

健保署102年抑制資源不當 耗用之改善方案

報告大綱

2

- 法源依據
- 102年抑制資源不當耗用之改善方案
- 未來努力方向



法源依據

3

- 全民健康保險法第七十二條:為減少無效醫療等不當耗用保險醫療資源之情形，保險人每年度應擬訂抑制資源不當耗用之改善方案，提健保會討論後，報主管機關核定。



102年抑制資源不當耗用之 改善方案



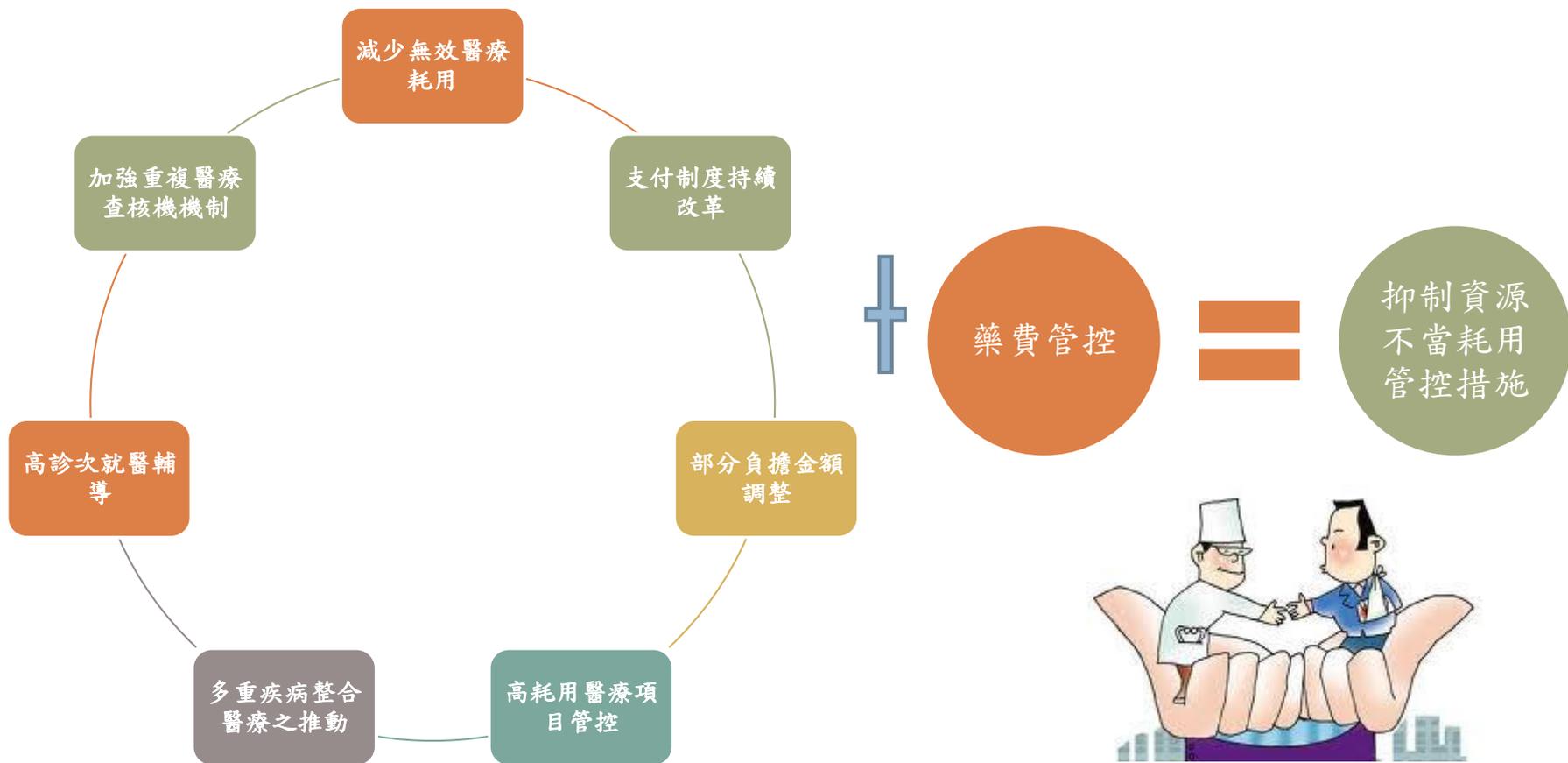
醫療資源不當使用之問題成因

5

- 總額支付制度下論量計酬之所提供誘因，提供更多之醫療照護。
- 現行部分負擔低於法定最低要求。
- 生命末期無意義的醫療，造成資源排擠效應。
- 醫療提供者以利潤目標導向及防禦性醫療，增加不必要高科技醫療檢查及治療。
- 人口老化多重慢性病缺乏整合性醫療，容易造成重複就醫及重覆用藥的問題。
- 就醫可近性高，少數病患有高診次就醫問題。
- 醫療分科過細，造成整體就醫屬片段醫療，就醫次數不易控制。

102年管控措施規劃藍圖

6



7

管控措施



持續改革支付制度

8

- 策略
 - ▣ 推動以有助於提升醫療照護效率及品質之支付制度。
- 方法
 - ▣ 參考第1階段實施經驗，導入Tw-DRG第2階段，擴增實施項目。
 - ▣ 持續推動論質計酬支付方案。

部分負擔制度之研議調整¹

9

□ 策略

- 為落實受益者付費原則及擷節有限醫療資源，研議逐步落實健保法之規定。

□ 方法¹

■ 第一優先：慢性病連續處方箋及門診高利用

- 慢性病連續處方箋部分：建議比照現行一般處方箋收取藥品部分負擔。
- 門診高利用部分：病患門診就醫次數超過一定次數以上時，採定率收取部分負擔。

部分負擔制度之研議調整²

10

□ 方法²

▣ 第二優先：門診復健物理治療及中醫同一療程部分

- 西醫復健治療：「中度-複雜治療」及「複雜治療」及中醫針灸治療，同一療程自第2次起收取部分負擔50元。
- 中醫：針灸、脫臼整復同一療程自第2次起收取部分負擔50元。

▣ 第三優先：急診部分負擔

- 調整地區級以上醫院之急診部分負擔金額，惟暫不調整西醫基層之急診部分負擔。醫學中心、區域醫院及地區醫院分別調高250元、100元及50元，調整後之部分負擔分別為700元、400元及200元。

減少無效醫療耗用

11

- 策略
 - ▣ 積極推動安寧療護，節省臨終前之不當醫療利用。
- 方法
 - ▣ 參採各界建議，納入修訂安寧療護支付參考。
 - ▣ 評估安寧療護效益，作為政策推動說明之依據。
 - ▣ 新增「緩和醫療諮詢費」支付，促使現行住院重症病危且進入末期狀態之病患、家屬及主治醫療團隊，給予充分溝通說明。
 - ▣ 制訂呼吸器依賴患者病患權益手冊與衛教單張，使民眾瞭解對不可治癒之末期病人，可採減輕或免除其痛苦之緩解性、支持性醫療照護措施。

高耗用醫療項目管控

12

- 策略
 - ▣ 降低高科技檢查項目、高單價診療項目及復健治療等不必要之醫療使用。
- 方法
 - ▣ 召開會議邀請各分區業務組，討論優先管控項目。
 - ▣ 由各分區擇一管控項目，擬訂可行之措施，由局本部召開會議討論形成共識，作為擬訂方案之依據。
 - ▣ 依據各分區討論之共識指標，建置資訊管理平台，促進行政管理效率。

多重疾病整合醫療之推動

13

- 策略
 - 提供多重疾病人適切、效率、良好品質的醫療服務，避免重複，不當治療用藥或處置。
- 方法
 - 推動醫院以病人為中心之整合照護計畫
 - 透過獎勵誘因，鼓勵醫院對於門診就醫之多重慢性病患提供整合式門診照護服務。
 - 推動家醫整合照護計畫
 - 擴大推廣家庭醫師「社區醫療群」照護模式。
 - 提供24小時諮詢專線，提供適當就醫指導，減少急診與不必要就醫。

高診次就醫輔導

14

- 策略
 - ▣ 導正就醫觀念及行為、整合及提供醫療高利用保險對象醫療需求，進而提升其醫療利用之效率。
- 方法
 - ▣ 擴大高診次就醫輔導對象，由 ≥ 100 次/年，降為90次/年，及各季 ≥ 50 次，降為40次。
 - ▣ 高利用輔導流程已列入標準作業程序。
 - ▣ 高利用輔導對象藥師居家關懷訪視。
 - ▣ 研議於IC卡登錄:限制健保卡更新地點及指定院所就醫(針對高診次被保險人)。
 - ▣ 民眾就醫次數達20次以上，於就醫時給予警示，讓醫師得以輔導正確就醫。

加強重複醫療查核機制

15

□ 策略

- ▣ 提升IC卡登錄及上傳資料之完整性，以避免重複提供醫療服務。

□ 方法

- ▣ 持續輔導各醫院健保IC卡登錄及上傳之正確性。
- ▣ 研議未進行健保IC卡登錄及上傳醫院如何進行不給付之嚴格管控方案。
 - 就醫同日、同品項、同成分藥品不給付。
 - 長天期藥品重複不給付(同品項或同成分28天以上長天期藥品，7日內重複跨院取超過3日以上藥品不給付)。

藥費管制措施₁

16

□ 策略

- ▣ 降低慢性病患不當處方用藥，減少藥品囤積，降低藥品費用使用。
- ▣ 藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質及重複處方。

□ 方法₁

▣ 門診慢性病用藥案件成長率管控

- 統計各分區門診慢性病用藥案件數、領藥日數及藥費成長率，請成長率偏高之分區業務組加強管控；並持續監控各分區業務組之執行情形。

▣ 高血壓、高血糖、高血脂藥費管控

- 同疾病同院所同病人就醫累計開藥日數偏高管理，對於醫師年處方開藥日數大於550日之院所及開藥日數大於1,000日，且遊走3家(含)以上院所就醫之病人加強抽審。

藥費管制措施₂

17

□ 方法₂

- 門診一般藥品(排除重大傷病及慢性病案件)處方用藥品項數之監控
 - 對於每張處方用藥品項大於10項者及院所別平均每張處方用藥品項大於5項者，一併予以加強審查。
- 訂定不予支付指標
 - 設定指標數值或比率的上限值，超過部分就不予支付的方式，進行醫療使用異常及不當的管控，並每年持續核扣增修。
- 利用IC卡建置用藥資訊系統
 - 正規劃利用健保醫療費用申報資料及IC卡上傳就醫資料之用藥紀錄，建置以病人為中心之健保用藥資訊系統，提供醫院即時查詢及醫師處方參考。

預期效益

18

- 藉由支付制度改革，導引提升醫療照護效率及品質。
- 透過調整病患部分負擔，逐步落實健保法之規定。
- 透過整合性照護，使病患獲得適切之醫療服務，促進民眾健康。
- 降低慢性病患不當處方用藥，減少藥品囤積，降低藥品費用使用。並藉由用藥資訊管理，提升慢性病患用藥品質及重複處方。
- 避免延長末期病患的痛苦，讓生命有尊嚴，臨終有品質。

配合事項₁

19

- DRG導入第2階段
 - 因保險醫事服務機構收取自費特材費用規範」尚在緩衝期間，及現階段各醫院均積極投入準備104年轉換ICD-10-CM/PCS之前置作業，對DRG導入第2階段，影響醫界後續推動之意願。

配合事項₂

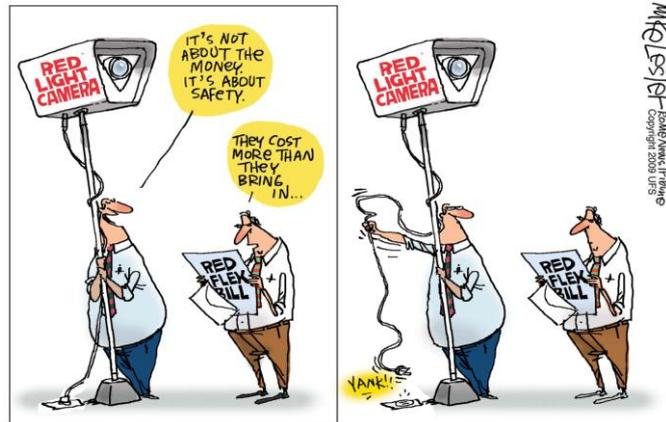
20

- 調整病患部分負擔
 - ▣ 須提案至健保會討論後，再報請主管機關公告實施。
- 高耗用醫療項目管控
 - ▣ 監控指標擬定須徵詢專家意見及資訊平台分享建置，可能耗時無法立即評估成效。
 - ▣ 調整支付標準須經過醫療服務給付項目及支付標準共同擬訂會議通過，影響推動成效。
 - ▣ 專審醫師審查業務量增加，影響平時專業審查進度。

未來努力方向

21

- 加強推動或設計優質之整合醫療照護制度。
- 納入本保險之新支付項目，須先實施以人體健康、醫療倫理、醫療成本效益為基礎之醫療科技評估。
- 利用科技優勢，整合病患之IC卡登錄資料，促進醫療資訊分享。
- 分享各分區實務經驗，作為全署統一推動醫療費用管控的基礎。



敬請指教

