

「檢討全民健康保險保險對象應自行負擔費用之合理性」諮詢會議

會議議程

時間：103 年 12 月 10 日(星期三)下午 2 時

地點：中央健康保險署(台北市信義路 3 段 140 號)9 樓第 1 會議室

壹、主席致詞

貳、報告事項：現行全民健康保險保險對象應自行負擔費用情形及其模擬
試算報告(健保署)

參、討論事項：

案由：有關「檢討全民健康保險保險對象應自行負擔費用合理性」案，提
請討論。

說明：

一、依據全民健康保險會 103 年第 8 次會議委員臨時提案有關「現行主管機關公告之門診、急診保險對象應自行負擔金額，悖離全民健康保險法第 43 條之精神…，應予立即檢討改正」之決議事項(二)，請本署檢討現行保險對象自行負擔費用之合理性，並於諮詢各界意見後研擬可行方案，在年底前提會討論。

二、依據全民健康保險法第 43 條(以下稱健保法)規定略以，保險對象應自行負擔門診或急診費用之 20%，居家照護醫療費用之 5%。但不經轉診，於地區醫院、區域醫院、醫學中心門診就醫者，應分別負擔其 30%、40%及 50%。應自行負擔費用，主管機關得依各級醫療院所前一年平均門診分項費用，以定額方式收取。健保法第 48 條規定，重大傷病、分娩、山地離島地區就醫免除應自行負擔費用。

三、保險對象應自行負擔費用之現況及其分析說明如下(表 1)：

(一)、依 95 年至 102 年健保統計資料顯示，應自行負擔費用占整體醫療費用比率由 13.86%逐年下降至 11.80%。以各院所層級來看，醫學中心由 20.80%降至 15.99%、區域醫院由 18.76%降至 14.99%、地區醫院由

12.61%降至 9.53%、基層診所由 10.89%降至 9.94%。

(二)、以西醫門診應自行負擔比率觀之，由 95 年的 15.43%下降至 102 年的 12.87%。依院所層級而言，醫學中心由 22.45%降至 16.93%、區域醫院由 19.77%降至 15.16%、地區醫院由 13.04%降至 9.75%、基層診所由 12.16%降至 10.95%。

(三)、急診應自行負擔率，由 95 年的 13.73%亦逐年下降至 102 年的 11.45%。

(四)、前述西醫門診應自行負擔之比率雖有下降趨勢，惟 95 年至 102 年保險對象在西醫基層就醫次數比率，仍維持在 7 成 2 左右，未有明顯變化(表 2)。主因為目前逕至醫學中心及區域醫院其自行負擔費用分別為西醫基層之 7.2 倍即 4.8 倍有關。

四、保險對象應自行負擔費用合理性模擬試算(見彙整表)

門診部分：

(一)、法定比率模擬

1. 按法定需繳交全額自行負擔費用之保險對象每次就醫總醫療費用，依法定比率(轉診 20%、不經轉診依院所層級 50、40、30%)計收。模擬試算，詳附表 1。
2. 轉診：保險對象至醫學中心每次最低計收 36 元、最高可計收至 4,344 元、平均 335 元；至基層診所就醫每次最低計收 37 元、最高計收 506 元、平均 96 元。
3. 不經轉診：逕赴醫學中心就診，若以法定比率 50%計算，保險對象每次最低計收 91 元、最高可計收至 10,860 元、平均 838 元；逕赴區域醫院，最低計收 80 元、最高計收 5,330 元、平均 535 元。
4. 保險對象當次就醫所應自行負擔金額，與當次醫療費用(含基本、藥品及復健項目等)金額高低有關，因此，個別差異大。
5. 優點：(1)符合健保法第 43 條規定，容易計算，不需每年計算定額並公告；(2)落實使用者付費之觀念。

缺點：(1)輕症患者可能逕至區域以上醫院就醫，造成反效果。(2)弱勢保險對象預期費用較高，經濟負擔會增加，形成就醫障礙。(3)保

險對象無法事先預期當次所需自行負擔金額。

(二)、分項比率定額模擬

1. 應自行負擔部分仍採用現行各費用分項計算，即基本自付、藥品自付及復健自付。按轉診及不經轉診以法定比率換算平均值。模擬試算，詳表 2。
2. 轉診(20%)：至醫學中心當次需自付 205 元，加上藥品自付超過 101 元以 20 元計收，上限 200 元。
3. 不經轉診：逕赴醫學中心就醫，以法定比率 50% 計算，基本自付額當次 513 元，藥品自付額亦以 50% 計算成定額計收，超過 101 元以 50 元計收，最高上限 500 元，以此類推。
4. 相較於現制，不經轉診基本自付的金額及藥品自付會較現制來得高。
5. 優點：(1)保險對象負擔額度可預期性較高。(2)與現制相較，院所勿須大幅修改批價作業系統。

缺點：大幅提高應自行負擔費用，恐引發民怨。

(三)、現制鼓勵轉診模擬

- 擴大基層轉診至區域級以上醫院及逕赴醫學中心之級距，模擬試算，詳表 3。
 - 不經轉診：維持現制金額。
 - 經轉診：依不經轉診之各院所層級法定比率對應轉診法定比率之精神，試算轉診金額。即醫學中心不經轉診依現制計收 360 元，轉診計收 144 元。(360 元*20%/50%)
 - 優點：(1)整體衝擊不致過大。(2)提高轉診之誘因。
- 缺點：與現行法定比率有落差。

急診部分：法定比率模擬

1. 各院所層級急診自行負擔率 20% 模擬試算，其他層級依同比率試算。模擬試算，如附表 4。

2. 優點：符合健保法第 43 條規定，較公平，使用多少資源，負擔多少費用。

缺點：(1)輕症者急診部分負擔費用反而較重症負擔少，恐造成反效果。

(2)對於經濟弱勢之急症需求者，恐造成就醫障礙。

肆、臨時動議

伍、散會

表 1-1：95-102 年應自行負擔整體分布概況

年	95	96	97	98	99	100	101	102
人數(百萬)	21.24	21.31	21.33	21.50	21.64	21.95	22.10	22.23
就醫次數(百萬)	292.50	297.37	298.04	304.37	311.49	323.22	323.55	324.07
醫療點數(百萬)	224,535	229,801	238,802	248,409	255,254	267,299	272,453	285,128
部分負擔金額(百萬)	31,128	31,399	31,463	32,000	32,219	33,290	33,551	33,657
應自行負擔率(%)	13.86	13.66	13.18	12.88	12.62	12.45	12.31	11.80

表 1-2：95-102 年各院所層級應自行負擔整體分布概況

應自行負擔率(%)	95 年	96 年	97 年	98 年	99 年	100 年	101 年	102 年
合計	13.86	13.66	13.18	12.88	12.62	12.45	12.31	11.8
醫學中心	20.8	20.23	18.79	17.98	17.51	16.62	16.86	15.99
區域醫院	18.76	18.2	17.27	16.68	16.06	15.49	15.29	14.49
地區醫院	12.61	12.21	11.69	11.16	10.64	10.3	9.98	9.53
基層院所	10.89	10.8	10.56	10.47	10.37	10.47	10.27	9.94

表 1-3：95-102 年西醫門診應自行負擔分布概況

年	95	96	97	98	99	100	101	102
人數(百萬)	20.16	20.26	20.24	20.46	20.63	21.03	21.11	21.21
就醫次數(百萬)	227.78	230.05	228.55	231.94	240.00	250.43	248.56	248.26
醫療點數(百萬)	164,400	166,663	172,950	179,541	185,926	196,755	199,216	210,026
部分負擔金額(百萬)	25,375	25,382	25,272	25,465	25,851	26,763	26,837	27,024
應自行負擔率(%)	15.43	15.23	14.61	14.18	13.90	13.60	13.47	12.87

表 1-4：95-102 年各院所層級西醫門診應自行負擔分布概況

年		95	96	97	98	99	100	101	102
醫學中心	醫療點數(百萬)	27,244	29,290	31,225	32,909	33,852	36,324	36,872	39,475
	部分負擔金額(百萬)	6,116	6,393	6,257	6,267	6,320	6,402	6,623	6,683
	應自行負擔率(%)	22.45	21.83	20.04	19.04	18.67	17.63	17.96	16.93
區域醫院	醫療點數(百萬)	30,999	31,526	35,029	37,497	39,525	43,427	44,085	47,106
	部分負擔金額(百萬)	6,129	6,074	6,404	6,570	6,686	7,037	7,071	7,140
	應自行負擔率(%)	19.77	19.27	18.28	17.52	16.92	16.20	16.04	15.16
地區醫院	醫療點數(百萬)	24,698	24,676	23,971	23,883	23,983	24,001	24,657	26,359
	部分負擔金額(百萬)	3,221	3,108	2,883	2,740	2,636	2,535	2,526	2,569
	應自行負擔率(%)	13.04	12.60	12.03	11.47	10.99	10.56	10.24	9.75
基層院所	醫療點數(百萬)	81,459	81,171	82,725	85,251	88,566	93,003	93,602	97,084
	部分負擔金額(百萬)	9,909	9,807	9,728	9,887	10,209	10,788	10,617	10,633
	應自行負擔率(%)	12.16	12.08	11.76	11.60	11.53	11.60	11.34	10.95

◎資料來源：健保署二代倉儲：門診明細、交付機構明細、門診醫令檔（103.11.20 擷取）

◎資料範圍：總額內案件：含「代辦部分負擔」之案件。

◎資料排除：A. 排除本署代辦項目。B. 排除免部分負擔案件。

◎部分負擔類型別：A. 西醫門診：扣除醫事類別 13、14 後之所有案件。B. 牙醫：醫事類別=13 之案件。C. 中醫：醫事類別=14 之案件。

D. 居家照護：居家照護、精神社區復健、安寧居家、護理之家等案件（CASE_TYPE=A1、A2、A5、A6、A7）。

E. 急診：案件分類為 02、12 之案件。

◎人數：以 ID、BIRTHDAY 歸戶。◎就醫次數：補報、轉代檢、慢連箋領藥、就醫併開立 BC 用藥、病理中心不計次。

◎醫療點數：取門診明細及交付明細之申請點數+部分負擔金額。

表 2：95 年-102 年各院所層級西醫門診就醫案件分布

	95 年		96 年		97 年		98 年		99 年		100 年		101 年		102 年	
	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率	件數 (百萬)	占率
醫學中心	15.42	6.77	16.43	7.14	16.31	7.13	16.57	7.15	16.95	7.06	17.30	6.91	18.06	7.26	18.30	7.37
區域醫院	21.24	9.32	21.64	9.41	23.13	10.12	24.16	10.41	25.09	10.46	26.63	10.63	27.16	10.93	27.61	11.12
地區醫院	25.30	11.11	24.87	10.81	23.49	10.28	22.75	9.81	22.48	9.37	21.72	8.67	22.05	8.87	22.46	9.05
基層院所	165.84	72.80	167.11	72.64	165.63	72.47	168.46	72.63	175.48	73.12	184.79	73.79	181.30	72.94	179.88	72.46
小計	227.78	100.0	230.05	100.0	228.55	100.0	231.94	100.0	240.00	100.0	250.43	100.0	248.56	100.0	248.26	100.0

◎資料來源：健保署二代倉儲：門診明細、交付機構明細、門診醫令檔（103.11.30 擷取）

◎資料範圍：總額內案件：含「代辦部分負擔」(PART_CODE=003、004、005、901、902、903、906)之案件。

◎資料排除：A. 排除本署代辦項目(CASE_TYPE=A3、B1、B6、B7、B8、B9、C4、D1~D2、HN、BA)。

B. 居家照護：居家照護、精神社區復健、安寧居家、護理之家等案件（CASE_TYPE=A1、A2、A5、A6、A7）。

◎部分負擔類型別：A. 西醫門診：扣除醫事類別 13、14 後之所有案件。B. 牙醫：醫事類別=13 之案件。

C. 中醫：醫事類別=14 之案件。E. 急診：案件分類為 02、12 之案件。

◎件數:不含交付,右述案件不計次:補報、病理中心、慢連箋領藥、就醫併同開立 BC 用藥、轉代檢。

模擬彙整表

門診部分：

附表 1：法定比率模擬

- 保險對象每次就醫總醫療費用含基本自付、藥品及復健項目，依法定比率計收

層級	轉診(次/元)				不經轉診(次/元)			
	法定比率	最低	最高	平均	法定比率	最低	最高	平均
醫學中心	20%	36	4,344	335	50%	91	10,860	838
區域醫院	20%	40	2,665	268	40%	80	5,330	535
地區醫院	20%	46	1,520	197	30%	68	2,280	296
基層診所	20%	37	506	96	20%	37	506	96

備註：資料模擬對象不合法定免除、減免或補助之應自行負擔保險對象

附表 2：分項比率定額模擬

- 應自行負擔部分仍採用費用分項，即基本自付、藥品自付及復健自付。
- 以法定比率計算自付金額，以定額方式收取。藥品自付：101 元(含)以上依不同院所層級比率加收，上限為 200-500 元。

層級	轉診(次/元)				不經轉診(次/元)			
	現制		模擬		現制		模擬	
	基本自付	藥品	基本自付	藥品	基本自付	藥品	基本自付	藥品
醫學中心	210	≥101 元以上 20 元計收	205	20-200	360	≥101 元以上 20 元計收	513	50-500
區域醫院	140		182	20-200	240		365	40-400
地區醫院	50		134	20-200	80		201	30-300
基層診所	50		77	20-200	50		77	20-200

備註：資料模擬對象含減免或補助之應自行負擔保險對象

附表 3：現制鼓勵轉診模擬

- 擴大基層轉診至區域級以上醫院及逕赴醫學中心之級距。
- 不經轉診：維持現制金額。經轉診：依不經轉診之各院所層級法定比率對應轉診法定比率之精神，試算轉診金額。

➤ 藥品自付採定額，依現制計收。

層級	基本部分負擔			藥品部分負擔	
	轉診		不經轉診	級距	金額
	現制	模擬	現制		
醫學中心	210	144	360	100 以下	0
區域醫院	140	120	240	101-200	20
地區醫院	50	53	80	201-300	40
基層	50	50	50	1000 以上	200

備註：資料模擬對象含減免或補助之應自行負擔保險對象

急診部分：

附表 4：法定比率模擬

➤ 各院所層級急診自行負擔率 20% 模擬試算，其他層級依同比率試算。

負擔額(元/次)	現制金額	法定比率 20% 模擬		
		最低	最高	平均
醫學中心	450	102	6,359	724
區域醫院	300	101	3,039	497
地區醫院	150	101	2,315	392
基層院所	50	96	1,818	258

備註：資料模擬對象排除免除、減免或補助之應自行負擔保險對象