

健保會委員關切新制部分負擔實施 1 年之成效

健保會 113.11

健保會委員關切衛福部 112 年 7 月 1 日實施新制部分負擔對民眾就醫權益之影響，爰請健保署於本(113)年第 9 次委員會議(113.10.23)提報新制部分負擔實施 1 年之監測結果及成效報告。

新制部分負擔主要調整民眾在門診藥品、急診自行負擔的費用(如附表)，依健保署報告，自 112 年 7 月實施後，在促進分級醫療部分，基層診所的門診就醫件數占率、慢性病人至基層診所的就醫件數占率，均較實施前(112 年上半年)增加，初步可見分級醫療的成效；另在改善急診壅塞部分，醫學中心及區域醫院急診重症(檢傷分類第 1~2 級)案件占率，及各層級醫院急診輕症(檢傷分類第 4~5 級)案件占率，均較疫情前(108 年)下降，亦初具改善急診壅塞成效。至中低收入戶及身心障礙者的就醫次數，未因實施新制部分負擔而減少，對於弱勢族群就醫權益仍持續保障，該署後續將持續宣導並運用各項政策鼓勵分級醫療。

委員關切重點，主要在新制部分負擔是否達到政策的預期，由報告資料顯示，實施後基層診所的門診件數占率(112 年下半年 70.25%、113 上半年 70.39%)較疫情前低(108 年上半年 71.18%、下半年 70.81%)，另慢性病基層診所的件數占率(112 年下半年 43.12%、113 上半年 43.46%)，亦較 110、111 年低(均高於 43%)，健保署僅相較於 112 年上半年 38.85%(近年最低)，說明較實施前增加，藉此推論具分級醫療效果，似較為牽強。

有關改善急診壅塞成效，113 年上半年醫學中心、區域醫院急診重症的暫留時間，較 112 年下半年多出近 1 小時；另 113 年上半年醫學中心、區域醫院急診重症案件占率，較疫情前下降，雖然具較佳情形，然地區醫院急診重症案件占率反而增加，與重症應在區域級以上醫院接受照顧的認知不同，爰請健保署重視此現象，並研析其原因；另委員亦關切弱勢民眾就醫權益，請健保署持續追蹤新制部分負擔對中低收入戶、身心障礙者的影響，及訂定完善配套措施。

對於委員關切實施成效及是否達到政策預期，健保署說明本次係呈現新制部分負擔實施 1 年後的客觀數據，尚未排除其他政策的影響，委員所提意見需進行更深入研究、分析；至於保障弱勢民眾就醫權益部分，以目前數據顯示，新制部分負擔實施後，中低收入及身心障礙者就醫次數並未減少，該署將再持續觀

察。

經熱烈討論，最後決定將委員所提意見送請健保署研參，並請持續監測執行成效，定期向健保會提報。本會亦將持續關注新制部分負擔之未來發展，期能維護民眾就醫權益及提升資源使用效率。

附表

1.調整門診藥品部分負擔：

院所層級	一般藥品		慢性病連續處方箋	
	藥費 100 元以下	藥費 101 元以上	第 1 次調劑	第 2 次以後調劑
基層院所/ 中醫	免收 【與原規定同】	比率 20% 上限 200 元 【與原規定同】	免收 【原免收】	免收 【原免收】
地區醫院			比照一般藥品 【原免收】	
醫學中心 區域醫院	10 元 【原免收】	比率 20% 上限 300 元 【原上限 200 元】		

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2.中低收入戶、年滿 70 歲中低收入老人及身心障礙者，門診藥品部分負擔維持依現行規定收取(不受影響)。

2.調整急診部分負擔：

特約類別	公告內容		原規定	
	不區分檢傷		檢傷 1-2 級	檢傷 3-5 級
基層診所	150		150	
地區醫院	150		150	
區域醫院	300 ^{註2}	400	300	
醫學中心	550 ^{註2}	750	450	550

註：1.低收入戶、重大傷病皆維持免收部分負擔(低收入戶依法由中央社政主管機關補助)。

2.中低收入者及身心障礙者急診，於醫學中心應負擔 550 元、於區域醫院應負擔費用 300 元、於地區醫院及基層醫療單位應負擔 150 元。

出處：[相關內容詳衛福部健保會第 6 屆 113 年第 9 次委員會議議事錄\(113 年 10 月 23 日\)](#)