

## 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組

### 101 年醫院總額管理方案

訂定日期：101.06.27

#### 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。

本項含交付處方，排除門診代辦業務案件。自 101 年第 2 季起排除項目增列急診品質提升方案獎勵點數及生產案件。

分級審查抽樣送審比率如下：

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。

4. 分級審查基準值以 99 年定基值為基礎，外加增減因素，含非總額專款專用及交付處方，排除門診代辦業務案件。**(自 101 年第 2 季起排除項目增列急診品質提升方案獎勵點數及生產案件)**

增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。

5. 當季未達分級審查基準值者，且前 4 季未經專業審查之醫院，自 101 年起每年至少抽審 1 季，樣本月之送專審比率為隨機樣本數的 10%(至少 5 件)，核減結果回推至該季另外二個未審查月份。抽審醫院名單及季別由本業務組隨機產生。

(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，依據本組醫院聯繫會議共識，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)

A、目標值設定原則(與 100 年目標值比較，擇高設定)

$$=(100 \text{ 年目標單價} \times 0.5) + (100 \text{ 年 2-3 季平均核定後單價} \times 0.5)$$

註：100 年核定後單價(即 100 年 2-3 季申報單價平均值\*(1-季平均初核減率))並以同儕申報平均單價 75 百分位為上限。

範例：A 醫院以 CMI 校正後 100 年目標單價為 1300 點，100 年 2-3 季平均申報單價為 1500 點，樣本月初核減率為 5%，同儕申報平均單價 75 百分位為 1400 點。

則 A 醫院

$$100 \text{ 年核定後單價} = 1500 \times (1 - 0.05) = 1425 \text{ 點}$$

$$101 \text{ 年目標單價} = (1300 \times 0.5) + (1400 \times 0.5) = 1350 \text{ 點}$$

B、核扣原則

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)

A、目標值設定原則

$$= 100 \text{ 年目標值} \times (1 + 100 \text{ 年第 3 季新舊藥價差幅度} \times 0.5)$$

註：新藥價以 100 年 12 月藥價調整為依據。

B、核扣原則

超出目標值核減 5 成

(3) 住院每人次平均非藥費單價(自 101 年第 2 季起增列項目)

A、目標值設定原則

$$= (99 \text{ 年 7 至 12 月以 CMI 校正後季平均申報單價} \times 0.4) +$$

$$(100 \text{ 年 1 至 9 月以 CMI 校正後季平均申報單價} \times 0.6)$$

註：

$$\text{CMI} = \Sigma (\text{各院各季 DRGi 件數} \times \text{DRGi 權重}) / \text{各院各季列計 DRG 案件數}$$

B、核扣原則

超出目標值核減 5 成

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) 醫院住院全人整合性照護計畫

(9) 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫

(10) 保險對象特定醫療資訊(管制藥品關懷名單)查詢比率

(11) 精神科病人出院後 30 日內門診追蹤治療率

(12) 初期慢性腎臟病醫療給付改善方案之收案人數

(四) 特定項目管理

## 1. 個別目標點數

101 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 100 年各季目標值為基礎，整體成長率以近 1 年成長為設定基準，項目 (1) (2) (4) 採計季平均點數成長率，項目 (3) 則採計季歸戶人數之季平均人數成長率。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。

個別醫院基礎值設定原則：項目 (1) 以 99 年定基值為基礎，外加增減因素。項目 (2) (3) (4) 以 100 年各季核定數為基礎值。

(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，自 101 年第 2 季起排除生產案件)

(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 4 成及成長貢獻率 6 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

G、醫院支援西醫基層總額醫療資源不足地區改善方案之醫療費用點數

H、急診品質提升方案品質獎勵點數（自 101 年第 2 季起增列項目）

## (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) 生產案件（自 101 年第 2 季起增列項目）

## 2. 整體檔案分析核減基準值計算原則

(1) 以 99 年定基值為基礎，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值。

(2) 增減因素為 100 年指標管理結果，即門診每人平均非藥費單價(負值 5 成；正值全數反映)、門住診每人平均一般藥費單價(負值 5 成)及品質指標(正值全數反映)。

## 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\*【申報數占率\*0.4+成長貢獻率\*0.6】

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 /  $\Sigma$  申報數 i

(3) 成長貢獻率=成長點數 i /  $\Sigma$  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

## 4. 整體檔案分析核減回補機制

適用原則為整體檔案分析核減點數與總申報點數比值大於 2.5%以上之

醫院，就其超出 2.5%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 6 千萬點。

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 101 年第 1(2)季案件於 101 年 5 月 10 日(101 年 8 月 10 日)前完成受理程序。 ，
- (六) 分級審查基準值、整體檔案分析核減基準值及特定項目基期值均為新舊藥價差幅度以 100 年第 3 季申報資料試算反映 5 成之校正後數據資料。(新藥價以 100 年 12 月藥價調整為依據)。

## 101 年中區醫院總額管理模式

