



衛生福利部中央健康保險署中區業務組
與中區全體醫院院長聯繫會-114年第1次

114年中區醫院總額管理方案說明會(草案)

114年1月7日

醫院總額結算預算項目

113年專款項目

1. 暫時性支付(新藥、新特材)
2. C型肝炎藥費
3. 罕見疾病藥費、罕見疾病特材、血友病藥費
4. 後天免疫缺乏病毒治療藥費
5. 鼓勵器官移植並確保術後追蹤照護品質
6. 醫療給付改善方案
7. 急診品質提升方案
8. 鼓勵繼續推動住院診斷關聯群(DRGs)
9. 醫院支援西醫醫療資源不足地區改善方案
10. 全民健保資源不足地區醫療服務提升計畫
11. 鼓勵院所建立轉診合作機制
12. 網路頻寬補助費用_醫院
13. 腹膜透析追蹤處置費及APD租金
14. 住院整合照護服務試辦計畫
15. 精神科長效針劑藥費
16. 鼓勵RCC、RCW病人脫離呼吸器、簽署DNR及安寧療護計畫
17. 因應長新冠照護衍生費用
18. 因應肺癌篩檢疑似陽性個案後續健保費用擴增
19. 促進醫療服務診療項目支付衡平性(醫療器材使用規範修訂之補貼)
20. 癌症治療品質改善計畫
21. 慢性傳染病照護品質計畫
22. 持續推動分級醫療，優化社區醫院醫療服務品質及量能
23. 健全區域級以上醫院門住診結構，優化重症照護量能
24. 地區醫院全人全社區照護計畫
25. 區域聯防-主動脈剝離手術照護、腦中風經動脈內取栓
26. 抗微生物製劑管理級感染管制品質提升計畫
27. 品質保證保留款

113年其他預算

1. 基層總額轉診型態調整費用
2. 山地離島地區醫療給付效益提升計畫
3. 居家醫療照護、在宅急症照護試辦計畫、助產所、精神疾病社區復健及轉銜長照 2.0 之服務
4. 支應醫院及西醫基層總額罕見疾病、血友病、後天免疫缺乏症候群治療藥費、罕見疾病特材、器官移植、精神科長效針劑藥費專款項目不足之經費，及狂犬病治療藥費
5. 支應醫院及西醫基層總額C型肝炎藥費專款項目不足之經費
6. 推動促進醫療體系整合計畫
7. 調節非預期風險及其他非預期政策改變所需經費
8. 提升院所智慧化資訊機制、獎勵上傳資料及其他醫事機構網路頻寬補助費用
9. 提供保險對象收容於矯正機關這支醫療服務計畫
10. 腎臟疾病照護及病人衛教計畫
11. 提升保險服務成效
12. 提升用藥品質之藥事照護計畫費
13. 因應醫院護理人力需求，強化住院護理照護量能

一般服務項目

代辦

114年中區方案原則

目的

- 鼓勵醫院**積極自主管理**，提升醫療服務審查效率
- 預知可支配總額，合理自我管控，降低醫院財務衝擊



推動時程

- 自費用年月114年第1季至第4季

參與醫院

- 中區所有醫院均參與

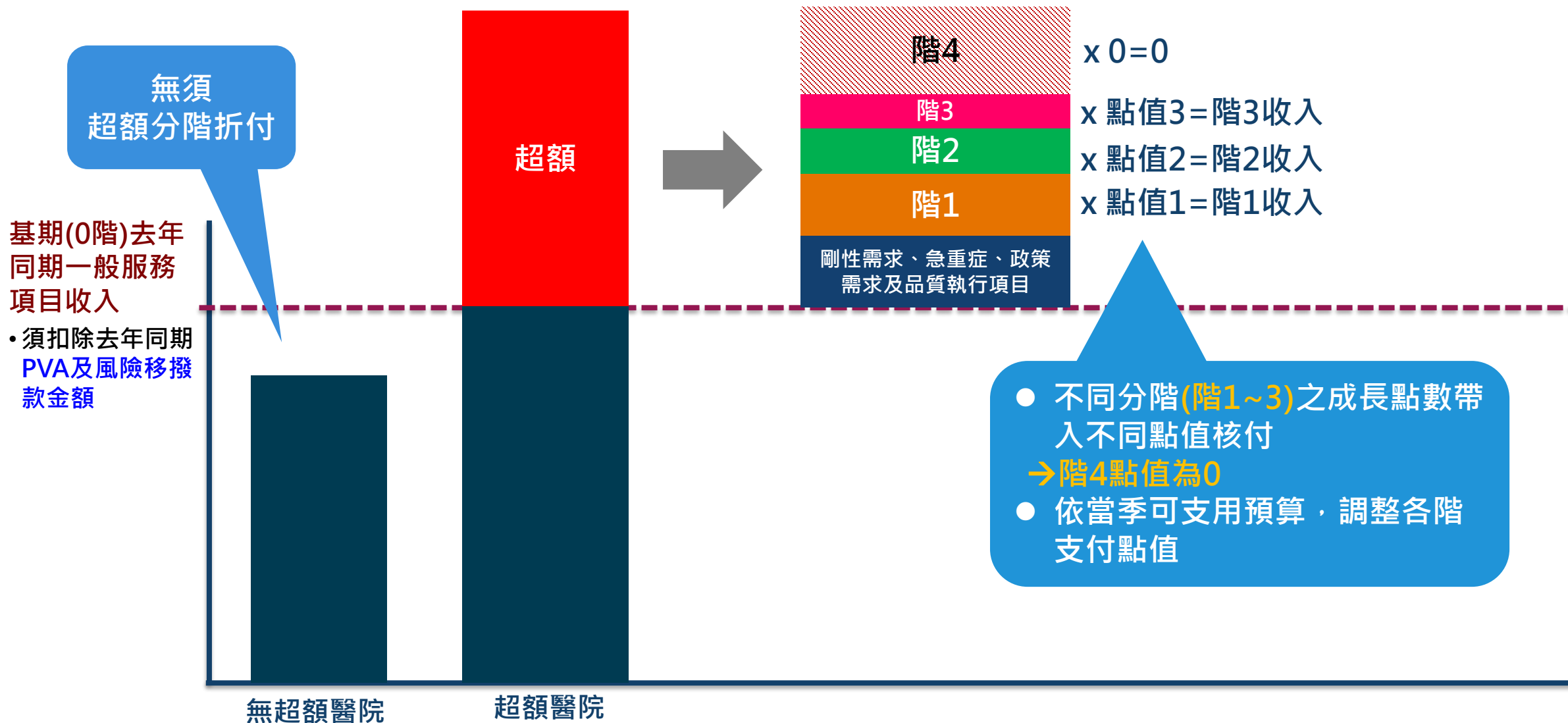
114年中區方案原則

一、基期設定(0階)

- **去年同期**(114年以**113年**)：門、住診送核、補報、申復、追扣、補付、爭議審議核定案件之**一般服務項目收入**。
- 各院基期收入須**扣除**去年同期「**藥品給付協議返還金額PVA**」及**風險移撥款金額**，再依共管會議決議之**點值**調整。
- 若當季一般服務項目申報點數**低於**去年同期收入，則以當季一般服務項目申報點數為基期。
- 如有**申訴成案**確有**不當轉診(人球)**情事，不予保障基期，改依結算前之中區醫院預估整體平均點值支給。

二、基期設定後**剩餘預算**，採用**分階折付**分配。

114年中區方案執行架構



剛性需求(暫列)-正值反映、負值不反映

項次	項目	給付條件及支付費用計算
1	生產及安胎	(當期生產安胎案件點數 - 去年同期生產安胎案件點數) × 去年同期結算平均點值
2	精神科住院案件	✓ 必要條件：當期精神科住院人日數 > 去年同期精神科住院人日數 ✓ 支付費用：以下A、B，取小值給付 A. (當期精神科住院一般服務項目申報點數-去年同期精神科住院一般服務項目申報點數) × 去年同期結算平均點值 B. (當期精神科住院人日數-去年同期精神科住院人日數) × 該院去年同期精神科住院每人日一般服務項目申報點數 × 去年同期結算平均點值
3	安寧(住院、共照、緩和諮詢及預立醫療照護諮商)	(當期點數 - 去年同期點數) × 去年同期結算平均點值
4	新生兒與其他源於週產期病態之新生兒(含早產兒) MDC15	✓ 必要條件： A. 部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者) B. MDC15之住院案件 ✓ 支付費用： (當期MDC15之一般服務項目申報點數-去年同期MDC15之一般服務項目申報點數) × 去年同期結算平均點值
5	擴床醫院	依擴床原則辦理

急重症需求(暫列)

- ◆以下項目正、負值皆反映，各項目正負值加總後，仍為負值不扣減正值反映。
- ◆急重症設定預算為該季一般服務項目總額預算0.5%，超出預算則各醫院等比例浮動調整。
- ◆採計費用： $(\text{當期點數} - \text{去年同期點數}) \times \text{去年同期結算平均點值}$

急重症 需求

1. 癌症化療含口服及注射醫令藥費
2. 住院重大創傷手術
3. 住院癌症手術
4. 門診急診檢傷分類一、二級(需反映專審不合理比率)
5. 住院急性腦血管疾病發作一個月內之案件(符合相關診斷且重大傷病代碼011)
6. 急性心肌梗塞(符合相關診斷及處置之部分醫令)
7. 主動脈剝離(符合相關診斷及處置之部分醫令)
8. 心臟瓣膜手術(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
9. 植入性心臟去顫器(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
10. 主動脈瘤、急性心肌炎及末期心衰竭(符合相關診斷及處置之部分醫令及特材)
11. PAC住院個案(限轉入醫院個案)
12. 當季使用生物相似性藥與原廠藥之「藥費差額」點數。

階1 各院指標加權成長率計算方式

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	執登醫師人數成長率	看診醫師人數成長率		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%	100%	20%	60%	20%	100%		
統計區間	當期 v.s.基期之成長率									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
註：各項指標倘整體值為負成長，則改採各院值-整體值做為該項指標採計之成長率。
舉例：整體值為-7.0%、某院值為-4.0%，則改以-4.0%-(-7.0%)=+3.0%作為該院值
- 門住合計成長率 = 門診指標成長率×（門診占率）+ 住院指標成長率×住診占率
- 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 = 各院指標加權成長率
(若<0則以0計)

範例

醫院	門診歸戶人數 (門55%)	門診人次 (門20%)	醫師數 (門20%)	看診醫師數 (門5%)	門診CMI值	住院歸戶人數 (住20%)	住院人日 (住60%)	護理人數 (住20%)	住院CMI值	支付標準調整率	醫療服務成本及人口因素成長率
A醫院 (較去年同期成長率)	4.59%	5.63%	3.76%	-2.80%	-0.4%	8.76%	9.33%	-2.39%	-0.79%	0.00%	4.179%
B醫院 (較去年同期成長率)	5.60%	5.91%	1.31%	1.36%	-0.26%	-2.5%	-3.59%	-2.75%	-1.2%	0.00%	4.179%

1. **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

A醫院(門診) : $(4.59\% \times 0.55) + (5.63\% \times 0.2) + (3.76\% \times 0.2) + (-2.8\% \times 0.05) + (-0.4\%) = 3.8625\%$

B醫院(門診) : $(5.6\% \times 0.55) + (5.91\% \times 0.2) + (1.31\% \times 0.2) + (1.36\% \times 0.05) + (-0.26\%) = 4.332\%$

2. **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

A醫院(住診) : $(8.76\% \times 0.2) + (9.33\% \times 0.6) + (-2.39\% \times 0.2) + (-0.79\%) = 6.082\%$

B醫院(住診) : $(-2.5\% \times 0.2) + (-3.59\% \times 0.6) + (-2.75\% \times 0.2) + (-1.2\%) = -4.404\%$

3. **門住合計成長率** = (門診指標成長率×門診占率) + (住院指標成長率×住診占率)

A醫院門住合計成長率 : $(3.8625\% \times 0.48) + (6.082\% \times 0.52) = 5.017\%$

B醫院門住合計成長率 : $(4.332\% \times 0.5) + (-4.404\% \times 0.5) = -0.0360\%$

4. **各院指標加權成長率** : 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

A醫院指標加權成長率 : $5.017\% + 0\% + 4.179\% = 9.196\%$

B醫院指標加權成長率 : $-0.0360\% + 0\% + 4.179\% = 4.143\%$

階1階2階3-各院指標加權成長率上限

調整項目	[0 階+超額]較基期一般收入成長率(Y)				
	Y≤2.5%			Y>2.5%	
階 1 上限	2.5% A			Y B	
調整項目	醫院整體成長率(Z)				
	Z≤4%	4%<Z≤5%	5%<Z≤6%	6%<Z≤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%

- **[0階 + 超額]較基期一般收入成長率(Y)**：該季預算排除交付費用、自墊核退、之前季別核付金額及特定排除列計項目費用後，相較基期一般收入之成長率。
- **醫院整體成長率(Z)**：所有醫院當期一般服務點數相較基期一般收入之成長率

範例：

假設該季預算255億，醫院申報**270億**，交付11億，自墊核退+特定排除列計項目(剛性需求+急重症)1.5億，去年醫院部門同期收入**230億**(不含交付)，則

- **階1上限(Y)**為： $[(255-11-1.5)/230] - 1 = 5.43\%$ **B**
 - ✓ **A醫院指標加權成長率**： $5.017\% + 0\% + 4.179\% = 9.196\%$ → 上限為5.43% **B**
 - ✓ **B醫院指標加權成長率**： $-0.0360\% + 0\% + 4.179\% = 4.143\%$ → 未超出上限仍為4.143%
- **醫院整體成長率(Z)**： $270\text{億}/230\text{億} - 1 = 17.39\%$ ， $17.39\% > 7\%$ ，所以**階2**、**階3**級距各為**3%**

階1級距可增加值

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

舉例說明：
A醫院執登醫師成長率
3.76%+護理成長率
-2.39%=1.37%

A 0% < v ≤ 2%		B 2% < v ≤ 5%		C 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%

v值	1.37%
指標加權成長率 (a)	9.196%
指標加權成長率 上限(b)	5.43%
w值 (即a-b)	3.766%

- 對應左表，階1級距增加值為0.4%
- 則A醫院階1指標加權成長率上限為5.43%+0.4%=5.83%
- B醫院執登醫師成長率1.31%+護理成長率-2.75%= -1.44%

沒有可增加值

分階折付

- ◆ 超額分階折付總金額(C) = Σ 醫院階1、階2、階3、階4之點數依點值0.75、0.5、0.25、0給付之總金額

- ◆ 預算不足 (從階3→階2→階1開始下修)

由左至右依序下修	階3	階2	階1	階3	階2	階1	階3	階2	階3	階2	階3
點值下限	0.2	0.45	0.7	0.15	0.4	0.65	0.1	0.35	0.05	0.30	0

階1、階2、階3、階4給付點值最多下修至0.65、0.3、0、0

- ◆ 預算剩餘(從階1→階2→階3開始上修)

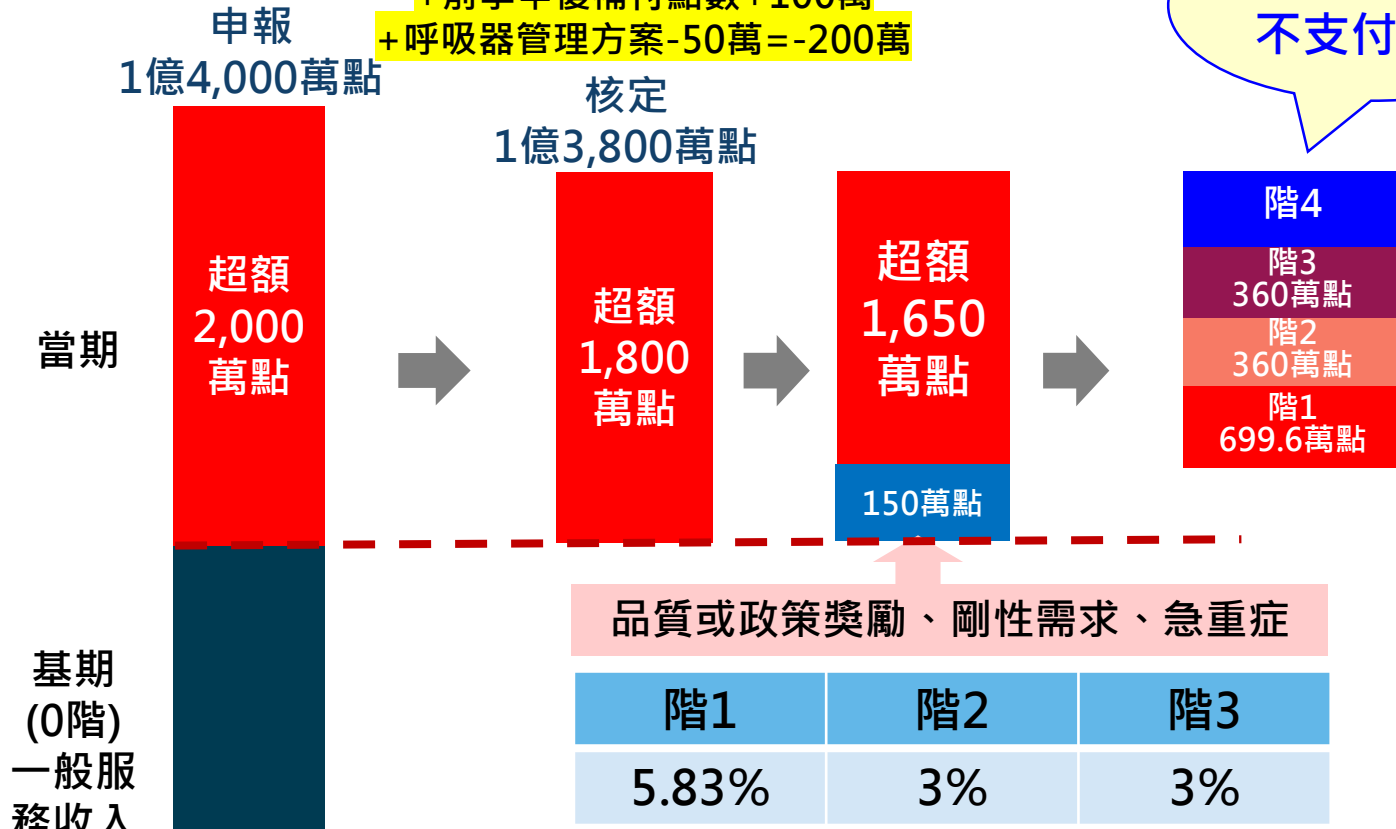
由左至右依序 下修	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1	階2	階3	階1	階2	階3
點值下限	0.85	0.55	0.3	0.9	0.6	0.35	0.95	0.65	0.4	1	0.7	0.45

依階1、階2、階3的順序增加點值0.05，直到預算用完，惟階1、階2、階3點值最多上調至1，階4點值仍維持0

超額醫院當季追扣範例

A醫院

當季初核核減點數-250萬
+前季申復補付點數+100萬
+呼吸器管理方案-50萬=-200萬



虛擬收入計算

預算不足時，需下修每階點值



- 虛擬收入：1億2,873.7萬
- 方案需追扣926.3萬(1億3,800萬-1億2,873.7萬=926.3萬)
- 該醫院收入較去年同期增加873.7萬

其他專案抽審
追扣及風險移
撥款補付不在
此內。

中區因應作為(1/3)

中區原方案	114年新方案
- 列入攤扣醫院季申報3600萬點以上醫院(50家) - 特定項目管理-季申報點數3600萬點以下醫院之醫療費用點數 - 設定整體管理額度，若有超出，以各醫院申報點數占率4成，及超出基準值成長貢獻率6成，扣除整體超出點數。 113年整體未有超出點數核減	除矯正機關醫院外， 全數醫院列入折付(98家)
隨機+立意+專案審查	維持現行審查(分級審查作業修訂)
提升自主效能核減	暫不執行 (視方案執行結果，滾動檢討)
品質指標管理	維持現行考核機制 配合本署重要計畫及政策推展項目研擬114年執行項目
長期使用呼吸器管理方案	維持現行管理及平時考核作業

中區因應作為(2/3)

中區原方案	114年新方案
單價指標管理 各院設定4項單價目標值，超出予以核減	◆ 醫院合理成長率指標中歸戶人數低於-5%者 - 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 × 基期單價(D) × (F-G) × 基期平均點值， 下修至基期收入(0階) 1點0.94元或該院該季一般服務項目點數，取其低。
預設目標點值：0.935~0.95 每季管理方案核減：7.5億~19.65億	依預設目標點值進行折付 高推估每季核減(折付):13億~30億

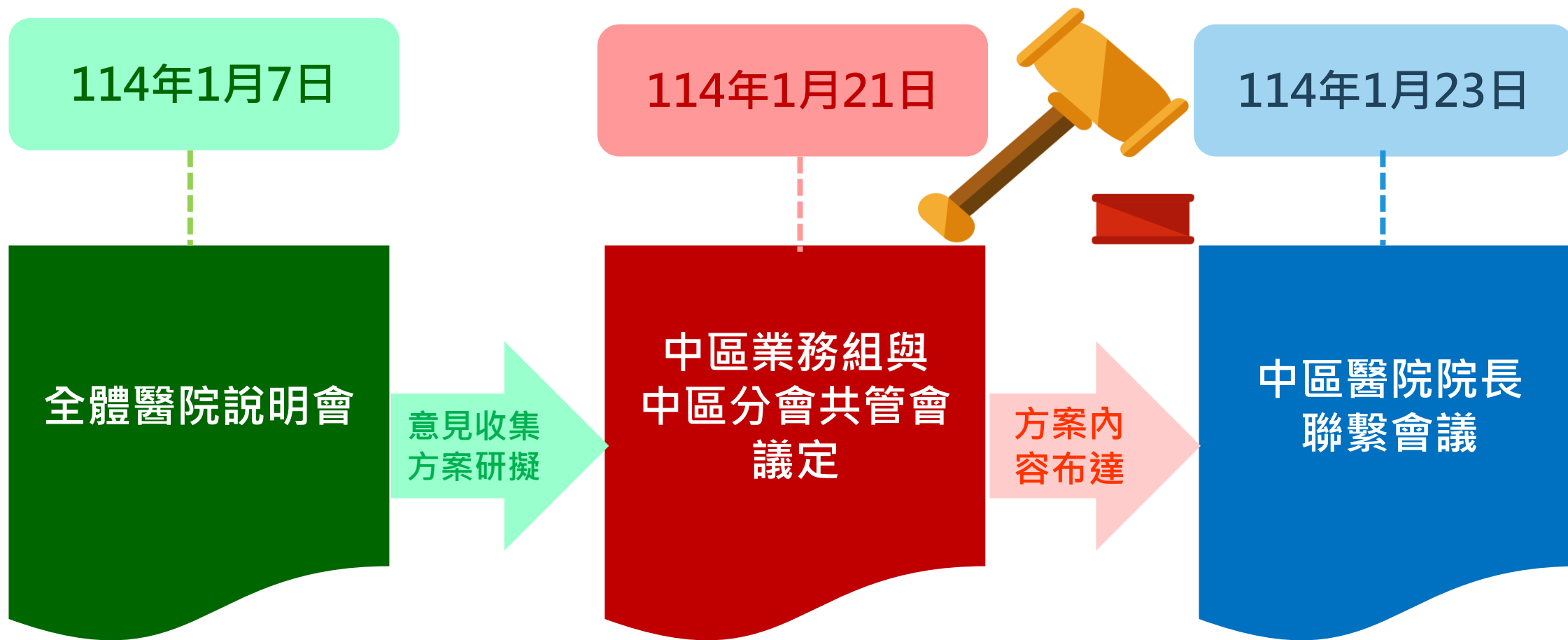
挑戰：執行新方案須先做大筆核減(折付)，於3個月後之署本部點值結算始補付，
故醫院須留意財務金流應做準備

中區因應作為(3/3)-小型醫院費用波動調控

- ◆ 當季一般服務項目申報點數小於 5,000萬之醫院，倘該院**虛擬實付點值<0.9**，回補至該院虛擬實付點值至 0.9，整體回補**上限為3,000萬**。
- ◆ 虛擬實付點值定義：
$$\{ (\text{階0+品質及政策獎勵、剛性需求、急重症+階1~3}) \times \text{預設點值} \} \div$$

(當季一般服務項目申報點數-當季初核核減點數-呼吸器管理方案核減點數)
- ◆ 有以下情形，則不進行回補：
 - 因**人數減少單價過高**，而下修基期者
 - 有涉**違規**事件揭露新聞事件(本署查核單位、檢調相關單位或經司法單位判定結果須處以罰則)

114年中區醫院總額管理方案研擬執行時程





-THANK YOU-