

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

112 年醫院總額管理方案

依中央健康保險署中區業務組與醫院總額中區執行分會 112 年第 1 次共同管理會議決議辦理

訂定日期：112 年 1 月 11 日

依中央健康保險署中區業務組與醫院總額中區執行分會 112 年第 3 次共同管理會議決議辦理

訂定日期：112 年 7 月 19 日

一、管理方案的規劃原則

- (一) 公平、合理及同儕制約。
- (二) 穩定點值的責任全體醫院共同承擔。

二、管理方案實施依據

- (一) 「全民健康保險醫事服務機構特約及管理辦法」第 2 條。
- (二) 「全民健康保險醫療費用申報與核付及醫療服務審查辦法」第 22 條。

三、管理方案的執行模式

(一) 分級審查作業

1. 各醫院進入專業審查程序，樣本依例行隨機抽樣產生，並依據當季總申報點數（含送核及補報）較分級審查基準值成長概況設定分級審查送審比率，送核案件依其比率辦理，補報案件審查仍以逐案送審為原則。

2. 分級審查抽樣送審比率設定如下：

(1) 季申報點數 3 千 6 百萬點（含）以上醫院

- A. 超出基準值 0%（含）以下：送審隨機樣本數的 10%
- B. 超出基準值 0%~1%（含）：送審隨機樣本數的 30%
- C. 超出基準值 1%~3%（含）：送審隨機樣本數的 50%
- D. 超出基準值 3%~5%（含）：送審隨機樣本數的 70%
- E. 超出基準值 5%以上：送審隨機樣本數的 100%

(2) 季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院

- A. 超出基準值 1%（含）以下：送審隨機樣本數的 10%
- B. 超出基準值 1%~2%（含）：送審隨機樣本數的 30%
- C. 超出基準值 2%~4%（含）：送審隨機樣本數的 50%
- D. 超出基準值 4%~6%（含）：送審隨機樣本數的 70%

E. 超出基準值 6%以上：送審隨機樣本數的 100%

3. 為計算各院當季總申報點數（含交付處方）較分級審查基準值成長概況，相關規範：

(1) 當季最後一個月之門住診送核案件申報需於次月 20 日前完成，且門住診送核案件申報日不得間隔 3 天以上，否則以送隨機樣本比率 100%方式處理送審樣本數。

例如：第一筆在 4 月 7 日申報，最後一筆必須於 4 月 9 日前申報。

(2) 若醫院於當季任一門住診別申報資料不足 3 個月者，即該診別不符減量抽審及分級審查作業，需恢復以逐月電腦隨機抽審樣本數 100%；另一診別（有申報 3 個月資料）則視檔案分析結果予以調整分級審查送審比率。

4. 分級審查基準值以「111 年基準值為基礎，外加增減因素」及「近 4 年（108 年、109 年、110 年、111 年）同期分級審查申報點數反映該季初核核減率後，取 3 年高之平均」，兩者取其高，作為 112 年分級審查基準值。

(1) 本項含交付處方，不含門診代辦業務案件、急診品質提升方案獎勵點數、生產案件、提供矯正機關收容人醫療服務計畫案件、急性後期整合照護計畫（PAC）評估費與獎勵費點數、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件、門住診 C 型肝炎全口服新藥醫令點數、法定傳染病（案件分類 C5）案件、精神科長效針劑、住院整合照護管理費（每日）。

(2) 增減因素為 111 年單價與品質管理結果加總，即住院每人次平均非藥費單價、門診每人平均非藥費單價、門診每人平均一般藥費單價、住院每人平均一般藥費單價及品質指標，加總後僅反映正值，負值不予反映。

5. 若醫院因涉違規事件揭露（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，則本署於事件揭露或司法判定結果最近一季取消分級審查作業資格，採原專業審查作業辦理（逐月/減量三抽一隨機案件全數審查），惟視違規事件情節輕重及專業審查結果，酌情判定是否予以回復分級審查作業資格。

（二）依樣本月核減率回推至當季未審查月份，產生核定點數，後續申復、爭

審流程按例行作業執行。

(三) 本方案之單價指標、品質指標、特定項目、提升自主管理效能及整體檔案分析核減等所屬費用業經核定，依據本組與醫院總額中區執行分會共識決議，不得提起申復、爭審及行政訴訟之程序。

(四) 單價指標及品質指標：季末計算管理結果，增減核定點數。

1. 單價指標

(1) 住院每人次平均非藥費單價

A. 目標值設定原則：

- 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數（分子）和列計人次（分母）計算，CMI 值採 111Q1 予以校正。
- 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

B. 核扣原則：超出目標值全數核減

(2) 門診每人平均非藥費單價（含交付處方）

A. 目標值設定原則：

- 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數（分子）和列計人數（分母）計算，CMI 值採 111Q1 予以校正。
- 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

B. 核扣原則：超出目標值全數核減

(3) 門診每人平均一般藥費單價（含交付處方）

A. 目標值設定原則：

- 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數（分子）和列計人數（分母）計算。
- 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

B. 核扣原則：超出目標值全數核減。

(4) 住院每人平均一般藥費單價（排除 TW-DRG 案件_案件分類 5）

A.目標值設定原則：

- 各院實績值：以 109Q4、110Q1、110Q4、111Q1 之列計點數（分子）和列計人數（分母）計算。
- 新目標值=各院實績值 50%+原目標值 50%。若計算後低於原目標值，則採原目標值。

B.核扣原則：超出目標值全數核減。

- (5) 持續監測疫情影響整體就醫結構變化情形，滾動檢討單價考核方式，視情況啟動單價考核調整作業，參採增減因素調整反映成數，進行單價考核結果調整。自 112 年第 3 季起，因素 2（有無收治疑似或確診病患）改為擷取住診 COVID-19 中重症通報疾管署確診個案，以反映於住診藥費及住診非藥費單價，另取消因素 3（是否為指定應變醫院）。

A. 因素 1：各醫院門、住醫療費用點數成長率

B. 因素 2：住診 COVID-19 中重症通報疾管署確診個案

C. 因素 4：價量關係（成長率差距）

D. 因素 5：重大傷病件數和慢性病件數占率增加幅度

2. 品質指標

項目（1）、（4）、（7）、（11）、（12）、（13）、（14）、（15）之增減點數採件數（個案數）計算；其餘各項指標之增減點數為相關權重（ $\pm 0.05\% \sim 0.15\%$ ）乘以當季送核案件（總額內不含專款專用、BC 肝醫令藥費及交付處方）之核定數。

(1) 精神科病人出院後 30 日內門診追蹤治療率（+）

(2) 以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率（+/-）

(3) 以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率（+/-）

(4) 病患死亡前安寧利用率（+）

(5) 健保醫療服務無紙化審查方案（+）

(6) 門診檢驗（查）合理區間再執行率（-）

(7) 門診整合照護計畫（+）

(8) 健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業（+/-）

- (9) 即時上傳-檢驗（查）結果上傳率（+/-）
 - (10) 即時上傳-醫療影像上傳率（+/-）
 - (11) 居家醫療照護整合計畫（+）（風險調整移撥款）
 - (12) 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵（+）（風險調整移撥款）
 - (13) 虛擬健保卡開發設定及使用獎勵（+）（風險調整移撥款）
 - (14) 主動脈剝離手術病患照護區域聯防（+）（風險調整移撥款）
 - (15) 腦中風經動脈內取栓術病患照護區域聯防（+）（風險調整移撥款）
3. 單價與品質指標各項目操作型定義暨考核方式，詳見本方案附件。

（五）特定項目管理

1. 個別目標點數設定之項目

長期使用呼吸器管理方案：112 年仍維持目標點數管理且所有醫院採取一致管理原則（詳見健保署中區業務組 112 年長期使用呼吸器管理方案）。

2. 特定項目整體額度設定之項目

(1) 管理項目類別

A. 季申報點數 3 千 6 百萬點以下醫院之醫療費用點數（含交付處方）

沿用 111 年列入之醫院名單，每年檢視其申報規模予以調整列入醫院，婦幼專科醫院及精神專科醫院酌情另予考量。

B. 急診檢傷分類 1 級或 2 級、住院重大創傷及住院癌症手術之醫療費用點數

C. 門住診癌症化學治療藥費

D. 門診單張處方藥費大於 6000 點且為重大傷病（部分負擔代號“001”）之藥費（含交付處方）

註記：以上特定項目各項數據資料依上列先後順序擷取。

(2) 特定項目整體管理額度設定與核減原則

A. 項目（A）（B）（D）當季整體額度：111 年各季整體基準值 $\times$ （1+最近一年平均點數成長率）；項目（C）當季整體額度：111 年各季整體核定數 $\times$ （1+最近上半年度或下半年人數成長率）。惟若有大幅成長源自不

可控因素，經評估或經本組與醫院總額中區執行分會討論後同意者，得增加其成長率。

B.如有超出整體額度之項目，則以各醫院該項之申報點數占率 4 成及基準值成長貢獻率 6 成，核算扣除該項整體超出點數；項目（C）之各醫院成長貢獻度採各院癌症化學治療藥費每人單價（經 CMI 值校正）與全國醫學中心比較，以總單價超出點數列計。

C.不定期立意抽審急診檢傷分類 1、2 級診察費案件，送專業審查其適當性，結算時自項目（B）之急診檢傷分類 1、2 級（in_amt_3a_y100）扣除最近一次審查不合理件數比率申報點數後，反映於整體檔案分析核減項目之申報點數。

(3) 個別醫院基準值設定原則：項目（A）以 111 年基準值為基礎，外加增減因素。項目（B）、（D）沿用 111 年基準值。項目（C）不採列個別醫院基準值。

3. 上述特定管理項目不含代辦業務、其他部門、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件、專款專用、生產案件及 BC 肝用藥醫令點數。

（六）提升自主管理效能

為維持本組管理方案設定分級審查作業機制之目的，期使醫院自主管理及維護醫療服務提供之合理性，所有醫院須共同承擔提升自主管理效能和專業審查品質之責，確保醫療資源合理運用，抑制醫療資源不當耗用，保障良善醫事服務機構申報之醫療費用總額給付點值。作業執行方式如下：

1. 112 年第 1、2 季設定提升自主管理效能項目上限為一般服務項目申報點數（不含交付）之 1.5%；112 年第 3、4 季為 2%。

2. 倘該季初核核減點數未達一般服務項目申報點數（不含交付）之核減上限，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。

(1) 各院核減點數 = (該季提升自主管理效能核減上限 - $\sum$ 各院初核核減點數 i) $\times$ 各院初核核減點數占率

(2) 各院初核核減點數占率 = 各院初核核減點數 i / $\sum$ 各院初核核減點數 i

(3) 範例：該季一般服務項目申報點數（不含交付）為 260 億，提升自主管理效能項目為 $260 \text{ 億} \times 2\% = 5.2 \text{ 億}$ ，倘該季初核核減點數為 1.5 億，則各醫院核減點數 = $(5.2 \text{ 億} - 1.5 \text{ 億}) \times \text{各院初核核減點數占率}$ 。

3. 一般服務項目點數（不含交付）係指中區醫院總額管理方案之管控點數計算邏輯說明中「一般服務項目點數(不含交付)=總醫療費用點數(A)-代辦業務及其他部門(B)-專款專用(C)」。

4. 本項核減執行時機及核減點數：

(1) 執行審查、單價品質考核及特定項目後，已達預設點值，則不執行提升自主管理效能核減。

(2) 提升自主管理效能核減點數若已達預設點值，則不全數反映。

(3) 提升自主管理效能核減點數全數反映後，仍未達預設點值，則執行整體檔案分析核減。

5. 個別醫院核扣上限：112 年第 1、2 季「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高為 3%。112 年第 3、4 季「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高為 4%。

(七) 整體檔案分析核減

季末試算點值，若未達預設目標點值，則執行整體檔案分析核減。整體檔案分析核減項目之核減比率將視「專業審查核減率」及「醫療費用成長情形」調整，112 年以各醫院申報點數占率 3 成及基準值成長貢獻率 7 成核算。

1. 整體檔案分析核減之基準值及申報點數不含代辦業務、其他部門、門診後天免疫缺乏病毒確診開始服藥兩年後案件、專款專用、生產案件、BC 肝用藥醫令點數及（五）之特定項目。

2. 整體檔案分析核減基準值計算原則

(1) 以「111 年基準值為基礎，外加增減因素」及「以近 4 年（108 年、109 年、110 年、111 年）同期整體檔案分析核減申報點數反映該季初核核減率後，取 3 年高之平均，並經調整至整體可用額度」，兩者取其高，作為 112 年整體檔案分析核減基準值。若有新設醫院或新增病

床，得依 99 年 5 月 20 日健保局中區業務組與中區醫院代表聯繫會第 34 次會議決議之增加目標點數計算原則予以增加基準值。

(2) 增減因素為 111 年單價與品質管理結果加總，即住院每人次平均非藥費單價、門診每人平均非藥費單價、門診每人平均一般藥費單價、住院每人平均一般藥費單價及品質指標，加總後僅反映正值、負值不予反映。

(3) 基準值成長貢獻率之計算排除急性後期整合照護計畫案件點數(門診為案件分類『E1』且整合式照護計畫註記『1、N、3、4、5、6』，住院為案件分類『4』且試辦計畫代碼『1、2、3、4、6』或試辦計畫代碼『1、2、3、4、5、6』)。

3. 整體檔案分析核減公式

(1) 各醫院檔案分析核減點數

=整體檔案分析核減點數*【申報點數占率*0.3+基準值成長貢獻率*0.7】

(2) 整體檔案分析核減點數=總核定點數-(總額/預估點值)

A. 申報點數占率=申報點數 $\div$ Σ 申報點數 i

B. 基準值成長貢獻率=超出基準值點數 $_Bi \div \Sigma$ 超出基準值點數 $_Ai$

C. 超出基準值點數 $_A$ =申報點數-整體檔案分析核減基準值

D. 超出基準值點數 $_B$ =申報點數-急性後期整合照護計畫案件點數-整體檔案分析核減基準值

4. 整體檔案分析核減回補機制

配合整體檔案分析核減點數占總申報點數比率調整，倘核減比率為 3% (4%)，則回補對象為核減比率 3.75% (5%) 以上之醫院，就其超出 3.75% (5%) 以上的點數進行回補，醫學中心、區域醫院回補以 5 成為上限，地區醫院回補以 6 成為上限，且全區回補點數上限設定 8 千萬點。

5. 為計算整體檔案分析核減之申報點數占率及基準值成長貢獻率，各季補報案件於次季第 2 個月的 10 日(含)前受理完成，如 112 年第 1 (2) 季案件於 112 年 5 月 10 日 (112 年 8 月 10 日) 前完成受理程序，逾時補報之案件不予受理。代辦案件請另依權責機關(如:疾管署、國健署)規定

辦理。

6. 若有特殊狀況影響醫院營運管理之訴求，須於預估費用發生之前一季第 2 個月 15 日前來函提出，提共管會議討論議定。

中區醫院總額管理方案架構示意圖

