

高雄市高醫德和醫管暨醫資學會

「醫療政策與醫療資訊應用」學術論壇暨會員大會

合理使用醫療資源 改善臺灣醫療生態



李伯璋

衛生福利部中央健康保險署 署長
財團法人器官捐贈移植中心 董事長
國立成功大學醫學院外科 教授

107年12月22日





務實面對台灣醫療問題

治療病人 以病人最大利益考量
抓出問題 我們共同解決問題!!

民眾的需要?

政府/政務官的政策責任!!

醫療界的支持才能改變台灣健保困境!!

改革!! 配套!! 配套??



全民健保滿意度趨勢圖

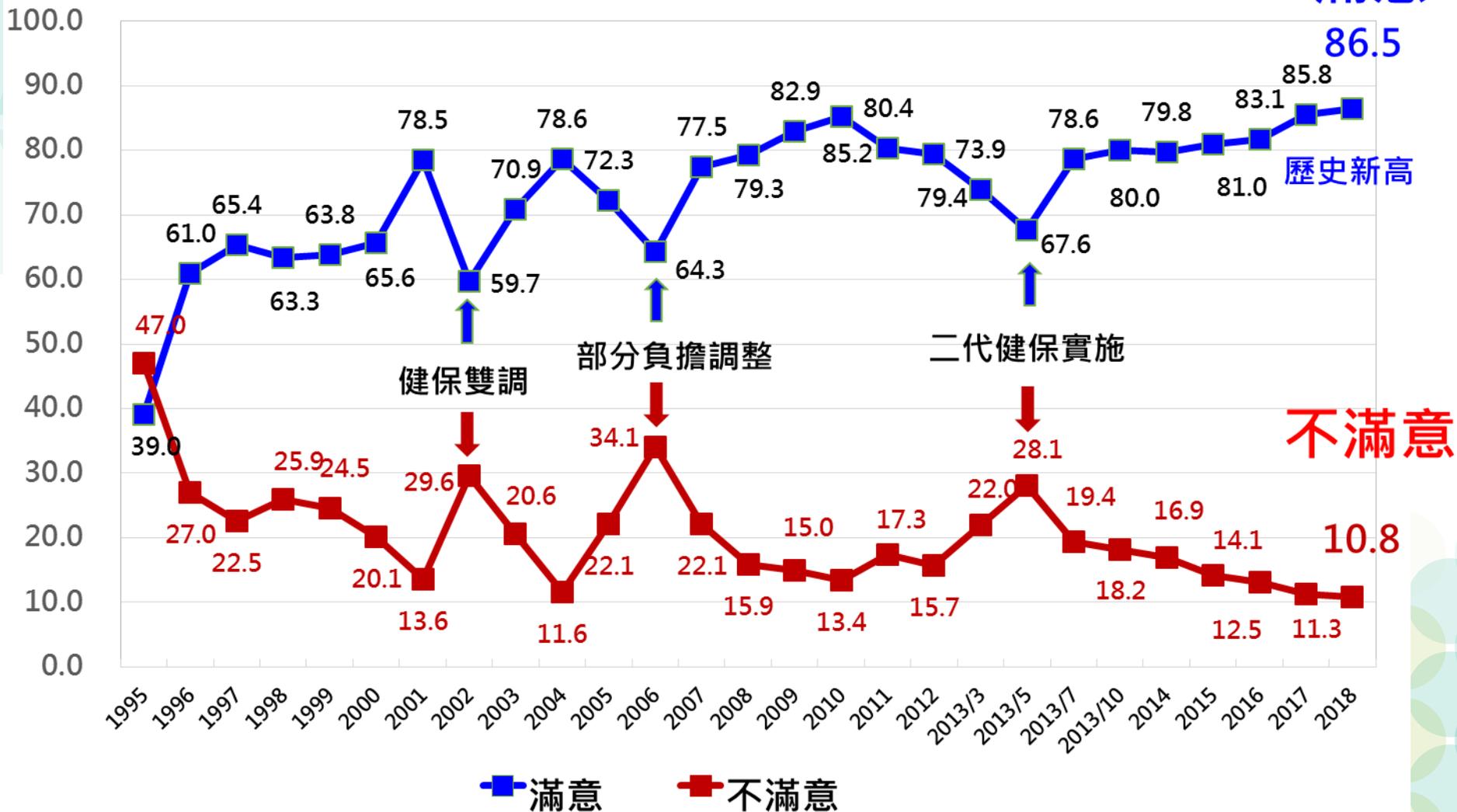
滿意

86.5

歷史新高

不滿意

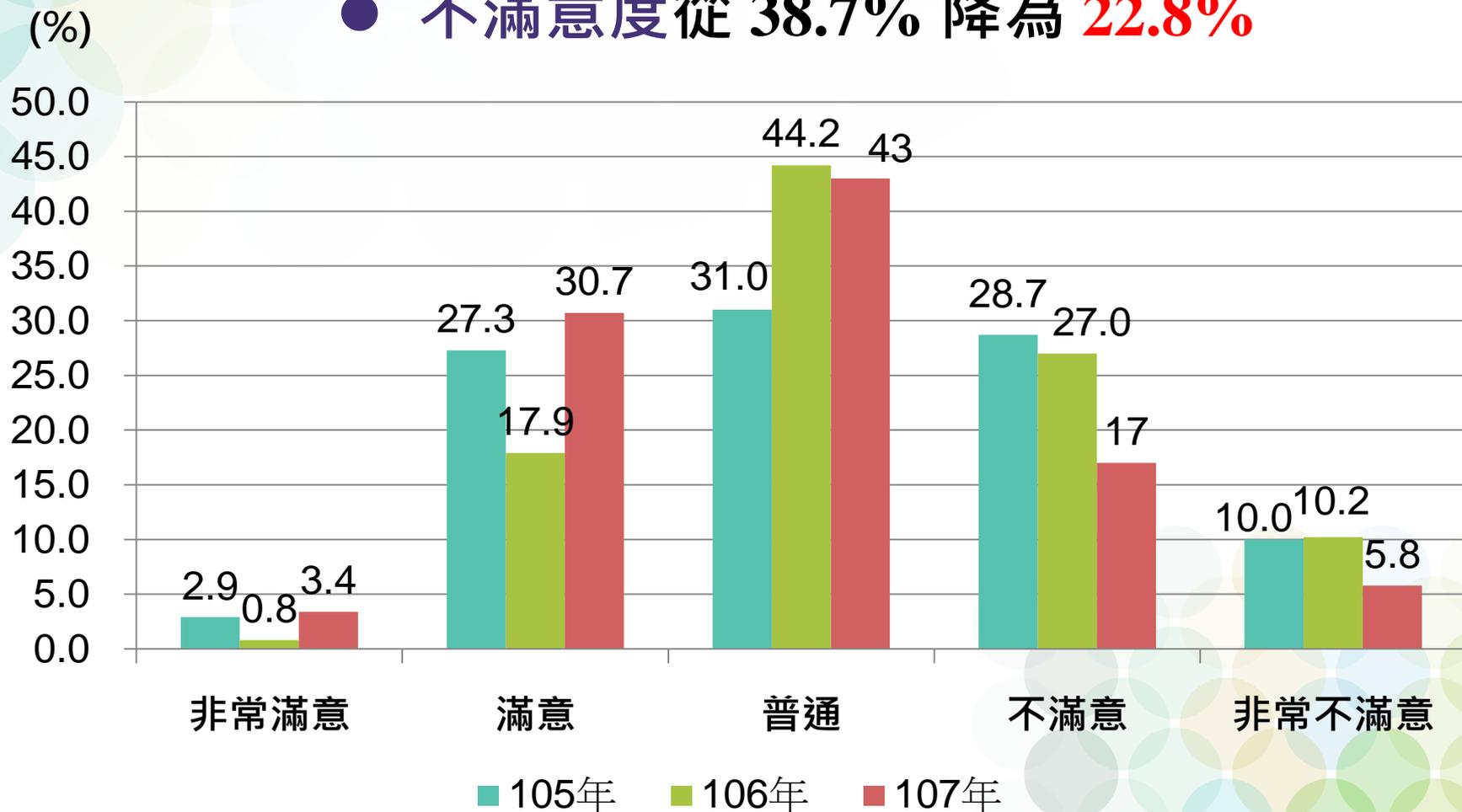
10.8





西醫師對全民健保整體滿意度

- 滿意度從 30.2% 成長為 **34.1%**
- 不滿意度從 38.7% 降為 **22.8%**





歷年健保財務收支

截至106年底，歷年保險收支累計結餘2,376億元。

85年至106年平均成長率

- ◆ 保險收入 4.35%
- 保險成本 4.83%

105年1月

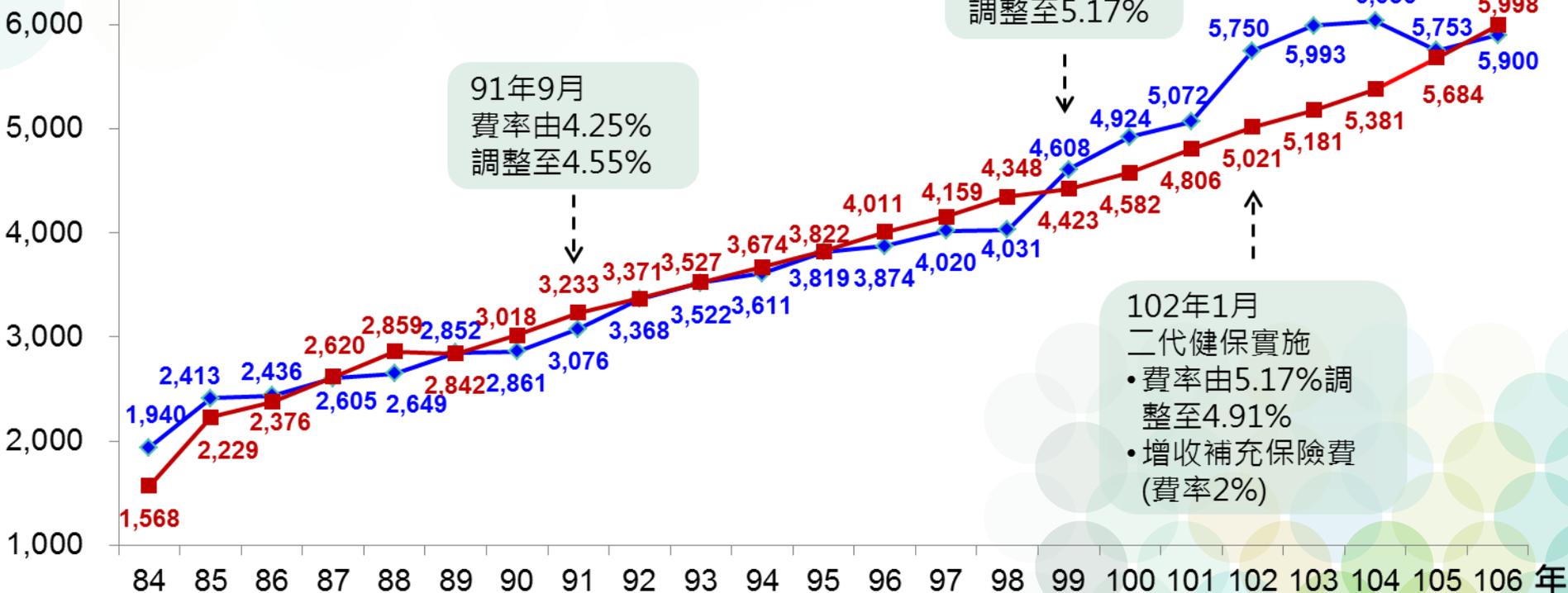
- 一般保險費費率由4.91%調整至4.69%
- 補充保險費費率連動由2%調整至1.91%

99年4月
費率由4.55%
調整至5.17%

91年9月
費率由4.25%
調整至4.55%

102年1月
二代健保實施
• 費率由5.17%調
整至4.91%
• 增收補充保險費
(費率2%)

億元



總額10年內破兆 健保署長李伯璋：

今年短絀260億 健保急需減少浪費

星期專訪

記者黃以敏、林惠琴 / 專訪

健保總額明年正式破七千億，達逾七三九億元，若以每年成長逾四%推算，十年內就將破兆，但收入減少，今年估有二百六十億收支短絀，赤字更將逐年擴大；面對健保保費將有調漲壓力，健保署長李伯璋強調，目前首要減少浪費，濫用醫療檢驗、藥品資源減少給付，相對地要讓醫療更有品質，要求大醫院減門診二%後，十一月起地區醫院開週末門診，讓「民眾有感」就醫便利，強化分級醫療，另除每年六十億調高急重症給付外，本月底將協商調整手術不合理給付，要讓「醫護有感」，錢更用在刀口上。

●小病跑大醫院、大醫院「床難求」等是醫療長期痼疾；七月起首開先例要求大醫院減門診二%、落實分級醫療，成效如何？

答：據統計，今年一至八月較去年同期，醫學中心就醫佔率從十一.七%減至十.七%，區域醫院從十五.四%降至十五.一%；而地區醫院則由十.〇%增至十.二%，基層診所由六十三.三%增至六十三.九%，分級醫療成效擴大。新制執行兩個月來，須減量七十一家區域醫院已五十%，三十八家達標，十九家醫學中心也有八家達標，預計第三季結算後，將未減量二%的醫院扣減給付。

●門診減量二% 區域醫院五成達標

分級醫療不是要讓醫院少看病少賺錢，但過去常被批評血汗醫院，加上明年住院醫師納入勞基法等大環境改變，所有醫院也均體認需調及人力成本及醫療品質，醫療須分級分工。

以往對向下轉診多有疑難的醫學中心，就多以結合鄰近基層院所組成垂直聯盟，積極推動分級醫療，例如台大醫院有一「星月計畫」、長庚體系有「雁行計畫」等。基層診所期待依健保法規定，門診患者未經轉診至地區醫院、區域醫院或醫學中心就醫，應自負三十%、四十%或五十%醫療費用，但提高民眾部分負擔是最後手段，目前要先透過門診減量等措施讓醫學中心等四級醫療院所更落實分工。

●規劃哪些新措施擴大分級醫療？

答：民眾多選擇到醫學中心、區域醫院等就醫，地區醫院從七百多家減到三百多家，醫院管理須與時俱進，找到新生機。

在大醫院人力工時調整、診所為求生活品質而週末減少看診之際，據醫師公會調查，今年一至八月，西醫診所週六平均看診率仍有八十一.六%，週日則有二十一.一%。

民眾生病不會選時間，健保署與地區醫院取得共識，十一月起，地區醫院決議串連在週六、日開診，有利民眾就近看病，就會是地區醫院轉型新好機會。

健保署也將提高假日診察費，週六每名一名病患增加給付一百點，週日增一百五十點，年輕醫師可有更多機會接觸病人。

但分級醫療常遇一大挑戰是民眾對基層醫療較不信任，地區醫院及診所將會與台大、長庚等全國七十五處垂直體系聯盟合作，除了病歷、檢驗等資訊共享，大病可更快優先轉診到醫學中心，甚至大醫院名醫也可到地區醫院看診或開刀，民眾就近就醫的品質一定提升。

●雲端共享資訊 避免重複檢驗及用藥

●明年醫師陸續納入勞基法調整工時，促成大小醫院更體認醫療需分級分工；但健保負擔也恐更重，財務更開源節流？

答：目前健保還有兩千多億安全準備金，三年後才會考慮調整保費的必要性。當前首要努力節流、減少醫療浪費。

一再被詬病重複檢驗及用藥，健保署大力推動雲端檢驗與藥歷資訊共享，今年更增二十四小時上傳電腦層掃描、核磁共振、超音波、X光等影像報告。迄今已逾二萬五〇六三院所、六萬多醫事人員使用系統（使用率醫院一百%、西醫診所九十六%、中醫診所九十%、藥局九十%），總查詢病人人次逾五億，查詢率逾八十三%，亦即每人百次健保就醫人次有八成三查詢以免重複。

以最常重複開藥的降血壓、降血脂、降血糖、思覺失調、抗憂鬱及安眠鎮靜等六種藥物，一〇六年就比一〇三年重複率減少一半，省下三、四億藥費支出。去年下半年電腦斷層、抽血檢查等二十類檢驗也較往年同期減近四百八十萬次，省了十二億；已規劃相關患者一個月內若重複檢查

，提供第二次檢查的醫院將不給付。

相對地，醫藥給付要更用在刀口上，減少後禮醫療，例如全台灣每年廿五萬人飽受带状疱疹（皮蛇）之苦，現僅六萬名患者符合健保給付抗病毒藥物標準，正擬擬放寬給付條件，讓更多人提前獲治療，以免拖到嚴重神經痛就醫，長期可減更多醫療支出。

又如國內八萬多名洗腎病人，每年相關醫療市場逾六百多億；但洗腎五年存活率二十多%，換腎可近九十%，對病人減少痛苦及醫療資源節省都更有利，因此也將擴大獎勵，盼醫師鼓勵洗腎病人換腎。

●減少醫院門診量等於減收入，又管制其重要醫療「藥費」及「檢驗費」，醫院如何醫服及品質下降？

答：未來有中國醫大附醫新竹分院、交大陽明醫院、台大醫院新竹生醫園區分院等將陸續開辦，大醫院持續開辦，但健保給付總額不會變，醫院本身須更有效率去經營。

各級醫療院所看診人次已趨飽和，國人平均一年就醫看診十五次，遠高於OECD國家平均的五至六次；但合理門診量要調整，例如醫學中心應五十五%致力重大疾病手術，四十五%在門診，目前卻是五十五%在門診，還需徹底調整。

細看健保總額支出增加，其實醫師看病人次已到頂點，而醫師診療費佔比下降，醫護收入減少，醫院反而越來越靠機器檢驗及開藥賺錢、「檢驗費」及「藥費」佔比升高。

●提高醫療給付減少血汗、提升品質

就健保而言，減少醫療浪費的錢需用來更提升醫療品質，尤要提高醫師診費價值及勞務所得；大醫院門診量減少，相對重大手術給付需調高，使大醫院投入急重症治療。

去年撥六十億提高急重症給付，未來將穩定編列，接著則計畫檢討手術不合理的給付，醫療給付都會逐步調整更合理化，減少醫護血汗，醫療品質可更提升。

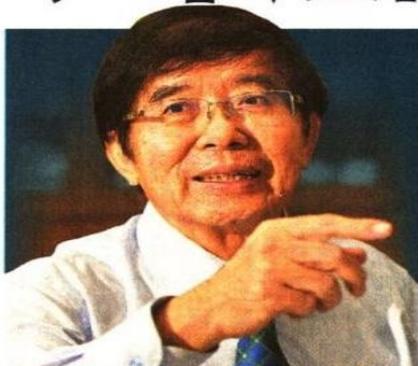
●估計健保總額十年內就會增達破一兆

元，健保破產危機也難避免，過去十年歷任衛生部長、署長，均宣示要進行「第三代健保研究」（「家戶總所得」計畫評估可行）

答：所幸健保在還有兩千多億安全準備金，但財務收支連動，每年支出總額成長若持續近五%，保費成長率四、五%，收入當然不敷出，有改革必要性；二代健保收取補充保費，某種程度就是對家戶所得擴大收費，可惜一〇五年調降保費率，健保收支去年已短絀近百億，今年更恐短絀兩百億，漲費及破產都是須面對的壓力。

●三代健保 須先克服家戶所得黑數

健保改革應為部長政策權責，健保署原則是尊嚴及執行單位。「家戶總所得」計畫一直被各界討論，初步了解，不僅勞動人口逐年減少，目前四分之一人口未申報所得，且家庭所得稅收常因景氣浮動而變化，這些黑數均是未來須先克服的問題。健保要讓三代改革小步才能更穩定長久。健保也將自明年納入小學五年級國語文課程，希望從小教育全民珍惜醫療資源，共同確保健保永續。



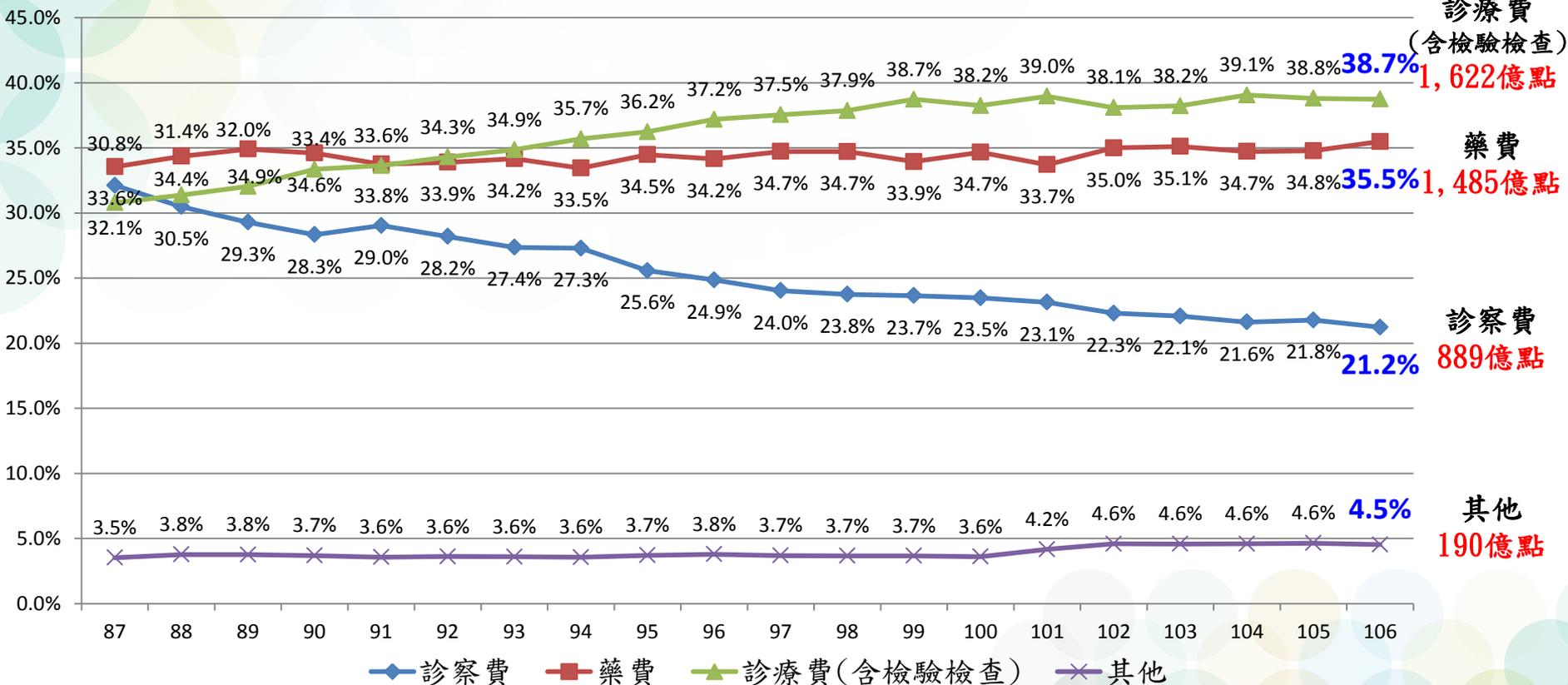
小檔案
李伯璋 (記者方寶照攝)

現職 ▶ 衛福部中央健保署署長
學歷 ▶ 成功大學科技法律研究所碩士、台北醫學院醫學系學士
經歷 ▶ 財團法人器官捐贈移植登錄中心主任、衛福部臺南醫院院長、成功大學醫學院外科學科教授、成大醫院外科主任、美國約翰霍普金斯大學訪問學者、日本國立癌症中心訪問學者



西醫門診分項費用占率趨勢圖

單位：%



註1、**診察費**：包括醫師診療、處方、護理人員服務、電子資料處理、污水及廢棄物處理及其他基本執業成本。醫院門診診察費支付點數內含10%護理費，住院則另申報護理費。

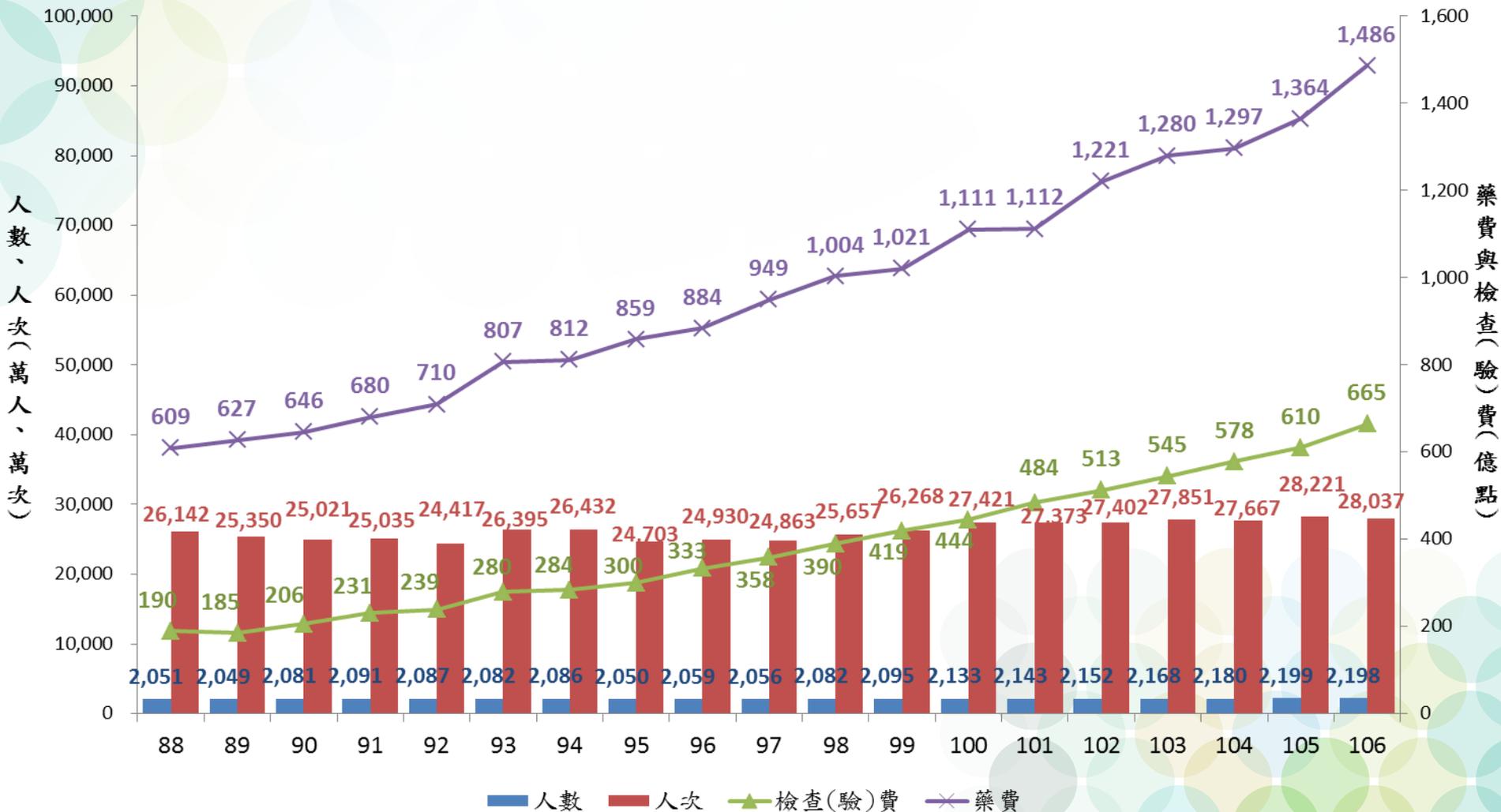
註2、**診療費(含檢驗檢查)**：手術、治療處置、檢查(驗)費等。

註3、**其他**：包括藥事服務費及特材費。

註4、106年西醫門診總醫療費用為4,186億點。



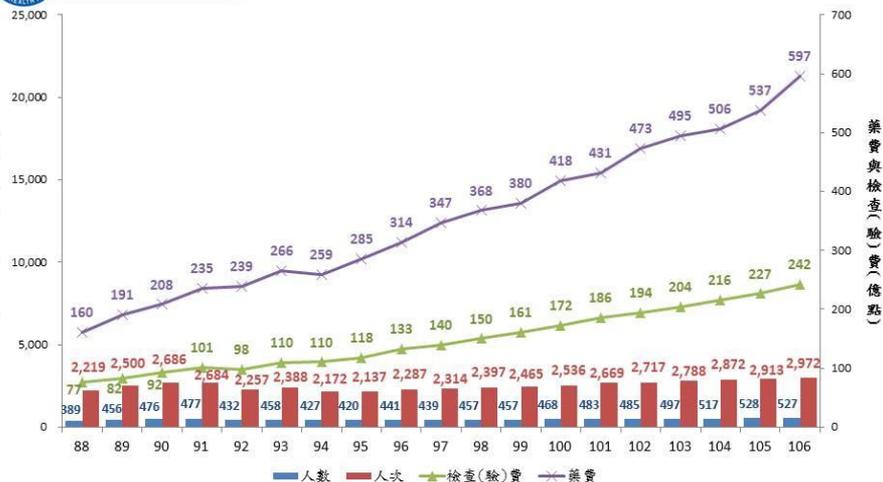
歷年西醫門診人數、人次、藥費與檢查(驗)費成長概況-全國



歷年西醫門診人數、人次、藥費與檢查(驗)費成長概況-醫學中心



中央健康保險署



註1：門診藥費與檢查(驗)費含交付機構之費用。

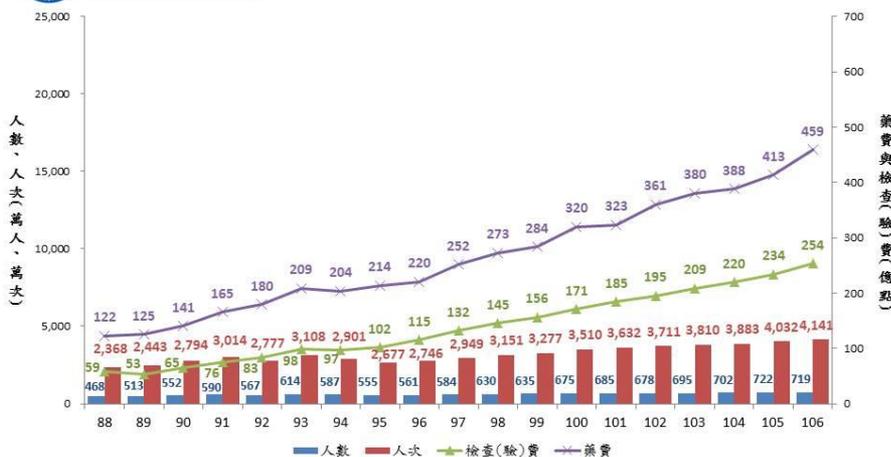
註2：檢查(驗)費係指尿液糞便、血液生化、微生物及免疫學、核醫檢查...等支付標準相關之檢查(驗)章節目(代碼為06****-30****)及X光檢查、特殊

透視項目(代碼為32****-33****)之醫令點數。

歷年西醫門診人數、人次、藥費與檢查(驗)費成長概況-區域醫院



中央健康保險署



註1：門診藥費與檢查(驗)費含交付機構之費用。

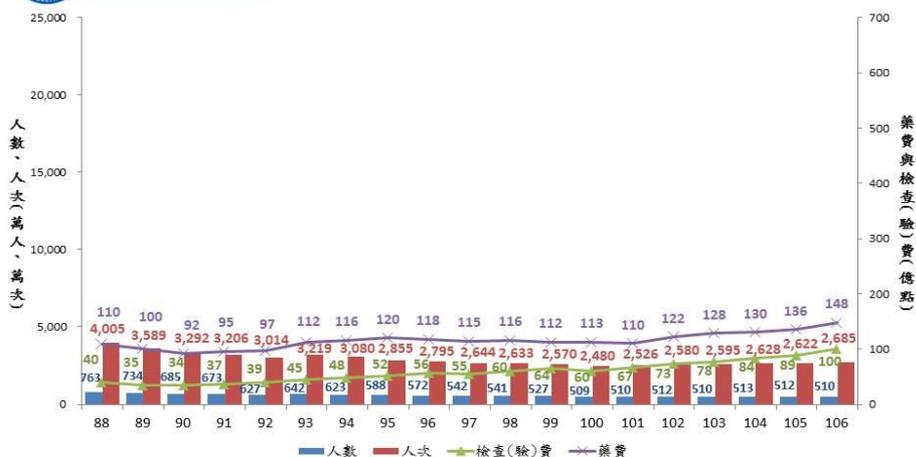
註2：檢查(驗)費係指尿液糞便、血液生化、微生物及免疫學、核醫檢查...等支付標準相關之檢查(驗)章節目(代碼為06****-30****)及X光檢查、特殊

透視項目(代碼為32****-33****)之醫令點數。

歷年西醫門診人數、人次、藥費與檢查(驗)費成長概況-地區醫院



中央健康保險署



註1：門診藥費與檢查(驗)費含交付機構之費用。

註2：檢查(驗)費係指尿液糞便、血液生化、微生物及免疫學、核醫檢查...等支付標準相關之檢查(驗)章節目(代碼為06****-30****)及X光檢查、特殊

透視項目(代碼為32****-33****)之醫令點數。

歷年西醫門診人數、人次、藥費與檢查(驗)費成長概況-基層院所



中央健康保險署



註1：門診藥費與檢查(驗)費含交付機構之費用。

註2：檢查(驗)費係指尿液糞便、血液生化、微生物及免疫學、核醫檢查...等支付標準相關之檢查(驗)章節目(代碼為06****-30****)及X光檢查、特殊

透視項目(代碼為32****-33****)之醫令點數。

大醫院 5年需減10%門診量

落實分級醫療 即起年減2% 約80幾萬人次



南市醫師公會響應健保政策，結合成大、奇美兩醫學中心與上千家區域、地區醫院、診所、藥局等舉行行動醫療大聯盟締約，以落實分級醫療、雙向轉診制度。

（記者王俊忠、林惠琴／綜合報導）為改善民眾小病逛大醫院、落實分級醫療，健保署要求醫學中心、區域醫院門診量即日起逐年減1%，目標五年內減少10%。

改善診所涉浮報健保給付 將修法祭罰款

健保署長李伯璋表示，除政策上限制大醫院門診量外，健保署也會對小診所涉浮報醫療給付進行修法，如查出有檢驗證偽、浮報情事，浮報款項須還健保署外，也計畫祭出懲罰性罰款（如浮報額的幾倍）。健保署副署長蔡淑鈴預告，在排除急重症患者後，避免就醫受影響，預估相關大醫院一年門診總量減少約八十幾萬人次。

響應政策 南市大小醫院及 550家診所締約整合

台南市醫師公會為響應健保分級醫療政策，結合成大、奇美兩醫學中心與三十三家區域、地區醫院、五百五十家診所，舉行行動醫療大聯盟締約，落實分級醫療、雙向轉診，提高醫療品質。

配合這項七月一日上路的新政策，成大醫院已決定即日起停止週六門診；奇美醫院表示週六上午門診照常，但掛號數量會有限制。台大及台北榮總也暫時不打算停止週六門診，而是以強化轉診的方式降低門診量。

過去轉診機制中，診所上轉醫院或醫院之間轉成效好，但醫院下轉診所的比例仍不高。成院院長楊俊佑與奇美醫院院長邱仲慶都說，會加強與基層診所連結，廣納家醫醫師與診所各專科加入聯盟，轉診平台會逐步建立門診、急診、住院及婦性病等下轉醫療院所地圖，對上轉病人會有專人聯繫轉診掛號事宜，待病情穩定或檢驗後，再轉回原診所；對於輕症或病情穩定患者，大醫院會幫其鼓勵下轉到社區診所。

馬偕醫院則啟動「馬偕共好醫療照護」合作團隊，台北港水院區兒童醫院每日預估合計保留約四百五十位號次給轉診病人。三軍總醫院也與基層院所合作，保留一定門診名額給轉診病人，以期落實分級醫療政策。

醫學中心門診減量 每年影響143萬人次

北部醫師：勸退病患難度高

（記者黃瑞鴻、林瑞豐、鄭桂芬、魏忻忻、連曉蓮）七起，醫學中心門診量減量百分之二，健保署長李伯璋與民眾相層層所好醫師，不擠在大醫院，落實分級醫療，看也方便。不過，部分醫學中心醫師對減量並不樂觀，尤其是北部。

相對於北部醫學中心醫師的說法，南部地區醫師則相對樂觀。過去過去向轉診無礙，主要是所推的病患到大醫院院人就不回來了，以高雄、台南地區為例，現在大醫院與所轉診台「情況會不一」。

為落實分級醫療，健保署要求醫學中心門診減量，五年減少百分之十，預每年約四萬人次影響。包括台北榮總、三總、馬偕及林口長庚等醫學中心紛紛區域及地區醫院、診所合作，進行雙向轉診。

台大醫院發言人李貴出，為門診減量，台大內部雖多次會議，但找出更好的方法，但還努力中。現在由台大醫務分院新竹分院與芳診所合作，台大總院也考慮這兩家分院的經驗。

王李貴出表示，台大是照顧病人最後一線醫院，有勸退患者意願，而重症患者也很難確定，例如感冒重症，但腫瘤患者感冒、高齡原病感冒，實未必能作輕症處理。

長庚醫院則宣布成立「層層醫療」結合七八家社區醫院，雙向轉診、資源共享；台北榮總也與中興、中基醫院合作，民衆透過轉診平台掛號費和部分費用可免。

北部醫學中心有醫師說，醫學中心可能比長庚更難選擇，勸退病患難度更高。部分南部醫學中心派步到區域或地區醫院轉診，吸引患者，但放眼北部目前沒有醫院敢。

高醫基層醫師說，如果醫院的醫師會勸退病人，主動建議病人回對住附近診所看，「病人往往很難聽話」，診所就不沒有病人。

醫改會：減量 應減輕症病人

（記者桂芬、台北報導）為落實分級醫療，健保署要求區域以上醫院門診量年減百分之三。醫改會心，僅要求量，並未規定減量對象是為「初級照護病人」，建議健保署修正新制公開各醫院減量比率，才得公平正義，保障病人權益。

醫改副會長朱顯忠認為，新制度醫院一通減門診量百分之三，大過粗疏，若院減病人，無法達分級醫療目的，建議修正新制，規定量對象應是輕症病人，才就公各大醫院門診量的對象，輕症病人有少，要有醫院接收。

朱顯忠說，二代健保開辦，即醫院的住院院診門診量比例為六五五五，也是醫院中最好，王萬六五五萬業自佳和急診。目前安醫院住院診和門診比例全是最適的。

為找比例調原因，醫改會分析提資料，發現學中心收治一百名病人，其中有五人是有重症患者，其實診所即可接收醫療。醫師看症病人只要到分級，看複雜病患則可能開分級。看個約付付相同，照顧患者高醫院，金羅母，服數多，付付多。

對此，健保署長李伯璋指出，新制度未來門診減量對象，他相信會有一要，但醫師主專級醫師的負責理念，致，均量最最大利益，以下體症及穩定慢性病患者。



健保署要求大型醫院門診減量百分之二，今起習慣到大醫院看病的民眾，恐得面對醫師徵詢，願不願意轉到診所看病。本報資料照片

病人心聲

「轉診要幫我找個好醫師」

（記者黃瑞鴻、林瑞豐、鄭桂芬、魏忻忻、連曉蓮）七起，醫學中心門診量減量百分之二，健保署長李伯璋與民眾相層層所好醫師，不擠在大醫院，落實分級醫療，看也方便。不過，部分醫學中心醫師對減量並不樂觀，尤其是北部。

相對於北部醫學中心醫師的說法，南部地區醫師則相對樂觀。過去過去向轉診無礙，主要是所推的病患到大醫院院人就不回來了，以高雄、台南地區為例，現在大醫院與所轉診台「情況會不一」。

為落實分級醫療，健保署要求醫學中心門診減量，五年減少百分之十，預每年約四萬人次影響。包括台北榮總、三總、馬偕及林口長庚等醫學中心紛紛區域及地區醫院、診所合作，進行雙向轉診。

台大醫院發言人李貴出，為門診減量，台大內部雖多次會議，但找出更好的方法，但還努力中。現在由台大醫務分院新竹分院與芳診所合作，台大總院也考慮這兩家分院的經驗。

王李貴出表示，台大是照顧病人最後一線醫院，有勸退患者意願，而重症患者也很難確定，例如感冒重症，但腫瘤患者感冒、高齡原病感冒，實未必能作輕症處理。

長庚醫院則宣布成立「層層醫療」結合七八家社區醫院，雙向轉診、資源共享；台北榮總也與中興、中基醫院合作，民衆透過轉診平台掛號費和部分費用可免。

北部醫學中心有醫師說，醫學中心可能比長庚更難選擇，勸退病患難度更高。部分南部醫學中心派步到區域或地區醫院轉診，吸引患者，但放眼北部目前沒有醫院敢。

高醫基層醫師說，如果醫院的醫師會勸退病人，主動建議病人回對住附近診所看，「病人往往很難聽話」，診所就不沒有病人。



各院所間組成垂直整合聯盟

76個策略聯盟，共6,271家特約院所 (醫中24家、區域79家、地區醫院286家、基層診所5,767家及居護所111家、康復之家3家、助產所1家)

北區

11個雁行計畫：桃園醫院、敏盛綜合醫院、壠新醫院、新竹馬偕紀念醫院、為恭紀念醫院、林口長庚紀念醫院、聖保祿醫院、北榮桃園分院、天晟醫院、東元綜合醫院、國軍桃園總醫院。

中區

18個策略聯盟：中山醫、中國醫、台中榮總、秀傳、國軍臺中總醫院、彰基、衛部豐原醫院、彰濱秀傳、澄清中港、澄清綜合、台中慈濟、臺中醫院、彰化醫院、埔里基督教、大里仁愛、草屯療養院、童綜合、光田之合作聯盟

南區

17個策略聯盟：成大醫院、奇美醫院、台大雲林、奇美柳營、聖馬爾定、嘉基醫院、大林慈濟、中榮嘉義、中醫北港、市立安南、長庚嘉義、南市立醫、郭綜合醫、新樓麻豆、新樓醫院、彰基雲林、臺南醫院、基層診所與醫院締結儀式。

台北

13個策略聯盟：三總、馬偕、亞東醫院、臺北榮總、羅東博愛醫院、雙和醫院、基隆共好、台北藍鵲(市聯醫)、蘭陽分級照護網、聖母、新光、北醫、台大星月計畫。

東區

3個策略聯盟：類都會智慧型在地整合模式(慈濟)、山地偏鄉型在地整合模式(門諾)、區域在地醫療整合模式(馬偕)

高屏

14個策略聯盟：高榮與高屏地區基層、高榮_支援醫院、高長及高長醫師聯誼會、高長略聯盟合作、大同醫院、高雄市立聯醫院合作聯盟、屏基基層、國軍左營_環台醫療策略聯盟、義大醫院、小港醫院、安泰、高醫_分級醫療雙向轉診團隊、高醫_分級醫療雙向轉診共同照護討、高醫_守護城鄉零距離。



不用衝大醫院急診 地區醫院 今起假日開診

（記者吳亮儀／台北報導）受「一例一休、分級醫療政策影響，許多醫院假日不開診，民眾抱怨不便；健保署基層醫療院所假日開診政策今天上路，全台共三〇八家地區醫院週六開診，一五家週日開診，也有醫院人員表示，將會高薪聘請大醫院醫師看診，屆時看名醫免久等。

週六有308家 週日有115家

健保署也討論調高地區醫院假日門診診察費，週六調升一百點（健保點數，週日及國定假日調升一五〇點，並對門診排除藥品、特材、診察費以外的診療費用額外加成三十%。預計一年將投入約七億元，最快下個月上路。

台灣社區醫院協會名譽理事長謝文輝說，地區醫院也有住院病人，整年都有醫護人員待命，適合推動假日開診，未來開診率可望逐步提升，目標是所有地區醫院至少都有假日看診規劃。

民眾若要查詢醫院開診時間、科別，可到健保署全球資訊網及健保快易通App「固定服務時段」頁面查詢。

（記者吳亮儀／台北報導）受「一例一休、分級醫療政策影響，許多醫院假日不開診，民眾抱怨不便；健保署基層醫療院所假日開診政策今天上路，全台共三〇八家地區醫院週六開診，一五家週日開診，也有醫院人員表示，將會高薪聘請大醫院醫師看診，屆時看名醫免久等。

加上各大醫院逐漸取消假日診，若病患要就醫只能到急診，導致不必要的醫療浪費；包括台灣社區醫院協會等單位鼓勵會員醫院提高假日開診率，因此今天起週六、日有許多地區醫院看診，且會持續增加。

台灣社區醫院協會理事長謝武吉說，七月起開始推動以地區醫院當作平台，讓醫學中心、區域醫院與基層診所的醫師可在週一到週六間到地區醫院看診，今起推廣到週日，「有信心讓地區醫院的週六開診率達到八到九成、週日開診率達到四到六成」。

醫療院所分級目前包括醫學中心、區域醫院、地區醫院及基層診所。衛福部大力推動分級醫療，小病痛到診所或地區醫院，急重症才到大醫院如區域醫院或醫學中心，今年還要

求醫學中心減少二%門診量，讓輕症病患到基層的醫療院所就診。

在此之前，因地區醫院僅約四成假日開診，基層診所約兩成，民眾假日看病無處去，以不管大病小病都跑急診，造成不必要的浪費；健保署統計，目前已有三〇八家地區醫院週六開診，一五家會在週日開診，有地區醫院打算高薪聘請醫學中心醫師開診，屆時求診名醫免久等也不用多花錢。

聘名醫進駐 看診免久等

地區醫院 名醫假日也看診

魏怡嘉／台北報導

假日診所多未開診，其中又以周日最為嚴重，為彌補民眾假日就診空窗期，社區醫院協會表示，全國300多家地區醫院，自今日起，投入假日開診，民眾假日看診不再只能往大醫院急診跑，且不少地區醫院也有名醫駐診，民眾假日看病也可以掛到名醫的診。

受到一例一休的影響，醫療院所假日開診人事成本增加，特別是周日及國定假日的開診率明顯減少，根據健保署統計，地區醫院僅約4成，西醫基層診所約2成。

為鼓勵基層醫療假日多開診，健保署長李伯璋表示，健保署決提高地區醫院假日門診診察費，週六調升100元，周日及國定假

日調升150元，預計一年將投入近7億元。

李伯璋指出，健保署提高假日門診診察費是一回事，最重要的是台灣社區醫院協會願意情義相挺，鼓勵所屬會員提高假日開診率。健保署昨日與社區醫院協會等多個醫療團體舉辦「分級醫療雙向轉診作夥來」記者會，共同宣示全力投入假日開診。

台灣社區醫院協會理事長、本身也是南投愛仁醫院院長謝武吉指出，社區醫院有檢驗、檢查設備，且內、外、兒科等科別都有，且不僅是醫學中心，地區醫院也有名醫，他的醫院就有30多名醫學中心醫師前來支援，其中有一位高醫免疫風濕科的名醫，每周固定到他的醫院看診，早上8點準時看診，一直看到下午，

附近民眾都很高興，不僅看名醫不用大排長龍的等待，醫師也有充分時間仔細說明病情，且地區醫院人較少，院內感染風險也下降。

健保署醫管組長李純霞表示，目前全台有361家地區醫院，截

至目前為止，已有308家地區醫院於周六開診，周日開診也達115家；謝武吉強調，未來會再陸續增加，希望能達100%。

民眾可於健保署全球資訊網及健保快易通App「固定服務時段」頁面，點選地區醫院周六日開診連結，即可顯示假日開診的醫院有哪些可供參考。



健保署昨日與社區醫院協會等多個醫療團體舉辦「分級醫療雙向轉診作夥來」記者會，共同宣示全力投入假日開診。

（魏怡嘉攝）



106年「罕見疾病類」之重大傷病醫療服務概況 - 依「醫療點數」前10名「患者」

患者排序/罕病分類序號/罕病名稱	性別	年齡	醫療點數		藥費	
			值 (百萬)	占率 (%)	值 (百萬)	占率 (%)
罕病總計			5,050.66	100.00	4,700.37	100.00
1 A7-02黏多醣症	F	15	45.09	0.89	45.05	0.96
2 A4-02肝醣儲積症	F	10	41.99	0.83	41.76	0.89
3 A4-02肝醣儲積症	M	14	40.71	0.81	40.60	0.86
4 A7-02黏多醣症	M	20	39.00	0.77	38.92	0.83
5 A4-02肝醣儲積症	M	11	31.61	0.63	31.52	0.67
6 A4-02肝醣儲積症	F	42	31.19	0.62	31.12	0.66
7 A7-02黏多醣症	F	25	30.36	0.60	30.27	0.64
8 A4-02肝醣儲積症	M	18	30.12	0.60	30.00	0.64
9 A7-02黏多醣症	M	14	29.61	0.59	29.54	0.63
10 A4-02肝醣儲積症	M	10	28.34	0.56	28.27	0.60

一個不漏 7年後消除C肝

全台50萬人感染 半數自己不知情 健保給付口服新藥 2年治癒3萬人



「救C肝，一個不漏」專家會議中，衛福部長陳時中（右起）、立委劉建國、立委蔣萬安、健保署長李伯璋、國健署長王英偉共同討論應在二〇二五年達成消除C肝的目標。

記者曾吉松／攝影

中半數不知道自己感染，許多病友等到肝癌、肝硬化或食道靜脈曲張破裂，大量出血，被送至急診，才知道為C肝所致。

衛福部健保署長李伯璋表示，肝炎治療計畫實施以來，約十萬名C肝患者使用雷巴威林、干擾素，其中八萬人治癒。二〇一七年健保給付C肝口服新藥，以肝炎防治老兵自居的中研院院士陳定信說，「台灣正一步一步消除C肝，下一步就是根除C肝。」

陳定信說，C肝口服新藥問世時價格昂貴，他一開始覺得健保可能給付，但在衛福部大力幫忙及立法委員鼎力相助、聯合報等媒體積極倡導及報導下，健保署在去年一月廿四日給付口服新藥。

簡榮南指出，傳統C肝治療，在十四年間治療八萬人，但健保給付口服新藥，迄今不到兩年，已治癒近三萬人，等於用了兩年時間，達到過去五年的治療成效。簡榮南說，目前已知的C肝病友在三至四年間，就會全數治療完畢，「救C肝，一個不漏」，希望大家一起努力，透過篩檢找出另一半感染者，接受治療。

中研院院士、台大臨床醫學研究所教授陳培哲表示，大部分C肝患者對肝炎認知不足，加上年紀較大，如果又住在偏鄉離島，醫療資源相對不足，可能疏於就醫。衛福部國健署長王英偉則指出，將調整篩檢策略，依鄉鎮風險等級放寬篩檢資格。

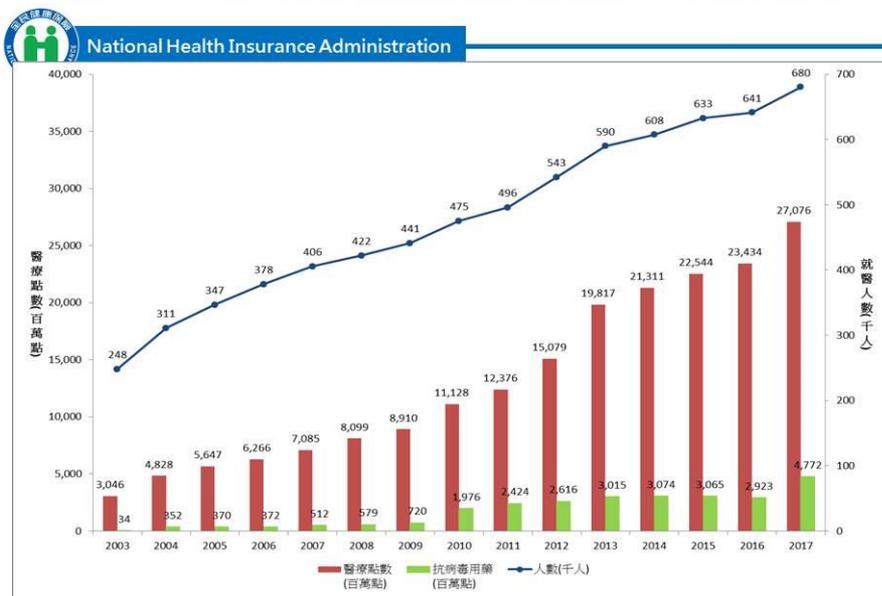
【記者李樹人、陳雨鑫、簡浩正／台北報導】「經費不是問題，希望在產官學界齊心努力下，台灣變成消除C肝的加速器。」台灣肝臟研究學會、基隆市肝病防治協會、聯合報健康事業部舉辦「救C肝，一個不漏」專家會議，衛福部長陳時中在會中提出C肝防治願景，希望二〇二五年提早達到世衛組織建議的消除C肝目標。

陳時中說，兩三年前，還在討論C肝新藥給付時，他尚未擔任部長，但講了句狂妄之語，「衛福部長如果讓我來做，就算借錢，也要先把C肝患者醫好」，因為新藥可治癒C肝，防堵病毒擴散傳染。陳時中更在會議中指出，治療C肝的經費不會是問題，就算當年費用超過，隔年再補付給藥廠，也應是能商議的。

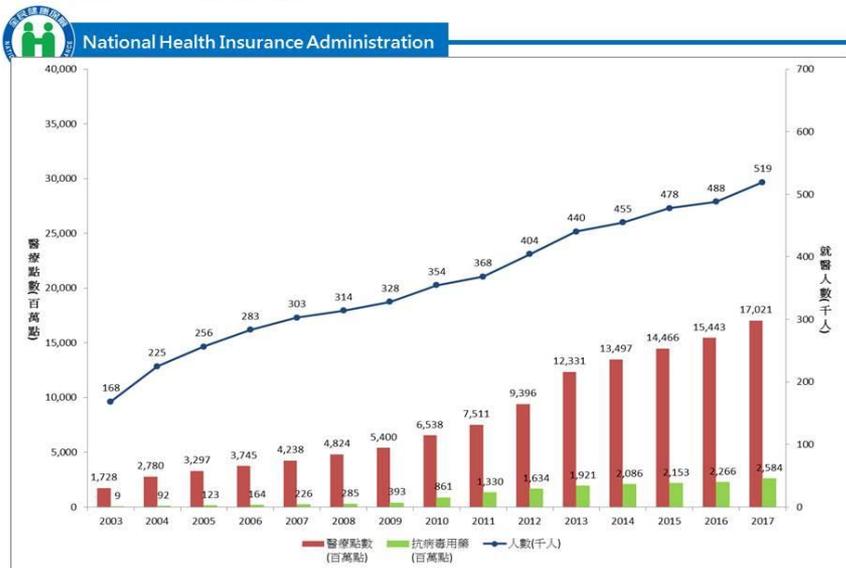
基隆市肝病防治協會會長簡榮南表示，台灣被譽為B肝防治的典範，相較於B肝，台灣在C肝防治上仍有努力空間。預估目前全台感染者約五十萬人，其



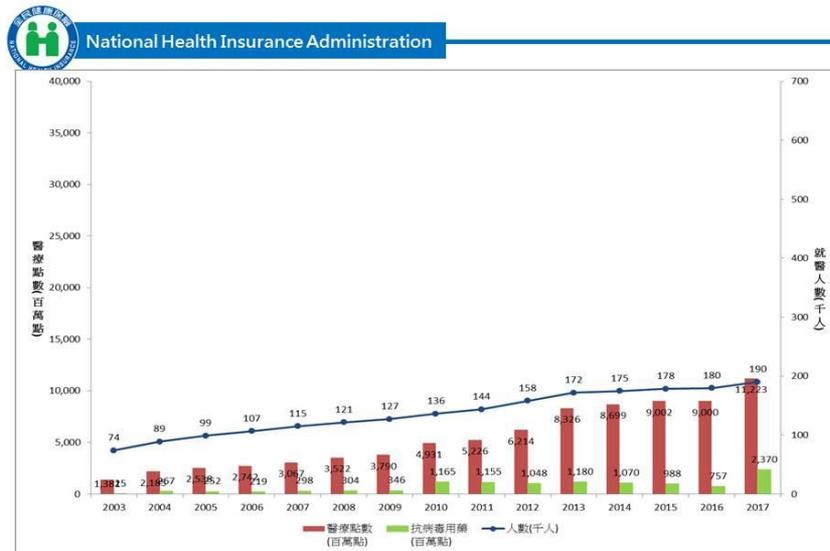
歷年BC肝病患就醫相關統計-門住合計



歷年B肝病患就醫相關統計-門住合計



歷年C肝病患就醫相關統計-門住合計



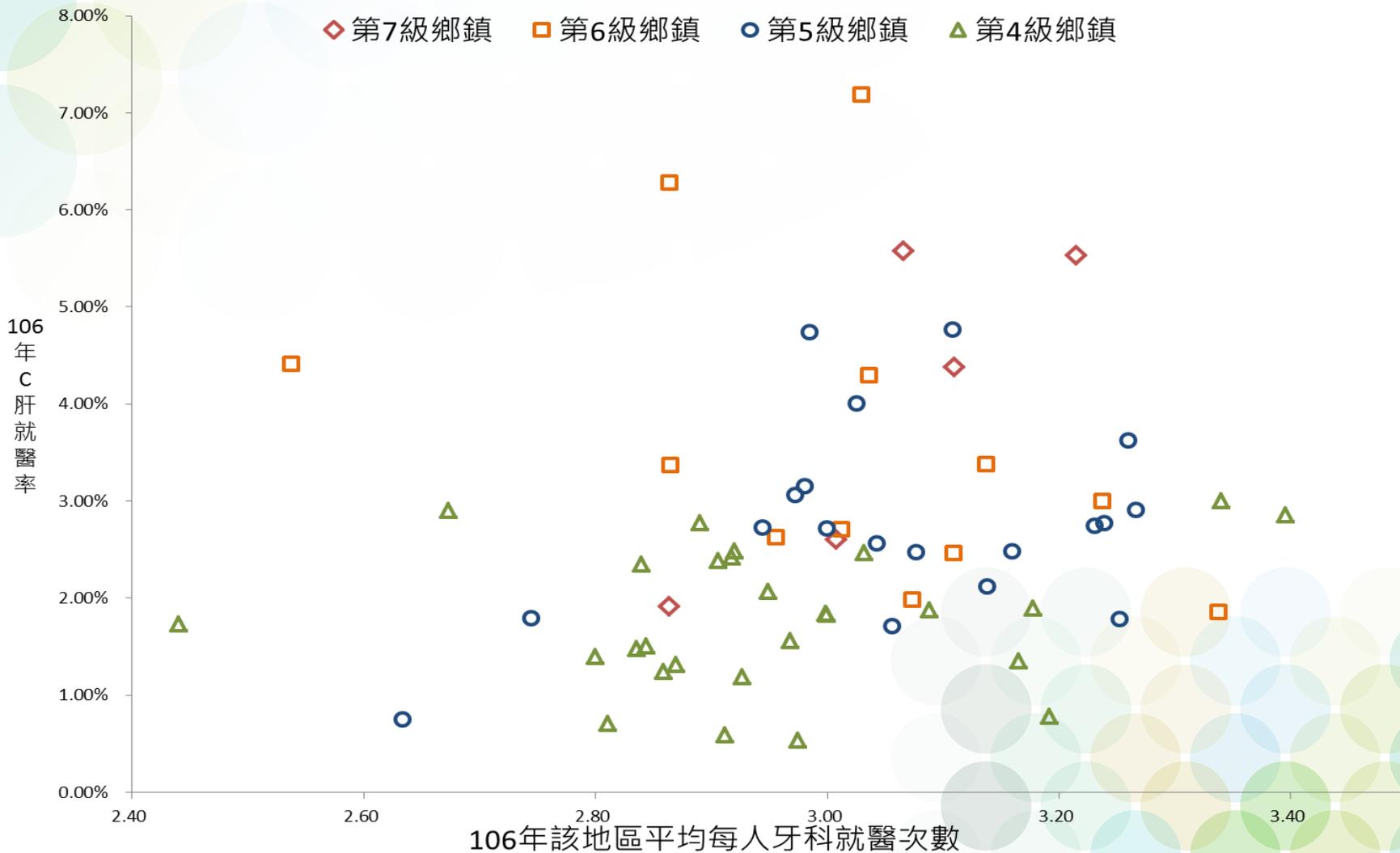


台灣C肝人數? 錢用在刀口上??

- 20萬人?
- 46萬人?
- 共用針頭? 毒癮?
- 牙科治療? 一人機?



C肝就醫率及牙科就醫次數分布圖





1年8.5萬人 台灣淪洗腎大國

國內洗腎患者已超過8.5萬人。

黃世宏攝



近年國內洗腎人數



如何預防腎臟病

▶▶▶ 避免高鈉飲食，泡麵湯、火鍋湯底不要常喝，餅乾、吐司常隱藏高鈉也要適量

▶▶▶ 飲水充足，每日至少要喝8大杯250c.c.的水

▶▶▶ 小便有泡泡、小便有血色、小腿水腫，都可能代表腎功能受損

▶▶▶ 每年可定期做血液、尿液腎功能檢查，掌握腎功能

資料來源：顏宗海醫師、盧國城醫師

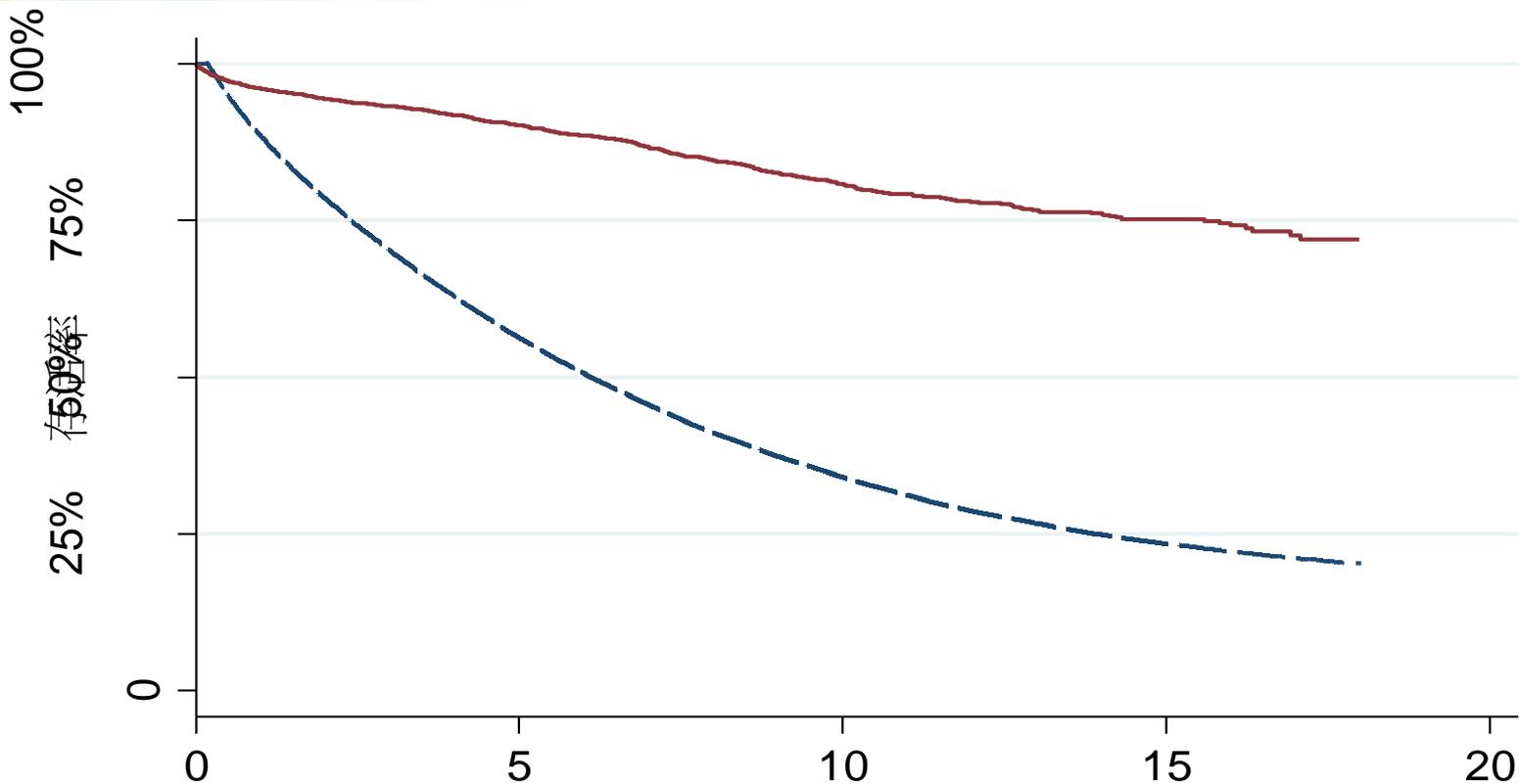
臟器捐，長期洗腎患者一定可以再減少。

林口長庚醫院腎臟科主治醫師顏宗海表示，正常情況尿尿應該是清澈透明，但如果小便有泡泡、小便有血色，都可能代表腎功能受損，另也可觀察小腿，小腿如有水腫就代表腎功能不好，建議有這些徵兆應及早給腎臟科醫師做血液及尿液檢查。

衛福部提醒，民眾平常應注意自己對鈉含量（鹽分）的攝取，妥善控制血壓、血糖，避免服用不當藥物、多喝水，可預防腎臟疾病發生。



ESRD及腎移植存活率比較



觀察人數

洗腎 160825
腎移植 4386

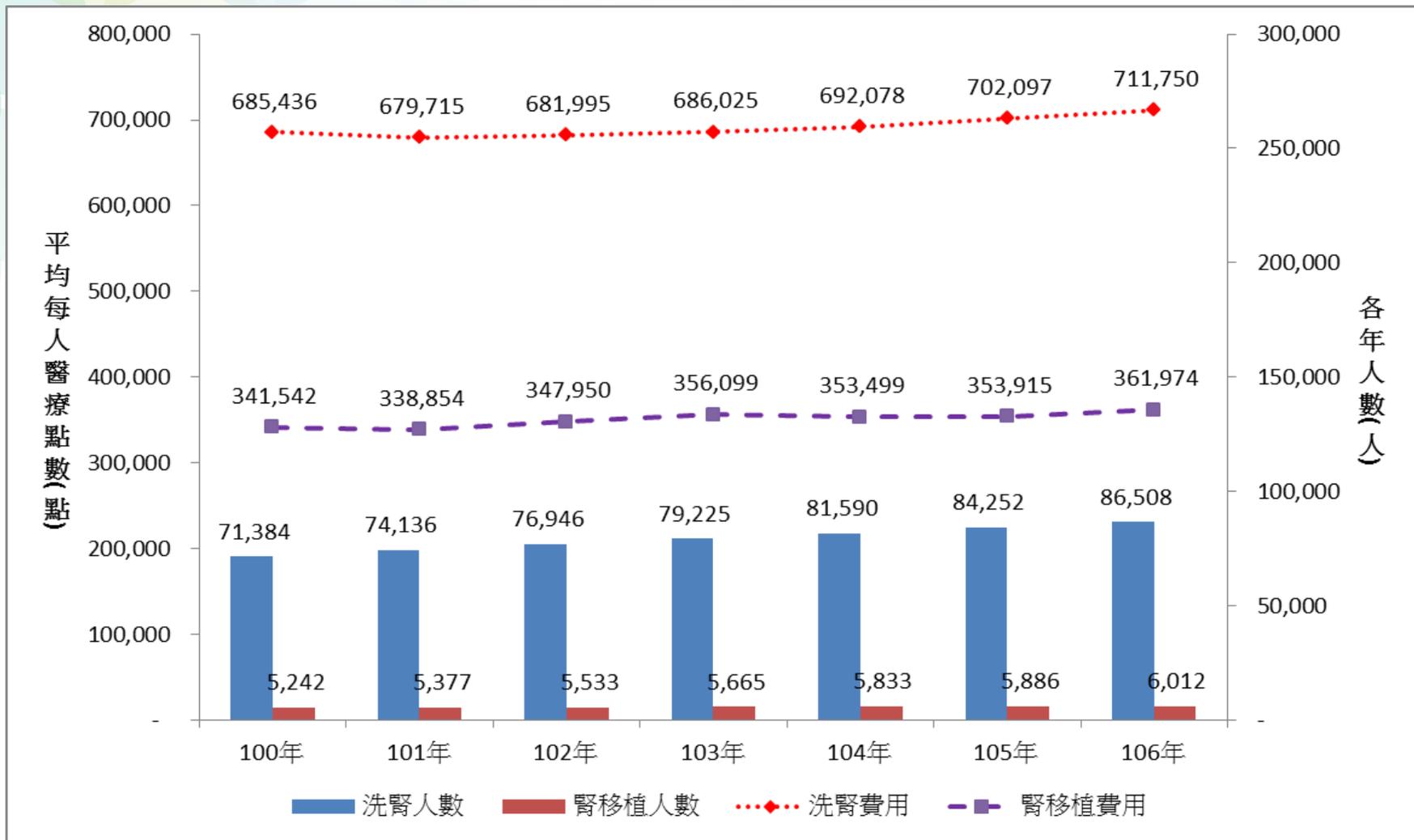
觀察時間(年)

60746	21979	5721
2527	1135	301





洗腎、腎移植人數及平均醫療費用





106年癌症統計,醫師用藥??

項目	癌症(各系統別共15大類)
人數	69萬人
藥費	365億元
癌症用藥費用	246億元
醫療費用	964億元

免疫藥抗癌 納健保給付

健保署擬6方案 藥廠需分攤費用

免疫療法價格昂貴 民眾難負擔

〔記者林惠琴／台北報導〕癌症三十多年蟬聯國人十大死因之首，去年造成逾四萬人死亡，近年免疫療法藥物出現，可改善原有療程的缺點，但昂貴價格讓許多民眾無法使用。衛福部健保署近日擬訂辦法，將有條件開放免疫療法藥物治療納入健保給付，只要藥廠同意分攤、藥品經審查通過就可給付，將可大幅減輕病人負擔。

目前癌症化療、放療常有頭暈、嘔吐、掉髮等副作用，標靶治療也可能因無特殊基因型無法接受療程，或因抗藥性而陷困境。近年出現免疫療法藥物，台灣泌尿腫瘤醫學會理事長江博暉解釋，當罹癌時，人體免疫系統T細胞會像踩煞車、無法展開攻擊，但免疫療法藥物可喚醒T細胞保護功能、擊潰癌細胞，副作用較小，國外有研究對部分癌症控制更佳。

國內已核准 4 藥廠 6 款抗癌藥

國內目前已核准四藥廠、六款免疫療法抗癌藥，適用非小細胞肺癌、泌尿道上皮癌、腎細胞癌、黑色素瘤等。而上述癌症每年就新增近兩萬人。

台灣臨床腫瘤醫學會理事長高尚志指出，每次治療藥價十幾萬元，一個療程可能要兩年，須花費一、兩百萬元，經濟因素而致使用者不多。

醫界及病友多次呼籲免疫療法納健保，健保署自去年與藥廠、病友研商，並經健保給付會議討論後，近日已擬出高費用癌症藥品送審原則、藥品給付協議，希望最快今年底正式開放健保給付免疫療法藥物。

今年健保總額撥二十五億元用於新藥，其中就可望用於免疫療法藥物，健保署專委黃兆杰指出，藥品送審原則已經衛福部核定並發函藥界，給付協議則在最後審查中，分有健保與藥廠比例分攤，健保只給付一定期間、一定程度療程或一定比例費用，其餘藥廠須負擔患者藥費等六方案。未來只要藥廠同意分攤費用，藥品送審通過，免疫療法藥物就可正式獲健保給付。

（相關新聞刊 A10）



調升急診相關診察及診療費用

年度	項目	內容
105-106	調升急診診察費支付點數	105年： ✓第四級：412->449 ✓第五級：358->390 ✓不分類：478->521 ✓精神科：505->550 106年： ✓第一級：1,652->1,800 ✓第二級：901->1,000 ✓精神科：550->901
105	提升急診診察費未滿6個月兒童加成	加成率由60%提高至100%
106	放寬急診診察費例假日加成時間規定	週六加成時間由之中午十二時放寬為自零時起算
106	增列兒童專科醫師申報急診診察費加成	新增加成率50%
107	調升心肺甦醒術(每十分鐘)支付點數	755->1,000(預告作業中)



急診品質方案修訂重點

- OHCA病患若存活出院，每位病人給予10,000點獎勵，若出院時意識清醒，給予30,000點獎勵。
- 急性心肌梗塞由2,000點調升為6,000點；重大外傷從進入急診後2小時內進入開刀房接受緊急搶救手術或處置者支付10,000點，4小時內進入支付2,000點；嚴重敗血症維持支付2,000點。
- 完成急診重大疾病照護病人進入加護病房 < 6小時者，每位病人給予5,000點獎勵。
- 「補助醫學中心、區域醫院急診專科醫師支援非同體系地區醫院急診服務」由每人每次每月補助1.5萬點調升為3萬點。



健保醫材及藥品，醫界認同？

「這個健保不給付！那個健保不給付！」

疱疹用藥給付

同一手術野/同一病巢/同類手術

「健保醫材、藥品比較差，自費的比較好！」

民眾的信任/民眾的負擔

健保醫材、藥品有那麼差嗎???



資訊共享與節制浪費

健保醫療資訊雲端查詢系統

雲端藥歷系統(西醫用藥)

(3個月)

特定藥品用藥紀錄

(特定管制藥品&特定凝血因子用藥)

(6個月)

過敏藥物紀錄

(永久)

復健醫療紀錄

(12個月)

中醫用藥紀錄

(3個月)

出院病歷摘要

(6個月)

手術紀錄

(6個月)

檢查檢驗紀錄

(6個月)

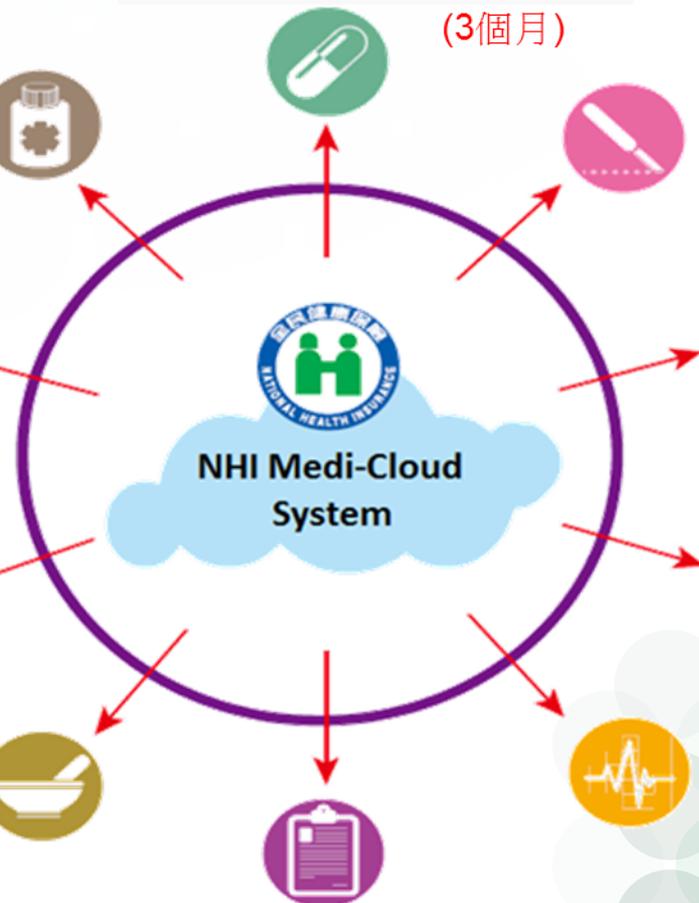
牙科處置及手術

(24個月)

檢查檢驗結果

(Reports & Lab Data)

(6個月)



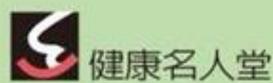


健保雲端醫療鏈結醫療AI產業

健保大數據能利於精準醫療產業發展



健保署醫療資訊上傳雲端與調閱分享17日上線服務，基層醫療院所將可透過雲端調閱分享，**TOP** 在大型醫院的電腦斷層攝影或核磁共振造影等檢查報告提升醫療效率，行政院長賴清德、衛福部長陳時中出席參觀。（王英豪攝）



醫者熱血仁心 AI取代不了



李伯璋

大學入學考試放榜之際，電機、資工、財金、法律等科系錄取分數持續攀升，顯示許多學子選科系多半朝「就業取向」；在此同時，隨著大數據、人工智慧(AI)等快速發展，「孩子現在就讀的領域，未來出社會後是否被AI取代？」甚至有人質疑：「未來醫師還是個好行業嗎？」現實醫療生態中，血汗醫療工作與醫療糾紛依然是醫者之痛。

對於這些疑問，我沒有確切的答案。不過，適巧兒子最近傳給我一篇《財訊》的文章，一位手搖飲連鎖店老闆訪談中提及「父親被一條發情的公牛撞傷，傷勢極為嚴重，由當時行醫的現任健保署長李伯璋急救，才撿回一命」，讓我回憶起近30年前。

路過急診室 上演即刻救援

民國79年前後，我在成大醫院擔任一般外科主治醫師，某日經過急診室

，瞄到一位中年男子臉色蒼白呈半休克狀態，因此趨前關心。護理人員說，病人主訴被牧場的一隻鋸角的公牛撞倒腹部，無明顯外傷，但病人血壓一直掉。我想，血壓一直往下掉，一定有內出血，不能被動等血壓穩定，需積極處理，於是緊急聯絡為病人手術。

手術刀畫開患者肚皮，不出所料，病人鮮血像泉水般湧出，原來是肝臟左葉及脾臟破裂，肝靜脈與下腔靜脈血管破洞，大量血液溢流腹腔，我一邊為其切除左肝及脾臟，卻一直無法止血，於是大量紗布塞在腹腔，將肚皮外縫合，進行體外壓迫止血。

由於病人體內留有紗布，恐引發感染，必須取出。3天後，病人又被推進開刀房。為避免繼續大出血，外科主任及一般外科主任等，準備隨時上場救援。所幸，當我打開病人肚子，原本內出血狀況已解除，大家也鬆了

一口氣。

當時，病人輸血高達3萬8千西西，幾乎全身血液在短時間歷經7至8次「大換血」，也創下成大醫院歷來單一病患輸血量最高紀錄。只不過，患者當時雖撿回一命，卻也因輸血染上C型肝炎，20多年後因肝硬化病逝。

「先生緣，病人福」 家屬感念30年

如今，回顧當年搶救這位病人，彷彿就在眼前，心中仍激盪不已。其實，那天我並非值班醫師，只因恰巧經過急診室，又出於關心病人及臨床判斷，義無反顧接手治療。

所幸，患者及時開刀而獲救，似乎印證了「先生緣，病人福」這句俚語。時隔近30年，患者家屬依然記得執刀醫師名字，我相信這是所有醫者最欣慰的一件事。

隨著AI成為時代顯學，個人認為，

當人工智慧時代來臨，絕大多數重複性的工作可能都會消失，身為醫者要懂得大數據分析及掌握AI優勢，強化專業技能。就像健保署積極推動雲端醫療資訊系統，就是協助醫師透過資訊科技，不論在哪裡都可以瞭解病人的用藥紀錄及檢驗檢查結果。

科技只是輔助 醫療有愛、有溫度

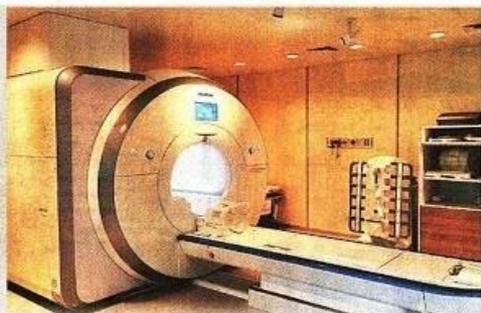
人工智慧畢竟是冷冰冰的，它沒有愛，沒有關懷；相反的，醫療始終來自於人性關懷，它是有愛、有溫度的，這是個人行醫38年以來的初衷，野人獻曝，也供今年考進醫學系的學子參考。

(作者李伯璋為健保署長)

● 健康名人堂邀請國內外醫藥公共衛生專家分享健康觀點與視野，每周二刊出。

做完檢查後不看報告 甚至1個月內重複檢查

浪費醫療資源 CT MRI 去白花17億健保



健保署首次統計，民眾做完電腦斷層掃描（CT）和磁振造影（MRI）後，30日內沒回去看報告、甚至跑到其它醫院做同樣檢查，去年浪費近17億元。（資料照）

2017年前五名檢驗檢查醫療利用情形

檢驗檢查類別	使用人次	醫療點數
電腦斷層	152萬5173	103億3849萬4168
超音波	518萬4477	95億5761萬6051
磁振造影	63萬5156	61億9971萬0550
抽血驗心臟酵素與血脂肪	507萬9648	58億7066萬0703
病理切片檢查	145萬1614	38億5293萬6208

備註：醫療點數價值浮動，1點約台幣1元以下
資料來源：健保署 製表：記者吳亮儀

（記者吳亮儀／台北報導）我國健保制度羨許多國家，卻有許多民眾不珍惜醫療資源！健保署首次統計，民眾做完電腦斷層掃描（CT）和磁振造影（MRI）後，卅日內沒回去看報告，甚至跑到其它醫院做同樣檢查，去年浪費近17億元。健保署長李伯璋表示，在一個月內重複做CT或MRI，九十九％都屬於不必要的檢驗，不僅浪費醫療資源、健保，更會加重醫療人員的工作負擔。

電腦斷層掃描 近13萬件未看報告

根據健保署大數據分析，以CT為例，去年開單受檢者在卅日內未回診看報告多達十二、七萬件，占受檢總數的十五％，醫療點數五、六億點；另外，在檢查後卅日內沒回原檢查醫院看報告，而到不同醫院再就診、做相同檢驗也有四、二萬件，占受檢總數的五％，如此又花費一、八億點。

而做MRI在受檢卅日內未回門診就醫看報告者有八、八萬件，占受檢總數的十六％，醫療點數達七、二億點；檢查後沒看報告，卻再到不同醫院看診者近三、七萬件，占受檢總數的七％，又花費醫療點數近三億點。兩者合計逾十七億點。一醫療點約台幣一元以下，十七億點近台幣十七億元，可說都浪費掉了。

健保基金一年雖高達六千多億，卻經常捉襟見肘，健保署近年來對減少醫療浪費著力不少。李伯璋表示，他首次去撈健保大數據資料比對，查看這類醫療檢驗浪費情形，意外發現問題不少。

健保數據資料比對 醫療檢驗浪費多

李伯璋強調，做完醫療檢查不回去看報告，等於不知道病情，或是沒看報告卻又跑去其它醫療院所做同樣的檢驗，這都造成浪費。他認為可能是因民眾自覺身體好像沒問題了就不看報告，或是誤以為醫院會自行通知病情，但這都是錯誤認知。

自覺沒問題或醫院會通知 都是錯誤

不只CT和MRI，其它醫療檢驗也多少有浪費情形。以去年檢查醫療利用情形來看，前五名依序是電腦斷層、超音波、磁振造影、抽血驗心臟酵素與血脂肪、病理切片檢查，各項檢驗的病人數量動輒數百萬人次。

李伯璋說，還有許多檢驗如照X光、驗尿等，多少都存在重複檢驗或病患沒回去看報告、聽醫師講解等問題。他呼籲醫師做好把關，要求病患一定要回去看報告，並趁機做好衛教，「減少醫療浪費，才有機會免除調漲健保，受惠的是全部民眾」。

健保署推動分級醫療來確保醫療資源不浪費，並在雲端醫療分享平台新增「E」程式，提供各醫療院所醫師在開立醫囑時，能馬上連線健保署雲端資料庫功能，交叉比對是否有重複開藥。且除了藥歷外，驗血、驗尿等檢查同樣也提供比對提醒。

健保署預計未來將這項功能擴充到斷層掃描和磁振造影等檢驗項目，也正研發可以看到病患看診日期的程式，更方便醫師查詢。

健保署今年也增加納管四十八類藥品，加上之前的十二類藥品，總計共六八四項藥品納入管理，佔健保一千六百億元藥費中的八成。未來將強化抽樣並啟動核扣，避免重複開藥及用藥問題。

減少浪費健保資源 落實分級醫療、雲端查核開藥

（記者吳亮儀／台北報導）減少醫療資源浪費，健保署的解方之一，是分級醫療。台大醫院上週宣布啟動「星月計畫」，和四百家醫療院所合作提供轉診名額，可視為分級醫療的里程碑；健保署副署長蔡淑鈴表示，許多小病痛到診所就能治癒，不必窮擔心跑大醫院做一堆不必要的檢查。

健保署要求國內醫學中心等級醫院在今年內降低二門診量，因此各醫學中心紛紛以減診、和診所合作推動轉診等方式來降低門診量。

蔡淑鈴觀察，許多民眾只是小病痛卻也跑大醫院，很多大醫院常為此開立不必要的檢查。且一旦病患在大醫院看病後，就幾乎不可能再下轉到基層診所就醫，容易造成浪費。

蔡淑鈴說，除小病痛可到基層診所治療外，病情已經穩定的慢性病患在基層診所就醫，其實也有充分醫療照顧，如此可將大醫院的醫療資源留給重症病患。

小病痛跑大醫院之外，健保署也注意到民眾浪費健保的問題。健保基金一年六千多億元，其中藥費佔了約一千六百億元，而去年光登錄有案的回收藥物就有近兩百公噸、約五億顆，沒被列入統計的藥物浪費可能更多。

監察院 公告

發文日期：中華民國107年11月14日
發文字號：院台內字第1071930817號

主旨：公告糾正衛生福利部中央健康保險署辦理健保醫療費用審查、特約醫療院所違規查核、檔案分析及大數據資料分析等作業，卻未發現或警示少數不肖醫師與病患勾串，詐領保險金及不實申報健保醫療費用等之異常情事；另李威傑及林克臻醫師涉及詐領保險金事件，該部未能本於中央主管機關之法定職責，基於病患最佳利益及公平正義原則之維護為適當且必要之處分，顯非適法案。

依據：107年11月8日本院內政及少數民族委員會第5屆第52次會議決議及監察法施行細則第22條規定。

公告事項：糾正案文1份。

糾正案文

壹、被糾正機關：衛生福利部中央健康保險署、衛生福利部。

貳、案由：衛生福利部中央健康保險署辦理健保醫療費用

審查、特約醫療院所違規查核、檔案分析及大數據資料分析等作業，卻從未能透過上開機制，主動發現或警示少數不肖醫師與病患勾串，詐領商業保險或其他保險之現金給付，同時不實申報健保醫療費用之異常情事。類此保險詐保案件僅能被動配合檢調機關之偵查作為啟動後續之行政調查，但對於特殊異常樣態之監測束手無策，未能加以深究解決並建立有效防制或勾稽機制，未盡妥洽；案內李威傑及林克臻醫師於涉及之詐領保險金案件中居於關鍵地位，對於醫師醫德之破壞甚巨，但衛



尊重醫療專業

隨機審查-----嚇阻

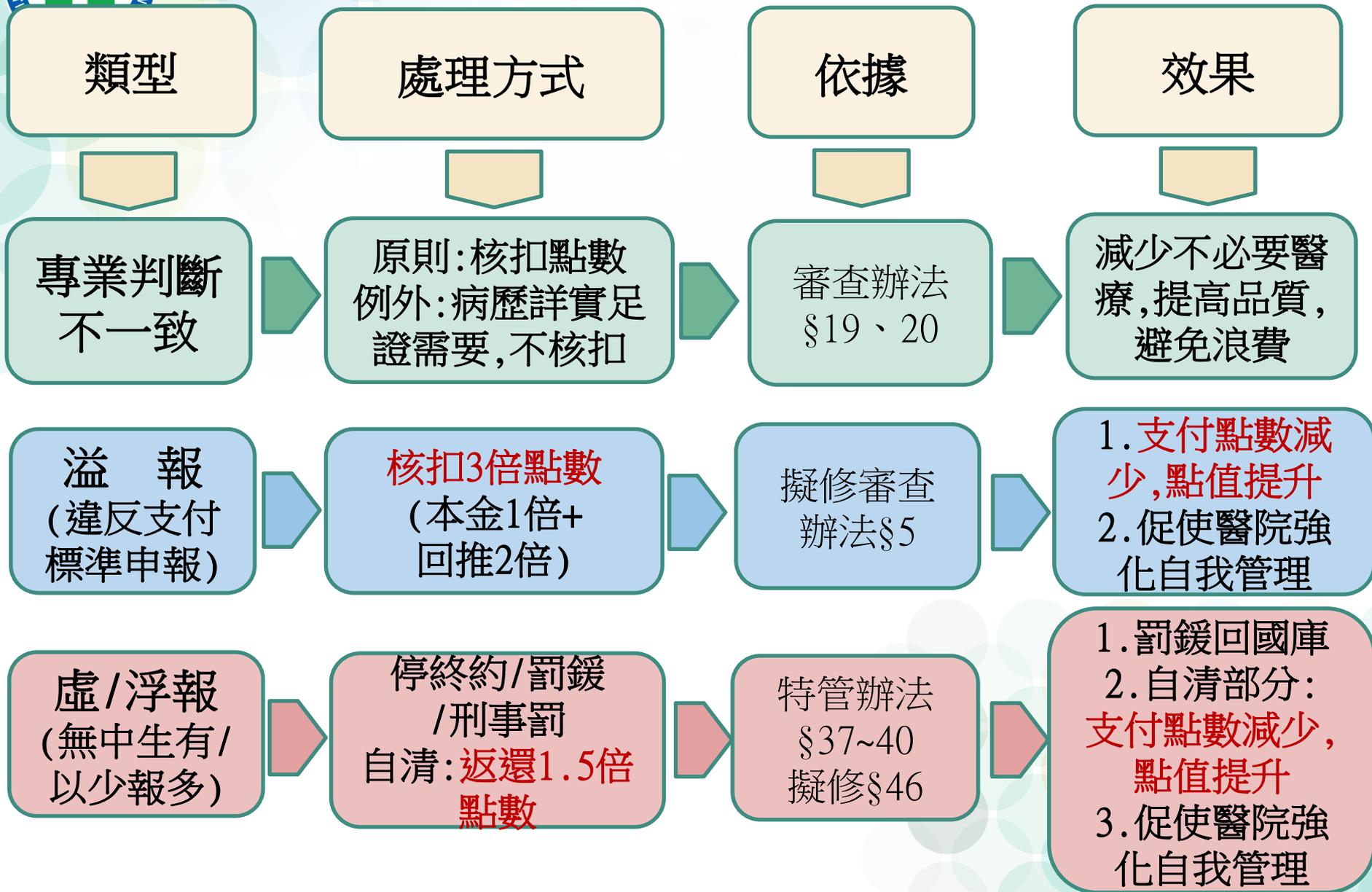
立意審查-----監控異常

違規查處-----打擊不法

溢報/浮報/虛報/大數據精準審查



健保異常申報費用處理模式





大數據分析醫院現況並信函 提醒各醫院院長

致親愛的院長：

健保自開辦以來經過 23 年頭，多承醫界先進共同努力，讓民眾安心就醫，成就國際佳話，度表謝忱。然近年來醫療費用支出從 84 年健保開辦時的 2,200 億元，至 106 年已達 6,600 億元，成長 3 倍，其中門診支出，以檢驗檢查及藥費大幅成長，對健保財務已帶來沉重負擔，更直接影響總額點值。在尊重醫療專業下，健保署期與醫界共同管理非必要的醫療行為，以保障民眾就醫品質，是當前推動健保改革的重要任務之一。

本署藉由運用大數據分析、檔案分析、專案審查意見回饋及違規檢舉等，不時會發現部分院所仍然有異常申報醫療費用之情形發生，為建構節制醫療資源浪費的機制，及有效管理健保財務，本署依法將有浮報、虛報及濫報之個案加以審查並積極查緝違規案件，視違規事證予以核刪。未來若更進一步與醫界達成共識，對於明確違反支付標準等相關規定的案例，將不再僅以核扣當筆費用來處理，希望朝加倍核扣費用的方向努力，讓認真負責且循規蹈矩的醫療同儕能確實得到合理的給付，讓民眾獲得妥適的醫療照顧。

為了保障總額的合理分配，希望能藉由醫界專業自主管理，並鼓勵貴院所醫師、藥師及其他專業醫事人員能善加利用健保醫療資訊雲端查詢系統，透過醫療影像共享，讓民眾避免非必要的檢驗檢查及用藥，以減少醫療資源浪費，使有限資源都能確實用在刀口上，提高醫療效能及民眾所繳保費之價值。

為改善醫療生態及環境，給予醫療院所合理的支付，守護全臺民眾的健康，一直以來都是健保署努力的方向，也是健保署的責任，亦期待能與醫界同仁一起攜手合作，讓健保永續經營。

衛生福利部

中央健康保險署 署長

李伯璋



公布情節重大名冊

健保法第81條，違規情節重大者，保險人應公告其名稱、負責醫事人員或行為人姓名及違法事實

衛生福利部中央健康保險署

健康存摺、補充保費、健保 搜尋

熱門點閱單元: 網路申辦及查詢(投保單位), 保險費計算, 網路申辦及查詢(一般民眾)

認識健保署 新聞發布 資訊公開 關誼專區 健保法令 主題專區 下載及應用

- 一般民眾
 - 醫事機構
 - 投保單位
 - 藥材專區
 - 網路櫃檯
- 您對此網頁資訊及功能滿意度?
- 很滿意
- 滿意
- 普通
- 不滿意
- 很不滿意
- 送出

違規醫事機構資訊

特約醫事服務機構違規情節重大名冊

全民健康保險特約醫事服務機構查處統計表
期間：97年1月1日至107年9月30日

處分類別	違約點數	扣減費用	停止特約	終止特約	總計
107年9月	0	8	5	1	14
107年8月	17	9	8	0	34
107年7月	10	13	6	1	30
107年6月	0	5	14	2	21
107年5月	7	9	11	2	29
107年4月	16	3	4	0	23
107年3月	14	11	8	0	33
107年2月	1	11	4	1	17
107年1月	12	20	4	2	38
106年1~12月	112	169	67	15	363
105年1~12月	73	155	84	18	330
104年1~12月	60	134	123	66	383
103年1~12月	92	161	88	39	380
102年1~12月	97	127	101	19	344
101年1~12月	92	150	109	21	372
100年1~12月	81	204	111	24	420
99年1~12月	159	215	114	53	541
98年1~12月	68	234	207	27	536
97年1~12月	136	154	138	18	446
合計	1,047	1,792	1,206	309	4,354

全民健康保險特約醫事服務機構違規情節重大名冊

負責醫事人員/行為人	處分類別	處分理由	處分條款	執行起日	執行迄日
	停止特約(診所類別03)在院醫療業務1年(負有行為責任醫師或醫師前逾停約期間,對保險對象提供之醫事服務費用不予支付)	以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,虛報在院醫療業務,行為時特約第72條、行為時特約及管理辦法第38條第1項第2款、同辦法第40條第3款。	行為時健保法第72條、行為時特約及管理辦法第38條第1項第2款、同辦法第40條第3款。		暫緩執行
	終止特約	未實際受理慢性病連續處方箋,虛報藥費逾25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。		暫緩執行
	停止特約(管科在院業務)1年(負有行為責任醫師及牙醫於前逾停約期間,對保險對象提供之醫事服務費用,不予支付)	使用自費特材整牙卻申報健保特材整牙醫療費用。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1071101	1081031
	停止特約(管科在院業務)1年(負有行為責任醫師及牙醫於前逾停約期間,對保險對象提供之醫事服務費用,不予支付)	使用自費特材整牙卻申報健保特材整牙醫療費用。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1071101	1081031
	終止特約	藥事人員未實際在診所內執行調劑業務卻虛報藥費超過25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款及第43條第4款。	1071001	1080930
	終止特約	及領醫師未親自診視,虛報醫師診視費暨未實際執行照像及偽造受檢管站紀錄,虛報相關照像及護理師視察等醫療費用超過25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1070701	1080630
	終止特約	送約虛報點數超過10萬點,並有發給保險對象非治療需要之藥品、營養品或其他物品,收據保險憑單,或有未診治保險對象仍記載就醫紀錄及以不正當行為虛偽之證明、報告或陳述申報醫療費用。	行為時健保法第72條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第1款、第2款。	1070101	1071231
	終止特約	以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,虛報藥事服務費逾25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1061201	1071130
	終止特約	中醫師未親自執行針灸治療,卻虛報針灸治療費超過25萬點。	全民健康保險法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款及第43條第4款。	1071201	1081130
	終止特約	虛報醫療費用及登記執業藥事人員未親自執藥品調劑業務,虛報藥事服務費逾二十五萬點。	行為時健保法第72條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1061201	1071130
	終止特約(暫減減十倍醫療費用)	開始健保不給付之一般保養品,虛報醫療費用超過十萬點及未依處方箋、病歷或其他紀錄之記載提供醫事服務,未經醫師診斷進行提供醫事服務。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第1款、第2款、同辦法第37條第1項第1款、第2款。	1070201	1080131
	終止特約	空管未具醫師資格之人員,為保險對象執行醫療業務,申報醫療費用逾25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第4款、第43條第4款。	1070601	1080531
	終止特約	以不正當行為或以虛偽之證明、報告或陳述,申報醫療費用超過25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款及第43條第4款。	1070901	1080831
	終止特約	對保險對象健保不給付非健保給付、非治療需要之物品虛報醫療費用超過25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款及第43條第4款。	1070801	1080731
	終止特約	藥事人員未實際執行藥品調劑業務,卻以其名義虛報藥事服務費逾25萬點。	健保法第81條、特約及管理辦法第40條第1項第2款、第43條第4款。	1070401	1080331



31項「葡萄糖胺」指示藥不納健保 影響12萬人

維骨力10月起停給付

【黃仲丘／台北報導】「維骨力」等含葡萄糖胺 (glucosamine) 的31項指示用藥，衛福部拍板10月起健保不給付了！初估將有12萬人受影響，可年省1.2億元健保支出。

《全》民健康保險法》規定，「醫師藥劑生指示藥品」不列入健保給付，過去勞保及公保時代有給付的指示藥，當初考量民眾需求，健保開辦後仍違法延續給付，並從2005年起陸續取消。目前健保仍持續給付900多項指示用藥。這類藥品都不須拿醫師處方就可在藥局買到，外包裝會標示「指示藥品」，一般成藥則會標示成藥字樣。

健保署指出，去年健保會委員提案全面取消給付指示藥，經醫師公會評估，緩解退化性關節炎疼痛、含葡萄糖胺成分的31項藥品療效不明確，健保署共同擬訂會議決議停止健保給付，並將全案送衛福部，近日經衛福部核定，健保署已在本月23日發出公文，通知各醫學會及醫療院所，10月起停止「維骨力」等含葡萄糖胺的31項指示用藥健保給付。

健保年省1.2億元

健保署醫審及藥材組專委黃兆杰表示，除已確定停止給付的葡萄糖胺類藥物，仍有900多項指示用藥仍在給付，過去停掉的已有1500多項藥物，健保署將與各醫學會討論，並評估影響人數最少的指示用藥，後續停止健保給付。

健保署最新統計，今年1至6月全台約12萬人使用葡萄糖胺成分藥品，花費約6000萬元。

10月起健保停止給付後，初估將影響12萬人，年省1.2億元健保支出。據了解，目前維骨力每瓶500顆約4千多元，食品級葡萄糖每瓶100顆約1千多元。

葡萄糖胺為營養品

長庚體系運動醫學委員會召集人許宏志醫師表示，膝蓋軟骨是由一層網狀組織與網內的球狀組織所組成，網狀組織主要成分為二型膠原蛋白，網內球狀組織「蛋白醣」則由玻尿酸、葡萄糖胺、軟骨素組成。因此早期治療退化性關節炎，除使用抗發炎藥物，也會使用葡萄糖胺作為治療藥物。

許宏志解釋，口服葡萄糖胺牽涉到每人劑量不一，吃下去不一定會直接補充到膝蓋，且有可能不是軟骨而是大腦、小腦骨造成膝蓋磨損，也曾有國外研究證實，一天750毫克劑量其實對治療退化性關節炎並無顯著效果，因此現在認為應視葡萄糖胺為營養補充品而非治療藥物。

►退化性關節炎與過度使用最相關，建議勿過度負重。
設計畫面



▲「維骨力」等31項含葡萄糖胺的指示用藥，10月1日起健保取消給付。資料照片

健保取消指示用藥給付資訊

取消給付	●「維骨力」等31項含有葡萄糖胺的指示用藥
理由	●依《健保法》，指示用藥健保不給付 ●不須醫師處方即可自行到藥局購買
上路時程	●10月1日起
影響	●粗估12萬人須改自費購買
效益	●健保年省1.2億元支出

資料來源：《蘋果》採訪整理

2018年8月30日／星期四

自由時報

生活新聞 A10

維骨力 10月起健保不給付

31項葡萄糖胺類指示藥品須自費買 12萬人受影響

（記者林惠琴／台北報導）衛福部健保署昨宣布，主要適應症為緩解關節炎疼痛的維骨力等三十一項葡萄糖胺類指示藥品，因依法健保不可給付，加上療效不明確，十月起將正式取消健保給付，估計十二萬名患者受影響，健保一年可省下約一、二億元藥費。

指示藥不需經醫師處方，民眾可自行於藥局購買，因相對較安全、易取得，一全民健康保險法一規定不列入健保給付，但考量民眾用藥連續性，健保開辦迄今持續給付九二八項指示藥品，包含瀉藥、軟便藥、消脹氣藥等胃腸道用藥，以及感冒、過敏性鼻炎、止咳化痰等呼吸道用藥，還有葡萄糖胺等肌肉骨骼用藥、人工淚液等感官用藥，一年支出約十七億元。

健保署專委黃兆杰表示，去年健保會委員提案全面取消給付指示藥品，醫師公會也來函提出緩解關節炎疼痛的葡萄糖胺類指示藥品療效不明確，應該取消給付，經會議討論後，決定取消給付同成分的三十一項指示藥品，原本給付價介於一、二七元至三十、五元不等，其中以維骨力 (VIARTRIL-S) 給付最高，也最有知名度。

葡萄糖胺被視為營養補充品

長庚體系運動醫學委員會召集人、復健科醫師許宏志指出，早期會將葡萄糖胺用於治療膝關節炎，但口服不一定会直接補充到膝蓋，再經過代謝，成效可能受到影響。國外有研究發現，提供患者使用葡萄糖胺與安慰劑，再觀察疼痛指數與行動能力，結果無顯著差異，卻也不至於完全無效，因此認為葡萄糖胺可視為營養補充品而非治療藥物。

許宏志說明，目前治療膝關節炎主要的方式，包含程度可使用抗發炎藥物，搭配四頭肌、太極拳、水適應運動，以及減重，中重度搭配注射玻尿酸、少量的類固醇等。

藥師沈采穎指出，這類成分產品，以五百粒為例，目前自費價格國外原廠貨約四四百元，台廠貨則在一千元至一千五百元之間，但過去健保取消給付的藥品，可能因各公司策略調整出現漲價情形，是否調漲有待後續觀察。

至於其餘指示藥品取消健保給付時程，黃兆杰指出，已去函各公協會依照使用情形、人數等狀況，回報可以逐步取消給付的名單，或由各專科醫學會主動提出相關清單，再開會討論是否取消給付。



緩解關節炎疼痛的維骨力等三十一項葡萄糖胺類指示藥品，十月起健保取消給付。（資料照）

酒駕肇事醫療 健保擬不給付

健保署推動修法 包括代位求償 未來肇禍者恐得自費

【記者李樹人／台北報導】健保統計，酒駕事故死亡風險為一般車禍五、六倍，醫療費用也高於所有車禍平均值。衛福部健保署長李伯璋最近與立委討論，希望能推動相關修法，取消酒駕者車禍事故健保給付，甚至代位求償，由酒駕者負責車禍醫療支出，不要浪費社會成本。

酒駕肇禍事件層出不窮，李伯璋說：「酒駕是最不好的行為。」健保大數據分析發現，與非酒駕相較，酒駕引起死亡相對風險高出五倍，酒駕肇事者死亡相對風險更達六倍，其他受害受害者死亡風險是一般事故的三倍。

民國一〇三年至一〇五年醫療院所申報資料顯示，每年用於酒駕車禍事故醫療費用約一點七至三點一億元，平均每起事故八萬到十一萬元，高於所有車禍醫療事故平均醫療支出的六至七萬元。

李伯璋說，酒駕肇禍者各自由取、害人害己，所衍生醫療費用，又比一般交通事故高出許多，對健保及社會造成極大負擔。因此，健保署擬與朝野立委合作，希望推動修法，以期符合公平正義。

修法努力方向有二，一是健保不給付酒駕者車禍意外的醫療費用，肇事者必須自付該車禍意外所有醫療費用，包括急救、住院以及後續治療等。此外，酒駕車禍意外相關傷者醫療支出，將代位求償，例如被撞傷的行人、機車騎士、汽車駕駛及乘客等醫療費用，均由酒駕肇事者負責，健保不支付。

李伯璋說，取消酒駕肇事者的健保給付，以及代位求償其他傷者醫療費用，茲事體大且複雜，非健保所能決定，必須在立法委員協助下，修改道交條例、第三責任險等相關法令，才能上路。據了解，部分立法委員展開連署，預計十二月可完成。

李伯璋說，明知酒駕是極度危險行為，不少人卻一意孤行，一旦發生車禍意外，往往傷亡慘重，民國一〇二年至一〇六年間酒駕肇事事件，導致七百四十五個家庭破人亡，光是一〇六年，就造成八十七人死亡、六一六〇人受傷。酒駕當事人了解酒駕風險，卻仍我行我素，理應負擔導致傷亡的醫療費用。

李伯璋也建議，可參考美國作法，讓有酒精反應的駕駛者無法發動汽車，或強制有酒駕前科、酗酒成癮者或汽車租賃業者安裝此系統，且酒後代駕、共乘等機制須完整，避免酒駕事故一再重演。

相關新聞見A8

A9 生活新聞

自由時報

2018年11月16日／星期五

酒駕年耗健保上億 擬改肇事自付

被撞傷等相關傷者採代位求償 要求肇事者負責

【記者林惠琴／台北報導】國內酒駕事件頻傳，釀成不少家庭悲劇，衛福部健保署長李伯璋表示，酒駕者清楚危險性，卻仍一意孤行，導致傷亡事故年年花健保上億元，將與立委討論修法，未來酒駕肇事者的醫療費用，擬由當事人自行負擔，健保不再給付，且被撞傷等相關傷者的醫療支出，可能採取代位求償，也要求酒駕肇事者負責。

李伯璋指出，二〇一三年至二〇一七年，酒駕事故造成七四五個家庭破碎，光是去年就有八十七人死亡、六一六〇人受傷。進一步分析數據，酒駕事故引起的死亡風險，則是非酒駕事故的五倍，肇事者、相關傷者死亡相對風險，分別是六倍、三倍，其中，肇事者以三十至三十九歲為大宗，四十至四十九歲居次。

李伯璋說明，二〇一四年至二〇一六年健保用於酒駕事故的醫療費用，約一．七至三．一億元，平均每起事故約八至十一萬元，高於一般車禍的六至七萬元。

李伯璋指出，近期多名立委提議酒駕肇事醫療費用取消健保給付，未來討論修法，酒駕肇事者醫療費用擬由當事人自行負擔，健保不再給付，且被撞傷等相關傷者的醫療支出，可能採取代位求償，也要求酒駕肇事者負責。

醫改會憂收不到醫療費

不過，醫改會副執行長朱顯光提醒，酒駕令人厭惡，但此舉恐衍生不少問題，首先第一線醫護人員不可能見死不救，若事後發現是酒駕肇事者，健保不給付，當事人也不付，豈不是要醫院自行吸收？萬一酒駕肇事者沒錢付相關傷者的醫療費用，難道傷者得自己承擔？呼籲要仔細評估。

台灣曾經輝煌過，1970年代台灣開始經濟起飛，台灣錢淹腳目，不但不少人發財，而且貧富差距小，軍公教幾乎年年加薪；80至90年代，報上竟有這樣的徵人廣告：「瓦斯送貨員，享勞保，月薪5萬」，今日看來，真的要高呼「天呀！」進行中的十大建設逐漸完成，使台灣經濟更上一層樓；1987年解嚴，解除黨禁報禁，言論自由百花齊放，一片光明；就算是早年退出聯合國，1989年台美斷交，大家還是充滿希望和信心，股票破萬點，又教育普及，只要有才華又用功，三級貧戶的陳水扁也能當上台北市長又當上總統。

判斷絕對無法永續

由於醫療照護不但是正常財貨，更是奢侈品，所得越高，花費在醫療保健的支出佔所得的比率越高。民眾收入高了，要求全民健保的呼聲也越高，加上民主化，1987年，當時的俞國華院長，不得不宣布在2000年要達成全民健保。即使如此，要求提前實施全民健保的呼聲仍如排山倒海，結果是比預定早了5年，而於1995年全面施行。

由於全民健保是除十大建設外，唯一有事先規劃，容許社會充分討論的社會建設；並且有群體醫療及醫療網的先期奠基，醫事人力規劃擴充，避免了有保險無醫療的困境；加上優良醫事人員的辛勞、良好的衛生資訊系統、民眾的配合（樂於交健保費，收繳率高於韓國，不輸最守法的日本），因此台灣的健保一炮而紅，納保率高、醫療費用低，醫療給付包山包海，民眾滿意高，被各國專家稱頌。

當然天下沒有完美的制度，血汗醫事人員、醫療浪費、錢沒有用到刀口等等問題，也逐漸浮現。其實最嚴重的是台灣只有全民醫保而沒有全民健保，因為2次修法都未將健康促

進、預防保健納入健保給付。醫界及付費者代表都說，這應由公務預算支付，但政府稅收不足，預防保健的經費每下愈況，雖然台灣的醫療水準亞洲第一、全球第三，但全民健康水準只落得第45名（Lancet, 2016），也就是洗腎水準高超，但預防腎臟病卻缺乏費用，不能治未病而只能治已病。

台灣健保如此優異，我不知被問過多少次，健保是否可以永續，也不知回答多少次「絕對無法永續」。此處的不可永續指的是，目前的健保水準，不出10年就要大幅縮水，再也享受不到今日便宜又大碗的健保。但問題不是出在健保本身，而是台灣解嚴後，民粹日趨嚴重，藍綠惡鬥、統獨紛爭，一切看選票，蚊子館到處蓋（包括3千億的核四）、社會分裂、教改無方，不婚、不生、不養、不活世界第一。

2、30年前韓國、新加坡尚且派員來台學習，老共經濟發展差我們一大截，今日呢？台灣原來做人的經濟發展、社會公平、教育優良、社會安全都不斷落敗，唯一可做人的只剩健保一項。可是台灣人口快速老化，目前14%為老人，再7、8年就是20%，每一名老人的醫療費用比非老人至少多5萬元。且台灣平均年齡也不斷升高，費用成長快速。少子化則讓醫事人力必然更加吃緊。2011年費了九牛二虎之力調高費率，讓原本負債600億元的健保財務穩定下來，但下次若要調高費率恐怕門兒都沒有。

用錢的多、繳錢的少，年輕就業人口必然全力抗拒開革命，過去20多年健保承擔了多少貧苦大眾的醫療，避免因病而貧，且成為國家認同、社會共同價值的基礎，但這一切都將快速過去，台灣衰敗得只剩下健保，而問題不在健保本身，健保不死，只是凋零。

楊志良／教授、前衛生署長

回應楊志良：健保改革永不嫌晚

前衛生署長楊志良以標題《健保悲歌》投書於《蘋果日報》，最後以「健保不死，只是凋零」作為結語，文字充滿無奈。個人就任健保署署長以來，一直以提供2300萬民眾優良的醫療照護品質，以及創造醫護人員更好的工作環境為自我期許。近年來，健保醫療預算雖年年成長，但卻永遠跟不上醫療支出，造成每個醫療點數不足1元的怪現象，醫師所得報酬，活生生被打折，而且，深怕自己不多看診收入會吃虧，導致衛高服務量來彌補點值滑落的缺口。

大醫院門診降低2%

過去兩年我們積極建置「醫療資訊雲端查詢系統」，鼓勵各層級醫院把病人做過的檢驗檢查報告、用藥紀錄及影像上傳，讓患者在各地院所就診時可由醫師在診間調閱。如此可避免重複開藥與做檢驗檢查，對病人安全有好處，也可大幅度減少藥師、放射線科與檢驗科同仁們的工作量。目前全台醫學中心及基層診所相互信任下，陸續響應支持「垂直整合」的概念，各地分別推出「雁行計畫」、「共好醫療」、「醫療航艦」、「共榮基層」、「雙向轉診一條龍」……的務實合作策略，健保改革追求讓台灣民眾重啟信任「社區好醫院，厝邊好醫師」的「分級醫療，雙向轉診」。

從今年7月開始，大醫院必須透過自己管理機制讓門診件數降低2%，穩定的慢性病人與簡單手術盡量安排在診所或地區醫院就醫，讓大醫院醫療人員能專心於急症、重症、罕病與困難疾病的醫療工作。健保署在去年進行60億元調整急重症醫療給付，地區醫院挹注22億元調整住院病房費、護理費。

今年即將修正「手術通則」：「同手術視野下，比如直腸癌局部侵犯子宮、膀胱，轉移到肝臟，目前第一刀切除直腸癌有100%手術給付、第二刀切除子宮或卵巢也有100%手術給付、第三刀切除膀胱轉移則是50%手術給付、第四刀切除肝轉移則沒有手術給付」、「5公分內的簡單縫合只給付200多元，比大飯店的牛肉麵還便宜」、「心臟按摩的急救治療比街上的按摩還便宜」，像這種不符合尊重醫療專業的實務，都造成醫療人員的委曲無奈。明年我們也會再力求溝通與改革，調整「急重難罕」的支付標準，讓醫院醫療人員獲得合理的勞務報酬，也要讓大醫院對「分級醫療」下的財務更有信心，醫療人員若能快樂工作，真正受益的還是我們民眾。

很多行之多年的政策，也必須拿出來檢視合理性與如何改革，例如：「醫院自主管理」是控制醫療費用上漲的方法，從去年資料來看，醫學中

心有19家參加「自主管理」，醫療行為超過議定點數162億點，多了10%的點數；區域醫院有74家參加，超過113億點，多了7.8%點數；地區醫院有327家參加，超過25億點，多了4.3%點數。上述超過自主管理點數的醫院，有的採取全數扣除（俗稱「斷頭」）或打折支付，這對用心看診的醫師的確不甚合理；有些醫院的醫療行為量不夠目標值，就會想辦法衝高服務量，這也使醫療人員更血汗工作與造成更多醫療資源浪費。

合理給付醫療人員

未來，健保署會落實利用大數據做精準審查，把違規浮報、虛報、溢報健保費用的醫療行為給予加倍核扣，讓辛苦依專業工作的醫療人員得到合理給付才是正途。

健保改革永不嫌晚，有開始才有改變的機會，尊重醫療專業的前提下，改善護理人員工作時數與護病比、強化臨床藥師與社區藥局的藥品諮詢的角色都是健保改革的目標。期待全國民眾善用「醫療資訊 雲端查詢系統」與「我的健康存摺」，一起來減少不必要的醫療浪費，並將醫療資源妥善重分配與新藥新科技的使用，這樣才是全民之福。

李伯璋／中央健保署署長



分級醫療納入107國中會考社會科試題之媒體報導

分級醫療首度納入會考題 專家：意義重大

分享 留言 列印 存新聞 A- A+

2018-05-20 18:26 聯合報 記者劉嘉穎/即時報導 讚 309 分享

今年國中會考社會科首度出現健保「分級醫療」考題，題目指出，許多民眾認為大醫院醫療品質好，常因小感冒就去大醫院看病，不但造成醫院壅塞，也讓醫護人力吃緊，因此政府推動分級醫療，鼓勵民眾若罹患小感冒可去住家附近診所看病，詢問考生若要解決此問題，哪些作法最適當？

新北市福營國中公民教師卓旻寧表示，這是健保分級醫療題目首次納入考題，透過評量讓考生了解政府推動的重大政策，也顯示社會科考題不再只是過去的「背多分」，而是與生活結合，讓學習是更有意義的，也能讓考生更了解分級醫療的觀念，藉此影響就醫行為改變。

醫改會副執行長朱顯光指出，之前監察院對健保制度提出的一份調查報告中，就建議應該要在國民教育中加強健保素養，很多國人都認為「考試領導教學」，此次能將分級醫療入

醫療分級受重視 國中會考社會科入題

690 出版時間：2018/05/20 16:45



醫療分級入國中會考社會科考題題組。劉耿豪攝

國中會考今天結束，健保署的醫療分級議題入選社會科考題題組，健保署表示，感謝命題老師的重視，盼醫療分級概念向下扎根。健保署署長李伯璋說，全民健保、醫療分級等議題為全民關注，但國小、國中或大學生對此認知不深，健保署已著手與部分出版社洽談合作，希望將全民健保、醫療分級等議題納課程範圍，讓學生了解健保制度。

健保納國小教科書 (翰林版審查)

閱讀樂園 (二)

想想，再開始讀。
請學生就自己或陪伴家人到診所、醫院就診的經驗，說明看診時需要準備哪些物品？

亞洲最受讚譽的健康照護制度



二〇一〇年，榮獲美國時代雜誌評選為「全球百大影響人物第八名」的臺東菜販陳樹菊女士，無私大愛撼動了全球人們的心。她一生勤儉刻苦，卻對於需要幫助的人慷慨捐款，背後是一段又一段讓人鼻酸的故事。

陳樹菊女士說話的引號內，有刪節號就不需再有句號。請修改。

陳樹菊女士在十三歲時，因為家裡貧困，湊不出給醫院的五千元保經金，導致母親因延遲送醫而難產過世；後來，她的三弟突然生了一場怪病，家裡一時湊不出醫療費，錯過最佳搶救時機而回天乏術。即便事隔多年，陳樹菊女士每每憶起這些往事，還是忍不住紅了眼眶：「因為我們太窮了，如果我們有錢的話，家人就不會因為湊不齊醫療費而離世……」這是陳樹菊女士家中既悲慘又無奈的真實故事，也是那個沒有健保制度的年代裡，許多貧困家庭的類似高照——有病無錢醫。



刪節號和逗號請對調。

曾經苦過，才真正明白苦的味道。陳樹菊女士因此願意無償為「全民健康保險」代言，在健保，有你美好的短片中，她有感而發的說：「以前生病沒有健保，都要去跟別人借……那種沒錢救命的艱苦，等你遇到，你就知道。」的確，如果沒有經歷過「沒錢救命的艱苦」，確實很難真正體會。身處臺灣當今完善健保制度下，國民，我們應該對全民健康保險有更多的認識與支持。

全民健康保險標誌

拿出健保卡，你可以在晶片上方發現這個圖形標誌。標誌中間有兩個「小綠人」，這可不是協助我們過馬路的小綠人交通標誌，而是「全民健康保險標誌」呵！仔細瞧瞧，標誌以一男一女握手表示「互相

發現這個圖形標誌，因字旁立即用近稱的「合適」為文有搭配，使距離「合適」。

幫助、互相照顧，大家都健康」的意思。再進一步聯想，這個男女握手圖案很像哪個英文字母？沒錯，就像英文字母「H」！你知道嗎？這個「H」隱含三個特殊的意義呵！分別是互相幫忙 (Help)、健康 (Health)、快樂 (Happy)，也就

是說：「如果大家都能互相幫忙，就能健康又快樂！」這個標誌，是不是很有趣，也很有意義呢？



全民健康保險的特色

互相幫忙，關懷弱勢

由「互助」的意義來說，全民健康保險是「強制性」的保險，自一九九五年開辦以來，健保費收入主要來自民眾、雇主及政府共同分擔。更值得一提的是，自二〇一六年六月起，讓積欠健保費的人，必要時也可以及時就醫，以減少像陳樹菊女士的親人一樣，因經濟困頓而延後就醫所造成的終身遺憾；同時也讓有能力的

1.「更值得一提的是，自二〇一六年六月起，讓積欠健保費的人，必要時……」，此句缺乏主詞，語意較不明確。請修改。
2.「因經濟困頓而延後就醫所造成的終身遺憾……」，此句不夠通順。請修改。

人多負擔一些，以維持健保永續，人才可以持續受益。
科技發達，守護健康
健保建置「健保醫療資訊雲端查詢系統」，提供醫師了解病人過去的就醫資訊，甚至是可以查詢與調閱較精密的醫療檢查影像。這也是落實「分級醫療」的一大前提與保障。
小紅燈
是指高血壓、糖尿病等小病至基層醫療院所就醫；大醫院或投入醫院研究。



資訊傳遞無礙。每個人也可以透過網路查詢「健康存摺」，了解自己三年內的就醫及用藥等紀錄，掌握個人健康狀況等，是自我健康管理的好幫手呢！

全民滿意，身心愉悅

臺灣全民健康保險制度以「互相照顧、互相幫忙」的良善理念為出發點，集合眾人的力量，落實平等就醫的權利，近年來滿意度維持在八成以上。人們能因健保獲得完整持續的醫療照護，擁有健康的身體，進一步擁有快樂的身心。

全民健康保險躍躍世界讚賞

二〇〇八年美國公共電視網製作了專題報導，比較英國、臺灣、德國、瑞士和日本等五個國家的醫療保險制度，讚揚臺灣的健康照護服務、智慧型健保卡、醫療照護費用不及美國一半等優勢，都成為探討焦點。臺灣的健保制度，也因為高滿意度而成為世界各國的取經對象，許多國際媒體、期刊陸續報導，更使臺灣受到國際關注與肯定。



看完這篇文章，如果你設計一個健保的新標誌，你的圖畫元素會是哪些，會以什麼樣的方式呈現呢？請畫出圖案並加以說明。



Reinhardt's Comment

- Economic vs. Political sustainability
- Healthcare is sustainable as long as not waste
- **Waste is sinful.** God will not forgive.

不要想太多以平常心
努力做事別人看得到

長兄李伯皇教授贈署長李伯璋之行事信念
二〇一七年仲夏 吳文偉 恭錄





有理想沒權力 只是夢一場

呂秀蓮炮打民進黨中央為了勝選，失去理想，但她忽略了，民進黨當初若不是因為務實主義，如何能重返執政，政治不是請客吃飯，空有理想，沒有權力，理想就成為永遠無法實現的夢想。

民進黨的「黨魂」，如洪耀福所說，從來就是「務實主義，不是務虛主義」。

2014年北市長選舉時，民進黨選擇與柯文哲合作，果然終結國民黨在北市的執政。國民黨始終是民進黨最大的敵人，如果不讓國民黨在民進黨最好的時機輸到脫褲，民進黨哪來翻轉的機會。

⁵¹⁶ 選擇與柯文哲合作，就是民進黨「務實主義」最佳代表作，事實也驗證，民進黨的策略

是成功的，因為北市雖是國民黨版圖較大的縣市，但在歷經上次選舉後，國民黨的強棒現在面對台北市選戰，還是面露怯戰。

呂秀蓮也抨擊黨中央，只想「贏贏贏」，而大罵洪耀福，無非是指桑罵槐，其實她想罵的是身兼黨主席的蔡英文。

身為黨主席，保住政權是最重要任務之一。民進黨現在北市長人選名單攤開來，參選人實力不強，是不爭的事實，若不尋求跨黨派合作，可能讓最大的敵人有可趁之機，一旦國民黨再度光復北市，民進黨可能要很久才能有翻身機會。

民進黨台北市長參選人不強，是一大困境，操盤者及領導者站在不同立場，當然會有考

量，呂秀蓮也應該明白這個道理。

呂秀蓮大概忘記，當年推動「小學堂」，也是尋求跨黨合作，不斷尋求國民黨籍的立法院長王金平相挺，而王的賣力相挺，讓「小學堂」政策至今被人津津樂道，當時，她也知道藉由跨越藍綠合作達到目的的重要性。

政治是現實的，沒有了權力，政治人物就跟路人甲沒啥兩樣，理想更是紙上談兵。當年的理想或許很好，但理想也非永遠是崇高的，有時它會隨著物換星移而改變，從政者若為了自身利益，動不動就把黨魂、黨的理想掛在嘴邊，不與時俱進，一旦失去政權，就是黨的千古罪人。



2018年100MVP前十大經理人





健保醫療資訊雲端查詢系統榮獲 107年公務人員傑出團體貢獻獎





Progressive Medicine is based on the Cooperation in the Multiple Fields of Expertise

