

# 以民眾健康為導向之 「論人計酬支付」構想

行政院衛生署  
中央健康保險局

2010.11.26

# 大綱

- 現況
- 目的
- 設計原則
- 可能模式
- 費用支付
- 預定辦理程序
- 實施的好處



# 現 況

- 總額下仍以論量計酬為主
- 論量計酬之缺點
  - ✿ 誘發需求
  - ✿ 民眾健康與醫療提供者收入成反比
- 試辦論人計酬
  - ✿ 支付制度改革的選項之一
  - ✿ 民眾健康與醫療提供者收入成正比



# 目的\_1/2

## ■ 使民眾獲得更完整的照護

- ✿ 疾病治療服務、加強提供預防保健、衛生教育與個案管理服務，以促進民眾健康。

## ■ 使醫療衛生團隊發揮照護能量

- ✿ 促進區域醫療體系整合：包括基層醫療與醫院之整合。



# 目的\_2/2

## ■ 為二代健保法(草案)第42條之一之準備

- 該法條(草案)：「保險人為促進預防醫學、落實轉診制度，並提升醫療品質與醫病關係，應訂定家庭責任醫師制度。 前述家庭責任醫師制度之給付，應採論人計酬為實施原則，並依照照顧對象之年齡、性別、疾病等級等校正後人頭費，計算當年度之給付總額。」
- 本局需要先有不同模式之試辦，尋求最佳模式，作為未來全面推展時的依據。



# 設計原則

- 民眾就醫權益不受影響
  - 區域型-民眾不必登記
  - 忠誠型-團隊之忠誠對象
- 醫療服務提供者自由參加
  - 鼓勵但不勉強
- 在已協定之醫療費用總額內運用
  - 有結餘才能回饋
- 醫療院所費用申報及審查作業不變
- 不含牙醫、中醫及器官移植。



# 民眾就醫方式不受影響

- 尊重民眾就醫習慣，不限制民眾需於固定醫院、診所就診。
- 民眾就醫方式與現行醫療模式完全一樣。
- 民眾可自由到區內非試辦醫療團隊及區外醫療院所就診。



# 醫院或診所(醫院)組成團隊後申請承辦

- 具有能力整合醫療保健資源，有效執行轉診與整合照護。
- 以醫院或社區醫療群主導、整合醫療資源，確認服務區域或對象。



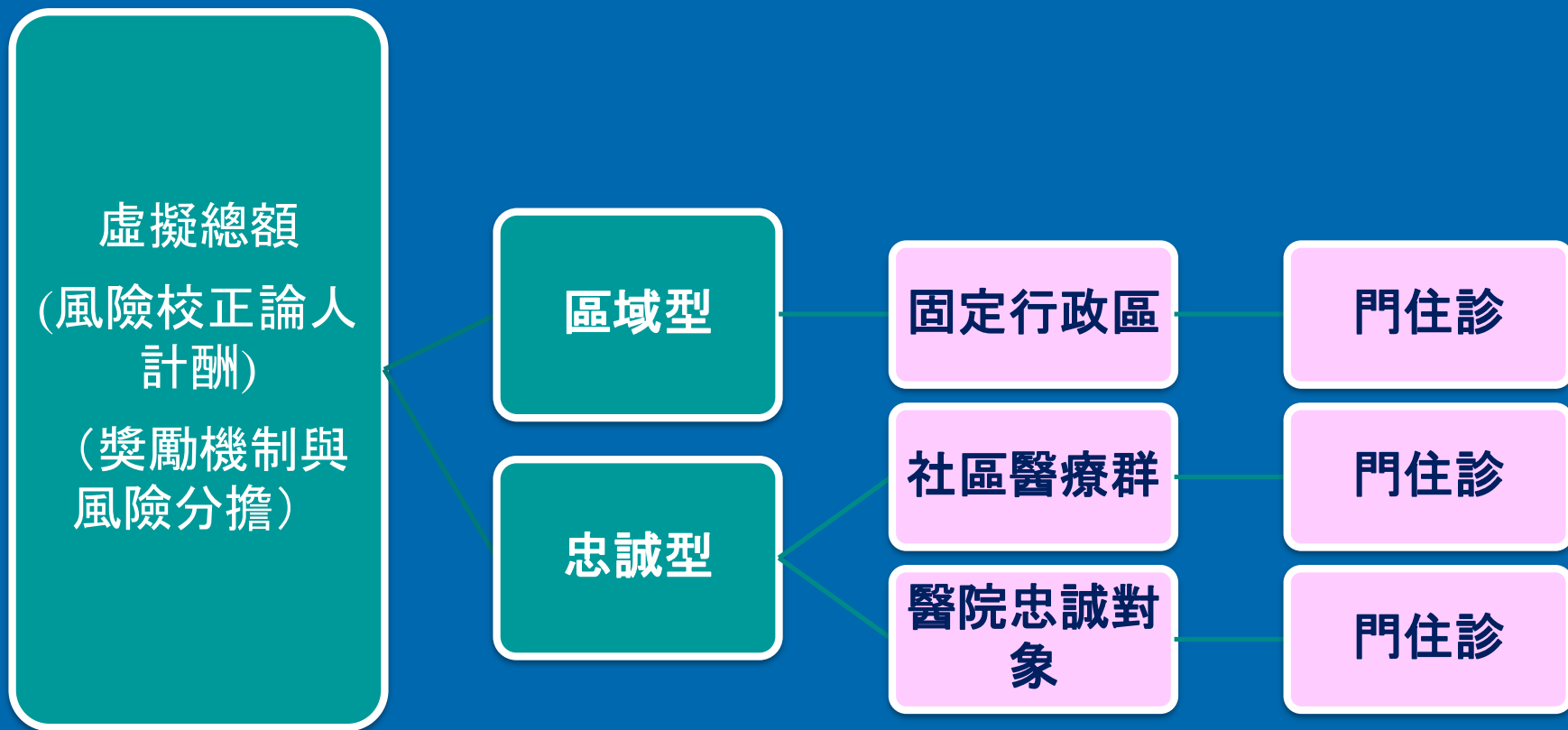


# 可能模式

- 區域整合模式
- 社區醫療群模式
- 醫院忠誠對象模式



# 論人計酬三種可能模式示意圖：



# 論人計酬-區域整合模式

- 照護對象：

- 區域內之戶籍民眾，所試辦行政區域內去年底戶籍人口為範圍。

- 試辦團隊：

醫院與該區若干院所組成團隊

- 照護對象不需登記。



# 論人計酬-社區醫療群模式

- 照護對象:由現行家庭醫師整合照護計畫為基礎向上整合, 承辦團隊之家戶會員, 除由承辦團隊自行收案, 本局另提供最適收案名單。
- 試辦團隊:  
社區醫療群與轄區醫院組成團隊
- 照護對象登記於該社區醫療群照護, 仍可自由就醫。



# 論人計酬-醫院忠誠對象模式

## ■ 照護對象：

- ◆ 以現行辦理之醫院門診整合式試辦計畫為基礎，持續發展門、住診整合。由醫院自行收案忠誠對象，並由本局提供最適收案名單予醫院。

## ■ 試辦團隊：

醫院(亦可由醫院及轄區院所組成團隊)

- 照護對象雖收案於該醫院(團隊)照護，仍可自由就醫



# 適合承辦的醫療團隊

- ✿ 管理良好，有心提供民眾優質預防保健及醫療之醫院或社區醫療群。
- ✿ 具有能力整合地區醫療保健資源，有效執行轉診與綜合照護。
- ✿ 該團隊之往年服務量，占該地區總醫療需求30%~40%以上。
- ✿ 以地區醫院、區域醫院及社區醫療群主導、整合當地醫療保健資源較合宜，其服務區域明顯；相對醫學中心則服務地區遼闊，整合難度高。



# 每人費用之計算\_1

- 以虛擬總額辦理，費用計算範圍包含門(急)診、住院及透析費用。
- 各模式每人費用之計算：
  - ✿ 區域整合模式:以試辦區域前一年年底戶籍人口計算前一年每人醫療費用，計算其平均值，再乘以西醫部門每人每年費用成長率，即為當年虛擬總額額度。



# 每人費用之計算\_2

## ■ 各模式每人費用之計算：

- 社區醫療群模式：計算該社區醫療群收案會員前1年平均每人醫療費用，再乘以西醫部門每人每年費用成長率，即為當年虛擬總額。
- 醫院忠誠對象模式：計算該醫院收案對象前1年平均每人醫療費用，再乘以西醫部門每人每年費用成長率，即為當年虛擬總額。

## ■ 前述每人費用可使用風險因素校正調整(如：前一年之人口年齡別、性別等風險因素校正)。





# 費用支付

- 照護對象於團隊內或團隊外之就醫費用，均包含於此虛擬總額中。
- 費用依現行規定申報、審查及核付。

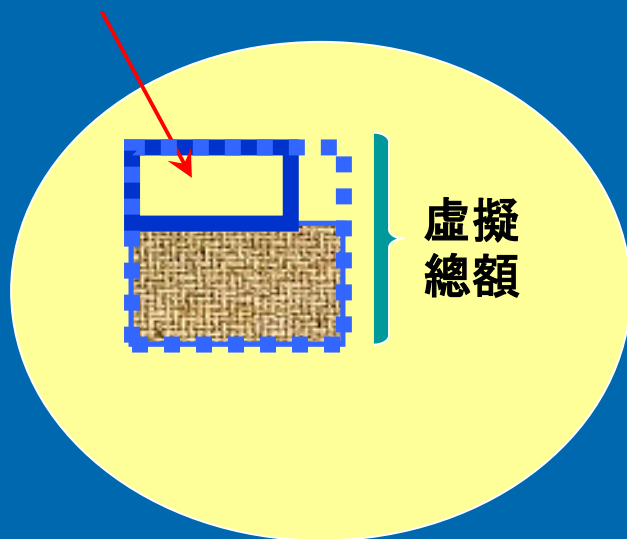


# 品質獎勵與財務風險分擔機制

## 品質獎勵機制：

針對節餘部分給予一定比例之獎勵

獎勵金



圖示說明：

橢圓部分：西醫一般服務總額

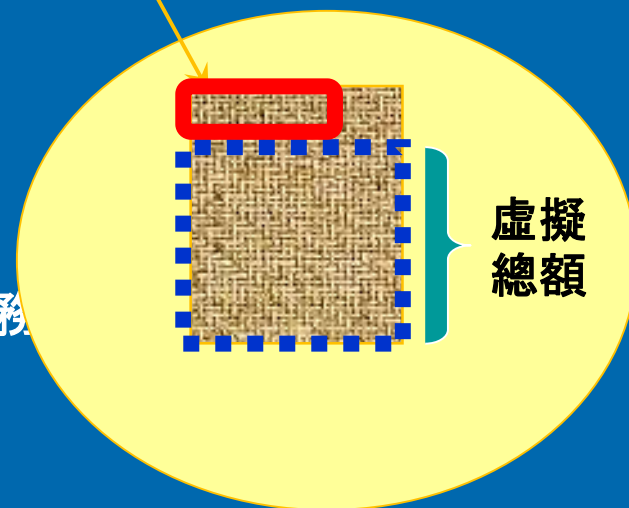
虛線正方形：虛擬總額

：實際醫療費用

## 風險分擔機制：

若超出部分，由承辦團隊負擔一定比例之風險

由承辦團隊分擔



# 超出或低於虛擬總額之處理構想

- 品質回饋金成數與財務風險分擔成數相同：
  - ◆ 即假設品質回饋金成數為8成，則財務風險分擔成數亦為8成。
- 品質回饋金：
  - ◆ 若照護對象實際發生之醫療費用低於虛擬總額，且達成計畫公告之品質指標，則節餘款之一定成數回饋予照護團隊。
- 財務風險分擔：
  - ◆ 若照護對象實際發生之醫療費用高於虛擬總額額度，照護團隊自負超出費用一定成數之費用。



# 承辦團隊如何讓「區域論人計酬」 方案早日看到成果

## ■ 整合醫療資源：

- 結合診所及醫院的醫療人員，組成醫療團隊，以團隊服務方式深入社區。

## ■ 推行健康促進活動：

- 派遣社區健康管理師：了解及掌握民眾的生活作息、飲食習慣、運動習慣及就醫情形。分析哪些部分可以由醫療團隊或透過衛教，改變民眾生活習慣，引導至健康生活方式，採取正向的行為。
- 設計各項健康促進活動：鼓勵民眾積極參與活動，讓民眾於活動中獲得完整的健康資訊，進而身體力行。



# 預定辦理程序

- 99年12月底前，本局邀請相關醫療團體代表(醫院、西醫基層等)、學者專家及消費者代表討論，形成共識研修本試辦計劃，經提報本局給付協議會議討論後，報署核定後公告徵求。
- 經院所提出申請計劃，本局邀請專家學者進行計畫審查及評選決定後實施。
- 開始實施日期：視各團隊計畫預定時程而定，可於100年第2季或第3季開始實施。



# 實施的好處

## ■ 醫療照護提供者

- 促進民眾健康，改善醫病關係，獲得好口碑
- 醫療費用節餘實際回饋院所

## ■ 民眾

- 獲得更適當、滿意的照護，提升自我照護知能、更健康
- 就醫權益受保障



感謝您的聆聽