

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

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。
- (三) 各項基準值以定基為原則，單價及品質管理結果列入基準值之增減因子。

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

(1) 當季最後一個月之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) 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。

例如：112年3月門住診送核案件申報需於112年4月20日前完成。

(3) 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（負值全數）、門診每人平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均一般藥費單價（負值全數）、住院每人平均一般藥費單價（負值全數）及品質指標（全數），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。惟本方案之單價指標、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，依據本組醫院共同管理會議共識，不得提起申復、爭審及行政訴訟之程序。

(三) 單價指標及品質指標：於季末計算管理結果，增減核定點數。

1. 單價指標

(1) 住院每人平均非藥費單價

A. 目標值設定原則：

沿用 111 年第 4 季目標值

- 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：

沿用 111 年第 4 季目標值

- 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：

沿用 111 年第 4 季目標值

- 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：

沿用 111 年第 4 季目標值

- 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。若 COVID-19 疫情由第 5 類法定傳染病降為第 4 類以下之等級，則調整因素 2(有無收治疑似或確診病患)、因素 3(是否為指定應變醫院)予以終止：

- A. 因素 1：各醫院門、住醫療費用點數成長率
- B. 因素 2：有、無收治 COVID-19 疑似或確診病患
- C. 因素 3：是否為 COVID-19 指定應變醫院
- D. 因素 4：價量關係(成長率差距)
- E. 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

除項目 (1)、(4)、~~(5)~~、(8)、(12)、(13)、(14) 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（±0.05%~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) ~~分級醫療轉診推動計畫 (+)~~
- (6) 健保醫療服務無紙化審查方案 (+)
- (7) 門診檢驗 (查) 合理區間再執行率 (-)
- (8) 門診整合照護計畫 (+)
- (9) 健保醫療資訊雲端查詢系統推動作業 (+/-)
- (10) 即時上傳-檢驗 (查) 結果上傳率 (+/-)
- (11) 即時上傳-醫療影像上傳率 (+/-)
- (12) 居家醫療照護整合計畫 (+)
- (13) 糖尿病及初期慢性腎臟病照護整合方案照護獎勵 (+)
- (14) 虛擬健保卡開發設定及使用獎勵 (+)
- (15) 醫院總額風險調整移撥款執行計畫 (+) 擇定項目待中區執行分會討論後公告

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。

(四) 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. 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)

沿用前一年 (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) 整體管理額度設定與核減原則

- A. 項目 (A) (B) (D) 以 111 年各季整體基準值乘以 (1+最近一年平均點數成長率) 為當季整體額度；項目 (C) 以 111 年各季整體核定數乘以 (1+最近上半年度或下半年人數成長率) 為當季整體額度。惟若有大幅成長源自不可控因素，經評估或經本組醫院共同管理會議討論後同意者，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；惟項目 (C) 之各醫院成長貢獻度計算係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. 另不定期立意抽審 1 個月之急診檢傷分類 1、2 級診察費案件，送請專業審查檢傷分類之適當性，結算時依據最近一次審查結果之不合理件數比率自項目 (B) 之急診檢傷分類 1、2 級 (in_amt_3a_y100) 扣除申報點數後，將其反映於整體檔案分析核減項目之申報點數中。

(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. 所列之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。

(五) 提升自主管理效能項目

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. 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%。

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 1.5%，則依各院初核核減點數占率反映核減點數。
3. 各醫院提升自主管理效能核減點數=(一般服務項目申報點數(不含交付) \times 1.5%－初核核減點數) \times 各院初核核減點數占率。
4. 各院初核核減點數占率=各院初核核減點數 i / Σ 各院初核核減點數 i
 例如：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 億 \times 1.5%=3.9 億，倘該季初核核減點數為 1.5 億，則各醫院核減點數=(3.9 億-1.5 億) \times 各院初核核減點數占率。
5. 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)」。
6. 整體核減上限：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。提升自主管理效能整體核減點數若已達預設點值，則不全數反映。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。
7. 個別醫院核扣上限：「提升自主效能核減點數÷送核申報醫療費用」最高為 3%。

(六) 整體檔案分析核減

季末試算點值，若未達預設目標點值，則產生整體檔案分析核減點數。將視「專業審查核減率」及「醫療費用成長情形」，調整整體檔案分析核減項目之核減比例，以各醫院申報點數占率 3 成及基準值成長貢獻率 7 成核算予以扣除之。

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(四)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（負值全數）、門診每人平均非藥費單價（負值全數）、門診每人平均一般藥費單價（負值全數）、住院每人平均一般藥費單價（負值全數）及品質指標（全數），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 i / Σ 申報點數 i

B. 基準值成長貢獻率=超出基準值點數 $_B$ / Σ 超出基準值點數 $_A$

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例調整，倘核減比例為 3%（4%），則回補對象為核減比值 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。

中區醫院總額管理方案架構示意圖

