

110Q4至111年Q1-Q4 南區醫院總額財務穩定方案 (草案)說明

110.12.30(四)下午2:00



健保署南區業務組

110.2nd院長會議

110Q4起 v.s. 110Q3預算&結算比較

內容		110Q3	110Q4起
分區預算	概念	就醫分區	投保分區
	計算方式	近3年(107-109年)第3季 就醫分區預算占率之平均分配	依 當季實際R/S值 計算
	跨區就醫	X	V
	預算確定性	V	X
業務組執行方式		將 預算(元) 分配予南區各 院，不需進行點數追扣	需 控制核定點數 ，故需 執行點數追扣
結算	當季點值	無結算點值	浮動點值 、平均點值
	院所實際收入計算方式	依南區共管決議方式， 將 預算(元) 分配予南區各 院	依【 浮動點數×浮動點 值+非浮動點數×1 】計 算收入

- 110Q4及111年Q1-Q4所有醫院**不分組**均加入本方案，不執行隨機審查，改依費用申報情形執行抽審及當季重點審查
- 各院一般服務點數 = 申 + 部 - 排除 - 核減 = 核 + 部 - 排除。

當期&基期操作型定義

當期	基期
110Q4	納入109Q4結算之費用年月109年10、11、12月之一般服務收入
111Q1	納入110Q1結算之費用年月110年1、2、3月之一般服務收入
111Q2	納入110Q2結算之費用年月110年4、5、6月之一般服務收入
111Q3	納入110Q3結算之費用年月110年7、8、9月之一般服務收入
111Q4	納入110Q4結算之費用年月110年10、11、12月之一般服務收入

- 一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付
- 為利費用歸屬，於該季結算前完成核算，各季一般服務費用申報期限至次季第2個月月底前，逾期申報以0元核付，如110Q4一般服務費用申報期限至111年2月底前

風險移撥款(以1點1元計)

- 僅110Q4、111Q4需計算當年度風險移撥款分配情形。
- 參與條件：110Q4一般服務點數超出109Q4者。
- 本階段分配不得超過各院『110Q4一般服務點數－基期收入(0階)』差值。
- 分配因素、預算、方式依110.11.11共管會提案二決議內容辦理。

分配因素	預算(元) (占比)	操作型定義
C肝口服 新藥個案 之非藥費	11,951,834 (68.0%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 每位新收個案可分配額度(A) = $\frac{11,951,834}{\text{南區醫院全年新收案個案數}}$ ■ 各院可分配額度 = A × 各院新收個案數 ■ 未完成治療個案僅得以$\frac{A}{2}$計算，但若醫院未完成治療個案比率>30%，則未完成治療個案不予分配
精神巡迴 醫療服務	1,332,449 (7.6%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 每位個案可分配額度(B) = $\frac{1,332,449}{\text{南區醫院全年精神巡迴照護個案數}}$ ■ 各院可分配額度 = B × 各院照護個案數
居家醫療	4,282,422 (24.4%)	<ul style="list-style-type: none"> ■ 每位新收個案可分配額度(C) = $\frac{4,282,422}{\text{南區醫院全年居家醫療新收個案數}}$ ■ 各院可分配額度 = C × 各院新收個案數 ■ 居家醫療新個案包含居家照護(A1)、居整-重度居家醫療階段(A1+EC)、安寧居家(A5)、居整-安寧療護階段(A5+EC)、居整-居家醫療階段(E1+EC)。以當年登錄VPN新收入數計算(每人僅列計1次)，醫院附設居家護理機構(醫事類別19)併入本院列計
合計	17,566,705	

剛性需求

- 參與條件：當期一般服務點數超出基期者。
- 本階段分配不得超過各院『當期一般服務點數－基期收入(0階)－風險移撥款^(註)』差值

項目	計算方式
生產案件	<ul style="list-style-type: none">■ 基期各院生產案件每人實收金額 × (當期生產人數 - 基期生產人數)■ 基期各院生產案件每人實收金額 = $\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{生產案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期生產人數}}$
精神科住院案件	<ul style="list-style-type: none">■ 基期各院精神科住院每人日實收金額 × (當期精神科住院人日 - 基期精神科住院人日)■ 基期各院精神科住院每人日實收金額 = $\frac{\text{基期住診實際收入} \times \frac{\text{精神科住診案件點數}}{\text{住診整體案件一般服務點數}}}{\text{基期精神科住院人日}}$
擴床醫院	<p>依南區擴床原則方式辦理</p> <ul style="list-style-type: none">■ 朴子：新增急性精神一般病床20床(與精神科住院案件算得數據擇優核給)■ 世華：擴床並接收佑昇轉入個案

政策鼓勵項目

- 採計費用：當期一般服務點數超出基期之差額 × 基期南區醫院總額平均點值 (註：南區醫院總額109Q4平均點值為0.9432)。
- 本階段分配不得超過各院『當期一般服務點數 – 基期收入(0階) – 風險移撥款^(註1) – 剛性需求』差值。

項目	操作型定義
住院安寧	同以往南區方案本項操作型定義
住院安寧共照	同以往南區方案本項操作型定義
緩和醫療家庭諮詢費	同以往南區方案本項操作型定義 (門住合併計算)
思覺失調長效針劑	同以往南區方案本項操作型定義 (門住合併計算)
PAC	僅採計當期下轉個案一般服務點數較基期下轉個案一般服務點數增加之點數
急重症	<ul style="list-style-type: none"> ● 採計點數 = 當期點數超出基期點數之差額 × 基期南區醫院總額平均點值，門住分別計算；且以當季總額預算0.2%為最高採計額度，超過則採浮動調整 ● 各細項操作型定義同過往方案內容

註1. 僅110Q4、111Q4結算時需計算當年度風險移撥款分配情形。

註2. 精神科長效針劑和剛性需求中的精神科住院案件二者不重覆計算，所以在計算精神科住院每人日實收金額中，精神科住診案件點數將排除精神科長效針劑費用。

新增之點值保障項目

- 110Q2起醫院總額預算中針對**地區醫院假日、夜間門診案件(不含藥費)**及**區域級以上醫院加護病床之住院護理費**，每點以1元支付。
- 醫院110Q4上述案件一般服務浮動點數將補足1元和南區基期浮動點值間的差、並以該院當季該診別送核案件核減率分別校正，**如所有醫院採計費用加總超過本項預算則採浮動調整（地區醫院及區域級以上醫院預算來源不同，將分別處理）**
- 本階段分配不得超過各院『當期一般服務點數－基期收入(0階)－風險移撥款－剛性需求－政策鼓勵項目』差值。

項目	110Q4當季南區 本項分配預算額	範例：某醫院申報點數		應補差額 (元)
		109Q4	110Q4	
地區醫院假日、 夜間門診案件 (不含藥費)	18,381,152元	100萬點	50萬點	$50\text{萬點} \times (1 - 0.9036) \times (1 - \text{該院當季門診送核案件核減率})$
區域級以上醫 院加護病床之 住院護理費	50,271,820元	1000萬點	1500萬點	$1500\text{萬點} \times (1 - 0.9036) \times (1 - \text{該院當季住診送核案件核減率})$

醫院	建議內容	回應
陽明醫院	真要保障急重症，也要排除植物人，也要有辦法分出來。	查重症項目無RCW；僅納入RCC、ICU，且ICU僅採計當季前7天的醫令點數
	110年和109年健保點數調整或保障不同的地方。如地區醫院假日門診增加的部分也要考慮算進去。	如p.7所載內容
雲林長庚	針對110Q4結算方案建議：政策鼓勵項目&剛性需求項目，過往總額方案採保障排除方式，其點值亦非1點1元，建議是否可採用南區109Q4平均點值核給。	政策鼓勵項目係以「當期一般服務點數超出基期之差額 × 基期平均點值」計算；剛性需求亦採「基期收入 × 當期增加量」給予

合理成長率計算

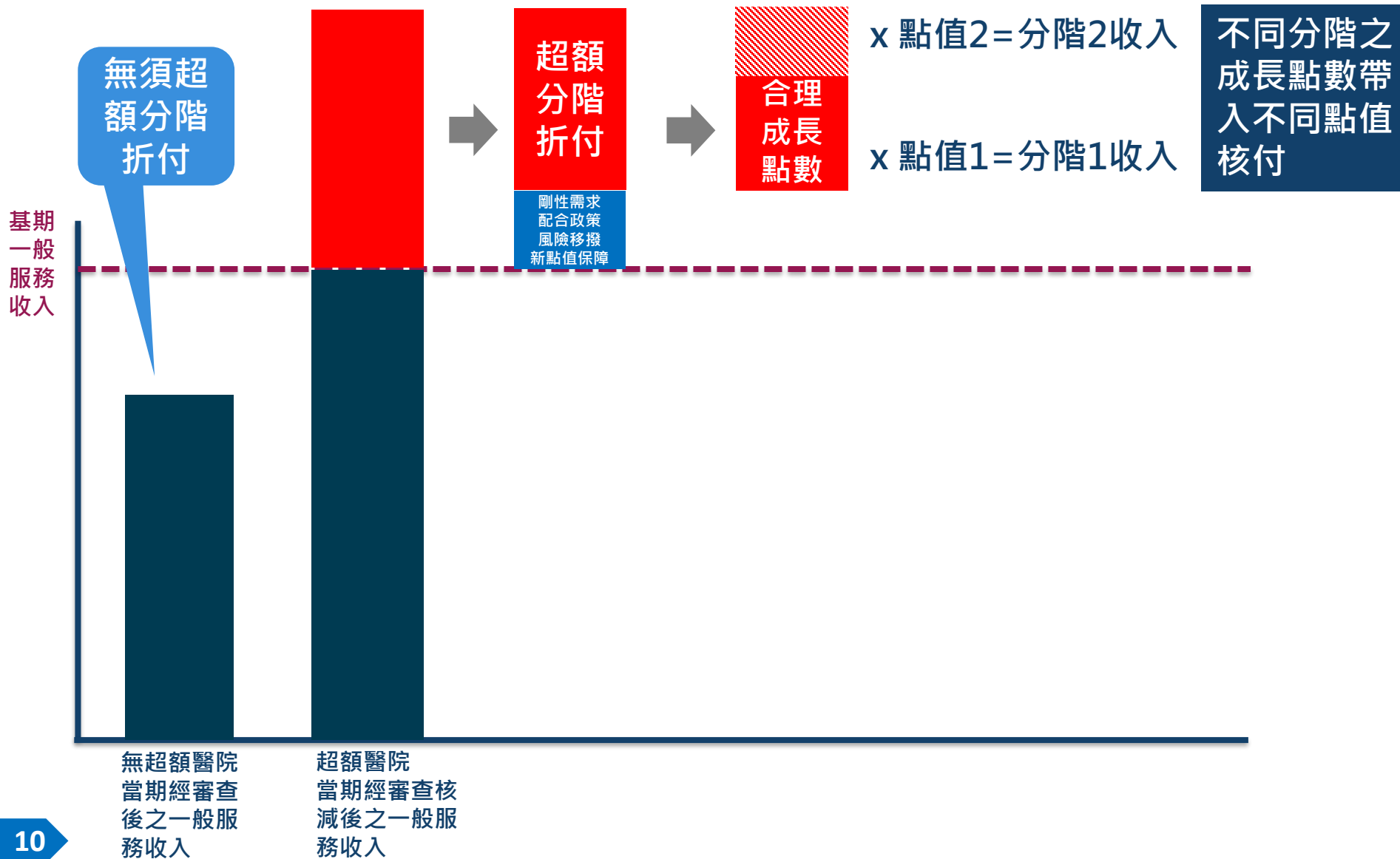
設計原則：釐清高成長係因「服務量變多？」或是「單價變高？」，爰以下列指標項目綜合考量、訂出「各院合理成長率」

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：

- 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
- 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人數&人日計算。
- 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
- 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)

超額分階折付示意圖

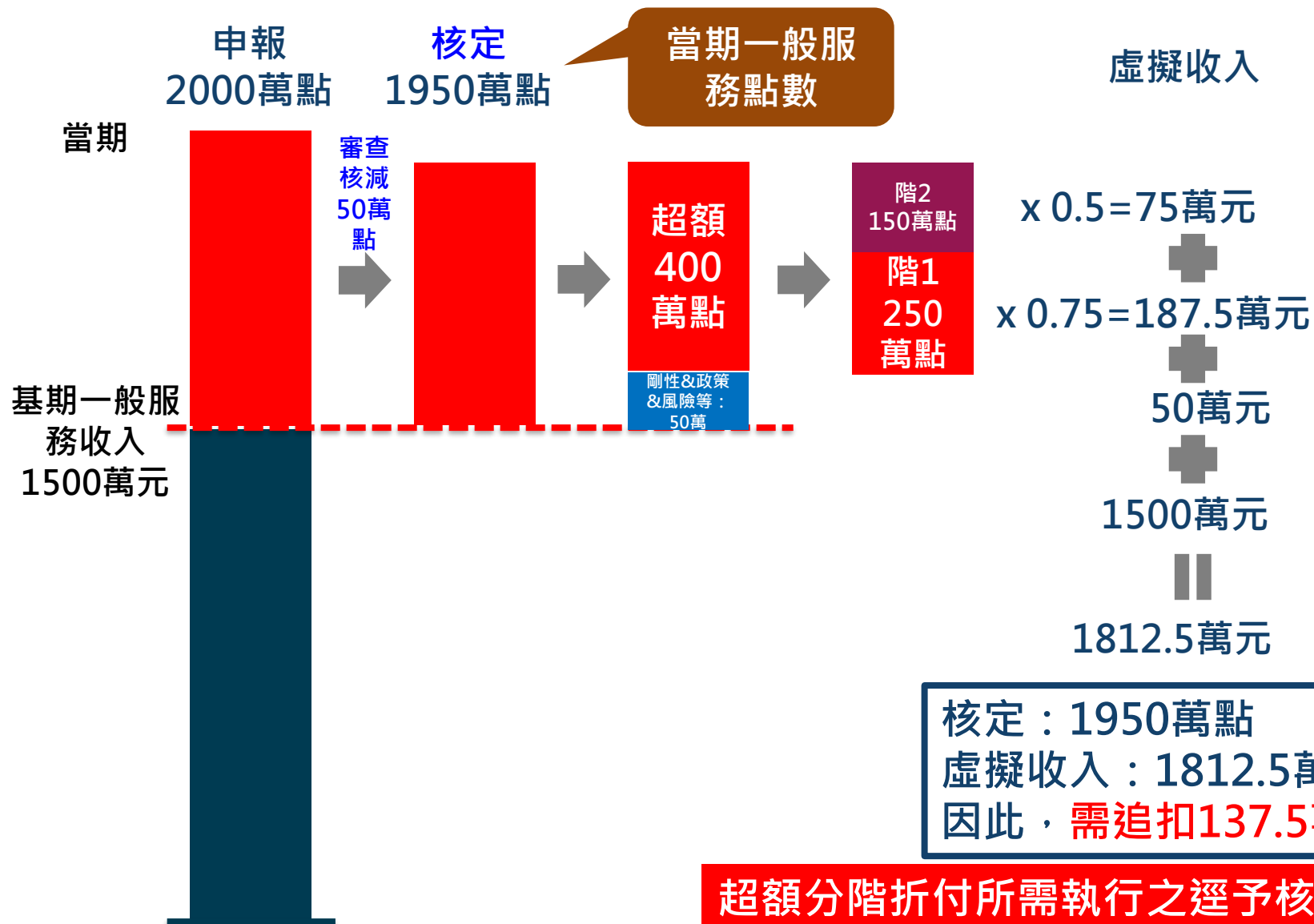


超額分階折付範例說明

階2、階3 級距為3%		應帶入 點值	X醫院	Y醫院	Z醫院
超額分階	實際成長率(扣除剛性需求等後)		6.81%	6.81%	6.81%
	合理成長率(即分階1)	0.75	3.81%	2.16%	0.47%
	分階2	0.5	$3.81\% < \Delta \leq 6.81\%$	$2.16\% < \Delta \leq 5.16\%$	$0.47\% < \Delta \leq 3.47\%$
	分階3	0.25		$5.16\% < \Delta \leq 8.16\%$	$3.47\% < \Delta \leq 6.47\%$
	分階4	0			$6.47\% < \Delta$
	核付後該院點值		0.9792	0.9706	0.9611

註：3.81%係南區醫院110Q3合理成長率上限值

醫院當季需追扣點數示意圖



超額分階折付所需執行之逕予核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟

點值估算後最終核付方式之調整

調整原因：可使用額度與核定點數間不平衡

- 剩餘可支應超額之額度(B)：醫院當季可使用額度－基期收入(0階)－風險移撥款^(註)－剛性需求－政策鼓勵項目－新增保障點值項目
- 超額分階折付總金額(C)：階1、階2、階3、階4給付點值0.75、0.5、0.25、0

狀況	調整方式							
B-C > 3,000萬 (預估預算剩餘)	■ 由左至右依序上調各階給付點值，最高上調至0.95、0.6、0.35、0							
		階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1
	點值上限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95
B-C < -3,000萬 (預估預算不足)	■ 方案一：由左至右依序下修各階給付點值，最多下修至0.70、0.4、0.15、0							
		階3	階2	階1	階3	階2		
	點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4		
	■ 方案二：下修基期收入內點數(0階)給付點值為 0.99→0.98，最多下修至0.98							
	■ 優先執行方案一，如不足因應再啟動方案二。							
	■ 經上述方案調整後，差距仍無法彌平，將不再下修，超額支付的點數將反應在結算點值上。							
B、C差距在 ±3,000萬以內	考量分區預算及核定點數估算值較署本部結算實際值必定有落差，為節省作業，各階給付點值不再調整。							

Q&A

醫院	建議內容	回應
雲林 長庚	如B-C > 3,000萬時，建議調整各階為0.85、0.6、0.35、0.1，讓第四階已發生的醫療成本能酌量回收	超額分階折付意旨為「避免衝量」，若醫院有第四階超額點數，代表成長過高或合理成長率過低。建議第四階仍應維持點值為0

南區110Q4數據試算評估^(1/2)

單位： 億元	基期(109年)結算數據			當期(110年)申報數據			成長率		
	一般服務收入 (H)	交付機構收入 (I)	一般服務收入+交付機構收入 (=H+I)	申+部-排 (J)	交付 (K)	申+部+交-排 (=J+K)	$\frac{J}{H} - 1$	$\frac{K}{I} - 1$	$\frac{J+K}{H+I} - 1$
10月	53.7	3.1	56.8	60.2	3.5	63.7	12.1%	12.9%	12.1%

- 南區109Q4交付機構收入為9.7億元，以成長率12%估算110Q4交付機構收入為10.8億元。
- 南區**110Q4**就醫分區預算約178.3億元，扣除交付、自墊、之前季別核定金額、剛性需求等各項需耗用預算後，計算出合理成長率上限僅1.64%。
- 為保障階1的採計點數，預算成長率上限不低於2.5%，但階2、階3的級距將酌予調降。爰試算如下頁。

南區110Q4數據試算評估(2/2)

以12.1%作為110Q4全季成長率(高推估)，試算如下

試算	合理成長率上限	階2、階3級距	剩餘可支應額度(B)	超額總點數(各院分別計算)(L)	分階折付以0.75/0.5/0.25代入後之應核給金額(C)	應追扣點數(=L-C)	預算不足額(=B-C)
版1	2.5%	3.0%	3.0億餘元	19.54億餘點	6.21億餘元	13.3億餘點	-3.2億元
版2	2.5%	2.5%	3.0億餘元	19.54億餘點	5.66億餘元	13.9億餘點	-2.7億元
版3	2.0%	3.0%	3.0億餘元	19.54億餘點	5.72億餘元	13.8億餘點	-2.8億元
版4	2.0%	2.5%	3.0億餘元	19.54億餘點	5.15億餘元	14.4億餘點	-2.2億元

註：本表之B、C即為簡報P.13之B、C

倘醫院高成長，則應追扣點數高、且預算仍不足，意即「需下修分階折付點值」或「下修基期收入內點數(0階)給付點值」(即簡報P.13所示)，爰請醫院務必自我管控，以避免事後追扣之財務不穩定性

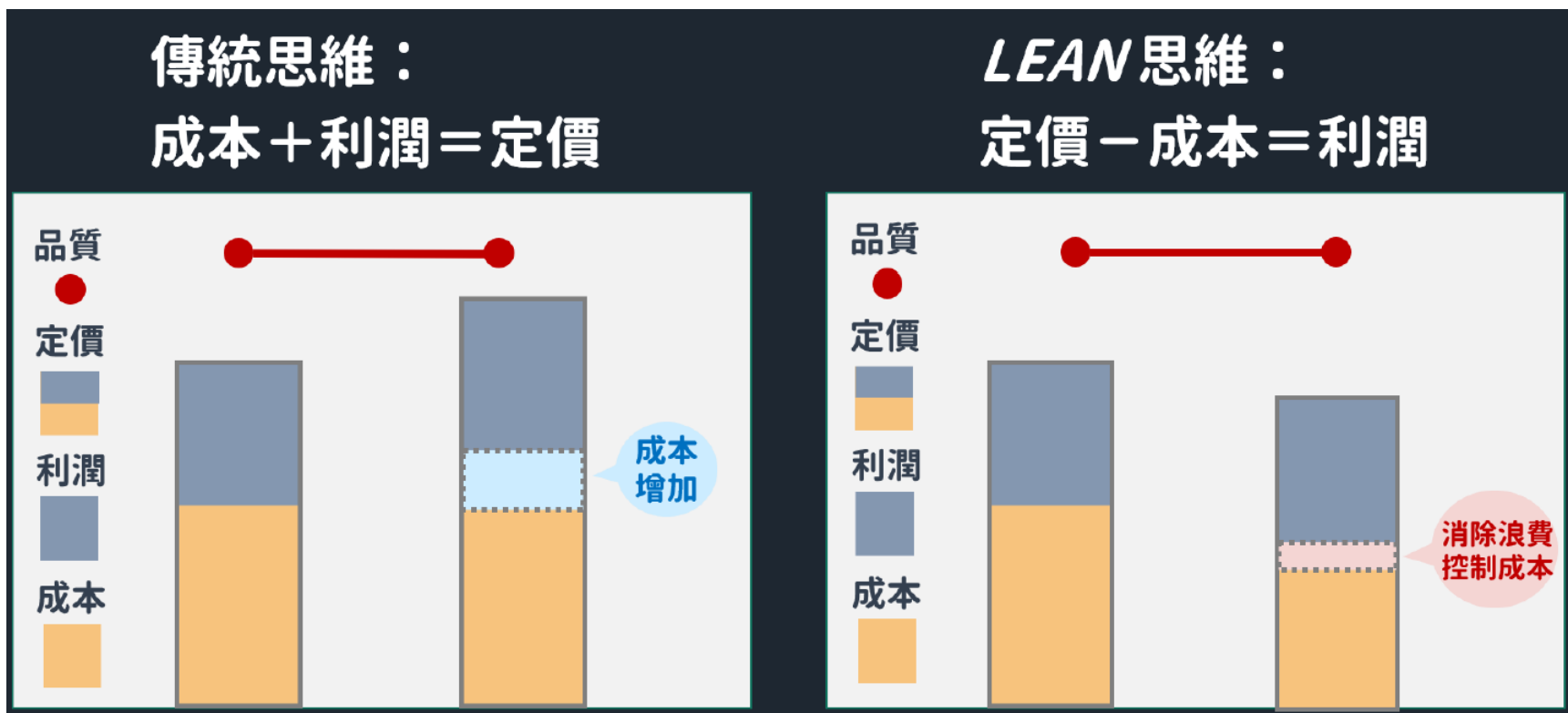
- ▣ 為利財務穩定，避免部分醫院交付費用急劇成長，侵蝕醫院當季可使用額度，導致南區整體醫院超額分階折付點值下修。
- ▣ 自111年起，醫院交付處方箋醫療費用以較基期成長7%為限，超出部份自該院當期應核付收入中扣減。

其他事項

- 為避免醫院怠工或僅衝單價，將合理成長率指標之歸戶人數成長率（經南區值調校後）不低於-5%，始得保障**基期收入(0階) 1點1元**，如低於-5%者依下列方式調整（門住分別計算）。
基期單價(D)= 基期一般服務點數 ÷ 基期歸戶人數
當期單價(E)= 當期一般服務點數 ÷ 當期歸戶人數
單價成長率(F= $E/D - 1$) > {CMI成長率+支付標準調整率}及5%較大者(G)，下修**0階**給付金額，下修金額為**當期歸戶人數×D×(F-G)×基期平均點值**，最多下修至**基期收入(0階) 1點0.94元**。
若低人數成長且高單價成長有特殊原因者，另予考量。
- 如有申訴有不當轉診(人球)情形，不予保障**基期收入(0階) 1點1元**，改依估算之**南區醫院整體平均點值**支給。
- 針對南區業務組請醫院自行檢視之專案，倘醫院自行檢視未同意繳回之案件，後續經專業審查該項點數核減率 $\geq 50\%$ 者，將專業審查核減點數乘上10倍，於**基期收入**調整，醫院超出**調整後基期收入(0階)**之超額點數續依本方案超額分階折付方式給付。

小結

- 過往的「衝高市場占率」思維應轉變為「成本控制」思維。
- 本組將約談高成長醫院(即110年10~11月醫費成長率較基期收入高成長前10名者)，使其充分了解事後高額攤扣之財務衝擊。
- 本組仍將持續進行各項檔案分析，以協助醫院內部管理。



圖檔來源：本署110.12.23英文讀書會簡報

報告完畢

敬請指教