

衛生福利部中央健康保險署中區業務組

109 年醫院總額管理方案

訂定日期：109 年 1 月 10 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：109 年 3 月門住診送核案件申報需於 109 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 108 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 108 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)、門診每人平均非藥費單價 (負值 5 成)、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）住院每人次平均非藥費單價

A. 目標值設定原則：

沿用 108 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 108 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 108 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 108 年第 4 季目標值

B. 核扣原則：超出目標值全數核減。

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) 28 日內再執行率 (-)
- (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 (+)

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。

(四) 特定項目管理

1. 個別目標點數

109 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 **109** 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 (**108** 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 108 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 108 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 108 年基準值為基礎，外加增減因素。項目 (B)、(D) 沿用 108 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 108 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 108 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）、門診每人平均非藥費單價（負值 5 成）、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}/Σ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 109 年第 1（2）季案件於 109 年 5 月 10 日（109 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

