



中央健康保險局 中區分局
CENTRAL REGION BRANCH, BUREAU OF NATIONAL HEALTH INSURANCE

中區分局94年醫院聯繫會 第8次會議

費用三組：陳組長墩仁

日期：94年11月18日



大 綱

- ❖ 94年門住醫療費用現況
- ❖ 95醫院總額分配架構
- ❖ 95年「個別醫院總額最適支付方式」規劃方向
- ❖ 醫院總額分級管理研議小組初步共識
- ❖ 長期呼吸器照護管理專案
- ❖ 中區偏遠地區醫院認定原則



94年門住醫療費用現況



94年第1季門住診各分局點值

94年第1季門診、住診一般服務浮動及平均每點支付金額

分局	總額(門住診合計)	浮動點值	平均點值
台北	20,521,759,017	0.88684	0.90846
北區	7,339,022,802	0.89549	0.90767
中區	10,477,628,562	0.83037	0.88938
南區	8,652,637,405	0.86547	0.89731
高屏	9,123,728,238	0.75724	0.84977
東區	1,774,078,084	0.77178	0.85926
合計	57,888,854,108	0.82012	0.89197

製表日期：94年10月28日，資料來源：94年第1季結算資料。



94年第2季門住診各分局點值

94年第1季門診、住診一般服務浮動及平均每點支付金額

分局	總額(門住診合計)	浮動點值	平均點值
台北	22,181,973,680	0.87212	0.92225
北區	7,925,391,614	0.88686	0.92612
中區	11,286,155,248	0.81684	0.89240
南區	9,257,259,272	0.89082	0.92674
高屏	9,693,949,104	0.77861	0.86919
東區	1,926,884,062	0.78987	0.88363
合計	62,271,612,980	0.84820	0.90802

製表日期：94年10月28日，資料來源：94年第1季結算資料。

94年第3季(9407~9408 核減前)門住診各分局點值

94年第3季醫院總額各就醫分局點值推估

季別	門住診別	就醫分局	跨區就醫 調整後 總額(百萬)	預估 浮動 點值	預估 門住診 平均點值
7-8月	門住診	台北	20,333	0.7809	0.8720
	合計	北區	8,514	0.8080	0.8833
		中區	11,710	0.7919	0.8757
		南區	8,454	0.8081	0.8852
		高屏	10,011	0.7214	0.8330
		東區	1,861	0.7311	0.8439
		合計	60,883	0.7789	0.8685

註1：製表日期：94年11月3日。

註2：94年第3季人口數為93年實際投保人口數再加上0.346%成長率推估

註3：分區分配參數之費用占率為實際值，人口風險指數採93年第3季參



影響個別醫院實質收入的重要因素

就醫分局非投保分局醫療金額

=核定浮動點數×就醫分局前季點值+核定非浮動點數

就醫分局	前季平均浮動點值	
	94Q1	94Q2
台北	0.7236	0.8868
北區	0.6528	0.8955
中區	0.7017	0.8304
南區	0.6908	0.8655
高屏	0.6932	0.7572



95年醫院總額分配架構



95年醫院總額分配架構

一、總額分配架構(費協會第105、106次決議)

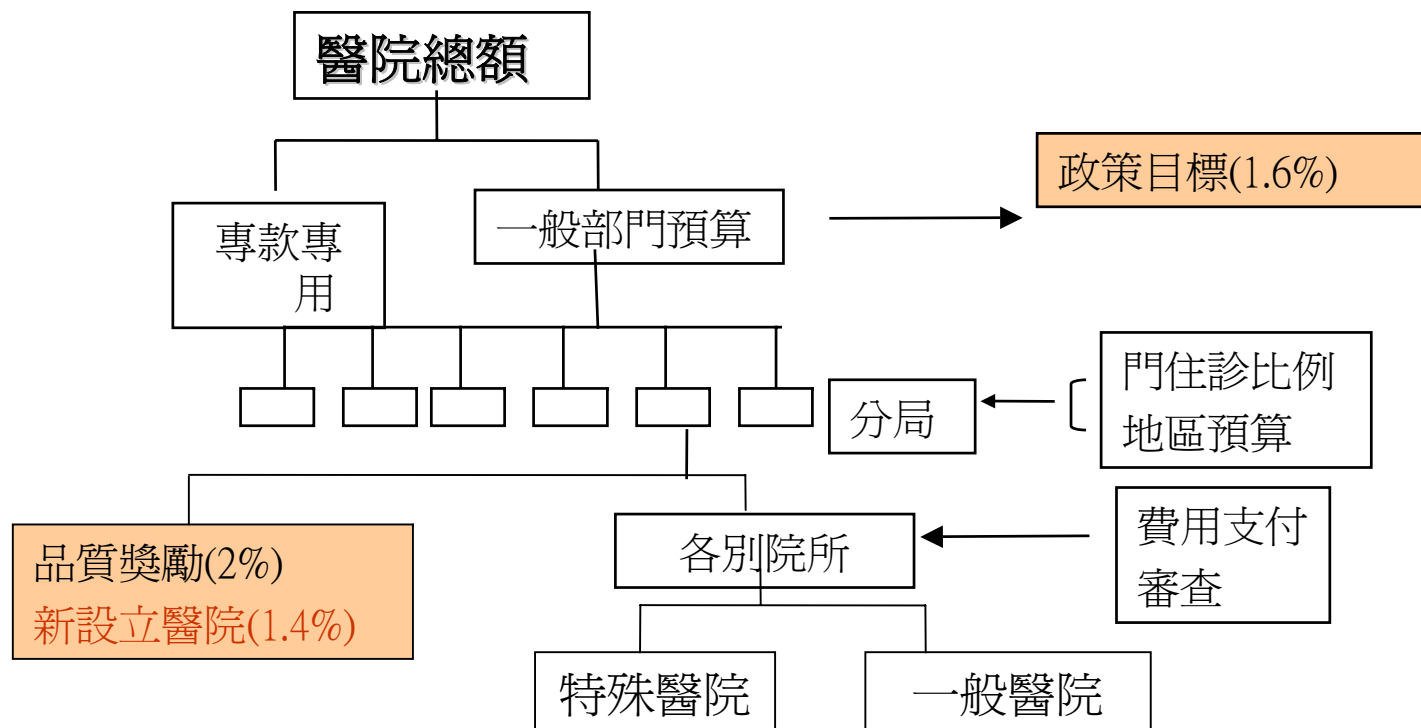
- 一般服務：門診及住診一般服務
- 專款項目：
 - 1. 慢性B型及C型肝炎治療試辦計畫：全年預算700百萬元。
 - 2. 罕見疾病、血友病藥費：預算額度為2659.5百萬元，不足部分由其他預算支應。
- 其他部門：IC卡、醫療給付改善方案之管理照護費

二、分區預算(依費協會第106次會議決議)

- 門、住診服務：38%校正後保險對象人數、62%醫療費用比率
- 藥品依藥價基準核算，自地區總額預先扣除



95年醫院總額分配架構建議





95年「個別醫院總額最適 支付方式」規劃方向



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



• 支付方式：

一、一般醫院

(一)各醫院全年M值：

1. 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
2. 計算基準：93年7月至94年6月之計算收入
3. 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)

(二)各醫院各季M值計算方式：(93年第3、4季及94年第1、2季結算總核付金額)*(93年各季申報點數占率，且各季之M值不得流用)



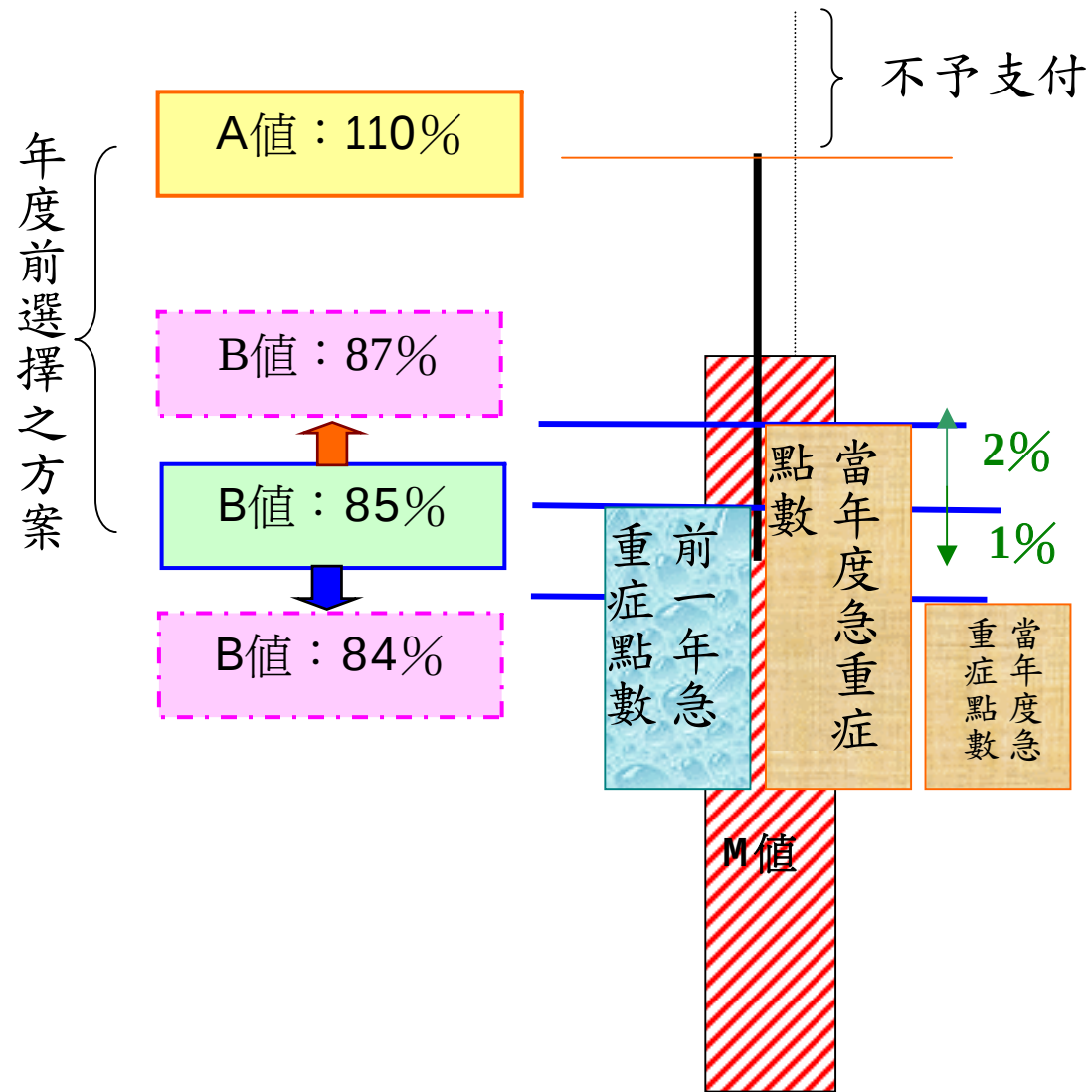
二、特殊醫院(虛擬M值)

- 1.前一年開業月份不足者：93年第3季至94年第2季或94年7月至12月新設立醫院。
- 2.規模改變者：情形特殊，得由醫院年度開始前事先向分局申請，並經分區共管會議討論通過者

三、分區預算個別醫院調整M值

$$\text{個別醫院季M值(校正後)} = \text{分區季預算} * \frac{\text{個別醫院季M值}}{\text{分區各醫院季M值總計}}$$

急重症疾病之處理方式





管理措施--原則

- 嚴格監控醫療品質，依結果與予獎懲
 - 病患就醫可近性及疾病嚴重度變化，嚴格監控及確實懲處
 - 提升效率、效果等醫療品質予以獎勵
 - 服務內容、醫療濫用、供給面因素均列入例行監控項目
- 依審查辦法辦理醫療費用審查
- 建立不適任處理機制
- 持續資訊公開
 - 各醫院提供之服務、病患利用情形
 - 急、重症服務、門住診服務量、疾病嚴重度
 - 醫師數、病床數、門診診次
- 持續民眾申訴即時處理與列管機制
 - 健保局、各醫院、受託單位



管理措施--品質獎勵(1)

- 獎勵指標：以醫療品質指標項目執行成效獎勵分配保留款經費保留之2%
- 品質獎勵金額分配方式：個別醫院可分配獎勵金＝總獎勵金金額×(個別醫院獎勵積分數/ Σ 個別醫院獎勵積分數)
 - 醫療品質指標項目(1)
 - 門住診比、藥袋標示、藥物諮詢、就醫資訊公開、服務轉介櫃台及申訴管道、財務報表公開等8項
 - 以有無達成為正向加分



管理措施—品質獎勵(2)

— 醫療品質指標項目(2)

- 當季收治急重症個案數較去年同期增加者

— 醫療品質指標項目(3)

1. 管理指標

- 減少CT重複執行率、減少MRI重複執行率、減少門診用藥日數重複率、減少門診注射劑使用率、減少住院案件出院後3日內急診率、減少30日以上超長期住院率、減少剖腹產率、減少使用ESWL人口平均利用人次、減少門診抗生素使用率、減少住院案件出院後非計畫性14日內再住院率、降低門診平均就診次數、增加門診開立慢性病連續處方箋百分比等12項
- 以達成各分局訂定各項目標值之程度予以正向加分

2. 自我超越指標

- 疾病編碼正確率、疾病管理、下降收治長期呼吸器依賴患者照護費用、接受轉診服務量等4項
- 以達到目標值予以正向加分



管理措施--懲罰指標(1)

- 監控醫院實際提供之服務，扣減各季**B**值內之**M**值百分點

1.例如縮小服務規模

單位：百分比

部門別	門診急重症、門診手術	住院(CMI)	罕見疾病服務人數	病床數	醫師人數	門診服務人數	住院件數
疾病嚴重度							
較前前季或前半年下降5%以上	-1	-1	-1	-1	-1	-1	-1
較前季或前半年下降3%-5%	-0.5	-0.5	-0.5	-0.5	-0.5	-0.5	-0.5



管理措施--懲罰指標(2)

2.保險對象申訴案件及反映案件數成長率

- (1) 申訴及反映案件數：醫學中心門住診申報案件之1/20000、區域醫院門住診申報案件之1/20000、地區醫院門住診申報案件之1/5000→經輔導未改善者，每件扣0.01%，至多5%
- (2) 申訴成案案件數 → 每件扣0.05%，至多10%

3.未按時提報相關資料或提報不實資料（-5%）

- 懲罰款項之運用：各分區保留作為品質獎勵之款項



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
 - 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
 - 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，通知醫院處分函之當季核付點數均按浮動點值計算
 - (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)拒絕病人影響病人就醫權益情節重大經查證屬實，並經分區共管會議確認者
 - (三)門住診服務內容，價量背離顯著異常，經分區共管會議確認者

- 衛生署94年11月8日召開「醫院總額支付制度配套方案-個別醫院支付最適方案」第三次會議決議
 - 「個別醫院總額支付最適方案」應建立進場及出場機制，在進場機制部分，由分區為單位(分區內醫院全部參加)，並由分區申請參加上述試辦方案。
 - 95年分區預算成長率高於平均成長率之地區，宜設立品質及配合政策之保留款項；分區預算成長率低於平均成長率之分區，以穩定經營為重點，可不設上述保留款項。
 - 有關品質監測、獎懲機制及費用審查仍應研擬完整之配套措施。
 - 各醫院M值之訂定，原則以方案所擬之操作型定義為之，惟各分區得視實際情況彈性處理之。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 的執行問題

- 93年7月至94年6月之計算收入為計算基準，後續衍生問題。
- 個別醫院是否可自由選擇參與方案。
- 縮小服務規模的操作型定義。
- 人球問題的預防與處理(包含被動性轉院)。
- 醫院減量計畫適當性評估。
- 單價的管理。

93Q3比較94Q3各醫院實付金額之差值分布

差值級距	家數				差值	差值佔率		
	整體	醫學中心	區域醫院	地區醫院	整體(百萬)	醫學中心	區域醫院	地區醫院
>5千萬	2	2			126	25%		
>1千萬	11		5	6	216		22%	21%
>5百萬	18		2	16	111		2%	20%
>=0	41		2	39	49		2%	8%
差值小計	72	2	9	61	502	25%	26%	49%
<0	21			21	-49			10%
<-5百萬	17		2	15	-340		6%	61%
<-1億	1	1			-113	22%		
負差值小計	39	1	2	36	-502	22%	6%	71%
總計	111	3	11	97				

*資料含送核及補報，且為分局醫院總額部門。

*差值=(93Q3個別醫院佔率-94Q3個別醫院佔率)*94Q3分局分配之整體總額。

*佔率=該季個別醫院門住診實付金額/總實付金額。

*分局浮動點值：93Q3_門診0.4302、住院0.8955；94Q3_門住診0.7968(預估)。

*實付金額：

93Q3卓越醫院=分局總額部門實付點數。

93Q3非卓越醫院=(固定點數佔率+(1-固定點數佔率)*浮動點值)*分局總額部門實付點數。

94Q3參加穩定方案醫院=(固定點數佔率+(1-固定點數佔率)*浮動點值)*(管控項目之目標點數+分局排除項目之申報點數)

94Q3非參加穩定方案醫院=(固定點數佔率+(1-固定點數佔率)*浮動點值)*(分局總額部門申報點數)。

*本報表為估算資料；製表日：94.11.15。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（1）

*M值的訂定

（一）原則依本分局94年Q1~Q2計算，不採93年下半年94年上半年。

（二）特殊醫院

- 新設立醫院個案認定。例如敦仁醫院。
- 未參加穩定方案醫院(成長型)以現況依照94年目標點數管理經驗值折扣(約10~15%)。
- 未參加穩定方案醫院(衰退型)以現況。
- 轉型(結構調整)醫院採個案認定。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（2）

（二）特殊醫院

-RCW排外，不含在個別醫院總額內

（1）先虛擬總體RCW的M值

（2）個別醫院依分級審查原則核實計算點數

（3）所有RCW費用一起先結算點值

（4）虛擬M值依階段漸近達成最終目標（3年）

◎操作：以91年為基期，每年複成長8%，預估97年最終目標分三年達成。

（5）所有醫院符合此類案件全部排除，實付金額加入M值及B值。

（6）維持6級評核措施。

（7）是否依競爭分保障、浮動再深入研究。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（3）

（三）增加M

1. 94年品質指標達成率，例如每項0.05%（或依不同項目訂定不同比例）。
2. 效率高醫院（有效運用資源）暫依本分局校正後同儕可增加0.025~0.5%M值。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（4）

（四）預算分配

1. M值校正後之自然成長率1.0%。
2. 94年品質指標達成率0.3%。
3. 有效運用醫療資源0.3%。
4. 風險調整保留款0.2%(發生時動用，若有餘額則列入浮動點值分配)
5. 分局微調0.2%。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（5）

* 監控

（一）費用審查

1. 異常耗用案件。
2. 有效運用醫療資源專案(DRG審查)。
3. 隨機抽審。

（二）申訴量(成案類別)

（三）人球



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（6）

（三）人球

1. 指標：急診或住院24小時轉院(上轉或平轉)他院治療費用，急診服務人數(依檢傷分類中、重病患)。
2. 問卷調查結果(非自主性被迫選擇)
3. 指標計算異常，由風險調整保留款支應，個案由造成人球醫院負責(由M值扣除)。
4. 價量關係

以上異常結果均列為下半年M值即調整之依據，嚴重者除依總局原則處理外，隨時調整M值。



95年「個別醫院總額最適支付方式」 本分局規劃之因應方向（7）

* 其他

- （一）各院均需陳報降低點數（95年A值與現況差值），如何具體運作，包括規模、人力、量（服務人數）、價（每人每件耗費）降低幅度分配。
- （二）各院成立病人服務專責單位，解決病人就醫問題。
- （三）中區轉診後送流程順暢機制（避免人球）。
 - 1. 三家醫學中心分工擔任最後防線（配套設風險調整保留款）。
 - 2. 各院登錄病人非自主性轉院基本資料，報分局查証據以懲處。



醫院總額分區管理研議小組 合理單價訂定初步共識

醫院總額分區管理研議小組

94年10月31會議決議（1）

❖ 有關目標單價訂定方式

1. 因各醫院在經營型態、病患類別與專長科別間的差異，若以層級別加上病床數的類比定義同儕，無法完全拉平各醫院間的差距，因此建議95年上半年先以醫院自身單價較94年第3季下降3%的模式，試算各醫院服務量的增減比率。
2. 95年下半年仍需將同儕的觀念導引進來，建議同儕的定義以94年第3季現況單價由大至小排序（可將上下差距8%以內的醫院定義為同儕），低的醫院單價維持不成長，其餘醫院則需有不同程度的降幅。

醫院總額分區管理研議小組

94年10月31會議決議（2）

❖ 有關目標單價訂定方式

3. 單價計算排除項目

（1）門診：非總額、專款專用、山地離島IDS、家醫科試辦計畫之G9案件、化學治療、門診手術、單筆藥費6,000元以上等案件。另癌症化學治療無法以藥事服務費碼排除者，請醫院提供抗癌藥品碼，以從醫令中判別是否排除。

（2）住院：非總額、專款專用、生產及長期呼吸器等案件。

4. 由於95年上半年先以醫院自身單價較94年第3季下降3%的模式操作，因此門住診的目標單價不需校正CMI值與CCS值。



長期呼吸器照護管理專案

長期使用呼吸器醫療費用申報情形(1)

年度	醫療費用 _59天以上(單位;百萬)	定率4%複合成長 (以91為基準 單位;百萬)	定率6%複合成長 (以91為基準 單位;百萬)	定率8%複合成長 (以91為基準 單位;百萬)	定率10%複合成長 (以91為基準 單位;百萬)
91	2,137	2,137	2,137	2,137	2,137
92	2,800	2,223	2,266	2,308	2,351
93	3,591	2,312	2,401	2,493	2,586
94		2,404	2,546	2,692	2,845
95		2,500	2,698	2,908	3,129
96		2,600	2,860	3,140	3,442
97		2,704	3,032	3,392	3,786

91年定基成長率 59%

77%

長期使用呼吸器醫療費用申報情形(2)

醫療費用單位:百萬

年度	人數	59天以上實際呼吸器醫療費用	定率4%複合成長之醫療費用	定率6%複合成長之醫療費用	定率8%複合成長之醫療費用	定率10%複合成長之醫療費用	實際呼吸器占總住院費用比率	總住院費用	以實際醫療費用預估占率10%之呼吸器醫療費用
2002Q3	1,260	514	514	514	514	514	8.67%	5,926	593
2003Q3	1,764	716	534	544	555	565	11.28%	6,350	635
2004Q3	2,239	886	555	577	599	621	12.07%	7,346	735
2005Q3	2,059	808	578	612	647	684	11.01%	7,345	734
2006Q3			601	648	699	752		7,638	764
2007Q3			625	687	755	827		7,944	794

註：

1. 總住院費用2005Q4以後各季以2005Q3定率4%成長計算 2. 成長率係依90年為定基比計算其複合成長醫療費用

洗腎87年至93年醫療費用申報情形

年度	醫療費用 (單位:百萬)	以87年為定基比之成長率
87	2,690	-
88	3,058	13.70%
89	3,370	25.30%
90	3,687	37.10%
91	4,007	48.97%
92	4,333	61.10%
93	4,680	73.99%

註：以93年洗腎總額較87年成長率為65%

94年度RCC評核結果

等級	家數	平均分數
第一級	1	85.13
第二級	6	77.17
第三級	3（含1家為未訪評醫院）	68.52



偏遠地區醫院認定原則-中區

中區分局偏遠地區醫院認定原則

- ❖ 為服務於行政院研究發展考核委員會91年「偏遠地區設置公共資訊服務站策略規劃」報告書中，偏遠程度低及高鄉鎮之設籍民眾，其醫療費用依權重校正之結果佔該院醫療費用40%以上之醫院
- ❖ 符合之醫院有瑞生、協和東勢、東勢農民、竹山秀傳、埔基、彰基二林分院、洪宗鄰、泰宜婦幼、宋志懿等9家醫院

報告完畢
敬請指教