

112 年公務人員高等考試三級考試試題

類 科：衛生行政

科 目：醫療制度與品質管理

一、醫療網計畫的推動，是健康服務體系的基礎。在法源上，醫療法第 88 條規定，中央主管機關為促進醫療資源均衡發展，統籌規劃現有公私立醫療機構及人力合理分布，得劃分醫療區域，建立分級醫療制度，訂定醫療網計畫。我國自民國 75 年起開始推動第一期的醫療網計畫，到最新一期已經是第九期。

(一)請舉出第一期、第二期、第三期、第四期、第五期、第六期、第七期、第八期和第九期，其中至少五期的計畫名稱或重點內容，包含前幾期計畫中臺灣醫療區劃分的轉變。(10 分)

(二)請說明第九期醫療網計畫的願景為何？(3 分)

(三)有關第九期計畫的未來環境預測，請列舉至少六項，並加以說明。(12 分)

解題關鍵：

1. 《考題難易》：★★

2. 《解題關鍵》：醫療網計劃各期與第九期

【擬答】

(一)

| 期程(年) | 一、二、三期 1986~2000 年 | 四期 2001~2005 年 | 五期 2006~2008 年 | 六期 2009~2012 年 | 七期(2013~2016 年) 八期(2017~2020 年) |
|-------|---|---|--|---|--|
| 計畫名稱 | 醫療網計畫 | 新世紀健康照護 | 全人健康照護 | 新世代健康領航 | 開創全民均等健康照護(八期) |
| 醫療資源 | 劃分 17 區 63 個次區域 | 健保 6 大分區 17 個醫療區 63 個次區域 | 健保 6 大分區 17 個醫療區 63 個次區域 | 健保 6 大分區 17 個醫療區 50 個次區域 | 健保 6 大分區 17 個醫療區 50 個次區域 |
| 醫事人力 | 培育公費醫師 專科醫師制度 醫事人員繼續 教育 | 培育公費醫師 專科醫師制度 醫事人員繼續 教育 | 一般醫學訓練 培育公費醫師 專科醫師制度 醫事人員繼續 教育 專科護理師 | 培育公費醫師 專科醫師制度 醫事人員繼續 教育 專科護理師 國際醫療照護 衛生人力 | 醫師納入勞基法 整合醫療能力充實 並留置 專科護理師與地區 護理人員 |
| 醫療品質 | 供輸血品質保證 醫療儀器審查 院內感染控制 臨床檢驗品質 病例管理制度 辦理醫院評鑑 | 供輸血品質保證 醫療儀器審查 院內感染控制 臨床檢驗品質 病例管理制度 辦理醫院評鑑 品質指標 | 病人安全 以病人為中心 醫院評鑑改革 電子病歷 健康服務 e 化 器捐制度化 持續性品質改 進 | | 實證與病人參與為 導向 智能醫療照護 強化非訴訟之醫糾 處理方式 多元友善就醫 產後護理機構評鑑 與坐月子中心輔導 分級醫療 建置醫療資源管理 |

| 期程(年) | 一、二、三期 1986~2000 年 | 四期 2001~2005 年 | 五期 2006~2008 年 | 六期 2009~2012 年 | 七期(2013~2016 年) 八期(2017~2020 年) |
|-------|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|--|
| | | | | | 系統 全方位安全用藥環境 建立醫院全責照護模式 |
| 特殊醫療 | 緊急醫療 精神醫療網 長期照護及復健醫療 山地離島醫療 | 緊急醫療 精神醫療網 長期照護 山地離島醫療 | 緊急醫療(EOC) 社區精神醫療 自殺防治、藥癮 長期照護中心 山地離島醫療 感染症醫療網 | AED+CPR 整合性社區健康照護 落實長照十年 強化特殊醫療 照護體系 安寧緩和醫療 | 原住民及離島 EOC (應變機制、能力分級、AED) 24 小時兒科急診 婦兒科緊急醫療照護網絡 發展急性後期照護模式 推廣居家及社區安寧照護模式 |
| 法規 | | | | | 醫療法 醫療法人 器捐網絡及移植環境 生物醫學科技(執行臨床試驗檢體分析之實驗室相關管理規範、人體生物資料庫合作) 美容醫學管理與發展 國際醫療衛生政策與合作 |

(二)落實「以人為中心」之公共衛生與醫療服務體系，以期達到衛生福利部「拓展全方位醫療照護體系，保障民眾就醫權益」之施政願景，使全體國民不論身處何地，均能享有無差距的醫療資源，獲得整體性、持續性及周全性的健康照護服務。

(三)1. 環境變遷與新興傳染病為21 世紀人類健康最大的威脅

全球極端氣候，包括洪災、暴雨、土石流、熱傷害、乾旱等極端天氣事件造成之意外傷害、溫度與雨量改變造成疾病傳播途徑改變、或溫度上升造成二次空氣汙染物(如臭氧及懸浮微粒等)生成影響呼吸道及心臟血管疾病盛行率，甚至間接損害精神狀況。加上2019年12月爆發嚴重特殊傳染性肺炎(COVID-19)疫情，導致全球4千多萬人確診罹病，並陸續造成許多國家醫療體系幾近崩壞，多達100多萬人死亡的慘況。

極端氣候及新興傳染病等社會環境變遷因素，正在擴大威脅人類健康，且對各國醫療體系的影響與衝擊愈來愈大，因此，如何持續強化全國急重症醫療照護及心理健康照護體

系，提供完善且即時之醫療與心理照護服務，並強化醫療照護及社會福利機構防災整備與應變量能，以減少人員與財產之損失，是醫療照護體系亟需面對之挑戰。

2. 非傳染性疾病為主之醫療需求增加

國人生活型態改變，抽菸、不當飲酒、嚼食檳榔、不健康飲食、身體活動量不足等不健康行為及肥胖，導致罹患多重慢性病的問題日益嚴重，分析 2006 年 20 歲以上成人罹患慢性腎臟病、糖尿病、高血壓情形，發現至少 1 種慢性疾病者占 68.38%、2 種者占 26.96%、3 種者占 4.69%，若分析 2013 年 65 歲以上老年人多重共病情況，則發現有 1 項以上慢性病者佔 86.30%、2 項以上為 68.50%、3 項以上亦高達 47.20%；分析 2018 年十大死因之分布，則發現除了事故傷害(佔 4.0%)外，其他死因皆屬非傳染性疾病。因此，隨著高齡社會的來臨，非傳染性疾病之照護需求將造成健保及社會福利支出上漲，如何從預防與活躍老化的角度，領導與協調跨職別的專業合作，以提升民眾健康飲食與適度運動之良好習慣，並推動健保支付制度改革，以因應健保支出成長有限下，對於醫療照護體系之衝擊。

3. 臺灣總人口數減少與年齡結構改變，突顯醫療照護整合與效率之重要性

依據國發會中推計 2018-2064 年人口將減少近 600 萬人，其中 15-64 歲者將減少 813.5 萬人(佔總人口比例自 72.5%降至 50%)，65 歲以上者則增加 375.2 萬人(佔總人口比例自 14.5%增加為 40.8%)；2018-2040 年 22 年期間人口會減少 113.3 萬，65 歲以上長者會增加 333.4 萬，15-64 歲勞動人口會減少 370.6 萬，兩者相加約 700 萬人，表示未來 22 年人口結構有 700 萬人的大翻轉；接下來的 6、5、5、4、4 年，人口各減少約 100 萬人；顯示未來勞動人口急速下降、老年人口急速增加；每萬人口醫師數及病床數會因全國人口減少而增加。另一方面，勞動人力減少、繳稅族群減少，未來國民醫療保健支出(National Health Expenditure, NHE)年增率將高於國內生產毛額(Gross Domestic Product, GDP)年增率。鑑於全民健保財務因應前開人口與年齡結構改變所接種而來的健保支付制度或給付勢必進行之改革，醫療體系亦須思考以下之變革：(1)提供以病人為中心並整合資源，效率與效能並重之健康照護模式，以延緩失能、在地老化。(2)持續擴大急性後期照護，鼓勵垂直整合社區醫療與長照體系連結。(3)人力政策應朝人才培養多專長、跨次專業(Multi-Skill)及轉銜照護(Transitional Care)能力，避免過度次專業化發展導致照護片段化。(4)衛生所功能之轉型定位，尤其是人口減少鄉鎮的衛生所更需強化其空間設施設備及角色功能，整合相關社區資源，提供全面性之整合性服務，例如：不老健身房、延緩失能、篩檢、醫療、非傳染性疾病的管理、自殺防治及長照之功能。

4. 人口外流鄉鎮之低照護量能問題更顯嚴重

聯合國預測全世界各大城市未來 30 年將迎來 25 億人，全球人口逐漸朝都市集中，2028 年全球 68% 人口居住在都市地區；以日本為例，自平成 17 年至 29 年(2005 年至 2017 年)共 12 年間，日本總人口數減少 125 萬，然東京都(增加 116 萬人)、神奈川縣(增加 38 萬人)、埼玉縣(增加 25 萬人)、大阪府(增加 2 萬人)等 4 個都會地區人口反增加約 181 萬人，代表其他區域人口減少 306 萬人，顯示日本人口已往都會區集中，城鄉差距擴大。

回顧 1997-2007 年及 2007-2017 年臺灣各醫療區人口的改變，發現臺灣於 1997-2007 年人口增加 118.36 萬人，2007-2017 年人口增加 55.4 萬人，在這二段期間臺灣人口合計增加 173.8 萬，惟宜蘭、苗栗、彰化、南投、雲林、嘉義、屏東、臺東、花蓮等農業縣為主的醫療區在二段期間的人口數反減少，意即過去 20 年都會區人口增加數超過 173.8 萬人，而 6 都(5 個醫療區)在 2001-2017 年增加 70.45 萬人口，已超過該時期臺灣人口數的增加；臺北、桃園及臺中是增加最多的醫療區。

另依據 2018 年內政部統計臺灣男性與女性平均餘命相差 6.5 歲，女性平均餘命相較男性長，而農業縣男性與女性平均餘命差距更大，農業縣醫療及長照資源亦相對較少。在此人口遷徙之趨勢下，未來醫療機構之經營壓力更加嚴峻恐從偏鄉撤退，雖本部已推行多項方案，包括山地離島地區醫療給付效益提昇計畫(Integrated Delivery System, IDS)、醫療資源不足地區醫療服務提升計畫方案、強化山地離島在地醫療設施及人力、醫學中心支援計畫、偏鄉緊急醫療照護獎勵計劃等，以提升資源不足地區之健康服務量能及品質，未來應更重視強化在地衛生所(室)及公立醫院之角色及照護量能，以肩負該等地區之社區健康照護任務。

5. 人口組成越趨多元化將挑戰醫療照護體系之應變性

據統計 2018 年底我國外籍配偶與大陸(含港澳)配偶人數達 54 萬 3,807 人，其中大陸港澳地區佔全體之 66.1%、其次為越南 19.34%、印尼 5.52%、菲律賓和泰國則各約 2%；另 107 學年度新住民子女就讀國中小之學生數達 16.7 萬人，占整體之 9.36%，主要集中在都會區縣市，但以連江縣、金門縣及嘉義縣等離島偏鄉縣市之新住民子女占該縣市學生數比率最高。新住民因語言、文化、風俗、生活習慣及就醫行為等皆受其原生國影響，而與多數國人有所差異，且易受限於文化隔離、語言障礙、文化衝突、人際關係隔離、及支持系統缺乏等，導致其不易獲得健康資訊與資源，致醫療利用較國人平均為低，惟隨著國人不婚不生比例增加，新住民人數則日益增加，該如何於健康照護體系中融入多元族群之文化及健康需求，並提升健康照護人員之跨文化照顧能力，以發展綜合多元性、具彈性、及經濟合宜之健康照護服務將為重要議題。

6. 結合數位科技發展智慧醫療將成必然趨勢

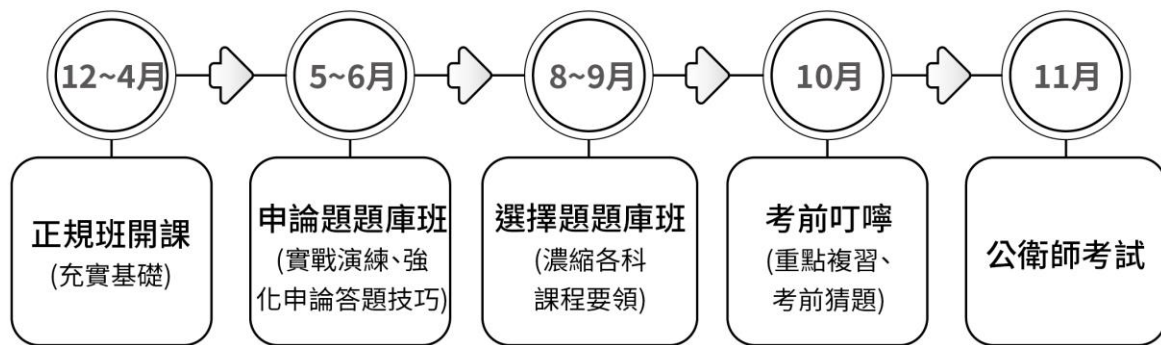
臺灣自 1995 年起實施全民健保制度，至今已累積龐大的健保醫療數據，2010 年起本部開始推動電子病歷系統計畫，至今已有八成以上醫院可相互交換電子病歷。有鑑於臺灣之資訊科技向為我國重點產業之一，資訊科技和醫療應用的整合，不但可改善照護成本、提高醫療服務之可近性與醫療品質，更可提高我國醫療產業於世界之競爭力。

隨著 IoT(物聯網技術)、大數據、資料探勘、深度學習(Deep Learning)、人工智慧(Artificial Intelligence, AI)及機器人等應用科技的發展，擴大推動遠距醫療以提升服務可近性、以人工智慧達成精準醫療和降低成本需求、以自動化機器人提高醫療生產力和減少常規錯誤、以物聯網和穿戴式裝置強化民眾對個人健康之管理、以區塊鏈提升健康數據安全等，將可促使醫療保健價值鏈的所有參與者間，建立強有力的合作關係，並創建具有成本效益及以民眾(病人)為中心的醫療保健系統。

7. 呼應 2018 年世界衛生組織(World Health Organization, WHO)呼籲須強化高品質的健康照護

參考聯合國 2016-2030 年永續發展目標(Sustainable Development Goals, SDGs)，期望達到確保全體人民能夠健康生活與促進幸福的目標，有品質的健康服務體系是 SDGs 3.5 全面健康覆蓋的前提，確保照護服務符合有效、安全、符合民眾及社區需求(必要條件)、及時、公平、整合照護、與有效率等七個面向，強調服務要在對的地方、對的時間、回應服務使用者的需要及喜好，且要極小化傷害及資源浪費。

- 證照班時程表 -



- 公職證照二合一專班 -

衛生行政/衛生技術與公共衛生師，應考科目相似度高，考證照加強自己的專業能力、充實工作技能的價值，一次準備多次考試機會。

二、全民健康保險的實施，目的在於保障民眾在發生生育、疾病及傷害事故時，即能獲得適當的醫療照護。因此，醫療給付的範圍及項目，關係著保險對象所能獲得的醫療服務內容。

- (一)請說明健保醫療給付正面表列或負面表列的意涵，並說明健保給付範圍及項目採正面表列方式和負面表列方式之規定各有那些優點與缺點？(10分)
- (二)請說明健保部分負擔制度，包含那些主要規劃構想？(5分)
- (三)請說明差額負擔的意涵，以及對保險人與被保險人的影響。(5分)
- (四)請說明衛生福利部中央健康保險署在決定是否新增新藥、新科技項目納入健保給付時，應考慮那些因素？(5分)

解題關鍵：

1. 《考題難易》：★★★★★
2. 《解題關鍵》：法律正面/負面表列、部分負擔、差額負擔、醫療科技評估

【擬答】

(一)健保醫療給付正面表列的意涵為明確列舉允許事項，並將未列舉允許者推定為禁止，負面表列係指法律明確列舉禁止事項，並將未列舉禁止者推定為允許，通常為政策鬆綁之用。健保給付範圍及項目採正面表列方式和負面表列方式之規定優點與缺點製表如下

| | 優點 | 缺點 |
|------|----------------------|---|
| 正面表列 | 規範明確可容易瞭解且有利主管機關執行管制 | 只有表列的才給付，限制了其他的可能性。申請行政程序繁瑣，新藥新科技可能會因此卻步。 |
| 負面表列 | 直接管制限制項目，有助整體管理。 | 列舉過多會影響健康照護效能，列舉過少則影響管制成效。 |

(二)全民健康保險部分負擔的設計是社會保險制度重要的一環，基於使用者付費精神設計，為避免保險對象認為已交繳健保費，就可以隨意使用健保資源，同時不致影響真正有需要的人就醫，自開辦後，門、急診之部分負擔已經調整多次，同時在不同層級醫療診所，收取部分負擔費用不同，也藉以導正醫療資源利用，使不同層級醫療院所各司其職。

(三)「差額負擔」的機制是將部分（尤其是過去健保不給付的）藥品或治療項目，改以健保給

公職王歷屆試題 (112 高考)

付部分，由病患負擔剩下的差額。

(四)根據全民健康保險法第 42 條第 2 項醫療服務給付項目及支付標準之訂定，保險人得先辦理醫療科技評估，並應考量人體健康、醫療倫理、醫療成本效益及本保險財務；藥物給付項目及支付標準之訂定，亦同。

三、病人安全是世界衛生組織及歐美國家重視的健康政策議題，我國也自民國 93 年起參照美國的經驗，開始訂定病人安全目標，目標數目歷年有增加與減少，到民國 111~112 年，醫療品質與病人安全目標共包含九項醫院工作目標；衛生福利部也委請醫院評鑑暨醫療品質策進會協助推動，透過「臺灣病人安全通報系統」營造病人安全文化。

(一)請說明其中五項目標，並包含屬於新增的一項目標。(5 分)

(二)另以一個目標為例，說明執行策略。(5 分)

(三)訂定病人安全目標的原則時，需考量五大面向，請說明這五大面向及其內涵。(10 分)

(四)請說明推動病人安全通報系統的五大原則。(5 分)

解題關鍵：

1. 《考題難易》：★★★

2. 《解題關鍵》：111-112 醫療品質與病人安全目標、五面向與安全通報系統之五原則

【擬答】

(一)民國 111~112 年，醫療品質與病人安全目標如下，新增目標或內容於該處標示「(新增)」。

目標一、促進醫療人員間團隊合作(新增)及有效溝通

目標二、營造病人安全文化、建立醫療機構韌性(新增)及落實病人安全事件管理

目標三、提升手術安全

目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度

目標五、提升用藥安全

目標六、落實感染管制

目標七、提升管路安全

目標八、改善醫病溝通(新增)並鼓勵病人及家屬參與病人安全工作

目標九、維護孕產兒安全(新增)

(二)另以一個目標為例，說明執行策略

目標與執行策略，如下表說明：

| 目標 | 執行策略 |
|-------------------------|--|
| 目標一、促進醫療人員間及醫病間之有效溝通 | 1. 落實醫療人員訊息傳遞有效性 2. 落實病人轉換醫療照護團隊時之轉運、轉診安全作業 3. 落實檢查、檢驗之危急值通報，且對於重要之警示結果及時通知醫師處理 4. 加強困難溝通病人之辨識正確性 |
| 目標二、營造病人安全文化及落實病人安全事件管理 | 1. 營造機構病人安全文化與環境，並鼓勵員工主動提出 2. 提升醫療照護人員調適能力 3. 鼓勵病人安全事件通報 |
| 目標三、提升手術安全 | 1. 落實手術辨識流程及安全查核作業 2. 落實手術輸、備血安全查核作業 3. 提升麻醉照護品質 4. 預防手術過程中不預期的傷害 |

| 目標 | 執行策略 |
|----------------------|--|
| 目標四、預防病人跌倒及降低傷害程度 | 1. 提供安全的照護環境，降低跌倒傷害程度 2. 評估及降低病人跌倒風險 3. 跌倒後檢視及調整照護計畫 4. 落實病人出院時跌倒風險評估，並提供預防跌倒指導 |
| 目標五、提升用藥安全 | 1. 推行病人用藥整合 2. 加強使用高警訊藥品病人的照護安全 3. 加強需控制流速或共用管路之輸液使用安全 |
| 目標六、落實感染管制 | 1. 落實人員之健康管理 2. 加強抗生素使用管理機制 3. 推行組合式照護的措施，降低醫療照護相關感染 4. 定期環境清潔及監測清潔品質 5. 建立醫材器械消毒或滅菌管理機制 |
| 目標七、提升管路安全 | 1. 落實侵入性管路之正確置放 2. 提升管路照護安全及預防相關傷害 |
| 目標八、鼓勵病人及其家屬參與病人安全工作 | 1. 鼓勵民眾關心病人安全，並提供民眾多元參與管道 2. 推行醫病共享決策 3. 提升住院中及出院後主要照顧者照護知能 |

(三)訂定病人安全目標的原則時，需考量五大面向，請說明這五大面向及其內涵

病人安全目標訂定的原則是五大面向為考量，其分別是：

1. 普遍性：目標及策略的訂定，以多數醫療機構多會面臨的普遍狀況為基礎，而非僅適用於大型醫院。
2. 可行性：其訂定以不增加醫院成本為前提，期望醫院將這些建議的作法落實在每日的工作中。
3. 階段性：年度目標經評估及檢討各項目目標改進情形，原則上以每兩年依實際落實情形做目標適當的修訂。
4. 重點性：醫院應視各機構特性挑選推動重點，不強制要求醫療機構要將所有目標都列為該院年度的病人安全目標，應強化需優先改善的項目。
5. 系統性：醫院改善作為不僅侷限於單一科別或部門，而是需採系統性作為方能有效改善。

(四)「台灣病人安全通報系統」(Taiwan Patient-safety Reporting system, TPR)於民國 92 年由衛生福利部委託財團法人醫院評鑑暨醫療品質策進會進行評值與規劃，推動病人安全通報系統的五大原則為匿名、自願、保密、不究責及共同學習，亦無強制性。

四、1995 年全民健康保險正式上路，將近 30 年的時間也經歷了二代健保的修正。請回答下列問題：

- (一)全民健康保險包含那些成效？(5 分)
- (二)全民健康保險有所謂「三多」的醫療浪費問題，請說明其意涵及其可能原因。(8 分)
- (三)請說明二代健保的規劃目標與主要內容。(6 分)
- (四)請說明要做到全民健康保險與永續經營，有那些可行的做法？(6 分)

解題關鍵：

1. 《考題難易》：★★★★

2. 《解題關鍵》：健保成效、三多及原因、二代健保、永續經營之建議

【擬答】

(一)全民健康保險包含那些成效？

根據最新(2022-2023)的健保年報，全民健康保險的成效包括

1. 全民有保，財務永續。全民納保，軍人納保、納保率幾乎 100%，使民眾不會因病而貧。發展多元支付制度及藥價政策，促進健保永續。
2. 給付完整、就醫便利。保險對象，凡發生疾病、傷害或生育事故時，皆可憑健保卡至醫院、診所、藥局及醫事檢驗機構等特約醫事服務機構接受醫療服務；包括：門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目；醫療支付的範圍則包括：診療、檢查、檢驗、手術、麻醉、藥劑、材料、處置治療、護理及保險病床等。健保特約醫療院所也有約九成，民眾有疾病的時候也能及時就醫獲得適當治療；另有家庭醫師及社區藥局、多元支付制度、總額預算支付制度、增修支付標準、醫療給付改善方案。
3. 專業審查，提升品質。運用科技提高審查效率、電腦醫令自動化審查、檔案分析、輔助專業審查、推動具名審查、審查醫師資訊透明、衣料品質資訊公開、合理調整藥價、給付 C 型肝炎全口服新藥、民眾自付差額特材。
4. 健康科技、服務增值。製發健保 IC 卡、醫療資訊包括用藥、檢驗、影像報告上雲端供調閱分享，減少重複用藥與檢查、雲端增值服務於健康存摺運用，民眾也能了解自己就醫狀況，健康管理、運用 AI 科技輔助精準審查、電子申報提升作業效率、健保卡加速電子化管理、雲端科技亦可協助防疫。
5. 照顧弱勢、守護偏鄉。為了照顧癌症、洗腎、血友病、精神病等重大傷病患者，以及經濟困難弱勢民眾的就醫權益，健保署提出多項協助繳納保險費的措施。另外，對於罕見疾病、重症患者及偏遠地區民眾，亦提供醫療及經濟上的協助，並保障其就醫權益。現行的協助措施包括保險費補助、紓困貸款及分期繳納等。對山地離島、偏鄉及醫療資源缺乏地區族群，有全民健康保險山地離島地區醫療給付效益提昇計畫、醫療資源不足地區改善方案、醫療資源不足地區之醫療服務提升計畫，改善其就醫不便與照護品質。

(二)健保支出有三多的意涵為拿藥多、檢驗多、就醫多，其可能原因說明如下：

1. 拿藥多。可能原因為藥價利潤高，誘使醫院多開藥「以藥補醫」。
2. 檢驗多。可能原因為(1)部分醫院以不信任他願檢驗報告為由，重複進行檢查。(2)醫師勞動問題未改善，看診時間少，多依賴檢查。(3)告知同意並未真正落實，執行檢查時病人不清楚其必要性、可能風險與代價、其他替代選擇，也因此難以共同參與討論醫療計畫並主動拒絕浮濫檢查。
3. 就醫多。可能原因為(1)慢性處方箋開立率偏低，慢性病患經常回診領藥；(2)整合門診供不應求，多重疾病患者仍得多科掛號；(3)檢驗劉成失當，「看診、檢查、看報告」總是無法一次解決。(3)醫院評鑑結為能化成有效淺白之指標意義說明，一般民眾難藉由查詢作為就醫選擇參考。(5)部分醫院以健保限制為由，未能於該次診察過程提供必要之治療或用藥，而要求病人分次回診就醫。

(三)請說明二代健保的規劃目標與主要內容。

二代健保的規劃架構是經由「組織體制之保險治理」、「盡責之醫療服務體系」、「財源籌措與資源配置」及「社會參與」等四大執行策略，達成「回應民眾期待」、「全民健康」及「民眾財務負擔公平」三大醫療體系的目標。在具體的規劃內容部份，規劃小組分別就「強化資訊提供以提昇醫療品質」、「平衡財務且提供服務購買效率」、「擴大社會多元化參與健保政策」、「建構權責相符之健保組織體制」等四大層面提出建議（二代健保改

革前後之比較如表所示)。

表二：二代健保改革前後比較

| 主要改革項目 | 一代健保 | 二代健保規劃小組建議 | 健保法修訂結果 |
|-------------------|---|--|---|
| 強化資訊提供以 提升醫療品質 | 醫療專業盡責狀況不佳，無明確之醫療品質目標與盡責範圍得以遵循，民眾缺乏醫療品質相關資訊來源 | 進行組織再造以強化醫療品質、成立「全民健康保險醫療品質專責單位」、提供以民眾需求為主之醫療品質資訊 | 財務公開、醫療品質公開 |
| 平衡財務且提高服務購買效率 | 1. 健保費基主要為個人薪資所得； 2. 保險人分為六類十四目 3. 新藥、特殊材料及新服務並無統一之收載、審查流程、及審查原則；相關決策係分別由健保局藥事小組、特材小組及全民健保醫療給付協議會議審查或協定 | 1. 建議費基改採家戶總所得； 2. 廢除六類十四目的保險人分類 3. 將醫療科技評估的結果作為是否將新醫療科技、新藥品或新醫療技術納入健保給付範圍，或刪除舊療法的參考依據 | 1. 費基為個人薪資所得+補充保費； 2. 維持六類十四目的保險人分類 3. 訂定醫療服務(藥物)給付項目及支付標準前，保險人得先辦理醫療科技評估，以確保醫療給付之合理性 |
| 擴大社會多元化參與健保政策 | 支付標準及藥價基準均由保險人及保險醫事服務機構共同擬訂，報請主管機關核定 | 1. 擴大社會多元化參與健保政策 2. 體制內增加社福團體(含病友團體)代表 3. 建立多元化決策參與和協商模式 4. 強化民眾參與全民健康保險政策的知能 5. 將審議式民主的公民參與列入重大政策決策前必要之執行程序 | 增加保險付費者(被保險人與雇主)、相關機關以及專家學者代表參與協商 |
| 建構權責相符之健保組織體制 | 收入面與支出面分別為監理委員會與費用協定委員會所掌控 | 「兩會合一」成立「健保會」 | 整併監理會及費協會二會，成立「健保會」 |

(四)請說明要做到全民健康保險與永續經營，有那些可行的做法？

1. 以量能負擔的精神，陸續調整投保金額分級表上下限與級距及最高付費眷屬人數、
2. 逐年將軍公教人員由本薪改以全薪投保、將未列入投保金額的六項所得計收補充保費、明確規範政府負擔比率下限等，積極穩固財務，維持全民健保系統運作及平衡。
3. 2013年二代健保實施後建立收支連動的機制，將「全民健康保險監理委員會」(收入面監督)及「全民健康保險醫療費用協定委員會」(支出面協定)整併為「全民健康保險會」，並由被保險人、雇主、保險醫事服務提供者、專家學者、公正人士及有關機關代表組成，每年依協議訂定之醫療給付費用總額，完成各年度保險費費率之審議，嗣報衛生福利部轉報行政院核定。期透過收支連動機制，確保長期財務穩定。
4. 積極推動分級醫療、急性後期照護、家庭醫師整合照護計畫、社區醫療群，使民眾能輕症至基層醫療院所看，醫學中心責處理急重難罕；而雲端藥歷、檢驗影像報告等則可減少不必要的醫療浪費。

公 職 王