

中央健康保險局中區分局醫院總額點值穩定方案

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 4 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 4 季之目標點值預設為 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):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,洽定後不再更動,各季互不流用。

(二) 給付模式

1、季結算。

2、於次季第 1 個月的 7 天內來函擇定管理模式為逕予核扣或分級審查。

(例如 98Q4 費用必須於 99 年 1 月 7 日前來函擇定管理模式)

3、採逕予核扣的結算模式

(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*(11%*0.4+8%*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)：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)：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、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。

C、結算時點：於費用年月的次季第 2 個月中甸執行首次結算，次季末執行最終結算。

例如：98Q4 於 99/2/15 前執行首次結算，99/3/20 前執行最終結算。

4. 採分級審查結算模式

(1) 長期使用呼吸器採超出目標點數部分逕予以核減。

(2) 一般項目採門住診及體系醫院合併計算超出比率，因此門住診及體系醫院申報日不得間隔 3 天以上，否則以超出比率 5%(含)以上的方式處理送審樣本數。

例如：第一筆在 1/7 申報，最後一筆必須於 1/9 前申報。

(3)採三抽一的方式實施減量抽審。

(4)依申報數與目標點數超出比率決定送審樣本數：

A、超出比率 0%(含)以下：免隨機樣本送審。

B、超出比率 0%(不含)~1%(不含)：送隨機樣本數的 20%。

C、超出比率 1%(含)~3%(不含)：送隨機樣本數的 50%。

D、超出比率 3%(含)~5%(不含)：送隨機樣本數的 70%。

E、超出比率 5%(含)以上：隨機樣本全數送審。

F、原需逐案審的高額案件送審比率得比照辦理。

(5)需全審之補報案件：

除呼吸器 IDS 之 RCC 及 RCW 案件外，其他補報案件於擇定分級審查時，需隨函檢送病歷相關資料以供專業審查。

(6)若補報量有異常情形，則不同意參加分級審查，以超出逕予核扣的結算模式處理。

(7)除長期呼吸器案件外，其他需列入隨機抽樣的案件，不分總額內或總額外，一律列為核減率的回推母體。

(8)一般項目之目標點數增減因子及提昇品質鼓勵項目考核指標之計算，同採逕予核扣的結算模式(4)(5)，於當季最終結算執行追扣補付。

(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(如附件)。

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、本分局得視檔案分析結果或品質審查需要，不定期立意抽審或實地審查，

其他代辦案件依原規定辦理。

- 三、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。
- 四、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。
- 五、為配合結算期限，各季補報案件必須於次季第二個月的 10 號前受理完成，逾期以 0 核付。如第四季案件必須於 2/10 前完成受理程序。
- 六、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