

總額協商前哨站 全民健保醫療給付費用總額範圍作伙來一探究竟

健保會 107.10.4

隨著一年一度的全民健保醫療給付費用總額協商會議即將來到，醫界與付費者代表之間的一場腦力激盪戰亦將展開。各總額部門團體基於提供民眾優質醫療服務的目的，研擬協商項目，爭取更多資源、預算投入，期能獲得付費者代表支持；付費者代表則希望能在兼顧付費者能力下，買到更好的醫療服務。為利委員了解 108 年度總額協商政策方向，健保會於 107 年 8 月份委員會議，安排社會保險司說明衛生福利部交議行政院核定 108 年度總額範圍及交付之協商政策方向，並就各部門總額品質保證保留款獎勵額度進行討論。

108 年度行政院核定之總額範圍及衛福部政策方向

行政院核定之 108 年度健保總額成長率範圍，下限(即低推估值，係考量醫療服務成本改變及人口自然成長因素)為 2.516%(總金額約 7,026 億元)，上限(低推估值再加上調整因素)為 4.5%(總金額約 7,162 億元)；上下限之差距約 136 億元，其中包含須回補基期的「人口差值」14.16 億元，及加回 107 年違反特管辦法之扣款 0.91 億元，故實際可協商的空間只有 121 億元。另衛福部交付之總額協商政策方向，為除持續辦理例行總額協商項目外，亦應反映以下需求：

- 一、持續引進新藥物及新科技，提升健保給付效益，減少民眾負擔。
- 二、鼓勵提升醫療品質，以民眾健康為導向。
- 三、合理反映山地離島或偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布。
- 四、因疾病發生率的改變、存活率的提升、照護率的增加或給付條件的改變，在排除人口老化因素後，所造成保險對象其他服務利用及密集度的影響，如：放寬藥品適應症或增列醫療服務未列項目。
- 五、善用醫療服務成本指數成長之預算，調整醫療服務支付標準相對值表。
- 六、推動支付制度改革及建立醫院診所合作機制，逐年分階段導入相關措施，以健全醫療體系之合作，提升醫療服務效能。

為加速根治國人 C 型肝炎，本部陳部長時中積極爭取增加 C 型肝炎口服新藥費用，行政院爰同意增列該項新藥費用，但額度不得超過 4.7% 之上限。考量 108 年度總額協商通則訂有「各部門總額成長率不得超過行政院核定範圍之上限值」，健保會委員認為，未涉及 C 型肝炎口服新藥之牙醫與中醫部門之成長率上限值為 4.5%，若醫院與西醫基層增加 0.2% 的特別額度，其成長率可能會超過 4.7%，對牙醫和中醫部門恐不公平。

另有委員提出於協商 106 年度總額時，即已建請衛福部要爭取由公務預算支應；再者，截至 107 年 7 月止，107 年度健保收支已呈現短絀 150 億元，增加 0.2% 將對未來健保財務造成更大負擔。幾經討論，委員支持衛福部對 C 型肝炎口服新藥的政策，但委員認為為公平起見，每個部門總額成長率以 4.5% 為上限，進行總額協商，其他則依衛福部交議的內容辦理。

108 年度各部門總額品質保證保留款專款額度

為落實總額預算之檢討、回饋機制，健保會於每年 7 月召開各部門總額執行成果評核會議，並依評核結果，「良」級以上的部門會酌給「品質保證保留款」之預算，以茲鼓勵。有關獎勵方式，幕僚考量今年協商空間有限，乃提出甲、乙兩案，甲案的獎勵成長率同 107 年，「優」、「良」級分別給予前 1 年一般服務預算乘以 0.3%、0.1% 的獎勵專款，乙案則將獎勵成長率微幅下調(甲案的 8 成)，分別給予 0.24%、0.08% 的獎勵專款。

有委員認為 106、107 年總額品質保證保留款金額占可協商金額之比率為 5.78%、4.16%，甲、乙案之比率，分別為 7.2%、5.76%，乙案比率較接近往年，建議採乙案；經過討論，多數委員則認為品質保證保留款旨在鼓勵醫療品質優良的院所，且本項自 107 年度起已改列專款項目，其預算並不會滾入基期，最後決議為採甲案。

108 年度全民健康保險醫療給付費用總額協商計畫(草案)會前會

為讓付費者委員了解醫界訴求，並進行意見交換，於 8 月份委員會議當天下午接續召開座談會，由各總額部門及健保署報告所規劃之協商草案。本次會議委員重要意見摘要如下：

一、分級醫療相關之協商項目：

委員認為投入預算後，應評估資源分配是否有效益，目前僅見預算投入，卻未見執行成效，請健保署提供「分級醫療政策執行效益分析」，供委員總額協商參考。

二、新醫療科技引進、藥品給付規定開放：

(一)付費者委員認為每年編列的新醫療科預算會累滾入總額基期，舊醫療科技或替代部分，應予以扣減才合理，否則預算僅增未減，長年以往，健保財務恐無法支撐如此龐大的金額。

(二)醫界委員認為新藥納入健保給付，其利用可能有超過 6、7 年的遞延效應及未來亦可能擴增適應症，對醫療費用影響非常大。因此，醫界認為新藥納入健保給付應謹慎以對，為了民眾需要，不反對增加，但需要相當謹慎的評估及考量。

三、支付標準調整：

(一)非協商因素「醫療服務成本及人口因素成長率」已編列反映成本之預算，不應再於「協商因素項目」編列支付標準調整預算。

(二)過去總額已編列預算之項目，不宜重複編列(例如自 101 年起於西醫部門總額已陸續編列提升艱困科別如內、外、婦、兒及急診等五大科別之支付標準預算)。

(三)各項醫療服務支付標準持續調升，可能造成點值過低，而以此作為提高總額成長率要求之理由，是否合理值得深思。