

立法院第 10 屆第 6 會期
社會福利及衛生環境委員會

「全民健康保險制度之現況
與展望」公聽會
(書面報告)

報告機關：衛 生 福 利 部
報告日期： 111 年 12 月 5 日

主席、各位委員女士、先生：

今天 貴委員會召開「全民健康保險制度之現況與展望」公聽會，本部接受邀請列席參與，深感榮幸。茲就討論提綱提出說明，敬請各位委員不吝惠予指教。

壹、各討論提綱與本部說明

討論提綱一、全民健康保險法作為社會保險之一環，「新醫療科技引進」規劃應如何契合社會保險法理？

衛福部說明：

- 一、依全民健康保險法(下稱健保法)第 42 條規定略以，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。
- 二、面對人口老化及疾病型態多樣化，健保總額預算自 92 年起，持續於醫院及西醫基層總額部門匡定預算作為引進新醫療科技之用，其中近 5 年西醫新醫療科技(包括新藥、新診療項目及新特材)預算均編列新臺幣(下同)30 億元以上。
- 三、隨著新醫療技術及新藥、新特材推陳出新，價格亦日漸昂貴，為使有限的健保資源達到有效配置，健保署依健保法第 42 條規定，辦理醫療科技評估(HTA)。符合支付給付效益者，健保署再增修支付標準，納入健保給付。

四、此外，健保署自 104 年起已建置病友意見分享平台，將病人意見作為納入新藥物收載時之參考，反映病人需求，使病人共同參與健保給付決策。

討論提綱二、後疫情時代中，政府部門於國民醫療保健支出(NHE)應有之角色？除全民健康保險外，「健康投資」應有藍圖為何？

衛福部說明：

- 一、我國醫療保健支出(NHE)，是參酌經濟合作暨發展組織(OECD)之醫療會計帳制度(SHA)作業規範及國民所得統計制度，發展適合我國國情之醫療保健支出(NHE)統計，內容包括個人使用醫療機構所提供醫療照護服務之費用、個人自行購買保健食品、成藥或醫療器材的所有花費、各級政府用於公共衛生之支出、公私部門於醫療保健業務之固定投資及各級政府(含健保署)有關醫療保健相關業務行政支出。我國 109 年 NHE 較 108 年增加 7.2%，按資金運用單位，以公部門 8,013 億，占 60.5%，故有重要之角色。其中健保署 7,008 億，就占了 52.9%。
- 二、本部以民眾需求為核心思維，以多元性及延續性之非傳染性疾病管理政策，結合中央與地方、各政府部門與社區資源，積極推動各項健康服務，譬如：健全婦幼及生育保健服務環境、強化非傳染性疾病防治、培養健康生活型態、提供

高齡友善支持環境、多元戒菸及宣導服務與健康監測等。面對未來趨勢與挑戰，本部將以前瞻與創新思考模式，擘劃貼近民意的健康促進措施與政策，並匯聚中央跨部門以及基層公共衛生夥伴間的力量與資源，使民眾都能參與利用，分享健康促進成效提升的成果。

討論提綱三、健保總額中長期改革計畫中所列「健保資源結合公務預算」、「強化初次級照護，管控疾病源頭，落實群體健康管理」等策略，應如何嚴守全民健康保險法第1條所揭「健康保險」本質分際？及如何運用公務預算或商業保險分擔健保總額財務壓力？

衛福部說明：

- 一、自二代健保以來，健保採取年度平衡，總額以「年度」的觀點來推動計畫；惟為保障國民健康，健康政策應有長遠規劃；本部為投資民眾健康、精進健保價值，推動「全民健康保險醫療給付總額中長期政策目標及其相關計畫」，以「維持公平、提升效率、改善健康」3大全民健保核心價值為原則，長遠推動健康政策，戮力實踐健保總額政策目標。
- 二、上開計畫所列策略，係以長遠、整體性的角度、跨司署合作規劃健康政策，將健保給付制度視為促進國人健康的工具，不僅挹注健保資源，同時投入公務預算與相關基金，提供健檢、社區醫療群在內之醫療服務，宏觀自群體健康管理、

慢性病整合防治、危險因子改善等積極作為，讓資源運用最大化，以強化落實全民健保增進全體國民健康之意旨。

- 三、健保署於全球資訊網及健保快易通 APP 建立「健保協同商保—醫療保障更到位」專區，透過資訊公開透明，讓民眾及保險公司可清楚查詢自費及部分負擔範圍，有利商業保險保單設計貼近民眾需要，有效運用健保及商保資源。

討論提綱四、如何藉政策誘因與不利益(如部分負擔或管控措施)，於民眾端與醫療端實踐分級醫療措施，以利合理分配醫療資源？

衛福部說明：

- 一、為落實分級醫療，促進合理分配醫療資源，本部持續推動「醫療區域輔導與醫療資源整合計畫」，依全國 6 大醫療照護區域，由衛生局主導評估轄區健康資源與人口需求，落實分級醫療，提升區域醫療量能。
- 二、健保署為促進醫療體系分工合作，自 106 年起即編列相關預算，積極推動分級醫療，並促進醫療體系垂直整合組成 81 個策略聯盟，共計 7,161 家特約院所參與。
- 三、調整門診部分負擔收取方式，提升民眾的費用意識，優化民眾就醫行為。
 - (一) 為有助落實分級醫療及轉診，並將醫療資源優先妥善分配給急、重、難症的病患，健保部分負擔制度於規劃時

即有針對不經轉診逕赴大醫院就醫者，按其就醫院所層級加重負擔比率之設計，而現行門診定額部分負擔亦按前開原則，依是否經轉診就醫、就醫層級別，訂有對應之部分負擔金額。

- (二) 原訂於 111 年 5 月 15 日實施之「門、急診部分負擔調整方案」，調整範圍包括藥品、檢驗檢查及急診部分負擔，期待藉本次調整提升民眾就醫成本意識，促進醫病共同決策，以減少不必要的就醫行為，協助促進分級醫療，強化醫療服務效率使健保效益極大化。前述部分負擔新制因 COVID-19 疫情影響暫緩實施，後續將考量疫情及社會經濟狀況，在政策實施可行、院所醫療資訊系統整備完善時再行推動。

討論提綱五、如何落實「增進醫療服務價值，合理調整給付條件」、「建立定期檢討醫療服務支付標準相對值表合理性之制度」等全民健康保險醫療給付費用總額(下稱健保總額)政策目標及其應有之具體規劃與財源？

衛福部說明：

- 一、 健保署於 112 年將通盤審視支付標準，透過分科別召開會議檢視其診療項目名稱、章節分類、支付規範及支付點數之合理性，並就建議調整項目推估所需預算，持續爭取預

算，滾動增修支付標準。

- 二、 總額政策目標擬訂之精神，係架構於「維持公平」、「提升效率」、「改善健康」之三大健保核心價值，藉由本部各司署共同合作與溝通，確保協商因素中各項計畫與政策目標緊密扣連。
- 三、 健保總額係衡量民眾付費能力(含總體經濟情勢)、我國整體醫療保健支出及健保財務收支情形等所擬，再交由健保會進行後續總額協商作業，並依協商結果審議健保費率，以計收保險費作為財源。

討論提綱六、全民健康保險財務長年收支失衡，全民健康保險法第 26 條所定「調整保險給付範圍方案」可得扮演之角色與作用？

衛福部說明：

- 一、 有關健保法第 26 條係指全民健保若在安全準備金低於一個月，或因增減給付項目、給付內容或給付標準致影響保險財務平衡時，由保險人擬訂調整保險給付範圍方案，提健保會審議，報主管機關轉報行政院核定後，由主管機關公告，以平衡健保財務。
- 二、 全民健保自 91 年起業已全面實施總額支付制度，又自 102 年起，落實全民健保收支連動，由健保會統籌保險費率、給付範圍及年度醫療給付費用總額等重大事項之審議或協議

訂定。所以健保法第 26 條是屬於安全閥門的概念，若在前述收支連動機制下，仍發生健保財務不平衡時，可由保險人提出「調整保險給付範圍方案」於健保會審議。

貳、結語

未來本部將以主管機關立場，持續推動全民健康保險各項精進措施，提升全民之健康。本部承 大院各委員的指教及監督，在此敬致謝忱，並希望各位委員繼續予以支持。