

立法院第九屆第五會期

社會福利及衛生環境委員會第 24 次全體委員會議

併案審查廖國棟委員所提「全民健康保險法第四十八條條文修正草案」、陳瑩委員所提「全民健康保險法第四十八條條文修正草案」、王育敏委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、陳宜民委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、邱泰源委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、呂玉玲委員所提「全民健康保險法第八十條條文修正草案」及陳宜民委員所提「全民健康保險法第一條條文修正草案」7 案書面報告

報告機關：衛 生 福 利 部

報告日期：中華民國 107 年 5 月 30 日

**主席、各位委員女士、先生：**

今天 大院第9屆第5會期社會福利及衛生環境委員會召開第24次全體委員會議，本部承邀列席報告，深感榮幸。

今日併案審查廖國棟委員所提「全民健康保險法第四十八條條文修正草案」、陳瑩委員所提「全民健康保險法第四十八條條文修正草案」、王育敏委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、陳宜民委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、邱泰源委員所提「全民健康保險法第五十一條條文修正草案」、呂玉玲委員所提「全民健康保險法第八十條條文修正草案」及陳宜民委員所提「全民健康保險法第一條條文修正草案」等7案，謹依序提出本部意見，敬請各位委員不吝指教：

### **壹、本部立場**

一、有關廖國棟委員及陳瑩委員所提全民健康保險法(下稱健保法)第48條條文修正草案：

- (一) 全民健保保險對象應自行負擔部分醫療費用(通稱部分負擔)之規定係為促進醫療資源合理使用，避免道德危害；但針對確有醫療需求之重大傷病患者就醫、分娩等情形，或於醫療資源缺乏且交通不便之山地離島地區就醫，始訂有免除其部分負擔之規定。廖委員所提修正草案，凡原住民族就醫不分地點、就醫層級均免除部分負擔，應屬對於原住民族之特殊照顧，而非基於健保資源利用之考量，故不宜訂於健保法中予以免除。若確有提供福利服務之必要，應由原住民族委員會依權責辦理。
- (二) 廖委員及陳委員之提案均將原住民地區增列為就醫免部分負擔之地區，惟原住民地區包含30個山地原住民鄉、25個平地原住民鄉，其被認定原住民地區

乃係基於其為原住民傳統居住，具有原住民歷史淵源及文化特色之地區，與健保醫療資源多寡無必然關聯。

- (三) 又二代健保修法時考量部分區域醫療資源不足、就醫不便，爰增訂全民健保醫療資源缺乏地區減免部分負擔之規定，目前於每位登記執業醫師所服務之戶籍人數，超過 4,300 人之鄉、鎮、市、區或經保險人認定特殊情形報請主管機關同意之地區就醫，已予減免 20% 之部分負擔。
  - (四) 另每位登記執業醫師所服務之戶籍人數超過 2,600 人之鄉、鎮、市、區，列為西醫醫療資源不足地區，本部健保署以方案方式徵求診所及醫院進行巡迴醫療，107 年其方案實施之鄉鎮達 115 個，因此，因為醫療資源特殊考量之部分負擔優免措施，應已可謂合理周妥。至於廖委員提案所增列「偏遠」地區，其定義不若以醫療資源多寡界定明確，倘有因地理位置造成就醫相當不便之地區須予保障，依現行法令可經保險人個別認定，由主管機關核定後，納入醫缺地區予以減免部分負擔。
  - (五) 為避免擴大免除保險對象就醫部分負擔之範圍，削弱防止道德危害之功效、不利於分級醫療推動，且考量增修條件與醫療資源缺乏無必然關聯，故建議維持現行條文。
- 二、有關王育敏委員所提健保法第 51 條條文修正草案，將「預防接種」自不列入給付範圍中刪除，使用健保補助接種診察費：
- 查健保法第 51 條第 2 款所列「預防接種」不列入健保給付範圍，即前述範圍除診察費外，尚含有疫苗費用。若將其文字刪除，恐衍生由公務預算支應已

久之疫苗費用，亦將由健保負擔，將使中央主責機關失去對傳染病防治責任之核心價值，進而影響周全防疫體系之建立。故建議本項不修正，維持現行條文。

三、有關陳宜民委員所提健保法第 51 條條文修正草案，將「預防接種」及「藥癮治療」自本保險不給付範圍中刪除：

(一) 有關刪除「預防接種」項目：

1. 有關預防接種經費，查本部疾病管制署的預防接種預算，106 年約 41.3 億元(含各項疫苗採購及預防接種費用)。惟近年來因新興疫苗或疫苗經費的增加，預防接種預算將會持續增加。
2. 本項事涉公共衛生議題，須考量整體防疫體系之建立。另基於健保資源合理配置及健保財務收支考量，除須評估其給付效益外，亦應考量健保財務情形及民眾可負擔能力。故建議本項維持現行條文。

(二) 有關刪除「藥癮治療」項目：

1. 藥癮通常被視為個人不當之習慣、嗜好，倘以大多數人之保險費為之負擔，似有失公允，故「藥癮治療」不宜列入本保險給付範圍。再者，隨著人口老化，醫療科技進步，健保醫療費用支出持續增加，在資源有限下，應審慎評估納入給付之成本效益，提高保費之使用價值，故建議本項維持現行條文。
2. 經查本部目前藥癮治療費用公務預算，106 年預算數 0.99 億元，決算數 0.72 億元(未含愛滋藥癮者美沙冬替代治療費用)。就未來健保財務平衡，宜審慎考量，故建議本項維持現行條文。

四、有關邱泰源委員所提健保法第 51 條條文修正草案，除「保險人公告給付之指示藥品」外，不列入本保險給付範圍：

- (一) 有關健保法第 51 條第 4 款，明定「成藥、醫師藥師藥劑生指示藥品」不列入全民健保給付範圍，其立法意旨乃因屬非醫師處方藥（O.T.C），如維生素、胃乳片、感冒藥等，由於其用途僅在治療輕微病症，可由保險對象自行負擔，以符合保險分擔較大風險的原則；再者，其藥性安全，使用方便，易致浮濫，故實施健康保險的國家，如德國、法國等，都將此類藥品排除在給付項目之外。
- (二) 現行健保給付之指示用藥，係因健保開辦之初，藥品給付主要承接前公、勞保已核准之品項，其中含有指示用藥。為加強民眾自我照顧能力及減少醫療浪費，全民健康保險藥物給付項目及支付標準（以下稱藥物支付標準）第 11 條亦有規定：「醫師指示用藥依法不在全民健康保險給付範圍，原前公、勞保核准使用之指示用藥，經醫師處方暫予支付。但保險人應逐步檢討並縮小該類品項之給付範圍。」故自健保開辦以來，即透過健保價格之調整，讓該類藥品隨市場趨勢，逐年退出健保。截至目前，健保給付之指示用藥尚有 900 多項，105 年藥費申報金額約 17 億元。
- (三) 為保障民眾用藥權益及減少社會衝擊之前提下，本部健保署刻正採下列雙軌方式，逐步取消指示藥品給付：
1. 若有醫學相關專業團體提出取消給付，健保署將進行專業評估後推動不予給付。
  2. 由本部健保署主動蒐集專業醫學會之評估意見，並依使用人數多寡逐步推動不予給付：健保署已於 106 年 12 月 12 日函詢相關醫學會意見，後續將持續彙整其意見後，依使用人數多寡，審慎評估逐步取消

指示用藥之健保給付相關事宜。

- (四) 綜上，若修法維持現行已給付之指示藥品，恐有保障現有已給付指示用藥之疑慮，對整體藥品市場產生不公平之現象；另增列第二項之檢討機制，因健保署業已擬有相關措施，故建議本項不修正，維持現行條文。

五、有關呂玉玲委員所提健保法第 80 條條文修正草案，明定投保人在各醫療機構之病歷或檢查紀錄，應予流通，經投保人同意後得隨時調閱，以建立醫療資訊共享制度，避免醫療浪費：

- (一) 現行有關病歷內容之保存(密)、複製等管理事項，醫療法中已有規範，該法第 74 條已有「醫院、診所診治病人時，得依需要，並經病人或其法定代理人、配偶、親屬或關係人之同意，商洽病人原診治之醫院、診所，提供病歷複製本或病歷摘要及各種檢查報告資料。原診治之醫院、診所不得拒絕；其所需費用，由病人負擔。」之規定。

- (二) 如為避免重複檢查浪費醫療資源，現行健保已有輔導保險對象就醫、加強審查及不予保險給付等行政措施；況且有關病歷、檢查紀錄之流通交換，建立就醫資訊分享制度，於法規體系上，應由醫療法規範為宜，以一體適用於所有之醫事服務機構，更具實益。

六、有關陳宜民委員所提健保法第 1 條條文修正草案，修訂預防接種為健保給付之項目：

本條修正涉及全民健康保險給付之精神，且預防接種事涉公共衛生議題，須考量整體防疫體系之建立，建議不針對特別項目予以納入，維持現行條文。

## 貳、結語

本部承 大院各委員之支持與協助，完成有關法律案及相關業務之推動，有極大之助益，本人在此敬致謝忱。尚祈各位委員，繼續給予支持。