

健保會委員關切111年部分負擔調整對民眾就醫權益影響

健保會111.5

為落實使用者成本負擔之公平精神，養成民眾珍惜藥品與檢驗檢查資源之習慣，及改善急診醫療品質，衛福部近期公告新增門診檢驗檢查之部分負擔，並調整門診藥品(含慢性病連續處方箋)與急診分級之部分負擔，將自111年5月15日生效(新制部分負擔與現制之比較如附表一~三)。惟健保會委員關心新修正後部分負擔能否達到其政策目的，以及是否會影響弱勢民眾就醫權益，故於4月份委員會議提出臨時提案，希望健保署能提出相關配套措施與監測指標，並定期提出監測報告。

提案委員主要關切本次部分負擔調整案是否會加重經濟弱勢民眾，尤其是經濟邊緣戶的財務負擔，致延誤就醫，乃要求健保署應於5月份委員會議提出確保弱勢民眾就醫權益之配套措施；另在實施後應定期監測對民眾就醫行為與健康的影響，以及是否能改善藥費與檢驗檢查費用成長快速、緩解大醫院急診壅塞等情形，以檢視該項部分負擔調整能否達成其政策目的。

會中付費者委員關心針對不同層級醫療院所、轉診與否，調整不同差額的部分負擔上限金額，是否會對多重慢性病、疾病複雜度或嚴重度較高者產生影響，提出應追蹤分析對民眾醫療需求產生之影響。又為保障經濟弱勢民眾就醫權益，則建議參酌健保法第47條全年累計住院部分負擔金額上限之精神，研訂相關部分負擔的年度收取上限金額。

醫界委員則提出醫療院所相關電腦系統之改版，希健保署給予最大的協助。另若因民眾繳費後未於檢驗單有效時限內完成檢驗檢查者，建議健保署應將退費流程納入配套措施。

經各委員充分意見交流後，會中決議請健保署於5月份委員會議提出對保障經濟弱勢民眾就醫權益之配套措施；6月份委員會議提出部分負擔調整案實施後政策效益及其改善醫療資源合理利用之監測指標；12月份委員會議提報前述監測指標之監測結果及成效檢討，並自112年起，每半年定期向健保會提出，以確保部分負擔執行成效及民眾就醫權益。對於委員所提寶貴意見，健保署表示會依決議配合辦理，本會後續亦將依會議決議持續追蹤其辦理情形。

附表一 門診藥品應自行負擔之費用

項目 \ 分類	現制	新制 (111.5.15 實施)	
		西醫基層醫療單位/中醫/地區醫院	區域醫院/醫學中心
起徵點 (起收金額)	≥101 元 (20 元)	≥101 元 (20 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	100 元 (20 元)	100 元 (20 元)	
上限點 (上限金額)	≥1,001 元 (200 元)	≥1,001 元 (200 元)	≥1,501 元 (300 元)

註：現行持慢性病連續處方箋(開藥28天以上)第1~3次調劑，均不收費；新制為第1次調劑藥品費用與一般藥品費用併計應自行負擔之費用；第2、3次調劑，免計收。

附表二 門診檢驗檢查應自行負擔之費用(新增)

項目 \ 分類	西醫基層醫療單位/牙醫/中醫	地區醫院	區域醫院		醫學中心	
			經轉診	未經轉診	經轉診	未經轉診
起徵點 (起收金額)	≥1,001 元 (100 元)	≥501 元 (50 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)	≤200 元 (10 元)	≤100 元 (10 元)
級距 (每級距增加)	— —	100 元 (10 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)	100 元 (10 元)	100 元 (20 元)
上限點 (上限金額)	≥1,001 元 (100 元)		≥1,501 元 (150 元)	≥1,501 元 (300 元)	≥2,001 元 (200 元)	≥2,001 元 (400 元)

附表三 急診應自行負擔之費用

層級別	現制		新制 (111.5.15 實施)		
	第 1、2 級	第 3~5 級	第 1、2 級	第 3 級	第 4、5 級
醫學中心	450 元	550 元	300 元	550 元	800 元
區域醫院	300 元		200 元	300 元	600 元
地區醫院	150 元		150 元		