

# 行政院衛生署中央健康保險局中區業務組

## 102 年醫院總額管理方案

訂定日期：102 年 05 月 09 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，單價及品質的管理結果列入基準值增減因子。

### 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、生產案件及提供矯正機關收容人醫療服務計畫點數。

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。

4. 分級審查基準值以 101 年基準值為基礎，外加增減因素。

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、生產案件及提供矯正機關收容人醫療服務計畫點數。

增減因素為 101 年指標管理結果，即住院每人平均非藥費單價(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 3 季未經專業審查之醫院，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%，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。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。

(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、鼓勵指標、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) 季末計算單價指標及鼓勵指標管理結果，增減核定點數。

#### 1. 單價指標

(1) 住院每人平均非藥費單價

A、目標值設定原則

沿用 101 年目標值

B、核扣原則

超出目標值核減 5 成

(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 101 年目標值

B、核扣原則

超出目標值核減 6 成

(3) 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

沿用 101 年目標值

B、核扣原則

## 超出目標值核減 5 成

### 2. 鼓勵指標

增加點數為各項指標之權重 0.05%~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。惟新增氣喘方案照護率，自 102 年第 3 季起予以考核，若未達目標值則予以扣減 0.05%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) 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) 跨（同）院所門診同藥理醫療院所給藥日數重複率
- (4) 門診糖尿病人論質計酬收案比例
- (5) 醫院住院全人整合性照護計畫
- (6) 長期照護機構住民醫療利用整合性照護計畫
- (7) 精神科病人出院後 30 日內門診追蹤治療率
- (8) 初期慢性腎臟病(簡稱初期 CKD)方案照護率-月累計
- (9) 氣喘方案照護率-月累計(102 年第 3 季起)
- (10) CT 或 MRI 影像交換上傳率（規劃中）

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

102 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。(詳見健保局中區業務組 102 年長期使用呼吸器管理方案)

##### 2. 設定整體額度

下列各項以 101 年基準值為基礎，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。

個別醫院基準值設定原則：項目(1)以 101 年基準值為基礎，外加增減因素。項目 (2) (3) (4) 沿用 101 年基準值。

(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)

(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。

3. 本大項不含代辦業務、其他部門、專款專用及生產案件。

#### (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，102 年全分區各季整體檔案分析核減點數上限設定為當季總申報點數的 2.0%，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代辦業務、其他部門、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 101 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值。

(2) 增減因素為 101 年指標管理結果，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) 成長貢獻度之計算排除住院重症項目成長點數(住院重症定義為特定 TW\_DRG 項目權重值(RW)大於 3.0 且不屬於整體檔案分析排外之案件)及農曆過年除夕至初三期間門、急診案件成長點數(不含已列計特定項目之急診檢傷分類 1、2 級案件)。

#### 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 $B_i$ / $\Sigma$ 成長點數 $A_i$

(4) 成長點數 $A$ =申報點數-整體檔案分析核減基準值

(5) 成長點數 $B$ =申報點數-住院重症項目成長點數-春節除夕至初三門  
急診案件成長點數-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 102 年第 1(2)季案件於 102 年 5 月 10 日(102 年 8 月 10 日)前完成受理程序。

(六)分級審查基準值、特定項目基準值、整體檔案分析核減基準值及單價指標目標值已校正支付標準調整，支付標準調整以 101 年 9 月 13 日健保醫字第 1010051720 號公告為依據，以 101 年第 2 季申報資料試算之調整幅度，採計全數反映。

# 102 年中區醫院總額管理模式

