

附件 3

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

110 年醫院總額管理方案

訂定日期：110 年 1 月 14 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) 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，送核案件依分級審查結果辦理，補報案件審查仍以逐案送審為原則。
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。

分級審查抽樣送審比率如下：

- 1. 季申報點數 3 千 6 百萬點（含）以上醫院
 - (1) 超出基準值 0%（含）以下：送審隨機樣本數的 0%
 - (2) 超出基準值 0%~1%（含）：送審隨機樣本數的 30%
 - (3) 超出基準值 1%~3%（含）：送審隨機樣本數的 50%
 - (4) 超出基準值 3%~5%（含）：送審隨機樣本數的 70%
 - (5) 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
 - (1) 超出基準值 1%（含）以下：送審隨機樣本數的 0%

- (2) 超出基準值 1%~2% (含)：送審隨機樣本數的 30%
 - (3) 超出基準值 2%~4% (含)：送審隨機樣本數的 50%
 - (4) 超出基準值 4%~6% (含)：送審隨機樣本數的 70%
 - (5) 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：110 年 3 月門住診送核案件申報需於 110 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 109 年基準值為基礎，外加增減因素。
- (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。
 - (2) 增減因素為 109 年單價與品質管理結果加總，即住院每人平均非藥費單價 (負值 5 成全數)、門診每人平均非藥費單價 (負值 5 成全數)、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. 連續 4 季未達分級審查基準值者，每年至少抽審 1 季，抽審醫院名單及季別由本業務組隨機產生，樣本月之送審比率為隨機樣本數的 20%，核減結果回推至該季另外二個未審查月份。另若門診或住診經專業審查結果，樣本核減率大於 15% (含)，則連續抽審該醫事類別。
6. 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) 季末計算單價指標及品質指標管理結果，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 109 年第 4 季目標值

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 109 年第 4 季目標值

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 109 年第 4 季目標值

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 109 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減。

(5) 若觀察國內疫情影響醫院病人就醫結構，4 項單價考核作業方式將依 5 項增減因素調整單價核扣反映成數如下，因 109 年疫情影響，調整因

素 1 比較基期採各院 108 年和 109 年同期擇高計算其成長率，因素 4、5 比較基期與因素 1 一致。

- 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 (4)、(5)、(8)、(12) 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) 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新收案及照護費獎勵計畫 (+)~~ 醫院總額風險調整移撥款執行計畫(+)(待執行分會開會決議)

3. 本大項之各指標項目操作型定義暨考核方式，詳見本方案附件(待公告)。

(四) 特定項目管理

1. 個別目標點數

110 年長期使用呼吸器管理方案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 110 年長期使用呼吸器管理方案）。

2. 管理項目額度設定

(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（109 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 109 年各季整體基準值乘以（1+最近一年平均點數成長率）予以設定當季整體管理額度；項目（C）以 109 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）予以設定當季整體管理額度。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. 如有超出整體管理額度之項目，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. 另採不定期立意抽審 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 109 年基準值為基礎，外加增減因素。項目（B）、（D）沿用 109 年基準值。項目（C）不採列個別

醫院基準值。

3. 本大項不含代辦業務、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) 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 109 年基準值為基礎，外加增減因素。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 109 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 ~~5 成~~ 全數)、門診每人平均非藥費單價 (負值 ~~5 成~~ 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

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】

註記:

整體檔案分析核減點數 = 總核定點數 - (總額 / 預估點值)

- (1) 申報點數占率=申報點數 i/Σ 申報點數 i
- (2) 基準值成長貢獻率=超出基準值點數 $_Bi/\Sigma$ 超出基準值點數 $_Ai$
- (3) 超出基準值點數 $_A$ =申報點數-整體檔案分析核減基準值
- (4) 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，回補以 5 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，逾期申報資料則累到次季併計。如 110 年第 1 (2) 季案件於 110 年 5 月 10 日 (110 年 8 月 10 日) 前完成受理程序。

中區醫院總額管理方案架構示意圖

