

中央健康保險局中區分局醫院總額管理點值穩定方案

壹、目的

為增進本分局與中部醫院良性互動，有效提升醫療品質，控制醫院總額點值在合理範圍，實施本穩定方案作業。

貳、實施期間：98 年第 3 季起。

參、方案內容

- 一、 參加對象：本分局轄區醫院（排除一年內曾受停約處分之醫院）。
- 二、 參加方式：參加醫院依本方案與健保局中區分局協商議定，雙方簽立同意書並換文後實施。

三、 協商項目

（一） 目標點數協商原則

- 1、 排除項目：代辦業務、其他部門及專款專用。
- 2、 總額項目依據管理需要分為下列 3 大區塊：

(1)長期使用呼吸器目標點數。

(2)全分局單一整體目標點數：

A.門住診化療藥品(含口服及注射)。

B.門住診放射線治療。

(3)一般項目之目標點數。

- 3、 一般項目之目標點數計算方式：

個別醫院目標點數

=可分配整體目標點數*個別醫院目標點數之基礎點數占率

- (1)可分配整體目標點數：以 98 年第 3 季及 98 年第 4 季之目標點值預設為 0.94 及 0.93 前提下計算之。

(2) 個別醫院目標點數之基礎點數占率

= 個別醫院核定點數 / Σ 個別醫院核定點數

4、目標點數之基礎點數調整因素(如附件 1)：該調整因素於 98 年目標點數設定時暫不列入考量，將於 99 年列入考量以調整各醫院目標點數可分配占率，惟其調整成數，將於評估 98 年實施該方案之成果後，再予以修訂。

5、各院目標點數每半年分配一次，洽定後不再更動，各季互不流用。

(二) 給付模式

1、季結算。

2、結算模式

(1) 體系醫院採合併結算。

(2) 長期使用呼吸器及一般項目，超出目標點數部分逕予以核減。

(3) 全分局單一整體目標點數：

A、門住診化療藥費：整體未超出則核實給付；整體超出部份，40%

以自身申報點數占整體申報點數之比率計算扣除點數，60%以自身

成長貢獻度計算扣除點數。例如：整體超出 3 百萬，A 醫院藥費

占率 11%，成長貢獻度 8%，則 A 醫院分攤扣除額度為：3 百萬

$\times (11\% \times 0.4 + 8\% \times 0.6) = 27$ 萬 6 千元。

B、門住診放射線治療：

以自身超出上限單價部份計算扣除點數後，整體超出部份，再以自

身申報點數占整體申報點數之比率計算扣除點數。

(4) 一般項目之目標點數增減因子(如附件 1)：於當季結算時，考核增減

因子結果，逕於當季反映增減目標點數，個別醫院總增減點數上限為當季目標點數的 0.35%。

(5)提昇品質鼓勵項目考核指標(如附件 1)：於當季結算時，考核指標項目管理結果，達成目標者予以增加一般項目之目標點數每一項 0.15%，未達成者不予扣減。

(6)其他增減點數項目：

A、回補機制：一般項目超出目標點數 6%以上者，最高回補 30%，整體回補上限總額度 5 千萬點。

B、對於民眾申訴或檢舉案件，依申訴或查核流程及規定進行，若有拒絕病人事實，有損民眾就醫權益或健保形象之情形，每一成案核扣點數 10 萬點。

C、參加本方案醫院，經檔案分析後進行專案立意審查或實地審查，若有核減情形則逕予追扣。

D、點值若達 0.97 以上或非穩定醫院成長率高於前一年同期，則回饋參加之醫院調整目標點數。

3、結算時點：於費用年月的次季中旬先作第一次初結算，次季末作最終結算。(例如 98Q3 於 98/11/15 前初結，98/12/20 前最終結算。)

(三) 98 年下半年目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核作業方式暨操作型定義(附件 1)。

肆、附註

一、本方案若有管理上的需要，得機動性的透過會議討論，調校之。

二、為配合結算期限，各季補報案件必須於次季最後一個月的 10 號前受理完成，逾期以 0 核付。如第三季案件必須於 12/10 前完成受理程序。

三、長期住院案件最長切帳間隔，若為首次切帳申報，其最長切帳間隔為入院日之次次月底，若為第二次以後之切帳申報其申報迄日為申報起日之次月底(60~61 天)，逾期天數按超出天數單價扣除。

例如：某案件入院日：980110 出院日為：980628

首次申報起迄為：980110~980331

第 2 次切帳申報起迄為：980401~980531

第 3 次切帳申報起迄為：980601~980628