

健保總額協商原則與程序



衛生福利部全民健康保險會

112年4月13日

大 綱

- 一、醫療給付費用總額簡介
- 二、總額協商架構
- 三、總額協商原則
- 四、總額協商程序
- 五、總額協商的策進作為
- 六、一般服務地區預算分配



一、醫療給付費用總額簡介

■ 健保總額預算(統包制)

□ 總額支付制度:

透過協商機制，解決「資源有限」的基本問題。由「保險付費者」與「醫事服務提供者」，預先以協商方式，訂定未來1年醫療服務總支出(總額預算)。

□ 採支出上限制(expenditure cap，點值浮動)

每點支付金額=預算總額/總服務點數

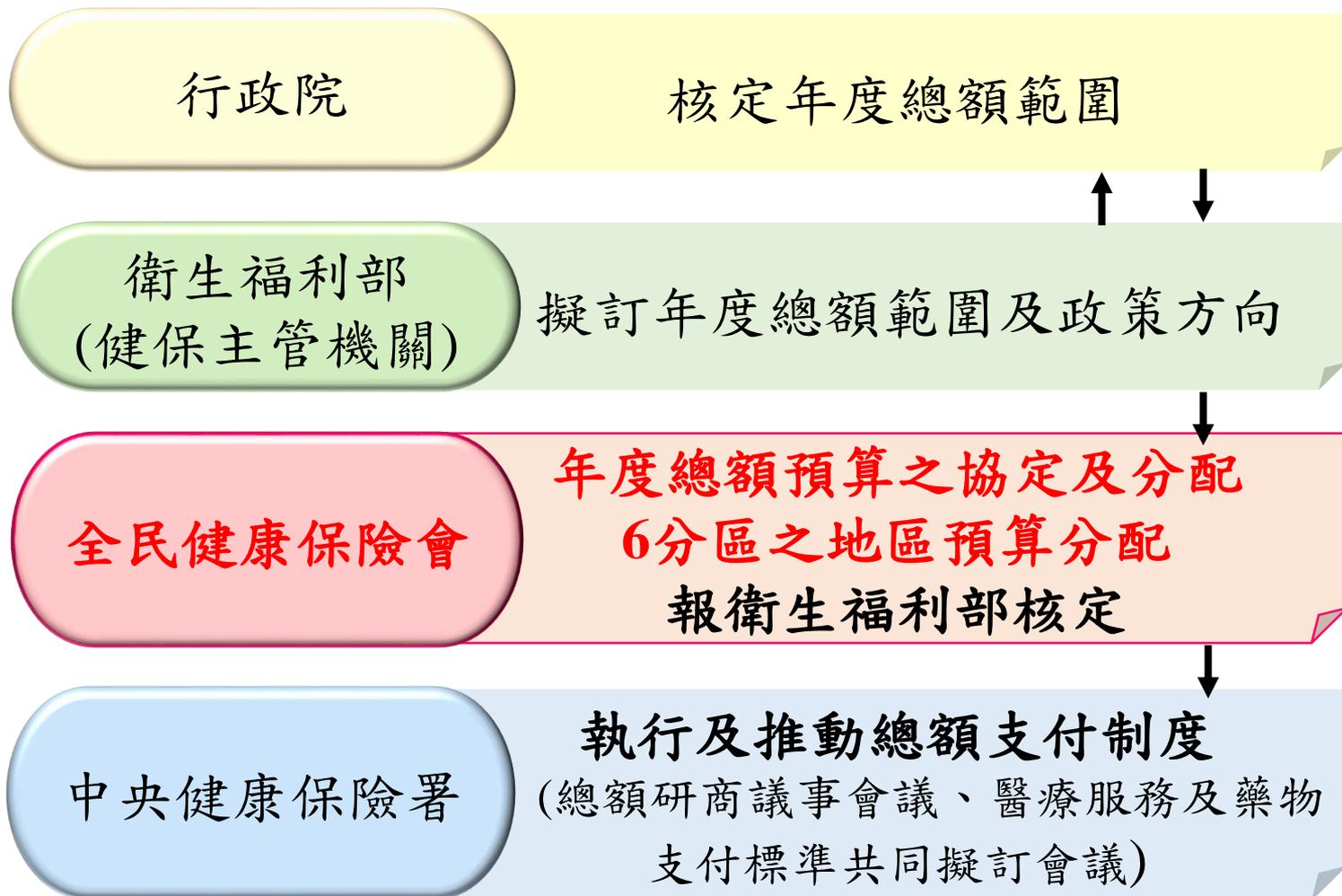
□ 制度設計目的:

□ 保險人及醫事服務提供者預知全年總預算，鼓勵服務效率，提升醫界專業自主。

□ 固定預算總額，而不固定每點支付金額，藉以控制醫療費用於預算範圍內。

一、醫療給付費用總額簡介

■ 組織與權責



一、醫療給付費用總額簡介

■ 健保會權責-年度總額協議訂定

- 衛福部於年度開始6個月前擬訂次年度總額範圍，於諮詢健保會意見後，報行政院核定。
- 健保會於年度開始3個月前，在行政院核定之總額範圍內，協定各部門總額及分配方式，再報衛福部核定
 - 協商牙醫門診、中醫門診、西醫基層、醫院總額，及其他預算之分配。
 - 協商四部門總額之地區預算(健保六分區)分配。
- 總額協商須考量財務平衡原則，並於法定時限完成。

一、醫療給付費用總額簡介

■ 以112年度總額為例：

高推估值

協商因素

- 延續健保總額政策目標及計畫
- 新增健保總額中長期改革計畫
- 考量民眾醫療需求

醫療服務成本及人口因素成長率

- 醫療服務成本指數改變率
- 投保人口結構改變對醫療費用之影響率
- 投保人口預估成長率

(非協商因素)

校正人口數差值及一般服務預算占率

總額基期

(前1年度總額淨值為基期
=前1年度核定總額—前2年度未執行或未導入
預算部分)

協商因素

低推估值

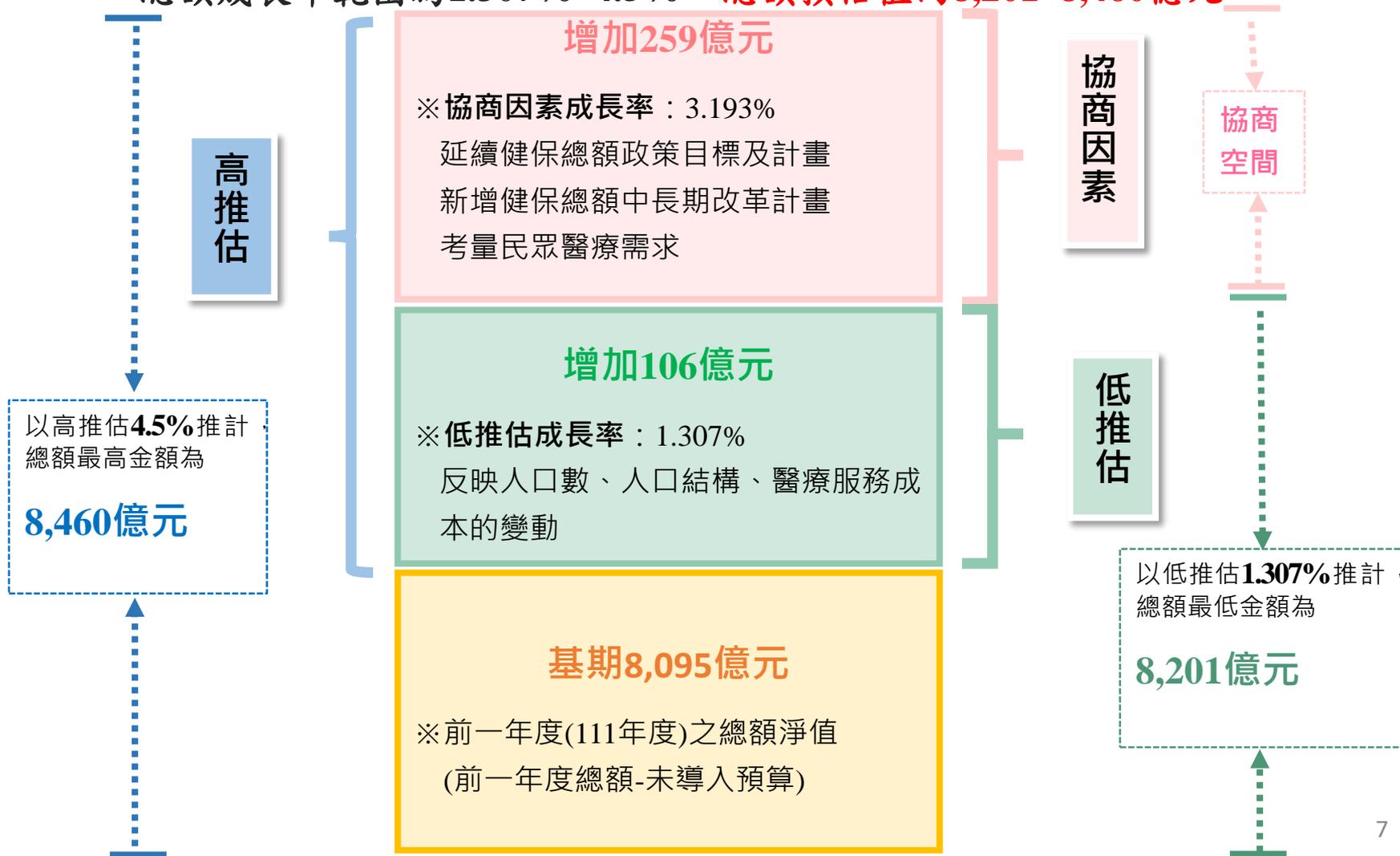
總額
協商

- ◆ 依健保法，健保會須在行政院核定之總額範圍(高、低推估值)內進行協議訂定
- ◆ 協商結果報衛福部核定。(未達成共識，則兩案併陳，報部決定)

一、醫療給付費用總額簡介

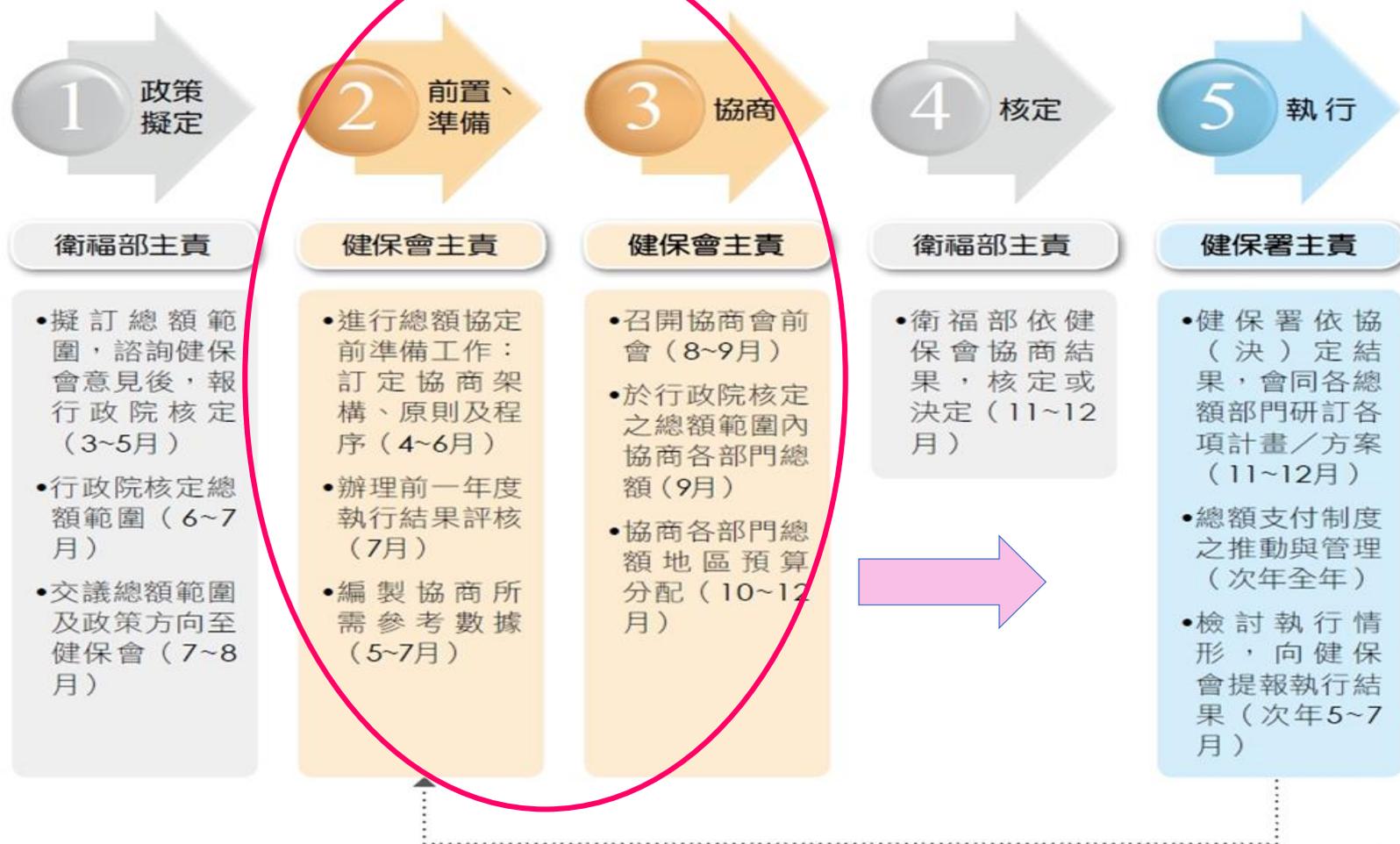
■ 總額協商範圍-以112年度為例:

總額成長率範圍為1.307%~4.5%，總額預估值約8,201~8,460億元。



一、醫療給付費用總額簡介

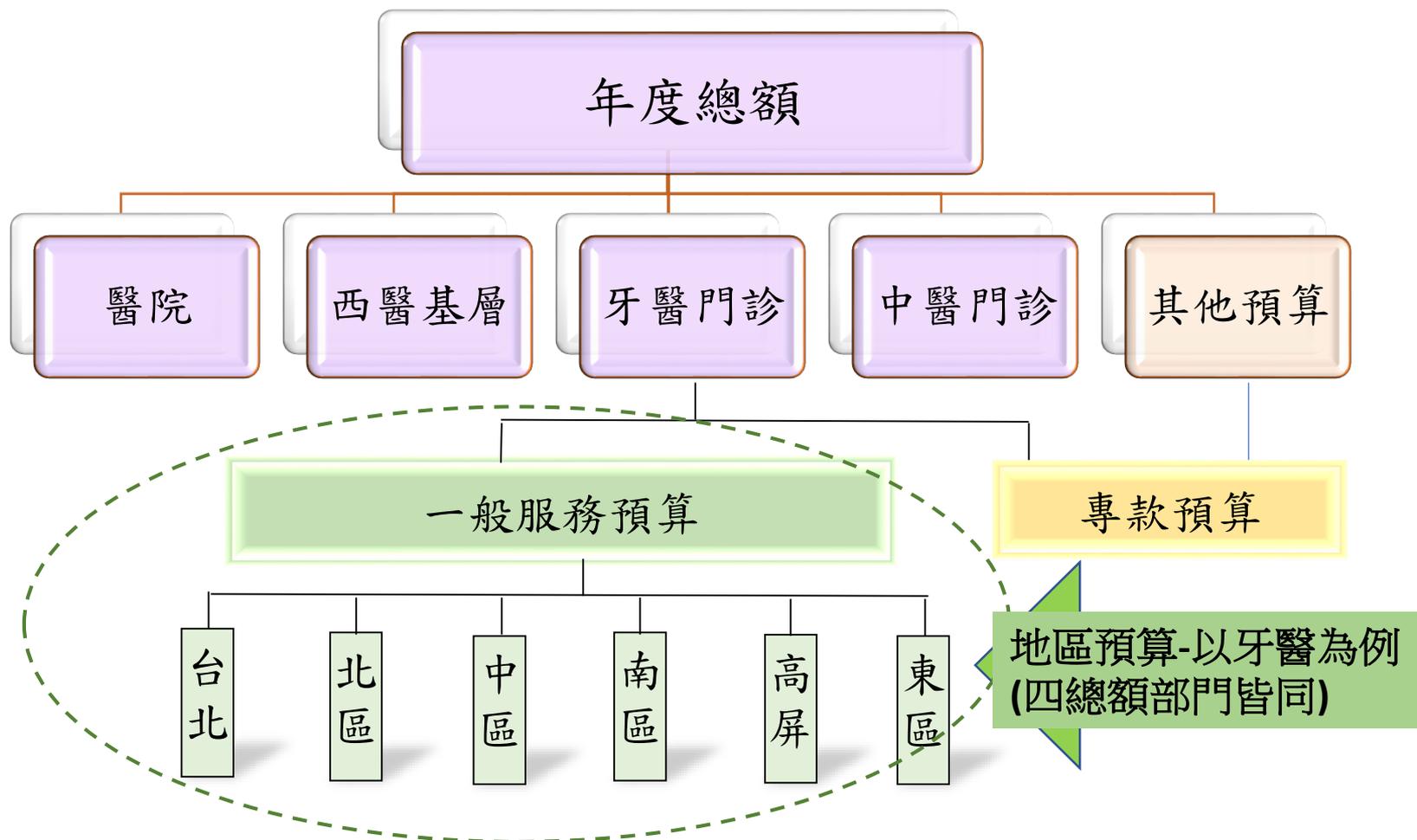
■ 年度總額訂定流程



二、總額協商架構

■ 總額預算切分

- ✓ 年度總額分5大塊：四部門總額(含門診透析)及其他預算
- ✓ 地區預算分6分區：各部門總額再分配至健保6分區



二、總額協商架構

■ 總額考量因素

年度總額 = 基期 + 下列3項因素所增加之金額

一般服務預算(滾入基期)

醫療服務成本及人口因素成長率

- ✓ 醫療服務成本指數改變率(A)
- ✓ 投保人口結構改變對醫療費用之影響率(B)
- ✓ 投保人口預估成長率(C)

公式 =

$$[(1+A+B) \times (1+C)] - 1$$

協商因素項目

- ✓ 保險給付項目及支付標準之改變
- ✓ 鼓勵提升醫療品質及促進保險對象健康
- ✓ 其他醫療服務密集度之改變
- ✓ 醫療服務效率之提升
- ✓ 其他預期之法令或政策改變等因素

專款(零基預算)

專款項目

- ✓ 具有特殊性、鼓勵性、目標性之特定計畫或項目
- ✓ 執行具一定成效，再移至一般服務
- ✓ 配合政策推動或調節非預期風險所需經費

三、總額協商原則

■ 引領協商方向的整體性原則

01

依行政院核定之總額範圍及政策目標進行協定

- 依健保法第61條，年度總額應在行政院核定之範圍內，各部門總額不得超過行政院核定之上限值。
- 依政策目標進行協商，且使政策延續並連結總額。

02

配合健保財務狀況，合理配置健保資源

- 總額協商應考量健保財務及社會經濟因素。
- 回歸以提供醫療服務為意旨，有限健保資源，應合理配置。
- 照護整合與效率提升之效益，部分獎勵醫療服務提供者，部分回饋保險對象。

03

總額經雙方協定後，即應遵守協商承諾

- 各總額部門之協商代表，須獲得充分授權。主席宣布協商結論後，禁止任何一方提出變更或推翻結論。
- 年度總額成長率，經協定後不能再以任何理由變動之。
- 衛福部核(決)定後，已成為政策決定事項，本會無權更動。

三、總額協商原則

■ 規範協商項目之預算編列原則

01

醫療服務成本及人口因素

- 各部門總額醫療服務成本及人口因素成長率，採衛福部報奉行政院核定之數值與計算公式

02

協商方案須包含之內容

- 問題分析及需求評估、醫療服務內容
- 費用估算基礎及淨增加費用
- 執行目標及預期效益之評估指標(結果面指標)
- 專款項目之預估試辦檢討期限(即第○年納入一般服務或退場)

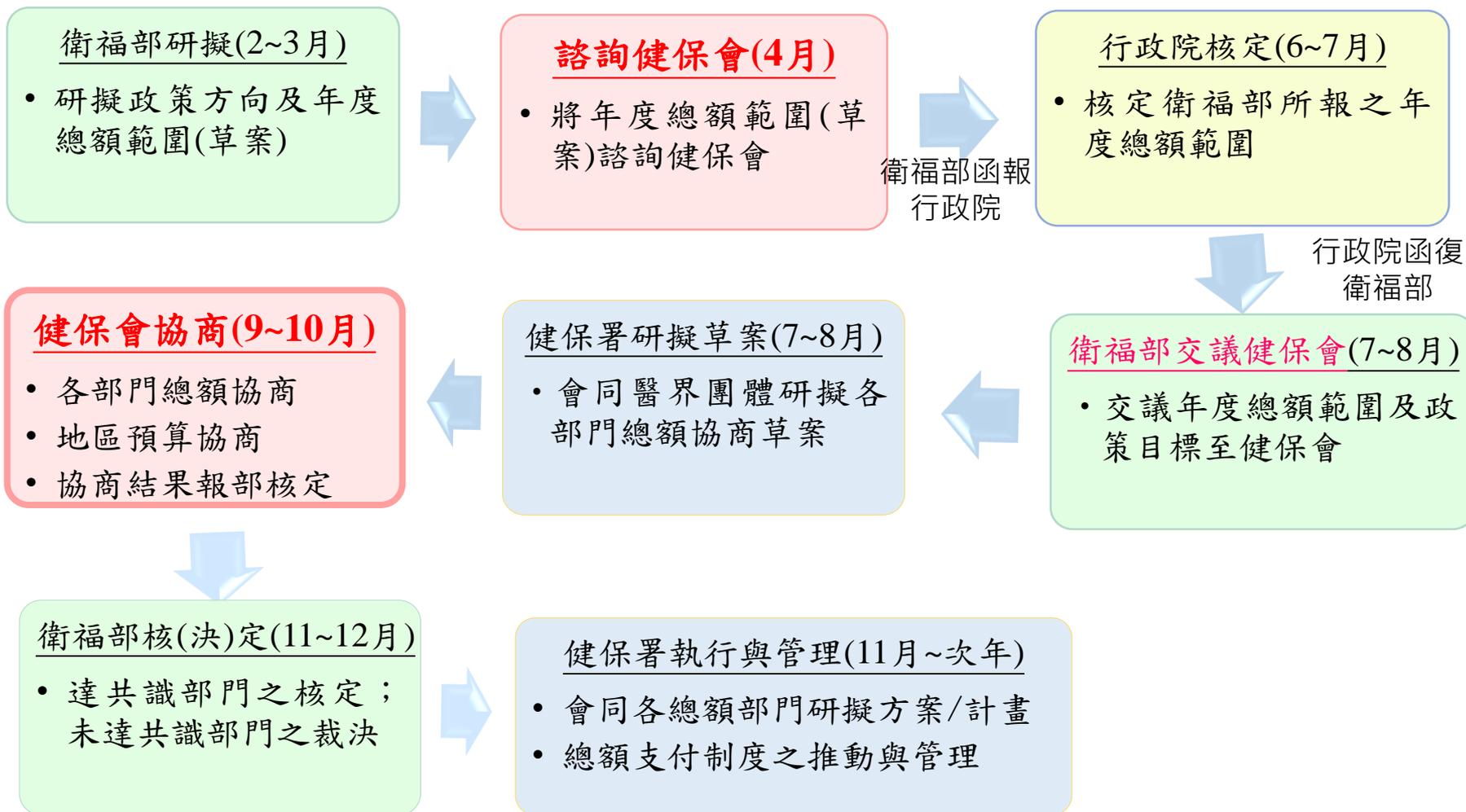
03

編列專款項目之規範

- 具特殊性、鼓勵性、目標性之新增計畫，宜列為專款，俟執行具相當成效後，再移至一般服務
- 回歸協定意旨專款專用，各款項不得以任何理由流出。除總額議定事項外，各項目之預算不得相互流用
- 已協定之試辦性計畫，應嚴格監控，若成效不佳即應退場

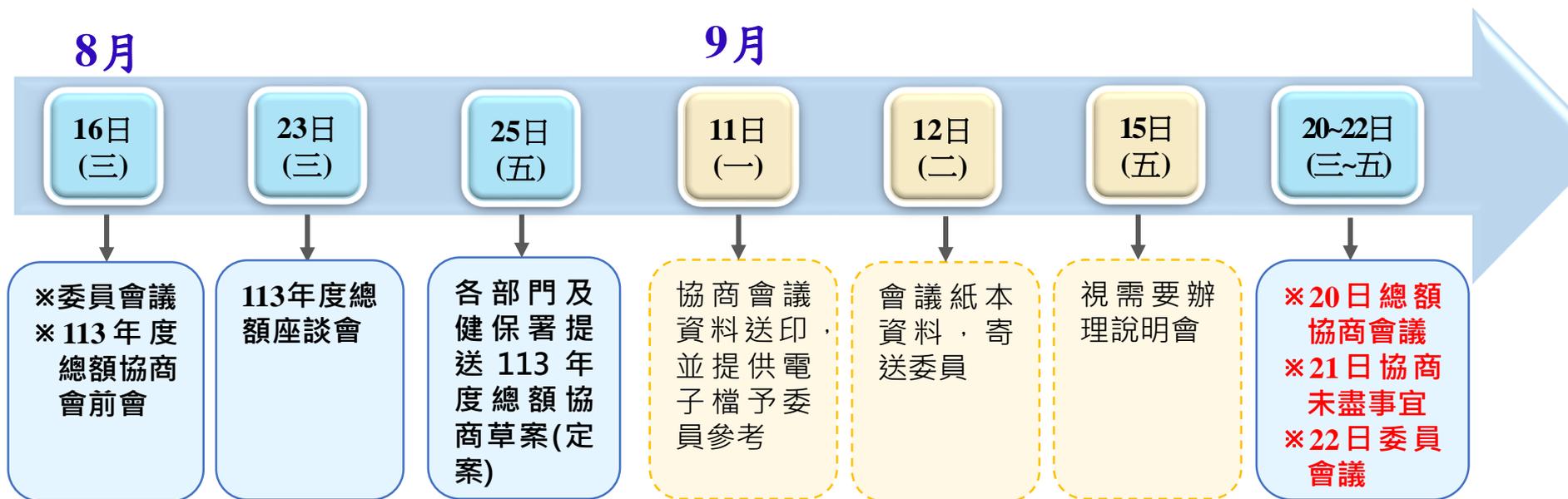
四、總額協商程序

■ 總額擬訂之時間軸



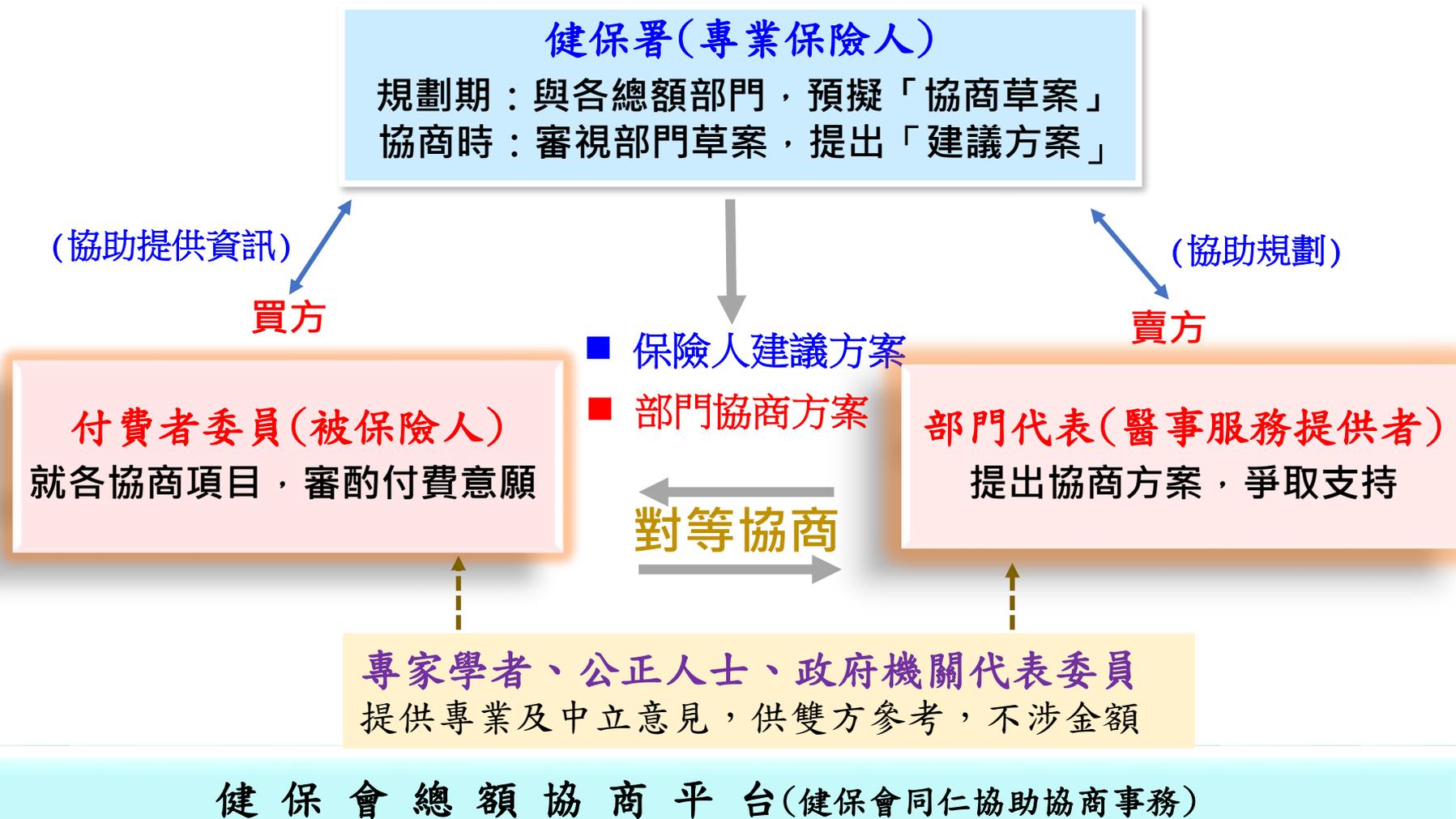
四、總額協商程序

■ 依112年度工作計畫，8~9月總額協商規劃如下：



四、總額協商程序

■ 總額協商會議-與會人員的角色



四、總額協商程序

■ 總額協商會議-三階段協商(以111年協商為例)

依抽籤順序排定各部門總額協商時間表，每個部門總額協商分為3階段

部門別	第一階段 提問與意見交換		第二階段 視雙方需要 召開內部會議		第三階段 部門預算協商		合計 (最長時間含 各自召開內部 會議時間)
			付費方	醫界方			
醫院總額	30分鐘	門診透析 20分鐘	30分鐘	30分鐘	60分鐘	門診透 析20分 鐘	130~190分鐘
西醫基層總額	25分鐘		20分鐘	20分鐘	50分鐘		115~155分鐘
牙醫門診總額	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~100分鐘
中醫門診總額	20分鐘		20分鐘	20分鐘	40分鐘		60~100分鐘
其他預算(健保署)	20分鐘		20分鐘		35分鐘		55~75分鐘

7月抽籤決定協商順序

四、總額協商程序

■ 總額協商會議之進行-各協商階段及與會人員角色

場次 協商階段	總額協商與會人員及參與
第一階段 提問與意見交換	四部門總額：總額部門委員及協商代表說明協商草案，及回應提問 其他預算：健保署說明協商草案，及回應提問
	所有委員均參與提問 (若有部分項目涉及其他部門者，相關之醫界委員得表達其看法)
第二階段 視雙方需要召開 內部會議	付費方或醫界方(健保署)：自行召開內部會議 (可請本會幕僚與健保署人員協助試算或說明)
第三階段 部門預算協商	由「付費方」與「醫界方」(健保署)雙方進行預算協商 (部門總額協商，得請健保署人員提供說明)
	若雙方初步協商無法達成共識時： 由專家學者、公正人士、政府機關代表委員，在不涉及金額， 提供專業見解及中立意見供雙方參考，再決定是否繼續協商

五、總額協商的策進作為



近年主管機關之政策指示

- 依政策目標進行協商，使政策延續並連結總額、積極檢討總額基期及給付合理性，提升資源使用效率
 - 依據行政院核定之總額範圍及政策目標進行總額協議訂定
 - 總額協商連結衛福部之政策目標及執行計畫(中長期改革相關計畫)
 - 總額協商相關計畫，應先訂定KPI、提案為幾年計畫、成效評估標準，以利後續評估擴大辦理或退場



本會協商之策進作為

於協商草案，落實政策要求

- 加強會前溝通：於協商會前會，加強健保中長期改革相關計畫之規劃說明及意見溝通。
- 強化保險人角色：屬政策交辦且未納入醫界草案項目，由健保署提報完整協商內容
- 落實效益評估：新增項目需有量化之「執行目標」及「預期效益評估指標」，及試辦檢討期限，每年滾動檢討
- 確保協商資料完備：明定協商草案內容，並檢視各協商項目是否符合政策目標及資料完整性

五、總額協商的策進作為



近年委員對本會協商之建議

■ 對健保署及健保會的期許

- **健保署**：單一保險人制度，健保署是代表被保險人向醫事服務提供者購買醫療服務。故除提供試算外，應對醫界所提方案提出合理性評析及建議方案，發揮保險人專業角色
- **健保會**：依法辦理總額協商相關事務，提供協商所需客觀數據及資料，惟不涉及預算額度及經費增減之建議



本會協商之策進作為

➡ 依各自法定職掌及協商草案(協商大表)之格式，提報資料

- **健保署**：審視醫界方案之合理性與必要性，提出對應的建議方案及預算
- **健保會**：提供必要的客觀數據及資料，供協商之參考，不作任何預算額度及經費增刪的建議

協商草案(協商大表)應提供之內容及格式

- 醫界、健保署及健保會應就各自權責，並依協商草案格式提報內容，以提升協商效率

項目類別	○○部門草案	健保署草案	健保會補充說明
新增項目	<p>協商方案：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.問題分析及需求評估 2.醫療服務內容及說明 3.費用估算基礎及淨增加之費用 4.執行目標及預期效益評估指標 (以結果面呈現資源投入效益) 5.專款項目之預估試辦檢討期限 (執行第○年提出納入一般服務或退場之評估指標及結果) 6.檢附1~4項之實證資料 	<p>對醫界方案提出保險人之評析及建議：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.評析醫界方案之問題分析、需求評估及服務內容之合理性與必要性，並提出保險人意見 2.試算醫療費用、淨增加費用，並提出合理之預算建議 3.提出執行目標及預期效益評估指標建議 4.提出對專款項目之預估試辦檢討期限建議 <p>屬政策交辦且未納入部門草案項目，提供完整之協商方案(比照部門草案內容)</p>	<p>彙整相關資料供參考：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> 是否為政策交付項目：是者，摘錄政策內容 2. <input type="checkbox"/> 資料是否完整：否者，提出需補充內容 3. 提供評核委員及會前會專家學者意見 4. 彙整相關統計數據與總額協商相關規範 5. 提供協定事項執行情形及建議文字。不作預算及經費增刪建議。
延續性項目	<ol style="list-style-type: none"> 1.醫療服務內容及說明(含問題分析及需求評估) 2.費用估算基礎及淨增加之費用 3.過去執行成果效益，或檢討改善之相關規劃 4.請檢附上開內容之實證資料 		

五、總額協商的策進作為



近年委員對協商會議之建議

■ 協商會議無法充分討論且時間冗長

- 醫界反映，部分數據資料解讀有落差，須有即時澄清說明之機會
- 協商會議時間冗長，各方體力耗損(尤其付費者連續協商5部門的預算)
- 沒有足夠時間，徵詢第三方專家學者及公正人士意見



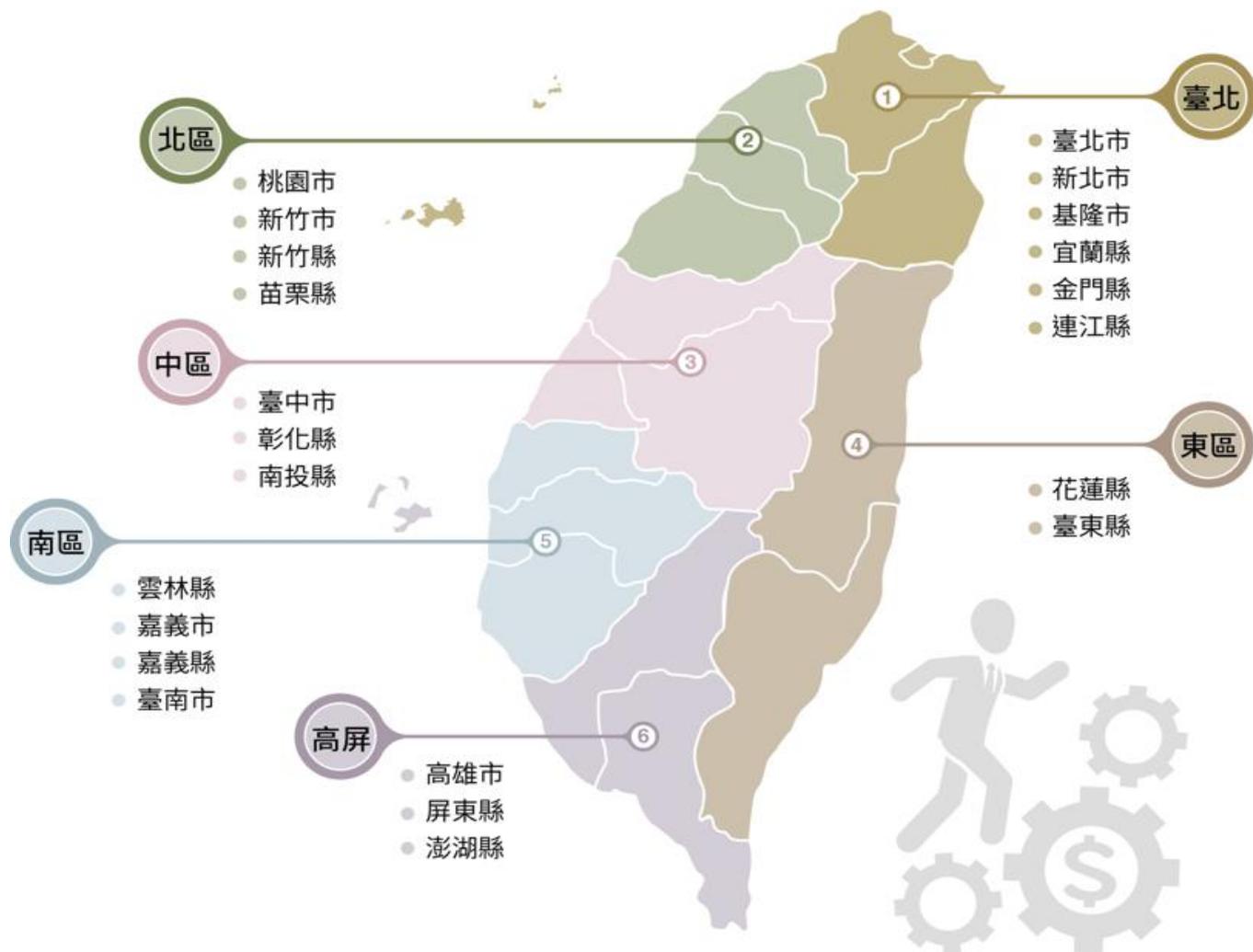
本會協商會議之策進作為

➡ 視需要加開溝通會議及調整協商會議時間

- 強化事前溝通：於協商前召開溝通會議，並視委員需要，加開說明會議，增加對協商內容之了解
- 落實協商時間規範：協商會議準時開始、各部門時間屆滿即停止協商，若無法達成共識，經雙方同意可於第2天處理未盡事宜
- 延長協商天數：111年起，將協商會議及委員會議時間，由2天改成3天，中間預留1天處理未盡事宜

六、一般服務地區預算分配

- 地區劃分：以健保署六分區業務組所轄縣市劃分為6區



六、一般服務地區預算分配

■政策目標：

「保障民眾就醫的公平性」及「醫療資源分布與體系均衡發展」落實各區健康照護與財務責任，促成區域院所聯盟或整合。

■以「錢跟著人走」為概念：

考量部門特性及實際執行情形，漸進增加人口因子占率(R值) ，期最終達到100%依照各區人口需要分配的目標。

■各分區預算分配決定因素：

※校正風險後的保險對象人數占率(R值，反映人口需要)

校正人口風險因子：

- －各區人口特質：以年齡、性別指數為主(牙醫/西醫基層/醫院部門)
- －其他人口風險因素：以標準死亡比 (SMR) 反映各區民眾健康差異
- －西醫基層/醫院門診市場占有率(西醫基層/醫院部門)

※總額開辦前一年醫療費用占率(S值，反映醫療利用)

六、一般服務地區預算分配

■ 配套措施-風險調整移撥款

- 為因應分區預算分配之風險，近年各部門可以自一般服務預算移撥部分經費，作為風險調控之用。
- 各部門總額風險調整移撥款之運用：
 - 牙醫門診總額：已達100%依人口參數分配地區預算，故其移撥款主要用於撥補預算不足之特定項目，如撥補醫療資源不足地區、特殊醫療服務等專案計畫及就醫率較高之地區。
 - 中醫門診、西醫基層總額：主要用於保障東區及撥補點值落後地區。
 - 醫院總額：以偏遠地區、弱勢及特殊族群等6項因子做為分配預算之參數，各區可自主運用強化現行制度下醫療服務的不足。

六、一般服務地區預算分配

■ 地區預算分配結果-以112年度為例

	牙醫門診	醫院		西醫基層	中醫門診(試辦計畫)
		門診	住院		
人口占率(R值)	100%	52%	45%	69%	東區2.22%； 5區97.78%
利用占率(S值)	0%	48%	55%	31%	5區預算共6項分配參數，其中戶籍人口占率14%
風險調整移撥款	12.474億元	6億元		6億元	0元

六、一般服務地區預算分配

■ 各地區對預算分配的看法

● 六分區預算有競合關係

地區預算涉及醫界內部預算重分配，各區對R值占率看法不同，且醫界對分配公式與參數意見分歧。

● 各總額部門各區對提升人口占率之看法

- 高人口成長地區(如醫院部門北區)-主張提升投保人口占率。
- 高利用/低人口成長地區(如中醫部門之中區)-不願繼續提升人口占率。醫院部門之東區，也因人口負成長，提升R值受影響較大。

■ 需考量實務狀況，漸進調升R值，以利各區調適

醫療供給及就醫習慣無法短期大幅改變，地區預算分配，將考量部門服務特性及各區人口需求，漸進增加R值，以利各區調適。

本會付費者委員參與健保署會議之角色

健保署角色：

執行及管理總額協定事項之執行，定期召開相關會議
每季召開：四部門總額研商議事會議、醫療服務共同擬訂會議
每2個月召開：藥品及特材共同擬訂會議



01
落實總額
協定事項

02

本會同仁角色：

本會同仁整理各會議之議案及相關協定事項，供本會付費者代表參閱。

03

本會付費者代表角色：

- ✓ 代表本會參與健保署相關會議，了解總額預算實際辦理情形，並審視是否符合總額協定事項之要求，落實監理角色。
- ✓ 如需會上回應與說明，應以本會協定事項為本，本會同仁將提供參考資料。

謝謝聆聽
敬請指教

