

健保總額範圍擬訂與 健保總額中長期政策目標 及其相關計畫

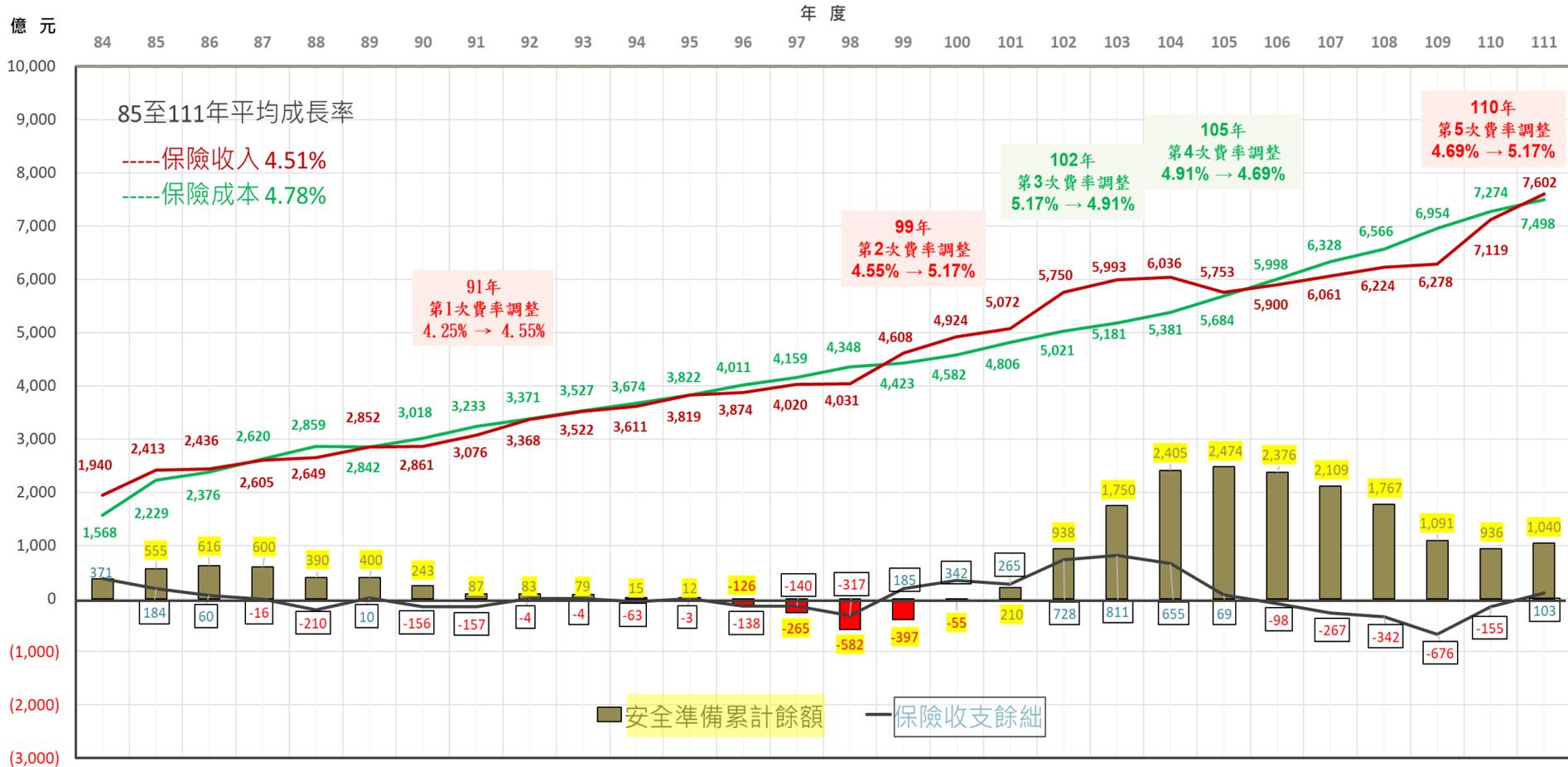
社會保險司

112年4月13日





健保財務狀況





成本控管措施

成本控管不僅需要，也是必要的措施

	消費者	提供者
財務面	部分負擔	<ul style="list-style-type: none">✓ 宏觀：總額預算✓ 微觀：調整點數點值
非財務面	衛教、福利限制…等	利用率之控管、回顧與分析 診療指引與審計



NHI 支付系統改革策略

✓ 宏觀調控手段 ($\sum P_i \times Q_i$)

- 總額預算制度(自1998年實施)
- 成本控制

✓ 微觀支付改革

- 點值重塑
- 品質提升&增加效率
 - Case payment
 - Pay-for-performance
 - 藥價調整(Pharmaceutical price adjustment)
 - Taiwan Diagnosis Related Groups (Tw-DRGs) system
 - 家庭醫師整合照護計畫(Family physician plan)
 - 論人計酬試辦計畫(Capitation payment initiatives plan)



年度總額範圍擬訂程序與內容



衛生福利部

年度總額範圍
之擬訂^(註)

1至4月



行政院

核定年度總額範圍
之擬訂

5至6月



全民健康保險會

年度總額
協定及分配

8至12月

低推估：人口結構改變率、醫療服務成本指數改變率、投保人口預估成長率

高推估：低推估 + 協商因素

- 政策推動相關措施
- 民眾付費能力 (含總體經濟情勢)
- 我國整體醫療保健支出

★各部門總額之成長率：

- 一般服務
- 專款項目

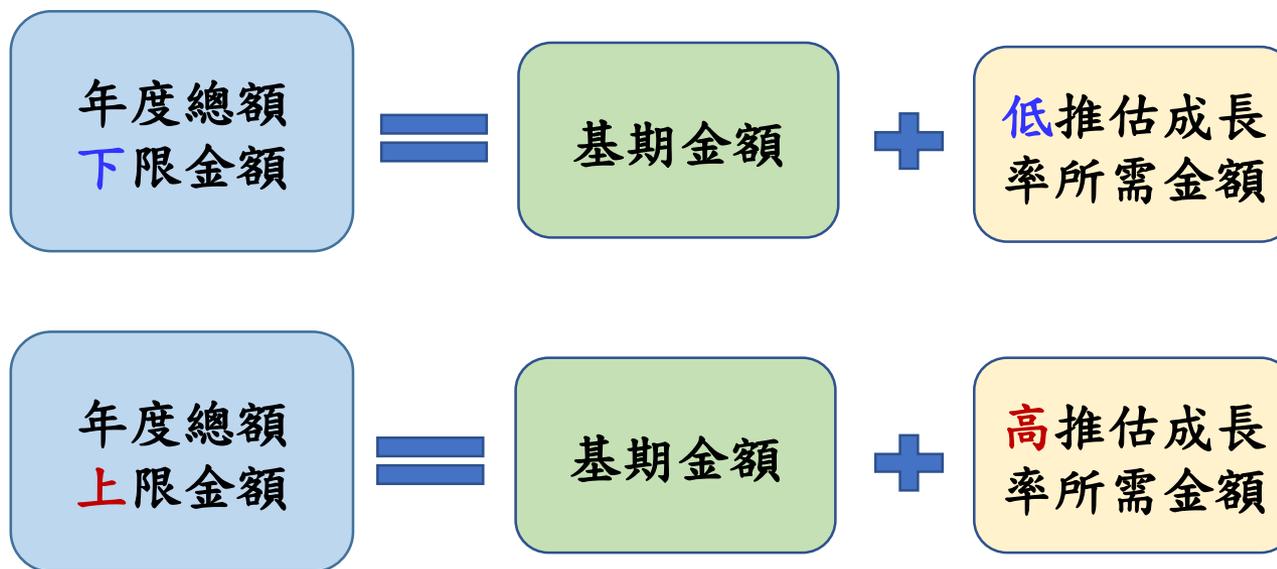
★其他預算成長率

註：依據健保法第60條，年度醫療給付費用總額，由主管機關擬訂其範圍，經諮詢健保會後，報行政院核定。



年度總額範圍擬訂1/2

現行總額範圍擬訂公式



新年度全民健保醫療給付費用 上(下)限金額
= 基期金額 × (1 + 高(低)推估成長率)



年度總額範圍擬訂^{2/2}

現行總額範圍擬訂公式

➤ 三個主要計算因子

- 1) 基期金額：以前一年度全民健保醫療給付費用之淨值估算。
- 2) 低推估成長率：
 - ① 醫療服務成本及人口因素成長率。
 - ② 再依前一年度一般服務預算占率及前二年投保人口預估成長率差值校正。
- 3) 高推估成長率：低推估成長率 + 政策目標所需金額換算出之成長率。



低推估成長率公式說明

低推估成長率之估算

步驟一：計算醫療服務成本及人口因素成長率

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

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

步驟二：將前一年度之「投保人口預估成長率」所造成之落差納入計算，即以前一年度一般服務預算占率及前二年投保人口預估成長率進行低推估成長率之校正。



101至109年各界對總額範圍擬訂公式之意見彙整

指標之資料來源為健保署提供年度總額範圍擬訂時之保險對象推估成長率及國發會中華民國人口推計

對現行MCPI 低推估成長率是否設定上限之問題
贊成幾何平均成長率
低推估值公式之參數計算方式
藥品指數之計算

基期的定義及計算式及大總額基期值與各總額部門不連動

計算之意見 指標取捨建議 指標的計算方式 基期是否應採固定基期？

HTA及HTR導入以檢討現有給付項目 成本類別計算建議 MCPI是否改列為協商因素？
是否應有公式之存在？ MCPI指標計算方式一致性問題

MCPI「人事費用」指數之選取及計算問題

贊成現行MCPI 贊成MCPI移動平均法
所增加費用調整支付標準 醫療費用與GDP之關係
用醫院財報校正MCPI

MCPI

藥品指數之查價項目無法反映實際情形

MCPI「人事費用」指數之內生性問題

中醫部門宣稱，主計總處中醫查價項目太少，權重及指數與實際不符

每年校正人口數回補金額的問題 其他無法分類之議題

贊成MCPI現行方式：總指數當年度與前一年度之變動率

MCPI增加其他校正因素

歷年總額公式檢討歷程與結果1/2

修正結果，適用三年（即108年至110年度總額）

➤ 建議修正項目：

- (1) 低推估值基期費用之採計及整體範圍計算公式
- (2) 人口結構改變對醫療費用之影響率
- (3) 投保人口預估成長率

➤ 建議不修正項目：

- (1) 整體範圍之基期值
- (2) 低推估值計算公式
- (3) 醫療服務成本指數改變率 (MCPI)

106/3/1
成立公式
檢討專案
小組

109/12/29
決議110年成
立「總額範圍
擬訂公式檢討
工作小組」。



公式
檢討
會議

MCPI
檢討
會議

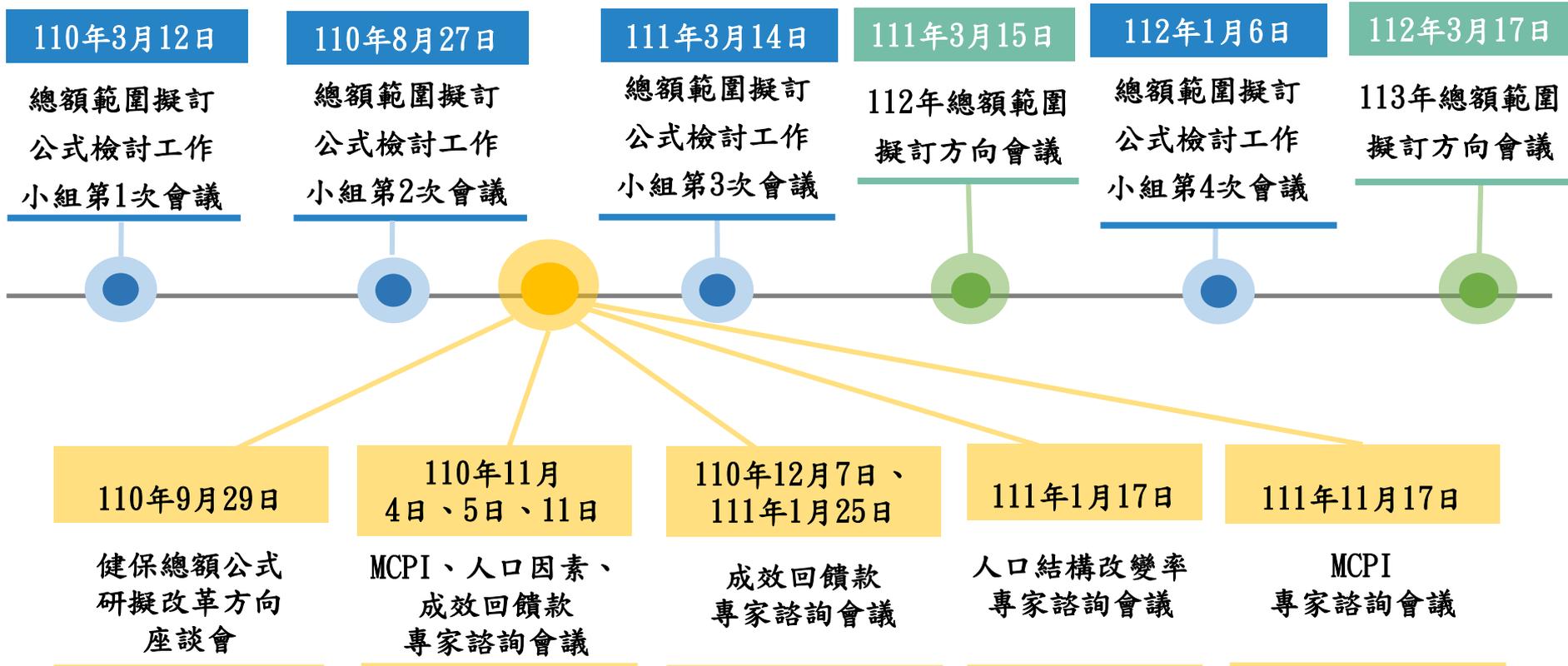
100年底至103年底委託長榮大學研究「建立全民健康保險醫療服務成本指數編制制度」





歷年總額公式檢討歷程與結果 2/2

- ◆ 自110年起，截至目前已陸續召開4次工作小組會議。因部分議題涉及不同專業領域，為求慎重及廣求各界意見，對低推估公式相關因素亦陸續召開8次專家諮詢會議。





低推估公式之醫療服務成本指數(MCPI)

數值採多年平均方式計算

◆ 起因：MCPI數據顯示高低起伏變化的時間約3、4年，而MCPI的主要問題在於資料時間落差2年，和真實情形有落差。

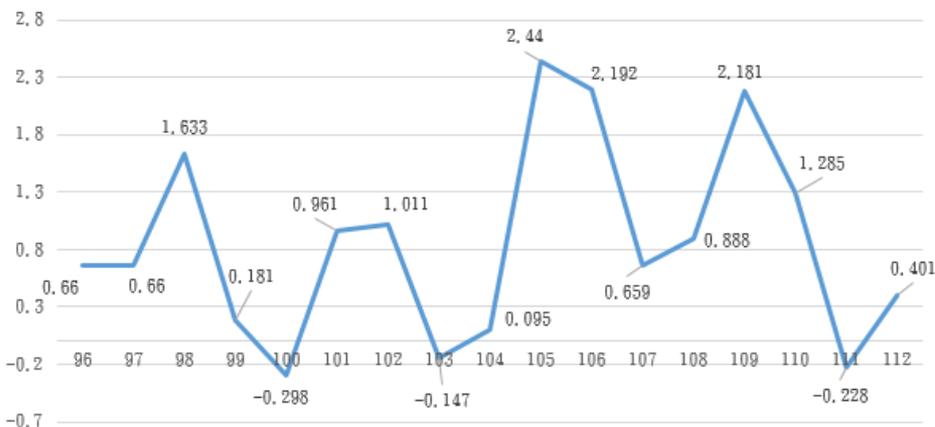
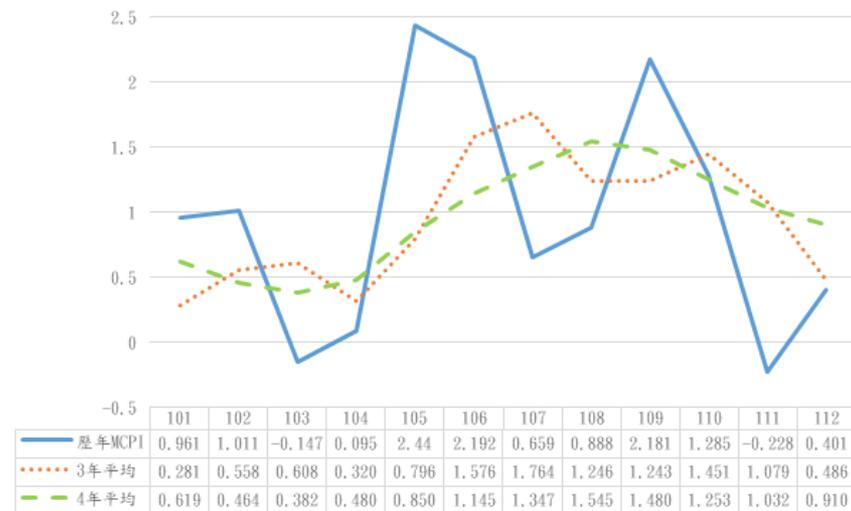
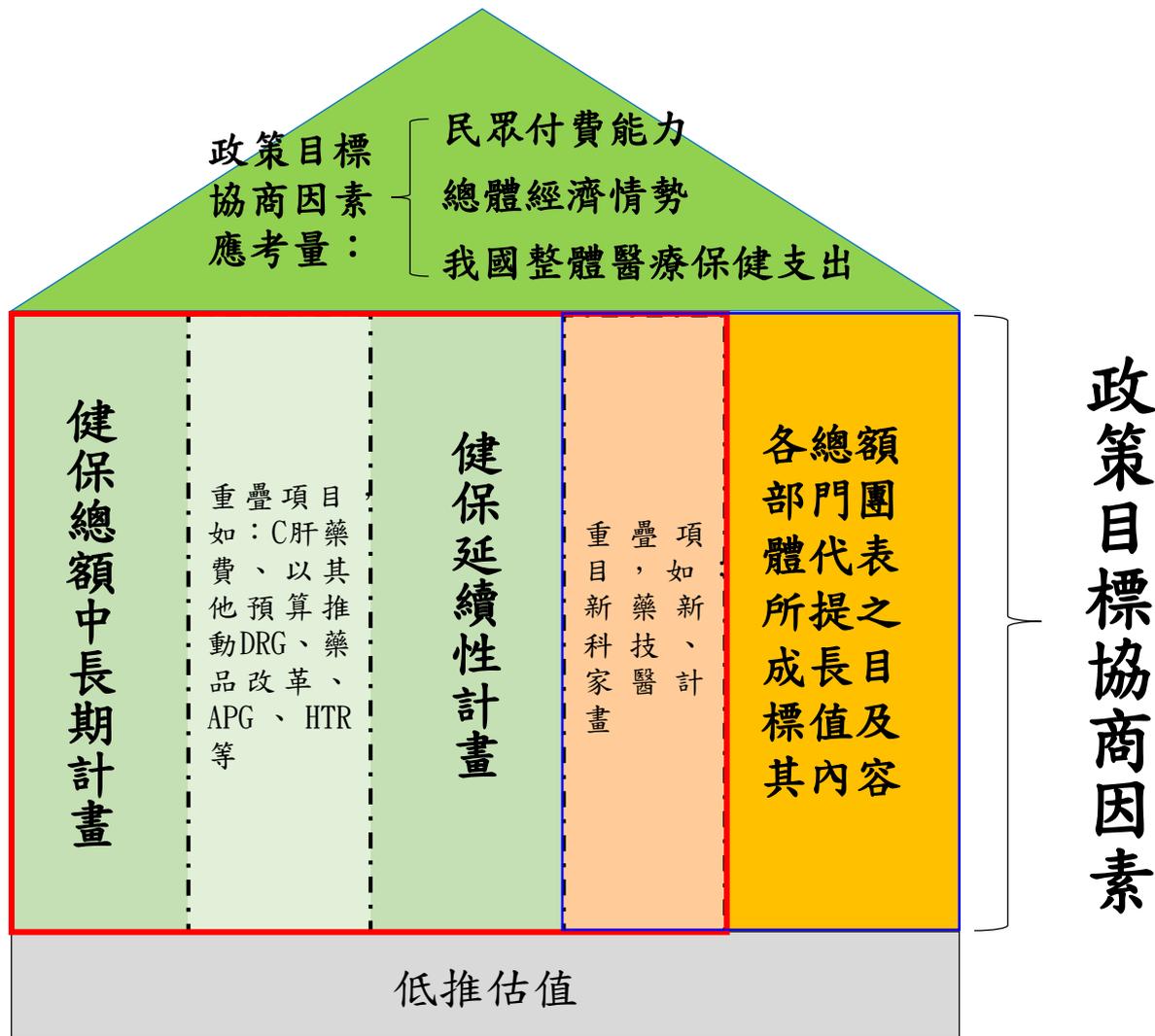


圖 2、歷年(96-112年)MCPI 趨勢圖

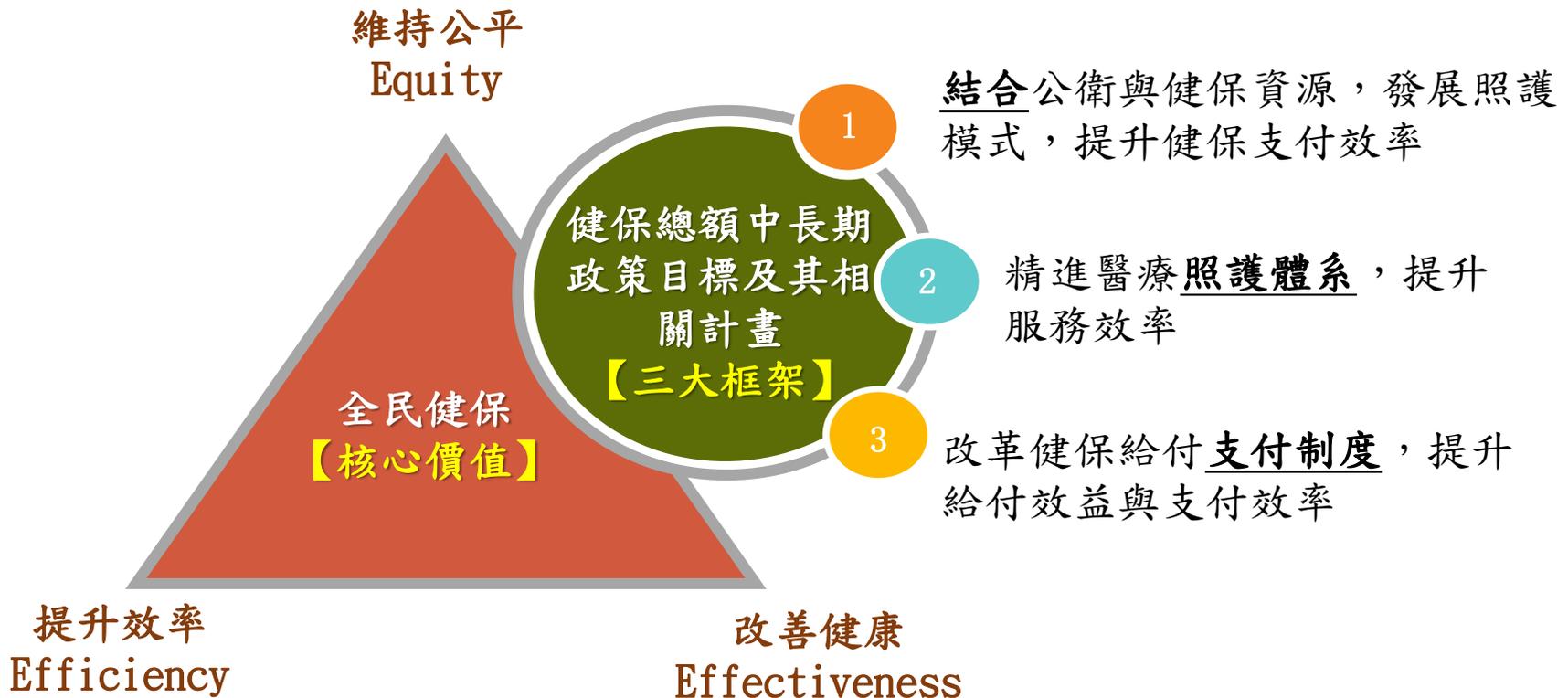




年度健保總額範圍之高推估值

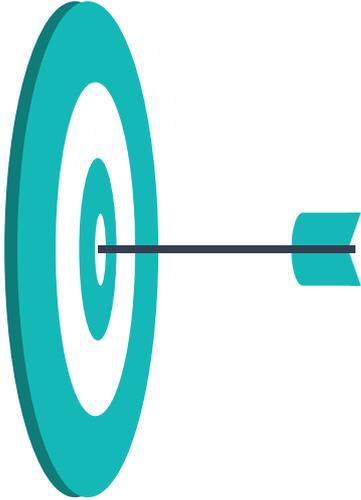


核心價值與中長期計畫三大框架





規劃原則

- 
- ☑ 不僅是著眼於健保支付制度的改革，更重要的是促進衛生政策與健保的合作，衛福部各司署應對自身所要推動的政策有更具整體性、全面性的規劃。
 - ☑ 健保是已發展很好的制度，應思考將健保當成一個很好的工具，各司署在規劃政策時，可藉由健保制度去推動，使得政策推動效率提高，健保更具有價值，進而健保醫療費用更加合理平衡、醫療品質更提升。
 - ☑ 每年總額調整，雖然在推動上是以「年度」視之，但健康政策應採更長遠的規劃，才能保障國民健康。



八大策略

- ◆ 醫療及行政資源合理分配
- ◆ 健保資源結合公務預算
- ◆ 發揮健保各分區行政量能
- ◆ 改革應兼具民眾賦能，醫護當責
- ◆ 強化醫療專業自主
- ◆ 強化初次級照護，管控疾病源頭，落實群體健康管理
- ◆ 提供有效醫療，減少無效醫療
- ◆ 發展多元照護模式





三大框架與方案

框架 I：

結合公衛與健保資源，發展照護模式，提升健保支付效率

I-1 推動「國家慢性病整合防治計畫」，發展多元慢性病照護模式(國健署)

I-2 建立住院整合照護計畫(照護司)

I-3 結合長照資源，推動連續性照護(長照司)

I-4 發展早期介入照護模式(C肝)(健保署)

I-5 慢性傳染病照護品質計畫(疾管署)

I-6 癌症治療品質改善計畫(國健署、健保署)

框架 II：

藉由健保制度，精進醫療照護相關體系，提升服務效率

II-1 強化精神照護體系(心健司)

II-2 重整醫療體系架構(醫事司)

II-3 精進家庭醫師整合性照護計畫(健保署)

框架 III：

健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付效益與支付效率

III-1 提供獎勵誘因，推動DRG雙軌制(健保署)

III-2 推動門診包裹式支付(健保署)

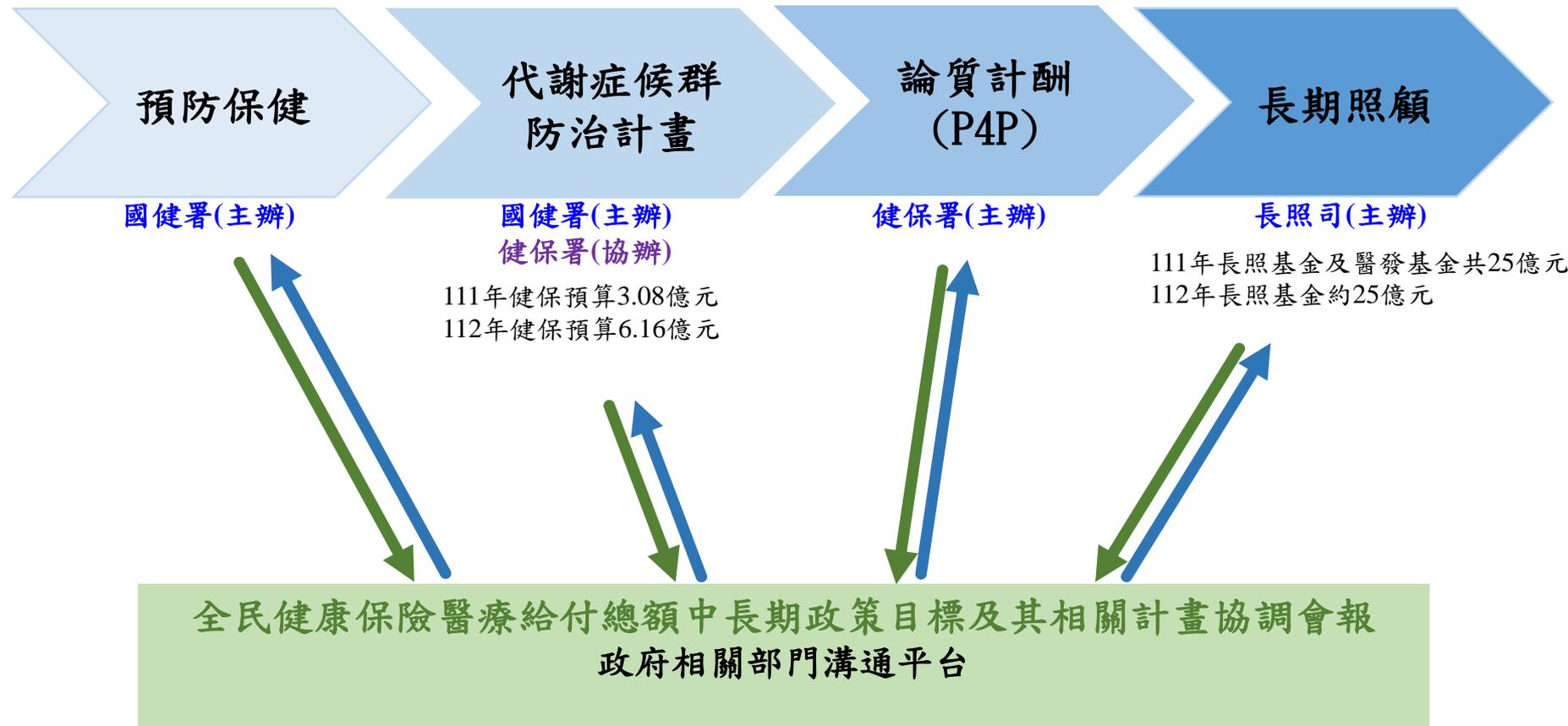
III-3 改革藥品給付支付制度(健保署)

III-4 導入健康科技評估(再評估)制度(健保署)



全人照護政策

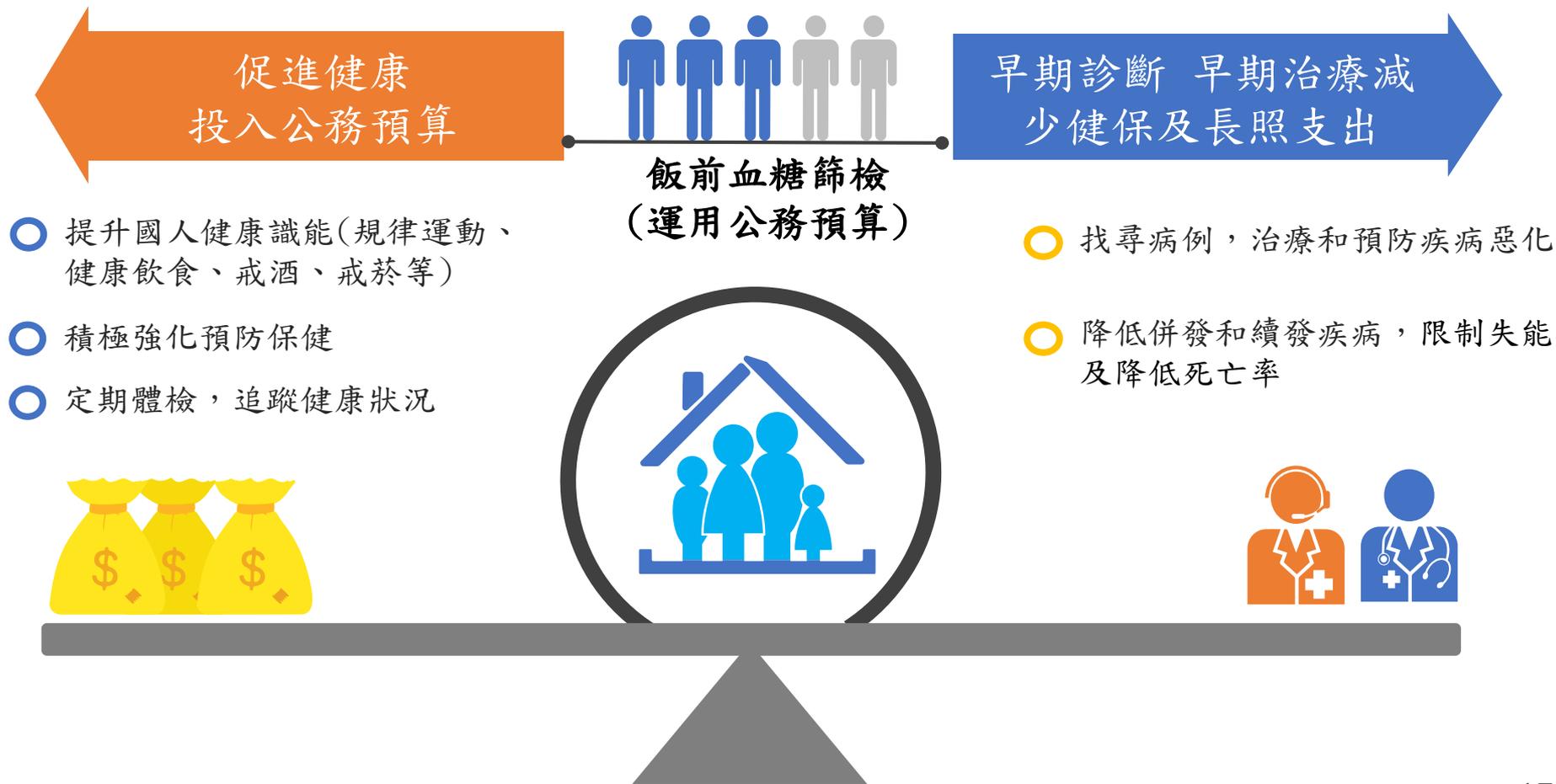
-以代謝症候群防治計畫為例-





代謝症候群防治計畫 1/2

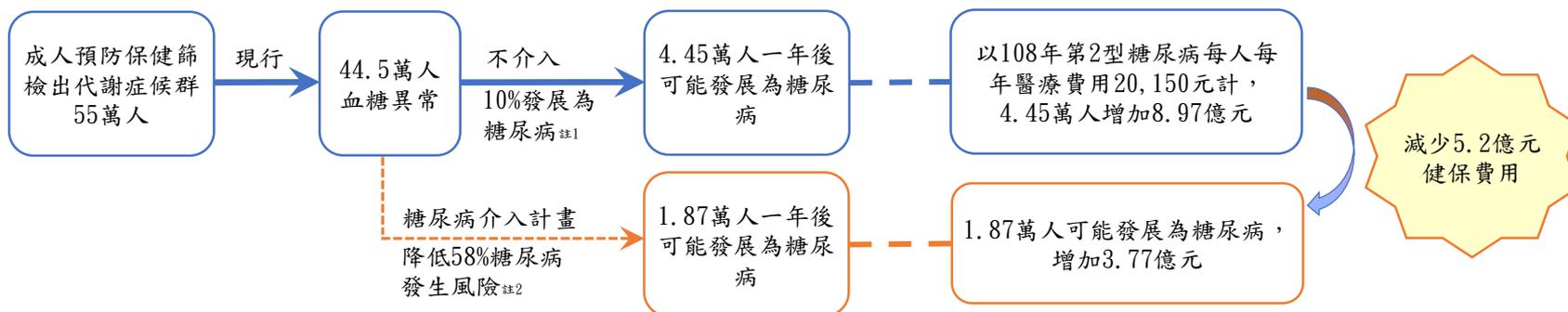
前端挹注公務預算積極保健國人健康





代謝症候群防治計畫 2/2

- **強化疾病管理**，減少後端健保資源之耗用
透過**罹病前期介入**，增進病人自我疾病管理識能，建立以價值為基礎之疾病管理(代謝症候群個案照護體系)。



國健署

健保署

收集生活型態資料
相關代謝症候群指標檢測資料
鼓勵醫師提供戒菸、戒檳服務

大數據分析得到慢性病的風險
提供醫師評估需要加強及健康管理的部分

註：

1. Tabák A.G., Herder C., Rathmann W., Brunner E.J., Kivimäki M. Prediabetes: a high-risk state for diabetes development. Lancet. 2012 Jun 16;379(9833):2279-90. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60283-9. Epub 2012 Jun 9. PMID: 22683128; PMCID: PMC3891203.
2. Li G., Zhang P., Wang J., Gregg E.W., Yang W., Gong Q., Li H., Li H., Jiang Y., An Y., Shuai Y., Zhang B., Zhang J., Thompson T.J., Gerzoff R.B., Roglic G., Hu Y., Bennett P.H.. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. Lancet. 2008 May 24;371(9626):1783-9. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60766-7. PMID: 18502303.



住院整合照護計畫 1/3

現況

高齡化
少子化
上班族請假不易
老人照顧老人
院內群聚感染
常發生在陪病者

推動Skill
Mix



效益



落實家屬探病不陪病



強化醫院感染控制機制



後疫情時代照護人力的超前整備



提升住院照護品質



減輕家屬照顧與經濟負擔



住院整合照護計畫 2/3

根據108年健保給付資料分析，

國人全年住院件數達**353萬**3,000件，平均每件住院天數為**9.29日**，以一天看護費2,400元計算，照顧需求達**787億元**



全年住院件數
3,533,000件

X



平均住院天數
9.29天

X



平均坊間
每日照顧費用
2,400元

家人請假照顧 / 無證照看護工

家庭聘僱外籍移工 / 醫院人力吃緊



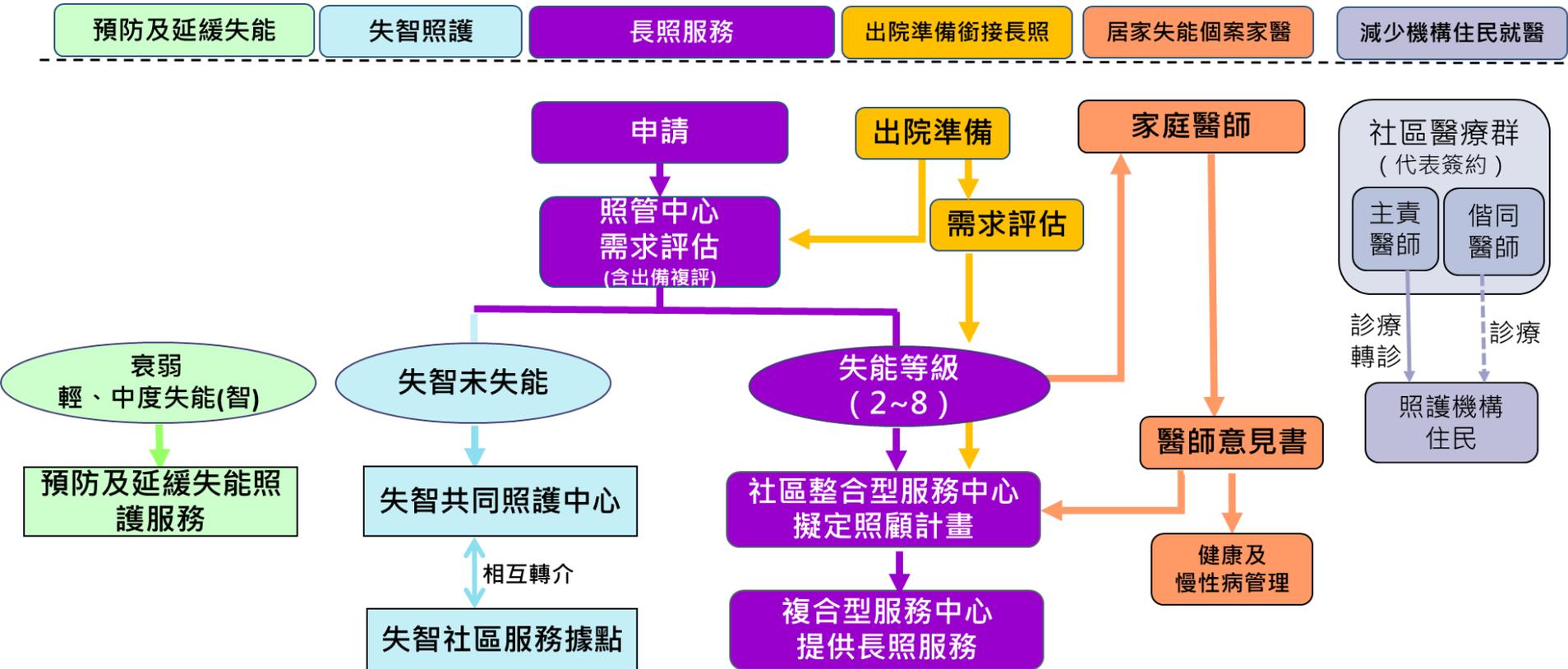
住院整合照護計畫 3/3

- 住院照護人力最適組合 (Skill-Mixed)：
回應民眾因疾病住院期間伴隨之必要醫療照護需求，屬醫院住院提供之必要項目，採病患部分分擔機制，醫院安排照護輔助人力，納入病房團隊，以照護工作分級分工方式，滿足住院健康照護需求。
- 預期效益
 - 一、建立住院整合照護模式，提升住院照護品質，永續醫院照護人力
 - 二、精進住院醫療照護服務支付制度，提升健保給付效益與支付效率
 - 三、後疫情時代醫院體系照護人力的超前整備
 - 四、落實醫院陪病探病人員管理，強化醫院感染控制機制





結合長照資源，推動連續性照護





發展早期介入照護模式(C肝) 1/2

3大策略

精準公
衛防治

以預防鞏固成效

以治療引領預防

願景：
消除C肝
超越世衛

目標：114年C肝口服新藥治療人
數達到25萬人

防治一
條龍

以篩檢支持治療

防治在
地化

3大政策方向



發展早期介入照護模式(C肝)^{2/2}

政策面

國健署：放寬40-60歲原住民及年滿45-79歲一般民眾，B、C肝篩檢
健保署：106年將C肝全口服新藥納入健保給付，109年全面放寬給付條件

實務面

- 一、健保醫療雲端查詢系統建置「B型及C型肝炎專區」，確認就診患者C肝篩檢或治療史
- 二、彙整C肝待治療及待檢驗名單，提供各地方衛生局用於C肝消除相關行動

目前成果

- 一、至111年底，已累積治療14.7萬人接受治療
- 二、109、110年治療成功比率達99%。近4年治療成功比率平均為98.4%

預估成效

- 一、至129年，肝臟疾病死亡人數減少4成2（13萬人→7.6萬人）
- 二、C肝併發症醫療費用，至129年可減省302.1億元，至139年可減省430億元
- 三、因減少相關併發症而衍生之生命年，估算至139年增加518,279人年（C肝辦提供之估算）



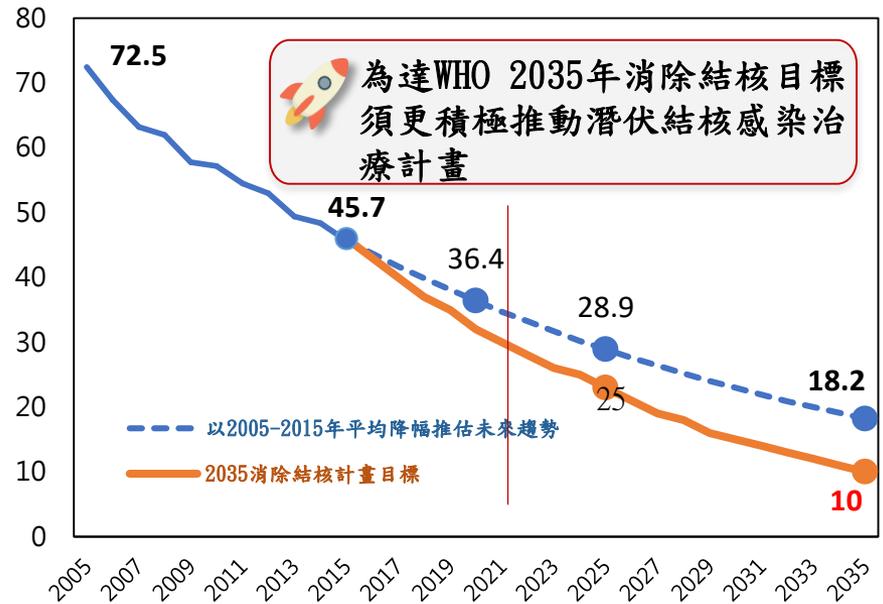
慢性傳染病照護品質計畫 (LTBI+HIV) 1/3

結核病個案

結核病論質計酬計畫

潛伏結核感染個案

導入品質支付方案將有效降低醫療支出



KPI：提升潛伏結核感染者完成治療比率達86.5%

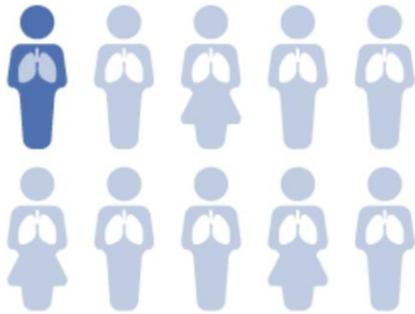




慢性傳染病照護品質計畫 (LTBI+HIV) 2/3

- 機構對象：老人福利機構、一般護理之家、身心障礙福利機構、榮譽國民之家、長期照顧服務機構等
- 計畫內容：

1. 潛伏結核感染治療



對工作人員及住民執行LTBI檢驗，
檢驗陽性者接受LTBI治療

2. 主動發現個案



每月結核病症狀監測，個案主動發現，
及早診斷治療



慢性傳染病照護品質計畫 (LTBI+HIV) 3/3

縮短確診時效連
結醫療體系

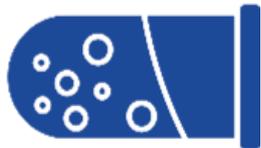
建立穩定服藥習慣
及服藥順從性

持續穩定就
醫回診

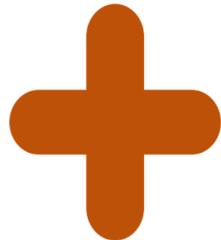
維持病毒量
抑制



HIV檢驗



HIV陽性



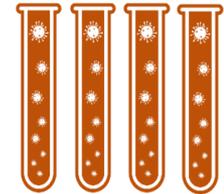
醫療照護



ART



病毒量測不到



參與、持續、諮詢、監測、支持

穩定控制病毒量

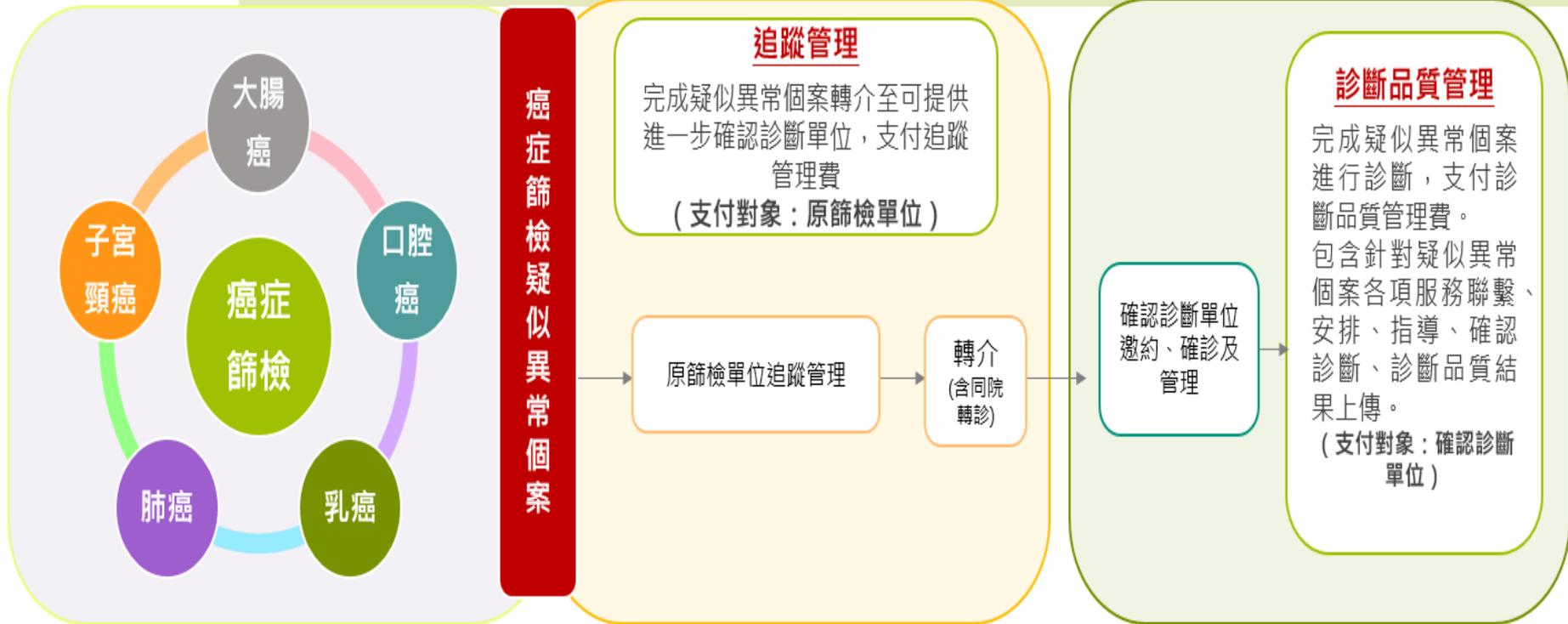


癌症治療品質改善計畫

癌症篩檢

追蹤管理

診斷品質管理

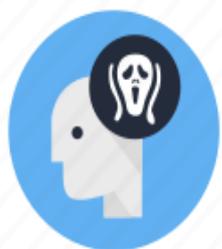


KPI：癌症篩檢異常個案追陽率提升至90%



強化精神照護體系

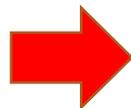
加強長效針劑，建構社會安全，改善健康福祉



高風險
精神病
個案



精神科急
性住院



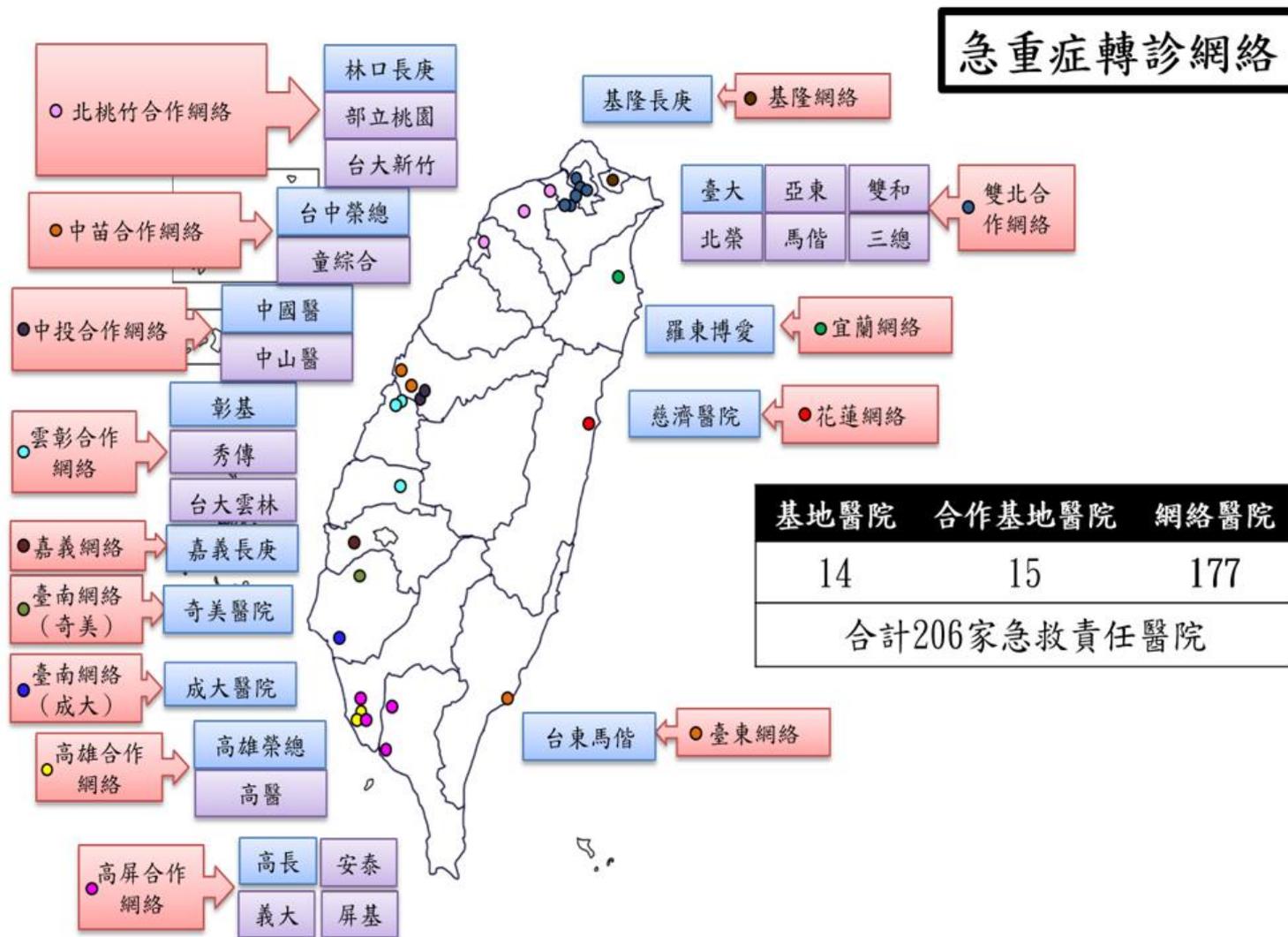
公共衛生
服務體系



結合長效針劑
強化病情穩定



重整醫療體系架構(遠距醫療/遠距會診)





改革健保給付支付制度

提供獎勵誘因，以醫院為單位導入DRG

透過提供**財務誘因**，以試辦方式招募醫院試行住院案件全面或逐步導入**量多、有臨床路徑項目DRG支付制度**，並依試辦醫院之實施經驗，逐步修正並完善DRG支付制度，以達全國全面導入DRG支付制度之政策目標。

推動門診包裹式支付

鼓勵醫師及醫療機構**積極治療病人，改善病人治療品質，減少不必要服務，減少病人及家屬往返醫院次數**，降低整體社會成本，並建立成效評估機制，視推動情形擴大不同疾病別之門診包裹式支付方式，並提供實質積極照護獎勵誘因，改善醫療照護品質。



藥品給付支付、HTA、HTR

建立新藥前瞻性評估(Horizon scanning)登錄平台





結語-健保初衷

全民健康保險法第一條條文修正

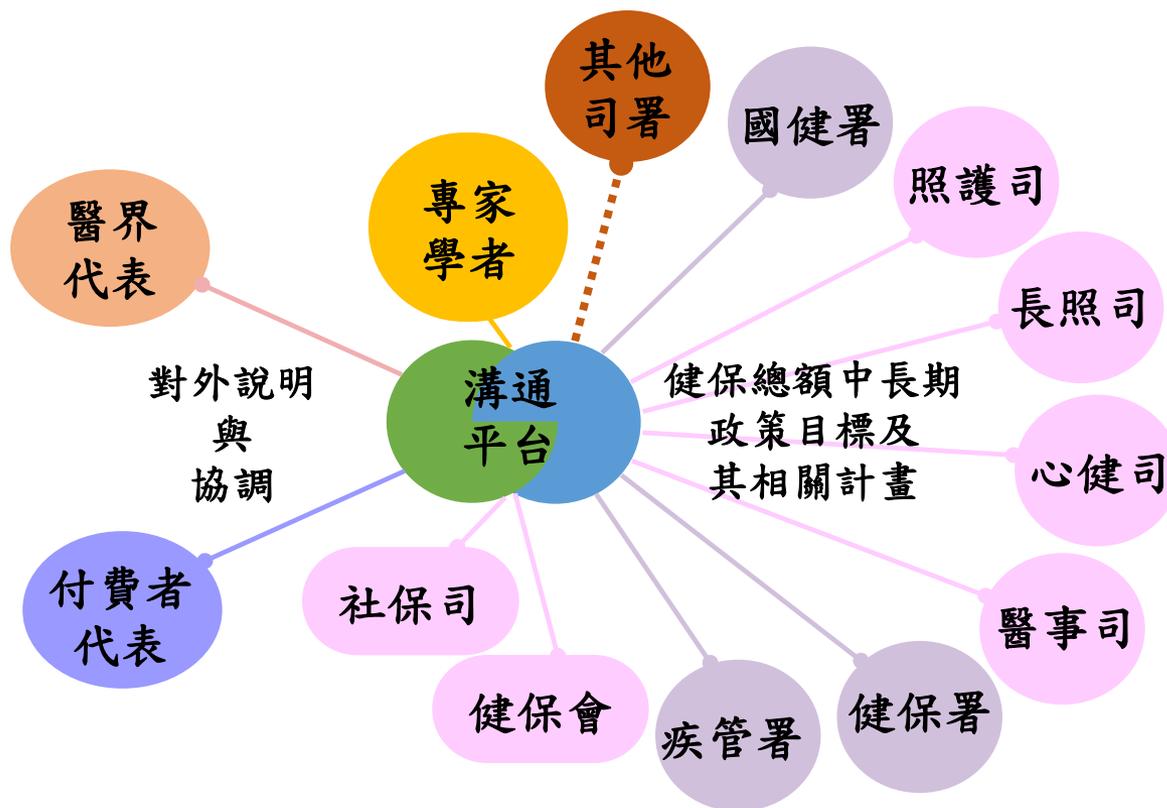
全民健康保險法(110.1.20修正版本)	修法說明(99.4.8重送立法院)
<p>第 1 條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下稱本保險），以提供醫療服務，特制定本法。</p> <p>本保險為強制性之社會保險，於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。(100.1.4~)</p>	<p>一、現行條文第一條及第二條合併修正。</p> <p>二、預防保健係公共衛生支出，應回歸公務預算辦理；又本法與其他法律之適用順序關係仍需個案判斷，並不因為本條後段之規定而取得相對於其他所有法律之特別法地位，反將因此而衍生爭擾，現行條文第一條相關文字，列為第一項。</p>
<p>83.7.19</p> <p>第1條 為增進全體國民健康，辦理全民健康保險（以下簡稱本保險），以提供醫療保健服務，特制定本法；本法未規定者，適用其他有關法律。</p> <p>第2條 本保險於保險對象在保險有效期間，發生疾病、傷害、生育事故時，依本法規定給與保險給付。</p>	

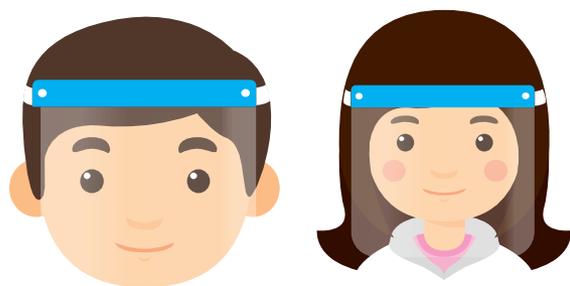


結語-展望健保

投資健康 • 健保增值合作藍圖

- 1 成立溝通平台
- 2 以健保為工具
媒合公務與健保資源
- 3 結合政策目標與
總額給付支付制度
- 4 健修改法
核心工作小組





謝謝聆聽

備用簡報

113年度健保總額政策目標1/4

一、整合公共衛生體系與健保資源，發展以人為本的照護模式，積極提升民眾健康【改善健康、提升效率與維持公平】

- (一) 推動群體健康，結合公務預算與健保資源，強化慢性病預防、整合疾病管理與病人自我照護。
- (二) 擴大推動住院整合照護服務，持續落實院內感染管控措施，減輕民眾住院照顧負擔。
- (三) 持續辦理C型肝炎照護，發展早期介入照護模式，提升支付效率，以順利達成國家消除C肝政策綱領設定2025年消除病毒性肝炎的目標。
- (四) 以資通訊科技革新醫療服務模式，持續推動雲端藥歷與健康存摺，藉由賦權(empowerment)以提升民眾健康識能(literacy)，加強民眾自我健康管理。
- (五) 建立癌症早期治療照護模式，精進癌症篩檢陽性個案診療，提升癌症病人之診療與照護品質。



113年度健保總額政策目標2/4

二、精進醫療照護相關體系，以民眾健康為導向，提升醫療品質與服務效率，及醫療資源合理分配【改善健康、提升效率與維持公平】

- (一) 賡續推動分級醫療及落實轉診制度，辦理各項轉診獎勵方案及放寬基層可執行之項目。
- (二) 持續檢討現行家庭醫師整合性方案，精進家庭責任醫師制度。
- (三) 檢討現行急性期、急性後期與居家醫療照護服務，透過醫療及長照資源之整合，優化各項服務間之轉銜機制。
- (四) 強化安寧緩和醫療之重要性，鼓勵呼吸器依賴患者脫離呼吸器，提高臨終照護品質。
- (五) 強化跨院所、跨專業與公私協力之精神衛生照護服務，鼓勵醫師視病情需求施打精神科長效針劑，使病人穩定就醫、回歸社區，提升生活品質。



113年度健保總額政策目標3/4

三、推動健保給付支付制度改革，減少低價值服務，提升給付與支付效率【改善健康、提升效率與維持公平】

- (一)研議導入健保給付再評估(HTR)與強化健康科技評估(HTA)制度，提升給付價值。
- (二)推動DRG支付制度，試辦以醫院為單位導入之計畫，尊重專業自主，發揮醫院管理量能，提升支付效率。
- (三)試辦門診包裹支付制度，強化醫療院所財務與民眾賦能，引導提升品質與療效。
- (四)改革藥品給付支付制度，促使醫療資源合理分配，檢討整體藥品給付結構，適當再評估及檢討已收載藥品之支付標準。



113年度健保總額政策目標4/4

四、增進醫療服務價值，提升服務量能，持續引進新藥物、新醫療技術及新服務模式，合理調整給付條件【改善健康、提升效率與維持公平】

- (一)持續檢討醫療服務支付標準相對值表合理性。
- (二)制度化引進新藥物、新醫療技術及新服務模式。

五、保障保險對象之醫療權益，合理反映偏遠地區及特殊族群之照護需求，均衡醫療資源之分布【維持公平、改善健康】

- (一)鼓勵發展結合遠距醫療之照護模式，落實遠距照護、遠距醫療以及遠距會診模式，運用科技實現「醫療零偏鄉」的願景。
- (二)持續提升特殊族群之照護，如罕見疾病、血友病、愛滋病患者之用藥及器官移植者等醫療照護。
- (三)持續加強偏鄉醫療照護，提高資源分配公平性，並保障弱勢族群就醫可近性。

