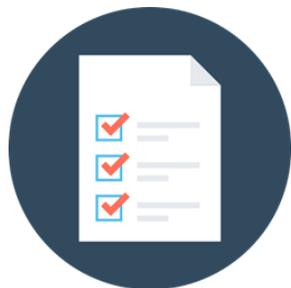




113年南區醫院總額 第2次院長會議

113.10.18

南區1點1元方案的執行依據為何？



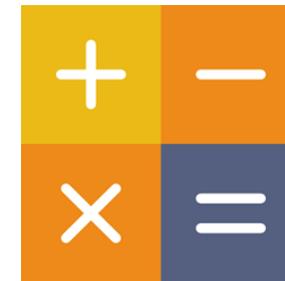
法源依據

審查辦法第22條第4項
保險人得就保險醫事
服務機構申報醫療費用
案件進行分析，依分析
結果，得免除、增減
抽樣審查或全審



醫界共識

- 透過院長會議 & 共管會決議
通過後執行
- 南區全數醫院
皆需納入管理



數學概念

預算固定

方案設定為1點1元

$$\frac{\text{總額(元)}}{\text{核定點數(點)}} = \text{點值}$$

因此，方案執行概念即為【控制核定點數】

方案執行架構為何？



各院以什麼目標管控？

以自身每季【基期一般服務收入】管控

當季季別	基期	
	去年同期	計算方式
114Q1	113Q1	<p>校正回無PVA挹注後去年同期之 一般服務收入(註1) × 校正後占率(註2)</p> <p>註1：納入去年同期結算之屬同結算當期費用年月之一般服務收入 e.g. 納入113Q1結算之費用年月113年1、2、3月之一般服務收入 註2：無PVA挹注時並校正生物相似性藥費差額之一般服務收入占率</p>
114Q2	113Q2	
114Q3	113Q3	
114Q4	113Q4	

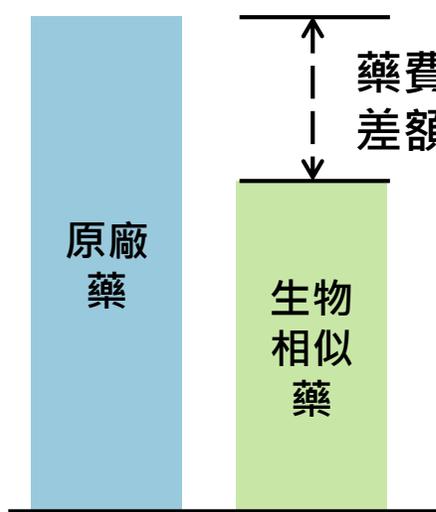
- 每季皆有PVA挹注，使可用預算變多，致醫院收入增加
- 為避免醫院誤以較高之基期收入管控，因此透過共管會議討論後校正

「生物相似藥藥費差額」基期調校(草案)(本次新增)

□ 依「全民健康保險推動使用生物相似藥之鼓勵試辦計畫」規定，由保險人按季統計個別院所藥費差額回饋點數，交由保險人各分區業務組回饋各醫療院所，並列入年度自主管理方案之目標管理點數校正，得以100%方式回饋，回饋方案由各分區因地制宜

■ 6/14公告適用6項藥品成分，後續依本署公告調整

■ 「藥費差額」計算定義：



依與原廠藥
之分類分組

相同： $(\text{原廠藥支付價} - \text{生物相似藥支付價}) \times \text{醫令量}$

不同： $[\text{原廠藥支付價} - (\text{生物相似藥支付價} \times \text{生物相似藥與原廠藥之藥品成分含量比例})] \times \text{醫令量}$

▼ 比照「登革熱住院案件單價差額」校正方式，調校114年各季基期

- 1) 各院113年各季「核+部-排除」+生物相似藥藥費差額，依扣除PVA後之各階代入點值，重新計算各院超額核給點數及總核付點數，並依調整後基期收入計算各院占率
- 2) 調整後各院占率 \times 「扣除PVA後之南區預算」=各院校正後之一般服務收入

方案中的特定排除列計包含哪些項目？

意義：於方案計算過程中採1點1元給付，不需超額分階折付

剛性需求

生產案件

生產增加人數 x 基期生產案件每人實收

精神科住院案件

精神科住院增加人日 x 基期每人日實收

擴床醫院

依【南區醫院擴增床數採計點數執行方式】計算

政策鼓勵項目

安寧(住院、共照、緩和諮詢及預立醫療照護諮商)

PAC住院下轉個案

急重症病患照護需求

各項目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

當年度經醫院總額研商決議之特定項目

※概念：當期較基期增加之差額方予以列計

1) 需經共管會議討論額分配方式

2) 屬一般服務預算項目

→如僅為支付標準醫令之「單價調整」，另於合理成長率公式之「支付標準調整率」考量

當季指標加權成長率如何計算?(1/2)

以下表各項指標評估當季的成長係因「服務量變多？」或「單價提高？」

指標項目	門診指標成長率					住診指標成長率				支付標準調整率	當年度公告醫療服務成本及人口因素成長率
	服務面		供給面		門診CMI成長率	服務面		供給面	住診CMI成長率		
	門診人數成長率	門診人次成長率	執登醫師數成長率	看診醫師數成長率		住院人數成長率	住院人日成長率	護理人數成長率			
權重	55%	20%	20%	5%		20%	60%	20%			
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	✓ 112年-2.250% ✓ 113年-4.179%

□ 計算步驟：

- 門診指標成長率 = 門診人數成長率 × 55% + 門診人次成長率 × 20% + 執登醫師人數成長率 × 20% + 看診醫師人數成長率 × 5% + 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
- 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
- 指標加權成長率 = 門住合計成長率 + 支付標準調整率 + 當年度醫院總額醫療服務成本及人口因素成長率
 (各院合理成長率：為該院「指標加權成長率」與「階1上限」之較小值，若 < 0 則以 0 計)

當季指標加權成長率如何計算?(2/2)

□各項成長率指標之調校方式：

1. 如南區整體值為負成長：改採**各院值—南區值**為該項指標採計成長率
e.g. 南區值為-0.59%、某院值為3.09%，則改採3.09%-(-0.59%)=3.69%
2. 去極值：訂定各指標採計之上、下限值為**10%**、**-5%**
e.g. 某院住診CMI值為-10.08%，改僅採計為-5%

成長率 指標項目	門診指標成長率					住診指標成長率				支付 標準 調整 率	當年度公告 醫療服務成 本及人口因 素成長率	
	服務面		供給面		門診CMI	服務面		供給面	住診CMI			
	門診 人數	門診 人次	執登醫 師人數	看診醫 師人數		住院 人數	住院人日	護理人數				
整體值	3.66%	3.22%	1.46%	3.13%	-0.59%	-0.05%	-4.29%	-0.15%	-0.29%			
某醫院	原始	7.57%	6.33%	1.03%	4.12%	3.09%	7.57%	-1.68%	-1.99%	-10.38%	0.57%	1.922%
	1-與整 體比					3.69%	7.62%	2.61%	-1.84%	-10.08%		
	2-去極 值									-5%		
分項 採計	7.57%	6.33%	1.03%	4.12%	3.69%	7.62%	2.61%	-1.84%	-5%			

當季階1上限為何？超額分階的級距皆固定嗎？

因預算有限，故依當季可支應額度為上限

級距隨著南區整體成長情形而調整，醫院若過度衝量，追扣額會提高，故此機制期能促使各院皆自我管控

調整項目	[0階+超額]較基期一般收入成長率(Y)	
	$Y \leq 2.5\%$	$Y > 2.5\%$
階1上限	2.5%	Y

↑
可用預算較少，仍至少保有2.5%可成長

↑
可用預算越多，成長率上限就越高

超額分階	醫院整體成長率(Z)				
	$Z \leq 4\%$	$4\% < Z \leq 5\%$	$5\% < Z \leq 6\%$	$6\% < Z \leq 7\%$	$Z > 7\%$
階2級距	2.0%	2.5%	3.0%	3.0%	3.0%
階3級距	2.0%	2.0%	2.0%	2.5%	3.0%

階2、3的級距越小，落在階4的超額點數就越多，而階4不給付(點值0) →代表醫院斷頭越多、財務衝擊越大

各院合理成長率高低，對自身超額分階給付的影響為何？

相同成長率的三家醫院，合理成長率越高者，超額分階核付後點值越高

階2、階3 級距為3%		應帶入 點值	X醫院	Y醫院	Z醫院
實際成長率(扣除特定 排除列計等後)			6.81%	6.81%	6.81%
超 額 分 階	階1	0.75	3.81%	2.16%	0.47%
	階2	0.5	$3.81\% < \Delta \leq 6.81\%$	$2.16\% < \Delta \leq 5.16\%$	$0.47\% < \Delta \leq 3.47\%$
	階3	0.25		$5.16\% < \Delta \leq 8.16\%$	$3.47\% < \Delta \leq 6.47\%$
	階4	0			$6.47\% < \Delta$
	核付後該院點值			0.9792	0.9706

註：3.81%係南區醫院110Q3合理成長率上限值

財務穩定機制1：自主季間風險調控

□各院自身當年度總可用額度固定

●當期費用 > 基期：可申請**預借**，以下列取小值為額度上限

1. 自身當季一般服務收入×10%
2. 250萬

→當期費用正成長，即**不得**申請保留額度至後續季別

●當期費用 < 基期：可申請**保留**

當期可保留額度 =

(去年同期同結算季之校正後一般服務收入—當季費用年月一般服務點數)

採申請制，最遲應於Q4結清
→於當季一般服務費用申報
期限前**來函申請**
×不適用門診費用獨立核算之
醫院

e.g.

當季季別	114Q1	114Q2	114Q3	114Q4	114全年
某院預借額度	100萬	250萬	-200萬	-150萬	平衡

財務穩定機制2(陸之一)：服務量能與單價衡平

目的：避免醫院服務人數負成長，單價卻過度增加

方案檢視條件

條件1
(量)

歸戶人數成長率 < -5%
(經南區整體值調校後)

註1：經南區平均值校正

代表照護個案數
減少太多

條件2
(價)

單價成長率
= 當期單價 / 基期單價 - 1

CMI成長率 +
支付標準調整率
(保障5%)

符合
條件

1+2

下修0階給付金額

= 當期歸戶人數
x 基期單價
x 校正後單價成長率
x 基期平均點值

註2：最多下修至1點0.94元

- 價的成長係因CMI成長&支付標準成長
- 若價成長大於上開兩者加總後仍不足以解釋，代表醫院單價成長過高

財務穩定機制3(伍之五)：交付費用穩定成長

原由

由醫院開出的交付處方，至藥局/檢驗所調劑，是由醫院總額預算支應，須避免交付費用快速成長影響當季可用預算，造成超額分階折付點值需下修

調整方式

以某院舉例說明	一般服務項目 (A)	交付 (B)	合併考量 (A+B)
基期	1,000萬元	10萬元	1,010萬元
當期	950萬元	15萬元	965萬元
成長率	-5%	50%	-4.5%
南區方案管控機制	負成長、無超額	超出7%需扣減： $(50\%-7\%)*10\text{萬元}=4.3\text{萬元}$	當期 < 基期，不需扣減

取較小值核扣

財務穩定機制4(陸之三)：提升專業自律

目的：各院嚴謹檢視偏離常模樣態，齊一標準以維繫總額分配公平



□ 請醫院自行檢視說明之專案，

同意繳回率 < 南區整體值，且該專案標的醫令經專審核減率 $\geq 90\%$

→ 標的醫令 * 10倍，於0階收入調整

□ 各院超出調整後基期收入(0階)之超額點數，續依方案超額分階折付方式給付

✓ 該項專案應清查件數 < 南區同儕 P25值之醫院，不予執行

✓ 符合核扣條件之專案，逐案提交共管會同意核備後，始據以執行



同儕
制約

財務穩定機制5(伍之四)：點值估算後核付調整

調整方式

預算剩餘

- 依序**上調**階1至階3帶入**點值**，最高皆為**1**
- **階4維持帶入點值為0**，因為不鼓勵醫院衝量至階4

預算不足

- **透支額度 < 8,000萬**，**不下修**各分階點值
→ 將方案結算平均點值控在1.005~0.99間
- **下修**階1至階3帶入點值，最低下修至**0.7**、**0.4**、**0.15**
- 經調整後若仍不足，不再下修，逕反映在總額結算點值

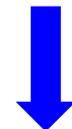
財務穩定機制6(伍之七)：小型醫院費用波動調控

小型醫院若當期萎縮，則來年基期時額度少，導致追扣高，故以此機制緩和財務衝擊，自113Q3起啟動

小型醫院 互助機制

對象：基期實收 ≤ 6000萬

無超額：將結餘額度保留



挹注

超額：將方案點值未達0.9之醫院補至0.9
(若超出預算則浮動)

數據評估：
僅一季需浮動
其餘各季預算皆足

年度季別	小型醫院 家數	成長率 < 0 之小型醫院		補到0.9所需額度 (B)	浮動比率 (A/B)
		家數	結餘額度(A)		
110Q4	38	9	7,930,722	6,868,330	不需浮動
111Q1	38	15	15,087,352	6,546,807	不需浮動
111Q2	38	26	66,455,876	2,287,451	不需浮動
111Q3	38	12	12,335,191	4,283,363	不需浮動
111Q4	38	13	14,679,300	2,919,628	不需浮動
112Q1	38	10	10,002,025	15,972,591	62.6%
112Q2	38	17	14,506,466	8,929,076	不需浮動
112Q3	38	18	11,458,001	8,494,025	不需浮動
112Q4	37	19	30,538,101	7,263,446	不需浮動

財務穩定機制7：「暫時性住院容量調整」

因暫時性調整病床或病房整修，降低恢復服務時因基期萎縮之財務衝擊

□ 由醫院自行評估財務影響，於**關床季當季結算(季末月10日)前**，來函向本組申請下修基期額度。

- ✓ 檢送關床床號、關床日數，並說明理由 (該病床號須連續10週未使用)
- ✓ 若欲下修多季別額度，需於函文中敘明

□ 關床下修基期額度 = Σ 各病床關床日數 X 占床率 X 平均每每人日點數 X (1-淨核減率)

- ✓ 占床率、平均每每人日點數採**同類床同儕P25值** (如該院當期值較低則改採之)
- ✓ 以**關床季前兩季**計算 (下修多季別時採初始關床季前兩季)

□ 恢復服務時須於**當季結算(季末月10日)前**來函申請前項下修額度歸還 (僅限歸還至「下修季別之來年同期」)

確保照護品質1：住診擴床加計額度

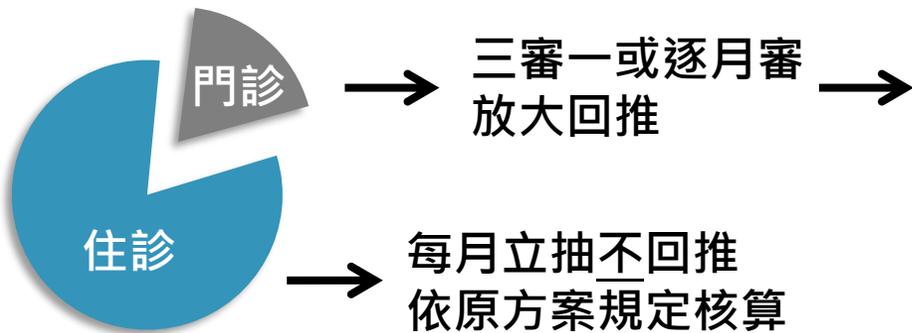
依【南區醫院擴增床數採計點數執行方式】計算

預算上限	當季一般總額預算之 0.2%
申請門檻	前一年10月~當年9月(排除1,2月)之10個月 占床率達85%
可獲配額度計算公式	擴床數×占床率×平均每人日點數×該季天數×(1-淨核減率)
占床率	採 同類床同儕P50值 (如該院當期值較低則改採之)
平均每人日點數	採 同類床同儕P25值 (如該院當期值較低則改採之)
淨核減率	該院前一年Q3至當年Q2住診整體淨核減率

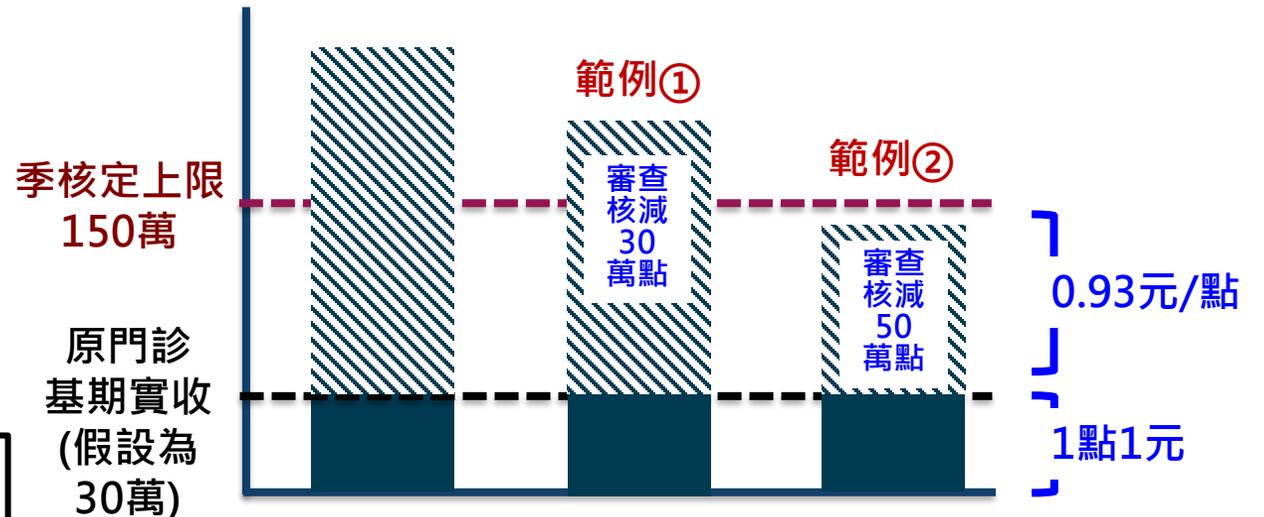
確保照護品質2：小型醫院門診擴編

門診月申報 < 50萬醫院，門診費用獨立核算

基期收入
依基期門住核定點數占率拆分門/住



門診費用另以下列方式核算



1) 於該院114年1月費用案件申報前

來函申請

→ 全年度適用，不得再申請「自主
季間風險調控」

2) 如額度仍不足，應另提計畫送共
管會及南區分會審查後再議

計算
範例

申+部-排
=200萬點

核+部-排

① 核+部-排=170萬點
 $30 + (170 - 30) \times 0.93 = 160.2$ 萬

核給上限150萬，
方案核減20萬點

② 核+部-排=150萬點
 $30 + (150 - 30) \times 0.93 = 141.6$ 萬

方案核減8.4萬點

確保照護品質3：專業當責照護，保障病人就醫權利

	方案 規定 帶入 點值	110 Q4 預算 剩餘	111 Q1 預算 不足	111 Q2 預算 剩餘	111 Q3 預算 剩餘	111 Q4 預算 剩餘	112 Q1 預算 不足	112 Q2 預算 不足	112 Q3 預算 剩餘	112 Q4 預算 不足	113 Q1 預算 剩餘
階4	不給付										
階3	0.25	0.35	0.15	0.651	1	0.805	0.25	0.19	0.308	0.15	0.3
階2	0.5	0.6	0.4	0.95	1	1	0.5	0.45	0.6	0.4	0.55
階1	0.75	0.911	0.7	1	1	1	0.75	0.7	0.9	0.7	0.89

- 階1~3採部分支付，並非完全不給付
- 預算若剩餘，則可增加階1~3額度，即提升各階給付點值
- 不鼓勵醫院衝量，故即便預算剩餘，階4仍不給付
- 醫院若不希望自身市占率萎縮，理應維持服務提供，故可防止人球問題

財務面
調整

如接獲申訴有不當轉診(人球)情形，不予保障基期(0階)收入1點1元，改依估算之南區醫院整體平均點值支給。

確保照護品質4：提升弱勢及特殊族群照護

滾動檢討並強化風險移撥款分配因子，以期給予民眾更完善的照護

年度結算，
依實際執行分配

額度
分配
因子

112年	113年(經113年第2次共管會議決議項目)
75,242,231	75,085,107
C肝口服新藥個案	C肝口服新藥個案
精神巡迴醫療	支持偏遠地區精神醫療
居家醫療	優化居家醫療，無縫連結長照醫療
鼓勵傷口照護外展	【原「居家醫療照護」+「鼓勵傷口照護外展」+「在宅急症照護試辦計畫主責協調獎勵」(新增)】
醫不足巡迴醫療	偏鄉區域資源連結【原「醫不足巡迴醫療」+「偏鄉網絡連結整合照護」(新增)】
虛擬健保卡	連結通訊診療服務
檢驗檢查報告即時上傳率	檢驗檢查報告即時上傳率
呼吸器安寧利用	呼吸器安寧利用
死亡前安寧利用	死亡前安寧利用
主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防	主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防
	強化偏鄉早療服務
	強化術後復原—ERAS導入及推廣獎勵

鼓勵醫院成立傷照中心、外展至居家或機構處理深部複雜傷口，減少個案親至醫院就醫之不便



鼓勵傷口照護外展

鼓勵醫院外展至無醫村增進民眾就醫可近性



醫不足巡迴醫療

本署重要政策推展



虛擬健保卡

檢驗檢查報告即時上傳率

呼吸器安寧利用

死亡前安寧利用

抑制資源不當耗用關切項目



主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防

強化南區院際間照護合作



主動脈剝離&腦中風取栓區域聯防

強化偏鄉早療服務

強化術後復原—ERAS導入及推廣獎勵

取消

新增

確保照護品質5：合理反映個別醫院成長

階1上限視當季預算而定，至少2.5%；供給面增加者，提高階1級距，自113Q3起啟動

【執登醫師數成長率+護理人數成長率】(v值)
 【指標加權成長率-合理成長率上限】(w值) } 決定階1級距增加值

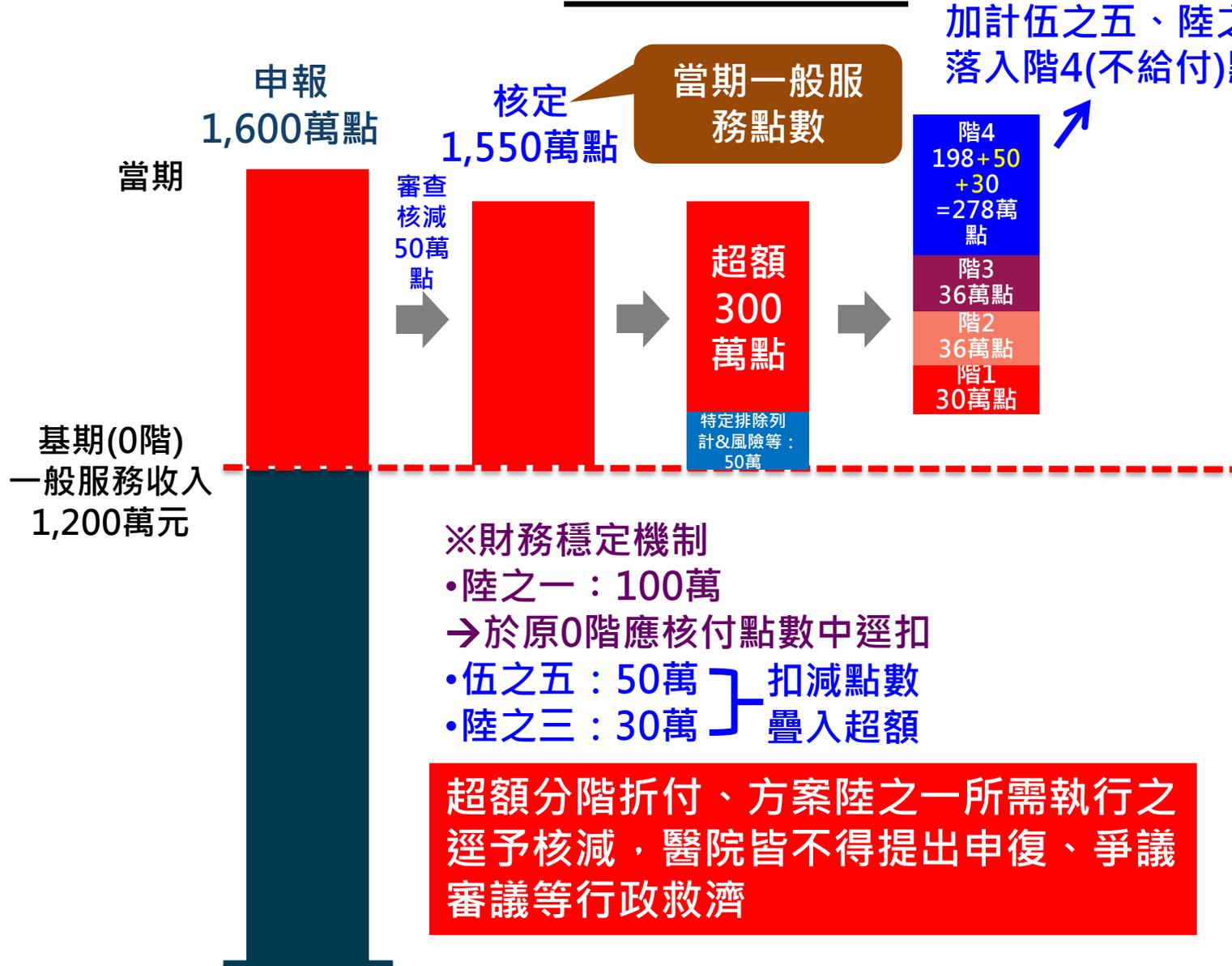
0% < v ≤ 2%		2% < v ≤ 5%		v > 5%	
w	階1級距增加值	w	階1級距增加值	w	階1級距增加值
w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%	w ≤ 2.0%	0.0%
2.0% < w ≤ 4.0%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.5%	0.4%	2.0% < w ≤ 3.0%	0.4%
4.0% < w ≤ 6.0%	0.8%	3.5% < w ≤ 5.0%	0.8%	3.0% < w ≤ 4.0%	0.8%
6.0% < w ≤ 8.0%	1.2%	5.0% < w ≤ 6.5%	1.2%	4.0% < w ≤ 5.0%	1.2%
8.0% < w ≤ 10.0%	1.6%	6.5% < w ≤ 8.0%	1.6%	5.0% < w ≤ 6.0%	1.6%
w > 10.0%	2.0%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.0%	6.0% < w ≤ 7.0%	2.0%
		9.0% < w ≤ 10.0%	2.3%	7.0% < w ≤ 8.0%	2.3%
		w > 10.0%	2.5%	8.0% < w ≤ 9.0%	2.6%
				9.0% < w ≤ 10.0%	2.8%
				w > 10.0%	3.0%

舉例說明：

v值	5.2%
指標加權成長率 (a)	13.1%
合理成長率上限 (b)	2.5%
w值 (即a-b)	10.6%

- 對應左表，階1級距增加值為3.0%
- 則某院合理成長率上限為
b+3.0%=5.5%

超額醫院當季追扣範例



加計伍之五、陸之三
落入階4(不給付)點數增加

虛擬收入計算



核定：1,550萬點
 虛擬收入：1,199.5萬元
 因此，方案需追扣350.5萬點

Thanks for your attention !
