

111 年 Q2-Q4 東區醫院總額自主管理方案

壹、目的

- 一、強化醫院財務明確可控性、降低事後攤扣連動之不穩定性。
- 二、尊重醫院醫療專業自主管理，妥善運用醫療資源。
- 三、提升醫療服務審查效率，抑制不當醫療利用成長。

貳、實施期間

- 一、轄區內全數特約醫院皆應參與本方案並簽立附約(附件一)。
- 二、實施期間：自費用年月 111 年 4 月起至 111 年 12 月止。

參、方案內一般服務點數

- 一、範圍：各院各季以去年同期作為一般服務基期。

<u>當期</u>	<u>基期</u>
111Q2 申報費用	納入 110Q2 結算之費用年月 110 年 4、5、6 月之一般服務收入
111Q3 申報費用	納入 110Q3 結算之費用年月 110 年 7、8、9 月之一般服務收入 ^註 。
111Q4 申報費用	納入 110Q4 結算之費用年月 110 年 10、11、12 月之一般服務收入 ^註 。
註：部立花蓮、臺東醫院於 110 年疫情期間擔任應變醫院，致 110 年度第 3-4 季費用受影響，111Q3-111Q4 以 109 年度同期為基期。	

二、計算基準：

- (一)當季醫療費用計算含送核及補報費用(含山地離島 IDS 核實申報醫療費用部分)，基期一般服務收入含送核、補報、申復、爭議審議、追扣補付。
- (二)為配合總額部門點值之計算時程，醫院之門診及住院費用合併計算其上限，且各季費用不得流用。
- (三)不包括：門診透析(案件分類 05)、其他部門(案件分類 A1、A2、A5、A6、A7)、醫療給付改善方案之管理照護費、PAC 評估費、專款專用(罕病、血友病、C 肝藥費、器官移植、急診照護品質、矯正機關看診費用)、職災案件、精神科強制鑑定及住院、後天免疫缺乏症候群、代辦結核病案件、代辦膳食費、行政協助愛滋病案件(D1)、戒菸(B7)、孕婦愛滋篩檢(B9)、代辦性病患者全面篩檢愛滋病毒計畫

(B1)、愛滋防治治療替代治療計畫(BA)、老人流感診察費及子宮頸抹片、乳癌篩檢、兒童預防保健、孕婦產前檢查、成人預防保健、糞便潛血檢查、口腔黏膜檢查、經濟弱勢新生兒聽力篩檢等項預防保健、流感病毒抗原快速篩檢試劑、法定傳染病隔離治療費用(C5)。

肆、核付方式

- 一、 程序審查：採每月逐件審核，程序審查結果依實際核減點數辦理核扣。
- 二、 專業審查：醫院皆不分級，不執行隨機審查，僅立意抽審，採 3 審 1 方式並以核減率回推其他 2 個月。
- 三、 基本核付點數=基期收入+剛性需求+政策鼓勵，且以當季申報點數為上限。
- 四、 剛性需求：

(一)給付項目：生產案件、急重症病患照護、PAC 每日照護費及代檢(01 案件)醫療需求。

(二)生產案件：當期生產人數>基期生產人數之醫院。

1. 給付費用=基期各院生產案件每人實收金額×(當期生產人數-基期生產人數)。

2. 基期各院生產案件每人實收金額=
$$\frac{\text{基期生產案件點數} \times \text{基期平均點值}}{\text{基期生產人數}}$$

(三)急重症案件：

1. 案件定義：急重症病患醫療照護需求詳見附件二。
2. 採計該類案件當期一般服務點數超出基期之差額，門住合併計算，並以分區可分配額度(A)扣除剛性需求及健保政策鼓勵剩餘額(B)50%為上限，超過上限時，則依各院實際增加數占率進行分配。
3. 111 年醫院總額各季分區可分配額度(A)=【分區預算預估數×(1-保留率)】。
 - i. 預估保留率=3.5% (包含：處方釋出交付機構、核退及當季以前各月份遞延費用)。

(四)PAC 每日照護費：

1. 當期 PAC 每日照護費 > 基期 PAC 每日照護費之醫院。
2. 給付費用 = (當期 PAC 每日照護費 - 基期 PAC 每日照護費) × 基期浮動點值。

(五) 代檢費用：

1. 當期代檢費用 > 基期代檢費用之醫院。
2. 給付費用 = (當期代檢費用 - 基期代檢費用) × 基期浮動點值。

五、政策鼓勵：

(一) 給付項目：安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)、醫療影像上傳、檢驗(查)上傳。

(二) 給付項目計算方式

1. 安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)：當期呼吸器依賴病人申報安寧緩和醫療(含安寧住院、共照及家庭諮詢)總人數占率 $\geq 50\%$ ，且當季有增加收案人數者，則住診加計 0.05%。
2. 醫療檢查影像 24 小時影像上傳率 $\geq 80\%$ 即予加計 0.1%，每增加 5% 再加計 0.005%，各診別最高以加計 0.12%(c1) 為上限。
3. 檢驗檢查結果上傳率 $\geq 90\%$ 者，給予加計 0.03%，每增加 5% 再加計 0.01%，各診別最高以加計 0.05%(c1) 為上限

六、超額分階折付：

- (一) 超額點數 = 當期一般服務點數 - 基本核付點數，小於 0 者以 0 計。
- (二) 超額成長率 = 超額點數 ÷ 基期收入。
- (三) 以門、住診分精神科、非精神科之病人成長數及住診 CMI 計算合理成長率(C)，若 < 0 則以 0 計(附件三)。
- (四) 分區剩餘可使用額度占率(B1) = 分區剩餘可使用額度(A) - 剛性需求 - 健保政策 / 基期收入(取整數%)，超額分階折付級距(D) = (B1) + 2%。
- (五) 醫院超額成長率落在 0%~C、C~C+D、C+D~C+D×2、>C+D×2 區間之階 1、階 2、階 3、階 4 點數，折付比率分別以 0.75、0.5、0.25、0 採計。
- (六) 當期增加之急重症費用未全額列入剛性需求點數，急重症差額與折付金額做比較，擇優給付。

七、門、住診 PVA/MEA 回收金額於超額分階折付後回補：依各院 PVA/MEA 實際金額回歸至該院，並以【當季一般服務申報費用-基本核付-分階折付】點數為上限。

八、醫療費用上限含一般補報醫療費用，各月送核補報案儘量以一次為限，該月費用核定後不得再申報補報案件(不可歸責於醫院之補報案件除外)，補報費用應與費用發生月份合併計算。

伍、醫療品質指標：

一、醫療品質指標項目篩選原則：

(一)全民健康保險抑制資源不當耗用改善方案。

(二)醫院總額支付制度醫療服務品質指標。

二、醫療品質指標項目：

(一)門診：共 11 項指標，如附件四。

(二)住診：共 6 項指標，如附件四。

(三)門住診：共 6 項指標，如附件四。

(四)以上各項指標依管理目標訂定不同之權重。

(五)111 年度醫院總額支付制度醫療服務品質指標若有修訂，則依修訂情形另與醫院協商。

(六)指標達成率若低於 80%，則依指標未達之比率酌扣費用；指標達成率每低於 5%，核扣實際醫療費用點數 0.1%。

三、評量標準：

(一)各項品質指標值(除藥費成長率、每人平均藥費、健保雲端系統使用查詢比率、新六類藥品用藥日數重疊率、10 項重要檢查(驗)再次執行率須優於或等於 110 年第 3 季全國同層級醫院平均值方視為達成；藥費成長率(排除罕病、血友病、C 肝、愛滋病、精神科長效型針劑及生物製劑及免疫製劑藥費)為當季藥費與 110 年醫院自身季平均値之成長率<0%時得 1.5 分，成長率<1.5%則得 1 分；每人平均藥費為當季每人平均藥費與 111 年醫院自身季平均値(排除 ATC 前 4 碼為 N05A 之精神科長效型針劑及生物製劑及免疫製劑藥費)之成長率<0%時得 1.6 分

(門診 1、住診 0.6)，此項為獎勵性指標，未達目標值不列入計算。

(二)健保雲端系統使用查詢比率為獎勵性指標，當季門(或住)診查詢比率 $\geq 80\%$ 者，該項列入計算並得加計 1 分；查詢比率未達 80%者，該項指標則不列入計算。

(三)門診新六類藥品（抗血栓、前列腺肥大、抗癲癇、心臟疾病、緩瀉劑及痛風治療用藥）跨院所同藥理用藥日數重疊率平均下降 10%時，本項指標方視為達成；如本項指標低於全國同儕值，可得 0.5 分。

(四)門診 10 項重要檢查（驗）合理區間內再次執行率下降 5%時，該項指標方視為達成，如本項指標低於全國同儕值，可得 0.5 分。（磁共振造影 33084B 33085B、電腦斷層造影 33070B 33071B 33072B、腹部超音波及追蹤 19001C 19009C、低密度脂蛋白—膽固醇 09044C、杜卜勒氏彩色心臟血流圖 18007B、上消化道泛內視鏡檢查 28016C、正子造影-全身 26072B、超音波心臟圖(包括單面、雙面) 18005B 18005C、全套血液檢查 08011C、08012C、08082C)、大腸鏡檢查 28017C)。

(五)月指標項目以當季第 1、2 個月及前一季第 3 個月計算，季指標項目則採前一季之監測結果為評定基準。

(六)門診或住診 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率，若同診別其中一項執行率低於全國同儕值，但二項合計執行率仍高於全國同儕值時，仍視為二項均未達成。如門診 CT 醫令執行率低於全國同儕值，但門診 CT、MRI 合計醫令執行率高於全國同儕值，則仍視為 CT 醫令執行率、MRI 醫令執行率二項均未達成。

陸、申報、暫付及核付時程：申報、暫付及核付作業依現行規定辦理。

柒、病患就醫權益確保措施：為提高醫療服務品質與維護病患就醫權益，請各醫院配合執行下列措施：

一、維護病人用藥品質及療效，應由醫師或藥師依專業判斷用藥，診治醫師或藥師應主動說明用藥注意事項。

二、醫院需提供用藥安全諮詢服務，並對病人明確指示，醫學中心並應設立用藥安全諮詢服務專線電話。

- 三、應於醫院內明顯可見地點公布藥品品項更換資訊及採購資訊，醫師、藥師或相關人員應採取適當方法主動告知藥品變更(含包裝、外觀)訊息及和前後使用之差別。
- 四、不得無故拒絕收治罕見疾病及重大傷病病患的診療。
- 五、不得拒絕收治急診檢傷分類一、二、三級病人之診療。
- 六、醫院應提供門診及住診衛教諮詢相關服務。
- 七、醫院應於適當場所(診間、候診室)，將正確就醫相關衛教文宣公布周知，使就醫民眾瞭解。
- 八、醫院如已參加 TQIP、THIS、TCHA 者，應依上開各單位規定，按月或按季向前述單位提報病人安全指標數據(例如：住院病人跌倒發生率、住院藥物錯誤率、住院間輸錯血事件發生率)。
- 捌、其他未規定者，依「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。
- 玖、嗣後中央衛生主管機關再有其他任何相關規範，致使本方案條款有與其相違背者，仍依中央衛生主管機關之規定辦理，並經本業務組與轄區醫院開會研定。
- 壹拾、醫院如有本保險特約管理辦法第 38 條~第 40 條所列違規情事，經本局處以停(終)止特約處分者；影響病人就醫權益情節重大經查證屬實者。受違規處分之處分時之月份費用所屬季別仍須依現行「全民健康保險醫事服務機構醫療服務審查辦法」規定辦理。

附件一

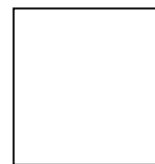
東區特約醫院附約－辦理「東區醫院總額自主管理方案」

- 一、 依東區醫院總額 111 年第 1 次臨時共管會議決議，針對 111 年 Q2-Q4 東區醫院總額財務穩定方案下的「超額分階折付」所需執行核減，醫院不得提出申復、爭議審議等行政救濟。
- 二、 本件視同為全民健康保險特約醫事服務機構合約之一部分，其效力與全民健康保險特約醫事服務機構合約同。

醫院代號：

醫院名稱：

蓋章：



中華民國 年 月 日

附件二

急重症病患醫療照護需求採計點數操作型定義

一、急症照護操作型定義

部門	操作型定義
門診	1. 案件類別為"02"之醫療點數。
住診	1. 6歲(含)以下由急診轉住院之病患。 2. 排除條件1之急診轉住院案件申報急診診察費代碼00201B、00202B之急診診察費點數。 3. 排除不適用Tw-DRGs案件特殊註記為9之案件

二、重症照護操作型定義

重症項目	操作型定義
癌症案件	癌症病患案件或性態未明腫瘤案件或做化學治療或同時做放射線治療案件醫療點數。 ※癌症病患：主診斷前三碼為C00-C50、C51-C96(但排除C944、C946)。 ※性態未明腫瘤：主診斷前三碼為D37、D38、D39、D40、D41、D42、D43、D44、D45、D46、D47、D48。 ※做化學治療或同時做放射線治療：主診斷為Z510、Z5111、Z5112、Z08。
燒傷案件	入住燒傷中心案件之案件醫療點數(醫令：03017A)
ICU案件	住診：當季入住ICU病患前7天之ICU病房費、護理費、診察費點數。(病房費醫令為03010E、03011F、03012G、03013H；護理費醫令為03047E、03048F、03049G、03050H；診察費醫令為02011K、02012A、02013B)。排除呼吸器依賴個案回轉ICU之案件
自發性急性腦血管疾病	住診：ICD10-CM主診斷前三碼為I60~I68、G45.0~G45.2、G45.4~G46.8且部分負擔代碼為"001"或"011"且給付類別不為9(呼吸照護)之案件醫療點數。 (ICD9-CM主診斷前三碼為430~437) 註：1. 不含排除費用項目說明A11項醫令點數 2. 若已於排除費用項目說明D06項PAC採計則不重複計算
體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒	住診：ICD10-CM主或次診斷為P0701~P0703、P0714~P0715、P0501~P0505、P0511~P0515(且部分負擔代碼為902(三歲以下兒童醫療補助計畫)或903(新生兒依附註記方式就醫者))之案件醫療點數。 (ICD9-CM主診斷為76501、76502、76503、76504、76505、76511、76512、76513、76514、76515)
1歲以下幼兒及新生兒呼吸疾病	住診：1歲以下且ICD10-CM主或次診斷為P84、P220~P229、P23~P28、J00~J99(主診斷排除：體重低於1499公克之極端未熟兒與早產兒，新生兒依附就醫且符合定義者亦納入計算)之案件醫療點數。 (ICD9-CM主或次診斷為7680~7689、769、7700~7709)
急性心肌梗塞	住診：ICD10-CM主診斷為I2101~I229且執行PrimaryPCI醫令代碼為18020B、18021B、18022B、33076B、33077B、33078B之醫令點數

	(ICD9-CM主診斷為410.00-410.92)
主動脈剝離	住診：ICD10-CM主診斷為I7100～I7103、且執行stent及置換醫令代碼為69023B、69024B、69027B、69035B、69036B、69037B之醫令點數。(ICD9-CM主診斷為441.00~441.03)
心臟瓣膜手術	住診：ICD-10-PCS處置碼為02UJ0JZ、02UG0JZ、02QF0ZZ、02RJ08Z、02RF0JZ、02RG08Z、02QW0ZZ、02RF38Z、 02RF08Z 、 02RF0JZ 且醫令代碼為68015B、68016B、68017B、69035B、68040B、TAVI特材之醫令點數
植入性心臟去顫器	住診：ICD-10-PCS處置碼為0JH608Z、02HK3KZ、02H63KZ且醫令代碼為68012B、68041B、特材給付規定代碼B103-1、B103-2之醫令點數
主動脈瘤、急性心肌炎、末期心衰竭	住診：ICD-10-CM主診斷為I71.1~I71.9、I40.0~I40.9、I50.1~I50.9或任一次診斷為 I41 且ICD-10-PCS處置碼為027034Z、027134Z、027234Z、027334Z、02703DZ、02713DZ、02723DZ、02733DZ、5A02210、5A15223、02HA0QZ、02HA3RZ、前四碼為 02RW 、 02VW 、 04R0 、 04V0 且醫令代碼為33079B、47063B、68036B、68051B、68052B、特材給付規定代碼B201-6、B206-8之醫令點數

註1：上開各項皆排除不適用 Tw-DRGs 案件特殊註記為9之案件。

註2：各項排除列計不得重複計算

附件三

額度調整項目	公式及定義
門診病人成長數	$i = I1 - I2$ I1：當季申報之病人數 I2：去年同季申報之病人數
門診每人費用	$m = \text{門診基期收入} / I2$
住院病人成長數	$n = N1 - N2$ N1：當季申報之病人數 N2：去年同季申報之病人數
住診每人費用	$o = \text{住診基期收入} / I2$
住診 CMI 值 【指標代碼 902】	$P = (P1 - P2) / P2$ P1：當季之 CMI 值 P2：去年同季之 CMI 值

註：門、住診病人成長數及費用以精神科及非精神科分別計算

附件四

編號	診別	指標名稱	類型	指標代碼	權重	分級審查	品保	抑制資源
1	門	門診 CT、MRI 醫令執行率(合併計算)	月	365、367	1	V		
2	門	同院所門診同一處方使用率 2 種以上制酸劑比率	月	1148.01	1		V	
3	門	跨院所「口服降血壓」用藥日數重疊率	季	1487	1		V	V
4	門	跨院所「口服降血脂」用藥日數重疊率	季	1499	1		V	V
5	門	跨院所「降血糖藥物」用藥日數重疊率	季	1511	1		V	V
6	門	跨院所「抗思覺失調症」用藥日數重疊率	季	1523	1		V	V
7	門	跨院所「抗憂鬱症」用藥日數重疊率	季	1535	1		V	V
8	門	跨院所「安眠鎮靜」用藥日數重疊率	季	1547	1		V	V
9	門	西醫同院同日再次就診率	季	1322	1		V	
10	住	住診 CT 醫令執行率	月	369	1	V		
11	住	住診 MRI 醫令執行率	月	371	1	V		
12	住	以 DRGs 校正之平均住院天數	月	904	1	V		
13	住	非計畫性住院案件出院後十四日內再住院率	季	1077.01	1.3		V	
14	住	以 DRGs 校正之住院案件出院後三日內再急診率	月	914	1.2		V	
15	住	清淨手術抗生素 3 日以上使用率	季	1155	1		V	
16	門住	使用 ESWL 人口平均利用人次	季	20.01	1		V	
17	門住	醫院 CT 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1249	1.2		V	
18	門住	醫院 MRI 檢查 30 日內同院再次執行率(任一部位相同者)	季	1765	1.2		V	
19	門住	每人平均藥費成長率(只排代辦及其他預算案件、獎勵指標)_門診權重 1、住診權重 0.6	月		1.6	V		
20	門住	藥品費用成長率	月		1.5	V		
21	門住	健保雲端系統使用查詢比率(獎勵指標)	季		1	V		
22	門	新六項藥品用藥日數重疊率	季		1			V
23	門	10 項檢查(驗)再次執行率	季		1			V