

112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)諮詢健保會意見

健保會111.5

依健保法第60條規定，衛福部須於年度開始前6個月，擬訂年度總額範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。健保會於111年4月份委員會議(111.4.21)就衛福部提出之「112年度全民健康保險醫療給付費用總額範圍(草案)」(下稱112年度總額範圍草案)列為優先報告案，諮詢委員意見。為利委員審視前開總額範圍草案時，綜合考量健保財務狀況，乃請健保署併同提出「112年度全民健康保險資源配置及財務平衡方案」。經委員充分討論後，綜合考量健保財務平衡、民眾付費能力，並衡酌新冠肺炎疫情下穩定醫療量能之重要性後，對於112年度總額範圍草案及預算編列方式提出諸多諮詢意見，提供衛福部陳報行政院核定112年度總額範圍的參考。

衛福部援例於本(111)年3月15日召開112年度總額範圍擬訂方向會議，收集專家學者、付費者及醫事服務提供者相關團體的意見後，再將擬訂之112年度總額範圍草案諮詢健保會。衛福部提出的草案，112年度總額成長率範圍為1.256%(低推估值)~5.0%(高推估值)，預估金額8,119.14~8,419.35億元，較前一年增加100.71~400.92億元。所提草案與歷年比較，主要變更總額基期採計方式，基期由原先採「111年度核定之健保醫療給付費用」，修改為「111年度健保醫療給付費用(淨值)」，所謂淨值是指111年度核定之健保醫療給付費用，扣除110年未執行額度及未導入預算。至於總額設定公式則與過去相同，低推估值是按照公式計算結果，主要反映人口結構改變、醫療服務成本改變及投保人口數成長對醫療費用的影響；高推估值則是「低推估值」(1.256%)加上「調整因素」(3.744%，約300.21億元)，調整因素則依據健保政策目標，並衡量民眾付費能力、總體經濟情勢、我國醫療保健支出及健保財務收支情形等研擬。

委員對於本諮詢案熱烈討論，首先針對112年度總額基期計算方式變更部分，因其對總額協商及實務面均有影響，對此，會中各方充分表達意見。醫事服務提供者委員認為，總額基期採「淨值」修正規劃，與醫界未有共識，建議暫緩實施本次的修正作法，再持續與醫療團體充分溝通；付費者、專家學者及公正人士委員則認為，一般服務預算會滾入基期，扣減未導入預算或未執行額度應屬合理，而專款項日本就採零基預算、實支實付，未使用預算均回歸安全準備，建議維持現行做法，專款預算不列入基期計算，而視執行成效檢討編列專款預算。

對於112年度總額範圍及政策目標，委員提出許多諮詢意見，摘要重點意見如下：

一、付費者委員建議：

- (一)所擬總額範圍成長率1.256%~5.0%，低、高推估增加金額高達100.71億元~400.92億元。依健保署財務模擬試算，112年當年保險收支預估將

短絀111億元至409億元，當年底保險收支累計結餘數，僅剩約當0.88個月至0.38個月保險給付支出，低於法定應至少有1個月保險給付支出之安全準備總額，明年勢必面臨調漲保費，建請行政院核定112年度總額範圍時，考量健保財務狀況，審慎評估合理性再行調整高推估值。

- (二)近年受 COVID-19疫情影響，我國經濟成長主要來自科技產業，但國內許多產業低迷，一般民眾薪資停滯。此外，受通貨膨脹影響，物價齊漲，民眾經濟負擔加重。考量民眾付費能力下降、經濟負擔加重，建議年度總額範圍之高推估不宜過高。
- (三)近年健保配合政策與政府共同推動許多預算，用於疾病防治及提升醫療服務效率，如：C 型肝炎藥費、分級醫療、健保醫療資訊雲端查詢系統，有助於醫療費用之節流，應將節流成效列為總額減項，並研議自總額基期扣除。目前提出之「減列項目」，未完全反映節流成效。
- (四)近年因 COVID-19疫情民眾健康意識提升，依據健保署統計，109、110年門診申報件數為-7.43%、-7.88%，住院為-4.68%、-7.43%。另報載國內傳染病大減，衛福部統計109年不健康餘命較前1年減少0.43年，為近10年最大降幅。顯示民眾加強自主健康管理後，醫療需求有所減少，應通盤檢視疫情對醫療利用之影響，並納入112年度總額調整因素。
- (五)近年健保總額配合政府推動許多預防醫學項目，應回歸健保法意旨，將健保給付用於支付被保險人發生疾病、傷害、生育事故，而預防醫療費用則應由公務預算支應。

二、醫事服務提供者委員建議：

- (一)各部門總額內有很多配合政策項目，其增加之預算，仍無法補足醫療服務之給付，如 C 型肝炎藥費，其衍生之檢查(驗)係由現有總額支付，就算總額預算有成長，點值仍不到每點1元。
- (二)我國平均每人經常性醫療保健支出(CHE)占平均每人國內生產毛額(GDP)比率數據顯示，多年來僅微幅成長，相較其他 OECD 國家，國內醫療保健支出尚有增加空間。
- (三)若政策推動真有節省費用不反對列減項，但若預算編列不足也應相對加項。例如：健保署提出減少重複檢查(驗)及用藥之效益、MEA(藥品給付管理合約)之廠商協議退款、C 型肝炎藥費等項，因實際醫療利用增加大於預算成長或考量預算歸屬，均不應列為總額減項。
- (四)涉及公共衛生、預防保健及配合政策推動等項目，應由公務預算支應。目前健保財務不佳，若考量要減輕民眾負擔，則建議政府應該承擔更多的責任，提高公部門支出占比。

(五)政策目標所列項目，包含：延續健保總額中長期改革計畫之擴大推動住院整合照護服務、推動 DRGs 支付制度、試辦門診包裹支付制度等，建議先行與醫界溝通討論。此外，政策目標中，整合公共衛生體系與健保資源項目提到「結合公務預算與健保資源」，應提出具體內容。

三、專家學者及公正人士委員建議：

- (一)112年度總額調整因素約增加300.21億元，其中政策項目內涵諸多預防保健、研究經費、設備費用等用途，建議審酌政策項目預算來源之合理性，避免壓縮重要服務項目之協商空間。
- (二)各項管控措施之節流效益，應列入總額減項或年度總額專項財源。如藥品及特材之價量管理或減少重複檢查(驗)之效益，可做為引進新藥、新特材或給付規定改變之財源，若未納入總額財源運用，則應列為總額減項。
- (三)針對每年提出的諸多政策目標及政策項目，建議從整體角度進行系統性專案檢討後，檢視政策目標達成情形及成效，再提出下年度政策目標與調整因素。

本諮詢案最後獲致之會議決定內容如下：

健保會委員肯定衛福部社會保險司重新檢視年度總額預算編列方式之合理性，惟所提總額基期計算方式之變更，考量各界未有共識，且當前新冠肺炎疫情嚴峻，總額擬訂宜以穩定醫療量能、安定醫護人心為要，建請衛福部再予審酌，持續溝通，暫緩於112年度總額執行。會後已將委員所提諮詢意見，送請衛福部陳報行政院核定112年度總額範圍時參考。健保會將在本年9月俟衛福部正式交議行政院核定的總額範圍後，衡酌整體醫療需求及健保財務狀況與民眾付費能力，協議訂定112年度全民健保醫療給付費總額及其分配，妥善配置健保資源，讓健保持續守護國人健康。