日	美國紐英崙州議會領袖訪問團團長Mr. John Martin等9人拜會本局，瞭解我國健保政策，據以強化支持我國加入WHO論點。

12月19日	香港大學社工及社會行政學系師生參訪中區分局。
12月25日	法國「醫生」雜誌副社長兼總編輯Mr. Gerard Bardy拜會本局，採訪我國醫療體系、健康制度暨財政、傳染病防治(如愛滋病)、國際醫療合作發展情形等議題。
12月31日	公告2003年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率為3.899%。

2003

日 期	大 事 紀 內 容
1月1日	配合就業保險法實施，即日起全額補助失業勞工參加健保之保險費。
1月7日	新加坡衛生部副部長Ms. Chang Hwee Nee等5位官員蒞局拜會，瞭解全民健康保險制度與本局資訊系統(含健保IC卡)。
1月8日	拜訪台北市政府，並同意2003年各局處所編列健保費政府補助款金額。
1月15日	公告「921震災全民健康保險保險費延長補助方案」。
1月24日	英國DPP2000資訊公司事業發展部門經理Jennifer Wells等3位蒞局拜會，交流雙方資訊系統。
2月12日	拜訪高雄市謝長廷市長，同意於近期撥付2002年應負擔之利息費用，以前年度積欠款，則視財務狀況逐年編列預算攤還。
2月18日	拜訪高雄市勞工局，同意以前年度積欠款將擬編列還款計畫陳核。
2月20日	英國貿易文化辦事處Ms. Lisa Banks來局拜會。
2月20日	拜訪台北市勞工局，同意在瞭解負擔費用之計算基礎後，編列償還計畫。
3月7日	衛生署公告「全民健康保險醫院總額支付制度品質確保方案」。
3月10日	公告實施「全民健康保險家庭醫師整合性照護制度試辦計畫」。
3月12日	芬蘭世界醫學會(The World Medical Association)會長Dr. Kati Wyllymaki蒞局拜會，瞭解我國健保制度及參加WHO立場。
3月21日	比利時通科醫生週報記者Mr. Peter Schrooten蒞局採訪，瞭解我國健保制度及參加WHO立場。

3月25日	塞內加爾衛生暨疾病預防部部長Mme. Awa Marie Coll-Seck等一行5人蒞局拜會。
3月26日	丹麥國家廣播公司新聞部主編Mr. Jorgen Skakke蒞局採訪。
3月31日	菲律賓參議院副參議長兼衛生委員會主席Juan Flavio Velasco、前衛生部長暨友善照顧基金會董事長Alberto Romualdez Jr.等一行6人蒞局拜會。
4月3日	衛生署疾病管制局公告第4類傳染病「嚴重急性呼吸道症候群」隔離處置，比照第一類傳染病。
4月8日	薩爾瓦多衛生部長羅培士伉儷一行2人蒞局拜會。
4月10日	拜訪台北市白秀雄副市長，台北市政府願就本局向金融機構融資所墊付之利息，依台北市政府認知之計算基礎，先為歸墊。
4月18日	塞內加爾太陽報總編輯Mr. Amadou Fall蒞局採訪。
4月18日	德國醫生報副總編輯Mr. Helmut Laschet及每日鏡報編輯Mrs. Maren Peters蒞局採訪。
4月30日	以色列議員Mr. Shaul Yahalom蒞局拜會，瞭解我國健保制度及SARS在臺灣疫情。
4月30日	義大利赫爾辛基人權委員會主席Mr. Antonio Stango蒞局拜會，瞭解我國健保制度及支持我國參加WHO立場。
5月1日	台北分局派員30人支援衛生署疾病管制局整理SARS通報病例資料。
5月5日	規劃及協助建置SARS輕症醫院11家，增加負壓隔離病床714床，一般隔離病床100床。
5月7日	瑞士世界衛生組織專家Ms. C. E. Roth及Ms. S. Martin蒞局拜會，瞭解台灣健保制度。
5月9日	全面接手SARS通報病例專業審查業務，分別於北、中、南3區成立審查小組，並訂定SARS個案審查作業流程。
5月9日	世界衛生組織 (World Health Organization) 首度將台北列入旅遊警示區。
5月13日	高屏分局配合代辦SARS通報病例審查作業。

5月14日	ICRT記者Tim Berge蒞局採訪台灣SARS疫情。
5月16日	將可能接觸SARS病患名單上網，提供醫療院所專任醫師查詢，防止國內疫情之擴大。
5月16日	美國在台協會經濟組組長Mr. William Weinstein、美國疫病管制局專家Mr. Dan Jernigan、美國在台協會Ms. Erica Thomas及瑞士世界衛生組織Ms. C.E. Roth蒞局拜會，瞭解台灣SARS疫情之控制。
5月17日	規劃在地區教學以上醫院成立發燒、咳嗽篩檢中心，共135家。
5月22日	發布配合SARS防疫工作健保卡換發之相關因應措施。
5月30日	公告全民健康保險烏腳病照護醫療改善方案試辦計畫。
5月31日	成立SARS防治177發燒諮詢專線。
6月13日	委託民間調查公司，進行「全民量體溫活動(台北市執行情形)」電話訪問調查。
6月17日	「ICD-9-CM 2001年版對應2000年版代碼異動表」、「2001年版基層門診常見疾病分類對照表」刊登網站。
6月18日	總統華總一義字第09200113970號令公布修正全民健康保險法第30、87條之1至87條之3條文，並增訂第87條之4及87條之5條文，重點包括：降低滯納金課徵比率；刪除加徵利息之規定；明定投保單位或被保險人無力一次繳納欠費者，得辦理分期繳納；被保險人於符合經濟困難資格期間，不適用加徵滯納金、暫行拒絕給付、不予核發保險憑證或罰鍰之規定；經濟困難且未加保者，於92年6月6日起一年內辦理投保手續，得申請延緩繳納其投保前應補繳之保險費；另經濟特殊困難，且自健保開辦起未在保達四年以上者，免除其投保前應補繳之保險費；已申請紓困基金貸款者，於92年6月6日起一年內，得申請延緩清償紓困貸款等。
7月7日	美國疾病管制局人員拜訪本局並至台大醫院參觀醫療費用申報作業及健保IC卡上線情形。
7月10日	公告修正「全民健康保險紓困基金貸款辦法」。
7月10日	公告頒布「全民健康保險經濟困難及經濟特殊困難者認定辦法」。
7月30日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占70.9%，不滿意者占20.6%。

8月11日	英國貿易文化辦事處至健保局拜會，瞭解全民健康保險制度、後SARS之改革及建議本局參加英國之Medilink交流平台以交流訊息。
8月19日	拜訪台南、雲林及嘉義等3縣政府協商有關積欠健保費補助款還款事宜。
8月21日	美國國會助理第4團團長Anne Steckel 等13人至健保局拜會，瞭解全民健康保險制度以及抗SARS的經驗。
8月21日	拜訪南投縣政府協商有關積欠健保費補助款還款事宜。
8月27日	美國國會助理第5團團長Mathew Winslow等12人至健保局拜會，瞭解全民健康保險制度以及SARS帶來的衝擊。
8月31日	為因應蘆洲市大囍社區火災後有關協辦健保業務，台北分局洽得蘆洲市公所同意並協助權宜逕發健保紙卡給社區災民，以提供災民緊急需要使用。
9月1日	澎湖地區停用澎湖實驗計畫健保IC卡，健保IC卡首次發卡作業結束，開始實施紙卡與IC卡雙軌作業。
9月3日	澎湖地區健保IC卡民眾滿意度調查，民眾滿意度達99.2%。
9月3日	巴林衛生部政務次長罕目札博士夫婦蒞臨健保局拜會，瞭解全民健康保險制度及有關外籍人士加保問題。
9月4日	西班牙醫學日報 (Diario Medico) 編輯MS.Loreto Gonzalez Goizueta針對我國醫療體系、健保制度及抗SARS經驗進行採訪，相關報導於10月1月刊出。
9月9日	澳大利亞維多利亞省Ron Bowden 參議員等一行3人蒞臨健保局拜會，瞭解全民健康保險制度、健保IC卡運作情形及所遭遇之困難。
9月10日	發布「全民健康保險保險費及滯納金分期繳納辦法」。
9月22日	紐西蘭國會議員Judith Collins蒞臨健保局拜會，瞭解我國醫療體系、全民健康保險制度及其財務平衡管理。
10月1日	實施「全民健康保險慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫」。
10月8日	參加「2003年台灣國際衛生研習營」之各國學員造訪本局。

10月14日	全美副州長協會訪問團一行8人，蒞臨健保局拜會，瞭解健保制度及運用健保機制協助SARS防治之經驗。
10月15日	西非衛生組織幹事長Dr. Kabba Thomas Joiner造訪本局，瞭解我國醫療體制及健保制度，尋求我國協助。
10月17日	德國G&D公司總裁率同該公司主管及多位媒體記者蒞臨健保局，瞭解健保IC卡之運作情形。
10月21日	瓜地馬拉共和國衛生部長Julio Molina造訪本局，觀摩我國醫療體制及健保制度之運作情形。
10月24日	行政院核定「地方政府積欠健保費補助款催收計畫」。
10月27日	廣東省醫療保險教育團體一行11人造訪本局。
10月29日	美國衛生部國際衛生辦公室亞太地區副主任Erika Elvander造訪本局，瞭解健保制度，並就愛滋、瘧疾等疾病之防治交換意見。
10月29日	德國國會議員Gutting一行4人造訪本局，瞭解我國醫療體制，並就德國現今醫療變革問題進行意見交流。
10月29日	荷蘭「大眾日報」國際版主編Mr. Hans Van-Zon蒞局採訪，報導我國之健保制度及SARS防治情形。
11月11日	澳洲健保局副局長 Mr. James Kelaher蒞局拜會，瞭解健保IC卡發行及使用之情形。
11月20日	美國國會主計局GAO (General Accounting Office) Ms. Jan Heinrich、Ms. Susanne Dove、Mr. Patrick Dickriede、David Gootnick蒞局拜會，瞭解美國CDC在SARS期間來台協助防疫之效益。
11月24日	加彭通訊社駐日內瓦聯合國特派員 Catherine Fiankan 女士蒞局拜會，瞭解全民健康保險制度及談論有關加入WHO之準備情形。
12月2日	印尼健保局ASKES 總裁 Ms. Orié Andari Sutadji、國營企業部官員Mr. Wiranto、Mr. I Gede Subawa (ASKES業務經理)蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度。
12月9日	日本財團法人醫療情報系統開發中心審議委員喜多紘一 等一行4人蒞局拜會，瞭解健保IC卡相關問題。

12月16日	紐英崙州議會領袖訪問團 Mr. Patrick Colwell一行14人蒞局拜會，瞭解全民健保制度、政府認定低收入戶標準及優惠內容。
12月19日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占77.6%，不滿意者占17%。
12月26日	公告2004年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率為3.813%。
12月30日	美國佛羅里達州眾議會議員Julio Robaina一行6人蒞局拜會，瞭解全民健保制度，探尋健保財務平衡及推動總額預算方法。

2004

日期	大事紀內容
1月1日	健保IC卡正式啓用，健保紙卡停止使用。
1月1日	取消門診高利用者應自行負擔之費用及醫學中心暨區域醫院門診檢驗、檢查應自行負擔之費用。
1月1日	實施本保險特約醫事服務機構受理健保IC卡相關作業規定。
1月13日	北高兩市政府2002年以前欠費移送行政執行。
1月30日	公告「全民健康保險藥品監控方案」及機動性調查作業。
2月16日	印尼健保局ASKES高階主管Ms. Rosa 等一行13人蒞局拜會，研習台灣全民健保制度。
3月4日	公告「全民健康保險配合『感染症防治醫療網』支付原則」。
3月8日	韓國國民健康保險公司李總裁聖宰及衛生部門官員一行8人造訪本局及台北分局，研習健保總額支付制度、健保IC卡及醫審作業，共為期3天。
3月9日	德國聯邦醫師協會主席 Prof. Dr. Jorg-Dietrich Hoppe等2人蒞局拜會，瞭解全民健康保險制度及健保IC卡運作實況。
3月9日	韓國國民健康保險公司總裁一行9人至台北分局實地參訪聯合服務中心、醫審分組、門診費用組及住院費用組，並針對相關健保業務進行交流。
3月16日	捷克眾議員Mr.Miroslav Ouzky 等一行3人蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度。

3月31日	日本山形縣國際扶輪2800地區之團體研究交換團團長森光雅一等4人蒞局拜會，瞭解我國全民健康保險制度、財務管控及健保IC卡實施情況。
4月12日	自2004年3月份(保費月份)起於第6類被保險人繳款單上加註個人欠費提示。
4月15日	日本國民健康保險中央會香川縣出市長等4人蒞局拜會，瞭解全民健康保險制度。
4月20日	法國「世界報」(Le Monde)國際版編輯Mr. Bruno Philip蒞臨本局，採訪全民健康保險制度，以及健保IC卡使用情形。
4月28日	智利健康照護網路系統部門主管Mr. Ricardo Fabrega及中國國際合作部門顧問Dr. Li Shichuo及Ms. Zhang Xiaoan造訪本局。
4月28日	法國「健康決策」月刊總編輯 Mr. Gilles Noussebaum造訪本局，採訪全民健康保險制度。
5月3日	西班牙「世界報」(El Mundo)副社長 Jose Luis de la Serna等2人造訪本局，採訪台灣醫療體系運作—中醫、預防醫療、癌症醫療等。
5月13日	健保局總經理張鴻仁受邀前往OECD Forum 2004演講e-Health。
5月14日	菲律賓調查團隊Dr. Pearl Oliveth S. Intia等2人，蒞臨本局拜會，瞭解全民健康保險制度，以及菲勞受益情形。
5月17日	公告放寬大陸配偶來台參加全民健康保險資格。
5月26日	經濟困難民眾納保優惠方案從寬順延至2004年6月7日為止。
6月3日	智利眾議員Juan Masferrer Pellizzari夫婦2人，蒞臨本局拜會，瞭解全民健康保險制度及偏遠醫療等相關問題。
6月4日	日本4國富士通Partner興隆會4元新市社長等10人，蒞臨本局拜會，瞭解健保IC卡之構造及推行現況。
6月7日	全民健康保險經濟困難者納保優惠專案實施至2004年6月7日止。
6月9日	美國「班谷日報」(Bangor Daily News)社論編輯Mr. Todd Benoit拜會本局，瞭解全民健康保險制度，以及加入WHO的努力。
6月15日	本局健保IC卡金鑰管理系統(KMS)獲頒英國BSI公司之BS7799資訊安全管理認證。

6月21日	舉行總經理張鴻仁榮陞衛生署政務副署長歡送會，遺缺由副總經理劉見祥代理。
6月28日	公告實施「洗腎醫療服務品質提升計畫」。
7月1日	新增本保險預防保健之婦女乳房檢查服務及兒童牙齒預防保健服務項目。
7月1日	實施「全民健康保險醫療費用支付標準特定檢查資源共享試辦計畫」。
7月5日	公告「2004年度醫院卓越計畫支付原則」。
7月16日	拉脫維亞國會衛生委員會主席Mr.Viesturs Silins及議員Mrs. Ingrida Circene等2人，蒞臨健保局拜會，瞭解全民健康保險制度，特別是在承保及財務等部分。
7月16日	南韓MBC電視台參訪台北分局，實地拍攝民眾申辦健保IC卡、健保紓困與重大傷病卡等服務情形並現場採訪民眾對健保相關政策之感受。
7月22日	新任總經理劉見祥布達典禮。
7月22日	馬來西亞Pantai醫療訪問團一行8人造訪本局，瞭解醫療審查流程及藥價等相關制度。
7月27日	公告5項檔案分析審查異常不予支付指標項目。
8月2日	美國國會助理第9團Mr.Adam Bramwell等12人造訪本局，瞭解全民健康保險制度，著重如何控制支出，維持財務平衡。
8月11日	美國國會助理第10團Ms.Renee Howell等12人造訪本局，瞭解全民健康保險制度，探討給付範圍廣泛，保費相對低廉，如何維持營運。
8月13日	健保IC卡資料管理中心(IDC)獲頒英國BSI公司之BS779及全國第一張CNS17800資訊安全管理認證。
8月31日	漢城醫療大學Yoon Kim教授及Gachon醫療預防藥品所Jun Yim教授造訪本局，瞭解醫療審查制度，尤其實務操作內涵。
8月31日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占78.6%，不滿意者占11.6%。

9月2日	公告1項檔案分析審查異常不予支付指標項目。
9月8日	格瑞那達衛生部長安團 (Hon. Ann David-Antoine) 偕夫婿Michael Antoine造訪本局，瞭解全民健康保險制度，著重如何控制支出及維持財務平衡。
9月14日	印尼PT ASKES健保機構10位人員拜會健保局，瞭解全民健保實施經驗，著重於資訊系統及民眾服務部分。
9月15日	南非「公民日報」(the Citizen) 發行人兼總編輯Mr. Kevin Keogh造訪本局，瞭解全民健保實施經驗及對愛滋病患者之健保政策。
9月22日	南韓民族日報暨國民健康保險公團3位研究員，至台北分局參訪重大傷病卡審查暨核發流程及相關業務事宜，並訪問民眾對此制度之感受。
10月4日	愛沙尼亞醫師公會理事長Mr. Andres Kork等3人造訪本局，瞭解全民健康保險制度。
10月8日	拉脫維亞國會副議長Andris Argalis率2名議員，2名助理及捷克眾議員Martin Riman等4名議員造訪本局，瞭解全民健康保險制度。
10月11日	歐洲醫師會前主席Dr.Reiner Brettenthaler及薩爾斯堡醫師公會秘書長Dr. Johannes Dock造訪本局，瞭解全民健康保險制度。
10月13日	台北市、高雄市政府積欠健保費補助款強制執行案件暫緩執行3個月期限屆滿，本局依法聲請繼續執行。
10月20日	2004年台灣國際衛生研習營參訪本局。
10月21日	加斯坦歐洲論壇主席Dr. Leiner等3人造訪本局，瞭解台灣衛生研究及相關政策與實際醫療現況。
10月29日	公告「第2版住院診斷關聯群 (DRG) 分類表」相關檔案。
11月1日	健保IC卡實施登錄器官捐贈同意註記。
11月1日	實施「藥品監控方案暨機動性調查作業」，重點監控品項藥價調整、新藥價。
11月3日	美國前FIP主席 Dr. Peter J. Kielgast造訪本局，瞭解全民健康保險制度及藥品相關政策。

11月11日	菲律賓健保公司(PHIC)總裁 Francisco T. Duque等5人造訪本局，瞭解全民健康保險制度，財務運作及醫療普及化情形。
11月11日	日內瓦邦議會衛生委員會主席 Jacques Follonier等3人造訪本局，瞭解全民健康保險制度及藥品相關政策。
11月21日	總額部分別醫療品質資查詢啓動上線。
11月22日	公告5項檔案分析審查異常不予支付指標項目。
11月23日	韓國國民健康保險公司Mr. Hyung Si1 Hahm等30位造訪本局。
11月23日	世界醫師會會長Dr. Coble及韓國醫師會榮譽會長Dr. Moon等2位外賓造訪本局，瞭解全民健康保險制度，尤其是未來展望。
12月1日	健保IC卡實施登錄重大傷病註記。
12月3日	帛琉、吐瓦魯、馬紹爾及索羅門等國副總統、衛生部部長等官員共11人造訪本局。
12月4日	「健保IC卡健置計畫」獲頒2004年資訊月「傑出資訊應用暨產品獎」
12月9日	美國國會助理第14團一行11人，蒞臨健保局拜會，瞭解全民健康保險制度。
12月16日	全民健保永續經營公民共識會議招募與會公民記者會。招募與會公民時間：2004年12月16日至2004年12月23日。
12月21日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占76.6%，不滿意者占13.3%。
12月30日	公告2005年度全民健康保險每人醫療給付費用成長率為3.605%。
12月31日	印尼國營健保公司 (PT. ASKET) 高階職員10位至中區分局研習。

2005

日期	大事紀內容
1月1-2日	召開公民共識會議之預備會議。
1月3日	美國ISPO公司Mr. Anthony Shih等2人蒞局拜會，瞭解全民健保醫療審查制度，雙方就如何增進健康照護品質交換意見。
1月11日	美國明德公司 (Milliman Global Firm) David Mirkin等2人蒞局拜會，瞭解全民健康保險制度財務部分。

1月13日	臺北高等行政法院判決針對台北市政府所提起之88下半年至91年底之健保費補助款行政訴訟案，駁回臺北高等行政法院93年訴更一字第00196號判決台北市政府針對健保費補助款爭議之行政訴訟敗訴。
1月15日	召開公民共識會議正式會議，1月22日下午結論報告。
2月5日	台北市政府因健保費補助款爭議，不服臺北高等行政法院93年訴更一字第00196號判決判決，向最高行政法院提起上訴。
2月21日	內政部函復行政院衛生署，同意補助敏督利颱風暨72水災災民2004年7月至9月自付之健保費及就醫部分負擔費用。
3月10日	比利時「通科醫生週報」資深記者Mr. Peter Schrooten拜會健保局，瞭解全民健康保險制度，特別就最新健保財務微調方案進行瞭解。
3月16日	蒙古衛生部次長SH Enkhbat等5人拜會健保局，瞭解全民健康保險制度，並就雙方制度進行交流。
3月18-19日	舉行全民健保10週年國際研討會，國內外參加者共有900餘人。
3月21日	公告修正「全民健康保險投保金額分級表」，並自2005年4月1日起實施。
3月24日	加拿大「維多利亞大學」榮譽教授Dr. Robert Bedeski拜會健保局。
3月31日	2005年美國國會助理訪問團第5團一行13人拜會健保局。
4月1日	軍公教人員投保金額由全薪的82.42%調高為全薪的87.04%計算，投保金額分級表最高一級投保金額由87,600元調高為131,700元。
4月7日	西班牙「醫學雜誌」編輯Francisco Goiri Alba渥太華資深外交官及作家Mr. Harry Sterling波蘭共和國日報記者Ms. Sylwia Szparkowska匈牙利民族報記者Mr. Haklik Norbert 拜會本局。
4月14日	史瓦濟蘭王國衛生暨社會福利部部長Mr. Siphon Shongwe一行4人拜會本局。
4月14日	聖多美普林西比民主共和國衛生部長桑多士偕該部計畫司長卡瓦陸及該國駐台大使戴爾梅達一行3人拜會本局。

4月22日	加拿大加利太陽報記者 Mr. William Kaufmann 拜會本局。
4月26日	智利眾議院衛生委員會主席Fulvio Rossi Ciocca等2人拜會本局。
4月28日	法國「醫藥合作」週刊特約記者Mrs.Catherine Le Borgne拜會本局。
4月29日	以色列醫療協會會長Dr. Yoram Blachar等3人拜會本局，瞭解全民健康保險制度，尤其對醫療品質、藥品及醫療費用等進行深入討論。
5月10日	美國民主黨州主席協會訪問團Mr. Mark Brewer一行14人拜會本局。
5月18日	總統華總一義字第09400072571號令公布修正全民健康保險法第64條及第82條，修正重點在於擴大代位求償之範圍包括公安事故、其他重大交通事故、公害及食品中毒事件。
5月23日	美國杜蘭大學研究生及該校師生等20人，拜會本局瞭解全民健保制度。
5月31日	韓國醫師會會長Dr. Jae Jung Kim等一行6人拜會本局瞭解全民健康保險制度。
6月10日	美國中大西洋地區州議會領袖訪問團Sen. Martin Williams一行16人拜會本局；巴西醫師協會主席暨在職醫師團員共23名拜會本局。
6月14日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占72.3%，不滿意者占22.1%。
6月17日	公告調整全民健康保險門診、急診部分負擔及雙向轉診作業。
7月4日	韓國Yonsei大學衛生行政系 Lee Kyu Sik 教授率16名師生拜會本局。
7月5日	美國國會助理訪問團第7團Mr.Robert Herriott等10人拜會本局。
7月8日	菲律賓眾議院衛生委員會訪問團主席雅法眾議員(Hon. Antonio P. Yapha, Jr.)一行6人拜會本局。
7月27日	公告本局醫療審查5項不予支付指標。

8月1日	「投保金額分級表」上限由87,600元調整為131,700元。
8月9日	馬拉威衛生部長Dr. Hetherwick Ntaba夫婦及駐台大使 Mr. Thengo Maloya拜會本局。
8月15日	吉里巴斯衛生部長Hon. Natanaera Kirata及次長Mr. Riteti Maninraka拜會本局。
9月4日	公告10項檔案分析審查異常不予支付指標項目。
9月12日	帛琉衛生部長Mr. Victor M. Yano 及財政部長Mr. Elbuchi Sadang拜會本局。
9月13日	日本廣島大學法學部教授及學生訪問團一行9人拜會本局。
9月29日	最高行政法院94年度判字第01546號判決，針對台北市政府88下半年至91年底之健保費政府補助款行政訴訟案經，判決「原判決廢棄，訴願決定及原處分關於命台北市政府負擔其行政轄區外居民全民健康保險補助款部分均撤銷。」
9月30日	拉脫維亞衛生部司長Mr. Liga Serna及拉脫維亞大學醫學院副院長 Mr. Ingrida Rumba前來拜訪本局。
10月7日	立陶宛Kaunas 醫學大學校長Remigijus Zaliunas及芬蘭醫師公會秘書長Mr.Markku Aarimaa造訪本局。
10月12日	韓國健保公司理事Mr. Choi Jin一行32人造訪本局。
10月26日	韓國健保公司地區經理Mr. Park Kwang Su一行34人造訪本局。
11月1日	美國佛州州議會領袖團Mr. Alex Diaz de la Portilla乙行9人拜會本局。
11月3日	蒙古醫院協會會長Dr. Sodov Sonin一行14人拜會本局。
11月3日	有關台北市政府健保費補助款行政訴訟案，本局針對最高行政法院94年度判字第01546號判決，提起再審訴訟。
11月3日	公告1項檔案分析審查異常不予支付指標項目。
11月8日	立法院衛生環境及社會福利委員會審查「菸害防制法修正草案」，會中通過菸品健康福利捐，每包徵收額度由5元調高至10元。
11月15日	台灣凱羅健康協會邀請世界脊骨神經醫師聯盟秘書長夫婦Mr. David Chapman-Smith & Dr. Sira Borges拜會本局。
11月22日	公告本局醫療審查5項不予支付指標。

11月22日	愛爾蘭國會議員Mr. Daniel Neville一行3人，拜會本局。
11月22日	2005 Asia Pacific Health Forum之專家學者，馬爾地夫之衛生部副部長 Dr. Abdul Azeez Yoosuf等22人拜會本局。
11月25日	與南韓國民健康保險公團於南韓首爾合辦「第一屆台韓全民健康保險國際研討會」。
11月25日	奧地利婦女暨衛生部總司長Dr. H. Hrabcik夫婦拜會本局。
11月27日	健保資訊網服務系統(VPN)醫療服務指標查詢功能上線。
11月30日	美國Pacific Health Summit之執行長Dr. Michael Birt拜會本局。
12月2日	印尼國會第9屆委員會主席Dr. Gunawan Slamet夫婦一行4人拜會本局。
12月27日	辦理全民健保滿意度調查，受訪者表示滿意者占71.7%，不滿意者占27.8%。

2006

日期	大事紀內容
1月13日	美國國會助理團Mr. Scott Sanborn等11人造訪本局。
1月18日	公告2006年度全民健康保險醫療給付費用成長率為4.536%。
2月17日	刪除「全民健康保險醫療費用支付標準」第6部預防保健服務部分診療項目。
2月17日	公告停辦「全民健康保險子宮頸癌醫療給付改善方案試辦計畫」。
3月28日	本局資訊作業獲頒英國BSI公司之ISO27001資訊安全管理系統認證。
4月27日	波羅地海3國台灣醫衛考察團Hon. Aigars Petersons等7人前來拜會本局。
4月28日	韓國日報記者梁洪柱先生一行3人拜會本局。
5月2日	菲律賓眾議院衛生委員會資深副主席Mr. Arthur Pingoy一行14人拜會本局。

5月25-26日	舉行「第2屆台韓全民健保國際研討會」。
6月12日	美國藥物食品管理局Ms. Leah M.Devlin、德州與北卡州衛生部門官員與杜克大學等7人拜會本局。
7月1日	電子繳款單作業上路，以便利投保單位及民眾繳交健保費。
7月1日	本局自7月1日起代辦台南市中石化污染區附近居民健保費補助作業。
7月3日	經建會開會通過2007年大總額，上限為5.1%。
7月19日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占64.3%，不滿意者占34%。
7月19日	越南總理研究小組Prime Minister's Research Commission副主席Dr.Dang Duc Dam一行8人造訪本局，瞭解我國健保制度，以供該國實施健保之參考。
9月5日	「2006年海外台灣人青年醫藥專業人士訪問團」一行32人造訪本局。
10月3日	美國紐英崙各州議會領袖訪台團司凱門眾議長(Rep. Douglas Scamman)一行13人造訪本局。
10月18日	蘇格蘭議會議員大衛森(Mr.David Davidson)等一行4人造訪本局。
10月26日	泰國健康照護管理中心總裁Dr. Nipit Piravej造訪本局。
11月1日	第5次年度藥價調查及價格調整作業生效，調整品項計有5,300餘項。
11月15日	美國紐約州及賓夕法尼亞州州議會領袖訪台團庫克女士(Ms. Vivian Cook)等一行14人造訪本局。
11月27日	美國國會助理訪台第8團Mr. Arthur Estopunan一行11人造訪本局。
11月28日	馬來西亞教授Dr. Yok-Ching Chong拜會本局瞭解健保IC卡及資料庫之應用等議題。
11月28日	公告全民健康保險第1類至第3類被保險人所屬之投保單位或政府所應負擔之平均眷口數以0.70人計，並自2007年1月1日起實施。

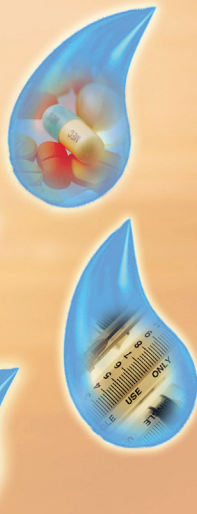
11月29日	美國國會助理訪台第10團Mr. Jim Clarke一行10人造訪本局。
12月5日	菲律賓健保公司(PhiliHealth)副總裁Ms. Madeleine Valera及菲律賓駐台代表處主席Antonio I. Basilio前來瞭解健保資訊系統及健保IC卡之推行。
12月6日	南韓健保公團中階經理人一行8人造訪本局，瞭解承保業務。
12月7日	立陶宛前衛生部長Dr. Zilvinas Padaiga等6人造訪本局。
12月7日	沙烏地阿拉伯衛生部助理次長Dr. Reda Mohammed Khalil 等一行5人造訪本局。
12月18日	總經理劉見祥榮調行政院衛生署，新任總經理由朱澤民接任。
12月21日	辦理全民健保滿意度調查，表示滿意之受訪者占63.4%，不滿意者占36.1%。
12月25日	配合臺灣臺南地方法院檢察署辦理「全民健康保險第5次年度藥價調查及價格調整作業」之再確認及更正申報資料作業。
12月26日	美國奧瑞岡州參議員Mr. Frank Morse夫婦前來本局瞭解台灣健保制度。



正確就醫 為自己也為健保省錢

珍惜醫療資源
愛它就不要浪費它

- 一、不隨便打針吃藥
- 二、落實轉診，看病更安心
- 三、善用慢性病連續處方箋
- 四、個人健康管理、小病自我照護
- 五、選擇好品質的醫療院所
- 六、全民監督，為健保把關



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-030598

傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

4月1日起，
民眾在大陸地區住院5日(含)以上
自墊醫療費用核退，
須辦理公證驗證。

**辦理大陸地區
自付醫療費用核退**
證明文書須經公證驗證

公證驗證手續諮詢電話：
健保局諮詢及醫療申訴專線：0800-212369
海基會法律服務中心：(02)2713-4726
海基會中區服務處：(04)2254-8108
海基會南區服務處：(07)213-5245

諮詢及醫療申訴專線：0800-212369
傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834
網址：<http://www.nhi.gov.tw>

 **中央健康保險局**
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續



不要坐到卡片

不要敲、彈晶片處
及用橡皮擦擦拭

不要將卡片彎折

健保 IC 卡 6 不



不要水洗或泡水



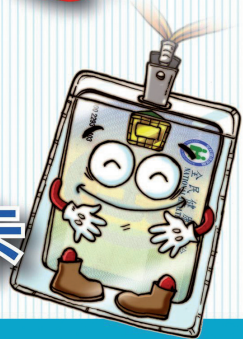
不要與尖銳物同放



不要置於高溫中

請愛惜您的

健保 IC 卡



健保IC卡是個精密的電子產品，像是超級迷你電腦，記載著個人的就醫紀錄，所以適當使用與操作是保護卡片最好的方法。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance

中央健康保險局各分局服務電話：
 台北分局：(02) 2191-2006 北區分局：(03) 438-1111 中區分局：(04) 2258-3988
 南區分局：(06) 224-5678 高屏分局：(07) 323-3123 東區分局：(03) 833-2111
 健保IC卡服務專線：0800-030598

便利超商

可以繳納健保費囉!

自96年4月20日起，民衆只要持中央健康保險局開立的新式健保費繳款單，就可以在7-11、全家、OK、萊爾富及福客多等各大便利超商繳費，另外也可以透過網路及自動櫃員機(ATM)繳費喔！

～特別提醒您～

- ◎在便利商店繳納健保費，將加收3元的手續費，不要忘了索取發票，繳費最高金額以單筆2萬元為限！
- ◎在網路及自動櫃員機(ATM)繳納健保費，須依各銀行之標準自付手續費。
- ◎凡是96年4月20日以後健保局開立的健保費繳款單，均可以至便利商店、網路及自動櫃員機(ATM)進行繳納！

健保多元繳費 全民便利安心

◎但96年4月19日以前開立的舊式繳款單無法在便利商店、網路及自動櫃員機(ATM)繳納，仍應至中央健康保險局委託的金融機構繳費。

中央健康保險局
全民參與 健保永續

健保免付費諮詢專線：0800-030598

健保IC卡為健康加值！

自94年1月起，您的健保IC卡更聰明了，
包括重大傷病、重要檢查和用藥，
都會登錄在健保IC卡上，
讓您的健康加值，看病更有保障。



健保IC卡加值內容如下：

- 器官捐贈註記** 可登錄器官捐贈同意註記，幫助醫療人員能在第一時間，得知當事人的器官捐贈意願。
- 重大傷病註記** 實施登錄重大傷病註記，使目前領有重大傷病證明的民眾，日後持健保IC卡即可方便就醫。
- 檢查用藥登錄** 登錄重要檢查項目及藥品處方，以提供醫師在看診時，檢視病患的用藥、檢查紀錄，保障用藥安全，減少重複檢查。
- 在保更新查核** 健保未在保或欠費的民眾，健保IC卡將無法更新使用，以提醒您持續加入健保，按時繳費。

提醒您！ 看病、領藥或做檢查時，都請記得攜帶健保IC卡。



在生命的每一天，全民健保陪伴您 健保IC卡客服專線：0800-030598



中央健康保險局
全民參與，健保永續
全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>

● 保費收取重公平

以家戶總所得收保費，所得高繳的多，
同樣所得繳一樣多。

● 醫療服務重品質

由品質委員會進行專業監督，並同步公開資訊，
讓民間共同監督。

● 行政作業重效率

取消六類十四目，不必轉出轉入。

為提升品質、促進公平、增進效率，
支持二代健保核心價值，大家一起來！

支持二代
健保
核心價值



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-212369

傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834

網址：<http://www.nhi.gov.tw>



11月12日醫師節
讓我們向辛苦的每一位醫師致敬

全民健保與醫界攜手 守護民眾健康

感謝醫界的合作
使各種醫療照護達到先進國家的水準
齊力打造台灣健保奇蹟
全心投入 永不懈怠
全民的健康 是我們最大的福祉



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-030598

傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

230
231



你幫我 我幫你

年輕時，累積未來的醫療保障
年老時，享受完善的醫療照護

風險分攤，自助助人
健保局與您一同建置完善的醫療防護網

 **中央健康保險局**
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-030598
傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834
網址：<http://www.nhi.gov.tw>

繳納健保費 節稅又助人

95年度的健保費支出，
在96年度報稅時，
將可全額扣除，
不受2萬4,000元保險費
列舉扣除額上限的限制。
繳納健保費，
不僅可互相幫助，
更能替自己節稅，
一舉二得。



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-030598

傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

瞭解健保停復保 出國安心沒煩惱

預定出國6個月以上，您可以有以下2種選擇：

繼續參加健保

無須另外提出申請，
只要出國期間持續繳納保險費，
即可繼續享有健保的醫療權益

辦理停保

於出國前填具「停保申請表」後，
向健保局各分局提出申請，
出國期間暫停繳納保險費，
也暫時停止健保的醫療保障

請撥健保客戶服務專線：0800-212369洽詢
或查詢中央健康保險局全球資訊網 <http://www.nhi.gov.tw>



中央健康保險局
Bureau of National Health Insurance
全民參與 健保永續

諮詢及醫療申訴專線：0800-212369

傳真申訴專線FAX：(02) 2702-5834

網址：<http://www.nhi.gov.tw>

全民健保雙月刊 與您健康有約

訂閱一年 6期 只要360元

訂閱二年 12期 只要700元，再加贈一期

訂閱三年 18期 只要1000元，再加贈二期

訂閱專線：02-25785078分機451

國家圖書館出版品預行編目資料

全民健保與您牽手12年：成長與蛻變／中央健康保險局
編著。-- 第1版。-- 臺北市：衛生署中央健保局，民
96.09

面：公分。

ISBN 978-986-01-0594-0（平裝）

1. 行政院 衛生署 中央健康保險局 2. 全民健康保險局

563.741

96015390

書名：全民健保與您牽手12年：成長與蛻變

編著機關：中央健康保險局

出版：中央健康保險局

地址：台北市大安區106信義路3段140號

電話：02-27065866

出版日期：中華民國96年9月1日

版次：第1版2刷

本書同時登載於健保局網站<http://www.nhi.gov.tw>

工本價：新台幣120元

GPN：1009602156

ISBN：9789860105940

著作人：中央健康保險局

著作財產權人：中央健康保險局

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

