



中區分局94年醫院聯繫會 第9次會議

醫療費用三組：陳組長墩仁

94年12月20日

大綱

1. 醫院最適方案（草案）介紹

- 前言
- 執行策略
- 方案內容-參加條件、支付方式、洽定程序病患就醫權益確保措施、管理措施

2. 特殊醫院虛擬M值計算原則

3. 95年醫院總額最適方案試算概況

4. 其他後續討論問題



醫院總額最適方案 (草案) 介紹

前言

- 回應醫界對醫院總額之期待
- 以確保民眾就醫權益為前提
 - 尤其為急重症患者
- 創造良性的競爭市場
- 穩定中求進步
- 追求改革的契機

目的

- 預見點值，醫院穩健經營
- 維持競爭，確保民眾權益
- 獎懲分明，提供最適服務
- 資訊透明，建立共管機制
- 展望未來，追求醫療品質

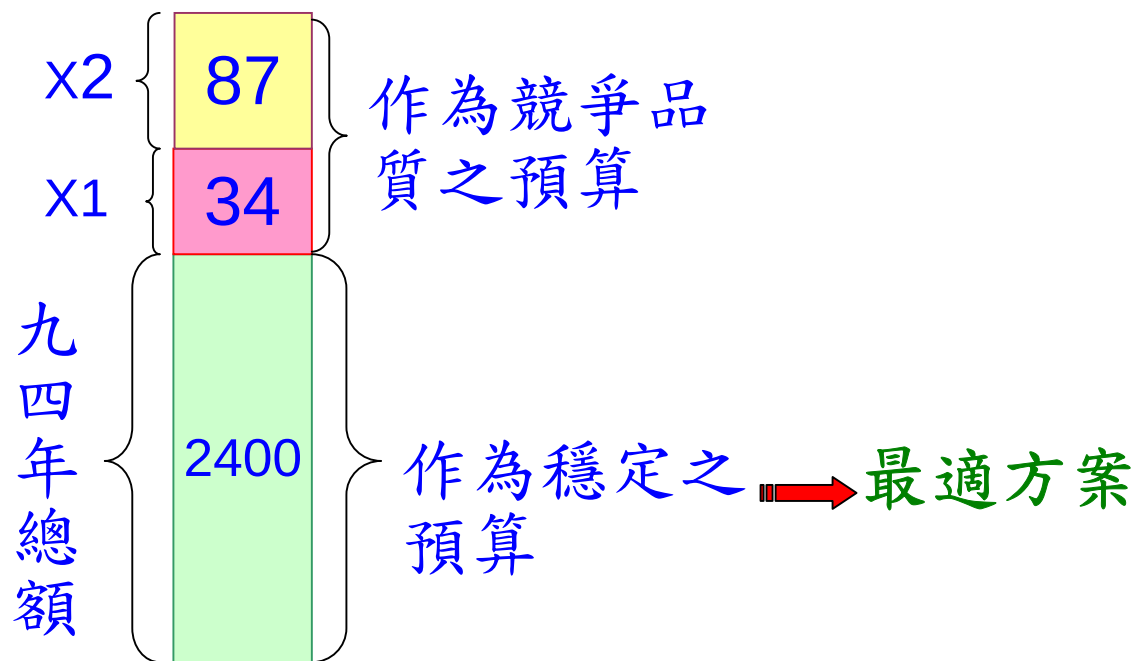
執行策略-1

- 依循費協會年度協定及分配之結果，由醫院依其年度營運計畫，選擇最適方案，藉由服務點數之管理與點值之預估，穩定醫院之營運
 - － 綜合保障點值、競爭點數及不予支付之概念；未保障收入

圖一

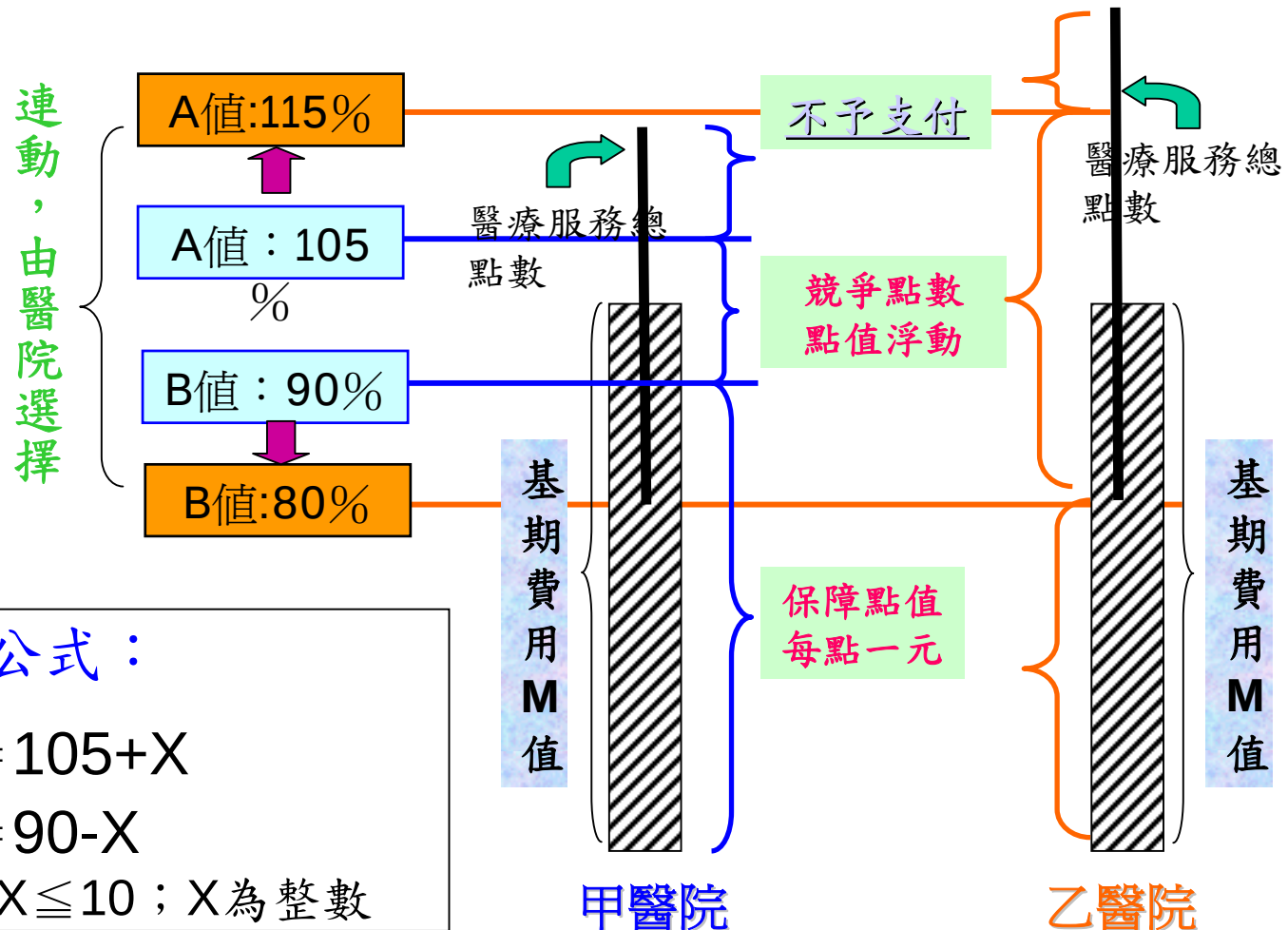
- 95年醫院總額一般服務部門成長率：
5.001%

- 非協商因素成長率 (X1) : 1.42%
- 協商因素成長率 (X2) : 3.581%

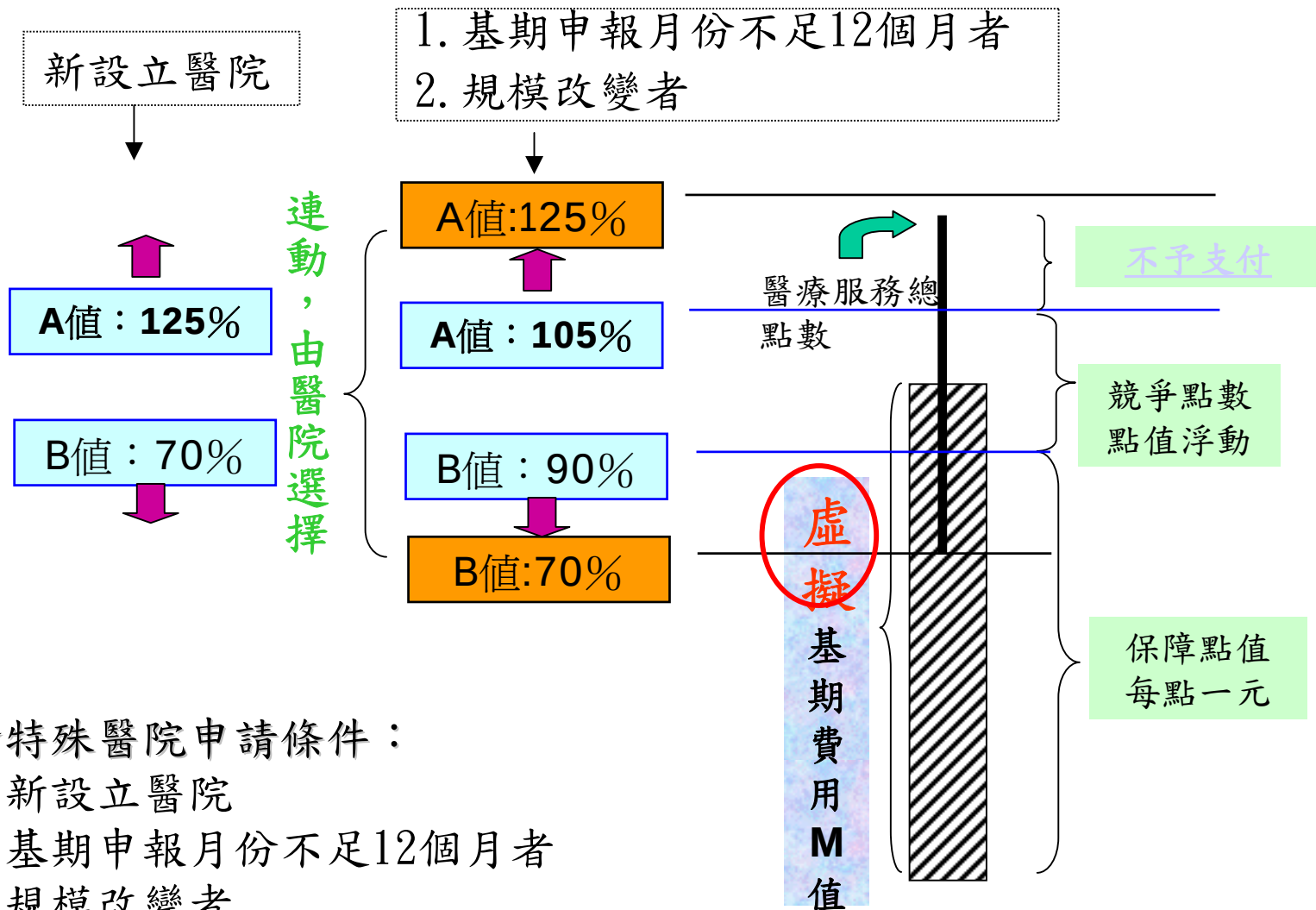


圖二

- 透過醫院預先決定之最適方案，確保點值變化在可預期的範圍內



圖三 ➤對於少數特殊情況的醫院以虛擬M值，進行例外處理

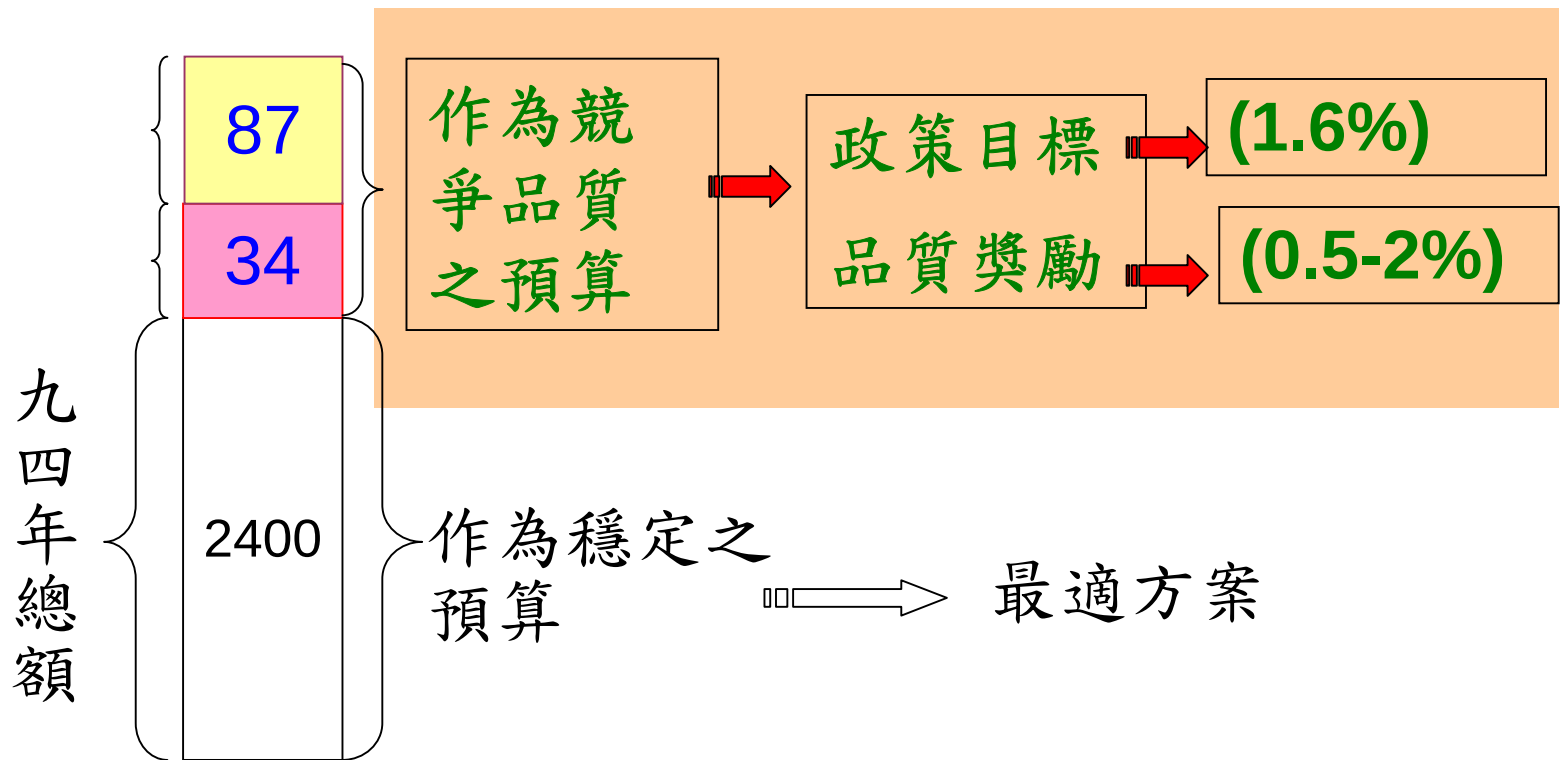


★特殊醫院申請條件：

1. 新設立醫院
2. 基期申報月份不足12個月者
3. 規模改變者

執行策略-2

- 藉由以品質為導向之競爭模式（競爭品質預算），提升醫療品質，增加年度收入，確保民眾權益



執行策略-3

- 建立管理及獎懲機制：透過各類指標之監測，建立即時回饋系統，適時調整(調升或調降)保障點數之成數(B值)，或審查制度(免審或加重審查)，以獎勵醫院或即時反映醫院營運情形

執行策略-4

- 健保各分局與醫院代表組成分區共管小組，資訊公開透明，配合各分局改革策略，共同管理分區預算，落實同儕制約機制。

執行策略-5

- 建立點數回饋機制，於下年度合理反映當年度不予支付點數，提供醫院競爭之動機，營造醫院永續經營的未來：
 - 當年度不予支付之點數，酌予列入下年度健保醫療給付總額範圍之調整因素內容，以及配合年度預算之協定額度，反映至各醫院下年度之基期費用

研擬過程

- 衛生署
 - 業召開4次與醫界討論會議及消費者、專家學者及新設立醫院座談會
- 健保局
 - 8次討論會、工作小組會議
 - 各分局召開分區共管會議瞭解、蒐集分區醫院之意見

實施期間及參加條件

- 實施期間：自95年1月1日至95年12月31日止
- 參加條件：
 - 一、以本局各分局為單位，由公開程序決定轄區醫院辦理醫院支付最適方案(以下簡稱本方案)之意願後，報請行政院衛生署核備
 - 二、上述公開程序如下：
 - (一) 本局各分局書面調查在94年12月31日與本局有特約關係之轄區醫院(包括未經評鑑或評鑑不合格醫院)表示參加與否之意見，並擇期以公開方式，統計、公布調查結果。未於期限內回覆意見之醫院統調查結果時，以不同意計
 - (二) 該轄區有60%(含)以上醫院家數贊成辦理本方案，且贊成辦理醫院之94年第2季醫院總額內之門診、住診申報點數（不含門診透析）合計佔轄區門診、住診總點數之60%以上時，該轄區應實施本方案，且該轄區特約醫院均應參加本方案

支付方式(1)

一. 範圍：為95年醫院總額門住診一般服務範圍，不含專款專用及其他部門

二. 基準點數

(一)一般醫院：個別醫院95年全年基準點數(My)：

A. 計算基準：參與93年第3、4季及94年第1、2季之結算總核付費用

B. 資料來源：93年第3、4季及94年第1、2季之結算資料截取期間(含申復、爭議、追扣、補付及交付機構案件)

支付方式(2)

(二)特殊醫院

1. 申請條件

- (1)前一年開業月份不足者94年7月至95年12月期間，由衛生主管機關核發設立許可，並於該期間內經衛生主管機關首次核發開業執照者。
- (2)變更負責醫師、醫院代號等基期申報月份不足12個月者
- (3)規模改變者：94年第2、3季較前一年同期增、減床20床以上且總住診人日數增、減15%以上者

支付方式(3)

(二)特殊醫院(續)

2. 95年全年基準點數(My)

(1)應擬具95年營運計畫書，於年度前與本局各分局洽談95年各季M值，本局各分局按季監控營運計畫及目標達成情形，並依據監控結果調整M值(Ms及My)

- ✓ 營運計畫書內容至少應包括經營目的、預計門診急診、住診之營運規模、各類醫事人力、病床配置、貴重儀器設備(50萬以上)，以及達成計畫目標之具體措施等

(2)計算基準：

- ✓ 住診基準點數(Ms及My)：參考轄區之急性一般病床、慢性一般病床、加護病床、RCW及精神病床等結構、規模及營運型態同類型相近醫院之每床日核付金額、佔床率，及該醫院可取得之過去營運狀況訂定之
- ✓ 門診基準點數(Ms及My)：參考轄區同層級或相近病床規模醫院94年第1季、第2季一般部門之門住收入比例及前述住診M值，計算門診M值

支付方式(4)

(三) 各醫院各季M值(M_s)：

- A. 計算方式： M_y *93年各季申報點數占率
- B. 各季M值(M_s)不區分門住診別，且季間不得流用
- C. 各醫院各季M值(M_s)得事前申請並經分局認定調整之

(四) 95年期間公告實施之全民健康保險醫療費用支付標準修訂、支付方式改革及藥價基準調整等，不影響M值(M_y 、 M_s)洽定結果

支付方式(5)

三、個別醫院支付方式之選擇

(一) A值、 B值：醫院自行選擇，選定後年度間不得變更

1. 上限點數=95年各季M值(M_s)*A值

2. 保障點數=95年各季M值(M_s) *B值

3. 競爭點數=上限點數-保障點數

(二) A值、 B值：醫院自行選擇，選定後年度間不得變更

(三)連動公式：

變項	一般醫院	特殊醫院	
		新設立醫院	申報月份不足 12個月者及規模 改變者
A	$(105+X)\%$	$(125+X)\%$	$(105+X)\%$
B	$(90-X)\%$	$(70-X)\%$	$(90-X)\%$
X	$0 \leq X \leq 10$	$0 \leq X \leq 70$	$0 \leq X \leq 20$

四、各醫院95年各季核定點數加部分負擔如未達M值(M_s)，則95年當季保障點數為核定點數*B值；其餘為可競爭點數

支付方式(6)

五、暫付、核付方式

(一)暫付計算方式

➤各保險醫事服務機構暫付，依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理，惟超過門診及住診上限點數部分之每點暫付金額為「0」元。如下：

1、計算門診、住診上限點數

(1)門診上限點數 = 【（季基準點數Ms值/3個月）×去年同期門診占率】×B值

(2)住診上限點數 = 【（季基準點數Ms值/3個月）×去年同期住診占率】×B值

(3)無去年同期資料者之門、住診占率，由分局先行洽訂

2、申報點數以上限點數先校正超過上限點數部分之點值為「0」元

✓ 如申報點數為100點，上限點數為80點，經校正後之點數為80點

支付方式(7)

(一)暫付計算方式(續)

- 3.以校正後之點數（依上例為80點）×規定之暫付成數。
4. 暫付之金額為，校正暫付成數後之點數×「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定之暫付點值

(二)核付、申復、再議、爭議及行政爭訟之每點支付金額

- 依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理
- 核付金額＝{【（競爭點數－競爭點數核減點數）×「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定之核定點值】＋【（保障點數－保障點數核減點數）×1元】＋【超過上限點數 × 0元】}－部分負擔金額

(三)各保險醫事服務機構申報之醫療服務點數，應於每季季後第2個月內完成補報作業

支付方式(8)

(四)醫療服務點數核減方式：經醫療服務審查之總核減點數以保障點數及競爭點數之比例攤扣

1. 醫院實際申報點數，依協議之上限點數、保障點數及競爭點數計算出實際保障點數（GC）及實際競爭點數（CC）及實際超額點數（OC）。
2. 將實際超額點數（OC）先行核減
3. 經醫療服務審查之總核減點數依實際保障點數（GC）及實際競爭點數（CC）之比例攤計，計算其實際保障點數核減數（TDGC）及實際競爭點數核減數（TDCC）
4. 核定點數＝申報總點數－總核減點數

支付方式(9)

六、結算作業

(一)依醫療服務審查辦法第10條之1規定，按季結算

(二)分區預算按當季跨區就醫調整

1. 步驟一：跨區之浮動點數採就醫分局前季之浮動點值計算(現行計算方式)
2. 步驟二：實施本方案之分局，計算就醫分局之分區醫療費用

支付方式(10)

六、結算作業(續)

(三) 一般醫院急重症病患服務量調整

1. 急重症醫療範圍：(依94.12.19學者專家座談會結論)

(一) 門診：

1. 急診(案件類別02)案件
2. 癌症病患（主診斷碼140~239）
3. 先天性凝血因子異常(主診斷碼 286.0、 286.1、 286.2、 286.3)。
4. 罕見疾病(符合行政院衛生署公告之罕見疾病)
5. 接受腎臟、心臟、肺臟、肝臟及骨髓移植後之追蹤治療(主診斷V42.0、V42.1、V42.6、V42.7、V42.8、996.81)。

支付方式(11)

六、結算作業(續)

(三) 一般醫院急重症病患服務量調整

1. 範圍：(依94.12.19學者專家座談會結論)(續)

(二) 住診：

1. 4歲(含)以下由急診轉入院之病患
2. DRG權值高於2以上之中高嚴重度疾病
3. 17歲以下長期使用呼吸器案件及屬於ICU、RCC之長期使用呼吸器案件。
4. 癌症病患（主診斷碼140~239）。
5. 先天性凝血因子異常(主診斷碼 286.0、 286.1、 286.2、 286.3)。
6. 罕見疾病(符合行政院衛生署公告之罕見疾病)

註：DRG權值採本局研議之第三版，該版係依據第二版為基礎參考醫界試用意見，修訂為969項，排除DRGMDC19及20(精神病)、主診斷為癌症(140.xx-176.xx、179.xx-208.xx、V58.0、V58.1、V67.1、V67.2)、試辦計畫、呼吸器依賴患者、主次診斷為愛滋病及主次診斷為血友病及罕見疾病之住院個案。

支付方式(12)

六、結算作業(續)

(三) 一般醫院急重症病患服務量調整

2. 調整方式：符合急重症醫療範圍，且佔該院申報點數比率較94年同季改變幅度超過正負1%者

(1) 每增加0.1%，且申報點數及人數不得低於94年同季申報點數及人數者：B值加計0.1%，惟加計後保障點數不得超過M值；A值加計0.05%，惟最高加計10%

- ✓ A值加計之費用為加計之核定點數 * 當季轄區浮動點值，並由全局當季保留之加強急重症預算支應
- ✓ 各季保留之加強急重症預算如有結餘，按分區預算占率分配至各分區一般服務部門；如各季加強急重症預算不足，則依當季加強急重症預算調整A值加計費用

(2) 每減少0.1%，則調降B值0.1%，且A值不連動

支付方式(13)

六、結算作業(續)

(四)醫院

1. 醫院以當季核定點數(含部分負擔，以下核定點數均含部分負擔)進行結算
2. 以當季醫院及交付機構核定點數進行結算(含申復、爭議、追扣、補付及交付機構案件)

(五)交付機構審查後核定點數及下列方式核付

- (1) 藥費固定1點1元核付
- (2) 其他醫療服務按轄區平均點值核付

(六)95年期間自行停止特約之醫事服務機構，按提供服務天數之比例計算M值、上限點數及保障點數

(七) 95年度前已停止特約之醫事服務機構，其未結算點數以轄區前季平均點數核付

支付方式(14)

六、結算作業(續)

6.點值計算:

- (1)競爭點數以浮動點值進行結算
- (2)保障點數以1點1元結算
- (2)超過上限點數者，不予支付

支付方式(15)

七、其他相關申報及支付事宜

(一)超過上限點數協議核減不予支付部分，不得申復、爭議及行政訴訟

(二)教學醫院醫療服務成本：依支付標準第6點規定辦理，計算公式如下：

1.門診=醫院總額門診各季實收【(總額結算後院所實質收入*門診核定點數佔率)*(教學醫院論病例計酬、門診手術案件（不含藥品及特殊材料）+牙科處置及手術合計申報點數佔率)】*3%

2.住診=醫院總額住診各季實收【(總額結算後院所實質收入*住診核定點數佔率)*教學醫院非藥品特材申報點數佔率】*5%%

(三)醫院感染管理控制執行情形，依支付標準第12點：依衛生主管機關評量結果，給予住院醫療費用加成，加成本率最高1.5%之規定辦理，即依據評量結果計算住院加成點數(當季住診核定點數*加成比率)，其加成點數併入個醫院核定點數予以結算

洽定(申請)程序

- 一、一般醫院：於95年1月20日前與分局洽定M值、A值及B值
- 二、特殊醫院：
 - (一)符合特殊醫院認定原則者，應於95年1月20日前，檢送95年營運計畫書，與分局洽定支付方式(M值、A值及B值)，未於上述期間檢送95年營運計畫書者，列入一般醫院處理
 - (二)另95年期間新設立醫院，於特約時一併洽定支付方式
- 三、上述期間內未洽定支付方式之醫院，各分局逕行計算M值
 - (一)一般醫院以B值為80%、A值為115%作為該等醫院之支付方式
 - (二)特殊醫院以B值為70%、A值為125%作為該等醫院之支付方式

病患就醫權益確保—分局與醫院合作事項

- 組成病患權益保障小組
 - 成員：醫院代表、社會公正人士、衛生局及學者專家
 - 任務：
 - 短期(95年1月底前)
 - 醫院團體應訂定病患就醫權益保障措施
 - 醫院團體應共同設立投訴立即處理中心，專人、專線24小時受理民眾諮詢、申訴案件
 - 指定24小時責任中心醫院，負責協調病患就醫及病床調度等事宜
 - 中長期(95年2月至12月)
 - 持續辦理各項短期任務
 - 辦理申訴個案認定，擬研個別醫院改善對策及共同監督
 - 輔導醫院辦理民眾衛教、教育訓練
 - 及時監測醫院服務量、醫事人力及門診開診數、病床數之變化，必要時至醫院實際瞭解

病患就醫權益確保--醫院應辦理事項(1)

- 病患就醫權益
 - 成立服務轉介櫃臺(或服務站)及申訴管道對於掛不到號之民眾，妥為說明或協助民眾轉介至其他時段、醫師、科別或其他適當醫療機構就診
 - 依醫院狀況及科別特性，適度設定每診看診人數，並不得無故停診
- 罕見疾病及急重症就醫保障
 - 不得無故拒絕罕見疾病及重大傷病病患的診療。
 - 不得拒絕急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
 - 醫院對有能力診療罕見疾病之醫師的目標管理，應與其他醫師有所差異

病患就醫權益確保--醫院應辦理事項(2)

- 病患用藥品質

- 爲了維護病人用藥品質及療效，應由醫師或藥師依專業判斷用藥
- 診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項
- 醫院醫師、藥師或相關人員應採取適當方法主動告知藥品變更（含包裝、外觀）訊息及和前後使用之差別
- 醫院需提供用藥安全諮詢服務，並對病人明確指示，醫學中心應提供用藥安全諮詢服務專線電話

- 病患衛生教育宣導

- 醫院應提供門診及住院衛教諮詢相關服務。
- 醫院應於適當場所(診間、候診室)，將正確就醫相關衛教文宣公布周知，使就醫民眾瞭解

病患就醫權益確保--醫院應辦理事項(3)

- 病人安全保障措施
 - 依照TQIP、THIS及TCHA規定按月或按季向前述單位，提報病人安全指標數據(住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院間輸錯血事件發生率)
- 醫院資訊公開
 - 在適當場所主動於每日定時提供健保床、非健保床及加護病床使用情況
 - 每月底前將次月門診開診情形製表提送轄區分局備查

病患就醫權益確保—健保局應辦理事項

- 健保局執行獎懲機制及管理機制結果，連同下列資訊應公布於健保局網站，以利社會共同監督
 - 醫院有無準時提報病人安全指標數據
 - 個別醫院違約、記點等查處結果
 - 依申報資料公開個別醫院每月門診、急診、住診之申報件數、點數及人數；每季登錄醫事人員數、病床數及佔床率
 - 得定期檢討並適時公布層級別初級照護申報件數及人數
 - 有看診異常狀態之醫院，經輔導及充分溝通後無改善情形者，得公開個別醫院、科別醫師之申報件數、點數及人數

管理措施--品質獎勵(1)

- 自全局預算，保留1.6%支應配合政策項目相關費用，包括：加強急重症照護、加強社區醫療服務與偏遠地區醫院保障措施
- 自各分區預算保留項，作為該分區醫療品質獎勵款
 - 分區各季一般服務部門預算成長率高於(等於)全國平均成長率者，需保留0.5-2%醫療品質獎勵款
 - 低於全國平均成長率者，得由分區參酌預算額度訂定保留比例
 - 品質獎勵金額分配方式: 個別醫院可分配獎勵金 = 總品質獎勵金金額 $\times$ (個別醫院品質獎勵積分數 / Σ 個別醫院品質獎勵積分數)
 - 按季分配分區品質獎勵費用，本局各分局於每季季後第2個月15日前將各項品質指標統計結果及各醫院品質獎勵款分配數據，送局作為支付之依據

管理措施--品質獎勵(2)

➤品質獎勵指標：

✓品質指標項目：權重占30%

❖以有無達成為正向加分，未達成則該項為零分

❖由醫院於每季季後第1個月15日前自各分局提報自評結果，
本局各分局得視需要實地查證

項次	指標項目	操作定義	
1	服務轉介櫃台及申訴管道	設有轉介服務櫃台(對於掛不到號之民眾，妥為說明或協助民眾轉介至其他時段、醫師、科別或其他適當醫療機構就診)、申訴管道及處理機制	15 (自評)
2	藥物諮詢	醫院應提供藥物諮詢安全服務，對病人明確指示，且設有專人服務並有紀錄可稽，其中醫學中心應設立用藥安全諮詢服務專線電話。	10 (自評)
3	住診佔率	當季住診佔率 $\geq$ 去年同期住診佔率 當季住診佔率=當季費用年月，申報之住診費用點數/當季費用年月門住診合計點數，前開點數含部分負擔，不含門診透析點數。	10
4	藥袋標示	藥袋標示完整性達14項(含)以上〔標示項目：病人、性別、年齡、藥品名稱(成分名)、藥廠名、數量、劑量、服用方法、藥局(調劑)地址、調劑者姓名、調劑年月日、處方醫師姓名、藥品保存方式、調劑後有效期限、適應症、副作用、警語〕	5 (自評)

管理措施--品質獎勵(3)

✓ 管理指標：權重70%

■ 共同管理指標：共計50分，權重30%

- 達成各項目標予以正向加分, 指標項目單項達成給予該項配分滿分，未達成則該項零分
- 按季計算下列指標

層級別	分類	指標項目	配分
醫學中心及區域醫院		CMI $\geq$ 去年同期	25
		初級照護件數比例 $\leq$ 去年同期	25
地區醫院	綜合科類	開立慢性病連續處方箋，符合下列情形之一者： 1. 當季開立慢性病連續處方箋達2.63%(94年第2季地區醫院統計值) 2. 較去年同期件數成長率，每增加1%加2分，最高不超過25分	25
		平均每就醫人數住診之申報次數 $\leq$ 去年同期	25
	精神科類	精神科病人出院七日內追蹤治療率 $\geq$ 去年同期	25
		精神科病人出院三十日內追蹤治療率 $\geq$ 去年同期	25
	呼吸器照	RCW病房(或一般病房)病患呼吸器脫離成功個案比率 $\geq$ 去年同期	15
	護類	RCW病房(或一般病房)使用呼吸器之病患來源上游醫院之比率 $\geq$ 去年同期	15
		病患照護計畫/每位	20
	婦產科類	初次剖腹產率 $\leq$ 去年同期	25
		新生兒十四日死亡率 $\leq$ 去年同期	25

管理措施--品質獎勵(4)

- 分局管理指標：
 - 共計50分，權重40%，由各分局依分區管理需求、按層級別訂定2-3項指標及其配分
 - 專科醫院或以提供特殊醫療服務為主之醫院(如精神科、呼吸照護)，得依醫院特性另訂定管理指標

管理措施--影響民眾就醫權益之處理(1)

- 除依健保法相關法規辦理外，每季即時減計B值，A值不調整

1. 醫療服務結構改變

		住院人日數	住診CMI (地教以上)	每人平均門診 就醫次數 (不含急重症)	門診疾病嚴重 度校正後 每人單價 (CCS)	專任醫師數 (—專任醫師 以下者不計)
較 去 年 同 期 增 減 %	下降5%以上。每下降5%減計1%，以此類推。	-1%	-1%			-1%
	下降3%-5%	-0.50%	-0.50%			-0.50%
	增加5%以上。每增加5%減計1%，以此類推。			-1%	-1%	
	增加3%-5%			-0.50%	-0.5	

註：-1%者表示減計B值1個百分點。

管理措施--影響民眾就醫權益之處理(2)

- 2.保險對象申訴成案案件數→超過一定比例，每件減計B值0.2%，至多減計10%
 - 醫學中心未達5件不予扣減，惟不得大於門住診申報案件之1/20000
 - 區域醫院未達3件不予扣減，惟不得大於門住診申報案件之1/20000
 - 地區醫院未達1件不予扣減，惟不得大於門住診申報案件之1/5000
- 3.未按時提報病患就醫權益確保措施執行情形、品質指標自評等資料或提報不實資料者，每次每項減計B值1%
- 4.醫院應辦理之病患就醫權益確保事項，如未遵行，經分局函請限期改善而未改善者，每一事項減計B值5%

管理措施--費用申報與審查

- 費用申報：本保險範圍內之醫療服務均應依現行規定如實申報
- 費用審查
 - 1. 依「全民健康保險醫事服務機構服務審查辦法」相關規定辦理
 - 2. 審查方式包括程序審查、專案審查、事前審查、實地審查及檔案分析

管理措施--不適任管理機制

- 參與本計畫醫院如有下列情形之一者，醫院受違規處分之處分之月份費用所屬季別核定點數按浮動點值計算
 - (一)因違反本保險特約管理辦法第34條、第35條情事，經本局處以停（終）止特約處分者
 - (二)影響病人就醫權益情節重大經查證屬實者

管理措施

- 依公開程序決定實施本方案之分局轄區醫院，如未依本方案第捌項「病患就醫權益確保措施」之第一點規定成立「病患權益保障小組」，或未於期限內完成短期任務，該分局95年全年不適用本方案
- 實施本方案之分局轄區特約醫院，依全民健康保險特約醫事服務機構合約第31條規定辦理換文補充事宜



特殊醫院虛擬M值計算原則



特殊醫院虛擬M值計算原則(1)

一、新設立醫院：94年7月至95年12月期間，由衛生主管機關核發設立許可，並於該期間內經衛生主管機關首次核發開業執照者。

※新設立醫院計算原則

1、分階段開床：以穩定分區點值優先考量3年開滿，每三個月為一季區隔。

季別	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q7	Q9	Q11
開床比率	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%

特殊醫院虛擬M值計算原則(2)

※新設立醫院計算原則

2、各類病床每日單價以規模及經營形態類似醫院為比對同儕，基期為94Q3

(1)精神科急慢性病床每日單價，比對同儕為精神科專科醫院。每日單價分別為2805、816元。

(2)一般病床每日單價

a、3百床以上醫院：比對同儕為200床地教醫院及600床地區醫院之平均值，惟為考量以上為成熟型醫院，收治病患CMI會較新成立醫院高，因此新成立醫院單價給予一成折付。 $4796 \times 0.9 = \underline{4316}$ 。

b、100床以下醫院：比對同儕99床地區醫院。 $3416 \times 0.9 = \underline{3115}$ 。

特殊醫院虛擬M值計算原則(3)

※新設立醫院計算原則

3、佔床率：為了避免輕病收治狀況，佔床率以0.6計算（94Q3地區醫院佔床率約6成）。

4、住院佔率：以比對同儕醫院為基準，精神專科醫院住院佔率0.95，一般醫院0.54~0.59。



特殊醫院虛擬M值計算原則(4)

※計算公式：住院M值= Σ (各類病床開床數*各類病床每日單價)*佔床率*開床日數

門診M值=住院M值 / 住院佔率 - 住院M值

新設立醫院M值計算範例：

範例甲醫院：預定開床總數300床（急性100床、慢性200床）

開床季別	特約年月(預設立)	可開床比率	預定95年開床數			總開床數	各類病床每日單價			平均佔床率	95年開床日數	95年M值(百萬)			住院佔率
			急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床		急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床			住院	門診	門住診	
Q1	95.03	30%	20	20	50	90	2905	816	4316	0.6	92	18	12	30	0.59
Q2	95.06	40%	25	30	65	120					92	22	15	36	
Q3	95.09	50%	30	40	80	150					91	21	14	35	
Q4	95.12	60%	30	50	100	180					31	9	6	15	
合計			30	50	100	180					306	69	47	115	

特殊醫院虛擬M值計算原則(5)

新設立醫院開床概況及比對單價

醫院名稱	開床季別	特約年月 (預設立)	預定開床比率	預95年新設立					比對每日單價			95年開床日數
				急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床	特殊病床	慢性一般病床	急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床	
敦仁醫院	Q1	94.07	53%	40	120				2905	816		90
	Q4	95.04	60%	45	135							91
	Q5	95.07	70%	50	160							184
維新醫院	Q1	94.11	45%	30	60				2905	816		120
	Q3	95.05	50%	32	68							92
	Q4	95.08	60%	35	85							92
	Q5	95.11	70%	37	103							61
慈濟綜合醫院	Q1	95.08	30%		0	75	15	0			4316	92
	Q2	95.11	40%		0	100	20	0				61
彰濱秀傳紀念醫院	Q1	95.03	30%	0	50	100			2905	816	4316	92
	Q2	95.06	40%	0	75	125						92
	Q3	95.09	50%		100	150						91
	Q4	95.12	60%	50	110	190						31



特殊醫院虛擬M值計算原則(6)

新設立醫院開床概況及比對單價

醫院名稱	開床季別	特約年月 (預設立)	預定開床比率	預95年新設立					比對每日單價			95年開床日數
				急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床	特殊病床	慢性一般病床	急性精神病床	慢性精神病床	急性一般病床	
大明醫院	Q1	95.03	30%			29					3115	92
	Q2	95.06	40%			39						92
	Q3	95.09	50%			49						91
	Q4	95.12	60%			59						31
中興醫院	Q1	94.11	30%			30					3115	31
	Q2	94.02	40%			40						89
	Q3	94.05	50%			50						92
	Q4	94.08	60%			59						92
	Q5	94.11	70%			69						61



特殊醫院虛擬M值計算原則(7)

新設立醫院影響評估概況

季別	較94年同期		M值 (百萬)	對點值 影響
	新設立醫 院家數	新設立 病床數		
95Q1	5	469	47	0.0042
95Q2	5	570	99	0.0081
95Q3	6	738	135	0.0112
95Q4	6	778	166	0.0137



特殊醫院虛擬M值計算原則(8)

二、基期申報月份不足12個月者。

三、規模改變者：指94年第三季較93年第三季增、減床20床以上且住診人日數增、減15%以上者，前述病床不含嬰兒床、急診暫留床、洗腎病床。

※月份不足或規模增加醫院計算原則：

- 1、以94Q3分局總額內核定點數(含交付處方)乘上 94年分級管理經驗值折付(0.85)為計算基準。
- 2、以94Q3基準值回推為全年點數
- 3、全年點數乘上 94年平均點值(0.9)，得出95年M 值



特殊醫院虛擬M值計算原則(9)

※計算公式

=94Q3分局總額內核定點數(含交付處方) *折付率(0.85)/94Q3
佔率(0.2517)*94年平均點值(0.9)

月份不足或規模增加醫院計算範例

醫院	94Q3核定點數 (A)	校正後 94Q3核定點數 (B=A*0.85)	95年虛 擬M值	95年各季M值				94Q3收 入	95Q3比 94Q3成 長率	(93下半 年+94上 半年)_收 入
				95Q1	95Q2	95Q3	95Q4			
A	25	21	76	18	19	19	19	22	-15%	49
B	42	36	127	30	33	32	32	36	-11%	91
C	62	52	188	45	48	47	48	52	-9%	170
D	211	180	642	153	165	162	163	183	-12%	526

※以上數字只含總額範圍

※各季佔率：95Q1=0.2382 95Q2=0.2568 95Q3=0.2517 95Q4=0.2534



特殊醫院虛擬M值計算原則(10)

月份不足或規模增加醫院概況

醫院名稱	虛擬M值原因	94Q3較93Q3		95Q3M值
		新增病床數	住院人日數	較94Q3成長率
全家醫院	月份不足			-14.91%
第一醫院	月份不足			-6.45%
本堂澄清	月份不足			-11.15%
建元醫院	更換負責人_月份不足			-12.43%
神岡童醫院	更換負責人_月份不足			-11.79%
鹿基醫院	增加20床以上	35	533%	-12.95%
臺安雙十分	增加20床以上	24	106%	-14.46%
衛署彰化醫	增加20床以上	363	36%	-11.84%

調整後95年全年M值增加2億零2百元，各季點值影響約0.0042

※其他符合資格醫院經試算虛擬M較原始M值為低，仍維持原始M值

(順天、國軍中清、宏仁、錦河、中港、泰安)



特殊醫院虛擬M值計算原則(11)

規模縮減醫院概況

計算公式：以基期減少10~15%給付

醫院名稱	虛擬M值原因	94Q3較93Q3		較基期M值 下降幅度	95Q3較 94Q3成長 率
		床數	住院人日數		
長森醫院	減床20床以上	-71	-25.99%	-15.00%	29.98%
菩提醫院	減床20床以上	-29	-31.97%	-10.00%	5.63%

95年全年M值較基期減少2千5百萬支出



95年醫院總額最適方案 試算概況



整體醫院M值概況

*特殊醫院之M值為虛擬值

*資料含交付處方之總額項目

*一般醫院該季M值=(9307~9406之收入)*93該季整體申報點數佔率。

項目	醫院類別		家數	基期資料 (百萬)	95年M值(百萬)					95年M值比 較基期之差 值(百萬)
				9307-9406 之收入	全年	95Q1	95Q2	95Q3	95Q4	
值	一般醫院		94	43959	43959	10730	11177	11013	11040	
	特殊醫院	新設立	6		447	47	99	135	166	447
		月份不足	3	171	226	54	58	57	57	56
		減床20床以上	2	208	182	43	47	46	46	- 25
		增加20床以上	3	805	943	225	242	237	239	138
		變更負責人	2	75	84	20	22	21	21	9
	特殊醫院小計		16	1258	1883	389	468	496	529	624
	總計		110	45218	45842	11119	11644	11509	11570	624
佔率	一般醫院		85.45%	97.22%	95.89%	96.50%	95.98%	95.69%	95.42%	
	特殊醫院	新設立	5.45%		0.97%	0.43%	0.85%	1.17%	1.43%	71.55%
		月份不足	2.73%	0.38%	0.49%	0.48%	0.50%	0.49%	0.50%	8.94%
		減床20床以上	1.82%	0.46%	0.40%	0.39%	0.40%	0.40%	0.40%	-4.07%
		增加20床以上	2.73%	1.78%	2.06%	2.02%	2.08%	2.06%	2.07%	22.08%
		變更負責人	1.82%	0.17%	0.18%	0.18%	0.19%	0.18%	0.18%	1.50%
	特殊醫院小計		14.55%	2.78%	4.11%	3.50%	4.02%	4.31%	4.58%	100.00%
	總計		100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%



95年醫院支付最適方案_模擬試算參加類型及點值預估

*95年總額分配:47827(百萬);95Q3總額分配:12029(百萬).

項目		模擬1_申報94Q3申報點數*1					模擬2_申報94Q3申報點數*0.97					模擬3_申報94Q3申報點數*0.95				
		參加類型					參加類型					參加類型				
M值(95Q3)成長率	A	總計	5~8%	9~12%	13~15%	25% (特殊醫院)	總計	5~8%	9~12%	13~15%	25% (特殊醫院)	總計	5~8%	9~12%	13~15%	25% (特殊醫院)
申報點數(94Q3) (百萬)	B	13357	390	324	12126	517	12956	651	2602	9202	502	12689	1167	7527	3503	492
M值(95Q3) (百萬)	C	11509	390	294	10329	496	11509	646	2352	8015	496	11509	1140	6831	3042	496
家數	D	110	18	12	64	16	110	28	15	51	16	110	35	21	38	16
家數佔率	E	100%	16%	11%	58%	15%	100%	25%	14%	46%	15%	100%	32%	19%	35%	15%
A值(百萬)	F	13232	414	326	11871	621	13065	683	2611	9150	621	12871	1211	7568	3471	621
A值_佔整體比率	G	100%	3%	2%	90%	5%	100%	5%	20%	70%	5%	100%	9%	59%	27%	5%
B值(百萬)	H	9211	346	248	8269	347	9378	576	1976	6479	347	9572	1012	5752	2460	347
B值_佔自身比率	I=H/F	70%	83%	76%	70%	56%	72%	84%	76%	71%	56%	74%	84%	76%	71%	56%
超出A值(百萬)	J	270			270		79			79		48			48	
平均點值		0.9091	0.9506	0.9290	0.9093	0.8676	0.9207	0.9559	0.9317	0.9180	0.8764	0.9346	0.9582	0.9388	0.9257	0.8877
競爭點值		0.7009					0.7191					0.7449				

其他後續討論問題

- 品質獎勵款

建議不預留，理由

- 1、特殊醫院虛擬M值各季需增加6千~2億支出，影響點值下降0.005~0.016。
- 2、為考量分區點值，品質獎勵款保留有限，無實質效益。

- 95年總額是否按比例重分配

經試算在95年總額未重新分配的狀態下，平均點值只有0.90~0.93，因此建議不重分配。

- 新設立醫院X值的上限是否應再評估

原始設計X值為0~70，為減少對浮動點值的衝擊，建議新設立醫院X值上限定為30。

敬請指教