附件

行政院衛生署中央健康保險局中區業務組
100 年醫院總額管理方案

修訂日期：100.11.2

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共同承擔。

（三）醫院仍維持原有管理機制，單價及品質的管理結果列入核定數增減因子。

二、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，並依據當季總申報數（含交付處方）較分級審查基準值成長概況設定分級審查，補報案件則依一般審查流程執行。分級審查抽樣送審比率如下：

註記：分級審查基準值為 99 年各季校正後之總核定數，含非總額、專款專用及交付處方。（本項自 100 年第 3 季起不含門診代辦業務案件）

1. 總申報點數三千萬點(含)以上醫院（以 99 年第 1 季家數為依據）

(1)成長 0%（含)以下：送隨機樣本數的 0%

(2)成長 0% ~ 1%(含)：送隨機樣本數的 30%

(3)成長 1% ~ 3%(含)：送隨機樣本數的 50%

(4)成長 3% ~ 5%(含)：送隨機樣本數的 70%

(5)成長 5%以上：送隨機樣本數的 100%

2. 總申報點數三千萬點以下醫院

(1)成長 1%（含)以下：送隨機樣本數的 0%

(2)成長 1% ~ 2%(含)：送隨機樣本數的 30%

(3)成長 2% ~ 4%(含)：送隨機樣本數的 50%

(4)成長 4% ~ 6%(含)：送隨機樣本數的 70%

(5)成長 6%以上：送隨機樣本數的 100%

3. 為計算各院當季總申報數（含交付處方）較分級審查基準值成長概況，因此當季最後一個月之門住診申報日不得間隔 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。

（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。

（三）季末計算單價及品質管理結果，增減核定點數。

1. 單價指標

（1）門診每人平均非藥費單價（含交付處方）

_低於目標值全數回補，超出目標值核減 5 成

（2）門住診每人平均一般藥費單價（含交付處方且以 99 年各醫院目標單價再加入 99 年第 3 季門診單張處方藥費小計大於 6000 點且非重大傷病之藥費校正之）

_超出目標值核減 5 成

（3）門住診每人平均癌症放射線治療單價

本項指標 100 年第 1 季沿用 99 年管理模式及目標值，自第 2 季起則回歸醫院整體非藥費單價，本項指標刪除。

2. 品質指標：增加點數為各項指標之權重 0.1%~0.15%乘以當季送核案件（總額內不含專款專用及交付處方）之核定數

（1）以病例組合校正之住院案件出院後 14 日內再入院率(TW-DRGs V3.2 版)

（2）以病例組合校正之住院案件出院後 3 日內急診率(TW-DRGs V3.2 版)

（3）慢性病案件開立慢性病連續處方箋比率

（4）門診同藥理不同處方用藥日數重複率

（5）門診每人就醫次數

（6）門診糖尿病人論質計酬收案比例

（7）急診暫留床 2 日案件以上比率

（8）建構整合式照護模式並逐步朝促進醫療體系整合計畫

（9）醫院住院全人整合性照護計畫

（10）長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫(100 年修正獎勵指標)

（11）保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢比率

（12）精神科病人出院後 30 日內門診追蹤治療率

（13）初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案人數(自 100 年第 2 季起增列本項)

（四）特定項目管理

1.個別目標點數

100 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。(如附件)

2.設定整體額度

下列各項以 99 年的現況為基礎，整體成長率以近 1 年成長為設定基準，項目（1)(2)(4）計算採計點數成長，項目（3）則採計季歸戶人數成長。如有超出之項目，則以各醫院該項之申報數占率 4 成及成長貢獻率 6 成，核算扣除該項整體超出點數。惟若有大幅成長源自不可控因素且經聯繫會討論後同意者，得增加其成長率。

（1）99 年第 1 季申報數 3 千萬點以下醫院之醫療費用點數（含交付處方)，經統計有 60 家醫院，占率約 6.09%

（2）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

（3）門住診癌症化學治療藥費

（4）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：以上各項數據資料依上列先後順序擷取。

（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，以各醫院申報數占率 3 成及成長貢獻率 7 成核算予以扣除之。

1.整體檔案分析核減之申報數占率、成長貢獻率及整體檔案分析核減基準值不含下列各項：

（1）專款專用

A、罕病藥費

B、血友病藥費

C、BC 肝防治試辦計劃醫令藥費

D、移植手術個案當次住院醫療費用點數

E、移植術後門住診追蹤之抗排斥醫令藥費

F、醫療給付改善方案、孕產婦照護品質確保及諮詢服務試辦計畫醫令點數

（2）特定項目

A、長期使用呼吸器管理方案

B、季申報數3千萬點以下醫院之醫療費用點數

C、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

D、門住診癌症化學治療藥費

E、門診單張處方藥費小計大於6000點且為重大傷病(部分負擔代號”001”）之藥費

（3）門住診癌症放射線治療醫令點數

本項自100年第2季起不列入整體檔案分析核減之排除條件。

2.整體檔案分析核減基準值為定基值，以99年各季核定數為基礎試算之，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值。

3.整體檔案分析核減基準值試算原則如下：

（1）99年未參加穩定方案醫院

99年各季申報點數(含交付)*(1-各季初核減率)

（2）99年參加穩定方案醫院

99年各季預設點值0.925校正後目標點數+ 99各季單價及品質指標管理結果(正分項)

4. 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*【申報數占率*0.3+成長貢獻率*0.7】

註記:

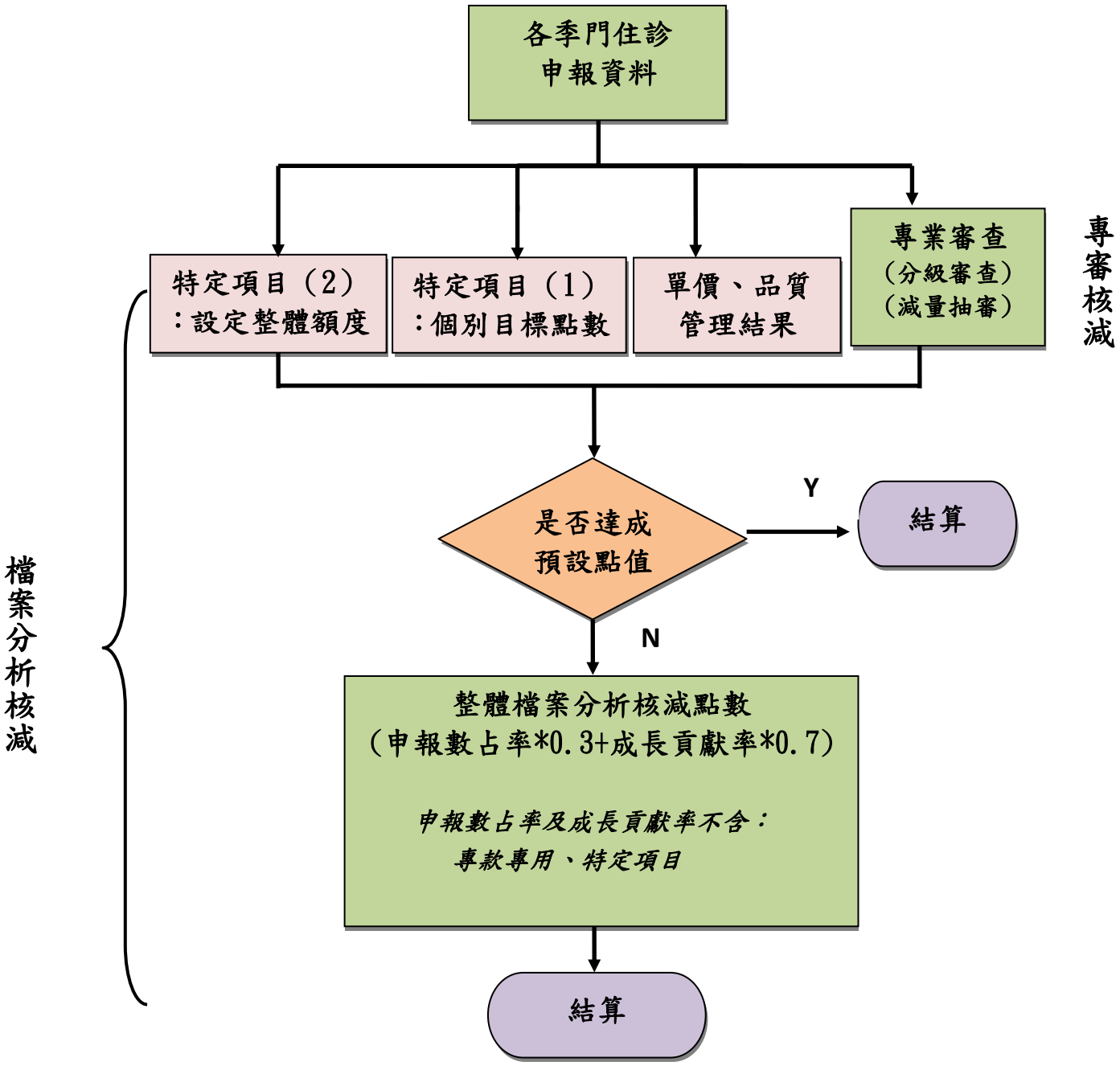
(1)整體檔案分析核減點數=總核定點數-(總額/預估點值)

(2)申報數占率=申報數i/Σ申報數i

(3)成長貢獻率=成長點數i/Σ成長點數i

(4)成長點數=申報點數-整體檔案分析核減基準值

5.為計算整體檔案分析核減之申報數占率及成長貢獻率，各季補報案件必須於次季第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100年第1(2)季案件必須於100年5月10日(100年8月

10 日)前完成受理程序。

100 年中區醫院總額管理模式