

# 健保給付制度歷史

台南市立安南醫院

副院長 林金龍

2022 TAOG年會住院醫師教育訓練

2022/08/14



# 大綱

- 健保概要
- 健保給付制度歷史

111年度TAMC年會專用





# ● 健保概要(1)

- 開辦於 1995 年 3 月 1 日。
- 凡具有中華民國國籍，在臺灣地區設有戶籍滿 6 個月以上的民眾，以及在臺灣地區出生之新生兒，都必須參加全民健保。包括新住民、長期在臺居留的外籍人士、僑生及外籍生、軍人等均納入健保體系。
- 2011年二代健保施行後，將矯正機關之受刑人亦納入健保納保範圍內，而達到真正的全民健保。





## ● 健保概要(2)

➤ 健保提供的醫療服務包括：

門診、住院、中醫、牙科、分娩、復健、居家照護、慢性精神病復健等項目。

➤ 醫療支付的範圍則包括：

診療、檢查、檢驗、手術、麻醉、藥劑、材料、處置治療、護理及保險病床等。





## ● 健保概要(3)

- 全民健保運作架構，以收取投保單位、保險對象及政府補助之保險費，作為保險財源。
- 保險對象如因傷病、生育等需要醫療服務時，由全民健保特約醫事服務機構提供醫療服務，提供醫療服務的保險特約醫療機構，依據「**全民健康保險醫療服務給付項目及支付標準**」（以下簡稱支付標準）、「**全民健康保險藥物給付項目及支付標準**」（以下簡稱藥品支付）申報醫療費用，保險人依據審查辦法辦理申報醫療費用之審核及支付。





## ● 健保概要(4)

- 截至 2021 年 6 月底止，全民健保特約醫療院所合計 21,594 家，占全國所有醫療院所總數的 92.58%。
- 2020 年平均每人每年門診就醫次數 14.2 次，平均每百人住院次數 14.1 次，全國每人每年平均住院日數 1.3 日。





# ● 健保給付制度的歷史

- 健保支付制度採第三者付費機制。故醫療費用支付制度扮演重要的角色。
- 全民健保實施時，係沿用「勞工保險診療費用支付標準表(甲乙丙表)」(1990)。
- 以論量計酬 (Fee-for-Service) 為主。





# 青黃不接的過往

- 1985年3月前的勞工生育給付，係以分  
娩費及生育補助的現金給付方式辦理。
- 全民健保開辦，將原來現金給付改以醫療  
給付，即因甲乙丙表(支付標準)的項目與  
點數不完整而青黃不接。
- 多位熱心的婦產科醫師及台灣婦產科醫學  
會的多年爭取，全民健保在產科的支付標  
準才逐臻完備。





# 健保支付制度的修訂

- 健保實施 27 年，因保險給付範圍調整或給付制度改變而多次修訂健保支付制度。
- 上述修訂的類型，歸納如下：
  - 屬於總體性質的修訂
  - 單項或特定類別的修訂與調整
  - 特定醫療給付改善方案





## ● 總體性質的修訂(1)

- 1998 年起全民健保陸續推動牙醫、中醫、西醫基層、醫院等部門總額支付制度。
- 2002 年起全面採行總額預算支付制度 (Global Budget Payment System)。





# 醫院總額支付制度的現況

- 年度醫院總額支付制度，放到健保署六個區業務組變成六套制度。
- 各區特約醫院管理者，每年必須調整與適應個年度的「**管控方案**」  
(常用名詞: X區業務組xxx年醫院總額點值暨品質提升方案…)
- **體系相同作業系統跨區不同分院的困擾**





# 2022年健保各業務組 醫院總額管控方案(例)

## ► 台北區醫院總額管控方案架構

分級  
管理

單價  
管理

品質  
獎勵

點值  
核減  
(攤扣)





# 台北區總額管控方案架構 - 分級審查

## 專業審查分級及隨機抽樣送審比率表

審查分級	目標管理醫療點數超出比率		藥費占率超出率	隨機審查抽樣率
	季總額內醫療點數<5千萬	季總額內醫療點數>5千萬		
A	$X \leq 1\%$	$X \leq 0\%$	$Y \leq 0$	0%
B1	$X \leq 1\%$	$X \leq 0\%$	$0 < Y \leq 2$	20%
			$2 < Y \leq 4$	30%
			$Y > 4$	40%
B2	$1\% < X \leq 3\%$	$0\% < X \leq 2\%$	$Y \leq 0$	30%
			$0 < Y \leq 2$	40%
			$2 < Y \leq 4$	50%
			$Y > 4$	60%
B3	$3\% < X \leq 5\%$	$2\% < X \leq 4\%$	$Y \leq 0$	40%
			$0 < Y \leq 2$	50%
			$2 < Y \leq 4$	60%
			$Y > 4$	70%

審查分級	目標管理醫療點數超出比率		藥費占率超出率	隨機審查抽樣率
	季總額內醫療點數<5千萬	季總額內醫療點數>5千萬		
C1	$5\% < X \leq 7\%$	$4\% < X \leq 6\%$	$Y \leq 0$	50%
			$0 < Y \leq 2$	60%
			$2 < Y \leq 4$	70%
C2	$> 7\%$	$> 6\%$	$Y > 4$	80%
			$Y \leq 0$	70%
C3	$> 7\%$	$> 6\%$	$0 < Y \leq 2$	80%
			$Y > 4$	85%

- 全年均符合A級或年中即預期全年可符合A級之醫院，應自行選擇任1季為樣本季(月)，以隨機抽樣送審比率15%送專業審查。
- 參加本方案之醫院採三抽一審查，未參加者一律列為加強審查醫院。





# 分級審查

- 分A/B1-3/C1-3三級七階，按季總醫療點數(5000萬點為基準)超出比率及藥費占率超出率，決定隨機審查抽樣率。
- A級:(點數小於5000萬) $X \leq 1\%$ (大於5000萬) $X \leq 0\%$ ，藥費占率超出率 $Y \leq 0\% \rightarrow$ 隨機審查抽樣率0%。
- B1.....





## ➤ 非A級醫院之單價核減

單價核減項目	核減點數
門診季每人非藥費	$(\text{當季-去年同期}) \text{門診每人非藥費平均醫療點數} * \text{門診季非藥費病人數}$ $* (1 - \text{當季門診初核核減率}) * \text{核減成數}(47.5\% \sim 50\%)$ (排除管理照護費之P碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、急診檢傷分類第1級及矯正機關內就醫案件)
門診季每人藥費	$(\text{當季-去年同期} * 1.01131) \text{門診每人平均藥費} * \text{門診季藥費病人數}$ $* (1 - \text{當季門診初核核減率}) * \text{核減成數}(47.5\% \sim 50\%)$ (含交付處方，排除：AIDS藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C肝用藥)、精神科長效型針劑及當年度適應症放寬或當年度新增癌藥等)
住院季每人非藥費	$(\text{當季-去年同期}) \text{住診一般案件每人非藥費平均醫療點數}$ $* \text{住診季非藥費病人數} * (1 - \text{當季住診初核核減率}) * 50\%$ (排除管理照護費之P碼醫令點數、安寧居家訪視費、緩和醫療家庭諮詢費、不適用 TW_DRG 特殊註記 F、J、K、L 及矯正機關內就醫案件)
住院季每人藥費	$(\text{當季-去年同期} * 1.01131) \text{住診一般案件每人平均藥費}$ $* \text{住診季藥費病人數} * (1 - \text{當季住診初核核減率}) * 50\%$ (含交付處方，排除：AIDS藥費、專款專用藥費(血友病、罕病、器官移植術後抗排斥用藥、C肝用藥)、精神科長效型針劑及當年度適應症放寬或當年度新增癌藥等)





# 台北區總額管控方案架構 - 品質獎勵

## 品質補付或目標管理點數調整之計算公式：

**初核**  
核減率 > 0

• 補付醫療點數 = 各項指標之得分 \* 【當季初核核減醫療點數 \* (1 - 前2季平均申復補付率) + 單價核減點數】 \* 核減率權值 \* 目標管理點數達成之獎勵權值

**初核**  
核減率 = 0

• 次一季目標管理醫療點數之調整 = 各項指標之得分 \* 當季目標管理點數 \* 30% \* 當季所有醫院初核核減率 \* 目標管理點數達成之獎勵權值

※核減率權值表：

初核減率(Y)	計算權值
$Y < X * 40\%$	80%
$X * 40\% \leq Y < X * 60\%$	70%
$X * 60\% \leq Y < X * 80\%$	60%
$X * 80\% \leq Y < X * 120\%$	50%
$X * 120\% \leq Y < X * 140\%$	40%
$X * 140\% \leq Y < X * 160\%$	30%
$Y \geq X * 160\%$	20%

※目標管理點數達成之獎勵權值表：

申報點數VS.目標管理點數	計算權值
超出率 $\leq 0\%$	80%
$0\% < \text{超出率} \leq 1\%$	70%
$1\% < \text{超出率} \leq 2\%$	60%
$2\% < \text{超出率} \leq 3\%$	50%
$3\% < \text{超出率} \leq 4\%$	40%
$4\% < \text{超出率} \leq 5\%$	35%
$5\% < \text{超出率}$	30%

註：X=所有醫院平均初核減率





# 台北區總額管控方案架構--品質獎勵(續)

- 區域醫院以上品質指標(13項，必要6項)總分2.09
- 地區醫院品質指標(13項，必要6項)總分2.09
- 精神科專科醫院品質指標(10項，必要6項)總分2.09
- 呼吸照護醫院品質指標(9項，必要5項)總分2.09
- 婦產專科醫院品質指標(9項，必要4項)總分2.09

111年度MOGA



# 台北區總額管控方案架構 - 品質獎勵

## 品質補付舉例(A院)：

- 品質指標總得分1.2分。
  - 初核減點數1,000,000點。
  - 前2季平均申復補付率30%。
  - 單價核減點數2,000,000點。
  - 初核減率0.5%。所有醫院平均1%。
  - 當季目標管理點數超出率2.5%。
  - 補付醫療點數 = 各項指標得分 \* 【當季初核核減醫療點數 \* (1 - 前2季平均申復補付率) + 單價核減點數】 \* 核減率權值 \* 目標管理點數達成獎勵權值
- $= 1.2 * [1,000,000 * (1 - 30\%) + 2,000,000] * 70\% * 50\% = 1,134,000$

類別	核減數	核減率
品質補付前	3,000,000	1.5%
品質補付後	1,866,000	0.933%

核減減少  
37.8%

### ※核減率權值表:

初核減率(Y)	權值
$Y < X * 40\%$	80%
$X * 40\% \leq Y < X * 60\%$	70%
$X * 60\% \leq Y < X * 80\%$	60%
$X * 80\% \leq Y < X * 120\%$	50%
$X * 120\% \leq Y < X * 140\%$	40%
$X * 140\% \leq Y < X * 160\%$	30%
$Y \geq X * 160\%$	20%

註：X=所有醫院平均初核減率

### ※目標管理點數達成權值表:

申報點數VS.目標管理點數	權值
超出率 $\leq 0\%$	80%
$0\% < \text{超出率} \leq 1\%$	70%
$1\% < \text{超出率} \leq 2\%$	60%
$2\% < \text{超出率} \leq 3\%$	50%
$3\% < \text{超出率} \leq 4\%$	40%
$4\% < \text{超出率} \leq 5\%$	35%
$5\% < \text{超出率}$	30%





# 台北區總額管控方案架構 - 點值核減(攤扣)

- ▶ 當預估點值 < 目標點值時：  
 預估點值未達目標點值之差額，由本分區適用醫院依當季  
 「醫療點數正成長貢獻率\* 80%+ 醫療點數占率\* 20%」  
 進行點值核減後，進行結算。

※目標點值對照表:

總額內醫療點數成長率(X)	目標點值(元)
$X \leq -2\%$	0.96
$-2\% < X \leq 0\%$	0.95
$0\% < X \leq 2\%$	0.94
$2\% < X \leq 4\%$	0.93
$X > 4\%$	0.92

※新設醫院之正成長貢獻率:

開辦季別	費用占率(X)	正成長貢獻率(Y)
第1~4季	100%	0%
第5~8季	85%	15%
第9~12季	70%	30%
第13季起	回歸方案計算	





# 台北區總額管控方案架構 - 點值核減(攤扣)

## ▶ 點值核減舉例(A院)：

- 預估點值未達目標點值之差額7億點。
- 假設A院當季醫療點數2億點、初核減率0.5%、單價核減率1%、品質補付率0.567%。

### • 情境：

1. 費用占率(X)=0.4%，正成長貢獻率(Y)=0.6%
2. 費用占率(X)=0.5%，正成長貢獻率(Y)=0.5%
3. 費用占率(X)=0.6%，正成長貢獻率(Y)=0.4%

情境	初核減率	單價核減率	品質補付率	攤扣核減率	攤扣核減數	點值結算前核減率
1	0.5%	+ 1%	- 0.567%	+ 1.96%	7億*(0.4%*20%+0.6%*80%)=392萬	2.893%
2	0.5%	= 1%	0.567%	1.75%	7億*(0.5%*20%+0.5%*80%)=350萬	2.683%
3	0.5%	+ 1%	- 0.567%	+ 1.54%	7億*(0.6%*20%+0.4%*80%)=308萬	2.473%



# 111年健保署南區醫院總額規則

設計原則：釐清高成長係因「服務量變多？」或是「單價變高？」，爰以下列指標項目綜合考量、訂出「各院合理成長率」

指標項目	門診人數 成長率	門診人次 成長率	住院人數 成長率	住院人日 成長率	醫師人數 成長率	護理人數 成長率	門診CMI 成長率	住診CMI 成長率	支付標準 調整率
統計區間	當期 v.s. 基期								各院基期一般服務案件經支付標準調整之差額比率



## □ 合理成長率計算步驟：

1. 門診指標成長率 = 門診人數成長率 × 60% + 門診人次成長率 × 20% + 醫師人數成長率 × 20% + 門診CMI 成長率
2. 住院指標成長率 = 住院人數成長率 × 20% + 住院人日成長率 × 60% + 護理人數成長率 × 20% + 住診CMI 成長率

註1：門診人數、人次、住院人數、人日等服務面成長率，倘南區值為負成長，則改採各院值—南區值做為該項指標採計之成長率

例如：南區值為-7.0%、某院值為-4.0%，則改以-4.0%-(-7.0%)=+3.0%作為該院值

註2：剛性需求中的擴床醫院部分，所採計的當期住院病患將不列入合理成長率指標的住院數&人日計算。

3. 門住合計成長率 = 門診指標成長率 × (1—基期住診占率) + 住院指標成長率 × 基期住診占率
4. 門住合計成長率 + 支付標準調整率 = 各院合理之費用成長率 (若<0則以0計；並以排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及剛性需求、政策鼓勵項目費用及地區醫院假日、夜間門診案件及區域級以上醫院加護病床之住院護理費每點1元採計費用後之預算成長率為上限)

# 南區醫院總額管控方案

- 111年Q1-Q4所有醫院不分組
- 一般服務點數 = [(110年同期基期 + 剛性需求)(1點1元)] + [超額點數(超額分階折付點值)]



註：1. 一般服務點數：申請點數 + 部分負擔 - 排除費用  
 2. 點值估算後若預算不足將調整超額點數之點值





➤ 沒有分AB組、集體攤扣+單價核減(依據**成長率**)

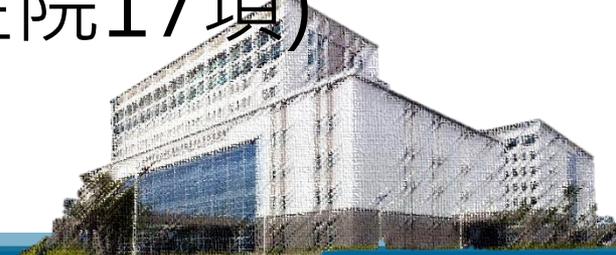
	量的控制	價的管理	點值管理	自清機制	指標管理
110年	<input checked="" type="checkbox"/> 病歷核減 <input type="checkbox"/> 門診減量2% (醫院不得自己斷頭vs.因應目前疫情暫緩)	藥費/非藥費單價管理 <input checked="" type="checkbox"/> 門診 <input checked="" type="checkbox"/> 住院 根據醫院自身成長率	(點值→滾動式, 管控權-健保局) 應折付點數: 因為疫情, 主要採保障點值, 應折付暫緩	自行清查之專案, 倘醫院自行清查未同意繳回之案件, 後續經專業審查核減率≥50%者, 將專業審查核減點數乘上10倍, 於下一年度目標點數調整(調整醫院額度)。	無
111年	<input checked="" type="checkbox"/> 病歷核減 <input type="checkbox"/> 門診減量2%	沒有分AB組、計算各院合理成長率(門診住院人數、門診人次、住院人日、醫師及護理人數) 超額分階折付		自行清查之專案, 倘醫院自行清查未同意繳回之案件, 後續經專業審查核減率≥50%者, 將專業審查核減點數乘上10倍, 於下一年度目標點數調整(調整醫院額度)。	CIS指標附錄



## ➤ 111年抽審方式

立抽項目	醫療點數成長率<4%	醫療點數成長率介於4%~6%(含)	醫療點數成長率>6%(高成長型)
CIS指標	該月免立意抽審 (如3個月皆<4%,則抽審一個月,立意抽審30%)	該月立意抽審 40%~60%	該月立意抽審 80%~100%
醫令偏離常模	篩選全國申報第一名、佔率高與第二名差異大且件數>30件 每月依各院異常項目立抽		
申報重複或不符規定疑義等	屬明確不符合申報規範之案件 每月請醫院檢視必要時立抽審查		
品質監控	屬品質監控指標(如DRG有CC比率高於全署), 一季抽一次		

## ➤ CIS指標共39項(門診29項、住院17項)





## ● 總體性質的修訂(2)

- 透過支付制度設計以增進醫療服務體系整合，如論病例計酬（Case Payment）、論質計酬（Pay-for-Performance P4P）方案、山地離島地區醫療給付效益提升計畫（IDS）、家庭醫師整合照護計畫等。





## ● 總體性質的修訂(3)

- 2010年1月1日起實施全民健保住院診斷關聯群支付制度 (Taiwan Diagnosis Related Groups, TwDRGs)，並於2014年7月1日起實施第2階段 TwDRGs。





# ● 單項或特定類別的修訂與調整

- 自全民健保截至 2021 年 6 月，支付標準共計有 **4,605** 項診療項目，經統計 2004 年至 2021 年 6 月，共計 **106** 次公告調整支付標準，共修訂 **2,664** 項診療項目的支付點數。其中重要的調整：
  - 2017 年以醫院總額部門「醫療服務成本指數改變率」增加之預算，用於調整急重症項目（共 60 億元）之支付點數。
  - 為提高西醫基層診所服務量能：(開放表別項目)
    - ✓ 2017 年開放「流行性感冒 A 型病毒抗原」等 25 項診療項目
    - ✓ 2018 年起開放「陰道式超音波」等 9 項診療項目
    - ✓ 2019 年起開放「淋巴球表面標記-感染性疾病檢驗」等 11 項診療項目
    - ✓ 2020 年起開放「部分凝血活酶時間」等 17 項診療項目
    - ✓ 2021 年起開放「無壓迫性試驗」等 5 項診療項目至基層院所執行等。





# ● 特定醫療給付改善方案-1

全民健保另一項特色，主要是透過調整支付醫療院所醫療費用方式，引導醫療服務提供者提供整體性醫療照護發展，並以醫療品質及效果做為支付依據。

- 自2001年10月起，分階段實施子宮頸癌、乳癌、結核病、糖尿病及氣喘等5項醫療給付改善方案。子宮頸癌方案自2006年起業務移由國民健康署辦理
- 2006年於西醫基層診所試辦高血壓醫療給付改善方案2007年更擴及醫院執行。
- 2008年起實施結核病醫療給付改善方案，導入支付標準全面實施辦理。
- 2010年1月新增思覺失調症、慢性B型肝炎帶原者與C型肝炎感染者等2項論質方案。





## ● 特定醫療給付改善方案-2

- 2011年1月再新增初期慢性腎臟病論質方案(該方案已自2016年4月起導入支付標準全面實施辦理)。
- 2015年孕產婦全程照護醫療給付改善方案從衛生福利部醫療發展基金回歸至健保署。
- 2015年10月新增早期療育門診醫療給付改善方案。
- 2017年新增慢性阻塞性肺病方案。
- 2019年新增提升醫院用藥安全與品質方案。
- 2012年10月因糖尿病方案因執行成效良好，導入支付標準全面實施。



THANK YOU

111年度TAOG年會專用

