

立法院第八屆第四會期
社會福利及衛生環境委員會全體委員會議

「我國健保醫療體系造福病患，卻造成醫
護人員『五大皆空』窘境，健保在供給面
與需求面該如何尋求平衡點？」公聽會
報告資料

衛生福利部
中華民國 102 年 11 月 13 日

「我國健保醫療體系造福病患，卻造成醫護人員『五大皆空』窘境，健保在供給面與需求面該如何尋求平衡點？」公聽會

一、目前我國健保屬於公辦公營，是否應開放民間保險加入共同經營，例如公辦民營？

說明：

- (一)對於全民健康保險(以下稱全民健保)的組織體制應該採行公辦公營、公辦民營或多元保險人模式辦理，在全民健保規劃及立法過程中，朝野即已針對各種不同版本充分溝通討論，但當時考量全民健保是在既有的社會保險基礎上推動，因此最後採行「公辦公營、單一保險人」體制辦理，這不單是政府周延考量後之政策決定，更是經立法機關通過之法律規定。
- (二)行政院為強化民眾參與經營和監督的機制，提升經營績效，曾在民國86年到89年間，多次針對保險人組織體制提出改制建議，送到立法院審議，但因為制度的改革，對民眾權益及醫療生態影響很大，社會各界並沒有改制的共識，故目前仍維持公辦公營、單一保險人的體制。
- (三)世界各國推行社會保險所採行保險體制各有不同也均有其優缺點，近年來實施多元保險人國家多有逐步減少或整併保險人的趨勢，韓國更在西元2000年將全部保險人合併為單一保險人，故如何設計一套適合我國國情的健保制度方為重要。由於目前全民健保提供保險對象於發生疾病、傷害及生育事故時所需之各種基本醫療服務，其涵蓋範圍相當廣泛，故在維持現行給付範圍下，即使開放民間保險加入共同經營，其競爭空間恐怕相當有限，反而使整體行政成本增加，且民眾未必受益，亦對改善醫療體系無直接助益。

二、健保支付醫事人員相關診療費、服務費、救濟方案等是否合理？

說明：

為改善五大科醫事人力失衡問題，全民健康保險近年來已於全民健保年度總額中，編列相關預算因應，具體措施如下：

(一)調整五大科之相關支付標準：

- 1、自民國 93 年起至 99 年止，陸續針對高風險、高投入科別，以及急重症相關之診療、處置、手術項目，調整健保支付標準，調整後約增加這方面之醫療費用達新台幣(以下同)135.4 億元，其中婦產科增加 29.6 億元、小兒科增加 12.6 億元、外科增加 25.2 億元。
- 2、100 年度醫院總額部門費用共計增加 14.87 億元，針對外、婦、兒科之門診診察費，按 17% 予以加成給付。
- 3、101 年度之醫院總額部門、西醫基層總額部門，亦增加 21.47 億元，用於調整外科、婦產科、兒科等艱困科別支付標準，以便促成醫師投入此一領域。
- 4、102 年全民健保總額成長範圍，特將五大專科醫師人力不足及護理人力之嚴重缺乏等項因素，納入總額成長率考量；並增加經費 50 億元，用以合理調高急重難科別之支付標準，並兼顧各層級醫院之發展。

(二)為使全民健保醫療費用支付更合理及公平，本部中央健康保險署業以科學化的數據為基礎，以資源之耗用程度作為基礎，辦理支付標準相對值(RBRVS)之評量，並與醫界及專家討論取得共識，據以調整支付標準。102 年調整急、重、難科別之處置、手術及麻醉項目支付標準調整，即是以 RBRVS 為基礎。

(三)為鼓勵山地離島地區及全民健保醫療資源不足地區，醫院加強提供內外婦兒科和急診醫療，業於 101 年投入 6.7 億元，以點值保障該地區的醫院，提供前述服務時，每家醫院全年可得 700 萬至 1500 萬元額外支付，使其更能羅致相關醫師人力。102 年更擴大辦理—對於無法提供急診，但可加強提供內外婦兒門住診者，亦可獲得額外補助，每科每年之補助以 100 萬元為上限。

(四)另自 101 年起亦施行「急診品質提升計畫」，全年預算共 3.2 億元，用於獎勵急診照護品質及效率之提升，102 年並持續編列預算執行。

三、二代健保財務採「收支連動」概念，來決定收多少及支出多少。然健保給付項目或給付專案卻只增未減，面對支出越多，屆時保費勢必面臨調漲，這樣連動的費率是否應由相關專業團體協商即可定案，進而減少政治力介入？

說明：

- (一)二代健保實施後，將全民健保監理委員會及費用協定委員會整併為全民健保會(以下稱健保會)，統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額協定等重大財務事項之審議，以確保全民健保財務收支連動，達成健保財務穩健經營之目標。
- (二)全民健保財務收支連動機制運作流程圖，詳下圖，其重點如下：
 - 1、 依據健保法第六十條：每年度醫療給付費用總額，由主管機關於年度開始六個月前擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。
 - 2、 年度總額經行政院核定後，依健保法第六十一條於各年度開始三個月前，健保會應在行政院核定之醫療給付費用總額範圍內，協議訂定本保險之醫療給付費用總額及其分配方式，報主管機關核定；不能於期限內協議訂定時，應由主管機關決定。
 - 3、 另若健保會審議保險費、保險給付範圍以及協議年度總額時，若發生有減少收入或增加支出時，應併資源配置及財務平衡方案同時審議或協定。
 - 4、 健保會完成年度總額之協定後，需報主管機關核定，另依健保法第二十四條規定審議收支平衡費率，即保險費率應由保險人於健保會協議訂定醫療給付費用總額後一個月提請審議。但以上限費率(6%)計收保險費，無法與當年度協議訂定之醫療給付費用總額達成平衡時，應重新協議訂定醫療給付費用總額。

5、前述保險費率審議完成後，由主管機關轉報行政院核定。

