

東區業務組醫院精神科醫療費用管理方案

105.12.28 訂定

一、管控目的

為使東區醫療資源更有效運用，提升個別醫院之自主管理機制，逐步平衡轄區精神科與非精神科醫療資源之合理分布與發展，規劃精神科閾值核扣之專案管控措施。

二、管控方式

修正東區原有整體精神科費用管控模式，設定各醫院精神科虛擬總額、管理目標點數，以促進醫院針對收治之精神科病患給予妥適且合理之照護。

(一) 精神科虛擬總額(非醫院實際申報醫療費用)：

依各醫院前一年同期之精神科醫療費用點數為基準，勾稽當年該季精神科病患 ID。

1. 繼續照護病患：二段期間 ID 均存在者，費用維持不變。

2. 減少之病患：去年同期之 ID 勾稽當季已不存在者

(1) 如病患已死亡或改為精神科居家照護、社區復健、一般住院或至他院就醫(門診精神科、住診不限科別)，則其去年同期之門、住診費用列為減項。

(2) 保留 1 成 額度：非以上情況所減少之病患，則其去年同期門、住診費用之 9 成 列為減項；

3. 新增之病患：當季之 ID 勾稽去年同期無此 ID 者

(1) 當期完全在該院精神科接受照護：如勾稽結果為新增 ID，且該病患未於院內一般住院或轄區其他院所就診(門診精神科、住診不限科別)，則門、住診新增人數每人以醫院自身去年同期門、住診每人每季平均費用 $\times 0.9$ 加計，惟門診最高 4,200 點、住診最高 55,000 點，當期

同時有接受門住診精神科照護，以住診額度加計。

(2) 當期不完全在該院精神科接受照護：如該新病患同時有於同院其他科別住院或其他院所就診(門診精神科、住診不限科別)，則門、住診每人加計費用採折半計算，惟門診最高 2,500 點、住診最高 30,000 點。

(3) 本項新增病患點數僅為計算醫院整體額度之用，非真正給付予每位病患之費用，實際仍依病患病情提供適當照護所產生之費用核實申報。

4. 醫院繼續照護、減少或新增病患之認定，如該院前半年(如 10406~10411)精神科門診或住診入出院病患人數有超過 30%以上，與轄區另一家醫院跨院就醫情形者，則後半年(如 10501~10506)此二家醫院之病患歸戶計算精神科虛擬總額後，再依前一年同期精神科醫療費用申報點數比率回算至各自醫院之門、住診虛擬總額。

5. 以上計算結果，門診或住診如高於去年同期之精神科醫療費用，除醫院門診或住院照護病患人數成長 5%以上者外，一律最高以去年同期費用採計。

(二) 以上精神科醫療費用案件均排除門診案件分類 A1、A2、B8，住診 B1、AZ、DZ 案件及透析、牙科治療費用，醫療費用申報點數以申請點數+部分負擔，門住診合併計算。

三、執行方式

(一) 醫院精神科基礎點數：

前一年同季精神科申報點數<依該季病患計算之精神科虛擬總額者，以申報點數採計，其餘以二者平均計算基礎點數。

(二) 精神科管理目標點數：以基礎點數再加計 3%成長率。

(三) 醫院精神科(科別 13)醫療費用點數超過管理目標點數者，超額部分不予支付。(實際執行方式依「東區業務組專業審查

措施」辦理)

- (四) 醫療費用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

四、實施與修訂

- (一) 實施日期自 **106 年 1 月** (費用年月) 起，實施管控後另行評估成效，並修訂本方案；本方案實施對象暫不含精神科醫療費用申報點數低於 10 萬點之醫院。
- (二) 如有外界反映或經本業務組檔案分析有異常特殊情形者，仍得進行專業審查或實地審查；如為不符申報規定或違反相關法令規定者依規定辦理。

- 五、其他未盡事宜，或中央衛生主管機關再有其他相關規範，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。