

出國報告（出國類別：考察）

考察韓國健保相關機構及智慧醫院

服務機關：衛生福利部中央健康保險署

姓名職稱：游慧真組長

江姝靄組長

張惠萍參議

林右鈞副組長

陳孜瑜約聘副研究員

林逸青視察

吳佳霖視察

程怡霖專員

賴逸琳專員

宋怡慧專員

派赴國家：韓國

出國期間：2025年9月14日至2025年9月18日

報告日期：2025年12月18日

摘要

全民健保自 1995 年開辦以來，提供國人完整且平等的醫療保障，讓民眾不再因病而貧、因貧而病。隨著人口高齡化及醫療科技發展，醫療費用逐年增加，在健保資源有限的情況下，健保如何永續經營已成為健保署亟需面對的重大課題。我國健保以實證為基礎給付，並已引進醫療科技評估機制多年，使健保資源有效合理配置，提升健保給付效益。為使健保永續發展，建立敏捷韌性的醫療體系，爰規劃考察先進國家推動經驗及強化國際合作，以精進健保業務及推動健保支付制度改革。

我國全民健康保險面臨人口老化、醫療科技快速發展與醫療費用上升等挑戰，在有限資源下，如何兼顧醫療創新、財務永續及醫療品質，是健保署持續推動改革的核心目標。韓國自 2000 年完成醫療保險單一化以來，已發展出高度數位化、資料整合成熟的保險運作模式，特別在醫療資訊系統整合、健保大數據運用、支付制度調整與品質管理等領域具有豐富經驗。

本次健保署組團赴韓國參訪國民健康保險公團（NHIS）、健康保險審查評價院（HIRA）及相關醫療機構，考察其健保財務運作、給付制度、醫療科技評估流程、智慧醫療與數位健康政策推動方式。透過雙方交流，有助我國強化以實證為基礎的給付決策及制度改革，提高醫療品質制度改革，並作為我國健保永續推動之重要參考。

目次

壹、目的.....	3
貳、過程.....	4
一、行前準備.....	4
二、參訪韓國單位與交流內容.....	6
(一)國家實證健康照護合作機構 (NECA)	6
(二)峨山醫院 (Asan medical center, AMC)	12
(三)首爾大學醫院 (SNUH)	18
(四)三星醫院 (SMC)	25
(五)韓國國民健康保險 (NHIS)	32
(六)健康保險審查評價院 (HIRA)	37
參、心得與建議.....	47

壹、目的

一、強化健保給付與醫療科技評估能力

韓國 HIRA 具備成熟的醫療科技評估、醫療品質監測與資料分析能力，本次希望了解其評估架構、審查流程、給付決策模式及其與 NHIS 的分工，以提升我國 CHPTA 與健保署在 HTA、RWE 應用與給付制度面向之量能。

二、了解健保財務與支付制度改革經驗

韓國健保在財務永續、差別費率、醫療服務支付模式及醫療機構管理方面，均具政策創新與調整經驗。本次考察藉由與 NHIS 深度交流，作為我國檢視支付制度改革（如總額制度、差別給付、醫療品質導向支付）的參考。

三、考察醫療資訊化與資料治理模式

韓國以全民電子病歷、醫療資訊交換系統、AI 辨識導入審查流程等聞名。本次希望了解韓國如何以數位工具提升審查效率、降低不必要醫療、強化醫療品質管理，以供我國健保資訊系統與智慧化審查之規劃借鏡。

四、建立雙邊交流與合作基礎

期透過高層互訪與實務交流，建立臺韓在健保制度、資訊治理及醫療科技評估領域的合作管道，作為未來持續交流或合作研究的基礎。

貳、目的

一、行前準備

本署自 114 年 7 月份起，規劃參訪韓國健保相關機構及智慧醫院，並積極與韓國方洽談考察意願及時間，另外有賴於醫療資訊暨管理系統協會及飛資得醫學資訊股份有限公司陳惠玲總經理協助本署聯絡峨山、三星及首爾醫院取得參訪許可，最終洽訂本次參訪行程表如表 1。本次參訪由本署企劃組游慧真組長及承保組江姝靄組長帶隊，率領承保組、醫務管理組、醫審及藥材組、財務組及資訊組同仁，並邀請陳惠玲總經理、財團法人醫藥品查驗中心黃莉茵組長及李佳儒研究員共同前往韓國考察。另衛生福利部石崇良部長同期間於韓國參加 APEC 會議，亦撥空參與本次參訪韓國國民健康保險公團(NHIS)及健康保險審查評價院(HIRA)之行程。

表 1 衛福部健保署參訪韓國健保相關機構及智慧醫院行程表

日期	時間	活動內容
9/14(週日)	下午	前往韓國
9/15 (週一)	上午	參訪國家實證健康照護合作機構（NECA）
	下午	參訪峨山醫院
9/16 (週二)	上午	參訪首爾醫院
	下午	參訪三星醫院
9/17 (週三)	上午	石崇良部長率隊參訪韓國國民健康保險公團 (NHIS)
	下午	石崇良部長率隊參訪健康保險審查評價院 (HIRA)
9/18(週四)	上午	返台

二、參訪韓國單位與交流內容

(一) 參訪國家實證健康照護合作機構 (NECA)

1. 參訪日期：2025 年 9 月 14 日上午

2. 機關簡介：

- 韓國自 1989 年實施全民健保，健保支出逐年上升，2023 年達 GDP 9.7%，高於 OECD 平均。
- NECA 成立於 2009 年，隸屬於衛生福利部的國家級 HTA 機構，主要任務為提供醫療科技安全性、有效性之證據，支持政策制定。現有約 204 名員工，經費全額由政府出資。
- NECA 參與國際網絡，重視病人參與和透明決策。
- 研究任務：共分 5 個組，分別負責執行政策研究、臨床指引制定與社會議題等相關圓桌會議。
- 近期研究包括：遠距醫療試辦計畫評估、AI chatbot 可行性、特殊醫材政策 (CT、MRI)、以及醫師助理制度立法研究。
- 與臨床學會合作制定臨床指引（如失智症、戒菸、多重用藥）。
- 社會議題討論：舉辦圓桌會議，例如「善終的七大原則」、「ERAS¹（手術後加速康復）推廣策略」、以及 2025 年醫療 AI 臨床應用標準。

3. 新醫療科技評估 (nHTA)

- 已超過 3,000 件技術送審，約 62% 被認定為安全有效。
- 採「負面表列」制度，多數醫療行為預設納入健保，僅特定項目排除。藥品則採「正面表列」。
- 引入 pre-entry system (事前並行審查) 與 value-based assessment，讓創新技術在證據有限時也能先行使用並蒐集資料。
- 為數位治療 (DTx) 等新興技術設置專屬支付制度（醫師處方費 + 效果評

¹ ERAS: Enhanced Recovery After Surgery Programs

估費)，應用程式費用則為「非健保給付但設有價格上限」。

Temporary fee schedule for Digital therapeutics

Classification number	Code	Classification/Items	Maximum amount(KRW)
Integration 2		Doctors' practice(reimbursed)	
	TU001	A. DTx treatment fee	5,230 (3.75\$)
	TU002	B. DTx outcome evaluation fee	16,130 (11.6\$)
Integration 4		Application usage fees(non-reimbursed)	
	TX009	Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia patients using digital therapy devices(product name Somzz)	25,390
	TX010	Cognitive behavioral therapy for chronic insomnia in adults using digital therapy devices (product name: Sleep Q)	21,660
	-	Respiratory rehabilitation exercise therapy using respiratory rehabilitation software	Pending
	-	Visual perception training for stroke patients using virtual reality-based software	Pending

4. 挑戰與發展方向

- 如何兼顧病人安全、財務永續與產業成長。
- 加強病人參與，確保資訊透明。
- 聚焦三大策略：
 - 建立社會共識，決定哪些技術應納入健保。
 - 建立符合生命週期的評估方法。
 - 推動資料平台與真實世界證據蒐集。

5. NECA 醫療科技再評估 (HTR)

• 背景

- HTR 計畫於 2018 年試辦，2025 年入法並公布實施細則修正案，預定於 2026 年實際實施。
- HTR 計畫源自 2017 年健保擴增計畫，目標是支持保險給付調整及提供病人正確資訊。
- 第二期全國健保整合計畫（2024 至 2028 年）明確要求定期再評

估，以提升醫療品質、控制成本並促進合理使用。

- **目的與範疇**

- 透過再評估淘汰低價值技術、釋出資源，確保醫療效率與病人安全。
- 針對已採用之醫療技術，隨時間與新證據變動而重新評估。
- 目的在於淘汰低價值技術，將資源重新分配至高價值技術。

- **適用對象**

- 有安全性存在疑慮的醫療技術。
- 因替代方案或治療準則更新而影響效果的技術。
- 有新臨床證據或使用模式重大變化者。

- **評估方法**

- 以系統性文獻回顧、臨床數據、健保申報資料為基礎。
- 必要時納入經濟評估與社會價值。

- **運作架構**

- HTR 委員會（20 人，由學會、公民團體與政府推薦）。
- HTR 組（約 30 人，負責規劃識別可能的標的與執行再評估）。
- HTR 次委員會（最多 10 位專家，從 600 名領域專家庫中選出）。

- **成果**

- 2018 至 2025 年共再評估 368 件案例，其中：
 - 納入給付：61 件 (16.6%)
 - 有條件性給付：103 件 (28.0%)
 - 不建議給付：195 件 (53.0%)
- 2018 至 2025 年，共 88 件結果被衛福部公告採用，包括新增、擴增、維持、縮減或停止。

	(2018~2025.8., cases)								
	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Coverage	2	2	17	3	6	20	5	6	61 (16.6%)
Selective coverage	5	5	6	7	18	21	17	24	103 (28.0%)
Non-coverage	8	26	26	37	24	7	25	28	195 (53.0%)
Foundational research*	2	5	2	-	-	-	-	-	9
Total	17	39	53	51	51	51	48	58	368

* Studies on developing the reassessment framework (methodology, criteria, etc.)

Policy implementation of HTR results

		(2018~2025.5., cases)								
		2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	Total
Adopted in the MoHW Notification	Establishment	1	4	9	1	4	1	7	2	29
	Expansion	0	0	0	0	2	0	1	1	4
	Maintenance	0	0	1	2	5	12	11	2	33
	Reduction	0	0	0	0	2	0	5	1	8
	Abolition	0	0	0	0	8	0	5	1	14
Total		1	4	10	3	21	13	29	7	88

- nHTA：快速導入創新技術並同步蒐集證據。
 - HTR：對既有技術定期再評估，確保醫療價值與資源配置合理。
- 兩者共同構成全生命週期管理 (Life-cycle Management)，兼顧創新推進與醫療財務永續。

Q&A 重點

1. 平行審查與適應症一致性

- 問題：在韓國的平行審查制度下 (MFDS、NECA、HIRA)，是否允許不同機關對廠商提出不同的適應症？

- **回覆：**必須提交相同的適應症，以避免後續在安全性與覆蓋範圍上出現矛盾。若各部門標準不一致，可能造成病人安全與支付問題。

2. 非健保給付項目的「最高額度」設定

- **問題：**對於未納入健保的技術，為何要設定「最高支付額度」？是否遭遇醫院反對？
- **回覆：**此設計是為了**兼顧病人可近性與廠商蒐集資料的誘因**。雖然醫院初期有疑慮，但因制度中提供未來進入正式給付的可能性，醫院與醫師的阻力有限。

3. HTR（醫療科技再評估）專家組成與透明度

- **問題：**HTR 委員會與小組專家如何選任？是否需利益迴避？
- **回覆：**
 - 委員會（20人）由學會、公民團體與政府推薦。
 - 次委員會專家（10人）從約600名專家資料庫中隨機選出。
 - 存在利益迴避與透明度的規範，但現在細節尚未完全公開，2026年將進一步開放資訊。

4. 案件選題與廠商參與

- **問題：**再評估主題如何決定？廠商能否參與？
- **回覆：**
 - 主題來源：政府部會（NHI、HIRA）、政策制定者、專家、公民社會。
 - 廠商不能直接參與委員會，但可透過公開徵詢程序提供資料或意見。
 - 未來NECA計畫進一步提升公開性。

5. ATMPs（基因/細胞治療）與實證需求

- **問題：**對於需長期證據的一次性治療（如基因治療），NECA如何確保後續實證？
- **回覆：**

- NECA 建立病人登錄系統（registry）並要求廠商收集 RWD。
- 若病人失訪（lost to follow-up），會與醫院與廠商合作補強數據。
- 透過「Patient-Centered Clinical Research Program」支持超過 200 項臨床研究，以生成可用於政策決策的 RWE。

6. Sandbox（監管沙盒）

- **問題：**韓國是否運用監管沙盒機制於醫療科技？
- **回覆：**
 - NECA 提到過去有相關嘗試，但目前多數創新醫療科技是透過「彈性審查/暫時給付制度」處理，而非獨立的 sandbox 法規。
 - 未來是否會正式納入 sandbox，仍屬政策討論階段。



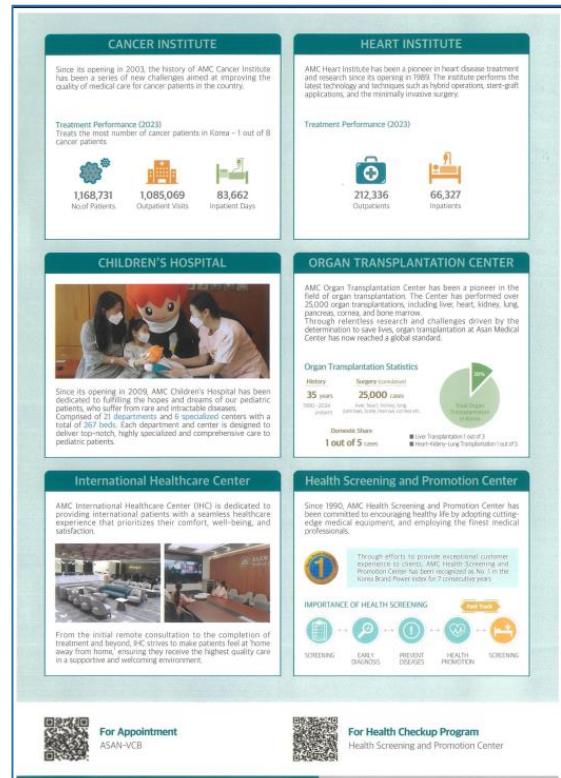
圖一 NECA 參訪交流會議合照

(二) 峨山醫院

1. 參訪日期：2025年9月15日下午

2. 機關簡介：

首爾峨山醫院（Asan Medical Center）是韓國最大的私立高級綜合醫院，由現代集團創立於1989年。擁有超過2,700張病床，是韓國公認最受尊敬的醫院之一。該院在器官移植、心臟病學和癌症治療領域擁有世界級的實力，以精湛的手術技術聞名（1992年成功完成國內首次心臟移植），並在美國《新聞週刊》的「世界最佳醫院」榜單中，連續六年獲得韓國第一。首爾峨山醫院設備先進，提供專科治療，並擁有國際診療中心，為外國患者提供全面的服務。設有癌症醫院、心臟病醫院、兒童醫院等專科醫院，以及50多個專科中心，提供細緻的專業診療。擁有先進的醫療設備，如用於機器人手術的達文西手術器械、放射線癌症治療儀等。以峨山生命科學研究所為中心，致力於基礎醫學和新藥研發，推動尖端醫學的發展。醫院簡介單張如下：



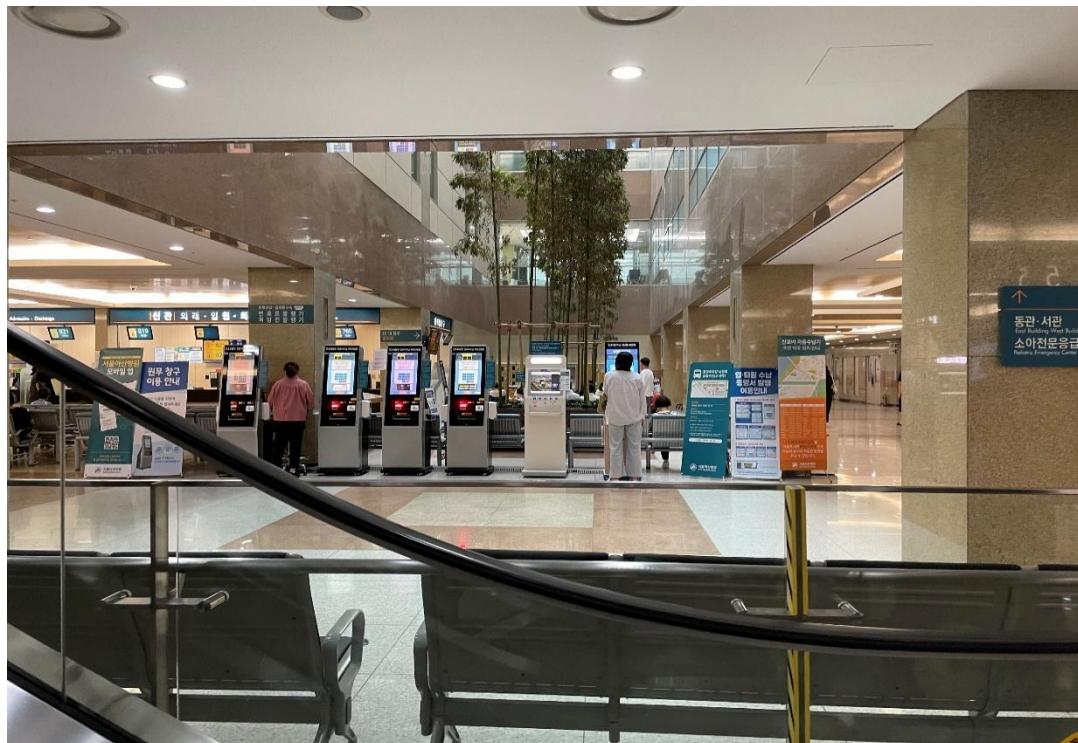
3. 交流主題：Digital innovation use case（交流照片如下）

講者：

Yang Dong Hyun M.D., Ph.D. /Direct of Big Data Research Center

Young-Hak Kim M.D., Ph.D. /Direct for Digital Information

Innovation Headquarter



▲圖二 峨山醫院大廳設置自動化批價繳費機器



▲圖三 峨山醫院與本署訪問團交流情形

AI Software – PACS Integration @ Asan Medical Center		
Modality	Purpose	Company
Brain CT	Intracranial hemorrhage detection	Coreline
Chest CT	Quantitative analysis of lung and airway	Coreline
Chest CT	Lung cancer detection and analysis	Coreline
Cardiac CT	Coronary artery calcium scoring	Coreline
Mammography	Breast cancer detection	Lunit
Abdomen CT	Body fat and muscle quantification	Medical IP
X-ray, hand	Bone age	VUNO
Brain MRI	Quantitative analysis of brain	VUNO
Body, Chest	Detection of abnormal findings, Screening scenario	VUNO
Voice Transcription	Radiology, Voice Transcription	VUNO

▲圖四 峨山醫院目前使用 AI 軟體進行 PACS 整合情形

- 院內的 AI 運用，主要是運用在 clinical use integrated with PACS。本署提問醫院所發展的 AI 模型商品化的情況，以及若商品化後應用在其他醫院，推廣上可能遇到的問題為何？峨山醫院表示，因為該醫院屬於現代集

團，集團另外有成立醫材公司，故通常醫院初步開發模型至一定成果後，就會交由醫材公司去做後續申請，例如向韓國的食品藥物管理署（KFDA）申請許可證等，實際上醫院所賺到的利潤並不多。

- 在同一個醫院體系，可以在電腦系統內查看到民眾的就診相關資料，但是，若是民眾在其他醫院的就醫訊息，則就無法共享資訊。講者表示，在資料整理及共享這個層面，台灣優於韓國。因韓國 95%為私人醫院，且多為財閥集團，這些醫院多數認為病人資料具有價值，故對於建置全國性的共享系統意願並不高。
- 峨山醫院每天門診數約 15,000 位，具 2,700 床。但是，在進入醫院時，並未看到大量人流、擁擠的情形。峨山醫院表示，跟台灣的醫院相同，人力短缺是每個醫院都會有的問題，目前醫院透過自動化系統來減少人力負擔；另外也會透過剛剛所介紹的 AI 模型來協助臨床上的流程，並降低人力負擔。
- 在急診壅塞部分，峨山醫院表示因政府有規定急診收治重症病患的比例，以及在一定時間內要進行處置，若滯留時間過長會受到政府處罰，故當醫院收治到輕症病人時，會積極透過轉診將輕症病人轉診至次級醫院；至於在轉診的醫院，目前峨山醫院會透過自己的體系，轉到附近的次級醫院，但仍然需要先經過病人同意，若病人不同意仍無法轉診。
- 另本署代表提問對於多重慢性疾病的病人，是否會協助病人做慢性病的照護和管理？峨山醫院表示，對於三級醫院來說，慢性病不是很重要的病人，三級醫院主要是處理急重症，若慢性輕症病人到三級醫院，會優先建議病人轉到 primary care unit（地區醫院或診所），目前政府有管控大型醫院收治輕症病人的比例；另外若將病人轉診到次級或初級醫院，目前韓國並沒有像台灣一樣有全國性的轉診平台，再者考量病人隱私問題，並不會將所有病歷資料都傳過去。

● 健檢率高、癌症存活率高：政府的政策，對於健康檢查及癌症篩檢的推動很積極，這樣的措施也會提高早期發現癌症的比率，對於癌症存活率提升，也有很大的助益。峨山醫院主要推動的健檢項目如下：

首爾峨山醫院 綜合健康檢查項目		
[男性]	Program	檢查項目 (単位: KRW 千元)
普通体检 套餐A (40岁以下)	基础体检套餐	
	肾脏(腹部)、肺部透声波、血压测量、心电图检查、腹部X-线(正面/侧面)、腹部检查、尿常规、听力检查、骨盆测量、牙科检查、血清检测(贫血、精液病、高脂血症、肝功能、A/G/C型肝炎、肾功能、油酸、总蛋白、尿蛋白、肌酐、血型、妊娠、甲状腺功能、幽门螺杆菌抗体、艾滋病、风疹病)、肿瘤标志物(纤维、胰腺、消化道癌、卵巢癌)、男性全套	1,800
普通体检 套餐B (40岁以上)	基础体检套餐(包含基础套餐A)	2,650
	基础体检套餐A+ 基础肺部透声波、大肠内视镜、胸部CT、骨密度、胰腺癌X-线、维生素D	
癌症筛查体检套餐 套餐C+	包含早期发现癌症的体检套餐	3,510
	腹部检查CT、甲状腺检查、前列腺检查、直肠检查	
心脏血管疾病风险 筛查体检套餐 套餐D+	针对心血管疾病的专项体检套餐	
	冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉硬化化、颈动脉硬化特异度、甲状腺超声波、颈动脉超声波、直肠检查 *排除：大肠内窥镜(钡餐)、胸部CT	3,660
高龄体检套餐 套餐E+	同时包括癌症和心脏血管疾病的更综合详细的套餐	4,400
	腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉硬化化、颈动脉硬化特异度、腹部超声波、甲状腺检查、甲状腺超声波、牙科/牙齿X射线	
白金体检套餐 套餐F+	除了癌症和心血管疾病筛查，还包括脑部核磁共振的更全面精密的检查	7,300
	脑MRI&MRV、腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉硬化化、颈动脉硬化特异度、缺铁性贫血3种、过氧化氢酶3种、骨质疏松症3种、牙科/牙齿X-线、前列腺超声波、骨质疏松症3种、骨质疏松症3种、牙科/牙齿X-线、前列腺超声波、直肠超声波、直肠镜检查、甲状腺超声波	
两周一检 套餐G+	在家庭自驾车居住一晚，体检更加便捷、舒适，且最全面最深入的体检项目，并配备专业医务人员，提供专属体检报告	8,400
	脑MRI&MRV、腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉硬化化、颈动脉硬化特异度、缺铁性贫血3种、过氧化氢酶3种、骨质疏松症3种、牙科/牙齿X-线、前列腺超声波、直肠超声波、直肠镜检查、甲状腺超声波、微量元素	
青少年	专为青少年量身打造的专属体检套餐	1,200
青少年	腹部超声波、心电图检查、血压、胸部X-线(正面/侧面)、眼科检查、听力检查、身高测量、尿检、血液检查(精液病、高蛋白血症、肝功能、A/G/C型肝炎、肾功能、总蛋白、尿蛋白、甲状腺功能、幽门螺杆菌抗体、梅毒、脂肪、尿液、毛细血管球蛋白、维生素D、过敏)、牙科检查、缺铁性贫血检查	

首爾峨山醫院 綜合健康檢查項目		
[女性]	Program	檢查項目 (単位: KRW 千元)
普通体检 套餐A (40岁以下)	基础体检套餐	
	肾脏(腹部)、肺部透声波、血压、心电图、腹部X-线(正面/侧面)、眼科检查、尿液检查、听力测定、骨盆测量、牙科检查、基础检查(贫血、糖尿病、高脂血症、肝功能、甲型/乙型肝炎、肾功能、梅毒、电解质、尿酸、一般血脂、凝血功能)、血型、炎症、甲状腺功能、幽门螺杆菌抗体、艾滋病、风疹病)、肿瘤标志物(纤维、胰腺、消化道癌、卵巢癌)、乳腺超声、乳癌超声、乳腺超声	2,600
普通体检 套餐B (40岁以上)	基础体检套餐(包含基础套餐A)	2,950
	基础体检套餐A+ 基础肺部透声波、大肠内视镜检查(钡餐)、骨密度检查、胰腺癌X-线、维生素D	
癌症筛查体检套餐 套餐C+	包含早期发现癌症的体检套餐	3,480
	腹部骨盆CT、胸部CT	
心脏血管疾病风险 筛查体检套餐 套餐D+	针对心血管疾病的专项体检套餐	4,050
	冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉超声波、动脉硬化度、动脉硬化特异度 *排除：大肠内视镜(钡餐)	
高龄体检套餐 套餐E+	同时包括癌症和心脏血管疾病的更综合详细的套餐	4,800
	腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、心脏运动负荷、颈动脉超声波、动脉硬化度、动脉硬化特异度血清、牙科检查/牙膏X射线、胸部CT	
白金体检套餐 套餐F+	除了癌症和心血管疾病的更全面精密的检查	7,720
	脑MRI&MRV、腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、颈部CT、心脏运动负荷、颈动脉硬化度、动脉硬化特异度、动脉硬化特异度血清、骨质疏松症3种、骨质疏松症血液检查3种、牙科/牙齿X-线	
两周一检 套餐G+	在家庭自驾车居住一晚，体检更加便捷、舒适，且最全面最深入的体检项目，并配备专业医务人员，提供专属体检报告	8,880
	腰椎透声波、心电图检查、血压、南部X-线(正面/侧面)、眼科检查、听力测定、尿液检查、血液检查(镁排泄、高脂血症、肝功能、A/G/C型肝炎、肾功能、电解质、凝血功能、血型、一般血脂、甲状腺功能、幽门螺杆菌抗体、梅毒、风疹、尿酸、微量元素、流行性感冒、维生素D、过氧化氢酶)、牙科检查、缺铁性贫血检查	
青少年	专为青少年量身打造的专属体检套餐	1,200
青少年	脑MRI&MRV、腹部骨盆CT、冠状动脉CT、心脏超声波、胸部CT、心脏运动负荷、颈动脉超声波、动脉硬化度、动脉硬化特异度、缺铁性贫血3种、过氧化氢酶3种、骨质疏松症血液检查3种、牙科/牙齿X-线、微量元素	

电话 +82-2-3010-5000

 서울아산병원 건강증진센터
Asan Medical Center Health Screening & Promotion Center

电话 +82-2-3010-5000

 서울아산병원 건강증진센터
Asan Medical Center Health Screening & Promotion Center



▲圖五 峨山醫院健檢中心入口

(三) Seoul National University Hospital 首爾大學醫院智慧醫療

1. 參訪日期：114 年 9 月 16 日上午 10:30
2. 接待者：Mr. Tae-Woo Kim (Deputy Head of Information Planning Team)
3. 機關簡介：

首爾大學附設醫院（Seoul National University Hospital，簡稱 SNUH）隸屬於首爾大學，成立於 1885 年，是韓國最具代表性三大醫院中唯一公立的醫療機構，它不僅在韓國國內，亦在國際間享有高度的聲譽。作為一所綜合性醫院，它提供各種先進的醫療服務，並以其高水準的臨床治療、研究與教育聞名。該醫院含分院目前設有 3,455 床，加護病床 254 床、新生兒加護病床 94 床、手術床 56 床及急診 73 床。每天門診服務約 13,850 人次，住院平均每天 3,356 人次，每天約執行 368 台手術。

首爾大學附設醫院特色之一是其先進的醫療技術和專業診療，特別是在癌症治療、心血管疾病、器官移植等方面有顯著的成就。此外，首爾大學附設醫院在全球醫療領域的合作和交流也十分活躍，常常與世界各地的醫療機構和學術單位進行合作，提升其醫療品質與國際影響力。



▲圖六 首爾大學附設醫院正門



▲圖七 首爾大學附設醫院門診掛號批價處

4. 交流主題一：Hospital Tour (Medical Museum, Hospital outpatient building) 首爾大學醫院歷史沿革

首爾大學醫院成立於 1895 年，前身為『濟眾院』，期許能『仁術濟眾』，無論病人的社會地位為何，皆提供平等且有品質的醫療照護。後續在此基礎上成立

「大韓醫院」，再演變為今日的『首爾大學附設醫院』。

首爾大學附設醫院目前將過去大韓醫院舊址改建成為文史館，館內除了展示「濟眾院」的歷史外，也陳列許多當時所使用的醫療器材，例如急救箱、產鉗、聽診器等。



▲圖八 本署參訪團於首爾大學附設醫院博物館參訪(上)及合影(下)

5. 交流主題二、智慧醫院

- (1) HIS 的展示與新功能 (EZ caretech Oversea division) :
- A. 首爾大學附設醫院目前採用整合性 HIS 系統，同時整合臨床照護、加值臨床功能、並附加病人安全警示模型、病人溝通系統和臨床研究與指標等。目前 HIS 系統是由 ezCaretech 公司開發，首爾大學附設醫院亦持有此公司股票。
- B. 目前 HIS 系統建置 3 種 AI 模型，包含心血管疾病的整體評估、預測病人的重大不良事件(如敗血症、昏迷甚至死亡)、以及提供醫療語音紀錄功能。
- (2) 數據平台及大語言模型簡介 (Healthcare AI researcher Prof. Hyeon-Hoon Lee) :
- A. 首爾大學附設醫院自 1999 年起開始引進醫療影像儲存系統(PACS, Picture Archiving and Communication System)，並同步開始將過去醫院所留存之紙本資料，利用文字辨識技術進行建檔，目前醫院所收載資料庫，包含就醫資料(629 萬人)、醫學影像資料(446 萬人)、NGS(7412 筆)、病理資料(101 萬人)、及生物訊號資料(1.6 萬加護病房病人資料及 12 導程心電圖約 460 萬個檔案)。
- B. 因韓國自 2020 年起通過個人資料保護法(Personal Information Protection Act of Korea)，目前在醫院內若通過 IRB 申請，可使用假名化(Pseudonymized)資料，並透過資通訊監理沙盒(ICT Regulatory Sandbox)進行運用。
- (3) 精準醫療知識平台簡介 (Healthcare AI researcher, Prof. Sung-Young Lee) :
- A. POLARIS 系統是首爾大學附設醫院近期開發的決策系統，主要透過 AI 協助醫師進行精準醫療，減少醫師為了診斷和決策所需要反復查找資料的時間。此系統是韓國第一個直接連結 HIS 的精準決策系統，目前大約收載兩萬人的資料。
- B. POLARIS 系統目前主要用來進行快速辨識及驗證癌症和罕見疾病的基因體資

料，將病人的臨床資料、病理報告和實驗室數據、以及基因資料輸入模型後可以快速產製文字報告，作為後續分子醫學或腫瘤治療的參考依據。



▲圖九 首爾大學醫院簡介 POLARIS 系統

(4)居家健康照護系統介紹(Healthcare AI researcher, Prof. Sung-Young Lee)

Patient journey-centered service 是一套以病人住院歷程為中心的輔助系統，目前為先驅研究(pilot study)，由政府及醫院雙邊提供經費。各階段所提供的服務如下：

- A. 入院前：病人於入院可收到住院通知、入院前的注意事項及須配合事項(例如禁食等)。
- B. 住院期間：病房會配置平板和螢幕，可透過螢幕了解入院後整個過程所需接受的檢查、處置、手術等。醫師可直接利用病房的螢幕，向病人及家屬說明檢查結果或治療方式，也可透過視訊方式討論病情；病人若對用藥有疑

問，也可透過此系統與藥師進行用藥諮詢。

C. 出院時：病人於出院時，會再次以平板衛教出院須知，也可直接透過病房的平板，將相關注意事項列印交由病人攜回。

D. 返家後：病人返家後，醫院可透過視訊確認出院狀況、回報血壓和體重情況等，一週之後護理人員和醫師可以和病人視訊，確認病人情況。

(5) 綜合討論(CIO, Dr. Chang-Wook Jeong、HIMSS Ji-Hye Kim)

Q1：前述提到的 LLM 模型只使用首爾醫院資料嗎？後續如何擴大驗證資料範圍，以及如何應用至其他醫院？

A1：目前首爾醫院是負責模型初步的發想與驗證，後續若認為有進一步發展的潛力，會交由首爾醫院持有股份的公司去進行後續產品的申請、開發及市場化。

Q2：首爾醫院目前如何處理以前紙本病歷和後續電子病歷接續的問題？是否有將資料分享給不同的醫院？

A2：過去紙本資料醫院已逐步利用 ORC 文字辨識方式建置電子檔，不同分院間皆使用相同架構的 HIS 系統，故在分院間皆可順利進行資料交換；但在醫院與診所間很少有資訊交流機會，若要將病人下轉至基層，通常會直接將病人的病歷資料列印出紙本，或提供 PDF 電子檔，由病人自行攜帶至下轉的診所。

最後，CIO 表示台灣的醫院在數位化上也非常先進，首爾醫院也曾與台灣數家醫學中心進行交流，並給予台灣醫院在資訊應用上的能力給予高度肯定。



▲圖十 本署游慧真組長致贈本署紀念品予首爾醫學大學附設醫院首席資訊
長：Dr. Chang-Wook Jeong

(四) Samsung Medical Center 三星醫療中心智慧醫療

1. 日期：114 年 9 月 16 日下午 2:30

2. 接待者：Ji-Yeon Kim (Manager)

3. 機關簡介：

三星醫院 (Samsung Medical Center) 是韓國三大綜合醫院之一，創立於 1994 年，位於首爾江南區。以「以病人為中心」為宗旨，提供先進的醫療服務、研究和教育，並設有國際診療中心、癌症中心和兒童醫院。該院以創新的醫療文化、頂尖的設備（如質子治療中心和機器人手術）和卓越的服務聞名，是韓國領先的醫療機構之一。

該醫院目前設有 2,000 床，加護病床 73 床、手術床 56 床及急診 73 床。每天門診服務約 9,460 人次，住院平均每天 1,703 人次，每天約執行 205 台手術。

三星醫院以尖端醫療設備如擁有質子治療中心、螺旋斷層放療系統 (Tomotherapy) 和機器人手術等聞名，其乳癌、肺癌、食道癌、泌尿道癌症及腦癌之五年存活率皆優於韓國及美國整體平均。另外，亦建置「心臟－腦血管－血管疾病整合照護模式」、及中風一站式服務 (One-stop Service for Stroke)，新醫療科技如經皮肺動脈瓣植入術 (PPVI) 及經導管主動脈瓣植入術 (TAVI) 亦有相當執行之經驗。

4. 交流主題一：Meeting

講者：

1. CIO, Dr. Won-Chul Cha (International Cooperation Team)

2. Tar rim Kim, MD, PhD. Department of Emergency Medicine, Chief.

(1) DAEWIN(Data analytics and Research Window for integrated

Knowledge) 系統：此系統是三星醫院整合院內所有電子病歷所建置的 HIS 系統，除了完整收載病人治療歷程資料外，還進行資料標準化作業，以利進行臨床觀察紀錄(例如住院病歷、手術紀錄、加護病房或透析紀錄等)，此系統也同時整合了健保資料和流行病學資料，讓醫院提供治療時可有更完整的評估

(2) BPOC(Barcode Point of Care)系統：此系統包含硬體(BOPC 機器)及軟體，並將院內所有資料整合於系統上。三星醫院廣泛採用條碼來輔助醫療及照護服務，包含護理紀錄、病人辨識、病人安全及提高作業效率、用藥、檢體運作及各種攜帶型儀器檢查結果登錄等。護理人員於測量病人的生命徵狀(vital sign)前，會先利用 BPOC 機器掃描病人的手環，以確保病人辨識正確。另外，住院病人於進入醫院或臨時請假離開醫院時，皆須於大門口掃描住院手環，以避免非必要人員進出醫院，落實病人安全及感染管制措施。



▲圖十一 三星醫院住院部門入口設有閘門，病人需掃描手環條碼後才可進入



▲圖十二 本署游慧真組長與三星醫院代表 Ji-Yeon Kim 互贈紀念品

(2)SIMSA(Smart& Intelligent Medical-claim Screening and Assessment)系統：

- A.韓國全民健保與台灣相同，對於每項醫療服務項目(如檢查、手術)、藥品，都有相對應的支付規定與適應症，但這些規定對於臨床醫師來說，非常繁瑣且不容易記憶，若遇到相關規定修改時更是無所適從。
- B.此系統除了過去直接將給付邏輯條件寫入系統(rule-based)外，另外再加上大語言模型(LLM)進行支付規定的語意分析。醫師可直接應用此搜尋工具來確認支付條件，目前此系統為每日比對支付規定更新資料庫。
- C.系統上線後，大約可減少 30%的工作時間，因不符合支付條件而被核減的情況亦有下降，但目前醫院送審前仍會有內審機制，每天比對送審病歷。



▲圖十三 三星醫院 Tar rim Kim 主任分享 SIMSA 系統

5. 交流主題二、醫院參訪 Hospital Tour

(1) 血液採集與檢體運送 Blood Lab

A. 人性化檢驗櫃台：病人進入檢驗區域前，可比對處方檢驗單的顏色與螢幕上顯示的顏色，來確認採檢櫃台的位置。對於不識字的病人也可輕易找到櫃台；另外，為方便因手部禁治療(如安裝人工血管)或其他原因需抽足底血的病人，有另外安排抽足底血的檢驗區，並設置布簾，以確保病人隱私。



B. 自動化檢體配送系統：三星醫院採用自動化檢體運送系統已逾 30 年，抽血櫃台於完成病人抽血後，可直接將檢體投入櫃檯旁的輸送道，透過設置於天花板的軌道將檢體送至檢驗單位，可減少運送人力，並加快檢體檢驗速度。

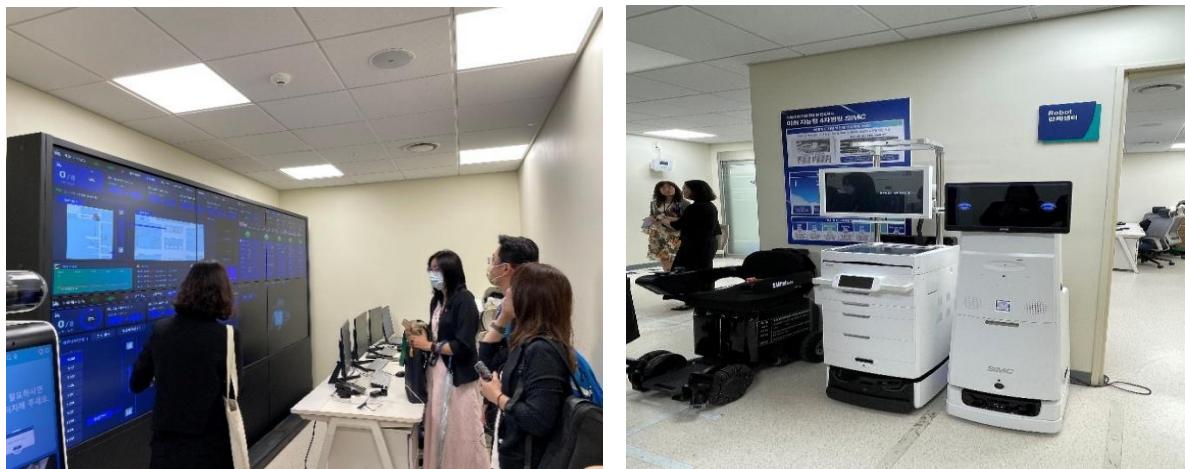
(2) 癌症醫院門診部 Cancer hospital outpatient department



A. 物流機器人運輸設備：目前三星醫院院內配有 8 台物流機器人，於深夜離峰時段負責將較重的物資運送至各病房。物流機器人以地面上鋪設的感應軌道移動，工作人員可透過機器人監控中心的螢幕，監測每台物流機器人目前位置及動向。



▲圖十四 三星醫院物流機器人系統(左)及醫院內移動所鋪設之感應軌道(右)



▲圖十五 醫院監測物流機器人螢幕(左)及智慧藥櫃(右)

B. 醫療汙染物運送系統：三星醫院亦將機器人用以運送醫療物資，並以顏色區分是否為汙染物，若為紅色燈光表示該機器人目前運送為汙染物；綠色燈光表示該機器目前運送為乾淨的物資。

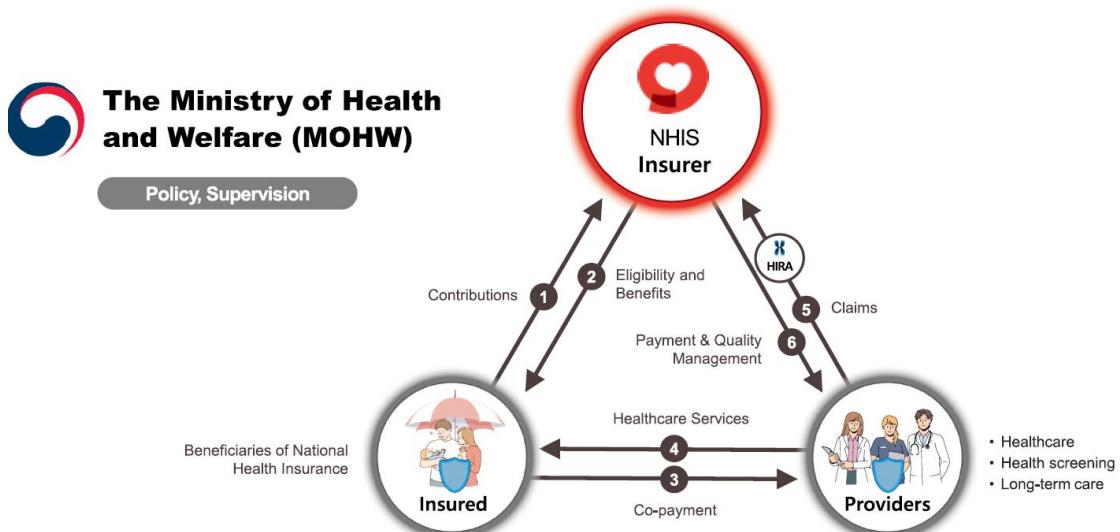


▲圖十六 醫療廢棄物運輸機器人(上)及本署訪問團於三星醫院歡迎標語前
留影(下)

(五)韓國健康保險公團(NHIS)

1.機關簡介：

韓國健康保險公團(NHIS)隸屬於韓國衛生福利部(MOHW)，NHIS 負責健康保險之營運管理，包含認定投保資格、收取保險費、支付醫療費用、給付項目管理等業務。保險對象投保健康保險後，於醫療院所獲得醫療服務，醫療院所向韓國健康保險審查評價院(HIRA)申報醫療費用並由其審查，NHIS 撥付醫療費用予醫療院所，組織架構及流程圖如下：



2.保險費制度介紹：

韓國健保將保險對象分為受僱者（Insured Employees）以及自營業者（或稱為地區被保險人，Self-employed insured）兩大類，各有不同保險費計算方式。

(1)受僱者：受僱員工及其眷屬，以月薪計算保險費，2025 年費率為 7.09%，並且與雇主各負擔 50%；此類保險對象如一年有超過 20 萬韓元之薪資以外收入，則須再加收補充保險費，費率同樣為 7.09%。

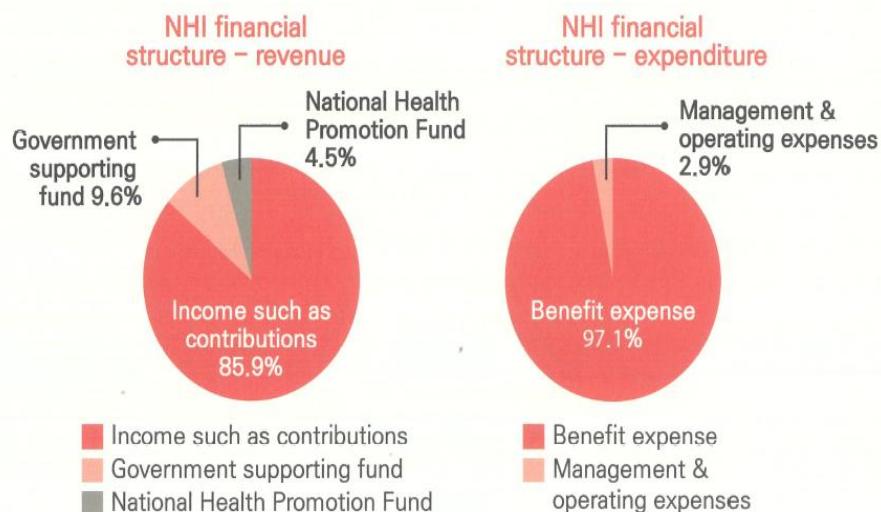
(2)自營業者：前項身分以外之保險對象，以家戶收入計算保險費，費率為

7.09%，以及對土地、房屋等財產課徵補充保險費。

3. 財源：

韓國健保財源主要來自保險費，其餘來自政府補助，從稅收與以菸捐為基礎的「健康促進基金」(National Health Promotion Fund) 支應；2023 年韓國健保收入 85.9%來自保險費，9.6%來自政府補助，4.5%來自健康促進基金（如圖 1）。

[Figure 2-4] NHI financial composition and expenditure structure (as of the end of 2023)



Source: NHIS, 2024

圖 1、健保收入來源及支出結構（資料來源：NHIS 2025 年報）

4. 交流內容：

(1)全民健保制度：韓國健保為單一保險人制度，納保率約 97.1%(其餘 2.9% 屬社會醫療救助非由健保支應)，保險預算來源主要為保費收入(85.9%)、政府補助(9.6%)及菸捐(1.9%)等。健保費率目前為 7.09%，預計 2026 年調高到 7.19%。保險對象分為職場及地區投保，前者健保費從每月薪水中由雇主扣收並彙繳予 NHIS(雇主與被保險人各負擔 50%)；後者健保費分依家戶成員收入、不動產及車輛價值計算應繳納之金額。另針對保險對象每年所得逾 2,000 萬韓圜之薪資外收入如股息、紅利等徵收補充保費。

(2)國家人口與全民健康保險人之員工人數：韓國有近 5,200 萬人口，韓國健康保險公團辦理健康保險業務的員工人數約 1.1 萬人、辦理長期照護保險業務的員工人數約 4 千人；臺灣有 2,330 萬人口，衛生福利部中央健康保險署員工人數約 3 千人。

(3)兩國均將保險對象區分為職場投保者及地區投保者，韓國職場投保者負擔健保費比率為 50%，相較臺灣一般受僱者負擔健保費比率 30%為高。又臺灣投保類別可細分至 6 類 15 目，按類目負擔不同比率之保險費。臺灣針對地區人口係收取定額保險費，而韓國針對地區投保者依家戶成員收入、不動產及車輛價值計算應繳納之金額、也針對保險對象每年所得逾 2,000 萬韓圜之薪資外收入徵收補充保費。

(4)醫療服務提供及給付：NHIS 紿付內容涵蓋醫療服務、疾病治療、預防保健與健康促進。其中特別重視癌症與重大疾病的早期篩檢，健康檢查制度根據年齡與疾病風險進行分級，如：

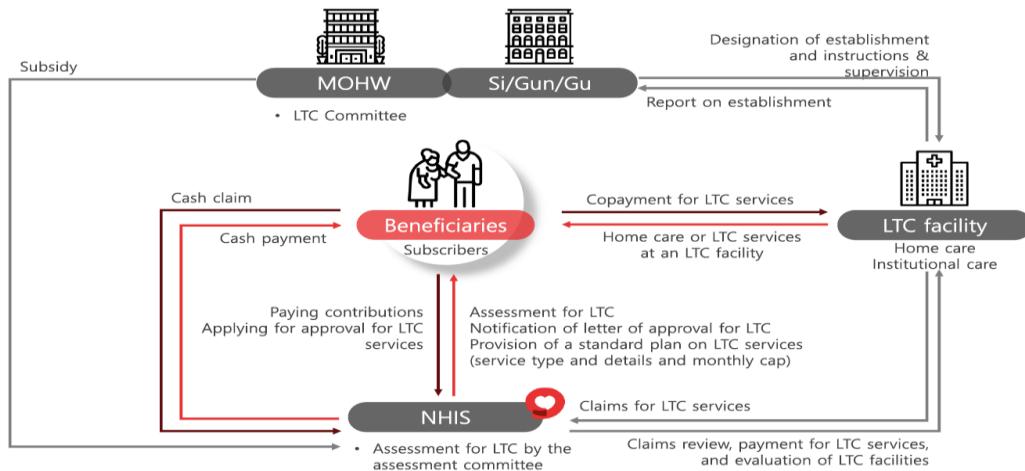
檢查種類	對象	頻率
胃癌	40 歲以上	每 2 年
肝癌	高風險族群、40 歲以上	每 6 個月
大腸癌	50 歲以上	每年
乳癌	40 歲以上女性	每 2 年
子宮頸癌	20 歲以上女性	每 2 年
肺癌	高風險族群、54 - 74 歲	每 2 年

(5)長期照護保險制度 (LTCI)：韓國於 2005 年成立長照制度籌備專案，並於 2007 年制定《長期照護保險法》，2008 年正式實施長期照護保險制度。該制度由 NHIS 統一管理，財源主要來自保費與政府補助，長照服務包括：

a. 居家照護服務：家事協助、身體照護、認知訓練等。

b. 機構照護服務：安養機構、護理之家及復健中心等。

為因應韓國高齡化社會的照護需求，韓國建立 LTCI，服務依失能程度分級給付，並透過相關評估確保本項制度的公平性與效率，組織架構及流程圖如下：



(6)制度成就：韓國 NHIS 在短時間內達成全民覆蓋，僅用 12 年(1977 – 1989)達成 UHC，相較其他 OECD 國家平均需數十年，成效顯著。

自 1977 年至 2022 年期間，醫療機構數量增加 11.7 倍、病床數量增加 14.1 倍、醫師人數成長 11.5 倍，顯示醫療供給能量顯著提升；平均壽命則由 65 歲提升至 83.6 歲，嬰兒死亡率由千分之 34 降至千分之 2 人，皆優於 OECD 平均值。

(7)面臨的挑戰與財務壓力：隨著高齡化與慢性疾病盛行，韓國健保的財政壓力逐年上升。2010 年至 2022 年間，慢性病醫療支出增加 2.4 倍，達 40.8 兆韓元，占總醫療支出 40%。主要疾病包括高血壓、糖尿病、心臟病、惡性腫瘤及關節炎等。

健保支出占 GDP 比率由 2013 年的 6.2% 上升至 2022 年的 9.7%，逐漸逼近並超越 OECD 平均值。同時，低生育率導致繳費人口減少，使財政永續性成為核心政策議題。

(8)NHIS 積極推動對菸草公司的法律訴訟，追究其對吸菸相關疾病所造成的財務損害，展現公共健康政策與法制並進的特色。

(9)NHIS 同時成立附屬醫院與國際醫療中心，提供臨床研究、醫療示範及外國患者醫療服務，強化公共醫療與國際合作角色。

(10)韓國政府針對財政壓力與人口老化，提出多項改革策略：

a. 加強依所得繳費制度，確保繳費公平性。

b. 控制醫療支出成長率，維持健保財務穩定。

c. 擴大公共健康促進與預防醫學投資，降低慢性病支出。

d. 運用健保大數據發展客製化健康服務與政策分析。

(11)總結：韓國全民健康保險與長期照護保險均由 NHIS 統一管理，落實保費結構公平與健康促進政策。然而，面對老齡化與慢性病財務壓力，韓國將持續優化收支平衡與服務品質，以確保全民健康保障的永續發展。



▲圖十七 本署訪問團與 NHIS 團隊合影

Q&A 重點

1. 保險費設計、徵收與弱勢協助

- 問題：月保費上、下限（含薪資、非薪資、自營收入）與財產評分標準如何決定？

回覆：月保費上下限由《國民健康保險法》第 69 條第 6 項與施行令第 32 條規定，由保健福社部部長公告；財產評分依施行令第 42 條第 1 項，納入地方稅法課稅財產（如土地、建物、房屋、船舶、航空器），依財產額分級計算分數。

- 問題：若保費依前一年度所得計算，但今年收入大減是否可協助？

回覆：可「自願持續投保」可維持原受雇身分保費；收入若因失業、歇業等減少，可檢附證明申請調整，次年 11 月再依稅務資料結算差額。

- 問題：目前總保費、自營者保費占比？

回覆：2023 年自營者保費占全部保費 11.91%。

- 問題：非薪資所得如何計算？資料來源是否延遲？

回覆：超過總統令門檻（2024 年：2,000 萬韓元）者：月額 = (年非薪資所得 - 扣除額) ÷ 12。每年 11 月由國稅廳提供前一年所得後開始調整保費。

- 問題：所得採計比率如何決定？

回覆：勞動所得、年金所得僅採計 50%。資料每年 11 月（稅務）與 1 月（公共年金）連結。

- 問題：雇主申報薪資如何與稅務連結？如何查核是否少報？

回覆：月薪依雇主申報，每年與國稅廳資料比對；若懷疑少報或漏報，可移送國稅廳調查，結果會回傳並調整保費。

- 問題：非薪資扣除額 2,000 萬韓元怎麼決定？

回覆：以 2017 年 2 人家戶中位所得 60% 計算，可由政策審議委員會依社會共識調整。

●問題：自營者財產評價如何計算？需提供資料嗎？

回覆：依 6/1 內政安全部提供的財產稅課稅基準，先扣除 1 億韓元，再依 60 級財產表評分；不需自行檢附資料。汽車計費制度已於 2024 年 2 月廢止。

●問題：為何不與稅一起徵收？

回覆：1977 年制度初期若採全面稅制負擔過大，因此採保費制，較快完成 UHC (12 年達成)。

●問題：自營者所得、財產資料是否有落差？

回覆：若申報正確則不會；相關資料定期更新並反映於保費。

●問題：納入哪些財產？未來是否擴大？

回覆：納入課稅財產：土地、建築、房屋、船舶、航空器；無財產者以租屋押金及月租計算（押金僅採 30%）。

●問題：如何追繳欠費？是否有像台灣的專責單位？

回覆：韓國無專責機構，NHIS 直接依法律執行催繳，可同時受託徵收其他社會保險費。

●問題：欠費久未收回如何處理？

回覆：確認無法收取（死亡、倒閉、破產）可列為虧損，但日後若能力恢復仍可再追繳。

●問題：欠費追繳流程？

回覆：共有 8 步：①通知 → ②催繳 → ③欠費裁定 → ④最後通知 → ⑤預告查封 → ⑥查封 → ⑦查封通知 → ⑧解除查封。

●問題：是否有分期或貸款？

回覆：欠費三次以上可申請分期；弱勢家戶符合資格者可減收保費；無類似台灣的「紓困貸款」。

●問題：是否有照顧者補助？

回覆：長照保險下目前無特別的照顧者保費減免或心理健康補助。

2.加入資格與長照保險

●問題：外國人六個月規則、家屬限制？

回覆：外國受雇者可投保；家屬需居住 6 個月後取得資格（部分簽證可免 6 個月）。離境超過 1 個月即喪失自營／眷屬資格。

●問題：非典型工作者（工讀、外送等）如何分類？

回覆：每月至少工作 60 小時且持續 1 個月以上者屬受雇保險；其他為自營。

●問題：韓國如何從多家保險人整併成單一保險人？

回覆：因地區財務差異巨大，2000 年整併為單一保險人，但因受雇／自營保費制度差異無法一次統一，故持續改革以提升公平性。

●問題：長照保費是否與健保一起收？

回覆：是，長照保費為健保保費的 12.95%，一併收取。

●問題：長照保費是否足以支應？是否有政府支持？

回覆：初期政府提供約 5% 福利費為準備金；因 NHIS 原有組織，因此行政成本較低。

●問題：長照納入健保後的挑戰？

回覆：雖同由 NHIS 經營，但財務、給付、資格仍分開；需明確訂定成本分攤（健保 73%、長照 27%）。

3. 數位科技

●問題：如何運用科技減少濫用？

回覆：NHIS 使用 IFIS（不當與詐欺資訊系統），包含大數據分析、規則引擎、深度學習預測、社群網絡分析，用於偵測不當申報與醫療執照出借等行為。

●問題：無健保卡如何就醫？

回覆：需提供身分證件（含電子身分證），醫療院所據此查驗資格。

●問題：是否有數位保險卡？

回覆：有。手機版保險憑證以加密方式儲存，效力與實體卡相同。

(六)韓國健保審查評價院(HIRA)

1.日期：2025年9月17日下午

2.機關簡介：

韓國健保審查評價院(Health Insurance Review Agency, HIRA)於2000年7月1日成立，隸屬韓國保健福祉部(MOHW)。其在韓國國民健康保險體系中，主要職責為「審查／評價」，核心任務包含醫療費用審查、醫療品質評估、醫療及藥物支付標準訂定與管理，並管理韓國的健康保險資料，推動醫療資訊透明化，以確保醫療資源的有效利用及提升國民的醫療照護品質。其相當於部分台灣中央健康保險署及財團法人醫藥品查驗中心醫療科技評估組業務。

3.交流主題一：Healthcare Quality Assessment 醫療品質評估

講者：品質評估管理部 品質評估發展處處長 Su-Hee, Hwang

(1)制度發展：

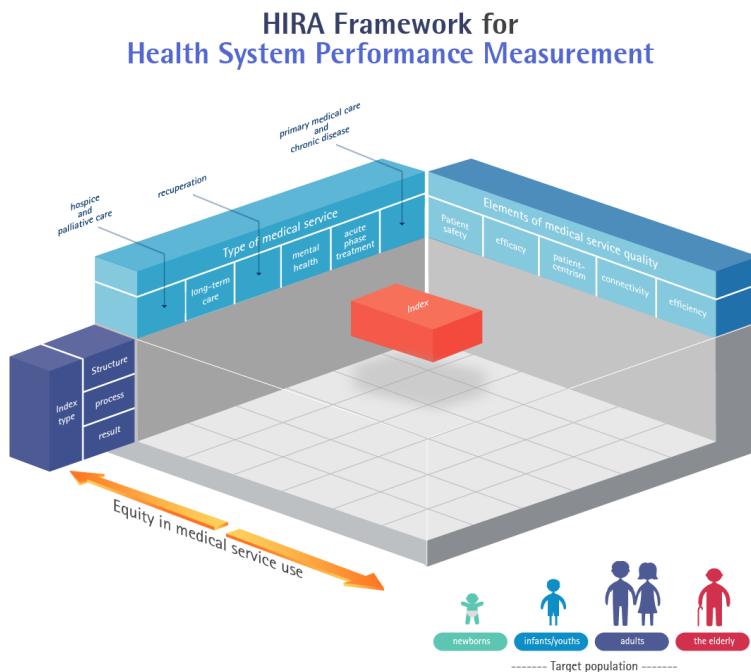
A.HIRA的「適當性評估(Appropriateness Evaluation)」旨在透過系統性評估，減少醫療資源的過度或過少使用，縮小醫療機構間的品質差異，最終提升全國醫療品質並確保健保財務的永續性。

B.發展歷程：由一開始發展抗生素與注射劑等單純項目，逐步擴大涵蓋慢性病、癌症及急性照護等，2025年達36項，並建立以目標導向、結果為基礎的評估系統。

(2)評估框架、流程與資料收集

A.評估框架：HIRA建立了一套概念性框架(如下圖)，用以診斷現行評估體系的盲點或過度之處，其架構主要由三個要素組成，包含構成要素(品質面向)、評估類型(結構、過程、結果)及評估領域(臨床、機構、感染控制等)。截至2025年，尚在執行中的評估項目為36項，主要集中在急性期治

療(佔 85%)，而復健、安寧療護等領域仍在發展中。



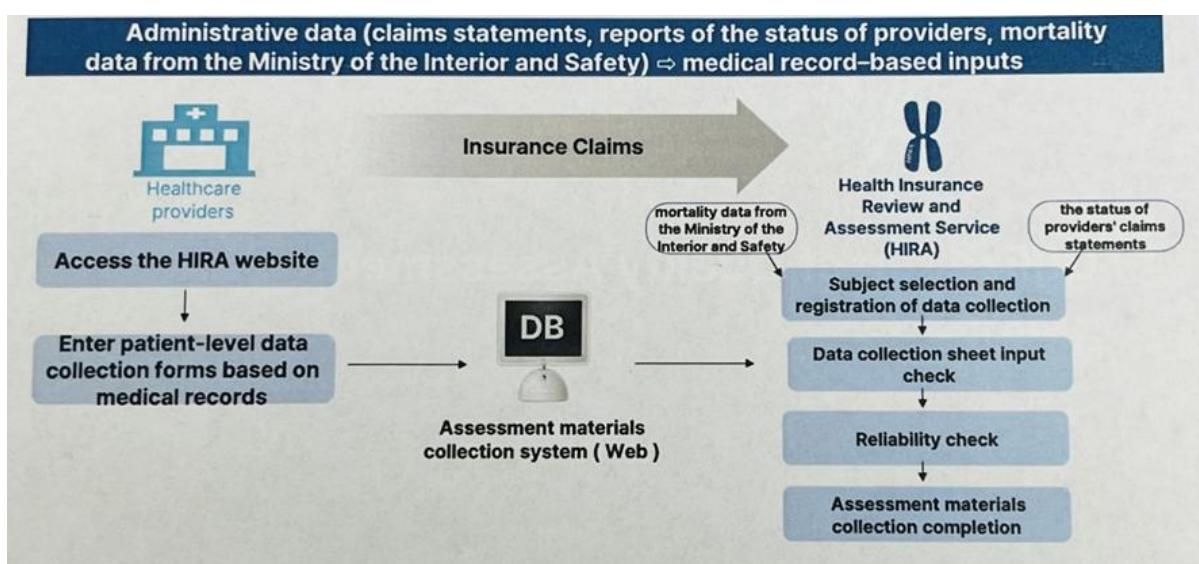
圖十八 HIRA 品質評估框架

Categories		Assessment Items (36)
Primary Healthcare and NCDs	NCDs (7)	Hypertension-Diabetes, Bronchial asthma, COPD, Tuberculosis, Hemodialysis, Rheumatoid Arthritis, Total Knee Arthroplasty (new)
	Drugs (3)	Antibiotics prescription rates, Injections prescription rates, Number of drugs
Acute disease treatment	Cardio Cerebrovascular Disease(4)	CABG, Acute stroke, Acute myocardial infarction (AMI), Percutaneous coronary intervention (PCI)
	Cancer (5)	Colorectal cancer, Breast cancer, Stomach cancer, Liver cancer, Lung cancer
	General Quality (3)	Hospital standardized mortality ratio, Risk standardized readmission rate, In-hospital days
	Others (9)	Transfusion, Use of prophylactic antibiotics for surgery, Anesthesia, Pneumonia, Intensive care unit, Neonatal intensive care unit, Patients experience, Small and medium sized hospitals, Diagnostic imaging
Mental health (4)		Psychiatric care for Medical Aid beneficiaries, Psychiatric hospitalization, Depression treatment for outpatients, Dementia
Long-term care (1)		Long-term care hospitalization

圖十九 2025 年 HIRA 品質評估項目

B.評估流程：可由民眾、專家及利害關係人共同提案候選項目，經選定後，將制定年度評估計畫並進行資料收集與分析；後續結果須經委員會審議並報告至 MOHW，同時回饋醫療機構並向民眾公開。若醫療機構對評估結果有異議，則可提出申覆。

C.資料收集來源：包含 HIRA 內部資料(如全國的健保申報資料)、政府跨部門資料(如死亡率、傳染病等)，以及醫療機構提交資料(HIRA 建立電子平台 Web System，讓醫療機構上傳申報資料中沒有的臨床細節)。



圖二十 評估資料收集模式

(3)評估結果的應用與成效

A.與支付制度連動（價值導向支付）：評估結果直接與財務誘因連動，形成獎懲並行的支付機制。對於表現優秀的醫院給予獎勵，而對品質排名末 5% 的機構則會刪減補助。另「醫療品質評估補助金」為一重要誘因，其規模高達約 8000 億韓元，依據 14 項品質指標的評估結果進行差別化發放，使財務獎勵確實反映醫療服務品質。

B.機構資格認定：評估結果為被評價為「上級綜合醫院」（醫學中心）或「專門醫院」的重要標準。

C.資訊公開：民眾可透過 HIRA 官網、手機 APP、以及 Naver 等大型入口網站，查詢各醫院的評估等級與結果，亦提供健康地圖介面，讓民眾直觀找到所在地附近「好醫院」之資訊。另 HIRA 將去識別化的評估結果資料釋出予學術單位進行研究、論文發表，為政策提供了重要的實證基礎。

4. 交流主題二：Drug reimbursement listing process and RWE-based drug performance assessment system 藥品收載流程與基於真實世界證據的藥品效果評估制度

講者：藥品績效評估管理部 藥品績效評估管理處副處長 Hyun-Woong, Choi

(1) 以 RWD 為核心的成果評估制度

A.目標：為了應對高價新藥(多為抗癌藥或罕見疾病用藥)的臨床效益與財務衝擊不確定性，以及藥廠與審查機關之間的資訊不對稱問題。

B.運作模式：具臨床或成本效益不確定之新藥，可透過藥品給付協議(MEA)先行納入給付。納入後，藥廠需依協議蒐集臨床使用情形的真實世界資料(RWD)，作為後續評估依據。HIRA 將根據這些 RWD 進行藥品的療效與成本再評估；若結果顯示病患未達到預設的治療目標，藥廠則必須依協議退還部分藥費。

C.為了與藥廠建立有效的協商合作，RWD 的收集與評估方式分為三種類型：

a.第一種：由藥廠依研究計畫書收集 RWD，HIRA 每年與其進行交叉比對驗證。

b.第二種：若病人未達到治療目標，則重新收集資料，以評估是否需返還費用。

c.第三種：直接運用 HIRA 既有的監測系統進行評估，此方式對醫院和藥廠的額外負擔最小。

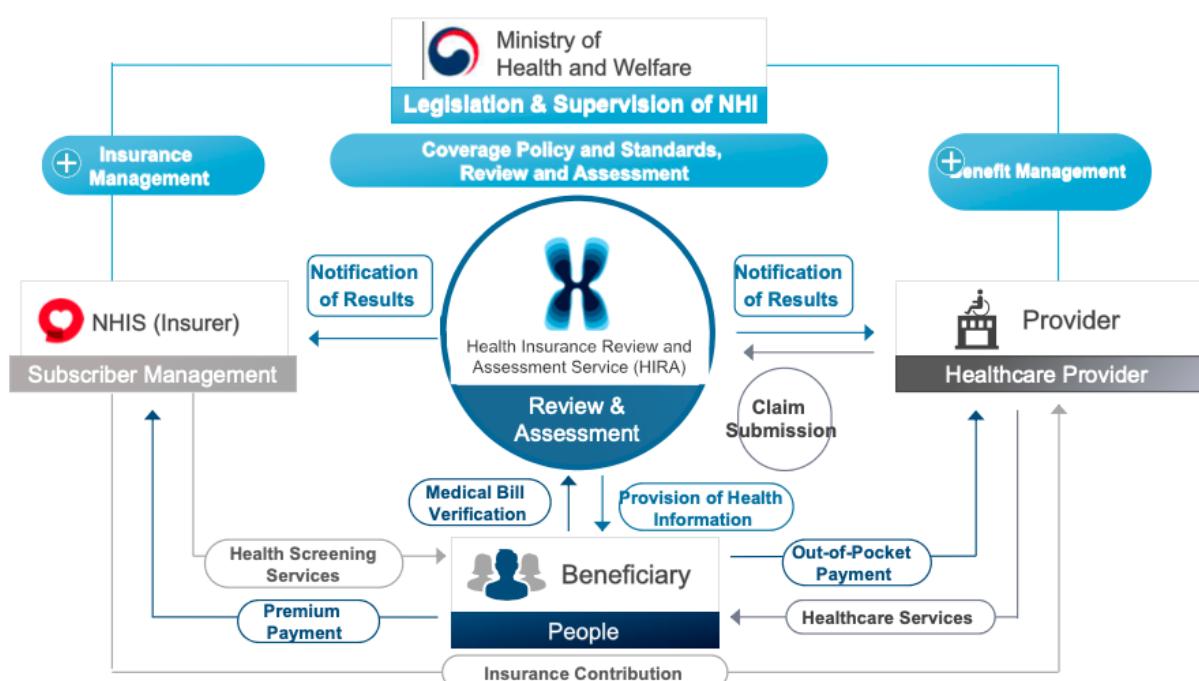
(2) HIRA 得以推動 RWD 成果評估制度的關鍵在於其集中化的全國醫療大數據與以 ICT 為基礎的證據導向管理系統。全國醫療資料被匯入其數據倉庫 (Data Warehouse)，涵蓋健保申報、藥品使用、MEA 合約、事前審查、MFDS 許可證及死亡資料等，未來並規劃納入基因資料以提升評估精度。然制度仍面臨資料品質、跨院所標準化、個資法規與資料互通性等挑戰。

(3) 另 HIRA 審查廠商提交之藥物經濟評估報告 (PE) 的核心為「是否符合條件」，不會因報告品質而給予藥價優惠，若資料不符規定，會退回請廠商補件後再審。此外，廠商須自行準備並提交所有藥物經濟評估必要的本土數據（如效用值、疾病的盛行率等），HIRA 不會建立一個公開的數據庫供外界使用。

5. 交流主題三：Health insurance system and listing of health technology in Korea 韓國健康保險與醫療科技支付制度

講者：藥物評估管理中心 醫療科技評估處研究員 Chia-Ju, Lee

(1) 韓國健康體系概況：韓國的健康保險體系由 MOHW 進行總體政策管理，HIRA 負責醫療服務的評估與費用審查，而 NHIS 則負責向醫療機構支付費用。



(2)韓國健康保險給付表列原則

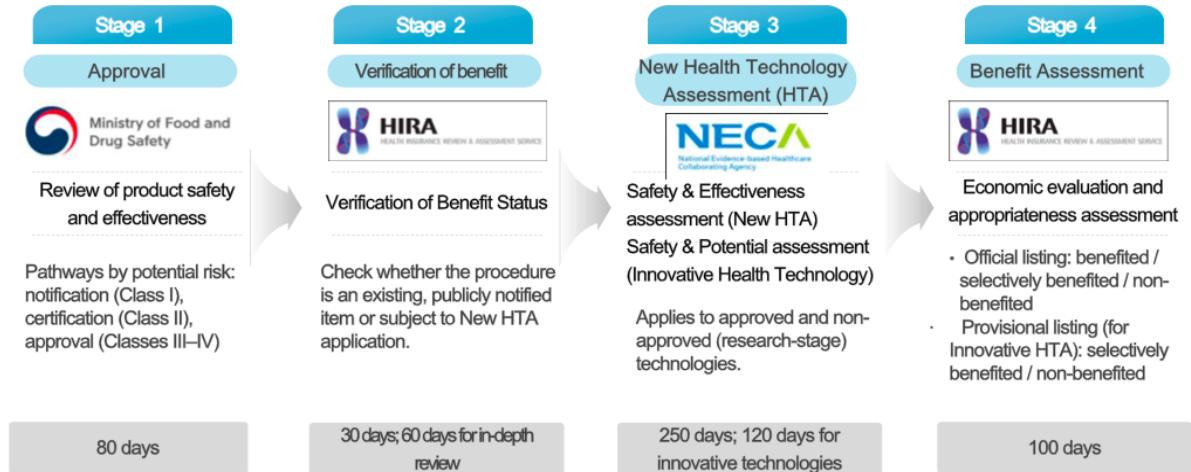
A.醫療服務/醫材：採「負面表列」，原則上除了明確公告不給付的項目外，其餘皆納入給付範圍。

B.藥品：採「正面表列」，須經安全性、有效性、成本效益評估及價格協商後，才能納入給付清單。

(3)新醫療技術納入給付流程

流程	單位	內容
上市許可 (Approval)	MFDS	所有新醫療技術須先通過 MFDS 的審查，取得核准許可
給付屬性確認 (Verification of benefit)	HIRA	確認新醫療技術是否為既有健保已給付服務
新醫療技術評估 (New Health Technology Assessment)	NECA	針對非現行健保給付之醫療服務進行系統性的文獻回顧，評估其 安全性與療效 。未通過評估的技術，不得在臨床上使用
通過 NECA 評估之新醫療技術，醫療機構須在首次將該技術用於病人的 30 天內，向 HIRA 正式提出給付申請		
效益評估 (Benefit Assessment)	HIRA	綜合評估其 成本效益 、是否有可替代的治療方案等，並經由 專門評價委員會 (Specialized Assessment Committee deliberation) (由臨床專家、學會、消費者團體等組成)與 健康保險政策審議委員會 (Health Insurance Policy Deliberative Committee decision)審議，最終決定是否給付及給付標準

Process for Listing Health Technology



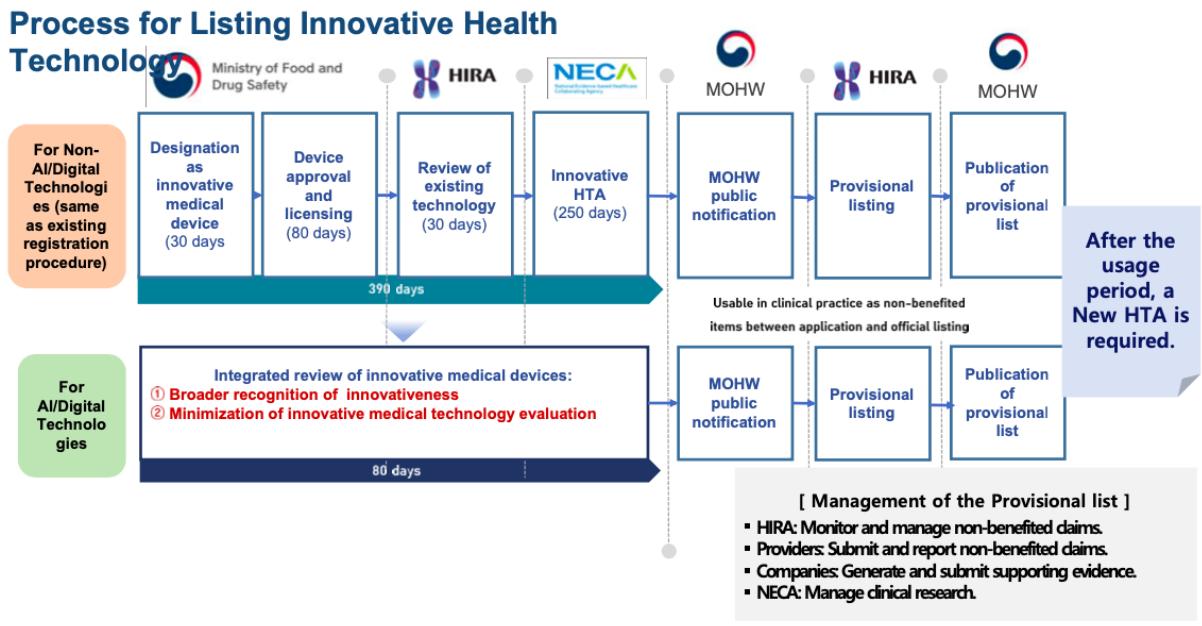
圖二十一 新醫療技術納入給付流程圖

(4) 創新醫療技術之「暫時性支付制度」

A. 讓具潛力、創新速度快的新醫療科技（特別是數位療法（Digital Therapeutics, DTx）和創新醫療器材，如 ICT、生物科技、AI 等）能提早進入臨床使用。由 MOHW 核定，允許在特定時間內（3~5 年）進行有限度的臨床使用，以收集臨床實證並提高民眾的可及性，並於期滿後重新評估，決定是否正式納入給付。

B. AI 醫材與 DTx 的快速審查／給付機制（快速通道）

為縮短 AI 醫材與 DTx 進入市場的時間，韓國設立了「整合審查評估」制度，HIRA 與 MFDS 同步進行給付審查，將上市許可、技術評估等流程統合，大幅簡化程序（如下圖）。



圖二十二 AI 技術與 DTx 快速通道審查流程

C. 暫時性支付項目之給付方式與定價

針對在暫時性支付期間的項目，韓國健保給付有選擇性給付（selectively benefited）與不給付（non-benefited）兩種方式。

a. 選擇性給付：當某項技術具有高度醫療重要性，或患者在無其他可給付選項的情況下缺乏替代治療時，可被列入選擇性給付，病人需負擔較高的自費，但仍可獲得部分健保補助。例如在 DTx，病人自付額最高可達 90%；在 AI 醫材，依其與現有技術或產品的相似性而有不同健保給付金額，另若具有高潛在價值，可再額外給付。

b. 不給付：廠商可以選擇先讓技術在沒有保險給付的情況下於臨床使用，等累積證據後再申請給付。大部分的暫時性支付項目在初期皆列為不給付，病人需全額自費使用。需定期回報使用現況與患者效果供政府監測，以避免濫用。

c. 定價原則：不給付項目由醫療機構自訂價格，但需向 HIRA 申報，HIRA

會公開相關資訊。另考量到 AI 醫材有被濫用的風險，故即使屬不給付，仍會設定價格上限，以避免增加病患過度的財務負擔。

d. 選擇性給付之具體方式：

i. AI 醫材，可在現有醫療服務費中「附加費（Add-on Fee）」方式設定，例如影像病理檢查時加收約 2.11 美元。

ii. DTx 則可設定「處方費+效果評估費」形式，如首次啟用教育處方費約 5,230 韓元、效果評估費約 16,130 韓元。

D. 暫時性支付項目收載情況

a. AI 醫材：為利用醫療大數據輔助醫師進行影像診斷、疾病預測與管理的工具。目前已有 18 個項目獲暫時性支付，期限為 2~3 年，其中 11 項為不給付，餘 7 項尚在評估中。

b. DTx：為提供實證治療介入的軟體，多用於精神疾病與慢性病的認知行為治療，患者經醫師處方後，可自行使用。目前已有 5 個項目獲暫時性支付，期限為 3 年，其中 3 項為不給付，餘 2 項尚在評估中。

E. 監管機制

a. 參與計畫醫療機構須先向 NECA 申請，取得「實施機構」資格後才能使用列入暫時性支付的創新醫療技術。此外，須與 HIRA 簽署協議，並向病患充分告知、取得同意書。

b. 為防止濫用，HIRA 進行事後監測，要求實施機構定期回報使用量與患者效果，廠商則需蒐集真實世界實證資料。若未依規定回報或使用量異常超出預估，HIRA 可將其從計畫中除名。



圖二十二 本署訪問團與 HIRA 團隊合影

參、心得與建議

一、健保財務與制度

韓國與臺灣同屬單一保險人制度，納保率均逾 95%，財源主要來自保費收入，但兩國在健保費計算上存在明顯差異：

- 韓國僅分為職場與地區兩類保險對象，並導入補充保費，計費基礎涵蓋薪資外所得、不動產與車輛等財產項目，且已實施年度結算；相較之下，我國仍以類別分級為主，制度較複雜。
- 韓國職場投保者個人負擔比率達 50%，高於臺灣一般受雇者之 30%。
- 地區保費部分，韓國以家庭綜合所得與資產計算，臺灣則採定額方式。

此行讓我方更能檢視自身制度優缺點，未來在研議健保財務及制度改革時，可參考韓國之補充保費設計及簡化分類架構，以因應人口老化及醫療支出成長的財務壓力。

二、醫療科技導入與智慧醫院發展

參訪的三間大型醫院皆顯示韓國在醫療科技應用方面投入甚深，尤以 AI、智慧醫院及自動化系統為主：

- AI 用於臨床決策輔助、重症預警與診斷支援。
- 遠距視訊、智慧病房、醫療機器人運送等協助解決人力短缺。
- 大型企業（如三星、峨山）出資成立醫院，使產學合作緊密，醫療 AI 模型由院內構想，商品化與市場化則由關係企業推進，因此創新速度明顯快於臺灣。

在慢性病照護方面，由於韓國大型醫院受限於輕症比例管制，加上輕症民眾部分負擔較高，多轉往基層就醫，因此大型醫院未設計特別的慢性病介入措施，這點與臺灣的醫院照護模式差異明顯。

三、醫療資訊整合與病人就醫流程

韓國目前缺乏類似臺灣健保醫療雲端查詢系統及電子轉診平台：

- 病人轉診多仍依賴紙本或自行攜帶電子檔。
- 院所之間醫療資訊交換有限，若病人未完整告知病史，醫師難以取得完整治療紀錄。

此部分正凸顯臺灣的相對優勢，顯示我國在健保資訊整合與醫療透明度方面已具前瞻基礎。

四、HTA 及創新科技給付制度

未來可借鏡韓國在新醫療科技評估(nHTA)與暫時性支付制度之部分：

- 韓國除少數藥品可豁免外，多數新藥在申請健保給付時需提交 PE 報告審查，報告品質不影響核價，但若資料不符規範則退回補件；我國目前僅要求高價癌藥繳交 PE，且主要用於核價加成，未來或可借鏡韓國，使 PE 在價值評估中發揮實質的影響。
- 暫時性支付制度提供 AI、數位治療(DTx)等新興技術「選擇性給付」及「不給付」雙軌進入途徑，有助於在風險可控下推動創新並蒐集真實世界證據(RWE)。
- 我國正在研議的智慧醫材健保沙盒制度與韓國精神相似，建議持續追蹤韓國制度成效，以優化我國的推動模式。

五、國際合作與制度發展啟發

本次與 NECA、HIRA、NHIS 及頂尖醫學中心的交流，有助於：

1. 提升 HTA 報告品質：包括生命週期管理、RWE 應用與流程透明度。
2. 推動數位健康發展：包含 AI、DTx、PROs 等領域評估標準建立。
3. 促進國際合作：強化台韓在 HTA 與健保政策的交流渠道。
4. 健保永續推動：借鏡韓國在長照、慢性病控管與支付制度彈性設計之經驗。

六、綜合建議

1. 研議簡化投保類別分類並引入更全面的補充保費制度，以提升健保財務韌性。
2. 強化創新醫材與 AI 產品的試行、評估及給付機制，建立完整生命週期管理模式。
3. 延續資訊化優勢，深化醫療雲端、轉診及資料共享平台功能。
4. 推動跨部會、跨國合作，掌握國際 HTA 與數位健康治理最新趨勢。
5. 持續觀察韓國暫時性支付制度成效，作為我國健保沙盒的調整依據。